

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. METODE FGD (*Focus Group Discussion*)**

##### **1. Pengertian**

Menurut Indrizal (2014) 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.

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.

##### **2. Karakteristik FGD**

Menurut Indrizal (2014) karakteristik FGD adalah sebagai berikut:

- a. 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. Kenapa jumlahnya lebih baik berbilangan ganjil, agar manakala FGD harus mengambil keputusan yang akhirnya perlu voting sekalipun, maka dengan jumlah itu bisa lebih membantu kelompok untuk melakukannya. Namun harus dipahami, soal jumlah ini bukanlah pembatasan yang mengikat atau mutlak sifatnya.

- b. Peserta FDG 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 FDG dapat dilakukan pada beberapa kelompok, antara lain: (1) kelompok petugas puskesmas; (2) kelompok keluarga pemegang kartu sehat dan ; (3) 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.
- c. 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.
- d. 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.
- e. FDG 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.

- f. 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.
- g. 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 pertama sebagian besar informasinya baru.
- h. FGD sebaiknya dilaksanakan disuatu tempat atau ruang netral disesuaikan dengan pertimbangan utama bahwa peserta dapat secara bebas dan tidak merasa takut untuk mengeluarkan pendapatnya.

### **3. Kegunaan FGD**

Kegunaan FGD menurut Indrizal (2014) adalah :

- a. Untuk merancang kuisisioner survey.
- 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 peninjauan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi pembangunan.

#### 4. Persiapan FGD

Menurut Indrizal (2014) persiapan FGD yaitu sebagai berikut :

##### 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 melatarinya.
- 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, dan lain-lain.
  - g) Jika peserta meminta komentar pemandu diskusi, tidak perlu menghindar.
  - h) Memperisapkan peranan pencatat (Notulen). Jika didalam tim ia hanya berdua saja dengan pemandu diskusi, maka pencatat sekaligus berperan sebagai pengamat (observer).

##### b. Persiapan Kelompok : Mempersiapkan Undangan

- 1) Siapkan undangan tertulis tetapi lakukan juga kunjungan tatap muka langsung untuk mengundang peserta.
- 2) Jelaskan maksud dan tujuan kegiatan serta lembaga yang mengadakan kegiatan studi.
- 3) Jelaskan rencana FDG dan mintalah peserta untuk berpartisipasi dalam FDG.

- 4) Beritahukan tanggal, waktu, tempat dan lamanya pertemuan sesuai dengan yang tertara pada undangan tertulis.
- 5) Apabila seseorang tidak bersedia memenuhi undangan, maka coba tekankan kembali arti pentingnya keikutsertaannya dalam FDG.
- 6) Jika orang yang diundang menyatakan kesediannya berpartisipasi, maka ulanglah sekali lagi tanggal, tempat dan waktu pelaksanaan FGD untuk mengingatkan kembali.

## **5. Pelaksanaan FGD**

Pelaksanaan FGD menurut Indrizal (2014) adalah :

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

c. Penutupan FDG

- 1) Untuk menutup pertemuan FDG, 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.

**6. Kekuatan dan Kelemahan**

Menurut Indrizal (2014) FGD memiliki kelemahan dan kekuatan, yaitu :

a. Kekuatan

- 1) Sinergisme. Suatu kelompok mampu menghasilkan informasi, ide, dan pandangan yang lebih luas.
- 2) Manfaat bola salju. Komentar dapat didapat secara acak dari peserta dapat memacu reaksi berantai respons 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 kalau secara perseorangan yang mungkin ia akan merasa 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/Kesulitan

- 1) Karena dapat dilakukan secara cepat dan murah, FDG sering digunakan oleh pembuat keputusan atau pendukung dugaan/pendapat pembuat keputusannya.
- 2) FDG 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.

## **7. Prinsip-Prinsip**

Menurut Prastowo (2008) dalam Diwyarthi (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 adanya interaksi.
- b. FGD adalah Group, bukan individu. Sehingga, agar 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 pula terfokus pada Tujuan Diskusi.

## **B. METODE PGD (*Peer Group Discussion*)**

### **1. Pengertian**

Menurut Sosiawanti (2012) 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**

Menurut Sosiawanti (2012) jika bantuan diberikan kepada teman sekelasnya 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.

Jika bantuan diberikan kepada teman sekelasnya 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 itu, 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**

Menurut Sosiawanti (2012) manfaat diskusi tutor teman sebaya yaitu :

- 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**

#### **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 :**

Menurut Sosiawanti (2012) syarat menjadi tutor teman sebaya:

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

## **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**

- a. Memilih tutor sebanyak 4-5 orang dengan syarat :
  - 1) Termasuk dalam peringkat 10 terbaik berdasarkan 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 saya.
- f. Mengisi lembar observasi, pengamatan, dan mengidentifikasi 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/pengajaran.(Supariasa dan Suraoka, 2012)

### **2. Manfaat**

Sedangkan beberapa ahli mengidentifikasi manfaat penggunaan media dalam pendidikan antara lain menurut Sadiman dkk. (2003) dalam Supariasa dan Suraoka (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 perangsangan, pengalaman serta menimbulkan persepsi yang sama.

### **3. Booklet**

Menurut Suraoka dan Supariasa (2012) booklet termasuk dalam kelompok media visual tidak di proyeksikan.

#### **a. Pengertian**

Booklet ialah 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 obyek 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 (Application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi disini 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/penilaian terhadap suatu materi/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 kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

### **3. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan**

#### **a. Pendidikan.**

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu obyek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari obyek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut .

#### **b. Media Masa / informasi.**

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (immediate impact) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Majunya teknologi akan tersedia bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru. Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi

baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

c. Sosial budaya dan ekonomi.

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

d. Lingkungan.

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

e. Pengalaman.

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan professional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

f. Usia.

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial serta

lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang usia madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini. Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup :

- Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya.
- Tidak dapat mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental. Dapat diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain seperti misalnya kosa kata dan pengetahuan umum. Beberapa teori berpendapat ternyata IQ seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia.

#### 4. Cara Menghitung Tingkat 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.

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

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

Berikut adalah kategori presentase 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 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).

Menurut Azwar (2012), sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*nonfavorable*) suatu objek.

## 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 dalam 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 resiko 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

Orang lain di sekitar kita merupakan salah satu diantara komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap kita 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 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.

## 5. Cara Menghitung Sikap

Data sikap ibu yang memiliki balita stunting didapatkan dari pengumpulan data kuesioner. Alternatif Pernyataan yang dipilih menggunakan modifikasi skala *likert* diantaranya sebagai berikut :

TS = Tidak setuju

RR = Ragu-ragu

S = Setuju

Jawaban setiap item instrumen yang menggunakan skala *likert* mempunyai gradasi dari positif hingga negatif. 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. PMT

### 1. Pengertian PMT

Makanan tambahan adalah makanan bergizi sebagai tambahan selain makanan utama bagi kelompok sasaran guna memenuhi kebutuhan gizi. Sedangkan makanan Tambahan Pemulihan bagi balita adalah makanan bergizi yang diperuntukkan bagi balita usia 6-59 bulan sebagai makanan tambahan untuk pemulihan gizi. (Ditjen Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, 2011).

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) adalah kegiatan pemberian makanan kepada balita dalam bentuk kudapan yang aman dan bermutu beserta kegiatan pendukung lainnya dengan memperhatikan aspek mutu dan keamanan pangan. Serta mengandung nilai gizi yang sesuai dengan kebutuhan sasaran. (Dinkes Sumenep, 2015)

## 2. Macam PMT

Menurut Dinkes Sumenep (2015) pemberian Makanan Tambahan (PMT) ada dua macam yaitu Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) penyuluhan. Memiliki tujuan yang sama yaitu untuk memenuhi kebutuhan zat gizi yang dibutuhkan oleh balita.

### a. PMT Pemulihan

PMT pemulihan dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita sekaligus sebagai pembelajaran bagi ibu dari balita sasaran. PMT pemulihan diberikan dalam bentuk makanan atau bahan makanan lokal. Hanya dikonsumsi oleh balita gizi buruk dan sebagai tambahan makanan sehari-hari bukan sebagai makanan pengganti makanan utama.

Makanan tambahan pemulihan diutamakan berbasis bahan makanan lokal. Jika bahan lokal terbatas dapat digunakan makanan pabrikan yang tersedia di wilayah setempat dengan memperhatikan kemasan, label dan masa kadaluarsa untuk keamanan pangan. Diutamakan berupa sumber protein hewani dan nabati serta sumber vitamin dan mineral terutama berasal dari sayur dan buah. PMT pemulihan ini diberikan sekali dalam satu hari selama 90 hari berturut-turut atau 3 bulan.

Makanan tambahan pemulihan dapat berupa pabrikan dan lokal. PMT pemulihan pabrikan merupakan makanan pendamping ASI dalam bentuk biskuit yang mengandung 10 vitamin dan 7 mineral. Biskuit hanya untuk anak usia 12 – 24 bulan melalui pengadaan Departemen Bina Gizi Masyarakat Depkes RI, dengan nilai gizi : energi total 180 kkal, lemak 6 gram, protein 3 gr. Jumlah persajinya mengandung 29 gr karbohidrat total, 2 gr serat pangan, 8 gr gula dan 120 mg natrium.

Sedangkan PMT pemulihan berbasis bahan makanan lokal ada dua jenis yaitu berupa Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) untuk bayi dan anak usia 6 – 23 bulan dan makanan tambahan untuk pemulihan anak balita 24-59 bulan berupa makanan keluarga.

b. PMT Penyuluhan

PMT Penyuluhan adalah makanan tambahan yang diberikan kepada balita yang disediakan oleh kader posyandu. Tujuan PMT Penyuluhan adalah sebagai sasaran penyuluhan kepada orang tua balita tentang makanan kudapan (snack) yang baik diberikan untuk balita, sebagai sarana untuk membantu mencukupi kebutuhan gizi balita, dan sebagai sarana untuk menggerakkan peran serta masyarakat dalam mendukung kesinambungan penyelenggaraan posyandu

**3. Tujuan PMT**

Pro-Health (2009) menyatakan bahwa tujuan pemberian makanan tambahan yaitu untuk memperbaiki status gizi anak dengan golongan rawan gizi yang menderita gizi kurang, pemberian makanan tambahan diberikan kepada anak balita dengan kriteria tiga kali berturut-turut tidak naik timbangannya serta berat badan pada KMS berada dibawah garis merah. Bahan makanan yang digunakan untuk PMT sebaiknya bahan makanan yang ada dan dihasilkan oleh daerah setempat, sehingga kemungkinan kelestarian program lebih besar. Bahan makanan yang diutamakan dari sumber energi dan protein tanpa mengesampingkan zat gizi lainnya seperti; padi-padian, umbi-umbian, kacang-kacangan, ikan, sayuran hijau, kelapa dan hasil olahannya.

**4. Sasaran PMT**

Pemberian makanan tambahan diberikan kepada anak balita dengan kriteria tiga kali berturut-turut tidak naik timbangannya serta berat badan pada KMS berada dibawah garis merah. (Pro-Health, 2009)

## 5. Bentuk Makanan

Tabel 2. Pola Pemberian Makanan Bayi dan Anak Balita

USIA (BULAN)	ASI	BENTUK MAKANAN		
		MAKANAN LUMAT	MAKANAN LEMBIK	MAKANAN KELUARGA
0-6*				
6-8				
9-11				
12-23				
24-59				

Ket : 6\* = 5 bulan 29 hari

Sumber : (Ditjen Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, 2011)

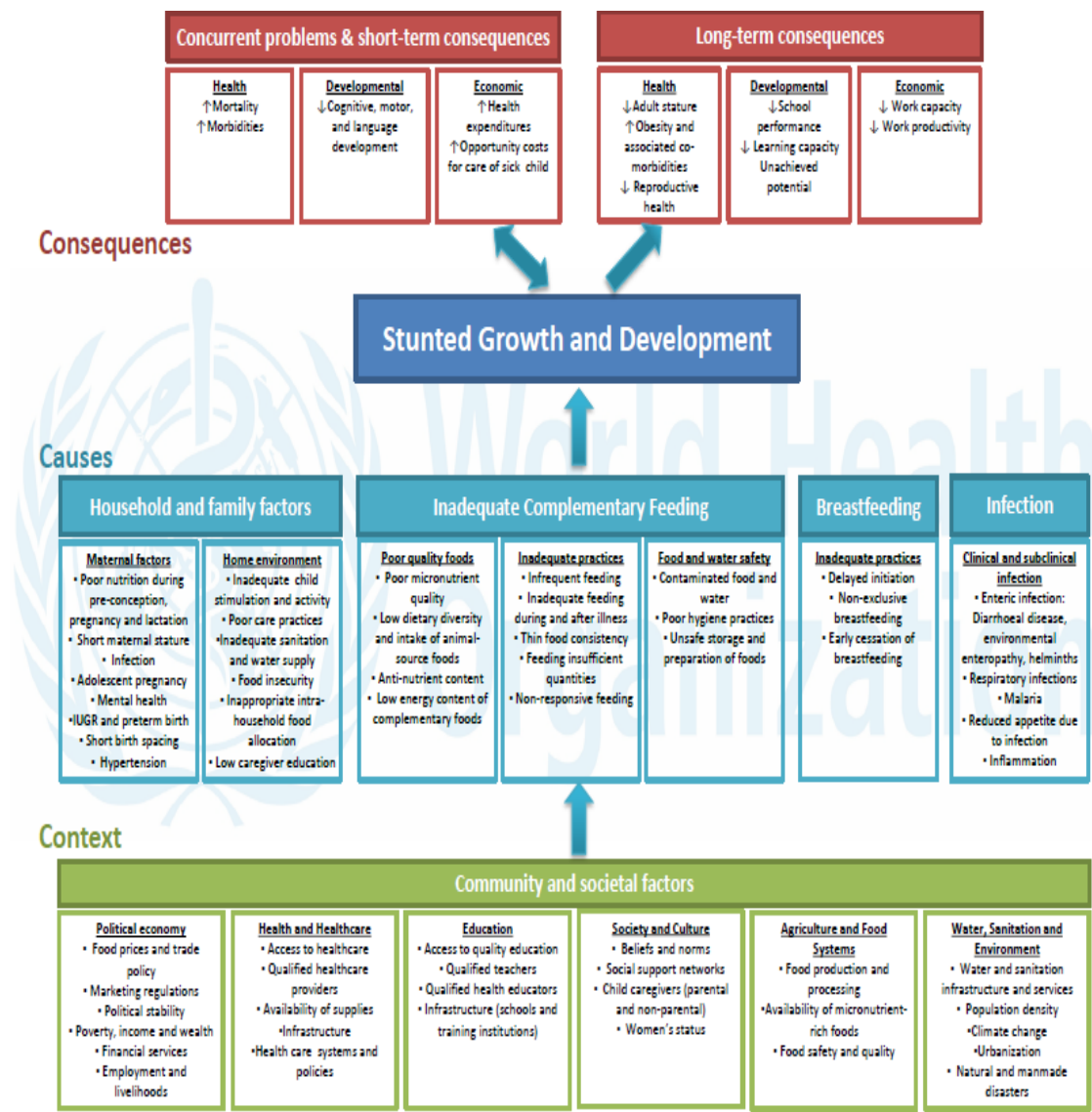
## G. STUNTING

### 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. 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, 2015*).

Masalah balita pendek menggambarkan adanya masalah gizi kronis, dipengaruhi dari kondisi ibu/calon ibu, masa janin, dan masa bayi/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)

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*.



Sumber : WHO Conceptual Framework, 2013

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

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Normor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian 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) balita pendek adalah balita yang



memiliki hasil perhitungan nilai z-score  $<-2SD$  dan untuk kategori sangat pendek jika nilai z-score  $<-3SD$

Tabel 3. Kategori Ambang Batas Status Gizi Anak berdasarkan Indeks TB/U

Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Sangat Pendek ( <i>Stunting</i> )	$<-3 SD$
Pendek ( <i>Stunting</i> )	-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. Prevalensi Balita Stunting

Masa balita merupakan masa paling rawan, karena pada masa ini balita sering terkena penyakit infeksi sehingga menjadikan anak berisiko tinggi menjadi kurang gizi. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas,2013) prevalensi pendek dan sangat pendek pada umur 12-23 bulan sebesar 18,7% dan 17,8%, sedangkan pada umur 24-35 bulan prevalensi pendek dan sangat pendek sejumlah 23,4% dan 20,5%, umur 36-47 bulan sebesar 21,9% pendek dan 16,6% sangat pendek, dan pada umur 48-59 bulan sejumlah 21,7% pendek dan 13,5% sangat pendek. Jadi kelompok umur 24-59 bulan prevalensi pendek dan sangat pendek lebih tinggi daripada umur 12-23 bulan.

## 3. Faktor Penyebab Stunting

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

- a. Faktor rumah tangga dan keluarga
  - 1) Faktor Ibu
    - a) Gizi yang rendah selama pra-konsepsi, kehamilan dan menyusui
    - b) Riwayat ibu yang pendek
    - c) Infeksi
    - d) Kehamilan remaja
    - e) Kesehatan mental

- f) Kelahiran prematur dan IUGR
  - g) Kelahiran jarak pendek
  - h) Hipertensi
- 2) Lingkungan rumah
- a) Tidak mencukupinya stimulasi dan aktivitas pada anak
  - b) Kurangnya praktik perawatan
  - c) Tidak mencukupinya sanitasi dan ketersediaan air
  - d) Kerawanan pangan
  - e) Distribusi makanan dalam rumah tangga yang tidak tepat
  - f) Rendahnya pendidikan pengasuh
- b. Makanan pendamping yang tidak memadai
- 1) Rendahnya kualitas makanan
- a) Rendahnya kualitas mikronutrien
  - b) Rendahnya keragaman makanan dan asupan makanan sumber hewani
  - c) Kandungan anti nutrisi
  - d) Rendahnya energy dalam makanan pemdamping
- 2) Praktik yang tidak memadai
- a) Frekuensi makan yang tidak teratur
  - b) Tidak tercukupinya asupan selama dan sesudah sakit
  - c) Makanan dengan konsistensi kecil
  - d) Makanan yang jumlahnya tidak mencukupi
  - e) Makanan yang tidak responsive
- 3) Keamanan makanan dan air
- a) Kontaminasi padada makanan dan air
  - b) Praktik hygiene yang rendah
  - c) Penyimpanan dan persiapan makanan yang tidak aman.
- c. Menyusui
- Praktik yang tidak memadai
- a) Menunda IMD
  - b) ASI yang tidak eksklusif
  - c) Penghentian ASI yang terlalu awal

d. Infeksi

1) Infeksi klinik dan subklinik

- a) Infeksi enterik: Diarrhoeal penyakit, lingkungan enteropati, cacangan
- b) Infeksi pernapasan
- c) Malaria
- d) nafsu makan yang berkurang karena infeksi
- e) Peradangan

**4. 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).

**5. 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 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) menyatakan bahwa adanya peningkatan sikap responden setelah mendapat perlakuan diskusi kelompok dengan fasilitator dengan rata-rata nilai *pretest* 16,56 dan terjadi peningkatan nilai rata-rata nilai *posttest* sejumlah 24,44 dengan nilai *p value* = 0,00 ( $p < 0,05$ ) yang berarti bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pada sikap responden tentang perilaku seks pranikah sebelum dan setelah perlakuan yaitu diskusi dengan fasilitator.

#### **I. 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 dan Sumaryani, 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%. dengan nilai  $p < 0,025$  ( $p < 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan melalui *peer group* berpengaruh dalam meningkatkan sikap remaja tentang HIV/AIDS