

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stunting

1. Pengertian

Stunting merupakan suatu keadaan retardasi pertumbuhan linier yang berkaitan dengan adanya proses perubahan patologis. Pertumbuhan fisik berhubungan dengan faktor lingkungan, perilaku dan genetik, kondisi sosial ekonomi, pemberian ASI, dan kejadian BBLR merupakan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting. Status gizi buruk berdampak terhadap menurunnya produksi zat anti bodi dalam tubuh. Penurunan zat anti bodi ini mengakibatkan mudahnya bibit penyakit masuk ke dalam dinding usus dan mengganggu produksi beberapa enzim pencernaan makanan dan selanjutnya penyerapan zat-zat gizi yang penting menjadi terganggu, keadaan ini dapat memperburuk status gizi anak. Data Riskesdas 2013 menunjukkan prevalensi pendek secara nasional adalah 37,2% yang terdiri dari 18,0% anak sangat pendek dan 19,2% anak pendek (Tando, 2012).

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak akibat dari kekurangan gizi kronis yang terjadi sejak bayi dalam kandungan sampai usia 2 tahun sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Anak yang menderita stunting akan lebih rentan terhadap penyakit dan ketika dewasa berisiko untuk mengidap penyakit degenerative. Dampak stunting tidak hanya pada kesehatan tetapi juga mempengaruhi tingkat kecerdasan anak (Simbolon, 2019).

Proses menjadi pendek atau stunting anak di suatu wilayah atau daerah miskin, terjadi sejak usia sekitar enam bulan dan berlangsung terus sampai anak tersebut berusia 18 tahun. Hal ini dapat terjadi karena tidak disertai dengan tindakan atau intervensi untuk menangani kejadian stunting. Stunting muncul utamanya pada dua sampai tiga tahun kehidupan pertama, hal itu dikarenakan pada masa atau usia tersebut anak-anak membutuhkan banyak zat gizi. Zat gizi tersebut dibutuhkan anak-anak untuk pertumbuhan dan perkembangan. Satu di antara alasan tersebut yakni bahwa pada usia

tersebut laju pertumbuhan mencapai puncak atau tercepat sehingga memerlukan banyak zat gizi (Sudiman, 2008).

Stunting atau pendek merupakan salah satu indikator status gizi kronis yang menggambarkan terhambatnya pertumbuhan karena malnutrisi jangka panjang. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, 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 stunting (pendek) dan severely stunting (sangat pendek).

Nutrisi adalah kunci untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak-anak yang bergizi baik lebih sehat dan lebih pintar daripada rekan-rekan mereka yang kekurangan gizi, mereka tumbuh dan berkembang secara maksimal dan mereka tampil lebih baik di sekolah dan sebagai orang dewasa.

2. Penyebab Stunting

Stunting adalah gambaran gangguan pertumbuhan sebagai dampak dari rendahnya status gizi dan kesehatan pada masa pre dan post natal. Berdasarkan Conceptual Framework of Malnutrition yang dibuat oleh UNICEF, stunting disebabkan oleh dua penyebab langsung yaitu asupan gizi dan penyakit infeksi. Kedua faktor ini berhubungan dengan faktor pola asuh, akses terhadap makanan, akses terhadap layanan kesehatan, dan sanitasi lingkungan. Penyebab dasar dari permasalahan tersebut adalah tingkat pendidikan dan pendapatan rumah tangga (Rahayu dkk., 2018).

Beberapa fakta dan informasi yang ada menunjukkan bahwa hanya 22,8% dari anak usia 0-6 bulan yang menyusui eksklusif dan hanya 36,6% anak usia 7-23 bulan yang menerima makanan pendamping ASI(MPASI) yang sesuai dengan praktik-praktik yang direkomendasikan tentang pengaturan waktu, frekuensi, dan kualitas (Ahli Gizi Indonesia, 2018).

3. Proses Terjadinya Stunting

Menurut Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI yang membahas situasi balita stunting di Indonesia tahun 2018, proses terjadinya stunting dimulai dari masa pra-konsepsi ketika seorang remaja menjadi ibu yang kurang gizi dan anemia. Hal ini menjadi keadaan yang parah ketika hamil namun 11 dengan asupan gizi yang tidak mencukupi kebutuhan terlebih ketika ibu hamil tersebut berada di lingkungan dengan sanitasi yang kurang memadai. Dilihat dari asupan makanan, sebagian besar ibu hamil menderita defisit energi dan protein.

Hasil dari Survei Nasional Konsumsi Makanan Individu (SKMI) tahun 2014 menunjukkan bahwa ibu hamil yang bertempat tinggal di kota maupun di desa bermasalah dengan asupan makanan baik energi dan protein. Kondisi ini disertai dengan ibu hamil yang pada umumnya juga pendek (<150 cm) hal ini berdampak pada bayi yang dilahirkan mengalami kurang gizi dengan berat badan lahir rendah. Setelah bayi lahir dengan kondisi tersebut, dilanjutkan dengan rendahnya inisiasi menyusui dini (IMD) yang memicu rendahnya menyusui eksklusif sampai dengan usia 6 bulan, dan tidak memadainya pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI).

Dari proses tersebut, angka stunting di Indonesia cenderung meningkat. Terjadi gagal tumbuh (growth faltering) mulai bayi berusia 2 bulan, dampak dari calon ibu hamil yaitu remaja putri yang sudah bermasalah, dilanjutkan dengan ibu hamil yang juga bermasalah. Hal ini sangat terkait oleh banyak faktor, utamanya secara kronis karena asupan gizi yang tidak memadai dan kemungkinan rentan terhadap infeksi.

4. Dampak Terjadinya Stunting

Menurut World Health Organization (WHO), dampak stunting dibagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang.

a. Dampak jangka pendek

- 1) Peningkatan kejadian kesakitan dan kematian
- 2) Perkembangan kognitif, motorik, dan verbal pada anak tidak optimal
- 3) Peningkatan biaya kesehatan

b. Dampak jangka panjang

- 1) Postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (lebih pendek dibandingkan pada umumnya)
- 2) Meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya
- 3) Menurunnya kesehatan reproduksi
- 4) Kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal pada saat masa sekolah
- 5) Produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal

5. Pencegahan Stunting

Remaja adalah salah satu sasaran utama upaya pencegahan stunting. Para remaja kelak akan mengambil peran sebagai orangtua. Oleh karena itu, mengajak para remaja agar lebih aktif berkontribusi terhadap upaya pencegahan stunting menjadi penting untuk dilakukan. Para remaja atau mahasiswa tidak hanya sekedar tahu dan mengerti mengenai stunting untuk dirinya pribadi, tapi sekaligus menjadi agen perubahan yang mampu menyebarkan informasi stunting lebih luas lagi kepada lingkungan sekitarnya. Ini harus dilakukan bersama sebagai upaya untuk menjadikan masyarakat Indonesia sehat, sejahtera, dan produktif.

Sosialisasi tentang pentingnya pola asuh dalam pencegahan stunting bisa dilakukan dengan lebih ringan dan menarik kepada para remaja. Disampaikan dengan cara yang menyenangkan, bahasa yang sederhana, dan mudah dimengerti. Dengan demikian remaja akan jauh lebih tertarik dan perlahan mulai tumbuh rasa keingintahuan mereka untuk mempelajari dan memahami stunting lebih jauh lagi.

Setelah memahami apa itu stunting, penyebab dan gejalanya, kita bisa melakukan upaya pencegahan agar tidak terjadi pada buah hati kita. Berikut beberapa cara pencegahan stunting. :

- 1) Memenuhi kebutuhan gizi anak yang sesuai pada 1000 hari pertama kehidupan anak.
- 2) Pemenuhan kebutuhan asupan nutrisi bagi ibu hamil.
- 3) Konsumsi protein pada menu harian untuk balita usia di atas 6 bulan dengan kadar protein sesuai dengan usianya.
- 4) Menjaga kebersihan sanitasi dan memenuhi kebutuhan air bersih.

- 5) Salah satu upaya untuk mencegah terjadinya stunting adalah dengan rutin membawa buah hati anda untuk mengikuti posyandu minimal satu bulan sekali. Anak-anak usia balita akan ditimbang dan diukur berat badan serta tingginya sehingga akan diketahui secara rutin apakah balita tersebut mengalami stunting atau tidak. Itulah penjelasan mengenai menciptakan generasi anti stunting yang perlu diketahui oleh para orangtua. Dengan memperhatikan kebutuhan asupan nutrisi buah hati sejak dalam kandungan hingga 1000 hari pertama kehidupan maka kita bisa mencegah buah hati dari stunting.

6. Penanggulangan Stunting

Menurut (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017) intervensi untuk anak stunting ditujukan kepada anak dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Intervensi yang dilakukan terdiri dari intervensi spesifik dan intervensi sensitif.

a. Intervensi gizi spesifik

- 1) Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu hamil Intervensi yang dilakukan meliputi kegiatan memberikan makanan tambahan (PMT) pada ibu hamil untuk mengatasi kekurangan energi dan protein kronis, mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat, mengatasi kekurangan iodium, menanggulangi kecacingan pada ibu hamil serta melindungi ibu hamil dari Malaria.
- 2) Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu menyusui dan anak usia 0-6 bulan Intervensi yang dilakukan melalui beberapa kegiatan yang mendorong inisiasi menyusui dini/IMD terutama melalui pemberian ASI jolong/colostrum serta mendorong pemberian ASI Eksklusif.
- 3) Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu menyusui dan anak usia 7-23 bulan Intervensi meliputi kegiatan mendorong pemberian ASI hingga anak/bayi berusia 23 bulan. Kemudian, setelah bayi berusia diatas 6 bulan dapat didampingi oleh pemberian MP-ASI, menyediakan obat cacing, menyediakan suplementasi zink, melakukan fortifikasi zat besi ke dalam makanan, memberikan perlindungan terhadap malaria,

memberikan imunisasi lengkap, serta melakukan pencegahan dan pengobatan diare.

b. Intervensi gizi sensitif

Sasaran dari intervensi gizi spesifik yaitu masyarakat secara umum dan tidak khusus pada ibu hamil dan balita pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan/HPK. Intervensi Gizi Sensitif dapat dilaksanakan dengan kegiatan yang umumnya makro dan dilakukan secara lintas Kementerian dan Lembaga. Terdapat 12 kegiatan yang dapat berkontribusi dalam penurunan stunting yaitu:

- 1) Menyediakan dan memastikan akses terhadap air bersih.
- 2) Menyediakan dan memastikan akses terhadap sanitasi.
- 3) Melakukan penambahan bahan pangan.
- 4) Menyediakan akses kepada layanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB).
- 5) Menyediakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). f. Menyediakan Jaminan Persalinan Universal (Jampersal).
- 6) Memberikan pendidikan pengasuhan pada orang tua.
- 7) Memberikan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) Universal.
- 8) Memberikan pendidikan gizi masyarakat.
- 9) Memberikan edukasi kesehatan seksual dan reproduksi, serta gizi pada remaja.
- 10) Menyediakan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin.
- 11) Meningkatkan ketahanan pangan dan gizi.

B. Remaja

Secara etimologi, remaja berasal dari Bahasa latin “adolescere” atau “to grow up” yang berarti tumbuh menjadi dewasa. WHO (2005) mendefinisikan remaja sebagai umur 10-19 tahun. Remaja merupakan masa percepatan pertumbuhan kedua yang cepat setelah kanak-kanak. Masa remaja ditandai dengan percepatan pertumbuhan fisik, kematangan seksual, psikologis, dan perubahan perilaku sehingga membawa transformasi dari anak-anak menjadi dewasa, (Kliegman dan Nelson, 2007: Mehndiratta, 2011)

Istilah adolescence atau remaja berasal dari bahasa latin yaitu *adolescere* (kata bendanya, *adolescencia* yang berarti remaja) yang berarti “tumbuh” (tumbuh menjadi dewasa). Istilah adolescence, seperti yang dipergunakan saat ini, mempunyai arti yang lebih luas, mencakup kematangan mental, emosional, sosial, dan fisik. Pandangan ini dikemukakan oleh piaget dengan mengatakan secara psikologis, masa remaja adalah usia dimana individu bertegrasi dengan masyarakat dan dewasa, usia dimana anak tidak lagi merasa dibawah tingkat orang-orang yang lebih tua melainkan berada dalam tingkat yang sama (Elizabeth B. Hurlock, 1980) 1

Menurut UU Perlindungan Anak, remaja adalah seseorang yang berusia antara 10-18 tahun, dan merupakan kelompok penduduk Indonesia dengan jumlah yang cukup besar (hampir 20% dari jumlah penduduk). Remaja merupakan calon pemimpin dan penggerak pembangunan di masa depan. Pada masa remaja terjadi apa yang dinamakan *growth spurt* atau pertumbuhan cepat dan pubertas. Pada fase tersebut, terjadi pertumbuhan fisik disertai perkembangan mental-kognitif, psikis, juga terjadi proses tumbuh kembang. Oleh Ririn Nivia reproduksi yang mengatur fungsi seksualitas. Masa remaja seringkali dianggap sebagai periode hidup yang paling sehat. Faktanya, pertumbuhan fisik pada remaja tidak selalu disertai dengan kematangan kemampuan berpikir dan emosional. Selain itu, di masa remaja juga terjadi proses pengenalan jati diri. Kegagalan dalam proses pengenalan diri ini bisa menimbulkan berbagai masalah

Remaja menurut pasal 7 UU No. 1/1974 tentang perkawinan usia minimal untuk suatu perkawinan menurut undang-undang tersebut adalah 16 tahun untuk wanita dan 19 tahun untuk pria, dengan begitu orang di atas usia 16 untuk perempuan dan 19 untuk laki-laki dianggap bukan lagi anak-anak sehingga mereka sudah boleh menikah. Walaupun begitu, selama seseorang belum mencapai usia 21 tahun maka masih diperlukan izin orang tua untuk melaksanakan suatu pernikahan, setelah ia telah berumur 21 tahun keatas baru ia bias melakukan pernikahan tanpa izin orang tua (pasal 6 ayat 2 UU No. 1/1974).

Dengan adanya pernyataan tersebut dapat di ketahui bahwa walaupun undang-undang tidak menganggap mereka yang diatas usia 16 tahun untuk perempuan dan 19 tahun untuk laki-laki sebagai bukan anak-anak lagi, tetapi mereka juga belum bias dianggap sebagai dewasa penuh, sehingga masih diperlukan izin orang tua untuk mengawinkan mereka. Waktu antara 16/19 tahun sampai 21 tahun inilah yang dapat disejajarkan dengan pengertian remaja dalam ilmuilmu social lainnya(Sarwono, 2016)

C. Pengetahuan

1. Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang tersebut melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu.pengindraan terjadi melalui penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan.Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui penglihatan dan pendengaran (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk sebuah tindakan seseorang (over behavior). Perilaku yang didasarioleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari olehpengetahuan, sebab perilaku ini terjadi akibat adanya paksaan atau aturan yangmengharuskan untuk berbuat sesuatu (Sinta, 2011).

2. Tingkat pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2007: 140), tingkatan pengetahuan didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan :

1. Tahu (Know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah 19 mengingatkembali (recall) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari ataurangsangan yang telah diterima.

Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkatpengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahutentang apa yang dipelajari anatar lain menyebutkan, menguraikan,mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2. Memahami (Comprehension)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (application)

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

4. Analisis (analysis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu 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.

5. 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, merencanakan, meringkaskan, menyesuaikan, dan sebagainya.

6. Evaluasi (evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria yang telah ada.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan sebagai berikut (Mubarak dalam (Yeni, 2015):

a. Umur

Aspek psikis dan psikologis (mental) seseorang akan berubah bertambahnya umur. Usia seseorang yang lebih dewasa mempengaruhi tingkat kemampuan dan kematangan dalam berfikir dan menerima informasi yang semakin lebih baik jika dibandingkan dengan usia lebih muda.

b. Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan sebuah proses belajar dan proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih baik, lebih dewasa, dan lebih matang terhadap individu, kelompok, atau masyarakat. Tingkat pendidikan seseorang atau individu akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berfikir rasionalisme dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru. Diharapkan bagi seseorang yang berpendidikan tinggi memiliki pengetahuan yang luas termasuk pengetahuan terhadap kebutuhan kesehatannya.

c. Pekerjaan

Pekerjaan seseorang berpengaruh terhadap pengetahuan dan pengalaman seseorang. Karena ketika seseorang bekerja lebih sering menggunakan otak daripada otot maka kinerja dan kemampuan otak seseorang dalam menyimpan (daya ingat) bertambah atau meningkat ketika sering digunakan.

4. Pengukuran pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2014), pengetahuan tentang kesehatan dapat diukur berdasarkan jenis penelitiannya, kuantitatif atau kualitatif.

a. Penelitian Kuantitatif

Pada umumnya mencari jawaban atas kejadian/fenomena yang menyangkut beberapa banyak, berapa sering, berapa lama, dan sebagainya, maka biasanya menggunakan metode wawancara dan angket.

- 1) Wawancara tertutup dan wawancara terbuka, dengan menggunakan instrument (alat pengukur/ pengumpul data) kuesioner. Wawancara tertutup adalah wawancara dengan jawaban responden atas pertanyaan yang diajukan telah tersedia dalam opsi jawaban, responden tinggal memilih jawaban yang dianggap mereka paling benar atau paling tepat. Sedangkan wawancara terbuka, yaitu pertanyaan-pertanyaan yang diajukan bersifat terbuka, dan responden boleh menjawab sesuai dengan pendapat atau pengetahuan responden sendiri.
- 2) Angket tertutup atau terbuka. Seperti halnya wawancara, angket juga dalam bentuk tertutup dan terbuka. Instrumen atau alat ukurnya seperti wawancara, hanya jawaban responden disampaikan lewat tulisan. Metode pengukuran melalui angket ini sering disebut “self administered” atau metode mengisi sendiri 21

b. Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif bertujuan untuk menjawab bagaimana suatu fenomena itu terjadi atau mengapa terjadi. Misalnya penelitian kesehatan tentang demam berdarah di suatu komunitas tertentu. Penelitian kualitatif mencari jawaban mengapa di komunitas ini sering terjadi kasus demam berdarah, dan mengapa masyarakat tidak mau melakukan 3M, dan sebagainya. Metode pengukuran pengetahuan dalam penelitian kualitatif antara lain:

1) Wawancara Mendalam

Mengukur variabel pengetahuan dengan metode wawancara mendalam, adalah peneliti mengajukan suatu pertanyaan sebagai pembuka, yang akan membuat responden menjawab sebanyak – banyaknya dari pertanyaan tersebut. Jawaban responden akan diikuti pertanyaan selanjutnya dan terus menerus sehingga diperoleh informasi dari responden dengan sejelas – jelasnya

2) Diskusi Kelompok Terfokus (DKT)

Diskusi kelompok terfokus atau "Focus group discussion" dalam menggali informasi dari beberapa orang responden sekaligus dalam kelompok. Peneliti mengajukan pertanyaan yang akan memperoleh jawaban yang berbeda dari semua responden dalam kelompok tersebut. Jumlah kelompok dalam diskusi kelompok terfokus sebenarnya tidak terlalu banyak tetapi juga tidak terlalu sedikit antar 6 – 10 orang

5. Cara Mengukur Pengetahuan

Penentuan kategori pengetahuan gizi dapat menggunakan nilai mean dan standar deviasi dengan rumus (Riyanto, 2011), yaitu:

a. Menentukan skor mean menggunakan rumus:

$$\text{Mean} = \frac{\sum \text{rata-rata skor responden}}{n}$$

b. Menentukan standar deviasi dalam kelompok menggunakan rumus:

$$S = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{n-1}}$$

Keterangan:

x = masing-masing data \bar{x} = rata-rata

n = jumlah responden

Kemudian untuk mengetahui kategori pengetahuan dicari dengan membandingkan skor respon dengan skor mean dan standar deviasi dalam kelompok, maka akan diperoleh:

1) Baik, bila skor responden $>$ skor mean + 1 SD

2) Cukup, bila skor mean - 1 SD $<$ skor responden $<$ skor mean + SD

3) Kurang, bila skor responden $<$ skor mean - 1 SD

Nilai yang diperoleh tersebut dibandingkan antara nilai pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan.

D. Penyuluhan

1. Pengertian Penyuluhan

Penyuluhan gizi merupakan salah satu program gizi pada khususnya dan program kesehatan pada umumnya. Penyuluhan gizi merupakan bagian integral dari program gizi dan kesehatan. Tujuan penyuluhan gizi dapat dilihat dari tiga sudut pandang, yaitu tujuan jangka panjang, tujuan jangka menengah, dan tujuan jangka pendek.

Contoh tujuan jangka panjang penyuluhan gizi adalah tercapainya status kesehatan masyarakat yang 18 optimal. Tujuan penyuluhan jangka menengah adalah terciptanya perilaku yang sehat di bidang gizi. Sementara itu, tujuan jangka pendek adalah terciptanya pengertian, sikap, dan norma yang positif di bidang gizi (Supariasa, 2012).

Penyuluhan kesehatan merupakan kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak hanya sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan (Azwar, 2013).

Penyuluhan kesehatan merupakan gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, dimana individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa dilakukan, secara kelompok dan meminta pertolongan (Effendy, 2003).

2. Metode Penyuluhan

Menurut Notoatmodjo (2012), metode penyuluhan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tercapainya suatu hasil penyuluhan secara optimal. Metode yang dikemukakan antara lain :

a. Metode penyuluhan perorangan (individual)

Dalam penyuluhan kesehatan metode ini digunakan untuk membina perilaku baru atau seseorang yang telah mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakan pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Bentuk dari pendekatan ini antara lain :

1) Bimbingan dan penyuluhan

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikoreksi dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien akan dengan sukarela, berdasarkan

kesadaran dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut.

2) Wawancara

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum menerima perubahan, untuk mempengaruhi apakah perilaku yang sudah atau akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat, apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

19

b. Metode penyuluhan kelompok

Dalam memilih metode penyuluhan kelompok harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan berbeda dengan kelompok kecil. Efektifitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran penyuluhan. Metode ini mencakup :

- 1) Kelompok besar, yaitu apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok ini adalah ceramah dan seminar.
- 2) Kelompok kecil, yaitu apabila peserta penyuluhan kurang dari 15 orang. Metode yang cocok untuk kelompok ini adalah diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju, memainkan peranan, permainan simulasi.

c. Metode penyuluhan massa

Dalam metode ini penyampaian informasi ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik. Oleh karena sasaran bersifat umum dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya, maka pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa

sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pada umumnya bentuk pendekatan masa ini bersifat tidak langsung, dan biasanya menggunakan media massa (Notoatmodjo, 2012).

3. Media Penyuluhan

Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat merubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan. Media penyuluhan yang digunakan dalam penelitian adalah media website.

a) Pengertian Media

Kata "media" berasal dari bahasa Latin dan merupakan bentuk jamak dari kata "medium", yang secara harfiah berarti "perantara atau pengantar". Dengan demikian, media merupakan wahana penyalur Informasi belajar atau penyalur pesan.

Bila media adalah sumber belajar, maka secara luas media dapat diartikan dengan manusia, benda, ataupun peristiwa yang memungkinkan anak didik memperoleh pengetahuan dan keterampilan. Terkadang istilah media pendidikan sering diartikan bergantian dengan istilah alat bantu atau media komunikasi. Seperti yang dikemukakan oleh Gagne dan Briggs bahwa secara implisit media pengajaran meliputi alat yang berupa fisik yang digunakan untuk menyampaikan isi materi pengajaran yang terdiri dari antara lain buku, tape recorder, kaset, video camera, grafi, televisi, film, slide foto, gambar, dan komputer (Arsyad, 2002).

Dalam proses belajar mengajar kehadiran media mempunyai arti yang cukup penting. Karena dalam kegiatan tersebut ketidakjelasan bahan yang disampaikan dapat dibantu dengan menghadirkan media sebagai perantara. Kerumitan bahan yang akan disampaikan kepada anak didik dapat disederhanakan dengan bantuan media. Media dapat mewakili apa yang kurang mampu pengajar/penyuluh ucapkan melalui kata-kata atau kalimat tertentu.

Perkembangan ilmu dan teknologi semakin mendorong semakin mendorong usaha-usaha ke arah pembaharuan dalam memanfaatkan hasil-hasil teknologi dalam pelaksanaan pembelajaran. Dalam melaksanakan tugasnya Pengajar (pengajar) diharapkan dapat menggunakan alat atau bahan pendukung proses pembelajaran, dari alat yang sederhana sampai yang canggih (sesuai dengan perkembangan dan tuntutan jaman). Bahkan mungkin lebih dari itu, Pengajar diharapkan mampu mengembangkan keterampilan membuat media pembelajarannya sendiri. (Aroni, 2022)

b) Macam-Macam Media

Media yang telah dikenal dewasa ini tidak hanya terdiri jenis (Audio & Visual), tetapi sudah lebih dari itu. Klasifikasinya bisa dilihat dari jenisnya, daya liputnya, dan dari bahan serta cara pembuatannya. Semua ini akan dijelaskan pada pembahasan berikut. (Aroni, 2022)

1. Dilihat dari Jenisnya, Media Dibagi ke Dalam :

a. Media Auditif

Media auditif adalah media yang hanya mengandalkan kemampuan suara saja, seperti radio, cassette Recorder, piringan hitam. Media ini tidak cocok untuk orang tuli atau mempunyai kelainan dalam pendengaran

b. Media Visual

Media visual adalah media yang hanya mengandalkan indra penglihatan. Media visual ini ada yang menampilkan gambar diam seperti film strip (film rangkai), slide (film bingkai) foto, gambar atau lukisan, cetakan. Ada pula media visual yang menampilkan gambar atau simbol yang bergerak seperti film bisu, film kartun.

c. Media Audio Visual

d. Media audiovisual adalah media yang mempunyai unsur suara dan unsur gambar. Jenis media ini mempunyai kemampuan yang lebih baik, karena meliputi kedua jenis

media yang pertama dan kedua. Media ini dibagi lagi ke dalam :

- 1) Audiovisual Diam, yaitu media yang menampilkan suara dan gambar diam seperti film bingkai suara (soundslides), film rangkai suara, cetak suara.
- 2) Audiovisual gerak, yaitu media yang dapat menampilkan unsur suara dan gambar yang bergerak seperti film suara dan video cassette, cd video, dvd video, HDV..

Pembagian lain dari media Audiovisual ini adalah :

- 1) Audio visual Murni, yaitu baik unsur suara dan gambar berasal dari suatu sumber seperti film video-cassette
- 2) Audiovisual tidak murni, yaitu yang unsur suara dan unsur gambarnya berasal dari sumber yang berbeda, misalnya film bingkai suara yang unsur gambarnya bersumber dari slides proyektor dan unsur suaranya bersumber dari tape recorder.

2. Dilihat dari Daya Liputnya, Media Dibagi Dalam :

- 1) Media dengan Daya Liput Luas dan Serentak.

Penggunaan media ini tidak terbatas oleh tempat dan serta dapat menjangkau jumlah anak didik yang banyak dalam waktu yang sama. Contoh : radio dan televisi.

- 2) Media dengan daya liput yang terbatas oleh ruang dan tempat

Media ini dalam penggunaannya membutuhkan ruang dan tempat yang khusus seperti film, sound slide, film rangkai, yang harus menggunakan tempat yang tertutup dan gelap.

- 3) Media untuk Pengajaran Individual

Media ini penggunaannya hanya untuk seorang diri. Termasuk media ini adalah modul berprogram (CD Tutorial) dan pengajaran melalui komputer.

3. Dilihat dari Bahan Pembuatannya, Media Dibagi Dalam:

a. Media Sederhana

Media ini bahan dasarnya mudah diperoleh dan harganya murah, cara pembuatannya mudah, dan penggunaannya tidak sulit, contoh Flip chart, papan tulis.

b. Media Komplek

Media ini adalah media yang bahan dan alat pembuatannya sulit diperoleh serta mahal harganya, sulit membuatnya, dan penggunaannya memerlukan keterampilan yang memadai. Contoh video conference.

4. Media Online Website

Dari jenis-jenis media dan karakteristik sebagaimana disebutkan pada poin b di atas, patut dipertimbangkan bagi penyuluh ketika akan memilih dan mempergunakan media dalam pengajaran.

Media yang digunakan pada penelitian ini yakni, media online. Media online yang dipertimbangkan peneliti adalah website. Berikut adalah penjelasan mengenai media penyuluhan yang digunakan :

a. Pengertian Website

Website adalah kumpulan halaman yang menampilkan informasi data teks, data gambar diam atau gerak, data animasi, suara, video, dan atau gabungan dari semuanya, baik yang bersifat statis maupun dinamis yang membentuk satu rangkaian bangunan yang saling terkait dimana masing-masing dihubungkan dengan jaringan-jaringan halaman atau biasa dikenal dengan *hyperlink* (Harminingtyas, 2014).

Website terbagi menjadi 2 yaitu statis dan dinamis. Website statis adalah website dengan isi informasi website tetap, jarang berubah, dan isi informasinya searah hanya berasal dari pemilik website. Sedangkan bersifat dinamis apabila isi suatu website selalu berubah-ubah dan isi informasinya interaktif dua arah yaitu berasal dari pemilik dan pengguna website (Hartono, n.d.).

b. Kelebihan Website

Terdapat beberapa kelebihan penggunaan media website antara lain:

- 1) Lebih menarik
- 2) Mudah dipahami
- 3) Sudah dikenal masyarakat
- 4) Tidak perlu bertatap muka
- 5) Informasi yang dibaca dapat diulang-ulang
- 6) Jangkauannya lebih luas

c. Kekurangan Website

Beberapa kekurangan penggunaan media website, yaitu:

- 1) Biaya yang dibutuhkan lebih besar baik dalam proses pembuatan ataupun penggunaannya yang membutuhkan kuota internet untuk mengakses
- 2) Proses pembuatan rumit
- 3) Perlu listrik dan alat canggih seperti gadget, laptop, atau komputer
- 4) Perlu keterampilan mengoperasikan terutama bagi masyarakat yang belum melek teknologi

d. Cara Penggunaan Website

Website Nutrilove dapat diakses dengan mengikuti langkah dibawah ini.

- 1) Pastikan handphone dapat mengakses internet
- 2) Buka google chrome atau aplikasi telusur dalam handphone
- 3) Ketik nutrilove.id lalu tekan enter
- 4) Website [nutrilove](http://nutrilove.id) akan terbuka dan menampilkan kategori artikel yaitu remaja, ibu hamil, ibu menyusui, anak dan balita
- 5) Pengguna dapat memilih artikel apa yang akan dibaca sesuai kebutuhan

E. Hubungan Website Dengan Pengetahuan

Website merupakan salah satu media edukasi yang dapat dimanfaatkan sebagai media pendampingan gizi karena dapat meningkatkan pengetahuan bagi sasaran atau responden. Menurut Resmiati (2021) Aplikasi android merupakan salah satu media yang perlu dikembangkan untuk media edukasi kesehatan remaja, terutama dalam hal ini adalah terkait stunting, karena perangkat android paling banyak digunakan remaja di Indonesia dan menunjang edukasi dimasa pandemi dan era digital 4.0.

Berdasarkan penelitian oleh Ardhyarini, Angelina Avissa and Aminah, Mimin and Mutiyani, Mira and Agung, Fred (2020) pendidikan gizi melalui media website mempengaruhi pengetahuan dan persepsi body image pada remaja putri. peningkatan pengetahuan berkorelasi positif dengan berapa kali peserta sering dan memiliki pengetahuan yang jauh lebih tinggi.(Amstrong AW, 2011) Mendorong pasien untuk berkunjung kembali informasi mungkin merupakan teknik sederhana namun efektif dalam meningkatkan pengetahuan. Jumlah kunjungan website berkorelasi positif dengan peningkatan pengetahuan pada intervensi penyuluhan dengan website (Tuong W, 2015)