

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Promosi Kesehatan

1. Definisi Promosi Kesehatan

Pada tahun 1984, *World Health Organization (WHO)* mengganti istilah pendidikan kesehatan menjadi promosi kesehatan. Perubahan ini mencerminkan perluasan fokus dari hanya mengubah perilaku individu yang juga mencakup modifikasi lingkungan untuk mendukung perilaku sehat. Istilah *health promotion* (promosi kesehatan) pertama kali diperkenalkan secara resmi pada konferensi internasional tentang *health promotion* di Ottawa, Kanada pada tahun 1986. Dimana promosi kesehatan didefinisikan sebagai proses yang membantu seseorang untuk memiliki lebih banyak kendali atas kesehatan yang melibatkan pemberdayaan masyarakat sebagai strategi utama (Nurmala et al., 2018).

Dalam konteks ilmu kesehatan masyarakat, promosi kesehatan memiliki dua pengertian. Pertama sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit yang termasuk dalam salah satu dari empat tingkat yang diuraikan oleh Level and Clark. Dimana 4 tingkat pencegahan penyakit dalam perspektif kesehatan masyarakat tersebut adalah *health promotion* (peningkatan/promosi kesehatan), *specific protection* (perlindungan khusus melalui imunisasi), *early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera), *disability limitation* (membatasi/mengurangi terjadinya kecacatan), dan *rehabilitation* (pemulihan). Oleh sebab itu, promosi kesehatan dalam konteks ini berhubungan dengan peningkatan kesehatan. Kedua sebagai kegiatan yang mempromosikan, menyebarkan, dan memperkenalkan pesan-pesan kesehatan agar diterima oleh masyarakat. Dengan kata lain, promosi kesehatan mirip dengan konsep pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk mendorong perilaku sehat (Notoatmodjo, 2014).

Dengan demikian, promosi kesehatan tidak hanya mengandung elemen penyadaran dan peningkatan pengetahuan saja. Namun, juga meliputi upaya yang lebih luas dalam memfasilitasi perubahan perilaku melalui intervensi pada masyarakat, organisasi, dan lingkungan yang mencakup aspek fisik, sosial budaya, ekonomi, dan politik. Hal tersebut menandakan bahwa sebuah revitalisasi dari pendidikan kesehatan masa lalu dengan memperluas cakupan dan metode (Nurmala et al., 2018).

2. Strategi Promosi Kesehatan

Berdasarkan Piagam Ottawa (1984) dalam (Nurmala et al., 2018), misi promosi kesehatan dapat dilakukan menggunakan tiga strategi yaitu:

a. Advokasi atau *advocate*

Promosi kesehatan berupaya untuk mengubah kondisi melalui advokasi sehingga memberikan manfaat bagi kesehatan masyarakat melalui advokasi. Advokasi tidak hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan, tetapi juga dapat dilakukan oleh masyarakat hingga para pemangku kebijakan dari berbagai tingkat atau sektor terkait dengan kesehatan. Tujuan kegiatan advokasi adalah untuk meyakinkan pemangku kebijakan bahwa program kesehatan yang akan dilaksanakan tersebut penting dan memerlukan dukungan kebijakan atau keputusan dari pejabat tersebut.

b. Mediasi atau *mediate*

Sebagai mitra dalam promosi kesehatan, mediasi berperan sebagai jembatan antara bidang kesehatan dengan bidang lainnya. Faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan bukan merupakan tanggung jawab bidang kesehatan saja. Peningkatan kesehatan masyarakat memerlukan upaya kolaboratif dari seluruh pemangku kepentingan termasuk pemerintah, sektor kesehatan, sektor ekonomi, lembaga nonprofit, industri, dan media. Dengan kata lain, promosi kesehatan merupakan perekat kemitraan di bidang pelayanan kesehatan.

c. Memampukan atau *enable*

Fokus promosi kesehatan adalah keadilan dan pemerataan sumber daya kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat. Hal ini termasuk

memastikan bahwa setiap masyarakat mempunyai lingkungan yang mendukung perilaku sehat, memiliki akses terhadap informasi yang dibutuhkan untuk tetap sehat, dan memiliki keterampilan untuk mengambil keputusan yang dapat meningkatkan status kesehatan. Prinsip promosi kesehatan adalah masyarakat mampu untuk mengontrol faktor-faktor yang dapat memengaruhi kesehatan. Sesuai visi promosi kesehatan yaitu mau dan mampu memelihara serta meningkatkan kesehatannya, promosi kesehatan mempunyai misi utama untuk memberdayakan masyarakat. Adanya kegiatan promosi kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung, harus mampu membekali keterampilan kepada masyarakat agar bisa mandiri di bidang kesehatan.

3. Metode Promosi Kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2014) terdapat beberapa teknik untuk mempromosikan kesehatan, antara lain:

a. Metode individual (perorangan)

1) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and conseling*)

Metode ini melibatkan interaksi yang lebih deka antara klien dan petugas kesehatan. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien diselidiki dan dibantu dalam mencari solusi penyelesaian masalah. Akhirnya, klien secara sukarela berdasarkan kesadaran dan pemahaman akan menerima perilaku yang diusulkan atau mengadopsi perilaku baru.

2) Wawancara (*interview*)

Wawancara adalah bagian dari proses bimbingan dan penyuluhan. Dalam kegiatan ini melibatkan percakapan antara petugas kesehatan dan klien untuk mengeksplorasi alasan mengapa klien belum menerima perubahan. Apakah klien tertarik atau tidak terhadap perubahan tersebut, serta untuk menilai apakah perilaku yang akan diadopsi didasarkan pada pemahaman dan kesadaran yang kuat. Jika belum, mungkin masih diperlukan penyuluhan yang lebih mendalam.

b. Metode kelompok

1) Kelompok besar

Kelompok besar merujuk pada situasi dimana jumlah peserta penyuluhan melebihi 15 orang. Metode yang sesuai untuk kelompok besar termasuk ceramah dan seminar.

a) Ceramah

Metode yang efektif baik untuk peserta dengan latar belakang pendidikan tinggi maupun rendah. Namun, terdapat hal-hal yang perlu diperhatikan saat ceramah diantaranya tahap persiapan dan pelaksanaan.

b) Seminar

Seminar cocok untuk kelompok ke atas. Biasanya, seminar melibatkan presentasi dari satu atau beberapa ahli mengenai topik yang dianggap penting dan seringkali menarik minat masyarakat.

2) Kelompok kecil

Kelompok kecil merujuk pada situasi dimana peserta kegiatan kurang dari 15 orang. Metode yang cocok untuk kelompok kecil meliputi:

a) Diskusi kelompok

Anggota kelompok duduk dalam formasi yang memungkinkan untuk berinteraksi secara langsung seperti dalam lingkaran atau segi empat. Pemimpin diskusi duduk diantara peserta untuk menjamin kesetaraan. Diskusi dimulai dengan pancingan berupa pertanyaan atau kasus terkait topik yang dibahas. Pemimpin kelompok mengarahkan diskusi agar setiap anggota memiliki kesempatan untuk berbicara.

b) Curah pendapat (*brain storming*)

Pemimpin kelompok memulai dengan satu masalah dan setiap peserta memberikan tanggapan tanpa komentar dari orang lain. Setelah semua pendapat terkumpul, barulah diskusi dimulai.

c) Bola salju (*snow balling*)

Peserta dibagi dalam pasangan dan diberi pertanyaan atau masalah. Setelah waktu habis, peserta bergabung dengan pasangan lainnya

untuk mendiskusikan masalah tersebut. Proses ini berlanjut hingga seluruh anggota kelompok terlibat.

d) Kelompok-kelompok kecil (*buzz group*)

Kelompok dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil yang diberikan masalah yang sama atau berbeda. Setiap kelompok mendiskusikan masalah dan hasilnya dibahas kembali untuk mencapai kesimpulan.

e) Bermain peran (*role play*)

Sejumlah anggota kelompok memerankan peran tertentu, misalnya sebagai petugas kesehatan atau pasien. Dimana hal tersebut dilakukan untuk memperagakan interaksi dalam situasi tertentu.

f) Permainan simulasi (*simulation game*)

Pesan-pesan kesehatan disampaikan melalui permainan seperti permainan monopoli. Permainan tersebut melibatkan beberapa pemain dan narasumber yang bertindak sebagai pemain dan penunjuk arah.

c. Metode massa

Metode massa adalah pendekatan yang cocok untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan kepada masyarakat umum tanpa membedakan usia, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, atau tingkat pendidikan. Pesan-pesan kesehatan dalam metode ini dirancang agar mudah dipahami oleh masyarakat luas.

1) Ceramah umum (*public speaking*)

Misalnya pada Hari Kesehatan Nasional, pejabat Kementerian Kesehatan menyampaikan pidato kepada masyarakat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

2) Bincang kesehatan (*talk show*)

Melalui media elektronik seperti TV dan radio, *talk show* tentang kesehatan merupakan bentuk promosi kesehatan massa.

3) Simulasi

Dialog antara pasien dan petugas kesehatan tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui media massa juga termasuk pendekatan massa.

4) Tulisan di majalah atau koran

Artikel atau rubrik konsultasi tentang kesehatan dan penyakit dalam majalah atau koran juga merupakan bentuk pendekatan promosi kesehatan massa.

5) *Billboard*

Penggunaan *billboard*, spanduk, poster, dan lainnya di pinggir jalan juga merupakan bentuk promosi kesehatan massa.

B. Konsep Perilaku Kesehatan

1. Definisi Perilaku Kesehatan

Dalam literatur yang dikutip oleh (Aris, 2020), menurut (Kasl & Kobb 1966 a: 246 cit. Khoso, Yew and Mutalib, 2016) perilaku kesehatan dijelaskan bahwa setiap aktivitas yang dilakukan oleh individu sehat dengan tujuan untuk mencegah atau mendeteksi penyakit pada tahap awal tanpa gejala. Perilaku kesehatan diartikan sebagai segala kegiatan yang bertujuan untuk pencegahan atau deteksi penyakit, serta untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan (Conner and Norman, 2006). (Gochman (1997) *in the Handbook of Health Behavior Research* menggambarkan bahwa perilaku kesehatan adalah pola perilaku, tindakan, dan kebiasaan yang terkait dengan pemeliharaan, pemulihan, dan peningkatan kesehatan.

Dari perspektif lain, Kahan et al., (2014) dalam (Oktailantika et al., 2023) membahas tentang keberhasilan teori perubahan perilaku dalam mengidentifikasi disiplin perilaku, memfasilitasi pemodelan praktik perubahan perilaku yang sehat, dan memengaruhi kegiatan pelatihan dan sosialisasi profesional. Teori ini juga memperhitungkan tingkat interaksi dan adaptasi dalam aktivitas individu. Martin & Dimatteo (2014) dalam (Oktailantika et al., 2023) juga mengungkapkan bahwa teori perubahan perilaku dikembangkan untuk menguraikan perbedaan antar individu dalam

perilaku dan menyoroti peningkatan dukungan untuk intervensi yang disesuaikan secara individual seiring berjalannya waktu.

2. Faktor-Faktor Perubahan Perilaku Menurut Lawrence Green

Dalam karya (Notoatmodjo, 2014) yang mengutip konsep Lawrence Green (1980) dijelaskan bahwa perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu:

a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor ini melibatkan pengetahuan, sikap, tradisi, dan kepercayaan yang dimiliki oleh masyarakat mengenai kesehatan. Termasuk juga tingkat pendidikan dan sosial ekonomi. Pengetahuan dan kesadaran yang memadai merupakan syarat penting untuk mengadopsi perilaku kesehatan yang baik bagi masyarakat.

b. Faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor ini berkaitan dengan keberadaan dan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan seperti air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi, dan fasilitas kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit. Fasilitas tersebut dapat mendukung masyarakat dalam melaksanakan perilaku kesehatan yang diinginkan.

c. Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor ini melibatkan dukungan dari tokoh masyarakat, tokoh agama, perilaku petugas kesehatan, serta keberadaan peraturan dan undang-undang yang mendukung kesehatan. Perilaku positif dari tokoh penting dan adanya dukungan hukum dapat memperkuat dan mempertahankan perilaku kesehatan dalam masyarakat. Menurut Lawrence Green, untuk mendorong perilaku kesehatan yang efektif diperlukan kombinasi dari pengetahuan dan kesadaran, dukungan sarana dan prasarana, serta penguatan dari lingkungan sosial dan hukum.

C. Konsep Pengetahuan

1. Definisi Pengetahuan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), istilah pengetahuan mengacu pada segala hal yang diketahui atau dipahami oleh seseorang. Pengetahuan diperoleh melalui proses penginderaan terhadap objek yang melibatkan panca indera yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba. Umumnya, informasi yang menjadi pengetahuan individu diperoleh melalui penglihatan dan pendengaran.

Dalam ranah psikologi dan pendidikan, pengetahuan dianggap sebagai bagian dari domain kognitif yang sangat krusial dalam membentuk perilaku nyata seperti yang dijelaskan oleh (Notoatmodjo, 2014) dan (Nurmala et al., 2018).

2. Tingkatan Pengetahuan dalam Domain Kognitif

Menurut (Notoatmodjo, 2014), domain kognitif yang berisi pengetahuan meliputi enam tingkatan yang terperinci yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu adalah tingkatan dasar dalam pengetahuan dimana seseorang dapat mengingat informasi yang telah dipelajari sebelumnya. Pada tingkat ini, seseorang mampu mengingat kembali (*recall*) fakta spesifik atau *detail* materi yang telah diterima. Kemampuan untuk tahu dapat diukur melalui kegiatan seperti menyebutkan fakta, mendefinisikan istilah, atau menyatakan kembali informasi.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami adalah mampu menjelaskan dan menginterpretasikan materi yang diketahui dengan benar. Kemampuan memahami memungkinkan seseorang untuk menjelaskan, memberikan contoh, menyimpulkan, atau meramalkan berdasarkan informasi yang telah dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi adalah kemampuan menggunakan pengetahuan yang dipelajari dalam situasi nyata atau praktis. Hal ini termasuk penggunaan teori, hukum, prinsip dalam situasi baru dan berbeda seperti mengaplikasikan

rumus-rumus statistik dalam penelitian atau prinsip-prinsip dalam menyelesaikan masalah kesehatan.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk memecah materi atau objek ke dalam komponen-komponen yang disertai dengan memahami hubungan struktural. Dalam kegiatan analisis umumnya seseorang mampu membedakan, mengklasifikasikan, atau membuat bagan dari informasi yang dianalisis.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah kemampuan menggabungkan atau menghubungkan bagian informasi menjadi struktur atau teori baru yang koheren. Kegiatan sintesis dapat dicontohkan seperti menyusun pendekatan baru atau mengintegrasikan ide-ide dari berbagai sumber.

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.

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2012), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan individu yaitu:

a. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan turut pula menentukan mudah atau tidaknya individu menyerap dan memahami pengetahuan yang diperoleh. Pada umumnya, semakin tinggi tingkat pendidikan, maka semakin mudah untuk menerima informasi yang disampaikan.

b. Sumber informasi

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dll. mempunyai pengaruh besar

terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang. Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal dan nonformal dapat memberikan pengaruh terhadap perubahan atau peningkatan pengetahuan.

c. Usia

Faktor usia memengaruhi kapasitas dan pola pikir individu. Semakin tua usia individu, maka semakin berkembang kemampuan tangkap dan pola pikirnya. Maka dari itu, pengetahuan juga cenderung meningkat.

d. Pekerjaan

Pekerjaan memainkan peran penting dalam memberikan kesempatan untuk membangun hubungan sosial yang positif. Dimana pada gilirannya dapat meningkatkan pengalaman dan pengetahuan individu secara langsung maupun tidak langsung.

e. Pengalaman

Pengalaman dianggap sebagai sumber pengetahuan yang penting, karena melalui pengalaman individu dapat memvalidasi pengetahuan dengan menghadapi dan memecahkan masalah yang pernah dihadapi di masa lalu.

f. Sosial budaya

Faktor sosial budaya memengaruhi pengetahuan individu, karena budaya dapat diasimilasi melalui interaksi dengan orang lain. Pada akhirnya, faktor tersebut akan memengaruhi proses pembelajaran dan akuisisi pengetahuan.

g. Lingkungan

Lingkungan awal merupakan faktor penting dalam pembentukan individu, dimana individu dapat terpapar pada perilaku dan nilai-nilai negatif tergantung pada lingkungan. Pengalaman yang didapat dari lingkungan juga memiliki dampak signifikan dalam membentuk pola pikir.

D. Konsep Gizi Seimbang

1. Definisi Gizi Seimbang

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 tentang Pedoman Gizi Seimbang, gizi seimbang adalah kombinasi makanan harian yang menyediakan nutrisi dalam jenis dan jumlah yang tepat untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Hal ini melibatkan memperhatikan keragaman pangan, menjalani aktivitas fisik yang cukup, mempraktikkan kebersihan dalam kehidupan sehari-hari, dan rutin memantau berat badan untuk memelihara berat badan ideal guna mencegah masalah gizi (Kemenkes RI, 2014).

Gizi seimbang mencakup komponen yang mencukupi dalam hal kuantitas dan kualitas. Dalam komponen tersebut menyertakan berbagai macam zat gizi seperti energi, protein, vitamin, dan mineral yang esensial bagi pertumbuhan anak-anak, menjaga kesehatan, dan melakukan fungsi kehidupan sehari-hari untuk semua umur dan kondisi fisiologis. Termasuk juga menyediakan cadangan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan saat asupan makanan kurang memadai. (Kemenkes RI, 2014).

2. Pilar Gizi Seimbang

Menurut panduan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2019, prinsip gizi seimbang terbagi menjadi empat pilar utama yaitu:

a. Mengonsumsi aneka ragam pangan

Variasi dalam konsumsi pangan sangat penting karena tidak ada makanan tunggal yang menyediakan semua zat gizi yang diperlukan oleh tubuh kecuali Air Susu Ibu (ASI) yang lengkap untuk bayi hingga usia 6 bulan. Makanan yang beragam memungkinkan terjadinya interaksi antar zat gizi satu dengan lainnya yang diperlukan untuk proses transportasi dan pencernaan zat gizi seperti karbohidrat, lemak, dan protein yang membutuhkan vitamin B dari sayuran hijau.

b. Membiasakan perilaku hidup bersih

Menerapkan kebersihan dalam kehidupan sehari-hari dapat mengurangi risiko infeksi yang dapat mengganggu status gizi. Ketika seseorang sakit,

zat gizi yang ada dalam tubuh digunakan untuk melawan infeksi, sehingga pertumbuhan dan perkembangan tubuh akan terhambat. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) meliputi mencuci tangan, menjaga kuku tetap pendek dan bersih, menggunakan alas kaki, serta menutup makanan dengan baik

c. Melakukan aktivitas fisik

Aktivitas fisik sangat penting untuk menjaga kebugaran tubuh; menjaga fungsi jantung, paru dan otot; serta mengurangi risiko obesitas. Aktivitas fisik mencakup berbagai bentuk kegiatan yang tidak hanya olahraga, tetapi juga permainan dan kegiatan lain yang melibatkan gerak tubuh.

d. Memantau berat badan secara teratur

Menjaga berat badan ideal yang sesuai dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah indikator penting dari keseimbangan zat gizi. Terutama pada anak sekolah dan remaja, IMT harus disesuaikan dengan usia. Dengan melakukan pemantauan berat badan secara rutin, seseorang dapat mengetahui status gizi dan melakukan pencegahan atau penanganan jika terjadi penyimpangan kesehatan.

3. Pedoman Gizi Seimbang

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 41 tentang Pedoman Gizi Seimbang, tujuan pedoman gizi seimbang adalah untuk memberikan arahan tentang pola makan sehari-hari dan perilaku sehat yang berbasis pada konsumsi makanan beragam, perilaku hidup bersih, aktivitas fisik, dan memantau berat badan secara teratur dalam rangka mempertahankan berat badan normal. Pedoman gizi seimbang terdiri dari sepuluh prinsip yaitu:

- a. Biasakan mengonsumsi aneka ragam makanan pokok;
- b. batasi konsumsi panganan manis, asin, dan berlemak;
- c. lakukan aktivitas fisik yang cukup dan pertahankan berat badan ideal;
- d. biasakan mengonsumsi lauk pauk yang mengandung protein tinggi;
- e. cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir;
- f. biasakan sarapan pagi;

- g. biasakan minum air putih yang cukup dan aman;
- h. banyak makan buah dan sayur;
- i. biasakan membaca label pada kemasan pangan; dan
- j. syukuri dan nikmati aneka ragam makanan.

4. Sasaran Gizi Seimbang untuk Berbagai Kelompok

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 41 tentang Pedoman Gizi Seimbang, sasaran gizi seimbang mencakup berbagai kelompok diantaranya:

a. Gizi seimbang untuk ibu hamil

Ibu hamil membutuhkan zat gizi lebih banyak daripada saat tidak hamil karena janin juga membutuhkan zat gizi untuk pertumbuhannya. Selama hamil, seorang ibu harus menambah jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan bayi dan ibunya sendiri, serta untuk memproduksi ASI.

b. Gizi seimbang untuk ibu menyusui

Ibu menyusui juga membutuhkan zat gizi yang cukup untuk diri sendiri dan untuk pertumbuhan bayi. Kebutuhan zat gizi ibu menyusui lebih tinggi daripada ibu yang tidak menyusui. Konsumsi makanan harus beragam dan seimbang dalam jumlah dan proporsi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi.

c. Gizi seimbang untuk bayi usia 0-6 bulan

Bayi usia 0-6 bulan harus hanya diberikan Air Susus Ibu (ASI) saja. Air Susus Ibu (ASI) adalah makanan terbaik karena mengandung semua zat gizi yang dibutuhkan sesuai dengan perkembangan sistem pencernaan bayi.

d. Gizi seimbang untuk bayi dan anak usia 6-24 bulan

Pada usia ini, kebutuhan zat gizi semakin meningkat dan tidak dapat dipenuhi hanya dari Air Susus Ibu (ASI). Makanan pendamping ASI (MP ASI) harus ditambahkan secara bertahap, sementara ASI tetap diberikan sampai bayi berusia 2 tahun.

e. Gizi seimbang untuk anak usia 2-5 tahun

Kebutuhan zat gizi anak pada usia ini meningkat karena masih dalam masa pertumbuhan cepat. Jumlah dan variasi makanan harus diperhatikan agar anak memilih makanan yang bergizi.

f. Gizi seimbang untuk anak usia 6-9 tahun

Pada usia ini, anak memasuki masa pertumbuhan cepat pra pubertas. Kebutuhan zat gizi harus dipertimbangkan dalam pemberian makanan yang seimbang.

g. Gizi seimbang untuk remaja usia 10-19 tahun (pra pubertas dan pubertas)

Kelompok ini mengalami peralihan dari anak-anak menjadi remaja muda. Kebutuhan zat gizi harus memperhitungkan kondisi-kondisi pertumbuhan dan perkembangan yang sesuai kebutuhan tubuh.

h. Gizi seimbang untuk usia dewasa

Kelompok usia dewasa cenderung memiliki pola kegiatan yang kurang aktif, sehingga perlu perhatian khusus terhadap perilaku konsumsi pangan yang seimbang.

i. Gizi seimbang untuk usia lanjut

Pada usia lanjut, terjadi berbagai perubahan dalam tubuh yang menyebabkan kelompok usia ini rentan terhadap gangguan gizi dan penyakit. Kebutuhan zat gizi dan pola konsumsi pangan pada usia lanjut perlu diperhatikan secara khusus.

E. Konsep Pondok Pesantren

1. Definisi Pondok Pesantren

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), pondok adalah bangunan tempat tinggal yang berpetak-petak, berdinding bilik, dan beratap rumbia. Pondok dapat digunakan sebagai tempat tinggal beberapa keluarga, madrasah, atau asrama. Sementara itu, pesantren adalah asrama tempat santri atau murid-murid belajar mengaji dan sebagainya. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Pembinaan Pos Kesehatan Pesantren, pondok pesantren pada awal berdirinya adalah tempat pendidikan santri untuk

mempelajari pengetahuan agama Islam di bawah bimbingan seorang kiai/guru/ustad dengan tujuan untuk menyiapkan para santri sebagai kader dakwah Islamiah, yang menguasai agama Islam dan siap menyebarkan agama Islam di berbagai lapisan masyarakat.

Pondok pesantren memiliki peran penting dalam sejarah Islam di Indonesia, terutama di pulau Jawa dan Madura. Di Aceh, pondok pesantren disebut rangkang atau meunasah, sedangkan di Sumatra Barat disebut surau. Namun, istilah yang lebih umum digunakan di Indonesia adalah pondok pesantren (Maunah, 2009). Pondok pesantren adalah lembaga pendidikan Islam yang diakui oleh masyarakat dengan sistem asrama (komplek) dimana santri menerima pendidikan agama melalui sistem pengajian atau madrasah yang sepenuhnya berada di bawah kedaulatan seorang atau beberapa orang kiai. Pondok pesantren memiliki ciri khas yang bersifat karismatik serta independen dalam segala hal (Qomar, 2002). Komplek pondok pesantren umumnya terpisah dari kehidupan sekitarnya. Komplek tersebut juga terdiri dari beberapa bangunan seperti rumah pengasuh, surau atau masjid, dan asrama tempat tinggal santri (Wahid, 2001).

2. Tujuan Pondok Pesantren

Tujuan umum pondok pesantren adalah membina warga negara agar memiliki kepribadian Muslim sesuai dengan ajaran agama Islam dan menanamkan rasa keagamaan pada semua aspek kehidupan, serta menjadikannya sebagai individu yang bermanfaat bagi agama, masyarakat, dan negara. Sementara itu, menurut (Qomar, 2002) terdapat beberapa tujuan khusus pondok pesantren yaitu:

- a. Mendidik siswa/santri agar menjadi seorang Muslim yang bertakwa kepada Allah SWT, berakhlak mulia, serta memiliki kecerdasan, keterampilan dan sehat lahir batin sebagai warga negara yang berideologi Pancasila;
- b. mendidik siswa/santri menjadi kader ulama dan mubaligh yang berjiwa ikhlas, tabah, tangguh, dan berwirausaha dalam mengamalkan sejarah Islam secara menyeluruh dan dinamis;

- c. membangun kepribadian dan semangat kebangsaan untuk mendorong lahirnya individu pembangunan yang mampu membangun diri sendiri dan bertanggung jawab pada pembangunan bangsa dan negara;
- d. mendidik tenaga penyuluh pembangunan mikro (keluarga) dan regional (pedesaan/masyarakat sekitarnya);
- e. menghasilkan tenaga yang kompeten dalam berbagai sektor pembangunan, terutama pembangunan mental spiritual; dan
- f. membantu meningkatkan kesejahteraan sosial masyarakat sekitar dalam rangka mendukung pembangunan bangsa.

F. Konsep Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren)

1. Definisi Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Pembinaan Pos Kesehatan Pesantren, Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) adalah bagian dari Unit Kegiatan Belajar Mandiri (UKBM) di lingkungan pondok pesantren yang dikelola oleh, untuk, dan melibatkan warga pondok pesantren. Poskestren memberikan pelayanan kesehatan yang menekankan pada upaya promosi (peningkatan) dan preventif (pencegahan). Namun, tetap memperhatikan aspek kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan) dengan bantuan dan binaan dari Puskesmas setempat. Sasaran Poskestren mencakup pondok pesantren dan masyarakat sekitarnya, seperti warga pondok pesantren, masyarakat sekitar, tokoh masyarakat, petugas kesehatan, dan pihak terkait lainnya. Kegiatan Poskestren mencakup pelayanan kesehatan dasar yang menekankan promosi dan pencegahan, tetapi juga mencakup pengobatan dan pemulihan dalam batas kewenangannya, serta pemberdayaan santri sebagai kader kesehatan (santri husada) dan kader siaga bencana (santri siaga bencana).

2. Tujuan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Pembinaan Pos Kesehatan Pesantren, tujuan

umum berdirinya Poskestren adalah untuk menciptakan kemandirian dalam berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) bagi warga pondok pesantren dan masyarakat sekitarnya. Adapun, tujuan khusus berdirinya Poskestren antara lain:

- a. Meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan bagi warga pondok pesantren dan masyarakat sekitarnya.
- b. Meningkatkan sikap dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat bagi warga pondok pesantren dan masyarakat sekitar.
- c. Meningkatkan peran serta aktif warga pondok pesantren dan warga masyarakat sekitar dalam upaya kesehatan.
- d. Memenuhi layanan kesehatan dasar bagi warga pondok pesantren dan masyarakat sekitar.

3. Manfaat Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Pembinaan Pos Kesehatan Pesantren, adanya Poskestren memberikan manfaat bagi beberapa lingkup antara lain:

- a. Bagi pondok pesantren
 - 1) Tersedia layanan dan akses kesehatan dasar.
 - 2) Penyebaran informasi kesehatan.
 - 3) Pengembangan dan perluasan kerja sama dengan instansi terkait.
 - 4) Terpeliharanya sarana sanitasi lingkungan.
- b. Bagi warga pondok pesantren dan masyarakat sekitarnya
 - 1) Kemudahan mendapatkan informasi, pengetahuan, dan pelayanan kesehatan dasar.
 - 2) Bantuan profesional dalam pemecahan masalah kesehatan.
 - 3) Mendapat informasi awal tentang kesehatan.
 - 4) Mewujudkan peningkatan kondisi kesehatan.
- c. Bagi kader Poskestren
 - 1) Mendapat informasi awal tentang kesehatan.
 - 2) Aktualisasi diri untuk membantu warga dalam menyelesaikan masalah kesehatan.

- d. Bagi puskesmas
 - a. Optimalisasi fungsi puskesmas sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama.
 - b. Memfasilitasi dalam pemecahan masalah kesehatan sesuai kondisi setempat.
 - c. Meningkatkan efisiensi waktu, tenaga, dan dana melalui pelayanan kesehatan terpadu.
- e. Bagi sektor lain
 - a. Memfasilitasi dalam pemecahan masalah sektor terkait.
 - b. Meningkatkan efisiensi melalui pelayanan kesehatan terpadu sesuai dengan tugas pokok dan fungsi masing-masing sektor.

4. Kegiatan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Pembinaan Pos Kesehatan Pesantren, kegiatan rutin Poskestren diorganisir dan dipantau oleh kader Poskestren dengan bimbingan teknis dari puskesmas setempat dan sektor terkait. Poskestren menyediakan layanan kesehatan dasar yang mencakup promosi, preventif, rehabilitatif (untuk menjaga kesehatan, mencegah, pemulihan kesehatan), dan kuratif (pengobatan). Pelayanan kesehatan ini secara spesifik mencakup antara lain:

- a. Upaya promotif seperti konseling kesehatan; penyuluhan tentang Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), sanitasi lingkungan, gizi, kesehatan reproduksi, kesehatan mental dan NAPZA, penyakit menular dan tidak menular, serta penggunaan tanaman obat keluarga (TOGA); olahraga rutin; dan kegiatan bersih-bersih lingkungan, membuat dinding tulis (mading), dan membuat poster.
- b. Upaya preventif seperti pemeriksaan kesehatan berkala, penyaringan kesehatan santri, imunisasi, pemeliharaan lingkungan dan kebersihan pribadi, Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), penyediaan dan

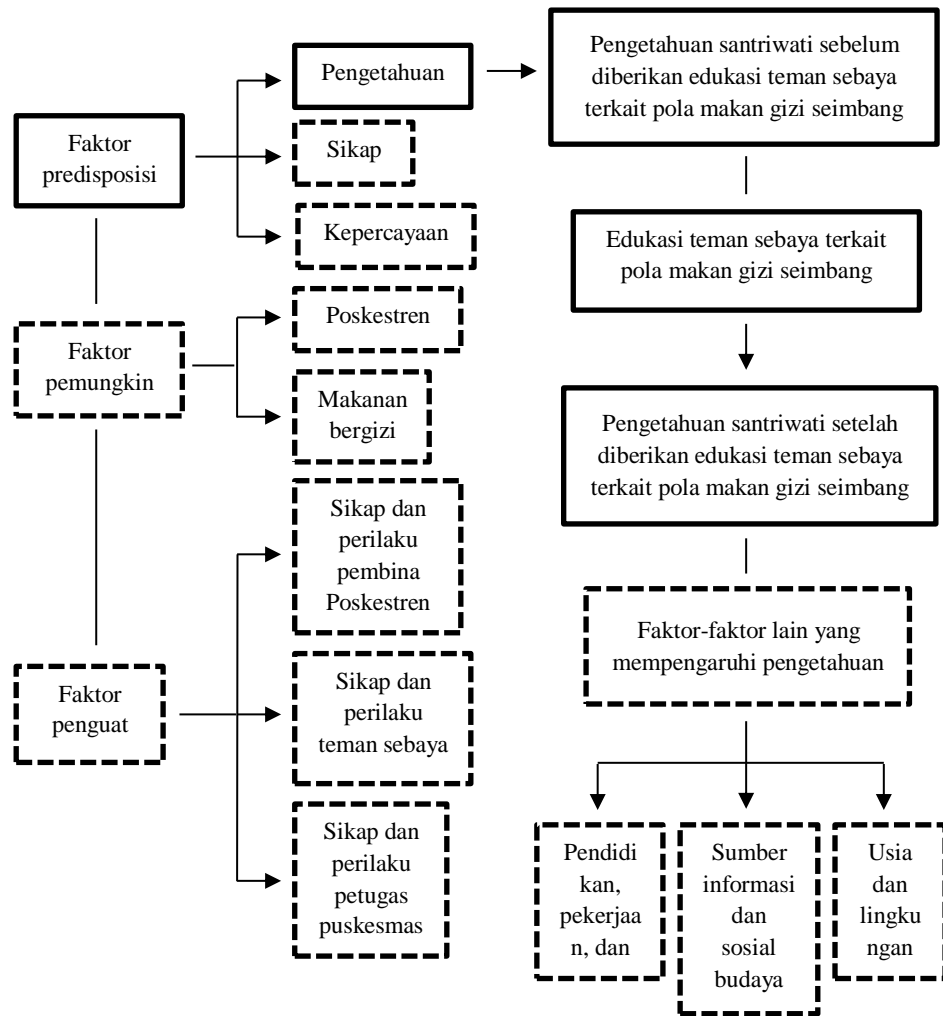
penggunaan air bersih, serta deteksi dini masalah kesehatan mental dan NAPZA.

- c. Upaya kuratif seperti merujuk pasien ke fasilitas kesehatan terdekat atau menerima kunjungan dari tenaga kesehatan puskesmas. Selain itu, upaya kuratif yang bisa dilakukan oleh Poskestren termasuk memberikan pertolongan pertama pada kasus ringan dan menyediakan kotak P3K (Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan).
- d. Upaya rehabilitatif seperti mengikuti upaya penanganan pasca perawatan di puskesmas atau rumah sakit.

G. Kerangka Konsep

Menurut Lawrence Green dalam (Notoatmodjo, 2014), perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu *predisposing factors*/faktor predisposisi, *enabling factors*/faktor pemungkin, dan *reinforcing factors*/faktor penguat. Banyak faktor berbeda yang mempengaruhi penerapan konsumsi pola makan gizi seimbang individu. Faktor predisposisi santriwati yaitu pengetahuan, sikap, dan kepercayaan. Faktor pemungkin santriwati yaitu tersedianya Poskestren dan makanan bergizi. Kemudian, faktor penguat yaitu sikap dan perilaku pembina Poskestren, sikap dan perilaku teman sebaya, serta sikap dan perilaku petugas puskesmas.

Dimana faktor tersebut berpengaruh pada tingkat pengetahuan santriwati sebelum dilakukan edukasi teman sebaya. Setelah dilakukan intervensi tersebut, diharapkan dapat memberikan perubahan pengetahuan santriwati. Selain itu, didapatkan beberapa faktor lain yang mempengaruhi pengetahuan santriwati yaitu pendidikan, pekerjaan, pengalaman, sumber informasi, sosial budaya, usia, dan lingkungan.



Sumber: Teori Lawrence Green, 1980

Diteliti: _____

Tidak diteliti: - - - - -

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian

H. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini yaitu:

- HO: tidak ada pengaruh edukasi teman sebaya terhadap pengetahuan pola makan gizi seimbang di Pondok Pesantren Putri Sabilurrosyad Gasek Kota Malang.
- Ha: ada pengaruh edukasi teman sebaya terhadap pengetahuan pola makan gizi seimbang di Pondok Pesantren Putri Sabilurrosyad Gasek Kota Malang.