

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Pemberdayaan Masyarakat**

###### **a. Pengertian**

Pemberdayaan masyarakat adalah strategi promosi kesehatan yang bertujuan membuat masyarakat menjadi mandiri (Notoatmojo, 2014). Pemberdayaan masyarakat hanya dapat terjadi jika masyarakat itu sendiri turut berpartisipasi. Oleh karena itu, inti dari pemberdayaan mencakup beberapa aspek penting: proses pembangunan, inisiatif masyarakat, dan kemampuan untuk memperbaiki situasi dan kondisi mereka sendiri.

Kesuksesan program atau kegiatan pemberdayaan masyarakat tidak hanya tergantung pada pihak yang melaksanakannya, tetapi juga sangat bergantung pada aktifnya masyarakat yang sedang diberdayakan untuk berperan aktif dalam mengubah situasi dan kondisi mereka menjadi lebih baik daripada sebelumnya (Notoatmojo, 2014).

Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 65 tahun 2013 tentang pedoman pelaksanaan dan pembinaan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, definisi pemberdayaan masyarakat sebagai segala

usaha yang bertujuan untuk memfasilitasi dan memberikan bantuan yang tidak bersifat instruktif dengan tujuan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat. Hal ini bertujuan agar mereka dapat mengidentifikasi masalah yang dihadapi, mengenali potensi yang dimiliki, merencanakan solusi, dan mengimplementasikannya dengan memanfaatkan sumber daya lokal yang ada (Permenkes, 2013).

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah suatu proses yang mencakup pemberian informasi secara berkelanjutan kepada individu, keluarga, atau kelompok (klien) dengan mengikuti perkembangan klien. Selain itu, proses ini juga mencakup upaya membantu klien agar mereka mengalami perubahan dari tingkat pengetahuan yang rendah menjadi lebih tinggi (aspek pengetahuan), dari memiliki pengetahuan menjadi memiliki sikap yang mendukung (aspek sikap), dan dari memiliki sikap yang mendukung menjadi mampu melaksanakan perilaku yang sesuai dengan informasi yang diberikan (aspek tindakan) (Permenkes, 2013).

b. Konsep Pemberdayaan

Konsep pemberdayaan mencakup dua konsep utama, yaitu *community development* (pembangunan masyarakat) dan *community-based development* (pembangunan yang berbasis pada masyarakat). Selanjutnya, ada istilah *community driven development* yang dapat diartikan sebagai pembangunan yang dipandu atau digerakkan oleh

masyarakat itu sendiri. Pembangunan yang digerakkan oleh masyarakat adalah kegiatan pembangunan yang diputuskan dan dijalankan oleh penduduk setempat dengan memanfaatkan sebanyak mungkin sumber daya yang tersedia dalam komunitas mereka (Permenkes, 2013).

c. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat

Tujuan Pemberdayaan Masyarakat antara lain (Notoatmojo, 2014):

- 1) Tumbuhnya kesadaran, pengetahuan dan pemahaman akan kesehatan bagi individu, kelompok dan masyarakat
  - a) Pengetahuan dan kesadaran tentang cara-cara memelihara dan meningkatkan kesehatan awal dari keberdayaan masyarakat
  - b) Belajar alih pengetahuan informasi kesehatan kesadaran akan kesehatan hasilnya adalah pengetahuan kesehatan
- 2) Timbulnya kemauan atau kehendak ialah sebagai bentuk lanjutan dari kesadaran dan pemahaman terhadap obyek, dalam hal ini kesehatan. Kemauankecenderungan untuk melakukan tindakan, disebut juga sikap/niat kemauan menjadi tindakan tergantung berbagai faktor, faktor utama ialah adanya sarana dan prasarana Misalnya: suatu keluarga punya kemauan membangun jaban akan terwujud jika ada uang/tersedianya bahan bangunan.
- 3) Timbulnya kemampuan masyarakat di bidang kesehatan telah mampu mewujudkan kemauan/niat dalam bentuk tindakan

d. Prinsip-prinsip Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat dalam konteks ini menekankan beberapa prinsip kunci (Permenkes, 2013):

- 1) Kesukarelaan: Partisipasi dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat harus didasari oleh kesadaran individu dan motivasi mereka untuk memperbaiki dan mengatasi masalah kehidupan mereka, tanpa adanya tekanan atau pemaksaan.
- 2) Otonom: Masyarakat harus memiliki kemampuan untuk mandiri dan tidak bergantung pada pihak lain, termasuk individu, kelompok, atau lembaga lainnya.
- 3) Keswadayaan: Masyarakat harus mampu merumuskan dan melaksanakan kegiatan dengan tanggung jawab penuh, tanpa tergantung pada dukungan eksternal.
- 4) Partisipatif: Semua pemangku kepentingan harus terlibat dalam seluruh tahapan pemberdayaan, termasuk pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi, dan pemanfaatan hasilnya.
- 5) Egaliter: Semua pemangku kepentingan harus diperlakukan secara setara dan tidak ada yang ditinggikan atau direndahkan.
- 6) Demokratis: Semua pihak harus memiliki hak untuk menyatakan pendapat mereka, dan perbedaan pendapat harus dihargai.
- 7) Keterbukaan: Pemberdayaan masyarakat harus didasarkan pada kejujuran, saling percaya, dan perhatian terhadap satu sama lain.

- 8) Kebersamaan: Masyarakat harus saling berbagi pengalaman, membantu satu sama lain, dan menciptakan sinergi.
  - 9) Akuntabilitas: Semua tindakan harus dapat dipertanggungjawabkan dan terbuka untuk pengawasan publik.
  - 10) Desentralisasi: Kewenangan diberikan kepada daerah otonom (kabupaten dan kota) untuk mengoptimalkan sumber daya kesehatan demi kesejahteraan dan kelangsungan pembangunan kesehatan masyarakat.
- e. Upaya Pemberdayaan

Tiga upaya pokok dalam pemberdayaan masyarakat disebut dengan tribina. Adapun tribina tersebut sebagai berikut (Waryana, 2016) :

1) Bina manusia

Bina yang merupakan upaya pertama dan utama yang harus diperhatikan dalam setiap upaya pemberdayaan masyarakat.

2) Bina usaha

Suatu upaya penting didalam pemberdayaan melalui bina usaha, sebab bina manusia tanpa memberikan dampak atau kebermanfaatan bagi perbaikan kesejahteraan tidak akan laku, dan bahkan menimbulkan kekecewaan dari proses sampai hasil.

3) Bina lingkungan

*Sustainable development* atau pembagunan berkelanjutan perkembangannya menjadi isu sangat penting. Hal ini disebabkan

oleh pelestarian lingkungan fisik akan menentukan keberlanjutan kegiatan investasi maupun operasi utamanya terkait dengan tersedianya bahan baku.

f. Peran Petugas

Peran petugas dalam pemberdayaan masyarakat adalah bekerja sama dengan masyarakat (*work with the community*), bukan bekerja untuk masyarakat (*work for the community*). Dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, peran petugas menurut Notoatmodjo sebagai berikut (Waryana, 2016) :

- 1) Memfasilitasi upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat;
- 2) Memotivasi masyarakat agar berpartisipasi secara penuh;
- 3) Melatih kader;
- 4) Memantau upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat;
- 5) Membina upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat; dan
- 6) Mengevaluasi kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat.

g. Proses Pemberdayaan Masyarakat

Proses pemberdayaan masyarakat merupakan serangkaian kegiatan untuk memperkuat daya kelompok lemah dalam masyarakat (Yunus, 2017) Proses yang efisien akan meningkatkan kesesuaian program pembangunan keberlanjutan karena masyarakat mempunyai

rasa memiliki dan tanggung jawab. Yunus (2017) menjelaskan bahwa proses akan berlangsung lebih kuat, komprehensif dan keberlanjutan jika unsur atau elemen guna membangun kemitraan dan jaringan yang didasari pada prinsip saling percaya dan menghormati. Unsur yang dimaksud adalah pemerintah, perguruan tinggi, lembaga swadaya, masyarakat, pers, partai politik, lembaga donor, aktor-aktor masyarakat sipil, atau oleh organisasi masyarakat lokal.

#### h. Indikator Hasil Pemberdayaan Masyarakat

Untuk mengukur keberhasilan suatu program pemberdayaan masyarakat, khususnya dibidang kesehatan, dapat menggunakan indikator dengan pendekatan sistem, sebagai berikut (Harahap, 2021):

##### 1) Masukan (*Input*)

- a) Sumber daya manusia, yakni tokoh atau pemimpin masyarakat baik tokoh formal maupun informal yang berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan pemberdayaan masyarakat
- b) Besarnya dana yang digunakan, baik dana yang berasal dari kontribusi masyarakat setempat maupun dana yang diperoleh dari bantuan di luar masyarakat tersebut.
- c) Bahan-bahan, alat-alat atau materi lain yang digunakan untuk menyokong kegiatan pemberdayaan masyarakat tersebut.

## 2) Proses

- a) Jumlah penyuluhan kesehatan dilaksanakan di masyarakat yang bersangkutan.
- b) Frekuensi dan jenis pelatihan dilaksanakan di masyarakat yang bersangkutan dalam rangka pemberdayaan masyarakat.
- c) Jumlah tokoh masyarakat atau kader kesehatan yang dilatih atau diintervensi sebagai motivator atau penggerak pemberdayaan masyarakat.
- d) Pertemuan-pertemuan masyarakat dalam rangka perencanaan dan pengambilan keputusan untuk kegiatan pemecahan masalah masyarakat setempat.

## 3) Luaran (*Output*)

- a) Jumlah dan jenis UKBM (Upaya Kesehatan Yang Bersumber Daya Masyarakat) seperti posyandu, polindes, pos obat desa, dana sehat dan sebagainya.
- b) Jumlah orang atau anggota masyarakat yang telah meningkatkan pengetahuan dan perilakunya tentang kesehatan.
- c) Jumlah anggota keluarga yang mempunyai usaha untuk meningkatkan pendapatan keluarga.
- d) Meningkatkan fasilitas-fasilitas umum di masyarakat.

## 4) Dampak (*Outcome*)

- a) Menurunnya angka kesakitan dalam masyarakat.

- b) Menurunnya angka kematian umum dalam masyarakat.
  - c) Menurunnya angka kelahiran dalam masyarakat.
  - d) Meningkatnya status gizi anak balita dalam masyarakat.
  - e) Menurunnya angka kematian bayi, dan sebagainya.
- i. Tahapan Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat memiliki tujuh tahapan atau langkah yang dilakukan. Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh (Maryani & Nainggolan, 2019):

1) Tahap Persiapan

Pada tahap ini ada dua tahapan yang harus dikerjakan yaitu pertama, penyiapan petugas tenaga pemberdayaan masyarakat yang bisa dilakukan oleh *community worker*. Tahap kedua, penyiapan lapangan yang pada dasarnya dilakukan secara nondirektif. Penyiapan petugas atau tenaga pemberdayaan masyarakat sangat penting supaya efektivitas program atau kegiatan pemberdayaan dapat tercapai dengan baik.

2) Tahap Pengkajian “*Assessment*”

Tahapan ini merupakan proses pengkajian, yaitu dapat dilakukan secara individual melalui kelompok-kelompok dalam masyarakat. Dalam hal ini petugas harus berusaha mengidentifikasi masalah kebutuhan yang dirasakan "*feel needs*" dan juga sumber daya yang dimiliki klien. Dengan demikian program yang dilakukan tidak salah sasaran, artinya sesuai

dengan kebutuhan dan potensi yang ada pada masyarakat yang mengikuti kegiatan pemberdayaan masyarakat.

Sebagaimana tahap persiapan, tahap pengkajian juga sangat penting supaya efisien program dan kegiatan pemberdayaan masyarakat dapat terwujud.

### 3) Tahap Perencanaan Alternatif Program atau kegiatan

Pada tahapan ini petugas sebagai agen perubahan "*exchange agent*" secara partisipatif mencoba melibatkan warga untuk berfikir tentang masalah yang mereka hadapi dan bagaimana cara mengatasinya. Dalam konteks ini masyarakat diharapkan dapat memikirkan beberapa alternatif program dan kegiatan yang dapat dilakukan. Beberapa alternatif itu harus dapat menggambarkan kelebihan dan kekurangannya, sehingga alternatif program yang dipilih nanti dapat menunjukkan program atau kegiatan yang paling efektif dan efisien untuk tercapainya tujuan pemberdayaan masyarakat.

### 4) Tahap Pemformalisasi Rencana Aksi

Pada tahap ini agen perubahan membantu masing-masing kelompok untuk merumuskan dan menentukan program dan kegiatan apa yang mereka akan lakukan untuk mengatasi permasalahan yang ada. Disamping itu juga petugas membantu memformalisasikan gagasan mereka ke dalam bentuk tertulis terutama bila ada kaitannya dengan pembuatan proposal kepada

penyandang dana. Dengan demikian penyandang dana akan paham terhadap tujuan dan sasaran pemberdayaan masyarakat yang akan dilakukan tersebut.

#### 5) Tahap Implementasi Program atau Kegiatan

Dalam upaya pelaksanaan program pemberdayaan masyarakat peran masyarakat sebagai kader diharapkan dapat menjaga keberlangsungan program yang telah dikembangkan. Kerja sama antarpetugas dan masyarakat merupakan hal penting dalam tahapan ini karena kadang sesuatu yang sudah direncanakan dengan baik melenceng saat di lapangan. Pada tahap ini supaya seluruh peserta program dapat memahami secara jelas akan maksud, tujuan dan sarannya, maka program itu terlebih dahulu perlu disosialisasikan. sehingga dalam implementasinya tidak menghadapi kendala yang berarti.

#### 6) Tahap Evaluasi

Evaluasi sebagai proses pengawasan dari warga dan petugas program pemberdayaan masyarakat yang sedang berjalan sebaiknya dilakukan dengan melibatkan warga. Dengan keterlibatan warga tersebut diharapkan dalam jangka waktu pendek terbentuk suatu sistem komunitas untuk pengawasan secara internal Untuk jangka panjang dapat membangun komunikasi masyarakat yang lebih mandiri dengan memanfaatkan sumber daya yang ada. Pada tahap evaluasi ini

diharapkan dapat diketahui secara jelas dan terukur seberapa besar keberhasilan program ini dapat dicapai, sehingga diketahui kendala-kendala yang pada periode berikutnya bisa diantisipasi untuk pemecahan permasalahan atau kendala yang dihadapi itu.

#### 7) Tahap Terminasi

Tahap terminasi merupakan tahapan pemutusan hubungan secara formal dengan komunitas sasaran. Dalam tahap ini diharapkan proyek harus segera berhenti. Artinya masyarakat yang diberdayakan telah mampu mengatur dirinya untuk bisa hidup lebih baik dengan mengubah situasi kondisi sebelumnya yang kurang bisa menjamin kelayakan hidup bagi dirinya. dan keluarganya.

## 2. Karang Taruna

### a. Pengertian

Secara hukum tercantum dalam Peraturan Menteri Sosial RI No. 25 Tahun 2019 tentang Pedoman Dasar Karang Taruna, karang taruna didefinisikan sebagai organisasi yang dibentuk oleh masyarakat sebagai wadah generasi muda untuk mengembangkan diri, tumbuh, dan berkembang atas dasar kesadaran serta tanggung jawab sosial dari, oleh, dan untuk generasi muda, yang berorientasi pada tercapainya kesejahteraan sosial bagi masyarakat (Permensos, 2019).

Karang Taruna merupakan organisasi yang dibentuk oleh masyarakat sebagai potensi dan sumber kesejahteraan sosial. Hal ini

diperkuat dengan salah satu tujuan karang taruna guna memotivasi generasi muda yang didalamnya akan menjadi anggota guna memberikan perekat persatuan dalam keberagaman kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara (Permensos, 2019).

b. Keanggotaan dan Kepengurusan

Keanggotaan Karang taruna menganut sistem stelsel pasif yaitu setiap generasi muda yang berusia 13 (tiga belas) sampai dengan 45 (empat puluh lima) tahun otomatis menjadi anggota Karang Taruna (Permensos, 2019).

Kepengurusan karang taruna dipilih, ditetapkan, dan disahkan secara bermusyawarah dan mufakat dalam forum pengambilan keputusan (musyawarah warga karang taruna di desa atau kelurahan) dan dikukuhkan oleh Kepala Desa atau Lurah setempat. Adapun persyaratan yang harus dipenuhi oleh calon kader karang taruna sebagaimana tercantum pada Permesos No. 25 tahun 2019, sebagai berikut (Permensos, 2019):

- a) Warga negara Indonesia;
- b) Berusia paling rendah 17 (tujuh belas) tahun;
- c) Berdomisili di wilayahnya masing-masing;
- d) Aktif dalam kegiatan Karang Taruna; dan
- e) Memiliki kemauan dan kemampuan berorganisasi serta aktif dalam kegiatan pengabdian masyarakat

Kepengurusan Karang Taruna baik desa atau kelurahan (d disesuaikan dengan domisili) dipilih, ditetapkan, dan disahkan dalam musyawarah Karang Taruna dan dikukuhkan oleh Kepala Desa atau Lurah (Permensos, 2019).

c. Tujuan

Karang Taruna bertujuan untuk (Permensos, 2019):

- 1) Mewujudkan kesadaran tanggung jawab sosial setiap generasi muda dalam mengantisipasi, mencegah, dan menangkul berbagai permasalahan sosial khususnya dikalangan generasi muda;
- 2) Mengembangkan kemampuan generasi muda dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial melalui rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial, dan perlindungan sosial;
- 3) Membangun karakter generasi muda yang berpengetahuan, berkepribadian, terampil, cerdas, inovatif, dan berkarya;
- 4) Mengembangkan potensi dan kemampuan generasi muda;
- 5) Mengembangkan jiwa dan semangat kewirausahaan sosial generasi muda menuju kemandirian dalam upaya meningkatkan Kesejahteraan Sosial;
- 6) Memotivasi generasi muda agar menjadi perekat persatuan dalam keberagaman kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara; dan

- 7) Menjalin sinergi dan kerja sama kemitraan antara generasi muda dengan berbagai pihak dalam mewujudkan peningkatan kesejahteraan sosial.

d. Kedudukan

Karang taruna berkedudukan di desa atau kelurahan di dalam wilayah hukum negara kesatuan republik Indonesia (Permensos, 2019).

e. Fungsi

Karang taruna mempunyai fungsi (Permensos, 2019):

- 1) Administrasi dan manajerial: Penyelenggaraan keorganisasian dan administrasi kesejahteraan sosial karang taruna
- 2) Faslisitasi: Upaya mengembangkan organisasi, meningkatkan kapasitas generasi muda, pemberian kemudahan, dan pendampingan untuk generasi muda dan masyarakat
- 3) Mediasi: Upaya menengahi penyelesaian permasalahan sosial yang ada di masyarakat
- 4) Komunikasi, informasi, dan edukasi: Upaya melakukan komunikasi dan memberikan informasi untuk sosialisasi kebijakan, program, dan kegiatan Pemerintah, pemerintah daerah, Karang Taruna, badan usaha, dan/atau mitra kerja.
- 5) Pemanfaatan dan pengembangan teknologi: Upaya mengoptimalkan penyelenggaraan organisasi dan program kerja melalui metode dan teknologi sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan perkembangan teknologi.

- 6) Advokasi Sosial: Upaya untuk melindungi dan membela generasi muda dan masyarakat yang dilanggar haknya. Upaya tersebut diberikan dalam bentuk penyadaran hak dan kewajiban, pembelaan, dan pemenuhan hak.
- 7) Motivasi: Upaya memberikan semangat dan memacu pencapaian prestasi generasi muda.
- 8) Pendampingan: Upaya untuk menjalin relasi sosial dengan kelompok yang diberdayakan menggunakan berbagai sumber dan potensi guna meningkatkan Kesejahteraan Sosial.
- 9) Pelopor: Upaya merintis dan menggerakkan inovasi dan kreativitas dalam Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial dan pengembangan generasi muda.

### 3. *Stunting*

#### a. Pengertian

*Stunting* adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan yang dialami oleh anak akibat gizi buruk, infeksi berulang, dan stimulasi psikososial yang tidak memadai (WHO, 2015). Definisi lain menjelaskan bahwa *stunting* adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi di bawah lima tahun) akibat kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan masa awal setelah bayi lahir, akan tetapi *stunting* baru terlihat setelah anak berusia 2 tahun (TNP2K, 2017). Peraturan Presiden RI No. 72 tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*

mendefinisikan *stunting* sebagai gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang, yang ditandai dengan panjang atau tinggi badannya berada di bawah standar yang ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan (Permenkes, 2021).

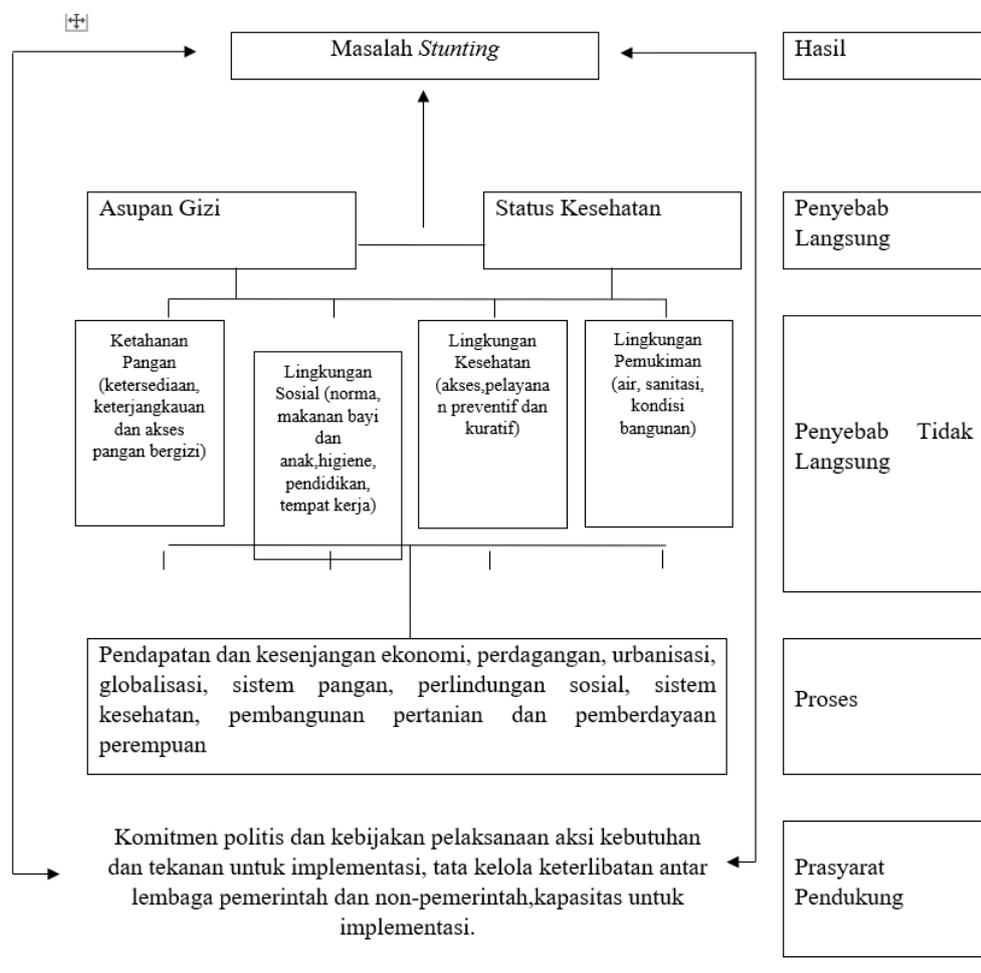
b. Penyebab *Stunting*

*Stunting* disebabkan oleh faktor multidimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Intervensi yang paling menentukan untuk dapat mengurangi prevalensi *stunting* yakni perlu dilakukan pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dari anak balita. Secara rinci dijabarkan pada Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan *Stunting* Terintegrasi di Kabupaten Kota, Penyebab secara langsung masalah gizi pada anak yakni rendahnya asupan gizi, yaitu faktor yang berhubungan dengan ketahanan pangan khususnya akses terhadap pangan bergizi (makanan) (Bappenas, 2018).

Berikut merupakan faktor-faktor yang menjadi penyebab *stunting* (TNP2K, 2017) :

- 1) Praktek Pengasuhan yang Kurang Baik, termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan.

- 2) Terbatasnya Layanan Kesehatan, termasuk layanan *ANC-Ante Natal Care* (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) *Post Natal Care* dan pembelajaran dini yang berkualitas.
- 3) Kurangnya Akses Rumah Tangga/Keluarga ke Makanan Bergizi, termasuk kurangnya asupan nutrisi pada ibu selama masa kehamilan dan asupan nutrisi pada anak yang telah dilahirkan.
- 4) Kurangnya Akses Air Bersih dan Sanitasi



Gambar 2 1 Kerangka Penyebab Masalah Stunting di Indonesia.

Sumber (Bappenas, 2018)

a. Kerangka Intervensi *Stunting*

Gerakan global yang dikenal dengan *Scaling-Up Nutrition* (SUN) yang memiliki prinsip semua penduduk berhak untuk memperoleh akses makanan yang cukup dan bergizi (TNP2K, 2017). Pemerintah tergabung sejak tahun 2012 dengan mengukung dua kerangka besar intervensi *stunting*. Kerangka tersebut dirincikan sebagai berikut (TNP2K, 2017):

1) Intervensi Gizi Spesifik

Intervensi ditujukan kepada anak termasuk dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) serta berkontribusi 30% terhadap penurunan angka kejadian *stunting* (TNP2K, 2017). Kegiatan ini langsung mengatasi terjadinya *stunting* antarlain asupan makanan, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan yang diberikan oleh sektor kesehatan (Bappenas, 2018). Secara rinci, intervensi gizi spesifik dijabarkan sebagai berikut (Bappenas, 2018):

- a) Intervensi prioritas. Intervensi yang diidentifikasi memiliki dampak paling besar pada pencegahan *stunting* dan ditujukan untuk menjangkau semua sasaran prioritas;
- b) Intervensi pendukung. Intervensi yang berdampak pada masalah gizi dan kesehatan lain yang terkait *stunting* dan diprioritaskan setelah intervensi prioritas dilakukan.
- c) Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu. Intervensi yang diperlukan sesuai dengan kondisi tertentu, termasuk untuk

kondisi darurat bencana (program gizi darurat) sebagaimana tabel berikut.

**Tabel 2 1 Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Stunting**

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Pendukung	Intervensi sesuai konsisi tertentu	Prioritas
<b>Kelompok Sasaran 1.000 HPK</b>				
Ibu Hamil	- Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dan kelompok miskin/KEK - Suplementasi tablet tambah darah	- Suplementasi Kalsium - Pemeriksaan kehamilan	- Perlindungan dari malaria - Pencegahan HIV	
Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan	- Promosi dan konseling menyusui - Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA) - Tata laksana gizi buruk - Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus - Pemantauan dan promosi pertumbuhan	- Suplementasi kapsul vitamin A - Suplementasi taburia - Imunisasi - Suplementasi zinc untuk pengobatan diare - Manajemen terpadu balita sakit (MTBS)	- Pencegahan kecacingan	
<b>Kelompok Sasaran Usia Lain</b>				
Remaja Putri dan Wanita Usia Subur	- Suplementasi tablet tambah darah			
Anak 24-59 Bulan	- Tata laksana gizi buruk - Pemberian makanan tambahan pemuliharaan bagi anak kurus - Pemantauan dan promosi pertumbuhan	- Suplementasi kapsul vitamin A - Suplementasi taburia - Imunisasi - Suplementasi zinc untuk pengobatan diare - Manajemen terpadu balita sakit (MTBS)	- Pencegahan kecacingan	

Sumber (Bappenas, 2018)

## 2) Intervensi Gizi Sensitif

Kerangka intervensi gizi sensitif dilakukan melalui beragam kegiatan pembangunan diluar sektor kesehatan serta berkontribusi pada 70% intervensi *stunting* (Bappenas, 2018).

Cakupan dari intervensi gizi sensitif antara lain (TNP2K, 2017):

- a) Peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi;
- b) Peningkatan akses dan kualitas gizi dan kesehatan;

- c) Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak; serta
- d) Peningkatan akses pangan bergizi.

Secara lebih rinci, intervensi gizi sensitif dijabarkan sebagai berikut (Bappenas, 2018).

Tabel 2.2 Intervensi Gizi Spesifik

Jenis Intervensi	Program/Kegiatan Intervensi
Peningkatan penyediaan air minum dan sanitasi	- Akses air minum yang aman - Akses sanitasi yang layak
Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan	- Akses pelayanan Keluarga Berencana (KB) - Akses Jaminan Kesehatan (JKN) - Akses bantuan uang tunai untuk keluarga miskin (PKH)
Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak	- Penyebarluasan informasi melalui berbagai media - Penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi - Penyediaan konseling pengasuhan untuk orang tua - Penyediaan akses Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), promosi stimulasi anak usia dini, dan pemantauan tumbuh-kembang anak - Penyediaan konseling kesehatan dan reproduksi untuk remaja - Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak
Peningkatan akses pangan bergizi	- Akses bantuan pangan non tunai (BPNT) untuk keluarga kurang mampu - Akses fortifikasi bahan pangan utama (garam, tepung terigu, minyak goreng) - Akses kegiatan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) - Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan

Sumber (Bappenas, 2018)

#### b. Pilar *Stunting*

Strategi Nasional dalam pencegahan *stunting* menggunakan pendekatan Lima Pilar (TNP2K, 2017). Adapun Lima Pilar tersebut antara lain (TNP2K, 2017):

- 1) Komitmen dan Visi Pimpinan Tertinggi Negara
- 2) Kampanye Nasional berfokus pada Peningkatan Pemahaman, Perubahan Perilaku, Komitmen Politik, dan Akuntabilitas
- 3) Konvergensi, Koordinasi, dan Konsolidasi Program Nasional, Daerah, dan Masyarakat
- 4) Mendorong Kebijakan ”*Food Nutritional Security*”
- 5) Pemantauan dan Evaluasi

c. Dampak *Stunting*

Dampak *Stunting* dibagi menjadi 2 (dua), antara lain (Bappenas, 2018):

1) Jangka Pendek

Dalam jangka pendek, gagal tumbuh, hambatan dalam perkembangan kognitif dan motorik, dan tidak optimalnya ukuran fisik tubuh serta gangguan metabolisme.

2) Jangka Panjang

Dalam jangka panjang, ada menurunnya kapasitas intelektual. Hal ini berkenaan dengan gangguan struktur dan fungsi saraf dan sel-sel otak yang bersifat permanen. Gangguan tersebut menyebabkan penurunan kemampuan menyerap pelajaran di usia sekolah. Pengaruhnya pada produktivitasnya saat dewasa. Selain itu, kekurangan gizi menyebabkan gangguan pertumbuhan (pendek dan atau kurus) dan meningkatkan risiko penyakit tidak menular (diabetes melitus, hipertensi, jantung koroner, dan stroke).

d. Kelompok rentan *stunting*

1) Calon Pengantin

Calon pengantin merupakan pasangan yang akan menikah (Kemenkes, 2018). Definisi lain menjelaskan bahwa calon pengantin merupakan calon pasangan keluarga perlu mendapatkan bekal pengetahuan, pemahaman dan keterampilan tentang kehidupan rumah tangga/ keluarga dalam mewujudkan keluarga sakinah, mawaddah dan rahmah, serta mengurangi angka perselisihan, perceraian dan kekerasan dalam rumah tangga (Kemendikbud, 2012).

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 97 Tahun 2014, layanan kesehatan calon pengantin meliputi (Permenkes, 2014):

a) Anamnesa

Tujuannya guna mendapatkan informasi tentang keluhan dan penyakit masa lalu dan riwayat kesehatan keluarga.

b) Pemeriksaan Fisik

Guna menentukan dan mengidentifikasi status kesehatan dengan melihat denyut nadi, laju pernapasan, tekanan darah, suhu tubuh dan pemeriksaan fisik tubuh secara keseluruhan

c) Pemeriksaan Status Gizi

(1) Pemeriksaan status gizi atau kesehatan sesuai gizi

Pemeriksaan dilakukan dengan pengukuran menggunakan pita Lila untuk mengetahui adanya risiko KEK

pada WUS. Ambang batas Lila pada WUS dengan risiko KEK di Indonesia adalah 23.5 cm. Apabila hasil pengukuran kurang dari 23,5 cm atau di bagian merah pita LILA artinya perempuan tersebut mempunyai risiko yang merupakan penapisan gizi pada seseorang.

## (2) Penentuan Status Gizi

Pengukuran IMT dapat menentukan status gizi dapat. Indeks Massa Tubuh atau IMT merupakan proporsi standar berat badan (BB) terhadap tinggi badan (TB).

### Rumus 2.1 Pengukuran IMT

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{(\text{Tinggi Badan (m)})^2}$$

Kesehatan gizi Catin dapat diketahui dengan penilaian IMT dalam kaitannya dengan persiapan kehamilan. Jika perempuan atau calon pengantin mempunyai status gizi kurang ingin hamil, sebaiknya menunda kehamilan untuk memperbaiki gizi sampai status gizinya baik. Malnutrisi pada ibu hamil dapat memiliki risiko perdarahan saat melahirkan, Berat Badan Bayi Lahir Rendah (BBLR), rentan terhadap penyakit infeksi, risiko keguguran, bayi lahir mati serta cacat bawaan pada janin.

Tabel 2 3 Batas Ambang Indeks Massa Tubuh (IMT)

Kategori	IMT
Kekurangan berat badan tingkat rerat	< 17.0
Kekurangan berat badan tingkat ringan	17.0 – 18.4
Normal	18.5 – 25.0
Kelebihan berat badan tingkat ringan	25.1 – 27.0
Kelebihan berat badan tingkat berat	> 27.0

Sumber (Kemkes RI, 2019)

#### d) Pemeriksaan penunjang Laboratorium

##### (1) Pemeriksaan Darah

##### (a) Pemeriksaan Hemoglobin

Pemeriksaan darah merah hemoglobin (Hb) adalah molekul protein pada sel darah merah yang berfungsi sebagai media transport oksigen dari jaringan tubuh ke paru – paru. Kandungan zat besi yang terdapat dalam hemoglobin membuat darah berwarna merah. Pemeriksaan hemoglobin dilakukan melalui sampel darah yang diambil dari darah tepi.

Rekomendasi WHO tentang pengelompokan Anemia (3g/dL) Berdasarkan umur :

Tabel 2 4 Pengelompokan Anemia Berdasarkan Umur

Populasi	Tidak Anemia	Anemia		
		Ringan	Sedang	Berat
Anak 5-11 Tahun	11,5	11,0-11,4	8,0-10,9	<8,0
Anak 12-14 tahun	12	11,0 – 11,9	8,0 - 10,9	<8,0
WUS Tidak Hamil	12	11,0 – 11,9	8,0 - 10,9	<8,0
Ibu Hamil	11	10,0 – 10,9	7,0 – 9,9	<7,0
Laki-laki > 15 Tahun	13	11,0 – 12,9	8,0 - 10,9	<8,0

Sumber (WHO, 2015)

(b) Pemeriksaan golongan darah dan rhesus

(2) Komunikasi, Informasi, dan Edukasi sesuai dengan  
Kemenkes RI tahun 2014

(a) Konseling dan tes HIV pada pasangan pengantin

(b) Konseling dan tes Hepatitis pada calon pengantin

(c) Kesehatan Reproduksi

(d) Pencegahan dan Penanggulangan anemia pada  
program gizi sesuai dengan Peraturan Menteri  
Kesehatan No. 97 tahun 2014 tentang pelayanan  
kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil,  
persalinan, dan masa sesudah melahirkan  
penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi serta  
pelayanan kesehatan seksual (Permenkes, 2014).

((1)) Calon Pengantin pada wanita usia normal

((2)) Calon Pengantin pada wanita subur dengan  
KEK

((3)) WUS Calon pengantin Obesitas

(e) Program imunisasi pada calon pengantin

(f) Pengobatan/terapi dan rujukan

## 2) Wanita Usia Subur

Berdasarkan Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia  
Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS) (2018). Wanita  
usia subur (WUS) didefinisikan wanita yang memasuki usia 15- 49

tahun tanpa memperhitungkan status perkawinannya. Wanita usia subur mempunyai organ reproduksi yang masih berfungsi dengan baik antara umur 20-45 tahun. Usia subur pada wanita berlangsung lebih cepat daripada pria. Puncak kesuburan ada pada rentang usia 20-29 tahun. Pada usia ini wanita memiliki kesempatan 95% untuk hamil. Pada usia 30-an persentasenya menurun hingga 90%. Sedangkan memasuki usia 40, kesempatan hamil berkurang hingga menjadi 40%. Setelah usia 40 wanita hanya punya maksimal 10% kesempatan untuk hamil. Masalah kesuburan alat reproduksi merupakan hal yang sangat penting untuk diketahui. Masa wanita subur ini harus menjaga dan merawat kesehatan dan personal hygiene alat reproduksinya, salah satunya dengan melakukan deteksi dini kanker serviks pada wanita (Kemenkes RI, 2018).

Merawat kesehatan tidak hanya alat reproduksi, tetapi gizi menjadi salah satu bagian penting yang perlu dijaga. Keadaan gizi wanita usia subur akan menentukan masa depan dirinya maupun keberlanjutan kehidupan. Intervensi gizi dan kesehatan harus dilakukan pada setiap tahap siklus kehidupan untuk mencapai kesehatan yang optimal, salah satunya WUS sangat penting dilakukan karena akan menentukan kualitas sumber daya manusia generasi berikutnya. WUS yang sehat dan tidak anemia akan tumbuh dan berkembang menjadi calon ibu yang sehat dan melahirkan bayi sehat.

Dampak anemia WUS akan terbawa hingga dia menjadi ibu hamil anemia yang dapat mengakibatkan (Kemenkes RI, 2018):

- (a) Meningkatkan risiko Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), prematur, BBLR, dan gangguan tumbuh kembang anak diantaranya *stunting* dan gangguan neurokognitif.
- (b) Perdarahan sebelum dan saat melahirkan yang dapat mengancam keselamatan ibu dan bayinya.
- (c) Bayi lahir dengan cadangan zat besi (Fe) yang rendah akan berlanjut menderita anemia pada bayi dan usia dini.
- (d) Meningkatnya risiko kesakitan dan kematian neonatal dan bayi.

### 3) Ibu Hamil

Kelompok ibu yang sedang hamil memiliki risiko kekurangan gizi yang tinggi (Febriyeni, 2023). Oleh karena itu, sangat penting untuk memastikan bahwa asupan gizi yang memadai tersedia selama masa kehamilan. Hal ini bertujuan agar ibu hamil dapat menjaga status gizi yang optimal, yang akan membantu mereka menjalani kehamilan dengan aman dan melahirkan bayi yang memiliki potensi fisik dan mental yang baik. Menurut Arisman (2004) dalam (Febriyeni, 2023) Penting untuk memastikan bahwa ibu hamil mendapatkan cukup energi yang dibutuhkan untuk proses menyusui nantinya.

Intervensi gizi spesifik yang ditargetkan secara khusus untuk ibu hamil. Adapun intervensinya yakni memberikan suplemen makanan (PMT) kepada ibu hamil untuk mengatasi kekurangan energi dan protein yang telah berlangsung lama, mengatasi defisiensi zat besi dan asam folat, mengatasi kekurangan iodium, mengobati infeksi cacing pada ibu hamil, serta melindungi ibu hamil dari risiko terkena malaria (TNP2K, 2017).

4) Anak yang baru lahir

Termasuk keadalam Hari Pertama Kehidupan (HPK) anak yang baru lahir disini dimasukkan kedalam intervensi gizi spesifik dengan usia 0-6 bulan dan 7-23 bulan (TNP2K, 2017). Adapun intervensinya berupa (TNP2K, 2017):

a) Intervensi Gizi Spesifik dengan sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 0-6 Bulan.

Upaya ini dilaksanakan melalui berbagai aktivitas yang menggalakkan praktik inisiasi menyusui dini (IMD), terutama dengan memberikan ASI jolong atau colostrum, serta mendorong praktik pemberian ASI secara eksklusif.

b) Intervensi Gizi Spesifik dengan sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 7-23 bulan.

Intervensi ini mencakup sejumlah kegiatan yang bertujuan untuk mendukung pemberian ASI hingga anak atau bayi mencapai usia 23 bulan. Setelah bayi mencapai usia 6 bulan,

mereka juga didampingi dengan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI). Selain itu, intervensi ini mencakup penyediaan obat cacing, suplementasi zink, fortifikasi zat besi dalam makanan, pemberian perlindungan terhadap malaria, penyediaan imunisasi lengkap, serta langkah-langkah pencegahan dan pengobatan diare.

e. Upaya Pencegahan *Stunting* melalui Tribina

Tribina merupakan program pemberdayaan masyarakat yang dibentuk oleh BKKBN dengan tujuan memberikan wawasan kepada masyarakat mengenai pembinaan keluarga, mengedepankan peran serta kepedulian anggota keluarga guna tercapainya kesejahteraan di dalam keluarga (BKKBN, 2020). Dalam hal ini, BKKBN membagi tribina atas 3 (tiga) bagian, antarlain:

1) Bina Keluarga Balita (BKB)

Bagian ini khusus mengelola tentang pembinaan terhadap balita. Tujuannya untuk menambah wawasan serta meningkatkan keterampilan orangtua dalam mengasuh balitanya. Dalam pembinaannya meliputi:

a) Pola pengasuhan anak usia dini

1) Kebutuhan kesehatan dan gizi

2) Kebutuhan kasih sayang anak

Pendekatan 4 (empat) aspek pengaruh penuh kelembutan dan kasih sayang kepada anak, antara lain (Asiyah, 2023):

((1)) Pemahaman orang tua tentang *stunting*

((2)) Kepedulian orangtua terhadap anak yang *stunting/berisiko stunting*

((3)) Penghargaan kepada anak yang *stunting/berisiko stunting*

((4)) Tanggungjawab orang tua untuk anaknya yang *stunting/berisiko stunting*

3) Kebutuhan stimulasi

b) Prinsip Gizi Seimbang

1) Makan beraneka ragam makanan. Hal ini bisa melalui pengenalan beragam jenis makanan bergizi pada balita bertahap sesuai umur.

2) Membiasakan anak untuk beraktifitas fisik di luar rumah

3) Memantau berat badan balita. Adanya pemantauan yang dilakukan teratur di setiap bulan dan balita tumbuh sehat ditandai adanya kenaikan berat badan pada Kartu Menuju Sehat (KMS).

## 2) Bina Keluarga Lanjut Usia

Program ini ditujukan kepada keluarga yang memiliki lansia. Tujuan BKL untuk meningkatkan kesejahteraan lansia melalui kepedulian dan peran anggota keluarga, dengan harapan terbentuknya lansia yang produktif, aktif, mandiri, sehabis dan bermanfaat bagi keluarga maupun masyarakat (BKKBN, 2020).

## 3) Bina Keluarga Remaja

Program ini ditujukan kepada orangtua maupun anggota keluarga yang memiliki peran untuk membina remaja (BKKBN, 2020). Periode remaja dimana seseorang telah mengalami kematangan fisik, mental maupun emosional. Tujuannya guna meningkatkan keterampilan orangtua maupun anggota keluarga lainnya dalam memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi kepada remaja sebagai upaya untuk menciptakan keluarga yang sejahtera dan memiliki kualitas baik (BKKBN, 2020).

Dasar dalam menjalankan Bina Keluarga Remaja, ada 4 (empat) pembangunan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera berdasarkan UU No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera yakni pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, dan peningkatan kesejahteraan keluarga (BKKBN, 2020). Secara spesifik, pembinaan remaja terdapat program pendewasaan usia

perkawinan (PUP). Pedewasaan Usia Perkawinan (PUP) membahas tingkat kematangan usia perkawinan yang bermanfaat untuk remaja, sehingga remaja memiliki pengetahuan, kesadaran, serta pertimbangan yang matang tentang usia perkawinan yang tepat (BKKBN, 2020).

Program Pendewasaan Usia Perkawinan perlu adanya persiapan, antarlain (BKKBN, 2020):

- a) Hal penting yang perlu dipersiapkan sebelum menikah
  - (1) Perencanaan keluarga berencana menikah.
  - (2) Kesiapan ekonomi dan psikologis keluarga
- b) Manfaat menunda usia perkawinan
  - (1) Remaja bisa menyelesaikan studinya dan meraih cita-cita
  - (2) Melakukan penyesuaian diri dari status lajang menjadi suami atau istri
  - (3) Perencanaan jumlah anak, usia hamil dan melahirkan
  - (4) Kesiapan ekonomi
  - (5) Mampu mewujudkan keluarga yang bahagia dan sejahtera
- c) Risiko kehamilan wanita pada pernikahan usia dini
  - (1) Risiko pada proses kehamilan  
keguguran, pre eklamsia/eklamsia, infeksi, anemia, kanker rahim, dan kematian bayi.

(2) Risiko pada proses persalinan

Prematur, BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) kelainan bawaan, kematian bayi, dan kematian ibu.

4. Remaja

a. Pengertian

Menurut WHO, remaja adalah penduduk dengan usia 10-19 tahun, menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk dengan usia 10-18 tahun dan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah. Jumlah kelompok usia 8-23 tahun di Indonesia menurut Sensus Penduduk 2020 sebanyak 10,17 juta jiwa atau sekitar 29,17% dari jumlah penduduk. Di dunia diperkirakan kelompok remaja berjumlah 1,2 milyar atau 18% dari jumlah penduduk dunia (WHO,2015). Remaja adalah tahapan masa kanak-kanak dengan masa dewasa, diawali usia 14 tahun pada laki-laki dan 10 tahun pada perempuan. Masa remaja mengalami banyak perubahan intelektual, perubahan saat bersosialisasi, dan perubahan kematangan kepribadian termasuk emosi (Ariani,2017).

b. Karakteristik

Karakteristik remaja menurut Ariani (2017) adalah:

- 1) Bersifat konsumen aktif.
- 2) Berpikir kritis terhadap makanan, mempunyai motivasi makan.

- 3) Banyak melakukan kegiatan fisik, membentuk kelompok sosial, banyak perhatian dan kegiatan di luar rumah sehingga lupa waktu makan.
- 4) Remaja putri mulai menarche disertai hilangnya zat besi yang disebabkan meningkatnya asupan diet pembentuk sel darah merah.
- 5) Faktor gizi berperan dalam menentukan postur dan *performance* di usia dewasa Informasi pada Remaja

c. Tahapan Perkembangan Remaja

Menurut Sarwono (2012) ada 3 tahap perkembangan remaja dalam proses penyesuaian diri menuju dewasa :

1) Remaja Awal (*Early Adolescence*)

Seorang remaja pada tahap ini berusia 12-15 tahun masih terheran-heran akan perubahan-perubahan yang terjadi pada tubuhnya sendiri dan dorongan- dorongan yang menyertai perubahan-perubahan itu. Tingkatan usia remaja yang pertama adalah remaja awal. Pada tahap ini, remaja berada pada rentang usia 12 hingga 15 tahun. Umumnya remaja tengah berada di masa sekolah menengah pertama (SMP). Keistimewaan yang terjadi pada fase ini adalah remaja tengah berubah fisiknya dalam kurun waktu yang singkat. Ada beberapa sarjana yang mengatakan masa pubertas yang sebenarnya dimulai pada usia kurang lebih 14 tahun.

## 2) Remaja Madya (*Middle Adolescence*)

Tingkatan usia remaja selanjutnya yaitu remaja pertengahan, atau ada pula yang menyebutnya dengan remaja madya. Pada tahap ini, remaja berada pada rentang usia 15 hingga 18 tahun. Umumnya remaja tengah berada pada masa sekolah menengah atas (SMA). Keistimewaan dari fase ini adalah mulai sempurnanya perubahan fisik remaja, sehingga fisiknya sudah menyerupai orang dewasa.

## 3) Remaja Akhir (*Late Adolescence*)

Pada tahap ini, remaja telah berusia sekitar 18 hingga 21 tahun. Remaja pada usia ini umumnya tengah berada pada usia pendidikan di perguruan tinggi, atau bagi remaja yang tidak melanjutkan ke perguruan tinggi, mereka bekerja dan mulai membantu menafkahi anggota keluarga. Keistimewaan pada fase ini adalah seorang remaja selain dari segi fisik sudah menjadi orang dewasa, dalam bersikap remaja juga sudah menganut nilai-nilai orang dewasa.

Pada tahap remaja akhir terdapat masa konsolidasi menuju periode dewasa dan ditandai dengan pencapaian lima hal dibawah ini:

- a) Minat yang makin mantap terhadap fungsi-fungsi intelek.
- b) Egonya mencari kesempatan untuk bersatu dengan orang-orang lain dan dalam pengalaman-pengalaman

baru.

- c) Terbentuk identitas seksual yang tidak akan berubah lagi.
- d) Egosentrisme (terlalu memusatkan perhatian pada diri sendiri) diganti dengan keseimbangan antara kepentingan diri sendiri dengan orang lain.
- e) Tumbuh “dinding” yang memisahkan diri pribadinya dan masyarakat umum.

#### d. Perubahan Pada Masa Remaja

##### 1) Perubahan Fisik

Perubahan fisik berhubungan dengan aspek anatomi dan aspek fisiologis, di masa remaja kelenjar hipofise menjadi masak dan mengeluarkan beberapa hormon, seperti hormon gonotrop yang berfungsi untuk mempercepat pematangan sel telur dan sperma, serta mempengaruhi produksi hormon, kortikosteroid berfungsi mempengaruhi kelenjar suprenalis, testosterone, estrogen, dan suprenalis yang mempengaruhi pertumbuhan anak sehingga terjadi percepatan pertumbuhan (Sumiati, dkk, 2009).

Perubahan fisik pada remaja laki-laki ditandai dengan tumbuhnya kumis dan jenggot, jakun dan suara membesar. Puncak kematangan organ reproduksi pada anak laki-laki adalah dengan kemampuannya dalam ejakulasi yang menunjukkan bahwa, pada masa ini remaja laki-laki sudah dapat menghasilkan sperma. Ejakulasi ini biasanya terjadi disaat tidur dan diawali

dengan mimpi erotis atau yang biasa disebut dengan mimpi basah. Pada anak perempuan tampak perubahan pada bentuk tubuh karena tumbuhnya payudara dan panggulnya yang membesar serta suaranya yang berubah menjadi lebih lembut. Puncak dari kematangan organ reproduksi pada masa remaja perempuan adalah mendapatkan menstruasi pertama (*menarche*). Menstruasi pertama menunjukkan bahwa dirinya telah memproduksi sel telur yang tidak dibuahi, sehingga akan keluar bersama darah menstruasi melalui vagina atau alat kelamin wanita (Sarwono, 2011).

## 2) Perubahan Emosional

Pola emosi pada masa remaja sama dengan pola emosi pada masa kanak-kanak. Pola-pola emosi itu berupa marah, takut, cemburu, ingin tahu, iri hati, gembira, sedih dan kasih sayang. Mencapai kematangan emosional merupakan tugas perkembangan yang sangat sulit bagi remaja. Proses pencapaiannya sangat dipengaruhi oleh kondisi sosio-emosional lingkungannya, terutama lingkungan keluarga dan kelompok teman sebaya. Apabila lingkungan tersebut cukup kondusif, dalam arti kondisinya diwarnai oleh hubungan yang harmonis, maka remaja cenderung dapat mencapai kematangan emosional. Sebaliknya, apabila kurang dipersiapkan untuk memahami peran-perannya dan kurang mendapat perhatian dan kasih

sayang dari orangtua atau pengakuan dari teman sebaya, maka remaja cenderung akan mengalami kecemasan, perasaan tertekan atau ketidaknyamanan emosional (Yusuf, 2007).

### 3) Perubahan Sosial

Pada masa ini berkembang sikap “*conformity*”, yaitu kecenderungan untuk menyerah atau mengikuti opini, pendapat, nilai, kebiasaan, kegemaran (*hobby*) atau keinginan orang lain (teman sebaya). Perkembangan sikap konformitas pada remaja dapat memberikan dampak yang positif maupun negatif bagi dirinya. Penyesuaian sosial ini dapat diartikan sebagai “kemampuan untuk mereaksi secara tepat terhadap realitas sosial, situasi, dan relasi”. Remaja dituntut untuk memiliki kemampuan penyesuaian sosial ini, baik dalam lingkungan keluarga, sekolah dan masyarakat (Yusuf, 2007).

#### e. Gaya Hidup

Gaya hidup merupakan pola hidup seseorang yang dijalankan sehari-hari didunia untuk mengekspresikan dalam aktivitas, minat, dan pendapatnya (Azizah, 2020). Menurut Santrock (2012), pada masa remaja, individu cenderung tertarik pada pengalaman baru yang menantang karena mereka sedang berusaha untuk mencapai kemandirian dan menemukan identitas mereka. Pada saat yang sama, remaja mengalami berbagai perubahan, seperti perubahan fisik, sikap, perilaku, dan emosi. Salah satu di antaranya adalah perubahan perilaku yang

cenderung menuju perilaku konsumtif (Sukari, Larasati, Mudjijono, & Susilantini, 2013).

Dalam penelitian yang dilaksanakan oleh Waris Qidwai (2010) dengan judul *Adolescent Lifestyle and Behaviour: A Survey from a Developing Country*, gaya hidup remaja diteliti dengan poin sebagai berikut (Qidwai et al., 2010):

- 1) Olahraga/Latihan Fisik
- 2) Penggunaan Internet
- 3) Merokok
- 4) Anoreksia
- 5) Waktu Tidur

Dari penelitian tersebut memberikan hasil bahwa waktu tidur, depresi dan merokok merupakan perilaku tidak sehat utama (Qidwai et al., 2010).

Penelitian tentang gaya hidup remaja juga dilakukan oleh Iftita, (2013) seorang mahasiswa kesehatan masyarakat, Universitas Airlangga. Penelitian dengan judul “Hubungan Gaya Hidup dengan Status Gizi Remaja” meneliti (Iftita & Merryana, 2013):

- 1) Kebiasaan Olahraga
- 2) Kebiasaan Merokok
- 3) Perilaku Konsumsi Minuman beralkohol
- 4) Perilaku Konsumsi Narkoba

Hasil dari penelitian tersebut menjelaskan bahwa adanya hubungan

mengenai kebiasaan merokok dan perilaku konsumsi narkoba dengan status gizi pada remaja (Iftita & Merryana, 2013). Status gizi kurang disebabkan oleh kebiasaan merokok dengan presentase 66,7%. Sedangkan, perilaku konsumsi narkoba 77,8% berstatus gizi kurang.

## 5. Perilaku

### a. Pengertian

Menurut Skinner yang dikutip oleh Notoadmodjo (2003) dalam (Waryana, 2016) Perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau ransangan dari luar. Perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, kemudian merespon. Teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” atau *Stimulus-Organisme-Respon* (Waryana, 2016).

Perilaku adalah respon / reaksi terhadap stimulus (Pakpahan et al., 2021). Perilaku kesehatan merupakan bentuk interaksi dan pengalaman individu dengan lingkungannya terutama dalam hal ini pengetahuan dan sikap tentang kesehatan, serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan (Chandra P, 2015). Perilaku kesehatan sebagai perilaku untuk mencegah penyakit pada tahap belum menunjukkan gejala (*asymptomatic stage*). Strategi perubahan perilaku adalah dengan memberikan informasi tentang cara menghindari penyakit dan meningkatkan pengetahuan masyarakat.

Perilaku manusia sangat dipengaruhi oleh ransangan baik dari luar itu disengaja maupun tidak disengaja. Perilaku merupakan salah satu

tindakan yang diamati dan mempunyai frekuensi yang spesifik, durasi, serta tujuan yang dapat disadari maupun tidak. Perilaku merupakan seperangkat perbuatan atau tindakan seseorang dalam melakukan respon terhadap sesuatu kemudian dijadikan kebiasaan karena adanya nilai. Perilaku secara lebih rasional dapat diartikan sebagai respon dari seseorang yang terbentuk dua macam yaitu pasif dan aktif. Dimana bentuk pasif adalah respon dari dalam tubuh seseorang dan secara langsung dapat dilihat oleh orang lain, sedangkan bentuk aktif yaitu perilaku seseorang harus diobservasi terlebih dahulu secara langsung (Triwibowo, 2015). Perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok, dan masyarakat. Intervensi terhadap faktor perilaku secara garis besar dapat dilakukan melalui dua upaya saling bertentangan (Notoatmojo, 2014). masing-masing upaya mempunyai kelemahan dan kelebihan. Kedua upaya yang dimaksud adalah Tekanan (*Enforcement*) dan Pendidikan (*Education*).

#### b. Domain Perilaku

Menurut (Mahendra et al., 2019), seorang ahli psikologi membagi perilaku manusia menjadi tiga domain, yang disesuaikan dengan tujuan pendidikan. Berikut adalah uraiannya :

##### 1) Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu.

Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain (Waryana, 2016):

a) Faktor *Internal*

Faktor ini datang dari diri sendiri, sebagai contoh intelegensia, minat, ataupun kondisi fisik.

b) Faktor *Eksternal*

Faktor eksternal datang dari keluarga, masyarakat, dan atau sarana yang datangnya dari luar diri.

c) Faktor Pendekatan Belajar

Faktor upaya belajar, sebagai contoh strategi dan metode dalam pembelajaran.

Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*) (Notoatmodjo, 2014).

1) Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan (Notoatmodjo, 2014).

a) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam

pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu dalam hal ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Contoh: dapat menyebutkan faktor faktor penyebab *stunting*.

b) Memahami (*Comphrehension*)

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. Misalnya mengapa harus makan makanan yang bergizi.

c) Aplikasi (*Apllication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajaripada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi dalam hal ini diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-

hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

d) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan berkaitan satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Artinya, sintesis merupakan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan,

terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

f) Evaluasi (*Evaluation*)

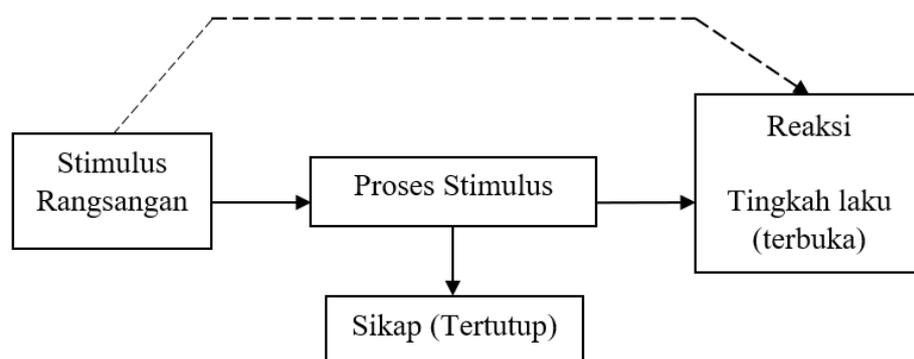
Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi, dapat menanggapi kejadian anak *stunting* disuatu tempat, dapat menafsirkan sebab-sebab mengapa ibu-ibu tidak banyak tahu dengan fenomena *stunting*.

2) Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2014). Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Newcomb, ahli psikologis sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan

atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Notoatmodjo, 2014). Proses terbentuknya sikap dan reaksi dapat dilihat pada gambar berikut:

Gambar 2 2 Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi



#### (1) Ciri-ciri Sikap

Notoatmodjo (2014) mengungkapkan terdapat empat ciri-ciri dari sikap, yakni :

- (a) Sikap bukan dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan itu dalam hubungannya dengan objeknya.
- (b) Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan sikap dapat berubah pada orang-orang bila terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap pada orang itu.

(c) Sikap terbentuk karena dipelajari, atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu objek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.

(d) Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan, sifat alamiah yang membedakan sikap dan kecakapan-kecakapan atau pengetahuan-pengetahuan yang dimiliki seseorang.

## (2) Komponen Pokok Sikap

(a) Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek

(b) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.

(c) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting (Notoatmodjo, 2014). Dalam hal ini misalnya seorang ibu hamil telah mendengar tentang *stunting* (penyebab, akibatnya, pencegahannya, dan sebagainya). Pengetahuan ini akan membawa remaja putri untuk berpikir dan supaya anak yang akan dilahirkannya kelak tidak mengalami *stunting*. Dalam

berpikir hal ini, komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga remaja putri berniat untuk memberikan gizi yang cukup pada kelak anak yang dilahirkannya kelak tidak mengalami *stunting*, sehingga ibu tersebut memiliki sikap tertentu terhadap objek tentang penyebab *stunting*.

### (3) Tingkatan Sikap

Notoatmodjo (2014) menyatakan ada empat tingkatan sikap, yakni sebagai berikut :

#### (a) Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap seseorang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang tersebut terhadap ceramah-ceramah tentang gizi.

#### (b) Merespons (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan tersebut benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

(c) Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi tingkat tiga. Misalnya seorang ibu yang mengajak ibu lain (tetangga, saudara, dan sebagainya) untuk pergi menimbangkan anaknya ke Posyandu untuk mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti bahwa ibu tersebut telah memiliki sikap positif terhadap gizi anak.

(d) Bertanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. Misalkan seorang ibu mengkonsumsi udang saat hamil, meskipun mendapat tentangan dan larangan dari mertua atau orang tuanya karena mereka takut cucunya yang lahir akan sunsgang.

3) Praktik atau Tindakan (*Practice*)

Mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan (Waryana, 2016). Faktor tersebut antara lain fasilitas dan faktor dukungan (*support*). Dalam praktiknya mempunyai beberapa tingkatan, antara lain (Waryana, 2016):

1) Persepsi

Persepsi diartikan sebagai mengenal dan memilih berbagai objek yang berhubungan dengan tindakan yang akan di ambil. Praktik persepsi ini adalah praktik tingkat pertama.

2) Respon terpimpin

Indikator praktik tingkat kedua yakni respon terpimpin. Respon terpimpin dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai contoh

3) Mekanisme

Penjelasan indikator tingkat ketiga, apabila seseorang telah dapat melaksanakan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan.

6. Program Remaja Sehat Tunggulwulung

a. Pengertian

Program Remaja Sehat Tunggulwulung merupakan program bentukan bergerak dibidang promotif dan preventif yang dijalankan oleh masyarakat atas kesadaranya. Program ini berkonsep memberdayakan kader-kader karang taruna didaerah Tunggulwulung dengan fokus isu kesehatan stunting pada remaja putri sebagai upaya pencegahannya. Program ini nantinya akan berbasis UKBM/UKM Penguatan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) menjadi kunci keberhasilan untuk dapat mencapai kinerja Upaya Kesehatan

Masyarakat (UKM), sekaligus merevitalisasi fungsi kesehatan masyarakat dari puskesmas (Kemenkes RI, 2022)

b. Pengguna Pelayanan Program Remaja Sehat (PKPR)

Adapun fokus sasaran layanan puskesmas PKPR adalah berbagai kelompok remaja, antara lain:

- 1) Remaja di sekolah: sekolah umum, madrasah, pesantren, sekolah luar biasa
- 2) Remaja di luar sekolah: karang taruna, saka bakti husada, palang merah remaja, panti yatim piatu/rehabilitasi, kelompok belajar mengajar, organisasi remaja, rumah singgah, kelompok keagamaan
- 3) Remaja putri sebagai calon ibu dan remaja hamil tanpa mempermasalahkan status pernikahan

c. Tujuan

Tujuan dari program remaja sehat tunggulwulung antara lain:

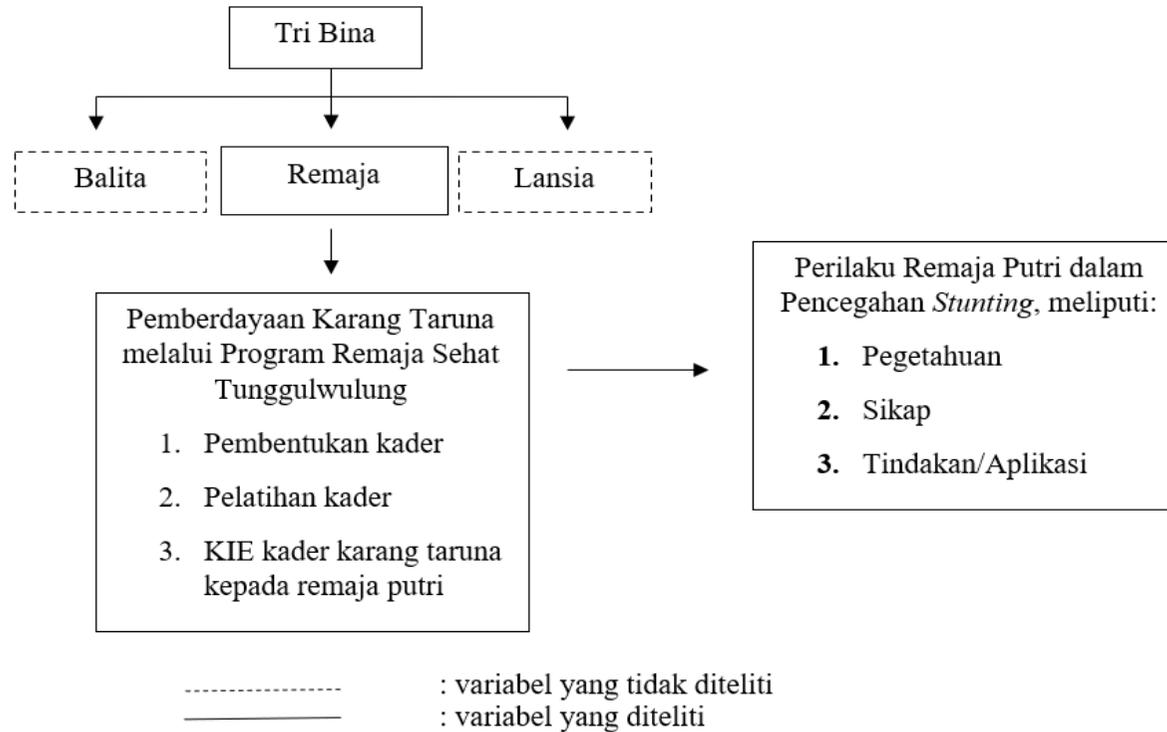
- 1) Meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan remaja yang berkualitas
- 2) Meningkatkan pemanfaatan program oleh remaja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
- 3) Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja dalam pencegahan masalah kesehatan
- 4) Meningkatkan keterlibatan remaja dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kesehatan remaja

d. Pelaksanaan Program

Pelaksanaan Program Remaja Sehat Tunggulwulung dilaksanakan sebagai berikut:

- 1) Pembentukan program dengan isi kader Karang Taruna Kelurahan Tunggulwulung
- 2) Pemilihan dan pelatihan kader yang akan melaksanakan program remaja sehat tunggulwulung yang dipandu oleh fasilitator yakni peneliti
- 3) Edukasi kesehatan yang dilakukan oleh kader kepada remaja putri mengenai pencegahan *stunting*.
- 4) Rencana tindak lanjut dengan menggunakan metode *focus group discussion* sebagai upaya program kesehatan lainnya yang perlu dijalankan
- 5) *Memoradum of Understanding* Kelurahan Tunggulwulung dengan Puskesmas Mojolangu tentang keberlanjutan kegiatan program remaja sehat tunggulwulung.

## B. Kerangka Konsep



Gambar 23 Kerangka Konsep Penelitian Pemberdayaan Karang Taruna Dalam Pencegahan Stunting Terhadap Perilaku Remaja Putri Melalui Program Remaja Sehat Tunggalwulung.

### C. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep diatas maka hipotesis tindakan yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

H<sub>0</sub> : Pemberdayaan karang taruna, tidak mempengaruhi perilaku remaja putri dalam upaya pencegahan *stunting*.

H<sub>1</sub> : Pemberdayaan karang taruna, mempengaruhi perilaku remaja putri dalam upaya pencegahan *stunting*.