

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah proses belajar yang terjadi dalam proses pertumbuhan dan perkembangan atau perubahan kearah yang lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok, dan masyarakat (Notoatmodjo, 2018). Dimensi proses belajar tersebut berlangsung pada tingkat promosi kesehatan, perlindungan khusus, diagnosa dini dan pengobatan segera, pembatasan cacat, dan rehabilitasi. Pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan perilaku yang terus menerus berubah, dimana perubahan tersebut bukan seperangkat prosedur, tetapi perubahan terjadi karena adanya kesadaran dari dalam individu, kelompok, atau masyarakat. Selanjutnya, Nurmala menyatakan bahwa pendidikan kesehatan merupakan suatu proses pembelajaran yang terencana dan bersifat dinamis (Nurmala, 2020).

Tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku dari yang merugikan kesehatan atau tidak sesuai dengan norma kesehatan kearah tingkah laku yang menguntungkan kesehatan atau norma yang sesuai dengan kesehatan. Menurut Notoadmodjo, tujuan pendidikan kesehatan, yaitu: (Notoatmodjo, 2018).

- a. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat;
- b. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat; dan
- c. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan Kesehatan yang ada.

Menurut Widiyastuti, dkk, ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari tiga dimensi, yaitu: (Widiyastuti *et al.*, 2022).

- a. Dimensi Sasaran Pendidikan Kesehatan
 - 1) Pendidikan kesehatan individu dengan sasaran individu;
 - 2) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok masyarakat tertentu; dan
 - 3) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.
- b. Dimensi Tempat Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan
 - 1) Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasaran murid atau siswa, yang pelaksanaannya diintegrasikan dalam Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Implementasi yang lain dapat dilakukan pula melalui kegiatan Palang Merah Remaja (PMR), bahkan dalam kurikulum juga dimasukkan dalam mata pelajaran tertentu misalnya saja mata pelajaran pendidikan jasmani olahraga dan kesehatan;
 - 2) Pendidikan kesehatan di pusat kesehatan masyarakat, balai kesehatan, rumah sakit dengan sasaran pasien dan keluarga pasien.

- 3) Pendidikan kesehatan ditempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan.
- c. Dimensi Tingkat Pelayanan Pendidikan Kesehatan
- 1) Promosi kesehatan (*health promotion*) yaitu peningkatan derajat atau status kesehatan masyarakat yang dilakukan melalui pendidikan, penyuluhan ataupun pelatihan kesehatan;
 - 2) Perlindungan umum dan khusus (*general and specific protection*) yaitu usaha untuk melindungi masyarakat untuk memberikan perlindungan ataupun pencegahan terhadap terjangkitnya suatu penyakit contohnya dengan program imunisasi;
 - 3) Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*) yaitu suatu usaha awal untuk mendeteksi suatu penyakit akibat rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit;
 - 4) Pembatasan kecacatan (*disability limitation*) yaitu suatu usaha mencegah terjadinya kecacatan akibat pengobatan yang kurang tuntas akibat ketidak tahuan masyarakat atau menganggap bahwa penyakitnya sudah sembuh; dan
 - 5) Rehabitasi (*rehabitation*) yaitu suatu usaha untuk memulihkan akibat sakit atau cedera yang terkadang orang enggan atau malu untuk melakukannya.

2. Media Audiovisual

Promosi kesehatan hakikatnya memerlukan media sebagai alat bantu dengar atau alat bantu lihat. Alat-alat tersebut disebut sebagai media promosi kesehatan adalah karena alat-alat tersebut merupakan saluran (*channel*) untuk menyampaikan informasi kesehatan dan alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien (Hutagaol, 2021).

Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia juga memandang bahwa sebagai salah satu upaya dalam mempromosikan kesehatan adalah dengan melakukan promosi melalui berbagai media, baik media cetak, media elektronik, maupun media luar ruang. Dalam hal ini media diposisikan sebagai saran untuk membuat suasana yang kondusif terhadap perubahan perilaku yang positif terhadap kesehatan. Adapun jenis media promosi kesehatan yang telah selama ini telah dikembangkan antara lain berbentuk media cetak, seperti: leaflet, brosur, poster, kalender, dan lain-lain. Kemudian juga berbentuk media elektronik, seperti melalui siaran radio dan televisi, pembuatan kaset dan VCD, serta juga melalui internet. Pesan-pesan kesehatan yang disebarluaskan melalui media, beberapa diantaranya cukup berhasil dalam membina suasana serta mengajak masyarakat untuk berbuat sesuatu. Namun, beberapa diantaranya juga ada yang kurang mendapat sambutan masyarakat. akan tetapi, secara umum penggunaan media dapat dikatakan

amat menunjang dalam program-program promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2018).

Media merupakan sarana untuk menyampaikan pesan kepada sasaran sehingga mudah dimengerti oleh sasaran/pihak yang dituju. Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronik dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatannya (Purwaningsih *et al.*, 2023).

Semakin banyak pancaindra yang digunakan, semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh. Hal ini menunjukkan bahwa keberadaan alat peraga dimaksudkan mengerahkan indera sebanyak mungkin pada suatu objek sehingga memudahkan pemahaman. Menurut penelitian para ahli, pancaindra yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke otak adalah mata (kurang lebih 75% sampai 87%), sedangkan 13% sampai 25% pengetahuan manusia diperoleh atau disalurkan melalui indera lainnya (Febrianti, Mardhatillah and Ramlan, 2022).

Media sebagai alat bantu untuk menyampaikan pesan yang akan disampaikan dalam pendidikan kesehatan harus dipertimbangkan dengan baik dan benar. Pemilihan media sebagai alat bantu pendidikan kesehatan akan ikut berdampak terhadap keberhasilan pendidikan kesehatan.

Beberapa penyebab orang memilih media antara lain adalah bermaksud mendemonstrasikannya, merasa sudah akrab dengan media tersebut, ingin memberi gambaran atau penjelasan yang lebih konkret, serta merasa bahwa media dapat berbuat lebih dari yang biasa dilakukan (Febrianti, Mardhatillah and Ramlan, 2022).

Dalam penelitian ini media promosi kesehatan yang akan digunakan adalah media audiovisual.

a. Pengertian Audiovisual

Media audiovisual merupakan kombinasi audio dan visual atau bisa disebut media pandang dengar. Audiovisual akan menjadi penyajian bahan ajar kepada pasien semakin lengkap dan optimal. Selain itu, media ini dalam batas- batas tertentu dapat juga menggantikan peran dan tugas penyuluh kesehatan. Sebab, penyajian materi bisa diganti oleh media, dan penyuluh kesehatan bisa beralih menjadi fasilitator, yaitu memberikan kemudahan bagi para *audience* untuk belajar. Contoh media audiovisual diantaranya program video atau televisi, video atau televisi instruksional, dan program slide suara (*soundslide*) (Hutagaol, 2021).

Media audiovisual pada hakikatnya adalah suatu representasi (penyajian) realitas, terutama melalui pengindraan, penglihatan dan pendengaran yang bertujuan untuk mempertunjukkan pengalaman pengalaman yang nyata kepada *audience*. Cara ini dianggap lebih tepat, cepat, dan mudah dibandingkan dengan melalui pembicaraan,

pemikiran, dan cerita mengenai pengalaman pendidikan (Hutagaol, 2021).

b. Macam-Macam Media Audiovisual

Macam-macam media video audiovisual terdiri atas audiovisual diam, yaitu media yang menampilkan suara dan gambar diam seperti film bingkai suara (*sound slides*), film rangkai suara dan audiovisual gerak yaitu media yang menampilkan unsur suara dan gambar yang bergerak seperti film suara dan video *cassette*. Dilihat dari segi keadaannya, media audiovisual dibagi menjadi audiovisual murni yaitu unsur suara maupun unsur gambar berasal dari suatu sumber seperti film audio *cassette*. Sedangkan audiovisual tidak murni yaitu unsur suara dan gambarnya berasal dari sumber yang berbeda, misalnya film bingkai suara yang unsur gambarnya bersumber dari slide proyektor dan unsur suaranya bersumber dari *tape recorder* (Hutagaol, 2021).

Jenis media audiovisual yang banyak digunakan dalam melakukan promosi kesehatan antara lain:

- 1) Televisi, penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui media televisi dapat tersaji dalam bentuk: sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), TV *Spot*, kuis atau cerdas cermat, dan sebagainya.
- 2) Video, penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan dapat dilakukan melalui rekaman video.

- 3) Slide, slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi-informasi kesehatan.
- 4) Film Strip, film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

c. Kelemahan Media Audiovisual

Audio visual sebagai media promosi kesehatan memiliki beberapa kelemahan, antara lain: (Hutagaol, 2021).

- 1) Perhatian penonton sulit dikuasai, partisipasi mereka jarang dipraktekkan;
- 2) Sifat komunikasinya yang bersifat satu arah haruslah diimbangi dengan pencarian bentuk umpan balik yang lain;
- 3) Kurang mampu menampilkan detail dari objek yang disajikan secara sempurna;
- 4) Memerlukan peralatan yang mahal dan kompleks;
- 5) Listrik dan peralatan mahal;
- 6) Ada masalah kesesuaian jenis video dan peralatan yang berbeda-beda;
- 7) Aturan perekaman program TV video tidak selalu jelas dan dapat sangat terbatas; dan
- 8) Layar yang kecil membatasi jumlah audien.

d. Kelebihan Media Audiovisual

Kelebihan media promosi kesehatan menggunakan audiovisual adalah sebagai berikut: (Hutagaol, 2021).

- 1) Dapat menarik perhatian untuk periode-periode yang singkat dari rangsangan luar lainnya, dapat memacu diskusi mengenai sikap dan perilaku;
- 2) Memberikan informasi, mengangkat masalah, memperlihatkan keterampilan;
- 3) Dengan alat perekam pita video sejumlah besar penonton dapat memperoleh informasi dari ahli-ahli/spesialis;
- 4) Cocok untuk sasaran dalam jumlah sedang dan kecil;
- 5) Dapat untuk belajar mandiri dan memungkinkan penyesuaian klien;
- 6) Demonstrasi yang sulit bisa dipersiapkan dan direkam sebelumnya, sehingga pada penyuluhan bisa memusatkan perhatian pada penyajiannya;
- 7) Kontrol sepenuhnya ditangan pemberi materi didalam video, menghemat waktu dan rekaman dapat diputar berulang-ulang; dan
- 8) Keras lemah suara yang ada bisa diatur dan disesuaikan bila akan disisipi komentar yang akan didengar.

3. Pengetahuan

a. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan berasal dari kata “tahu”, dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia kata tahu memiliki arti antara lain mengerti sesudah melihat (menyaksikan, mengalami, dan sebagainya), mengenal dan

mengerti. Aditia, dkk mendefinisikan pengetahuan sebagai segala sesuatu yang diketahui berdasarkan pengalaman manusia itu sendiri dan pengetahuan akan bertambah sesuai dengan proses pengalaman yang dialaminya (Aditia *et al.*, 2023). Menurut Bloom, pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Dari pengalaman penelitian tertulis bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan adalah hasil kegiatan ingin tahu manusia tentang apa saja melalui cara-cara dan dengan alat-alat tertentu. Pengetahuan ini bermacam-macam jenis dan sifatnya, ada yang langsung dan ada yang tak langsung, ada yang bersifat tidak tetap (berubah-ubah), subyektif, dan khusus, dan ada pula yang bersifat tetap, obyektif dan umum. Jenis dan sifat pengetahuan ini pengetahuan ini tergantung kepada sumbernya dan dengan cara dan alat apa pengetahuan itu diperoleh, serta ada pengetahuan yang benar dan ada pengetahuan yang salah. Tentu saja yang

dikehendaki adalah pengetahuan yang benar (Suwanti and Aprilin, 2017).

Setianingsih & Suningsih mengemukakan empat macam pengetahuan, yaitu pengetahuan faktual, pengetahuan konseptual, pengetahuan prosedural, dan pengetahuan metakognitif (Setianingsih and Suningsih, 2018). Jenis-jenis pengetahuan ini sesungguhnya menunjukkan penjenjangan dari yang sifatnya konkret (faktual) hingga yang abstrak (metakognitif).

1) Pengetahuan Faktual (*Factual knowledge*)

Pengetahuan yang berupa potongan-potongan informasi yang terpisah-pisah atau unsur dasar yang ada dalam suatu disiplin ilmu tertentu. Pengetahuan faktual pada umumnya merupakan abstraksi tingkat rendah. Ada dua macam pengetahuan faktual yaitu pengetahuan tentang terminologi (*knowledge of terminology*) mencakup pengetahuan tentang label atau simbol tertentu baik yang bersifat verbal maupun nonverbal dan pengetahuan tentang bagian detail dan unsur-unsur (*knowledge of specific details and element*) mencakup pengetahuan tentang kejadian, orang, waktu dan informasi lain yang sifatnya sangat spesifik.

2) Pengetahuan Konseptual

Pengetahuan yang menunjukkan saling keterkaitan antara unsur unsur dasar dalam struktur yang lebih besar dan semuanya

berfungsi bersama-sama. Pengetahuan konseptual mencakup skema, model pemikiran, dan teori baik yang implisit maupun eksplisit. Ada tiga macam pengetahuan konseptual, yaitu pengetahuan tentang klasifikasi dan kategori, pengetahuan tentang prinsip dan generalisasi, dan pengetahuan tentang teori, model, dan struktur.

3) Pengetahuan Prosedural

Pengetahuan tentang bagaimana mengerjakan sesuatu, baik yang bersifat rutin maupun yang baru. Seringkali pengetahuan procedural berisi langkah-langkah atau tahapan yang harus diikuti dalam mengerjakan suatu hal tertentu.

4) Pengetahuan Metakognitif

Mencakup pengetahuan tentang kognisi secara umum dan pengetahuan tentang diri sendiri. Penelitian-penelitian tentang metakognitif menunjukkan bahwa seiring dengan perkembangannya audiens menjadi semakin sadar akan pikirannya dan semakin banyak tahu tentang kognisi, dan apabila audiens bisa mencapai hal ini maka mereka akan lebih baik lagi dalam belajar.

b. Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Rahmawati, Nurmawati, & Sari menjelaskan bahwa ada 2 faktor yang mempengaruhi pengetahuan, antara lain: (Rahmawati, Nurmawati and Sari, 2019b).

1) Faktor Internal

a) Pendidikan

Pendidikan adalah segala usaha yang memajukan timbulnya budi pekerti (kekuatan batin, karakter) yang dilakukan untuk menyiapkan peserta didik agar mampu mengembangkan potensi yang dimiliki secara menyeluruh dalam memasuki kehidupan dimasa yang akan datang (Nugraha, 2019).

b) Minat

Minat merupakan suatu kecenderungan atau keinginan dalam diri seseorang terhadap suatu objek. Minat memungkinkan seseorang untuk berperilaku sesuai dengan yang diharapkannya.

c) Pengalaman

Pengalaman merupakan suatu peristiwa atau kejadian yang pernah dialami seseorang. Sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman tersebut dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan, pengalaman akan lebih mendalam dan lama membekas. Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang

dikembangkan akan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional, serta dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

d) Usia

Usia merupakan suatu ukuran dalam mengukur waktu keberadaan seseorang yang dimulai saat seseorang dilahirkan. Semakin tinggi usia seseorang, cenderung lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dalam masyarakat, seseorang yang lebih tinggi usianya cenderung lebih dipercaya.

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik, pada usia madya individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial, serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua. Selain itu, orang usia madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini.

2) Faktor eksternal antara lain:

a) Ekonomi

Dalam memenuhi kebutuhan hidup, keluarga dengan status ekonomi baik lebih mudah tercukupi dibanding dengan keluarga dengan status ekonomi rendah. Ini akan mempengaruhi kebutuhan informasi untuk keluarga yang berstatus ekonomi tinggi untuk mencari kebutuhan kebutuhannya. Faktor ekonomi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang berbagai hal.

b) Informasi

Informasi adalah pesan yang dapat diartikan sebagai pemberitahuan seseorang adanya informasi baru mengenai suatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut.

c) Kebudayaan/Lingkungan

Kebudayaan berkaitan dengan budi dan akal manusia. Kebudayaan mempunyai pengaruh besar terhadap pengetahuan kita dan berpengaruh dalam membentuk sikap seseorang.

c. Tahapan Pengetahuan

Tahapan pengetahuan menurut Notoadmodjo, ada enam tahapan yaitu sebagai berikut: (Notoatmodjo, 2018).

1) Tahu (*know*)

Berisikan kemampuan untuk mengenal dan mengingat peristilahan, definisi, fakta-fakta, gagasan, pola, urutan, metodologi, prinsip dasar, dan sebagainya. Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Contoh: seorang remaja yang bisa menyebutkan tanda tanda puber melalui perubahan secara fisik. Seorang ibu yang bisa menyebutkan jenis-jenis alat kontrasepsi.

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. Contoh: seorang remaja yang bisa menjelaskan mengapa terjadi perubahan secara

fisik pada remaja saat pubertas. Seorang ibu yang bisa menjelaskan jenis-jenis alat kontrasepsi dan kegunaannya masing-masing

3) Aplikasi (*application*)

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat 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.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur orang lain maupun 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*)

Sintetis adalah suatu kemampuan untuk menghubungkan bagian bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk Menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan untuk melakukan 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, dapat menanggapi terjadinya diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab-sebab mengapa ibu-ibu tidak mau ikut KB dan sebagainya.

d. Cara Pengukuran Pengetahuan

Pakpahan, dkk menyebutkan bahwa pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden (Pakpahan *et al.*, 2021). Angket atau kuesioner yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah angket mengenai karakteristik

responden (jenis kelamin, usia, pendidikan, dan pekerjaan) dan kuesioner pengetahuan tentang *stunting*.

Menurut Notoatmodjo (2018) digunakan perhitungan sebagai berikut: (Notoatmodjo, 2018).

- 1) Baik : Bila nilai responden yang diperoleh 76-100%.
- 2) Cukup : Bila nilai responden yang diperoleh 56-75%.
- 3) Kurang : Bila nilai responden yang diperoleh < 56%.

4. Sikap

a. Definisi sikap

Sikap adalah predisposisi yang stabil untuk bertindak atau bereaksi secara positif atau negatif terhadap objek, orang, atau situasi tertentu (WHO, 2020). Sikap terdiri dari tiga komponen utama:

- 1) Kognitif: Keyakinan atau pikiran yang dimiliki seseorang tentang objek atau situasi.
- 2) Afektif: Emosi atau perasaan yang dialami terhadap objek tersebut.
- 3) Perilaku: Tindakan atau respon yang ditunjukkan berdasarkan sikap tersebut.

b. Model ABC dari Sikap

- 1) A (*Affective*) yaitu komponen afektif mencakup perasaan atau emosi yang muncul. Misalnya, seorang bidan mungkin merasa senang saat membantu ibu melahirkan.

- 2) B (*Behavioral*) yaitu komponen perilaku menunjukkan bagaimana sikap mempengaruhi tindakan. Contohnya, sikap positif terhadap metode persalinan alami mungkin mendorong bidan untuk mendukung proses tersebut.
- 3) C (*Cognitive*) yaitu komponen kognitif melibatkan keyakinan dan pemikiran. Misalnya, keyakinan bahwa perawatan antenatal yang baik dapat meningkatkan kesehatan ibu dan bayi.

c. Sumber Sikap

Sikap dapat dibentuk oleh berbagai faktor, antara lain:

- 1) Pengalaman pribadi pengalaman langsung, baik positif maupun negatif, dapat memengaruhi sikap seseorang. Misalnya, seorang bidan yang pernah menyaksikan komplikasi saat persalinan mungkin memiliki sikap lebih waspada terhadap prosedur tertentu.
- 2) Pengaruh lingkungan sosial, termasuk keluarga, teman, dan rekan kerja, dapat membentuk sikap. Misalnya, dukungan dari rekan-rekan bidan dapat memperkuat sikap positif terhadap praktik berbasis bukti.
- 3) Pendidikan dan pengetahuan pendidikan formal dan informal memainkan peran penting dalam membentuk sikap. Pemahaman mendalam tentang ilmu kebidanan dapat meningkatkan sikap positif terhadap intervensi medis yang diperlukan.

- 4) Media dan budaya media massa dan norma budaya juga dapat mempengaruhi sikap. Misalnya, representasi positif dalam media tentang peran bidan dalam proses persalinan dapat meningkatkan citra dan sikap masyarakat terhadap profesi ini.
 - 5) Refleksi diri, proses refleksi diri dan evaluasi terhadap pengalaman kerja juga dapat membantu bidan mengembangkan sikap yang lebih baik. Melalui refleksi, bidan dapat mengidentifikasi sikap yang perlu diperbaiki atau dipertahankan (Hartati, Zuhroh and Auparai, 2024).
- d. Relevansi dalam Kebidanan

Pemahaman tentang sikap sangat penting dalam praktik kebidanan. Sikap positif dapat meningkatkan hubungan dengan pasien, memperbaiki pengalaman pasien selama perawatan, dan mendukung hasil kesehatan yang lebih baik. Sebaliknya, sikap negatif dapat menghambat komunikasi dan mengurangi kepercayaan pasien. Dengan memahami dan mengevaluasi sikap, bidan dapat meningkatkan praktik mereka, beradaptasi dengan kebutuhan pasien, dan memberikan perawatan yang lebih empatik dan efektif.

- e. Sikap Ibu terhadap *Stunting*

Sikap ibu terhadap *stunting* mencakup keyakinan, perasaan, dan perilaku yang dimiliki ibu dalam menghadapi dan mencegah *stunting* pada anak. Sikap ini sangat penting karena ibu sering menjadi pengambil keputusan utama dalam hal asupan gizi dan perawatan

anak. Beberapa faktor yang memengaruhi sikap ibu terhadap *stunting* meliputi:

- 1) Pengetahuan tentang gizi, ibu yang memiliki pengetahuan yang baik tentang pentingnya gizi seimbang untuk pertumbuhan anak cenderung memiliki sikap positif terhadap pencegahan *stunting*. Pengetahuan ini dapat diperoleh melalui pendidikan formal, penyuluhan, atau sumber media lainnya.
- 2) Pengalaman pribadi, ibu yang pernah mengalami atau menyaksikan masalah *stunting* pada anak-anak di lingkungan sekitarnya mungkin lebih sadar dan memiliki sikap yang lebih proaktif dalam mencegah *stunting*.
- 3) Sosial ekonomi, tingkat pendapatan dan pendidikan keluarga dapat memengaruhi akses ibu terhadap sumber gizi yang baik. Ibu dari keluarga dengan status sosial ekonomi yang lebih tinggi cenderung memiliki sikap lebih positif karena mereka lebih mampu menyediakan makanan bergizi.
- 4) Budaya dan norma sosial, budaya setempat dapat memengaruhi pandangan ibu tentang pemberian makanan, praktik menyusui, dan perawatan anak. Dibeberapa budaya, ada kepercayaan yang dapat memengaruhi keputusan gizi ibu.
- 5) Dukungan sosial, diantaranya dukungan dari suami, keluarga, dan masyarakat juga berperan dalam membentuk sikap ibu. Ibu yang mendapatkan dukungan emosional dan praktis dari lingkungan

sekitarnya cenderung lebih percaya diri dalam merawat anak dan mencegah *stunting*.

f. Implikasi Sikap Ibu terhadap *Stunting*

Sikap ibu yang positif terhadap pencegahan *stunting* dapat mengarah pada tindakan nyata, seperti:

- 1) Memberikan makanan bergizi yang tepat untuk anak.
- 2) Melakukan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan.
- 3) Mengikuti program imunisasi dan pemeriksaan kesehatan secara rutin.
- 4) Berpartisipasi dalam program pendidikan gizi yang ditawarkan oleh puskesmas atau lembaga kesehatan lainnya.

Sebaliknya, sikap negatif atau ketidakpahaman tentang pentingnya gizi dapat menyebabkan pengabaian terhadap aspek-aspek penting dalam perawatan anak, sehingga meningkatkan risiko *stunting*.

5. *Stunting*

a. Definisi *Stunting*

Stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO. *Stunting* disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai

dengan kebutuhan gizi. *Stunting* dapat terjadi mulai janin masih dalam kandungan dan baru nampak saat anak berusia dua tahun (Kemenkes RI, 2022a).

Stunting yang telah terjadi bila tidak diimbangi dengan *catch-up growth* (tumbuh kejar) mengakibatkan menurunnya pertumbuhan, masalah *stunting* merupakan masalah kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan meningkatnya risiko kesakitan, kematian dan hambatan pada pertumbuhan baik motorik maupun mental. *Stunting* dibentuk oleh *growth faltering* dan *catch up growth* yang tidak memadai yang mencerminkan ketidakmampuan untuk mencapai pertumbuhan optimal, hal tersebut mengungkapkan bahwa kelompok balita yang lahir dengan berat badan normal dapat mengalami *stunting* bila pemenuhan kebutuhan selanjutnya tidak terpenuhi dengan baik (Rahmadhita, 2020).

Stunting selalu diawali oleh perlambatan penambahan berat badan (*weight faltering*) yang dapat terjadi sejak in utero dan berlanjut setelah lahir. Penelitian menunjukkan bahwa bayi-bayi yang dilahirkan lebih pendek akan terus mengalami *length faltering* selama masa bayi (*infancy*). Faktor prediktor paling kuat untuk terjadinya *stunting* di usia 12 bulan pada penelitian tersebut adalah perlambatan pertumbuhan yang terjadi dalam tiga bulan pertama kehidupan. Jika rerata BB/U pada penimbangan selama 3 bulan pertama sejak lahir

berada kurang dari <-1 SD maka risiko untuk mengalami *stunting* di usia 12 bulan adalah 14 kali lipat (Kemenkes RI, 2022b).

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak menjadi terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi dapat terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah anak lahir, tetapi baru nampak setelah anak berusia 2 tahun, di mana keadaan gizi ibu dan anak merupakan faktor penting dari pertumbuhan anak. Periode 0-24 bulan usia anak merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan sehingga disebut dengan periode emas. Periode ini merupakan periode yang sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi masa ini bersifat permanen, tidak dapat dikoreksi. Diperlukan pemenuhan gizi adekuat usia ini. Mengingat dampak yang ditimbulkan masalah gizi ini dalam jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Jangka panjang akibat dapat menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, dan menurunnya kekebalan tubuh (Rahayu, 2018).

Pertumbuhan dapat dilihat dengan beberapa indikator status gizi. Secara umum terdapat 3 indikator yang bisa digunakan untuk mengukur pertumbuhan bayi dan anak, yaitu indikator berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat

badan menurut tinggi badan (BB/TB). *Stunting* merupakan salah satu masalah gizi yang diakibatkan oleh kekurangan zat gizi secara kronis. Hal ini ditunjukkan dengan indikator TB/U dengan nilai skor-Z (*Zscore*) di bawah minus 2 (Rahayu, 2018).

b. Pengukuran Status *Stunting* dengan Antropometri PB/U atau TB/U

Panjang badan menurut umur atau umur merupakan pengukuran antropometri untuk status *stunting*. Panjang badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, panjang badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pertumbuhan panjang badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap panjang badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Pengukuran tinggi badan harus disertai pencatatan usia (TB/U). Tinggi badan diukur dengan menggunakan alat ukur tinggi stadiometer *holtain/mikrotoice* (bagi yang bisa berdiri) atau *baby length board* (bagi balita yang belum bisa berdiri). Stadiometer *holtain/mikrotoice* terpasang di dinding dengan petunjuk kepala yang dapat digerakkan dalam posisi horizontal. Alat tersebut juga memiliki jarum petunjuk tinggi dan ada papan tempat kaki. Alat tersebut cukup mahal, sehingga dapat diganti dengan meter stick yang digantung di dinding dengan petunjuk kepala yang dapat digerakkan secara horizontal. Stick pada petunjuk kepala disertai dengan skala dalam cm (Rahayu, 2018).

c. Klasifikasi *Stunting*

Stunting didefinisikan sebagai kondisi balita, dimana tinggi badan menurut umur berada di bawah minus 2 *Standar Deviasi* (<-2SD) dari standar median WHO. Penilaian status gizi balita yang paling sering dilakukan adalah dengan cara penilaian *antropometri*. Secara umum *antropometri* berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. *Antropometri* digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) yang dinyatakan dengan standar deviasi unit Z (*Z-score*) dimana hasil pengukuran antropometri menunjukkan *Z-score* kurang dari -2SD sampai dengan -3SD (*pendek/stunted*) dan kurang dari -3SD (*sangat pendek/stunted*) (Kemenkes RI, 2018).

Stunting dapat diketahui bila seorang balita sudah ditimbang berat badannya dan diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar, dan hasilnya berada dibawah normal. Jadi secara fisik balita akan lebih pendek dibandingkan balita seumurnya. Penghitungan ini menggunakan standar *Z score* dari WHO. Normal, pendek dan Sangat Pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau

Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek).

Menurut Kemenkes RI, klasifikasi status gizi akan dijelaskan pada tabel berikut: (Kemenkes RI, 2018).

Tabel 1. Klasifikasi Status Gizi

INDEKS	STATUS GIZI	Z Score
Berat badan menurut umur (BB/U)	Gizi buruk	≤ 3 SD
	Gizi kurang	≥ -2 SD dengan ≤ 2 SD
	Gizi baik	≥ -1 SD dengan ≤ 1 SD
	Gizi lebih	≥ 2 SD
Tinggi badan menurut umur (TB/U)	Sangat pendek	≤ -3 SD
	Pendek	-3 SD dengan ≤ -2 SD
	Normal	-2 SD
Berat badan menurut tinggi badan (BB/TB)	Sangat kurus	≤ -3 SD
	Kurus	≥ -3 SD dengan ≤ -2 SD
	Normal	≥ -2 SD dengan ≤ 2 SD
	Gemuk	≥ 2 SD
Indeks masa tubuh menurut umur (IMT/U)	Sangat kurus	≤ -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai ≤ -2 SD
	Normal	-2 SD sampai 2 SD
	Gemuk	≥ 2 SD

Sumber: (Kemenkes RI, 2018)

d. Faktor yang Mempengaruhi *Stunting*

Menurut UNICEF dalam Kemenkes RI beberapa faktor yang dapat mempengaruhi *stunting*, diantaranya: (Kemenkes RI, 2018).

1) Asupan Makan Kurang

Zat gizi sangat penting bagi pertumbuhan. Pertumbuhan adalah peningkatan ukuran dan massa konstituen tubuh yang merupakan salah satu hasil dari proses metabolisme. Asupan zat gizi yang menjadi faktor risiko terjadinya *stunting* dapat

dikategorikan menjadi 2 yaitu asupan zat gizi makro atau makronutrien dan asupan zat gizi mikro atau mikronutrien. Berdasarkan beberapa penelitian, asupan zat gizi makro yang paling mempengaruhi terjadinya *stunting* adalah asupan protein, sedangkan asupan zat gizi mikro yang paling mempengaruhi kejadian *stunting* adalah asupan Vitamin A dan seng (Ari tonang, Margawati and Dieny, 2020).

2) Penyakit Infeksi

Manifestasi malnutrisi ini disebabkan oleh perbedaan antara jumlah zat gizi yang diserap dari makanan dan jumlah zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh (Dewi, Qomar and Sumarni, 2024). infeksi klinis dan subklinis yang termasuk ke dalam framework WHO antara lain penyakit diare, kecacingan, infeksi saluran pernafasan, dan malaria. Dari beberapa penyakit tersebut berdasarkan literatur yang ditemukan, infeksi yang utama terkait penyebab kejadian *stunting* adalah infeksi saluran pernafasan dan penyakit diare (Beal *et al.*, 2018).

3) Ketahanan Pangan

Masalah ketahanan pangan merupakan penyebab tidak langsung yang mempengaruhi status gizi, dimana ketahanan pangan keluarga akan menentukan kecukupan konsumsi setiap anggota keluarga. Dalam jangka Panjang masalah kerawanan pangan dapat menjadi penyebab meningkatnya prevalensi

stunting, kondisi tersebut mempengaruhi asupan gizi pada balita sehingga mengakibatkan terjadinya kegagalan selama proses tumbuh kembang yang diawali pada masa kehamilan (Kemenkes RI, 2018). Definisi ketahanan pangan merujuk pada tersedianya pangan yang cukup, baik jumlah maupun mutunya, aman, beragam, bergizi, merata, dan terjangkau serta tidak bertentangan dengan agama, keyakinan, dan budaya masyarakat, untuk dapat hidup sehat, aktif, dan produktif secara berkelanjutan (Kemenkes RI, 2018). Ketahanan pangan (*food security*) pada suatu negara merupakan aspek penting dalam upaya pencegahan *stunting*, sehingga untuk meningkatkan ketahanan pangan diperlukan upaya untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, dan pemanfaatan pangan oleh masyarakat. Pada masalah gizi, ketahanan pangan dapat diketahui dari kemampuan rumah tangga untuk mengakses pangan dan keragaman konsumsi pangan rumah tangga. Sedangkan akses pangan untuk memenuhi kebutuhan gizi tersebut dipengaruhi oleh tingkat pendapatan. Hasil penelitian Aritonang, Margawati, & Dieny menunjukkan terdapat hubungan antara ketahanan pangan rumah tangga dengan kejadian *stunting* (Aritonang, Margawati and Dieny, 2020). Pada penelitian tersebut keluarga yang tergolong tidak tahan pangan disebabkan oleh ketersediaan pangan di tingkat keluarga yang kurang,

sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi keluarga meskipun akses untuk mendapatkan pangan cukup mudah.

4) Pola asuh orang tua

Pola asuh memiliki peran penting dalam kejadian *stunting* pada balita karena asupan makanan pada balita sepenuhnya diatur oleh ibunya. Ibu dengan pola asuh baik akan cenderung memiliki balita dengan status gizi yang lebih baik daripada ibu dengan pola asuh yang kurang baik. Pola asuh merupakan faktor yang berhubungan dengan status gizi anak termasuk *stunting* pola asuh memiliki peranan penting dalam pertumbuhan anak yang optimal. Kualitas dan kuantitas asupan gizi pada makanan anak perlu mendapat perhatian, hal ini diperlukan karena makanan yang diberikan ibu kepada anaknya sering rendah akan zat gizi yang dibutuhkan untuk menunjang pertumbuhan agar gizi anak terpenuhi.

Pola asuh termasuk di dalamnya adalah inisiasi menyusui dini (IMD), menyusui eksklusif sampai dengan 6 bulan, dan pemberian ASI dilanjutkan dengan makanan pendamping ASI (MP-ASI) sampai dengan usia 2 tahun (Kemenkes RI, 2018). Hal tersebut sesuai dengan penelitian Widyaningsih, Kusnandar, & Anantanyu yang menyatakan bahwa sebanyak 51,2% balita *stunting* memiliki pola asuh makan yang kurang (Widyaningsih, Kusnandar and Anantanyu, 2018). Pola asuh yang kurang pada

penelitian tersebut berkaitan dengan praktik pemberian makan pada balita, karena ibu balita memiliki kebiasaan menunda memberikan makan dan kurang memperhatikan kebutuhan gizi anaknya, sehingga asupan zat gizi balita tidak terpenuhi dan rawan menderita *stunting*.

5) Riwayat pemberian ASI eksklusif

ASI merupakan bentuk makanan yang ideal untuk memnuhi gizi anak, karena ASI sanggup memenuhi kebutuhan gizi bayi untuk hidup selama 6 bulan pertama kehidupan. ASI Eksklusif adalah memberikan hanya ASI saja bagi bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan. Selama 6 bulan pertama pemberian ASI Eksklusif bayi tidak diberikan makanan atau minuman lain (susu formula, jeruk, madu, air teh, makanan padat seperti pisang, papaya, bubur usu, bubur naasi, dan biscuit).

ASI memberikan banyak manfaat yaitu meningkatkan daya tahan tubuh bayi karena banyak mengandung zat anti kekebalan sehingga dapat melindungi dari berbagai serangan penyakit, melindungi dari serangan alergi, mengandung asam lemak yang diperlukan untuk pertumbuhan otak bayi, meningkatkan daya penglihatan dan kepandaian berbicara.

Durasi pemberian ASI eksklusif yang dianjurkan oleh WHO dimulai dari satu jam pertama setelah lahir sampai bayi berusia 6 bulan pertama kehidupan merupakan periode

pertumbuhan otak yang paling cepat hingga bayi berusia 2 tahun. Hasil penelitian Ariani menunjukkan bahwa balita dengan riwayat pemberian ASI tidak eksklusif berisiko 2,444 kali lebih besar untuk menjadi *stunting* dibandingkan dengan balita yang mendapatkan ASI eksklusif (Ariani, 2017).

6) Pemberian MP-ASI

Hasil penelitian Nurkomala, Nuryanto, & Panunggal menunjukkan frekuensi konsumsi MP-ASI pada kelompok *stunting* usia 9 – 24 bulan lebih rendah dibandingkan dengan kelompok tidak *stunting* dengan frekuensi konsumsi ≤ 2 kali/hari (Nurkomala, Nuryanto and Panunggal, 2018). Sedangkan frekuensi yang direkomendasikan WHO untuk kelompok usia 9-24 bulan adalah 3-4 kali/hari. Rendahnya frekuensi konsumsi MP-ASI tersebut pada kelompok *stunting* maupun tidak *stunting* dipengaruhi oleh kebiasaan anak yang sering mengonsumsi jajan atau snack (Nurkomala, Nuryanto and Panunggal, 2018).

7) Faktor Lingkungan

Sanitasi lingkungan memiliki peran yang cukup dominan terhadap kesehatan anak dan tumbuh kembangnya. Aspek kebersihan baik perorangan maupun lingkungan, memegang peranan yang penting dalam menimbulkan penyakit. Kebersihan yang kurang dapat menyebabkan anak sering sakit, seperti diare, kecacingan, demam tifoid, hepatitis, malaria, demam berdarah,

dan sebagainya (Simbolon, 2017). Praktik *higiene* yang buruk menimbulkan risiko tinggi munculnya bakteri. Bakteri-bakteri inilah yang akan masuk ke tubuh anak melalui makanan yang biasa disajikan di rumah, dan dapat berdampak terhadap timbulnya penyakit diare pada anak. Durasi diare yang berlangsung lama akan membuat anak mengalami kehilangan zat gizi, dan bila tidak diimbangi dengan asupan zat gizi yang cukup maka akan terjadi gagal tumbuh (Suseni, Tat and Djogo, 2022).

8) Pendidikan ibu

Berdasarkan penelitian Rahayu terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian *stunting* pada anak (Rahayu, 2018). Hal ini menunjukkan pendidikan orang tua akan berpengaruh terhadap pengasuhan anak karena orang tua dengan pendidikan yang tinggi cenderung akan memahami pentingnya peranan orang tua dalam pertumbuhan anak. Pendidikan yang baik diperkirakan memiliki pengetahuan gizi yang baik pula, ibu dengan pengetahuan gizi yang baik akan tahu bagaimana mengolah makanan, mengatur menu makanan, serta menjaga mutu dan kebersihan makanan dengan baik. Kebijakan dalam dunia pendidikan juga dapat menjaga remaja perempuan dari pernikahan dini dan risiko melahirkan pada usia muda (WHO, 2020).

9) Status ekonomi

Terdapat hubungan antara faktor sosial ekonomi (pendidikan dan pendapatan) terhadap kejadian stunting pada balita, dimana faktor pendapatan memiliki nilai korelasi yang kuat dibandingkan dengan pendidikan (Wardani, Wulandari and Suharmanto, 2020). Faktor sosial ekonomi yang rendah meliputi pendidikan dan pendapatan yang rendah akan menyebabkan terjadinya stratifikasi sosial ekonomi dalam masyarakat yang pada akhirnya akan mengakibatkan perbedaan akses terhadap sarana prasarana kesehatan.

e. Dampak *stunting*

Dampak yang ditimbulkan *stunting* dapat dibagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang: (Kemenkes RI, 2022b).

1) Dampak Jangka Pendek

- a) Peningkatan kejadian kesakitan dan kematian.
- b) Perkembangan kognitif, motorik, dan verbal pada anak tidak optimal dan
- c) Peningkatan biaya kesehatan.

2) Dampak Jangka Panjang

- a) Postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (lebih pendek dibandingkan pada umumnya).
- b) Meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya.
- c) Menurunnya kesehatan reproduksi.

- d) Kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal saat masa sekolah.
 - e) Produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal.
- f. Pencegahan *Stunting*

Menurut Kemenkes RI, *stunting* merupakan salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang termasuk pada tujuan pembangunan berkelanjutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta mencapai ketahanan pangan (Kemenkes RI, 2022b). Target yang ditetapkan adalah menurunkan angka *stunting* hingga 40% pada tahun 2025. Untuk mewujudkan hal tersebut, pemerintah menetapkan *stunting* sebagai salah satu program prioritas. berdasarkan peraturan menteri kesehatan nomor 39 tahun 2016 tentang pedoman penyelenggaraan program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga, upaya yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi *stunting* di antaranya sebagai berikut:

- 1) Ibu Hamil dan Bersalin
 - a) Intervensi pada 1.000 hari pertama kehidupan.
 - b) Mengupayakan jaminan mutu *ante natal care* (ANC) terpadu.
 - c) Meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan.
 - d) Menyelenggarakan program pemberian makanan tinggi kalori, protein, dan *mikronutrien* (TKPM).
 - e) Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular).

- f) Pemberantasan kecacingan
 - g) Meningkatkan transformasi Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam Buku KIA.
 - h) Menyelenggarakan konseling Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI eksklusif dan
 - i) Penyuluhan dan pelayanan KB
- 2) Balita
- a) Pemantauan pertumbuhan balita.
 - b) Menyelenggarakan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk balita.
 - c) Menyelenggarakan stimulasi dini perkembangan anak dan
 - d) Memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.
- 3) Anak Usia Sekolah
- a) Melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).
 - b) Memperkuat kelembagaan Tim Pembina UKS.
 - c) Menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS).
 - d) Memberlakukan sekolah sebagai kawasan bebas rokok dan narkoba.
- 4) Remaja
- a) Meningkatkan penyuluhan untuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pola gizi seimbang (Isi Piringku), tidak merokok, dan mengonsumsi narkoba (NAPZA).
 - b) Pendidikan kesehatan reproduksi.

5) Dewasa Muda

- a) Penyuluhan dan pelayanan keluarga berencana (KB).
- b) Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular) dan
- c) Meningkatkan penyuluhan untuk PHBS, pola gizi seimbang, tidak merokok/mengonsumsi narkoba.

Uji t.

Uji t (t-test) adalah salah satu uji statistik yang digunakan untuk membandingkan rata-rata dua kelompok atau sampel. Uji ini sering digunakan untuk menentukan apakah terdapat perbedaan signifikan antara dua kelompok data yang independen atau berpasangan.

Ada beberapa jenis uji t, di antaranya:

1. Uji t untuk sampel independent

Digunakan untuk membandingkan rata-rata dua kelompok yang tidak saling terkait atau independen. Contohnya, untuk membandingkan hasil tes antara dua kelas yang berbeda. Adapun rumusnya:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

Keterangan:

$\bar{X}_1 - \bar{X}_2$	= rata-rata sampel 1 dan sampel 2
S_1^2, S_2^2	= varians sampel 1 dan sampel 2
n_1, n_2	= ukuran sampel 1 dan sampel 2

2. Uji t untuk sampel berpasangan (paired t-test)

Digunakan ketika dua kelompok yang dibandingkan terdiri dari data yang berpasangan. Misalnya, membandingkan skor tes sebelum dan sesudah suatu perlakuan pada kelompok yang sama.

Adapun rumusnya:

$$t = \frac{\bar{d}}{s_d / \sqrt{n}}$$

Keterangan:

\bar{d} = Rata-rata selisih antara pasangan data

s_D = standar deviasi dari selisih pasangan data

n = jumlah pasangan data

3. Uji t satu sampel (one-sample t-test)

Digunakan untuk membandingkan rata-rata sampel dengan nilai rata-rata yang sudah diketahui atau nilai rata-rata teoritis.

Adapun rumusnya:

$$t = \frac{\bar{X} - \mu_0}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

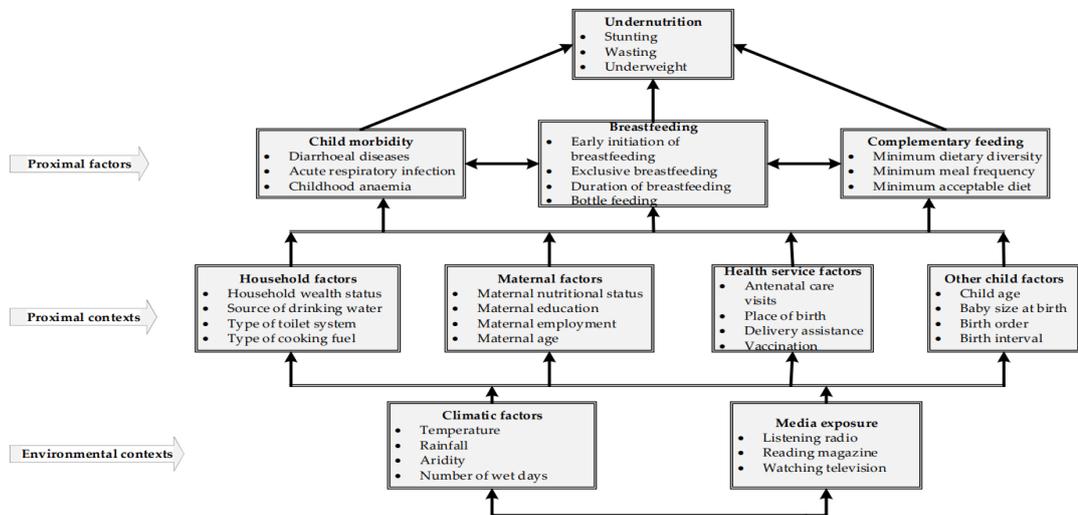
Keterangan:

\bar{X} = rata-rata sampel

μ_0 = rata-rata yang diketahui atau nilai teoritis

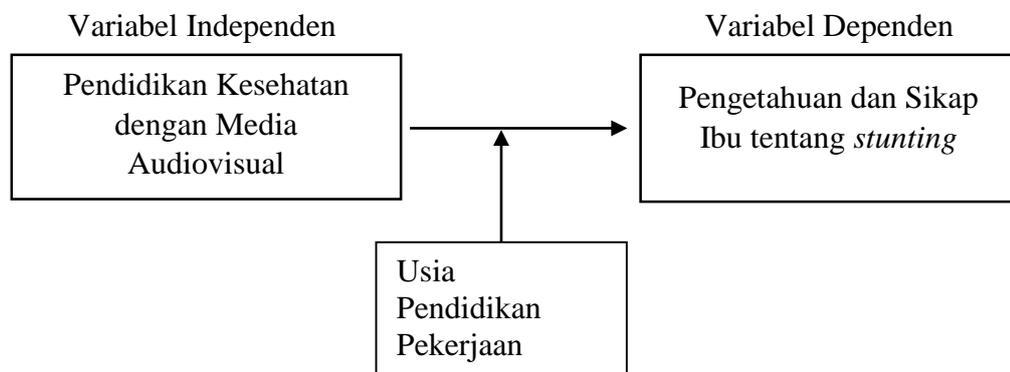
s = standar deviasi sampel

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori (Ahmed *et al.*, 2021).

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Ada hubungan antara pendidikan kesehatan dengan media audiovisual dengan pengetahuan dan sikap ibu tentang *stunting* di Posyandu Kaktus wilayah UPT Puskesmas Tepus 1 Gunungkidul tahun 2024.