

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stunting

1. Definisi Stunting

Stunting merupakan suatu keadaan malnutrisi yang berhubungan dengan pemenuhan zat gizi yang kurang sehingga termasuk dalam masalah gizi yang bersifat kronis. Kebiasaan tidak mengukur tinggi atau panjang badan balita di masyarakat menyebabkan kejadian *stunting* sulit disadari sehingga menjadi salah satu fokus pada target perbaikan gizi di dunia sampai tahun 2025. *Stunting* atau perawakan pendek adalah suatu keadaan tinggi badan seseorang yang tidak sesuai dengan umur. Seseorang dikatakan *stunting* bila skor *Z-indeks* panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U)-nya dibawah -2 SD (Hadi, dkk., 2019). Menurut (SJMJ et al., 2020), terjadinya *stunting* dimulai saat janin masih dalam kandungan dan baru nampak saat anak berusia dua tahun. *Stunting* merupakan suatu kondisi gagal tumbuh yang dialami oleh anak usia 0-59 bulan akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1000 hari pertama kehidupan (Ramayulis, dkk. 2018).

Indeks panjang PB/U atau TB/U menggambarkan pertumbuhan panjang atau tinggi badan anak berdasarkan umurnya. Indeks ini dapat mengidentifikasi anak-anak yang pendek (*stunted*) atau sangat pendek (*severely stunted*), yang disebabkan oleh gizi kurang dalam waktu lama atau sering sakit. Anak-anak yang tergolong tinggi menurut umurnya juga dapat diidentifikasi. Anak-anak dengan tinggi badan di atas normal (tinggi sekali) biasanya disebabkan oleh gangguan endokrin, namun hal ini jarang terjadi di Indonesia (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020).

Tabel 1. Klasifikasi *stunting* berdasarkan standar antropometri

Indeks	Ambang Batas	Status Gizi
PB/U atau TB/U	<-3SD	Sangat Pendek (<i>severely stunted</i>)
	-3 SD sd <-2 SD	Pendek (<i>stunted</i>)
	-2 SD sd +3 SD	Normal
	>+3 SD	Tinggi

Sumber : PMK RI No. 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak

Stunting pada balita perlu menjadi perhatian khusus karena dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan fisik serta mental anak. *Stunting* berkaitan dengan peningkatan risiko kesakitan dan kematian serta terhambatnya pertumbuhan kemampuan motoric dan mental serta risiko terjadinya penurunan kemampuan intelektual, produktivitas, dan risiko penyakit degeneratif. Anak *stunting* memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan anak normal terhadap penyakit infeksi, sehingga mengakibatkan penurunan kualitas sumber daya manusia dalam jangka panjang bagi Indonesia.

Tingkat keparahan *stunting* di Indonesia yaitu sebesar 30,8% pada balita dan 29,9% pada baduta. Berdasarkan hasil data Riskesdas Prevalensi *stunting* pada balita dari 37,2% (Riskesdas 2013) turun menjadi 30,8% (Riskesdas 2018) dan turun menjadi 27,7% (SSGBI 2019). Berdasarkan data hasil SSGI tahun 2021 prevalensi *stunting* mengalami penurunan yaitu 24,4%. Prevalensi *stunting* ini masih dikategorikan tinggi meskipun mengalami penurunan dari tahun sebelumnya karena berada diatas cut-off (>20%) yang menjadikan *stunting* sebagai masalah kesehatan masyarakat. Sedangkan prevalensi *stunting* di Jawa Timur pada tahun 2021 sebesar 23,5% dan terjadi penurunan pada tahun 2023 sebesar 18,4%, hal tersebut terjadi karena peningkatan monitoring dan evaluasi perbaikan gizi masyarakat secara berkala melalui surveilans gizi dan peningkatan asupan gizi pada bayi dan balita diwilayah kerja puskesmas setempat. Prevalensi *stunting* di Kota Batu tahun 2022 sebesar 14,34%. Angka 14,34% masih berada diatas Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat tahun 2020 – 2024 yang menargetkan prevalensi *stunting* sebesar 14% (Kemenkes RI, 2021).

Stunting yang telah terjadi bila tidak diimbangi dengan *catch-up growth* (tumbuh kejar) mengakibatkan menurunnya pertumbuhan. Masalah *stunting* merupakan masalah kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan meningkatnya risiko kesakitan, kematian, dan hambatan pada pertumbuhan baik motorik maupun mental. *Stunting* dibentuk oleh *growth faltering* dan *catch-up growth* yang tidak memadai yang mencerminkan ketidakmampuan untuk mencapai pertumbuhan optimal, hal tersebut mengungkapkan bahwa kelompok balita yang lahir dengan berat badan normal dapat mengalami *stunting* bila pemenuhan kebutuhan selanjutnya tidak terpenuhi dengan baik (Kusharisupeni, 2013).

2. Faktor-Faktor Penyebab Stunting

Faktor penyebab *Stunting* dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung *stunting* meliputi faktor keluarga dan rumah tangga, *Complementary feeding* yang tidak adekuat, Beberapa masalah dalam pemberian ASI, infeksi dan kelainan endokrin. Sedangkan penyebab tidak langsung malnutrisi yaitu umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pendapatan keluarga dan pengetahuan ibu tentang gizi.

a. Faktor Langsung

1) Faktor keluarga dan rumah tangga

Faktor maternal, dapat disebabkan karena nutrisi yang buruk selama prekonsepsi, kehamilan, dan laktasi. Selain itu juga dipengaruhi perawakan ibu yang pendek, infeksi, kehamilan muda, kesehatan jiwa, IUGR, dan persalinan prematur, jarak persalinan yang dekat, dan hipertensi. Lingkungan rumah, dapat dikarenakan oleh stimulasi dan aktivitas yang tidak adekuat, penerapan asuhan yang buruk, ketidakamanan pangan, alokasi pangan yang tidak tepat, rendahnya edukasi pengasuh (Rahayu dkk., 2018).

2) Complementary feeding yang tidak adekuat

Complementary feeding atau Makanan Pendamping ASI (MPASI) adalah makanan dan minuman yang diberikan kepada anak usia enam hingga 24 bulan untuk pemenuhan kebutuhan gizinya. WHO bersama dengan

Kementrian Kesehatan dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) telah menegaskan bahwa usia hingga enam bulan hanya diberikan ASI eksklusif saja. MPASI baru bisa diperkenalkan kepada bayi ketika bayi berusia enam bulan ke atas (Riksani, 2012). Pengenalan dan pemberian MPASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlahnya, sesuai dengan kemampuan pencernaan bayi/anak. Bayi dan balita seharusnya mendapat MPASI untuk mencegah kekurangan gizi dalam keadaan darurat, untuk memperolehnya perlu ditambahkan vitamin dan mineral (variasi bahan makanan) karena tidak ada makanan yang cukup untuk kebutuhan bayi (Rahayu, dkk., 2018).

Kualitas makanan yang buruk meliputi kualitas *micronutrient* yang buruk, kurangnya keragaman dan asupan pangan yang bersumber dari pangan hewani, kandungan tidak bergizi, dan rendahnya kandungan energi pada *complementary foods*. Praktik pemberian makanan yang tidak memadai, meliputi pemberian makan yang jarang, pemberian makan yang tidak adekuat selama dan setelah sakit, konsistensi pangan yang terlalu ringan, kuantitas pangan yang tidak mencukupi, pemberian makan yang tidak berespon. Makanan tambahan yang diberikan berupa makan lumat yang bisa dibuat sendiri berupa bubur tepung atau bubur beras ditambah lauk pauk, sayur, dan buah, sehingga perlu pengetahuan gizi yang baik (Dekkar, et al., 2010).

3) Beberapa masalah dalam pemberian ASI

Masalah-masalah terkait praktik pemberian ASI meliputi *delayed initiation*, tidak menerapkan ASI eksklusif, dan penghentian dini konsumsi ASI. ASI eksklusif didefinisikan sebagai pemberian ASI tanpa suplementasi makanan maupun minuman lain, baik berupa air putih, jus, ataupun susu selain ASI. IDAI merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama untuk mencapai tumbuh kembang optimal. Setelah enam bulan, bayi mendapat makanan pendamping yang adekuat sedangkan ASI dilanjutkan sampai usia 24 bulan (Rahayu, dkk., 2018).

Menyusui yang berkelanjutan selama dua tahun memberikan kontribusi signifikan terhadap asupan nutrisi penting pada bayi (Fikawati,

2010). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Sampe, dkk., 2020) balita yang tidak diberikan ASI eksklusif berpeluang 61 kali lipat mengalami *stunting* dibandingkan balita yang diberi ASI eksklusif. Balita yang tidak diberikan ASI eksklusif memiliki peluang 98% untuk mengalami *stunting*. Larasati (2018) menyatakan bahwa ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting*. *Stunting* berpeluang 3,306 kali pada balita yang tidak mendapatkan ASI eksklusif dibanding balita yang mendapat ASI eksklusif.

4) Infeksi

Beberapa contoh infeksi yang sering dialami yaitu infeksi enterik seperti diare, enteropati, dan cacing, dapat juga disebabkan oleh infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), malaria, berkurangnya nafsu makan akibat serangan infeksi, dan inflamasi (WHO, 2012). Ada beberapa penelitian yang meneliti tentang hubungan penyakit infeksi dengan *stunting* yang menyatakan bahwa diare merupakan salah satu faktor risiko kejadian *stunting* pada anak umur dibawah lima tahun (Paudel et al., 2012). Hasil penelitian Solin (2019) menemukan bahwa ada hubungan yang kuat antara penyakit infeksi diare terhadap kejadian *stunting* pada balita dan ada hubungan antara penyakit infeksi ISPA terhadap kejadian *stunting* pada balita.

b. Faktor Tidak Langsung

1) Umur ibu

Usia ibu saat hamil memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian *stunting*. Usia ibu saat hamil yang tidak berisiko berkisar antara 20-35 tahun, sedangkan usia ibu saat hamil yang berisiko 35 tahun. Usia reproduksi perempuan adalah 20-35 tahun. Kehamilan dengan umur kehamilan 20-35 tahun merupakan masa aman karena kematangan organ reproduksi dan mental untuk menjalani kehamilan serta persalinan sudah siap (Ariati, 2019). Pertumbuhan secara fisik pada ibu usia remaja masih terus berlangsung, sehingga terjadi kompetisi untuk memperoleh nutrisi antara ibu dan janin. Akibatnya ibu berisiko mengandung janin Intrauterine Growth Restriction (IUGR), dan melahirkan anak yang BBLR dan pendek. Baduta akan tumbuh menjadi anak yang pendek apabila dalam dua tahun pertama

tidak ada perbaikan tinggi badan (catch up growth). Secara psikologis, ibu yang masih muda belum matang dari segi pola pikir sehingga pola asuh gizi anak pada ibu usia remaja tidak sebaik ibu yang lebih tua (Wanimbo dan Watiningsih, 2020). Ibu yang lebih tua terjadi penurunan daya serap zat gizi yang akan mengakibatkan intake makanan yang tidak seimbang dan dapat mengakibatkan malabsorpsi yang bisa mempengaruhi tidak terpenuhinya kebutuhan gizi pada bayi (Rahmawati, dkk., 2018).

2) Pendidikan Ibu

Rendahnya pendidikan ibu dapat menyebabkan rendahnya pemahaman ibu terhadap apa yang dibutuhkan demi perkembangan optimal anak. Masyarakat dengan tingkat pendidikan yang rendah akan lebih baik mempertahankan tradisi- tradisi yang berhubungan dengan makanan, sehingga sulit menerima informasi baru bidang gizi. Tingkat pendidikan ikut menentukan atau mempengaruhi mudah tidaknya seseorang menerima suatu pengetahuan, semakin tinggi pendidikan maka seseorang akan lebih mudah (Rahayu, dkk., 2018). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Setiawan dkk. (2018), ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian *stunting*. Hasil yang sama diperoleh penelitian yang dilakukan di wilayah Puskesmas Cempaka, Banjarbaru, Kalimantan Selatan. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian *stunting* pada anak. Berdasarkan analisis multivariat, faktor pendidikan ibu merupakan faktor yang memiliki hubungan paling dominan dengan kejadian *stunting* pada anak (Rahayu dan Khairiyati, 2014).

3) Pekerjaan ibu

Pekerjaan ibu berkaitan dengan pola asuh anak. Ibu yang bekerja diluar rumah dapat menyebabkan anak tidak terawat, sebab anak balita sangat tergantung pada pengasuhnya atau anggota keluarga yang lain (Mugianti dkk., 2018). Peran ibu dalam keluarga sangatlah penting yaitu sebagai pengasuh anak dan pengatur konsumsi pangan anggota keluarga, juga berperan dalam usaha perbaikan gizi keluarga terutama untuk meningkatkan status gizi bayi

dan anak. Para ibu yang setelah melahirkan bayinya kemudian langsung bekerja dan harus meninggalkan bayinya dari pagi sampai sore akan membuat bayi tersebut tidak mendapatkan ASI. Sedangkan pemberian pengganti ASI maupun makanan tambahan tidak dilakukan dengan semestinya. Hal ini menyebabkan asupan gizi pada bayinya menjadi buruk dan bisa berdampak pada status gizi bayinya (Rahayu, dkk., 2018).

4) Pendapatan keluarga

Masalah gizi merupakan masalah yang multidimensional karena dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling terkait. Faktor ekonomi (pendapatan) misalnya, akan terkait dengan kemampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan pangannya sehingga akan terkait pula dengan status gizi secara tidak langsung. Setidaknya, keluarga dengan pendapatan yang minim akan kurang menjamin ketersediaan jumlah dan keanekaragaman makanan, karena dengan uang yang terbatas itu biasanya keluarga tersebut tidak dapat mempunyai banyak pilihan (Rahayu, dkk., 2018). Penelitian yang dilakukan oleh Illahi (2017) menyatakan bahwa ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan kejadian *stunting* balita. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Candra (2013) yang menyatakan bahwa tingkat pendapatan yang rendah merupakan faktor risiko kejadian *stunting*, dimana keluarga dengan pendapatan rendah memiliki risiko 2,3 kali lebih besar memiliki anak *stunting* dibanding keluarga dengan pendapatan cukup.

5) Pengetahuan ibu tentang gizi

Kekurangan gizi pada masa balita berakibat pada penurunan kualitas sumber daya, manusia. Masa balita ditandai dengan pertumbuhan dan perkembangan yang cepat disertai dengan perubahan dalam kebutuhan gizi. Balita tergantung sepenuhnya pada perawatan dan pemberian makan oleh ibunya selama periode ini. Pengetahuan gizi ibu sangat penting menentukan komposisi menu makanan sehat yang diberikan pada balita (Dakhi, 2019). Ibu dengan tingkat pengetahuan yang lebih baik kemungkinan besar akan menerapkan pengetahuannya dalam mengasuh anaknya, khususnya

memberikan makanan sesuai dengan zat gizi yang diperlukan oleh balita, sehingga balita tidak mengalami kekurangan asupan makanan (Ni'mah dan Muniroh, 2015). Ni'mah dan Nadhiroh (2015) menyatakan bahwa ibu balita *stunting* memiliki pengetahuan gizi yang lebih rendah daripada ibu balita normal. Hasil analisis Chi-Square menunjukkan bahwa pengetahuan gizi ibu merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita dengan OR sebesar 3,877.

3. Dampak Stunting

Menurut Kemenkes RI (2016) dampak dari *stunting* yaitu :

a. Dampak jangka pendek

Dampak jangka pendek kejadian *stunting* yaitu terganggunya perkembangan otak, pertumbuhan fisik, kecerdasan, dan gangguan metabolisme pada tubuh.

b. Dampak jangka panjang

Dampak jangka panjangnya yaitu mudah sakit, munculnya penyakit diabetes, penyakit jantung dan pembuluh darah, kegemukan, kanker, stroke, disabilitas pada usia tua, dan kualitas kerja yang kurang baik sehingga membuat produktivitas menjadi rendah.

Stunting merupakan wujud dari adanya gangguan pertumbuhan pada tubuh, bila ini terjadi, maka salah satu organ tubuh yang cepat mengalami risiko adalah otak. Dalam otak terdapat sel-sel saraf yang sangat berkaitan dengan respons anak termasuk dalam melihat, mendengar, dan berpikir selama proses belajar. *Stunting* berdampak sangat signifikan terhadap prestasi belajar anak (Picauly dan Toy, 2013).

B. PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN (PMT) BALITA

1. Pengertian Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Masa balita merupakan periode penting dalam proses tumbuh kembang manusia. Masa tumbuh kembang di usia ini merupakan masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang, karena itu sering disebut

golden age atau masa keemasan. Setiap balita memerlukan nutrisi dengan menu seimbang dan porsi yang tepat, tidak berlebihan dan disesuaikan dengan kebutuhan. Jika pemberian nutrisi pada anak balita kurang baik dari segi kualitas maupun kuantitasnya maka pertumbuhan dan perkembangan anak balita akan berjalan lambat (Sibagariang, 2010 dalam Oktavia, 2017).

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dapat digolongkan menjadi dua macam yaitu Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Penyuluhan dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan. Makanan tambahan penyuluhan adalah makanan tambahan yang diberikan kepada sasaran untuk mempertahankan status gizi normal dengan waktu pemberian maksimal selama 1 bulan. Makanan tambahan pemulihan adalah makanan tambahan yang diberikan untuk meningkatkan status gizi pada sasaran (Kemenkes 2017).

Menurut Persagi (2009), pemberian tambahan makanan di samping makanan yang dimakan sehari-hari dengan tujuan memulihkan keadaan gizi dan kesehatan. PMT dapat berupa makanan lokal atau makanan pabrik.

2. Tujuan Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Masalah berat badan kurang pada balita disebabkan karena konsumsi gizi yang tidak mencukupi kebutuhannya dalam waktu tertentu. Kekurangan berat badan yang berlangsung pada anak yang sedang tumbuh merupakan masalah serius. Kondisi ini mencerminkan kebiasaan makan yang buruk (Adriani, 2012). Pemberian makanan tambahan kepada kelompok rawan gizi pada dasarnya bertujuan untuk meningkatkan asupan gizi yang pada akhirnya dapat meningkatkan status gizi sasaran. Peran serta semua pihak sangat diharapkan dalam mendukung keberhasilan kegiatan pemberian makanan tambahan kepada sasaran (Kemenkes RI, 2017).

3. Kandungan Gizi pada Makanan Tambahan (PMT)

Menurut Irianto (2007) secara umum ada 3 kegunaan makanan bagi tubuh (triguna makanan), yakni sumber tenaga, sumber zat pembangun dan sumber zat pengatur.

Zat gizi terbagi menjadi dua, yaitu zat gizi makro dan zat gizi mikro. Zat gizi makro adalah zat gizi yang dibutuhkan dalam jumlah besar. Zat gizi yang termasuk kelompok zat gizi makro yaitu Energi, lemak, dan protein. Zat gizi mikro adalah zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh dalam jumlah kecil atau sedikit tetapi ada dalam makanan.

Tabel 2. Komposisi Makanan Tambahan Lokal untuk Balita (6-59 bulan) dalam 1 hari

Usia Balita				
Zat Gizi	6-8 Bulan	9-11 Bulan	12-23 Bulan	24-59 Bulan
Kalori (Kkal)	175 – 200	175 – 200	225 – 275	300 – 450
Protein (g)	3,5 – 8	3,5 – 8	4,5 – 11	6 – 18
Lemak (g)	4,4 – 13	4,4 – 13	5,6 – 17,9	7,5 – 29,3

Sumber : Kemenkes RI, 2023

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada dasarnya disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing sasaran. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dikonsumsi balita sebagai tambahan makanan sehari-hari, bukan sebagai pengganti makanan utama. Prinsip penentuan zat gizi yaitu berdasarkan angka atau nilai asupan gizi untuk mempertahankan kondisi sehat sesuai kelompok umur.

4. Prinsip Dasar Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Pemberian Makanan Tambahan kepada sasaran perlu dilakukan secara benar sesuai aturan konsumsi yang dianjurkan. Pemberian makanan tambahan yang tidak tepat sasaran, tidak sesuai aturan konsumsi, akan menjadi tidak efektif dalam upaya pemulihan status gizi sasaran serta dapat menimbulkan permasalahan gizi. Berikut standar pemberian makanan tambahan untuk setiap kelompok sasaran menurut Petunjuk Teknik Pemberian Makanan Tambahan Kemenkes RI Tahun 2017.

5. Persyaratan Makanan Tambahan Lokal

Pemberian makanan tambahan lokal harus memenuhi persyaratan antara lain:

- a. Dapat diterima

Makanan untuk ibu hamil dan balita diharapkan dapat diterima dalam hal bentuk, rasa dan biasa dikonsumsi sehari-hari. Bentuk dan rasa makanan dibuat bervariasi dan disesuaikan dengan selera sasaran sehingga tidak menimbulkan kebosanan. Makanan yang berbau tajam, pedas, terlalu asam, manis, asin kurang baik bagi kesehatan.

b. Sesuai dengan Norma dan Agama

Pemberian makanan tambahan local mempertimbangkan norma dan keyakinan yang berlaku pada masyarakat setempat

c. Mudah dibuat

Makanan bagi ibu hamil dan balita hendaknya mudah dibuat dengan menggunakan peralatan masak yang tersedia di rumah tangga atau yang tersedia di masyarakat, serta pembuatannya tidak memerlukan waktu terlalu lama.

d. Memenuhi kebutuhan zat gizi

Makanan hendaknya memenuhi kebutuhan zat gizi sasaran dan memiliki daya cerna baik. Daya cerna yang baik dapat dicapai dengan teknik pengolahan makanan yang benar. Kebutuhan zat gizi ibu hamil lebih besar dibandingkan dengan kelompok sasaran lainnya.

e. Terjangkau

Makanan dapat diolah dari bahan makanan yang harganya terjangkau oleh masyarakat ekonomi rendah dan tetap dapat memenuhi kebutuhan gizi, keamanan pangan dan selera sasaran. Bahan makanan yang digunakan dapat dan mudah dibeli di daerah setempat.

f. Mudah didapat

Bahan makanan yang digunakan mudah didapat sepanjang tahun, sebaiknya bahan makanan setempat yang diproduksi dan dijual di wilayah tersebut. Dengan menggunakan bahan makanan setempat diharapkan meningkatkan perekonomian masyarakat di pedesaan melalui pengembangan dan pendayagunaan potensi wilayah.

g. Aman

Makanan harus aman, tidak mengandung bahan pengawet, zat pewarna dan zat aditif lainnya. Makanan yang aman adalah makanan yang bebas dari kuman dan bahan kimia yang berbahaya serta tidak bertentangan dengan keyakinan masyarakat (halal).

h. Kandungan Gizi

Pemberian makanan tambahan lokal bagi ibu hamil dan balita dalam bentuk makanan lengkap dari bahan makanan lokal sesuai jenis, karakteristik dan kandungan gizi untuk masing-masing sasaran. Makanan yang diberikan kaya zat gizi berupa sumber karbohidrat (nasi, jagung, sagu, kentang, singkong dll), sumber protein hewani (telur, ikan, ayam, daging dll) maupun protein nabati (tahu, tempe, kacang-kacangan atau hasil olahan lainnya) serta vitamin dan mineral yang berasal dari sayuran buah-buahan. Menu makanan tambahan dibuat sederhana yang berasal dari makanan keluarga dan disesuaikan dengan selera serta mudah dikenal atau sudah biasa dikonsumsi.

C. Tepung Kedelai

Menurut Gisslen (2013), Kedelai bukan termasuk grain. kedelai termasuk kacang-kacangan atau tumbuhan polong. Namun, kedelai dapat ditumbuk seperti biji-bijian. Tidak seperti biji-bijian biasanya, kedelai kaya akan kandungan protein dan tidak mengandung gluten. Biji kedelai sering kali diubah menjadi tepung yang dibuat dengan membuang lapisan biji terluar, dengan menekan bijinya dengan peng giling untuk mengubah biji menjadi serpihan yang kemudian ditumbuk. menjadi tepung. Tepung biji kedelai merupakan tepung yang tinggi protein dan dapat ditambahkan pada tepung gandum sebagai tambahan protein (Lean,2013). Di dalam industri makanan campuran, tepung kedelai mempunyai peranan yang penting karena dapat dicampur dengan produk tepung lainnya. Tepung kedelai merupakan salah satu bahan pengikat yang dapat meningkatkan daya ikat air pada bahan makanan karena didalam tepung kedelai terdapat pati dan protein yang dapat mengikat air. Daya ikat air

mempengaruhi ketersediaan air yang diperlukan oleh mikroorganisme sebagai salah satu faktor penunjang pertumbuhannya.

Semakin meningkat daya ikat air maka ketersediaan air yang diperlukan untuk pertumbuhan mikroorganisme semakin berkurang, sehingga aktivitas bakteri dalam bahan makanan yang dapat menyebabkan kebusukan menurun (Napitupulu, 2012).

Tabel 3. Kandungan Gizi Tepung Kacang Kedelai 100 gram

Zat Gizi	Jumlah
Air (water)	9 gram
Energi (energy)	347 kkal
Protein (protein)	35,9 gram
Lemak (fat)	20,6 gram
Karbohidrat (CHO)	29,9 gram
Serat (fibre)	5,8 gram

Sumber : TKPI 2017

D. Krokot Ikan

1. Pengertian Krokot

Krokot adalah nama sebuah makanan yang diambil dari bangsa Belanda di Indonesia. Di Belanda, krokot adalah makanan yang terdiri dari *regout* yang dilapisi dengan putih telur dan tepung panir lalu digoreng. Namun di Indonesia, biasanya krokot adalah gumpalan kentang yang ditumbuk halus berisi daging cincang yang dibumbui dan dicampur dengan sayuran seperti wortel atau buncis. Krokot dilumuri kocokan telur dan tepung panir kemudian digoreng di dalam minyak yang banyak.

Krokot menjadi pilihan karena bahan utamanya kentang yang banyak mengandung karbohidrat. Kentang (*solanuum tuberosum L*) merupakan tanaman umbi yang kaya akan karbohidrat dan dapat digunakan sebagai makanan pengganti makanan pokok. Kentang merupakan salah satu makanan pokok dunia karena berada pada peringkat ke tiga tanaman yang dikonsumsi masyarakat dunia setelah beras dan gandum (International Potato Center, 2013).

2. Ikan Lele

Ikan lele merupakan salah satu bahan makan bergizi yang mudah dihidangkan sebagai lauk. Kandungan gizi ikan lele sebanding dengan daging ikan lainnya. Beberapa jenis ikan, termasuk ikan lele mengandung protein lebih tinggi dan lebih baik dibandingkan dengan daging hewan. Nilai gizi ikan lele meningkat apabila diolah dengan baik. Kandungan gizi ikan (termasuk ikan lele) dan lele goreng menurut hasil analisis komposisi bahan makan per 100 gram (Abbas, 2009). Dapat dilihat pada tabel 4 dan tabel 5.

Tabel 4. Komposisi Zat Gizi Ikan lele 100 gram

Komposisi zat gizi	Nilai gizi
Energi	92 kkal
Protein	17,20 gram
Lemak	2,82 gram
Karbohidrat	0,3 gram
Serat	0 gram
Kalsium	14 mg
Natrium	42 mg
Zat Besi	0,25 mg

Sumber : TKPI 2018

Tabel 5. Komposisi zat gizi per 100 gram beberapa ikan air tawar

Jenis Ikan	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)
Gabus	80	16,2	0,5	2,6
Patin	132	17	6,6	1,1
Nila	89	18,7	1,0	0
Mas	86	16,0	2,0	0
Lele	92	17,20	2,82	0,3

Ikan lele merupakan sumber protein hewani yang baik dan mengandung asam lemak omega-3 yang penting untuk kesehatan jantung dan fungsi otak. Ikan juga mengandung vitamin dan mineral seperti vitamin D, vitamin B12, selenium, dan yodium yang penting untuk menjaga kesehatan tubuh. Konsumsi ikan yang cukup dapat membantu mencegah *stunting* pada anak. Daging yang dipilih dalam penelitian ialah daging ikan lele.

Ikan lele merupakan salah satu jenis ikan yang kaya akan protein yang bagus untuk tumbuh kembang balita terutama balita dengan gizi buruk atau

kurang dan mudah di dapatkan serta harganya yang murah. Kandungan gizi ikan lele sebanding dengan ikan yang lain meskipun harganya relatif lebih murah. Kandungan proten ikan lele lebih baik dibandingkan dengan protein hewan yang lainnya. Bila diolah dengan baik kandungan gizi. ikan lele justru lebih meningkat (Djarajah, 2013). Biasanya ikan lele diberikan kepada anak-anak dalam bentuk lele goreng dan tidak semua anak mau mengkonsumsinya. Ketika ikan lele diolah menjadi cemilan dalam bentuk Krokot, balita begitu suka mengkonsumsinya.

3. Proses Pembuatan

a. Alat dan Bahan

a) Alat Pembuatan Krokot Ikan : b) Bahan pembuatan Krokot Ikan :

- | | |
|------------|-------------------|
| 1. Kompor | 1. Kentang |
| 2. Panci | 2. Ikan Layang |
| 3. Wajan | 3. Tepung kedelai |
| 4. Spatula | 4. Tepung Maizena |
| 5. Pisau | 5. Telur |
| 6. Baskom | 6. Bawang Putih |
| 7. Telenan | 7. Bawang Bombay |
| 8. Piring | 8. Wortel |
| | 9. Kaldu Ayam |
| | 10. Garam |
| | 11. Tepung panir |
| | 12. Minyak Goreng |

b. Cara Pembuatan :

1. Untuk isian tumis bawang bombay dan bawang putih sampai harum
2. Masak Ikan lele dan aduk hingga merata
3. Tambahkan wortel, sedikit air, gula, garam, kaldu secukupnya aduk rata hingga keset tidak berair angkat dan dinginkan
4. Rebus kentang, lalu haluskan
5. Tambahkan tepung kedelai, tepung maizena, sedikit garam dan kaldu bubuk. Adoni hingga kalis

6. Ambil sebagian adonan kentang lalu pipihkan beri isian ditengah kemudian bentuk melonjong
7. Balur dengan telur kocok dan tepung panir sambil dipadatkan, masukkan kedalam flezeer selama 15 menit
8. Goreng kroket hingga matang dengan apil sedang
9. Angkat, tiriskan, dan sajikan

4. Kandungan Gizi Kroket Ikan

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) memiliki beberapa syarat yang harus dipenuhi, salah satunya ialah kandungan gizi yang sesuai dengan kebutuhan anak. Dalam tabel 4 merupakan kandugan gizi dalam 100 gram kroket ikan.

Tabel 6. Kandungan Gizi Kroket Ikan per 100 gram

Bahan Makanan	Gram	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Kh (g)	Serat (g)	Natrium (mg)
Kentang	30	18,6	0,63	4,05	5,05	0.1	2.1
Ikan Lele	20	48	3.4	2.9	1.72	0.1	79.6
Tepung Kedelai	10	34.7	3,59	2.05	2.99	0.57	5.2
Tepung Maizena	5	17	0.01	0	4.25	0.35	7.1
Telur	5	7.7	0.62	0.54	0.03	0	7.1
susu full cream	10	6	0.35	0.35	0.48	0	0
Bawang Bombai	5	2.15	0.07	0.01	0.51	0.1	0.6
Wortel	5	1.8	0.05	0.03	0.39	0.05	3.5
Tepung Panir	3	9.99	0.3	0	2.20	0	8.49
Minyak	5	44.2	0	5	0	0	0
Total		190.19	9.02	14.93	17.63	1.27	113.69

Sumber : TKPI 2018

E. Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan suatu obyek tertentu. Penginderaan ini terjadi 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 untuk terbentuknya perilaku seseorang. Tingkatan pengetahuan seseorang dibagi menjadi 6 (enam) tingkatan (Notoatmodjo, 2014) yaitu :

a) Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya yang termasuk pengetahuan ini adalah bahan yang dipelajari/ rangsang yang diterima.

b) Memahami (*Comprehention*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan suatu materi tersebut secara benar.

c) Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi doartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya (rill). Aplikasi disini dapat diartikan penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya didalam konteks lain.

d) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam kaitannya suatu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja.

e) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merujuk pada suatu kemampuan untuk menjelaskan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan

yang baru. Bisa diartikan juga sebagai kemampuan untuk menyusun formasi baru dari formasi-formasi yang ada.

f) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan penelitian terhadap suatu obyek. Penelitian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Pengetahuan biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber, misalnya : media massa, elektronika, buku petunjuk, petugas kesehatan, media poster, kerabat, dan sebagainya. Pengetahuan ini dapat berbentuk keyakinan tertentu (Yulianti, 2010)

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Notoatmodjo (2007) adalah:

a. Faktor Internal

1) Umur

Semakin cukup umur tingkat kemampuan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir maupun bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa akan dipercaya dari orang yang belum cukup umur.

2) IQ (Intelegency Quotient)

Intelegency adalah kemampuan untuk berfikir abstrak. Untuk mengukur intelegency seseorang dapat diketahui melalui IQ (Intelegency Quotient) yaitu skor yang diperoleh dari sebuah alat tes kecerdasan. Individu yang memiliki intelegency rendah maka akan diikuti oleh tingkat kreativitas yang rendah pula.

3) Pengalaman

Pengalaman adalah suatu peristiwa yang dialami seseorang.

b. Faktor Eksternal

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah suatu cita-cita tertentu . Kegiatan pendidikan formal maupun informal berfokus pada proses belajar mengajar, dengan tujuan agar terjadi perubahan perilaku yaitu dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mengerti menjadi mengerti, dan dari tidak dapat menjadi dapat. Maka, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki.

2) Informasi

Pengetahuan dapat dipengaruhi oleh adanya informasi dari sumber media sebagai sarana komunikasi yang dibaca atau dilihat, baik dari media cetak maupun elektronik seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain.

3) Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada di masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

4) Pekerjaan

Adanya suatu pekerjaan pada seseorang akan menyita banyak waktu dan tenaga untuk menyelesaikan pekerjaan yang dianggap penting dan memerlukan perhatian tersebut, sehingga masyarakat yang sibuk hanya mempunyai sedikit waktu memperoleh informasi.

3. Pengukuran pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dilakukan dengan cara wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan sebagai berikut (Nursallam,2013).

1. Tingkat pengetahuan baik bila skor >75% - 100%
2. Tingkat pengetahuan cukup bila skor 56% - 75%
3. Tingkat pengetahuan kurang bila skor <56%

$$Mean = \frac{40+27+33+47+40+47+47+53+33+33+53+60+40+40+40}{15}$$

$$\text{Mean} = \frac{633}{15} = 42$$

Sehingga diperoleh *standart deviasi (SD)* sebagai berikut :

$$SD = \sqrt{\sum_{i=1}^n \frac{(xi-x2)}{n-1}}$$

$$SD = \sqrt{\frac{((40-42)+(27-42)+(33-42)+(47-42)+(40-42)+(47-42)+(47-42)+(53-42) + (33-42)+(33-42)+(53-42)+(60-42)2+(40-42)2+(40-42)2+(40-42)2)^2}{15}}$$

$$SD = \sqrt{\frac{4+225+81+25+4+25+25+121+81+81+121+324+4+4+4}{15}}$$

$$SD = \sqrt{\frac{1.129}{15}}$$

$$SD = \sqrt{72,27} = 8$$

Pengukuran pengetahuan data penelitian dengan menghitung standar deviasi diperoleh kategori :

1. Tingkat pengetahuan baik bila skor >83%
2. Tingkat pengetahuan cukup bila skor 64 – 83%
3. Tingkat pengetahuan kurang bila skor <64%

F. Penyuluhan

1. Pengertian Penyuluhan

Penyuluhan merupakan suatu kegiatan meningkatkan pengetahuan dengan cara penyebaran informasi untuk tercapainya suatu tujuan sesuai sasaran. Dalam kesehatan, penyuluhan memberikan pemahaman tentang pentingnya kesehatan. Sehingga masyarakat tidak hanya sekedar tahu, sadar, dan mengerti namun juga dapat berbuat sesuatu sesuai dengan apa yang harus dilakukan dengan pengetahuan yang tepat. Penyuluhan merupakan upaya mengubah perilaku manusia melalui pendekatan edukatif. Pendekatan edukatif adalah seperangkat pendekatan yang dilaksanakan, direncanakan, dan dikelola secara sistematis dengan partisipasi aktif individu, kelompok, atau masyarakat untuk memecahkan masalah dengan mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, dan budaya setempat. Lebih lanjut, penyuluhan gizi dapat diartikan sebagai suatu pendekatan edukatif untuk mengembangkan perilaku

individu atau masyarakat yang diperlukan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mempertahankan gizi yang baik.

Penyuluhan merupakan suatu proses perubahan tingkah laku yang dinamis, dan perubahan itu bukan sekedar proses atau serangkaian langkah dalam mentransmisikan materi atau teori seseorang kepada orang lain, melainkan terjadi perubahan melalui kesadaran diri dalam diri individu, kelompok, atau masyarakat. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, penyuluhan merupakan proses penerangan, pendidikan.

2. Tujuan penyuluhan kesehatan

Menurut Undang-Undang Kesehatan Nomor 23 Tahun 1992 dan WHO, tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya. Memberikan pendidikan kesehatan pada semua program kesehatan untuk meningkatkan produktivitas jasmani, rohani, dan sosial serta ekonomi dan sosial. Kesehatan adalah kombinasi berbagai kegiatan dan peluang berdasarkan prinsip pembelajaran untuk mencapai keadaan di mana individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat dan sadar, mengetahui yang harus dilakukan. Memahami dan menerapkan pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan individu atau kelompok, status sosial ekonomi, adat istiadat, kepercayaan masyarakat, dan ketersediaan waktu (Notoatmodjo, 2012).

3. Metode Penyuluhan Kesehatan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, metode pendidikan kesehatan merupakan metode yang biasa digunakan untuk melakukan proses perubahan seseorang terkait dengan pencapaian tujuan kesehatan individu dan masyarakat. Metode yang dapat digunakan untuk menyampaikan pendidikan kesehatan antara lain metode ceramah, diskusi kelompok, curah pendapat, panel, bermain peran, demonstrasi, simposium, seminar komunitas atau kelompok, serta pembinaan dan konseling individu (Notoatmodjo, 2012).

4. Media Penyuluhan

Menurut Notoatmodjo (2012), penyuluhan tidak lepas dari media karena pesan-pesan yang disampaikan melalui media lebih mudah untuk dipahami. Media dapat menghindari kesalahan persepsi, memperjelas informasi, dan mudah dipahami. Media promosi kesehatan pada hakikatnya adalah alat promosi kesehatan yang dapat dilihat, didengar, diraba, dirasa atau dicium untuk memudahkan transmisi dan penyebaran informasi. Menurut Notoatmodjo, berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan kesehatan, media dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Media bantu lihat (visual) yang berguna dalam menstimulasi indra mata selama proses pendidikan. Dimana media bantu lihat ini dibagi menjadi 2 yaitu media yang diproyeksikan misalnya slide, film, film strip dan sebagainya, sedangkan media yang tidak diproyeksikan misalnya peta, booklet, leaflet, bagan dan lain sebagainya.
2. Media bantu dengar (audio) dimana merangsang indra pendengaran selama proses penyampaian, misalnya radio, piring hitam, dan pita suara.
3. Media lihat-dengar seperti televisi, video cassette dan lain sebagainya.

G. KADER POSYANDU

1. Pengertian

Kader posyandu menurut Kamus Bahasa Indonesia (2008) merupakan individu-individu yang memiliki jabatan penting dan memegang tugas-tugas yang penting pula baik di pemerintahan dan sebagainya. Hal ini dapat diartikan bahwa kader merupakan individu yang memiliki tugas yang berkaitan erat dengan mengerjakan sesuatu yang penting dan sangat berpengaruh terhadap tugasnya di lapangan sehingga perlu adanya kemampuan yang memumpuni untuk menjalankan tugasnya dengan baik dan sesuai dengan aturan yang ada. Kader posyandu adalah masyarakat yang secara sukarela mampu dan berkeinginan untuk menjalankan tugasnya di bidang kesehatan sebagai pendamping petugas kesehatan setempat sebagai perwakilan dari

masyarakat. Sejalan dengan Kemenkes RI (2012, hal. 32) Kader posyandu adalah masyarakat yang secara sukarela bersedia dan mampu dalam menjalankan tugasnya melalui kegiatan-kegiatan posyandu di lingkungan wilayah posyandu. Dengan demikian kader posyandu adalah masyarakat yang menjadi perwakilan secara sukarela dalam membantu melaksanakan kegiatan kesehatan di posyandu. Kader posyandu merupakan masyarakat yang dipilih oleh masyarakat di lingkungannya untuk membantu dalam memberikan informasi dan pelayanan kesehatan dan sebagai penghubung antara pihak instansi terkait dengan masyarakat dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan di masyarakat karena kader lebih mengetahui masalah yang ada di wilayahnya. Masyarakat yang terpilih menjadi kader akan mendapatkan pelatihan sebelum melayani masyarakat mengenai tugas dan perannya sebagai kader di masyarakat.

Kader posyandu adalah kader kesehatan yang berasal dari warga di lingkungan masyarakat setempat atau di wilayah kerja posyandu yang difasilitasi oleh petugas kesehatan terkait dalam menjalankan tugasnya di Posyandu (Kemenkes RI, 2011, hal. 8). Adapun menurut Kemenkes RI (2019, hal. 19) kader posyandu merupakan kader kesehatan dari lingkungan setempat yang dipilih oleh masyarakat untuk membantu petugas kesehatan dan masyarakat dalam meningkatkan kesehatan termasuk dalam mencegah *stunting* di wilayah posyandunya. Sehingga dalam pelaksanaannya, kader menjalankan tugasnya bersama petugas kesehatan. Menurut Sulistyorini dkk. (2010, hal. 19) kader yaitu tenaga sukarela yang berasal dari lingkungan masyarakat di wilayah posyandu yang dipilih dan diangkat oleh masyarakat untuk membantu memberikan pelayanan kesehatan, menggerakkan masyarakat untuk mengikuti program posyandu, dan sanggup menjalankan program-program posyandu secara tulus dan ikhlas. Kader juga dapat disebut sebagai pengelola dalam hal ini yaitu pengelola posyandu, yang mampu membantu dalam proses pelayanan kesehatan dasar masyarakat dengan berkoordinasi dengan tenaga kesehatan setempat.

2. Tugas Kader Posyandu

Tugas kader posyandu menurut Sulistyorini dkk. (2010, hal. 19) adalah sebagai berikut:

1. Melakukan kegiatan bulanan posyandu
 - a. Persiapan saat hari buka posyandu, antara lain:
 - 1) Menyiapkan alat-alat posyandu dan bahan penunjang pelayanan, seperti timbangan balita, obat-obatan yang diperlukan, dan bahan penyuluhan.
 - 2) Menyiapkan Makanan tambahan untuk bayi, balita, dan ibu hamil yang datang ke posyandu.
 - 3) Memberi informasi dan menggerakkan ibu-ibu yang memiliki balita untuk hadir mengikuti pelayanan posyandu.
 - 4) Menghubungi pokja atau pihak terkait seperti bidan dan tenaga kesehatan untuk hadir pada hari buka posyandu.
 - 5) Melakukan pembagian tugas antara kader posyandu untuk kegiatan posyandu.

Adapun pembagian tugas pada hari buka meja oleh kader posyandu, disebut dengan pelayanan 5 meja, yaitu:

 - 1) Meja 1, bertugas melakukan pendaftaran balita, ibu hamil, dan ibu menyusui.
 - 2) Meja 2, bertugas melakukan penimbangan balita.
 - 3) Meja 3, bertugas mengisi Kartu Menuju Sehat (KMS) berupa catatan hasil penimbangan.
 - 4) Meja 4, bertugas melakukan penyuluhan dan pelayanan gizi bagi balita, ibu hamil, dan ibu menyusui.
 - 5) Meja 5, bertugas memberikan pelayanan biasanya dilakukan oleh petugas kesehatan terkait untuk memberikan imunisasi, KB, vitamin A, dan obat-obat lainnya.
 - b. Kegiatan setelah pelayanan buka posyandu
 - 1) Mencatat seluruh hasil kegiatan posyandu termasuk data balita dan bayi dalam Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam buku register kader.

- 2) Mengevaluasi hasil kegiatan posyandu dan merencanakan kegiatan posyandu untuk bulan berikutnya.
 - 3) Melakukan kegiatan kunjungan rumah (penyuluhan perorangan).
2. Melaksanakan kegiatan di luar posyandu
- a. Melaksanakan kunjungan rumah. Kunjungan rumah dilakukan setelah kegiatan di posyandu telah selesai, kader posyandu melakukan kunjungan ke rumah yang ibu dan balitanya selama 2 bulan (2 kali pelayanan posyandu) berturut-turut tidak hadir, berat badan balita tidak naik selama 2 bulan berturut-turut, berat badan balita di bawah garis merah KMS, dan ibu balita yang belum mendapatkan vitamin.
 - b. Membantu petugas kesehatan dalam proses pendataan, pendampingan masyarakat, dan usaha kesehatan masyarakat lainnya.

3. Pengaruh Penyuluhan Terhadap Pengetahuan Kader

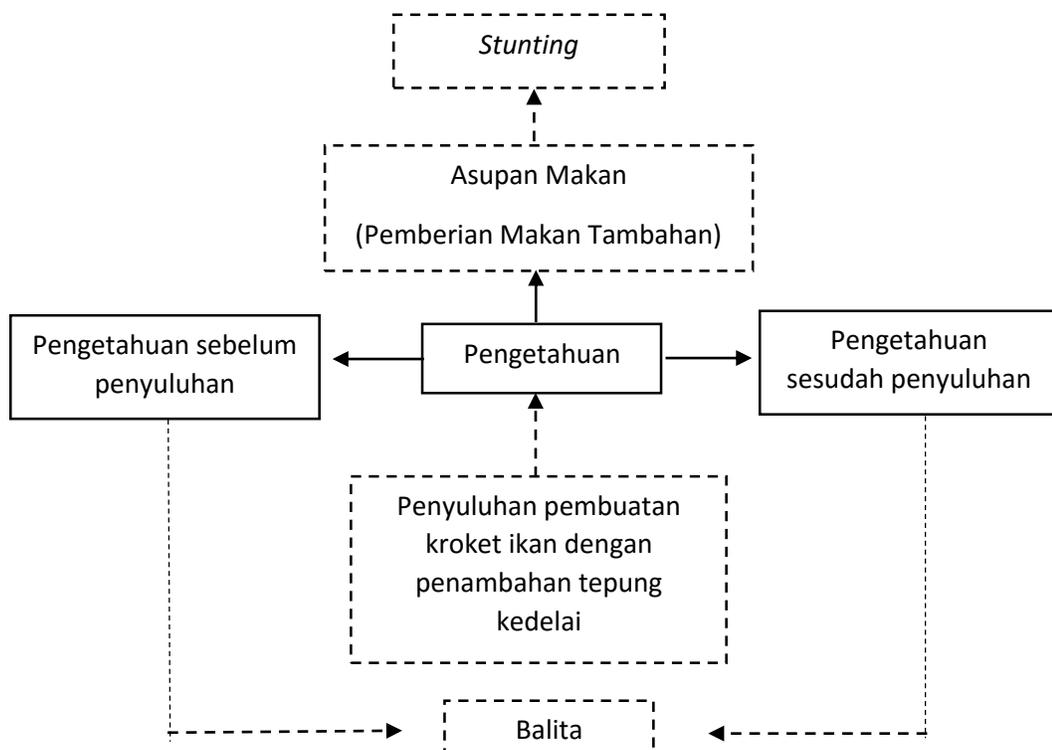
Pengetahuan adalah hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu subjek tertentu. Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003). Tingkat pengetahuan kader akan lebih baik jika dasar pendidikan tamat dasar atau tinggi, mengikuti kursus, mendapat pengajaran lima modul dasar dalam kursus, aktif dalam mengikuti pembinaan atau penyuluhan. Tingginya nilai pengetahuan dan ketrampilan kader dipengaruhi oleh pendidikan formal, keikutsertaan dalam kursus kader, frekuensi mengikuti pembinaan, penyuluhan kader, keaktifan kader di posyandu dan lamanya menjadi kader. Mengembangkan pengetahuan kader dengan cara mengikuti penyuluhan, pelatihan secara berkala dari segi pengetahuan, teknis dari beberapa sektor sesuai dengan bidangnya (Depkes RI, 2003).

Memberikan informasi kepada masyarakat merupakan tugas kader khususnya dalam penanggulangan *stunting*, terutama dalam melakukan deteksi dini dan memberikan pengetahuan kepada ibu balita mengenai *stunting* dan penatalaksanaannya. Untuk itu penyuluhan mengenai *stunting* dilakukan kepada kader agar dapat meningkatkan pengetahuan kader untuk

disalurkan kepada masyarakat atau kelompok sasaran. Kader yang terlibat diharapkan dapat menjadi penyampai informasi bagi pejabat kesehatan berwenang yang kemungkinan tidak dapat secara langsung untuk bertemu masyarakat, serta dapat mendorong sistem kesehatan sehingga dapat lebih mengerti dan segera merespon kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan. Kader mampu untuk membantu mobilisasi, mengadvokasi serta membangun kemampuan lokal pada masyarakat (Tse et al., 2017).

H. Kerangka Konsep

Gambar 1. Kerangka Konsep



Note :

----- : Variabel bebas

————— : Variabel terikat