**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Metode *Focus Group Discussion (FGD)***
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.

1. **Karakteristik FGD**

Menurut Indrizal (2014) karakteristik *FGD* adalah sebagai berikut :

1. FGD diikuti oleh para peserta yang idealnya terdiri dari 7-11 orang. Kelompok tersebut harus cukup kecil agar meungkinkan setiap individu mendapat kesempatan mengeluarkan pendapatnya, sekaligus agar cukup memperoleh pandangan dari anggota kelompok yang bervariasi. Dalam jumlah relatif terbatas ini diharapkan juga penggalian masalah melalui diskusi atau pembahasan kelompok dapat dilakukan secara relatif lebih memadai. 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.
2. Peserta FGD terdiri dari orang-orang dengan ciri-ciri yang sama atau relatif homogen yang ditentukan berdasarkan tujuan dan kebutuhan studi atau proyek. Kesamaan ciri-ciri ini seperti : persamaan gender, tingkat pendidikan, pekerjaan atau persamaan status lainnya. Contohnya dalam melakukan monitoring dan evaluasi program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK), maka FGD dapat dilakukan pada beberapa kelompok, antara lain: (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.
3. FGD merupakan sebuah proses pengumpulan data dan karenanya mengutamakan proses. FGD tidak dilakukan untuk tujuan menghasilkan pemecahan masalah secara langsung ataupun untuk mencapai konsensus. FGD bertujuan untuk menggali dan memperoleh beragam informasi tentang masalah atau topik tertentu yang sangat mungkin dipandang secara berbeda-beda dengan penjelasan yang berbeda pula. Kecuali apabila masalah, maka FGD tentu berguna untuk mengidentifikasi berbagai strategi dan pilihan-pilihan pemecahan masalah.
4. FGD adalah metode dan teknik pengumpulan data kualitatif. Oleh sebab itu didalam metode FGD biasanya digunakan pertanyaan terbuka *(open ended)* yang memungkinkan peserta memberi jawaban dengan penjelasan-penjelasan. Fasilitator berfungsi selaku moderator yang bertugas sebagai pemandu, pendengar, pengamat dan menganalisa data secara induktif.
5. FGD adalah diskusi terarah dengan adanya fokus masalah atau topik yang jelas untuk didiskusikan dan dibahas bersama. Topik diskusi ditentukan terelebih dahulu. Pertanyaan dikembangkan sesuai topik dan disusun secara berurutan atau teratur alurnya agar mudah dimengerti peserta. Fasilitator mengarahakan diskusi dengan menggunakan panduan pertanyaan tersebut.
6. Lamanya waktu yang dibutuhkan untuk melakukan Diskusi Kelompok Terarah (FGD) ini berkisar antara 60 sampai dengan 90 menit. Jika waktu terlalu pendek dikhawatirkan diskusi dan pembahasan masih terlalu dangkal sehingga data yang diperoleh sangat terbatas. Sedangkan jika waktu terlalu lama, dikhawatirkan peserta lelah, bosan atau sangat menyita waktu sehingga berpengaruh terhadap konsentrasi dan perhatian peserta.
7. Dalam suatu studi yang menggunakan FGD, lazimnya FGD dilakukan bebrapa kali. Jumlahnya tergantung tujuan dan kebutuhan proyek serta pertimbangan teknis seperti ketersediaan dana dan apakah masih ada informasi baru yang perlu dicari. Kegiatan FGD yang pertama kali dilakukan biasa memakan waktu lebih panjang dibandingkan FGD selanjutnya karena pada FGD selanjutnya karena pada FGD pertama sebagian besar informasinya baru.
8. FGD sebaiknya dilaksanakan disuatu tempat atau ruang netral disesuaikan dengan pertimbangan utama bahwa peserta dapat secara bebas dan tidak merasa takut untuk mengeluarkan pendapatnya.
9. **Kegunaan FGD**

Kegunaan FGD menurut Indrizal (2014) adalah :

1. Untuk merancang kuisioner survey.
2. Untuk menggali informasi yang mendalam mengenai pengetahuan, sikap dan persepsi.
3. Untuk mengembangkan hipotesa penelitian.
4. Untuk mengumpulkan data kualitatif dalam studi proses-proses penjajagan,perencanaan,pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi pembangunan.
5. **Persiapan FGD**

Menurut Indrizal (2014) persiapan FGD yaitu sebagai berikut :

* 1. 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:
4. Menjelaskan topik diskusi
5. Mengarahkan kelompok, bukan diarahkan oleh kelompok.
6. Pemandu diskusi hendaknya mampu mengendalikan dirinya sendiri.
7. Amati peserta dan tanggap terhadap reaksi mereka.
8. Ciptakan suasana informal dan santai tetapi serius.
9. Fleksibel dan terbuka terhadap saran, perubahan-perubahan, dll.
10. Jika peserta meminta komentar pemandu diskusi, tidak perlu menghindar.
11. Memperisapkan peranan pencatat (Notulen). Jika didalam tim ia hanya berdua saja dengan pemandu diskusi, maka pencatat sekaligus berperan sebagai pengamat (observer).
	* + 1. Persiapan Kelompok : Mempersiapkan Undangan
12. Siapkan undangan tertulis tetapi lakukan juga kunjungan tatap muka langsung untuk mengundang peserta.
13. Jelaskan maksud dan tujuan kegiatan serta lembaga yang mengadakan kegiatan studi.
14. Jelaskan rencana FGD dan mintalah peserta untuk berpartisipasi dalam FGD.
15. Beritahukan tanggal,waktu,tempat dan lamanya pertemuan sesuai dengan yang tertara pada undangan tertulis.
16. Apabila seseorang tidak bersedia memenuhi undangan, maka coba tekankan kembali arti pentingnya keikutsertaannya dalam FGD.
17. Jika orang yang diundang menyatakan kesediannya berpartisipasi, maka ulanglah sekali lagi tanggal, tempat dan waktu pelaksanaan FGD untuk mengingatkan kembali.
18. **Pelaksanaan FGD**

Pelaksanaan FGD menurut Indrizal (2014) adalah :

1. Persiapan sebelum kegiatan (Acara Pertemuan) FGD
2. Tim fasilitator (pengundang) harus datang tepat waktu sebelum peserta (undangan) tiba.
3. Tim fasilitator harus mempersiapkan ruangan sedemikian rupa dengan tujuan agar peserta dapat berpartisipasi secara optimal dalam FGD.
4. Pembukaan FGD (Pemanasan dan Penjelasan)
5. Pemandu diskusi hendaknya memulai dengan melakukan pemanasan dan penjelasan tentang beberapa hal , seperti : sambutan, tujuan,pertemuan, dan perkenalan.
6. Dalam menyampaikan sambutan pembuka ucapkanlah terimakasih atas kehadiran informan (peserta).
7. Perkenalkankan diri (nama-nama fasilitator) dan perannanya masing-masing.
8. Jelaskan prosedur pertemuan, seperti menjelaskan penggunaan alat perekam, dll.
9. Jelaskan bahwa pertemuan tidak ditujukan untuk mendengarkan memberikan ceramah kepada peserta dan tekankan bahwa fasilitator ingin belajar dari peserta.
10. Mulailah pertemuan dengan mengajukan, pertanyaan bersifat umum yang tidak berkaitan dengan masalah atau

topik diskusi.

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

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

1. Kekuatan
2. Sinergisme. Suatu kelompok mampu menghasilkan informasi,ide, dan pandangan yang lebih luas.
3. Manfaat bola salju. Komentar dapat didapat secara acak dari peserta dapat memacu reaksi berantai respons yang beragam dan sangat mungkin menghasilkan ide-ide baru.
4. Stimulan. Pengalaman diskusi kelompok sebagai sesuatu yangg menyenangkan dan lebih mendorong orang berpartisipasi mengeluarkan pendapat.
5. Keamanan. Individu biasanya merasa lebih aman,bebas dan leluasa mengekpresikan perasaan dan pikirannya dibandingkan kalau secara perseorangan yang mungkin ia akan merasa khawatir.
6. 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.
7. Kelemahan / Kesulitan
8. Karena dapat dilakukan secara cepat dan murah, FGD sering digunakan oleh pembuat keputusan atau pendukung dugaan/pendapat pembuat keputusannya.
9. FGD terbatas untuk dapat memperoleh informasi yang lebih mendalam dari seorang individu yang mungkin dibutuhkan.
10. Teknik FGD mudah dilaksanakan, tetapi sulit melakukan interprestasi datanya.
11. FGD memerlukan fasititator-moderator (pemandu diskusi) yang meiliki keterampilan tinggi.
12. **Prinsip-Prinsip**

Menurut Prastowo (2008) dalam Diwyarthi (2014), prinsip yang harus dipegang teguh dalam Diskusi Kelompok Terarah adalah:

* 1. FGD adalah Kelompok Diskusi, bukan wawancara atau obrolan. Ciri khas metode riset FGD yang tidak dimiliki oleh metode penelitian kualitatif lain (baik wawancara mendalam maupun observasi) adalah adanya interaksi.
	2. FGD adalah Group, bukan individu. Sehingga, agar dinamika kelompok berjalan lancar, setiap anggota kelompok terlibat secara aktif.
	3. FGD adalah diskusi terfokus, bukan diskusi bebas. Tidak hanya terfokus pada Interaksi dan Dinamika Kelompok, namun pula terfokus pada Tujuan Diskusi.
	4. **Metode Peer Group Discussion (*PGD*)**
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.

1. **Tujuan**

Menurut Sosiawanti (2012) jika bantuan diberikan kepada teman sekelasnya di sekolah, maka:

1. Beberapa siswa yang pandai disuruh mempelajari suatu topic
2. Guru memberi penjelasan umum tentang topik yang akan dibahasnya
3. Kelas dibagi dalam kelompok dan siswa yang pandai disebar ke setiap kelompok untuk memberikan bantuannya.
4. Guru membimbing siswa yang perlu mendapat bimbingan khusus
5. Jika ada masalah yang tidak terpecahkan, siswa yang pandai meminta bantuan kepada guru
6. Guru mengadakan evaluasi

Jika bantuan diberikan kepada teman sekelasnya di luar kelas, maka :

1. guru menunjukkan siswa yang pandai untuk memimpin kelompok belajar di luar kelas
2. tiap siswa disuruh bergabung dengan siswa yang pandai itu, seusai dengan minat, jenis kelamin, jarak tempat tinggal, dan pemerataan jumlah anggota kelompok
3. guru memberi tugas yang harus dikerjakan para siswa di rumah
4. **Manfaat metode PGD**

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

1. Memberikan pengaruh positif, baik dalam pendidikan dan sosial pada guru, dan tutor sebaya;
2. Merupakan cara praktis untuk membantu secara individu dalam membaca;
3. Pencapaian kemampuan membaca dengan tutor sebaya hasilnya bisa lebih baik; dan
4. Jumlah waktu yang dibutuhkan peserta didik untuk membaca akan meningkat
5. **Kelebihan dan Kelemahan tutor teman sebaya**
	* + 1. Kelebihan
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Multifungsi. Tutor teman sebaya dapat dijalankan pada berbagai latihan pengajaran berdasarkan subjek dan sasaran yang berbeda, contohnya melibatkan tutor teman sebaya antar kelas.
	* + 1. 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
11. **Syarat-syarat menjadi tutor teman sebaya:**

Menurut Sosiawanti (2012) syarat menjadi tutor teman sebaya :

1. Dapat diterima (disetujui) oleh siswa, sehingga siswa tidak merasa takut atau enggan untuk bertanya kepadanya.
2. Dapat menerangkan bahan atau materi yang diperlukan oleh siswa
3. Tidak tinggi hati, kejam, tau keras hati terhadap sesama kawan
4. Mempunyai daya kreativitas yang cukup untuk memberikan bimbingan,yaitu dapt menerangkan kepada kawannya
5. **Tugas dan Tanggug Jawab sebagai Tutor :**
6. Memberikan tutorial kepada anggota terhadap materi yang dipelajar
7. Mengkoordinasikan proses diskusi agar berlangsung kreatif dan dinamis
8. Menyampaikan permasalahan kepada guru pembimbing apabila ada materi ajar yang belum dikuasai
9. **Langkah-langkah yang digunakan dalam menerapkan bimbingan belajar kelompok dengan tutor sebaya yaitu, sebagai berikut;**
10. Memilih tutor sebanyak4-5 orang dengan syarat:
11. Termasuk dalam peringkt 10 terbaik berdasarkan nilai rapor atau nilai rapor atau nilai evaluasi sebelumnya
12. Dapat menguasai materi pelajaran
13. Mengelompokkan siswa menjadi beberapa kelompok
14. Pengelompokan dilakukan menurut tingat kecerdasan siswa, yaitu setiap keompok terdiri dari siswa pandai, sedang dan kurang.
15. Membahas beberapa contoh soal yang berhbungan dengan materi yang diajarkan
16. Memberikan bimbingan sesuai dengan kesulitan yang dihadapi siswa dengan bantuan tutor saya
17. Mengisi lembar observasi, pengamatan, dan pengidentifikasikan siswa selama kegiatan pembelajaran antara lain: absen dan keaktifan siswa dalam pembelajaran.
	1. **Media**
18. **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 Suiraoka, 2012)

1. **Manfaat**

Sedangkan beberapa ahli mengidentifkasi manfaat penggunaan media dalam pendidikan antara lain menurut Sadiman dkk. (2003) dalam Supariasa dan Suiraoka (2012) :

1. Media dapat memperjelas penyajian pesan agar tidak terlalu bersifat verbalistik.
2. Media dapat mengatasi keterbatasan ruang, waktu dan daya indera.
3. Media dapat mengatasi sikap pasif sasaran pendidikan dan dapat memberikan perangsangan,pengalaman serta menimbulkan persepsi yang sama.
4. **Booklet**

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

* 1. 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.

* 1. Kekuatan Booklet
1. Dapat disimpan lama
2. Sasaran dapat menyesuaikan dan belajar mandiri
3. Pengguna dapat melihat isinya pada saat santai
4. Dapat memebantu media lain
5. Dapat memberikan detil ( misalnya sedikit) yang tidak mungkin disampaikan secara lisan
6. Mengurangi kegiatan mencatat
7. Isi dapat dicetak kembali
	1. Kelemahan Booklet
8. Menuntut kemampuan baca
9. Menuntut kemauan baca sasaran, terlebih pada masyarakat yang kebiasaan membacanya rendah
	1. **Pengetahuan**
10. **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).*

1. **Tingkatan pengetahuan :**
2. 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.

1. Memahami (comprehension )

 Memahami diartikan sebagai mengingat suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterprestasikan 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.

1. Aplikasi (Aplication)

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

1. 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.

1. 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.

1. 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.

1. **Teori Perubahan Pengetahuan**

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

1. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit yang meliputi :
2. Penyebab penyakit
3. Gejala atau tanda-tanda penyakit
4. Bagaimana cara pengobatan, atau dimana mencari pengobatan
5. Bagaimana cara penularannya
6. Bagaimana cara pencegahannya termasuk imunisasi dan sebagainya
7. Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat meliputi :
8. Jenis-jenis makanan yang bergizi
9. Manfaat makanan yang bergizi bagi kesehatan
10. Pentingnya olahraga bagi kesehatan
11. Penyakit-penyakit atau bahaya merokok, minum-minuman keras, narkoba, dan sebagainya
12. Pentingnya istirahat cukup, relaksasi, rekreasi, dan sebagainya bagi kesehatan
13. Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan
14. Manfaat air bersih
15. Cara-cara pembuangan limbah yang sehat, termasuk pembuangan kotoran yang sehat, dan sampah
16. Manfaat pencahayaan dan penerangan rumah yang sehat
17. Akibat polusi (polusi air, udara dan tanah) bagi kesehatan dan sebagainya
	1. **Sikap**
18. **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 menunjukan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu dalam kehidupan sehari-hari yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007)

1. **Tingkatan sikap**

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

1. Menerima *(receiving)*

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

1. Merespon *(responding)*

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

1. Menghargai *(valuing)*

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

1. Bertanggung jawab *(responsible)*

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

1. **Faktor-faktor pembentukan sikap**

Menurut Azwar S (2012) faktor-faktor yang mempengaruhisikap yaitu:

1. 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.

1. 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, sesorang yang kita harapkan persetujuannya akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap sesuatu.

1. 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.

1. Media massa

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

1. 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.

1. 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 frustasi atau mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian adalah sikap yang sementara dan berlalu begitu frustasi telah hilang, tetapi dapat pula merupakan sikap yang lebih persisiten dan tahan lama.

1. **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 :

* 1. 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
	2. 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.
	3. 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.
	4. ***Skala Likert***

 *Skala Likert* digunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi seseorang atau sekelompok tentang kejadian atau gejala sosial. Dalam penelitian gejala sosial ini telah ditetapkan secara spesifik oleh peneliti, yang selanjutnya disebut sebagai variabel penelitian.(Riduwan, 2015)

 Alternatif jawaban misalnya : sangat puas, puas, cukup puas, kurang puas, tidak puas ini ada sebagian ahli identik dengan skala ordinal. Dengan menggunakan skala likert, maka variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi dimensi, dimensi dijabarkan menjadi sub variabel kemudian sub variabel dijabarkan lagi menjadi indikator-indikator yang dapat diukur. Akhirnya indikator-indikator yang terukur ini dapat dijadikan titik tolak untuk membuat item instrumen yang berupa pertanyaan atau pernyataan yang perlu dijawab oleh responden. Setiap jawaban dihubungkan dengan bentuk pernyataan atau dukungan sikap yang diungkapkan dengan kata-kata sebagai berikut :

Pernyataan positif :

Sangat setuju (SS) = 5

Setuju (S) = 4

Netral (N) = 3

Tidak Setuju (TS) = 2

Sangat Tidak Setuju (STS) =1

* 1. **Gizi Seimbang**
1. **Pengertian**

Gizi seimbang adalah susunan pangan sehari-hari yang mengandung zat gizi dalam jenis dan umlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, dengan memperhatikan prinsip keanekaragaman pangan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih dan mempertahankan berat badan normal untuk mencegah masalah gizi.

1. **Tujuan**

Pedoman Gizi Seimbang (PGS) bertujuan untuk menyediakan pedoman makan dan berperilaku sehat bagi seluruh lapisan masyrakat berdasarkan prinsip konsumsi anekaragam pangan, perilaku hidup

1. **Empat Pilar Gizi Seimbang**

Prinsip Gizi Seimbang terdiri dari 4 (empat) Pilar yang pada dasarnya merupakan rangkaian upaya untuk menyeimbangkan antara zat gizi yang keluar dan zat gizi yang masuk dengan memonitor berat bdan secara teratur. Empat Pilar tersebut adalah :

1. Mengkonsumsi makanan beragam

Tidak ada satupun jenis makanan yang mengandung semua jenis zat gizi yang dibutuhkan tubuh untuk menjamin pertumbuhan dan mempertahankan kesehatannya. Kecuali Air Susu Ibu (ASI) untuk bayi baru lahir sampai berusia 6 bulan. Contoh : nasi merupakan sumber utama kalori, tetapi miskin vitamin dan mineral; sayuran dan buah-buahan pada umumhya kaya akan vitamin, mineral, dan serat, tetapi miskin kalori dan protein; ikan merupakan sumber utama protein tetapi sedikit kalori. Khusus untuk bayi berusia 0-6 bulan, ASI merupakan makanan tunggal yang sempurna. Hal ini disebabkan karena ASI dapat mencukupi kebutuhan untuk tumbuh dan berkembang dengan optimal, serta sesuai dengan kondisi fisiologis pencernaan dan fungsi lainnya dalam tubuh.

Yang dimaksudkan beranekaragam dalam prinsip ini selain keanekaragaman jenis pangan juga termasuk proporsi makanan yang seimbang. Dalam jumlah yang cukup, tidak berlebihan dan dilakukan secara teratur.

1. Membiasakan perilaku hidup bersih

Penyakit infeksi merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi status gizi seseorang secara langsung, terutama anak-anak. Seseorang yang menderita penyakit infeksi, tubuh membutuhkan zat gizi yang lebih banyak untuk memenuhi peningkatan metabolisme pada orang yang menderita infeksi terutama apabila disertai panas. Dengan membiasakan perilaku hidup bersih akan menghindarkan sesorang dari keterpaparan terhadap sumber infeksi.

1. Melakukan aktifitas fisik

Aktivitas fisik yang meliputi segala macam kegiatan tubuh termasuk olahraga merupakan salah satu upaya untuk menyeimbangkan antara pengeluaran dan pemasukan zat gizi utamanya sumber energi dalam tubuh.

1. Mempertahankan dan memantau Berat Badan (BB) normal

Bagi bayi dan balita indikator yang digunakan adalah perkembangan berat badan sesuai dengan pertambahan umur. Pemantauannya dilakukan dengan menggunakan KMS. Yang dimaksud dengan Berat Badan Normal pada anak balita yaitu dengan menggunakan KMS dan berada didalam pita hijau.

1. **Gizi Seimbang untuk Anak usia 2-5 tahun**

Kebutuhan zat gizi anak pada usia 2-5 tahun meningkat karena masih berada pada masa pertumbuhan cepat dan aktivitasnya tinggi. Demikian juga anak sudah mempunyai pilihan terhadap makanan yang disukai termasuk makanan jajanan. Oleh karena itu jumlah dan variasi makanan harus mendapatkan perhatian secara khusus dari ibu atau pengasuh anak, terutama dalam “memenangkan” pilihan anak agar memilih makanan yang bergizi seimbang. Disamping itu anak pada usia ini sering keluar rumah sehingga mudah terkena penyakit infeksi dan kecacingan,sehingga perilaku hidup bersih perlu dibiasakan untuk mencegahnya.

1. **Pesan Gizi Seimbang Untuk Anak Usia 2-5 Tahun**
2. Biasakan makan 3 kali sehari (Pagi, siang, dan malam) bersama keluarga

Untuk memenuhi kebuthan zat gizi selama sehari dianjurkan agar anak makan secara teratur 3 kali sehari dimulai dengan sarapan atau makan pagi, makan siang dan makan malam. Untuk menghindarkan/mengurangi anak-anak mengonsumsi makanan yang tidak sehat dan tidak bergizi dianjurkan agar selalu makan bersama keluarga. Sarapan setiap hari penting terutama bagi anak-anak oleh karena mereka sedang tumbuh dan mengalami perkembangan otak sangat tergantung pada asupan makanan secara teratur.

1. Perbanyak mengonsumsi makanan kaya protein seperti ikan, telur, tempe, susu dan tahu.

Untuk pertumbuhan anak, dibutuhkan pangan sumber protein dan sumber lemak kaya akan Omega 3, DHA, EPA yang banyak terkandung dalam ikan. Anak-anak dianjurkan banyak mengonsumsi ikan dan telur karena kedua jenis pangan tersebut mempunyai kualitas protein yang bagus. Tempe dan tahu mmerupakan sumber protein nabati yang kualitasnya cukup baik untuk pertumbuhan dan perkembangan anak.

Jika memberikan susu kepada anak, orang tua tidak perlu menambahkan gula pada saat menyiapkannya.Pemberian susu dengan kadar gula yang tinggi akan membuat selera anak terpaku pada kadar kemanisan yang tinggi. Pola makan yang terbiasa manis akan mebahayakan kesehatannya dimasa yang akan datang.

1. Perbanyak mengonsumsi sayuran dan buah-buahan.

Sayuran dan buah-buahan adalah pangan sumber vitamin, mineral dan serat. Vitamin dan mineral merupakan senyawa bioaktif yang tergolong sebagai antiokasidan, yang mempunyai fungsi antara lain untuk mencegah kerusakan sel. Serat berfungsi untuk memperlancar pencernaan dan dapat mencegah dan menghambat perkembangan sel kanker usus besar.

1. Batasi mengonsumsi makanan selingan yang terlalu manis, asin dan berlemak.

Pangan manis, asin dan berlemak banyak berhubungan dengan penyakit kronik tidak menular seperti diabetes melitus, tekanan darah tinggi dan penyakit jantung.

1. Minumlah air putih sesuai kebutuhan

Sangat dianjurkan agar anak-anak tidak mebiasakan minum minuman manis atau bersoda, karena jenis minuman tersebut kandungan gulanya tinggi. Untuk mencukupi kebutuhan cairan sehari hari diajurkan agar anak anak minum air sebanyak 1200-1500 mL air/hari.

1. Biasakan bermain bersama dan melakukan aktivitas fisik setiap hari

Dengan semakin bertambahnya teknologi dan kemudahan akses permainan tanpa aktivitas fisik yang banyak ditawarkan permainan dengan teknologi canggih *(electronic game),* menimbulkan kekhawatiran sendiri bagi para orang tua akan perkembangan mental serta psikomotorik anak. Permainan tradisional dan bermain bersama teman penting untuk anak-anak karena dapat melatih kemampuan sosial dan mental anak. Permainan tradisional dan bermain bersama dan melakukan aktivitas fisik dalam bentuk permainan dapat mengusir rasa bosan pada anak danmerangsang perkembangan kratiivitasnya. Hal ini akan mendukung tumbuh kembang dan kecerdasan anak.(Kemenkes, 2014)

1. **Hubungan Konsumsi Gizi Seimbang Dengan Stunting pada Anak Balita Usia 24-59 bulan**

Asupan makan yang tidak adekuat merupakan penyebab langsung terjadinya *stunting* padabalita. Kurangnya asupan energi dan protein menjadi penyebab gagal tumbuh telah banyakdiketahui. Kurangnya beberapa mikronutrien juga berpengaruh terhadap terjadinya retardasi pertumbuhan linear. Kekurangan mikronutrien dapat terjadi karena rendahnya asupan bahanmakanan sumber mikronutrien tersebut dalam konsumsi balita sehari-hari serta disebabkankarena bioavailabilitas yang rendah (Mikhail, *et al.,* 2013). Untuk mencegah timbulnya masalah gizi tersebut, perlu disosialisasikan pedoman gizi seimbang yang bisa dijadikan sebagai pedoman makan, beraktivitas fisik, hidup bersih dan mempertahankan berat badan normal sehingga dapat mencegah terjadinya stunting pada balita.

berbagai definisi atau pengertian mengenai Gizi Seimbang *(Balanced Diet)* telah dinyatakan oleh berbagai institusi atau kelompok ahli, tetapi pada intinya definisi Gizi Seimbang mengandung komponen-komponen yang lebih kurang sama, yaitu : cukup secara kuantitas,cukup secara kualitas, mengandung berbagai zat gizi (energi,protein, vitamin dan mineral) yang diperlukan tubuh untuk tumbuh (pada anak-anak). Serta menyimpan zat gizi untuk mencukupi kebutuhan tubuh saat konsumsi makanan tidak mengandung zat gizi yang dibutuhkan. Kebutuhan zat gizi anak pada usia 2-5 tahun meningkat karena masih berada pada masa pertumbuhan cepat dan aktivitasnya tinggi. Demikian juga anak sudah mempunyai pilihan terhadap makanan yang disukai termasuk makanan jajanan.

Hasil penelitian di Afrika Utara juga menyimpulkan bahwa tingginya presentase *stunting* menunjukkan bahwa terjadi kekurangan pangan secara kronis dan dilaporkan pula bahwa terdapat defisiensi asupan gizi anak yang berupa energi dan beberapa asupan lainnya seperti kalsium,seng,selenium,yodium,niasi,vitamin B6,folat,pantotenat,biotin,vitamin C,D,dan E.

Menurut Penelitian Kurnia 2014 mengatakan bahwa terdapat hubungan antara asupan energi dan protein dengan kejadian stunting pada balita usia 24-59 bulan di posyandu Asoka II. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hadju, dkk (2007) yang juga menemukan bahwa terdapat hubungan antara asupan energi dengan status gizi menurut indikator TB/U pada anak balita di Kelurahan Tamamaung, Kecamatan Panakkukang, Kota Makassar.

Protein, selain sebagai sumber energi juga berfungsi sebagai zat pembangun tubuh dan zat pengatur di dalam tubuh. Salah satu fungsi utama protein dalam tubuh yaitu pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan (Muchtadi 2009). Di dalam tubuh, terdapat hormon pertumbuhan *(growth hormone)* yang juga dinamakan *somatotropik hormone* (SH) atau *somatotropin* yang merupakan molekul protein kecil yang mengandung 188 asam amino dalam satu rantai dan mempunyai berat molekul 21.500 (Guyton, 2007).

Menurut hasil penelitian Retty (2016) menunjukkan bahwa proporsi balita yang memiliki tingkat kecukupan energi,protein,zinc,dan zat besi inadekuat lebih banyak pada kelompok stunting dibandingkan kelompok non stunting. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa tingkat asupan energi,protein,zinc dan zat besi yang inadekuat akan meningkatkan resiko terjadinya stunting pada balita.

Berdasarkan penelitian Khoirun (2015) diketahui bahwa ibu balita stunting memiliki pengetahuan gizi yang lebih rendah daripada ibu balita normal. Pengetahuan gizi ibu merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita. Hasil ini sejalan dengan penelitian Nasikah dan Margawati (2012) di Semarang Timur yang menyatakan bahwa pengetahuan ibu merupakan faktor risiko kejadian stunting pada balita.

Penyediaan bahan dan menu makan yang tepat untuk balita dalam upaya peningkatan status gizi akan dapat terwujud bila ibu mempunyai tingkat pengetahuan gizi yang baik. Ketidaktahuan mengenai informasi tentang gizi dapat menyebabkan kurangnya mutu atau kualitas gizi makanan keluarga khususnya makanan yang dikonsumsi balita. Salah satu penyebab gangguan gizi adalah kurangnya pengetahuan gizi dan kemampuan sesorang menerapkan informasi tentang gizi dalam kehidupan sehari-hari. Tingkat pengetahuan gizi ibu mempengaruhi sikap dan perilaku dalam memilih bahan makanan, yang lebih lanjut akan mempengaruhi keadaan gizi balita.

* 1. **Stunting**
1. **Pengertian**

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

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



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

Sumber : WHO Conceptual Framework, 2013

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Kategori Status Gizi** | **Ambang Batas (Z-Score)** |
| Sangat Pendek*(Stunting)* | <-3 SD |
| Pendek*(Stunting)* | -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

1. **Stunting pada Balita**

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)

1. **Usia Balita**

Masa balita merupakan masa paling rawan, karena pada masa ini balita sering terkena penyakit infeksi sehingga menjadikan anak berisiko tinggi menjadi kurang gizi. Menurut penelitian Ramli, *et al* Prevalensi *stunting* tinggi pada anak yang berusia 24-59 bulan yaitu sebesar 50% dibandingkan pada anak-anak yang berusia 0-23 bulan sebesar 24%. Penelitian ini serupa dengan hasil dari Bangladesh, India dan Pakistan dimana anak-anak yang berusia 24-59 bulan ditemukan berisiko lebih besar mengalani *stunting*.

1. **Faktor Penyebab Stunting**

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

1. Faktor rumah tangga dan keluarga
2. Faktor Ibu
3. Gizi yang rendah selama pra-konsepsi, kehamilan dan menyusui
4. Riwayat ibu yang pendek
5. Infeksi
6. Kehamilan remaja
7. Kesehatan mental
8. Kelahiran prematur dan IUGR
9. Kelahiran jarak pendek
10. Hipertensi
11. Lingkungan rumah
12. Tidak mencukupinya stimulasi dan aktivitas pada anak
13. Kurangnya praktik perawatan
14. Tidak mencukupinya sanitasi dan ketersediaan air
15. Kerawanan pangan
16. Distribusi makanan dalam rumah tangga yang tidak tepat
17. Rendahnya pendidikan pengasuh
18. Makanan pendamping yang tidak memadai
19. Rendahnya kualitas makanan
20. Rendahnya kualitas mikronutrien
21. Rendahnya keragaman makanan dan asupan makanan sumber hewani
22. Kandungan anti nutrisi
23. Rendahnya energy dalam makanan pemdamping
24. Praktik yang tidak memadai
25. Frekuensi makan yang tidak teratur
26. Tidak tercukupinya asupan selama dan sesudah sakit
27. Makanan dengan konsistensi kecil
28. Makanan yang jumlahnya tidak mencukupi
29. Makanan yang tidak responsive
30. Keamanan makanan dan air
31. Kontaminasi padada makanan dan air
32. Praktik hygiene yang rendah
33. Penyimpanan dan persiapan makanan yang tidak aman.
34. Menyusui
35. Praktik yang tidak memadai
36. Menunda IMD
37. ASI yang tidak eksklusif
38. Penghentian ASI yang terlalu awal
39. Infeksi
40. Infeksi klinik daan subklinik
41. Infeksi enterik: Diarrhoeal penyakit, lingkungan enteropati, cacingan
42. Infeksi pernapasan
43. Malaria
44. nafsu makan yang berkurang karena infeksi
45. Peradangan
46. **Dampak Stunting**

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

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

1. **Penanggulangan Stunting**

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

* 1. Pada ibu hamil
		+ 1. Memperbaiki gizi dan kesehatan ibu hamil. Ibu hamil perlu mendapatkan makanan yang baik, apabila ibu hamil mengalami KEK maka perlu diberi makanan tambahan.
			2. Setiap ibu hamil perlu mendapatkan tablet tambah darah, minimal 90 hari selama kehamilan.
			3. Kesehatan ibu harus terjaga selama masa kehamilan.
	2. Pada saat bayi lahir
		+ 1. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan begitu bayi lahir melakukan inisiasi menyusui dini (IMD).
			2. Bayi diberikan ASI Eksklusif sampai dengan berusia 6 bulan.
	3. Bayi berusia 6 bulan sampai dengan 2 tahun
		+ 1. Bayi diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada usia 6 bulan, Pemberian ASI terus dilakukan sampai bayi berusia 2 tahun.
			2. Bayi dan anak memperoleh kapsul Vitamin A dan imunisasi dasar lengkap.
	4. Memantau pertumbuhan balita di Posyandu untuk mendeteksi dini terjadinya gangguan pertumbuhan.
	5. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) harus diupayakan disetiap 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.
	6. **Pengaruh Metode FGD terhadap Pengetahuan dan Sikap**

FGD merupakan salah satu cara dimana seseorang dapat mendapatkan informasi tentang pengetahuan baru. FGD merupakan bentuk diskusi yang memungkinkan seseorang menerima informasi dengan lebih mudah karena di dalam FGD seseorang akan dituntut aktif berdiskusi dan mengeluarkan pendapatnya. Masing-masing anggota kelompok dalam FGD akan saling bertukar pengetahuan dan informasi mengenai topik yang sedang didiskusikan. Berdasarkan penelitian Indarwati, dkk (2013) diketahui bahwa tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit secara umum setelah menggunakan metode FGD dimana 42 orang (79,2%) termasuk kategori baik dan 11 orang (20,8%) termasuk kategori cukup.

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

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

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

* 1. **Pengaruh Metode PGD terhadap Pengetahuan dan Sikap**

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

Pada penelitian Desmarnita, 2014 diketahui bahwa nilai rerata skor tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dengan metode *peer group* yaitu 16. 85 menjadi 18.46 dengan peningkatan rata-rata sebesar 1.61 dan standar deviasinya 2.04. maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan sebelum dan sesudah perlakuan.

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