

# SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN METODE  
CERAMAH DENGAN MEDIA AUDIO VISUAL *AIDS*  
TERHADAP PERILAKU IBU UNTUK MENINGKATKAN  
STATUS GIZI BALITA**

**PENELITIAN *QUAST EXPERIMENTAL***

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



Oleh :

**MEGA AGUSTININGRUM**

NIM. 010710394 B

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

2011

## **LEMBAR 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, 22 Juli 2011**

**Yang Menyatakan**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mega Agustiningrum', with a stylized, cursive script.

**Mega Agustiningrum**

**NIM. 010710394B**

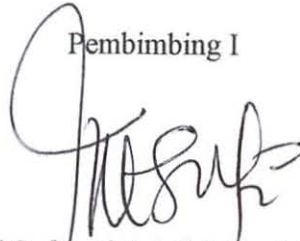
**LEMBAR PERSETUJUAN**

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 22 JULI 2011

Oleh:

Pembimbing I



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes  
NIP. 197806062001122001

Pembimbing II



Ni Ketut Alit Armini, S.Kp  
NIP. 197410292003122002

Mengetahui,  
a.n Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga  
Penjabat Wakil Dekan I




Mira Triharini, S.Kp, M.Kep  
NIP. 197904242006042002


**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI**


TELAH DIUJI

Pada tanggal, 28 Juli 2011

PANITIA PENGUJI

Ketua : Retno Indarwati, S.Kep, Ns, M.Kep (.....)   
NIP. 197803162008122002

Anggota :1. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes (.....)   
NIP. 197806062001122001

2. Ni Ketut Alit Armini, S.Kep (.....)   
NIP. 197410292003122002

Mengetahui,

a.n. Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Wakil Dekan I

   
Mira Trihartini, S.Kp., M.Kep  
NIP. 197904242006042002

## MOTTO

**Hidup bukan tentang memiliki segalanya tapi tentang hargai yang di miliki. Yang indah hanya sementara, yang sempurna tak selalu bahagia.**

God will never drop you any farther than your knees and that is the perfect position to be in  
P.R.A.Y = Praise, Repent, Ask, Yield

***if you cannot be a pencil to write anyone's happiness, then try at least to be a nice eraser to remove someone's sadness.***

## UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah, puji syukur kehadiran Allah SWT, atas berkah dan rahmat-Nya sehingga skripsi penulis yang berjudul **“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN METODE CERAMAH DENGAN MEDIA AUDIO VISUAL AIDS TERHADAP PERILAKU IBU UNTUK MENINGKATKAN STATUS GIZI BALITA DI KELURAHAN KROMAN KECAMATAN GRESIK”** dapat diselesaikan. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Dengan ini saya mengucapkan terima kasih dengan hati yang tulus kepada :

1. Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan, fasilitas dan ilmu kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
2. Yuni Sufyanti, S.Kep., M.Kes, selaku pembimbing pertama. Terima kasih atas bimbingan, masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya, untuk semua perhatian dalam kemajuan penyelesaian skripsi saya.
3. Ni Ketut Alit Armini, S.Kep., selaku pembimbing kedua. Terima kasih telah bersedia meluangkan waktu dan memberikan pemikiran, perhatian, dukungan serta saran selama proses penyusunan skripsi berlangsung.
4. Bapak Abdul Latief selaku Kepala Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik yang telah mengizinkan dan memberikan bantuan serta dukungan kepada penulis selama proses penelitian berlangsung.

5. Seluruh responden dan semua pihak yang telah memberikan bantuan selama proses pembuatan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.
6. Papa Didik Supriyanto dan Mama Ninuk Siti Qori'ah, terima kasih atas semua cinta, do'a, kasih sayang dan dukungan yang tidak terbatas baik secara spiritual dan finansial hingga skripsi ini dapat diselesaikan. Kalian adalah orang tua yang terhebat di dunia ini, skripsi ini buat kalian.
7. Septian Rury teman hidupku, terima kasih atas semua cinta, perhatian dan kesabaran dalam memberikan semangat untuk selalu maju. Kamu yang terbaik.
8. Seluruh teman-teman Fakultas Keperawatan A7, terima kasih, kalian adalah sumber inspirasiku untuk bisa melangkah bersama. Kalian memang hebat!!!!
9. Dosen dan seluruh Staf Fakultas Keperawatan yang telah membimbing dan membantu saya selama kuliah di Fakultas Keperawatan Unair.
10. Sahabat-sahabatku Darawati, Mei, Niluh terima kasih atas waktunya selama ini. Dan sahabat-sahabatku Jaquza terima kasih atas pengertian dan dukungannya.
11. Teman kos Bhaskara, Asteriska, terima kasih atas bantuan dan dukungannya selama ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan, dan bantuan dalam menyelesaikan penelitian ini.

Surabaya, 22 Juli 2011

Penulis

## ABSTRACT

### THE INFLUENCE OF HEALTH EDUCATION SPEECH METHOD WITH AUDIO VISUAL AIDS MEDIA TO MOTHER BEHAVIOUR TO INCREASE THE CHILD STATUS NUTRIENT

Quasy Experiment Study in Sub District Kroman District Gresik

By : Mega Agustiningrum

The child period under five years old is the important age in growth. In that age period the child growth is really fast so it need nutrient which have a balance proportion. One of the lack reason nutrient from child is the of their mother as a parents to care their child. The speech method which use audio visual AIDS is a method which describe verbally and use media tools. So that mother imagination increase and it can optimalize imagination and skill ability.

In this research use Quasy Experiment design. The population is mother with child who has malnutrition between 12-60 month who lives in sub district Kroman district Gresik. All of sample is 30 people who is taken with inclusion criteria. They are divided treatment group and control group so it has is mother in each group. Independent variabel for that is health education speech method which use audio visual AIDS media and the dependent variable is mother behavior.

Data were collected using observation sheet and analyzed using Wilcoxon Signed Rank Test and Mann Whitney U-Test with level of significance of  $p \leq 0.05$ . The research was tested in 21th June-8th July 2011. Result of Wilcoxon Signed Rank Test in treatment group showed that health education speech method which use audio visual AIDS media has influence to mother knowledge to increase baby nutrient status ( $p=0,001$ ), attitude ( $p=0,005$ ) and practice ( $p=0,001$ ). Mann Whitney U-Test to knowledge (0,000), attitude (0,000) and practice (0,000).

The conclusion from the paragraphs above that health education speech method with audio visual AIDS media can increase mother behavior. Health education speech method with audio visual AIDS media can be recommended for institution and mother. For further research can use mother as a sample with malnutrition then use more variation of video method and matter.

**Keywords:** *health education, behaviour, knowledge, attitude, practice, malnutrition.*



## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar .....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji .....	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih .....	vi
<i>Abstract</i> .....	vii
Daftar Isi .....	viii
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Gambar .....	xii
Daftar Lampiran.....	xiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian .....	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus .....	7
1.4 Manfaat penelitian .....	8
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	8
1.4.2 Manfaat Praktis .....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>10</b>
2.1 Konsep Perilaku .....	10
2.1.1 Pengertian .....	11
2.1.2 Jenis Perilaku .....	10
2.1.3 Domain Perilaku .....	11
2.1.4 Proses Adopsi Perilaku .....	18
2.1.5 Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku.....	20
2.1.6 Strategi Perubahan Perilaku.....	20
2.2 Gizi.....	21
2.2.1 Status gizi.....	23
2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi .....	23
2.2.3 Penilaian Status Gizi .....	24
2.2.4 Klasifikasi Status Gizi.....	25
2.2.5.Indikator Gizi .....	26
2.2.6 Gizi Kurang.....	28
2.2.7 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Gizi Kurang pada Balita....	29
2.2.8 Gizi Buruk.....	30
2.2.9 Penanggulangan dan Pencegaham Gizi Buruk.....	32
2.2.10 Status Gizi Balita.....	33
2.3 Konsep Pendidikan Kesehatan.....	33
2.3.1 Pengertian .....	33
2.3.2 Tujuan pendidikan kesehatan.....	34
2.3.3 Sasaran pendidikan kesehatan.....	35

2.3.4 Strategi pendidikan kesehatan.....	36
2.3.5 Metode pendidikan kesehatan.....	37
2.3.6 Media Pendidik Kesehatan .....	41
2.3.7 Intensitas Alat Peraga.....	42
2.3.8 Manfaat Alat Peraga .....	43
2.3.9 Macam-macam Alat bantu.....	44
2.3.10 Sasaran yang Dicapai Alat Bantu Pendidikan Kesehatan.....	44
2.3.11 Cara Mempergunakan Alat Bantu Pendidikan Kesehatan....	46
2.3.12 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pendidikan Kesehatan... .	47
2.3.13 Metode Ceramah.....	48
2.3.14 Metode Audio Visual Aids .....	49
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL.....</b>	<b>53</b>
3.1 Kerangka Konseptual.....	53
3.2 Uraian Kerangka Konseptual.....	54
3.3 Hipotesis Peneliti .....	55
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>56</b>
4.1 Desain Penelitian .....	56
4.2 Populasi, Sampel, Sampling .....	57
4.2.1 Populasi.....	57
4.2.2 Sampel.....	57
4.2.3 Sampling .....	58
4.3 Identifikasi Variabel.....	58
4.3.1 Variabel independen .....	58
4.3.2 Variabel dependen .....	59
4.4 Definisi Operasional .....	60
4.5 Instrumen Penelitian .....	63
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	63
4.6.1 Lokasi Penelitian.....	63
4.6.2 Waktu Penelitian.....	63
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	64
4.8. Kerangka Kerja .....	67
4.9 Analisis Data.....	68
4.9.1 Analisis Deskriptif.....	68
4.9.2 Analisis Statistik .....	70
4.10 Etik Penelitian .....	70
4.11 Keterbatasan.....	72
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>73</b>
5.1 Hasil Penelitian.....	73
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian .....	73
5.1.2 Gambaran umum karakteristik demografi responden.....	74
5.1.3 Variabel yang diukur.....	76
5.2 Pembahasan.....	84
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>101</b>
6.1 Kesimpulan.....	101
6.2 Saran.....	102

<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>103</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>104</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi gizi .....	26
Tabel 2.2	Indikator status gizi .....	27
Tabel 4.1	Rancangan Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dengan Media Audio Visual <i>AIDS</i> terhadap Perilaku Ibu untuk Meningkatkan Status Gizi Balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik .....	50
Tabel 4.2	Definisi Operasional Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dengan Media Audio Visual <i>AIDS</i> terhadap Perilaku Ibu untuk Meningkatkan Status Gizi Balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik .....	56
Tabel 5.1	Analisa Hasil Pre Test dan Post Test Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Meningkatkan Status Gizi Balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik .....	71
Tabel 5.2	Analisa Hasil Pre Test dan Post Test Tingkat Sikap Ibu tentang Meningkatkan Status Gizi Balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik .....	76
Tabel 5.1	Analisa Hasil Pre Test dan Post Test Tingkat Tindakan Ibu tentang Meningkatkan Status Gizi Balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik .....	82

## DAFTAR GAMBAR

- Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dengan Media Audio Visual *AIDS* terhadap Perilaku Ibu untuk Meningkatkan Status Gizi Balita.....47
- Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dengan Media Audio Visual *AIDS* terhadap Perilaku Ibu untuk Meningkatkan Status Gizi Balita ..... 52
- Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Ibu di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik pada 21 Mei – 8 Juli ..... 74
- Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik pada 21 Mei – 8 Juli ..... 75
- Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Penghasilan Ibu di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik pada 21 Mei – 8 Juli..... 75
- Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik pada 21 Mei – 8 Juli..... 76
- Gambar 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Ibu di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik pada 21 Mei – 8 Juli ..... 77
- Gambar 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Ibu di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik pada 21 Mei – 8 Juli..... 79
- Gambar 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Tindakan Ibu di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik pada 21 Mei – 8 Juli ..... 82

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian .....	106
Lampiran 2 Surat Pemberitahuan dari Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik	107
Lampiran 3 Ijin Penelitian dari BAPELITBANGDA Gresik .....	108
Lampiran 4 Lembar Permohonan Responden.....	110
Lampiran 5 Lembar Persetujuan Menjadi Responden .....	111
Lampiran 6 Kuesioner Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dengan Media Audio Visual <i>Aids</i> untuk Meningkatkan Status Gizi Balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik.....	112
Lampiran 7 Satuan Acara Pembelajaran.....	117
Lampiran 8 Leaflet.....	132
Lampiran 9 Data Tabulasi.....	134
Lampiran 10 Hasil analisis uji statistik.....	137

**BAB 1**  
**PENDAHULUAN**

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Anak balita adalah anak yang berusia di atas satu tahun atau lebih populer dengan pengertian usia anak dibawah lima tahun. Masa balita merupakan usia penting dalam tumbuh kembang anak secara fisik. Pada usia tersebut, pertumbuhan seorang anak sangat pesat sehingga memerlukan asupan gizi yang sesuai dengan kebutuhannya (Muaris, 2006). Seorang ibu sangat berarti dalam kehidupan, figur seorang ibu mendominasi dalam perkembangan karakter dan kepribadian seseorang anak, yang akan dibawa bersama tumbuh kembang kehidupan anak tersebut. Ibu selalu memberi dorongan dan semangat untuk maju, memberi lingkungan yang baik, memberi kesempatan berkembang, memperhatikan keluarga dalam pemberian makanan yang bergizi dengan menu seimbang (Ida, 2010). Salah satu penyebab terjadinya kekurangan gizi pada anak adalah masih rendahnya perilaku gizi ibu sebagai orang tua dalam merawat anak yang sangat dominan dalam keluarga (Kaniawaty,dkk 2007). Menurut Teori Lawrence Green yang dikutip Notoatmodjo (1993) yaitu perilaku dapat dipengaruhi oleh faktor predisposisi yaitu pengetahuan dan sikap.

Pada survei awal pada tanggal 14 Maret 2011 di Puskesmas Alon-Alon Kecamatan Gresik didapati informasi di Kelurahan Kroman terdapat 32 balita yang mengalami masalah gizi. Hasil wawancara dari petugas gizi bahwa masalah gizi di Kelurahan Kroman disamping karena perekonomian yang kurang menunjang dalam pemenuhan makanan bergizi, sebagian besar ibu dari balita yang mengalami masalah



gizi mempunyai pengetahuan yang kurang tentang gizi dan penyajian makanan bergizi untuk balita. Pada saat ibu diwawancarai oleh petugas, ibu menjelaskan sudah memberikan nasi dan sayuran dalam pemberian makanan namun sayuran yang dimaksud hanya kuah dari sayuran. Di Puskesmas Alon- Alon juga telah mengupayakan mengatasi masalah gizi yang ada dengan pemberian penyuluhan dengan konseling dan Pemberian Makanan Tambahan pada saat dilaksanakan posyandu.

Upaya pendidikan kesehatan merupakan salah satu usaha yang dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu dalam meningkatkan status gizi balita, diharapkan dengan usaha tersebut ibu dapat memahami pentingnya makanan yang bergizi sehingga mau bersikap dan bertindak mengikuti norma-norma gizi. Dalam pendidikan kesehatan, dapat digunakan metode – metode yang dapat membantu keberhasilan proses pendidikan. Menurut Suliha, dkk (2001), ceramah adalah pidato yang disampaikan oleh seorang pembicara di depan sekelompok pengunjung. Keuntungan metode ceramah dapat digunakan pada orang dewasa, penggunaan waktu yang efisien, dapat dipakai pada kelompok yang besar, dan dapat dipakai untuk memberi pengantar pada pelajaran atau suatu kegiatan. Sementara kekurangan metode ceramah adalah menghambat respon dari yang belajar sehingga pembicara sulit menilai reaksinya, tidak semua pengajar dapat menjadi pembicara yang baik pembicara harus menguasai pokok pembicaraan, dapat menjadi kurang menarik, sulit dipakai anak-anak, membatasi daya ingat dan biasanya hanya satu indera yang dipakai. Media *audio visual aids* adalah media pendidikan kesehatan dengan

menggunakan alat yang dapat membantu menstimulasi indera penglihatan dan pendengaran pada saat proses penyampaian pembelajaran. Misalnya video kaset, televisi dan sebagainya. Keunggulan media *audio visual aids* adalah mudah diserap dan dimengerti, dan menarik. Kekurangan dari media *audio visual aids* adalah membutuhkan peralatan yang mahal, tugas pendidik menjadi berat sebab disamping harus menguasai materi pelajaran yang akan disajikan juga harus menguasai berbagai alat peragaan/media pengajaran atau berbagai alat sarana peragaan serta alat komunikasi lainnya (Zulfikri, 2009). Metode ceramah dengan media *audio visual aids* dapat menjadi alternatif pilihan dalam memberikan pendidikan kesehatan, sehingga pendidikan kesehatan tersebut diharapkan dapat merubah perilaku ibu tentang peningkatan status gizi balita. Tetapi pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* belum dapat dibuktikan .

Di Indonesia pada tahun 2002 untuk balita dengan status gizi kurang mengalami peningkatan 27% dan pada tahun 2005 mengalami peningkatan 28 % (WHO, 2005). Menurut data Biro Pusat Statistik (BPS) 2003 yang dikutip oleh Departemen Kesehatan (DEPKES) 2004, dari sekitar 5 juta anak balita (27,5%) yang kekurangan gizi, lebih kurang 3,6 juta anak (19,2%) dalam tingkat gizi kurang, dan 1,5 juta anak gizi buruk (8,3%). Menurut hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas, 2010) menunjukkan angka balita gizi kurang di angka 17 ,99%. Merujuk data Riset Direktorat Bina Gizi 2010 provinsi Jawa Timur menempati urutan pertama dengan kasus balita gizi kurang dengan jumlah kasus 14.720. Di Kabupaten Gresik menurut data dari Subdin Kesga Kabupaten Gresik tahun 2006 tercatat dari total 29 puskesmas

jumlah balita dengan status gizi kurang tercatat 3,17%. Puskesmas Alon-Alon Kecamatan Gresik membawahi 11 wilayah salah satunya Kelurahan Kroman. Menurut survei awal total balita yang terdaftar di posyandu Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik berjumlah 343 dengan rincian balita berumur 0-12 bulan berjumlah 67 (19,5%), 6-11 bulan berjumlah 34 (9,9%), 12-60 bulan berjumlah 276 (80,4%). Pada bulan Januari 2011 1,1% balita di kelurahan Kroman kecamatan Gresik mengalami kekurangan gizi, di bulan selanjutnya Februari jumlah balita yang mengalami kekurangan gizi tidak berkurang, dan pada bulan Maret mengalami peningkatan jumlah penderita balita kekurangan gizi menjadi 1,5%. Dari data tersebut menunjukkan angka kejadian status gizi kurang di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik mengalami peningkatan.

Menurut Suhardjo (1996), masalah gizi disebabkan oleh rendahnya pengetahuan gizi atau kurangnya kemampuan untuk meningkatkan pengetahuan gizi masyarakat. Hal ini menjadikan transfer pengetahuan gizi yang baik yang dibutuhkan oleh seorang ibu menjadi sangat rendah kualitasnya, padahal sikap dan pengetahuan gizi ibu sangat dibutuhkan agar kecukupan gizi anak terpenuhi, dan dengan cara ini mereka dapat tumbuh dan berkembang dengan baik. Pengetahuan gizi ibu yang dipraktekkan dalam kehidupan sehari-hari memiliki pengaruh yang besar terhadap kondisi asupan gizi keluarga terutama balita (Suhardjo, 1989). Kemiskinan pada kenyataannya merupakan akar dari permasalahan gizi. Tetapi hal ini menjadi lebih buruk dengan rendahnya pengetahuan gizi dan minimnya usaha untuk dalam menerapkan pengetahuan tersebut dalam kehidupan sehari-hari (Khomsan, 2009).Gizi

kurang dan gizi buruk pada balita berakibat terganggunya pertumbuhan jasmani dan kesehatan. Secara tidak langsung gizi kurang dan gizi buruk dapat menyebabkan anak balita mengalami defisiensi zat gizi yang dapat berakibat panjang, yaitu berkaitan dengan kesehatan anak, penyakit infeksi dan kecerdasan anak seperti halnya serangan penyakit tertentu. Apabila ini dibiarkan tentunya balita sulit berkembang. Dengan demikian jelaslah masalah gizi merupakan masalah bersama dan semua keluarga harus bertindak atau berbuat untuk melakukan perbaikan gizi (Sajogyo,dkk, 1994).

Masalah gizi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penanggulangannya tidak dapat dilakukan dengan pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja. Untuk meningkatkan pengetahuan gizi adalah dengan memberikan pendidikan atau penyuluhan kepada ibu tentang makanan sehat dan gizi seimbang (Soekirman, 2002). Dalam pendidikan kesehatan, dapat digunakan metode – metode yang dapat membantu proses keberhasilan proses pendidikan. Metode yang sering digunakan dalam pendidikan kesehatan yaitu bimbingan dan penyuluhan, wawancara, ceramah, seminar, simposium, diskusi kelompok, buzz group, curah gagasan, forum panel, demonstrasi, simulasi dan permainan peran. Salah satu usaha yang dilakukan adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan menggunakan metode ceramah dengan media *audio visual aids*. Menurut Suliha, dkk (2001), ceramah adalah pidato yang disampaikan oleh seorang pembicara di depan sekelompok pengunjung. Keuntungan metode ceramah adalah dapat digunakan pada orang dewasa, penggunaan waktu yang efisien, dapat dipakai pada kelompok yang besar, dan dapat dipakai untuk memberi pengantar pada pelajaran atau suatu kegiatan. Kekurangan

metode ceramah adalah menghambat respon dari yang belajar sehingga pembicara sulit menilai reaksinya, tidak semua pengajar dapat menjadi pembicara yang baik pembicara harus menguasai pokok pembicaraan, dapat menjadi kurang menarik, sulit dipakai anak-anak, membatasi daya ingat dan biasanya hanya satu indera yang dipakai. Media *audio visual aids* adalah media pendidikan yang menggunakan alat yang dapat membantu menstimulasi indera penglihatan dan pendengaran pada saat proses penyampaian pembelajaran. Misalnya video kaset, televisi dan sebagainya.

Upaya yang dilakukan pada sektor kesehatan melalui penyuluhan dengan media *audio visual* lebih mengutamakan upaya preventif. Salah satu pendekatan yang sering digunakan adalah menyampaikan pesan atau informasi sehingga informasi dapat diterima dan dipahami. Intervensi penyuluhan dengan media *audio visual aids* dapat dilakukan sebagai upaya untuk merangsang masyarakat terutama keluarga (yaitu ibu rumah tangga) agar mampu menjadi inovator di lingkungan rumah tangganya sendiri. Keunggulan media *audio visual aids* adalah mudah diserap dan dimengerti, dan menarik. Kekurangan dari media *audio visual aids* adalah membutuhkan peralatan yang mahal, tugas pendidik menjadi berat sebab disamping harus menguasai materi pelajaran yang akan disajikan juga harus menguasai berbagai alat peragaan/media pengajaran atau berbagai alat sarana peragaan serta alat komunikasi lainnya (Zulfikri, 2009). Prinsip pokok pendidikan kesehatan adalah proses belajar, dimana akan terjadi perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subyek belajar tersebut. Banyak metode yang dapat digunakan dalam pendidikan kesehatan. Pemilihan dan penggunaan metode pendidikan kesehatan harus tepat agar

tujuan pendidikan yang kita harapkan dapat tercapai dengan baik. Pengaruh metode ceramah dengan media *audio visual aids* dalam pendidikan kesehatan perlu diketahui, agar pemberian pendidikan kesehatan tentang peningkatan status gizi pada balita dapat diberikan dengan harapan mudah dipahami oleh ibu.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Adakah pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik ?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Menjelaskan pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan *audio visual aids* terhadap perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik.

### **1.3.2 Tujuan khusus**

1. Menganalisis perubahan tingkat pengetahuan ibu dalam meningkatkan status gizi balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik setelah diberikan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids*.
2. Menganalisis perubahan sikap ibu dalam meningkatkan status gizi balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik setelah diberikan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids*.

3. Menganalisis perubahan tindakan ibu dalam meningkatkan status gizi balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik setelah diberikan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media audio visual *aids*.
4. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat teoritis**

Manfaat teoritis dari penelitian ini adalah sebagai masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya bidang ilmu keperawatan komunitas mengenai pentingnya pendidikan kesehatan dengan metode secara tepat yang diterapkan kepada ibu sebagai perubahan perilaku dan ilmu keperawatan anak mengenai meningkatkan status gizi balita.

### **1.4.2 Manfaat praktis**

#### **1. Profesi Keperawatan**

Sebagai upaya untuk meningkatkan informasi dan kajian tentang penerapan metode pendidikan kesehatan ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita.

## 2. Pelayanan Kesehatan

Dapat digunakan oleh pelayanan kesehatan untuk alternatif pendidikan kesehatan dalam menyampaikan informasi tentang peningkatan status gizi balita .

## 3. Peneliti

Dapat memberikan gambaran pada peneliti dalam upaya meningkatkan pemahaman tentang pengaruh metode pendidikan kesehatan ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita.

## 4. Ibu

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan pengetahuan bagi ibu terutama terhadap perubahan perilaku untuk meningkatkan status gizi balita



**BAB 2**  
**TINJAUAN PUSTAKA**

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada tinjauan pustaka ini akan disajikan beberapa konsep yaitu konsep perilaku, konsep gizi, dan konsep pendidikan kesehatan.

#### **2.1 Konsep perilaku**

##### **2.1.1 Pengertian**

Menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2007), perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

Menurut Notoatmodjo (2007), perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

##### **2.1.2 Jenis perilaku**

Menurut Notoatmodjo (2007), dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua:

###### **1 . Perilaku tertutup (*covert behaviour*)**

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu, disebut *covert behaviour* atau *unobservable behaviour*.

## 2. Perilaku terbuka (*overt behaviour*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behaviour*, tindakan nyata atau praktik (*practice*).

### 2.1.3 Domain perilaku

Benyamin Bloom (1998) dalam Notoatmodjo (2007), seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu kedalam 3 (tiga) domain :

#### 1. Pengetahuan

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

Pengetahuan dipengaruhi oleh berbagai faktor, disamping pendidikan yang pernah di jalani, faktor lingkungan sosial dan frekuensi kontak dengan media massa juga mempengaruhi pengetahuan (Suharjo, 2003).

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan :

### 1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

### 2) Mamahami (*comprehension*)

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

### 3) Aplikasi (*application*)

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

### 4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari

penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

#### 5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menggabungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

#### 6) Evaluasi (*evaluation*)

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

## 2. Sikap

*"An individual's social attitude is a syndrome of response consistency with regard to social object"* (Campbell, 1950) dikutip Notoatmodjo (2007).

Menurut Berkowitz (1972) dalam Azwar (2008), sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada suatu obyek.

Menurut Notoatmodjo (2007), sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek.

Menurut Notoatmodjo (2003) keyakinan seseorang terhadap suatu obyek, tidak dapat dilihat langsung, menunjukkan reaksi yang bersifat emosional terhadap

stimulus. Manifestasi terhadap sikap tidak dapat dilihat secara langsung, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup (*covert behavior*).

Menurut Azwar (2008) struktur sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang yaitu komponen *kognitif*, komponen *afektif* dan komponen *konatif*.

Menurut Middlebrook (1974) dalam Azwar (2008), dengan tidak adanya pengalaman sama sekali dengan suatu obyek, cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap obyek tersebut.

Menurut Roger dalam Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sebelum seseorang menghadapi sikap baru, maka dalam diri tersebut terjadi proses berbenturan yaitu mengetahui stimulus, tertarik dengan stimulus, mencoba bersikap baru kemudian mencoba menghadapi sikap baru.

#### 1. Struktur sikap

Struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu *kognitif*, *afektif* dan *konatif* (Azwar, 2008).

Komponen kognitif atau pengetahuan merupakan representasi apa yang dipercayai seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap. Sekali kepercayaan itu telah terbentuk, akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai apa yang diharapkan dari objek tertentu sehingga kepercayaan itu terbentuk karena kurang atau tidak adanya informasi yang benar mengenai objek sikap yang dihadapi (Azwar, 2008).

Sikap merupakan suatu keteraturan tertentu dalam hal perasaan (*afeksi*), pemikiran (*kognisi*) dan predisposisi tindakan (*konasi*) terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya. Faktor yang mempengaruhi sikap responden seperti

pengalaman pribadi, kebudayaan, media massa, serta faktor emosi di dalam diri individu (Ira Rahmawati, 2008).

Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subyektif terhadap suatu obyek sikap. Secara umum komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Pada umumnya reaksi emosional yang merupakan komponen afektif ini dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai suatu yang benar dan berlaku bagi obyek tersebut (Azwar, 2008).

Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya. Kaitan ini didasari oleh asumsi kepercayaan dengan perasaan yang mempengaruhi perilaku (Azwar, 2008).

## 2. Proses perkembangan sikap

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga agama serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar, 2008). Berikut ini akan diuraikan peranan masing-masing faktor dalam pembentukan sikap manusia.

1) Apa yang telah dan sedang dialami seseorang ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan seseorang terhadap stimulasi.

2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Orang lain di sekitar kita merupakan salah satu komponen yang ikut mempengaruhi sikap.

### 3) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dimana seseorang hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap seseorang. Individu memiliki pola sikap dan perilaku tertentu dikarenakan mendapat *reinforcement* (penguatan, ganjaran) dari masyarakat untuk sikap dan perilaku tersebut.

### 4) Media massa

Media massa sebagai komunikasi yang berupa televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan kepercayaan dan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan berpikir kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Apabila cukup kuat memberi dasar yang efektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

### 5) Lembaga pendidikan dan agama

Lembaga pendidikan dan lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap karena kebudayaan meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu.

### 6) Faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang.

Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2007), menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu obyek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek.



### 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan :

#### 1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

#### 2) Merespon (*responding*)

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

#### 3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

#### 4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

### 3. Praktik

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan (Notoatmodjo, 2003).

### 1) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

### 2) Respon terpimpin (*guided respons*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator tingkat dua.

### 3) Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

### 4) Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

#### **2.1.4 Proses adopsi perilaku**

Menurut Notoatmodjo (2003), dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih lama daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

1. Kesadaran (*Awareness*), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu.
2. Tertarik (*Interest*), yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.

3. Evaluasi (*Evaluation*), yaitu menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. Mencoba (*Trial*), orang telah mulai mencoba perilaku baru.
5. Adopsi (*Adoption*), subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Sedangkan menurut teori kognitif, Piaget lebih memperhatikan proses belajar untuk melakukan suatu perubahan yaitu melewati tiga proses yaitu asimilasi, akomodasi, dan equilibrasi. Asimilasi adalah proses penyatuan berbagai informasi baru ke struktur kognitif yang sudah ada dalam pikiran peserta didik. Akomodasi adalah penyesuaian struktur kognitif ke dalam situasi baru. Equilibrasi adalah penyesuaian berkesinambungan antara asimilasi dan akomodasi (Setiawati & Dermawan, 2008).

Teori adaptasi Roy menyatakan pembelajaran dimaksudkan untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku. Proses kontrol kognator berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap proses informasi, pengambilan keputusan, dan emosi, sehingga mekanisme belajar merupakan suatu proses didalam adaptasi (*cognator*) yang mencakup mempersepsikan suatu informasi (Nursalam, 2008).

Proses pembelajaran yang tidak optimal akan mempengaruhi persepsi seseorang sehingga perubahan untuk berperilaku hidup sehat akan sulit didapatkan. Persepsi proses informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode, dan ingatan (Nursalam, 2008).

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (Notoatmodjo, 2005).

### **2.1.5 Bentuk-bentuk perubahan perilaku**

Menurut WHO, perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga bagian antara lain:

#### **1. Perubahan Alamiah**

Perilaku yang dihasilkan dari proses belajar sangat tergantung dari stimulus dan lingkungan saat proses belajar berlangsung. Secara alamiah perubahan perilaku seseorang bergeser karena banyak stimulus baru dan pengaruh lingkungan tempat tinggal.

#### **2. Perubahan Terencana**

Perubahan perilaku yang memang benar-benar direncanakan.

#### **3. Kesiediaan untuk berubah**

Kesiediaan untuk berubah bagi setiap orang sangatlah berbeda-beda. Perbedaan individual berupa bio, psiko, sosial, kultural, dan spiritual sangat mempengaruhi pengambilan keputusan bagi individu dalam perubahan perilakunya (Setiawati & Dermawan, 2008).

### **2.1.6 Strategi perubahan perilaku**

Merubah perilaku tidak mudah, apalagi perilaku yang diyakini saat ini sudah tertanam sejak lama pada orang tersebut. Untuk mencapai perubahan perilaku sesuai dengan yang diharapkan dan tidak membutuhkan waktu yang cukup lama, perlu dipelajari dan dipahami betul arti dari strategi perubahan perilaku.

Strategi perubahan perilaku menurut WHO antara lain:

1. Kekuatan/dorongan/kekuasaan

Perilaku dipaksa dirubah dengan instrumen yang telah dipersiapkan terlebih dahulu. Perilaku dirubah dengan keharusan serta lebih bersifat paksaan. Strategi ini menitik beratkan pada faktor paksaan dan kekuasaan.

2. Informasi

Perilaku berubah dengan terlebih dahulu diberikan sebuah penguatan berupa informasi-informasi tentang sesuatu hal yang bisa merubah perilaku terlebih dahulu

3. Diskusi

Perubahan perilaku akan lebih cepat selain dengan pemberian informasi tetapi ada keinginan kuat dan individu untuk berubah. Diskusi adalah bagian dari strategi yang berperan penting dalam merubah proses pikir individu untuk mempercepat perubahan perilaku. Diskusi akan membuat individu berpikir, dengan diskusi pengetahuan akan bertambah. Semakin banyak informasi yang diyakini kebenarannya, maka semakin cepat pula perubahan perilaku terjadi (Setiawati & Darmawan, 2008).

## 2.2 Konsep gizi

Balita dalam proses tumbuh kembang, sehingga makanan sehari-hari harus mencukupi kebutuhan gizi. Zat gizi atau zat makanan merupakan bahan dasar penyusun bahan makanan (Soetjningsih, 2002). Zat gizi terdiri atas:

### 1. Karbohidrat

Berfungsi sebagai sumber utama energi yang berasal dari tumbuh-tumbuhan.

### 2. Protein

Berasal dari segala produk daging, ikan, susu, telur, kacang-kacangan, tempe, tahu dan kedelai.

### 3. Lemak

Lemak terdapat pada kacang-kacangan, keju, susu, margarine, mentega, serta semua makanan yang digoreng.

### 4. Vitamin

Berikut macam-macam vitamin yang diperlukan oleh tubuh.

#### 1. Vitamin A

#### 2. Vitamin B, terdiri atas berbagai macam jenis:

1) Vitamin B1

2) Vitamin B2

3) Vitamin B6

4) *Niasin*

5) Asam petanoat

6) Kolin

7) Biotin

8) Asam folat atau vitamin B11

9) Vitamin B12

#### 3. Vitamin C

#### 4. Vitamin D

5. Vitamin E

6. Vitamin K

5. Garam-garam mineral

Garam mineral merupakan bahan makanan anorganik yang berguna antara lain untuk menjaga keseimbangan tubuh serta bahan penyusun tubuh.

### **2.2.1 Status gizi**

Status gizi adalah ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi untuk anak yang diindikasikan oleh berat badan dan tinggi badan. Status gizi juga didefinisikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrien. Penelitian status gizi merupakan pengukuran yang didasarkan pada data antropometri serta biokimia dan riwayat diet (Beck, 2000)

Status Gizi merupakan ekspresi satu aspek atau lebih dari nutriture seorang individu dalam suatu variabel (Hadi, 2002). Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari nutriture dalam bentuk variabel tertentu (Supriasa, 2001). Sedangkan menurut Gibson (1990) menyatakan status gizi adalah keadaan tubuh yang merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara zat gizi yang masuk ke dalam tubuh dan utilisasinya.

### **2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi**

Menurut Paryanto (1996) mengatakan bahwa faktor yang mempengaruhi status gizi adalah faktor langsung seperti asupan makan dan penyakit infeksi. Latar belakang terjadinya faktor tersebut adalah ekonomi keluarga, produksi pangan, kondisi perumahan, ketidaktahuan dan pelayanan kesehatan yang kurang baik.

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi sebagai berikut:

## 1. Faktor eksternal

Faktor eksternal yang mempengaruhi status gizi antara lain:

- 1) Pendapatan
- 2) Pendidikan
- 3) Pekerjaan
- 4) Budaya

## 2. Faktor internal

Faktor internal yang mempengaruhi status gizi antara lain:

- 1) Usia
- 2) Kondisi fisik
- 3) Infeksi

### **2.2.3 Penilaian Status Gizi**

Penilaian status gizi dibagi menjadi 2 antara lain :

#### 1. Penilaian status gizi langsung

Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi (Supriasa, 2001). Penilaian status gizi langsung adalah:

1. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan protein dan energi. Indeks antropometri antara lain:

- 1) Berat badan menurut umur (BB/U)

Berdasarkan karakteristik berat badan ini, maka indeks berat badan menurut umur digunakan sebagai salah satu cara pengukuran status gizi.



Mengingat karakteristik berat badan yang labil, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini.

2) Tinggi badan menurut umur (TB/U)

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal.

3) Berat badan menurut tinggi badan (BB/TB)

Indeks BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini.

2. Penilaian status gizi secara tidak langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat di bagi menjadi dua yaitu :

1. Survei konsumsi

Survei Konsumsi pangan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan zat gizi yang dikonsumsi.

2. Metode recall 24 jam

Untuk dapat melakukan recall, makanan dengan baik terlebih dahulu harus mempelajari jenis bahan makanan yang bisa di konsumsi oleh kelompok sasaran survey.

#### **2.2.4 Klasifikasi status gizi**

Menurut Supriasa, Bakri dan Fajar (2001) mengatakan bahwa antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Ukuran tubuh seperti berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas dan tebal lemak di bawah kulit.

Depkes RI (2000) mengatakan bahwa untuk pemantauan status gizi standar penentuan yang digunakan direkomendasikan baku antropometri yang digunakan di Indonesia adalah baku *World Health Organization-National Center for Health Statistics*.

Klasifikasi indek untuk penentuan status gizi yang digunakan adalah seperti pada tabel berikut ini.

Tabel 2.1 Klasifikasi Status Gizi menurut WHO-NCHS

INDEKS	STATUS GIZI	KETERANGAN
Berat Badan Menurut umur (BB/U)	Gizi lebih Gizi baik Gizi kurang Gizi buruk	$+2$ SD -2 sampai +2 SD $<$ $<-3$ SD
Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)	Normal Pendek (stuned)	-2 sampai +2 SD $<-2$ SD
Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB)	Gemuk Normal Kurus (wasted) Sangat kurus	$+2$ SD -2 sampai +2 SD $<-2$ SD sampai -3 SD $<-3$ SD

Sumber:Depkes RI, (2000)

### 2.2.5 Indikator gizi

Menurut Soekirman (2000) mengatakann bahwa interpretasi dari keadaan gizi anak dengan indikator BB/U, TB/U dan BB/TB yang digunakan pada survei khusus, menjadikan kesimpulan bisa lebih tajam. Kesimpulan dari penilaian tersebut dapat dilihat pada Tabel berikut ini.

Tabel 2.2 Indikator Status Gizi

Indikator			Kesimpulan
BB/U	TB/U	BB/TB	
Normal	Rendah	Lebih	Keadaan gizi anak saat ini baik, tetapi anak tersebut mengalami masalah kronis. BB anak proporsional dengan TB
Rendah	Rendah	Rendah	Anak mengalami masalah gizi kronis dan pada saat ini anak menderita kegemukan ( <i>Overweight</i> ) karena BB lebih dari proporsional terhadap TB
Normal	Normal	Normal	Anak mengalami kurang gizi berat dan kronis. Artinya pada saat ini keadaan gizi anak tidak baik dan riwayat masa lalunya juga tidak baik.
Rendah	Normal	Rendah	Keadaan gizi anak baik pada saat ini dan masa lalu.
Normal	Normal	Rendah	Anak mengalami kurang gizi yang berat (kurus).
Normal	Normal	Rendah	Keadaan gizi anak secara umum baik tetapi berat badannya kurang proporsional terhadap TB-nya karena tubuh anak jangkung.

Sumber: Soekirman, (2000)

Menurut Supariasa, Bakri dan Fajar (2001) mengatakan bahwa untuk pengukuran status gizi dengan indikator berat badan terhadap umur merupakan salah satu indeks antropometri yang memberikan gambaran massa tubuh seseorang. Massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan yang mendadak seperti terkena penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi.

Menurut Paryanto (1996) mengatakan bahwa indikator berat badan sering digunakan untuk menentukan status gizi karena caranya mudah, sehingga dapat

dikerjakan oleh orang tua atau anak, tidak harus oleh tenaga kesehatan. Pengukuran berat badan yang dilakukan berulang-ulang dapat menggambarkan pertumbuhan anak. Alat yang digunakan tidak selalu mudah karena harus memenuhi syarat, kokoh, kuat murah mudah dibawa.

### **2.2.6 Gizi kurang**

Gizi Kurang adalah keadaan kekurangan 1 atau lebih zat gizi esensial. Secara umum, kurang gizi adalah salah satu istilah dari penyakit malnutrisi energi-protein (MEP), yaitu penyakit yang diakibatkan kekurangan energi dan protein.

Gejala kurang gizi ringan relatif tidak jelas, hanya terlihat bahwa berat badan anak tersebut lebih rendah dibanding anak seusianya. Rata-rata berat badannya hanya sekitar 60- 80% dari berat ideal.

Adapun tanda-tanda yang biasa menyertainya antara lain:

1. Kenaikan berat badan berkurang, terhenti, atau bahkan menurun.
2. Ukuran lingkaran lengan atas menurun.
3. Maturasi tulang terlambat.
4. Rasio berat terhadap tinggi, normal atau cenderung menurun.
5. Tebal lipat kulit normal atau semakin berkurang

Akibat Gangguan Gizi kurang

1. Pertumbuhan otot lembek, rambut rontok, tubuh pendek
2. Kurang tenaga gerak, malas, lemah
3. Mudah stress
4. Gangguan fungsi otak/ berpikir
5. Gangguan perilaku, apatis, sensitif

### **2.2.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi gizi kurang pada balita:**

Menurut Unicef (1998) gizi kurang pada anak balita disebabkan oleh beberapa faktor yang kemudian diklasifikasikan sebagai penyebab langsung, penyebab tidak langsung, pokok masalah dan akar masalah.

#### **1. Penyebab langsung antara lain:**

##### **1) Kurangnya konsumsi makanan**

Makin bertambah usia anak maka makin bertambah pula kebutuhannya. Konsumsi makanan dalam keluarga dipengaruhi jumlah dan jenis pangan yang dibeli, pemasakan, distribusi dalam keluarga dan kebiasaan makan secara perorangan. Konsumsi juga tergantung pada pendapatan, agama, adat istiadat, dan pendidikan keluarga yang bersangkutan (Almatsier, 2001).

##### **2) Adanya penyakit infeksi**

Timbulnya gizi kurang bukan saja karena makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering diserang diare atau demam, akhirnya dapat menderita gizi kurang. Sebaliknya anak yang makan tidak cukup baik maka daya tahan tubuhnya (*imunitas*) dapat melemah, sehingga mudah diserang penyakit infeksi, kurang nafsu makan dan akhirnya mudah terkena gizi kurang (Soekirman, 2000). Penyakit Infeksi disebabkan oleh kurangnya sanitasi dan bersih, pelayanan kesehatan dasar yang tidak memadai, dan pola asuh anak yang tidak memadai (Soekirman, 2000).

#### **2. Penyebab tidak langsung**

##### **1) Ketahanan pangan di keluarga**

##### **2) Pola pengasuhan anak**

### 3) Kesehatan lingkungan (Unicef, 1998)

Penanggulangan Masalah Gizi Kurang antara lain:

1. Upaya terpadu antardepartemen
2. Meningkatkan hasil teknologi pertanian
3. UPGK (Upaya Peningkatan Gizi Keluarga), SPGK (Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi), PMT (Pemberian Makanan Tambahan)
4. Fortifikasi vitamin A, besi, yodium
5. Gerakan nasional PMPG (Penanggulangan Malah Pangan dan Gizi)

#### 2.2.8 Gizi buruk

Keadaan gizi kurang tingkat berat pada masa bayi dan balita ditandai dengan dua macam sindrom yang jelas yaitu *Kwashiorkor*, karena kurang konsumsi protein dan *Marasmus* karena kurang konsumsi energi dan protein (Suhardjo, 2003:2).

##### 1. Marasmus

Ada pun tanda lainnya adalah:

1. Berat badannya kurang dari 60% berat anak normal seusianya.
2. Kulit terlihat kering, dingin dan mengendur.
3. Beberapa di antaranya memiliki rambut yang mudah rontok.
4. Tulang-tulang terlihat jelas menonjol.
5. Sering menderita diare atau konstipasi.
6. Tekanan darah cenderung rendah dibanding anak normal, dengan kadar hemoglobin yang juga lebih rendah dari semestinya.

## 2. Kwashiorkor

Ada pun ciri-ciri lainnya adalah:

1. Banyak menangis
  2. Penderita nampak lemah dan ingin selalu terbaring
  3. Anemia
  4. Diare
  5. Kelainan kulit yang khas
  6. Pembesaran hati
- ### 3. Marasmik-kwashiorkor

Penyakit ini merupakan gabungan dari marasmus dan kwashiorkor dengan gabungan gejala yang menyertai.

- 1) Berat badan penderita hanya berkisar di angka 60% dari berat normal.
  - 2) Tubuh mengandung lebih banyak cairan, karena berkurangnya lemak dan otot.
  - 3) Kalium dalam tubuh menurun drastis sehingga menyebabkan gangguan metabolik.
  - 4) Mineral lain dalam tubuh pun mengalami gangguan.
- #### 4. Gagal tumbuh

Tanda-tanda lainnya adalah:

- 1) Kegagalan mencapai tinggi dan berat badan ideal.
- 2) Hilangnya lemak di bawah kulit secara signifikan.
- 3) Berkurangnya massa otot.
- 4) Dermatitis.
- 5) Infeksi berulang

Kekurangan energi yang kronis pada anak-anak dapat menyebabkan anak balita lemah, pertumbuhan jasmaninya terlambat, dan perkembangan selanjutnya terganggu. Pada orang dewasa ditandai dengan menurunnya berat badan dan menurunnya produktifitas kerja. Kekurangan gizi pada semua umur dapat menyebabkan mudahnya terkena serangan infeksi dan penyakit lainnya serta lambatnya proses regenerasi sel tubuh (Suhardjo, 2003 : 8).

### **2.2.9 Penanggulangan dan pencegahan gizi buruk**

Upaya yang dilakukan untuk perbaikan gizi adalah dengan Keluarga Sadar Gizi. Tujuan dari program KADARZI adalah untuk meningkatkan perilaku keluarga untuk mengatasi masalah gizi.

Di dalam program KADARZI menurut Depkes, (2004) keluarga atau ibu mendapat informasi tentang asuhan kesehatan dan gizi antara lain:

1. Menyusui hanya ASI saja sejak lahir sampai 6 bulan.
2. Menggunakan garam beryodium
3. Menimbang anak secara teratur setiap bulan di posyandu, dengan menimbang secara teratur dapat mengetahui perkembangan peningkatan berat badan.
4. Makan seimbang yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air
5. Suplementasi gizi
6. Pemeriksaan ibu dan anak
7. Imunisasi
8. Kesehatan lingkungan

Salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi adalah konsumsi makanan (Supriasa, 2001). Konsumsi makanan yang teratur yang mengandung karbohidrat,



protein, vitamin, mineral dan air merupakan konsumsi makanan yang bergizi merupakan salah satu kunci kesehatan yang baik.

Balita harus diperhatikan pemberian makanan sesuai dengan umur (Depkes, 2006). Dengan memperhatikan konsumsi makanan yang bergizi diharapkan dapat meningkatkan status gizi balita

#### **2.2.10 Status gizi balita**

Masa balita merupakan proses pertumbuhan yang pesat dimana memerlukan perhatian dan kasih sayang dari orang tua dan lingkungannya. Disamping itu balita membutuhkan zat gizi yang seimbang agar status gizinya baik, serta proses pertumbuhan tidak terhambat, karena balita merupakan kelompok umur yang paling sering menderita akibat kekurangan gizi. (Soegeng Santoso dan Anne Lies, 2004 : 71).

### **2.3 Konsep pendidikan kesehatan**

#### **2.3.1 Pengertian**

Menurut Widyatuti (2009) pendidikan kesehatan adalah proses pembelajaran kesehatan sehingga masyarakat mau/tahu/mampu memelihara kesehatan mereka sendiri.

Menurut Wood dalam Widyatuti (2009) pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan kebiasaan yang ada hubungan dengan kesehatan perorangan, masyarakat dan bangsa.

Menurut Craven dan Hirnle (1996) dalam Suliha, dkk (2001), pendidikan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik

praktik belajar atau instruksi, dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata, dengan cara memberi dorongan terhadap pengarahannya diri (*self direction*), aktif memberikan informasi-informasi atau ide baru.

Menurut Notoatmodjo (2007), pendidikan kesehatan adalah upaya untuk mempengaruhi, dan atau mengajak orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, agar melaksanakan perilaku hidup sehat.

### **2.3.2 Tujuan pendidikan kesehatan**

Menurut Suliha, dkk (2001), tujuan pendidikan kesehatan dalam keperawatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan, mencegah timbulnya penyakit dan bertambahnya masalah kesehatan, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan.

Sedangkan menurut Notoatmodjo (2007), tujuan atau hasil yang diharapkan dari pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif. Perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif ke perilaku kondusif ini mengandung berbagai dimensi sebagai berikut:

#### **1. Perubahan perilaku**

Perubahan perilaku masyarakat yang tidak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan menjadi perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan, atau dari perilaku negatif ke perilaku yang positif.

## 2. Pembinaan perilaku

Pembinaan terutama ditujukan kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar tetap dipertahankan kesehatannya, artinya masyarakat yang sudah mempunyai perilaku hidup sehat (*healthy life style*) tetap dilanjutkan atau dipertahankan.

## 3. Pengembangan perilaku

Pengembangan perilaku sehat ini terutama ditujukan untuk membiasakan hidup sehat bagi anak-anak. Perilaku sehat bagi anak sebaiknya dimulai sedini mungkin, karena kebiasaan perawatan terhadap anak, termasuk kesehatan yang diberikan oleh orang tua, akan langsung berpengaruh kepada perilaku sehat anak selanjutnya.

### 2.3.3 Sasaran pendidikan kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2007) sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam 3 kelompok:

#### 1. Sasaran primer (*Primary Target*)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (*empowerment*)

#### 2. Sasaran sekunder (*secondary target*)

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder, karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat di sekitarnya. Upaya promosi kesehatan

yang ditujukan kepada sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan sosial (*social support*).

### 3. Sasaran tersier (*Tertiary Target*)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier promosi kesehatan. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder), dan juga kepada masyarakat umum (sasaran primer). Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran tersier ini sejalan dengan strategi advokasi (*advocacy*).

#### 2.3.4 Strategi pendidikan kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2007), untuk mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan seperti diuraikan diatas, diperlukan cara pendekatan yang strategis agar tercapai secara efektif dan efisien. Cara ini disebut strategi, yaitu cara untuk mencapai atau mewujudkan visi misi promosi kesehatan secara efektif dan efisien.

Strategi global (promosi kesehatan) menurut WHO (1984) dalam Notoatmodjo (2007):

##### 1. Advokasi (*Advocacy*)

Kegiatan yang ditujukan untuk pembuat keputusan (*decision makers*) atau penentu kebijakan (*policy makers*) baik di bidang kesehatan maupun sektor lain di luar kesehatan, yang mempunyai pengaruh terhadap publik. Tujuannya adalah agar para pembuat keputusan mengeluarkan kebijakan-kebijakan, antara lain dalam bentuk peraturan, undang-undang, instruksi, dan sebagainya yang menguntungkan kesehatan publik. Bentuk kegiatan advokasi ini antara lain *lobbying*, pendekatan atau

pembicaraan-pembicaraan formal atau informal terhadap para pembuat keputusan, penyajian isu-isu atau masalah kesehatan atau yang mempengaruhi kesehatan masyarakat setempat, seminar-seminar masalah kesehatan, dan sebagainya.

## 2. Dukungan sosial (*social suport*)

Kegiatan yang ditujukan kepada para tokoh masyarakat, baik formal (guru, lurah, camat, petugas kesehatan) maupun informal (tokoh agama) yang mempunyai pengaruh di masyarakat. Tujuan kegiatan ini adalah agar kegiatan atau program kesehatan tersebut memperoleh dukungan dari para tokoh masyarakat. Selanjutnya mereka dapat menjembatani antara pengelola program kesehatan dengan masyarakat.

## 3. Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*)

Pemberdayaan ini ditujukan kepada masyarakat langsung, sebagai sasaran primer atau utama promosi kesehatan. Tujuannya adalah agar masyarakat memiliki kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antara lain penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pembangunan masyarakat.

### **2.3.5 Metode pendidikan kelompok**

Menurut Notoatmodjo (2007), dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

## 1. Metode pendidikan individual (perorangan)

Bentuk dari metode individual ada 2 (dua) bentuk :

### 1) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*), yaitu :

Kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

### 2) Wawancara (*interview*)

Merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat, apabila belum maka penyuluhan yang lebih mendalam lagi dilakukan.

## 2. Metode pendidikan kelompok

Metode pendidikan kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektivitas metodenya pun tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

### 1) Kelompok besar

- (1) Ceramah : metode yang cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.
- (2) Seminar : hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (*presentasi*) dari satu ahli

atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

## 2) Kelompok kecil

### (1) Diskusi kelompok

Dibuat sedemikian rupa sehingga saling berhadapan, pimpinan diskusi/penyuluh duduk diantara peserta agar tidak ada kesan lebih tinggi, tiap kelompok punya kebebasan mengeluarkan pendapat, pimpinan diskusi memberikan pancingan, mengarahkan, dan mengatur sehingga diskusi berjalan hidup dan tidak ada dominasi dari salah satu peserta.

### (2) Curah pendapat (*Brain Storming*)

Merupakan modifikasi diskusi kelompok, dimulai dengan memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban/tanggapan, jawaban/tanggapan tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart/papan tulis, sebelum semuanya mencurahkan pendapat tidak boleh ada komentar dari siapa pun, baru setelah semuanya mengemukakan pendapat, tiap anggota mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

### (3) Bola salju (*Snow Balling*)

Tiap orang dibagi menjadi pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya terjadi diskusi .

(4) Kelompok kecil-kecil (*Buzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil, kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama/tidak sama dengan kelompok lain, dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya.

(5) Memainkan peran (*Role Play*)

Beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan tertentu, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dll, sedangkan anggota lainnya sebagai pasien/anggota masyarakat. Mereka memperagakan bagaimana main. Interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

(6) Permainan simulasi (*Simulation Game*)

Merupakan gambaran role paly dan diskusi kelompok. Pesan-pesan disajikan dalam bentuk permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah), dan papan beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

### 3. Metode pendidikan massa

Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) ini adalah tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Contoh :

- 1) Ceramah umum (*public speaking*), dilakukan pada acara tertentu, misalnya Hari Kemerdekaan Nasional, misalnya oleh menteri atau pejabat kesehatan lain.
- 2) Pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio, pada hakikatnya adalah merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.



- 3) Simulasi, dialog antar pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio adalah juga merupakan pendidikan kesehatan massa. Contoh : “Praktik Dokter Doddy Harahap” di Televisi.
- 4) Sinetron “Dokter Kamila” di dalam acara Tv juga merupakan bentuk pendekatan kesehatan massa.
- 5) Tulisan-tulisan di majalah/koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan antara penyakit juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.
- 6) *Bill Board*, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk poster dan sebagainya adalah juga bentuk pendidikan kesehatan massa.

### **2.3.6 Media pendidikan kesehatan**

Alat bantu pendidikan kesehatan adalah alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu didalam proses pendidikan/pengajaran (Notoatmojo, 2007). Hal yang sangat penting dalam alat bantu/media pendidikan kesehatan adalah bahwa media yang digunakan harus menarik sehingga menimbulkan minat pesertanya.

Menurut Achsin (2009), kurang lebih 90 persen hasil belajar seseorang diperoleh melalui indera pandang, dan hanya sekitar 5 persen diperoleh melalui indera dengar dan 5 persen lagi dengan indera lainnya. (Kemp and Dayton, 1985 dikutip oleh : Joyke C. Kumaat, 2007) sehingga mempercepat proses pemahaman dan memperkuat ingatan.

Menurut Heri D.J media adalah alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran. Media pendidikan kesehatan disebut juga sebagai alat peraga karena berfungsi membantu dan meragakan sesuatu dalam proses pendidikan atau pengajaran. Prinsip pembuatan alat peraga atau media bahwa pengetahuan yang ada pada setiap orang diterima atau ditangkap melalui pancaindra.

Menurut Heri D.J semakin banyak pancaindra yang digunakan, semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh. Hal ini menunjukkan bahwa alat peraga dimaksudkan mengarahkan indra sebanyak mungkin pada suatu objek sehingga memudahkan pemahaman. Menurut penelitian para ahli, pancaindra yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke otak adalah mata (kurang lebih 75 % sampai 87 %), sedangkan 13 % sampai 25 % pengetahuan manusia diperoleh atau disalurkan melalui indra lainnya.

### **2.3.7 Intensitas media pendidikan**

Alat peraga atau media mempunyai intensitas yang berbeda dalam membantu permasalahan seseorang. Elgar Dale menggambarkan intensitas setiap alat peraga dalam satu kerucut dan dibagi menjadi sebelas. Dimulai dari yang paling atas intensitasnya paling rendah adalah kata-kata, hal ini berarti bahwa penyampaian materi hanya dengan kata-kata saja kurang efektif. Kemudian selanjutnya tulisan, rekaman (radio), film, televisi, pameran, *field trip*, demonstrasi, sandiwara, benda tiruan, dan intensitas yang terakhir dan paling tinggi adalah benda asli.

### **2.3.8 Manfaat media pendidikan**

Secara rinci, manfaat media pendidikan adalah sebagai berikut:

1. Menimbulkan minat sasaran.
2. Mencapai sasaran yang lebih bantak.
3. Membantu mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman
4. Merangsang sasaran untuk meneruskan pesan pada orang lain.
5. Memudahkan penyampaian informasi
6. Memudahkan penerimaan informasi oleh sasaran
7. Menurut pannelitian, organ yang paling banyak menyalurkan pengetahuan adalah mata. Lebih kurang 75-87 % pengetahuan manusia diperoleh atau disalurkan melalui indra lain. Oleh sebab itu, dalam aplikasi pembuatan media, disarankan lebih banyak menggunakan alat-alat visual karena akan mempermudah cara penyampaian dan penerimaan informasi oleh masyarakat.
8. Mendorong keinginan untuk mengetahui, mendalami, dan mendapat pengertian yang lebih baik.
9. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh, yaitu menegakkan pengetahuan yang telah diterima sehingga apa yang diterima sehingga apa yang diterima lebih lama tersimpan dalam ingatan.

### 2.3.9 Macam-macam media pendidikan

Pembagian alat peraga secara umum menurut Heri D.J:

#### 1. Alat Bantu Lihat (*visual aids*)

Alat bantu ini digunakan untuk membantu menstimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan. Alat bantu ini dibagi 2 (dua) bentuk :

- a. Alat yang diproyeksikan, misalnya slide, overhead projector/OHP, dan film strip.
- b. Alat yang tidak diproyeksikan, misalnya dua dimensi seperti gambar, peta, dan bagan. Termasuk alat bantu cetak atau tulis, misalnya leaflet, poster, lembar balik, dan booklet. Termasuk tiga dimensi seperti bola dunia, dan boneka

#### 2. Alat Bantu dengar (*audio aids*)

Adalah alat yang dapat membantu menstimulasi indera pendengaran pada waktu proses penyampaian bahan pengajaran. Misalnya radio, piringan hitam dan sebagainya.

#### 3 Alat bantu dengar dan lihat (*audio visual aids*)

Seperti TV, film, dan video.

### 2.3.10 Media pendidikan berdasarkan fungsi

Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi 3, yakni media cetak, media elektronik dan media papan (Notoatmodjo, 2007):

## 1. Media cetak

Media cetak sebagai alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain sebagai berikut:

- 1) *Booklet*, ialah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
- 2) *Leaflet*, ialah bentuk penyampain informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi.
- 3) *Flyer* (selebaran), bentuknya seperti leaflet, tetapi tidak berlipat.
- 4) *Flip chart* (lembar balik), media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan lembar baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.
- 5) Rubik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) Poster ialah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tembok-tembok, di tempat-tempat umum atau kendaraan umum.
- 7) Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan

## 2. Media elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan berbeda-beda jenisnya, antara lain:

- 1) Televisi, penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), TV Spot, kuis atau cerdas cermat, dan sebagainya.
  - 2) Radio, penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui radio juga dapat bermacam-macam bentuknya, antara lain obrolan (Tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, radio spot, dan sebagainya.
  - 3) Video, penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan dapat melalui video.
  - 4) Slide, dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi-informasi kesehatan.
  - 5) Film strip, dapat digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.
3. Media papan (billboard)

Papan (billboard) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan di sini mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi).

### **2.3.11 Sasaran yang dicapai alat bantu pendidikan kesehatan**

Menurut Heri D.J pengetahuan tentang sasaran pendidikan yang akan dicapai alat peraga, penting untuk dipahami dalam menggunakan alat peraga. Ini berarti penggunaan alat peraga harus berdasarkan pengetahuan tentang sasaran yang ingin dicapai. Hal yang perlu diketahui tentang sasaran adalah sebagai berikut:

1. Yang perlu diketahui tentang sasaran antara lain :
  - 1) Individu atau kelompok

- 2) Kategori sasaran seperti kelompok umur, pendidikan, pekerjaan, dan sebagainya
  - 3) Bahasa yang mereka gunakan
  - 4) Adat istiadat serta kebiasaan
  - 5) Minat dan perhatian
  - 6) Pengetahuan dan pengalaman mereka tentang pesan yang akan diterima
2. Tempat memasang alat peraga
- 1) Di dalam keluarga, antara lain pada kesempatan kunjungan rumah, pada waktu menolong persalinan, menolong orang sakit dan sebagainya.
  - 2) Di masyarakat, antara lain pada saat arisan, pengajian, perayaan hari besar, dan di pasang ditempat umum.
  - 3) Di instansi, antara lain puskesmas, rumah sakit, kantor-kantor, sekolah-sekolah dan sebagainya.
3. Alat-alat peraga tersebut sedapat mungkin dapat digunakan oleh :
- 1) Petugas kesehatan
  - 2) Kader kesehatan
  - 3) Guru-guru sekolah dan tokoh masyarakat
  - 4) Pamong desa

### **2.3.12 Faktor-faktor yang mempengaruhi media pendidikan kesehatan**

Beberapa ahli pendidikan, antara lain J. Guilbert dalam Notoatmodjo (2007), mengelompokkan faktor-faktor yang mempengaruhi proses belajar dalam empat kelompok besar:

## 1. Faktor materi

Hal yang dipelajari, ikut menentukan proses dan hasil belajar. Misalnya, belajar pengetahuan dan belajar sikap atau ketrampilan akan menentukan perbedaan proses belajar.

## 2. Faktor lingkungan

- 1) Lingkungan fisik yaitu suhu, kelembaban udara, dan kondisi tempat belajar.
- 2) Lingkungan sosial yaitu manusia dengan segala interaksinya serta representasinya seperti keramaian atau kegaduhan, lalu lintas, pasar dan sebagainya.

## 3. Faktor instrumental

- 1) Perangkat keras (*hardware*), seperti perlengkapan belajar dan alat-alat peraga.
- 2) Perangkat lunak (*software*), seperti kurikulum (dalam pendidikan formal).
- 3) Pengajar atau fasilitator belajar.
- 4) Metode belajar mengajar.

## 4. Faktor sasaran pendidikan/ subyek belajar

- 1) Kondisi fisiologis, seperti kekurangan gizi, kondisi panca indra (terutama pendengaran dan penglihatan)
- 2) Kondisi psikologis, misalnya intelegensi, pengamatan, daya tangkap, ingatan, dan lain sebagainya.

### 2.3.13 Metode ceramah

Menurut Suliha, dkk (2001), ceramah adalah pidato yang disampaikan oleh seseorang pembicara di depan sekelompok pengunjung. Ceramah pada hakikatnya adalah proses transfer informasi dari pengajar kepada sasaran belajar.



Dalam proses transfer informasi ada tiga elemen yang penting, yaitu pengajar, materi pengajar, dan sasaran belajar.

Menurut Djamarah (2000) dalam Budiyono (2008) metode ceramah mudah untuk dilaksanakan.

Menurut Suliha, dkk (2001), keuntungan metode ceramah adalah:

1. Dapat digunakan pada orang dewasa
2. Penggunaan waktu yang efisien
3. Dapat dipakai pada kelompok besar
4. Tidak terlalu melibatkan alat bantu pengajaran
5. Dapat dipakai untuk member pengantar pada pelajaran atau suatu kegiatan

Menurut Suliha, dkk (2001), kekurangan metode ceramah adalah:

1. Menghambat respon dari yang belajar sehingga pembicara sulit menilai reaksinya
2. Tidak semua pengajar dapat menjadi pembicara yang baik, pembicara harus menguasai pokok pembicaraannya
3. Dapat menjadi kurang menarik, sulit dipakai pada anak-anak
4. Membatasi daya ingat dan biasanya hanya satu indera yang dipakai

#### **2.3.14 Media Audio Visual Aids**

Adalah alat yang dapat membantu menstimulasi indera penglihatan dan pendengaran pada saat proses penyampaian pembelajaran. Misalnya video kaset, televisi dan sebagainya.

Rangsangan dengan media audio visual membuahkan hasil belajar yang lebih baik untuk mengingat, mengenali, mengingat kembali dan menghubungkan fakta dan konsep (Levie, 2008).

Media *audio visual* adalah penyampaian informasi yang memiliki karakteristik audio (suara) dan visual (gambar). Jenis media ini mempunyai kemampuan yang lebih baik karena meliputi kedua karakteristik tersebut.

Media *audio visual* yaitu suatu cara menyajikan bahan pelajaran dengan menggunakan alat-alat media pengajaran yang dapat memperdengarkan, atau memperagakan bahan-bahan tersebut sehingga sasaran belajar dapat menyaksikan secara langsung, mengamati secara cermat, memegang/merasakan bahan-bahan peragaan itu.

Menurut Irlandi (2009), media pendidikan umumnya disukai karena terdapat gambaran *audio visual aids* yang dipertunjukkan dengan desain yang menarik dan dapat mengembangkan daya serap agar informasi yang akan diberikan dapat tersampaikan dengan sempurna dan lebih dimengerti yang dapat ditampilkan dalam bentuk dua dimensi, tiga dimensi, *video movie*, dan komik. Untuk mendapatkan hasil yang maksimal gambar yang dipilih harus sesuai dengan tingkat kecerdasan orang yang melihatnya, kesederhanaan pada gambar, apa yang tergambar harus cukup penting dan cocok untuk hal yang sedang dipelajari, gambar harus bagus, jelas, menarik, dan mudah dimengerti.

Proses pembelajaran kontekstual yang disertai dengan penggunaan media merupakan alternatif pembelajaran untuk memenuhi kebutuhan peserta, sehingga dapat mengoptimalkan kemampuan, penalaran dan ketrampilan (Zimmerman, 2007).

Media *audio visual aids* adalah suatu metode yang menggunakan unsur *audio* dan *visual* untuk menstimulasi indera pendengaran dan penglihatan (Djamarah dan Zain, 2002).

Pengaruh pembelajaran melalui media *audio visual* dapat terlihat dari tingkat kenikmatan masyarakat ketika belajar (membaca) teks yang bergambar atau moving. Gambar, simbol atau lambang visual dapat menggugah emosi dan sikap masyarakat.

Media *audio visual aids* dibagi menjadi dua:

1. Audio visual diam

Adalah media yang menampilkan suara dan gambar diam seperti film bingkai suara (*sound slide*), film bingkai suara, dan cetak suara.

2. Audio visual gerak

Media yang dapat menampilkan unsur suara maupun gambar bergerak seperti film suara atau *video cassette*.

Pembagian lain dari media audio visual antara lain:

1. Audio visual murni

Adalah baik unsur suara maupun gambar berasal dari satu sumber seperti film *video cassette*.

2. Audio visual tidak murni

Adalah yang unsur suara dan unsur gambar berasal dari sumber yang berbeda, misalnya film bingkai suara yang unsur gambarnya dari *slide proyektor* dan unsur suaranya bersumber dari *tape recorder*.

Keuntungan media *audio visual aids* adalah:

1. Mudah diserap dan dimengerti.
2. Relatif murah dan mudah digunakan.
3. Dapat disajikan menjadi satu kesatuan ataupun satu per satu (dalam pembuatan video) (Gilbart, 2000).

4. Sasaran belajar dapat menyaksikan, mengamati serta mengucapkan langsung saat diberikan pendidikan kesehatan.
5. Dapat menarik minat dan perhatian sasaran belajar.
6. Pengetahuan sasaran belajar menjadi integral, fungsional dan dapat terhindar dari pengajaran verbalisme

Kekurangan dari media *audio visual aids* antara lain:

1. Tidak dapat diprediksi hasilnya.
2. Memerlukan waktu dan perencanaan yang matang.
3. Membutuhkan peralatan yg mahal.
4. Dapat membuat situasi yang formal untuk berpartisipasi dan mengizinkan yang lainnya untuk melakukan semua pekerjaan.
5. Pengadaan alat sarana peragaan memerlukan biaya dan pemeliharaan yang cukup memadai (Gilbart, 2000).
6. Tugas pendidik menjadi berat, sebab disamping harus merencanakan materi pelajaran yang akan disajikan juga harus menguasai berbagai alat sarana peragaan / media pengajaran berbagai alat sarana peragaan serta alat komunikasi lainnya (Zulfikri, 2009).

The background of the page is a repeating pattern of circular logos. Each logo features a stylized bird or eagle with its wings spread, perched on a globe. The logos are arranged in a grid-like pattern across the entire page.

### **BAB 3**

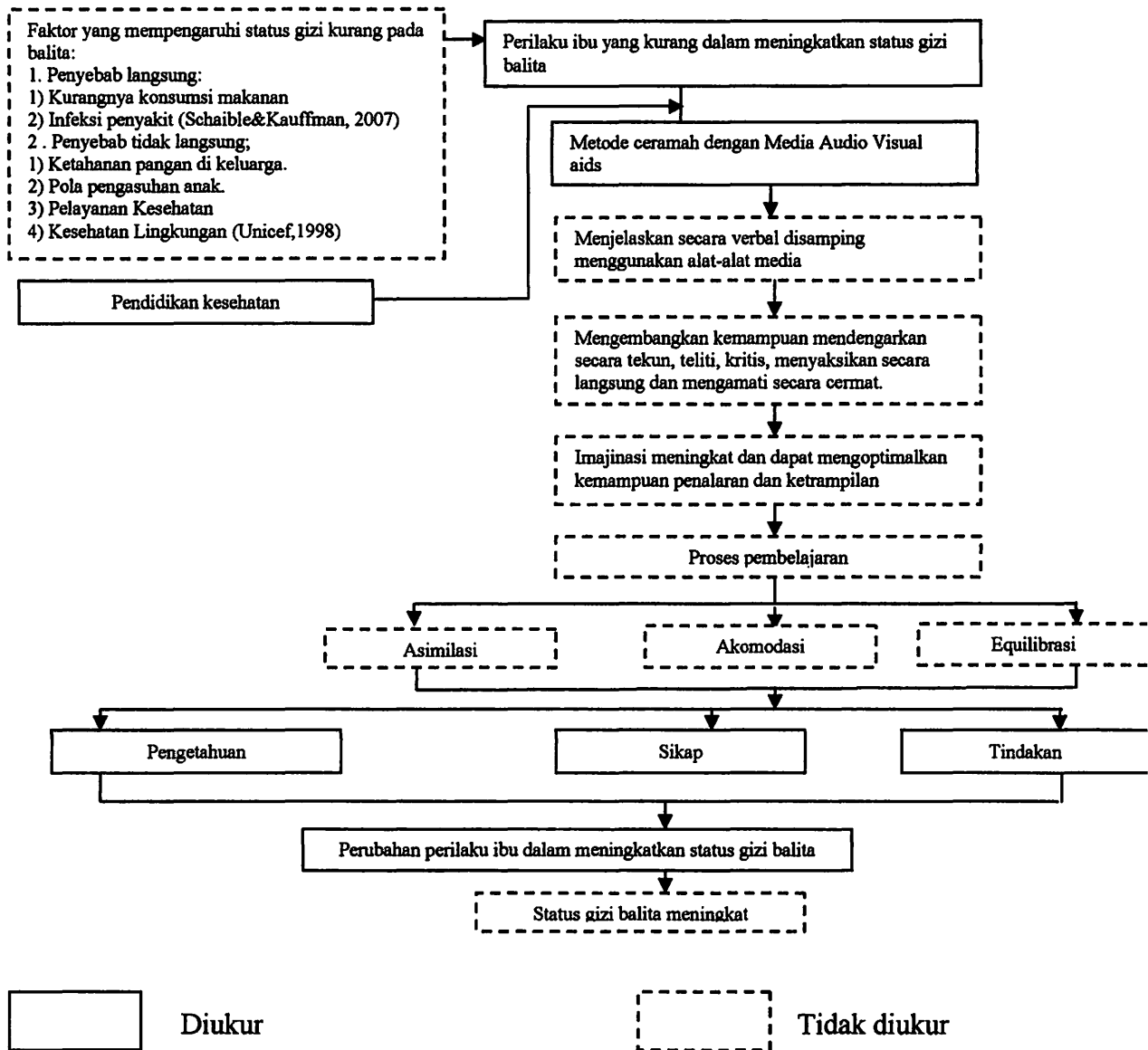
## **KERANGKA KONSEPTUAL**



## BAB 3

### KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

#### 3.1 Kerangka konseptual



Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dengan Media Audio Visual aids terhadap Perilaku Ibu untuk Meningkatkan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik

Dapat dijelaskan mekanisme pengaruh pendidikan kesehatan dalam perubahan perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita. Faktor yang mempengaruhi status gizi balita kurang antara lain penyebab langsung yaitu kurangnya konsumsi makanan dan infeksi penyakit (Schaible&Kauffman, 2007). Penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan (Unicef, 1998). Faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi perilaku ibu yang kurang dalam meningkatkan status gizi balita. Salah satu usaha untuk mengatasi masalah gizi adalah dengan upaya pendidikan kesehatan, dalam pendidikan kesehatan dapat digunakan metode-metode yang dapat membantu keberhasilan proses pendidikan. Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada ibu untuk meningkatkan status gizi balita menggunakan metode ceramah dengan media *audio visual aids*. Dalam metode ceramah dengan media *audio visual aids* menjelaskan secara verbal disamping memberikan informasi menggunakan alat-alat media sehingga mampu mengembangkan kemampuan mendengarkan secara tekun, teliti, kritis, menyaksikan secara langsung dan mengamati secara cermat membuat imajinasi meningkat dan mengoptimalkan kemampuan penalaran dan ketrampilan.

Teori adaptasi Roy menyebutkan dalam pembelajaran terjadi proses kognator (yaitu subsistem yang berhubungan dengan fungsi otak terhadap proses informasi, pengambilan keputusan dan emosi). Kemudian terjadi pengolahan informasi yang meliputi asimilasi (pengintegrasian informasi baru), akomodasi (penyesuaian struktur kognitif ke dalam situasi yang baru), dan equilibrasi (penyesuaian kesinambungan antara asimilasi dan akomodasi). Dari proses tersebut terjadi perubahan perilaku meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan. Melalui ketiga proses tersebut perilaku ibu

dalam meningkatkan status gizi balita meningkat. Peningkatan perilaku ibu dalam meningkatkan status gizi balita di harapkan dapat meningkatkan status gizi balita.

### **3.2 Hipotesis Penelitian**

- H1: 1. Ada pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap pengetahuan ibu untuk meningkatkan status gizi balita.
2. Ada pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap sikap ibu untuk meningkatkan status gizi balita.
3. Ada pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap tindakan ibu untuk meningkatkan status gizi balita.
4. Ada pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita.



**BAB 4**

**METODE PENELITIAN**

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai: rancangan penelitian, populasi, sampel, besar sampel dan teknik pengambilan sampel, variabel penelitian, instrumen penelitian, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan dan pengumpulan data, kerangka operasional, analisis data, etik penelitian dan keterbatasan penelitian.

#### 4.1 Desain Penelitian

Rancangan penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini rancangan yang digunakan adalah eksperimen semu (*quasy-experiment*) yaitu rancangan penelitian yang berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol disamping kelompok eksperimental (Nursalam, 2008). Jenis penelitian ini bertujuan mencari adanya pengaruh antara variabel dependen yaitu perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita serta variabel independen yaitu pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids*.

Tabel 4.1 Tabel Rancangan Penelitian

Subyek	Pra	Perlakuan	Pasca-tes
K-A	O	I	OI-A
K-B	O	-	OI-B
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Keterangan :

K-A = Ibu dengan balita 12-60 bulan di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik  
(kelompok perlakuan)

K-B = Ibu dengan balita 12-60 bulan di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik  
(kelompok kontrol)

O = Observasi sebelum pemberian intervensi

- = Aktifitas lainnya (pemberian pendidikan kesehatan selain metode ceramah dengan media *audio visual aids* yaitu leaflet)

I = Intervensi pemberian pendidikan kesehatan metode ceramah dengan *audio visual aids*

OI (A+B) = Observasi setelah pemberian intervensi

## 4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

### 4.2.1 Populasi

Populasi merupakan subyek (misalnya manusia: klien) yang memenuhi kriteria yang ditetapkan (Nursalam, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah ibu dengan balita yang mengalami gangguan gizi dengan usia 12-60 bulan yang tinggal di Kelurahan Kroman. Jumlah populasi pada penelitian ini adalah 32 orang.

### 4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008).

Kriteria eksklusi:

1. Ibu yang tidak bersedia menjadi responden penelitian.

2. Ibu yang tidak berada di tempat.

Sampel penelitian sebanyak 30.

#### 4.2.3 Sampling

Penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. Peneliti mengelompokkan sampel menjadi dua kelompok, satu kelompok perlakuan dengan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* dan untuk kelompok kontrol diberikan *leaflet*.

### 4.3 Variabel Penelitian

Menurut Soeparto, dkk (dalam Nursalam, 2008) variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain).

#### 4.3.1 Klasifikasi variabel

Pada penelitian ini variable akan dibedakan menjadi :

1. Variabel Bebas (*Independent*)

Adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Dalam ilmu keperawatan, variabel bebas biasanya merupakan stimulus atau intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien untuk mempengaruhi tingkah laku klien tersebut. Variabel bebas dalam penelitian adalah pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids*.

## 2. Variabel Tergantung (*Dependen*)

Adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2008). Dengan kata lain, variabel tergantung adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas. Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita.

#### 4.4 Definisi Operasional Variabel

Tabel 4.3 Tabel Definisi Operasional Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dengan Media Audio Visual *Aids* terhadap Perilaku Ibu untuk Meningkatkan Status Gizi Balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik

VARIABEL	DEFINISI	PARAMETER	ALAT UKUR	SKALA	SKOR
Variabel Independent: Pendidikan kesehatan Metode ceramah dengan media <i>audio visual aids</i>	Pemberian informasi kepada ibu tentang status gizi balita melalui suatu pidato dan media pengajaran yang dapat melihat dan mendengar.	Memberikan informasi tentang: 1. Konsep gizi 2. Macam-macam gangguan status gizi 3. Tanda gangguan status gizi 4. Pencegahan gangguan status gizi	SAP		
Variabel dependent: 1. Pengetahuan	Hasil pemahaman ibu setelah mendapatkan informasi melalui penginderaan tentang peningkatan status gizi	Pengetahuan mengenai: 1. Konsep gizi 2. Macam-macam gangguan status gizi 3. Tanda gangguan status gizi 4. Pencegahan gangguan status gizi	Kuesioner	Ordinal	Jawaban: Benar : 1 Salah : 0  Kriteria: Baik : 76-100% Cukup : 56-75% Kurang : <56% (Arikunto, 1998), dikutip dari Ekaputra, E

2. Sikap	Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari ibu tentang peningkatan status gizi	Sikap ibu mengenai: 1. Konsep gizi 2. Macam-macam gangguan status gizi 3. Tanda gangguan status gizi 4. Pencegahan gangguan status gizi	Kuesioner	Ordinal	(2004) Kriteria pernyataan positif: Sangat setuju: 4 Setuju: 3 Tidak setuju: 2 Sangat tidak setuju: 1 Kriteria pernyataan negatif: Sangat setuju: 1 Setuju: 2 Tidak setuju: 3 Sangat tidak setuju: 4 Kriteria: Sikap positif = $T \geq$ mean data sikap negatif = $T <$ mean data (Azwar, 2008)
3. Tindakan	Kegiatan yang dilakukan ibu untuk meningkatkan status gizi balita.	Kemampuan ibu dalam melakukan: 1. Pemberian makanan yang bergizi untuk balita. 2. Pencegahan gangguan status gizi	Lembar observasi dan wawancara	Ordinal	Penilaian dilakukan dengan menggunakan lembar observasi yang terdiri dari 10 tindakan dan dihitung dengan penilaian  $\Sigma$ pernyataan

					<p><u>yang dilakukan X 100%</u></p> <p>10</p> <p>Dilakukan dengan sempurna (benar) = 2</p> <p>Dilakukan kurang sempurna (salah) = 1</p> <p>Tidak dilakukan = 0</p> <p>Kemudian hasilnya di klasifikasikan menjadi :</p> <p>a. Baik : 76 - 100%</p> <p>b. Sedang : 56% - 75%</p> <p>c. Kurang : &lt;56 %</p> <p>(Arikunto, 2009)</p>
--	--	--	--	--	---



## **4.5 Instrumen Penelitian**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode ceramah dengan media *audio visual aids* yang memberikan informasi tentang konsep gizi, macam-macam gangguan status gizi, tanda gangguan status gizi dan pencegahan status gizi dengan alat yang dibutuhkan yaitu laptop, *LCD* dan *soundsystem*. Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner dan observasi dan wawancara pada responden yaitu ibu di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik. Instrumen yang digunakan adalah *closed ended question* untuk pengetahuan sebanyak 10 pertanyaan yang bila di jawab benar maka skor 1 dan bila salah skor 0. Sikap menggunakan kuesioner *likert scale* yang terdiri 10 pertanyaan, untuk nomor 1,3,4,5,6,7,9 bersifat *favourable*, untuk nomer 2,8,10 bersifat *unfavourable* maka penilaian skor berbalikan dengan penilaian *favourable*. Evaluasi untuk tindakan berpedoman dengan lembar observasi dan wawancara yang telah dibuat oleh peneliti.

## **4.6 Lokasi dan Waktu penelitian**

### **4.6.1 Lokasi penelitian**

Penelitian ini akan dilaksanakan di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik.

### **4.6.2 Waktu penelitian**

Pelaksanaan penelitian pada 21 Juni –8 juli 2011.

## 4.7 Prosedur Pengumpulan Data

### 1. *Informed consent*

Sebelum pengumpulan data dilakukan, setelah mendapatkan surat pengantar dari bagian akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang kemudian diteruskan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik selanjutnya diserahkan kepada Puskesmas Alon-Alon Kecamatan Gresik dan yang paling terakhir ditujukan kepada Kepala Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik. Surat tersebut diberikan agar mendapat izin dari Kepala Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik, sebagai langkah awal penelitian. Pada hari yang ditentukan seluruh responden yang telah ditentukan peneliti diundang di Ruang Rapat Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik pada pukul 08.00 WIB untuk perkenalan peneliti dan responden menandatangani *inform consent*. Peneliti akan menyeleksi responden yang sudah ditentukan yaitu ibu dengan balita umur 12-60 bulan dan berdasarkan ketentuan yang telah ditetapkan oleh peneliti.

### 2. Pengumpulan data (Pre test)

Setelah mendapatkan persetujuan dari berbagai pihak, peneliti melakukan pengumpulan data lebih lanjut pada kelompok subjek dengan menggunakan instrumen kuesioner dan observasi. Pengisian kuesioner untuk pengetahuan dan sikap dilaksanakan pada hari yang sama dan di tempat yang sama yaitu di Ruang Rapat Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik. Responden untuk masing-masing kelompok dibagi menjadi 3 kelompok kecil untuk pengisian lembar kuesioner. Pengisian lembar kuesioner dimulai pukul 08.00 WIB setiap kelompok kecil memiliki waktu 30 menit

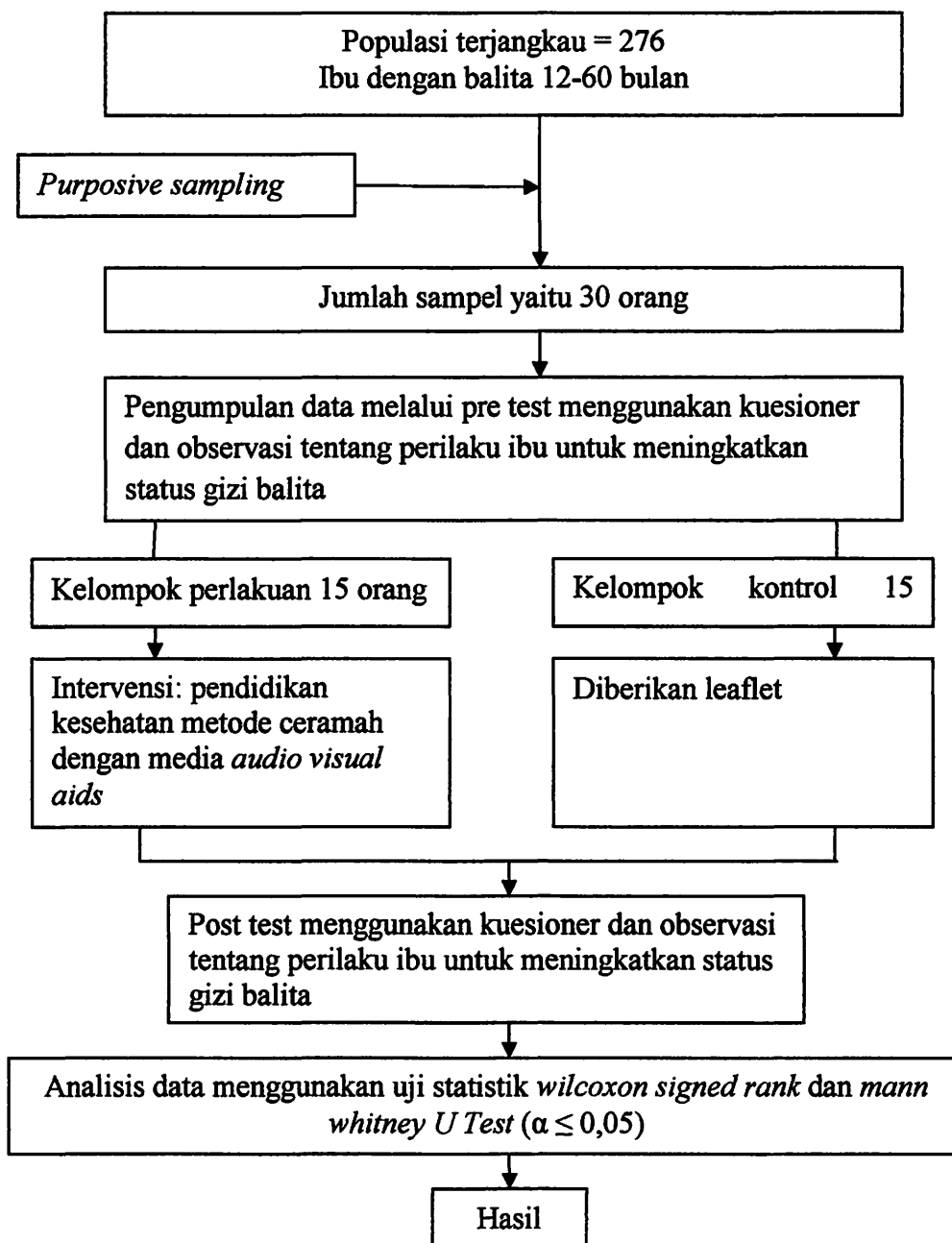
untuk pengisian lembar kuesioner pengetahuan dan sikap. Lembar kuesioner berisi pertanyaan tentang konsep gizi, macam-macam gangguan status gizi, tanda gangguan status gizi dan pencegahan gangguan status gizi untuk pengetahuan. Dan untuk sikap berisi pernyataan mendukung atau tidak mendukung tentang konsep gizi, macam-macam gangguan status gizi, tanda gangguan status gizi, dan pencegahan status gizi. Waktu untuk pelaksanaan observasi dan wawancara tindakan ibu pada setiap masing-masing kelompok telah disepakati oleh peneliti dan responden. Waktu pelaksanaan observasi dan wawancara dilaksanakan pada pagi hari mulai pukul 08.00 WIB. Lembar observasi dan wawancara berisi tentang pemberian makanan yang bergizi kepada balita dengan kontrak waktu sebelumnya dengan ibu. Sampel yang akan digunakan diambil dengan teknik *purposive sampling* yaitu mengelompokkan ibu menjadi 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan dengan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* dan kelompok kontrol dengan masing-masing kelompok berjumlah 15 responden. Dari pre test peneliti dapat mengkaji perilaku ibu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dalam meningkatkan status gizi balita.

### 3. Intervensi (Pemberian Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dengan Media Audio Visual aids )

Peneliti selanjutnya melakukan kegiatan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* yang akan menjelaskan tentang konsep gizi, macam-macam gangguan status gizi, tanda gangguan status gizi, dan pencegahan status gizi. Pada penelitian ini peneliti dibantu oleh fasilitator yang sebelumnya telah

dilatih oleh peneliti dalam pemberian pendidikan kesehatan. Waktu pelaksanaan pendidikan kesehatan dilaksanakan satu kali pertemuan dalam satu minggu yaitu hari minggu di Ruang Rapat Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik. Kegiatan ini memerlukan 30 menit. Setelah 2 hari diberikan jarak agar terjadi proses retensi informasi yang diberikan, dilakukan proses evaluasi. Evaluasi dilakukan dengan memberikan kuesioner post test untuk mengetahui perubahan tingkat pengetahuan dan sikap lembar observasi dan wawancara untuk perubahan tindakan pada kelompok perlakuan (K-A) dan kelompok kontrol (K-B)

#### 4.8 Kerangka Kerja



Gambar 4.2 Kerangka Operasional Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dengan Media Audio Visual *aids* terhadap Perilaku Ibu untuk Meningkatkan Status Gizi Balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik

## 4.9 Analisis Data

Dari hasil pengisian kuesioner dilakukan analisis data, terdapat beberapa langkah dalam menganalisis data:

### 4.9.1 Analisis deskriptif

Analisis deskriptif adalah suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik (Nursalam, 2008).

#### 1. Variabel pengetahuan

Variabel pengetahuan dinilai dengan menggunakan rumus:

$$P = f/N \times 100\%$$

Keterangan:

P = prosentase

f = jumlah jawaban yang benar

N = jumlah skor maksimal, jika pertanyaan dijawab benar

Setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria:

Baik = 76-100%

Cukup = 56-75%

Kurang = <56%

(Arikunto, 1998), dikutip dari Ekaputra, E (2004)

#### 2. Variabel sikap

Untuk mengukur sikap digunakan skala linkert yang terdiri dari empat jawaban yaitu Sangat Setuju, Setuju, Tidak Setuju, dan Sangat Tidak Setuju (seperti

definisi operasional). Kemudian diperhitungkan nilai skor menjawab angket dengan rumus:

Keterangan:

X = skor responden

$\bar{X}$  = nilai rata-rata kelompok

S = standar deviasi

$$T = 50 + 10 \left( \frac{X - \bar{X}}{s} \right)$$

Setelah itu:

Sikap dikatakan positif bila nilai skor =  $T \geq \text{mean data}$

Sikap dikatakan negatif bila nilai skor =  $T < \text{mean data}$

Tindakan ibu untuk meningkatkan status gizi balita dievaluasi dengan berpedoman pada lembar observasi yang telah dibuat. Pembobotan dilakukan pada tiap-tiap poin dengan memberikan nilai 2 pada item tindakan yang dilakukan dengan sempurna (benar), nilai 1 pada item tindakan yang dilakukan kurang sempurna (salah) dan memberikan nilai 0 pada item tindakan yang tidak dilakukan. Setelah selesai pembobotan masing-masing komponen diobservasi dan dilakukan penilaian dengan cara menjumlahkan seluruh item pernyataan yang dibagi 10 (nilai total) dan dikalikan 100 % dengan rumus sebagai berikut :

$$P = f/N \times 100\%$$

Dimana: P = Prosentase

F = Jumlah skor jawaban yang benar

N= Jumlah skor maksimal

Setelah prosentase diketahui, hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria (Arikunto, 2007) :

1. Kurang : < 56 %
2. Cukup : 56- 75 %
3. Baik : 76-100 %

#### **4.9.2 Analisis statistik**

Dari data yang telah terkumpul dianalisis perbedaan perubahan perilaku sebelum dan sesudah diberikan intervensi yaitu metode ceramah dengan media *audio visual aids* dengan uji *wilcoxon signed rank* untuk membandingkan data ordinal pre test dan pos test intervensi. Keseluruhan uji statistik menggunakan tingkat signifikansi  $p \leq 0,05$  (program windows SPSS 16). Artinya bila uji statistic menunjukkan nilai  $p \leq 0,05$  maka ada perbandingan data sebelumnya dan setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita. Selanjutnya untuk membandingkan nilai pada kelompok perlakuan dan kontrol menggunakan uji statistik *Mann Whitney Test* dengan tingkat signifikansi  $p \leq 0,05$  (program windows SPSS 16). Artinya bila uji statistic menunjukkan nilai  $p \leq 0,05$  maka ada perbandingan antara pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita.

#### **4.10 Etik Penelitian**

Tujuan penelitian harus etik, dalam arti hak responden dan yang lainnya harus dilindungi (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan



subyek penelitian pada ibu dengan balita usia (0-60) di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik. Untuk itu perlu mengajukan permohonan kepada pihak-pihak yang bersangkutan, kemudia peneliti menemui subyek yang akan dijadikan responden untuk menekankan permasalahan yang meliputi:

Peneliti memohon ijin kepada pihak terkait sebelum penelitian dilakukan. Penelitian akan dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi :

### 1. *Informed Consent*

Lembar persetujuan ini akan diberikan kepada ibu yang menjadi subyek penelitian dengan memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian serta menjelaskan akibat-akibat yang akan terjadi bila ibu bersedia menjadi subyek penelitian. Jika responden tersebut bersedia, namun apabila responden tidak bersedia maka peneliti akan tetap menghormati hak-hak responden.

### 2. *Anonimity*

Kerahasiaan identitas responden harus dijaga. Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak mempublikasikan nama responden. Peneliti hanya menggunakan kode dalam bentuk nomor pada masing-masing lembar pengumpulan data.

### 3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

#### **4.11 Keterbatasan**

1. Dalam pembagian kelompok responden tidak dikelompokkan secara homogen karena peneliti kesulitan mendapat data demografi di awal penelitian.
2. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini belum diketahui validitas dan reliabilitasnya sehingga hasilnya kurang sempurna.
3. Dalam pengolahan media *audio visual aids* peneliti masih dalam tahap belajar dan belum memiliki banyak pengalaman sehingga perlu untuk disempurnakan lagi.
4. Dalam proses penelitian peneliti hanya melaksanakan satu kali intervensi sehingga proses belajar mengajar yang dilaksanakan kurang optimal.
5. Peneliti masih merupakan pemula yang belum memiliki kemampuan dan pengalaman dalam melakukan penelitian.

**BAB 5**  
**HASIL DAN PEMBAHASAN**

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian yang meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik demografi responden meliputi; pendidikan, pekerjaan, pendapatan setiap bulan, jumlah anggota keluarga serta variabel pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media audio visual aids terhadap perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik.

Dalam bab ini juga akan dibahas tentang pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media audio visual aids untuk meningkatkan status gizi balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik, dengan melakukan tes secara kuantitatif dengan menggunakan perhitungan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann-Whitney U Test* dengan bantuan komputerisasi. Dari uji statistik tersebut dapat diketahui ada tidaknya signifikansi terhadap variabel sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media audio visual aids pada kelompok perlakuan maupun pada kelompok kontrol yang didukung dengan data kuantitatif.

#### **5.1 Hasil penelitian**

##### **5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian**

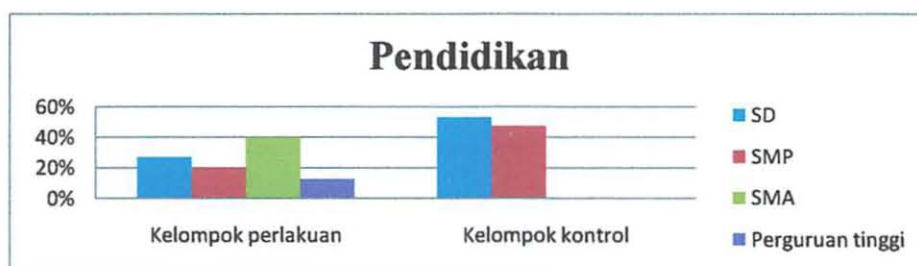
Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik Kabupaten Gresik. Kelurahan Kroman mempunyai jumlah penduduk 4.126 jiwa. Di

dengan anak balita di Kelurahan Kroman berjumlah 343 orang dan yang memenuhi kriteria inklusi sebagai responden sebanyak 30 orang. Kelurahan Kroman mudah terjangkau Di Kelurahan Kroman terdapat 5 posyandu dengan jumlah Kader kesehatan sejumlah 5 orang di tiap posyandu. Kegiatan posyandu dilaksanakan setiap satu bulan sekali, dan waktu pelaksanaannya disesuaikan dengan kegiatan setiap posyandu.

### 5.1.2 Karakteristik demografi responden

Ibu yang memenuhi syarat sebagai sampel penelitian sebanyak 30 responden. Penjelasan responden akan diuraikan tentang pendidikan, pekerjaan, pendapatan setiap bulan, dan jumlah anggota keluarga.

#### 1. Distribusi responden berdasarkan pendidikan



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan pendidikan ibu di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik, Juni 2011.

Berdasarkan gambar diatas, menunjukkan bahwa sebagian besar pendidikan responden pada kelompok perlakuan adalah SMA sebanyak 40% dan pada kelompok kontrol sebagian besar adalah SD sebanyak 53%.

## 2. Distribusi responden berdasarkan pekerjaan



Gambar 5.2 Distribusi responden menurut pekerjaan ibu di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik, Juni 2011.

Berdasarkan gambar di atas, bahwa sebagian responden pada kedua kelompok memiliki pekerjaan sebagai ibu rumah tangga yaitu sebesar 74%.

## 3. Distribusi responden berdasarkan penghasilan setiap bulan



Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan penghasilan tiap bulan keluarga di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik, Juni 2011.

Berdasarkan gambar di atas, menunjukkan bahwa sebagian besar untuk kelompok perlakuan maupun kontrol rata-rata berpenghasilan sebesar 500.000 – 1.000.000 untuk kelompok perlakuan sebesar 53% dan kelompok kontrol 67%.

#### 4. Distribusi responden berdasarkan jumlah anggota keluarga



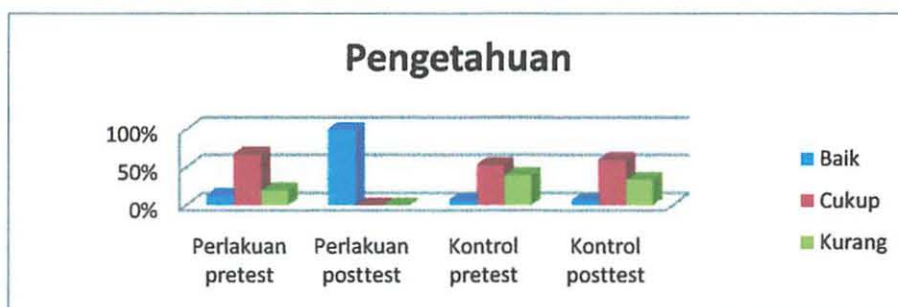
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan jumlah anggota keluarga di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik Bulan Juni 2011.

Berdasarkan gambar diatas, menunjukkan bahwa sebagian besar responden untuk kedua kelompok memiliki jumlah anggota keluarga sebesar 3 sampai 6 orang pada kelompok perlakuan sebesar 60% dan kelompok kontrol 80%.

#### 5.1.3 Variabel yang diukur

Pada bagian ini akan disajikan hasil penelitian yang menunjukkan pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik.

1. Pengetahuan ibu untuk meningkatkan status gizi balita sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* pada kelompok perlakuan dan kontrol.



Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan pengetahuan ibu untuk meningkatkan status gizi balita sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik, Juni 2011.

Berdasarkan gambar 5.4 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang cukup sebelum diberikan intervensi. Setelah diberikan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* untuk kelompok perlakuan mengalami peningkatan yaitu seluruh responden (100%) memiliki pengetahuan yang baik untuk meningkatkan status gizi balita. Pada kelompok kontrol setelah diberikan media *leaflet* tidak mengalami perubahan yang signifikan.



Tabel 5.1 Tingkat pengetahuan ibu tentang meningkatkan status gizi balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik, Juni 2011.

No. Responden	Kelompok Perlakuan			Kelompok Kontrol		
	Pre	Post	Selisih	Pre	Post	Selisih
1.	80	100	20	50	50	0
2.	60	80	20	60	60	0
3.	80	100	20	70	70	0
4.	70	90	20	40	40	0
5.	60	80	20	50	50	0
6.	70	90	20	60	60	0
7.	50	80	30	70	70	0
8.	40	80	40	60	70	10
9.	70	100	30	50	50	0
10.	50	80	30	80	90	10
11.	60	90	30	40	40	0
12.	70	80	10	60	70	10
13.	70	100	30	50	50	0
14.	60	80	20	60	60	0
15.	70	90	20	70	70	0
Mean	63,50	88,00	24,00	58,00	60,00	2,25
SD	11,507	8,619	7,386	11,464	13,628	4,123
<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>	p= 0,000			p=0,083		
	p=0,000 <i>Mann-Whitney U Test</i>					

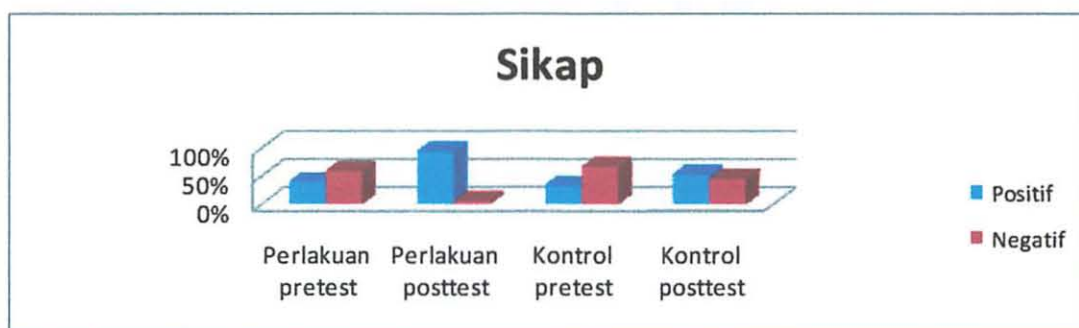
Dari tabel 5.1 diketahui hasil uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* nilai sig (2-tailed) adalah  $p= 0,000$  berarti  $\alpha < 0,05$  maka  $H_1$  diterima artinya pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids*

berpengaruh terhadap pengetahuan ibu untuk meningkatkan status gizi balita kelompok perlakuan.

Pada kelompok kontrol didapatkan hasil uji statistik menggunakan *wilcoxon Signed Rank Test* nilai sig (2-Tailed) adalah  $p=0,083$  berarti  $\alpha > 0,05$  maka  $H_1$  ditolak artinya pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* tidak berpengaruh terhadap pengetahuan ibu untuk meningkatkan status gizi balita pada kelompok kontrol.

Hasil uji statistik menggunakan *Mann Whitney U test* nilai sig (2-tailed) adalah  $p=0,000$  yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan ibu pada kelompok perlakuan dan kontrol.

2. Sikap ibu tentang meningkatkan status gizi balita sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* pada kelompok perlakuan dan kontrol.



Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan sikap ibu untuk meningkatkan status gizi balita sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* dan media leaflet di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik, Juni 2011.

Berdasarkan gambar 5.5 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki sikap negatif sebelum diberikan intervensi. Setelah diberikan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* untuk kelompok perlakuan mengalami peningkatan yaitu sebagian besar (94%) memiliki sikap positif untuk meningkatkan status gizi balita. Sedangkan untuk kelompok kontrol tidak mengalami perubahan yang signifikan, yaitu dari 67% responden yang memiliki sikap negatif menjadi 53% yang memiliki sikap negatif.

Tabel 5.2 Tingkat sikap ibu tentang meningkatkan status gizi balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik, Juni 2011.

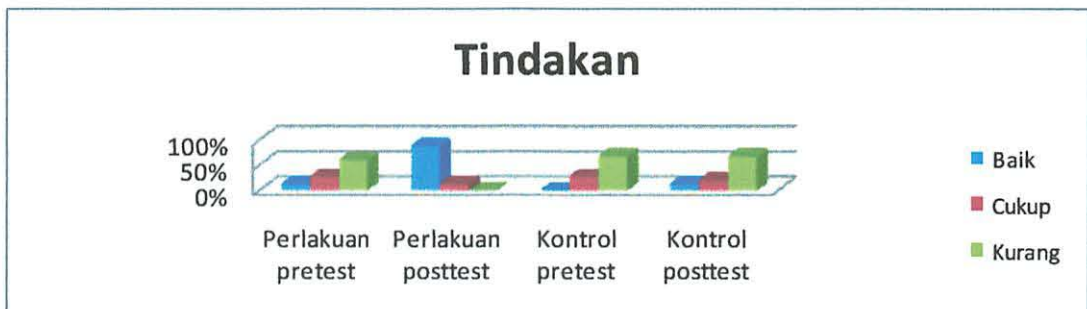
No. Responden	Kelompok Perlakuan			Kelompok Kontrol		
	Pre	Post	Selisih	Pre	Post	Selisih
1.	36	39	3	26	26	0
2.	27	37	10	27	31	4
3.	34	38	4	30	30	0
4.	28	38	10	24	27	3
5.	28	37	9	25	25	0
6.	28	38	10	26	26	0
7.	24	37	3	26	30	4
8.	24	37	13	26	31	5
9.	28	37	9	25	25	0
10.	26	27	1	31	31	0
11.	28	38	10	22	25	3
12.	28	37	9	31	31	0
13.	31	38	7	24	26	2
14.	29	37	8	26	30	4
15.	30	37	7	32	32	0
Mean	36,80	36,80	7,53	26,73	27,00	1,94
SD	2,783	27,83	3,537	2,939	6,175	2,175
<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>	p= 0,001			p=0,017		
	p=0,000 <i>Mann-Whitney U Test</i>					

Dari tabel 5.2 diketahui hasil uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* nilai sig (2-tailed) adalah  $p= 0,001$  berarti  $\alpha < 0,05$  maka  $H_1$  diterima artinya pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* berpengaruh terhadap sikap ibu untuk meningkatkan status gizi balita kelompok perlakuan.

Pada kelompok kontrol didapatkan hasil uji statistik menggunakan *wilcoxon Signed Rank Test* nilai sig (2-Tailed) adalah  $p=0,017$  berarti  $\alpha > 0,05$  maka  $H_1$  ditolak artinya pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* tidak berpengaruh terhadap sikap ibu untuk meningkatkan status gizi balita pada kelompok kontrol.

Hasil uji statistik menggunakan *Mann Whitney U test* nilai sig (2-tailed) adalah  $p=0,000$  yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan sikap ibu pada kelompok perlakuan dan kontrol.

3. Tindakan ibu untuk meningkatkan status gizi balita sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* pada kelompok perlakuan dan kontrol.



Gambar 5.6 Distribusi responden berdasarkan tindakan ibu untuk meningkatkan status gizi balita sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* dan media leaflet di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik, Juni 2011.

Berdasarkan gambar 5.6 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki tindakan yang kurang sebelum diberikan intervensi. Setelah diberikan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* kelompok perlakuan mengalami peningkatan sebagian besar (87%) responden memiliki

tindakan yang baik. Pada kelompok kontrol tidak mengalami perubahan yang signifikan yaitu hanya 13% yang memiliki tindakan yang baik untuk meningkatkan status gizi balita.

Tabel 5.3 Tingkat tindakan ibu tentang meningkatkan status gizi balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik, Juni 2011

No. Responden	Kelompok Perlakuan			Kelompok Kontrol		
	Pre	Post	Selisih	Pre	Post	Selisih
1.	80	90	10	50	55	5
2.	50	80	30	55	70	15
3.	80	90	10	55	60	5
4.	50	85	35	45	55	10
5.	60	80	20	55	55	0
6.	65	70	5	55	70	15
7.	50	80	30	70	75	5
8.	50	85	25	60	55	5
9.	55	80	25	50	55	5
10.	55	85	30	60	70	10
11.	60	85	25	55	55	0
12.	55	85	20	55	55	0
13.	60	85	25	40	45	5
14.	55	70	15	55	55	0
15.	55	90	35	75	75	0
Mean	58,67	82,67	22,67	55,67	60,33	5,33
SD	9,72	6,23	9,232	8,63	9,15	5,164
<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>	p= 0,001			p=0,012		
	p=0,000 <i>Mann-Whitney U Test</i>					

Berdasarkan tabel 5.3 disajikan perbandingan tindakan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, terdapat pengaruh yang signifikansi terhadap peningkatan tindakan ibu pada kelompok perlakuan. Hal ini dapat dilihat dari uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan nilai signifikansi  $(p)=0,001$  yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap peningkatan tindakan ibu untuk meningkatkan status gizi balita. Sedangkan pada kelompok kontrol, dilihat dari uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan nilai signifikansi  $(p)= 0,012$ , maka berarti tidak ada perbedaan antara tingkat tindakan sebelum dan sesudah intervensi. Uji statistik dengan *Mann-Whitney U test* menunjukkan bahwa nilai signifikansi  $(p)=0,000$ , yang berarti tindakan ibu yang mendapat pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* berbeda dengan tindakan ibu yang mendapatkan pendidikan kesehatan dengan *leaflet*, hasil rerata pada kelompok perlakuan perlakuan = 82,67 (*post*) lebih tinggi daripada hasil rerata pada kelompok kontrol 60,33 (*post*) menunjukkan secara kuantitatif adanya peningkatan tindakan.

## 5.2 Pembahasan

Berdasarkan analisa data yang didapatkan, pengetahuan ibu pada kelompok perlakuan sebelum diberi intervensi pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* menunjukkan sebagian besar ibu memiliki pengetahuan untuk meningkatkan status gizi dengan kategori cukup, untuk kelompok perlakuan sebesar 67% dan untuk kelompok kontrol sebesar 54%.

Salah satu penyebab terjadinya kekurangan gizi pada anak adalah masih rendahnya perilaku gizi ibu sebagai orang tua dalam merawat anak yang sangat dominan dalam keluarga (Kaniawaty, dkk 2007). Menurut Teori Lawrence Green yang dikutip Notoatmodjo (2003) yaitu perilaku dapat dipengaruhi oleh faktor predisposisi yaitu pengetahuan dan sikap. Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

Pengetahuan dipengaruhi oleh berbagai faktor, disamping pendidikan yang pernah di jalani, faktor lingkungan sosial dan frekuensi kontak dengan media massa juga mempengaruhi pengetahuan. Salah satu sebab gangguan gizi adalah kurangnya pengetahuan gizi atau kemauan untuk menerapkan informasi tentang gizi dalam kehidupan sehari-hari (Suharjo, 2003).

Berdasarkan data demografi responden pada kelompok perlakuan sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan terakhir SMA dan untuk kelompok kontrol sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan terakhir SD. Pada kelompok kontrol sebagian besar ibu memiliki tingkat pendidikan yang kurang. Rendahnya tingkat pendidikan ibu menyebabkan berbagai keterbatasan dalam menangani masalah gizi dan keluarga serta anak balitanya. Menurut Notoatmodjo, 2007 pendidikan adalah jenjang pendidikan formal yang pernah dialami seseorang. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang dalam kesehatan terutama pada alokasi sumber zat gizi, pola asuh serta utilisasi informasi lainnya. Untuk kelompok perlakuan sebagian besar ibu memiliki tingkat pendidikan yang cukup memadai tetapi



terdapat banyak faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan salah satunya social ekonomi.

Setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* didapatkan data kelompok perlakuan mengalami peningkatan sebagian besar dari kategori cukup menjadi baik (100%). Untuk kelompok kontrol juga mengalami peningkatan, sebagian besar responden memiliki pengetahuan cukup sebesar 67%.

Menurut Wood dan Widyatuti (2009) pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap, dan kebiasaan yang ada hubungan dengan kesehatan perseorangan, masyarakat, dan bangsa. Dalam pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terdapat berbagai informasi tentang meningkatkan status gizi balita. Untuk kelompok kontrol diberikan *leaflet*, peningkatan pengetahuan untuk kelompok kontrol tentang peningkatan status gizi balita terjadi peningkatan namun tak sebanyak kelompok perlakuan, ini disebabkan karena *leaflet* pesan yang disampaikan untuk responden terbatas. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain penting untuk membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003). Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh proses pembelajaran. Teori adaptasi Roy menyatakan pembelajaran dimaksudkan untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku. Proses kontrol kognator berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap proses informasi, pengambilan keputusan, dan emosi, sehingga mekanisme belajar merupakan suatu proses didalam adaptasi (*cognator*) yang mencakup mempersepsikan suatu informasi

(Nursalam, 2008). Dengan kata lain, sebelum terjadi perubahan perilaku, seseorang akan mempunyai persepsi terhadap apa yang akan diajalkannya sehingga menimbulkan persepsi berhubungan dengan tingkat pengetahuan yang diperoleh dari informasi, sehingga bila informasi yang diterima kurang jelas hasil pembelajaran yang didapat juga tidak optimal.

Proses pembelajaran yang tidak optimal akan mempengaruhi persepsi seseorang sehingga perubahan untuk berperilaku hidup sehat akan sulit didapatkan. Persepsi proses informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode, dan ingatan (Nursalam, 2008). Perubahan pengetahuan terjadi melalui 4 tahap yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehension*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*) (Notoatmodjo, 2007). Perubahan pengetahuan yang diperoleh merupakan hasil dari pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media audio visual *aids*. Menurut Sulih, dkk (2001) ceramah adalah pidato yang disampaikan oleh seorang pembicara di depan sekelompok pengunjung. Ceramah adalah metode penyampaian informasi dan pengetahuan secara lisan. Menurut Notoatmodjo (2007) hal yang sangat penting dalam alat bantu/media pendidikan kesehatan adalah bahwa media yang digunakan harus menarik sehingga menimbulkan minat pesertanya. Media *audio visual aids* merupakan alat yang dapat membantu menstimulasi indera penglihatan dan pendengaran pada saat proses penyampaian pembelajaran. Misalnya video, kaset, televisi, slide dan suara, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007). Pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* adalah suatu metode yang menjelaskan informasi secara verbal disamping menggunakan alat-alat

media. Sehingga dapat mengembangkan kemampuan mendengarkan secara tekun, teliti, kritis, menyaksikan secara langsung dan mengamati secara cermat membuat imajinasi meningkat dan mengoptimalkan kemampuan penalaran dan ketrampilan. Menurut Achsin (2009), kurang lebih 90 persen hasil belajar seseorang diperoleh melalui indera pandang, dan hanya sekitar 5 persen diperoleh melalui indera dengar dan 5 persen lagi dengan indera lainnya. Rangsangan dengan media audio visual membuahkan hasil belajar yang lebih baik untuk mengingat, mengenali, mengingat kembali dan menghubungkan fakta dan konsep (Levie, 2008). Menurut Irlandi (2009), media pendidikan umumnya disukai karena terdapat gambaran *audio visual aids* yang dipertunjukkan dengan desain yang menarik dan dapat mengembangkan daya serap agar informasi yang akan diberikan dapat tersampaikan dengan sempurna dan lebih dimengerti yang dapat ditampilkan dalam bentuk dua dimensi, tiga dimensi, video *movie*, dan komik. Untuk mendapatkan hasil yang maksimal gambar yang dipilih harus sesuai dengan tingkat kecerdasan orang yang melihatnya, kesederhanaan pada gambar, apa yang tergambar harus cukup penting dan cocok untuk hal yang sedang dipelajari, gambar harus bagus, jelas, menarik, dan mudah dimengerti.

Pada kelompok perlakuan, responden mengalami peningkatan pengetahuan yaitu dari kategori cukup menjadi kategori baik. Hal ini dapat dikaitkan dengan sebagian besar responden untuk kelompok perlakuan memiliki tingkat pendidikan terakhir SMA, dengan latar belakang pendidikan yang cukup memadai informasi yang disampaikan lewat pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* dapat diserap dengan baik oleh responden

Pada kelompok kontrol tidak mengalami peningkatan setinggi kelompok perlakuan. Hal ini dikarenakan pemberian informasi melalui media *leaflet* pesan yang disampaikan untuk responden terbatas. Dan ditinjau dari pendidikan responden sebagian besar untuk kelompok kontrol memiliki pendidikan terakhir SD, rendahnya tingkat pendidikan membuat informasi yang didapat menjadi sulit untuk diterima.

Hasil uji statistik dengan menggunakan *wilcoxon signed rank test* didapatkan hasil  $p= 0,001$  untuk pre test dan post test pada kelompok perlakuan dimana  $p \leq 0,05$  maka menunjukkan terdapat pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap pengetahuan ibu sebelum dan sesudah diberikan intervensi, dan  $p= 0,083$  untuk pre dan post test kelompok kontrol dimana  $p \geq 0,05$  maka tidak ada pengaruh yang signifikan dengan pemberian media *leaflet* untuk meningkatkan pengetahuan ibu. Hasil uji statistik menggunakan *mann whitney u test* yang membandingkan nilai post test pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol didapatkan hasil  $p= 0,000$  dimana  $p \leq 0,05$  yang artinya ada perbedaan nilai pengetahuan ibu untuk meningkatkan status gizi balita antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Media *audio visual aids* adalah suatu metode yang menggunakan unsur audio dan visual untuk menstimulasi indera pendengaran dan penglihatan (Djamarah dan Zain, 2002). Pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap pengetahuan ibu untuk meningkatkan status gizi balita terjadi oleh karena pemberian pendidikan kesehatan, pada metode ceramah ditambah tanya jawab responden dapat mendengarkan yang diberikan dengan baik mengenai

meningkatkan status gizi balita, pada metode tersebut dapat menanyakan informasi yang kurang difahami sehingga pengetahuan mudah diserap dan difahami responden. Media *audio visual aids* juga memberikan pengaruh karena memberikan suatu informasi melalui video tentang meningkatkan status gizi balita sehingga responden lebih tertarik untuk memperhatikan dengan seksama. Berdasarkan hasil penelitian ini, didapatkan bahwa seluruh responden berpengetahuan baik, hal ini dapat terjadi karena metode ceramah dengan media *audio visual aids* dapat menarik minat dan perhatian responden dalam proses pembelajaran sehingga mempermudah responden dalam mengingat materi yang telah disampaikan.

Berdasarkan analisa data yang didapatkan, sikap ibu pada kelompok perlakuan sebelum diberi intervensi pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* menunjukkan sebagian besar ibu memiliki sikap negatif sebesar 60%, untuk kelompok kontrol sebesar 67% mempunyai sikap negatif. Pada kuesioner untuk pernyataan nomer 2 sebagian besar menyatakan setuju tentang penyajian makanan yang baik untuk anak tidak harus terdapat vitamin dan garam mineral.

Sikap merupakan suatu keteraturan tertentu dalam hal perasaan (*afeksi*), pemikiran (*kognisi*) dan predisposisi tindakan (*konasi*) terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya. Faktor yang mempengaruhi sikap responden seperti pengalaman pribadi responden, kebudayaan, media massa, serta faktor emosi di dalam diri individu (Ira Rahmawati, 2008).

Sikap seseorang dipengaruhi faktor internal yaitu faktor psikologis dan fisiologis serta faktor eksternal berupa intervensi yang datang dari luar individu, misalnya pendidikan, pelatihan dan penyuluhan. Terkait data demografi untuk kelompok perlakuan sebagian besar responden pendidikan terakhir SMA dan untuk kelompok kontrol sebagian besar pendidikan terakhir SD. Latar belakang pendidikan sangat berpengaruh terhadap pengetahuan dan pengetahuan yang baik akan menghasilkan sikap yang positif.

Setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* data yang didapatkan pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan dari kategori negatif menjadi kategori positif (94%), dan untuk kelompok kontrol dari 7 ibu (47%) menjadi 10 ibu (67%) yang mempunyai sikap positif.

Menurut Azwar (2003) komponen kognitif merupakan representasi dari apa yang dipercayakan seseorang mengenai nilai yang berlaku, nilai yang benar dari objek sikap. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah : 1) pengalaman pribadi. Apa yang telah dan sedang dialami seseorang ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan seseorang terhadap stimulus yang menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap; 2) pengaruh orang lain. Orang lain merupakan salah satu komponen yang ikut mempengaruhi sikap. Pada umumnya individu cenderung memiliki sikap yang searah dengan sikap yang dianggap penting oleh orang lain; 3) pengaruh kebudayaan. Suatu kebudayaan turut mempengaruhi pemikiran orang untuk bersikap; 4) media massa. Media massa mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan kepercayaan dan opini jika informasi yang baru tentang suatu hal dalam

memberikan landasan berpikir yang efektif dalam menilai sesuatu hal sehingga membentuk sikap tertentu; 5) institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama. Kedua lembaga ini berpengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu 6) faktor emosi dalam individu. Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Menurut Notoadmodjo (2003) keyakinan seseorang terhadap suatu obyek, tidak dapat dilihat langsung, menunjukkan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus. Manifestasi terhadap sikap tidak dapat dilihat secara langsung, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup (*covert behavior*). Menurut Roger dalam Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sebelum seseorang menghadapi sikap baru, maka dalam diri tersebut terjadi proses berbenturan yaitu mengetahui stimulus, tertarik dengan stimulus, mencoba bersikap baru kemudian mencoba menghadapi sikap baru.

Pada kelompok perlakuan setelah diberikan intervensi sebagian besar responden mengalami peningkatan yaitu dari kategori kurang menjadi baik hal ini bisa dikaitkan dengan pengetahuan tentang meningkatkan status gizi setelah pemberian intervensi yang hasilnya menjadi baik, pengetahuan yang baik akan membentuk sikap yang positif. Pada kelompok perlakuan, responden no 10 tidak menunjukkan peningkatan kategori yaitu tetap pada sikap negatif meskipun terjadi peningkatan nilai post sebesar 1 poin. Hal ini dapat dikaitkan dengan pendidikan terakhir responden yaitu SD. Tingkat pendidikan responden sangat mempengaruhi, karena tingkat pendidikan yang rendah mengakibatkan pengetahuan yang kurang dan

pengetahuan yang kurang yang dimiliki responden sangat berpengaruh terhadap pembentukan sikap (Notoatmodjo, 2007). Selain itu responden yang pekerjaannya ibu rumah tangga yang seharusnya memiliki waktu luang yang banyak dirumah, waktu tersebut bisa dipergunakan untuk menggali informasi melalui media massa lain namun kesempatan tersebut tidak dioptimalkan oleh responden

Pada kelompok kontrol juga mengalami peningkatan yaitu sebagian besar ibu memiliki sikap positif setelah diberikan *leaflet* namun jumlah tersebut tidak sebanyak pada kelompok perlakuan. Ini juga bisa dikaitkan dengan latar belakang pendidikan terakhir responden untuk kelompok kontrol yang sebagian besar SD. Tingkat pendidikan tersebut mempengaruhi dalam penerimaan informasi, hasil pengetahuan untuk meningkatkan status gizi untuk kelompok kontrol sebagian besar memiliki kategori kurang.

Hasil uji statistik dengan menggunakan *wilcoxon signed rank test* didapatkan hasil  $p = 0,005$  untuk pre test dan post test pada kelompok perlakuan dimana  $p \leq 0,05$  maka menunjukkan terdapat pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap sikap ibu sebelum dan sesudah diberikan intervensi, dan  $p = 0,083$  untuk pre dan post test kelompok kontrol dimana  $p \geq 0,05$  maka tidak ada pengaruh yang signifikan dengan pemberian media *leaflet* untuk meningkatkan sikap ibu. Hasil uji statistik menggunakan *mann whitney u test* yang membandingkan nilai post test pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol didapatkan hasil  $p = 0,000$  dimana  $p \leq 0,05$  yang artinya ada perbedaan nilai sikap ibu untuk meningkatkan status gizi balita antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.



Pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* karena proses perubahan pengetahuan yang terjadi pada ibu melalui pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids*, akan menghasilkan perubahan dalam sikap ibu untuk meningkatkan status gizi balita. Dengan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* sebagai penunjang kegiatan kesehatan salah satunya memiliki tujuan untuk merubah sikap negatif ke arah positif yaitu dapat merubah sikap ibu dalam meningkatkan status gizi balita. Pada pengetahuan ibu, melalui tahap evaluasi yang berarti dalam diri ibu terjadi proses justifikasi atau menilai yang benar dan yang salah. Setelah itu ibu akan menerima (*receiving*) pilihan yang menurut dia baik, kemudian merespon (*responding*), menghargai (*valueing*), dan bertanggung jawab (*responsible*) terhadap pilihannya. Faktor pendukung yang mengubah sikap responden ke arah positif adalah konfirmasi melalui intervensi pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dengan media *audio visual aids*.

Pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* memberikan pengaruh terhadap perubahan sikap ibu untuk meningkatkan status gizi balita, dikarenakan metode ceramah cocok untuk kelompok besar serta dapat memberikan informasi secara verbal ditunjang dengan media *audio visual aids* sehingga dapat memberikan informasi serta nasehat-nasehat dengan berupa gambar yang dapat menarik perhatian ibu dan ibu dapat menyimak proses pembelajaran dengan seksama dan pengetahuan mereka akan bertambah.

Berdasarkan analisa data yang didapatkan, tindakan ibu pada kelompok perlakuan sebelum diberi intervensi pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* menunjukkan sebagian besar ibu memiliki tindakan kurang sebesar 60%, untuk kelompok kontrol sebesar 73% mempunyai tindakan yang kurang.

Dalam proses pembelajaran berdasarkan teori kognitif oleh Piaget melewati tiga tahap yaitu *asimilasi, akomodasi, equilibrasi* (Setiawati & Dermawan, 2008). Ibu yang menjadi responden saat menerima materi konsep gizi, macam-macam gangguan status gizi, tanda-tanda gangguan status gizi dan pencegahan status gizi mengalami proses asimilasi. Kemudian proses akomodasi dimana terjadi penyesuaian kedalam situasi baru. Ibu yang menjadi responden akan mengalami proses equilibrasi / penyeimbangan. Proses pembentukan tindakan melewati tahapan persepsi, respon terpimpin, mekanisme, dan adopsi (Notoadmodjo, 2003).

Tindakan yang kurang dalam peningkatan status gizi ini bisa dikaitkan dengan data demografi responden, data menunjukkan sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir SD. Latar belakang pendidikan responden sangat mempengaruhi tindakan yang dilakukan. Disamping itu penghasilan perbulan yang kurang membuat responden sulit untuk melakukan tindakan yang baik untuk meningkatkan status gizi balita dan ditunjang jumlah anggota keluarga yang relatif besar yaitu sebagian besar lebih dari 3 orang.

Setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* data yang didapatkan pada kelompok perlakuan sebagian

besar responden 87% mengalami peningkatan tindakan dari kategori kurang menjadi kategori baik. Dan untuk kelompok kontrol tidak mengalami perubahan, sebagian besar 74% memiliki tindakan yang kurang.

Persepsi ibu tentang peningkatan status gizi yang bersumber pada informasi yang terdapat pada pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids*, membuat ibu menilai apa yang diyakininya. Ibu akan mengaplikasikannya dalam sebuah tindakan (*practice*) yang kemudian akan diadopsi oleh ibu. Suatu sikap belum selalu berwujud dalam suatu tindakan.

Pada kelompok perlakuan responden mengalami peningkatan kategori yaitu dari kategori kurang menjadi baik. Hal ini dapat dikaitkan dengan sebagian besar responden untuk kelompok perlakuan memiliki pendidikan terakhir SMA dengan latar belakang pendidikan yang memadai setelah diberikan intervensi pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* responden dapat menyerap informasi dengan baik, sehingga pengetahuan untuk meningkatkan status gizi menjadi baik. Pengetahuan yang baik dapat mempengaruhi sikap yang positif. Dengan sikap yang positif meskipun sebagian besar responden memiliki penghasilan per bulan yang kurang dan jumlah anggota keluarga yang besar yaitu lebih dari 3 orang akan membuat responden dapat melakukan tindakan untuk meningkatkan status gizi dengan baik. Untuk responden nomer 6 dan 14 pada kelompok perlakuan tindakannya tidak menjadi baik ini bisa disebabkan karena penghasilan perbulan sangat kurang.

Pada kelompok kontrol sebagian responden memiliki tindakan yang kurang dikarenakan menurut data demografi untuk kelompok kontrol sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir SD dan pemberian pesan melalui *leaflet* yang terbatas untuk responden membuat pengetahuan untuk meningkatkan status gizi menjadi kurang. Di tunjang penghasilan perbulan yang minim membuat ibu tidak bisa melakukan tindakan untuk meningkatkan status gizi dengan baik. Untuk responden nomer 6 dan 10 mengalami peningkatan masing-masing 15 poin. Peningkatan ini bisa di kaitkan dengan pendidikan terakhir responden yaitu SMP, pendidikan yang cukup tersebut mempengaruhi tindakan ibu untuk meningkatkan status gizi balita. Responden nomor 6 mengalami peningkatan pengetahuan, sikap tidak mengalami peningkatan dan tindakan mengalami peningkatan dikarenakan suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*), responden mengalami peningkatan tindakan menjadi cukup dikarenakan untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung antara lain fasilitas. Fasilitas tersebut adalah media *leaflet* yang dibagikan. Responden nomor 12 tidak mengalami peningkatan tindakan meskipun memiliki sikap positif dikarenakan suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan.

Hasil uji statistik dengan menggunakan *wilcoxon signed rank test* didapatkan hasil  $p= 0,001$  untuk pre test dan post test pada kelompok perlakuan dimana  $p \leq 0,05$  maka menunjukkan terdapat pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap tindakan ibu sebelum dan sesudah diberikan intervensi, dan  $p= 0,257$  untuk pre dan post test kelompok kontrol dimana  $p \geq 0,05$

maka tidak ada pengaruh yang signifikan dengan pemberian media *leaflet* untuk meningkatkan tindakan ibu. Hasil uji statistik menggunakan *mann whitney u test* yang membandingkan nilai post test pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol didapatkan hasil  $p= 0,000$  dimana  $p \leq 0,05$  yang artinya ada perbedaan nilai tindakan ibu untuk meningkatkan status gizi balita antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Dapat dijelaskan bahwa pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* dapat merubah tindakan ibu menjadi lebih baik, hal ini dikarenakan pengetahuan dan sikap ibu mengalami peningkatan.

Penelitian Roger (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yaitu : 1) *Awereness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu, 2) *Interest*, yakni orang mulai tertarik pada stimulus, 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut terhadap dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik. 4) *Trial*, orang telah mencoba perilaku baru, 5) *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai pengalaman, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Menurut Wood dan Widyatuti (2009) pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan kebiasaan yang ada hubungan dengan kesehatan perorangan, masyarakat, dan bangsa. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2007). Menurut Suliha, dkk (2001) metode ceramah dapat digunakan pada kelompok besar. Menurut Notoatmodjo

(2007) hal yang sangat penting dalam dalam alat bantu/media pendidikan kesehatan adalah bahwa media yang digunakan harus menarik sehingga menimbulkan minat pesertanya. *Media audio visual aids* merupakan alat yang dapat membantu stimulasi indera penglihatan dan pendengaran pada saat proses penyampaian pembelajaran. Menurut Irlanari (2009), media pendidikan yang disukai umumnya mengandung gambaran audio visual yang dipertunjukkan dengan desain yang menarik dan dapat mengembangkan daya serap agar informasi yang akan diberikan dapat tersampaikan dengan sempurna dan lebih dimengerti yang dapat ditampilkan dalam bentuk dua dimensi, tiga dimensi, *video movie*, dan komik. Seluruh informasi yang diberikan di dalam pendidikan kesehatan akan menambah stimulus pada ibu untuk tindakan meningkatkan status gizi balita.

Selama observasi penelitian dilakukan, responden yang mendapat pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dengan media *audio visual aids* mengalami peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan dalam meningkatkan status gizi balita. Pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* penyampaian pesan pembelajaran melalui verbal disamping menggunakan media *audio visual aids* pesan disampaikan dengan gambar hidup yang diproyeksikan dengan kecepatan tertentu dimana penyerapannya melalui pendengaran dan pandangan. Proses pendengaran dan pandangan ini dapat menumbuhkan minat peserta didik dan selain itu juga proses pembelajaran dapat berlangsung kapanpun dan dimanapun diperlukan (Kemp and Dayton, 1985 dikutip oleh : Joyke C. Kumaat, 2007) sehingga mempercepat proses pemahaman dan memperkuat ingatan. Responden dengan

kelompok kontrol yang hanya mendapatkan *leaflet* sebagian besar pengetahuan, sikap dan tindakan untuk meningkatkan status gizi balita masih kurang disebabkan karena pesan yang terdapat di dalam *leaflet* yang disampaikan untuk responden terbatas.

Dalam waktu yang cukup singkat, terjadi peningkatan atau perubahan yang cukup tinggi. Dapat dijelaskan bahwa pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* dapat merubah perilaku ibu menjadi lebih baik, hal ini dikarenakan pengetahuan, sikap dan tindakan ibu mengalami peningkatan sehingga ibu dapat menyediakan makanan yang bergizi untuk balitanya dan dapat meningkatkan status gizi balita.

**BAB 6**  
**KESIMPULAN DAN SARAN**



## **BAB 6**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Bab ini akan membahas mengenai simpulan dan saran berdasarkan hasil penelitian pengaruh pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik.

#### **6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Responden yang mendapatkan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* mengalami peningkatan pengetahuan untuk meningkatkan status gizi balita.
2. Terdapat perubahan sikap yang semakin positif untuk meningkatkan status gizi balita pada responden yang mendapatkan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids*.
3. Pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* meningkatkan tindakan ibu untuk meningkatkan status gizi balita.
4. Pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* berpengaruh terhadap perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita

## 6.2 Saran

1. Bagi perawat terutama perawat komunitas dan anak
  - a. Bidang keperawatan komunitas, dalam memberikan pendidikan kesehatan dapat menggunakan metode ceramah dengan media *audio visual aids* untuk meningkatkan perilaku ibu. Kegiatan tersebut dapat dilaksanakan dengan mengunjungi posyandu-posyandu.
  - b. Bidang keperawatan anak, lebih kreatif dalam memilih metode yang tepat dalam pendidikan kesehatan untuk ibu dengan balita seperti metode ceramah dengan media *audio visual aids* yang dapat digunakan sebagai upaya peningkatan kemampuan perawat anak dalam melakukan promosi kesehatan terhadap ibu dengan balita
2. Bagi orang tua

Ibu bersedia menerima informasi baru, dengan menerapkan informasi tersebut dalam kehidupannya, terutama informasi tersebut penting untuk kesehatan dan lebih intensif dalam menanamkan pentingnya meningkatkan status gizi balita.
3. Pelayanan kesehatan

Lebih proaktif dalam memberikan pendidikan kesehatan, misalnya dengan mengagendakan jadwal rutin pemberian penyuluhan di posyandu-posyandu.
4. Peneliti selanjutnya

Melakukan penelitian untuk mengidentifikasi pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita dengan metode

ceramah dan media *audio visual aids* lain seperti video, VCD, dan DVD yang lebih bervariasi.



**DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR PUSTAKA

- Akhmadi. (2009). *Pengetahuan Status Gizi*. [www/http:Rajawan.com](http://www.Rajawan.com). Tanggal 28 April 16:58
- Alan, H & Sally, C. (1998). *Promoting Teen Healt*. California: SAGE Publication, hal: 106-108
- Arikunto, (2007). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek Edisi V*. Jakarta : Rineka Cipta, hal: 60-63
- Azwar, S, (2008). *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Edisi 2. Yogyakarta : EGC, hal:154-157
- Bastable, S.B, (2002). *Perawat Sebagai Pendidik : Prinsip-Prinsip Pengajaran dan Pembelajaran*. Jakarta : EGC, hal: 40-45
- Dep Kes RI. (1995). *Gambaran Keadaan Gizi di Indonesia*. Jakarta
- Depkes, RI, (2003). *Pedoman Umum Gizi Seimbang (Panduan Untuk Petugas Kesehatan)*
- Djamarah, Zain, (2002). *Strategi Belajar Mengajar*. Jakarta: Rieka cipta.
- Effendy, N. (1998). *Dasar – dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat* , Edisi 2, Jakarta
- H. Shonna Yin. MD, dkk. (2007). *Health Literacy and Pediatric Health*. Ohio: Departement of Pediatric, New York University School of Medicine ang Bellevue Hospital Center. Tanggal 23 Juni 2007
- Hindah, M (2006). *Bekal Sekolah untuk Anak Balita*, Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, hal 15

- Ira, Rahmawati, dkk. (2007). *Pengaruh Penyuluhan Media Audio Visual terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku ibu balita Gizi Kurang dan Buruk di Kabupaten Kolowaringin Barat Propinsi Kalimantan Tengah*. Jurnal Gizi Klinik Indonesia. Vol. 4, No 2 (hal.69-77)
- Lioni Ellis H. *Berpacu Melawan Usia: Rahasia Awet Muda tanpa Obat dan Kosmetika*. Jakarta: Andi, hal 3-11
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 15-62 dan 133-149
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika, hal: 77,86, 89-93, dan 97-98
- Persagi Kapuas. (2008). Status Gizi\_ [www//http://www.persagikapuas.com](http://www.persagikapuas.com) Tanggal 28 April 19:12
- Soetjiningsih. (2002). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta : EGC
- Suhadrjo. (1992). *Pemberian Makanan pada Bayi dan Anak*. Yogyakarta : Kanisius
- Sukron Tajudin. (2009). *Gizi Kurang*. [www//http://www.scribd.com](http://www.scribd.com) Tanggal 28 April 17:46
- Suliha, dkk. (2001). *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC, hal: 1-4 dan 21
- Sunita, A. (2001). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, Jakarta
- Supriasa, I (2001). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC, hal: 1, 69-76, dan 167
- Widyatuti. (2009). *Pendidikan Kesehatan*. [www//http://repository.ui.ac.id](http://repository.ui.ac.id). Tanggal 14 April 2011. Jam 21.00 WIB

**LAMPIRAN**

## Lampiran 1



**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031 - 5913752, 5913754, 5913756 Fax. 031 - 5913257  
Website : <http://www.ners.unair.ac.id> ; E-mail : [dekan\\_ners@unair.ac.id](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 13 Juni 2011

Nomor : 1046 /H3.1.12/PPd/2011  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**  
**Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.  
Ketua Bapelitbangda Kabupaten Gresik  
di –  
Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Mega Agustiningrum  
NIM : 010710394 B  
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah Dengan Media Audio Visual AIDS Terhadap Perilaku Ibu Untuk Meningkatkan Status Gizi Balita di Kelurahan Kruman Kecamatan Gresik

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan,



Surwaningsih, S.Kp., M.Kes  
NIP. 196611212000032001



## Lampiran 2



**PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK**  
**KECAMATAN GRESIK**  
**KELURAHAN KROMAN**  
 Jl. RE MARTADINATA ☎ 82894022475

**SURAT KETERANGAN**  
 NO : 070 / 252 / 437.101.18/2011

Yang bertanda Tangan dibawah ini :

**N a m a** : ABDUL LATIB  
**N I P** : 19641027 198603 1 009  
**JABATAN** : Kepala Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik  
 Kabupaten Gresik

Berdasarkan surat dari Kepala Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik tanggal 14 Juni 2011 Nomor : 070/221/437.71 /2011 perihal Survey/Research dan surat Camat Gresik tanggal 20 Juni 2011 Nomor : 070/453/437.101/2011 perihal Survey/Research , menerangkan bahwa :

**N a m a** : MEGA AGUSTININGRUM  
**Pekerjaan** : Mahasiswa Universitas Airlangga Surabaya  
**Alamat** : Jl. Palangkaraya 2no. 37 GKB Gresik

Pada tanggal 21 Juni 2011 s/d 8 Juli 2011 telah melaksanakan Survey/Research di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik untuk keperluan penyusunan Skripsi dengan Judul : " PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN METODE CERAMAH DENGAN MEDIA AUDIO VISUAL AIDS TERHADAP PERILAKU IBU UNTUK MENINGKATKAN STATUS GIZI BALITA DI KELURAHAN KROMAN KECAMATAN GRESIK "

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya

Gresik, 8 Juli 2011

  
**ABDUL LATIB**  
 Penata Tk. I  
 NIP.19641027 198603 1 009

## Lampiran 3



**PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK  
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN, PENELITIAN DAN  
PENGEMBANGAN DAERAH**

Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo No. 245 Telp. 3952825 - 30 psw. 209, 3952812  
**G R E S I K**

Gresik, 14 Juni 2011

Nomor : 070/ 22 /437.71/2011  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Rekomendasi Ijin Penelitian /  
Survey/ Research.

Kepada  
Yth. Sdr. Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga  
di-  
**SURABAYA**

**D a s a r :**

1. Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 2 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Gresik;
2. Peraturan Bupati Gresik Nomor 47 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik;
3. Surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Nomor: 1046/H3.1.12/PPd/2011 tanggal 13 Juni 2011 perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa PSIK-FKP Unair.

Maka dengan ini Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik menyatakan tidak keberatan atas dilakukannya survey/penelitian / research yang dilakukan oleh :

1. Nama : MEGA AGUSTININGRUM
2. NIM : 010710394 B
3. Pekerjaan : Mahasiswa
4. Alamat : Jl.Palangkaraya 2/37 GKB Gresik
5. Keperluan dilakukannya  
Survey/research/penelitian : Untuk penyusunan skripsi dengan judul  
"Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode  
Ceramah Dengan Media Audio Visual AIDS  
Terhadap Perilaku Ibu Untuk Meningkatkan  
Status Gizi Balita di Kelurahan Kroman  
Kecamatan Gresik".
6. Tempat melakukan Survey/  
Research/penelitian : Kelurahan Kroman Kec.Gresik Kab.Gresik
7. Waktu Pelaksanaan survey/  
research / penelitian : 14 Juni 2011 s/d 14 September 2011
8. Pengikut : -

- 2 -

Dalam melakukan kegiatan survey / research / penelitian agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Sebelum dan setelah dilaksanakannya survey / research / penelitian diwajibkan melapor kepada Instansi / Camat setempat;
2. Tidak diperkenankan melaksanakan kegiatan lain diluar kegiatan survey / research / penelitian yang dilakukan;
3. Setelah melakukan survey / research / penelitian selambat - lambatnya 1 (satu) bulan agar menyerahkan 1 (satu) ex. / buku hasil survey / research / penelitian kepada Bupati Gresik melalui Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Gresik.

Demikian rekomendasi ijin penelitian / survey / research ini dibuat untuk dapat dipergunakan seperlunya.

**KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN,  
PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH  
KABUPATEN GRESIK**



Tembusan Yth :

1. Sdr. Kepala Kantor Kesbangpol dan Linmas Kab.Gresik.
2. Sdr. Camat Gresik Kab.Gresik.
3. Sdr. Lurah Kroman Kec.Gresik Kab.Gresik.
4. A r s i p.

**Lampiran 4****LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mega Agustiningrum

NIM : 010710394 B

Adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul:

**“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dengan Media Audio Visual Aids terhadap Perilaku Ibu untuk Meningkatkan Status Gizi Balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik”**

Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan pengaruh penerapan metode pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media *audio visual aids* terhadap perilaku ibu untuk meningkatkan status gizi balita. Dengan penelitian ini diharapkan dapat menambah pemahaman ibu tentang peningkatan status gizi balita.

Untuk itu saya mengharapkan kesediaan Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Kesediaan Ibu bersifat sukarela, dan data penelitian yang diambil dan disajikan adalah rahasia, tanpa menyebutkan nama Ibu dan hanya disajikan untuk pengembangan pendidikan ilmu keperawatan. Apabila Ibu menyetujui saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab kuesioner yang diajukan oleh peneliti.

Atas perhatian dan partisipasinya, saya ucapkan terima kasih

Surabaya, Juni 2011

Hormat saya,

Mega Agustiningrum

**Lampiran 5****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama :

Alamat :

Umur :

No Telepon :

Menyatakan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh **Mega Agustiningrum**, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dengan Media Audio Visual Aids terhadap Perilaku Ibu untuk Meningkatkan Status Gizi Balita di Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik”** sebagai responden bagi penelitian tersebut.

Dengan menandatangani lembar persetujuan ini menunjukkan bahwa saya telah diberikan informasi tentang penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sadar dan tanpa adanya keterpaksaan.

Surabaya, Juni 2011

Responden,

---

( Tanda Tangan )

**Lampiran 6**

**KUESIONER PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN METODE  
CERAMAH DENGAN MEDIA AUDIO VISUAL AIDS TERHADAP  
PERILAKU IBU UNTUK MENINGKATKAN STATUS GIZI BALITA DI  
KELURAHAN KROMAN KECAMATAN GRESIK**

**Petunjuk pengisian:**

- a. Bacalah dengan cermat semua pertanyaan yang ada di dalam kuisisioner ini
- b. Pilihlah jawaban dengan memberi tanda silang (X) pada kolom yang tersedia.
- c. Hanya ada satu jawaban yang benar.
- d. Mohon kesediaannya untuk menjawab seluruh pertanyaan yang tersedia

**A. Data Demografi**

## 1. Identitas responden

- 1) Nama (tuliskan dengan inisial) :
- 2) Alamat lengkap :

**1. Pengetahuan ibu**

## 1. Zat gizi adalah bahan-bahan yang menyusun makanan sehat kita sehari-hari :

- a. Benar
- b. Salah

## 2. Karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan garam mineral adalah bahan-bahan yang mengandung zat gizi:

- a. Benar
- b. Salah

## 3. Nasi atau bubur adalah sumber karbohidrat :

- a. Benar
- b. Salah

## 4. Yang termasuk sumber protein diantaranya daging, tempe, ikan dan telur :

- a. Benar

- b. Salah
5. Balita yang mengalami kekurangan gizi mempunyai tanda awal yaitu berat badan tetap dan tubuhnya kurus :
    - a. Benar
    - b. Salah
  6. Balita yang kekurangan gizi yaitu bila Kartu Menuju Sehat berada di bawah garis merah :
    - a. Benar
    - b. Salah
  7. Karena dalam masa pertumbuhan maka balita harus diberikan makanan yang mencukupi kebutuhan gizinya:
    - a. Benar
    - b. Salah
  8. Untuk penyediaan makanan yang bergizi untuk balita adalah pemberian makanan yang mengandung 4 sehat 5 sempurna :
    - a. Benar
    - b. Salah
  9. Balita yang tercukupi kebutuhan gizi dan sehat adalah balita yang bertubuh besar atau gemuk :
    - a. Benar
    - b. Salah
  10. Untuk mengetahui keadaan status gizi balita adalah dengan menimbang berat badan :
    - a. Benar
    - b. Salah

## II. Sikap Ibu

**Petunjuk :** Saudara dimohon dapat mengemukakan pendapat secara jujur untuk menyatakan sikap saudara terhadap pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda check list (√) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan pilihan saudara.

### Keterangan pilihan :

**SS** : Sangat setuju

**S** : Setuju

**TS** : Tidak setuju

**STS** : Sangat tidak setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS	Skore
1.	Saya akan memberikan makanan yang mengandung zat gizi kepada anak balita					
2.	Makanan yang baik untuk anak saya tidak harus terdapat vitamin dan garam mineral di dalam makanannya					
3.	Saya akan memenuhi sumber karbohidrat di dalam makanan balita saya melalui penyediaan makanan dengan nasi atau bubur					
4.	Saya akan memberikan sumber protein dalam penyediaan makanan diantaranya daging/tempe/tahu/ikan/telur					
5.	Bila balita berat badannya tetap atau tubuhnya kurus merupakan tanda awal gizi kurang					
6.	Bila Kartu Menuju Sehat balita berada di bawah garis merah merupakan tanda gizi kurang					
7.	Agar balita sehat maka saya akan memberikan porsi makanan yang besar kepada balita					
8.	Balita yang sehat adalah balita yang bertubuh gemuk					
9.	Saya akan menyediakan makanan yang mengandung 4 sehat 5 sempurna					



10.	Saya tidak perlu ke posyandu untuk menimbang berat badan dan mengetahui status gizi cukup dengan melihat tubuh balita saja tampak gemuk/kurus					
-----	---	--	--	--	--	--

### III. Praktik atau Tindakan

#### LEMBAR OBSERVASI DAN WAWANCARA TINDAKAN IBU UNTUK MENINGKATKAN STATUS GIZI BALITA

No	Tindakan	Dilakukan		Tidak Dilakukan
		Benar	Salah	
1.	Ibu memberikan makanan yang bergizi setiap penyajian makanan			
2.	Ibu memberikan makanan yang bergizi 3x sehari			
3.	Ibu memberikan sayuran dalam setiap penyajian makanan di rumah			
4.	Ibu memberikan nasi/bubur sebagai sumber utama karbohidrat			
5.	Ibu memberikan lauk pauk (daging/tempe/ikan/telor) dalam pemberian makanan			
6.	Ibu memberikan asi dan pasi (sari buah)			
7.	Ibu mengganti menu makanan setiap hari			
8.	Ibu memberikan makanan selingan/tambahan sesekali diantara waktu makan seperti bubur kacang hijau atau biskuit			
9.	Ibu tidak memberikan makanan pada balita dengan porsi yang besar dan sering			
10.	Ibu datang secara rutin ke posyandu untuk menimbang berat badan balita			

**Lampiran 7****SATUAN ACARA PEMBELAJARAN**

- Topik : Pendidikan kesehatan
- Sub Topik : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dengan Audio Visual Aids terhadap Perilaku Ibu untuk Meningkatkan Status Gizi Balita.
- Tempat : Di Ruang Rapat Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik
- Waktu : ±30 menit
- 

**A. Analisa Situasional**

1. Penyuluh : Mahasiswa program studi Ilmu Keperawatan FKp Unair Surabaya yang sedang melaksanakan penelitian.
2. Peserta : Ibu dengan anak balita usia 12-60 bulan

**B. Tujuan Instruksional**

1. Tujuan Instruksional Umum :  
Pada akhir proses pembelajaran, ibu mengetahui dan memahami pentingnya pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan ibu untuk meningkatkan status gizi balita.
2. Tujuan Instruksional Khusus  
Setelah diberikan pembelajaran, ibu mampu:
  - 1) Menjelaskan konsep gizi
  - 2) Menjelaskan macam-macam gangguan status gizi
  - 3) Menjelaskan tanda gangguan status gizi
  - 4) Menjelaskan pencegahan gangguan status gizi

**C. Materi**

1. Menjelaskan konsep gizi
2. Menjelaskan macam-macam gangguan status gizi
3. Menjelaskan tanda gangguan status gizi
4. Menjelaskan pencegahan gangguan status gizi

### D. Metode Penyuluhan

1. Ceramah dengan media *audio visual aids*
2. Tanya jawab

### E. Alat Bantu dan Media Pembelajaran

1. LCD
2. Notebook
3. Soundsystem
4. Film tentang konsep gizi

### F. Kegiatan Penyuluhan

No	Topik	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta
1	Persiapan (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyiapkan media penyuluhan</li> <li>2. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri</li> <li>3. Melakukan kontrak waktu</li> <li>4. Menyampaikan maksud dan tujuan dari pendidikan kesehatan yang akan diberikan.</li> <li>5. Menyebutkan materi pendidikan kesehatan yang akan diberikan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempersiapkan diri untuk menerima materi pembelajaran</li> <li>2. Memperhatikan, mendengarkan dan menjawab salam</li> <li>3. Memperhatikan</li> <li>4. Memperhatikan dan mendengarkan yang disampaikan penyuluh</li> <li>5. Memperhatikan dan mendengarkan</li> </ol>
2	Pelaksanaan (20 menit)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemutaran video tentang:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Konsep gizi</li> </ol> </li> <li>2. Menjelaskan materi tentang               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Macam-macam gangguan status gizi</li> <li>2) Tanda gangguan status gizi</li> <li>3) Pencegahan gangguan status gizi</li> </ol> </li> <li>2. Memberikan kesempatan responden untuk bertanya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperhatikan, mendengarkan dan memahami semua materi yang disampaikan</li> <li>2. Bertanya</li> </ol>
3	Penutup (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan dan memberi reinforcement kepada peserta yang dapat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjawab pertanyaan</li> </ol>

		menjawab pertanyaan. 2. Mengucapkan terima kasih atas peran serta peserta. 3. Mengucapkan salam penutup	2. Mendengarkan 3. Menjawab salam
--	--	---	--------------------------------------

## **G. Evaluasi**

### **1. Kriteria Evaluasi**

#### 1) Evaluasi struktur

- a. Peserta hadir ditempat pembelajaran
- b. Penyuluhan dilakukan di Ruang Rapat Kelurahan Kroman Kecamatan Gresik
- c. Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelum dan saat penyuluhan.

#### 2) Evaluasi proses

- a. Ibu antusias terhadap materi penyuluhan
- b. Ibu melihat dan mendengarkan penyuluhan dengan seksama
- c. Ibu mengajukan pertanyaan

#### 3) Evaluasi hasil

Pengetahuan ibu meningkat dan menunjukkan perubahan sikap dan tindakan dalam meningkatkan status gizi balita.

## **MATERI SAP**

### **A. Konsep gizi**

Balita dalam proses tumbuh kembang, sehingga makanan sehari-hari harus mencukupi kebutuhan gizi. Zat gizi atau zat makanan merupakan bahan dasar penyusun bahan makanan. Zat gizi terdiri atas:

#### **1. Karbohidrat**

Karbohidrat sebagai zat gizi merupakan kelompok zat-zat organik yang mempunyai struktur molekul yang berbeda-beda, meski terdapat persamaan dari sudut dan fungsinya. Karbohidrat yang terkandung dalam makanan pada umumnya hanya ada 3 jenis yaitu: Polisakarida, Disakarida, dan Monosakarida (Soegeng Santoso dan Anne Lies, 2004 : 108).

Karbohidrat terdapat dalam bahan makanan yang berasal dari tumbuh-tumbuhan dan hanya sedikit yang termasuk bahan makanan hewani. Fungsi utama karbohidrat yaitu:

- a. Sumber utama energi yang murah.
- b. Memberikan rangsangan mekanik.
- c. Melancarkan gerakan peristaltik yang melancarkan aliran bubur makanan serta memudahkan pembuangan tinja.

#### **2. Protein**

Protein merupakan zat gizi yang sangat penting karena yang paling erat hubungannya dengan kehidupan. Protein sangat penting dalam proses pertumbuhan. Protein juga berperan utama untuk meningkatkan daya tahan tubuh.

Selain itu, protein adalah penyusun sebagian besar jaringan tubuh makhluk hidup, juga senyawa penyusun enzim, hormon, pigmen.

Penyusun utama protein adalah asam amino. Semua bahan yang terkandung di dalam sel tubuh adalah protein sehingga protein mutlak diperlukan oleh tubuh. Protein mengandung angka kalori 4.

Ada asam amino yang dapat disintesa oleh tubuh dan ada yang tidak dapat. Terdapat 26 jenis asam amino penyusun protein. 10 jenis asam amino yang tidak dapat disintesa oleh tubuh disebut asam amino esensial. Kesepuluh asam amino tersebut adalah lisin, leusin, valin, arginin, triptofan, isoleusin, histidin, treonin, fenilalanin, dan metionin. Asam amino esensial hanya dapat diperoleh melalui makanan. Beberapa jenis makanan yang mengandung asam amino adalah segala produk daging, ikan, susu, telur, kacang-kacangan, tempe, tahu, dan kedelai. Protein yang dihasilkan oleh hewan disebut protein hewani, sedangkan protein yang dihasilkan oleh produk tumbuhan disebut protein nabati.

Protein berfungsi:

- a. Membangun sel-sel yang rusak.
- b. Membentuk zat-zat pengatur seperti enzim dan hormon.
- c. Membentuk zat anti energi, dalam hal ini tiap protein menghasilkan sekitar 4,1 kalori (Soegeng Santoso dan Anne Lies, 2004: 112).

### 3. Lemak

Lemak merupakan penghasil kalori terbesar. Angka kalori yang dihasilkan oleh lemak adalah 9. Zat lemak terdiri atas asam lemak dan gliserol. Oleh karena itu, pada proses pencernaan, segala lemak yang dikonsumsi oleh tubuh akan dicerna

menjadi asam lemak dan gliserol oleh enzim lipase. Asam lemak terdiri atas stearin, palmatin, dan minyak. Lemak terdapat antara lain pada kacang-kacangan, keju, susu, margarin, mentega, serta semua makanan yang digoreng. Lemak mempunyai peran utama sebagai penghasil energi terbesar. Kelebihan lemak akan disimpan pada jaringan dibawah kulit sehingga kelebihan lemak akan mengakibatkan kegemukan. Fungsi lemak adalah:

- a. Sumber utama energi atau cadangan dalam jaringan tubuh dan bantalan bagi organ tertentu dari tubuh.
- b. Sebagai sumber asam lemak yaitu zat gizi yang esensial bagi kesehatan kulit dan rambut.
- c. Sebagai pelarut vitamin-vitamin (A, D, E, K) yang larut dalam lemak (Soegeng Santoso dan Anne Lies, 2004: 114).

#### 4. Vitamin

Vitamin merupakan senyawa organik yang tidak dapat disusun oleh tubuh (kecuali vitamin A). Vitamin diperoleh oleh tubuh dari makanan. Ada vitamin yang larut di dalam lemak. Vitamin yang larut di dalam air adalah vitamin B dan C. Sedangkan vitamin yang larut di dalam lemak adalah vitamin A, D, E, dan K.

Berikut macam-macam vitamin yang diperlukan oleh tubuh.

1. Vitamin A, berguna untuk kesehatan kulit, selaput lendir, penglihatan, serta peningkatan daya tahan tubuh. Vitamin ini terdapat pada sayuran berwarna hijau dan buah yang berwarna kuning dan kemerahan. Selain itu, vitamin ini terdapat pada produk-produk hewani, seperti ikan, telur, hati, dan minyak ikan.
2. Vitamin B, terdiri atas berbagai macam jenis:



- 1) Vitamin B1, disebut *thiamin*, berguna untuk metabolisme karbohidrat dan penyerapan lemak. Kekurangan vit B1 dapat menimbulkan penyakit beri-beri dan *neuriti*. Vitamin ini terdapat pada hati, jantung, ginjal, otak, susu, kuning telur, dan beras.
- 2) Vitamin B2, disebut *riboflavin*, berguna untuk penglihatan serta mempunyai peran utama pada proses oksidasi tubuh. Kekurangan vitamin B2 dapat menimbulkan rabun serta luka-luka disekitar mulut. Vitamin ini terdapat pada buah-buahan, sayur-sayuran, mentega, dan kacang-kacangan.
- 3) Vitamin B6, disebut *perikdodin*, berguna untuk pertumbuhan, melancarkan kerja urat saraf, dan pembentukan sel darah merah. Kekurangan vitamin ini dapat menimbulkan gejala pelagra, anemia, dan susah buang air besar. Vitamin ini terkandung dalam hati ikan, daging, dan sayuran.
- 4) *Niasin*, merupakan salah satu golongan vitamin B yang berguna dalam proses pertumbuhan dan perbanyakkan sel, perombakan karbohidrat, dan pecegahan pelagra. Gejala adalah 3D (dermatitis,diare,dimensia). Niasin terdapat pada hati, kol, susu, tomat, ragi, kedelai, dan bayam.
- 5) Asam petanoat, merupakan anggota vitamin B yang berguna untuk kesehatan kulit. Kekurangan asam ini menimbulkan penyakit dermatitis. Asam pentanoat terdapat pada hati, daging, ragi dan beras. Para amino asam benzoat, merupakan anggota vitamin B yang berguna untuk mencegah timbulnya uban pada rambut. Zat ini terdapat di dalam ragi dan hati.

- 6) Kolin, kekurangan jenis vitamin B ini akan menimbulkan penimbunan lemak di sekitar hati sehingga menimbulkan gangguan pada sistem ekskresi, yaitu pada kulit dan ginjal. Kolin terkandung dalam beras dan hati.
- 7) Biotin, kekurangan biotin mengakibatkan gejala menyerupai pelagra dan menimbulkan penyakit kulit. Zat ini terdapat pada ragi, kentang, hati, ginjal, sayuran, dan buah-buahan.
- 8) Asam folat atau vitamin B11, berguna dalam pembuatan sel darah merah. Kekurangan vitamin ini dapat menimbulkan gejala anemia atau kurang darah. Vitamin ini terdapat pada sayuran, hati, dan ginjal.
- 9) Vitamin B12, terdapat di dalam hati lainnya. Vitamin B secara keseluruhan disebut pula dengan istilah B kompleks.

### 3. Vitamin C

Berfungsi untuk meningkatkan metabolisme tubuh, memperbaiki jaringan yang rusak, menghaluskan dan memperbaiki struktur kulit, antipenuaan, serta meningkatkan daya tahan tubuh. Kekurangan vitamin C dapat menimbulkan perdarahan pada gusi dan usus, sariawan, serta mudah terserang infeksi. Terdapat pada buah-buahan.

### 4. Vitamin D

Berfungsi untuk mengatur kadar kapur dan fosfor pada tulang dan darah, membantu proses oksidasi, dan mempengaruhi kerja kelenjar endokrin. Kekurangan vitamin ini dapat menimbulkan kelainan-kelainan pada tulang, antara lain rakhitis. Vitamin ini terdapat pada hati, telur, ikan, dan kacang-kacangan.

## 5. Vitamin E

Disebut juga tokoferol, berguna mencegah perdarahan pada ibu hamil, meningkatkan kesuburan, mencegah penuaan, dan memperbaiki struktur kulit dan rambut. Serta dapat menimbulkan otot-otot lemas, kelumpuhan serta terjadinya kemunduran pada hipofisis dan kelenjar anak gondok. Vitamin ini terdapat pada kacang-kacangan, kecambah, susu kedelai, kuning telur, hati, dan ginjal.

## 6. Vitamin K

Berfungsi untuk proses pembekuan darah. Terdapat pada hati dan sayuran berwarna hijau.

## 5. Garam-garam mineral

Garam mineral merupakan bahan makanan anorganik yang berguna antara lain untuk menjaga keseimbangan tubuh serta bahan penyusun tubuh. Beberapa mineral berfungsi untuk bermacam-macam kegiatan tubuh, termasuk di dalam sistem otot dan pembentukan sel. Macam-macam mineral adalah Na, K, Ca, Mg, P, Cl, Fe, Cu, Mn, F, dan I. Fe mempunyai peran penting dalam pembentukan sel darah merah (*hemoglobin*). Na dan K sangat penting di dalam sistem saraf. Kalsium (Ca) sangat penting untuk pembentukan tulang dan gigi. Ca dan K juga sangat penting dalam proses pembekuan darah untuk menghentikan pendarahan. Dan, masih banyak lagi fungsi mineral di dalam tubuh.

Kekurangan salah satu mineral juga dapat menimbulkan penyakit. Contohnya, kekurangan I (*iodium*) dapat menimbulkan penyakit gondok dan kekerdilan. Kekurangan Fe dapat menimbulkan kekurangan darah (*anemia*). Kekurangan Flour (F) dapat menimbulkan kekeroposan gigi. Kekurangan Ca dapat

menimbulkan penyakit keropos tulang dan gigi. Sedangkan kekurangan K dapat menimbulkan tekanan darah rendah.

#### **a. Status gizi**

Status gizi adalah ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi untuk anak yang diindikasikan oleh berat badan dan tinggi badan.

#### **b. Macam-macam gangguan gizi**

##### **1. Gizi kurang**

Gizi Kurang adalah keadaan kekurangan 1 atau lebih zat gizi esensial. Secara umum, kurang gizi adalah salah satu istilah dari penyakit malnutrisi energi-protein (MEP), yaitu penyakit yang diakibatkan kekurangan energi dan protein.

Gejala kurang gizi ringan relatif tidak jelas, hanya terlihat bahwa berat badan anak tersebut lebih rendah dibanding anak seusianya. Rata-rata berat badannya hanya sekitar 60- 80% dari berat ideal.

##### **2. Gizi buruk**

Keadaan gizi kurang tingkat berat pada masa bayi dan balita ditandai dengan dua macam sindrom yang jelas yaitu *Kwashiorkor*, karena kurang konsumsi protein dan *Marasmus* karena kurang konsumsi energi dan protein. *Kwashiorkor* banyak dijumpai pada bayi dan balita pada keluarga berpenghasilan rendah, dan umumnya kurang sekali pendidikannya. Sedangkan *Marasmus* banyak terjadi pada bayi dibawah usia 1 tahun, yang disebabkan karena tidak mendapatkan ASI atau penggantinya (Suhardjo, 2003:2).

### **c. Tanda dan gejala gangguan gizi**

#### **1. Gizi kurang**

Adapun ciri-ciri klinis yang biasa menyertainya antara lain:

1. Kenaikan berat badan berkurang, terhenti, atau bahkan menurun.
2. Ukuran lingkaran lengan atas menurun.
3. Maturasi tulang terlambat.
4. Rasio berat terhadap tinggi, normal atau cenderung menurun.
5. Tebal lipit kulit normal atau semakin berkurang.

Akibat Gangguan Gizi Kurang

1. Pertumbuhan otot lembek, rambut rontok, tubuh pendek
2. Kurang tenaga gerak, malas, lemah
3. Mudah stress
4. Gangguan fungsi otak/ berpikir
5. Gangguan perilaku, apatis, sensitif

#### **2. Gizi buruk**

##### **1) Marasmus**

Anak-anak penderita marasmus secara fisik mudah dikenali. Meski masih anak-anak, wajahnya terlihat tua, sangat kurus karena kehilangan sebagian lemak dan otot-ototnya. Penderita marasmus berat akan menunjukkan perubahan mental, bahkan hilang kesadaran. Dalam stadium yang lebih ringan, anak umumnya jadi lebih cengeng dan gampang menangis karena selalu merasa lapar.

Ada pun ciri-ciri lainnya adalah:

1. Berat badannya kurang dari 60% berat anak normal seusianya.

2. Kulit terlihat kering, dingin dan mengendur.
3. Beberapa di antaranya memiliki rambut yang mudah rontok.
4. Tulang-tulang terlihat jelas menonjol.
5. Sering menderita diare atau konstipasi.
6. Tekanan darah cenderung rendah dibanding anak normal, dengan kadar hemoglobin yang juga lebih rendah dari semestinya.

## 2) Kwashiorkor

Kwashiorkor adalah gangguan gizi karena kekurangan protein biasa (KEP). Kwashiorkor sering juga diistilahkan sebagai busung lapar atau HO. Penampilan anak-anak. Penderita HO umumnya sangat khas, terutama bagian perut yang menonjol. Berat badannya jauh di bawah berat normal. Edema stadium berat maupun ringan biasanya menyertai penderita ini. Beberapa ciri lain yang menyertai diantaranya:

1. Perubahan mental menyolok. Banyak menangis, bahkan pada stadium lanjut anak terlihat sangat pasif.
2. Penderita nampak lemah dan ingin selalu terbaring
3. Anemia.
4. Diare dengan feses cair yang banyak mengandung asam laktat karena berkurangnya produksi laktase dan enzim penting lainnya.
5. Kelainan kulit yang khas, dimulai dengan titik merah menyerupai petechia (perdarahan kecil yang timbul sebagai titik berwarna merah keunguan, pada kulit maupun selaput lendir), yang lambat laun kemudian menghitam. Setelah

mengelupas, terlihat kemerahan dengan batas menghitam. Kelainan ini biasanya dijumpai di kulit sekitar punggung, pantat, dan sebagainya.

6. Pembesaran hati. Bahkan saat rebahan, pembesaran ini dapat diraba dari luar tubuh, terasa licin dan kenyal.

### 3. Marasmik-kwashiorkor

Penyakit ini merupakan gabungan dari marasmus dan kwashiorkor dengan gabungan gejala yang menyertai.

1) Berat badan penderita hanya berkisar di angka 60% dari berat normal. Gejala khas kedua penyakit tersebut nampak jelas, seperti edema, kelainan rambut, kelainan kulit dan sebagainya.

2) Tubuh mengandung lebih banyak cairan, karena berkurangnya lemak dan otot.

3) Kalium dalam tubuh menurun drastis sehingga menyebabkan gangguan metabolic seperti gangguan pada ginjal dan pankreas.

4) Mineral lain dalam tubuh pun mengalami gangguan, seperti meningkatnya kadar natrium dan fosfor inorganik serta menurunnya kadar magnesium.

### 4. Gagal tumbuh

Selain malnutrisi energi-protein di atas, ada juga gangguan pertumbuhan yang diistilahkan dengan gagal tumbuh. Yang dimaksud dengan gagal tumbuh adalah bayi/anak dengan pertumbuhan fisik kurang secara bermakna dibanding anak sebayanya. Untuk mudahnya, pertumbuhan anak tersebut ada di bawah kurva pertumbuhan normal. Tanda-tanda lainnya adalah:

1) Kegagalan mencapai tinggi dan berat badan ideal.

2) Hilangnya lemak di bawah kulit secara signifikan.

3) Berkurangnya massa otot.

4) Dermatitis.

5) Infeksi berulang

Kekurangan energi yang kronis pada anak-anak dapat menyebabkan anak balita lemah, pertumbuhan jasmaninya terlambat, dan perkembangan selanjutnya terganggu. Pada orang dewasa ditandai dengan menurunnya berat badan dan menurunnya produktifitas kerja. Kekurangan gizi pada semua umur dapat menyebabkan mudahnya terkena serangan infeksi dan penyakit lainnya serta lambatnya proses regenerasi sel tubuh (Suhardjo, 2003 : 8).

#### **d. Pencegahan dan penanggulangan gangguan gizi**

Upaya yang dilakukan untuk perbaikan gizi adalah dengan Keluarga Sadar Gizi. Tujuan dari program KADARZI adalah untuk meningkatkan perilaku keluarga untuk mengatasi masalah gizi.

Di dalam program KADARZI menurut Depkes, (2004) keluarga atau ibu mendapat informasi tentang asuhan kesehatan dan gizi antara lain:

1. Menyusui hanya ASI saja sejak lahir sampai 6 bulan.
2. Menggunakan garam beryodium
3. Menimbang anak secara teratur setiap bulan di posyandu, dengan menimbang secara teratur dapat mengetahui perkembangan peningkatan berat badan.
4. Makan seimbang yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air
5. Suplementasi gizi
6. Pemeriksaan ibu dan anak
7. Imunisasi



## 8. Kesehatan lingkungan

Dan dapat pula diberikan Pemberian Makanan Tambahan untuk meningkatkan status gizi balita.

Salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi adalah konsumsi makanan (Supriasa, 2001). Konsumsi makanan yang teratur yang mengandung karbohidrat, protein, vitamin, mineral dan air merupakan konsumsi makanan yang bergizi merupakan salah satu kunci kesehatan yang baik.

Balita harus diperhatikan pemberian makanan sesuai dengan umur (Depkes, 2006). Dengan memperhatikan konsumsi makanan yang bergizi diharapkan dapat meningkatkan status gizi balita

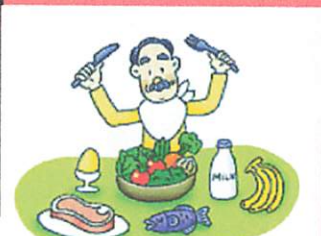
### Daftar Pustaka

- Akhmadi. (2009). *Pengetahuan Status Gizi*. [www//http:Rajawan.com](http://www.Rajawan.com). Tanggal 28 April 16:58
- Persagi Kapuas. (2008). *Status Gizi*. [www//http:persagikapuas.com](http://www.persagikapuas.com) Tanggal 28 April 19:12
- Soetjiningsih. (2002). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta : EGC
- Sukron Tajudin. (2009). *Gizi Kurang*. [www//http:scribd.com](http://www.scribd.com) Tanggal 28 April 17:46

Ibu mendapat informasi tentang kesehatan dan gizi, antara lain :

1. Menyusui hanya asi saja sejak lahir sampai 6 bulan.
2. Menggunakan garam beryodium.
3. Menimbang anak secara teratur setiap bulan di posyandu untuk mengetahui keadaan berat badan balita sekaligus mendapatkan imunisasi.
4. Makanan seimbang yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air.
5. Pemeriksaan ibu dan anak.
6. Imunisasi.
7. Kesehatan Lingkungan.

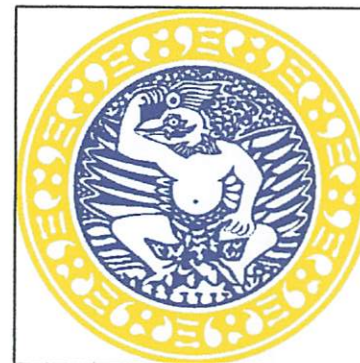
Makan makanan yang bergizi merupakan salah satu kunci kesehatan yang baik.



## 10 Tanda Anak Bergizi Baik

### STATUS GIZI BALITA

1. Bertambah umur, bertambah berat, bertambah tinggi
2. Postur tubuh tegap dan otot padat
3. Rambut berkilau dan kuat
4. Kulit dan kuku bersih, tidak pucat
5. Wajah ceria, mata bening, dan bibir segar
6. Gigi bersih dan gusi merah muda
7. Nafsu makan baik dan buang air besar secara teratur
8. Bergerak aktif dan berbicara lancar sesuai umur
9. Penuh perhatian dan bereaksi aktif
10. Tidur nyenyak



Oleh :  
**Mega Agustiningrum**  
Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga

# GIZI..

Balita dalam proses tumbuh kembang, sehingga makanan sehari-hari harus mencukupi kebutuhan gizi. Zat gizi terdiri atas :

## 1. Karbohidrat

Terdapat pada nasi atau gandum

## 2. Protein

Berasal dari segala produk daging, ikan, susu, telur, kacang-kacangan, tempe, tahu, dan kedelai.

## 3. Lemak

Lemak terdapat pada kacang-kacangan, keju, susu, margarin, mentega, serta semua makanan yang digoreng.

## 4. Vitamin

- Vitamin A, Vitamin ini terdapat pada sayuran berwarna hijau dan buah yang berwarna kuning kemerahan.



## b. Vitamin B

Terdapat pada buah-buahan.

## c. Vitamin C

Terdapat pada hati, telur, ikan, dan kacang-kacangan.

## d. Vitamin D

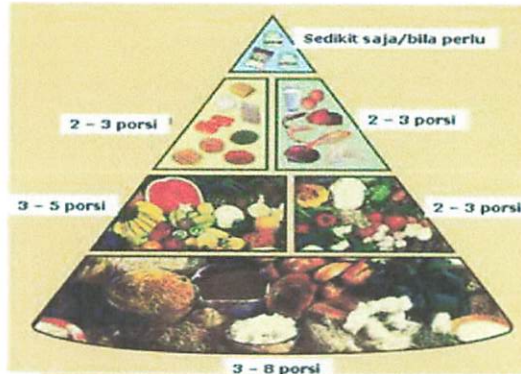
Vitamin ini terdapat pada kacang-kacangan, kecambah, susu kedelai, kuning telur, hati, dan ginjal.

## e. Vitamin E

Terdapat pada hati dan sayuran berwarna hijau.

## f. Vitamin K

Terdapat pada hati dan sayuran berwarna hijau. Kekurangan I (*iodium*) dapat menimbulkan penyakit gondok dan kekerdilan.



Sumber: <http://www.gizi.net/pugs/PUGS13pesan.PDF>

Status gizi adalah ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi untuk anak.

## Gangguan Status Gizi

### Gizi Kurang

yaitu penyakit yang diakibatkan kekurangan Sumber energi dan sumber protein.

Gejala :

1. Kenaikan berat badan berkurang, terhenti, atau bahkan menurun.

2. Pertumbuhan tulang terlambat.

Akibat Gangguan Gizi kurang :

1. Rambut rontok, tubuh pendek

2. Kurang tenaga gerak, malas, lemah

3. Gangguan fungsi otak/ berpikir

### Gizi Buruk

Keadaan gizi kurang tingkat yang berat.

Ada pun ciri-ciri adalah :

1. Kulit terlihat kering, dingin dan mengendur.

2. Beberapa di antaranya memiliki rambut yang mudah rontok.

3. Sering menderita diare



## Lampiran 9

## Tabulasi Data

No. Res	Karakteristik Responden				Perilaku Sebelum Pendidikan Kesehatan				Perilaku Sesudah Pendidikan Kesehatan								
	Pendidikan	Pekerjaan	Penghasilan	Jmlh Angg. Kel.	Pengetahuan		Sikap		Tindakan		Pengetahuan		Sikap		Tindakan		
					Skor	Kode	Skor	Kode	Skor	Kode	Skor	Kode	Skor	Kode	Skor	Kode	
Perilaku																	
1	4	2	2	1	80	3	36	41	2	80	3	100	3	39	57,91	2	90
2	1	1	2	2	60	2	27	45,07	1	50	1	80	3	37	50,71	2	80
3	4	2	1	2	80	3	34	66,63	2	80	3	100	3	38	54,31	2	90
4	3	1	2	3	70	2	28	48,15	1	50	1	90	3	38	54,31	2	85
5	1	1	2	1	60	2	28	48,15	1	60	2	80	3	37	50,71	2	80
6	3	1	2	3	70	2	28	48,15	2	65	2	90	3	38	54,31	2	70
7	3	1	2	4	50	1	24	48,15	1	50	1	80	3	37	50,71	2	80
8	1	1	2	1	40	1	24	35,83	1	50	1	80	3	37	50,71	2	85
9	3	1	2	2	70	2	28	35,83	1	55	1	100	3	37	50,71	2	80
10	1	1	2	3	50	1	26	48,15	1	55	1	80	3	27	14,78	1	85
11	2	1	1	4	60	2	28	41,99	1	60	2	90	3	38	54,31	2	85
12	2	1	3	1	70	2	28	48,15	1	55	1	80	3	37	50,71	2	85
13	3	4	2	3	70	2	31	57,39	2	60	2	100	3	38	54,31	2	85
14	2	1	1	2	60	2	29	51,23	2	55	1	80	3	37	50,71	2	70
15	2	3	2	7	70	2	30	54,31	2	55	1	90	3	37	50,71	2	90
Kontrol																	
1	1	1	2	6	50	1	36	41	2	50	1	50	1	26	39,68	1	50
2	2	1	2	2	60	2	27	45,07	1	55	1	70	2	31	59,21	2	55
3	2	1	2	3	70	2	34	66,63	2	60	2	70	2	32	63,12	2	60
4	1	3	2	2	40	1	28	48,15	1	45	1	50	1	27	49,59	1	45
5	1	1	2	2	50	1	28	48,15	1	55	1	50	1	25	35,78	1	55
6	2	3	2	5	60	2	28	48,15	2	55	1	70	2	26	39,68	1	55
7	2	3	3	2	70	2	24	35,83	1	70	2	70	2	30	55,31	2	70
8	1	1	2	4	60	2	24	35,83	1	60	2	70	2	31	59,21	2	60
9	1	1	1	4	50	1	28	48,15	1	50	1	50	1	25	49,59	1	50
10	2	1	2	3	80	3	26	41,99	1	60	2	90	3	31	63,12	2	60
11	1	1	2	4	40	1	28	48,15	1	55	1	70	2	25	35,78	1	55
12	2	1	1	3	60	2	28	48,15	1	55	1	70	2	31	59,21	2	55
13	1	1	2	1	50	1	31	57,39	2	40	1	50	1	26	39,68	1	40
14	1	3	2	3	60	2	29	51,23	2	55	1	70	2	30	55,31	2	55
15	2	1	2	3	70	2	30	54,31	2	70	2	70	2	32	63,12	2	70

**Keterangan :**

- Pengetahuan** : 1. SD  
2. SMP  
3. SMA  
4. Perguruan tinggi
- Pekerjaan** : 1. Ibu rumah tangga  
2. Guru  
3. Swasta  
4. Wiraswasta
- Penghasilan** : 1. 100.000-500.000  
2. 500.000-1.000.000  
3. 1.000.000-1.500.000
- Jumlah anggota keluarga** : 1. 3  
2. 4  
3. 5  
4. 6  
5. 7  
6. 8

**Variabel yang diukur :**

Pengetahuan	: 1. Kurang ( $\leq 55\%$ ) 2. Cukup (56-75%) 3. Baik (76-100%)
Sikap (pre perlakuan)	: 1. Negatif ( $T < 58,00$ ) 2. Positif ( $T \geq 64,67$ )
Sikap (post perlakuan)	: 1. Negatif ( $T < 49,99$ ) 2. Positif ( $T \geq 49,99$ )
Sikap (pre perlakuan)	: 1. Negatif ( $T < 47,28$ ) 2. Positif ( $T \geq 47,28$ )
Sikap (post perlakuan)	: 1. Negatif ( $T < 52,07$ ) 2. Positif ( $T \geq 58,67$ )
Tindakan	: 1. Kurang ( $\leq 55\%$ ) 2. Cukup (56-75%) 3. Baik (76-100%)

**Lampiran 10****Descriptives****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre_pengetahuan_perlakuan	15	40	80	64.00	11.212
Valid N (listwise)	15				

**Frequencies****Statistics**

pre\_pengetahuan\_perlakuan

N	Valid	15
	Missing	0

**pre\_pengetahuan\_perlakuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 40	1	6.7	6.7	6.7
50	2	13.3	13.3	20.0
60	4	26.7	26.7	46.7
70	6	40.0	40.0	86.7
80	2	13.3	13.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

## Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
post_pengetahuan_perlakuan	15	80	100	88.00	8.619
Valid N (listwise)	15				

## Frequencies

Statistics

post\_pengetahuan\_perlakuan

N	Valid	15
	Missing	0

post\_pengetahuan\_perlakuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 80	7	46.7	46.7	46.7
90	4	26.7	26.7	73.3
100	4	26.7	26.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	



## NPar Tests

### Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks			
	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_pengetahuan_perlakuan Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
n - pre_pengetahuan_perlakuan Positive Ranks	15 <sup>b</sup>	8.00	120.00
Ties	0 <sup>c</sup>		
Total	15		

a. post\_pengetahuan\_perlakuan < pre\_pengetahuan\_perlakuan

b. post\_pengetahuan\_perlakuan > pre\_pengetahuan\_perlakuan

c. post\_pengetahuan\_perlakuan = pre\_pengetahuan\_perlakuan

#### Test Statistics<sup>b</sup>

	post_pengetahuan_perlakuan - pre_pengetahuan_perlakuan
Z	-3.482 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

## Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre_pengetahuan_kontrol	15	40	80	58.00	11.464
Valid N (listwise)	15				

## Frequencies

Statistics

pre\_pengetahuan\_kontrol

N	Valid	15
	Missing	0

pre\_pengetahuan\_kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 40	2	13.3	13.3	13.3
50	4	26.7	26.7	40.0
60	5	33.3	33.3	73.3
70	3	20.0	20.0	93.3
80	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

## Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
post_pengetahuan_kontrol	15	40	90	60.00	13.628
Valid N (listwise)	15				

## Frequencies

### Statistics

post\_pengetahuan\_kontrol

N	Valid	15
	Missing	0

post\_pengetahuan\_kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	40	2	13.3	13.3	13.3
	50	4	26.7	26.7	40.0
	60	3	20.0	20.0	60.0
	70	5	33.3	33.3	93.3
	90	1	6.7	6.7	100.0
Total		15	100.0	100.0	

## NPar Tests

### Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_pengetahuan_kontrol - Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
pre_pengetahuan_kontrol Positive Ranks	3 <sup>b</sup>	2.00	6.00
Ties	12 <sup>c</sup>		
Total	15		

a. post\_pengetahuan\_kontrol < pre\_pengetahuan\_kontrol

b. post\_pengetahuan\_kontrol > pre\_pengetahuan\_kontrol

c. post\_pengetahuan\_kontrol = pre\_pengetahuan\_kontrol

Test Statistics<sup>b</sup>

	post_pengetahuan_kontrol - pre_pengetahuan_kontrol
Z	-1.732 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.083

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

## NPar Tests

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
posttest_pengetahuan	perlakuan	15	22.40	336.00
	kontrol	15	8.60	129.00
	Total	30		

	posttest_pengetahuan
Mann-Whitney U	9.000
Wilcoxon W	129.000
Z	-4.352
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

## Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre_sikap_perlakuan	15	24	36	28.60	3.225
Valid N (listwise)	15				

## Frequencies

Statistics

pre\_sikap\_perlakuan

N	Valid	15
	Missing	0

pre\_sikap\_perlakuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 24	2	13.3	13.3	13.3
26	1	6.7	6.7	20.0
27	1	6.7	6.7	26.7
28	6	40.0	40.0	66.7
29	1	6.7	6.7	73.3
30	1	6.7	6.7	80.0
31	1	6.7	6.7	86.7
34	1	6.7	6.7	93.3
36	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

## Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
post_sikap_perlakuan	15	27	39	36.80	2.783
Valid N (listwise)	15				

## Frequencies

Statistics

post\_sikap\_perlakuan

N	Valid	15
	Missing	0

post\_sikap\_perlakuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	27	1	6.7	6.7	6.7
	37	8	53.3	53.3	60.0
	38	5	33.3	33.3	93.3
	39	1	6.7	6.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

## NPar Tests

### Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_sikap_perlakuan - pre_sikap_perlakuan	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	15 <sup>b</sup>	8.00	120.00
	Ties	0 <sup>c</sup>		
	Total	15		

a. post\_sikap\_perlakuan < pre\_sikap\_perlakuan

b. post\_sikap\_perlakuan > pre\_sikap\_perlakuan

c. post\_sikap\_perlakuan = pre\_sikap\_perlakuan

#### Test Statistics<sup>b</sup>

	post_sikap_perlakuan - pre_sikap_perlakuan
Z	-3.419 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test



## Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre_sikap_kontrol	15	22	32	26.73	2.939
Valid N (listwise)	15				

## Frequencies

Statistics

pre\_sikap\_kontrol

N	Valid	15
	Missing	0

pre\_sikap\_kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 22	1	6.7	6.7	6.7
24	2	13.3	13.3	20.0
25	2	13.3	13.3	33.3
26	5	33.3	33.3	66.7
27	1	6.7	6.7	73.3
30	1	6.7	6.7	80.0
31	2	13.3	13.3	93.3
32	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

## Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
post_sikap_kontrol	15	25	32	28.40	2.694
Valid N (listwise)	15				

## Frequencies

Statistics

post\_sikap\_kontrol

N	Valid	15
	Missing	0

post\_sikap\_kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 25	3	20.0	20.0	20.0
26	3	20.0	20.0	40.0
27	1	6.7	6.7	46.7
30	3	20.0	20.0	66.7
31	4	26.7	26.7	93.3
32	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

## Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_sikap_kontrol -	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
pre_sikap_kontrol	Positive Ranks	7 <sup>b</sup>	4.00	28.00
	Ties	8 <sup>c</sup>		
	Total	15		

a. post\_sikap\_kontrol < pre\_sikap\_kontrol

b. post\_sikap\_kontrol > pre\_sikap\_kontrol

c. post\_sikap\_kontrol = pre\_sikap\_kontrol

### Test Statistics<sup>b</sup>

	post_sikap_kontrol - pre_sikap_kontrol
Z	-2.388 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.017

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

Ranks				
	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
posttest_sikap	perlakuan	15	22.43	336.50
	kontrol	15	8.57	128.50
	Total	30		

Test Statistics <sup>b</sup>	
	posttest_sikap
Mann-Whitney U	8.500
Wilcoxon W	128.500
Z	-4.376
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

## Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre_tindakan_perlakuan	15	50	80	58.67	9.722
Valid N (listwise)	15				

## Frequencies

Statistics

pre\_tindakan\_perlakuan

N	Valid	15
	Missing	0

pre\_tindakan\_perlakuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 50	4	26.7	26.7	26.7
55	5	33.3	33.3	60.0
60	3	20.0	20.0	80.0
65	1	6.7	6.7	86.7
80	2	13.3	13.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

## Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
post_tindakan_perlakuan	15	70	90	82.67	6.230
Valid N (listwise)	15				

## Frequencies

Statistics

post\_tindakan\_perlakuan

N	Valid	15
	Missing	0

post\_tindakan\_perlakuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 70	2	13.3	13.3	13.3
80	4	26.7	26.7	40.0
85	6	40.0	40.0	80.0
90	3	20.0	20.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

## NPar Tests

### Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_tindakan_perlakuan -	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
pre_tindakan_perlakuan	Positive Ranks	15 <sup>b</sup>	8.00	120.00
	Ties	0 <sup>c</sup>		
	Total	15		

a. post\_tindakan\_perlakuan < pre\_tindakan\_perlakuan

b. post\_tindakan\_perlakuan > pre\_tindakan\_perlakuan

c. post\_tindakan\_perlakuan = pre\_tindakan\_perlakuan

## Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pre_tindakan_perlakuan	15	40	75	55.67	8.633
Valid N (listwise)	15				

## Frequencies

Statistics

pre\_tindakan\_perlakuan

N	Valid	15
	Missing	0

pre\_tindakan\_perlakuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	40	1	6.7	6.7	6.7
	45	1	6.7	6.7	13.3
	50	2	13.3	13.3	26.7
	55	7	46.7	46.7	73.3
	60	2	13.3	13.3	86.7
	70	1	6.7	6.7	93.3
	75	1	6.7	6.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	



## Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
post_tindakan_perlakuan	15	45	75	60.33	9.155
Valid N (listwise)	15				

## Frequencies

Statistics

post\_tindakan\_perlakuan

N	Valid	15
	Missing	0

post\_tindakan\_perlakuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 45	1	6.7	6.7	6.7
55	8	53.3	53.3	60.0
60	1	6.7	6.7	66.7
70	3	20.0	20.0	86.7
75	2	13.3	13.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

## NPar Tests

### Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_tindakan_perlakuan - pre_tindakan_perlakuan	1 <sup>a</sup>	3.50	3.50
	9 <sup>b</sup>	5.72	51.50
	5 <sup>c</sup>		
Total	15		

a. post\_tindakan\_perlakuan < pre\_tindakan\_perlakuan

b. post\_tindakan\_perlakuan > pre\_tindakan\_perlakuan

c. post\_tindakan\_perlakuan = pre\_tindakan\_perlakuan

Test Statistics<sup>b</sup>

	post_tindakan_p erlakuan - pre_tindakan_pe rlakuan
Z	-2.507 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.012

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
posttest_sikap	perlakuan	15	22.53	338.00
	kontrol	15	8.47	127.00
	Total	30		

Test Statistics<sup>b</sup>

	posttest_sikap
Mann-Whitney U	7.000
Wilcoxon W	127.000
Z	-4.453
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok