

SKRIPSI

**PENGARUH METODE *BUZZ GROUP* TERHADAP PERILAKU IBU
DALAM PENCEGAHAN *STUNTING* DI PUSKESMAS BENOWO
SURABAYA**

PENELITIAN *QUASY EXPERIMENTAL*

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh:
DILRUBA UMI SHALIAH
NIM. 131511133097

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 1 Agustus 2019

Yang Menyatakan



Dilruba Umi Shalihah

NIM. 131511133097

HALAMAN PERNYATAAN
PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN
AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dilruba Umi Shalihah

NIM : 131511133097

Program Studi : Keperawatan

Fakultas : Keperawatan

Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-Exclusive Royalty- Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Pengaruh Metode *Buzz Group* terhadap Perilaku Ibu dalam Pencegahan *Stunting* di Puskesmas Benowo Surabaya”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga bebas menyimpan, alihmedia/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 1 Agustus 2019

Yang menyatakan



Dilruba Umi Shalihah

NIM. 131511133097

SKRIPSI

**PENGARUH METODE *BUZZ GROUP* TERHADAP PERILAKU IBU
DALAM PENCEGAHAN *STUNTING* DI PUSKESMAS BENOWO
SURABAYA**

Oleh:

Nama: Dilruba Umi Shalihah
NIM. 131511133097

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 8 AGUSTUS 2019

Oleh

Pembimbing Ketua



Dr. Esti Yunitasari, S.Kp., M.Kes
NIP. 197706172003122002

Pembimbing



Lingga Curnia D, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 199012162018083201

Mengetahui

a.n Dekan

Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

SKRIPSI

**PENGARUH METODE *BUZZ GROUP* TERHADAP PERILAKU IBU
DALAM PENCEGAHAN *STUNTING* DI PUSKESMAS BENOWO
SURABAYA**

Oleh:

Nama : Dilruba Umi Shalihah
NIM. 131511133097

Telah diuji
Pada tanggal 1 Agustus 2019
PANITIA PENGUJI

Ketua : Erna Dwi Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198402012014042001

Anggota : 1. Dr. Esti Yunitasari, S.Kp., M.Kes
NIP. 197706172003122002

2. Lailatun Ni'mah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198606022015042001



Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

MOTO

“Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan”

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH METODE BUZZ GROUP TERHADAP PERILAKU IBU DALAM PENCEGAHAN STUNTING DI PUSKESMAS BENOWO SURABAYA”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs., (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners
2. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes, selaku Wakil Dekan 1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Pendidikan Ners
3. Dr. Esti Yunitasari, S.Kp., M.Kes selaku dosen pembimbing pertama yang telah meluangkan waktu, membimbing, memberikan masukan, saran dan motivasi dalam penyusunan skripsi
4. Lingga Curnia D., S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing kedua yang telah sabar untuk memberikan dorongan, bimbingan, arahan, serta saran-saran yang bermanfaat dalam penyusunan skripsi
5. Dr. Yuni Sufyanti A., S.Kp., M.Kes selaku dosen penguji pertama pada ujian proposal yang telah meluangkan waktu serta memberikan saran perbaikan dalam penyusunan skripsi
6. Erna Dwi Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji kedua pada ujian proposal yang telah meluangkan waktu serta memberikan saran perbaikan dalam penyusunan skripsi
7. Lailatun Ni'mah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu serta memberikan saran perbaikan dalam penyusunan skripsi
8. Mbak Lian selaku staf TU dan Bu Lis selaku ahli gizi di Puskesmas Benowo yang telah memberikan fasilitas, informasi, arahan dan kemudahan pada penulis sehingga penelitian ini dapat berjalan dengan lancar
9. Ibu Laili selaku kader dan ketua paguyuban yang telah banyak membantu penulis terutama dalam mengkoordinasikan kegiatan penelitian sehingga dapat menyelesaikan penelitian
10. Semua responden yang telah bersedia untuk berpartisipasi aktif dan meluangkan waktunya dalam penelitian ini

11. Civitas Akademika Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah mendukung keberlangsungan perkuliahan selama ini
12. Ibu Isrin Zuliati, ibu tercinta serta Bapak Moch. Zainul Afif, bapak tercinta yang selalu mendoakan, memberikan perhatian serta dukungan dalam menyelesaikan skripsi
13. Hilal Mursyidi, kakak tercinta yang selalu bertanya mengenai skripsi dan kapan lulus
14. Novia Dwi Windasari, Oktiana Duwi Firani, dan Meilia Dwi Cahyani yang bersedia meluangkan waktunya, membantu dan menemani selama proses penelitian berlangsung
15. Teman se-dosen pembimbing (Unza, Fitria, Kifa, Agi, Sitmai, Maria dab Fifi) atas dukungan dan bantuan yang selalu diberikan
16. Sesama penempuh skripsi, Ucik Nurmalaningsih yang setiap harinya tidak bosan untuk menanyakan kabar skripsi, serta Zaenab yang membantu dalam proses penelitian
17. *Group “loh iyo ta”* (Ainil, Aisyah, Dewi, Mitha, Herlyn, Laila, Meilia, Nisaul dan Homsiyah), teman belajar (Bunny, Novia, Dori, Rindu, Siska dan Vega), teman kos Pak Budi (Imamatul, Fina, Lala, Mel, Inil, dan Ais) yang saling memberikan dukungan, saling berbagi, saling membantu, tempat bertukar pikiran, saran, pendapat, bercanda, berbagi cerita dan keluhan, serta saling merepotkan
18. Mbak Indah, mbak Bella dan Mbak Febyana yang memberikan semangat, saran, dukungan, menanyakan *progress* skripsi dan selalu sedia untuk memberikan arahan dalam menyelesaikan proposal dan skripsi
19. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, yang telah membantu mendukung dan memberikan doa pada penulis untuk penyelesaian skripsi ini

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis sadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 1 Agustus 2019

Penulis

ABSTRACT**The Effect of the Buzz Group Method on Mothers' Behavior to Prevent Stunting in Benowo Public Health Center Surabaya**

A Quasy Experiment

Dilruba Umi Shalihah

Introduction: Stunting is a great problem in Indonesia during the last decades. The buzz group is one of discussion methods that provides information concerning stunting prevention by directly involving the mothers. This study aims to analyze the effect of the buzz group method on mother's stunting prevention behavior. **Method:** This study used quasy-experimental with a pretest-posttest control group design. The samples were selected based on the purposive sampling method with the number of samples were 72 respondents, which 36 respondents for each group. The independent variable was *buzz group* and the dependent variables were knowledge, attitude and practice. Data were collected using questionnaires and analyzed using Wilcoxon Sign Rank Test and Mann-Whitney Test with a significance value of $p < 0.05$. **Result:** The result of analysis on the knowledge variable using Wilcoxon Sign Rank Test was ($p = 0.000$) and Mann-Whitney posttest was ($p = 0.019$). The analysis on the attitude variable using Wilcoxon Sign Rank Test was ($p = 0.001$) and Mann-Whitney posttest was ($p = 0.001$). In addition, the analysis on the practice variable using Wilcoxon Sign Rank Test was ($p = 0.714$) on the treatment group and Mann-Whitney posttest was ($p = 0.070$). **Discussion:** Health education regarding stunting prevention delivered through the buzz group method could improve knowledge and attitude, but not the practice of the mothers.

Keywords: *Attitude, Buzz group method, Knowledge, Practice, Stunting prevention*

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN.....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN	ivi
MOTO.....	vii
UCAPAN TERIMA KASIH	viii
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR SINGKATAN, SIMBOL DAN ISTILAH	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan umum.....	6
1.3.2 Tujuan khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat praktis.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep <i>Stunting</i>	8
2.1.1 Definisi <i>stunting</i>	8
2.1.2 Penyebab <i>stunting</i>	9
2.1.3 Dampak <i>stunting</i>	11
2.1.4 Pencegahan <i>stunting</i>	13
2.1.5 Penatalaksanaan <i>stunting</i>	17
2.2 Konsep Balita	22
2.2.1 Definisi balita	22
2.2.2 Pertumbuhan dan perkembangan balita.....	22
2.3 Konsep Nutrisi pada Balita	26
2.3.1 Nutrisi dan makanan bayi baru lahir.....	26
2.3.2 Nutrisi bayi yang direkomendasikan	27
2.3.3 Kebutuhan gizi balita.....	30
2.4 Konsep Perilaku	33
2.4.1 Definisi perilaku	33
2.4.2 Faktor yang mempengaruhi perilaku.....	34
2.4.3 Prosedur pembentukan perilaku	37
2.4.4 Domain perilaku	38
2.4.5 Perilaku kesehatan berdasarkan teori Lawrence W. Green	44
2.5 Konsep Pendidikan Kesehatan	47

2.5.1	Definisi pendidikan kesehatan.....	47
2.5.2	Tujuan pendidikan kesehatan	47
2.5.3	Metode pendidikan kesehatan	48
2.5.4	Media pendidikan kesehatan	50
2.6	Konsep Metode <i>Buzz Group</i>	53
2.6.1	Definisi metode <i>buzz group</i>	53
2.6.2	Tujuan metode <i>buzz group</i>	54
2.6.3	Langkah-langkah <i>buzz group</i>	55
2.6.4	Kelebihan, kelemahan dan keterbatasan metode <i>buzz group</i>	57
2.6.5	Pelaksanaan metode <i>buzz group</i>	58
2.6.6	Variasi <i>buzz group</i>	61
2.7	Keaslian Penelitian.....	61
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS		72
3.1	Kerangka Konseptual	72
3.2	Hipotesis Penelitian.....	74
BAB 4 METODE PENELITIAN.....		75
4.1	Desain Penelitian.....	75
4.2	Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel	76
4.2.1	Populasi	76
4.2.2	Sampel	77
4.2.3	Besar sampel.....	77
4.2.4	Teknik pengambilan sampel (<i>sampling</i>).....	79
4.3	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	80
4.4	Alat dan Bahan Penelitian	83
4.5	Instrumen Penelitian.....	83
4.6	Uji Validitas dan Reliabilitas	88
4.6.1	Uji validitas.....	88
4.6.2	Uji reliabilitas	90
4.7	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	91
4.7.1	Lokasi penelitian.....	91
4.7.2	Waktu penelitian.....	91
4.8	Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data.....	91
4.8.1	Pengambilan data.....	91
4.8.2	Pengumpulan data.....	92
4.9	Analisis Data	96
4.10	Kerangka Operasional/Kerja	97
4.11	Etika Penelitian (<i>Ethical Clearance</i>).....	99
4.12	Keterbatasan Penelitian	101
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		102
5.1	Hasil Penelitian	102
5.1.1	Gambaran umum lokasi penelitian	102
5.1.2	Karakteristik demografi responden	103
5.1.3	Variabel yang diukur	105
5.2	Pembahasan.....	109

5.2.1 Analisis pengaruh metode <i>buzz group</i> terhadap pengetahuan ibu dalam pencegahan <i>stunting</i> pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.....	110
5.2.2 Analisis pengaruh metode <i>buzz group</i> terhadap sikap ibu dalam pencegahan <i>stunting</i> pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.....	114
5.2.3 Analisis pengaruh metode <i>buzz group</i> terhadap tindakan ibu dalam pencegahan <i>stunting</i> pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.....	116
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	119
1.1 Kesimpulan.....	119
1.2 Saran.....	120
DAFTAR PUSTAKA.....	121
Lampiran-lampiran	125

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penyebab Stunting Berdasarkan WHO <i>Conceptual Framework</i>	9
Tabel 2.2 Dampak <i>Stunting</i> Berdasarkan WHO <i>Conceptual Framework</i>	11
Tabel 2.3 Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Pencegahan <i>Stunting</i>	19
Tabel 2.4 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks	23
Tabel 2.5 Standar Panjang Badan menurut Umur (PB/U).....	24
Tabel 2.6 Standar Panjang Badan menurut Umur (PB/U).....	24
Tabel 2.7 Keuntungan Menyusui.....	29
Tabel 2.8 Angka Kecukupan Energi untuk Bayi	30
Tabel 2.9 Angka Kecukupan Protein untuk Balita per Hari	32
Tabel 2.10 Angka Kecukupan Lemak untuk Balita per Hari.....	32
Tabel 4.1 Rancangan Penelitian <i>Pretest-Posttest Control Group Design</i>	75
Tabel 4.2 Definisi Operasional Pengaruh Metode <i>Buzz Group</i> terhadap Perilaku Ibu dalam Pencegahan <i>Stunting</i>	80
Tabel 4.3 <i>Blue Print</i> Kuesioner Pengetahuan	84
Tabel 4.4 <i>Blue Print</i> Kuesioner Sikap	85
Tabel 4.5 Uji Validitas Instrumen Pengetahuan	88
Tabel 4.6 Uji Validitas Instrumen Sikap.....	89
Tabel 4.7 Uji Validitas Instrumen Tindakan.....	89
Tabel 4.8 Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Penelitian	91
Tabel 5.1 Karakteristik demografi responden.....	103
Tabel 5.2 Distribusi pengetahuan responden dalam pencegahan <i>stunting</i> sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode <i>buzz group</i> ...	105
Tabel 5.3 Distribusi sikap responden dalam pencegahan <i>stunting</i> sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode <i>buzz group</i>	107
Tabel 5.4 Distribusi tindakan responden dalam pencegahan <i>stunting</i> sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode <i>buzz group</i>	108

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Precede-proceed model</i> (Green LW. & Kreuter MW, 1991)	45
Gambar 2.2 Prosedur Teknik <i>Buzz Group</i>	60
Gambar 3.1 Konseptual Pengaruh Metode <i>Buzz Group</i> terhadap Perilaku Ibu dalam Pencegahan <i>Stunting</i> berdasarkan <i>Precede-Proceed Model</i> dari Lawrence Green (1991).....	72
Gambar 4.1 Kerangka Operasional Pengaruh Metode <i>Buzz Group</i> terhadap Perilaku Ibu dalam Pencegahan <i>Stunting</i>	98

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Survey Data Awal.....	125
Lampiran 2 Surat Permohonan Ijin Penelitian.....	126
Lampiran 3 <i>Ethical Approval</i>	127
Lampiran 4 Surat Permohonan Pengambilan Data Penelitian.....	128
Lampiran 5 Lembar Penjelasan Penelitian	129
Lampiran 6 Surat Persetujuan Menjadi Responden.....	132
Lampiran 7 Kuesioner Data Demografi Responden.....	133
Lampiran 8 Kuesioner.....	134
Lampiran 9 Satuan Acara Penyuluhan.....	142
Lampiran 10 Hasil Uji Statistik	151
Lampiran 11 <i>Translate</i> abstrak	159
Lampiran 12 Perijinan Penggunaan Kuesioner.....	160

DAFTAR SINGKATAN, SIMBOL DAN ISTILAH

Alkes	: Alat Kesehatan
ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
HPK	: Hari Pertama Kehidupan
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
MP ASI	: Makanan Pendamping ASI
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
SAP	: Satuan Acara Penyuluhan
SD	: Standar Deviasi
SEAR	: <i>South-East Asia Regional</i>
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
UNICEF	: United Nations Children’s Fund
WHO	: World Health Organization
<	: Kurang dari
>	: Lebih dari
≤	: Kurang dari sama dengan
≥	: Lebih dari sama dengan
%	: Persen
=	: Sama dengan

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stunting atau biasa disebut balita pendek merupakan masalah gizi kronik dimana tinggi atau panjang badan bayi tidak sesuai dengan umurnya. Kondisi tersebut diketahui dari pengukuran panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median berdasarkan standar pertumbuhan anak dari World Health Organization (WHO) (World Health Organization, 2012). WHO (2014) menarget pencapaian untuk *Sustainable Development Goals* (SDGs) di tahun 2030 yaitu penurunan kejadian *stunting* (Harding and Webb, 2019). Prevalensi *stunting* di Indonesia masih tetap tinggi selama dekade terakhir, yaitu sekitar 37% (Beal *et al.*, 2018).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Susilowati and Kusoriyanto, (2016), penyebab utama kejadian anak pendek adalah durasi pemberian ASI yang tidak optimal. Selain itu juga karena kurangnya pengetahuan ibu mengenai kebutuhan nutrisi anak, serta kurangnya asupan energi dan protein. Kondisi lain yang dapat mempengaruhi pertumbuhan anak yaitu karena mengalami kurang energi protein (KEP), kurang vitamin A, anemia gizi besi (AGB), dan gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY) (Fikawati, Syafiq and Karima, 2015). Jika *stunting* tidak dicegah, dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan fisik maupun perkembangan kecerdasan (Woldehanna, Behrman and Araya, 2017).

Secara global, sekitar 151 juta anak balita menderita *stunting*. Pada tahun 2017, sebanyak 22,2% atau sekitar 150,8 juta balita di dunia mengalami *stunting*. (United Nations International Children's Emergency Fund, World Health

Organization and World Bank Group, 2018). Menurut WHO (2017), Indonesia termasuk dalam negara ketiga dengan prevalensi *stunting* tertinggi di regional Asia Tenggara/ *South-East Asia Regional* (SEAR). Di Indonesia, kejadian *stunting* merupakan masalah gizi utama yang perlu dihadapi, dengan prevalensi kejadian sebanyak 36,4% pada tahun 2005-2017 (Pusat Data dan Informasi and Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Di provinsi Jawa Timur, 7,90% masuk dalam kategori sangat pendek, sedangkan 18,80% dalam kategori pendek (Kementrian Kesehatan RI, 2018).

Hasil pemantauan status gizi, prevalensi balita *stunting* di Kota Surabaya pada tahun 2017 adalah 22,8% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Prevalensi *stunting* di Surabaya masih cukup tinggi, termasuk di Puskesmas Benowo. Prevalensi *stunting* di Puskesmas Benowo Surabaya mengalami peningkatan sebanyak 6,39%. Pada tahun 2018 prevalensi sebesar 16,34% dan tahun 2017 sebesar 9,95%. Beberapa upaya yang sudah dilakukan oleh puskesmas meliputi program Ning Catin Plus (Skrining Laboratorium Calon Pengantin + Plano Tes), penyuluhan mengenai PMT (Pemberian Makanan Tambahan), vitamin A dan ASI eksklusif, lalu ada juga program pojok ASI. Tingginya kejadian *stunting* di puskesmas tersebut dikarenakan sekitar 23,29% ibu tidak memberikan ASI eksklusif untuk anaknya. Ibu tidak memberikan ASI eksklusif karena bekerja, selain itu ibu juga mengeluh ASI yang keluar sedikit sehingga ibu menambahkan atau mengganti dengan susu formula dan memberikan makanan seperti bubur sebelum usia 6 bulan. Ibu juga tidak mencuci tangan dengan sabun saat akan menyuapi bayinya, terkadang hanya dibilas menggunakan air saja.

Hasil wawancara pada 10 orang ibu di Puskesmas Benowo pada tanggal 4 Mei 2019 didapatkan bahwa 9 dari 10 ibu (90%) tidak mengetahui istilah *stunting*. Enam dari sepuluh ibu mengatakan bahwa anak pendek disebabkan karena keturunan dari orang tua, 2 orang mengatakan karena kurang susu dan kurang makan, sedangkan 2 lainnya mengatakan tidak tahu. Ibu tersebut mengaku tidak mengetahui pengaruh dari anak yang bertubuh pendek untuk masa depannya. Ibu tersebut juga mengatakan bahwa asalkan anak mereka saat ini sehat dan aktif itu sudah cukup. Ibu-ibu di wilayah kerja Puskesmas Benowo sudah paham mengenai penggunaan teknologi, namun minat untuk mencari masalah atau isu-isu terkini masih kurang sehingga diperlukan dorongan bagi mereka untuk dapat mengetahui *trend issue* yang banyak terjadi saat ini.

Stunting disebabkan karena pemberian makanan pendamping yang tidak memadai, kualitas makanan yang rendah, keamanan pangan dan air yang tidak memadai, menyusui yang tidak memadai, rendahnya pengetahuan dan infeksi. (Beal *et al.*, 2018). *Stunting* dalam jangka pendek dapat meningkatkan kejadian kesakitan dan kematian; mengganggu perkembangan kognitif, motorik dan verbal pada anak sehingga tidak optimal; dan meningkatkan biaya kesehatan. Sedangkan dalam jangka panjang dapat membuat postur tubuh tidak optimal saat dewasa; meningkatkan risiko obesitas dan penyakit lainnya; menurunkan kesehatan reproduksi; kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal pada masa sekolah; dan produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal (World Health Organization, 2017). Masa 1.000 hari pertama kehidupan (1000 HPK) merupakan *window of opportunity* atau disebut sebagai jendela peluang untuk mencegah *stunting* (Michaelsen, Grummer-Strawn *and* Bégin, 2017). Gangguan pada

periode tersebut dapat bersifat *irreversible* (tidak dapat diperbaiki) sehingga dapat mempengaruhi *outcome* kesehatan pada anak bahkan hingga dewasa (Fikawati, Syafiq and Karima, 2015).

Ibu yang memiliki pengetahuan lebih tinggi mengenai praktik pemberian makan pada bayi dan anak cenderung memiliki prevalensi anak dengan stunting yang lebih rendah dibandingkan dengan ibu yang memiliki pengetahuan rendah (Abebe, Haki and Baye, 2016). Rendahnya pendidikan ibu dapat mempengaruhi perilaku dalam pemberian makan pada anak. Jadwal kerja yang padat bagi ibu memungkinkan terjadinya pembatasan waktu dalam menyiapkan makanan untuk anak (Amugsi, Dimbuene, Kimani-Murage, Mberu, & Ezeh, 2017). Berdasarkan masalah tersebut, salah satu upaya yang dapat dilakukan yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan berdasarkan pada prinsip ilmu pengetahuan sehingga dapat memberikan kemudahan belajar dan perubahan perilaku, seperti teori *Preceed-Proceed* yang dikemukakan oleh Lawrence W. Green (1991) yaitu mengkaji masalah perilaku manusia dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, serta tindaklanjut dengan cara usaha untuk mengubah, memelihara dan meningkatkan perilaku tersebut ke arah yang lebih positif (Nursalam, 2017).

Pemberian pendidikan kesehatan akan berpengaruh pada pengetahuan dan sikap yang mempengaruhi tindakan individu. Pendidikan kesehatan membutuhkan metode yang interaktif untuk melibatkan peserta secara langsung sehingga peserta mampu memberikan umpan balik, salah satunya dengan metode yang mampu menstimulasi peran aktif peserta, seperti menggunakan metode *buzz group* (Arivananthan *et al.*, 2015).

Buzz Group merupakan sebuah metode untuk mengumpulkan umpan balik dengan cepat dan efisien mengenai suatu topik atau menanggapi pertanyaan tertentu dengan membagi orang ke dalam beberapa kelompok untuk diskusi bebas atau 'buzz' secara singkat mengenai pertanyaan yang diberikan. *Buzz Group* juga berguna sebagai tindak lanjut presentasi (Arivananthan *et al.*, 2015). Hasil penelitian dari Abbasi *et al* (2017) mengenai efek pelatihan dengan metode *buzz group* terhadap *nursing diagnostic skill* pada siswa keperawatan menunjukkan bahwa terdapat peningkatan keterampilan diagnosis siswa keperawatan serta peningkatan kemampuan berpikir kritis dan kinerja mereka. Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa metode *buzz group discussion* efektif dalam meningkatkan perilaku pemberantasan sarang nyamuk pada ibu PKK di Kelurahan Sragen Tengah dengan karakteristik usia responden rata-rata 51 - 60 tahun di antara usia <40 tahun - >60 tahun dengan latar belakang pendidikan rata-rata SMA (Nuristia, 2014). Penelitian lain menyatakan bahwa ceramah diikuti dengan diskusi metoda *buzz group* efektif dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dalam pencegahan pneumonia balita dengan rata-rata usia responden yaitu 19 - 35 tahun dengan latar belakang pendidikan SMA dan sebagai ibu rumah tangga (Nababan, Agushybana and Suryoputro, 2019).

Keuntungan *buzz group* yaitu memungkinkan tiap orang untuk mengungkapkan idenya, peserta belajar untuk bekerja dalam situasi kehidupan nyata di mana pendapat orang lain ikut dipertimbangkan (Pangaribuan and Manik, 2017). Belum ada pendidikan kesehatan menggunakan metode *buzz group* mengenai perilaku pencegahan *stunting*. Peneliti menggunakan metode diskusi *buzz group* sebagai metode untuk menyampaikan pesan kesehatan yang bersifat

promosi. Berdasarkan permasalahan tersebut, perlu dilakukan penelitian mengenai pengaruh pendidikan kesehatan menggunakan metode *buzz group* terhadap perilaku ibu dalam pencegahan *stunting*.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana metode *buzz group* dapat mempengaruhi perilaku ibu dalam pencegahan *stunting* di Puskesmas Benowo?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan pengaruh metode *buzz group* terhadap perilaku ibu dalam pencegahan *stunting* di Puskesmas Benowo.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis pengaruh metode *buzz group* terhadap pengetahuan ibu dalam pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.
2. Menganalisis pengaruh metode *buzz group* terhadap sikap ibu dalam pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.
3. Menganalisis pengaruh metode *buzz group* terhadap tindakan ibu dalam pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan keilmuan di bidang keperawatan maternitas dan anak, khususnya mengenai pengaruh metode *buzz group* terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan ibu terhadap perilaku dalam pencegahan *stunting* berdasarkan teori *precede-proceed*.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Manfaat bagi Responden

Responden dalam penelitian ini akan mendapatkan manfaat berupa pengetahuan tambahan mengenai *stunting* dan pencegahan yang dapat dilakukan sehingga dapat mengurangi atau meminimalkan kejadian *stunting* pada generasi berikutnya di kemudian hari serta bagi ibu dapat menyadari pentingnya memenuhi kebutuhan bayi, terutama mengenai nutrisi untuk menjaga anak terkena kelainan atau penyakit tertentu.

2. Manfaat bagi Tenaga Kesehatan

Memberikan informasi yang dapat digunakan oleh tenaga kesehatan khususnya perawat kesehatan maternitas dan anak, serta perawat medikal bedah dalam meningkatkan upaya promotif dan preventif mengenai *stunting*.

3. Manfaat bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini digunakan untuk mengaplikasikan peran perawat sebagai peneliti dan *educator* sehingga menambah pengetahuan mengenai kesehatan di bidang maternitas dan anak, serta medikal bedah khususnya pada kejadian *stunting*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Stunting*

2.1.1 Definisi *stunting*

Stunting (pengerdilan) atau terlalu pendek di usianya yaitu ketinggian yang lebih dari dua standar deviasi di bawah median standar pertumbuhan anak dari World Health Organization (WHO). Sebagian besar, anak yang mengalami *stunting* memiliki dampak yang tidak dapat diubah/ ireversibel (tidak dapat kembali ke kondisi normal) yang disebabkan oleh asupan nutrisi yang tidak memadai dan serangan infeksi berulang selama 1000 hari pertama kehidupan (1000 HPK) seorang anak. 1000 HPK dimulai dari janin hingga anak berusia 23 bulan. (World Health Organization, 2012).

Stunting merupakan masalah gizi kronik dimana tinggi atau panjang badan bayi tidak sesuai dengan umurnya/ kekurangan tinggi atau panjang badan. Kondisi tersebut dapat diketahui dari pengukuran panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median berdasarkan standar pertumbuhan anak dari WHO (Pusat Data dan Informasi *and* Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Stunting atau sering disebut kerdil atau pendek merupakan kondisi gagal yang dialami anak berusia di bawah lima tahun (balita) akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama saat periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), dimana mulai dari janin sampai usia anak 23 bulan. Anak tergolong *stunting* apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi

panjang atau tinggi anak seumurnya (Kementerian Dalam Negeri, Bappenas *and* Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2018).

Stunting mengacu pada seorang anak yang terlalu pendek untuk usianya. Anak-anak yang mengalami *stunting* dapat menderita kerusakan fisik dan kognitif parah yang tidak dapat dipulihkan yang menyertai pertumbuhan terhambat. Efek buruk dari *stunting* dapat berlangsung seumur hidup dan bahkan memengaruhi generasi berikutnya. *Stunting* merupakan hasil dari gizi buruk saat dalam kandungan dan saat usia dini (World Health Organization, 2017).

2.1.2 Penyebab *stunting*

Penyebab *stunting* berdasarkan kerangka konseptual dari WHO (World Health Organization, 2017):

Tabel 2.1 Penyebab Stunting Berdasarkan WHO *Conceptual Framework*

Rumah tangga	Masyarakat
1. Dari ibu	1. Pendidikan
2. Perawatan yang tidak memadai	2. Ekonomi politik
3. Menyusui yang tidak memadai	3. Pertanian dan sistem pangan
4. Pemberian makanan pendamping ASI yang tidak memadai	4. Air, sanitasi & lingkungan
5. Lingkungan sekitar rumah	5. Kesehatan
6. Kualitas makanan yang buruk	6. Masyarakat dan budaya
7. Keamanan pangan dan air	
8. Infeksi	

Sumber: (World Health Organization, 2017)

Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya *stunting*, seperti keadaan sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, asupan gizi bayi yang kurang. Kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal merupakan dampak buruk yang dialami bayi. Dampak tersebut dapat berlangsung seumur hidup, bahkan dapat mempengaruhi generasi berikutnya. Menurut WHO, faktor-faktor yang berkontribusi terhadap terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan meliputi kesehatan dan gizi ibu yang buruk, praktik pemberian

makan bayi dan anak yang tidak memadai, dan infeksi. Nutrisi yang diperoleh sejak bayi lahir tentunya sangat berpengaruh terhadap pertumbuhannya termasuk risiko terjadinya *stunting*. Tidak terlaksananya inisiasi menyusui dini (IMD), gagalannya pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif, dan proses penyapihan dini dapat menjadi salah satu faktor terjadinya *stunting*. Sedangkan dari sisi pemberian makanan pendamping ASI (MP ASI) hal yang perlu diperhatikan adalah kuantitas, kualitas, dan keamanan pangan yang diberikan. Kondisi ekonomi erat kaitannya dengan kemampuan dalam memenuhi asupan yang bergizi dan pelayanan kesehatan untuk ibu hamil dan balita. Sedangkan sanitasi dan keamanan pangan dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit infeksi. Penyakit infeksi yang disebabkan oleh higiene dan sanitasi yang buruk (misalnya diare dan kecacingan) dapat mengganggu penyerapan nutrisi pada proses pencernaan. Beberapa penyakit infeksi yang diderita bayi dapat menyebabkan berat badan bayi turun. Jika kondisi ini terjadi dalam waktu yang cukup lama dan tidak disertai dengan pemberian asupan yang cukup untuk proses penyembuhan maka dapat mengakibatkan *stunting* (Pusat Data dan Informasi *and* Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Stunting disebabkan oleh Faktor Multi Dimensi, yaitu (Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal *and* Transmigrasi, 2017):

1. Praktek pengasuhan yang tidak baik

- 1) Kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan
- 2) 60 % dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan ASI eksklusif
- 3) 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima MP ASI

2. Terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC (*Ante Natal Care*), post natal dan pembelajaran dini yang berkualitas
 - 1) 1 dari 3 anak usia 3-6 tahun tidak terdaftar di Pendidikan Anak Usia Dini
 - 2) 2 dari 3 ibu hamil belum mengonsumsi suplemen zat besi yang memadai
 - 3) Menurunnya tingkat kehadiran anak di Posyandu (dari 79% di 2007 menjadi 64% di 2013)
 - 4) Tidak mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi
3. Kurangnya akses ke makanan bergizi
 - 1) 1 dari 3 ibu hamil anemia
 - 2) Harga makanan bergizi di Indonesia masih tergolong mahal
4. Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi
 - 1) 1 dari 5 rumah tangga masih BAB diruang terbuka
 - 2) 1 dari 3 rumah tangga belum memiliki akses ke air minum

2.1.3 Dampak *stunting*

Dampak *stunting* berdasarkan kerangka konseptual dari WHO (World Health Organization, 2017):

Tabel 2.2 Dampak *Stunting* Berdasarkan WHO *Conceptual Framework*

Jangka pendek	Jangka panjang
1. Kesehatan: ↑ Kematian, ↑ Kesakitan	1. Kesehatan: ↓ Tinggi badan saat dewasa, ↑ Obesitas (kelebihan berat badan) dan penyakit lainnya, ↓ Kesehatan reproduksi
2. Perkemabangan: ↓ Perkembangan kognitif, motorik, dan bahasa	2. Perkembangan: ↓ Prestasi sekolah, ↓ Kemampuan belajar,
3. Ekonomi: ↑ Biaya kesehatan	3. Ekonomi: ↓ Kemampuan kerja, ↓ Produktivitas kerja

Sumber: (World Health Organization, 2017)

Stunting dapat menimbulkan dampak jangka pendek dan jangka panjang. Dampak jangka pendek yaitu terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Dampak jangka panjang diantaranya menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan resiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, *stroke*, dan disabilitas pada usia tua (Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal *and* Transmigrasi, 2017).

Sedangkan menurut World Health Organization, dampak jangka pendek yang ditimbulkan *stunting* yaitu meningkatnya kejadian kesakitan dan kematian; perkembangan kognitif, motorik dan verbal pada anak tidak optimal; dan meningkatnya biaya kesehatan. Sedangkan jangka panjangnya meliputi postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (lebih pendek dibandingkan pada umumnya); meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya; menurunnya kesehatan reproduksi; kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal pada masa sekolah; dan produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal (World Health Organization, 2017).

Puncak dari prevalensi *stunting* yaitu ketika masa pemberian makanan tambahan (saat bayi berusia 0-23 bulan) dikarenakan kurangnya pemenuhan kebutuhan energi dan asupan nutrisi yang berfungsi untuk pertumbuhan anak (Abebe, Haki *and* Baye, 2016). Pemberian makan pada bayi dan anak yang tidak tepat, pemberian ASI yang buruk, adanya penyakit yang terjadi secara berulang, rendahnya pengetahuan ibu, serta kesediaan dan akses pangan merupakan penyebab utama *stunting* (Auwuh, Appiah *and* Mensah, 2018). Anak-anak yang

mengalami *stunting* dengan kekurangan yodium dan zat besi dapat menderita kerusakan otak yang ireversibel (tidak dapat kembali), mengganggu pencapaian potensi perkembangan anak (World Health Organization, 2018)

2.1.4 Pencegahan *stunting*

Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi *stunting* yaitu dengan cara ibu hamil mendapat tablet tambah darah, minimal 90 tablet selama kehamilan, kemudian melalui pemberian makanan tambahan ibu hamil, pemenuhan gizi, melakukan persalinan dengan dokter atau bidan yang ahli, IMD (Inisiasi Menyusui Dini), memberikan ASI Eksklusif pada bayi hingga usia 6 bulan, memberikan makanan pendamping ASI untuk bayi diatas 6 bulan hingga 2 tahun, memberikan imunisasi dasar lengkap dan vitamin A, memantau pertumbuhan balita di Posyandu terdekat, serta melakukan perilaku hidup bersih dan sehat (Pusdatin Kemenkes, 2018).

Stunting pada anak dapat dicegah dengan melakukan tindakan seperti memberikan ASI eksklusif, memberikan makanan pendamping ASI (MP ASI) sesuai usia anak, menjaga kebersihan air dan lingkungan, memantau perkembangan secara rutin di Posyandu, serta memberikan imunisasi secara lengkap (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia *and* Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, 2018):

1. Berikan ASI Eksklusif

ASI eksklusif yaitu pemberian ASI saja, tanpa makanan lain selama 6 bulan.

ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi, karena:

- 1) ASI mengandung zat gizi yang lengkap, diantaranya ada karbohidrat, protein, multi vitamin dan mineral secara lengkap yang mudah diserap

secara sempurna dan sama sekali tidak mengganggu fungsi ginjal bayi yang sangat lemah

- 2) ASI merupakan cairan hidup karena mengandung sel darah putih, zat kekebalan, enzim, hormon dan protein yang cocok untuk bayi

Pemberian makanan/minuman selain ASI sebelum 6 bulan dapat mengurangi produksi ASI, meningkatkan risiko infeksi, alergi serta mengurangi ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi. Kelebihan ASI lainnya yaitu membuat lebih hemat, anak lebih sehat dan cerdas. Kebutuhan gizi pada bayi usia 0-6 bulan cukup terpenuhi dari ASI saja, jadi:

- (1) Berikan ASI yang pertama keluar dan berwarna kekuningan (kolostrum)
- (2) Jangan beri makanan/minuman selain ASI
- (3) Susui bayi sesering mungkin
- (4) Susui setiap bayi menginginkan, paling sedikit 8 kali sehari
- (5) Jika bayi tertidur lebih dari 3 jam, bangunkan lalu susui
- (6) Susui dengan payudara kanan dan kiri secara bergantian
- (7) Susui sampai payudara terasa kosong, lalu pindah ke payudara sisi lainnya

2. Berikan Makanan Pendamping ASI (MP ASI) Sesuai Usia Anak

MP ASI diberikan pada anak usia 6-24 bulan. ASI terus diberikan semau bayi, siang maupun malam karena ASI tetap merupakan makanan paling penting sampai bayi berusia 2 tahun. Saat memberi makan bayi usia antara 6-12 bulan,

selalu berikan ASI terlebih dahulu sebelum memberikan makanan lain.

Setelah berusia 6 bulan, bayi harus mendapatkan kapsul vitamin A.

Menurut WHO (2002) frekuensi pemberian MP ASI berdasarkan usia yaitu:

- 1) 2–3 kali makan per hari untuk bayi berusia 6–8 bulan
- 2) 3–4 kali makan per hari untuk bayi berusia 9–11 bulan dan anak-anak 12–24 bulan
- 3) *Snack* atau makanan ringan (seperti buah atau roti) dapat diberikan 1-2 kali dalam sehari

Kemudian ketika bayi tumbuh, konsistensi makanan pendamping harus berubah dari semipadat ke makanan padat:

- a. Mulai usia 6 bulan: Bayi dapat makan makanan yang kental, dihaluskan, dan makanan semi-padat, seperti bubur
- b. Menjelang 8 bulan: Sebagian besar bayi dapat makan "makanan jari" (camilan yang bisa dimakan oleh anak-anak saja)
- c. Menjelang 12 bulan: Sebagian besar anak-anak dapat makan jenis makanan yang sama seperti yang dikonsumsi oleh orang tuanya (makanan padat bergizi)

3. Jaga Kebersihan atau Sanitasi Air dan Lingkungan

1) Selalu menggunakan jamban yang sehat

Manfaat menggunakan jamban sehat diantaranya yaitu lingkungan menjadi bersih, sehat, dan tidak berbau, kemudian tidak mencemari sumber air dan tanah, serta tidak mengundang datangnya lalat/kecoa/serangga yang dapat menularkan penyakit seperti: diare, kolera, disentri, tifus, kecacingan, infeksi saluran pencernaan.

Pencegahan timbulnya penyakit dapat dilakukan dengan cara pembuatan jamban sehat sehingga lalat tidak dapat menyentuh kotoran manusia dan kotoran tidak mencemari sumber air, pengelolaan air minum mulai dari sumber sampai siap untuk diminum, mengolah makanan dengan benar serta menutup makanan, dan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir saat akan makan.

2) Cuci tangan dengan sabun menggunakan air mengalir

Cuci tangan harus pakai sabun dengan air mengalir, karena dengan memakai sabun dapat membersihkan tangan dari kotoran yang mengandung kuman penyakit.

3) Gunakan air bersih

Jarak letak sumber air dengan jamban dan tempat pembuangan sampah minimal 10 meter. Air harus dijaga kebersihannya seperti tidak ada genangan air di sekitar sumber air, dan dilengkapi dengan saluran pembuangan air, tidak ada kotoran, tidak ada lumut pada lantai/dinding sumur. Sumber mata air harus dilindungi dari bahan pencemar, lalu sumur gali, sumur pompa, kran umum dan mata air harus dijaga bangunannya agar tidak rusak. Ember penampung air dilengkapi dengan penutup dan gayung bertangkai, dijaga kebersihannya. Lantai sumur sebaiknya kedap air (diplester) dan sumur ditutup.

Air bersih memiliki ciri-ciri tidak keruh, tidak berwarna, tidak berbau, air jernih, berasa tawar, bebas endapan dan bebas zat kimia.

4. Pantau Perkembangan Anak

Jangan lupa untuk membawa bayi dan balita dengan membawa buku KIA ke Posyandu untuk mengukur pertumbuhan dan perkembangannya.

5. Berikan Imunisasi pada Balita

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Program imunisasi diwajibkan kepada seseorang sebagai bagian dari masyarakat dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Imunisasi bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Pelayanan imunisasi program balita terdiri dari imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan. Imunisasi dasar diberikan pada bayi berusia dibawah 1 tahun, yang terdiri atas imunisasi terhadap penyakit hepatitis B (HB), poliomyelitis (Polio), tuberkulosis (BCG), difteri (DPT), pertusis (DPT), tetanus (DPT), pneumonia dan meningitis yang disebabkan oleh *Hemophilus influenza* tipe B (Hib), dan campak. Imunisasi lanjutan merupakan ulangan imunisasi dasar untuk mempertahankan tingkat kekebalan dan untuk memperpanjang masa perlindungan anak yang sudah mendapatkan imunisasi dasar. Imunisasi lanjutan pada balita terdiri dari: DPT, HB, Hib lanjutan dan campak lanjutan.

2.1.5 Penatalaksanaan *stunting*

Menurut Kemenerian Desa, 2017 dalam buku saku penanganan *stunting*, penangan *stunting* dilakukan melalui intervensi spesifik dan intervensi sensitif

pada sasaran 1.000 hari pertama kehidupan seorang anak sampai berusia 6 tahun (Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal *and* Transmigrasi, 2017).

a. Intervensi Gizi Spesifik

Intervensi yang ditujukan kepada anak dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan berkontribusi pada 30% penurunan *stunting*.

Intervensi dibagi dalam 3 sasaran:

1. Intervensi dengan sasaran ibu hamil
 - 1) Memberikan makanan tambahan pada ibu hamil untuk mengatasi kekurangan energi dan protein kronis
 - 2) Memberikan suplementasi zat besi dan asam folat
 - 3) Mengatasi kekurangan iodium.
 - 4) Menanggulangi kecacingan pada ibu hamil
 - 5) Melindungi ibu hamil dari Malaria
 - 6) Pembatasan konsumsi kafein selama hamil
 - 7) Pemberian konseling/edukasi gizi
2. Intervensi dengan sasaran ibu menyusui dan anak usia 0-6 bulan
 - 1) Mendorong inisiasi menyusui dini (pemberian ASI jolong/colostrum)
 - 2) Mendorong pemberian ASI Eksklusif
 - 3) Pemberian konseling/edukasi gizi selama menyusui
3. Intervensi dengan sasaran ibu menyusui dan anak usia 7-23 bulan
 - 1) Mendorong penerusan pemberian ASI hingga usia 23 bulan didampingi oleh pemberian MP-ASI
 - 2) Menyediakan obat cacing

- 3) Menyediakan suplementasi zink
- 4) Melakukan fortifikasi zat besi ke dalam makanan
- 5) Memberikan perlindungan terhadap malaria
- 6) Memberikan imunisasi lengkap
- 7) Melakukan pencegahan dan pengobatan diare
- 8) Melakukan pemantauan tumbuh kembang anak

Menurut Stranas percepatan pencegahan *stunting* (2018), terdapat tiga kelompok intervensi gizi spesifik:

1. Intervensi prioritas, yaitu intervensi yang diidentifikasi memiliki dampak paling besar pada pencegahan *stunting* dan ditujukan untuk menjangkau semua sasaran prioritas.
2. Intervensi pendukung, yaitu intervensi yang berdampak pada masalah gizi dan kesehatan lain yang terkait *stunting* dan diprioritaskan setelah intervensi prioritas dilakukan.
3. Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu, yaitu intervensi yang diperlukan sesuai dengan kondisi tertentu, termasuk saat darurat bencana (program gizi darurat).

Tabel 2.3 Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Pencegahan *Stunting*

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Pendukung	Intervensi Prioritas Sesuai Kondisi Tertentu
Kelompok sasaran 1000 HPK			
Ibu hamil	1. Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dari kelompok miskin/ Kurang	1. Suplement asi kalsium 2. Pemeriksaan kehamilan	1. Perlindungan dari malaria 2. Pencegahan HIV

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Pendukung	Intervensi Prioritas Sesuai Kondisi Tertentu
	Energi Kronik (KEK) 2. Suplementasi tablet tambah darah		
Ibu menyusui dengan anak 0-23 bulan	1. Promosi dan konseling menyusui 2. Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA) 3. Tata laksana gizi buruk 4. Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus 5. Pemantauan dan promosi pertumbuhan	1. Promosi dan konseling menyusui 2. Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA) 3. Tata laksana gizi buruk 4. Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus 5. Pemantauan dan promosi pertumbuhan	1. Pencegahan kecacingan
Kelompok sasaran usia lainnya			
Remaja putri dan wanita usia subur	1. Suplementasi tablet tambah darah		
Anak 24-59 bulan	1. Tata laksana gizi buruk 2. Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak	1. Suplementasi kapsul vitamin A 2. Suplementasi taburia 3. Suplementasi zinc	1. Pencegahan kecacingan

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Pendukung	Intervensi Prioritas Sesuai Kondisi Tertentu
	kurus 3. Pemantauan dan promosi pertumbuhan	untuk pengobatan diare 4. Manajemen terpadu balita sakit (MTBS)	

Sumber: (Kementerian Dalam Negeri, Bappenas *and* Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2018)

b. Intervensi Gizi Sensitif

Intervensi ini berkontribusi pada 70% intervensi *stunting*. Sasaran dari intervensi gizi spesifik adalah masyarakat secara umum dan tidak khusus ibu hamil dan balita pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).

Intervensinya meliputi:

1. Menyediakan dan memastikan akses pada air bersih
2. Menyediakan dan memastikan akses pada sanitasi
3. Melakukan fortifikasi bahan pangan
4. Menyediakan akses kepada layanan kesehatan dan keluarga berencana (KB)
5. Menyediakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
6. Menyediakan Jaminan Persalinan Universal (Jampersal)
7. Memberikan pendidikan pengasuhan pada orang tua
8. Memberikan pendidikan anak usia dini universal
9. Memberikan pendidikan gizi masyarakat
10. Memberikan edukasi kesehatan seksual dan reproduksi, serta gizi pada remaja

11. Menyediakan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin

12. Meningkatkan ketahanan pangan dan gizi

2.2 Konsep Balita

2.2.1 Definisi balita

Istilah Balita merupakan kependekan dari bawah lima tahun. Dari istilah tersebut, kita dapat mengetahui bahwa usia balita dimulai semenjak bayi berumur satu sampai lima tahun. Jika dihitung menggunakan bulan maka usia bayi dimulai dari 12-60 bulan. Balita mengalami pertumbuhan dan perkembangan otak yang sangat pesat hingga mencapai fungsi yang optimal. Pertumbuhan dan perkembangan pada masa balita akan mempengaruhi perkembangan kemampuan berbahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional, dan kecerdasan dan merupakan landasan perkembangan selanjutnya (Susilowati *and* Kusoriyanto, 2016).

2 tahun pertama kehidupan merupakan “*critical window*” untuk masa pertumbuhan serta perkembangan kognitif dan sosial. Maka dari itu, memberikan dukungan dan pedoman mengenai pemberian makan yang optimal kepada para ibu atau pengasuh selama masa *critical window* merupakan kunci untuk kesehatan anak (Lowdermilk et al., 2012).

2.2.2 Pertumbuhan dan perkembangan balita

1. Pertumbuhan balita

Pertumbuhan bayi terjadi sangat cepat ketika usia 0-1 tahun. Saat bayi berumur 5 bulan, berat badan (BB) baik sebanyak 2x dari BB waktu lahir. Kemudian pada umur 1 tahun, kenaikannya menjadi 3x BB saat lahir dan menjadi 4x pada usia 2 tahun. Setelah itu, berat badan mulai menurun karena

anak sudah mulai menggunakan banyak energi untuk bergerak (Susilowati *and* Kusoriyanto, 2016).

Parameter antropometri digunakan sebagai dasar untuk penilaian status gizi. Perpaduan dari beberapa parameter disebut dengan index antropometri. Faktor umur sangat penting dalam menentukan status gizi. Pengukuran tinggi dan berat badan menjadi tidak berarti apabila penentuan umur tidak tepat. Beberapa indeks antropometri yang biasanya digunakan meliputi Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB). Status gizi balita dapat diukur menggunakan indeks antropometri dan Indeks Massa Tubuh (IMT). Berikut merupakan indeks antropometri pada balita (Susilowati *and* Kusoriyanto, 2016):

Tabel 2.4 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

Indeks		Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
Berat menurut (BB/U) untuk Anak Umur 0-60 Bulan	Badan Umur	Gizi Buruk	< -3 SD
		Gizi Kurang	-3 SD sampai dengan < -2 SD
		Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
		Gizi Lebih	>2 SD
Tinggi menurut (TB/U) untuk Anak Umur 0-60 Bulan	Badan Umur	Sangat Pendek	< -3 SD
		Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
		Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
		Tinggi	>2 SD
Berat menurut Badan (BB/TB) untuk Anak Umur 0-60 Bulan	Badan Tinggi	Sangat Kurus	< -3 SD
		Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
		Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
		Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut (IMT/U) untuk Anak Umur 0-60 Bulan	Tubuh Umur	Sangat Kurus	< -3 SD
		Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
		Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
		Gemuk	>2 SD

Sumber: (Kemenkes RI, 2011)

Pendek dan sangat pendek merupakan status gizi berdasarkan 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) (Kemenkes RI, 2011).

Tabel 2.5 Standar Panjang Badan menurut Umur (PB/U)
Anak Laki-laki Umur 0-24 Bulan

Umur (bulan)	Panjang badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0	44.2	46.1	48.0	49.9	51.8	53.7	55.6
1	48.9	50.8	52.8	54.7	56.7	58.6	60.6
2	52.4	54.4	56.4	58.4	60.4	62.4	64.4
3	55.3	57.3	59.4	61.4	63.5	65.5	67.6
4	57.6	59.7	61.8	63.9	66.0	68.0	70.1
5	59.6	61.7	63.8	65.9	68.0	70.1	72.2
6	61.2	63.3	65.5	67.6	69.8	71.9	74.0
7	62.7	64.8	67.0	69.2	71.3	73.5	75.7
8	64.0	66.2	68.4	70.6	72.8	75.0	77.2
9	65.2	67.5	69.7	72.0	74.2	76.5	78.7
10	66.4	68.7	71.0	73.3	75.6	77.9	80.1
11	67.6	69.9	72.2	74.5	76.9	79.2	81.5
12	68.6	71.0	73.4	75.7	78.1	80.5	82.9
13	69.6	72.1	74.5	76.9	79.3	81.8	84.2
14	70.6	73.1	75.6	78.0	80.5	83.0	85.5
15	71.6	74.1	76.6	79.1	81.7	84.2	86.7
16	72.5	75.0	77.6	80.2	82.8	85.4	88.0
17	73.3	76.0	78.6	81.2	83.9	86.5	89.2
18	74.2	76.9	79.6	82.3	85.0	87.7	90.4
19	75.0	77.7	80.5	83.2	86.0	88.8	91.5
20	75.8	78.6	81.4	84.2	87.0	89.8	92.6
21	76.5	79.4	82.3	85.1	88.0	90.9	93.1
22	77.2	80.2	83.1	86.0	89.0	91.9	94.9
23	78.0	81.0	83.9	86.9	89.9	92.9	95.9
24	78.7	81.7	84.8	87.8	90.9	93.9	97.0

Sumber: (Kemenkes RI, 2011)

Tabel 2.6 Standar Panjang Badan menurut Umur (PB/U)
Anak Perempuan Umur 0-24 Bulan

Umur (bulan)	Panjang badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0	43.6	45.4	47.3	49.1	51.0	52.9	54.7
1	47.8	49.8	51.7	53.7	55.6	57.6	59.5
2	51.0	53.0	55.0	57.1	59.1	61.1	63.2
3	53.5	55.6	57.7	59.8	61.9	64.0	66.1

Umur (bulan)	Panjang badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-2 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
4	55.6	57.8	59.9	62.1	64.3	66.4	68.6
5	57.4	59.6	61.8	64.0	66.2	68.5	70.7
6	58.9	61.2	63.5	65.7	68.0	70.3	72.5
7	60.3	62.7	65.0	67.3	69.6	71.9	74.2
8	61.7	64.0	66.4	68.7	71.1	73.5	75.8
9	62.9	65.3	67.7	70.1	72.6	75.0	77.4
10	64.1	66.5	69.0	71.5	73.9	76.4	78.9
11	65.2	67.7	70.3	72.8	75.3	77.8	80.3
12	66.3	68.9	71.4	74.0	76.6	79.2	81.7
13	67.3	70.0	72.6	75.2	77.8	80.5	83.1
14	68.3	71.0	73.7	76.4	79.1	81.7	84.4
15	69.3	72.0	74.8	77.5	80.2	83.0	85.7
16	70.2	73.0	75.8	78.6	81.4	84.2	87.0
17	71.1	74.0	76.8	79.7	82.5	85.4	88.2
18	72.0	74.9	77.8	80.7	83.6	86.5	89.4
19	72.8	75.8	78.8	81.7	84.7	87.6	90.6
20	73.7	76.7	79.7	82.7	85.7	88.7	91.7
21	74.5	77.5	80.6	83.7	86.7	89.8	92.9
22	75.2	78.4	81.5	84.6	87.7	90.8	94.0
23	76.0	79.2	82.3	85.5	88.7	91.9	95.0
24	76.7	80.0	83.2	86.4	89.6	92.9	96.1

Sumber: (Kemenkes RI, 2011)

2. Perkembangan balita

Balita mulai mengalami perubahan kemampuan psikomotor yang cukup drastis. Balita mulai terampil untuk melatih kemampuan motorik kasarnya, seperti berlari, memanjat, melompat, berguling, berjinjit, menggenggam dan melempar untuk mengelola keseimbangan tubuh. Sedangkan pada periode akhir, balita mulai melatih kemampuan motorik halus, seperti menulis, menggambar, meronce, dan menggunakan gerakan pincer, yaitu memegang benda menggunakan jari telunjuk dan ibu jari saja, contohnya ketika memegang alat tulis, mencubit dan memegang sendok untuk memasukkan makanan ke mulut bayi, dan mengikat tali sepatu. Selain kemampuan motorik, kemampuan bahasa balita juga mengalami

pertumbuhan pesat. Saat balita berusia 2 tahun, balita sudah menguasai sekitar 50 kosakata. Kemudian balita mulai berbicara kalimat sederhana yang berisi tiga kata saat berusia 3 tahun. Balita juga mulai belajar tata bahasa melalui ibunya. Balita sudah menguasai lebih dari 1000 kosa kata saat berusia 5 tahun (Susilowati *and* Kusoriyanto, 2016).

2.3 Konsep Nutrisi pada Balita

Kesehatan anak sangat ditentukan oleh seribu hari pertama kehidupan. Seribu hari pertama kehidupan dimulai sejak janin berada dalam kandungan hingga anak mencapai usia dua tahun. Masa tersebut dinamakan *window of opportunity* atau periode emas masa pertumbuhan. Gangguan pada periode emas tersebut dapat bersifat *irreversible* (tidak dapat diperbaiki) sehingga dapat mempengaruhi outcome kesehatan pada anak bahkan hingga dewasa. Perkembangan anak berlanjut hingga berusia 5 tahun, yang disebut dengan *golden period*. Perkembangan otak anak berlangsung sangat cepat. Asupan nutrisi merupakan salah satu faktor yang menentukan keberhasilan dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal bagi bayi, terutama saat bayi dalam periode emas. Kekurangan nutrisi pada masa awal kehidupan dapat mengakibatkan terjadinya *growth flatering* (gagal tumbuh) sehingga bayi dapat tumbuh menjadi anak yang lebih pendek dari panjang atau tinggi normalnya. Perkembangan kognitif, morbiditas dan mortalitas bayi juga dapat terganggu (Fikawati, Syafiq *and* Karima, 2015).

2.3.1 Nutrisi dan makanan bayi baru lahir

Penelitian menunjukkan bahwa kurangnya asupan nutrisi yang terjadi di awal kehidupan akan berdampak negatif dalam hal perkembangan saraf,

perkembangan struktural dan fungsional otak, pengalaman anak dan perilaku (Muhoozi *et al.*, 2017).

Nutrisi yang baik pada masa bayi mendorong pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal. Pemberian makan bayi lebih dari sekedar pemberian nutrisi; hal ini merupakan kesempatan untuk interaksi sosial, psikologis, dan bahkan pendidikan antara orang tua dan bayi. Selain itu juga dapat membentuk dasar untuk mengembangkan kebiasaan makan yang baik yang berlangsung seumur hidup. Bukti ilmiah jelas bahwa ASI menjelaskan bahwa nutrisi terbaik untuk bayi, dan orang tua sangat dianjurkan untuk memilih menyusui (Lowdermilk *et al.*, 2012).

Meskipun banyak penyedia layanan kesehatan dan masyarakat umum menganggap susu formula bayi setara dengan ASI, kepercayaan tersebut keliru. ASI adalah spesies-spesifik, dirancang secara unik untuk memenuhi kebutuhan bayi manusia. Komposisi ASI mengalami perubahan untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi yang sedang tumbuh. Perubahan yang terjadi sangat kompleks, dengan komponen antiinfeksi dan nutrisi yang dikombinasikan dengan faktor pertumbuhan, enzim yang membantu pencernaan dan penyerapan nutrisi, dan asam lemak yang mendorong pertumbuhan dan perkembangan otak. Susu formula bayi biasanya cukup dalam memberikan nutrisi untuk mempertahankan pertumbuhan dan perkembangan bayi dalam batas normal, tetapi susu formula tidak setara dengan ASI (Lowdermilk *et al.*, 2012).

2.3.2 Nutrisi bayi yang direkomendasikan

The American Academy of Pediatrics (AAP) merekomendasikan pemberian ASI eksklusif atau ASI selama 6 bulan pertama kehidupannya dan

pemberiannya terus berlanjut sebagai satu-satunya sumber ASI untuk tahun pertama. Selama 6 bulan kedua kehidupan, makanan pendamping yang tepat (makanan padat) ditambahkan ke makanan bayi. Jika bayi disapih sebelum usia 12 bulan, mereka harus menerima susu formula yang diperkaya zat besi, bukan susu sapi (Section on Breastfeeding, 2012). Berdasarkan *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, didukung oleh World Health Organization (WHO) dan United Nations Children's Fund (UNICEF), bayi harus diberi ASI eksklusif selama 6 bulan, dan menyusui harus dilanjutkan hingga 2 tahun keatas (World Health Organization, 2003).

Banyak penelitian telah mengidentifikasi efek menguntungkan dari air susu bagi bayi selama tahun pertama kehidupan. Studi epidemiologi jangka panjang telah menunjukkan bahwa manfaat ini tidak berakhir ketika bayi disapih; sebaliknya, mereka meluas ke masa kanak-kanak dan seterusnya. Menyusui memiliki banyak manfaat bagi para ibu, keluarga, dan masyarakat pada umumnya (Lowdermilk et al., 2012). Menurut UNICEF (2011), menyusui memberikan keuntungan karena dapat memberikan semua nutrisi yang dibutuhkan bayi untuk enam bulan pertama kehidupan, dan terus memberi manfaat bersama makanan padat selama berbulan-bulan; melindungi bayi dari infeksi dan penyakit lain dan dapat mengurangi peluang terkena penyakit terkait di kemudian hari; memperkuat ikatan Ibu dan bayi, baik secara fisik maupun emosional; ASI mudah diserap bayi dan merupakan makanan yang sempurna untuk membantu proses pertumbuhan dan perkembangannya. Susu formula bayi tidak memberikan perlindungan terhadap infeksi dan penyakit lainnya (UNICEF, 2011).

Tabel 2.7 Keuntungan Menyusui

Keuntungan bagi bayi	Keuntungan bagi ibu	Keuntungan bagi keluarga dan masyarakat
1. Menurunkan kejadian dan tingkat keparahan penyakit menular: <i>bacterial meningitis</i> , <i>bacteremia</i> , diare, infeksi pernafasan, <i>necrotizing enterocolitis</i> , <i>otitis media</i> , infeksi saluran kemih, <i>late-onset sepsis in preterm infants</i>	1. Penurunan perdarahan <i>postpartum</i> dan involusi uterus yang lebih cepat	1. Mudah; <i>ready to feed</i>
2. Mengurangi mortalitas bayi <i>postneonatal</i>	2. Mengurangi risiko kanker ovarium dan kanker payudara selama masa <i>premenopause</i>	2. Tidak memerlukan botol atau peralatan lain
3. Menurunkan tingkat <i>Sudden Infant Death Syndrome</i> (SIDS)	3. Menurunkan risiko hipertensi, hiperkolesterolemia, dan penyakit kardiovaskular	3. Lebih murah dari susu formula
4. Menurunkan kejadian diabetes tipe 1 dan tipe 2	4. Pengembalian berat badan ke sebelum kehamilan	4. Mengurangi biaya perawatan kesehatan setiap tahun
5. Menurunkan kejadian limfoma, leukemia, Hodgkin disease	5. Menurunkan risiko osteoporosis pascamenopause	5. Mengurangi jumlah ketidakhadiran orang tua dalam bekerja akibat bayi yang sakit
6. Menurunkan risiko obesitas dan hiperkolesterolemia	6. <i>Unique bonding experience</i>	6. Berkurangnya beban lingkungan terkait dengan pembuangan kaleng formula
7. Menurunkan kejadian dan tingkat keparahan asma dan alergi lainnya	7. Meningkatkan pencapaian peran ibu	
8. Kemungkinan meningkatkan perkembangan kognitif		
9. Meningkatkan perkembangan rahang dan menurunkan masalah maloklusi dan ketidakselarasan gigi		
10. Efek analgesik untuk bayi yang menjalani prosedur		

Keuntungan bagi bayi	Keuntungan bagi ibu	Keuntungan bagi keluarga dan masyarakat
yang dapat menyebabkan nyeri, seperti <i>venipuncture</i>		

2.3.3 Kebutuhan gizi balita

Menurut Susilowati (2016), kebutuhan gizi balita meliputi karbohidrat, protein, lemak, serat vitamin dan mineral, sertacairan (Susilowati *and* Kusoriyanto, 2016). Berikut uraiannya:

1. Energi

Energi adalah kemampuan atau tenaga untuk melakukan kerja yang diperoleh dari zat-zat penghasil energy. Energi sangat penting karena diperlukan untuk terjadinya proses yang mendasari kehidupan (Susilowati *and* Kusoriyanto, 2016). Berikut merupakan angka kecukupan energi anak berusia hingga usia 1 tahun:

Tabel 2.8 Angka Kecukupan Energi untuk Bayi

Golongan Umur	Kecukupan Energi (kkal/kg/hari)
1-3 bulan	110
3-6 bulan	100
6-9 bulan	95
9 bulan – 1 tahun	100

Sumber: (Lowdermilk *et al.*, 2012)

ASI mengandung 67 kkal/100 ml atau 20 kkal/oz. Proporsi lemak yang ada dalam ASI memberikan jumlah terbesar untuk kebutuhan energi (Lowdermilk *et al.*, 2012).

2. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi utama. Pati dan gula merupakan bentuk karbohidrat makanan. Sereal, kacang-kacangan, biji-bijian, dan

sayuran akar memiliki bagian utama berupa pati. Satu gram karbohidrat mengandung 4 kkal. Roti, sereal, nasi, mie dan kentang merupakan contoh makanan kaya karbohidrat. Anak dengan usia 1 tahun keatas dianjurkan mengonsumsi karbohidrat sebanyak 50%-60% dalam sehari (Susilowati *and* Kusoriyanto, 2016).

Kebutuhan karbohidrat untuk bayi selama 6 bulan pertama yaitu 60 g/hari dan untuk 6 bulan kedua sebanyak 95 g/hari. Karbohidrat setidaknya harus memenuhi sebanyak 40% hingga 50% dari total kalori dalam makanan (Lowdermilk *et al.*, 2012).

3. Protein

Protein berfungsi sebagai pertumbuhan, pemeliharaan dan perbaikan jaringan tubuh, serta membuat enzim pencernaan dan zat kekebalan yang bekerja untuk melindungi tubuh, sebagai prekursor untuk neurotransmitter demi perkembangan otak yang baik nantinya. Ikan, susu, daging, telur, kacang-kacangan merupakan merupakan sumber protein. Konsumsi susu dengan minuman berkadar vitamin C yang tinggi dapat membantu penyerapan zat besi bagi vegetarian. Kebutuhan protein pada anak-anak lebih tinggi daripada orang dewasa. Kebutuhan perotein berdasarkan berat badan yaitu (Susilowati *and* Kusoriyanto, 2016):

- a. 2.2 g/kg BB/hari pada usia <6 bulan
- b. 2 g/kg BB/hari pada usia 6-12 bulan
- c. 1-1,5 g/kg BB/hari pada usia di atas 1 tahun

Berikut merupakan angka kecukupan protein per hari untuk balita:

Tabel 2.9 Angka Kecukupan Protein untuk Balita per Hari

Golongan Umur	g/hari
1-3 tahun	26
4-6 tahun	35

Sumber: (Kementrian Kesehatan RI, 2013)

4. Lemak

Lemak juga salah satu sumber energi dengan konsentrasi yang cukup tinggi. 1 gram lemak setara dengan energi sebanyak 9 kkal. Lemak berfungsi sebagai sumber asam lemak esensial, pelarut vitamin (A, D, E dan K), dan sebagai penyedap member rasa gurih pada makanan. Mentega, susu, daging, ikan, dan minyak nabati merupakan contoh makanan yang mengandung lemak. Seperti protein, balita membutuhkan lebih banyak lemak daripada orang dewasa karena terdapat proses pertumbuhan dan perkembangan yang lebih banyak menggunakan energi (Susilowati *and* Kusoriyanto, 2016).

Berikut merupakan angka kecukupan lemak per hari untuk balita:

Tabel 2.10 Angka Kecukupan Lemak untuk Balita per Hari

Golongan Umur	g/hari
1-3 tahun	44
4-6 tahun	62

Sumber: (Kementrian Kesehatan RI, 2013)

5. Serat

Serat merupakan bagian dari karbohidrat dan protein nabati yang tidak dipecah dalam usus kecil dan penting untuk mencegah berbagai gangguan pada usus, contohnya sembelit. Serat mampu membuat perut anak menjadi cepat penuh dan merasa lebih kenyang (Susilowati *and* Kusoriyanto, 2016).

6. Vitamin dan mineral

Vitamin adalah zat organik kompleks yang dibutuhkan dalam jumlah yang sangat kecil untuk beberapa proses penting yang dilakukan di dalam tubuh. Usia balita cenderung kekurangan zat besi, sehingga harus diberikan asupan makanan yang mengandung zat besi. Makanan dan minuman yang mengandung vitamin C sangat bermanfaat untuk penyerapan zat besi. Kalsium juga penting untuk pertumbuhan tulang dan gigi balita. Susu merupakan sumber kalsium terbaik (Susilowati *and* Kusoriyanto, 2016).

7. Cairan

Air merupakan zat yang sangat penting bagi anak karena memang sebagian besar tubuh manusia tersusun dari air. Bayi dan anak juga lebih mudah mengalami dehidrasi akibat muntah-muntah dan diare berat (Susilowati *and* Kusoriyanto, 2016).

2.4 Konsep Perilaku

2.4.1 Definisi perilaku

Perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang sebagai hasil bersama atau resultan antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun faktor eksternal. Menurut Skinner (1938), perilaku adalah respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Sedangkan, menurut Robert Kwick (1974) menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organism yang dapat dinikmati dan bahkan dapat dipelajari (Notoatmojo, 2003 dalam Indriyani & Asmuji, 2014).

2.4.2 Faktor yang mempengaruhi perilaku

Bentuk perilaku menurut Notoatmojo (2003) yaitu (Indriyani *and* Asmuji, 2014):

1. Pasif

Bentuk perilaku pasif yaitu respons internal, yaitu terjadi dalam diri manusia dan tidak dapat dilihat secara langsung oleh orang lain. Contoh: berpikir, tanggapan atau sikap lain, pengetahuan

2. Aktif

Bentuk perilaku aktif yaitu apabila perilaku yang dilakukan itu jelas, sehingga dapat diobservasi secara langsung.

Menurut Grace (1980), perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu (Indriyani *and* Asmuji, 2014):

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing factors*)

Faktor predisposisi mencakup pengetahuan, sikap masyarakat, tradisi dan kepercayaan masyarakat, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, dan lingkungan sosial.

2. Faktor Pendukung (*Enabling factors*)

Faktor pendukung mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas bagi masyarakat.

3. Faktor Pendorong (*Reinforcing factors*)

Faktor pendorong mencakup faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap, dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan.

Menurut Notoatmojo (2003), faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku manusia ada dua, yaitu (Indriyani *and* Asmuji, 2014):

1. Faktor internal

1)Ras/keturunan

Setiap ras yang ada di dunia memperlihatkan tingkah laku yang khas pula. Tingkah laku yang khas ini berbeda pada setiap ras karena memiliki ciri-ciri tersendiri.

2)Jenis Kelamin

Perbedaan berdasarkan jenis kelamin meliputi cara berpakaian, melakukan pekerjaan sehari-hari, dan pembagian tugas. Perbedaan yang timbul dapat dipengaruhi oleh faktor hormonal, struktur fisik, maupun norma pembagian tugas. Perempuan sering kali cenderung berperilaku berdasarkan perasaan, sedangkan laki-laki cenderung bertindak atas pertimbangan rasional.

3)Sifat Fisik

Kretschmer Sheldon membuat tipologi perilaku seseorang berdasarkan tipe fisik. Misalnya, orang yang pendek, bulat, gendut, wajah berlemak adalah tipe piknis. Orang dengan ciri demikian dikatakan senang bergaul, humoris, ramah, dan banyak teman.

4)Kepribadian

Kepribadian merupakan corak kebiasaan manusia yang terhimpun dalam dirinya. Kepribadian digunakan untuk berinteraksi dan menyesuaikan diri dengan segala rangsang, baik dari dalam dirinya maupun lingkungan sekitar.

5)Inteligensi

Inteligensi merupakan keseluruhan kemampuan individu untuk berpikir dan bertindak secara terarah dan efektif. Tingkah laku yang dipengaruhi oleh inteligensi adalah tingkah laku dimana seseorang dapat bertindak secara cepat, tepat, dan mudah terutama dalam mengambil keputusan.

6)Bakat

Kondisi seseorang yang memungkinkannya dengan suatu latihan khusus mencapai suatu kecakapan, pengetahuan, dan keterampilan khusus.

2. Faktor eksternal

1)Pendidikan

Inti dari kegiatan pendidikan adalah proses belajar mengajar. Perilaku merupakan hasil dari proses belajar mengajar. Seseorang yang berpendidikan tinggi akan berbeda perilakunya dengan orang yang berpendidikan rendah.

2)Agama

Agama menjadikan seseorang bertingkah laku sesuai dengan nilai dan norma yang diajarkan oleh keyakinan agama yang dianutnya.

3)Kebudayaan

Kebudayaan dapat diartikan sebagai kesenian, adat istiadat, atau peradaban manusia. Budaya yang berbeda akan menimbulkan tingkah laku yang berbeda juga.

4) Lingkungan

Lingkungan merupakan segala sesuatu yang ada di sekitar seseorang, baik lingkungan fisik, biologis maupun sosial, yang dapat mempengaruhi perubahan sifat dan perilakunya.

5) Sosial ekonomi

Status ekonomi seseorang akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu.

2.4.3 Prosedur pembentukan perilaku

Prosedur pembentukan perilaku menurut Skinner yaitu:

1. Mengidentifikasi hal-hal yang menjadi penguat atau *reinforcer* berupa hadiah atau *reward* bagi perilaku yang dibentuk.
2. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Setelah itu, komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat. Dengan begitu, terbentuklah perilaku yang dimaksud.
3. Dengan menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan-tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforcer* atau hadiah untuk masing-masing komponen.
4. Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan urutan komponen pembentuk perilaku yang telah disusun. Apabila komponen pertama telah dilakukan, hadiahnya diberikan sehingga sehingga komponen perilaku tersebut cenderung sering dilakukan. Setelah perilaku tersebut terbentuk, maka komponen perilaku yang kedua akan diberi hadiah setelah dilakukan. Demikian dilakukan berulang-ulang hingga komponen kedua terbentuk.

Setelah komponen perilaku kedua terbentuk, kemudian dilanjutkan dengan komponen ketiga, dan selanjutnya sampai perilaku yang diharapkan terbentuk (Notoatmojo, 2003 dalam Indriyani & Asmuji, 2014).

2.4.4 Domain perilaku

Domain perilaku merupakan faktor-faktor yang dapat membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda, yaitu (Indriyani *and* Asmuji, 2014):

1. Determinan atau faktor internal

Faktor internal meliputi karakteristik yang bersangkutan, dapat bersifat *given* atau bawaan. Contoh: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.

2. Determinan atau faktor eksternal

Faktor eksternal meliputi lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini merupakan faktor yang dominan untuk mempengaruhi perilaku seseorang.

Benyamin Bloom (1908), seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia dalam tiga domain, yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor. Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni (Indriyani *and* Asmuji, 2014):

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

a. Proses adopsi perilaku

Penelitian Rogers (1974) dalam Indriyani & Asmuji, 2014 melaporkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses sebagai berikut:

- 1) *Awareness* (kesadaran): orang tersebut menyadari atau mengetahui stimulus (objek) lebih duahulu.
- 2) *Interest*: orang mulai tertarik kepada stimulus.
- 3) *Evaluation*: menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus bagi dirinya. Sikap responden berarti sudah lebih baik lagi.
- 4) *Trial*: seseorang mulai mencoba perilaku baru.
- 5) *Adoption*: subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

b. Tingkat pengetahuan dalam domain kognitif

Tingkat pengetahuan dalam domain kognitif memiliki enam tingkatan, yaitu:

- 1) Tahu (*Know*): seseorang telah mengetahui mengenai apa yang dipelajari. Hal tersebut ditunjukkan dengan menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.
- 2) Memahami (*Comprehension*): seseorang mampu untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- 3) Aplikasi (*Application*): seseorang mampu untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.

- 4) Analisis (*Analysis*): mampu menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- 5) Sintesis (*Synthesis*): kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- 6) Evaluasi (*Evaluation*): kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

c. Pengukuran tingkat pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara/ pemberian angket dengan memberikan kuesioner mengenai objek pengetahuan yang akan diukur. Selanjutnya dilakukan penilaian dimana setiap jawaban benar dari masing-masing pertanyaan diberi nilai 1. Sebaliknya, jika salah maka diberi nilai 0. Penilaian dilakukan dengan membandingkan jumlah skor jawaban dengan skor yang diharapkan (tertinggi) kemudian dikalikan 100% dan hasilnya berupa persentase dengan rumus berikut (Notoatmodjo, 2007):

$$p = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

p = persentase

f = jumlah jawaban benar

n = jumlah skor maksimal

Pengetahuan dapat diketahui dan diinterpretasikan dalam tiga kategori/tingkatan dengan skala berikut:

- 1) Baik : hasil persentase 76%-100%
- 2) Cukup : hasil persentase 56%-75%
- 3) Kurang: hasil persentase <56%

2. Sikap (*Attitude*)

Menurut Notoatmojo (2003), sikap yaitu reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu objek atau stimulus (Indriyani *and* Asmuji, 2014):

a. Komponen utama pembentukan sikap

Pembentukan sikap terdiri dari tiga komponen utama, yaitu:

1) Komponen afektif

Berhubungan dengan perasaan atau emosi seseorang atau sesuatu.

2) Komponen kognitif

Sikap mengandung pemikiran atau kepercayaan tentang seseorang atau suatu objek.

3) Komponen perilaku

Sikap terbentuk dari tingkah laku seseorang atau perilakunya.

b. Pembagian sikap

1) Sikap positif

Sikap yang menunjukkan atau memperlihatkan, menerima, mengakui, menyetujui, serta melaksanakan norma-norma yang berlaku di tempat seseorang berada.

2) Sikap negatif

Sikap yang menunjukkan atau memperlihatkan penolakan atau tidak menyetujui terhadap norma-norma yang berlaku di tempat seseorang berada.

c. Tingkatan sikap

Sikap terdiri dari tiga tingkatan, yaitu:

1) Menerima (*Receiving*)

Seseorang (subjek) mau dan memerhatikan stimulus yang diberikan (objek)

2) Merespons (*Responding*)

Seseorang dapat memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan atau menyelesaikan tugas dan kewajiban. Dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, entah pekerjaan tersebut benar atau salah, berarti orang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah merupakan suatu indikasi sikap tingkat 3.

4) Bertanggung jawab

Sikap yang paling tinggi yaitu dapat bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilih dengan segala risiko.

d. Pengukuran sikap

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Pengukuran sikap secara langsung dapat dilakukan dengan mengajukan beberapa pertanyaan tentang objek yang ditanyakan (Notoatmodjo, 2007). Pengukuran skala sikap yang sering digunakan yaitu skala likert yang terdiri dari 4 jawaban, yaitu sangat setuju (SS) = 4, setuju (S) = 3, tidak setuju (TS) = 2, sangat tidak setuju (STS) = 1 untuk pernyataan positif. Sedangkan untuk pertanyaan negatif ketentuannya yaitu SS = 1, S = 2, TS = 3, STS = 4. Penilaian sikap dibedakan atas sikap positif dan sikap negatif. Sikap positif yaitu sikap yang menunjukkan atau memperlihatkan, menerima, mengakui, menyetujui serta melaksanakan suatu aturan yang berlaku dimana seseorang itu berada. Sikap negatif yaitu sikap yang menunjukkan atau memperlihatkan penolakan atau tidak menyetujui terhadap aturan suatu hal dimana seseorang itu berada. Kategori sikap positif apabila skor $T \geq T$ mean dan sikap negatif apabila skor $T < T$ mean dengan rumus (Azwar, 2007):

$$T = 50 + \frac{10 X - X''}{S}$$

Keterangan:

X : Skor responden

X'' : Nilai rata-rata kelompok

S : Standar deviasi (simpang baku)

3. Praktik atau tindakan (*Practice*)

Sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata, perlu adanya faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan. Berikut merupakan beberapa tingkatan tindakan:

1) Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

2) Respons terpimpin (*Guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh yang ada.

3) Mekanisme (*Mechanism*)

Jika seseorang dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis.

Dapat juga sesuatu itu merupakan kebiasaan yang dilakukan.

4) Adopsi (*Adoption*)

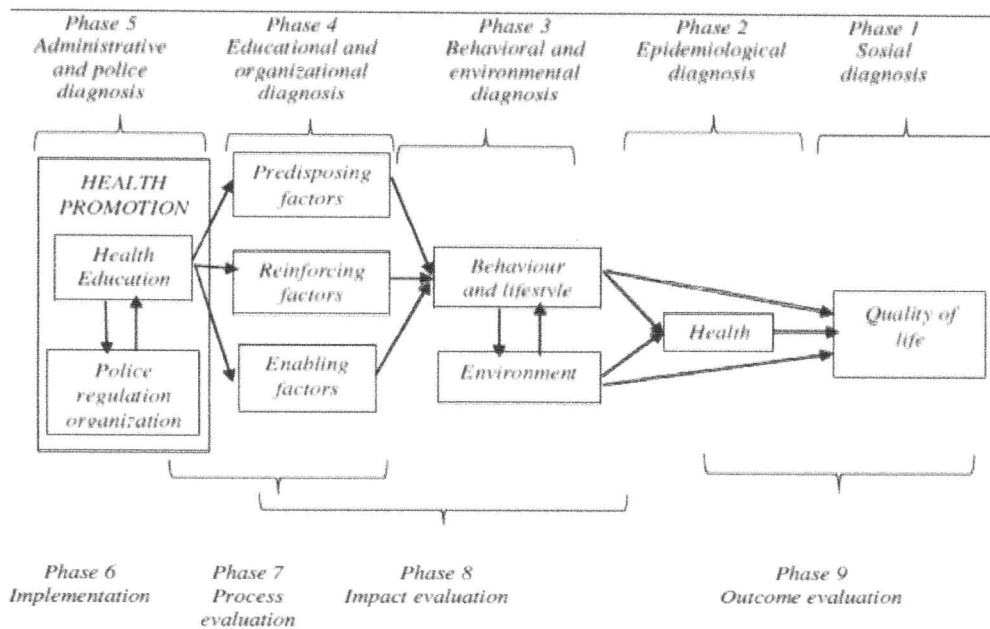
Praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik.

Cara mengukur atau memperoleh data praktik / tindakan yaitu dengan cara pengamatan atau observasi secara langsung tindakan responden, namun dapat juga dilakukan wawancara dengan pendekatan recall atau mengingat kembali tindakan yang telah dilakukan responden beberapa waktu yang lalu (Notoatmodjo, 2007).

2.4.5 Perilaku kesehatan berdasarkan teori Lawrence W. Green

Berdasarkan analisis dari Lawrence Green mengenai perilaku manusia ditinjau dari tingkat kesehatannya, didapatkan hasil bahwa kesehatan seseorang

atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor luar lingkungan (*nonbehavior causes*). Untuk mencapai suatu perilaku kesehatan, dibutuhkan pengelolaan manajemen program melalui tahap pengkajian, perencanaan, intervensi sampai dengan penilaian dan evaluasi. Berikut merupakan bagan mengenai pelaksanaan teori Lawrence Green (Nursalam, 2017):



Gambar 2.1 *Precede-proceed model* (Green LW. & Kreuter MW, 1991)
Sumber: (Nursalam, 2017)

Precede-proceed model mengkaji masalah perilaku manusia dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, serta cara menindaklanjutinya dengan berusaha mengubah, memelihara atau meningkatkan perilaku tersebut kearah yang lebih positif. Proses pengkajian atau pada tahap *precede* dan proses penindaklanjutan pada tahap *proceed*. Suatu program untuk memperbaiki kesehatan adalah penerapan keempat proses pada umumnya ke dalam model pengkajian dan penindaklanjutan (Nursalam, 2017).

1. Kualitas hidup adalah sasaran utama yang ingin dicapai di bidang pembangunan sehingga kualitas hidup semakin tinggi. Kualitas hidup salah satunya dipengaruhi oleh derajat kesehatan. Semakin tinggi derajat kesehatan seseorang, maka kualitas hidup juga semakin tinggi.
2. Derajat kesehatan adalah sesuatu yang ingin dicapai dalam bidang kesehatan, dengan adanya derajat kesehatan akan menggambarkan masalah kesehatan yang sedang dihadapi. Pengaruh paling besar terhadap derajat kesehatan seseorang adalah faktor perilaku dan faktor lingkungan.
3. Faktor lingkungan adalah faktor fisik, biologis, dan sosial budaya yang langsung atau tidak langsung mempengaruhi derajat kesehatan.
4. Faktor perilaku dan gaya hidup adalah suatu faktor yang timbul karena adanya aksi dan reaksi seseorang atau organisme terhadap lingkungannya. Faktor perilaku akan terjadi apabila ada rangsangan, sedangkan gaya hidup merupakan pola kebiasaan seseorang atau sekelompok orang yang dilakukan karena jenis pekerjaannya, mengikuti trend yang berlaku dalam kelompok sebayanya ataupun hanya untuk meniru dari tokoh idolanya.

Suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi atau perilaku tertentu. Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor (Nursalam, 2017):

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*) yaitu faktor internal pada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu berperilaku yang diwujudkan dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai, dan sebagainya.

2. Faktor pendukung (*enabling factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana- sarana kesehatan.
3. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) yaitu faktor yang menguatkan perilaku. Faktor ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, teman sebaya, orang tua, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Faktor penyebab di atas dipengaruhi oleh faktor penyuluhan dan faktor kebijakan, peraturan serta organisasi. Semua faktor tersebut merupakan ruang lingkup promosi kesehatan (Nursalam, 2017).

2.5 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.5.1 Definisi pendidikan kesehatan

Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa pendidikan secara umum merupakan segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dengan adanya pendidikan diharapkan mampu meningkatkan kesehatan dengan dimensi perubahan, pembinaan dan pengembangan perilaku (Habibi, 2015).

2.5.2 Tujuan pendidikan kesehatan

Tujuan dilakukannya pendidikan kesehatan adalah untuk merubah sikap dan tingkah laku individu, keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat dalam membina serta melestarikan perilaku hidup sehat. Selain itu, pendidikan kesehatan berperan aktif dalam usaha mengoptimalkan derajat kesehatan (Nursalam and Efendi, 2008). Tujuan pendidikan kesehatan antara lain (Maulana, 2009 dalam Safitri, 2017) :

1. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang berharga dimasyarakat
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat

2.5.3 Metode pendidikan kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2003), metode pendidikan kelompok terdiri dari (Habibi, 2015):

1. Kelompok kecil

Kelompok kecil dikatakan apabila jumlah peserta kurang dari lima belas orang. Metode yang cocok untuk kelompok kecil antara lain diskusi kelompok (group discussion), curah pendapat (brainstorming), bola salju (snow balling) kelompok kecil-kecil (buzzgroup), bermain peran (roleplay) dan permainan simulasi (simulasi game).

2. Kelompok besar

Kelompok besar yaitu kelompok dengan jumlah peserta melebihi lima belas orang. Metode untuk kelompok besar sebaiknya menggunakan ceramah dan seminar.

Metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan menurut Suliha (2002) dalam Habibi, (2015) yaitu:

1. Diskusi kelompok

Diskusi kelompok merupakan percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan diantara tiga orang atau lebih mengenai topik tertentu. Terdapat

seorang pemimpin yang bertugas untuk memecahkan suatu permasalahan serta membuat suatu keputusan.

2. Metode panel

Panel yaitu pembicaraan yang sudah direncanakan di depan peserta mengenai sebuah topik. Metode ini memerlukan tiga panelis atau lebih dan diperlukan seorang pemimpin. Proses diskusi panel tidak melibatkan audiens secara langsung.

3. Forum panel

Forum panel merupakan panel yang didalamnya pengunjung ikut berpartisipasi dalam diskusi, misalnya audiens disuruh untuk merumuskan hasil pembahasan dalam diskusi.

4. Bermain peran /*role play*

Metode *role play* dilakukan oleh beberapa orang sebagai bahan analisis oleh kelompok. Para peserta diminta untuk memerankan berbagai karakter dalam suatu kasus kemudian peserta diminta membayangkan diri sendiri tentang tindakan atau peranan tertentu yang diciptakan bagi mereka oleh pelatih (Notoatmodjo, 2005 dalam Habibi, 2015).

5. Simposium

Simposium adalah metode mengajar dengan membahas suatu persoalan dipandang dari berbagai sudut pandang berdasarkan keahlian. Setelah penyaji memberikan pandangannya mengenai suatu masalah, maka simposium diakhiri dengan pembacaan kesimpulan.

6. Demonstrasi

Metode ini dipersiapkan untuk memperlihatkan bagaimana cara menjalankan sesuatu tindakan atau memperlihatkan bagaimana menggunakan suatu prosedur. Sasaran pendidikan kesehatan dapat mencoba sendiri prosedur yang telah diperlihatkan oleh penyaji.

7. Ceramah

Metode ini sesuai bagi sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Ceramah merupakan cara menyajikan pelajaran melalui penuturan secara lisan atau penjelasan langsung pada sasaran.

8. *Brainstorming*

Pada metode *braintorming*, terdapat fasilitator yang memimpin dengan memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban dan tanggapan. Tanggapan tersebut ditulis oleh seorang notulen. Tidak ada komentar maupun saran pada *brainstorming*. Setelah semua peserta menyampaikan pendapat masing-masing, tahap selanjutnya yaitu memberikan komentar dan diskusi (Effendi & Makhfudli, 2013 dalam Habibi, 2015).

2.5.4 Media pendidikan kesehatan

Media pendidikan kesehatan merupakan saluran komunikasi yang digunakan untuk mengirimkan pesan kesehatan. Media tersebut meliputi (Nursalam and Efendi, 2008):

1. Media elektronik: radio, televisi, internet, telepon, *handphone*, teleconference
2. Media cetak: majalah, koran, leaflet, *booklet*, *flyer*, billboard, spanduk, poster, *flannelgraph*, *bulletin board*.

3. Media lain: surat

Penggunaan media pendidikan kesehatan ditentukan oleh banyaknya sasaran, keadaan geografis, karakteristik partisipan, dan sumber daya pendukung. Macam media pendidikan kesehatan yaitu (Nursalam and Efendi, 2008):

1) Leaflet atau pamflet

Berisi tulisan yang dicetak dalam kertas mengenai materi yang ingin disampaikan. Sasaran yang diberi leaflet harus bisa membaca. Biasanya tulisan terdiri dari 200-400 kata dan diselingi gambar. Ukuran leaflet 20 x 30 cm. Penyajiannya dengan dilipat. Biasanya leaflet diberikan setelah selesai kuliah/ceramah pada sasaran. Leaflet berguna sebagai pengingat dan memperkuat pesan yang telah disampaikan

2) Booklet

Booklet berupa buku kecil yang berisi tulisan atau gambar atau kedua-duanya. Sama seperti leaflet, sasaran untuk *booklet* ini juga untuk masyarakat yang dapat membaca.

3) Flyer

Berbenruk selebaran. Mirip seperti leaflet, tetapi tidak terlipat. Biasanya disebarakan melalui pesawat udara.

4) Billboard

Bentuknya papan besar berukuran 2 x 2 m. Berisi tulisan dan/atau gambar yang ditempatkan di pinggir jalan besar, sehingga dapat dilihat dan dibaca oleh pengguna jalan. Tulisan yang ada pada billboard harus cukup besar agar dapat dibaca oleh pengendara yang berkecepatan tinggi

tanpa mengganggu konsentrasinya dalam berkendara. Selain melalui papan di pinggir jalan, billboard dapat ditempelkan di kendaraan dalam bentuk gambar besar, misalnya di bus kota agar meraih lebih banyak sasaran.

5) Poster

Poster adalah pesan singkat dalam bentuk gambar dengan ukuran sekitar 50 x 60 cm. Satu poster untuk satu tema karena ukuran yang terbatas. Poster harus dikemas dengan menarik, baik dari segi tulisan dan gambar. Kata-kata dalam poster tidak boleh lebih dari tujuh kata dan hurufnya dapat dibaca dengan jarak lebih dari enam meter. Poster bertujuan untuk mengingatkan kembali dan mengarahkan pembaca ke arah tindakan tertentu atau sebagai bahan diskusi kelompok.

6) *Flannelgraph*

Berupa guntingan gambar atau tulisan yang diberi kertas amril/ampelas pada bagian belakangnya. Lalu guntingan gambar atau tulisan ditempelkan pada papan berlapis kain flannel atau kain berbulu lainnya. Papan tersebut disebut flannelboard. Sasaran dapat mendekat dan memilih sendiri gambar atau kata yang diinginkan untuk ditempel di tempat yang ia inginkan. Flannelgraph dapat digunakan kembali untuk pendidikan kesehatan dengan topik yang berbeda.

7) *Bulletin board*

Berupa papan berukuran 90 x 120 cm. Biasanya dipasang di dinding fasilitas umum, seperti puskesmas, rumah sakit, balai desa dan kantor kecamatan. Bulletin board juga dapat ditempel dengan gambar, leaflet,

poster atau media lain yang terdapat informasi penting di dalamnya, yang secara berkala diganti dengan topik lain.

8) Lembar balik

Lembar balik atau biasa disebut *flipchart* merupakan alat peraga yang menyerupai kalender balik bergambar. Lembaran pada flipchart berukuran sekitar 50 x 75 cm. Bisa juga 38 x 50 cm untuk ukuran yang lebih kecil. Flipchart yang berukuran kecil (21 x 28 cm) disebut flipbook atau flipchart meja. Flipbook digunakan untuk pendidikan individu atau kelompok yang berjumlah kurang dari lima orang. Lembaran-lembaran tersebut disusun sesuai urutan yang diinginkan, kemudian dibundel pada salah satu sisinya. Terdapat tulisan di bawah gambar sebagai pesan yang nantinya dibaca oleh komunikan. Penggunaan flipchart dengan membalik lembaran bergambar satu per satu. Flipchart digunakan untuk peserta dengan jumlah maksimal sebanyak 30 orang.

9) *Flashcard*

Flashcard berbentuk kartu bergambar yang berukuran 25 x 30 cm. Gambar dapat dibuat dengan langsung menggambar pada kartu atau dicetak. Kemudian kartu diberi nomor urut. Terdapat keterangan gambar pada bagian belakang kartu. *Flashcard* digunakan untuk sasaran yang berjumlah kurang dari 30 orang.

2.6 Konsep Metode *Buzz Group*

2.6.1 Definisi metode *buzz group*

Metode *buzz group* merupakan suatu metode pendidikan kesehatan dimana sasaran dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil (*buzz group*),

kemudian diberi permasalahan yang sama atau berbeda antar-*buzz group* untuk didiskusikan pada masing-masing kelompok. Kemudian, kesimpulan tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya (Efendi *and* Mahfudli, 2009).

Buzz Group merupakan sebuah metode untuk mengumpulkan umpan balik dengan cepat dan efisien mengenai suatu topik atau menanggapi pertanyaan tertentu selama pleno (sesi yang mencakup semua peserta acara) dengan membagi orang ke dalam beberapa kelompok dan memindahkan mereka ke lokasi yang berbeda untuk diskusi bebas atau '*buzz*' secara singkat mengenai pertanyaan yang diberikan. *Buzz Group* juga berguna sebagai tindak lanjut presentasi (Arivananthan *et al.*, 2015).

Menurut Winancy, Raksanagara dan Fuadah (2015), metode *buzz group* merupakan metode yang digunakan dalam kegiatan pembelajaran untuk memecahkan suatu masalah dengan membagi peserta menjadi kelompok-kelompok kecil dengan jumlah 2-5 orang tiap kelompoknya. Kemudian tiap kelompok akan melakukan diskusi dalam waktu singkat mengenai masalah yang sama atau berbeda. Hasil diskusi kelompok-kelompok kecil kemudian akan dilanjutkan dengan diskusi dalam kelompok besar untuk mendapatkan kesimpulan (Safitri, 2017).

2.6.2 Tujuan metode *buzz group*

Menurut Trianto (2007), tujuan penggunaan metode *buzz group* adalah agar peserta mampu memperoleh informasi melalui diskusi kelompok untuk memecahkan masalah dengan cara saling bertukar pendapat, sehingga

menciptakan pembelajaran dengan pendekatan PAIKEM (pembelajaran aktif, inovatif, kreatif, efektif, dan menyenangkan) (Cahyanti, 2017).

Buzz Group bertujuan untuk membentuk tingkat pengetahuan dan pemahaman saat itu dalam kelompok (Mason, 1995). *Buzz group* berguna sebagai tindak lanjut presentasi. *Buzz group* dapat diterapkan untuk mendapatkan umpan balik peserta dengan cepat atau untuk memfasilitasi keterlibatan mengenai suatu topik. Selain itu juga dapat membuat diskusi singkat menjadi mudah dan sangat berguna ketika waktu terbatas (Arivananthan *et al.*, 2015).

2.6.3 Langkah-langkah *buzz group*

Langkah-langkah dalam kelompok *buzz group* yaitu (Maulydia, 2015 dalam Cahyanti, 2017):

a. Pemimpin/fasilitator

1. Membantu dalam menentukan isu atau masalah
2. Memecahkan kelompok ke dalam beberapa kelompok kecil yang terdiri dari 3-6 orang
3. Memberikan penjelasan kepada kelompok-kelompok kecil mengenai:
 - a) Tugas
 - b) Batas waktu (5-15 menit) untuk menyelesaikan tugas
 - c) Menyarankan agar tiap kelompok kecil tersebut memilih pemimpin sidang dan penulisannya
4. Meminta saran-saran untuk memecahkan masalah atau menjawab pertanyaan-pertanyaan
5. Mengunjungi kelompok demi kelompok untuk mengetahui apakah ada kelompok yang memerlukan bantuan dalam melaksanakan tugasnya

6. Memperingatkan dua menit sebelumnya bahwa tugas akan segera habis.
 7. Mengundang kelompok-kelompok kecil untuk berkumpul bersama lagi.
 8. Mempersilahkan tiap kelompok menyampaikan laporan melalui juru bicara.
 9. Mempersilahkan tiap kelompok untuk menambahkan komentar terhadap laporan
 10. Merangkum hasil diskusi kelompok-kelompok tersebut atau menugaskan salah satu orang untuk melakukannya.
 11. Mengajukan tindakan atau studi tambahan.
 12. Mengevaluasi manfaat dan kekurangan-kekurangan belajar
- b. Anggota Kelompok
1. Membantu dalam merumuskan isu/masalah yang dihadapi
 2. Ikut memilih pemimpin dan penulis dalam kelompok kecil
 3. Memperjelas/merumuskan suatu isu/masalah.
 4. Menampilkan saran-saran untuk mendiskusikan isu/masalah.
 5. Mendengarkan baik-baik dan menghargai pendapat orang lain.
 6. Mengembangkan pendapat atas dasar pendapat anggota lainnya.
 7. Merumuskan pendapat atas dasar pendapat anggota-anggota lain.
 8. Merumuskan bagaimana informasi itu dipergunakan dan dilaksanakan.
 9. Ikut melaksanakan evaluasi efektivitas pengalaman belajar tersebut
- c. Penulis
1. Mencatat seluruh pendapat anggota-anggota kelompok
 2. Merangkup pendapat-pendapat kelompok

2.6.4 Kelebihan, kelemahan dan keterbatasan metode buzz group

1. Kelebihan Metode *Buzz Group*

Metode *buzz group* mempunyai kelebihan yaitu mendorong anggota yang kurang percaya diri untuk mengemukakan pendapat, menciptakan suasana belajar yang menyenangkan, menghemat waktu, memungkinkan pembagian tugas kepemimpinan, memberikan variasi dalam belajar, dan dapat digunakan bersama metode lainnya (Sunaryo, 1989 dalam Cahyanti, 2017).

Beberapa kelebihan metode *buzz group* yaitu memungkinkan setiap orang untuk mengungkapkan idenya, peserta belajar untuk bekerja dalam situasi kehidupan nyata di mana pendapat orang lain ikut dipertimbangkan, *buzz group* merupakan suatu dasar untuk memulai diskusi (Pangaribuan and Manik, 2017).

2. Kelemahan Metode *Buzz Group*

Kekurangan penggunaan metode *buzz group* adalah tidak dapat berhasil apabila anggota kelompok terdiri dari orang yang tidak tahu apa-apa sehingga diskusi akan berputar-putar, tidak ada kepemimpinan yang baik dalam kelompok, mungkin laporan tidak tersusun dengan baik, dan tidak ada persiapan yang cukup (Sunaryo, 1989 dalam Cahyanti, 2017). Kerugian lainnya yaitu dapat memakan waktu ketika digunakan dengan kelompok yang sangat besar, efektifitas dapat menurun oleh perilaku beberapa orang yang belum dewasa/ *immature* (Pangaribuan and Manik, 2017).

3. Keterbatasan Metode *Buzz Group*

- a. Kelompok harus dipersiapkan dengan baik agar kelompok tetap fokus berdiskusi mengenai topik yang diberikan.
- b. *Buzz group* tidak dimaksudkan untuk menjadi pertemuan penuh tetapi digunakan sebagai pelengkap metode lain.

2.6.5 Pelaksanaan metode *buzz group*

Ada tiga cara dasar untuk menerapkan *buzz group* yaitu untuk mendapatkan *feedback*/umpan balik, untuk melibatkan peserta dengan suatu topik, atau untuk menghasilkan pertanyaan setelah presentasi (Arivananthan et al., 2015):

1. *Buzz group* untuk mendapatkan *feedback*:

- 1) Instruksikan peserta untuk membentuk kelompok yang terdiri dari dua atau tiga orang dengan orang dekat mereka. Jika jumlah peserta lebih banyak, tambahkan jumlah anggota dalam tiap kelompok.
- 2) Ajukan pertanyaan spesifik untuk mendapatkan umpan balik. Pertanyaan yang diajukan dibuat sebelumnya, atau yang telah muncul selama pertemuan. Mintalah masing-masing kelompok untuk mendiskusikan dan merumuskan ide-ide mereka, maksimal 3 - 5 menit. Dorong setiap orang untuk membagikan pandangan secara singkat dan menanggapi komentar orang lain dalam kelompok. Kemudian mintalah masing-masing kelompok untuk mencalonkan presenter untuk memberi *feedback* ke pleno.
- 3) Diskusi kelompok berjalan. Saat masing-masing kelompok '*buzzes*' atau 'berdengung', ruangan berubah menjadi ruang yang bersemangat dan

energik sehingga membantu memberi energi pada para peserta sambil menambah pemahaman kolektif mereka.

4)Ketika waktu habis, hentikan diskusi dan minta presenter dari perwakilan masing-masing *buzz group* untuk membagikan tanggapan kelompok mereka terhadap pertanyaan dalam pleno selama satu menit atau kurang. Jika diinginkan, catat umpan balik pada kartu atau lembar flipchart.

2. *Buzz group* untuk melibatkan peserta dengan suatu topik dan mengaitkannya dengan pengalaman mereka sendiri, atau sebagai pembuka percakapan/*icebreaker*:

1)Instruksikan peserta untuk membentuk kelompok yang terdiri dari dua atau tiga orang dengan orang dekat mereka. Jika jumlah peserta lebih banyak, tambahkan jumlah anggota dalam tiap kelompok.

2)Undanglah anggota dari masing-masing kelompok untuk membagikan pikiran mengenai topik yang ada, jelaskan pembelajaran mereka dari acara tersebut, atau secara singkat merangkum pengalaman mereka sendiri yang berarti mengenai topik tersebut. Biarkan 3 - 5 menit untuk diskusi kelompok.

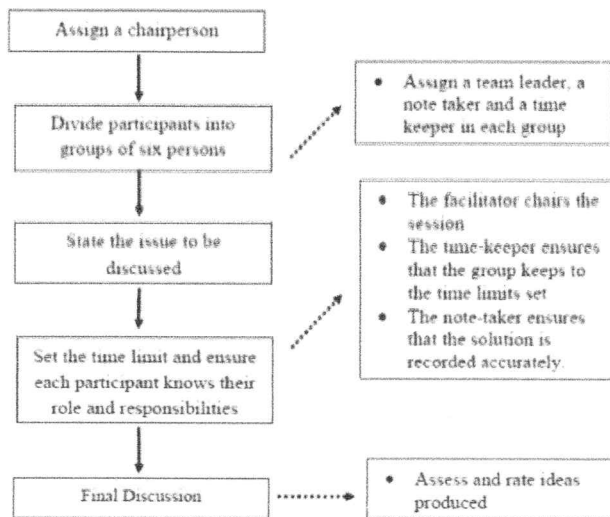
3)Ketika waktu habis, mintalah tiap kelompok untuk secara sukarela membagikan isi pikiran dalam pleno (satu menit per kelompok). Atau fasilitator dapat memilih untuk tidak memberikan *feedback* sama sekali, jika tujuannya hanya untuk mendorong keterlibatan peserta mengenai suatu topik.

3. *Buzz group* untuk menghasilkan pertanyaan setelah presentasi:

- 1) Instruksikan peserta untuk membentuk kelompok yang terdiri dari dua atau tiga orang dengan orang dekat mereka. Jika jumlah peserta lebih banyak, tambahkan jumlah anggota dalam tiap kelompok.
- 2) Mintalah masing-masing kelompok untuk membahas presentasi yang baru saja selesai dan buat satu pertanyaan terkait topik untuk presenter
- 3) Berikan waktu 3 - 5 menit kepada kelompok untuk berdiskusi tentang pertanyaan apa yang akan diberikan
- 4) Perwakilan dari tiap kelompok kemudian menanyakan pertanyaan yang telah dibuat kepada presenter di dalam pleno.

Prosedur teknik *buzz group* adalah sebagai berikut (Pangaribuan *and*

Manik, 2017):



Gambar 2.2 Prosedur Teknik *Buzz Group*

Sumber: (Pangaribuan *and* Manik, 2017)

2.6.6 Variasi *buzz group*

Metode *buzz group* memiliki dua variasi, yaitu (Arivananthan et al., 2015):

1. *Buzz group* dengan menggunakan *card collection*

Mintalah kelompok untuk mendiskusikan pertanyaan dan mencatat tanggapan mereka pada kartu (satu kartu per tanggapan). Kartu-kartu tersebut kemudian dikumpulkan dan dikelompokkan berdasarkan kesamaan. Gunakan pin board untuk mengelompokkan kartu yang sama menjadi satu. Kolase dari berbagai kluster ide harus muncul. Ini sangat berguna dalam *buzz group* sekitar 30 peserta di mana umpan balik diharapkan.

2. *Buzz group* untuk menetapkan konten presentasi - untuk *expert* atau *fact-finding presentations*

Buzz group dapat digunakan untuk menghasilkan pertanyaan yang akan dijawab selama presentasi oleh ahli. Ini memungkinkan peserta untuk menentukan konten presentasi, sehingga meningkatkan relevansi dan mendorong keterlibatan. Waktu yang cukup harus diberikan kepada ahli untuk menyiapkan presentasi; tergantung pada ahli dan masalahnya, ini bisa beberapa menit, jam atau bahkan sehari.

2.7 Keaslian Penelitian

No.	Judul Penelitian, Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1.	<i>The Effectiveness of Nutrition Education for Overweight/Obese Mother with Stunted Children (NEO-MOM) in Reducing the Double Burden of Malnutrition</i>	D : <i>Randomized Controlled Trial.</i> S : 71 sampel (35 pada kelompok intervensi dan 36 pada kelompok pembanding / usual care) V : - Variabel Dependen <i>Overweight/Obese</i>	Ada pengaruh waktu yang signifikan terhadap tinggi dan berat badan anak, tetapi tidak ada perbedaan signifikan antar kelompok setelah diamati. <i>self-efficacy</i> ibu, <i>outcome expectation</i> dalam menyediakan

No.	Judul Penelitian, Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	(Mahmudiono <i>et al.</i> , 2018) <i>Nutrients</i>	<p><i>Mother with Stunted Children</i> (NEO-MOM)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variabel Independen <i>Child's Outcomes, Maternal Outcomes, Household Dietary Diversity, Maternal Self-Efficacy, Maternal Outcome Expectation, Maternal Nutrition Literacy, Maternal Dietary Intake, Moderation of Intervention Effects</i> - Variabel dalam subjek <i>Outcomes variables</i> - Variabel antara subyek Kelompok intervensi (NEO-MOM dan PRINT) <p>I : two 24-h dietary food recalls, wawancara A : Mixed factorial ANOVA; Mann Whitney test</p>	protein hewani untuk anak-anak (nilai-p = 0,025) dan intake kalori total ibu (nilai-p = 0,017) disukai kelompok intervensi daripada kelompok pembanding.
2.	<p><i>The effectiveness of nutrition education for overweight/obese mothers with stunted children (NEO-MOM) in reducing the double burden of malnutrition in Indonesia: study protocol for a randomized controlled trial</i></p> <p>(Mahmudiono <i>et al.</i>, 2016) <i>BMC Public Health</i></p>	<p>D : Randomized Controlled Trial.</p> <p>S : 72 anak dengan stunting berusia 2-5 tahun dan ibu dengan kelebihan berat badan / obesitas di perkotaan Indonesia.</p> <p>V :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variabel Dependen <i>Overweight/Obese Mother with Stunted Children</i> (NEO-MOM) - Variabel Independen 	Studi ini membandingkan efektivitas intervensi NEOMOM dengan perawatan biasa yang ditambah dengan bahan-bahan pendidikan yang sudah dicetak terutama untuk meningkatkan tinggi anak, kemudian yang kedua untuk mengurangi pengerdilan anak dan ibu yang kelebihan berat dan obesitas. Dihipotesiskan bahwa peserta dalam kelompok intervensi akan mendapat manfaat

No.	Judul Penelitian, Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
		<p><i>Psychological variables (self-efficacy, outcome expectation dan goal setting)</i></p> <p><i>Moderating variables (modified by socioeconomic status (SES), seperti umur, jumlah anak, tingkat pendidikan, pekerjaan dan nutritional literacy)</i></p> <p>I : Pengukuran antropometri, kuesioner</p> <p>A : <i>Mixed factorial ANOVA, Mann Whitney test</i></p>	<p>dari motivasi verbal yang diberikan oleh petugas kesehatan masyarakat selama kunjungan rumah setiap dua minggu, dan bahwa pendekatan ini akan memperbesar efek dari enam sesi pendidikan nutrisi yang berorientasi pada perilaku.</p>
3.	<p><i>Nutrition, hygiene, and stimulation education to improve growth, cognitive, language, and motor development among infants in Uganda: A cluster-randomized trial</i></p> <p>(Muhoozi et al., 2017)</p> <p><i>Maternal and child nutrition</i></p>	<p>D : <i>a two-armed (intervention and control) open, cluster randomized trial</i></p> <p>S : 511 pasangan ibu / anak berusia 6-8 bulan dibagi dalam kelompok intervensi (n = 263) atau kontrol (n = 248)</p> <p>V :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variabel Dependen Pertumbuhan, kognitif, bahasa dan perkembangan motorik bayi - Variabel Independen Karakteristik sosial demografi, morbiditas (penyakit infeksi), child feeding practices, sanitasi <p>I : Kuesioner, interview,</p>	<p>Tidak ada bukti perbedaan dalam rata-rata panjang skor z untuk usia 20-24 bulan antara 2 kelompok studi: 0.10, 95% CI [-0.17, 0.36], p = .49. Kelompok intervensi memiliki skor pengembangan komposit rata-rata yang lebih tinggi daripada kelompok kontrol pada <i>Bayley Scales of Infant and Toddler Development-III</i>, perbedaan rata-rata adalah 15.6, 95% CI [10.9, 20.2], p = .0001; 9.9, 95% CI [6.4, 13.2], p = .0001; and 14.6, 95% CI [10.9, 18.2], p = .0001, untuk skor kognitif, bahasa, dan motor komposit, masing-masing. Perbedaan rata-</p>

No.	Judul Penelitian, Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
		observasi untuk sanitasi	rata dalam skor dari kuisisioner Ages and Stages adalah .0, 95% CI [2.9, 11.3], $p = .001$; 5.9, 95% CI [1.2, 10.3], $p = .01$; 4.2, 95% CI [1.7, 6.7], $p = .001$; 8.9, 95% CI [5.3, 12.3], $p = .0001$; and 4.4, 95% CI [0.0, 8.8], $p = .05$, untuk komunikasi, motorik kasar, motorik halus, pemecahan masalah, dan pengembangan personal-sosial, masing-masing.
			Pendidikan intervensi yang diberikan kepada ibu mendukung perkembangan awal pada domain kognitif, bahasa, dan motorik tetapi tidak pada pertumbuhan linear dari anak-anak kecil yang ada di masyarakat pedesaan miskin di Uganda. Studi ini menunjukkan bahwa perkembangan anak dapat ditingkatkan melalui strategi intervensi dengan biaya yang relatif rendah.
4.	<i>Evaluation of the Effect of Training Method on Nursing Diagnostic Skills of Nursing Students</i> (Abbasi et al., 2017) <i>Research Journal of Pharmacy and Technology</i>	D : <i>Quasy experimental study dengan pretest-posttest design</i> S : 64 nursing students (32 orang untuk tiap kelompok) V : - Variabel Dependen <i>Nursing Diagnostic Skills</i>	Pelatihan dengan metode <i>buzz group</i> memiliki dampak positif terhadap keterampilan diagnosis siswa keperawatan dan dapat meningkatkan kemampuan berpikir kritis dan kinerja mereka. Hasil uji <i>paired t-test</i> juga menunjukkan bahwa <i>mean scores</i> dari

No.	Judul Penelitian, Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
		<p>- Variabel Independen</p> <p><i>Buzz group technique</i></p> <p>I : Kuisisioner</p> <p>A : <i>Independent t-test</i> untuk <i>inter-group comparison</i> dan <i>paired t-test</i> untuk <i>intra-group comparison</i></p>	<p>kelompok intervensi lebih tinggi daripada kelompok kontrol ($P < 0,001$) setelah pelatihan. Tidak ada perubahan signifikan yang diamati pada kelompok kontrol, sedangkan terdapat peningkatan yang signifikan dalam skor diagnosis keperawatan pada kelompok intervensi.</p>
5.	<p>Efektivitas Ceramah <i>Booklet</i> dan <i>Buzz Group</i> dalam Upaya Pencegahan Pneumonia pada Anak (Nababan, Agushybana and Suryoputro, 2019)</p> <p>Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia Vol. 14 No.1</p>	<p>D : <i>Quasy-experimental study</i> dengan desain <i>non-equivalent control group</i></p> <p>S : 90 ibu balita (30 kelompok ceramah <i>booklet</i>, 30 kelompok ceramah <i>buzz group</i>, 30 kelompok kontrol tanpa intervensi)</p> <p>V :</p> <p>- Variabel Dependen</p> <p>Pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dalam pencegahan pneumonia</p> <p>- Variabel Independen</p> <p>Ceramah dengan <i>booklet</i> dan ceramah dengan metode <i>buzz group</i></p> <p>I : Kuisisioner</p> <p>A : <i>Chi-square</i> dan <i>Manova Post Hoc Tukey</i></p>	<p>Ceramah diikuti pemberian <i>booklet</i> dan ceramah diikuti dengan diskusi metoda <i>buzz group</i> sama efektifnya dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu dalam pencegahan pneumonia balita. Sedangkan ceramah <i>buzz group</i> lebih efektif meningkatkan praktik ibu dalam pencegahan pneumonia dibandingkan ceramah diikuti pemberian <i>booklet</i>.</p>
6.	<p>Perbedaan Metode <i>Buzz Group</i> dengan <i>Discussion</i></p>	<p>D : <i>Quay experimental study</i> dengan desain <i>non-equivalent control group</i></p>	<p>Ada perbedaan tingkat pengetahuan warga binaan tentang</p>

No.	Judul Penelitian, Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	Ceramah Audiovisual terhadap Pendidikan Binaan HIV/AIDS Lembaga Pemasarakatan Klas IIA Kabupaten Jember (Ikromah, Asmaningrum and Sulistiyorini, 2015) e-Jurnal Pustaka Kesehatan	<p><i>pretest-posttest</i></p> <p>S : 44 responden (22 orang untuk kelompok <i>buzz group discussion</i> dan 22 orang untuk kelompok ceramah audiovisual)</p> <p>V :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variabel Dependen Pengetahuan tentang HIV/AIDS - Variabel Independen Metode <i>buzz group discussion</i> dan ceramah audiovisual <p>I : Kuisisioner</p> <p>A : Uji <i>Wilcoxon</i> dan uji <i>Mann Whitney</i></p>	<p>HIV/AIDS sebelum dan setelah menggunakan pendidikan kesehatan metode <i>buzz group discussion</i> (p value = 0,000) dan ceramah audiovisual (p value = 0,004).</p> <p>Ada pengaruh pendidikan kesehatan menggunakan metode <i>buzz group discussion</i> dan ceramah audiovisual terhadap tingkat pengetahuan warga binaan tentang HIV/AIDS di Lembaga Pemasarakatan Klas IIA Kabupaten Jember, namun tidak ada perbedaan yang bermakna pada kelompok yang menggunakan pendidikan kesehatan metode <i>buzz group discussion</i> dibanding dengan kelompok yang menggunakan pendidikan kesehatan metode ceramah audiovisual.</p>
7.	Efektifitas Metode <i>Buzz Group Discussion</i> untuk Meningkatkan Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk Ibu-Ibu PKK Kelurahan Sragen Tengah (Nuristia, 2014) <i>Unnes Journal of</i>	<p>D : <i>Quasy-experimental study</i></p> <p>S : 36 responden (18 orang untuk kelompok <i>buzz group discussion</i> dan 18 orang untuk kelompok ceramah)</p> <p>V :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variabel Dependen Perilaku 	<p>Terdapat perbedaan perilaku yang signifikan antara <i>pretest</i> dan <i>post test</i> pada kelompok eksperimen, sedangkan tidak ada perbedaan hasil <i>pretest</i> dan <i>post test</i> pada kelompok kontrol. Metode <i>buzz group discussion</i> efektif dalam meningkatkan perilaku pemberantasan sarang</p>

No.	Judul Penelitian, Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	<i>Public Health</i>	<p>pemberantasan sarang nyamuk</p> <p>- Variabel Independen</p> <p>Metode <i>buzz group discussion</i> dan ceramah</p> <p>I : Kuisisioner, lembar observasi menggunakan check list, kartu pemeriksaan jentik dan metode <i>buzz group discussion</i></p> <p>A : Uji <i>Mann Whitney</i></p>	<p>nyamuk pada ibu PKK di Kelurahan Sragen Tengah Kabupaten Sragen</p>
8.	<p><i>Impact of nutrition education intervention on nutritional status of undernourished children (6-24 months) in East Mamprusi district of Ghana</i></p> <p>(Awwuh et al.,2018)</p> <p><i>Nutrition and Food Science</i></p>	<p>D : <i>Pre-post interventional study</i></p> <p>S : 153 anak kekurangan gizi berusia 6-24 bulan dan ibunya</p> <p>V :</p> <p>- Variabel Dependen</p> <p>Indikator status nutrisi (<i>underweight, stunting, wasting, mid upper arm circumference/ MUAC, kadar Hb</i>)</p> <p>- Variabel Independen</p> <p>Usia anak, komunitas dimana anak tinggal, usia ibu, marital status, pekerjaan ibu, tingkat pengetahuan ibu, <i>household size</i>, pendapatan rumah tangga di Ghana cedis</p> <p>I : Skrining menggunakan catatan kesehatan melalui klinik, pengukuran antropometri dan kadar Hb, kuisisioner</p>	<p>Terdapat peningkatan pada anak dengan kekurangan berat badan, wasting, MUAC dan kadar Hb setelah diberi intervensi mengenai pendidikan nutrisi. Tingkat peningkatan <i>post-intervention</i> berbeda secara signifikan pada anak dengan kekurangan berat badan (-2.4 ± 0.4, -2.2 ± 0.4; $p = 0.001$), wasting (-2.2 ± 0.6, -1.9 ± 0.6; $p = 0.001$), MUAC (12.3 ± 0.5, 12.9 ± 0.6; $p = 0.001$) dan kadar Hb (10.0 ± 1.4, 10.5 ± 1.4; $p = 0.001$) dibandingkan dengan <i>pre-intervention</i> (-1.4 ± 1.8, -1.3 ± 1.7; $p = 0.314$).</p> <p>(Ada peningkatan yang signifikan pada status gizi anak-anak yang kekurangan gizi setelah diberikan intervensi mengenai pendidikan</p>

No.	Judul Penelitian, Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
		untuk sosiodemografi dari ibu / pengasuh A : <i>Paired samples t-test</i> dan <i>chi-square analysis</i>	nutrisi)
9.	<i>Nutrition education and introduction of broad bean-based complementary food improves knowledge and dietary practices of caregivers and nutritional status of their young children in Hula, Ethiopia</i> (C. Negash <i>et al.</i> , 2014) <i>Food and Nutrition Bulletin</i>	D : <i>Quasy experimental</i> S : 197 caregivers (ibu) dengan anak-anak berusia 6 dan 23 bulan V : - Variabel Dependen Pengetahuan dan penerapan diet pengasuh dan status nutrisi anak - Variabel Independen Karakteristik sosiodemografi, status ketahanan pangan, pengetahuan dan praktik mengenai pemberian makanan pendamping, intake kelompok makan anak-anak yang berusia 6 hingga 23 bulan I : <i>24-hour recalls</i> , pengukuran antropometrik A : <i>Sample t-test</i>	Pada 6 bulan, skor pengetahuan dan praktik mengenai pemberian makanan pelengkap meningkat secara signifikan ($p < .001$) pada kelompok intervensi, tetapi tidak pada kelompok kontrol. Perubahan tinggi dan berat badan tidak berbeda diantara kedua kelompok
10.	<i>Health Extension Workers' Knowledge and Knowledge-Sharing Effectiveness of Optimal Infant and Young Child Feeding Are Associated with Mothers' Knowledge</i>	D : <i>Cross-sectional study</i> S : <i>Health extension workers</i> (HEWs) yang berjumlah 96 orang dan ibu dengan anak berusia 12-23 bulan yang berjumlah 122 orang V :	<i>Health extension workers' KSE</i> berhubungan dengan <i>stunting</i> pada anak. Kurang dari setengah ibu (45%) memiliki akses ke pendidikan gizi melalui program penyuluhan kesehatan. Mereka memiliki pengetahuan

No.	Judul Penelitian, Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	<i>and Child Stunting in Rural Ethiopia</i> (Abebe <i>et al</i> , 2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Variabel Dependen <i>Stunting (length-for-age z scores (LAZ) anak)</i> - Variabel Independen Pengetahuan tenaga kesehatan <p>I : <i>Face-to-face interviews</i> untuk menilai pengetahuan IYCF pada HEWs, kuisisioner tentang menyusui, pemberian makanan pelengkap dan hygiene, pengukuran antropometri</p> <p>A : <i>Shapiro-Wilk test</i></p>	<p>yang lebih baik tentang praktik IYCF dan dengan demikian tingkat <i>stunting</i>-nya lebih rendah ($P < 0,001$). Namun, praktik IYCF tidak dapat dipahami dengan baik oleh HEW dan hal tersebut mempengaruhi KSE mereka.</p> <p>Kesenjangan dalam <i>Knowledge-Sharing Effectiveness (KSE)</i> berhubungan negatif dengan LAZ ($r = -.475$, $P < .001$) dan tetap signifikan bahkan setelah disesuaikan dengan tinggi badan ibu, status sosial ekonomi, dan pendidikan ibu ($r = -.423$, $P = .002$).</p>

Penelitian yang dilakukan adalah untuk menjelaskan pengaruh metode *buzz group* terhadap perilaku ibu mengenai pencegahan *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Benowo Surabaya berdasarkan *Precede-Proceed Model* dari Lawrence Green. Hasil penelusuran penelitian di atas dapat memperkuat alasan peneliti dalam melakukan penelitian dan sebagai pembanding dari penelitian yang dilakukan. Hasil penelitian dari Mahmudiono *et al* (2016) mengenai efektifitas pendidikan nutrisi dan *home visits* untuk mengurangi *double burden* malnutrisi, Negash *et al* (2014) mengenai pendidikan nutrisi terhadap pengetahuan dan praktik pemberian makan pengasuh dan status nutrisi anak, Abebe, Haki and Baye, (2016) mengenai *knowledge-sharing effectiveness* pemberian makan pada anak

terhadap pengetahuan ibu mengenai *stunting* di Rural Ethiopia menunjukkan bahwa edukasi mengenai nutrisi dapat meningkatkan tinggi dan berat badan anak, meningkatkan pengetahuan ibu mengenai pemberian makan pada anak sehingga dapat menurunkan kejadian *stunting*.

Penelitian mengenai pemberian intervensi berupa pendidikan nutrisi mengenai pemberian makan pada bayi dan anak untuk meningkatkan pengetahuan dan mengubah perilaku ibu tersebut terbukti efektif sehingga dapat menurunkan atau mencegah anak mengalami *stunting*. Namun hasil penelitian dari Muhoozi *et al* (2017) mengenai efek intervensi pendidikan nutrisi, stimulasi, sanitasi dan *hygiene* terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak menunjukkan bahwa tidak ada peningkatan pada pertumbuhan tinggi anak diantara dua kelompok, namun ada peningkatan pada perkembangan kognitif, bahasa dan motorik.

Hasil penelitian dari Abbasi *et al* (2017) mengenai efek pelatihan dengan metode *buzz group* terhadap *nursing diagnostic skill* pada siswa keperawatan menunjukkan bahwa terdapat peningkatan keterampilan diagnosis siswa keperawatan serta peningkatan kemampuan berpikir kritis dan kinerja mereka. Hasil penelitian lain oleh Nababan, Agushybana *and* Suryoputro (2019) mengenai efektivitas ceramah diikuti metode *buzz group* dalam upaya pencegahan pneumonia pada anak menunjukkan bahwa dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan ibu dalam pencegahan pneumonia balita.

Penelitian yang dilakukan oleh Ikromah, Asmaningrum *and* Sulistiyorini (2015) mengenai metode *buzz group Discussion* terhadap tingkat pendidikan warga binaan tentang HIV/AIDS menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan pada warga binaan mengenai HIV/AIDS setelah menggunakan

pendidikan kesehatan metode *buzz group discussion*. Selain itu, penelitian oleh Nuristia (2014) mengenai efektifitas metode *buzz group discussion* untuk meningkatkan perilaku pemberantasan sarang nyamuk ibu-ibu PKK Kelurahan Sragen Tengah menunjukkan bahwa metode *buzz group discussion* efektif dalam meningkatkan perilaku pemberantasan sarang nyamuk pada ibu PKK di Kelurahan Sragen Tengah Kabupaten Sragen. Berdasarkan penelitian tersebut, diketahui bahwa metode *buzz group* dapat meningkatkan pengetahuan mengenai HIV/AIDS dan pencegahan pneumonia, serta praktik mengenai pemberantasan sarang nyamuk dan keterampilan diagnosis siswa keperawatan. Hal ini yang mendukung peneliti menggunakan metode *buzz group* dalam penelitian mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dalam pencegahan *stunting*.

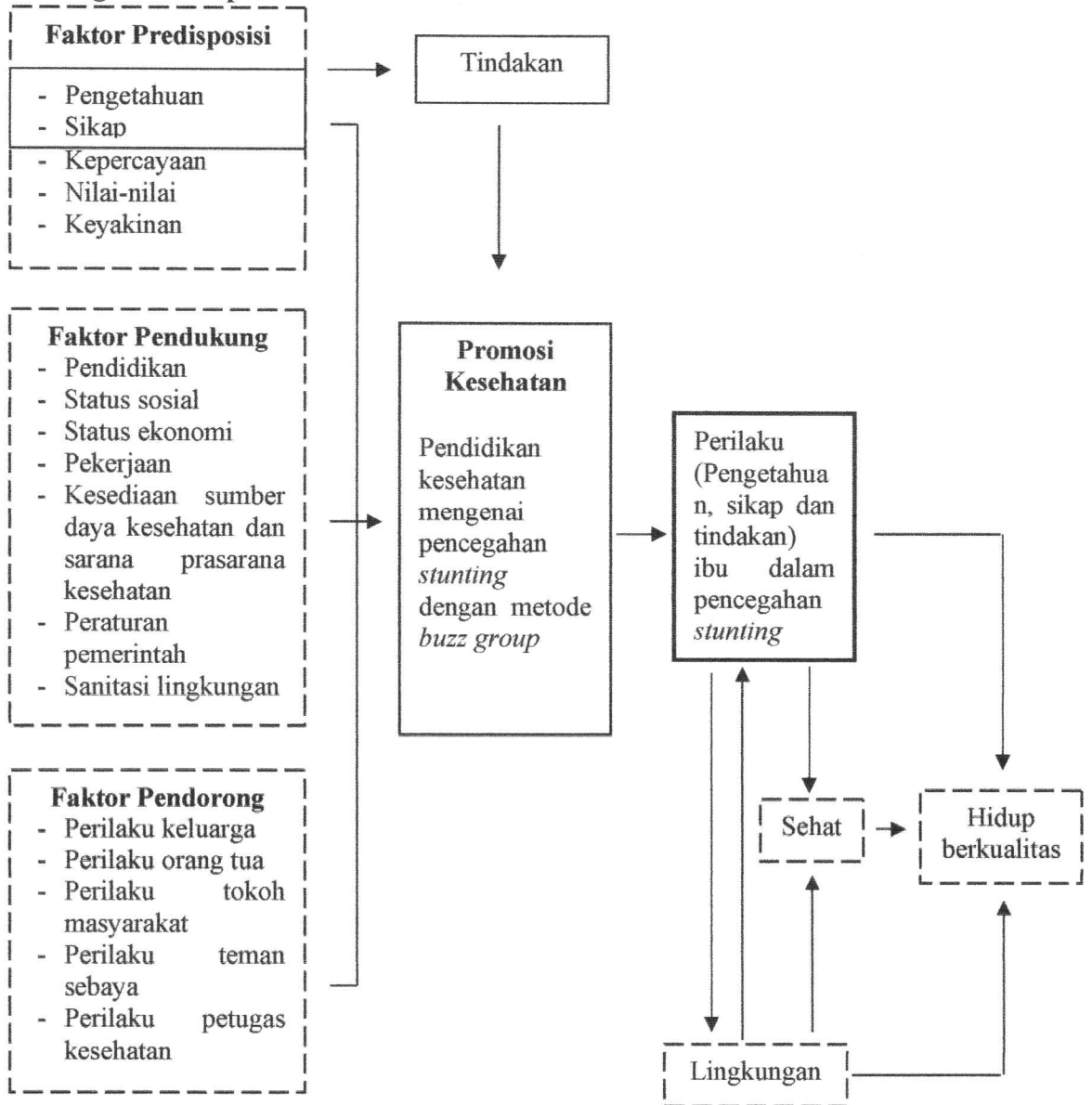
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

- = Diteliti
- = Tidak Diteliti

Gambar 3.1 Konseptual Pengaruh Metode *Buzz Group* terhadap Perilaku Ibu dalam Pencegahan *Stunting* berdasarkan *Precede-Proceed Model* dari Lawrence Green (1991)

Penjelasan kerangka konseptual:

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan bahwa pendidikan kesehatan pada ibu dapat mempengaruhi pengetahuan, sikap dan tindakan ibu dalam pencegahan *stunting*. Menurut teori Lawrence W. Green yang dikutip oleh Nursalam (2017) menyatakan bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh tiga faktor, diantaranya adalah faktor predisposisi (*predisposing factor*) yaitu pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai, keyakinan, tradisi, kemudian ada faktor pendukung (*enabling factors*) yaitu seperti pendidikan, status sosial, status ekonomi, pekerjaan, kesediaan sumber daya kesehatan dan sarana prasarana kesehatan, peraturan pemerintah, sanitasi lingkungan, lalu ada juga faktor pendorong (*reinforcing factors*), seperti perilaku keluarga, perilaku orang tua, perilaku tokoh masyarakat, perilaku teman sebaya, perilaku petugas kesehatan.

Pemberian pendidikan kesehatan akan berpengaruh pada pengetahuan dan sikap yang mempengaruhi tindakan individu. Pendidikan kesehatan membutuhkan metode yang interaktif untuk melibatkan peserta secara langsung sehingga peserta mampu memberikan umpan balik. Peneliti menggunakan metode diskusi *buzz group* sebagai metode tambahan untuk menyampaikan pesan kesehatan yang bersifat promosi yang dilakukan melalui booklet. Pendidikan kesehatan yang diberikan diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan mengenai pencegahan *stunting* pada anak sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas hidup.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini adalah:

- H1: 1. Ada pengaruh metode *buzz group* terhadap pengetahuan ibu dalam pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol
2. Ada pengaruh metode *buzz group* terhadap sikap ibu dalam pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol
3. Ada pengaruh metode *buzz group* terhadap tindakan ibu dalam pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Pada bab ini, peneliti akan membahas mengenai : 1) desain penelitian, 2) populasi, sampel (kriteria inklusi dan eksklusi), besar sampel (*sample size*), dan teknik pengambilan sampel (*sampling*), 3) variable penelitian dan definisi operasional variabel, 4) alat dan bahan penelitian, 5) instrumen penelitian, 6) uji validitas dan reliabilitas, 7) lokasi dan waktu penelitian, 8) prosedur pengambilan atau pengumpulan data, 9) analisis data, 10) kerangka oprasional/kerja dan 11) Etika penelitian (*Ethical Clearance*).

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dan desain penelitian yang digunakan adalah *quasy experimental* dengan rancangan *pretest-posttest control group design*. Dalam penelitian ini terdapat dua kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Kedua kelompok diberikan *pre test* yang sama, kemudian kelompok perlakuan (K-A) akan diberikan perlakuan/intervensi (I), sedangkan kelompok kontrol (K-B) diberikan perlakuan sesuai dengan kegiatan Posyandu. Setelah itu akan diadakan *post test* pada kedua kelompok, baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Perbandingan perubahan hasil *pre test* dan *post test* akan menunjukkan pengaruh perlakuan terhadap hasil penelitian.

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian *Pretest-Posttest Control Group Design*

Subjek	Pre test	Perlakuan	Post test
K-A	O	I	OI-A
K-B	O	-	OI-B
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Keterangan:

K-A : Kelompok perlakuan

K-B : Kelompok kontrol

O : Observasi pengetahuan, sikap dan tindakan pemberian makan sebelum diberikan pendidikan kesehatan

I : Intervensi pemberian pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group*

OI (A +B) : Observasi pengetahuan, sikap dan tindakan setelah diberikan pendidikan kesehatan

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi target merupakan populasi yang menjadi sasaran akhir penelitian, sedangkan populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya (Nursalam, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah ibu dengan bayi berusia 0-6 bulan di wilayah kerja Puskesmas Benowo sebanyak 187 orang. Populasi terjangkau yang memenuhi kriteria inklusi sebesar 166 orang. Wilayah kerja Puskesmas Benowo ada empat kelurahan, yaitu Kelurahan Pakal, Babat Jerawat, Sumberrejo dan Benowo. Peneliti mengambil penelitian di Kelurahan Pakal dan Sumberrejo berdasarkan kesamaan jumlah populasi yang ditemukan.

Penentuan kelompok intervensi dan kelompok kontrol berdasarkan prevalensi *stunting* di wilayah kerja. Wilayah kerja dengan prevalensi *stunting* yang tertinggi dijadikan sebagai kelompok perlakuan, sedangkan prevalensi tertinggi kedua dijadikan kelompok kontrol. Prevalensi *stunting* tertinggi berada di Kelurahan Pakal. Prevalensi *stunting* tertinggi setelah Kelurahan Pakal yaitu Kelurahan Sumberrejo. Sehingga Kelurahan Pakal menjadi kelompok perlakuan, dan Kelurahan Sumberrejo menjadi kelompok kontrol. Selain itu, pemilihan Kelurahan yang berbeda bertujuan untuk menghindari pertukaran informasi antar kelompok

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu ibu yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi:

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik subjek penelitian dari populasi target yang akan diteliti dan terjangkau (Nursalam, 2017). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Ibu dapat membaca dan menulis
- 2) Ibu dengan tingkat pendidikan minimal SMP

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2017). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Ibu yang memiliki bayi berusia 0-6 bulan dengan kondisi bayi mengalami kelainan kongenital

3. Kriteria *drop out*

- 1) Ibu yang tidak mengikuti kegiatan penelitian secara lengkap

4.2.3 Besar sampel

Sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian melalui *sampling* (Nursalam, 2017). Besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus besar sampel sebagai berikut:

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})S}{X_1 - X_2} \right]^2$$

(Dahlan, 2009)

Keterangan :

n : Besar sampel

Z_{α} : Deviat baku alfa (Kesalahan tipe I : 5%) = 1,960

Z_{β} : Deviat baku beta (Kesalahan tipe II : 20%) = 0,842

S : Simpangan baku dari selisih nilai antar kelompok = 10

(mengacu hasil penelitian Benita, 2012)

$X_1 - X_2$: Selisih minimal rerata yang dianggap bermakna = 5

(mengacu hasil penelitian Benita, 2012)

Maka besar sampel minimal adalah sebagai berikut:

$$n = \left[\frac{(1,960 + 0,842)10}{5} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{(1,960 + 0,842)10}{5} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{(2,802)10}{5} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{28,02}{5} \right]^2$$

$$n = [5,604]^2$$

$$n = 31,404$$

Hasil besar sampel berdasarkan rumus di atas diperoleh sebanyak 31,404 dibulatkan menjadi 32 oleh peneliti. Besar sampel yang dibutuhkan akan ditambah 10% untuk mengantisipasi kemungkinan *drop out*, sehingga keseluruhan besar sampel yaitu:

$$n' = \frac{n}{(1 - f)}$$

Keterangan:

n' : Jumlah sampel setelah dikoreksi

n : Jumlah sampel berdasarkan estimasi sebelumnya

f : Perkiraan presentase sampel *drop out* (10%)

$$n' = \frac{32}{(1 - 0,1)}$$

$$n' = \frac{32}{0,9}$$

$n' = 3,55$ dibulatkan menjadi 36 orang

Berdasarkan perhitungan sampel di atas, jumlah sampel dalam penelitian sebanyak 36 orang untuk masing-masing kelompok. Total sampel seluruhnya sebanyak 72 orang.

4.2.4 Teknik pengambilan sampel (*sampling*)

Sampling adalah sebuah proses seleksi porsi dari populasi untuk mewakili populasi. Teknik *sampling* adalah cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel agar memperoleh sampel yang sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2017). Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Non Probability Sampling* dengan teknik *purposive sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan peneliti.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (Nursalam, 2017). Variabel dalam penelitian ini adalah variabel independen (bebas) dan variabel dependen (terikat).

1. Variabel Independen (Bebas)

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain. Variabel bebas biasanya diukur untuk mengetahui hubungan atau pengaruhnya terhadap variabel lain (Nursalam, 2015). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group*.

2. Variabel Dependen (Terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi, nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2017). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pengetahuan, sikap dan tindakan ibu mengenai pencegahan *stunting*.

4.3.2 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Pengaruh Metode *Buzz Group* terhadap Perilaku Ibu dalam Pencegahan *Stunting*

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel Independen					
Metode <i>Buzz Group</i>	Kegiatan pemberian pengetahuan dan informasi tentang pencegahan <i>stunting</i> melalui diskusi kelompok kecil sebanyak 2x pertemuan. Responden dibagi menjadi kelompok	- Tahapan: 1. Fasilitator membagi kelompok 2. Kelompok menentukan perwakilan/ketua dan notulis 3. Kelompok mendiskusikan isu/masalah	SAP	-	-

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
	kecil. Kemudian tiap kelompok diberikan permasalahan yang sama atau berbeda. Masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya	yang didapat sesuai waktu yang diberikan 4. Pendiskusian hasil tiap kelompok - Tiap kelompok terdiri dari 7 orang - <i>Buzz group</i> dilakukan selama 2x pertemuan dengan waktu 60 menit setiap pertemuan - Materi pertemuan pertama mengenai <i>stunting</i> dan pertemuan kedua mengenai pencegahan <i>stunting</i>			
Variabel Dependen					
Pengetahuan	Hasil dari tahu, setelah melakukan penginderaan terhadap informasi mengenai pencegahan <i>stunting</i> yang diberikan melalui penyuluhan	Parameter pertanyaan pengetahuan termasuk: 1. Pengertian <i>stunting</i> 2. Penyebab <i>stunting</i> 3. Tanda dan gejala <i>stunting</i> 4. Dampak <i>stunting</i> 5. Pencegahan <i>stunting</i>	Kuesioner	Ordinal	Skala Guttman Benar = 1 Salah = 0 Kategori skor: 1. Baik : 76-100% 2. Cukup : 56-75% 3. Kurang : <56%
Variabel Dependen					
Sikap	Reaksi/respon tertutup dari ibu mengenai upaya pencegahan <i>stunting</i>	Parameter pertanyaan sikap termasuk: 1. Menerima stimulus atau objek yang diberikan dalam upaya pencegahan <i>stunting</i> 2. Merespon tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi mengenai pencegahan <i>stunting</i>	Kuesioner	Ordinal	Skala Likert Pertanyaan positif (<i>favorable</i>) 1. Sangat setuju = 4 2. Setuju = 3 3. Tidak setuju = 2 4. Sangat tidak setuju = 1

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
		3. Menghargai perbedaan nilai sehingga membentuk nilai dalam upaya pencegahan <i>stunting</i>			Pertanyaan negatif (<i>Unfavorable</i>) 1. Sangat setuju = 1 2. Setuju = 2 3. Tidak setuju = 3 4. Sangat tidak setuju = 4
		4. Bertanggung jawab dalam pola kepribadian dan tingkah laku sebagai pencegahan <i>stunting</i>			Kategori: Sikap positif : $T \geq T \text{ mean}$ Sikap negatif : $T < T \text{ mean}$

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel Dependen					
Tindakan	Usaha atau perbuatan yang dilakukan seseorang berupa tingkah laku dalam pencegahan <i>stunting</i>	1. <i>Personal hygiene</i> 2. Frekuensi pemberian ASI 3. Pemberian makanan pendamping ASI 4. Memanfaatkan pelayanan kesehatan	<i>Checklist</i>	Ordinal	Terdiri dari pertanyaan dengan jawaban tegas: Ya = 1 Tidak = 0 Kemudian diklasifikasikan: Kategori skor: Tidak ada : 0% Sebagian kecil : 1 - 25% Kurang dari setengah : 26 - 49% Setengah : 50% Lebih dari setengah : 51 - 75% Sebagian besar : 76 - 99% Seluruhnya : 100%

4.4 Alat dan Bahan Penelitian

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini berupa:

1. Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

Berisi rencana kegiatan pendidikan kesehatan, termasuk *rundown* dan materi yang akan dibahas pemateri dan peserta dengan metode diskusi *buzz group*.

2. Kuesioner dan *checklist*

Instrumen berupa angket yang diisi oleh ibu dengan kriteria inklusi untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan tindakan ibu.

3. Kertas dan bolpoin

Kertas dan bolpoin digunakan untuk menulis saat diskusi dengan metode *buzz group*

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah SAP untuk pendidikan kesehatan dan kuesioner mengenai pengetahuan dan sikap, serta *checklist* untuk tindakan mengenai pencegahan *stunting*. Instrumen akan dijabarkan sebagai berikut:

1. Kuesioner Pengetahuan

Kuesioner pengetahuan diadopsi dan dimodifikasi dari Suryagustina, Araya and Jumielsa (2018) mengenai pencegahan *stunting* terhadap pengetahuan dan sikap ibu. Kuesioner pengetahuan terdiri dari 20 pertanyaan yaitu mengenai pengertian *stunting* (1), penyebab (2-5), tanda dan gejala (6-7), dampak (8-11), pencegahan (12-20). Skor yang diberikan menggunakan skala guttman. Skor untuk jawaban benar adalah 1, sedangkan skor untuk jawaban salah adalah 0. Skor terbagi menjadi 3 kategori yaitu baik jika nilainya 76-

100%, cukup jika 56-75%, dan kurang jika <56%. Penilaian dilakukan dengan membandingkan jumlah skor jawaban dengan skor yang diharapkan (tertinggi) kemudian dikalikan 100% dan hasilnya berupa persentase dengan rumus berikut (Notoatmodjo, 2007):

$$p = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

p = persentase

f = jumlah jawaban benar

n = jumlah skor maksimal

Tabel 4.3 *Blue Print* Kuesioner Pengetahuan

Parameter	Nomor	Skor	Jumlah	Bentuk Pertanyaan
Pengertian <i>stunting</i>	1	Benar = 1 Salah = 0	1	<i>Favorable</i>
Penyebab <i>stunting</i>	2,3,4,5	Benar = 1 Salah = 0	4	<i>Favorable</i> : 2,3,5 <i>Unfavorable</i> : 4
Tanda dan gejala <i>stunting</i>	6,7	Benar = 1 Salah = 0	2	<i>Favorable</i>
Dampak <i>stunting</i>	8,9,10,11	Benar = 1 Salah = 0	4	<i>Favorable</i> : 9,10,11 <i>Unfavorable</i> 8
Pencegahan <i>stunting</i>	12,13,14,15,16,17,18,19, 20	Benar = 1 Salah = 0	11	<i>Favorable</i>

2. Kuesioner Sikap

Kuesioner sikap diadopsi dan dimodifikasi dari Suryagustina, Araya and Jumielsa (2018) mengenai pencegahan *stunting* terhadap pengetahuan dan

sikap ibu. Kuesioner sikap terdiri dari 13 pertanyaan positif (*favorable*) dan negatif (*unfavorable*) yang meliputi komponen dari memahami, merespon, menghargai, dan bertanggung jawab. Pertanyaan positif berjumlah 7 yaitu nomor 2,3,6,7,9,10,13. Pertanyaan negatif berjumlah 6 yaitu nomor 1,4,5,8,11,12. Penilaian sikap diukur menggunakan skala Likert dengan pilihan sangat setuju (4), setuju (3), tidak setuju (2), dan sangat tidak setuju (1) untuk pertanyaan *favorable*, sedangkan pilihan sangat setuju (1), setuju (2), tidak setuju (3), dan sangat tidak setuju (4) untuk pertanyaan *unfavorable*. Skor terdiri dari 2 kategori, yaitu sikap positif jika $T \geq T \text{ mean}$ dan sikap negatif jika $T < T \text{ mean}$ dengan rumus (Azwar, 2007):

$$T = 50 + \frac{10 X - X''}{S}$$

Keterangan:

- X : Skor responden
- X'' : Nilai rata-rata kelompok
- S : Standar deviasi (simpang baku)

Tabel 4.4 *Blue Print* Kuesioner Sikap

Parameter	Nomor	Skor	Jumlah	Bentuk Pertanyaan
		Skala Likert		
Menerima stimulus atau objek yang diberikan dalam upaya pencegahan <i>stunting</i>	1	Pertanyaan negatif (<i>Unfavorable</i>): Sangat setuju (SS) = 1 Setuju (S) = 2 Tidak setuju (TS) = 3 Sangat tidak setuju (STS) = 4	1	<i>Unfavorable</i>
Merespon tanggapan terhadap	2,3,4,5,6,7,8	Skala Likert	7	<i>Favorable</i> : 2,3,6,7

Parameter	Nomor	Skor	Jumlah	Bentuk Pertanyaan
pertanyaan atau objek yang dihadapi mengenai pencegahan <i>stunting</i>		Pertanyaan positif (<i>Favorable</i>) Sangat setuju (SS) = 4 Setuju (S) = 3 Tidak setuju (TS) = 2 Sangat tidak setuju (STS) = 1 Pertanyaan negatif (<i>Unfavorable</i>) : Sangat setuju (SS) = 1 Setuju (S) = 2 Tidak setuju (TS) = 3 Sangat tidak setuju (STS) = 4		<i>Unfavorable</i> : 4,5,8
Skala Likert				
Menghargai perbedaan nilai sehingga membentuk nilai dalam upaya pencegahan <i>stunting</i>	9	Pertanyaan positif (<i>Favorable</i>) Sangat setuju (SS) = 4 Setuju (S) = 3 Tidak setuju (TS) = 2 Sangat tidak setuju (STS) = 1	1	<i>Favorable</i>
Skala Likert				
Bertanggung jawab dalam pola kepribadian dan tingkah laku sebagai pencegahan <i>stunting</i>	10,11,12,13	Pertanyaan positif (<i>Favorable</i>) Sangat setuju (SS) = 4 Setuju (S) = 3 Tidak setuju (TS) = 2 Sangat tidak setuju (STS) = 1 Pertanyaan negatif (<i>Unfavorable</i>) :	4	<i>Favorable</i> : 10,13 <i>Unfavorable</i> 11,12

Parameter	Nomor	Skor	Jumlah	Bentuk Pertanyaan
		Sangat setuju (SS) = 1		
		Setuju (S) = 2		
		Tidak setuju (TS) = 3		
		Sangat tidak setuju (STS) = 4		

3. *Checklist* Tindakan

Terdapat 7 item pertanyaan dan setiap item diberi skor dengan menggunakan kategori skala Guttman dengan rasio dikotomi (dua alternatif) yaitu “Ya” dan “Tidak” karena peneliti ingin mendapat jawaban yang tegas dari responden.

Nilai “Ya” = 1

Nilai “Tidak” = 0

Penilaian tindakan diinterpretasikan dengan skala pengukuran ordinal dalam kategori berikut:

Tidak ada	: 0%
Sebagian kecil	: 1 - 25%
Kurang dari setengah	: 26 - 49%
Setengah	: 50%
Lebih dari setengah	: 51 - 75%
Sebagian besar	: 76 - 99%
Seluruhnya	: 100%

Peneliti membuat *checklist* tindakan berdasarkan tinjauan pustaka.

4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner pengetahuan, sikap dan tindakan mengenai pencegahan *stunting* hasil modifikasi oleh peneliti yang digunakan pada penelitian ini akan dilakukan setelah ujian proposal.

4.6.1 Uji validitas

Uji validitas kuesioner dalam penelitian menggunakan Uji korelasi *Pearson Product Moment* dengan SPSS. Kuesioner akan diujikan pada 22 calon responden, maka didapatkan nilai r tabel = 0,423 dari baris $df=20$ dan kolom tingkat signifikansi 0,05 di uji dua arah (Hidayat, 2017). Item pertanyaan pada instrumen dianggap valid apabila didapatkan nilai r hitung $>$ r tabel (0,423). Berikut hasil uji validitas instrumen masing-masing variabel:

1. Uji validitas instrumen pengetahuan ibu mengenai pencegahan *stunting*

Tabel 4.5 Uji Validitas Instrumen Pengetahuan

Item	r hitung	r tabel	Keterangan
1	0,517	0,423	Valid
2	0,714	0,423	Valid
3	0,650	0,423	Valid
4	0,517	0,423	Valid
5	0,664	0,423	Valid
6	0,795	0,423	Valid
7	0,803	0,423	Valid
8	0,439	0,423	Valid
9	0,725	0,423	Valid
10	0,803	0,423	Valid
11	0,431	0,423	Valid
12	0,533	0,423	Valid
13	0,487	0,423	Valid
14	0,625	0,423	Valid
15	0,650	0,423	Valid
16	0,427	0,423	Valid
17	0,450	0,423	Valid
18	0,612	0,423	Valid
19	0,628	0,423	Valid
20	0,454	0,423	Valid

Item	r hitung	r tabel	Keterangan
21	-0,046	0,423	Tidak valid
22	0,233	0,423	Tidak valid

Berdasarkan tabel 4.5 hasil uji validitas pada instrumen pengetahuan yang terdiri dari 22 item pertanyaan, terdapat dua item yang tidak valid yaitu item 21 dan 22. Peneliti menggunakan item pertanyaan yang valid sebagai instrumen, yaitu sebanyak 20 item pertanyaan. Item pertanyaan yang tidak valid tidak digunakan oleh peneliti.

2. Uji validitas instrumen sikap ibu mengenai pencegahan *stunting*

Tabel 4.6 Uji Validitas Instrumen Sikap

Item	r hitung	r tabel	Keterangan
1	0,484	0,423	Valid
2	0,507	0,423	Valid
3	0,534	0,423	Valid
4	0,638	0,423	Valid
5	0,673	0,423	Valid
6	0,447	0,423	Valid
7	0,430	0,423	Valid
8	0,681	0,423	Valid
9	0,486	0,423	Valid
10	0,542	0,423	Valid
11	0,816	0,423	Valid
12	0,779	0,423	Valid
13	0,487	0,423	Valid

Berdasarkan tabel 4.6 hasil uji validitas pada instrumen sikap yang terdiri dari 13 item pertanyaan, semua item dinyatakan valid. Peneliti menggunakan 13 item pertanyaan sebagai instrumen.

3. Uji validitas instrumen tindakan ibu mengenai pencegahan *stunting*

Tabel 4.7 Uji Validitas Instrumen Tindakan

Item	r hitung	r tabel	Keterangan
1	0,655	0,423	Valid

2	0,567	0,423	Valid
3	0,495	0,423	Valid
4	0,462	0,423	Valid
5	0,011	0,423	Tidak Valid
6	0,655	0,423	Valid
7	0,529	0,423	Valid
8	0,577	0,423	Valid

Berdasarkan tabel 4.7 hasil uji validitas pada instrumen tindakan yang terdiri dari 8 item pertanyaan, terdapat satu item yang tidak valid yaitu item 5. Peneliti menggunakan item pertanyaan yang valid sebagai instrumen, yaitu sebanyak 7 item pertanyaan.

4.6.2 Uji reliabilitas

Teknik pengukuran reliabilitas pada pengukuran ini diuji dengan SPSS metode *Alpha Cronbach* dengan skala 0 sampai 1. Hasil pengukuran diklasifikasikan menjadi lima kelas dengan rentang yang sama dengan interpretasi sebagai berikut (Hidayat, 2017):

1. Nilai *alpha cronbach* 0,00 sampai dengan 0,20 menyatakan bahwa instrumen kurang reliabel
2. Nilai *alpha cronbach* 0,20 sampai dengan 0,40 menyatakan bahwa instrumen sedikit reliabel
3. Nilai *alpha cronbach* 0,40 sampai dengan 0,60 menyatakan bahwa instrumen cukup reliabel
4. Nilai *alpha cronbach* 0,60 sampai dengan 0,80 menyatakan bahwa instrumen reliabel
5. Nilai *alpha cronbach* 0,80 sampai dengan 1,00 menyatakan bahwa instrumen sangat reliabel

Tabel 4.8 Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Penelitian

Variabel	Alpha Cronbach	Keterangan
Pengetahuan	0,900	Sangat Reliabel
Sikap	0,821	Sangat Reliabel
Tindakan	0,654	Reliabel

Dari tabel 4.8 dapat dilihat bahwa semua pertanyaan yang valid untuk variabel pengetahuan dan sikap termasuk sangat reliabel, sedangkan untuk variabel tindakan termasuk reliabel.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.7.1 Lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Benowo Surabaya, yaitu Kelurahan Pakal dan Sumberrejo.

4.7.2 Waktu penelitian

Penelitian dilakukan tanggal 10-25 Juni 2019

4.8 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data

4.8.1 Pengambilan data

Proses pengambilan data awal dilakukan setelah mendapatkan surat pengantar dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang ditujukan pada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol) dan Linmas Kota Surabaya. Setelah dari Bakesbangpol Kota Surabaya peneliti mendapatkan surat pengantar kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya untuk melihat data mengenai jumlah masalah *stunting* terbanyak. Setelah itu Dinas kesehatan memberikan tembusan ke Puskesmas Benowo yang digunakan peneliti untuk mengetahui banyaknya kejadian *stunting* dan mengetahui populasi target di wilayah tersebut.

4.8.2 Pengumpulan data

1. Persiapan

- a) Pengajuan surat ijin penelitian kepada Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
- b) Pengajuan surat permohonan ijin penelitian kepada Bakesbangpol dan Dinkes kota Surabaya yang ditembuskan ke Puskesmas Benowo Surabaya
- c) Pengambilan sampel penelitian dilakukan dengan *purposive sampling* untuk menentukan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Kelompok perlakuan merupakan wilayah dengan prevalensi *stunting* paling tinggi, sedangkan kelompok kontrol merupakan wilayah dengan prevalensi *stunting* tertinggi kedua.
- d) Peneliti berkoordinasi dengan kader untuk mempertemukan peneliti dengan responden. Peneliti mendatangi rumah responden dengan bantuan kader dan menjelaskan maksud kedatangan peneliti serta menjelaskan penjelasan prosedur penelitian secara verbal dan tertulis kepada responden, termasuk *reward*. Peneliti juga menanyai responden apakah sudah sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan, serta menanyakan kesediaan responden untuk mengikuti penelitian atau tidak. Bagi responden yang telah bersedia mengikuti rangkaian penelitian, diminta untuk mengisi lembar *informed consent*.
- e) Peneliti berkoordinasi dengan kader untuk mempertemukan peneliti dengan responden pada acara Posyandu untuk melakukan pengambilan data.

2. Pemilihan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Peneliti memilih responden dengan total responden 72 orang yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan oleh peneliti. Pemilihan kelompok kontrol dan perlakuan berdasarkan pada prevalensi *stunting*. Kelurahan dengan prevalensi *stunting* tertinggi akan dijadikan kelompok perlakuan, sedangkan prevalensi tertinggi kedua akan dijadikan kelompok kontrol. Prevalensi *stunting* di Kelurahan Pakal sebanyak 206, Kelurahan Babat Jerawat sebanyak 158, Kelurahan Sumberrejo sebanyak 194, dan Kelurahan Benowo sebanyak 112. Sehingga Kelurahan Pakal menjadi kelompok perlakuan, dan Kelurahan Sumberrejo menjadi kelompok kontrol. Selain itu, pemilihan Kelurahan yang berbeda bertujuan untuk menghindari pertukaran informasi antar kelompok.

3. Pelaksanaan kelompok perlakuan

Sebelum pelaksanaan metode *buzz group*, 6 hari sebelumnya, tanggal 10 Juni 2019, responden diberikan *checklist* tindakan untuk diisi setiap hari selama 6 hari. Pada hari ketujuh saat pelaksanaan metode *buzz group*, tanggal 17 Juni 2019, peneliti mengumpulkan *checklist* yang sebelumnya diberikan pada responden dan memberikan *pre-test* sebelum pelaksanaan *buzz group*. Peneliti dibantu oleh salah satu kader perwakilan Puskesmas Benowo dan juga kader dari Posyandu Nusa Indah yang bertugas sebagai fasilitator saat pelaksanaan. Pertemuan pertama membahas mengenai konsep *stunting*. Peneliti membagi responden menjadi 5 kelompok dengan jumlah anggota 7 orang tiap kelompok. Kemudian peneliti menginstruksikan tiap kelompok untuk memilih anggota yang bertugas untuk menyampaikan hasil diskusi

kelompok kecil ke kelompok besar dan anggota lain yang bertugas menulis hasil diskusi dalam kelompok tersebut. Peneliti membagikan pertanyaan secara acak pada tiap kelompok untuk didiskusikan dalam waktu 5-15 menit. Setelah waktu diskusi habis, peneliti meminta perwakilan tiap kelompok untuk menyampaikan hasil yang telah didiskusikan. Kelompok lainnya dapat memberikan pertanyaan maupun memberikan pernyataan. Kemudian peneliti memberikan *feedback* dan merangkum materi dari pertanyaan yang didapat tiap kelompok. Setelah pertemuan pertama, peneliti memberikan *checklist* tindakan untuk diisi selama 6 hari kedepan dan mengambilnya pada hari ketujuh. Peneliti kemudian membuat kontrak dengan responden untuk pertemuan kedua.

Tiga hari kemudian, pada tanggal 20 Juni 2019, peneliti melaksanakan pertemuan kedua dengan responden dengan materi pencegahan *stunting*. Pelaksanaan metode *buzz group* sesuai dengan pertemuan pertama yang dilakukan selama 60 menit. Setelah pelaksanaan *buzz group* pada pertemuan kedua, peneliti memberikan *posttest* berupa kuesioner mengenai pengetahuan dan sikap mengenai pencegahan *stunting* pada responden. Peneliti juga mengatakan jika saat hari ketujuh setelah pemberian *checklist* tindakan, yaitu tanggal 24 Juni 2019, peneliti akan mengambil kembali *checklist* tersebut bersamaan dengan pemberian *souvenir* sebagai ucapan terima kasih dan uang transport.

Peneliti saat melakukan penelitian juga dibantu oleh dua rekan peneliti yang berasal dari fakultas yang sama dengan peneliti yaitu Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang memiliki tingkat pengetahuan dan

kemampuan yang sama dengan peneliti. Peneliti perlu menjelaskan prosedur penelitian dan materi penelitian kepada rekan peneliti sebelum penelitian dilakukan. Saat pemberian intervensi, peneliti bertindak sebagai sebagai fasilitator dan dua rekan peneliti sebagai moderator dan observer.

4. Pelaksanaan kelompok kontrol

Hari berikutnya setelah dari kelompok perlakuan, yaitu tanggal 11 Juni 2019, responden diberikan *checklist* tindakan untuk diisi setiap hari selama 6 hari. Pada hari ketujuh, yaitu tanggal 18 Juni 2019, peneliti mengambil *checklist* yang sebelumnya diberikan pada responden. Peneliti dibantu oleh salah satu kader dari Puskesmas Benowo dan kader dari Posyandu Rejo Mulyo. Kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan berupa *buzz group*, namun mengikuti kegiatan Posyandu seperti biasanya berupa *emo demo (emotional demonstration)* mengenai harapan/ cita-cita orang tua. Pada tanggal 22 Juni 2019, peneliti memberikan *posttest* berupa kuesioner mengenai pengetahuan dan sikap mengenai pencegahan *stunting* pada responden. Peneliti juga memberikan *checklist* tindakan yang diisi selama 6 hari kedepan. Lalu pada tanggal 29 Juni 2019, peneliti mengambil *checklist* tersebut bersamaan dengan pemberian *souvenir* sebagai ucapan terima kasih dan uang transport.

Peneliti dibantu oleh dua rekan peneliti yang berasal dari fakultas yang sama dengan peneliti yaitu Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang memiliki tingkat pengetahuan dan kemampuan yang sama dengan peneliti.

4.9 Analisis Data

Analisa data bertujuan untuk menyusun data dalam cara yang bermakna sehingga dapat dipahami. Analisa data dilakukan setelah semua data dari responden terkumpul. Penelitian ini menggunakan teknik pengolahan data menggunakan program SPSS. Proses pengolahan dan analisa data meliputi:

1. Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data penelitian alat ukur yang digunakan dapat berupa kuesioner.

2. Pengolahan Data (*Editing*)

Data lapangan yang ada dalam kuesioner perlu diedit, tujuan dilakukan editing ini untuk melihat lengkap tidaknya pengisian kuesioner. Melihat logis atau tidaknya jawaban, dan melihat konsistensi setiap pertanyaan. Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah:

- 1) Mengecek nama dan kelengkapan identitas responden untuk menghindari kesalahan ataupun kekurangan data dari reponden.
- 2) Mengecek kelengkapan data dan memeriksa isi instrument pengumpulan data.
- 3) Mengecek macam isian data untuk menghindari ketidakpastian pengisian.

3. Pengkodean Data (*Coding*)

Mengklasifikasikan jawaban responden menurut jenisnya, yaitu:

- 1) Memberi nilai/skor pada masing-masing jawaban menurut item pada kuisisioner sesuai dengan yang telah ditetapkan dalam definisi operasional.
- 2) Memberikan total nilai/skor untuk memperoleh kategori responden pada masing-masing variabel dependen.

3) Kategori yang telah diperoleh dari setiap variabel dependen pada *pre test* dan *post test*.

4. Pengolahan Data

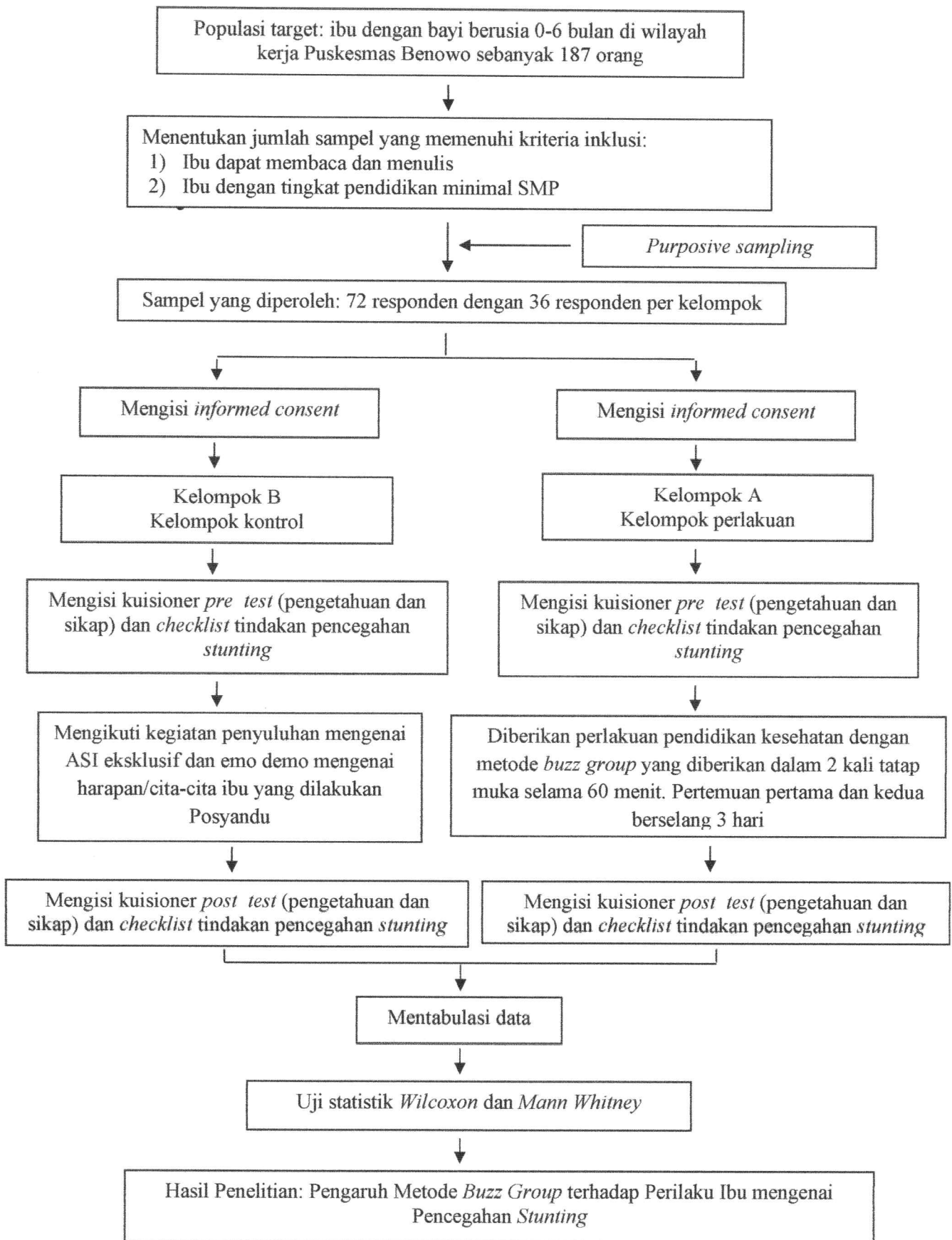
1) Entri data, atau memasukkan data dalam proses tabulasi dalam bentuk tabel sesuai variabel yang diukur untuk mengetahui pengaruh dari intervensi yang telah dilakukan

2) Melakukan editing ulang terhadap data yang telah ditabulasi untuk mencegah terjadinya kekeliruan memasukkan data atau kesalahan penempatan dalam kolom maupun garis tabel.

5. Data dianalisis menggunakan perangkat lunak komputer program statistik menggunakan *Statistical Product and Service Solution* (SPSS). Peneliti mengolah data menggunakan uji *Wilcoxon* untuk menganalisis perbedaan perilaku sebelum (*pre-test*) dan sesudah (*post-test*) perlakuan dan uji *Mann Whitney* untuk menganalisis perbedaan perilaku (*variabel dependen*) sebelum (*pre-test*) dan sesudah (*post-test*) perlakuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

4.10 Kerangka Operasional/Kerja

Kerangka operasional merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur penelitian.



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Pengaruh Metode *Buzz Group* terhadap Perilaku Ibu dalam Pencegahan *Stunting*

4.11 Etika Penelitian (*Ethical Clearance*)

Prinsip etika penelitian harus diperhatikan oleh peneliti sebab subjek yang digunakan adalah manusia. Jika tidak dilaksanakan, peneliti melanggar hak-hak manusia sebagai klien (Nursalam, 2017). Proposal penelitian ini telah lolos review etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan nomor sertifikat etik 1471-KEPK. Adapun aspek etik untuk melindungi kepentingan dan hak-hak responden dalam penelitian ini dijabarkan sebagai berikut :

1. Sikap Menghargai Hak Asasi Manusia (*Respect to Human*)

Maksud dari *Respect to Human* yaitu harus memenuhi hak-hak responden.

Hak-hak terpenuhi dengan adanya:

1) Lembar persetujuan (*informed consent*)

Lembar persetujuan diberikan pada responden yang mendapatkan pendidikan kesehatan mengenai pencegahan *stunting* sebelum dilakukan penelitian serta dilakukan penjelasan kepada responden tentang maksud dan tujuan penelitian. Responden juga diberi hak untuk menolak atau menerima ketersediaan menjadi responden dalam penelitian. Tujuan *informed consent* adalah agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya dan jika subjek bersedia maka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak responden.

2) Kerahasiaan nama (*Anonymity*)

Peneliti merahasiakan atau tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Peneliti cukup member tanda atau kode pada lembar pengumpulan data.

3) Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Masalah etika dengan menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya, semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Pelaporan hasil penelitian hanya terbatas pada hal yang terkait dengan penelitian.

2. Berbuat baik dan Tidak Merugikan (*Beneficence and Non Maleficence*)

1) Bebas Penderitaan

Penelitian harus aman, tanpa mengakibatkan penderitaan kepada responden, khususnya jika dilakukan perlakuan khusus.

2) Bebas Eksploitasi

Responden diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian ini atau informasi yang telah diberikan pada peneliti tidak akan dipergunakan untuk hal-hal yang dapat merugikan responden dalam bentuk apapun.

3) Risiko (*Benefits ratio*)

Peneliti harus hati-hati dalam mempertimbangkan resiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada responden.

3. Keadilan (*Justice*)

Responden diperlakukan secara adil dan baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia mengikuti penelitian. Kelompok perlakuan dan

kelompok kontrol tetap mendapatkan pendidikan kesehatan yang sama, tetapi dilaksanakan dalam waktu yang berbeda. Kelompok kontrol mendapatkan pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group* setelah dilakukan pengambilan data (*post test*) sehingga kedua kelompok mendapatkan manfaat yang sama. Tidak ada perlakuan khusus untuk salah satu kelompok.

4.12 Keterbatasan Penelitian

Terdapat beberapa keterbatasan yang dialami peneliti dalam penelitian, diantaranya:

1. Saat pengukuran tindakan, penelitian ini menggunakan instrumen berupa *checklist* tindakan yang pengisiannya telah dimonitoring, namun tanpa dilakukan observasi secara langsung sehingga jawaban yang didapatkan bisa tidak sesuai dengan kenyataan.
2. Saat pelaksanaan metode *buzz group*, terdapat beberapa anggota kelompok yang kurang fokus saat proses diskusi dalam kelompok karena ada yang membawa bayi untuk ikut kegiatan tersebut sehingga fokus responden teralihkan.
3. Pengukuran *checklist* tindakan dilakukan setelah pertemuan pertama, bukan setelah pertemuan ketiga sehingga mempengaruhi hasil penelitian.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian dan membahas tentang pengaruh metode *buzz group* terhadap perilaku ibu mengenai pencegahan *stunting* di Puskesmas Benowo Surabaya. Penelitian dilakukan pada tanggal 11-24 Juni 2019. Hasil penelitian ini meliputi gambaran umum lokasi penelitian dan karakteristik responden. Selain itu, bab ini juga menampilkan perilaku ibu sebelum dan sesudah pemberian pendidikan mengenai pencegahan *stunting* dengan metode *buzz group*.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Benowo yang berlokasi di Jl. Raya Benowo No. 47, Kecamatan Pakal, Surabaya. Batas wilayah kerja Puskesmas Benowo sebelah utara yaitu Kelurahan Tambak Dono, sebelah timur yaitu Kelurahan Babat Jerawat, sebelah selatan yaitu Kecamatan Pakal, sebelah barat yaitu Kelurahan Sumber Rejo. Wilayah kerja Puskesmas Benowo terdiri dari 4 kelurahan yaitu Kelurahan Pakal, Kelurahan Babat Jerawat, Kelurahan Sumberrejo, dan Kelurahan Benowo yang seluruhnya terdapat 187 RT dan 34 RW. Pelayanan di Puskesmas Benowo meliputi pelayanan poli gigi dan mulut, poli umum, poli gizi dan sanitasi, poli KIA & KB, poli imunisasi, ruang farmasi, ruang psikologi, ruang pojok ASI, dan laboratorium yang berada di lantai satu. Fasilitas lainnya seperti ruang pertemuan, ruang promosi kesehatan, gudang umum dan Alkes berada di lantai dua.

Puskesmas Benowo membawahi 86 Posyandu dengan lima kader di masing-masing Posyandu. Kegiatan Posyandu dilakukan sebanyak dua kali setiap bulan. Kegiatan pertama yaitu penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan dan pengukuran lingkaran kepala. Pertemuan berikutnya diadakan emo demo dengan tema menata masa depan balita dengan harapan dapat menurunkan angka kejadian *stunting*. Kegiatan melalui emo demo merupakan sebuah inovasi dengan metode yang lebih atraktif yang melibatkan dua arah. Emo demo (*emotional demonstration*) merupakan metode yang digunakan kader dalam memberikan pemahaman yang mendasar kepada sasaran di Posyandu dengan melibatkan emosional sasaran yang dipraktikkan melalui demonstrasi yang berguna untuk mengubah perilaku kesehatan masyarakat. Sebelumnya kader yang mewakili kecamatan diberikan pelatihan oleh MoT (*Master of Trainee*). Kader yang mengikuti pelatihan kemudian meneruskan materi emo demo pada kader Posyandu di wilayah masing-masing.

Emo demo yang diberikan melalui kegiatan Posyandu meliputi pemberian ASI eksklusif, ATIKA (Ati, telur, ikan) sumber zat besi, makanan seimbang dan camilan sehat, membayangkan masa depan, menyusun balok, jadwal makan bayi dan anak, siap bepergian, ditarik ke segala arah, porsi makan bayi dan anak, ikatan ibu dan anak, harapan ibu, dan cuci tangan. Untuk bulan Juni 2019 kegiatan emo demo yang dilakukan mengenai harapan/ cita-cita orang tua.

5.1.2 Karakteristik demografi responden

Tabel 5.1 Karakteristik demografi responden

Karakteristik Responden	Kategori	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Total	%
		f	%	f	%		
Usia	21-25 tahun	4	11	9	25	13	18
	26-30 tahun	13	36	14	39	27	38

Karakteristik Responden	Kategori	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Total	%
		f	%	f	%		
	31-35 tahun	11	31	10	28	21	29
	36-40 tahun	8	22	3	8	11	15
	Total	36	100	36	100	72	100
Pendidikan Terakhir	Tamat SMP/ sederajat	6	17	9	25	15	21
	Tamat SMA/ sederajat	21	58	19	53	40	55
	Tamat akademi/ Perguruan tinggi	9	25	8	22	17	24
	Total	36	100	36	100	72	100
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	21	58	29	81	50	69
	Pegawai swasta	15	42	7	19	22	31
	Total	36	100	36	100	72	100
Pengalaman Diberikan Penyuluhan Mengenai Pencegahan <i>Stunting</i>	Pernah	11	31	23	64	34	47
	Tidak pernah	25	69	13	36	38	53
	Total	36	100	36	100	72	100
Sumber Informasi	Televisi	3	27	6	26	9	26
	Majalah/koran	0	0	3	13	3	9
	Petugas kesehatan	8	73	14	61	22	65
	Total	11	100	23	100	34	100
Usia Bayi	1 bulan	1	3	0	0	1	1
	2 bulan	5	14	7	19	12	17
	3 bulan	4	11	6	17	10	14
	4 bulan	8	22	8	22	16	22
	5 bulan	7	19	2	6	9	13
	6 bulan	11	31	13	36	24	33
	Total	36	100	36	100	72	100

Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat bahwa pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebagian besar responden berusia 26-30 tahun yaitu berturut-turut sebanyak 13 orang (36%) dan 14 orang (39%). Responden pada kedua kelompok sebagian besar tamat SMA yaitu berturut-turut sebanyak 21 orang (58%) dan 19 orang (53%). Rata-rata responden bekerja sebagai ibu rumah tangga

untuk kedua kelompok. Kelompok perlakuan sebanyak 21 orang (58%), dan kelompok kontrol sebanyak 29 orang (81%).

Sebanyak 25 orang (69%) belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan mengenai pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar responden yaitu 23 orang (64%) sudah pernah diberikan penyuluhan mengenai pencegahan *stunting*. Informasi mengenai pencegahan *stunting* sebagian besar didapatkan dari petugas kesehatan untuk kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol, yaitu berturut-turut sebanyak 8 orang (73%) dan 14 orang (61%). Sebagian besar usia bayi yang dimiliki responden berumur 6 bulan, baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol, yaitu berturut-turut sebanyak 11 orang (31%) dan 13 orang (36%).

5.1.3 Variabel yang diukur

Variabel yang diukur yaitu perilaku ibu, yang terdiri dari sikap, pengetahuan dan tindakan dalam pencegahan *stunting* sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group*.

1. Pengetahuan dalam pencegahan *stunting* sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group*

Tabel 5.2 Distribusi pengetahuan responden dalam pencegahan *stunting* sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group*

No.	Kategori Pengetahuan	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
		Pretest		Posttest		Pretest		Posttest	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1.	Baik	9	25	25	69	15	41	19	53
2.	Cukup	21	58	8	23	19	53	17	47
3.	Kurang	6	17	3	8	2	6	0	0
	Total	36	100	36	100	36	100	36	100
	Uji Homogenitas	p=0,484							
	Uji Normalitas	p=0,001				P=0,026			
	Uji Wilcoxon	p=0,000				p=0,334			
	Uji Mann Whitney Posttest	p=0,019							

Berdasarkan tabel 5.2 dapat dilihat bahwa pengetahuan responden mengenai pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol saat *pretest* sebagian besar memiliki kategori cukup yaitu berturut-turut sebanyak 21 orang (58%) dan 19 orang (53%). Beberapa responden lainnya memiliki kategori baik dan kurang. Namun, responden yang memiliki kategori baik lebih banyak terdapat pada kelompok kontrol dibandingkan dengan kelompok perlakuan, yaitu berturut-turut sebanyak 15 orang (41%) dan 9 orang (25%). Sedangkan untuk kategori cukup pada kelompok kontrol hanya sedikit yaitu sebanyak 2 responden (6%) dibandingkan dengan kelompok perlakuan yaitu sebanyak 6 responden (17%). Saat *posttest*, terjadi perubahan pada kelompok perlakuan. Sebagian besar kelompok perlakuan berubah menjadi kategori baik yaitu sebanyak 25 orang (69%) dengan kenaikan 44%. Begitu pula kelompok kontrol. Terdapat peningkatan sehingga sebagian besar memiliki kategori baik, namun kenaikannya tidak sebanyak kelompok perlakuan. Kelompok kontrol mengalami peningkatan sebanyak 12%.

Hasil analisis uji *Wilcoxon* pada kelompok perlakuan diperoleh nilai $p=0,000$ ($p<0,05$). Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan yang signifikan antara *pretest* dan *posttest*. Kelompok kontrol diperoleh nilai $p=0,334$ ($p>0,05$). Hal tersebut menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara *pre-test* dan *post-test*. Hasil analisis uji *Mann Whitney* saat *posttest* diperoleh nilai $p=0,019$ ($p<0,05$). Hal tersebut menunjukkan bahwa ada perbedaan pengetahuan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan perlakuan.

2. Sikap dalam pencegahan *stunting* sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group*

Tabel 5.3 Distribusi sikap responden dalam pencegahan *stunting* sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group*

No.	Kategori Sikap	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
		Pretest		Posttest		Pretest		Posttest	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1.	Positif	15	42	25	69	18	50	19	53
2.	Negatif	21	58	11	31	18	50	17	47
	Total	36	100	36	100	36	100	36	100
Uji Homogenitas				p=0,310					
Uji Normalitas		P=0,073				P=0,175			
Uji <i>Wilcoxon</i>		p=0,001				p=0,368			
Uji <i>Mann Whitney Posttest</i>		p=0,001							

Berdasarkan tabel 5.3 dapat dilihat bahwa sikap responden mengenai pencegahan *stunting* saat *pretest* pada kelompok perlakuan sebagian besar memiliki kategori negatif yaitu sebanyak 21 orang (58%), sedangkan pada kelompok kontrol perbandingan antara responden yang memiliki kategori positif dan negatif berjumlah sama yaitu 18 orang (50%) untuk masing-masing kelompok. Saat *posttest* terjadi perubahan sikap responden pada kelompok perlakuan yang sebelumnya sebagian besar memiliki sikap negatif, setelah diberikan intervensi sebagian besar memiliki kategori sikap positif dengan total responden menjadi 25 orang (69%). Terdapat satu responden pada kelompok kontrol yang mengalami perubahan sikap menjadi positif, sedangkan sebagian besar tidak mengalami perubahan.

Hasil analisis uji *Wilcoxon* pada kelompok perlakuan diperoleh nilai $p=0,001$ ($p<0,05$). Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan sikap yang signifikan antara *pretest* dan *posttest*. Kelompok kontrol diperoleh nilai $p=0,368$ ($p>0,05$). Hal tersebut menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan sikap yang

signifikan antara *pretest* dan *posttest*. Hasil analisis uji *Mann Whitney* saat *posttest* diperoleh nilai $p=0,001$ ($p<0,05$). Hal tersebut menunjukkan bahwa ada perbedaan sikap yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan perlakuan.

3. Tindakan dalam pencegahan *stunting* sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group*

Tabel 5.4 Distribusi tindakan responden dalam pencegahan *stunting* sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group*

No.	Kategori Tindakan	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
		<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>		<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1.	Kurang dari setengah	9	25	7	19	5	14	7	19
2.	Setengah	4	11	2	6	0	0	2	6
3.	Lebih dari setengah	14	39	18	50	16	44	13	36
4.	Sebagian besar	9	25	9	25	15	42	14	39
	Total	36	100	36	100	36	100	36	100
	Uji Homogenitas	p=0,361							
	Uji Normalitas	P=0,015				P=0,000			
	Uji <i>Wilcoxon</i>	p=0,714				p=0,492			
	Uji <i>Mann Whitney Posttest</i>	p=0,070							

Berdasarkan tabel 5.4 dapat dilihat bahwa tindakan yang dilakukan responden mengenai pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol saat *pretest* sebagian besar melakukan tindakan lebih dari setengah yaitu berturut-turut sebanyak 14 orang (39%) dan 16 orang (44%). Beberapa responden lainnya melakukan tindakan dengan kategori kurang dari setengah, setengah dan melakukan sebagian besar. Responden kelompok kontrol yang melakukan tindakan dengan kategori sebagian besar lebih banyak yaitu 15 orang (42%) jika dibandingkan dengan kelompok perlakuan yaitu sebanyak 9 orang (25%). Sedangkan pada kategori melakukan tindakan kurang dari setengah, kelompok

perlakuan memiliki lebih banyak responden dengan jumlah 9 orang (25%) jika dibandingkan dengan kelompok kontrol yaitu sebanyak 5 orang (14%). Saat *posttest* responden pada kelompok perlakuan sebagian besar masih sama yaitu dalam kategori lebih dari setengah, namun terdapat beberapa peningkatan responden yang sebelumnya memiliki kategori kurang dari setengah dan setengah menjadi kategori lebih dari setengah sehingga diperoleh total sebanyak 18 responden (50%). Pada kelompok kontrol tidak banyak terdapat perubahan tindakan yang dilakukan. Terdapat penurunan tindakan responden yang melakukan sebagian besar tindakan, yang semula berjumlah 15 orang (42%) menjadi 14 orang (39%).

Hasil analisis uji *Wilcoxon* pada kelompok perlakuan diperoleh nilai $p=0,714$ ($p>0,05$). Hal tersebut menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan tindakan antara *pretest* dan *posttest*. Kelompok kontrol diperoleh nilai $p=0,492$ ($p>0,05$). Hal tersebut menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan tindakan antara *pretest* dan *posttest*. Hasil analisis uji *Mann Whitney* saat *posttest* diperoleh nilai $p=0,070$ ($p<0,05$). Hal tersebut menunjukkan bahwa ada perbedaan tindakan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan perlakuan.

5.2 Pembahasan

Pada bagian ini dijelaskan mengenai hasil penelitian mengenai pengaruh metode *buzz group* terhadap perilaku ibu, yang meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan mengenai pencegahan *stunting* di Puskesmas Benowo Surabaya.

5.2.1 Analisis pengaruh metode *buzz group* terhadap pengetahuan ibu dalam pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Pengetahuan responden pada kelompok perlakuan saat *pretest* sebagian besar memiliki kategori cukup, namun masih ditemukan responden dengan kategori kurang yaitu responden 6, 16, 22, 24, 25 dan 33. Item pengetahuan dalam kategori kurang yaitu mengenai dampak *stunting* karena kurangnya sanitasi, tindakan untuk mencegah *stunting* dan penyebab *stunting*. Pada kelompok kontrol, tingkat pengetahuan saat *pretest* sebagian besar dalam kategori cukup. Ada juga sebagian yang memiliki kategori kurang, yaitu responden 9 dan 34. Item pengetahuan dalam kategori kurang yaitu mengenai dampak *stunting* karena kurangnya sanitasi, dampak *stunting* dalam jangka pendek dan tindakan pencegahan *stunting*.

Lebih banyak responden yang belum pernah mendapatkan informasi atau pendidikan kesehatan mengenai pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suryagustina, Araya and Jumielsa (2018) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dan informasi yang didapat. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor, meliputi usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, minat, pengalaman, kebudayaan, dan informasi (Mubarak and Chayatin, 2009). Selain itu, fakta tersebut didukung oleh teori Green and Kreuter (1991) yang menyatakan bahwa tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh kurangnya sarana prasarana, dalam hal ini yaitu informasi maupun pendidikan kesehatan. Hal tersebut menunjukkan bahwa informasi dapat mempengaruhi

pengetahuan. Seseorang yang mendapatkan lebih banyak informasi dari berbagai sumber, seperti petugas kesehatan, televisi, majalah atau koran maka informasi yang didapatkan mampu meningkatkan pengetahuan seseorang sehingga orang tersebut memiliki pengetahuan yang lebih besar dibandingkan dengan orang yang kurang informasi.

Pengetahuan responden pada kelompok perlakuan saat *posttest* mengalami peningkatan. Perubahan yang signifikan terjadi pada responden yang memiliki kategori cukup menjadi baik. Selain itu terdapat juga sebagian responden yang meningkat dari kategori kurang menjadi cukup. Hal tersebut menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan sebelum diberikan intervensi dan setelah diberikan intervensi. Peningkatan item pengetahuan pada kelompok perlakuan meliputi penyebab *stunting*, dampak *stunting*, manfaat pemberian MP ASI dan tindakan pencegahan *stunting*. Sebagian besar responden pada kelompok perlakuan tidak memiliki perubahan antara *pretest* dan *posttest*, dengan kata lain responden tidak mengalami peningkatan kategori saat *posttest*. Terdapat 3 responden yang tidak mengalami perubahan kategori. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan mengenai tingkat pengetahuan yang meliputi tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi (Notoatmodjo, 2014). Berdasarkan pernyataan tersebut kita dapat mengetahui bahwa tingkat pengetahuan seseorang berbeda sehingga pemahaman setiap orang tidak sama. Saat seseorang dapat memahami atau bahkan mengaplikasikan suatu informasi, belum tentu orang lain mampu mengaplikasikan atau memahami informasi yang didapat. Faktor lain yang dapat mempengaruhi yaitu karena responden mengikuti penelitian dengan membawa bayinya sehingga tidak terfokuskan pada proses diskusi, melainkan

fokus untuk mengurus bayinya. Selain itu, responden juga baru pertama kalinya mendapatkan informasi mengenai pencegahan *stunting*. Sehingga tidak hanya dari faktor pendidikan kesehatan, melainkan dari responden juga dapat mempengaruhi pengetahuan.

Pengetahuan responden pada kelompok kontrol saat *posttest* sebagian besar tidak mengalami peningkatan. Terdapat satu responden yang mengalami penurunan kategori dari baik menjadi cukup. Penelitian Walgito (2014) menyatakan bahwa ingatan berhubungan dengan pengalaman yang telah lalu, pernah dialami dan dipersepsi. Ingatan tidak hanya kemampuan untuk menyimpan pengalaman, tetapi juga kemampuan untuk menerima, menyimpan dan menimbulkan atau memproduksi kembali. Responden pada kelompok kontrol telah belajar dari pengalaman sebelumnya saat *pretest*. Soal yang diisi saat *posttest* sama sehingga responden masih bisa mengingat soal ataupun jawaban sebelumnya.

Pengetahuan merupakan rangsangan yang diperoleh seseorang melalui indera. Indera penglihatan merupakan indera yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak. Sekitar 75-87% pengetahuan manusia diperoleh melalui indera penglihatan, 13% melalui indera pendengaran dan 12% melalui indera yang lain (Andriani, Farit *and* Nurzalmariah, 2017). Pendidikan nutrisi terhadap pengetahuan dan praktik pemberian makan pengasuh dan status nutrisi anak menunjukkan bahwa edukasi mengenai nutrisi dapat meningkatkan pengetahuan ibu mengenai pemberian makan pada anak sehingga dapat menurunkan kejadian *stunting* (Negash *et al*, 2014). Salah satu upaya peningkatan pengetahuan yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan. Penelitian ini

dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan menggunakan metode *buzz group* dalam penyampaian informasi pada responden untuk meningkatkan pengetahuan.

Kelompok perlakuan mengalami peningkatan pengetahuan yang signifikan setelah diberikan intervensi. Hasil tersebut dilihat melalui *posttest* yang dilakukan 3 hari setelah intervensi. Pemilihan waktu evaluasi berdasarkan pada penelitian yang menyatakan bahwa waktu efektif untuk melakukan evaluasi sebaiknya antara 1-7 hari setelah intervensi (Cepeda *et al.*, 2006). Berdasarkan observasi peneliti, penerapan metode *buzz group* dalam pemberian pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan karena adanya kemauan responden untuk mengikuti kegiatan tersebut. Metode *buzz group* merupakan suatu metode pendidikan kesehatan dimana sasaran dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil (*buzz group*) untuk melakukan diskusi dalam waktu singkat (Efendi *and* Mahfudli, 2009). Diskusi *buzz group* dapat membantu responden untuk menyampaikan pendapat atau gagasan dalam kelompok, sehingga mendorong anggota untuk aktif berpartisipasi selama diskusi oleh (Ikromah, Asmaningrum *and* Sulistiyorini, 2015). Pernyataan tersebut sesuai dengan proses diskusi yang dilakukan responden. Proses diskusi yang dilakukan tiap kelompok dapat memicu terjadinya proses berpikir pada responden sehingga dapat mengembangkan pendapat atau informasi yang dimiliki mengenai pencegahan *stunting*. Diskusi *buzz group* dapat meningkatkan pengetahuan melalui pemecahan masalah. Tahapan dalam metode *buzz group* sendiri cukup banyak, yaitu responden mencari informasi secara mandiri, mendiskusikan informasi tersebut dengan anggota kelompoknya dan mempresentasikan hasil diskusi. Selama pencarian informasi, tentunya terdapat

proses belajar dan berfikir untuk menelaah atau memahami informasi, serta menganalisisnya sebelum menuliskan informasi tersebut. Kemudian meminta saran atau pendapat anggota lain untuk menemukan suatu pemahaman yang sama sehingga mampu meningkatkan pengetahuan responden.

5.2.2 Analisis pengaruh metode *buzz group* terhadap sikap ibu dalam pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group*, responden memiliki sikap positif dan negatif. Sikap merupakan kesiapan merespon terhadap objek atau situasi secara konsisten, yang dapat bersifat positif maupun negatif. Sikap positif menunjukkan bahwa responden memperlihatkan, menerima, mengakui, menyetujui norma-norma yang berlaku pada lingkungan individu. Sedangkan sikap negatif menunjukkan penolakan atau tidak menyetujui norma-norma yang berlaku dalam lingkungan individu. *Pretest* pada kelompok perlakuan didapatkan hasil bahwa sikap responden sebagian besar berada pada kategori negatif. Sikap negatif responden dibuktikan dalam menyikapi pernyataan bahwa ibu memberikan makanan pendamping ASI sebelum bayi berusia 6 bulan dan tidak mencuci tangan sebelum memberikan makan pada bayi memiliki pengaruh pada kejadian *stunting*. *Pretest* pada kelompok kontrol didapatkan hasil bahwa responden yang memiliki sikap positif dan negatif berjumlah sama, yaitu 18 responden pada masing-masing kategori. Responden yang memiliki sifat negatif beberapa diantaranya tidak pernah mendapatkan informasi mengenai pencegahan *stunting*.

Pembentukan sikap dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media

massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama serta faktor emosi (Azwar, 2007),. Pertanyaan tersebut menunjukkan bahwa pembentukan tidak hanya dipengaruhi dari faktor internal, seperti pengalaman pribadi dan emosi. Faktor eksternal, seperti orang yang dianggap penting, kebudayaan, media massa serta lembaga pendidikan dan agama juga ikut mempengaruhi pembentukan sikap. Dengan begitu, informasi yang diperoleh dari media massa dan lembaga pendidikan dapat mengarahkan pendapat seseorang sehingga mampu memberikan landasan kognitif bagi terbentuknya sikap yang positif. Hal ini didukung dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Andriani, Farit *and* Nurzalmariah (2017) yang menyatakan bahwa setelah diberikan pendidikan kesehatan, beberapa responden dengan sikap negatif berubah menjadi positif.

Setelah diberikan intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group* pada kelompok perlakuan, 25 responden memiliki sikap positif. Sikap positif ini ditunjukkan oleh hasil nilai responden $T \geq T$ mean (Azwar, 2007). Sebanyak 11 responden memiliki sikap negatif dengan nilai responden $T < T$ mean. Peningkatan sikap yang didapatkan saat *posttest* yaitu sebanyak 9 responden, meningkat 25% dari kategori sikap negatif menjadi positif. *Posttest* pada kelompok kontrol didapatkan hasil bahwa sikap responden sebagian besar tetap. Teori dari Green *and* Kreuter (1991) menyatakan bahwa dengan memberikan pendidikan kesehatan dapat merubah faktor predisposisi, salah satunya yaitu sikap seseorang. Sesuai dengan teori tersebut, adanya pendidikan kesehatan menggunakan metode *buzz group* dapat mengubah pola pikir negatif menjadi positif sehingga terjadi peningkatan sikap responden (Nababan, Agushybana *and* Suryoputro, 2019). Hasil belajar yang diharapkan dari metode

buzz group yaitu responden dapat membandingkan persepsinya yang mungkin berbeda-beda mengenai *stunting*, membandingkan informasi yang diperoleh masing-masing sehingga responden dapat saling memperbaiki pengertian, persepsi, informasi, interpretasi sehingga dapat terhindar dari kekeliruan (Hasibuan and Moedjiono, 2006).

5.2.3 Analisis pengaruh metode *buzz group* terhadap tindakan ibu dalam pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Hanya ada sebagian kecil responden pada kelompok perlakuan, yaitu berjumlah 4 orang yang melakukan *checklist* tindakan lebih banyak setelah diberikan intervensi dibandingkan saat *pretest*. Begitu pula dengan kelompok kontrol. Meskipun responden pada kelompok kontrol sebagian besar melakukan sebagian besar *checklist* dalam tindakan, namun tidak ada perubahan yang berarti saat *posttest*. Sebagian besar responden cenderung melakukan tindakan yang sudah biasa dilakukan sehari-hari dan sulit untuk diubah.

Perubahan perilaku terjadi karena adanya perubahan, seperti bertambahnya pengetahuan atau keterampilan. Selain itu juga karena terjadi perubahan sikap mental yang sangat jelas. Sehingga dalam hal pendidikan orang dewasa tidak cukup hanya dengan memberi tambahan pengetahuan, tetapi harus dibekali juga dengan rasa percaya yang kuat dalam pribadinya. Peningkatan pengetahuan yang diiringi dengan peningkatan kepercayaan diri yang kuat mampu membuat perubahan ke arah positif berupa adanya pembaharuan baik fisik maupun mental secara nyata, menyeluruh dan berkesinambungan (Nursalam and Efendi, 2008).

Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu

perbuatan nyata, perlu adanya faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan (Efendi *and* Mahfudli, 2009). Pernyataan tersebut menegaskan bahwa terdapat faktor lain yang berperan dalam penentuan tindakan seseorang. Sikap ibu yang positif mengenai pencegahan *stunting*, seperti memberikan ASI eksklusif, membawa anak ke pelayanan kesehatan untuk memantau perkembangan bayi dan sebagainya perlu dukungan dari suami atau keluarga dan tersedianya sarana prasarana yang mendukung untuk mencapainya. Kondisi lain seperti keyakinan maupun budaya yang ada pada keluarga atau lingkungan juga dapat mempengaruhi tindakan individu meskipun sikap yang dimiliki positif. Menurut Notoatmodjo (2007), perubahan perilaku baru pada seseorang merupakan suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama. Secara teori, perubahan perilaku seseorang untuk menerima atau mengadopsi perilaku dalam kehidupan melalui tiga tahap, yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan.

Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa tindakan memiliki beberapa tingkatan, yaitu: 1) persepsi (*perception*), yaitu kondisi dimana seseorang mengenal dan memilih objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil; 2) Respons terpimpin (*guided response*), yaitu kondisi dimana seseorang dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar, berdasarkan contoh yang ada; 3) Mekanisme (*mechanism*), yaitu jika seseorang dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis. Dapat juga sesuatu itu merupakan kebiasaan yang dilakukan; 4) Adopsi (*adoption*), yaitu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik dengan memodifikasi tindakan tanpa mengurangi kebenaran tingkatan tersebut (Indriyani *and* Asmuji, 2014). Responden dalam penelitian ini diberikan pendidikan kesehatan mengenai pencegahan *stunting*

menggunakan metode *buzz group*. Setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group*, responden melakukan penilaian terhadap informasi yang didapatkan dan menentukan apakah responden mau merealisasikan informasi tersebut ke dalam tindakan nyata atau tidak.

Terdapat penelitian yang menyatakan bahwa ceramah diikuti dengan diskusi metoda *buzz group* efektif dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dalam pencegahan pneumonia balita (Nababan, Agushyana and Suryoputro, 2019). Penelitian lainnya menyatakan bahwa metode *buzz group discussion* efektif dalam meningkatkan perilaku pemberantasan sarang nyamuk pada ibu PKK di Kelurahan Sragen Tengah (Nuristia, 2014). Terjadinya peningkatan pengetahuan dan sikap mengenai pencegahan *stunting* pada penelitian ini sesuai dengan pernyataan tersebut, namun untuk tindakan tidak sesuai. Pada kelompok kontrol lebih banyak ibu yang sudah mendapatkan pendidikan kesehatan melalui petugas kesehatan dan juga lebih banyak ibu yang bekerja sebagai ibu rumah tangga sehingga mampu, mau, bahkan terbiasa melakukan tindakan dalam pencegahan *stunting* dan cenderung tidak mengalami perubahan tindakan. Sedangkan pada kelompok perlakuan sebagian besar tidak mengalami perubahan tindakan. Hanya sebagian kecil yang berubah sehingga tidak terlalu banyak pengaruh antar kelompok.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab menguraikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian pengaruh metode *buzz group* terhadap perilaku ibu dalam pencegahan *stunting* di Puskesmas Benowo Surabaya.

1.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan:

1. Pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group* dapat meningkatkan pengetahuan ibu dalam pencegahan *stunting*. Peningkatan pengetahuan yang signifikan pada kelompok perlakuan terjadi karena informasi yang didapatkan dengan metode *buzz group* melibatkan responden secara langsung untuk aktif berpartisipasi.
2. Pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group* dapat mengubah sikap ibu terhadap pencegahan *stunting*. Perubahan sikap pada individu terjadi karena ada faktor-faktor yang mempengaruhi, seperti pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama serta faktor emosi.
3. Pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group* tidak dapat mengubah tindakan ibu terhadap pencegahan *stunting*. Responden cenderung melakukan tindakan yang sudah menjadi kebiasaan sehingga sulit untuk mengubah kebiasaan tersebut. Lebih banyak responden pada kelompok kontrol yang melakukan sebagian besar tindakan dibandingkan dengan kelompok

perlakuan karena responden pada kelompok kontrol lebih banyak yang sudah mendapatkan pendidikan kesehatan mengenai pencegahan *stunting*.

1.2 Saran

1. Bagi Responden

Metode *buzz group* dapat digunakan sebagai salah satu metode pembelajaran untuk memperoleh informasi yang dapat diterapkan di lingkungan sekitar rumah.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Metode *buzz group* yang digunakan dalam penelitian ini merupakan salah satu metode alternatif yang dapat diterapkan oleh tenaga kesehatan untuk menyampaikan materi kepada para ibu.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat menerapkan metode lainnya untuk memberikan pendidikan kesehatan mengenai pencegahan *stunting*. Peneliti selanjutnya juga dapat meneliti lebih lanjut mengenai *self efficacy*, kebudayaan, dukungan keluarga ataupun petugas kesehatan dengan kejadian *stunting*.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Abbasi, F. *et al.* (2017) 'Evaluation of the Effect of Training by Buzz Group Method on Nursing Diagnostic Skills of Nursing Students', *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 10(1), pp. 213–218.
- Abebe, Z., Haki, G. D. and Baye, K. (2016) 'Health Extension Workers' Knowledge and Knowledge-Sharing Effectiveness of Optimal Infant and Young Child Feeding Are Associated with Mothers' Knowledge and Child Stunting in Rural Ethiopia', *Food and Nutrition Bulletin*, 37(3), pp. 353–363. doi: 10.1177/0379572116651209.
- Andriani, W. O. S., Farit, R. and Nurzalmariah (2017) 'Perbedaan Pengetahuan, Sikap dan Motivasi Ibu Sesudah Diberikan Program Mother Smart Grounding (MSG) dalam Pencegahan Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari Tahun 2017', *JIMKESMAS*, 2.
- Arivananthan, M. *et al.* (2015) 'Knowledge Exchange Toolbox: Group Methods for Sharing, Discovery and Co-Creation.' Available at: <http://www.unicef.org/knowledge-exchange/Coverphotocredit:?UNICEF/NYHQ2009-1237/Pirozzi>.
- Awuuh, V. A., Appiah, C. A. and Mensah, F. O. (2018) 'Impact of nutrition education intervention on nutritional status of undernourished children (6-24 months) in East Mamprusi district of Ghana', *Nutrition and Food Science*. doi: 10.1108/NFS-05-2018-0134.
- Azwar, S. (2007) *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- Beal, T. *et al.* (2018) 'A review of child stunting determinants in Indonesia', *Maternal and Child Nutrition*, 14(4), pp. 1–10. doi: 10.1111/mcn.12617.
- Benita, N. R. (2012) *Pengaruh Penyuluhan terhadap Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi pada Remaja Siswa SMP Kristen Gergaji*. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/11735958.pdf>.
- Cahyanti, F. D. (2017) *Pengaruh modifikasi metode buzz group tentang pemberian ASI eksklusif terhadap self efficacy pada ibu hamil di puskesmas pucang sewu*. Surabaya.
- Cepeda, N. J. *et al.* (2006) 'Distributed Practice in Verbal Recall Tasks: A Review and Quantitative Synthesis', 132.
- Dahlan, M. S. (2009) *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Efendi, F. and Mahfudli (2009) *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fikawati, S., Syafiq, A. and Karima, K. (2015) *Gizi Ibu dan Bayi*. 1st edn. Jakarta: Rajawali Pers.
- Green, L. W. and Kreuter, M. W. (1991) *Health Promoting Planning an Education and Environmental Approach*. 2nd editio. New Yoek: Mayfield

Publishing Company.

- Habibi, A. N. R. (2015) 'Pengaruh CBD (Ceramah, Brainstorming, Demonstrasi) terhadap Perilaku Ibu dalam Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP ASI) pada Balita (6-24 Bulan).' doi: 10.1145/3132847.3132886.
- Harding, K. L. and Webb, P. (2019) 'Birthweight and feeding practices are associated with child growth outcomes in South Asia', 14(August 2017), pp. 1–12. doi: 10.1111/mcn.12650.
- Hasibuan, J. J. and Moedjiono (2006) *Proses Belajar Mengajar*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Hidayat, A. (2017) *Begini Caranya Penulisan Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian*. Bandung.
- Ikromah, J. N., Asmaningrum, N. and Sulistiyorini, L. (2015) 'Perbedaan Metode Buzz Group Discussion dengan Ceramah Audiovisual terhadap Tingkat Pengetahuan Warga Binaan di Lembaga Pemasyarakatan Kelas IIA Jember', *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 3(1), pp. 82–88.
- Indriyani, D. and Asmuji (2014) *Buku Ajar Keperawatan Maternitas: Upaya Promotif dan Preventif dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi*. Yogyakarta: AR-RUZ MEDIA.
- Kemendes RI (2011) 'Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak', p. 41. doi: 10.1055/s-0029-1219204.
- Kementerian Dalam Negeri, Bappenas and Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (2018) 'Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting): Periode 2018-2024.'
- Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, D. and Transmigrasi (2017) 'Buku saku desa dalam penanganan stunting', *Buku Saku Desa Dalam Penanganan Stunting*, pp. 2–13. Available at: http://siha.depkes.go.id/portal/files_upload/Buku_Saku_Stunting_Desa.pdf.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018) 'Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2017.'
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia and Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (2018) 'Cegah Stunting, itu Penting: Cukupi Gizi, Lengkapi Imunisasi dan Perbaiki Sanitasi.'
- Kemendagri Kesehatan RI (2013) 'Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2013 Tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan bagi Bangsa Indonesia', pp. 1–10. Available at: http://gizi.depkes.go.id/download/kebijakan_gizi/pmk_75-2013.pdf.
- Kemendagri Kesehatan RI (2018) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Lowdermilk, D. L. et al. (2012) *Maternity & Women's Health Care*. 10th edisi. United States of America: Elsevier Ltd.
- Mahmudiono, T. et al. (2016) 'The effectiveness of nutrition education for

overweight / obese mothers with stunted children (NEO-MOM) in reducing the double burden of malnutrition in Indonesia: study protocol for a randomized controlled trial', *BMC Public Health*. BMC Public Health. doi: 10.1186/s12889-016-3155-1.

- Mason, D. J. (1995) *Trainer ' s Toolbox of Training Techniques*. Nairobi.
- Michaelsen, K. F., Grummer-Strawn, L. and Bégin, F. (2017) 'Emerging issues in complementary feeding: Global aspects', *Maternal and Child Nutrition*, 13(October 2016), pp. 1–7. doi: 10.1111/mcn.12444.
- Mubarak, W. I. and Chayatin, N. (2009) *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muhoozi, G. K. M. *et al.* (2017) 'Nutrition , hygiene , and stimulation education to improve growth , cognitive , language , and motor development among infants in Uganda : A cluster □ randomized trial', (August), pp. 1–11. doi: 10.1111/mcn.12527.
- Nababan, S., Agushybana, F. and Suryoputro, A. (2019) 'Efektifitas Ceramah Booklet dan Buzz Group dalam Upaya Pencegahan Pneumonia pada Anak', 14(1).
- Negash, C. *et al.* (2014) 'Nutrition education and introduction of broad bean – based complementary food improves knowledge and dietary practices of caregivers and nutritional status of their young children in Hula , Ethiopia', 35(4), pp. 480–486.
- Notoatmodjo, S. (2007) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2014) *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuristia, U. (2014) 'EFEKTIVITAS METODE BUZZ GROUP DISCUSSION UNTUK MENINGKATKAN PERILAKU PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK IBU-IBU PKK KELURAHAN SRAGEN TENGAH', 3(1), pp. 1–7.
- Nursalam (2017) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam and Efendi, F. (2008) *Pendidikan dalam Keperawatan*. Penerbit: Salemba Medika.
- Pangaribuan, T. and Manik, S. (2017) 'The Effect of Buzz Group Technique and Clustering Technique in Teaching Writing at the First Class of SMA HKBP I Tarutung', *English Language Teaching*, 11(1), p. 164. doi: 10.5539/elt.v11n1p164.
- Pusat Data dan Informasi and Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018) 'Buletin Stunting', *Kementerian Kesehatan RI*, 1, p. 2.
- Pusdatin Kemenkes (2018) 'Buletin Stunting', *Kementerian Kesehatan RI*, 1, p. 2.
- Safitri, A. D. (2017) *Pengaruh pendidikan seks dengan metode buzz group terhadap peran pendidikan orang tua dalam pencegahan kekerasan seksual*

anak di Surabaya. Surabaya.

- Section on Breastfeeding (2012) 'Breastfeeding and the use of human milk.', *Pediatrics*, 129(3), pp. e827–41. doi: 10.1542/peds.2011-3552.
- Suryagustina, Araya, W. and Jumielsa (2018) 'Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Pencegahan Stunting terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu di Kelurahan Pahandut Palangka Raya', 9(2).
- Susilowati and Kusoriyanto (2016) *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Bandung: Refika Aditama.
- UNICEF (2011) 'Breastfeeding the best start for your baby', p. 30. doi: 10.1007/s10126-017-9728-x.
- United Nations International Children's Emergency Fund, World Health Organization and World Bank Group (2018) 'Levels and trends in malnutrition', pp. 1–9. Available at: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/05/JME-2018-brochure-web.pdf>.
- Walgito, B. (2014) *Pengantar Psikologi Umum*. Yogyakarta: Andi.
- Woldehanna, T., Behrman, J. R. and Araya, M. W. (2017) 'The effect of early childhood stunting on children's cognitive achievements: Evidence from young lives Ethiopia', *Ethiopian Journal of Health Development*, 31(2), pp. 75–84.
- World Health Organization (2003) 'Global strategy for infant and young child feeding', *Geneva, World Health Organization.*, pp. 1–30. doi: ISBN 92 4 156221 8.
- World Health Organization (2012) 'Global Nutrition Targets: Stunting Policy Brief', (9), pp. 1–12.
- World Health Organization (2017) 'Stunted Growth and Development : Context, Causes and Consequences', *World Health Organization*, p. 4. Available at: www.who.int/nutrition/childhood_stunting_framework_leaflet_en.pdf.
- World Health Organization (2018) *Reducing stunting in children: equity considerations for achieving the global nutrition targets 2025*. Geneva.

LAMPIRAN

Lampiran-lampiran

Lampiran 1 Surat Permohonan Survey Data Awal



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
**BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
 DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jalan Jaksa Agung Suprpto Nomor 2 Surabaya 60272
 Telepon (031) 5343000, (031) 5312144 Pesawat 112

Surabaya, 29 Maret 2019

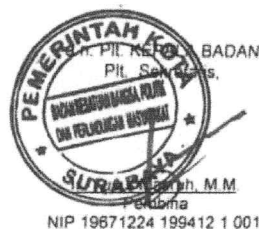
Nomor : 070/386/1436 8 5/2019
 Lampiran :
 Hal : Pengambilan Data Awal

Kepada
 Yth Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya
 di -
SURABAYA

REKOMENDASI PENELITIAN


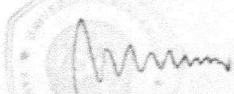
- Dasar
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011.
 2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat
- Memperhatikan
- Surat Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Tanggal 19 Maret 2019 Nomor : 4031/UN3.1.13/PPd/2019 Perihal : Permohonan fasilitas Survey Pengambilan Data Awal
- Plt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada
- a. Nama : Dilruba Umi Shalihah.
 - b. Alamat : Jl Dr. Wahidin SH XIV-B/34 RT06 RW 03 Kel Randuagung Kec Kebomas Kab Gresik.
 - c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa.
 - d. Instansi/Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya.
 - e. Kewarganegaraan : Indonesia.
- Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :
- a. Judul / Theme : Pengaruh Nutritional Education Terhadap Sikap Dan Pengetahuan Ibu Dengan Anak Usia 0-23 Tahun Upaya Pencegahan Stunting.
 - b. Tujuan : Pengambilan Data Awal.
 - c. Bidang Penelitian : Kesehatan.
 - d. Penanggung Jawab : Dr. Esty Yunitasari, S.Kp., M.Kes.
 - e. Anggota Peserta : -
 - f. Waktu : 3 (Tiga) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan.
 - g. Lokasi : Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
- Dengan persyaratan
1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukan Penelitian/survey/kegiatan.
 2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang. Politik dan Linmas Kota Surabaya;
 3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI.
 4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih.



Tembusan :
 Yth. 1. Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan
 Universitas Airlangga Surabaya
 2. Saudara yang bersangkutan.

Lampiran 2 Surat Permohonan Ijin Penelitian

		<p style="text-align: center;">KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEPERAWATAN</p> <p style="text-align: center;">Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: http://ners.unair.ac.id Email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id</p>
Nomor	2122/UN3.1.13/PPd/2019	24 Mei 2019
Lampiran	: 1 (satu) eksemplar	
Perihal	: Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian	
Kepada Yth.:	Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Jalan Jaksa Agung Suprpto 2-4 Surabaya	
<p>Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi</p>		
Nama	: Dilruba Umi Shalihah	
NIM	: 131511133097	
Judul Skripsi	: Pengaruh Metode <i>Buzz Group</i> terhadap Perilaku Ibu Mengenai Pencegahan <i>Stunting</i> di Puskesmas Benowo Surabaya	
<p>Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.</p>		
	<p>a.n. Dekan Wakil Dekan I</p>  <p>Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes NIP.196808291989031002</p>	
Tembusan:		
	1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya	

Lampiran 3 *Ethical Approval*



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
No : 1471-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, carefully reviewed the research protocol entitled :

“PENGARUH METODE BUZZ GROUP TERHADAP PERILAKU IBU MENGENAI PENCEGAHAN STUNTING DI PUSKESMAS BENOWO SURABAYA”

Peneliti utama : **Dilruba Umi Shalihah**
Principal Investigator

Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Puskesmas Benowo Surabaya
Setting of research

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited

Surabaya, 12 Juni 2019
Ketua, (CHAIRMAN)



Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
NIP. 1963 0608 1991 03 1002

**Masa berlaku 1 tahun*
1 year validity period

Lampiran 4 Surat Permohonan Pengambilan Data Penelitian



PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8483393

SURAT IJIN SURVEY / PENELITIAN

Nomor : 072 / 0386 / 436.7.2 / 2019

Dari : Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan
Perlindungan Masyarakat
Nomor : 070/6354/436.8.5/2019
Tanggal : 27 Mei 2019
Hal : Pengambilan Data
Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :
Nama : **Dilruba Umi Shalihah**
NIM : 131511133097
Pekerjaan : Mahasiswa Fak. Keperawatan UNAIR Surabaya
Alamat : Jl. Dr Wahidin Kebomas Gresik
Tujuan Penelitian : Menyusun Proposal
Tema Penelitian : Pengaruh Metode Buzz Group Terhadap Perilaku Ibu Mengenai
Pencegahan Stunting di Puskesmas Benowo Surabaya
Lamanya Penelitian : Bulan Juni s/d Bulan Juli Tahun 2019
Daerah / tempat : **Puskesmas Benowo**
Penelitian

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 13 Juni 2019

a.n. Kepala Dinas
Sekretaris,

Nanik Sukristina, S.KM, M.Kes
Pembina Tk. I
NIP. 197001171994032008

Lampiran 5 Lembar Penjelasan Penelitian

PENJELASAN PENELITIAN BAGI RESPONDEN PENELITIAN

Saya sebagai peneliti,

Nama : Dilruba Umi Shalihah

NIM : 131511133097

No. Hp : 08563181151

Email : dilrubaumi@gmail.com

Asal Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Saya bermaksud melaksanakan penelitian dalam rangka penyusunan tugas akhir.

Judul penelitian: Pengaruh Metode *Buzz Group* terhadap Perilaku Ibu dalam Pencegahan *Stunting* di Puskesmas Benowo Surabaya

Tujuan penelitian**Tujuan Umum**

Untuk mengetahui pengaruh metode *buzz group* perilaku ibu dalam pencegahan *stunting*

Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh metode *buzz group* terhadap pengetahuan ibu dalam pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol
2. Menganalisis pengaruh metode *buzz group* terhadap sikap ibu dalam pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol
3. Menganalisis pengaruh metode *buzz group* terhadap tindakan ibu dalam pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Perlakuan yang diterapkan pada subjek

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *quasy experimental*. Di awal penelitian akan dilakukan:

1. Pada awal bulan Juni 2019, peneliti mencatat identitas responden mencakup: nama, umur, alamat, pendidikan, pekerjaan, dan identitas anak, meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal lahir & PB/BB

2. Kemudian dipilih sesuai jumlah sampel yang diperlukan dalam penelitian dan dibagi dalam dua kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dari wilayah kerja puskesmas benowo
3. Selanjutnya peneliti akan menyebarkan kuesioner *pre-test* mengenai pengetahuan dan sikap, serta *checklist* tindakan mengenai pencegahan *stunting* pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan
4. Kemudian setelah mengisi kuisisioner maka peneliti akan memberikan pendidikan kesehatan dengan metode *buzz group* dalam pencegahan *stunting* pada kelompok perlakuan selama dua kali pertemuan. Kelompok kontrol mengikuti kegiatan penyuluhan dan emo demo dari Posyandu
5. Pada akhir penelitian, peneliti akan melakukan *post-test* dengan menggunakan kuesioner dan *checklist* tindakan untuk mengetahui apakah terdapat perubahan pada pengetahuan, sikap dan tindakan ibu mengenai pencegahan *stunting* pada masing-masing kelompok

Manfaat penelitian bagi subjek penelitian

1. Bagi Ibu

Ibu akan mendapatkan pengetahuan tambahan mengenai permasalahan *stunting* dan pencegahannya

2. Bagi Bayi

Bayi akan semakin sehat untuk masa selanjutnya karena pengetahuan ibu tentang *stunting* dan pencegahannya akan bertambah, sehingga diharapkan ibu sadar dan dapat memberikan makanan pada bayi sesuai usianya

Bahaya potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan responden dalam penelitian ini, oleh karena dalam penelitian ini hanya dilakukan pengambilan data menggunakan kuesioner serta pemberian intervensi pendidikan kesehatan dengan diskusi. Tidak dilakukan tindakan lain yang merugikan bagi responden.

Hak untuk undur diri

Keikutsertaan ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden.

Jaminan kerahasiaan data

Dalam penelitian ini, semua data dan informasi identitas responden penelitian dijaga kerahasiaannya, yaitu dengan tidak mencantumkan identitas responden penelitian secara jelas dan pada laporan penelitian, nama responden ditulis menggunakan inisial dan penelitian akan membuat kode berupa nomor responden.

Adanya insentif untuk subyek penelitian

Seluruh responden penelitian mendapatkan insentif berupa uang/biaya transportasi sebesar Rp 20.000,- dan *souvenir* berupa mangkuk makan makan untuk membantu dalam pemberian MP ASI saat bayi sudah cukup umur untuk diberikan makanan pendamping ASI.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini saya mohon kesediaan saudara untuk menandatangani surat persetujuan yang telah saya sediakan. Partisipasi saudara dalam mengisi kuesioner ini sangat saya hargai dan saya mengucapkan terima kasih.

Surabaya, Juni 2019

Peneliti

(Dilruba Umi Shalihah)

Lampiran 6 Surat Persetujuan Menjadi Responden

INFORMED CONSENT
(PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama (inisial) :

Umur :

Orang tua dari :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul “Pengaruh Metode *Buzz Group* terhadap Perilaku Ibu dalam Pencegahan *Stunting* di Puskesmas Benowo Surabaya”
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada responden
3. Manfaat ikut sebagai responden penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur penelitian

Responden penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya **bersedia/tidak bersedia*)** secara sukarela untuk menjadi responden penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Surabaya, Juni 2019

Responden

Peneliti

(.....)

(Dilruba Umi Shalihah)

Saksi

(.....)

*) Coret salah satu

Lampiran 7 Kuesioner Data Demografi Responden

DATA DEMOGRAFI IBU DAN BAYI

Nomor responden (diisi oleh peneliti) :

1. Identitas responden

1. Nama Ibu (inisial) :
2. Umur Ibu : tahun
3. Alamat :
4. Pendidikan terakhir Ibu : *(centang pada salah satu kotak yang tersedia)

<input type="checkbox"/> Tamat SMP/ sederajat	<input type="checkbox"/> Tamat SMA/ sederajat
<input type="checkbox"/> Tamat akademi/ perguruan tinggi	
5. Pekerjaan Ibu : *(centang pada salah satu kotak yang tersedia)

<input type="checkbox"/> Ibu rumah tangga	<input type="checkbox"/> Pegawai negeri
<input type="checkbox"/> Pegawai swasta	<input type="checkbox"/> Wiraswasta
<input type="checkbox"/> Lainnya. Sebutkan.....	
7. Pengalaman pernah diberikan tentang pencegahan *stunting* pada anak

<input type="checkbox"/> Pernah	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
---------------------------------	---------------------------------------
8. Jika pernah, dimana anda mendapatkan informasi tersebut?

<input type="checkbox"/> Televisi
<input type="checkbox"/> Radio
<input type="checkbox"/> Majalah/Koran
<input type="checkbox"/> Petugas Kesehatan

2. Data demografi bayi

1. Nama Bayi :
2. Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan* (coret salah satu)
3. Tanggal Lahir :
4. Umur : bulan
5. PB/BB :cm/ kg

Lampiran 8 Kuesioner

KUESIONER

Judul: “ Pengaruh Metode *Buzz Group* terhadap Perilaku Ibu dalam Pencegahan *Stunting* Di Puskesmas Benowo Surabaya”

Nomor responden (diisi oleh peneliti) :

Tanggal pengisian :

**KUESIONER PENGETAHUAN MENGENAI PENCEGAHAN
STUNTING**

Petunjuk :

Jawaban pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda (x) pada jawaban yang anda pilih dengan sejujur-jujurnya sesuai pendapat anda sendiri bukan berdasarkan pendapat dari teman atau orang lain:

1. Apa yang dimaksud dengan *Stunting* ?
 - a. Kondisi tubuh yang normal dengan kecukupan gizi pada anak
 - b. Kondisi berat badan yang kelebihan pada anak
 - c. Kondisi gagal tumbuh akibat kekurangan gizi kronis
2. Apa penyebab dari *stunting* atau pendek ?
 - a. Kurangnya akses makanan bergizi pada anak
 - b. Berlebihan asupan makanan bergizi pada anak
 - c. Keturunan
3.
 1. Praktek pengasuhan yang kurang baik
 2. Kurangnya akses makanan bergizi
 3. Terbatasnya layanan kesehatan
 4. Kurangnya akses air bersih

Dari pernyataan diatas yang merupakan penyebab dari *stunting* atau anak pendek yaitu.....

- a. 1 dan 2

- b. 3 dan 4
c. 1,2,3, dan 4
4. Yang bukan merupakan penyebab *stunting* atau anak pendek yaitu
- Kurangnya akses makanan bergizi pada anak
 - Berlebihan asupan makanan bergizi pada anak
 - Pola pengasuhan anak yang kurang baik
5. Kurangnya akses air bersih dan sanitasi dapat menyebabkan terjadinya *stunting* atau anak pendek karena
- Air terkontaminasi bakteri dan parasit dari kotoran manusia
 - Air terkontaminasi tanaman yang tumbuh disekitarnya
 - Air terkontaminasi oleh sampah organik
6. Apa tanda dan gejala anak yang mengalami *stunting* atau anak pendek ?
- Pertumbuhan cepat
 - Pertumbuhan lambat
 - Berat badan semakin menurun
7. 1. Pertumbuhan lambat.
2. Pertumbuhan Cepat.
3. Pubertas Terlambat.
4. Gigi anak lambat tumbuh.
- Dari pernyataan di atas yang merupakan tanda dan gejala dari *stunting* yaitu
- 1, 2, dan 3
 - 1, 2, dan 4
 - 1, 3, dan 4
8. Yang bukan merupakan dampak yang disebabkan oleh *stunting* atau anak pendek adalah
- Gangguan pertumbuhan fisik dan kognitif
 - Gangguan pertumbuhan tulang
 - Kekebalan tubuh meningkat sehingga tidak mudah sakit
9. Dampak *stunting* dalam jangka pendek yaitu
- Terganggunya perkembangan otak

- b. Menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan resiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua
 - c. Prestasi anak dalam belajar semakin meningkat
10. Dampak *stunting* yang termasuk jangka panjang adalah
- a. Terganggunya perkembangan otak
 - b. Menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan resiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua
 - c. Prestasi anak dalam belajar semakin meningkat
11. Dampak dari *stunting* yang disebabkan oleh kurangnya air bersih dan sanitasi yaitu
- a. Diare
 - b. Infeksi parasit
 - c. Menurunnya pertumbuhan dan kecerdasan anak
12. Pemberian ASI eksklusif dapat mencegah terjadinya *stunting* atau anak pendek karena
- a. ASI mengandung semua zat gizi yang di perlukan oleh anak
 - b. ASI baik untuk pertumbuhan anak
 - c. ASI tidak dapat menyebabkan alergi pada anak
13. Sebaiknya ASI diberikan pada anak hingga anak berusia
- a. 6 bulan
 - b. 12 bulan
 - c. 23 bulan
14. Apa saja kandungan gizi yang di perlukan oleh anak ?
- a. Karbohidat dan protein
 - b. Vitamin dan mineral
 - c. Lemak, Vitamin, Karbohidrat, Protein, dan Mineral
15. Apa tindakan yang dilakukan untuk mencegah *stunting* atau anak pendek ?
- a. Memberikan ASI eksklusif dan Makanan pendamping ASI setelah anak berusia lebih dari 6 bulan
 - b. Memberikan sembarang makanan yang penting anak makan

- c. Memberikan makanan selain ASI sebelum usia anak diatas 6 bulan
16. Pemberian makanan pendamping ASI baik dan benar dapat mencegah terjadinya *stunting* karena
- Mempercepat pertumbuhan anak
 - Memenuhi kebutuhan gizi selain pemberian ASI pada anak
 - Agar anak tidak sakit
17. Tujuan dari pemberian MP-ASI yaitu
- Melengkapi zat gizi ASI yang sudah berkurang
 - Sebagai variasi makanan setelah ASI
 - Mencegah terjadinya penurunan berat badan karena kandungan ASI yang berkurang
18. Kapan MP-ASI atau makanan pendamping ASI sebaiknya diberikan pada anak ?
- 3 bulan
 - 6 bulan
 - 9 bulan
19. Tindakan ibu yang dapat dilakukan untuk mencegah *stunting* pada anak usia 0–6 bulan yaitu
- Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
 - ASI eksklusif
 - IMD dan ASI Eksklusif
20. Tindakan yang dapat dilakukan, selain memberikan gizi yang baik pada anak untuk mencegah *stunting* yaitu
- Memberikan obat cacing pada anak
 - Memberikan imunisasi pada anak
 - Semua jawaban benar

KUESIONER SIKAP MENGENAI PENCEGAHAN STUNTING

Berikan tanda (√) pada kolom yang ada di sebelah kanan sesuai dengan keadaan, pendapat, dan perasaan Anda, bukan berdasarkan pendapat umum atau pendapat orang lain.

Keterangan:

SS : Sangat setuju

S : Setuju

TS : Tidak setuju

STS : Sangat tidak setuju

NO	PERTANYAAN	SS	S	TS	STS
1	Saya tidak melakukan apa-apa jika bayi saya mengalami <i>stunting</i> atau anak pendek				
2	Saya selalu memperhatikan akses air bersih agar anak saya terhindar dari <i>stunting</i> atau anak pendek				
3	Saya memberikan ASI kepada anak saya untuk memenuhi kebutuhan gizi anak saya				
4	Saya memberikan ASI dan juga makanan tambahan seperti bubur ketika bayi saya berumur kurang dari 6 bulan				
5	Saya tidak memberikan imunisasi pada bayi saya karena dapat membuat bayi saya sakit				
6	Saya harus menjaga bayi saya agar tidak terkena penyakit seperti diare dan infeksi lainnya				
7	Saya tidak memberikan makanan pendamping ASI pada bayi saya sebelum berusia 6 bulan karena saya takut anak saya mengalami <i>stunting</i>				
8	Saya tidak perlu mencuci tangan saya sebelum memberikan makan atau ASI pada bayi karena hal tersebut tidak berpengaruh terhadap <i>stunting</i>				
9	Saya mengikuti saran perawat untuk tidak memberikan MP ASI ketika anak saya belum berusia 6 bulan				
10	Saya datang ke puskesmas atau layanan kesehatan untuk untuk memantau perkembangan anak saya				
11	Saya tidak akan mengikuti program pemerintah untuk memberikan gizi baik pada anak karena itu tidak dapat mengurangi angka kejadian <i>stunting</i> di				

NO	PERTANYAAN	SS	S	TS	STS
	Indonesia tidak ada gunanya				
12	Saya tidak perlu ke puskesmas atau layanan kesehatan untuk melakukan imunisasi kepada anak saya karena dapat menyebabkan anak saya sakit				
13	Saya mengikuti penyuluhan yang berkaitan dengan gizi anak untuk menambah pengetahuan saya tentang gizi				

CHECKLIST TINDAKAN MENGENAI PENCEGAHAN STUNTING

Berikan tanda (√) pada kolom yang ada di sebelah kanan sesuai dengan keadaan diri Anda. *Checklist* ini diisi setiap hari oleh ibu sesuai batas waktu yang ditentukan oleh peneliti.

NO	PERTANYAAN	Hari Ke-											
		1		2		3		4		5		6	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Saya melakukan cuci tangan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir untuk menjaga kebersihan makanan												
2	Saya memberikan makanan pendamping ASI karena ASI saja tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan makanan bayi												
3	Saya memberikan susu formula pada bayi												
4	Saya menjaga kebersihan rumah dan lingkungan agar tidak terjadi infeksi pada saya dan keluarga												

NO	PERTANYAAN	Hari Ke-													
		1		2		3		4		5		6			
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak		
5	Saya berkonsultasi dengan bidan atau ahli gizi mengenai pemberian makanan yang baik dan sesuai untuk bayi saya														
6	Saya memberikan ASI sebanyak 8-12 kali dalam sehari														
7	Saya membangunkan bayi saya yang tidur ketika tiba waktunya untuk menyusui														

Lampiran 9 Satuan Acara Penyuluhan

SATUAN ACARA PENYULUHAN**Pertemuan 1**

Materi	: Konsep <i>stunting</i> dengan metode <i>buzz group</i>
Sasaran	: Ibu dengan bayi usia 0-6 bulan
Waktu	: 17 Juni 2019
Tempat	: Posyandu Nusa Indah, Surabaya
Pelaksana	: Mahasiswa Fakultas Keperawatan UNAIR
Waktu	: 09.00 – 10.00

1. Tujuan

1.1 Tujuan instruksional umum

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan diskusi *buzz group* selama 1x60 menit, ibu-ibu di Kelurahan Pakal Surabaya dapat meningkatkan perilaku pencegahan *stunting*

1.2 Tujuan instruksional khusus

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan diharapkan peserta dapat:

- 1) Mengetahui pengertian *stunting*
- 2) Mengetahui penyebab *stunting*
- 3) Mengetahui ciri-ciri anak yang mengalami *stunting*
- 4) Mengetahui dampak *stunting*
- 5) Mengetahui penanganan *stunting*
- 6) Mengetahui mengenai pencegahan *stunting*

2. Materi

- 1) Pengertian *stunting*
- 2) Penyebab *stunting*
- 3) Ciri-ciri anak yang mengalami *stunting*
- 4) Dampak *stunting*
- 5) Penanganan *stunting*
- 6) Pencegahan *stunting*

3. Metode

Buzz group

4. Media

Booklet, kertas, bolpoin

5. Pengorganisasian

Pembimbing akademik : Dr. Esti Yunitasari, S.Kp., M.Kes

Lingga Curnia D., S.Kep., Ns., M.Kep

Moderator dan fasilitator : Dilruba Umi Shalihah

Observer & Notulen : Novia Dwi Windasari & Oktiana Duwi Firani

6. Kegiatan Pendidikan Kesehatan

No	Waktu	Tahapan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1.	08.30 – 09.00 (30 menit)	Persiapan	Mempersiapkan media, peserta, lingkungan	
2.	09.00 – 09.05 (5 menit)	Pembukaan	1) Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri 2) Menanyakan kabar hari ini 3) Menjelaskan maksud dan tujuan kegiatan 4) Menyebutkan kontrak waktu	1) Menjawab salam 2) Memperhatika n penjelasan penyuluhan 3) Menjawab pertanyaan
3.	09.05 – 09.45 (40 menit)	Pelaksanaa n	1) Peneliti mengajak peseta untuk membentuk kelompok diskusi dengan menggunakan <i>buzz group</i> . Materi yang didiskusikan adalah: a. Kelompok 1 : Jelaskan pengertian <i>stunting</i> dan penyebabnya b. Kelompok 2 : Jelaskan dampak dari kejadian <i>stunting</i> c. Kelompok 3 :	1) Memperhatikan penjelasan penyuluh 2) Peserta berdiskusi dan bekerjasama dengan baik dalam tim 3) Peserta saling menghargai pendapat 4) Peserta dapat menyampaikan hasil diskusi dengan baik

No	Waktu	Tahapan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
			<p>Sebutkan apa saja ciri-ciri anak yang mengalami <i>stunting</i></p> <p>d. Kelompok 4 : Apa saja upaya penanganan <i>stunting</i></p> <p>e. Kelompok 5 : Jelaskan pencegahan apa saja yang dapat dilakukan untuk mengatasi <i>stunting</i></p> <p>2) Peneliti menjelaskan langkah-langkah menggunakan metode <i>buzz group</i>, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peserta dibagi menjadi kelompok kecil yang terdiri dari 6-7 orang 2. Tempat duduk diatur sedemikian rupa agar peserta dapat bertukar pikiran dan bertatap muka dengan mudah 3. Perwakilan kelompok mengambil undian yang berisi pembagian materi diskusi 4. Kelompok melakukan pembagian tugas, ada yang menjadi ketua, notulis dan yang 	

No	Waktu	Tahapan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
			<p>akan mempresentasikan ke depan.</p> <p>5. Masing- masing kelompok melakukan diskusi sesuai dengan tema yang diperoleh (diskusi sekitar 5-15 menit)</p> <p>6. Setelah diskusi selesai, maka perwakilan kelompok mempresentasikan hasil di depan</p> <p>7. Kelompok yang tidak presentasi menyimak dan diperbolehkan untuk bertanya</p> <p>8. Apabila kelompok yang melakukan presentasi tidak dapat menjawab, maka kelompok lainnya diperbolehkan untuk membantu menjawab</p> <p>3) Peneliti meminta perwakilan kelompok untuk menyampaikan hasil diskusinya</p>	
4.	09.45 – 10.00 (15 menit)	Penutupan	<p>1) Peneliti memberikan <i>feedback</i> atau membahas hasil diskusi</p> <p>2) Peneliti memberikan kesempatan kepada peserta untuk menanyakan materi yang belum jelas</p> <p>3) Mengucapkan terima kasih</p>	Memperhatikan dan menjawab salam

No	Waktu	Tahapan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
			4) Mengucapkan salam penutup 5) Melakukan kontrak untuk jadwal berikutnya	

7. Kriteria Evaluasi

1. Kriteria struktur

- 1) Persiapan kegiatan sudah selesai sebelum penyuluhan dimulai
- 2) Peserta hadir di tempat yang telah ditentukan
- 3) Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelum dan saat penyuluhan dilaksanakan

2. Kriteria proses

- 1) Peserta mendengarkan penjelasan penyuluh dengan baik
- 2) Peserta antusias dan aktif dalam berdiskusi
- 3) Peserta memahami materi yang penyuluhan
- 4) Pelaksanaan kegiatan sesuai SAP

3. Kriteria hasil

- 1) Peserta mengetahui pengertian *stunting*
- 2) Peserta mengetahui penyebab *stunting*
- 3) Peserta mengetahui ciri-ciri anak yang mengalami *stunting*
- 4) Peserta mengetahui dampak *stunting*
- 5) Peserta mengetahui penanganan *stunting*
- 6) Peserta mengetahui pencegahan *stunting*

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pertemuan 2

Materi	: Konsep pencegahan <i>stunting</i>
Sasaran	: Ibu dengan bayi usia 0-6 bulan
Waktu	: 20 Juni 2019
Tempat	: Posyandu Nusa Indah, Surabaya
Pelaksana	: Mahasiswa Fakultas Keperawatan UNAIR
Waktu	: 09.00 – 10.00

1. Tujuan

1.1 Tujuan instruksional umum

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan diskusi *buzz group* selama 1x60 menit, ibu-ibu di Kelurahan Pakal Surabaya dapat meningkatkan perilaku pencegahan *stunting*

1.2 Tujuan instruksional khusus

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan diharapkan peserta dapat:

- 1) Mengetahui dan memahami pencegahan *stunting* melalui pemberian ASI yang baik
- 2) Mengetahui dan memahami pencegahan *stunting* melalui pemberian MP ASI yang baik
- 3) Mengetahui dan memahami pencegahan *stunting* melalui sanitasi yang baik
- 4) Mengetahui dan memahami pencegahan *stunting* melalui pemberian imunisasi

2. Materi

Pencegahan *stunting*

3. Metode

Buzz group

4. Media

Booklet, kertas, bolpoin

5. Pengorganisasian

Pembimbing akademik : Dr. Esti Yunitasari, S.Kp.,M.Kes

Lingga Curnia D., S.Kep., Ns., M.Kep

Moderator dan fasilitator : Dilruba Umi Shalihah

Observer & Notulen : Novia Dwi Windasari & Oktiana Duwi Firani

6. Kegiatan Pendidikan Kesehatan

No	Waktu	Tahapan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1.	08.30 – 09.00 (30 menit)	Persiapan	Mempersiapkan media, peserta, lingkungan	
2.	09.00 – 09.05 (5 menit)	Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri 2) Menanyakan kabar hari ini 3) Menjelaskan maksud dan tujuan kegiatan 4) Menyebutkan kontrak waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menjawab salam 2) Memperhatikan penjelasan penyuluhan 3) Menjawab pertanyaan
3.	09.05 – 09.45 (40 menit)	Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Peneliti memberikan review materi secara singkat tentang <i>stunting</i> dan pencegahannya dari pertemuan sebelumnya 2) Peneliti mengajak peserta untuk membentuk kelompok diskusi dengan menggunakan <i>buzz group</i>. Materi yang didiskusikan adalah: <ol style="list-style-type: none"> a. Kelompok 1 : Jelaskan pencegahan <i>stunting</i> mengenai bagaimana pemberian MP ASI yang baik b. Kelompok 2 : Jelaskan pencegahan 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memperhatikan penjelasan penyuluh 2) Peserta berdiskusi dan bekerjasama dengan baik dalam tim 3) Peserta saling menghargai pendapat 4) Peserta menyampaikan hasil diskusi dengan baik

No	Waktu	Tahapan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
			<p><i>stunting</i> mengenai bagaimana sanitasi yang baik</p> <p>c. Kelompok 3 : Jelaskan pencegahan <i>stunting</i> mengenai bagaimana pemberian MP ASI yang baik</p> <p>d. Kelompok 4 : Jelaskan pencegahan <i>stunting</i> dari segi fasilitas kesehatan</p> <p>e. Kelompok 5 : Jelaskan pencegahan <i>stunting</i> mengenai bagaimana pemberian ASI yang baik</p> <p>3) Tiap kelompok melakukan diskusi sesuai dengan tema yang diperoleh sekitar 15 menit</p> <p>4) Diskusi selesai maka perwakilan kelompok mempresentasikan hasil di depan</p> <p>5) Kelompok yang tidak presentasi menyimak dan diperbolehkan untuk bertanya</p> <p>6) Apabila kelompok yang melakukan presentasi tidak dapat menjawab, maka kelompok lainnya diperbolehkan untuk membantu menjawab</p> <p>7) Peneliti meminta perwakilan kelompok untuk menyampaikan hasil diskusinya</p>	

No	Waktu	Tahapan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
4.	09.45 – 10.00 (15 menit)	Penutupan	1) Peneliti memberikan <i>feedback</i> atau membahas hasil diskusi 2) Peneliti memberikan kesempatan kepada peserta untuk menanyakan materi yang belum jelas 3) Mengucapkan terima kasih 4) Mengucapkan salam penutup	Memperhatikan dan menjawab salam

7. Kriteria Hasil

1. Kriteria struktur

- 1) Persiapan kegiatan sudah selesai sebelum penyuluhan dimulai
- 2) Peserta hadir di tempat yang telah ditentukan
- 3) Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelum dan saat penyuluhan dilaksanakan

2. Kriteria proses

- 1) Peserta mendengarkan penjelasan penyuluh dengan baik
- 2) Peserta antusias dan aktif dalam berdiskusi
- 3) Peserta memahami materi yang penyuluhan
- 4) Pelaksanaan kegiatan sesuai SAP

3. Kriteria hasil

- 1) Peserta mengetahui dan memahami pengertian *stunting*
- 2) Peserta mengetahui penyebab *stunting*
- 3) Peserta mengetahui ciri-ciri anak yang mengalami *stunting*
- 4) Peserta mengetahui dan memahami dampak *stunting*
- 5) Peserta mengetahui dan memahami penanganan *stunting*
- 6) Peserta mengetahui mengenai pencegahan *stunting*

Lampiran 10 Hasil Uji Statistik

1. Pengetahuan Kelompok Perlakuan**Wilcoxon Signed Ranks Test**

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest Pengetahuan	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
Perlakuan - Pretest	Positive Ranks	34 ^b	17.50	595.00
Pengetahuan Perlakuan	Ties	2 ^c		
	Total	36		

a. Posttest Pengetahuan Perlakuan < Pretest Pengetahuan Perlakuan

b. Posttest Pengetahuan Perlakuan > Pretest Pengetahuan Perlakuan

c. Posttest Pengetahuan Perlakuan = Pretest Pengetahuan Perlakuan

Test Statistics^b

	Posttest Pengetahuan Perlakuan - Pretest Pengetahuan Perlakuan
Z	-5.113 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

2. Pengetahuan Kelompok Kontrol**Wilcoxon Signed Ranks Test**

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest Pengetahuan	Negative Ranks	11 ^a	9.73	107.00
Kontrol - Pretest	Positive Ranks	12 ^b	14.08	169.00

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan Kontrol	Ties	13 ^c		
	Total	36		

- Posttest Pengetahuan Kontrol < Pretest Pengetahuan Kontrol
- Posttest Pengetahuan Kontrol > Pretest Pengetahuan Kontrol
- Posttest Pengetahuan Kontrol = Pretest Pengetahuan Kontrol

Test Statistics^b

	Posttest Pengetahuan Kontrol - Pretest Pengetahuan Kontrol
Z	-.967 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.334

- Based on negative ranks.
- Wilcoxon Signed Ranks Test

3. Sikap Kelompok Perlakuan

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest Sikap Perlakuan - Pretest Sikap Perlakuan	Negative Ranks	5 ^a	15.70	78.50
	Positive Ranks	25 ^b	15.46	386.50
	Ties	6 ^c		
	Total	36		

- Posttest Sikap Perlakuan < Pretest Sikap Perlakuan
- Posttest Sikap Perlakuan > Pretest Sikap Perlakuan
- Posttest Sikap Perlakuan = Pretest Sikap Perlakuan

Test Statistics^b

	Posttest Sikap Perlakuan - Pretest Sikap Perlakuan
Z	-3.182 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

4. Sikap Kelompok Kontrol

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest Sikap Kontrol -	Negative Ranks	17 ^a	15.21	258.50
Pretest Sikap Kontrol	Positive Ranks	12 ^b	14.71	176.50
	Ties	7 ^c		
	Total	36		

a. Posttest Sikap Kontrol < Pretest Sikap Kontrol

b. Posttest Sikap Kontrol > Pretest Sikap Kontrol

c. Posttest Sikap Kontrol = Pretest Sikap Kontrol

Test Statistics^b

	Posttest Sikap Kontrol - Pretest Sikap Kontrol
Z	-.900 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.368

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

5. Tindakan Kelompok Perlakuan

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks			
	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest Tindakan Perlakuan - Negative Ranks	12 ^a	14.50	174.00
Pretest Tindakan Perlakuan - Positive Ranks	15 ^b	13.60	204.00
Ties	9 ^c		
Total	36		

- a. Posttest Tindakan Perlakuan < Pretest Tindakan Perlakuan
 b. Posttest Tindakan Perlakuan > Pretest Tindakan Perlakuan
 c. Posttest Tindakan Perlakuan = Pretest Tindakan Perlakuan

Test Statistics^b

	Posttest Tindakan Perlakuan - Pretest Tindakan Perlakuan
Z	-.366 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.714

- a. Based on negative ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

6. Tindakan Kelompok Kontrol

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks			
	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest Tindakan Kontrol - Negative Ranks	11 ^a	10.18	112.00
Pretest Tindakan Kontrol - Positive Ranks	8 ^b	9.75	78.00
Ties	17 ^c		
Total	36		

- a. Posttest Tindakan Kontrol < Pretest Tindakan Kontrol
- b. Posttest Tindakan Kontrol > Pretest Tindakan Kontrol
- c. Posttest Tindakan Kontrol = Pretest Tindakan Kontrol

Test Statistics^b

	Posttest Tindakan Kontrol - Pretest Tindakan Kontrol
Z	-.686 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.492

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

7. Perbandingan *Pretest* Pengetahuan Kelompok Perlakuan dan Kelompok

Kontrol

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Skor Pengetahuan Pretest	Kelompok perlakuan	36	31.99	1151.50
	Kelompok kontrol	36	41.01	1476.50
	Total	72		

Test Statistics^a

	Skor Pengetahuan Pretest
Mann-Whitney U	485.500
Wilcoxon W	1151.500
Z	-1.846
Asymp. Sig. (2-tailed)	.065

a. Grouping Variable: Kelompok

8. Perbandingan *Posttest* Pengetahuan Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Mann-Whitney Test

		Ranks		
Kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Skor Pengetahuan Posttest	Kelompok perlakuan	36	42.22	1520.00
	Kelompok kontrol	36	30.78	1108.00
Total		72		

Test Statistics^a

	Skor Pengetahuan Posttest
Mann-Whitney U	442.000
Wilcoxon W	1108.000
Z	-2.347
Asymp. Sig. (2-tailed)	.019

a. Grouping Variable: Kelompok

9. Perbandingan *Pretest* Sikap Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Mann-Whitney Test

		Ranks		
Kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Skor Sikap Pretest	Kelompok perlakuan	36	38.65	1391.50
	Kelompok kontrol	36	34.35	1236.50
Total		72		

Test Statistics^a

	Skor Sikap Pretest
Mann-Whitney U	570.500

Test Statistics^a

	Skor Sikap Pretest
Wilcoxon W	1236.500
Z	-.876
Asymp. Sig. (2-tailed)	.381

a. Grouping Variable: Kelompok

10. Perbandingan *Posttest* Sikap Kelompok Perlakuan dan Kelompok

Kontrol

Mann-Whitney Test

Ranks

Kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Skor Sikap Posttest	Kelompok perlakuan	36	44.57	1604.50
	Kelompok kontrol	36	28.43	1023.50
Total		72		

Test Statistics^a

	Skor Sikap Posttest
Mann-Whitney U	357.500
Wilcoxon W	1023.500
Z	-3.287
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Grouping Variable: Kelompok

11. Perbandingan *Pretest* Tindakan Kelompok Perlakuan dan Kelompok

Kontrol

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Skor Tindakan Pretest	Kelompok perlakuan	36	31.21	1123.50
	Kelompok kontrol	36	41.79	1504.50
	Total	72		

Test Statistics^a

	Skor Tindakan Pretest
Mann-Whitney U	457.500
Wilcoxon W	1123.500
Z	-2.171
Asymp. Sig. (2-tailed)	.030

a. Grouping Variable: Kelompok

12. Perbandingan *Posttest* Tindakan Kelompok Perlakuan dan Kelompok

Kontrol

Mann-Whitney Test

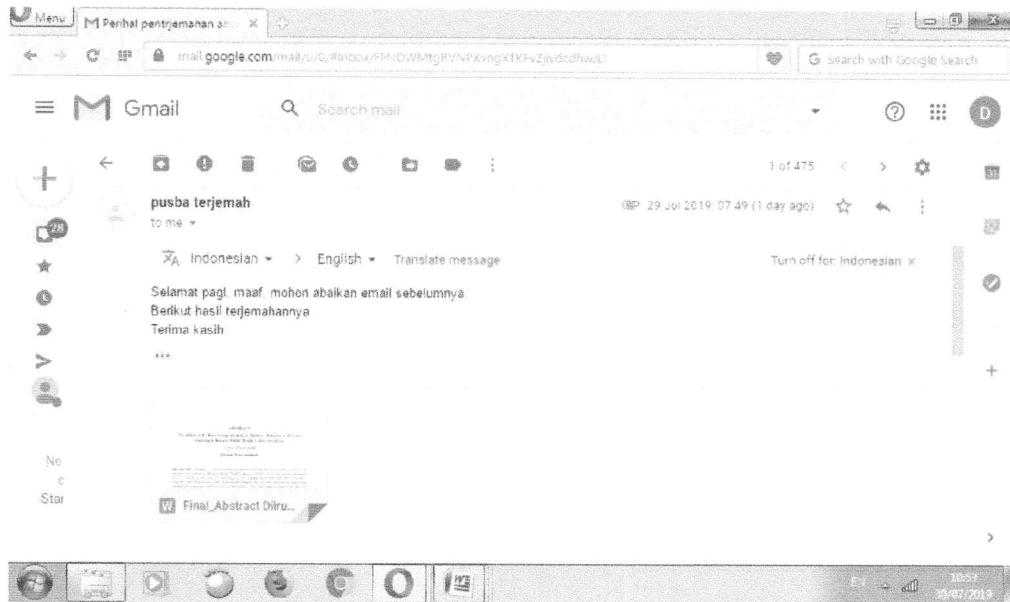
Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Skor Tindakan Posttest	Kelompok perlakuan	36	32.06	1154.00
	Kelompok kontrol	36	40.94	1474.00
	Total	72		

Test Statistics^a

	Skor Tindakan Posttest
Mann-Whitney U	488.000
Wilcoxon W	1154.000
Z	-1.810
Asymp. Sig. (2-tailed)	.070

a. Grouping Variable: Kelompok

Lampiran 11 *Translate* abstrak

Lampiran 12 Perijinan Penggunaan Kuesioner

