

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Stunting

2.1.1 Pengertian Stunting

Stunting adalah suatu kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi di bawah lima tahun) akibat kekurangan gizi kronis yang menyebabkan balita memiliki panjang atau tinggi badan kurang atau pendek untuk usianya (11). Stunting berhubungan dengan ketidakcukupan asupan gizi yang kurang dalam waktu lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi sehingga dapat dikatakan sebagai masalah gizi kronis (18). Kekurangan gizi ini dapat terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah anak lahir, namun baru nampak pada usia 2 tahun, dimana keadaan gizi ibu dan anak merupakan faktor penting dalam pertumbuhan anak (13).

2.1.2 Indikator Stunting

Pertumbuhan dapat dilihat melalui beberapa indikator. Secara umum terdapat 3 indikator yang digunakan untuk mengukur pertumbuhan bayi dan anak, yaitu indikator berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB).

Dalam indikator ini, dikatakan stunting apabila nilai indikator TB/U dengan nilai $Z\text{-score} < -2$ (13).

2.1.3 Faktor Resiko Stunting

Berdasarkan Ringkasan 100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting) oleh TNP2K penyebab stunting antara lain (19) :

1) Praktek Asuhan yang Kurang baik

Pola asuh yang tidak tepat, antara lain kurangnya pengetahuan ibu tentang kesehatan dan gizi sebelum, selama dan setelah kehamilan. Berdasarkan beberapa fakta dan informasi yang ada, 60.000 bayi usia 0-6 bulan tidak mendapatkan ASI eksklusif dan 2 dari 3 bayi usia 0-24 bulan tidak mendapatkan makanan pendamping ASI (MP-ASI). MP-ASI diberikan/dimulai saat bayi berusia di atas 6 bulan. Selain kemampuannya untuk mengenalkan bayi pada jenis makanan baru, MPASI tidak hanya memenuhi kebutuhan nutrisi tubuh bayi yang tidak lagi dapat ditopang oleh ASI, tetapi juga memperkuat perkembangan daya tahan tubuh anak dan daya tahan tubuh terhadap makanan. Anda juga bisa dan minum.

2) Terbatasnya layanan kesehatan, termasuk layanan Anti Natal Care (ANC), Post Natal Care, serta pendidikan kesehatan yang Berkualitas

Menurut informasi dari Kementerian Kesehatan dan publikasi Bank Dunia, pendaftaran anak di Posyandu turun dari 79% pada tahun 2007 menjadi 64% pada tahun 2013, dan anak-anak tidak memiliki akses yang memadai terhadap layanan imunisasi. Fakta lainnya adalah dua dari tiga ibu hamil tidak mengonsumsi suplemen zat besi yang cukup, dan akses terhadap layanan pendidikan anak usia dini yang berkualitas masih terbatas.

- 3) Kurangnya akses rumah tangga/keluarga terhadap asupan makanan bergizi

Harga makanan bergizi di Indonesia masih relatif tinggi, sehingga menurut beberapa sumber (RISKESDAS 2013, SDKI 2012, SUSENAS) makanan di Jakarta 94% lebih mahal daripada di New Delhi, India. Harga buah-buahan dan sayuran di Indonesia lebih tinggi daripada di Singapura. Diketahui juga satu dari tiga ibu hamil di Indonesia menderita anemia karena keterbatasan akses terhadap makanan bergizi.

- 4) Minimnya akses sanitasi dan air bersih

Menurut data yang dikumpulkan secara local, 2 dari 5 rumah tangga di Indonesia tidak buang air besar (BAB) di jamban khusus dan 1 dari 3 rumah tangga tidak memiliki akses air minum yang aman.

2.1.4 Dampak Stunting

Stunting merupakan masalah kekurangan gizi kronis yang disebabkan oleh asupan makanan yang tidak mencukupi dalam jangka waktu lama karena kekurangan gizi. Retardasi pertumbuhan terjadi saat janin masih dalam kandungan dan tidak muncul sampai anak berusia dua tahun. Malnutrisi pada anak usia dini meningkatkan kematian bayi, kerentanan terhadap penyakit, dan postur tubuh yang buruk di masa dewasa. (18).

Stunting dapat berdampak pada perkembangan kognitif, motorik, dan bahasa anak. Di masa depan, anak-anak stunting beresiko lebih tinggi mengalami obesitas dan penyakit degenerative lainnya. Selain itu, kemampuan naka untuk belajar dan berprestasi serta produktivitas dan kemampuan bekerja tidak maksimal (20). Kemampuan kognitif anak dengan stunting inilah yang dapat menyebabkan kerugian ekonomi jangka panjang bagi Indonesia.

2.2. Perilaku

2.2.1. Pengertian Perilaku

Dari sudut pandang biologis, perilaku adalah tindakan atau aktivitas organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan. Oleh karena itu, dari sudut pandang biologis, semua makhluk hidup, dari tumbuhan hingga hewan hingga manusia, berperilaku karena memiliki fungsinya masing-masing. Oleh karena itu, perilaku manusia pada hakekatnya mengacu pada aktivitas

atau aktivitas manusia yang memiliki cakupan yang sangat luas, antara lain: Berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, belajar, menulis, membaca, dll. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa perilaku (manusia) mengacu pada semua aktivitas atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati secara langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh orang luar (21).

2.2.2. Faktor Perilaku

Menurut Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2010) perilaku kesehatan ini ditentukan oleh 3 (tiga) faktor utama, yakni:

a. Faktor pendorong (*predisposing factor*)

Tujuan pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran akan pemeliharaan kesehatan bagi diri sendiri, keluarga dan masyarakat. Faktor-faktor yang memfasilitasi atau mempengaruhi terjadinya perilaku, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai, tradisi.

b. Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau aktivitas. Faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau ruang tempat terjadinya perilaku kesehatan, seperti misalnya: Puskesmas, Posyandu, rumah sakit, titik air, tempat pembuangan sampah, lapangan olah raga, makanan bergizi, serta ketersediaan sumber informasi kesehatan.

c. Faktor penguat (*reinforcing factor*)

Faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Meskipun orang tahu dan tahu bagaimana berperilaku sehat, terkadang mereka tidak melakukannya, seperti misalnya : tokoh masyarakat, orang tua, petugas kesehatan.

2.2.3. Domain Perilaku

Tingkah laku adalah suatu bentuk di mana suatu makhluk hidup atau organisme (manusia) menanggapi atau menanggapi rangsangan atau rangsangan dari luar, tetapi pemberian tanggapan itu sangat tergantung pada ciri-ciri dan faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Ini berarti bahwa orang yang berbeda akan bereaksi berbeda terhadap stimulus yang sama.

Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu kedalam tiga domain, sesuai dengan tujuan pendidikan. Bloom menyebutnya ranah atau kawasan yakni: a) kognitif (*cognitive*), b) afektif (*affective*), c) psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni (21):

a. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek. Persepsi terjadi melalui panca indra manusia yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba.

Sebagian besar informasi datang melalui mata dan telinga orang. Tanpa informasi, seseorang tidak memiliki dasar untuk mengambil keputusan dan bertindak untuk memecahkan masalah.

Secara garis besar dibagi dalam enam tingkatan:

a) Tahu (know)

Pengetahuan didefinisikan sebagai mengingat materi yang dipelajari sebelumnya. Tingkat pengetahuan ini termasuk mengingat setiap materi tertentu dan apa saja yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Oleh karena itu pengetahuan adalah tingkat pengetahuan yang paling rendah (21).

b) Memahami (comprehension)

Pemahaman ditafsirkan sebagian sebagai kemampuan untuk menjelaskan dengan benar materi pelajaran yang sudah dikenal dan untuk mengetahui bagaimana menafsirkan materi dengan benar. Orang yang sudah memahami pokok bahasan atau materi harus mampu menjelaskan pokok bahasan yang diteliti, memberi contoh, menarik kesimpulan, membuat prediksi, dsb. (21)

c) Aplikasi (application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan menerapkan materi yang dipelajari pada situasi atau keadaan nyata (nyata).

Penerapan disini dapat diartikan sebagai penerapan atau penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip dll dalam konteks atau situasi lain (21).

d) Analisis (analysis)

Analisis adalah kemampuan untuk mendeskripsikan suatu bahan atau objek dalam bentuk komponen-komponennya, namun masih dalam struktur organisasi dan masih berkaitan satu sama lain (21).

e) Sintesis (synthesis)

Sintesis mengacu pada kemampuan untuk menyatukan atau menggabungkan bagian-bagian menjadi satu keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah kemampuan membangun formulasi baru dari formulasi yang sudah ada (21).

f) Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi ini mengacu pada kemampuan menalar atau menilai suatu bahan atau benda. Peringkat didasarkan pada kriteria yang ditentukan sendiri atau yang ada (21).

b. Sikap (attitude)

Sikap merupakan reaksi atau tanggapan tertutup terhadap objek. Dari batasan-batasan di atas dapat disimpulkan bahwa perwujudan dari sikap tersebut tidak dapat dilihat secara langsung, tetapi hanya dapat diinterpretasikan dari perilaku yang disimpulkan sebelumnya. Sikap

sebenarnya menunjukkan arti kesesuaian tanggapan terhadap rangsangan tertentu, yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan tanggapan emosional terhadap rangsangan sosial (22).

Tingkatan sikap terdiri atas :

a) Menerima (receiving)

Menerima berarti orang atau subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan oleh objek.

b) Merespon (responding)

Merespon berarti memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan. Dengan adanya usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari benar atau salah berarti bahwa orang telah menerima ide tersebut.

c) Menghargai (valving)

Menghargai berarti mampu mengajak orang lain untuk mendiskusikan suatu masalah atau mendiskusikan permasalahan.

d) Bertanggung jawab (responsible)

Bertanggung jawab berarti mampu bertanggung jawab atas segala sesuatu pilihan yang diambil dengan segala resiko

c. Praktik atau tindakan

Praktik adalah cara untuk melihat tindakan yang dilakukan seseorang apakah sudah sesuai dengan yang diinstruksikan. Praktik perlu terwujud dengan suatu tindakan yaitu dengan adanya fasilitas atau sarana dan prasarana. Praktik atau tindakan dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan, yaitu:

a) Respon terpimpin (*guided respons*)

Melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah indikator praktik tingkat dua.

b) Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang telah melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sendiri itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

c) Adaptasi (*adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya, tindakan itu sudah dimodifikasinya sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakannya tersebut

2.3. Anemia Defisiensi Besi

2.3.1. Definisi

Anemia defisiensi besi adalah anemia akibat berkurangnya suplai besi untuk eritropoiesis karena penipisan simpanan besi, yang pada akhirnya

menyebabkan penurunan pembentukan hemoglobin. Anemia hipokromik mikrositik, penurunan besi serum, ditandai dengan peningkatan TIBC dan saturasi transferrin (23). Keadaan ini dapat melemahkan, menghambat aktivitas, serta mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak (24). Berdasarkan WHO seseorang dikatakan anemia bila kadar hemoglobin di dalam tubuhnya berada pada rentang:

- 1) Laki-laki dewasa : <13 gdl
- 2) Wanita dewasa tidak hamil : <12 g/dl
- 3) Wanita hamil : <11 g/dl
- 4) Anak umur 6-14 tahun : <12 g/dl
- 5) Anak umur 6 bulan-6 tahun : <11 g/dl

Kriteria pemeriksaan klinik guna alasan praktis, kriteria klinik pada umumnya disepakati adalah:

- 1) Hemoglobin <10 g/dl
- 2) Hematokrit <30%
- 3) Eritrosit <2,8 juta/mm³

2.3.2. Etiologi

Kekurangan zat besi dapat terjadi karena (25) :

- 1) Peningkatan Kebutuhan Secara Fisiologis
 - a) Pertumbuhan

Selama periode pertumbuhan yang cepat, tahun pertama kehidupan dan masa remaja, kebutuhan zat besi meningkat,

yang meningkatkan kejadian IDA selama periode ini. Pada usia satu tahun, berat badan bayi bertambah tiga kali lipat dan mencapai dua kali massa hemoglobin yang bersirkulasi saat lahir. Bayi prematur yang tumbuh sangat pesat dapat mencapai berat badan enam kali lipat dan jumlah hemoglobin yang bersirkulasi tiga kali lipat pada usia satu tahun dibandingkan saat lahir.

b) Menstruasi

Penyebab paling umum dari kekurangan zat besi pada anak perempuan adalah kehilangan darah menstruasi (24).

2) Kekurangan Zat Besi yang Diserap

a) Kurangnya Asupan Zat Besi dan Makanan

Seorang bayi berusia 1 tahun membutuhkan diet kaya zat besi. Bayi cukup bulan menyerap sekitar 200 mg zat besi (0,5 mg/hari) selama tahun pertama kehidupan, yang terutama digunakan untuk pertumbuhan. Bayi yang mendapat ASI eksklusif jarang mengalami defisiensi zat besi selama enam bulan pertama. Hal ini karena zat besi dalam ASI lebih mudah diserap daripada susu formula. Sekitar 40 si diperkirakan diserap dalam ASI bayi, tetapi hanya 10% besi yang diserap oleh PASI. Bayi yang mengonsumsi lebih

banyak susu sapi daripada ASI berisiko lebih tinggi terkena anemia defisiensi besi (25).

b) Malabsorpsi besi

Situasi ini terlihat pada anak-anak malnutrisi yang mukosa ususnya berubah secara histologis dan fungsional. Orang yang telah menjalani gastrektomi parsial atau total sering mengalami IDA, bahkan jika pasien diberikan zat besi yang cukup. Ini karena jumlah asam lambung telah menurun, memungkinkan makanan melewati usus halus bagian atas, tempat utama penyerapan zat besi heme dan non-heme (24).

c) Perdarahan

Perdarahan kehilangan darah merupakan penyebab penting dari IDA. Kehilangan darah mempengaruhi keseimbangan status besi. Kehilangan 1 ml darah mengakibatkan hilangnya 0,5 mg zat besi, sehingga 3-4 ml darah (1,5-2 mg) per hari dapat menyebabkan keseimbangan besi negatif. Perdarahan menyerang proksimal Obat-obatan (asam asetilsalisilat, kortikosteroid, indometasin, obat antiinflamasi nonsteroid) dan infeksi parasit (*Acylostoma duodenale* dan *Necator americanus*) terjadi dalam bentuk perdarahan gastrointestinal, enteropati yang diinduksi susu, penyakit tukak

lambung Ada kemungkinan. Usus halus menghisap darah di saluran usus submucosa (24).

d) Transfusi Feto-maternal

Kebocoran darah kronis ke dalam sirkulasi ibu menyebabkan IDA janin terlambat dan neonatal dini.

e) Hemoglobinuria

Situasi ini terjadi pada anak-anak dengan katup jantung prostetik. Pada hemoglobinuria nocturnal paroksimal (PNH) kehilangan zat besi melalui urin rata-rata 1,8 hingga 7,8 mg/hari.

2.3.3. Patofisiologis

Anemia defisiensi besi adalah hasil akhir dari keseimbangan besi negatif dalam jangka panjang. Jika keseimbangan besi negatif ini terus berlanjut, cadangan besi akan terus menurun. Berikut 3 tahap defisiensi besi (25) :

Tabel 2.3.3.1 Tahapan Kekurangan Zat Besi

Hemoglobin	Tahap 1 Normal	Tahap 2 Sedikit menurun	Tahap 3 Menurun jelas
Cadangan besi	<100	0	0
Fe Serum	Normal	<60	<40
TIBC	360-390	>390	>410
Saturasi transferin	20-30	<15	<10
Feritin Serum	<20	<12	<12
Sideroblas	40-60	<10	<10
FEP	>30	>100	>200

MCV	Normal	Normal	Menurun
-----	--------	--------	---------

1. Tahap pertama

Tahap ini disebut defisiensi besi atau defisiensi besi penyimpanan dan ditandai dengan berkurangnya atau tidak ada simpanan besi. Fungsi hemoglobin dan protein besi lainnya masih normal. Dalam situasi ini, penyerapan zat besi non-heme meningkat. Feritin serum menurun, tetapi tes lain untuk menentukan adanya defisiensi besi tetap normal.

2. Tahap kedua

Pada tingkat ini yang dikenal dengan istilah iron deficient erythropoietin atau iron limited erythropoiesis dimana tidak tercukupinya suplai besi untuk menunjang eritropoiesis. Berdasarkan hasil laboratorium, didapatkan penurunan nilai besi serum dan saturasi transferin, sedangkan terjadi peningkatan TIBC dan free erythrocyte porphrin (FEP).

3. Tahap ketiga

Tahap ini disebut anemia defisiensi besi. Keadaan ini terjadi ketika sel darah merah di sumsum tulang tidak mengandung zat besi yang cukup, sehingga menyebabkan kadar Hb rendah. Berdasarkan gambaran darah tepi menunjukkan mikrositosis dan hipokromik yang progresif. Perubahan epitel terlihat pada tahap ini, terutama pada ADB lanjut.

a. Manifestasi Klinis Anemia

Anak-anak dengan anemia defisiensi besi tidak menunjukkan gejala sehingga diperlukan deteksi dini dengan skrining laboratorium pada usia 12 bulan.

Gejala:

- 1) Koilonychias/spoon nail/kuku sendok
- 2) Kuku rapuh serta bergaris-garis vertical dan cekung mirip dengan sendok.
- 3) Atropi lidah
- 4) Permukaan lidah tampak licin dan mengkilap karena papilla lidah menghilang.
- 5) Angular cheilitis
- 6) Terjadi peradangan pada sudut mulut seperti bercak pucat keputihan
- 7) Disfagia akibat kerusakan epitel hipofaring

Kekurangan zat besi memiliki efek sistemik non-hematologis. Perhatian terbesar adalah efek pada anak-anak dan remaja dimana terjadi penurunan intelektual dan gangguan motorik bahkan sebelum anemia berkembang. Banyak penelitian telah dilakukan tentang hubungan antara kekurangan zat besi dan tes kognitif. Sebuah penelitian terhadap bayi berusia 6 sampai 24 bulan di Guatemala menemukan perbedaan skor mental dan motorik antara kelompok anak dengan anemia defisiensi besi dan kelompok anak normal. Sebuah penelitian terhadap anak-anak berusia 3 sampai 6 tahun di Inggris juga dilakukan

dan menunjukkan bahwa anak-anak dengan anemia defisiensi besi memiliki skor yang lebih rendah pada tes peluang belajar dibandingkan dengan kontrol. Pencegahan sangat penting karena ada bukti bahwa perubahan ini dapat bertahan meskipun pengobatan. Pica (keinginan untuk makan makanan yang tidak dapat dicerna) dan pagophagia (keinginan untuk makan es batu) adalah gejala sistemik lain dari kekurangan zat besi. Pica dapat menyebabkan konsumsi bahan yang mengandung timbal, yang menyebabkan lepuh timbal (26).

2.4. Remaja Putri

2.4.1. Pengertian Remaja

Istilah remaja berasal dari bahasa latin *adolecere* (kata benda remaja, yang berarti remaja), yang berarti "tumbuh" atau "tumbuh menjadi dewasa". Masa remaja memiliki pengertian yang luas, meliputi kematangan mental, emosional, sosial dan fisik. Secara psikologis, masa remaja adalah usia dimana seorang individu berintegrasi ke dalam masyarakat dewasa, usia dimana anak-anak tidak lagi merasa di bawah level orang yang lebih tua, tetapi berada pada level yang sama (27). Dalam kehidupan seseorang, usia remaja adalah usia paling kritis karena merupakan usia penentu kematangan saat dewasa (28).

Selama periode ini, remaja mencapai pertumbuhan fisik maksimum serta kematangan dalam kapasitas reproduksi. Pematangan

ini menyebabkan remaja mengalihkan perhatiannya kepada lawan jenis, dan remaja berusaha menarik lawan jenis. Selain pertumbuhan fisik, perkembangan fungsi psikologis juga terjadi pada masa ini. Hal ini ditandai dengan peningkatan kekuatan mental, kemampuan berpikir, pemahaman dan memori. Ketika keterampilan ini meningkat, kaum muda menjadi lebih sadar akan lingkungan sosial dan intelektual mereka. Dengan pemahaman tentang pubertas di atas, dapat disimpulkan bahwa pubertas adalah masa pertumbuhan dari anak yang belum dewasa menjadi dewasa yang matang dan masa transisi biologis, psikologis, dan sosial. Perubahan ini terjadi sangat cepat dan terkadang tanpa kita sadari (28).

2.4.2. Batasan Remaja

Berdasarkan WHO, remaja adalah orang yang berada dalam masa transisi antara masa kanak-kanak dan dewasa. Batas usia remaja adalah 12-24 tahun. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2014, batas usia remaja adalah 10-18 tahun. Sedangkan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah.

2.4.3. Perubahan pada Remaja

Perubahan fisik yang menonjol adalah perkembangan tanda-tanda seks sekunder, serta perubahan perilaku dan hubungan sosial dengan lingkungannya. Perubahan-perubahan tersebut dapat

mengakibatkan kelainan maupun penyakit tertentu bila tidak diperhatikan dengan seksama. Maturasi seksual terjadi melalui tahapan-tahapan yang teratur yang akhirnya mengantarkan anak siap dengan fungsi fertilitasnya, laki-laki dewasa dengan spermatogenesis, sedangkan anak perempuan dengan ovulasi.

Pada masa ini terjadi perubahan psikososial anak baik dalam tingkah laku, hubungan dengan lingkungan serta ketertarikan dengan lawan jenis. Perubahan-perubahan tersebut juga dapat menyebabkan hubungan antara orangtua dengan remaja menjadi sulit apabila orangtua tidak memahami proses yang terjadi.

Perubahan perkembangan remaja tersebut dapat diatasi dengan mengkaji proses perkembangan dari masa kanak-kanak hingga dewasa. Anamnesis remaja membutuhkan keterampilan komunikasi klinis yang spesifik, sedangkan pemeriksaan fisik memerlukan ruangan khusus untuk penilaian remaja. Tentunya untuk melakukan pengobatan yang efektif. Pubertas atau remaja merupakan masa kritis dalam peralihan dari masa kanak-kanak menuju dewasa. Masa remaja merupakan rangkaian perubahan hormonal, fisik, psikologis dan sosial. Pubertas adalah 8 tahun untuk anak perempuan dan 9 tahun untuk anak laki-laki. Genetik, diet, dan faktor lingkungan lainnya dianggap berperan dalam pubertas (28).

Perubahan fisik pada masa pubertas diikuti oleh pematangan emosional dan psikologis. Secara psikososial, perkembangan remaja (pubertas) dapat dibagi menjadi tiga tahap: awal, tengah, dan akhir. Setiap fase memiliki karakteristiknya sendiri. Segala sesuatu yang mengganggu proses pematangan fisik dan hormonal remaja dapat mempengaruhi perkembangan psikologis dan emosional, sehingga penting untuk lebih memahami semua aspek proses perubahan remaja (28).

2.4.4. Remaja Putri

Remaja putri rentan terhadap anemia karena mengalami menstruasi dan mengejar percepatan pertumbuhan. Remaja putri yang mengalami menstruasi kehilangan zat besi dua kali lebih banyak daripada remaja laki-laki. Selain itu, remaja putri biasanya sangat memperhatikan bentuk tubuhnya dan cenderung membatasi asupan makanannya, seperti mengikuti pola makan vegetarian. Oleh karena itu, untuk mencegah berkembangnya anemia defisiensi besi, remaja putri harus dididik. kebutuhan akan anemia defisiensi besi itu sendiri. Pencegahan dan pengelolaan anemia pada wanita usia subur sangat penting untuk mencegah risiko berat badan lahir rendah, kematian perinatal, dan penyakit yang terkait dengan peran wanita sebagai ibu (29).

2.5. Pemberdayaan Remaja

2.5.1. Pengertian Pemberdayaan

Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional dengan tujuan peningkatan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat tiap individu agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang tinggi (30). Berdasarkan peraturan Menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dan keputusan Menteri Kesehatan No.114/MenKes/SK/VII Tahun 2005 tentang pedoman pelaksanaan promosi kesehatan adalah pemberdayaan, bina suasana, advokasi, dan kemitraan. Namun pada penelitian ini peneliti membahas poin pemberdayaan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2019, pemberdayaan masyarakat utamanya dalam bidang kesehatan merupakan proses peningkatan pengetahuan, kesadaran, dan kemampuan individu, keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan dengan cara memfasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan potensi dan sosial budaya setempat.

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan merupakan suatu upaya dengan tujuan untuk mengembangkan pengetahuan, sikap, dan

perilaku masyarakat agar mampu mengatasi permasalahan kesehatan (31). Paradigma pemberdayaan muncul pada awal 1990 untuk melaksanakan fase pembangunan dengan memetakan pengetahuan dan keterampilan berbasis masyarakat. Paradigma ini berkembang dari kesadaran bahwa pembangunan tidak lagi semata-mata ditentukan oleh pemegang kekuasaan. Pemberdayaan juga merupakan upaya untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pembangunan yang terkait dengan tindakan praktis untuk mentransformasi masyarakat yang lemah menuju penguasaan sikap dan mental periaku serta keterampilan yang unggul, baik dari segi pengetahuan, sikap, maupun praktik (32).

2.5.2. Tujuan Pemberdayaan

Tujuan dasar dari setiap program pembangunan adalah untuk peningkatan kesejahteraan masyarakat yang dicapai melalui pembentukan individu dan kelompok menjadi mandiri. Kemandirian ini meliputi kemandirian berpikir, bertindak dan mengendalikan tindakan seseorang (33). Pengembangan kemandirian ini dapat dilakukan dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan individu serta komunitas dengan membangun keyakinan dan peningkatan kapasitas individu, serta membangun komunitas secara kolektif berdasarkan kerjasama untuk mencapai tujuan bersama (32).

Dalam hal ini pemberdayaan dapat dikaji berdasarkan 3 aspek yakni : enabling, yaitu mendorong terbentuknya situasi yang

memungkinkan berkembangnya potensi rakyat. Empowering, dengan memperkuat potensi masyarakat melalui penyediaan input yang membuka peluang masyarakat agar semakin mandiri. Protecting, merupakan upaya membela dan melindungi kepentingan masyarakat agar tidak tersisihkan (32).

2.5.3. Pemberdayaan Remaja

Kader merupakan orang ditengah masyarakat yang diharapkan dapat mengemban tugas-tugas penting yang melekat pada segala persoalan yang berkaitan dengan kesehatan. Di sisi lain menurut WHO (1995), kader kesehatan adalah laki-laki atau perempuan yang dipilih oleh masyarakat dan mendapatkan pelatihan tentang penanganan masalah kesehatan individu dan masyarakat serta bekerja sangat erat dengan penyedia pelayanan kesehatan (34). Untuk itu, kader kesehatan berperan besar dalam upaya peningkatan kemampuan masyarakat dalam menolong dirinya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Remaja merupakan salah satu potensi yang dapat diberdayakan dalam upaya peningkatan derajat kesehatan. Oleh karena itu pembinaan kader remaja dibutuhkan untuk memberikan informasi serta pengetahuan yang berhubungan dengan perilaku hidup sehat bagi remaja. Disamping mengatasi permasalahan kesehatan yang ada, utamanya dalam pencegahan anemia penyebab stunting, dibutuhkan

peningkatan pengetahuan yang memadai serta motivasi untuk menjalani masa remaja secara sehat. Hal ini diharapkan agar para remaja dapat memasuki masa kehidupan berkeluarga dengan sehat (34).

2.6. Media

2.6.1. Pengertian Media

Media adalah segala sesuatu yang dapat digunakan untuk menyalurkan pesan atau informasi dari pengirim kepada penerima yang dapat merangsang pikiran, perasaan, perhatian, dan minat serta perhatian peserta sehingga terjadi proses pembelajaran (35).

Media merupakan sarana penyampaian pesan. Media massa disebut sebagai media pendidikan jika menyampaikan suatu pesan dalam proses pembelajaran. Penggunaan media sangat penting, karena tanpa adanya media tidak mungkin kegiatan pembelajaran dapat terkoordinasi. Media bersifat fleksibel karena dapat digunakan pada semua tingkat sasaran dan di semua kegiatan pembelajaran (35).

2.6.2. Jenis-jenis Media

1) Media Audio

Media audio yaitu media yang hanya melibatkan indera pendengaran dan hanya mampu memanipulasi kemampuan suara semata. Dilihat dari sifat pesan yang diterimanya media audio ini menerima pesan verbal dan non- verbal. Pesan verbal audio yakni bahasa lisan atau kata-kata, dan pesan non- verbal audio adalah seperti bunyi-bunyian dan vokalisasi, seperti gerutuan, gumam, musik, dan lain-lain.

2) Media visual

Media visual yaitu media yang hanya melibatkan indera penglihatan. termasuk dalam jenis media ini adalah media cetak-verbal, media cetak-grafis, dan media visual non-cetak. Pertama, media visual-verbal adalah media visual yang memuat pesan verbal (pesan linguistik berbentuk tulisan). Kedua, media visual non-verbal-grafis adalah media visual yang memuat pesan non-verbal yakni berupa simbol-simbol visual atau unsur-unsur grafis , seperti gambar (sketsa, lukisan dan foto), grafik, diagram, bagan, dan peta. Ketiga, media visual non-verbal tiga dimensi adalah media visual yang memiliki tiga dimensi, berupa model, seperti miniatur, mock up, specimen, dan diorama.

3) Media audio visual

Media audio visual yaitu media yang melibatkan indera pendengaran dan penglihatan sekaligus dalam suatu proses. Sifat pesan yang dapat disalurkan melalui media dapat berupa pesan verbal dan non-verbal yang terdengar layaknya media visual juga pesan verbal yang terdengar layaknya media audio diatas. Pesan visual yang terdengar dan terlihat itu dapat disajikan melalui program audio visual seperti film dokumenter, film drama, dan lain-lain.

2.7. Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah langkah penelitian setelah peneliti mengajukan alasan dan kerangka pemikiran. Hipotesis adalah jawaban awal dari pernyataan masalah penelitian, yang dirumuskan dalam pertanyaan. Dengan demikian, hipotesis masih merupakan spekulasi tentatif dan sedang diverifikasi.

Sesuai judul Pengaruh Pemberdayaan Remaja Peduli Stunting Terhadap Pengetahuan dan sikap Remaja Putri Dalam Suplementasi Tablet Fe, hipotesis penelitian ini adalah :

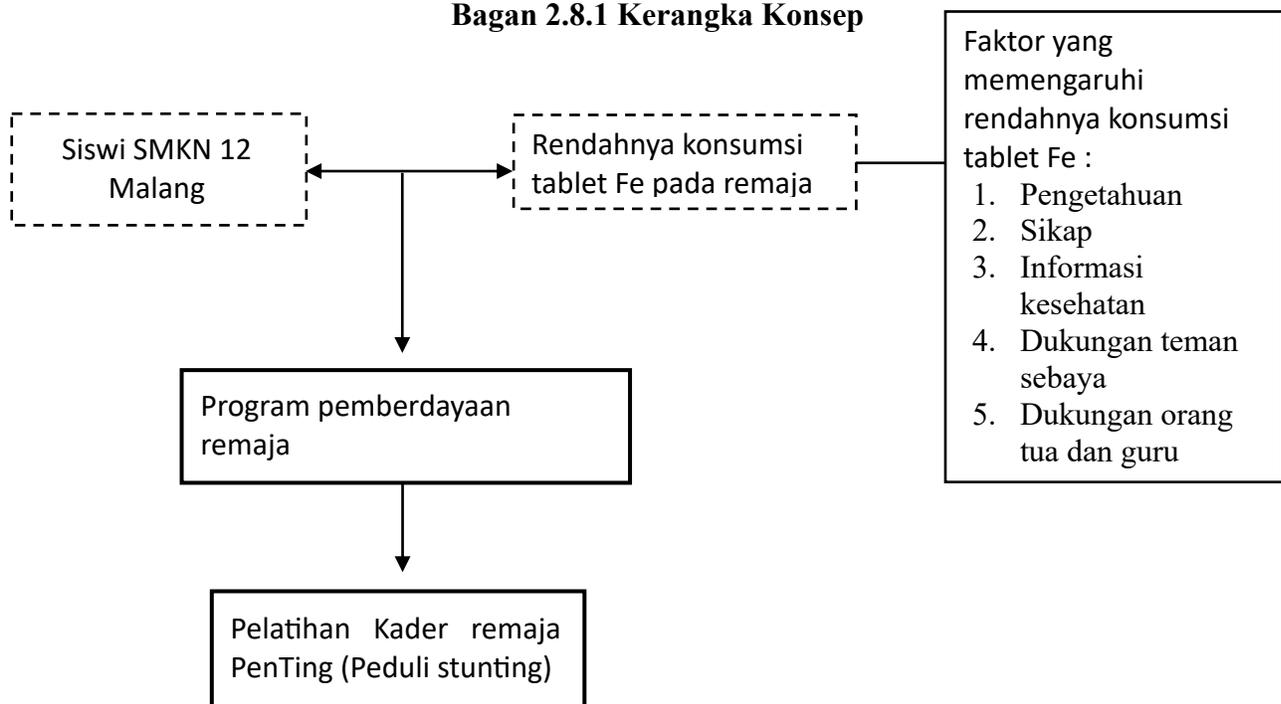
H₀ : Pemberdayaan Remaja Peduli Stunting tidak berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan dan perilaku remaja putri dalam suplementasi tablet Fe di SMKN 12 Malang.

H1 : Pemberdayaan Remaja Peduli Stunting berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan dan perilaku remaja putri dalam suplementasi tablet Fe di SMKN 12 Malang.

2.8. Kerangka Konsep

Kerangka konseptual penelitian adalah metode yang digunakan untuk menjelaskan hubungan atau keterkaitan antar variabel yang diteliti (Notoatmodjo, 2018).

Bagan 2.8.1 Kerangka Konsep



Keterangan :

: Diteliti

: Tidak Diteliti