

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. 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 penggalian 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 di dalam 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 di suatu tempat atau ruang netral disesuaikan dengan pertimbangan utama bahwa peserta dapat secara bebas dan tidak merasa takut untuk mengeluarkan pendapatnya.

b. Kegunaan FGD

- 1) Untuk merancang kuesioner survei.
- 2) Untuk menggali informasi yang mendalam mengenai pengetahuan, sikap dan persepsi.
- 3) Untuk mengembangkan hipotesa penelitian.
- 4) Untuk mengumpulkan data kualitatif dalam studi proses-proses peninjauan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi pembangunan.

2. Persiapan FGD

a. Persiapan dalam tim

- 1) 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 melatar belakangnya.
- 2) Tim fasilitator FGD biasanya berjumlah 2-3 orang, terdiri dari pemandu diskusi (fasilitator-moderator), pencatat (notulen), dan pengamat (observer).
- 3) Pemandu diskusi (fasilitator-moderator) perlu membekali dirinya untuk memahami dan mampu menjalankan peran, sebagai berikut:
 - a) Menjelaskan topik diskusi
 - b) Mengarahkan kelompok, bukan diarahkan oleh kelompok.

- c) Pemandu diskusi hendaknya mampu mengendalikan dirinya sendiri.
 - d) Amati peserta dan tanggap terhadap reaksi mereka.
 - e) Ciptakan suasana informal dan santai tetapi serius.
 - f) Fleksibel dan terbuka terhadap saran, perubahan-perubahan, dll.
 - g) Jika peserta meminta komentar pemandu diskusi, tidak perlu menghindar.
 - h) Mempersiapkan peranan pencatat (Notulen). Jika didalam tim 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 tertera 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 kesediaannya berpartisipasi, maka ulangilah sekali lagi tanggal, tempat dan waktu pelaksanaan FGD untuk mengingatkan kembali.
- c. 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.

d. 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 terima kasih atas kehadiran informan (peserta).
- 3) Perkenalkan diri (nama-nama fasilitator) dan peranannya 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.

e. 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 terima kasih kepada peserta atas partisipasi mereka dan nyatakan sekali lagi bahwa pendapat-pendapat mereka semua sangat berguna.

3. Kekuatan dan Kelemahan FGD

a. Kekuatan

- 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.

4. Prinsip-prinsip FGD

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

- 1) 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.
- 2) FGD adalah grup, bukan individu. Sehingga agar menikmati dinamika kelompok berjalan lancar, setiap anggota kelompok terlibat secara aktif.
- 3) FGD adalah diskusi terfokus, bukan diskusi bebas. Tidak hanya terfokus pada interaksi dan dinamika kelompok, namun juga terfokus pada tujuan diskusi

B. 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 *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 di sebar 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 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. Kekuatan dan Kelemahan PGD

a. Kekuatan

- 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 daripada 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. Mengkoordinasikan 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. Media

1. Pengertian

Media berasal dari bahasa latin dan merupakan bentuk jamak dari kata *medium* yang secara harfiah berarti perantara atau pengantar. Sehingga media pendidikan dapat didefinisikan sebagai alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran (Supriasa dan Suiroaka, 2012).

2. Manfaat Media

Sedangkan beberapa ahli mengidentifikasi manfaat penggunaan media dalam pendidikan antara lain menurut Sadiman dkk. (2003) dalam Supriasa dan Suiroaka (2012) :

- a. Media dapat memperjelas penyajian pesan agar tidak terlalu bersifat verbalistik.
- b. Media dapat mengatasi keterbatasan ruang, waktu dan daya indera.
- c. Media dapat mengatasi sikap pasif sasaran pendidikan dan dapat memberikan rangsangan, pengalaman serta menimbulkan persepsi yang sama.

3. Booklet

Menurut Suiroaka dan Supriasa (2012) booklet termasuk dalam kelompok media visual tidak diproyeksikan.

a. Pengertian

Booklet adalah suatu media untuk menyampaikan pesan - pesan kesehatan dalam bentuk buku yang berisi tulisan dan gambar. Booklet merupakan sebuah buku kecil yang terdiri dari tidak lebih dari 24 lembar. Isi booklet harus jelas, tegas dan mudah dimengerti. Ukuran booklet biasanya bervariasi mulai dari tinggi 8 cm sampai dengan 13 cm.

b. Kekuatan Booklet

- 1) Dapat disimpan lama.
- 2) Sasaran dapat menyesuaikan dan belajar mandiri.
- 3) Pengguna dapat melihat isinya pada saat santai.
- 4) Dapat membantu media lain.
- 5) Dapat memberikan detail (misalnya sedikit) yang tidak mungkin disampaikan secara lisan.

6) Mengurangi kegiatan mencatat.

7) Isi dapat dicetak kembali.

c. Kelemahan Booklet

1) Menuntut kemampuan baca.

2) Menuntut kemauan baca sasaran, terlebih pada masyarakat yang kebiasaan membacanya rendah.

D. 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 objek 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

Pengetahuan merupakan hasil dari tidak tahu menjadi tahu, ini terjadi karena seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Peningkatan terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penciuman, penglihatan, pendengaran, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Wawan, 2010).

Pengetahuan merupakan faktor penting dalam menentukan perilaku seseorang karena pengetahuan dapat menimbulkan perubahan persepsi dan kebiasaan masyarakat. Pengetahuan yang meningkat dapat merubah persepsi masyarakat tentang penyakit. Meningkatnya pengetahuan juga dapat mengubah perilaku masyarakat dari yang negatif menjadi positif, selain itu pengetahuan juga membentuk kepercayaan (Wawan, 2010).

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.

4. Perhitungan Pengetahuan

Pengukuran variabel pengetahuan didasarkan pada jawaban responden dengan alternatif jawaban “a,b,c,d”. Apabila jawaban responden benar maka diberi skor 1, skor 0 untuk jawaban yang salah.

Berikut adalah cara mengukur pengetahuan ibu dengan cara skoring (Arikunto, 2006), yaitu :

$$\text{Persentase Skor} = \frac{\sum \text{skor jawaban benar}}{\sum \text{skor soal}} \times 100\%$$

Berikut adalah kategori persentase tingkat pengetahuan (Arikunto, 2006) :

- a. Baik 76-100% dari seluruh pertanyaan benar
- b. Cukup 56-75% dari seluruh pertanyaan benar
- c. Kurang 40-55% dari seluruh pertanyaan benar

E. 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 ditafsirkan 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 di lingkungan 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 pembentukan 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.

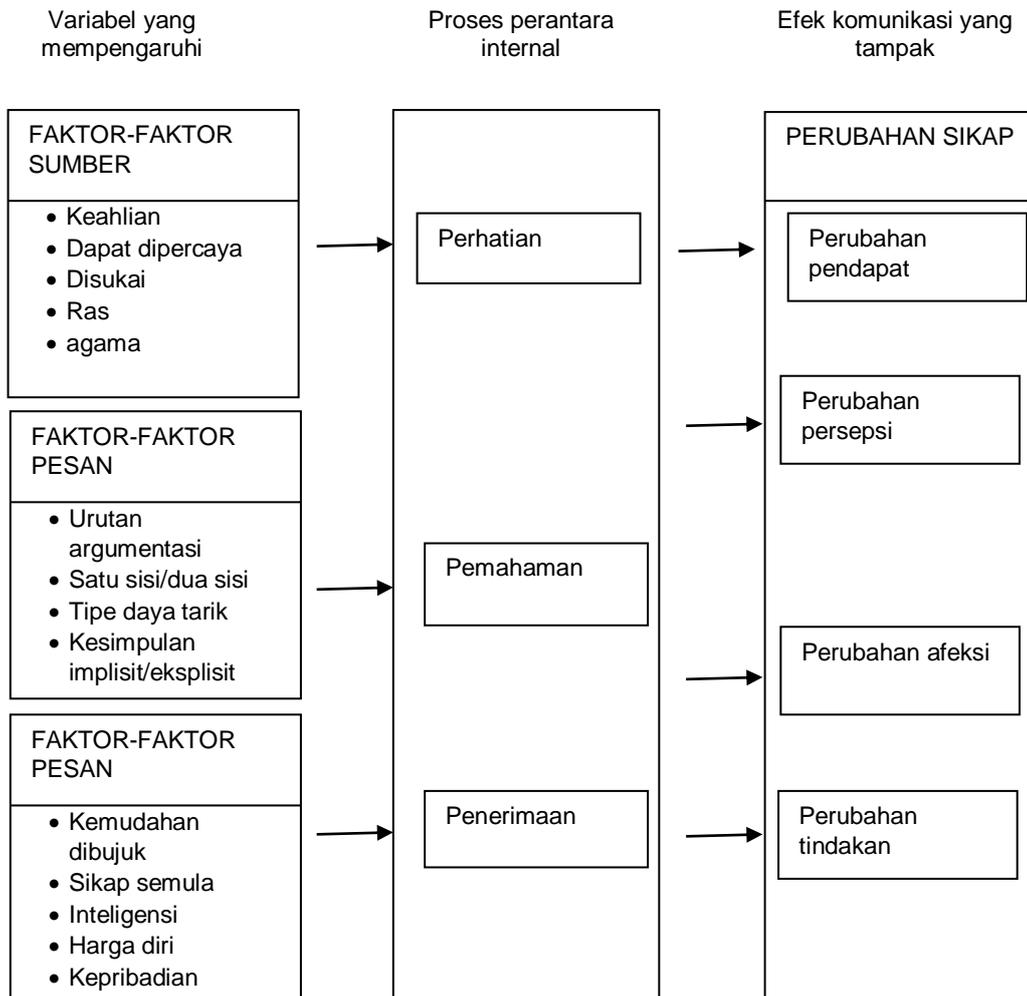
4. Teori perubahan sikap

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.

Perubahan sikap terjadi apabila informasi yang bersifat persuasif dipahami dan diterima oleh penerima informasi. Informasi ini kemudian mengendap dan disetujui oleh penerima informasi. Adapun proses perubahan sikap dapat dilihat pada skema dibawah ini (Hovland dalam Azwar (1998:51))



Gambar 1. Pendekatan Komunikatif dan Persuafif Menurut Model Studi Yale
 Sumber : Cakrawala Pendidikan Nomor 3, Tahun XIV, November 1995

5. Perhitungan Sikap

Data sikap ibu yang memiliki balita stunting didapatkan dari pengumpulan data kuesioner, dalam hal ini peneliti menggunakan angket yang terdiri dari 20 butir soal. Alternatif Pernyataan yang dipilih menggunakan modifikasi skala *likert* diantaranya sebagai berikut :

TS= Tidak setuju

RR = Ragu-ragu

S = Setuju

Adapun skor setiap alternatif jawaban yang diberikan oleh responden pada setiap pernyataan adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Skor Alternatif Jawaban

Pernyataan Positif	
Jawaban	Skor
Setuju	2
Ragu-ragu	1
Tidak setuju	0

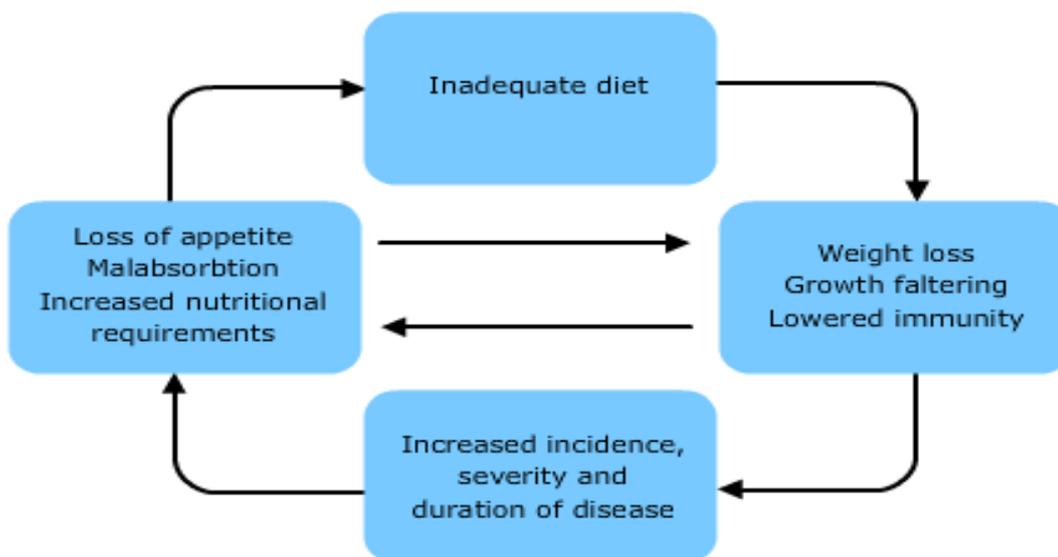
Skor yang didapatkan dari hasil mengisi kuesioner sikap akan diolah menggunakan Spss versi 20. Untuk melihat sebaran data menggunakan standar deviasi.

F. Infeksi

1. Pengertian

Penyakit infeksi (*infectious disease*) yang juga dikenal sebagai *communicable disease* atau *transmissible disease* adalah penyakit yang nyata secara klinik yang terjadi akibat dari infeksi, keberadaan dan pertumbuhan agen biologik patogenik pada organisme host individu. Dalam hal tertentu, penyakit infeksi dapat berlangsung sepanjang waktu. Adapun patogen penginfeksi meliputi virus, bakteri, jamur, protozoa, parasit multiseluler dan protein yang menyimpang yang dikenal sebagai prion.

The Infection-Malnutrition Cycle



Gambar 2. Siklus dari Malnutrisi dan Infeksi

Sumber : UNICEF Online Lesson "The Infection-Undernutrition Cycle"

Infeksi dapat menyebabkan anak menjadi kekurangan gizi dan mengurangi kekebalan tubuh terhadap infeksi. Hal ini dapat meningkatkan

tingkat keparahan anak terserang infeksi. Infeksi pada anak dapat menyebabkan kehilangan nafsu makan sehingga anak akan cenderung mengalami penurunan berat badan dan mudah terserang infeksi sehingga anak menjadi malnutrisi.

2. Diare

a. Pengertian

Penyakit diare hingga kini masih merupakan salah satu penyakit utama pada bayi dan anak di Indonesia. Hippocrates mendefinisikan diare sebagai pengeluaran tinja yang tidak normal dan cair. Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI/RSCM, mengartikan diare sebagai buang air besar yang tidak normal atau bentuk tinja yang encer dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya. Neonates dinyatakan diare bila frekuensi buang air besar sudah lebih dari empat kali, sedangkan untuk bayi berumur lebih dari satu bulan dan anak bila frekuensinya lebih dari tiga kali (Staf pengajar Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2005).

Kehilangan cairan dan garam dari tubuh yang lebih besar dari normal menyebabkan dehidrasi, dehidrasi diperburuk oleh muntah yang sering menyertai diare.

b. Penyebab

Penyebab diare dibagi dalam beberapa faktor, diantaranya faktor infeksi, faktor malabsorpsi, keracunan dan faktor psikologis. Namun penyebab yang sering ditemukan secara klinis adalah diare yang disebabkan infeksi dan keracunan:

1) Faktor infeksi

a) Infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak. Infeksi enteral meliputi :

1. Infeksi bakteri Vibrio, E. Coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Aeromonas dan lain sebagainya.
 2. Infeksi virus Enterovirus (Virus ECHO, Coxsackie, Poliomyelitis), Adenovirus, Rotavirus, Astrovirus dan lain-lain.
- Investasi parasit oleh cacing (Ascaris, Trichiuris, Oxyuris, Strongyloides), Protozoa (Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Trichomonas hominis), jamur (candida albicans).

b) Infeksi parenteral yaitu infeksi dibagian tubuh lain diluar alat pencernaan, seperti otitis media akut (OMA), Tonsilofaringitis, Bronkopneumonia, ensefalitis dan sebagiannya. Keadaan ini terutama pada bayi dan anak berumur dibawah dua tahun.

2) Faktor malabsorpsi

a) Malabsorpsi karbohidrat : disakarida (Intoleransi laktosa, maltose dan sukrosa), monosakarida (Intoleransi glukosa, fruktosa dan galaktosa). Pada bayi dan anak yang terpenting dan tersering adalah intoleransi laktosa.

b) Malabsorpsi lemak.

c) Malabsorpsi protein.

1. Faktor makanan : makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.

2. Faktor psikologis : rasa takut dan cemas. Walaupun jarang dapat menimbulkan diare terutama pada anak yang lebih besar.

c. Klasifikasi Diare

1) Klasifikasi Diare berdasarkan tingkat dehidrasi

a) Diare dehidrasi berat

Tanda diare dengan dehidrasi berat, bila terdapat 2 tanda dibawah ini :

1. Letalgis atau tidak sadar.
2. Lesu, lunglai.
3. Mata cekung.
4. Tidak bisa minum atau malas minum.
5. Cubitan kulit perut kembali sangat lambat (lebih dari 2 detik)

Tindakan atau pengobatan, jika ada klasifikasi berat lain :

1. Beri cairan oralit dan tablet zinc (selama 10 hari).
2. Rujuk segera ke tempat pelayanan kesehatan jika penderita diare tidak dapat minum.
3. Berikan ASI jika anak masih minum ASI dan larutan oralit.
4. Jika ada kolera, berikan antibiotik untuk kolera.

b) Diare dehidrasi ringan atau sedang

Tanda diare dengan dehidrasi ringan atau sedang, bila terdapat dua tanda dibawah ini :

1. Gelisah, rewel atau mudah marah.
2. Mata cekung.
3. Haus, sering minum.
4. Cubitan kulit perut kembali lambat.

Tindakan atau pengobatan :

1. Beri cairan oralit dan tablet zinc (selama 10 hari).
2. Dosis oralit penderita diare dengan dehidrasi sedang atau ringan.

Oralit diberikan dalam 3 jam pertama sebanyak 75 ml/kgBB dan selanjutnya diteruskan dengan pemberian oralit seperti diare tanpa dehidrasi.

3. Rujuk segera ke tempat pelayanan kesehatan.
4. Berikan ASI jika anak masih minum ASI dan berikan larutan oralit.
5. Melakukan kunjungan ulang 5 hari jika tidak ada perbaikan.

c) Diare tanpa dehidrasi

Tanda diare tanpa dehidrasi, bila terdapat 2 tanda dibawah ini

Keadaan umum : baik

Mata : normal

Rasa haus : normal, minum biasa

Turgor kulit : cubitan kulit perut kembali cepat

Tindakan atau pengobatan :

1. Beri cairan oralit dan pemberian tablet zink (selama 10 hari)
2. Dosis oralit penderita diare tanpa dehidrasi :

Umur <1 tahun	: ¼ - ½ gelas setiap kali anak diare
Umur 1-4 tahun	: ½ - 1 gelas setiap kali anak diare
Umur diatas 5 tahun	: 1-1 ½ gelas setiap kali anak diare

Melakukan kunjungan ulang 5 hari jika tidak ada perbaikan

2) Klasifikasi diare berdasarkan lamanya diare (14 hari atau lebih)

a) Ada dehidrasi (Diare persisten berat)

Tindakan atau pengobatan :

1. Atasi dehidrasi sebelum dirujuk, kecuali ada klasifikasi berat lain
2. Rujuk ke tempat pelayanan kesehatan

b) Tanpa dehidrasi (Diare Persisten)

Tindakan atau pengobatan :

1. Pemberian makanan untuk diare persisten
2. Kunjungan ulang 5 hari

3) Klasifikasi diare berdasarkan ada tidaknya darah dalam tinja

Adanya darah dalam tinja (Disentri)

Tindakan dan pengobatan :

1. Berikan antibiotik yang sesuai
2. Kunjungan ulang 2 hari

Keterangan

Cara menggunakan oralit (Cairan tambahan diberikan sebanyak kemauan anak)

a. Dosis Oralit yang diberikan

Sampai umur 1 tahun : 50 – 100 ml setiap kali BAB

Umur 1 – 5 tahun : 100 – 200 ml setiap kali BAB

b. Cara pemberian :

- 1) Berikan larutan oralit secara sedikit demi sedikit namun sering.
- 2) Jika anak muntah, tunggu 10 menit. Kemudian lanjutkan kembali pemberian oralit secara sedikit demi sedikit.
- 3) Lanjutkan pemberian oralit sampai diare berhenti.

d. Gejala

Mula - mula bayi maupun anak menjadi cengeng, gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul diare. Gejala muntah dapat terjadi sebelum dan sesudah diare dan dapat disebabkan oleh lambung yang turut meradang atau akibat gangguan keseimbangan asam-basa dan elektrolit. Bila penderita telah kehilangan banyak cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak. Berat badan turun, turgor kulit berkurang, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung, selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak kering. Berdasarkan banyaknya cairan yang hilang dapat dibagi menjadi dehidrasi ringan, sedang dan berat. Sedangkan

berdasarkan tonisitas plasma dapat dibagi menjadi dehidrasi hipotonik, isotonic dan hipertonik.

e. Cara penularan

Umumnya diare dapat ditularkan melalui beberapa cara antara lain:

- 1) Makanan atau minuman yang terkontaminasi, baik oleh serangga kontaminan maupun oleh tangan yang kotor.
- 2) Penggunaan sumber air yang tercemar.
- 3) Tidak memasak air sampai mendidih.
- 4) Tidak mencuci tangan terlebih dahulu dengan sabun sebelum mengolah makanan.
- 5) Pencucian alat makan menggunakan air yang tidak bersih.
- 6) Botol susu yang tidak direbus terlebih dahulu sebelum digunakan.

f. Akibat Diare pada Anak

Sebagai akibat dari kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak, dapat terjadi berbagai macam komplikasi seperti :

- 1) Dehidrasi (Ringan, sedang berat, hipotonik, isotonic atau hipertonik).
- 2) Renjatan hipovolemik.
- 3) Hipokalemia (dengan gejala meteorismus, hipotoni oto, lemah, bradikardia, perubahan pada elektrokardiogram).
- 4) Hipoglikemia.
- 5) Intoleransi laktosa sekunder, sebagai akibat defisiensi enzim lactase karena kerusakan vili mukosa usus halus.
- 6) Kejang, terutama pada dehidrasi hipertonik
- 7) Malnutrisi energi protein, karena selain diare dan muntah penderita juga mengalami kelaparan.

g. Cara mencegah diare yang benar dan efektif

- 1) Memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan dan diteruskan sampai 2 tahun.
- 2) Memberikan makanan pendamping ASI sesuai umur.
- 3) Memberikan air minum yang sudah direbus dan menggunakan air bersih.
- 4) Mencuci tangan dengan air dan sabun sebelum makan dan sesudah buang air besar.

- 5) Buang air besar di jamban.
- 6) Membuang tinja bayi dengan benar.

h. Cara menuntaskan diare

1) Memberikan Oralit

a) Pengertian oralit

Oralit merupakan campuran garam elektrolit, seperti natrium klorida (NaCl), kalium klorida (KCl), dan trisodium sitrat hidrat, serta glukosa anhidrat.

b) Manfaat oralit

Oralit diberikan untuk mengganti cairan dan elektrolit dalam tubuh yang terbuang saat diare. Walaupun air sangat penting untuk mencegah dehidrasi, air minum tidak mengandung garam elektrolit yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit dalam tubuh sehingga lebih diutamakan oralit. Campuran glukosa dan garam yang terkandung dalam oralit dapat diserap dengan baik oleh usus penderita diare.

c) Waktu pemberian diare

Segera bila anak diare, sampai diare berhenti

d) Tempat mendapatkan oralit

Oralit dapat diperoleh di apotek-apotek, toko obat, posyandu, polindes, puskesmas pembantu, puskesmas, rumah sakit atau tempat-tempat pelayanan kesehatan lainnya.

e) Cara membuat oralit di rumah

Adapun bahan yang dibutuhkan dalam membuat oralit di rumah antara lain :

Bahan : $\frac{1}{2}$ sendok teh garam

6 sendok teh gula

200 ml air minum

Cara membuat : campurkan garam dan gula kedalam wadah yang berisi 200 ml air minum, aduk hingga garam dan gula larut.

2) Memberikan obat Zinc

a) Pengertian Zinc

Zinc merupakan salah satu zat mikro yang penting untuk kesehatan dan pertumbuhan anak. Zinc yang ada dalam tubuh akan menurun dalam jumlah besar ketika anak mengalami diare, anak dapat diberikan zinc yang akan membantu penyembuhan diare serta menjaga agar anak tetap sehat.

Zinc aman dikonsumsi bersamaan dengan oralit. Zinc diberikan satu kali sehari sampai semua tablet habis (selama 10 hari) sedangkan oralit diberikan setiap kali anak buang air besar sampai diare berhenti.

b) Manfaat zinc pada anak yang terkena diare

Pada saat diare, anak akan kehilangan zinc dalam tubuhnya. Pemberian zinc mampu menggantikan kandungan zinc alami tubuh yang hilang tersebut dan mempercepat penyembuhan diare. Zinc juga dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh sehingga dapat mencegah risiko terulang diare selama 2-3 bulan setelah anak sembuh dari diare.

c) Mekanisme kerja zinc dalam meningkatkan sistem imun

Zinc merupakan mineral penting tubuh. Lebih 300 enzim dalam tubuh yang bergantung pada zinc. Zinc juga dibutuhkan oleh berbagai organ tubuh, seperti kulit dan mukosa saluran cerna. Semua yang berperan dalam fungsi imun, membutuhkan zinc. Jika zinc diberikan pada anak yang sistem kekebalan tubuhnya belum berkembang baik, hal tersebut dapat meningkatkan sistem kekebalan dan melindungi anak dari penyakit infeksi. Itulah sebabnya mengapa anak yang diberikan zinc (diberikan sesuai dosis) selama 10 hari berturut-turut memiliki risiko lebih kecil untuk terkena penyakit infeksi, diare dan pneumonia.

d) Waktu dan berapa lama pemberian zinc

Zinc diberikan satu kali sehari selama 10 hari berturut-turut. Pemberian zinc harus tetap dilanjutkan meskipun diare sudah berhenti. Hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan ketahanan

tubuh terhadap kemungkinan terulangnya diare pada 2-3 bulan mendatang.

e) Aturan penggunaan obat zinc

Obat zinc merupakan tablet dispersible yang larut dalam waktu sekitar 30 detik. Zinc diberikan selama 10 hari berturut-turut dengan dosis sebagai berikut :

1. Balita umur <6 bulan: ½ tablet (10 mg)/hari
2. Balita umur ≥6 bulan: 1 tablet (20 mg)/hari

f) Cara pemberian obat zinc

Zinc diberikan dengan cara dilarutkan dalam satu sendok air matang atau ASI.

g) Tempat memperoleh zinc

Produk zinc tersedia di apotek, puskesmas, dan rumah sakit. Zinc dapat diperoleh dengan resep dokter. Petugas kesehatan seperti bidan dan perawat dapat memberikan zinc dibawah pengawasan dokter.

3) Pemberian ASI

a) ASI dapat mencegah diare

Bayi yang berumur dibawah 6 bulan sebaiknya hanya diberikan ASI untuk mencegah diare dan meningkatkan sistem imunitas tubuh bayi. Pemberian ASI diberikan sebanyak yang bayi mau.

b) Pemberian susu formula saat diare

Untuk anak yang berusia kurang dari 2 tahun dianjurkan untuk mengurangi susu formula dan menggantinya dengan ASI. Untuk anak yang berusia lebih dari 2 tahun, teruskan pemberian susu formula.

3. ISPA

a. Pengertian

ISPA adalah penyebab kematian pertama diluar masa neonatal. Dari semua kematian pada kelompok usia 0 - 4 tahun disebabkan oleh ISPA. Menurut WHO (2004) infeksi saluran pernapasan yang akut termasuk kedalam masalah kesehatan Internasional. Infeksi ini

termasuk kedalam manifestasi akut radang tenggorokan, trakeitis, bronkitis, infeksi paru-paru ataupun kombinasi dari keduanya, atau infeksi saluran pernapasan atas, termasuk influenza.

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) adalah penyakit infeksi yang menyerang salah satu bagian dan atau lebih dari saluran napas, mulai dari hidung yang merupakan saluran atas pernapasan hingga alveoli yang merupakan saluran bawah pernapasan. (Kamus Kementerian Kesehatan Republik Indonesia). Infeksi Saluran pernapasan Akut adalah radang akut saluran pernapasan atas maupun bawah yang disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, maupun riketsia, baik dengan atau tanpa radang parenkim paru (Alsagaff dan Mukty, 2006 dalam Agrina, dkk).

Usia balita lebih sering terkena penyakit dibandingkan orang dewasa. Hal ini disebabkan sistem pertahanan tubuh pada balita terhadap penyakit infeksi masih dalam tahap perkembangan. Salah satu penyakit infeksi yang paling sering diderita oleh balita adalah Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) (Syafarilla dalam Supriatin, 2013).

Menurut penelitian Anshori (2013) anak dengan riwayat penyakit ISPA memiliki risiko 4 kali lebih besar untuk terjadi stunting dibandingkan anak yang tidak memiliki riwayat ISPA. Kejadian ISPA yang tinggi disebabkan karena ISPA umum terjadi dan mudah menular atau bisa dikarenakan penyembuhan ISPA yang belum tuntas. ISPA yang diderita oleh anak biasanya disertai dengan kenaikan suhu tubuh, sehingga terjadi kenaikan kebutuhan zat gizi. Apabila kondisi tersebut tidak diimbangi dengan asupan makan yang adekuat, maka akan menyebabkan malnutrisi dan gangguan pertumbuhan.

b. Faktor penyebab ISPA

Terdapat beberapa faktor risiko kesakitan hingga risiko kematian pada balita penderita ISPA, diantaranya faktor Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), status gizi, imunisasi, kepadatan tempat tinggal dan lingkungan fisik (Maryunani, dalam Hayati, 2014). Salah satunya balita dengan riwayat Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Pada bayi BBLR, pembentukan zat anti kekebalan kurang sempurna sehingga lebih mudah terkena penyakit infeksi terutama Pneumonia.

ISPA umumnya ditularkan melalui droplet. Namun demikian, pada sebagian patogen ada juga kemungkinan penularan melalui cara lain, seperti melalui kontak dengan tangan atau permukaan yang terkontaminasi(WHO 2008).

Rumah tangga yang mempunyai pembuangan air dan ventilasi yang buruk diperkirakan dapat meningkatkan tingkat kesakitan yang lebih tinggi (Layo, 1977). Dalam sebuah penelitian tentang morbiditas ISPA, Monto dan Ross (1977) mencatat bahwa kejadian ISPA berkaitan dengan kondisi rumah yang buruk, polusi, dan keuangan. Penelitian ini ditegaskan oleh studi Bohol (Tupasi, 1988) yang mengidentifikasi faktor rumah seperti sumber air yang tidak aman, fasilitas jamban yang buruk dan kepadatan tidur rata-rata lima orang dalam sebuah ruangan.

Menurut Cabaraban (2016) menyatakan bahwa sanitasi atau air minum yang tidak sehat, jamban yang tidak sehat dan pencahayaan yang kurang, perilaku merokok, pendapatan bulanan dan polusi diperkirakan berhubungan dengan kejadian ISPA.

Status gizi sangat berpengaruh pada daya tahan tubuh. Anak yang gizinya kurang atau buruk akan mudah terjangkit infeksi atau penyakit menular. Berdasarkan penelitian Sulistyoningih dan Rustandi (2011) status gizi yang kurang menjadi faktor terjadinya ISPA karena daya tahan tubuh yang kurang.

Imunisasi merupakan salah satu cara pencegahan penyakit menular yang diberikan sejak masih bayi hingga dewasa. Imunisasi penting untuk kesehatan anak. Imunisasi sangat berguna dalam menentukan ketahanan tubuh bayi terhadap gangguan penyakit (Depkes RI, 2016). Menurut penelitian Sulistyoningih dan Rustandi (2011) status imunisasi merupakan faktor risiko yang berhubungan dengan ISPA.

Riwayat berat badan lahir rendah menentukan pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental pada masa balita. Balita yang mengalami BBLR lebih besar risiko terserang ISPA. Bayi dengan berat badan lahir rendah mempunyai risiko kematian yang lebih besar dibandingkan dengan berat badan lahir normal, terutama pada bulan pertama kelahiran karena pembentukan zat anti kekebalan kurang

sempurna sehingga lebih mudah terkena penyakit infeksi, terutama pneumonia dan sakit saluran pernapasan lainnya (Maryunani dalam hayati, 2014).

Kebiasaan merokok dalam rumah tangga berdampak negatif bagi anggota keluarga lainnya khususnya balita. Asap rokok dapat mengganggu saluran pernapasan bahkan meningkatkan penyakit infeksi pernapasan termasuk ISPA, terutama pada kelompok umur balita yang memiliki daya tahan tubuh masih lemah, sehingga bila ada paparan asap, maka balita lebih cepat terganggu sistem pernapasannya seperti ISPA (Syahrani dalam Trisnawati dan Juwarni, 2012) Menurut penelitian Trisnawati dan Juwarni (2012) terdapat hubungan perilaku merokok orang tua dengan kejadian ISPA pada balita.

c. Tanda dan gejala ISPA

Menurut WHO (2008) menyebutkan beberapa tanda dan gejala ISPA sebagai berikut :

- a) Demam tinggi melebihi 38⁰C
- b) Batuk kering atau batuk berdahak
- c) Sesak napas
- d) Tenggorokan sakit
- e) Nyeri telan

d. Pencegahan

Dalam rangka menurunkan Angka Kematian Balita (AKB) yang disebabkan ISPA, pemerintah telah membuat suatu kebijakan ISPA secara Nasional, diantaranya melalui penemuan kasus ISPA balita sedini mungkin di pelayanan kesehatan dasar, penatalaksanaan kasus dan rujukan, adanya keterpaduan dengan lintas program melalui pendekatan MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit) di Puskesmas serta penyediaan obat dan peralatan untuk puskesmas perawatan dan di daerah terpencil (Alan, 2010)

4. Hubungan Infeksi dengan *Stunting*

UNICEF dalam buku tentang pelatihan malnutrisi menyatakan bahwa infeksi berhubungan dengan status gizi anak. Infeksi yang biasa ditemukan pada balita adalah Diare dan ISPA, berikut merupakan tabel

yang menunjukkan dampak dari infeksi yang berhubungan dengan status gizi.

Tabel 2. Dampak penyakit terhadap status gizi

Infeksi	Dampak dari kekurangan gizi	Dampak infeksi pada gizi
Diare	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan durasi - Meningkatkan keparahan - Meningkatkan kematian 	<ul style="list-style-type: none"> - Malabsorpsi - Berkurangnya nafsu makan - Hilangnya zat gizi
Infeksi Saluran Pernapasan Akut (saluran bawah)	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan keparahan - Meningkatkan kematian 	<ul style="list-style-type: none"> - Berkurangnya nafsu makan - Efek metabolis yang akan menyebabkan pemecahan otot

Sumber : UNICEF Online Lesson "The Infection-Undernutrition Cycle"

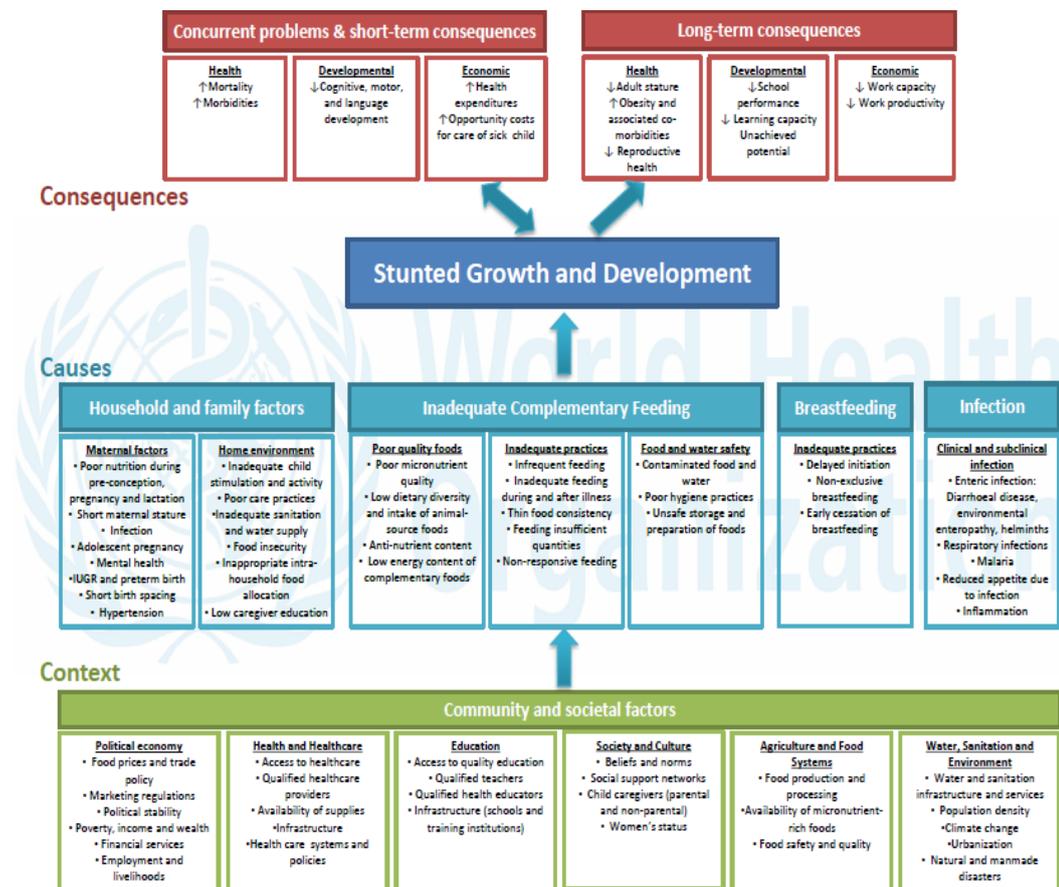
G. Stunting

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 3. 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 3. 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. Prevalensi

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, cacingan
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 berpikir (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 di masa 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.

H. Pengaruh 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.

I. Pengaruh PGD terhadap Pengetahuan dan Sikap

Pendidikan sebaya sering digunakan untuk mengubah tingkat perilaku pada individu dengan cara memodifikasi pengetahuan, sikap, keyakinan, atau perilaku seseorang. Menurut penelitian Folona, dkk (2014) pendidikan kelompok teman sebaya dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang pendewasaan usia perkawinan pada remaja. Pada uji statistik didapatkan nilai $p < 0,001$ yang berarti terdapat peningkatan yang bermakna pada pengetahuan dan sikap remaja tentang pendewasaan usia perkawinan

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.

Penelitian yang dilakukan oleh Arjanggih dan Suprihatin (2010) mengatakan bahwa diskusi teman sebaya memberikan kontribusi munculnya regulasi-diri pada mahasiswa. Hal ini dibuktikan dengan nilai t sebesar -4,969 dengan $p = 0,000$