

## BAB I PENDAHULUAN

### A.Latar Belakang

Penurunan prevalensi balita pendek (*stunting*) merupakan salah satu dari empat program prioritas pembangunan kesehatan yang tercantum di dalam sasaran pokok Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2015-2019. *Stunting* menggambarkan status gizi kurang yang bersifat kronik pada masa pertumbuhan dan perkembangan sejak awal kehidupan. Keadaan ini dipresentasikan dengan nilai *z-score* tinggi badan menurut umur (TB/U) kurang dari -2 standar deviasi (SD) berdasarkan standar pertumbuhan menurut WHO (WHO, 2010).

Menurut WHO, prevalensi balita pendek menjadi masalah kesehatan masyarakat jika prevalensinya 20% atau lebih. Karenanya persentase balita pendek di Indonesia masih tinggi dan merupakan masalah kesehatan yang harus ditanggulangi. Dibandingkan beberapa negara tetangga, prevalensi balita pendek di Indonesia juga tertinggi dibandingkan Myanmar (35%), Vietnam (23%), Malaysia (17%), Thailand (16%) dan Singapura (4%)(UNSD, 2014). *Global Nutrition Report* tahun 2014 menunjukkan Indonesia termasuk dalam 17 negara, di antara 117 negara, yang mempunyai tiga masalah gizi yaitu *stunting*, *wasting* dan *overweight* pada balita (Infodatin, 2016).

Di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan dasar (Riskesdas) menunjukkan bahwa terjadi peningkatan prevalensi *stunting* di Indonesia pada tahun 2007 sebesar 36,8 % , tahun 2010 yaitu sebesar 35,6% dan menjadi 37,2 % pada tahun 2013, artinya 1 dari 3 anak Indonesia tergolong pendek. Adapun prevalensi pendek pada tahun 2013 terdiri atas 18% balita mengalami sangat pendek dan 19,2% balita mengalami pendek (Riskesdas, 2013). Prevalensi *stunting* ini mengalami peningkatan dibandingkan hasil Riskesdas tahun 2010 yaitu sebesar 35,6%. Sedangkan prevalensi balita pendek di Provinsi Kalimantan Tengah menurut hasil riskesdas mengalami fluktuatif pada tahun 2007 (43,6 %), tahun 2010 (39,6%) dan pada tahun 2013 sebesar 41,1 % (Riskesdas, 2013).

Penyebab terjadinya *stunting* oleh faktor multi dimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Intervensi yang paling menentukan untuk dapat mengurangi prevalensi *stunting* oleh karenanya perlu dilakukan pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dari anak balita.

Secara lebih detil, beberapa faktor yang menjadi penyebab *stunting* dapat digambarkan sebagai berikut: (1). Praktek pengasuhan yang kurang baik, termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa

kehamilan, serta setelah ibu melahirkan. Beberapa fakta dan informasi yang ada menunjukkan bahwa 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). MP-ASI diberikan/mulai diperkenalkan ketika balita berusia diatas 6 bulan; (2). Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC-*Ante Natal Care* (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) *Post Natal Care* dan pembelajaran dini yang berkualitas; (3). Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi. (4). Masih kurangnya akses rumah tangga/keluarga ke makanan bergizi. (TNP2K, 2017). (*RISKESDAS* 2013, *SDKI* 2012, *SUSENAS*)

Masa balita merupakan periode yang sangat peka terhadap lingkungan sehingga diperlukan perhatian lebih terutama kecukupan gizinya (Kurniasih, 2010). Masalah gizi terutama *stunting* pada balita dapat menghambat perkembangan anak, dengan dampak negatif yang akan berlangsung dalam kehidupan selanjutnya seperti penurunan intelektual, rentan terhadap penyakit tidak menular, penurunan produktivitas hingga menyebabkan kemiskinan dan risiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (UNICEF, 2012; dan WHO, 2010) dalam Media Gizi Indonesia, 2015).

Balita adalah anak yang berumur 0-59 bulan, pada masa ini ditandai dengan proses pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Disertai dengan perubahan yang memerlukan zat-zat gizi yang jumlahnya lebih banyak dengan kualitas tinggi. Akan tetapi, balita termasuk kelompok rawan gizi, mereka mudah menderita kelainan gizi karena kekurangan makanan yang dibutuhkan. Anak balita mengalami pertumbuhan sehingga memerlukan penambahan energi. Energi tambahan dibutuhkan untuk pertumbuhan tulang dan jaringan tubuh (Primiana, 2000). Selain energi ,protein diperlukan untuk pertumbuhan otot dan pembentukan darah beserta komponen – komponen bersama zat besi, kebutuhan protein pada usia sekolah adalah 36 – 50 gram atau 1,5 gr/KgBB/hari. Konsumsi protein dapat dipenuhi bila makanan yang diberikan beraneka ragam termasuk bahan makanan sumber karbohidrat. Sumber protein adalah susu, daging, ikan, telur dan kacang - kacangan (Dinas Kesehatan Provinsi NAD, 2003).

Berdasarkan hasil pembahasan faktor risiko stunting diusulkan model pengendalian faktor risiko stunting melalui pemberdayaan keluarga ditujukan pada level individu (ibu batita), level masyarakat dan level pelayanan kesehatan. Perspektif sosial memahami level ganda yang ada di masyarakat, yaitu level individu untuk membentuk perilaku, level interpersonal untuk memberikan dukungan, level masyarakat untuk membentuk norma, dan level pemerintah untuk mengubah kebijakan. Pada individu (ibu batita),

karena ibu sebagai pembina pertama dan utama terhadap pendidikan dan kesehatan anak, dan pengelola atau penyelenggara makanan dalam keluarga, memiliki peranan yang besar dalam peningkatan status gizi anggota keluarga.

Menurut hasil penelitian, Hapsari W, 2018, Pengetahuan ibu tentang gizi yang rendah merupakan faktor risiko terjadinya stunting pada balita dengan risiko sebesar 3,801. Pratiwi H, Bahar H, Rasma, 2016, metode konseling gizi efektif meningkatkan pengetahuan dan sikap responden dalam mencegah gizi buruk balita dengan hasil pengetahuan p value  $(0,004) < \alpha (0,05)$  dan sikap p value  $(0,039) < \alpha (0,05)$ . Sedangkan hasil penelitian Hestuningtyas TR, 2013 Konseling gizi dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, praktik ibu dalam pemberian makan anak, dan asupan zat gizi anak secara signifikan. Hasil penelitian (Munthofiah S, 2008) Pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu mempunyai hubungan yang bermakna dengan status gizi anak balita. Menurut hasil penelitian Rahmawati, Sudargo dan Paramastri, 2007, peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita yang mengikuti penyuluhan dengan media audio visual lebih tinggi dibandingkan dengan yang mengikuti penyuluhan dengan modul dan kontrol.

Menurut Notoatmodjo (2010) pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan dan sikap seseorang dan menurut Citerawati (2012) bahwa masalah kesehatan dan gizi yang timbul selain disebabkan oleh bibit penyakit (faktor biologis) juga diakibatkan oleh perilaku manusia yang bersangkutan. Upaya untuk mengatasi masalah perilaku tersebut dengan melalui pendidikan gizi yang berorientasi terhadap perubahan perilaku. Dalam melaksanakan proses pendidikan gizi diperlukan media sebagai alat bantu.

Intervensi penyuluhan dengan media audio visual dapat dilakukan sebagai upaya merangsang masyarakat terutama ibu balita agar mampu menjadi innovator di lingkungan rumah tangganya sendiri. Audio visual merupakan alat bantu yang paling tepat saat ini. Penyuluhan dengan media audio visual perlu dikembangkan sebagai jawaban terhadap kebutuhan untuk memberikan penyuluhan secara sistematis kepada ibu balita dengan fokus pada peningkatan pengetahuan dan sikap.

## **B. Perumusan masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas dapat dirumuskan pertanyaan sebagai berikut : Apakah ada pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Gizi Seimbang Balita Dan Stunting Dengan Media Audio Visual terhadap peningkatan pengetahuan Ibu Balita Di TPA Kota Palangka Raya ?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Gizi Seimbang Balita Dan Stunting Dengan Media Audio Visual terhadap peningkatan pengetahuan Ibu Balita Di TPA Kota Palangka Raya

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden (ibu balita) yang meliputi umur dan tingkat pendidikan di TPA kota Palangka Raya (TPA Darussaalam dan TPA Nanda).
- b. Mengetahui pengaruh media audio visual terhadap peningkatan pengetahuan ibu balita di TPA.
- c. Mengetahui perbedaan peningkatan pengetahuan Ibu balita pada kelompok kontrol dan media audio visual.
- d. Mengetahui perbedaan pengetahuan ibu balita sesudah intervensi antara kelompok kontrol dan media audio visual.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Institusi**

Memberikan informasi bagi pihak institusi untuk dapat mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan tentang pesan gizi seimbang balita dan stunting dengan media audio visual pada ibu balita di TPA Kota Palangka Raya.

### **2. Bagi Masyarakat**

Memberikan informasi kepada masyarakat agar dapat meningkatkan pengetahuan ibu balita tentang menu gizi seimbang balita untuk menjaga status gizi anak menjadi baik.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. PENDIDIKAN KESEHATAN**

Pendidikan Kesehatan menggunakan metode penyuluhan kesehatan. Penyuluhan Kesehatan adalah salah satu metode yang cukup banyak digunakan dalam melakukan upaya pendidikan kesehatan. Penyuluhan merupakan sebuah upaya untuk memecahkan masalah masyarakat dengan melakukan perubahan perilaku manusia melalui serangkaian kegiatan yang dilakukan secara sistematis dengan melibatkan peran serta aktif individu maupun kelompok ataupun masyarakat. Sedangkan penyuluhan gizi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan secara sistemik dengan melibatkan peran serta aktif individu, kelompok maupun masyarakat untuk menghasilkan perilaku yang dibutuhkan untuk memelihara, mempertahankan, ataupun meningkatkan keadaan gizi yang baik (Sulistyoningsih, 2011).

##### **a. Metode Penyuluhan/Promosi Kesehatan.**

Menurut Notoatmodjo (2005), metode penyuluhan/promosi kesehatan terbagi menjadi 3, yaitu:

###### **a) Metode Promosi Individual (Perorangan)**

Dalam promosi kesehatan, metode yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi.

###### **b) Metode Promosi Kelompok**

###### **1) Kelompok Besar**

Kelompok besar adalah apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain:

###### **(1) Ceramah**

Ceramah adalah menyampaikan atau menjelaskan suatu pengertian atau pesan secara lisan yang sudah dipersiapkan terlebih dahulu oleh seorang pembicara (ahli) kepada sekelompok pendengar dengan dibantu beberapa alat peraga yang diperhatikan .

###### **(2) Seminar**

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian

(presentasi) dari seorang ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan dianggap hangat di masyarakat (Notoatmodjo, 2005).

(3) Demonstrasi

Demonstrasi adalah peragaan atau menunjukkan kepada peserta bagaimana melakukan dan menggunakan sesuatu. Demonstrasi yang dilakukan oleh penyuluh biasanya diikuti dengan redemonstrasi oleh sebagian atau seluruh peserta.

2). Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya disebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain:

- (1) Diskusi kelompok
- (2) Curah Pendapat (*Brain Storming*)
- (3) Bola Salju (*Snow Balling*)
- (4) Kelompok-kelompok Kecil (*Buzz Group*)
- (5) Memainkan Peranan (*Role Play*)
- (6) Permainan Simulasi (*Simulation Game*)

c) Metode Promosi Kesehatan Massa

Metode pendidikan atau promosi kesehatan secara massa dipakai untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik. Beberapa contoh metode promosi kesehatan secara massa, antara lain:

- a) Ceramah umum (*public speaking*)
- b) Pidato-pidato/diskusi tentang kesehatan
- c) Simulasi
- d) Tulisan-tulisan di majalah atau Koran
- e) Billboard (Notoatmodjo, 2005)

**b. Media Penyuluhan**

Media atau alat peraga dapat diartikan dalam arti luas dan dalam arti sempit. Dalam arti luas media dapat berupa orang, material, atau kejadian yang dapat menciptakan kondisi tertentu, sehingga memungkinkan klien memperoleh pengetahuan, keterampilan, atau sikap yang baru. Dalam arti sempit, yang termasuk media adalah grafik, foto, gambar, alat mekanik dan elektronik yang

dipergunakan untuk menangkap, memproses, dan menyampaikan informasi visual atau verbal (Supariasa, 2012).

Jenis-jenis alat peraga dapat dipandang dari berbagai sudut. Hal ini tergantung dari mana kita melihatnya.

1) Audio Visual Aids (AVA)

a) Visual Aids

(1) *Nonprojected*

Papan tulis, buku, diktat, brosur, poster, leaflet, food model, dll.

(2) *Projected*

Slides, film strip, movie film, transparasi.

b) Audio Aids

(1) *Loud speaker, tape, recorder, dan radio*

c) Audio Visual Aids

(1) *Video Tape, film, sound sliders, dll.*

2) Rumit dan Sederhana

1. Rumit

Contoh alat peraga yang rumit, yaitu film, film strip, dan lain-lain, yang dalam penggunaannya membutuhkan proyektor yang relatif mahal.

2. Sederhana

Contoh alat peraga sederhana adalah dapat dibuat sendiri, bahan-bahan mudah didapat, dan dapat dibuat oleh tenaga setempat. Contoh alat peraga sederhana adalah poster, leaflet, food model, lembar balik, boneka/wayang, dan papan tulis (Supariasa, 2012).

**c. Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Penyuluhan.**

1) Faktor penyuluh

- a) Persiapan
- b) Penguasaan materi
- c) Penampilan
- d) Penggunaan bahasa
- e) Intonasi
- f) Cara penyampaian

2) Faktor Sasaran

- a) Tingkat pendidikan

- b) Tingkat sosek
  - c) Kepercayaan dan adat
  - d) Kondisi lingkungan
- 3) Faktor proses penyuluhan
- a) Pilihan waktu
  - b) Tempat
  - c) Jumlah sasaran
  - d) Alat peraga
  - e) Metode (Fitriani, 2011).

## 2. PENGETAHUAN

Menurut Notoatmodjo (2005) pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yaitu :

a. Tahu (know)

Tahu diartikan hanya sebagai recall (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan, misalnya : apa tanda-tanda anak yang kurang gizi, apa penyebab penyakit TBC, dan sebagainya.

b. Memahami (comprehension)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut. Misalnya, orang yang memahami cara pemberantasan penyakit demam berdarah, bukan hanya sekedar menyebutkan 3 M ( Mengubur, Menutup, dan Menguras), tetapi harus dapat dijelaskan mengapa harus menutup, menguras dan sebagainya tempat-tempat penampungan air tersebut.

c. Aplikasi (application)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui



tersebut pada situasi yang lain. Misalnya, seseorang yang telah paham tentang proses perencanaan, ia harus dapat membuat perencanaan program kesehatan ditempat ia bekerja atau dimana saja.

d. Analisis (analysis)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/atau memecahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu tidak sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut. Misalnya, dapat membedakan antara nyamuk aedes agepty dengan nyamuk biasa, dapat membuat diagram (flow chart) siklus hidup cacing kremi, dan sebagainya

e. Sintetis (Synthesis)

Sistesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sistesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada. Misalnya, dapat membuat atau meringkas dengan kata-kata atau kalimat sendiri tentang hal-hal yang telah dibaca atau didengar, dapat membuat kesimpulan kesimpulan tentang artikel yang telah dibaca.

f. Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu criteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat, Misalnya, seorang ibu dapat menilai atau menentukan seorang anak menderita malnutrisi atau tidak, seseorang dapat menilai manfaat ikut keluarga berencana, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2005).

### **3. PESAN GIZI SEIMBANG BAGI BALITA**

#### **A. Pengertian Gizi Seimbang**

Gizi yang seimbang adalah gizi yang sesuai dengan kebutuhan tubuh melalui makanan sehari-hari sehingga tubuh bisa aktif dan sehat optimal, serta tak terganggu penyakit atau tubuh tetap sehat.

## **B. Karakteristik Balita**

Balita adalah anak yang berumur 0-59 bulan, pada masa ini ditandai dengan proses pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Disertai dengan perubahan yang memerlukan zat-zat gizi yang jumlahnya lebih banyak dengan kualitas tinggi. Akan tetapi, balita termasuk kelompok rawan gizi, mereka mudah menderita kelainan gizi karena kekurangan makanan yang dibutuhkan. Masalah gizi balita yang harus dihadapi Indonesia pada saat ini adalah masalah gizi kurang dan masalah gizi lebih. Masalah gizi kurang disebabkan oleh kemiskinan, kurangnya persediaan pangan, sanitasi lingkungan yang kurang baik, kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi dan kesehatan, sedang Masalah gizi lebih disebabkan oleh kemajuan ekonomi pada masyarakat disertai dengan kurangnya pengetahuan gizi dan kesehatan.

Pada masa ini ditandai dengan proses pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Disertai dengan perubahan yang memerlukan zat-zat gizi yang jumlahnya lebih banyak dengan kualitas tinggi.

Gizi merupakan salah satu penentu kualitas sumber daya manusia. Akibat kekurangan gizi akan menyebabkan beberapa efek serius seperti kegagalan pertumbuhan fisik serta tidak optimalnya perkembangan dan kecerdasan. Akibat lain adalah terjadinya penurunan produktifitas, menurunnya daya tahan tubuh terhadap penyakit yang akan meningkatkan resiko kesakitan dan kematian.

Gizi yang baik sangat diperlukan untuk proses tumbuh kembang bagi anak-anak yang normal ditinjau dari segi umur, anak balita yaitu anak yang berumur di bawah lima tahun, merupakan anak yang sedang dalam masa tumbuh kembang adalah merupakan golongan yang paling rawan terhadap kekurangan kalori protein.

Anak usia 1-3 tahun merupakan konsumen pasif, artinya anak menerima makanan dari apa yang disediakan ibunya. Dengan kondisi demikian, sebaiknya anak balita diperkenalkan dengan berbagai bahan makanan. Laju pertumbuhan masa balita lebih besar dari masa usia prasekolah sehingga diperlukan jumlah makanan yang relatif lebih besar. Namun, perut yang masih lebih kecil menyebabkan jumlah makanan yang mampu diterimanya dalam sekali makan lebih kecil daripada anak yang usianya lebih besar. Oleh karena itu, pola makan yang diberikan adalah porsi kecil dengan frekuensi sering.

### **C. Peran Makanan Bagi Balita**

Makanan sebagai sumber zat gizi. Didalam makanan terdapat enam jenis zat gizi, yaitu karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral, dan air. Zat gizi ini diperlukan bagi balita sebagai zat tenaga, zat pembangun, dan zat pengatur.

#### 1. Zat tenaga

Zat gizi yang menghasilkan tenaga atau energi adalah karbohidrat, lemak, dan protein. Bagi balita, tenaga diperlukan untuk melakukan aktivitasnya serta pertumbuhan dan perkembangannya. Oleh karena itu, kebutuhan zat gizi sumber tenaga balita relatif lebih besar daripada orang dewasa.

#### 2. Zat Pembangun

Protein sebagai zat pembangun bukan hanya untuk pertumbuhan fisik dan perkembangan organ-organ tubuh balita, tetapi juga menggantikan jaringan yang aus atau rusak.

#### 3. Zat pengatur

Zat pengatur berfungsi agar organ-organ dan jaringan tubuh termasuk otak dapat berjalan seperti yang diharapkan. Berikut ini zat yang berperan sebagai zat pengatur.

- a. Vitamin, baik yang larut air ( vitamin B kompleks dan vitamin C ) maupun yang larut dalam lemak ( vitamin A, D, E, dan K ).
- b. Berbagai mineral, seperti kalsium, zat besi, iodium, dan flour.
- c. Air, sebagai alat pengatur vital kehidupan sel-sel tubuh.

### **D. Kebutuhan Gizi Balita**

Kebutuhan gizi seseorang adalah jumlah yang diperkirakan cukup untuk memelihara kesehatan pada umumnya. Secara garis besar, kebutuhan gizi ditentukan oleh usia, jenis kelamin, aktivitas, berat badan, dan tinggi badan. Antara asupan zat gizi dan pengeluarannya harus ada keseimbangan sehingga diperoleh status gizi yang baik. Status gizi balita dapat dipantau dengan menimbang anak setiap bulan dan dicocokkan dengan Kartu Menuju Sehat (KMS).

### **E. Faktor-Faktor Yang Mendorong Terjadinya Gangguan Gizi**

Ada beberapa hal yang sering merupakan penyebab terjadinya gangguan gizi, baik secara langsung maupun tidak langsung. Sebagai penyebab langsung gangguan gizi, khususnya gangguan gizi pada bayi dan anak usia dibawah lima tahun (balita) adalah tidak sesuainya jumlah gizi yang mereka peroleh dari makanan dengan kebutuhan

tubuh mereka. Berbagai faktor yang secara tidak langsung mendorong terjadinya gangguan gizi terutama pada anak Balita antara lain sebagai berikut:

1. Ketidaktahuan akan hubungan makanan dan kesehatan

Dalam kehidupan masyarakat sehari-hari sering terlihat keluarga yang berpenghasilan cukup akan tetapi makanan yang dihidangkan seadanya saja. Dengan demikian, kejadian gangguan gizi tidak hanya ditemukan pada keluarga yang berpenghasilan kurang akan tetapi juga pada keluarga yang berpenghasilan relatif baik (cukup). Keadaan ini menunjukkan bahwa ketidaktahuan akan faedah makanan bagi kesehatan tubuh mempunyai sebab buruknya mutu gizi makanan keluarga, khususnya makanan anak balita. Menurut Dr. Soegeng Santoso, M.pd, 1999, masalah gizi Karena kurang pengetahuan dan keterampilan dibidang memasak menurunkan konsumsi anak, keragaman bahan dan keragaman jenis masakan yang mempengaruhi kejiwaan misalnya kebosanan.

2. Prasangka buruk terhadap bahan makanan tertentu

Banyak bahan makanan yang sesungguhnya bernilai gizi tinggi tetapi tidak digunakan atau hanya digunakan secara terbatas akibat adanya prasangka yang tidak baik terhadap bahan makanan itu. Penggunaan bahan makanan itu dianggap dapat menurunkan harkat keluarga. Jenis sayuran seperti genjer, daun turi, bahkan daun ubi kayu yang kaya akan zat besi, vitamin A dan protein di beberapa daerah masih dianggap sebagai makanan yang dapat menurunkan harkat keluarga.

3. Adanya kebiasaan atau pantangan yang merugikan

Berbagai kebiasaan yang bertalian dengan pantang makan makanan tertentu masih sering kita jumpai terutama di daerah pedesaan. Larangan terhadap anak untuk makan telur, ikan, ataupun daging hanya berdasarkan kebiasaan yang tidak ada datanya dan hanya diwarisi secara turun temurun, padahal anak itu sendiri sangat memerlukan bahan makanan seperti itu guna keperluan pertumbuhan tubuhnya. Beberapa orang tua beranggapan ikan, telur, ayam, dan jenis makanan protein lainnya memberi pengaruh buruk untuk anak kecil. Anak yang terkena diare malah dipuaskan (tidak diberi makanan). Cara pengobatan seperti ini akan memperburuk gizi anak. ( Dr. Harsono, 1999).

4. Kesukaan yang berlebihan terhadap jenis makanan tertentu

Kesukaan yang berlebihan terhadap suatu jenis makanan tertentu atau disebut sebagai faddisme makanan akan mengakibatkan tubuh tidak memperoleh semua zat gizi yang diperlukan.

5. Jarak kelahiran yang terlalu rapat

Banyak hasil penelitian yang membuktikan bahwa banyak anak yang menderita gangguan gizi oleh karena ibunya sedang hamil lagi atau adiknya yang baru telah lahir, sehingga ibunya tidak dapat merawatnya secara baik. Anak yang dibawah usia 2 tahun masih sangat memerlukan perawatan ibunya, baik perawatan makanan maupun perawatan kesehatan dan kasih sayang, jika dalam masa 2 tahun itu ibu sudah hamil lagi, maka bukan saja perhatian ibu terhadap anak akan menjadi berkurang akan tetapi air susu ibu ( ASI ) yang masih sangat dibutuhkan anak akan berhenti keluar. Anak yang belum dipersiapkan secara baik untuk menerima makanan pengganti ASI, yang kadang-kadang mutu gizi makanan tersebut juga sangat rendah, dengan penghentian pemberian ASI karena produksi ASI berhenti, akan lebih cepat mendorong anak ke jurang malapetaka yang menderita gizi buruk, yang apabila tidak segera diperbaiki maka akan menyebabkan kematian. Karena alasan inilah dalam usaha meningkatkan kesejahteraan keluarga, disamping memperbaiki gizi juga perlu dilakukan usaha untuk mengatur jarak kelahiran dan kehamilan.

6. Sosial Ekonomi

Tidak dapat disangkal bahwa penghasilan keluarga akan turut menentukan hidangan yang disajikan untuk keluarga sehari-hari, baik kualitas maupun jumlah makanan.

7. Penyakit infeksi dapat menyebabkan anak tidak merasa lapar dan tidak mau makan

Penyakit ini juga menghabiskan sejumlah protein dan kalori yang seharusnya dipakai untuk pertumbuhan. Diare dan muntah dapat menghalangi penyerapan makanan. Penyakit-penyakit umum yang memperburuk keadaan gizi adalah: diare, infeksi saluran pernapasan atas, tuberculosis, campak, batuk rejan, malaria kronis, cacangan.

#### **4. STUNTING PADA BALITA**

Pendek atau *stunting* merupakan status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang mencakup dua kategori yaitu pendek dan sangat pendek. Perbandingan pertumbuhan linier tersebut kemudian dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*World Health Organization-Multicentre Growth Reference Study*) tahun 2005, apabila nilai

*z-score* berada kurang dari -2SD maka dikategorikan sebagai pendek/*stunted* dan apabila nilai *z-score* berada kurang dari -3SD maka diategorikan sebagai sangat pendek/*severely stunted* . Pertumbuhan linier pada awal masa kanak-kanak telah dianggap sebagai penanda pertumbuhan yang sehat, hal ini dikarenakan pertumbuhan berasosiasi dengan perkembangan anak pada beberapa domain meliputi kognitif, bahasa, dan kapasitas sensoris dan motoris (Stewart, C. P., Iannotti.,et.al 2013).Kondisi *stunting* mencerminkan masalah kurang gizi kronis yang terjadi sejak periode antenatal, intrauterine, dan postnatal, sehingga kondisi ini telah dianggap sebagai indikator terbaik yang merefleksikan kesejahteraan dan keadaan sosial dari anak( Onis, M. De & Branca, F.2016).

Pengukuran pertumbuhan merupakan hal yang esensial untuk dilakukan karena dapat menentukan apakah anak tumbuh dengan adekuat atau memiliki masalah pertumbuhan yang harus diberikan perhatian. Penilaian pertumbuhan bukanlah hal yang sukar dilakukan, tetapi membutuhkan kepatuhan terhadap prinsip-prinsip utama pengukuran dan perhatian yang detail selama prosesnya.

Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI, 2009) merekomendasikan pengukuran panjang/tinggi badan yang dipantau secara teratur pada: <1 tahun, saat lahir, 1, 2, 4, 6, 9, 12 bulan; 1-2 tahun: setiap 3 bulan; >3-21 tahun: setiap tahun. Adapun interpretasi dari hasil pengukuran yang direkomendasikan IDAI adalah sebagai berikut:

- Penurunan kecepatan pertumbuhan anak antara umur 3 sampai 12 tahun (memotong 2 garis persentil) atau laju pertumbuhan  $\leq 4$  cm/tahun harus dianggap patologis kecuali dibuktikan lain
- Berat badan (BB) menurut tinggi badan mempunyai nilai diagnostik dalam menentukan etiologi
- Pada kelainan endokrin umumnya tidak mengganggu BB sehingga anak terlihat gemuk
- Kelainan sistemik umumnya lebih mengganggu BB daripada TB sehingga anak lebih terlihat kurus

## **6. FAKTOR RISIKO DAN KOMPLIKASI KONDISI STUNTING**

Malnutrisi pada anak, yang termasuk didalamnya ialah *stunting*, merupakan rangkaian akibat dari berbagai faktor yang membutuhkan respon multisektoral. WHO menjelaskan bahwa terdapat beberapa konteks yang mempengaruhi terjadinya *stunting* antara lain politik dan ekonomi (harga makanan dan kebijakan perdagangan; regulasi pasar; stabilitas politik;

kemiskinan, pendapatan, dan kesejahteraan; pelayanan finansial; ketenagakerjaan dan mata pencaharian), sistem agrikultur dan makanan (produksi dan pemrosesan makanan; ketersediaan makanan yang mengandung mikronutrien; kualitas dan keamanan makanan); air, sanitasi, dan lingkungan (air, infrastruktur, dan pelayanan sanitasi; kepadatan populasi; perubahan iklim; urbanisasi; bencana alam dan buatan manusia); kesehatan dan perawatan kesehatan (akses ke pelayanan kesehatan; pemberi pelayanan kesehatan yang terqualifikasi; ketersediaan bahan; infrastruktur; sistem kesehatan dan kebijakan); masyarakat dan budaya (kepercayaan dan norma; jaringan dukungan sosial; pemberi perawatan pada anak (orang tua dan non orang tua); status wanita); serta edukasi (akses ke kualitas pendidikan; guru yang berkualitas; pendidik kesehatan yang berkualitas; dan infrastruktur seperti sekolah dan institusi pelatihan)(Stewart,2013).

Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya *stunting* antara lain faktor keluarga dan rumah tangga (faktor maternal dan lingkungan rumah), pemberian makanan komplementer yang tidak adekuat, pemberian air susu ibu (ASI), dan infeksi. Faktor maternal mempengaruhi anak baik dalam periode kehamilan maupun periode menuju hamil, hal ini dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan keturunan secara intergenerasi )(Stewart,2013). Perempuan yang *stunting* berisiko lebih tinggi untuk mengalami perlambatan pertumbuhan pada janinnya (*intrauterine growth retardation/IUGR*)( Nurbaiti, L., Adi, A. C., Devi, S. R. & Harthana, T, 2010)

Berdasarkan hasil penelitian Nurbaiti,2010 adalah di suku sasak memiliki beberapa kebiasaan makan yang berpengaruh pada anak, antara lain masyarakat lebih memilih memberikan makanan berbumbu dibandingkan memberikan protein hewani, jarang mengonsumsi sayur yang beragam dengan jumlah yang sedikit, pemberian makanan pendamping ASI yang tidak sesuai anjuran Departemen Kesehatan (Depkes), melarang ibu hamil untuk tabu mengonsumsi makanan tertentu seperti cumi dan ikan, serta pola asuh permisif dan sistem patrilineal bagi anak sehingga anak dituruti semua permintannya dan diperbolehkan makan makanan yang tidak bergizi.

Terdapat berbagai konsekuensi yang merugikan yang berasosiasi dengan kondisi *stunting*. Hal ini dapat dilihat dalam interval waktu yang dibagi menjadi jangka pendek dan jangka panjang. Konsekuensi jangka pendek dari kondisi *stunting* antara lain status nutrisi yang buruk dan kondisi yang rentan terhadap infeksi. Keduanya merupakan *lingkaran setan* yang saling mempengaruhi satu sama lain dan berujung pada kondisi kesehatan yang makin buruk. Kondisi lain yang dapat muncul antara lain masalah perkembangan seperti gangguan psikomotor dan gangguan mental (Stewart,2013).

WHO telah meluncurkan kerangka konsep mengenai perawakan pendek pada masa kanak-kanak, yang dibuat berdasarkan kerangka malnutrisi dari UNICEF pada tahun 1990 dengan judul “*Childhood Stunting: Context, Causes and Consequences*”.

## **7. PERAN ORANG TUA DALAM PROGRAM PENURUNAN PREVALENSI STUNTING**

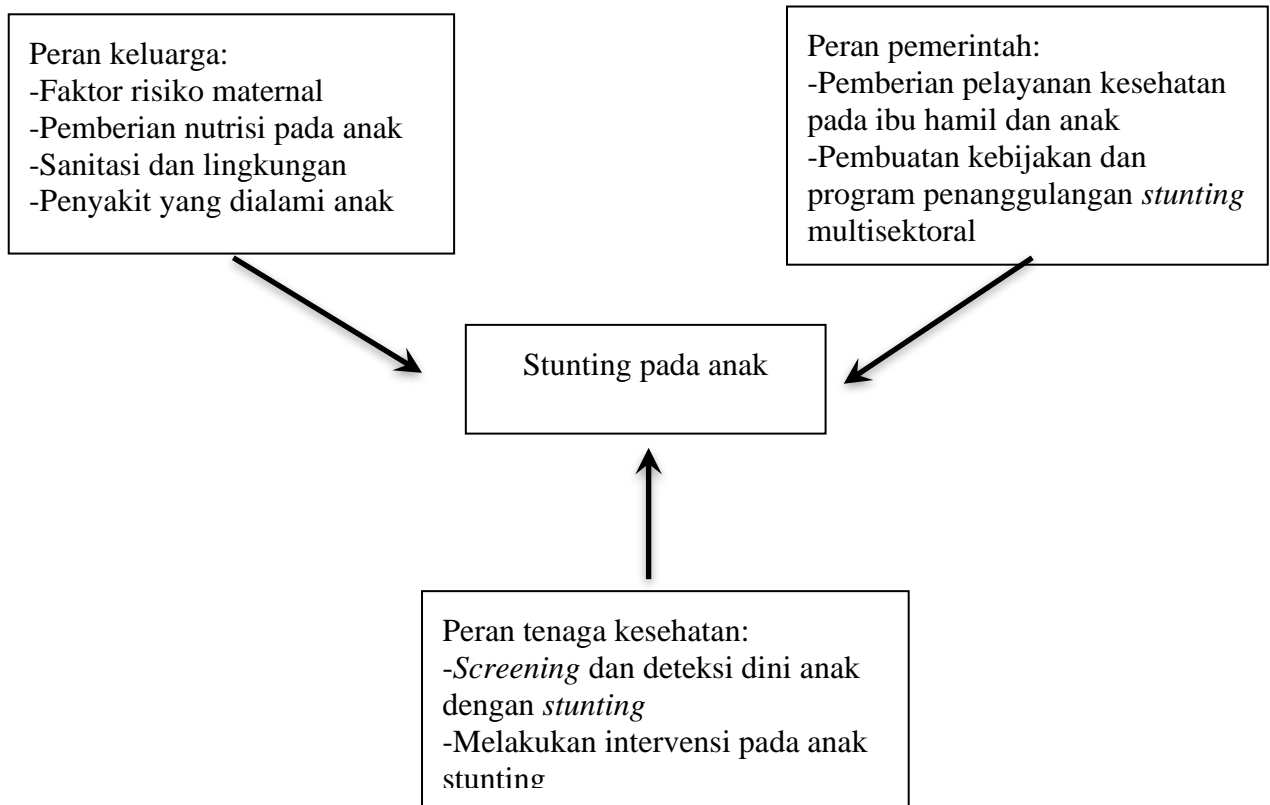
Orang tua memiliki peran yang signifikan dalam memberikan kontribusi pada berbagai program penurunan prevalensi *stunting* yang telah dicanangkan oleh pemerintah. Peran orang tua dalam menyukseskan program-program tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pengetahuan, sikap, dan tindakan orang tua dalam kesehatan anak dan gizi anak, usia ibu, dan keterlibatan peran ayah dalam kesehatan anak. Beberapa studi menunjukkan hasil yang berbeda pada faktor lain seperti tingkat pendidikan ibu dan sosial ekonomi, dimana pada beberapa studi menunjukkan hasil yang signifikan tetapi di studi lain menunjukkan hal yang sebaliknya.

Pada tahun 2012, *World Health Assembly Resolution 65.6* membentuk rencana implementasi komprehensif untuk nutrisi ibu hamil, bayi, anak “*Comprehensive implementation plan on maternal, infant, and young child nutrition*” yang memiliki target pertama berupa penurunan anak balita yang mengalami *stunted* sebesar 40% (Antonio,2012)

Program ini meliputi pemantauan ibu hamil oleh kader GEN dan Pendamping Desa serta pemberian pelayanan kesehatan anak yang meliputi pelayanan kesehatan neonatus, bayi, balita, dan anak. Adapun pemantauan pertumbuhan selalu menjadi program yang dilaksanakan pada pelayanan kesehatan anak dengan 84,57% balita mendapatkan pelayanan kesehatan pada tahun 2015.

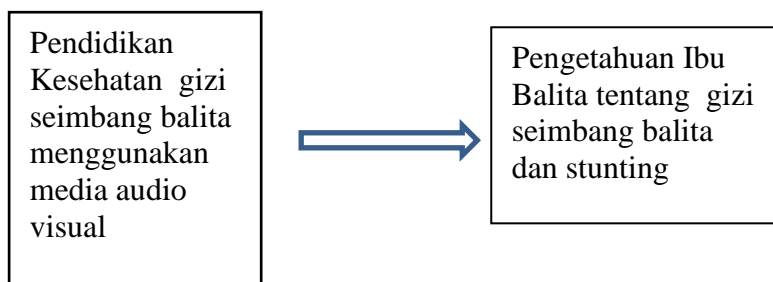


## B.KERANGKA TEORI



Gambar 2.1.Kerangka Teoritis Penelitian

## C.KERANGKA KONSEP



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

#### **D. VARIABEL PENELITIAN**

1. Variabel Bebas = Pendidikan kesehatan tentang pesan gizi seimbang balita dan stunting menggunakan media audio visual.
2. Variabel Terikat = Pengetahuan ibu balita tentang pesan gizi seimbang balita

#### **E. HIPOTESIS PENELITIAN**

Ho : Tidak Ada pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang gizi seimbang balita dan stunting dengan media audio visual pada ibu balita terhadap peningkatan pengetahuan ibu balita di TPA Kota Palangka raya .

H1 : Ada pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang gizi seimbang balita dengan media audio visual pada ibu balita terhadap peningkatan pengetahuan ibu balita di TPA Kota Palangka Raya

#### **F. DEFINISI OPERASIONAL**

##### 1. Media Audio Visual

Merupakan media yang berupa video bergambar dan bersuara direkam di dalam bentuk soft copy yang ditayangkan pada ibu balita pada saat penyuluhan tentang gizi seimbang balita dan stunting.

Skala : Nominal

##### 2. Nilai Pengetahuan Ibu Balita

Nilai pengetahuan merupakan nilai yang diperoleh dari hasil pretest dan posttest. Nilai merupakan nilai dari jawaban yang benar, jika menjawab benar mendapat nilai 5 dan jika salah mendapatkan nilai 0.

Skala : Ratio

Alat ukur : Lembar pretest dan posttest.

## BAB III METODOLOGI PENELITIAN

### A. Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini termasuk dalam gizi masyarakat yang bertujuan untuk mengetahui adanya pengaruh pendidikan kesehatan tentang gizi seimbang balita dan stunting dengan media audio visual terhadap pengetahuan pada ibu balita di TPA Kota Palangka Raya yang dilakukan pada tahun 2019.

### B. Rancangan Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode *Quasi Eksperimen* dengan rancangan penelitian *Nonequivalent Control Group Design*. Pada rancangan penelitian ini terdapat dua kelompok kemudian diberi pretest untuk mengetahui perbedaan keadaan awal antara group eksperimen dan group control yang dipilih secara nonrandom, disajikan dalam bentuk sebagai berikut:

Kelas Ekperimen	$O_1$	$X_1$	$O_2$
Kelas Kontrol	$O_3$		$O_4$

Keterangan :

- $O_1$  : Pretest sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada ibu eksperimen
- $O_2$  : Posttest sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada ibu eksperimen
- $O_3$  : Pretest tanpa diberikan pendidikan kesehatan pada ibu kontrol
- $O_4$  : Posttest tanpa diberikan pendidikan kesehatan pada ibu kontrol
- $X_1$  : Perlakuan dengan melakukan pendidikan kesehatan menggunakan media audio visual.

### C. Populasi dan Sampel

#### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu balita yang memiliki balita di TPA Nanda dan TPA Darussalam Palangka Raya.

#### 2. Sampel dan Cara Pengambilan sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih secara purposive sampling dengan kriteria sebagai berikut :

Kriteria inklusi :

1. Ibu balita yang mempunyai anak balita 0-59 bulan dan dititipkan di Taman Penitipan Anak Darussalam dan Nanda
2. Bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian .

Kriteria Eklusi :

1. Dalam Keadaan sakit

#### **D. Jenis dan Cara Pengumpulan Data**

##### 1. Data Primer

- a. Data karakteristik responden dikumpulkan menggunakan alat bantu kuesioner yang telah disediakan, kemudian didapatkan data meliputi umur responden.
- b. Data Pretest dan Posttest diperoleh dengan memberikan lembar kuesioner yang diberikan sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan dan media audio visual adalah kelompok intervensi, sedangkan kelompok kontrol hanya diberikan penyuluhan .
- c. Data pengetahuan ibu diperoleh dari nilai yang didapat dari lembar pretest dan posttest dibandingkan apakah ada perubahan baik meningkat, menurun atau tetap.

##### 2. Data Sekunder

Data sekunder berupa gambaran umum Taman Penitipan Anak (TPA) di Kota Palangka Raya.

#### **E. Pengolahan dan Analisis Data**

##### 1. Pengolahan Data

- a. Mengkode data (data coding), membuat klasifikasi data dan memberi kode pada jawaban dari setiap pertanyaan dalam kuesioner. Setiap soal memiliki skor masing-masing. Perhitungan dilakukan dengan mengalikan semua jawaban benar dengan skor soal.
- b. Menyunting data (data editing), yaitu kuisisioner yang telah diisi dilihat kelengkapan jawabannya, sebelum dilakukan proses pemasukan data ke dalam komputer.
- c. Memasukan data (entry data), yaitu dilakukan pemasukan data ke dalam template yang telah dibuat (Kurnia, 2011).

## 2. Analisis Data

### a. Analisis Univariat

Penjelasan atau deskripsi karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (karakteristik sampel, pengetahuan ibu balita ) menggunakan software SPSS 16. Data akan disajikan dalam bentuk tabel, yaitu:

- 1) Karakteristik Sampel
- 2) Pengetahuan tentang asupan gizi seimbang balita dan stunting.

### b. Analisis Bivariat

Uji analisis bivariat yang digunakan adalah uji *paired t-test* dan uji *independent sample t-test*. Uji *paired t-test* dilakukan untuk membedakan hasil pretest dan posttest terhadap pengetahuan dan sikap ibu dalam pemberian gizi seimbang pada kelas eksperimen yang diberikan pendidikan kesehatan. Analisis menggunakan software SPSS 16. Tingkat kepercayaan yang diinginkan pada uji ini adalah 95%.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum TPA Nanda dan Darussalam Palangkaraya.**

Penelitian dilaksanakan di Kota Palangka Raya. Penelitian ini dilakukan pada 2 Taman Penitipan Anak (TPA) sebagai berikut :

1. **Gambaran Umum Taman Penitipan Anak (TPA) Nanda Palangka Raya**

TPA Nanda berada di jalan P. Junjung Buih I, Langkai, Kec. Jekan Raya, Kota Palangka Raya. Memiliki 1 orang pemasak, 6 orang pengasuh (1 orang sedang cuti). Tidak memiliki siklus menu, biaya makan Rp3.500/hr untuk 1x makan siang. Di TPA Nanda ada yang membawa makan/snack dari rumah, biasanya selalu sarapan pagi dirumah dan anak tidak diperbolehkan membeli makanan dari luar sehingga mereka tidak diberikan uang jajan agar anak tidak jajan diluar (sembarangan). Makanan tambahan diberikan 1 bulan sekali. Anak balita yang biasanya minum susu dibawakan oleh orang tua. Tenaga Pengelola TPA Nanda mempunyai jam kerja : 06.00 – 16.30 WIB.

2. **Gambaran Umum Taman Penitipan Anak (TPA) Darussalam Palangka Raya**

TPA Nanda berada di jalan G. Obos X , Kota Palangka Raya. Memiliki 1 orang pemasak, 4 orang pengasuh . Tidak memiliki siklus menu, biaya makan Rp5.000/hr untuk 1x makan siang. Di TPA Darussalam ada yang membawa makan/snack dari rumah, biasanya selalu sarapan pagi dirumah dan anak tidak diperbolehkan membeli makanan dari luar sehingga mereka tidak diberikan uang jajan agar anak tidak jajan diluar (sembarangan). Makanan tambahan diberikan 1 bulan sekali. Anak balita diberikan minum susu yang dibawakan orang tua nya . Tenaga Pengelola TPA Darussalam Palangka Raya mempunyai jam kerja : 07.00 – 16.30 WIB

Pemilihan kedua Taman Penitipan Anak (TPA) ini berdasarkan kesamaan dari balitanya. Secara umum kedua TPA ini merupakan tempat penitipan yang orang tuanya berada dala tingkat ekonomi menengah.Penelitian dilakukan pada ibu balita yang menitipkan anak balitanya di TPA.Secara letak geografis kedua TPA ini terletak di daerah perkotaan dengan letak cukup dekat dan tidak berbeda jauh sekali.Terutama karakteristiknya masih sama yaitu di pusat kota. Kedua TPA ini juga merupakan TPA yang banyak diminati karena dilengkapi dengan program dan permainan yang diberikan pada balita pada saat dititip dan mempunyai lingkungan yang bersih dan aman.

## B. ANALISIS UNIVARIAT

### 1. Karakteristik responden (ibu balita) yang meliputi umur dan tingkat pendidikan di TPA Nanda dan TPA Darussalam Palangka Raya.

Karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 4.1. yang menunjukkan bahwa rata-rata usia responden pada kelompok kontrol adalah 25 tahun (95%CI: 23,28-26,16) dengan standar deviasi 3,48. Sedangkan pada kelompok perlakuan adalah 25 tahun (95%CI: 23,48-26,84) dengan standar deviasi 4,05. Pada kedua kelompok tersebut relatif homogen, sehingga salah satu persyaratan untuk melakukan penelitian eksperimental dapat terpenuhi.

**Tabel 4.1. Distribusi usia responden di TPA Nanda dan TPA Darussalam Palangka Raya.**

Intervensi	N	Mean	SD	Minimal-maksimal	95%CI
Kontrol	25	24,72	3,48	19-31	23,28-26,16
Audio Visual	25	25,16	4,05	19-32	23,48-26,84

Data yang bersifat kategorik dianalisis dan didapatkan bahwa pendidikan tinggi pada kelompok perlakuan sebesar 48% (12 orang) sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 28% (7 orang).

**Tabel 4.2. Distribusi responden menurut pendidikan responden di TPA Nanda dan TPA Darussalam Palangka Raya.**

Variabel	Kontrol		Perlakuan	
	N	%	n	%
SMP	4	16	4	16
SMA	14	56	9	36
PT	7	28	12	48

## 2. Hasil analisis nilai pretest pengetahuan kelompok kontrol dan kelompok audio visual

Berdasarkan hasil penelitian nilai pretest pengetahuan kelompok kontrol dan kelompok audio visual adalah sebagai berikut

**Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Nilai Pretest Pengetahuan**

Nilai Pretest	Kelompok Kontrol		Kelompok Audio Visual	
	n	%	N	%
50	2	4	1	2
55	1	2	1	2
60	3	6	1	2
65	2	4	1	2
70	6	12	2	4
75	4	8	4	8
80	4	8	9	18
85	1	2	4	8
90	2	4	2	4
<b>Jumlah</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Distribusi frekuensi untuk kelompok kontrol paling banyak yang mendapatkan nilai 70 sebanyak 6 orang (12%), dengan nilai terendah, dengan nilai terendah yaitu diangka 50 sebanyak 2 orang (4%) dan nilai tertinggi 90 sebanyak 2 orang (4%). Nilai pretest untuk kelompok audio visual paling banyak di angka 80 dengan jumlah 9 orang (18%), dengan nilai terendah 50 sebanyak 1 orang (2 %) dan nilai tertinggi 90 sebanyak 2 orang (4%).

Nilai pretest audio visual memiliki mean 76,4 dengan median dan modus 80 . Nilai pretest minimum pada kelompok audio visual adalah dan nilai maksimum adalah 50. Berdasarkan nilai pretest ini maka kelompok audio visual sebelum intervensi sudah memiliki pengetahuan yang lebih baik dari kelompok kontrol yaitu mendapatkan nilai 80 sebanyak 9 orang (18%).



Sebelum diberikan penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual ibu balita, pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol telah memiliki kesamaan karakteristik yaitu umur dan pendidikan. Pemberian penyuluhan kesehatan dengan media ini dilakukan satu kali dan dilanjutkan dengan diskusi. Diskusi dilakukan jika ada pertanyaan dari responden tentang video yang diputar.

**Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Nilai Postest Pengetahuan**

Nilai Pretest	Kelompok Kontrol		Kelompok Audio Visual	
	N	%	N	%
50	1	2	0	0
55	2	4	1	2
60	3	6	1	2
65	2	4	0	0
70	5	10	2	4
75	3	6	1	2
80	6	12	3	6
85	1	2	6	12
90	2	4	6	12
95	0	0	1	2
100	0	0	4	8
<b>Jumlah</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Distribusi frekuensi nilai posttest pada kelompok kontrol paling banyak yang mendapatkan nilai 80 sebanyak 6 orang (12%), dengan nilai terendah yaitu diangka 50 sebanyak 2 orang (4%) dan nilai tertinggi 90 sebanyak 2 orang (4%).

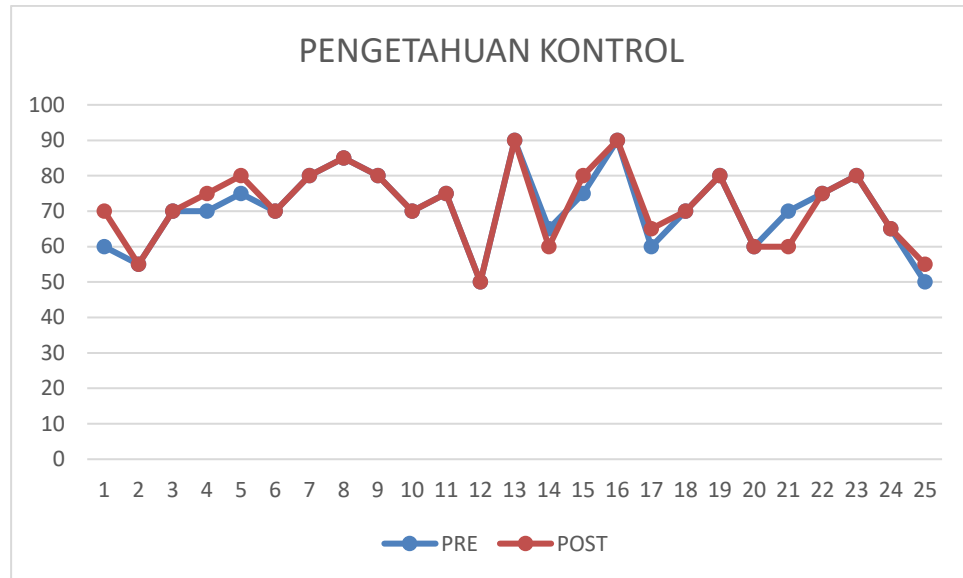
Nilai posttest untuk kelompok audio visual paling banyak di angka 85 dan 90 dengan jumlah 6 orang (12%), dengan nilai terendah 55 sebanyak 1 orang (2 %) dan nilai tertinggi 100 sebanyak 4 orang (8%).

Nilai pretest audio visual memiliki mean 76,4 dengan median dan modus 80 . Nilai pretest minimum pada kelompok audio visual adalah dan nilai maksimum adalah 50. Berdasarkan nilai pretest ini maka kelompok audio visual sebelum intervensi sudah memiliki pengetahuan yang lebih baik dari kelompok kontrol yaitu mendapatkan nilai 80 sebanyak 9 orang (18%).

### C. ANALISIS BIVARIAT

#### 1. Perbedaan nilai pengetahuan ibu tentang gizi seimbang dan stunting menurut kelompok kontrol dan kelompok audio visual

- a. Grafik perbedaan nilai pengetahuan ibu balita tentang gizi seimbang dan stunting menurut kelompok kontrol



Gambar 4.1. Grafik Perbedaan nilai Pengetahuan Pretest dan Posttest Pada Kelompok Kontrol

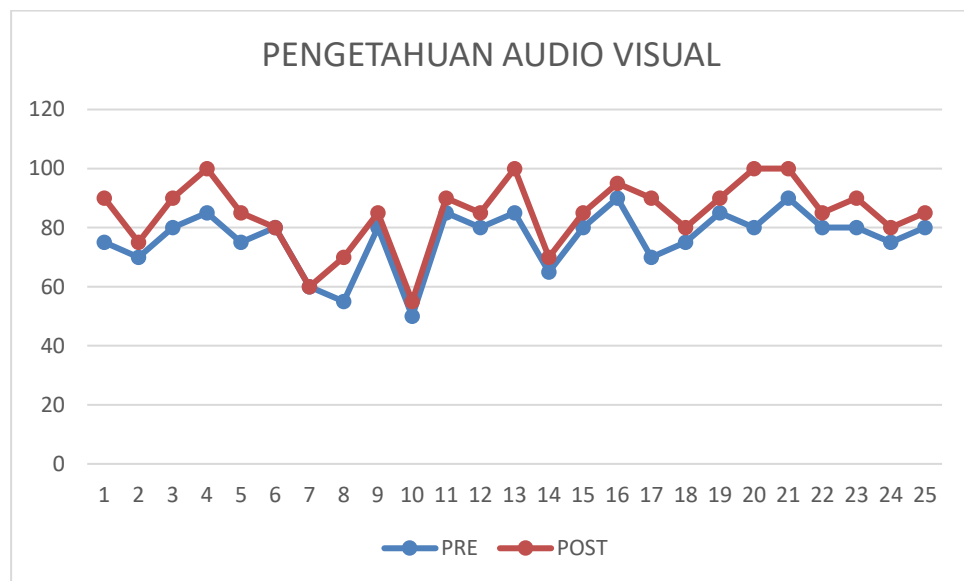
Gambar 4.1 merupakan grafik perbedaan nilai pengetahuan pretest dan posttest pada kelompok kontrol. Pada grafik menunjukkan terjadi beberapa nilai yaitu peningkatan dan tetap. Pada nilai posttest terlihat kenaikan titik-titik yang mendapatkan nilai skor tertinggi yaitu 90.

Tabel. 4.5. Rata-rata Nilai Pengetahuan Menurut Pretest dan Posttest Kelompok Kontrol

Variabel	Mean	SD	SE	Pvalue	n
Nilai Pengetahuan					
Pretest	70,80	10,962	2,192	0,294	25
Posttest	71,60	10,870	2,174		

Rata-rata nilai pengetahuan pada kelompok kontrol nilai pretest adalah 70,8 dengan standar deviasi 10,962. Pada posttest didapatkan rata-rata nilai pengetahuan adalah 71,6 dengan standar deviasi 10,870. Terdapat perbedaan nilai mean pada pretest dan posttest 0,8. Hasil uji statistik didapatkan nilai 0,294 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara pretest dan posttest.

- b. Grafik perbedaan nilai pengetahuan ibu balita tentang gizi seimbang dan stunting menurut kelompok audio visual.



Gambar 4.2. Grafik Perbedaan nilai Pengetahuan Pretest dan Posttest Pada Kelompok Audio Visual

Gambar 4.2 merupakan grafik perbedaan nilai pengetahuan pretest dan posttest pada kelompok audio visual. Pada grafik menunjukkan terjadi beberapa nilai yaitu peningkatan dan tetap. Pada nilai posttest terlihat kenaikan titik-titik yang mendapatkan nilai skor tertinggi yaitu 100.

**Tabel.4.6. Rata-rata Nilai Pengetahuan Menurut Pretest dan Posttest Kelompok Audio Visual.**

Variabel	Mean	SD	SE	Pvalue	n
Nilai Pengetahuan					
Pretest	76,40	10,054	2,011	0,000	25
Posttest	84,60	11,719	2,344		

Kelompok audio visual mempunyai rata-rata nilai pengetahuan pada pretest adalah 76,40 dengan standar deviasi 10,054. Pada posttest didapatkan rata-rata nilai pengetahuan adalah 84,60 dengan standar deviasi 11,719. Terdapat perbedaan nilai mean pada pretest dan posttest 8,2. Hasil uji statistik didapatkan nilai 0,000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara pretest dan posttest pada kelompok audio visual.

Pemilihan dan penggunaan media merupakan salah satu komponen yang penting. Menurut Maulana (2009), pancaindera yang banyak menyalurkan pengetahuan ke otak adalah mata (kurang lebih 75%-87%). Pemilihan media audiovisual sebagai media penyuluhan kesehatan dapat diterima dengan baik oleh responden. Media ini menawarkan penyuluhan yang lebih menarik dan tidak monoton. Penyuluhan dengan audiovisual menampilkan gerak, gambar dan suara sedangkan penyuluhan dengan media cetak menampilkan tulisan dan suara penyuluh secara langsung yang membuat terkesan formal. Pada saat pelaksanaan penelitian responden sangat tertarik dan terpusat perhatiannya pada saat video yang diputar karena penyebab keingintahuannya terhadap isi pesan yang disampaikan.

## 2. Perbedaan Rerata dan Simpangan Baku Nilai Pretest ke Posttest Pada Nilai Pengetahuan Ibu Balita Menurut Kelompok.

**Tabel.4.7. Perbedaan Rerata dan Simpangan Baku Nilai Pretest ke Posttest Pada Nilai Pengetahuan Ibu Balita Menurut Kelompok.**

Kelompok	Rerata Nilai		Selisih Rerata	Uji Statistik	
	Pretest	Posttest		t	pvalue
Kontrol	70,80±10,962	71,60±10,870	0,8	-1,072	0,294
Audiovisual	76,40±10,054	84,60±11,719	8,2	-7,364	0,000

Analisis pada kelompok audio visual menunjukkan bahwa setelah diberikan penyuluhan menggunakan media audio visual kepada ibu balita nilai pengetahuannya meningkat dari pretest ke posttest yaitu dari 76,40 menjadi 84,60 dengan selisih rerata sebesar 8,20 terdapat beda nyata nilai pengetahuan. Didapatkan nilai p value 0,000, menunjukkan peningkatan pengetahuan sebesar 8,20 signifikan karena adanya penyuluhan menggunakan media audio visual.

Kelompok kontrol menunjukkan bahwa setelah dilakukan pretest dan posttest kepada ibu balita nilai pengetahuannya dari 70,80 menjadi 71,60 dengan selisih rerata sebesar 0,80 tidak

terdapat beda nyata nilai pengetahuan. Nilai p value 0,294 menunjukkan tidak ada pengaruh signifikan pada kelompok kontrol antara nilai pretest dan posttest.

Berdasarkan hasil penelitian penyuluhan menggunakan media audio visual untuk meningkatkan pengetahuan ibu balita tentang gizi seimbang balita dan stunting. Hasil penelitian menunjukkan bahwa media audio visual lebih efektif untuk meningkatkan nilai pengetahuan dibandingkan kelompok kontrol. Penyuluhan dengan menggunakan media audio visual lebih efektif dibandingkan dengan kelompok yang hanya diberikan penyuluhan.

### **3.Perbedaan Peningkatan Pengetahuan Ibu balita pada Kelompok Kontrol dan Perlakuan.**

Perbedaan peningkatan pengetahuan ibu balita diidentifikasi dari selisih nilai pengetahuan antara pre test dengan post test pada masing-masing kelompok.

**Tabel 4.8. Distribusi Peningkatan rata-rata Pengetahuan Ibu balita di Kelompok Kontrol dan Kelompok Audio Visual.**

Intervensi	N	Mean	SD	SE	P value	Min-max
Pengetahuan						
Kontrol	25	0,8	3,731	0,746	0,000	-10-10
Audio Visual	25	8,2	5,568	1,114		5-20

Rata-rata peningkatan nilai pengetahuan responden pada kelompok kontrol adalah 0,8 dengan standar deviasi 3,731 sedangkan untuk kelompok audio visual rata-rata peningkatan pengetahuannya adalah 8,20 dengan standar deviasi 1,114. Hasil uji statistik di dapatkan nilai p value 0,000, berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan antara rata-rata peningkatan nilai pengetahuan pada kelompok kontrol dan kelompok audio visual.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Rahmawati, Sudargo dan Paramastri (2007), dengan judul Pengaruh Penyuluhan dengan Media Audio Visual terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan perilaku Ibu Balita Gizi Kurang dan Buruk Di Kabupaten Kotawaringin Barat Propinsi Kalimantan Tengah. Penelitian ini memberikan intervensi video sebanyak 3 kali untuk kelompok perlakuan. Hasilnya menunjukkan adanya perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu balita antara sebelum dan sesudah intervensi.

#### 4. Perbedaan Pengetahuan Posttest Ibu Balita pada kelompok kontrol dan audio visual.

Perbedaan nilai pengetahuan posttest ibu balita antara kedua kelompok dapat dilihat pada tabel 4.8 dibawah ini :

**Tabel 4.9 Distribusi perbedaan Pengetahuan Posttest Ibu Balita pada kelompok Kontrol dan Audio Visual**

Intervensi	N	Mean	SD	SE	P value	Min-max
Pengetahuan						
Kontrol	25	71,60	10,870	2,174	0,000	50-90
Audio Visual	25	84,60	11,719	2,344		55-100

Rata-rata nilai pengetahuan posttest ibu balita pada kelompok kontrol adalah 71,60 dengan standar deviasi 10,870 sedangkan untuk kelompok perlakuan rata-rata pengetahuannya adalah 84,60 dengan standar deviasi 911,72 .Hasil uji statistik di dapatkan nilai p value 0,000, berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan antara rata-rata nilai pengetahuan posttest pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

Hasil penelitian lain yang sesuai dengan penelitian Meidiana,2018,menyatakan bahwa rata-rata nilai pengetahuan dan sikap remaja sesudah dan sebelum diberikan edukasi untuk kelompok leafleat nilai rata-rata pengetahuan sebelum 8,60 dan sesudah 9,48, nilai untuk sikap sebelum 36,58 dan sesudah 40,38,seandainya untuk kelompok video pengetahuan sebelum8,83 dan sesudah 9,42 untuk sikap sebelum 36,45 dan sesudah 39,65. Ada pengaruh edukasi dengan menggunakan media audio visual dan leafleat terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap remaja overweight.

Hasil penelitian lain yang sesuai adalah Perbedaan Efek Penyuluhan Kesehatan menggunakan Media Cetak dengan Media Audio Visual Terhadap Peningkatan Pengetahuan Pasien Tuberkulosis (Kumboyono, 2011), diperoleh hasil Ada perbedaan efek penyuluhan kesehatan menggunakan media cetak dan media Audio Visual terhadap peningkatan pengetahuan pasien Tuberkulosis.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A.KESIMPULAN**

1. Karakteristik ibu balita rata-rata usia ibu balita pada kelompok kontrol adalah 25 tahun (95%CI: 23,28-26,16) dengan standar deviasi 3,48. Sedangkan pada kelompok perlakuan adalah 25 tahun(95%CI: 23,48-26,84) dengan standar deviasi 4,05. Tingkat pendidikan pada kelompok perlakuan sebesar 48% (12 orang) sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 28% (7 orang).
2. Kelompok Kontrol mempunyai rata-rata nilai pengetahuan nilai pretest adalah 70,8 dengan standar deviasi 10,962. Pada posttest didapatkan rata-rata nilai pengetahuan adalah 71,6 dengan standar deviasi 10,870. Terdapat perbedaan nilai mean pada pretest dan posttest 0,8. Hasil uji statistik didapatkan nilai 0,294 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara pretest dan posttest.
3. Kelompok audio visual mempunyai rata-rata nilai pengetahuan pada pretest adalah 76,40 dengan standar deviasi 10,054. Pada posttest didapatkan rata-rata nilai pengetahuan adalah 84,60 dengan standar deviasi 11,719. Terdapat perbedaan nilai mean pada pretest dan posttest 8,2. Hasil uji statistik didapatkan nilai 0,000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara pretest dan posttest pada kelompok audio visual.
4. Rata-rata peningkatan nilai pengetahuan responden pada kelompok kontrol adalah 0,8 dengan standar deviasi 3,731 sedangkan untuk kelompok audio visual rata-rata peningkatan pengetahuannya adalah 8,20 dengan standar deviasi 1,114. Hasil uji statistik di dapatkan nilai p value 0,000, berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan antara rata-rata peningkatan nilai pengetahuan pada kelompok kontrol dan kelompok audio visual.
5. Rata-rata nilai pengetahuan posttest responden pada kelompok kontrol adalah 71,60 dengan standar deviasi 10,870 sedangkan untuk kelompok perlakuan rata-rata pengetahuannya adalah 84,60 dengan standar deviasi 911,72. Hasil uji statistik di dapatkan nilai p value 0,000, berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan antara rata-rata nilai pengetahuan pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.
6. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan ibu balita yang mendapatkan penyuluhan menggunakan media audio visual lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol.

## **B. SARAN**

1. Promosi Gizi pada ibu balita bisa dilakukan dengan menggunakan media audio visual terbukti lebih efektif untuk meningkatkan pengetahuan gizi ibu balita.
2. Promosi gizi pada ibu balita perlu dilakukan pengembangan media sehingga bisa lebih menarik dan menyesuaikan dengan kebutuhan. Bagi pihak Taman Penitipan Anak agar dapat menggunakan media audio visual sebagai media untuk melakukan edukasi mengenai gizi kepada ibu balita yang menitipkan anaknya di TPA.



## DAFTAR PUSTAKA

- Antonio, W. H. O. & Weise, S. WHA Global Nutrition Targets 2025 : Stunting Policy Brief. (2012).
- Badan Litbang Departemen Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar 2013.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah tahun, 2017.
- Hestu, T. R. *Pengaruh Konseling Gizi terhadap Pengetahuan, Sikap, Praktek Ibu dalam Pemberian Makan Anak, dan Asupan Zat Gizi Anak Stunting Usia 1-2 Tahun di Kecamatan Semarang Timur. Journal of Nutrition College* **3**, (2014).
- Idai. Pedoman pelayanan medis. *Pedoman pelayanan medis* 58–61 (2009).
- Infodatin. Situasi Balita Pendek. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016.
- Kumboyono. Perbedaan Efek Penyuluhan Kesehatan Menggunakan Media Cetak Dengan Media Audio Visual Terhadap Peningkatan Pengetahuan Pasien Tuberkulosis. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan* .Volume 7.No.1Februari 2011
- Meidiana., Simbolon., Wahyudi. Pengaruh Edukasi Melalui Media Audio Visual Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Overweight. *Jurnal Kesehatan*. Volume 9. Nomor 3. November 2018.
- Munthofiah, S. Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Ibu Dengan Status Gizi Anak Balita. *Thesis* (2010).
- Nurbaiti, L., Adi, A. C., Devi, S. R. & Harthana, T. Kebiasaan makan balita stunting pada masyarakat Suku Sasak : Tinjauan 1000 hari pertama kehidupan ( HPK ) Dietary habit in stunting toddler in Sasak people : Observation of 1000 first day of life. 104–112

Ni 'mah, C. & Muniroh, L. Hubungan Tingkat Pendidikan, Tingkat Pengetahuan dan Pola Asuh Ibu dengan Wasting dan Stunting pada Balita Keluarga Miskin. *Media Gizi Indonesia*. **Vol. 10**, 84–90 (2015).

Pratiwi, H. & Bahar, H. WUA-WUA KOTA KENDARI TAHUN 2016. 1–8 (2016).

Rahamawati.,Sudargo.,Paramastri.Pengaruh Penyuluhan Dengan Media Audio Visual Terhadap Peningkatan Pengetahuan,Sikap dan Perilaku Ibu Balita Gizi Kurang Dan Buruk Di Kabupaten Kotawaringin Barat Propinsi Kalimantan Tengah.Jurnal Gizi Klinik Indonesia.Volume 4.No.2.Nopember 2007:69-77.

Stewart, C. P., Iannotti, L., Dewey, K. G., Michaelsen, K. F. & Onyango, A. W. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Matern. Child Nutr.* **9**, 27–45 (2013).

WHO. Training Course on Child Growth Assessment. *World Heal. Organ. Train. Course Child Growth Assessment. Geneva WS 103*, 1–116 (2008).

## Lampiran 5

### PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

#### Nomor Responden:

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama :
2. Tempat, Tanggal Lahir :
3. Umur ibu : tahun

Dengan Ini Menyatakan Kesiediaan Saya Menjadi Responden Dalam Penelitian Penugasan Yang Berjudul “**Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Pesan Gizi Seimbang Balita Dan Stunting Dengan Media Audio Visual Terhadap Pengetahuan Ibu Balita Di TPA Kota Palangka Raya**”.

Responden,

Palangka Raya, Mei 2019

Peneliti,

( )

(Munifa, MPH)

**Lampiran 2**

**IDENTITAS RESPONDEN**

No responden : \_\_\_\_\_  
Tanggal pengambilan data : \_\_\_\_\_  
Nama responden : \_\_\_\_\_  
Umur responden : \_\_\_\_\_  
Pendidikan Responden : .....





