



Provinsi Kalimantan Tengah



Model Intervensi Gen Manist



Mars Khendra Kusfrijadi, S.T.P., M.P.H
Ririn Noophaisna Raffela, S.P., M.Pd.

**Ketentuan Hukum Pidana Pasal 113 Undang-Undang Republik Indonesia
Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Model Intervensi Gen Manist

Mars Khendra Kufriyadi, S.T.P., M.P.H.
Ririn Noorhaisna Raffela, S.P., M.Pd.



Model Intervensi Gen Manist

Copyright © **Dandelion Publisher**

Cetakan Pertama: September 2020

Editor: Ika Fajar Listianti

Tata Letak Sampul dan Isi: Tim Redaksi

Ilustrator: Tim Redaksi

ISBN: 978-623-6696-18-7

x + 93 halaman: 14 x 20 cm



Diterbitkan Oleh:

CV. Dandelion Publisher

Anggota IKAPI No. 350/JBA/2020

Taman Kenari Jagorawi

Citeureup, Bogor, Jawa Barat

0812 6111 765

dandelionpublisher@gmail.com

www.dandelionpublisher.com

Sekapur Sirih

Puji syukur ke hadirat Tuhan YME, atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga rekan-rekan peserta *Bimbingan Teknis Menulis Buku Imiah Populer* yang diselenggarakan oleh BPSDM Provinsi Kalimantan Tengah, bekerjasama dengan Dandelion Publisher berjalan dengan baik.

Menulis memiliki makna yang dalam bagi kehidupan manusia. Kalimat dan tulisan yang baik sebagai alat untuk mengomunikasikan pikiran, pengalaman, hikmah, dan pengetahuan dari satu individu ke individu, generasi ke generasi, dari satu budaya ke budaya lain. Kalimat yang baik juga sesuatu yang akan lestari dan bertahan melalui waktu. Serta kata-kata yang baik juga mengandung rahmat dari Tuhan. Menulis juga dapat mengasah daya nalar dan daya ingat seseorang, melatih ketajaman untuk berkonsentrasi. Selain itu, aktivitas menulis dapat memperbanyak teman dan sahabat, serta menjadi sarana aktualisasi diri seseorang.

Bagi rekan-rekan Widyaswara, Guru, Dosen, Peneliti, Penyuluh, ataupun pejabat fungsional lainnya. Menulis juga

merupakan salah satu bagian dari pengembangan profesi yang menjadi salah satu syarat penentu dalam kenaikan pangkat ataupun jabatan fungsional. Selain itu, memiliki kemampuan menulis menjadi sebuah prestise dan prestasi, mendatangkan kepuasan batin, menambah pengetahuan, wawasan, serta bisa dijadikan sebagai salah satu sumber tambahan penghasilan keluarga. Dan manfaat terbesar dari menulis adalah apabila tulisan kita menginspirasi orang lain untuk melakukan kebaikan, kebaikan itu akan kembali pada kita, bahkan hingga kita sudah tiada sekalipun, selama tulisan itu masih ada, akan tetap bisa bermanfaat.

Selamat berkarya, semoga karya tulis Bapak dan Ibu menjadi inspirasi kebaikan bagi para pembaca di manapun berada.

Kalimantan Tengah, Agustus 2020

Dr. Stepanus, S.Hut., MP.

Special Thanks To...

Bapak dr. Suyuti Syamsul, MPPM, selaku Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah, dr. Ferry Iriawan, MPH, selaku Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Prov Kalteng, dr. Linae Victoria Aden, M.MKes, selaku Kepala Bapelkes Prov. Kalteng. Ibu Lilik Selaku Kasi Promosi Kesehatan Dinkes Prov Kalteng, Ibu Gumilely (Dinkes Prov Kalteng), *Bro and Sist* dinkes Prov Kalteng (*Sist Avi, Bro Dedi, Sist Agus, Sist Marini, Sist Banun Rochimah*).

Sahabat seprofesi DPD PERSAGI Prov. Kalteng (Pak Sugiyanto, Ibu Fretika Utami Dewi, Ibu Cucu Rahayu, dan Mas Ahmad Sukrianur).

Kawan-kawan Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya, Kepala Puskesmas Panarung, Puskesmas Bukit Hindu, Puskesmas Kayon dan Puskesmas Menteng, Tim *monitoring* Ibu Lili Nara, Ibu Martha, Ibu Dini, Ibu Evi, Ibu Ariphani, Ibu Merti, Ibu Yattie, Ibu Siti Rosida, Ibu Kuriani, Ibu Siti Masitoh, Ibu Dianawati, Ibu Loly.

Bapak Ibu Kepala Sekolah SMAN 1 Kota Palangka Raya, SMAN 3 Kota Palangka Raya, SMK Katolik Kota Palangka Raya, dan MAN Kota Palangka Raya serta Bapak Ibu Guru Pengelola UKS dan BK di masing-masing sekolah tersebut.

Terkhusus buat *Model Gen Manist* yang sangat bertalenta dan membanggakan, teruslah semangat dalam menebar ilmu dan kebaikan. Kalian layak menjadi DUTA ANTI STUNTING di sekolahmu. Semoga kalian sukses dunia akhirat. Aamiin.

Daftar Isi

Sekapur Sirih	v
<i>Special Thanks To</i>	vii
BAB I Gen Manist	1
A. Apa Itu Gen Manist?	1
B. Siapa Mereka?.....	7
C. Bagaimana Menjadi Model Gen Manist	9
BAB II Orientasi Model Intervensi Gen Manist	12
A. Siapa Saja yang Terlibat?	12
B. Pelaksana dan Fasilitator.....	16
C. Membangun Model Intervensi.....	17
D. Menilai Kesiapan Model Gen Manist.....	21
BAB III <i>Action Time</i> Model Gen Manist	23
A. <i>The Time Schedule</i>	23
B. Media Sosial sebagai Sarana Belajar, Reminder, dan Diskusi.....	27
C. Pesan yang Disampaikan	34
D. <i>Peer Education</i>	38
BAB IV Monitoring dan Evaluasi Model Intervensi Gen Manist	50
A. Monitoring Model Intervensi Gen Manist.....	57
B. Evaluasi Model Intervensi Gen Manist	59
C. Pengolahan dan Analisis Data Model Intervensi Gen Manist	69

BAB V Keberlanjutan Model Gen Manist

Di Sekolahmu	80
A. Diseminasi Informasi.....	80
B. Komitmen Bersama	81
C. Manfaat Lain Model Gen Manist.....	83
Daftar Pustaka	85
Profil Penulis	89

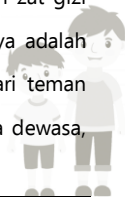
BAB I

Gen Manist

A. Apa Itu Gen Manist?

Kalian mungkin bertanya-tanya, apa, sih, Gen Manist itu? Ada yang mau menebak? Setiap orang bebas berpendapat tentang Gen Manist, ini, lho. Mungkin saja itu alien seperti di film-film atau nama sebuah agen rahasia atau gangster. Oh, tentu saja bukan! Gen Manist itu merupakan sebuah akronim dari **Generasi Milenial Anti *Stunting***. Keren kan, ya? Kalau dari namanya aja sudah sebagai itu, pasti penasaran untuk mengetahui cerita selanjutnya.

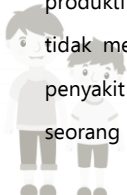
By the way, sebelum melangkah lebih jauh, kita pahami dulu informasi tentang *stunting* dan upaya pencegahannya terlebih dahulu. *Stunting* adalah suatu keadaan gagal tumbuh bagi anak balita karena kurangnya asupan zat gizi dalam jangka waktu yang panjang. Tanda-tandanya adalah apabila tinggi badan anak balita lebih pendek dari teman sebayanya. Kondisi ini bahkan terbawa hingga usia dewasa,



yaitu tetap konsisten dengan perawakan pendek. Apakah ini merugikan atau biasa saja? Ternyata, banyak hal yang tidak bisa dilakukan oleh orang dengan perawakan pendek.

Penulis hanya ingin mengingatkan bahwa begitu penting serta urgennya masalah *stunting* dan kenapa harus dicegah. Tentu saja ini bukan hal biasa bahkan bisa menjadi luar biasa. Oleh karena itu, *stunting* harus dicegah karena dampak yang ditimbulkannya dapat membuat bangsa mengalami *lost generation*. Akibat *stunting* ini akan terjadi pada anak hingga usia dewasa dan usia lanjut.

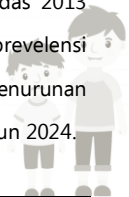
Pada jangka pendek, anak *stunting* akan mengalami keterlambatan perkembangan otak, pertumbuhan terhambat, serta gangguan metabolisme zat gizi. Apabila kondisi ini berlanjut, dampak jangka panjangnya akan membuat anak mengalami penurunan kecerdasan dan prestasi, lebih pendek dari teman sebayanya, penurunan produktifitas, dan memiliki risiko terhadap penyakit-penyakit tidak menular (*degenerative*), seperti obesitas, hipertensi, penyakit jantung, asam urat, dll. Jika anak yang *stunting* itu seorang perempuan, kemungkinan akan mengalami



gangguan *menarche* hingga gangguan reproduksi. Perempuan dengan tinggi badan kurang dari 140 cm, memiliki risiko melahirkan anak dengan berat badan lahir rendah (BBLR < 2500 gram). Nah, anak dengan BBLR ini akan mengalami gagal tumbuh (*stunting*), jika tidak terpenuhi asupan gizinya. Begitu seterusnya dan berulang sehingga menjadi sebuah lingkaran setan.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2018, data prevalensi *stunting* masih berada pada angka 27,7 %. Angka ini tergolong jauh di bawah standar WHO dengan patokan 20 %. Indonesia sendiri saat ini memiliki jumlah anak balita sebanyak 23 juta jiwa dan 6,3 juta di antaranya mengalami *stunting*. Memprihatinkan bukan?

Pemerintah telah berupaya sekuat tenaga menurunkan prevalensi *stunting* tersebut. Terbukti sejak Riskesdas 2013 (37,2 %) hingga 2019 (27,7 %) terjadi penurunan prevalensi *stunting* sebesar 9,5 %. Pemerintah menargetkan penurunan angka *stunting* balita Indonesia sebesar 14 % di tahun 2024.



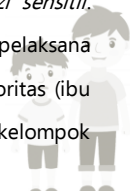
Fokus pemerintah dalam upaya memutus mata rantai lingkaran setan kejadian *stunting* pun telah sangat baik dan tidak main-main, di antaranya melalui Gerakan Global *Scaling Up Nutrition* (SUN) *movement* pada tahun 2011, dikeluarkannya Peraturan Presiden No. 42/2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG), serta pencegahan *stunting* yang tercakup dalam RPJMN 2015-2019.

Dukungan kebijakan lainnya adalah melalui Peraturan Menteri Kesehatan No 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia, Pencanangan Gerakan Nasional Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Semua kegiatan tersebut merupakan upaya preventif dan promotif dari pemerintah agar masyarakat Indonesia, khususnya kelompok rentan, seperti ibu hamil, bayi, balita, dan usila, terhindar dari masalah gizi dan kesehatan serta menjadi andalan pemerintah dalam upaya penurunan angka *stunting*.



Namun, usaha pemerintah tidaklah semudah membalik telapak tangan. Banyak sekali kendala yang dihadapi, seperti belum efektifnya program-program pencegahan *stunting*, belum optimalnya koordinasi penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan sensitif di semua tingkatan, terkait dengan perencanaan dan penganggaran, penyelenggaraan dan pemantauan, serta evaluasi. Kendala yang lain, yaitu belum efektif dan efisiennya pengalokasian dan pemanfaatan sumber daya dan sumber dana, keterbatasan kapasitas dan kualitas penyelenggaraan program, dan masih minimnya advokasi, kampanye, serta diseminasi terkait *stunting* dan berbagai upaya pencegahannya.

Oleh karena itu sejak dua tahun yang lalu (2018), pemerintah berupaya membuat Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* Tahun 2018 - 2024. Stranas ini mengamanahkan bahwa upaya harus dilakukan melalui *intervensi gizi spesifik* dan *intervensi gizi sensitif*. Kementerian Kesehatan memiliki peran sebagai pelaksana intervensi gizi spesifik pada kelompok sasaran prioritas (ibu hamil, bayi, dan balita di bawah 2 tahun) dan kelompok



sasaran penting (remaja, wanita usia subur, dan anak usia 24-59 bulan). Sedangkan Kementerian dan Lembaga lainnya berperan dalam mensukseskan percepatan pencegahan *stunting* melalui intervensi gizi sensitif, di antaranya melalui peningkatan penyediaan air minum dan sanitasi, peningkatan akses terhadap pangan bergizi, peningkatan akses dan kualitas layanan gizi dan kesehatan, serta peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak. Namun, yang dijadikan catatan adalah kontribusi keberhasilan *intervensi gizi spesifik* hanya 30% saja, sedangkan *intervensi gizi sensitif* memiliki pengaruh hingga 70 % terhadap penurunan angka *stunting* di Indonesia.

Dengan demikian, penulis ingin mengajak pembaca untuk memperdalam dan ikut ambil bagian dalam upaya percepatan penurunan angka *stunting*, terutama dalam memutus mata rantainya. Di sinilah awal munculnya ide melibatkan generasi milenial yang melek informasi dan teknologi digital untuk sama-sama memahami dan mencegah *stunting*.



Istilah Gen Manist ini muncul setelah Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI) Provinsi Kalimantan Tengah dan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah berdiskusi untuk menjalankan sebuah model promosi kesehatan yang mampu menjadikan remaja sebagai agen perubahan tentang *stunting*.

Mengapa Gen Manist dibutuhkan dan apa tujuannya? Pertanyaan ini sebenarnya telah terjawab dari latar belakang sebelumnya. Tujuannya adalah meningkatkan pengetahuan dan sikap serta mengubah cara pandang remaja terhadap masalah *stunting* yang saat ini sedang melanda di negara kita. Jadi, yang dimaksud dengan Gen-Manist itu adalah sebuah model agen perubahan bagi remaja dalam memahami dan memiliki cara pandang yang baik terhadap *stunting* dan pencegahannya.

B. Siapa Mereka?

Menurut para ahli, generasi milenial adalah mereka yang tahun kelahirannya di awal 1980-an, pertengahan 1990-an hingga awal tahun 2000-an. Mereka memiliki karakteristik

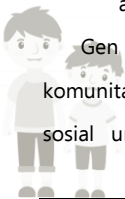


yang melek teknologi digital. Jika merujuk pada tahun kelahiran, berarti saat ini mereka sedang menempuh pendidikan di bangku SD, SMP/ sederajat dan SMA/ sederajat bahkan sudah ada yang di perguruan tinggi.

Sesuai dengan tujuannya, maka Gen Manist ini adalah anak-anak Sekolah Menengah Tingkat Atas atau sederajat. Gen Manist yang dipilih pada pengembangan model intervensi ini ada 4 Sekolah Menengah Tingkat Atas, dan hanya melibatkan siswa kelas X sebanyak 6 orang (2 siswa dari kelas IPA, 2 siswa dari kelas IPS, dan 2 siswa dari kelas Bahasa). Adapun kriterianya sebagai berikut:

1. siswa yang memiliki percaya diri,
2. memiliki keberanian untuk berbicara di depan umum,
3. tidak merokok,
4. siswa yang dianggap memiliki pengaruh kuat di antara teman-teman mereka.

Gen Manist ini kemudian akan membentuk sebuah komunitas yang nantinya berkembang menjadi jejaring sosial untuk penyebaran informasi tentang *stunting*



kepada teman-temannya. Rata-rata siswa per kelas berkisar antara 26-30 orang, berjenis kelamin laki-laki dan perempuan. Sedangkan usia mereka ada pada rentang 16-17 tahun.

Proses pemilihan siswa dengan kriteria tersebut diserahkan sepenuhnya kepada pihak sekolah, khususnya guru BP dan guru kesiswaan. Satu orang Model Gen Manist diharapkan dapat mengelola 10-15 orang siswa lainnya untuk diajak memahami *stunting* dengan benar dan melakukan pencegahannya. Jadi, jika satu kelas terdapat 30 orang siswa, dibutuhkan minimal 2 orang Model Gen Manist.

C. Bagaimana Menjadi Model Gen Manist

Model itu diartikan sebagai contoh atau sesuatu yang akan menjadi rujukan. Jadi ada standar yang harus dipenuhi untuk jadi sebuah model. Standar di sini dapat dibuat sendiri dengan memperhatikan tujuan yang ingin dicapai sehingga menghasilkan karakteristik dari model itu sendiri.

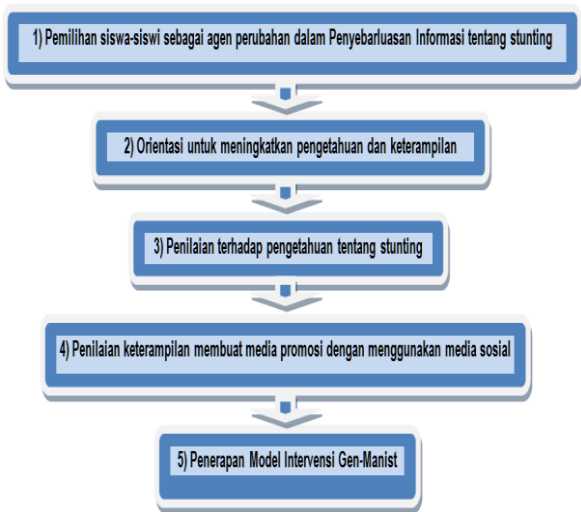
Sebagaimana yang telah dijelaskan, Model Gen Manist itu merupakan individu yang dijadikan contoh dalam hal



penguasaan pengetahuan dan sikap tentang *stunting* serta cara pandang yang benar dalam upaya pencegahannya. Oleh karena itu, dibutuhkan individu-individu yang memiliki karakteristik rasa percaya diri yang tinggi, berani berbicara di depan umum alias suka tampil, tidak memiliki kebiasaan merokok dan tentunya tidak pernah terlibat dengan narkoba, serta memiliki kemampuan memimpin dan punya pengaruh kuat di antara teman-teman mereka.

Dalam mempersiapkan Model Gen Manist ini diperlukan beberapa tahapan kegiatan sehingga mereka siap untuk menjadi agen perubahan. Adapun langkah tahapan kegiatannya sebagai berikut:





Gambar 1. Diagram alir langkah menjadi Gen Manist



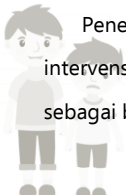
BAB II

Orientasi Model Intervensi Gen Manist

A. Siapa Saja yang Terlibat?

Dalam pelaksanaannya, program ini tentu melibatkan banyak pihak, di antaranya Dinas Kesehatan, Organisasi Profesi Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI), Puskesmas, sekolah, dan siswa siswi itu sendiri. Semua memiliki peran dan fungsinya masing-masing. Saling mendukung dan bekerjasama demi tujuan yang sama, yaitu membentuk model generasi yang melek *stunting* dan mau ikut ambil bagian dalam upaya pencegahan *stunting*. Nah, langkah ini dimulai dari remaja, terutama remaja putri, yang nantinya akan menjadi seorang ibu.

Penentuan lokasi sekolah pada orientasi model intervensi Gen Manist ini dipilih sekolah dengan kriteria sebagai berikut:



1. Sekolah tersebut memiliki guru pembina UKS atau PMR yang tidak merokok dan peduli terhadap isu *stunting*.
2. Sekolah tersebut memiliki *track record* kerjasama yang baik. Kalau susah diajak kerjasama, jangan dipilih, ya.

Pihak sekolah, melalui Guru Pembina UKS dan Guru BP berperan dalam melakukan proses pemilihan model dan pengawasan jalannya intervensi. Sedangkan siswa yang terpilih sebagai model di setiap sekolah, akan dibekali dan diberikan pengetahuan awal serta diberikan orientasi dalam mengelola kelas dan diskusi sebaya (*peer group discussion*).

Keterlibatan puskesmas melalui tenaga pelaksana gizi, petugas kesehatan lingkungan, dan petugas promosi kesehatan bertindak sebagai *observer* atau pengawas. Organisasi profesi bertindak sebagai pelaksana orientasi dan model intervensi. Tabel 1 berikut ini menjelaskan secara terperinci keterlibatan berbagai pihak dalam program Gen Manist.



Tabel 1. Peserta Orientasi Model Intervensi Gen Manist

SMA	Gen Manist	Guru UKS	Guru BP	Petugas Gizi	Petugas Kesling	Petugas Promkes/ UKS
Model SMA A	6 orang	1 orang	1orang	1orang	1orang	1 orang
Model SMA B	6 orang	1 orang	1orang	1orang	1orang	1 orang
Model SMA C	6 orang	1 orang	1orang	1orang	1orang	1 orang
Model SMA D	6 orang	1 orang	1orang	1orang	1orang	1 orang

Foto di bawah ini memberikan ilustrasi nyata saat dilaksanakannya orientasi Model Intervensi Generasi Milenial Anti *Stunting*.



Gambar 2. Foto bersama saat orientasi Model Intervensi Gen Manist

Sumber: Dokumen DPD PERSAGI Kalteng, 2019

Semua yang terlibat dalam kegiatan orientasi ini, diharapkan mampu melakukan fasilitasi kegiatan model intervensi generasi milenial anti *stunting*. Secara khusus orientasi ini bertujuan agar peserta mampu:

1. Menjelaskan konsep dasar *stunting*
2. Menjelaskan hubungan kesehatan lingkungan dengan *stunting*.
3. Membuat media informasi melalui media sosial.
4. Melakukan *peer education*.

Materi yang sesuai dengan tujuan yang akan dicapai, dipilih untuk memenuhi kompetensi yang diinginkan. Materi-materi ini mencerminkan pengetahuan dan keterampilan yang harus dikuasai Gen Manist beserta pendamping. Materi yang diberikan pada saat orientasi tercantum dalam tabel 2 berikut ini.



Tabel 2. Materi dalam Orientasi Model Intervensi Gen Manist

No	MATERI	WAKTU			
		T	P	PL	JML
A	MATERI DASAR (MD)				
	1. Kebijakan Pembangunan Kesehatan dalam Percepatan Perbaikan Gizi dengan Kesehatan Lingkungan	1	0	0	1
	2. Kebijakan Promosi Kesehatan	1	0	0	1
B	MATERI INTI (MI)				
	1. Konsep Dasar <i>Stunting</i>	2	3	0	5
	2. Hubungan Kesehatan Lingkungan dengan <i>Stunting</i>	1	2	0	3
	3. Pembuatan Media Komunikasi Melalui Media Sosial	2	4	0	6
	4. <i>Peer Education</i>	1	2	0	3
C	MATERI PENUNJANG (MP)				
	Rencana Tindak Lanjut	0	1		1
	Total	8	12	0	20

B. Pelaksana dan Fasilitator

Proses pembekalan bagi siswa siswi terpilih yang akan menjadi Model Gen Manist dikemas dalam kegiatan Orientasi Model Intervensi Generasi Milenial Anti *Stunting*. Pelaksanaan dilakukan minimal selama 2 hari penuh dari jam 08.00 sampai jam 17.00 dan maksimal 5 hari tergantung dari dana yang disiapkan. Semakin lama waktu orientasi, persiapan Model Gen Manist ini akan semakin mantap.

Pelaksana orientasi dapat dilakukan oleh siapa saja yang ingin menjadikan model intervensi Gen Manist ini sebagai upaya pencegahan *stunting*. Pelaksana bisa dari organisasi profesi, sekolah, puskesmas, Dinas Kesehatan atau Dinas Pendidikan.

Fasilitator yang dipilih harus menguasai materi dan sesuai dengan bidang keahliannya. Tim fasilitator dapat berasal dari perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi dan Organisasi Profesi PERSAGI, yang memenuhi kriteria berikut ini.

1. Pendidikan minimal S1
2. Menguasai substansi yang akan disampaikan.
3. Memiliki pengalaman sebagai fasilitator
4. Memahami juknis model intervensi generasi milenial anti *stunting*.

C. Membangun Model Intervensi

Komponen ini merupakan kunci keberhasilan intervensi. Bagaimana caranya membangun sebuah model intervensi yang akan dijalankan? Karena melibatkan generasi milenial, intervensi tersebut harus dikemas dengan menyenangkan

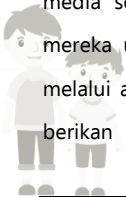


serta tidak membuat mereka terbebani dan tertekan dalam melaksanakannya.

The first step, ajaklah mereka menyimak kebijakan pemerintah dalam pembangunan kesehatan sebagai upaya percepatan penurunan *stunting* dan kebijakan tentang promosi kesehatan. Isinya simpel dan sederhana saja, yang penting pengetahuan praktis dan bersinggungan langsung dengan kebiasaan serta perilaku kita sehari-hari dalam menjaga kesehatan.

The second step, berikan ilmu pengetahuan mendasar tentang *stunting*, pola makan gizi seimbang, cegah anemia pada remaja, pola hidup sehat, kesehatan lingkungan, pengembangan media komunikasi melalui medsos, dan *peer education* (pendidikan sebaya).

The third step, bimbinglah mereka untuk mengaplikasikan pembuatan media komunikasi melalui media sosial, dalam hal ini *WhatsApp*, dan menugaskan mereka untuk membuat video singkat berdurasi 5-7 menit melalui aplikasi yang telah tersedia di *Appstore*. Kemudian, berikan kesempatan kepada mereka untuk



mempresentasikan hasil karyanya. Semua hasil kreativitas tersebut disimpan dan dijadikan sebagai bahan intervensi.

Hasilnya *amazing* banget. Ternyata, kemampuan mereka untuk menyampaikan ide dan mengolahnya ke dalam bentuk pesan dan video sangat luar biasa, bahkan di luar ekspektasi fasilitator. Memang tidak salah kalau mereka adalah generasi milenial yang sangat akrab dengan dunia digital dan media sosial sehingga tidak terlihat canggung bahkan sangat familier. Kreativitas mereka menjadi bahan baku dalam pelaksanaan model intervensi Gen Manist ini.

Oya, jangan lupa bahwa keterlibatan guru UKS, guru BP, petugas gizi puskesmas, petugas kesling puskesmas, petugas promosi kesehatan puskesmas sangat berarti. Terutama dalam memberikan masukan dan arahan tentang materi dan isi pesan yang akan disampaikan melalui aplikasi WhatsApp, pembuatan poster, dan pembuatan video singkat.

Contoh hasil kreativitas yang patut diacungi jempol dapat ditilik pada gambar berikut:





Gambar 3. Hasil Kreativitas Model Gen MAniST
Sumber : Dokumen DPD PERSAGI Kalteng, 2019

The next step, meningkatkan kemampuan Model Gen Manist dalam memimpin *peer education* (pendidikan sebaya). Fasilitator memberikan tips dan trik sukses dalam mengelola pendidikan sebaya bagi teman-temannya di sekolah. Meskipun saat praktik awalnya sedikit canggung, tapi setelah beberapa kali diulang mereka pun siap menjadi *leader*.

The last step, membuat kesepakatan bersama, kapan model intervensi ini dapat dilaksanakan. Secara keseluruhan, model intervensi ini dibangun atas 3 tahapan, yaitu, orientasi awal, intervensi, serta monitoring dan evaluasi.



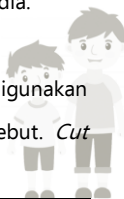
D. Menilai Kesiapan Model Gen Manist

Sukses tidaknya model intervensi Gen Manist ini tergantung dari kesiapan sang model itu sendiri. Bagaimana penguasaan pengetahuan tentang *stunting*? Mampukah si model menyampaikan dan memimpin diskusi dalam *peer education*? Sudah *ready* kah media dan konten yang akan digunakan? Bagaimana sikap si model dalam menjalankan intervensi ini? Ini merupakan pertanyaan yang harus dijawab dan diamati oleh tim pelaksana. Jangan sampai, ketika program intervensi dijalankan terkendala di tengah jalan.

Penilaian dilakukan untuk mengetahui hasil pembelajaran dari peserta orientasi. Nah, penilaian terhadap peserta dapat dilakukan melalui beberapa cara berikut ini.

1. Penjajakan awal melalui *pre test*.
2. *Post test*, untuk mengukur pemahaman peserta terhadap materi yang telah diterima.
3. Penilaian keterampilan dan penguasaan media.

Ada sebuah standar atau *cut off point* yang digunakan sebagai patokan dalam melakukan penilaian tersebut. *Cut*



off yang digunakan dapat diambil dari nilai *post test* atau nilai delta (perubahan) *pre* dan *post test*. Apabila nilainya telah mencapai atau melebihi *cut off*, maka yang bersangkutan layak menjadi Model Gen Manist.



BAB III

Action Time Model Gen Manist

A. *The Time Schedule*

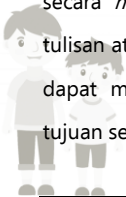
Now, we can to begin. Saatnya beraksi! Setelah semua pihak mengikuti orientasi model intervensi dan dinyatakan memenuhi syarat untuk melaksanakan Model Gen Manist, maka langkah berikutnya adalah bagaimana membuat *schedulanya*. Berhubung ada empat sekolah dan empat puskesmas yang terlibat, alangkah baiknya duduk bersama dan berdiskusi tentang kapan waktu yang tepat untuk memulai intervensi ini.

Semua perangkat perlu dipersiapkan terlebih dahulu, ya, *guys*. Mulailah dengan membuat jadwal dan siapa yang bertanggung jawab. Libatkan semua pihak dan posisikan sesuai dengan bidang keahliannya. Ingat, ya! Petugas kesehatan (tenaga gizi, tenaga kesehatan lingkungan, dan tenaga promosi kesehatan) dari puskesmas setempat bertindak sebagai pengawas; guru UKS dan guru BK berfungsi sebagai pembimbing di sekolah; dan Model Gen



Manist sebagai pelaksana intervensi. Sedangkan organisasi profesi, seperti PERSAGI (Persatuan Ahli Gizi) bertugas untuk mengolah dan menganalisis data serta membuat laporan.

Lalu perangkat apalagi yang perlu *diprepare*? Tentu saja, persiapan media komunikasi dan informasi yang akan disampaikan kepada sasaran. Ini bagian terpenting, lho! Jadi, harus diperhatikan dan dibuat sekomunikatif mungkin. Dengan syarat, bahasanya sederhana, lugas, dan tidak ambigu (mengandung banyak arti). Oya, pastikan semua siswa yang menjadi sasaran memiliki perangkat HP alias *handphone* berjenis android atau lebih dikenal dengan *smartphone*, yang dapat menjalankan beberapa aplikasi untuk digunakan dalam model intervensi Gen Manist. Aplikasi itu adalah WhatsApp atau sering disingkat "WA". Sebuah aplikasi *open source* alias gratis yang memudahkan penggunaanya untuk berkomunikasi dan berbagi informasi secara *massive*, baik melalui pesan singkat atau panjang, tulisan atau gambar, bahkan video. Di samping itu, kita juga dapat membuat komunitas atau grup dengan kesamaan tujuan sehingga komunikasi bisa lebih terarah.



Masih ada satu lagi yang harus dipersiapkan, yaitu *peer education* atau pendidikan sebaya. Mengapa model intervensi ini memerlukan *peer education*? Jawabannya adalah untuk membantu meningkatkan pemahaman sasaran terhadap pesan-pesan yang disampaikan melalui aplikasi WhatsApp. Diskusi yang dipimpin oleh Model Gen Manist akan memberikan keleluasaan bagi sasaran dalam mengungkapkan pikiran, perasaan, sikap, harapan, keinginan, dan semua unek-unek yang dihadapinya tanpa rasa canggung. Harapannya, terjadi peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap yang benar tentang *stunting* serta bagaimana pencegahannya. Selain itu, mungkin saja ada pemahaman yang salah sehingga perlu diluruskan kembali melalui *peer group* tersebut. Perlu juga dipastikan bahwa Model Gen Manist mampu melakukan *peer education*. Apakah ia mampu mengarahkan diskusi sehingga menghasilkan pemahaman yang benar dan tepat? Jawabannya bisa ya, bisa juga tidak. Oleh karena itu, sebaiknya dibuat *guidance* atau petunjuk berupa poin-poin



arahan diskusi dan langkah-langkah hingga penarikan kesimpulan yang benar.

Apabila ada pertanyaan, berapa lama model ini bisa dilaksanakan? Berapa kali pesan via WA diberikan? Dan berapa kali *peer education* dibuat selama jalannya model intervensi ini? Baiklah, berikut jawabannya. Model intervensi Gen Manist ini dapat dijalankan minimal 30 hari atau 1 bulan dengan rincian: kegiatan orientasi 2 hari, persiapan perangkat model intervensi 3 hari (formulasi pesan WA, *editing* video, pembuatan kelompok sebaya, persiapan *form peer education*), pengiriman pesan dan video melalui WA selama 21 hari atau 3 minggu, *peer education* 1-2 hari, evaluasi pretes dan *post test* menghabiskan waktu 2 hari. Selebihnya tinggal pengolahan data hasil evaluasi, diseminasi informasi, dan penyelesaian laporan.

Nah, sekarang saatnya membuat *time schedule* dalam bentuk tabel yang dapat dibaca dan dipahami bersama. Model intervensi Gen Manist ini bisa dilaksanakan dalam waktu kurang lebih 30 hari atau 1 bulan.



Tabel 3. *Time Schedule* Model Intervensi Gen Manist

No	Jadwal	Kegiatan	Pelaksana	Pem bimbing	Pengawas	Pengolah data
1	Minggu ke-1	Persiapan pembuatan pesan dan media	Model Gen Manist	Guru UKS & Guru BP	Petugas puskesmas setempat	Organisasi profesi PERSAGI/Dinkes Kesehatan
2	Minggu ke-1	<i>Pre-test</i> pada kelompok sasaran	Model Gen Manist	Guru UKS & Guru BP	Petugas Puskesmas setempat	Organisasi Profesi PERSAGI/Dinkes Kesehatan
3	Minggu ke-2	Penyebarluasan informasi melalui aplikasi WhatsApp	Model Gen Manist	Guru UKS & Guru BP	Petugas puskesmas setempat	Organisasi Profesi PERSAGI/Dinkes Kesehatan
4	Minggu ke-3	<i>Peer Education/Peer Group</i>	Model Gen Manist	Guru UKS & Guru BP	Petugas puskesmas setempat	Organisasi Profesi PERSAGI/Dinkes Kesehatan
5	Minggu ke-4	Penyebarluasan informasi lanjutan melalui aplikasi WhatsApp	Model Gen Manist	Guru UKS & Guru BP	Petugas puskesmas setempat	Organisasi Profesi PERSAGI/Dinkes Kesehatan
6	Minggu ke-4	<i>Post-Test</i> pada kelompok sasaran	Model Gen Manist	Guru UKS & Guru BP	Petugas puskesmas setempat	Organisasi Profesi PERSAGI/Dinkes Kesehatan
7	Minggu ke-5	Diseminasi informasi dan advokasi program	Organisasi Profesi/Dinas Kesehatan			

B. Media Sosial sebagai Sarana Belajar, *Reminder*, dan Diskusi

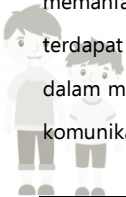
Siapa, sih, yang tidak memiliki *smartphone* saat ini? Hampir semua orang dari anak kecil hingga usia lanjut



memilikinya. *Smartphone* yang tadinya merupakan kebutuhan tersier bisa berubah menjadi kebutuhan sekunder bahkan menjadi kebutuhan primer karena saking ketergantungan seseorang dengan piranti ini.

Zaman dulu, ketika *handphone* masih merupakan barang langka, tidak jadi masalah jika seseorang tidak membawanya. Namun, pada era digital seperti sekarang ini, ketinggalan *smartphone* sama seperti berada di tengah hutan belantara. Bingung dan seperti orang bodoh ataupun linglung. Tidak tahu apa yang harus diperbuat, apalagi di saat menunggu sesuatu. Begitu berpengaruhnya sebuah *smartphone* bagi kehidupan seseorang, membuatnya menjadi sangat berarti. Kondisi seperti ini dapat dimanfaatkan dalam penyebaran informasi yang baik dan menarik.

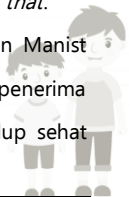
Nah, model intervensi Gen Manist melihat dan memanfaatkan peluang tersebut. Media komunikasi yang terdapat dalam *smartphone* menjadi alat yang berguna dalam meningkatkan derajat kesehatan. Pemanfaatan media komunikasi paling populer dalam *smartphone* ini



memberikan dampak yang baik. Apalagi kalau bukan aplikasi WhatsApp, yaitu sebuah aplikasi pesan lintas platform yang memungkinkan kita bertukar pesan tanpa biaya SMS, karena WhatsApp Messenger menggunakan paket data internet yang sama untuk *email*, *browsing web*, dan lain-lain. Aplikasi WhatsApp Messenger menggunakan koneksi 3G/4G atau WiFi untuk komunikasi data. Dengan menggunakan WhatsApp, kita dapat melakukan *obrolan online*, berbagi *file*, bertukar foto, dan lain-lain.

Sekarang, semua orang sudah terbiasa menggunakan WA dalam berkomunikasi. Ada info positif, namun ada pula info negatif alias *hoax* yang perlu diperhatikan dan jangan sampai kita ikut menyebarkannya. Perlu bijaksana dalam membaca dan *menshare* kembali pesan dari WA tersebut ke orang lain. Undang-undang ITE telah mengatur secara detail apa yang boleh dan yang dilarang dalam menggunakan media elektronik. *But, we don't have to worry about that.*

Penggunaan WA dalam model intervensi Gen Manist mengarah pada hal positif dan bermanfaat bagi si penerima pesan. Banyak pengetahuan dan contoh pola hidup sehat



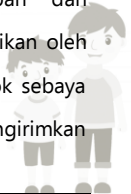
yang bisa *dishare*, terutama yang berkaitan dengan pencegahan *stunting*. Dalam dunia kesehatan sering disebut sebagai upaya *preventif* dan *promotif*. Upaya ini bisa dibuat dalam bentuk poster atau video.

WhatsApp memiliki berbagai macam fitur yang lumayan lengkap karena selain bisa mengirim teks, juga mengirim gambar, video, suara, nomor kontak, dan yang sekarang sering digunakan adalah berkirim lokasi si pengguna melalui aplikasi Google Maps, istilah kerennya "*sharelock*". Hebatnya lagi, aplikasi WhatsApp telah terintegrasi ke dalam sistem layaknya SMS, kita dapat menerima pesan tanpa perlu membuka aplikasi terlebih dahulu. Kita pun diberikan kemudahan melalui tanda yang disediakan oleh WhatsApp, seperti tanda jam merah, artinya sedang *loading* pengiriman; tanda centang satu, artinya pesan terkirim jaringan; tanda centang *double*, artinya pesan sudah sampai ke penerima; jika warna centang berubah menjadi biru, artinya pesan sudah terbaca; dan jika diberi tanda silang merah, artinya pesan Anda gagal terkirim. Keunikan lainnya adalah aplikasi WhatsApp memiliki fasilitas *Broadcast* dan *Group Chat*.

Dengan fasilitas *Broadcast*, kita dapat mengirim pesan ke banyak pengguna, sedangkan fasilitas *Group chat* dapat digunakan untuk mengirim pesan ke anggota sesama komunitas. Fungsi ini yang sangat menunjang dalam model intervensi Gen Manist. Sebagaimana kita ketahui pula, aplikasi WhatsApp ini tidak memerlukan *login* saat akan digunakan sehingga bisa menghemat *bandwidth*. Selain itu, juga dapat menghemat baterai karena aplikasi WhatsApp ini dapat dimatikan.

Nah, berdasarkan beberapa keuntungan tersebut, model intervensi Gen Manist menggunakan perangkat lunak ini dalam mengirimkan pesan sebagai sarana belajar dan berdiskusi dalam grup WhatsApp kelompok sebaya. Selain itu, bisa sekaligus sebagai *reminder* bagi yang lupa akan penerapan perilaku pola hidup bersih, sehat, dan tentu saja pengingat akan pentingnya mencegah *stunting*.

Oya, mungkin kalian bertanya-tanya kapan dan bagaimana pengelolaan pesan yang akan disampaikan oleh Model Gen Manist tersebut kepada grup kelompok sebaya mereka? Baiklah, setiap hari, Model Gen Manist mengirimkan



pesan sapaan, pertanyaan, pernyataan, gambar *flyer*, dan video. Agar tidak mengganggu jam sekolah, maka proses pengiriman pesan ini dilakukan pada malam hari, sekitar jam 19.00 – 20.00 WIB. Pesan tentang *stunting* dan perilaku hidup sehat dikirimkan secara berulang dengan siklus 7 hari, dan diulang sebanyak 3 kali sehingga dibutuhkan 21 hari pengiriman pesan terus menerus. Di sela-sela pengiriman pesan wajib, Model Gen Manist mengirimkan pertanyaan, sapaan, kasus dan *chat* diskusi ke dalam grup sehingga grup tidak monoton bahkan terkesan rame dengan cuitan teman-teman sebaya mereka.

Berikut adalah gambar riwayat *chat* dalam group kelompok sebaya yang telah dijalankan oleh Model Gen Manist.



04/11/19 15.30 - +62 813-6887-7772: Jadi untuk beberapa minggu ke depan kami akan memberikan informasi seputar stunting.

04/11/19 15.36 - +62 813-6667-7772: dilakukn dibaca dan jika ada yang ingin bertanya diperbolehkan)

04/11/19 15.39 - +62 821-9499-2529: Yang terkana penyakit stunting tu cuman balita ja khaliko usia remaja separtii kita atu dimana bisa kema stunting juga lah?

04/11/19 15.43 - +62 822-9272-9511: klu orang stunting bisa di perbaiki lahr?kalo orang bisa dgn cara apa?M

04/11/19 15.48 - +62 813-6887-7772: Mbh lge pertanyannya... nahh jdi stunting itu penyebab utamanya adalah karena kekurangan gizi baik pada ibu hamil dan saat yg dibandung. Karena gizi yg kurang maka berdampak pada anak yang dibandung. Anak bisa terkena stunting. Jadi stunting itu terjadi pada saat balita, ketika ia mendapat gizi yg kurang/buruk.

04/11/19 15.47 - +62 821-9499-2529: Oh ok makasih infonya lhai!

04/11/19 15.58 - +62 813-6667-7772: Mhhhh definisi stunting itu kan kavall dan dampaknya adalah pertumbuhan otak yg tidak sempurna. Kalau untuk tinggi tubuhnya sendiri masih bisa dinatei tetapi untuk otakny tidak gmn dianggulangi lagi.

04/11/19 16.00 - +62 822-9272-5511: suuy maksl infoyng?!

04/11/19 16.04 - +62 813-6887-7772: Hap

04/11/19 16.00 - +62 813-6887-7772: Media tidak disertakan?

04/11/19 16.00 - +62 813-6667-7772: media tidak disertakan?

04/11/19 16.01 - +62 813-6887-7772: Jika ada yang ingin ditanya diperbolehkan!

04/11/19 16.02 - +62 813-6536-6594: Ya

04/11/19 16.18 - +62 813-6887-7772: Media tidak disertakan?

04/11/19 16.18 - +62 813-6536-6594: krtga itu dampk nye kah?

04/11/19 16.18 - +62 813-6536-6594: Rajah

04/11/19 16.18 - +62 813-6536-6594: Bant. HUBUN JU.ORG

diakrupal grup

04/11/19 14.39 - +62 853-6539-0221: Stunting tu akibat asupan makanan aja kah kah?7777 Kah aka makanan lain penyngbabnya?7

04/11/19 14.39 - Priakilla RMA Katholik: mari penyakit infekal juga bisa dek., itu salah satu penyebab secara langsung nyaa

04/11/19 14.40 - Priakilla RMA Katholik: Kalau memang tidak langsung bisa dari pola asuh dan ketersediaan air bersih nya juga

04/11/19 14.42 - +62 853-6539-0221: Oh kah... makasih info.....

04/11/19 14.42 - +62 853-6539-0221: Kalau pola asupan yang benar tu kayak apa kah?

04/11/19 14.44 - Priakilla RMA Katholik: Pola asupan yang benar tu ya kamu mengonsumi makanan dengan gizi yg seimbang

04/11/19 14.46 - +62 853-6539-0221: Oh kah kalau gitu..... mana yang lain ni kasih pendapat lah... hargal kakah yang kasih maknri tu....

04/11/19 14.46 - Priakilla RMA Katholik: Selina-20191112-440018.jpg (file terlampir)

@20936190221

04/11/19 14.47 - Priakilla RMA Katholik: Kalian bisa berpendapat/bertanya sampai jam 8 malam

04/11/19 14.47 - Priakilla RMA Katholik: Iya akah?M? 8? a

04/11/19 14.47 - +62 853-6539-0221: Aduh aku andak kayak gitu pola asupan piringku....

04/11/19 14.47 - +62 853-6539-0221: Ya kah..

04/11/19 14.48 - +62 853-6539-0221: Oh oke...

04/11/19 14.48 - Priakilla RMA Katholik: Ya mulai seharang diubah pola makan nya kerucunan untuk yg perempuan

04/11/19 14.49 - +62 853-6539-0221: Oh kah... ahn saya udah kb... ..

Gambar 3. Riwayat *chat* Model Intervensi Gen Manist pada Kelompok Sebaya
 Sumber: Dokumen DPD PERSAGI Kalteng, 2019



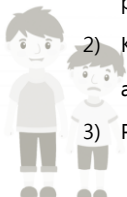
C. Pesan yang Disampaikan

Sadarkah kita bahwa sebuah pesan itu merupakan terjemahan dari tujuan komunikasi yang divisualisasikan ke dalam ungkapan kata, gambar, lambang-lambang, bunyi, suara, lagu melalui berbagai medium/media yang sesuai karakteristik dan kebutuhan sasarannya serta mendukung pelaksanaan kegiatan komunikasi?

Pesan dapat diartikan sebagai informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator kepada komunikan, sehingga mereka jadi tahu, mau dan mampu melakukan anjuran yang disampaikan oleh komunikator tersebut.

Di dalam model intervensi Gen Manist ini, sebuah pesan yang dikirim melalui media WhatsApp perlu dibangun dan disusun berdasarkan 7 prinsip pengembangan pesan yang efektif berikut ini:

- 1) Mengandung satu ide atau pesan yang menarik perhatian dan mudah diingat.
- 2) Karakter pesan mudah dibuat, sederhana, dan jelas alias tidak ambigu.
- 3) Pesan harus dapat dipercaya, artinya bukan *hoax*.



- 4) Pesan dapat mengkomunikasikan keuntungan apabila melakukan tindakan yang disarankan. Dengan kata lain, pesan harus dapat memberikan informasi manfaat bagi komunikan.
- 5) Pesan harus konsisten, artinya menyampaikan satu pesan utama di media apa saja secara berulang kali, baik melalui media cetak maupun elektronik.
- 6) Pesan harus bisa menyentuh akal dan rasa, nilai-nilai emosi, dan kebutuhan nyata (realistis dan emosional).
- 7) Pesan harus dapat memotivasi sasaran untuk bertindak.

Selain itu, karena kedudukan sebuah pesan dalam model intervensi ini sangat penting, maka pesan yang dibuat pun harus memenuhi struktur pesan yang dikenal dengan rumusan "AIDCA" (*Attention, Interest, Desire, Conviction, Action*). Mari kita jabarkan satu per satu.

Attention atau perhatian. Untuk memenuhi struktur ini, kita harus menggunakan *headline*, slogan, permainan ukuran



huruf, warna, dan tata letak, juga sering menggunakan animasi yang dapat mengarahkan perhatian pembaca.

Interest atau minat. Perhatian harus segera ditingkatkan menjadi minat sehingga timbul rasa ingin tahu secara lebih rinci dan mendalam. Untuk itu harus dirangsang agar mau mengikuti pesan-pesan yang disampaikan. Gunakan kata-kata atau kalimat pembuka yang dapat merangsang orang ingin tahu lebih lanjut.

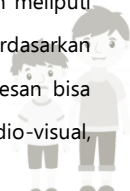
Desire atau kebutuhan. Suatu pesan harus berhasil menggerakkan keinginan khalayak sasaran untuk bertindak, berperilaku sesuai dengan harapan. Kebutuhan dan keinginan sasaran terpenuhi jika melakukan suatu tindakan tertentu seperti yang tertulis dalam pesan.

Conviction atau rasa percaya. Membangun rasa percaya harus dilakukan sehingga khalayak tidak meragukan pesan kesehatan yang ada. Dengan adanya bukti-bukti bahkan jika memungkinkan dilengkapi dengan gambar-gambar terkait informasi yang mendukung pesan kesehatan tersebut, khalayak sasaran akan semakin mempercayai informasi/pesan kesehatan yang dimaksud.

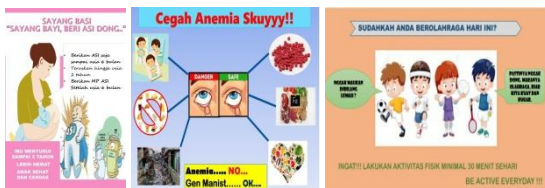


Action atau tindakan. Pada tahap ini, kebutuhan khalayak sasaran sudah tersentuh emosinya dan mulai melakukan pesan yang diterimanya. Namun, di dalam pikirannya masih timbul perlawanan dan keragu-raguan, apakah benar yang dijanjikan pesan tersebut? Oleh sebab itu, sasaran harus lebih diyakinkan dengan menyampaikan data yang membuktikan bahwa pesan tersebut patut dilakukan sehingga keputusan yang diambil sasaran menjadi semakin mantap.

Ada satu hal lagi yang perlu dilakukan sebelum pesan tersebut kita kirimkan, yaitu pengemasan pesan. Bukan hanya produk makanan saja yang harus dikemas dengan menarik, namun pengemasan pesan merupakan kunci penyampaian pesan itu sendiri. Pengemasan pesan yang berhasil harus dapat menggugah/menarik serta menggerakkan *demand* sasaran untuk melakukan anjuran yang dituangkan dalam pesan. Pengemasan pesan meliputi tema, sub tema, dan isi pesan. Isi pesan dibuat berdasarkan hasil kajian yang telah dilakukan. Pengemasan pesan bisa dalam bentuk materi media cetak, materi audio-visual,



ilustrasi, grafik, foto, dan lain-lain. Format pengemasan pesan pada media cetak, berkaitan dengan warna; susunan huruf; pemilihan kata-kata, kalimat atau istilah; gambar; dan garis. Sedangkan untuk media audio berkaitan dengan suara, pilihan kata, citra suasana. Sementara itu, untuk media visual berkaitan dengan ekspresi gaya, penampilan, keadaan lokasi.



Gambar 4. Contoh media visual yang dibuat oleh model Gen Manist

Sumber : Dokumen DPD PERSAGI Kalteng, 2019

D. *Peer Education*

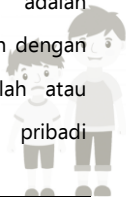
Supaya terdapat kesamaan persepsi, ada baiknya kita membahas apa itu dan bagaimana melakukan *peer education*. Sebenarnya, *peer education* itu diartikan sebagai pendidikan sebaya. Apa, sih, yang melatarbelakangi pendidikan sebaya itu? Mari kita kaitkan pendidikan sebaya

itu dengan sosialisasi. Hal itu karena sosialisasi adalah sebuah proses belajar seseorang.

Kita pasti pernah mengalami belajar bertingkah laku seperti sang idola, belajar pola kebudayaan atau kebiasaan bahkan saat belajar berbahasa, berteman, menguasai keterampilan, dan lain-lain. Semua itu kita dapatkan bukan secara tiba-tiba, namun karena pengaruh sosialisasi. Artinya, segala sesuatu yang kita pelajari bersumber dari anggota masyarakat seperti orang tua, saudara, anggota keluarga, dan di sekolah, dalam hal ini kebanyakan oleh guru.

Lingkungan yang pertama membentuk kita adalah keluarga. Ayah, ibu, kakek, nenek, kakak, atau anggota keluarga yang lainnya, selalu menginspirasi kita dalam mengambil sikap dan berperilaku serta menjadi guru yang baik atau sebaliknya. Pada akhirnya, akan menjadikan kita sebagai seorang pribadi.

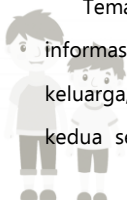
Nah, lingkungan kedua setelah keluarga adalah kelompok sebaya. Kelompok ini selalu bersentuhan dengan kita dalam kesehariannya, seperti ketika sekolah atau bermain. Pengaruhnya sangat besar terhadap pribadi



seseorang. Namun, pengaruh ini sangat ditentukan oleh persepsi individu terhadap kelompoknya.

Kekuatan pengaruh teman sebaya dapat melampaui pengaruh lingkungan keluarga. Akibatnya, dapat melemahkan ikatan orang tua, sekolah, norma hukum/adat istiadat. Kenyataannya, banyak individu (remaja) yang lebih sering bersama teman-temannya ketimbang dengan keluarganya. Hal ini menjadi alasan bahwa peran teman sebaya sangat besar dalam memengaruhi perilaku seseorang. Dengan kata lain, teman sebaya berpengaruh terhadap sikap, perilaku, pola pikir, minat, dan penampilan remaja. Remaja sangat mudah meniru model yang menjadi idolanya dan ini sering dikaitkan dengan pencarian jati diri. Apabila dalam tahapan ini tidak ada arahan atau bimbingan yang lebih baik, maka banyak kita temukan perilaku negatif dan kurang pantas pada remaja.

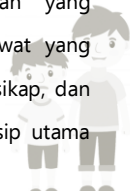
Teman sebaya merupakan wadah mendapatkan informasi yang tidak pernah mereka dapatkan di dalam keluarga, tempat menambah kemampuan, dan tempat kedua setelah keluarga yang dapat mengarahkan dirinya



untuk berperilaku yang baik, dan memberikan masukan terhadap kekurangan yang dimilikinya. Tentu saja ini akan membawa dampak positif bagi remaja tersebut.

Kelompok sebaya itu ada dua macam. **Pertama** adalah kelompok sebaya yang bersifat formal. Di dalam kelompok ini ada bimbingan, partisipasi atau pengarahan orang dewasa. Apabila bimbingan dan pengarahan diberikan secara bijaksana, kelompok sebaya ini dapat menjadi wahana proses sosialisasi nilai dan norma yang terdapat di masyarakat. Yang termasuk dalam kelompok ini, misalnya kepramukaan, klub, perkumpulan pemuda, dan organisasi lainnya. Sedangkan kelompok **kedua** adalah kelompok sebaya yang bersifat informal. Kelompok ini dibentuk, diatur, dan dipimpin oleh anak itu sendiri, misalnya kelompok permainan, geng, dan lain-lain. Ciri dari kelompok ini tidak ada proses bimbingan dan partisipasi dari orang dewasa.

Pendidikan sebaya adalah proses kegiatan yang berlangsung di antara teman sebaya atau sejawat yang bertujuan untuk mengembangkan pengetahuan, sikap, dan tindakan seseorang atau sekelompok orang. Prinsip utama

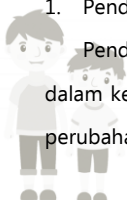


pendidikan sebaya adalah kegiatan yang dilakukan sukarela dengan memberikan informasi, pendampingan atas dasar rasa peduli atas nasib dan masa depan teman sebaya. Sedangkan prinsip dasar pendidikan sebaya dapat di mana saja, kapan saja, dan siapa saja.

Oya, pendidikan sebaya biasanya menggunakan strategi pembelajaran yang berbasis *active learning*. Artinya, seseorang dapat dikatakan menguasai pelajaran apabila ia mampu mengajarkannya kembali kepada teman sebayanya. Mengajar teman sebaya dapat memberikan motivasi dan dorongan untuk mempelajari sesuatu dengan baik dan di saat yang bersamaan, ia dapat menjadi narasumber bagi yang lain. Inilah yang sebenarnya diharapkan dari Model Gen Manist. Apa, sih, syarat untuk melakukan *peer education*? Terdapat dua syarat yang mutlak harus ada yaitu Pendidik Sebaya dan Kelompok Sebaya.

1. Pendidik Sebaya

Pendidik sebaya merupakan seseorang yang termasuk dalam kelompok sebaya yang telah dilatih untuk membawa perubahan dalam pengetahuan, sikap, keyakinan, dan



perilaku pada tingkat orang per orang pada kelompok sebayanya. Seorang pendidik sebaya diharapkan dapat menjadi panutan bagi kelompok sebayanya dalam sikap dan berperilaku di kehidupan sehari-hari.

Untuk menjadi pendidik sebaya, apakah ada syaratnya juga? Mudah atau sulit, ya? Ingin juga jadi pendidik sebaya supaya bisa jadi Model Gen Manist. Baiklah, mari kita simak syaratnya. **Pertama**, orangnya harus aktif dalam kegiatan sosial dan populer di lingkungannya alias pandai bergaul dan berorganisasi. **Kedua**, memiliki minat dalam menyebarluaskan informasi kesehatan. Kalau orangnya ogah-ogahan dan sulit diajak kerjasama, jangan ditunjuk, ya. **Ketiga**, harus lancar berbahasa dan menulis. Maksudnya, tidak segan dan tidak malu jika disuruh berbicara di depan umum. **Keempat**, dapat melakukan komunikasi dua arah dan bisa menjadi pendengar yang aktif. Bisa dikatakan, pandai membuat orang berkomunikasi dan memberikan perhatian sepenuhnya dengan lawan bicara. **The last precondition is**, harus memiliki kepribadian yang ramah, luwes dan mudah berinteraksi dalam pergaulan, lancar



dalam mengemukakan pendapat, berinisiatif dan kreatif, tidak mudah tersinggung, terbuka untuk hal-hal baru, memiliki kemauan belajar, dan senang menolong.

Perfect banget, ya? Rasanya cukup sulit menemukan orang dengan kriteria seperti itu. Lalu bagaimana caranya? Bisa, yaitu dengan orientasi/pelatihan, seperti yang telah dilakukan dalam tahapan model intervensi Gen Manist ini.

2. Kelompok Sebaya

Kelompok sebaya merupakan sekumpulan orang dengan karakteristik yang sama atau mendekati sama, seperti jenis kelamin, umur, *background*, status pekerjaan, adat atau budaya, status sosial ekonomi, status kesehatan, gaya hidup, pengalaman ataupun memiliki pemahaman yang sama tentang suatu topik. Semakin banyak kemiripan dan interaksi orang-orang yang terdapat dalam suatu kelompok, semakin besar pula kemungkinan orang itu menerima pesan-pesan dan berpengaruh terhadap sikap maupun perilakunya.

Apabila kedua syarat ini terpenuhi, tentunya *peer education*/pendidikan sebaya dapat dilakukan. Sekarang,



pertanyaannya adalah berapakah jumlah anggota kelompok sebaya yang efektif? Jadi, berdasarkan beberapa literatur, disebutkan bahwa jumlah anggota kelompok sebaya dalam satu kali *peer group* antara 12 orang. Lebih dari itu, dikatakan kurang efektif.

Lalu apa keuntungan dari *peer education* itu? Keuntungan adalah banyak capaian yang dapat diraih, seperti terciptanya keterbukaan dalam diskusi terutama untuk hal hal yang bersifat sensitif, meningkatkan peran serta masyarakat, serta dengan biaya yang minimal akan memberikan layanan yang maksimal.

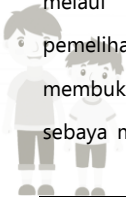
Nah, Model Gen Manist berperan dalam menyadarkan dan mempengaruhi teman mereka yang berada dalam satu kelompok tersebut. Mereka membagi kelas menjadi 2 kelompok sebaya. Rata-rata beranggotakan 12–15 orang. Masing-masing kelompok sebaya dikelola oleh dua orang Model Gen Manist. Tahapan dalam pelaksanaan *peer education* ini meliputi pelatihan untuk calon Model Gen Manist (saat orientasi model intervensi Gen Manist) dan



pelaksanaan dari pendidik sebaya yang telah dilatih kepada kelompok sebayanya (di sekolah).

Pelatihan pendidik sebaya khusus bagi calon Model Gen Manist dilakukan pada saat orientasi yang dibagi dalam dua tahapan, yaitu sesi pembahasan dan sesi penyimpulan materi bahasan. Pada sesi pembahasan, calon Model Gen Manist diberikan topik yang berkaitan dengan *stunting* dan cara pencegahannya. Metode yang digunakan adalah curah pendapat, studi kasus, dan diskusi. Berikutnya pada sesi penyimpulan, Model Gen Manist dilatih untuk dapat menyimpulkan materi berdasarkan hasil diskusi dengan merujuk pada modul pembelajaran tentang *stunting*. Masukan dan pendapat peserta dijadikan sebagai catatan pelengkap.

Sedangkan untuk tahapan pelaksanaan bagi kelompok sebaya, dilakukan oleh Model Gen Manist di sekolah mereka melalui tahap penerimaan, pemasukan ide, dan tahap pemeliharaan. Pada tahap penerimaan, Model Gen Manist membuka diskusi dan memberikan kesempatan bagi teman sebaya mereka untuk menyampaikan keluhan dan masalah



yang sedang dihadapi berkaitan dengan *stunting*. Berikutnya di tahap pemasukan ide, Model Gen Manist bertugas memberikan masukan dan arahan sesuai dengan petunjuk yang ada, sedikit demi sedikit secara berulang. Sedangkan pada tahap pemeliharaan, dibutuhkan komunikasi yang intens dan berulang agar terjadi perubahan pola pikir dan sikap dalam menghadapi dan mengatasi masalah *stunting*.

Bagaimana teknik penyampaian informasinya dalam *peer education*? Pendidik sebaya dapat melakukan *peer education/peer group* kapan dan di mana pun mereka berada, asalkan kondisinya nyaman dan tidak terkesan menggurui. Pada saat penyampaian informasi, pendidik sebaya haruslah memahami dan menguasai isi materi yang akan disampaikan, tidak terkesan menggurui, tidak harus tahu semuanya (jangan sok tahu, ya), tidak memutus pembicaraan teman sebayanya di saat diskusi (jadilah pendengar yang baik!), dan tidak diskriminatif atau membeda-bedakan. Dalam menyampaikan informasi, pendidik sebaya juga harus memiliki tingkat kepercayaan diri (PeDe) yang tinggi serta mampu berkomunikasi dua arah.



Sebagian dari pendidik sebaya biasanya menggunakan media untuk meningkatkan pemahaman dan memperlancar jalannya *peer group*. Media yang memungkinkan untuk digunakan dapat berupa leaflet, poster, film, atau video.



Gambar 5. Pelatihan Calon Model Gen Manist
Sumber: Dokumen DPD PERSAGI Kalteng, 2019

Cara melakukan *peer education* dalam model intervensi Gen Manist dapat diuraikan sebagai berikut:

- 1) Kelompok sebaya dibagi ke dalam 2 grup dalam satu kelas yang sama.
- 2) Dipersilakan duduk dalam satu lingkaran.
- 3) Model Gen Manist menyampaikan materi selama lima belas menit, selebihnya digunakan untuk diskusi dan menampung pertanyaan.



- 4) Model Gen Manist memberikan beberapa pertanyaan sebagai pemicu diskusi pada kelompok.
- 5) Kelompok akan melakukan diskusi dan menuliskan hasil diskusi pada lembar *flipchart* atau papan tulis yang telah disediakan.
- 6) Kelompok mengulang kembali dan menyimpulkan materi yang telah didiskusikan bersama dibantu oleh Model Gen Manist.



Gambar 6. Aksi Model Gen Manist dalam melakukan *Peer Education/Peer Group*

Sumber: DPD PERSAGI Kalteng, 2019



BAB IV

Monitoring dan Evaluasi Model Intervensi Gen Manist

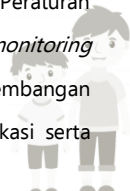
Bicara tentang *monitoring* dan evaluasi sebuah program, tentu tidak terlepas dari yang namanya fungsi manajemen, di dalamnya ada *planning* (perencanaan), *organizing* (pengorganisasian), *directing* (pengarahan), dan *controlling* (pengawasan). Fungsi ini saling mendukung satu sama lain sehingga membentuk siklus manajemen. Apabila salah satu fungsi tidak dilakukan dengan baik, maka akan berdampak pada fungsi yang lain dan berpengaruh terhadap *output* atau tujuan yang ingin dicapai. Oleh karena itu, langkah demi langkah harus dijalani dan diselesaikan semaksimal mungkin.

Jadi, yang perlu kita bahas lebih lanjut, di manakah kedudukan *monitoring* dan evaluasi di dalam fungsi manajemen? Betul sekali, keduanya merupakan fungsi *controlling* (pengawasan). *Controlling* atau pengendalian



adalah serangkaian kegiatan manajemen yang dimaksudkan untuk menjamin agar suatu program/kegiatan dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Fungsi pengendalian itu sendiri merupakan kegiatan menilai suatu kinerja dengan berpatokan pada standar yang telah dibuat atau standar baku. Di samping itu, juga merupakan upaya perbaikan apabila diperlukan. Fungsi *controlling* yang baik harus memperhatikan jalur (*routing*), penetapan waktu (*scheduling*), perintah pelaksanaan (*dispatching*), dan tindak lanjut (*follow up*).

Monitoring dan evaluasi merupakan dua kegiatan yang terpadu dalam rangka pengendalian (*controlling*) suatu program. Meskipun keduanya sering dianggap sebagai satu kesatuan yang utuh, tapi *monitoring* dan evaluasi memiliki fokus yang berbeda-beda. *Monitoring* lebih terpusat pada kegiatan yang akan dilaksanakan sedangkan evaluasi terfokus pada hasil akhir kegiatan. Menurut Peraturan Pemerintah No 39 Tahun 2006, pengertian *monitoring* (pemantauan) adalah kegiatan mengamati perkembangan pelaksanaan rencana pembangunan, mengidentifikasi serta



mengantisipasi permasalahan yang timbul dan/atau akan timbul untuk dapat diambil tindakan sedini mungkin. Sedangkan evaluasi adalah rangkaian kegiatan membandingkan realisasi masukan (*input*), keluaran (*output*), dan hasil (*outcome*) terhadap rencana dan standar.

Monitoring juga dijadikan sebagai kegiatan penggalan informasi berdasarkan indikator tertentu, dengan tujuan melihat sejauh mana kegiatan yang direncanakan berjalan sesuai prosedur yang telah ditetapkan. Hal yang sering dijadikan indikator *monitoring* adalah esensi kegiatan dan target yang harus dicapai. Semakin detail pengamatan yang dilakukan, maka akan semakin komplit data yang diperoleh.

Selain itu, kegiatan *monitoring* juga dapat memberikan informasi kepada pengelola program tentang kendala atau penyimpangan yang terjadi. Apabila ditemukan penyimpangan atau kelambanan, maka segera dibenahi sehingga kegiatan dapat berjalan sesuai rencana dan targetnya. Dengan kata lain, hasil *monitoring* dapat menjadi input bagi proses selanjutnya.



Berdasarkan tujuannya, *monitoring* dapat di bedakan menjadi 4 macam.

1. *Monitoring* kepatuhan (*compliance*). Bertujuan untuk menentukan tingkat kepatuhan implementor terhadap standar dan prosedur yang telah ditetapkan.
2. *Monitoring* pemeriksaan (*auditing*). Bertujuan untuk melihat sejauh mana sumberdaya dan pelayanan sampai pada kelompok sasaran.
3. *Monitoring* akuntansi (*accounting*). Bertujuan untuk mengkalkulasi perubahan sosial dan ekonomi yang terjadi setelah diimplementasikan suatu kebijakan.
4. *Monitoring* penjelasan (*explanation*). Bertujuan untuk menjelaskan adanya perbedaan antara hasil dan tujuan kebijakan.

Berikut ini metode yang digunakan dalam *monitoring*.

1. Metode dokumentasi, yaitu terdiri dari berbagai laporan kegiatan, seperti laporan tahunan/semesteran/bulanan.



2. Metode survei, tujuannya untuk menjangkau data dari para *stakeholders*, terutama kelompok sasaran.
3. Metode observasi lapangan, yaitu mengamati data empiris di lapangan dan bertujuan lebih meyakinkan dalam membuat penilaian tentang proses dari kebijakan. Metode ini dapat digunakan untuk melengkapi metode survei.
4. Metode wawancara, yaitu pedoman wawancara dalam menanyakan berbagai aspek yang berhubungan dengan implementasi kebijakan perlu dipersiapkan.
5. Metode campuran, misalnya campuran antara metode dokumentasi dan survei, atau metode survei dan observasi, atau dengan menggunakan ketiga atau bahkan keempat metode di atas.
6. Metode FGD, melakukan pertemuan dan diskusi dengan para *stakeholders* yang bervariasi. Dengan cara demikian, berbagai informasi yang lebih valid dapat diperoleh melalui *cross check* data dan informasi dari berbagai sumber.



Berbeda dengan *monitoring*, evaluasi justru dilakukan pada akhir kegiatan. Evaluasi lebih menekankan pada aspek hasil yang dicapai (*output*). Evaluasi berhubungan dengan informasi tentang nilai yang memberikan gambaran tentang manfaat suatu program atau kebijakan. Jadi, hasil evaluasi bermanfaat bagi rencana pelaksanaan program di waktu yang sama, tapi tempat yang berbeda.

Keterkaitan kegiatan *monitoring* dan evaluasi terlihat dari penggunaan data. Data-data yang diperoleh saat *monitoring* dapat digunakan pada saat evaluasi. Tujuannya adalah mengetahui apakah program itu mencapai sasaran yang diharapkan atau tidak. Oleh karena itu, evaluasi yang dilakukan tanpa didahului oleh *monitoring* serasa tidak lengkap dan dapat menghasilkan data yang kurang valid. Secara garis besar, tujuan dari evaluasi adalah sebagai berikut ini.

1. Menentukan tingkat kinerja suatu kebijakan.
2. Mengukur tingkat efisiensi suatu kebijakan.
3. Mengukur tingkat keluaran.
4. Mengukur dampak suatu kebijakan.



5. Mengetahui ada atau tidaknya penyimpangan.
6. Sebagai masukan (*input*) suatu kebijakan yang akan datang.

Dalam pelaksanaannya terdapat beberapa macam metode evaluasi yang bisa digunakan, tergantung dari kita, dan apa yang kita pilih. Selain itu, disesuaikan dengan situasi dan kondisi pelaksana, proses, sasaran, dan tujuan yang ingin dicapai, seperti berikut ini.

1. *Single program after-only*, yaitu pengukuran kondisi dilakukan sesudah program, tidak ada kelompok kontrol, dan informasi yang diperoleh dari keadaan kelompok sasaran.
2. *Single program before-after*, yaitu pengukuran kondisi dilakukan sebelum dan sesudah program, tidak ada kelompok kontrol, dan informasi yang diperoleh dari perubahan kelompok sasaran.
3. *Comparative after-only*, yaitu pengukuran kondisi dilakukan sesudah program, ada kelompok kontrol, dan informasi yang diperoleh dari keadaan kelompok sasaran dan kelompok kontrol.

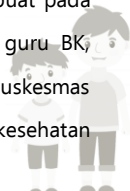


4. *Comparative before-after*, yaitu pengukuran kondisi dilakukan sebelum dan sesudah program, ada kelompok kontrol, dan informasi yang diperoleh dari efek program terhadap kelompok sasaran dan kelompok kontrol

Sudah cukup rasanya teori tentang *monitoring* dan evaluasi yang bisa kita gunakan dalam menjalankan sebuah program. Tinggal kita tentukan apa dan bagaimana *monitoring* dan evaluasi tersebut akan dioperasionalkan dalam sebuah program atau kegiatan.

A. *Monitoring* Model Intervensi Gen Manist

Bagaimana *monitoring* yang dilakukan pada model intervensi Gen Manist? Apa metodenya dan di manakah titik-titik kritis yang harus diamati? Kegiatan *monitoring* model intervensi Gen Manist berawal dari sebuah kesepakatan dalam rencana tindak lanjut yang dibuat pada saat waktu orientasi di hari terakhir. Guru UKS, guru BK, petugas gizi, petugas kesling, petugas promkes puskesmas setempat, Model Gen Manist, dan staf dinas kesehatan



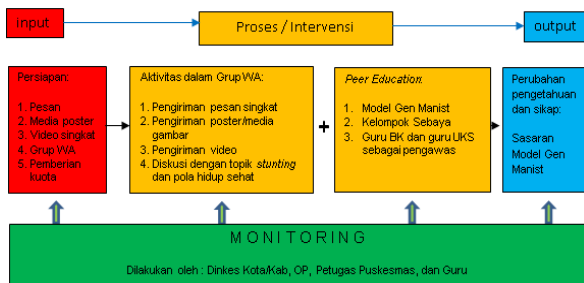
kota/kabupaten bersepakat dalam pembagian tugas, wewenang serta tanggung jawab dalam mensukseskan model intervensi Gen Manist ini.

Guru UKS dan guru BK bertugas memberikan bimbingan langsung dan melakukan observasi langsung pada Model Gen Manist dalam mengelola pesan di grup Whatsapp. Sementara, petugas kesehatan (petugas gizi, kesling dan promkes) puskesmas setempat, serta Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten melakukan pengawasan jalannya model intervensi dan bekerjasama dengan guru UKS dan guru BK dalam mengamati keaktifan Model Gen Manist di sekolahnya.

Berdasarkan pengalaman yang dilakukan pada Model Intervensi Gen Manist bahwa metode *monitoring* yang dijalankan adalah metode campuran mulai dari dokumentasi, observasi lapangan, dan wawancara serta menggunakan metode FGD (*focus group design*) yang dikemas dalam *peer education*.

Monitoring dilakukan dengan menggunakan bantuan alat bantu seperti kuesioner dan *form* ceklis. Hal-hal yang

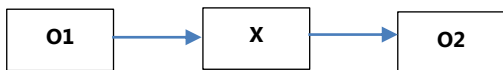
dilakukan oleh tim *monitoring* di antaranya meng*capture* isi obrolan grup Whatsapp Model Gen Manist, mengirim pesan kepada pengelola program, mengamati keaktifan Model Gen Manist dalam mengelola grup Whatsapp, melakukan ceklis tahapan pelaksanaan kegiatan *peer education* serta melakukan observasi perubahan sikap sasaran Model Gen Manist. Untuk lebih mudah memahami titik-titik kritis dalam melakukan *monitoring* pada Model Intervensi Gen Manist ini, dapat dilihat pada skema berikut ini.



B. Evaluasi Model Intervensi Gen Manist

Metode evaluasi pada Model Gen Manist dilakukan sesuai dengan rancangan *single program before-after*, dengan karakteristik pengukuran kondisi dilakukan sebelum

dan sesudah program, tidak ada kelompok kontrol, dan informasi yang diperoleh dari perubahan kelompok sasaran. Secara sederhana dapat digambarkan sebagai berikut ini.



Keterangan:

O_1 = *Pre-test* seluruh siswa kelas 10 sebelum mendapatkan intervensi Model Gen Manist

O_2 = *Post test* seluruh siswa kelas 10 setelah mendapatkan intervensi Model Gen Manist

X = Intervensi Model Gen-Manist, yang terdiri dari pengiriman pesan gizi melalui media sosial dan diperkuat dengan *peer education* tentang *stunting*.

Pre-test dan *post-test* dilakukan untuk mengukur perubahan pengetahuan dan sikap sasaran. Ada 20 pertanyaan untuk mengukur pengetahuan dan sikap siswa mengenai faktor penyebab *stunting* dan bahayanya. Berikut ini rincian pertanyaan untuk kuesioner pengetahuan dan sikap.

Tabel 4. Distribusi Jumlah Soal dalam Kuesioner

Materi	Jumlah Soal	
	Pengetahuan	Sikap
1. <i>Stunting</i>	12	12
2. Dampak lingkungan terhadap <i>stunting</i>	8	8
Total	20	20

Berikut contoh soal *pre* dan *post test* yang diberikan kepada Gen Manist untuk mengetahui pengetahuannya.

- Istilah *stunting* lebih tepat diartikan sebagai
 - kelebihan berat badan
 - kurus
 - kerdil
 - tidak normal
- Indikator yang digunakan untuk mengetahui/*screening* anak yang menderita *stunting* atau tidak adalah
 - BB/TB
 - TB/U
 - BB/U
 - IMT/U
- Penyebab langsung terjadinya *stunting* pada anak adalah
 - pengetahuan gizi ibu
 - asupan gizi anak
 - kurangnya aktivitas fisik anak
 - pengasuhan yang salah
- Tanda-tanda anak yang *stunting* adalah
 - sehat
 - tubuh proporsional
 - cebol
 - lebih pendek dari anak seusianya
- Penyakit infeksi yang paling sering dikaitkan dengan kejadian *stunting* pada anak adalah
 - kecacingan
 - diare berulang
 - keracunan makanan
 - infeksi saluran pernapasan akut

- 6 Faktor risiko berikut berhubungan dengan kejadian *stunting* pada anak
- a. ibu hamil dengan LILA < 23,5 cm
 - b. anak usia 3 tahun ke atas
 - c. remaja putri
 - d. masa pubertas
- 7 Akibat jangka pendek *stunting* pada anak adalah
- a. produktivitas menurun
 - b. sulit bekerja ketika dewasa
 - c. gangguan pertumbuhan linier
 - d. berisiko terkena penyakit degeneratif
- 8 Dampak jangka pendek *stunting* pada anak yang berimbang pada penurunan prestasi anak di sekolah. Hal ini disebabkan oleh
- a. anak terlihat idiot
 - b. anak hiperaktif
 - c. pertumbuhan dan perkembangan otak anak terhambat
 - d. gangguan pemusatan perhatian
- 9 Kejadian *stunting* pada anak di atas usia 2 tahun sulit untuk ditangani. Oleh karena itu perlu perhatian lebih/upaya pencegahan sedini mungkin, yaitu pada 1000 hari pertama kehidupan. Kapan dimulai upaya 1000 HPK tersebut?
- a. sebelum hamil
 - b. saat hamil
 - c. tri semester kedua
 - d. saat terjadinya konsepsi
- 10 Komposisi untuk sayuran pada Isi Piringku adalah sebanyak ?
- a. $\frac{1}{2}$ dari $\frac{1}{2}$ piringku
 - b. $\frac{1}{3}$ dari piringku
 - c. $\frac{2}{3}$ dari $\frac{1}{2}$ piringku
 - d. $\frac{1}{3}$ dari $\frac{1}{2}$ piringku
- 11 Pencegahan risiko anemia (kurang darah) pada remaja putri yaitu dengan cara?
- a. Menunda jadwal haid
 - b. Minum tablet tambah darah 1 kali seminggu
 - c. Mengonsumsi makanan *fast food*
 - d. Minum teh, kopi, dan susu sehabis makan
- 12 Hal yang TIDAK dianjurkan saat mengkonsumsi tablet tambah darah adalah
- a. Diminum bersama air putih
 - b. Diminum 1x per minggu
 - c. Diminum bersama air teh
 - d. Diminum 1 x sehari selama haid

- 13 STBM merupakan kepanjangan dari
- a. Sanitasi Total Berbasis Mandiri
 - b. Sanitasi Terpadu Berbasis Mandiri
 - c. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
 - d. Sanitasi Terpadu Berbasis Masyarakat
- 14 Keterkaitan keberhasilan program sanitasi dan keamanan air minum dengan kejadian *stunting* dirumuskan dalam pilar-pilar yang harus dipenuhi dan dipatuhi oleh masyarakat. Berapakah jumlah pilar tersebut?
- a. 5 pilar
 - b. 6 pilar
 - c. 7 pilar
 - d. 8 pilar
- 15 Pilar pertama yang harus dipatuhi dan dilakukan oleh masyarakat berkaitan dengan perilaku
- a. cuci tangan pakai sabun
 - b. stop buang air besar sembarangan
 - c. pengamanan sampah rumah tangga
 - d. penanganan air minum
- 16 Waktu kritis yang mengharuskan praktik cuci tangan pakai sabun untuk mencegah diare dan ISPA (Tifus/Hepatitis A dan E/Polio) adalah
- a. sesudah makan
 - b. sebelum BAB
 - c. sebelum menyuapi anak
 - d. sesudah mempersiapkan makanan bayi
- 17 Pilar Ke-4 STBM adalah pengamanan sampah rumah tangga. Perilaku yang ditunjukkan dalam pilar ini adalah
- a. mengubur sampah plastik
 - b. menguras bak mandi 3 kali seminggu
 - c. memilah sampah organik dan non organik
 - d. menutup tempat sampah
- 18 Tidak lagi menggunakan sedotan plastik merupakan salah satu perilaku yang berkaitan dengan Pilar
- a. Stop BAB Sembarangan
 - b. Pengamanan Air Minum dan Makanan
 - c. Cuci Tangan Pakai Sabun
 - d. Pengelolaan Sampah Rumah

Tangga

- 19 Desa yang telah mendapat predikat Desa ODF/SBS adalah
- a. 100 % masyarakat telah BAB di jamban Sehat b. 75 % masyarakat telah BAB di jamban Sehat
- c. 50% masyarakat telah BAB di jamban Sehat d. 25% masyarakat telah BAB di jamban Sehat
- 20 Tiga (3) pilar STBM yang berhubungan dengan *stunting* adalah
- a. Pilar Gizi Ibu Hamil b. Pilar Pemberian Makanan Bayi dan Anak
- c. Pemantauan Pertumbuhan d. benar semua

Berikut contoh pernyataan positif dan pernyataan negatif yang ditanyakan kepada kelompok sasaran untuk menggali sikap Gen Manist.

NO	PERNYATAAN	SIKAP			
		Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
1	<i>Stunting</i> itu tidak berbahaya dan hanya masalah kesehatan biasa saja yang dapat diobati .				
2	<i>Stunting</i> dapat diobati dengan pemberian tablet tambah darah setiap minggu.				
3	Setiap remaja yang pendek dapat dikatakan pasti mengalami <i>stunting</i> .				
4	Anak yang mengalami <i>stunting</i> akan mengalami				

	gangguan metabolisme zat gizi dalam tubuhnya.				
5	Gangguan pertumbuhan linear akan terjadi jika anak mengalami <i>stunting</i> .				
6	Remaja putri sebaiknya diberikan tablet tambah darah, yang diminum 1 kali dalam sepekan untuk mencegah penyakit anemia.				
7	Masa yang paling tepat dalam mencegah terjadinya <i>stunting</i> pada anak adalah pada 1000 hari pertama kehidupan (HPK).				
8	Anak <i>stunting</i> adalah anak yang memiliki perawakan tinggi, namun IQ-nya rendah.				
9	Dampak jangka panjang bagi anak yang mengalami <i>stunting</i> adalah tingginya risiko terkena penyakit degeneratif, seperti diabetes, penyakit jantung, obesitas, dll.				
10	Untuk hidup sehat dan selalu tampil prima, remaja harus selalu melakukan 4 pilar gizi seimbang.				



11	Komposisi makanan untuk sekali makan sebaiknya memperhatikan petunjuk dalam "Isi Piringku".				
12	Pembatasan konsumsi gula, garam, dan lemak/minyak ditujukan agar terhindar dari penyakit tidak menular seperti diabetes, penyakit jantung, obesitas, hipertensi, asam urat, dll.				
13	Mencuci tangan sesudah makan pakai sabun sangat dianjurkan supaya tangan kita tidak berbau masakan.				
14	Sanitasi Total Berbasis Masyarakat bertujuan untuk mengubah perilaku masyarakat agar hidup sehat ditinjau dari sisi kesehatan lingkungan.				
15	Membuang sampah di sembarang tempat menjadi faktor risiko terjadinya <i>stunting</i> pada anak.				
16	Penyakit infeksi adalah penyebab langsung dari kejadian <i>stunting</i> pada anak.				
17	Pengurangan				

	penggunaan plastik merupakan salah satu upaya meningkatkan kesehatan lingkungan.				
18	Sampah rumah tangga yang dikelola dengan baik akan mengurangi risiko terkena penyakit bagi anggota keluarganya.				
19	Sekolah yang tidak menyediakan tempat cuci tangan dan sabun merupakan sekolah yang peduli terhadap kesehatan siswanya.				
20	Makanan jajanan yang sehat adalah makanan jajanan yang enak dan murah meskipun tidak bergizi.				

Soal untuk menggali pengetahuan dan sikap ini, jangan lupa diuji coba. Uji coba kuesioner dilakukan kepada sasaran, di lokasi sekolah yang berbeda, agar diperoleh pertanyaan dan pernyataan yang benar-benar *valid* ($R \text{ hitung} < R \text{ table}$), dan *reliabel* (nilai *alpha chronbach's* > 0.7). Untuk itu, disarankan harus menyiapkan minimal 25 atau 30 pertanyaan (pengetahuan) dan pernyataan (sikap) seputar

topik yang sedang dibicarakan, dalam hal ini adalah *stunting* dan bahayanya bagi generasi milenial.

Selain sasaran intervensi, evaluasi juga dilakukan terhadap Model Gen Manist. Proses ini dilakukan dengan melihat kemampuan Model Gen Manist dalam pembuatan konten dan pengiriman pesan melalui media sosial serta saat melakukan proses *peer education* di kelas. Instrument yang digunakan berupa *form checklist*. Berikut contoh *form checklist* dalam *monitoring* dan evaluasi Model Gen Manist.

Daftar *Check List* Pelaksanaan *Peer education*

Kelompok *Peer education*

Kelas :

Asal SMA/MA :

Kelompok : I / II (dilingkari yang sesuai)

No	Kegiatan yang Dilakukan Saat <i>Peer education</i>	Ya	Tidak	Skoring (1 – 5)
1	<i>Leader</i> membuka <i>peer education</i> dengan menyapa teman sebayanya.			
2	<i>Leader</i> menyampaikan maksud dan tujuan dilakukannya <i>peer education</i> .			
3	<i>Leader</i> menyampaikan materi pembuka terkait topik yang sudah disiapkan (idealnya 30 menit).			

4	Diskusi dan menampung pertanyaan dari peserta.			
5	<i>Leader</i> mengemukakan beberapa kasus untuk ditanggapi oleh peserta.			
6	Notulen mencatat semua hasil diskusi.			
7	<i>Leader</i> menyampaikan beberapa kesimpulan hasil diskusi.			
8	<i>Leader</i> menutup <i>peer education</i> .			

Kemampuan *Leader*:

1. Kemampuan dalam memimpin *peer education* :
2. Kemampuan membuka dan menutup *peer education* :
3. Kemampuan memberikan kasus /pertanyaan :

Tim Pengawas *peer education*:

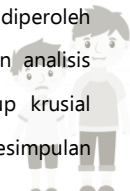
Tanda Tangan:

1.
2.

.....

C. Pengolahan dan Analisis Data Model Intervensi Gen Manist

Apabila kegiatan evaluasi telah dilakukan dan diperoleh data, langkah selanjutnya adalah pengolahan dan analisis data. Proses ini merupakan tahapan yang cukup krusial karena dapat memberikan gambaran bahkan kesimpulan



apakah program ini berhasil atau layak di laksanakan, dipertahankan, dan dikembangkan.

Langkah pertama dalam pengolahan dan analisis data, yaitu proses *editing*. Proses ini bertujuan untuk memeriksa apakah data yang terkumpul sudah terisi dengan baik. Silakan dicek kembali isian dari lembar jawaban setelah dilakukannya *pre test* dan *post test*, seperti kelengkapan nama dan keterangan, serta ada tidaknya jawaban dari seluruh pertanyaan dan pernyataan.

Langkah kedua adalah tahap koding, maksudnya, pada tahap ini kita melakukan proses identifikasi dan klarifikasi dari setiap pernyataan dalam kuesioner berdasarkan variable yang sedang diteliti.

Pada langkah ketiga, kita melakukan tabulasi data, maksudnya melakukan kegiatan mencatat atau entri data ke dalam tabel-tabel. Setelah semua data terentri dengan baik, step berikutnya adalah tahap pengujian. Pada tahapan ini, data diuji kualitasnya melalui uji validitas dan uji reliabilitas instrumen dari pengumpulan data.



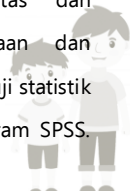
Berikutnya adalah langkah keempat, yaitu mendeskripsikan data, yang berisi penyajian data dalam bentuk tabel, frekuensi atau pun diagram dan berbagai macam ukuran tendensi sentral maupun ukuran *disperse*, dengan tujuan untuk memahami karakteristik data.

Terakhir, langkah kelima, yaitu membandingkan hasil dengan tujuan model yang sudah kita tetapkan di awal. Nah, tahap ini sangat menentukan apakah model intervensi Gen Manist ini berhasil atau tidak.

Mari kita lihat hasil evaluasi dari model intervensi Gen Manist ini, mulai dari bagaimana pengolahan dan analisis data sampai menarik kesimpulan. Silakan disimak, ya.

1. Data Pengetahuan dan Sikap

Sebelum digunakan, kuesioner pengetahuan dan sikap tersebut terlebih dahulu dilakukan uji coba. Data hasil uji coba kuesioner, kemudian dianalisis validitas dan reliabilitasnya untuk melihat mana pertanyaan dan pernyataan yang valid dan reliabel menggunakan uji statistik *alpha chronbach's* dan nilai R hitung pada program SPSS.



Dari 25 pertanyaan dan pernyataan yang diujikan, ternyata diperoleh 20 pertanyaan untuk pengetahuan dan 20 pernyataan sikap yang *valid* dan *reliabel*.

Adapun nilai maksimum penilaian untuk pengetahuan adalah 100 (masing-masing jawaban yang benar diberi poin 5). Untuk sikap, terdiri dari 14 pernyataan positif dan 6 pernyataan negatif yang dikemas dalam skala *Likert*, yaitu sangat tidak setuju (poinnya 1), tidak setuju (poinnya 2), setuju (poinnya 3) dan sangat setuju (poinnya 4) sehingga nilai maksimumnya adalah 88.

2. Uji Normalitas data dan Uji Hipotesis

Nah, sebelum dilakukan analisis terhadap data pengetahuan dan sikap, terlebih dahulu diuji normalitas datanya. Untuk uji kenormalan data ini bisa dilakukan dengan uji Chi-Square, *kolmogorov-smirnov*, *shapiro-wilk*, *Lilliefors*, dan *Jarque Bera*. Data bisa dikatakan terdistribusi normal jika $p \text{ value} > 0.05$. Mungkin sebagian orang akan bertanya, apa kegunaan uji normalitas data? Menurut para ahli statistik, uji normalitas data berguna untuk memastikan

bahwa data yang dikumpulkan terdistribusi normal atau diambil dari populasi normal, dan ini menentukan pemilihan uji statistik selanjutnya (pada tahap pengujian hipotesis).

Berdasarkan hasil uji normalitas, diketahui bahwa $p\text{ value} < 0.05$, artinya data pengetahuan dan sikap remaja (sasaran Model Gen Manist) terdistribusi secara tidak normal, baik data sebelum (*pre-test*) maupun sesudah intervensi (*post-test*). Oleh karena itu, langkah yang harus diambil adalah mengolah data tersebut menjadi data kategorikal (*skala ordinal*). Adapun dasar pengkategorian menggunakan nilai *Mean* (rata-rata) yang dikurangi dengan 1 nilai Standar Deviasi (SD). Hasil pengkategorian dapat dilihat pada data berikut ini.

❖ Kategori Pengetahuan

- Baik : > 60 point
- Kurang : ≤ 60 point

❖ Kategori Sikap

- Baik : ≥ 56 point
- Kurang Baik : < 56 point



Dengan demikian, data kategori pengetahuan dan sikap hasil dari intervensi Model Gen Manist, sebaiknya diuji dengan uji *Mc Nemar* yang secara khusus diperuntukkan untuk menguji hipotesis variabel kategorik berpasangan (prinsip P x K).

Tabel 5. Distribusi Frekuesnsi Data kategori Pengetahuan

Kategori Pengetahuan Sesudah Intervensi				
Kategori Pengetahuan Sebelum Intervensi		Kurang	Baik	Total
	Kurang	57 (23.5%)	186 (76.5%)	243 (100%)
	Baik	9 (13.0%)	60 (87.0%)	69 (100%)
	Total	66 (21.2%)	246 (78.8%)	312 (100%)
Hasil sig. <i>Mc Nemar</i>	0.000			

Sumber: Dokumentasi DPD PERSAGI Kalteng, 2019

Interpretasikan data dari tabel di atas dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Berdasarkan uji *Mc Nemar* diketahui bahwa terdapat perbedaan yang nyata kategori pengetahuan remaja tentang *stunting*, sebelum dan setelah diintervensi dengan signifikansi 0.000 ($p \text{ value} < 0.05$).



2. Remaja yang sebelumnya memiliki pengetahuan kurang tentang *stunting* menjadi baik sesudah intervensi Model Gen Manist sebanyak 186 orang atau 76.5%.
3. Jumlah remaja yang memiliki pengetahuan yang baik tentang *stunting* sesudah mendapat intervensi Model Gen Manist sebesar 78.8% atau sebanyak 246 remaja.

Sedangkan untuk data kategori sikap remaja terhadap *stunting* dijelaskan pada Tabel 6 di bawah ini.

Tabel 6. Distribusi Frekuesnsi Data Kategori Sikap

Kategori Sikap Sesudah Intervensi				
Kategori Sikap Sebelum Intervensi		Kurang	Baik	Total
	Kurang	79 (79.8%)	20 (20.2%)	99 (100%)
	Baik	1 (0.5%)	212 (99.5%)	213 (100%)
	Total	80 (25.6%)	232 (74.4%)	312 (100%)
Hasil sig. <i>Mc Nemar</i>	0.000			

Sumber: Dokumentasi DPD PERSAGI Kalteng, 2019

Interpretasikan data dari tabel di atas sebagai berikut:

1. Berdasarkan Uji *Mc Nemar*, nilai signifikansi 0.000 menunjukkan bahwa ada perbedaan yang nyata antara sikap remaja sebelum dan sesudah intervensi Model Gen Manist.
2. Remaja yang sebelumnya memiliki sikap kurang baik, sesudah intervensi Gen Manist menjadi baik sebesar 20,2%.
3. Remaja yang mampu mempertahankan sikap baik sebelum dan sesudah intervensi Gen Manist sebanyak 212 orang atau sebesar 99.5%.
4. Total remaja yang memiliki sikap baik setelah intervensi Model Gen Manist sebanyak 232 orang atau sebesar 74.4%.

3. Uji Efektifitas Model Intervensi Gen Manist

Langkah berikutnya adalah menguji efektifitas Model Gen Manist dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja terhadap *stunting* dan bahayanya. Uji yang dapat digunakan adalah uji *Normalized Gain* atau disingkat *N-Gain*. *Gain* merupakan selisih antara nilai *posttest* dan *pretest*, *gain*

menunjukkan peningkatan pemahaman atau penguasaan konsep dari sasaran setelah intervensi dilakukan.

Tinggi rendahnya *gain* yang dinormalisasi (*N-gain*) dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) jika $g \geq 0,7$, *N-gain* yang dihasilkan termasuk kategori tinggi;
- 2) jika $0,7 > g \geq 0,3$, *N-gain* yang dihasilkan termasuk kategori sedang ;
- 3) jika $g < 0,3$, *N-gain* yang dihasilkan termasuk kategori rendah.

Berdasarkan uji yang telah dilakukan, diperoleh *N-Gain* untuk data pengetahuan dan sikap remaja terhadap *stunting* dan bahayanya.

Tabel 7. Distribusi Nilai *N-Gain* Pengetahuan

Sekolah	Kategori <i>N-Gain</i> Pengetahuan			Total
	Tinggi	Sedang	Rendah	
A	44	32	12	88
B	30	21	23	74
C	13	28	11	53
D	7	51	39	97
Total	95	132	85	312

Sumber: Dokumentasi DPD PERSAGI Kalteng, 2019

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa Sekolah A, 50% remaja yang ikut dalam model intervensi Gen Manist ini mengalami peningkatan pengetahuan dengan kategori tinggi (tergolong efektif) sedangkan 36,4 %-nya dengan kategori sedang. Begitu juga sekolah lainnya dengan variasi persentase yang berbeda-beda. Dari total keseluruhan remaja yang terlibat dalam Model Gen Manist ini (312 orang), sekitar 30,45%-nya memiliki peningkatan pengetahuan dengan kategori tinggi dan 42,3 %-nya dengan kategori sedang. Ini membuktikan bahwa model intervensi Gen Manist **cukup efektif** dalam meningkatkan pengetahuan remaja terhadap *stunting* dan bahayanya.

Tabel 8. Distribusi Nilai N-Gain Sikap

Sekolah	Kategori N-Gain Sikap		Total
	Sedang	Rendah	
A	60	28	88
B	15	59	74
C	18	35	53
D	2	95	97
Total	95	217	312

Sumber: Dokumentasi DPD PERSAGI Kalteng, 2019

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa Sekolah A, 68,2% remaja yang ikut dalam model intervensi Gen Manist ini mengalami peningkatan sikap dengan kategori sedang dan hanya 31,8 % nya dengan kategori rendah. Begitu juga sekolah lainnya dengan variasi persentase yang berbeda-beda. Dari total keseluruhan remaja yang terlibat dalam Model Gen Manist ini, sekitar 30,45%-nya memiliki peningkatan sikap dengan kategori sedang. Ini membuktikan bahwa model intervensi Gen Manist **cukup efektif** dalam meningkatkan sikap remaja terhadap *stunting* dan bahayanya.

Bagaimana? Sudah jelas, bukan? Model intervensi Gen Manist bisa diterapkan di sekolahmu dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan pemahaman siswa terhadap masalah kesehatan, terutama masalah kesehatan remaja.



BAB V

Keberlanjutan Model Gen Manist Di Sekolahmu

A. Diseminasi Informasi

Jika ada pepatah yang mengatakan "*tak kenal maka tak sayang*", langkah berikutnya bertujuan untuk memperkenalkan Model Gen Manist kepada *stakeholders* dan kepada para siswa atau remaja. Tahapan ini dinamakan diseminasi informasi, yang bisa diartikan sebagai kegiatan penyebaran informasi kepada kelompok sasaran dengan tujuan memperkenalkan inovasi atau program, menimbul kesadaran, menerima, dan akhirnya mau memanfaatkan informasi tersebut. Diseminasi merupakan bagian dari inovasi melalui forum diskusi atau forum lainnya yang sengaja direncanakan, sehingga terdapat kesepakatan untuk melaksanakan inovasi tersebut.

Diseminasi informasi ini sangat penting sehingga merupakan bagian dari model intervensi Gen Manist.

Diseminasikan model intervensi Gen Manist ini dilakukan di hadapan *stakeholders*, dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan Provinsi/Kota/Kabupaten, Puskesmas, Bappeda, Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Provinsi, BKKBN Provinsi, Kanwil Kementerian Agama Provinsi, organisasi profesi kesehatan (PERSAGI, PPNI, IBI, HAKLI, IAKMI), dan tentunya Sekolah Menengah Atas dan Sekolah Menengah Kejuruan.

Tanggapan yang sangat baik diterima dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi yang sangat mendukung model intervensi Gen Manist ini, begitu pula dari Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Provinsi serta dari para peserta lainnya.

B. Komitmen Bersama

Begitu berartinya dukungan *stakeholders* dalam keberhasilan model intervensi ini, maka Dinas Kesehatan, Puskesmas dan Dinas Pendidikan, dalam hal ini sekolah menengah atas sangat berperan penting dalam terlaksananya model intervensi.

Dukungan tidak hanya berupa pembiayaan, tetapi juga komitmen untuk terus mengembangkan dan melaksanakan



model intervensi Gen Manist ini. Sebagai bentuk kepedulian bersama dalam upaya menurunkan prevalensi *stunting* di Indonesia, melalui model intervensi Gen Manist ini, dibuatlah komitmen bersama dari semua pihak yang terlibat karena menuntaskan masalah *stunting* di Indonesia adalah tanggung jawab semua lintas sektor, tidak hanya tugas dari kesehatan semata.

Pengembangan Model Gen Manist ini sudah mendapatkan dukungan dan komitmen bersama dari berbagai pihak yang terlibat. Pihak-pihak tersebut sudah membubuhkan tanda tangan pada spanduk yang telah disediakan. Spanduk komitmen bersama ini sebagai bukti dukungan program yang dilakukan semua pihak.



Gambar 7. Kepala Dinas Kesehatan sedang membubuhkan tanda tangan diikuti oleh peserta yang lain.

Sumber : dokumen DPD PERSAGI Kalteng, 2019

C. Manfaat Lain Model Gen Manist

Apakah sudah terjawab rasa penasaran kalian terhadap Model Gen Manist ini? Semoga saja tulisan ini dapat memberikan manfaat yang besar dalam upaya kesehatan di sekolahmu. Percayalah, bahwa model intervensi ini dapat berdampak terhadap perubahan perilaku kesehatan siswa dan ini sejalan dengan tujuan dari Upaya Kesehatan Sekolah.

Bagi sekolah yang menjadi lokasi implementasi, tetap mempertahankan model intervensi yang telah ada sebagai sekolah ANTI *STUNTING* dan siswa yang telah mengikutinya diberikan gelar DUTA ANTI *STUNTING*, keren kan!

Tentu saja, model intervensi ini bukan semata-mata hanya untuk pencegahan *stunting*, namun model ini dapat diadopsi dan diterapkan di semua sekolah dengan topik permasalahan kesehatan sesuai dengan kondisi wilayah setempat. Misalnya, jika di sekolahmu banyak siswa yang terlibat narkoba, modelnya bisa diganti dengan model generasi milenial anti narkoba, atau topik yang lain, seperti generasi milenial anti korupsi, generasi milenial anti *game online*, generasi milenial anti nikah dini, generasi milenial



anti buang sampah sembarangan, generasi milenial anti demam berdarah, atau bahkan bisa juga untuk meningkatkan pemahaman siswa dengan membuat model generasi milenial anti covid-19. Menarik bukan? Ayo tunggu apa lagi! Mari kita kembangkan Model Gen Manist yang lainnya. Perubahan tidak akan terjadi jika tidak kita mulai dari sendiri.



Daftar Pustaka

Ali. H dan Lilik Purwandi. 2017. *Millennial Nusantara Pahami Karakternya Rebut Simpatinya*. PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.

Andrew J Prendergast, Jean H Humphrey. 2014. *The Stunting Syndrome in Developing Countries*. Paediatrics and International Child Health. Vol.34 no 4, p 250-265.

Anonim. 2015. *Pengertian Monitoring dan Evaluasi Kebijakan Pemerintah*. <https://setkab.go.id/pengertian-monitoring-dan-evaluasi-kebijakan-pemerintah/> [Diakses tanggal 2 Agustus 2020]

Faiza. A dan Sabila J. Firda. 2018. *Arus Metamorfosa Milenial*. Penerbit Ernest. Kendal.

Hadi. A.J. 2019. *Literatur Review Model Modifikasi Intervensi Pencegahan Obesitas*. Penerbit Indo Media Pustaka. Sidoarjo.

Instruksi Presiden. Nomor.1. 2017. *Gerakan Masyarakat Hidup Sehat*. Jakarta.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Panduan Integrasi Promosi Kesehatan dalam Program-program Kesehatan di Kabupaten/Kota*. Puspromkes. Jakarta



- _____. 2011. Modul Teknologi Advokasi Kesehatan Bagi Penyuluh Kesehatan Masyarakat Ahli. Puspromkes. Jakarta.
- _____. 2012. Pedoman Perencanaan Program Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK). Jakarta
- _____. 2013. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. Balitbangkes. Jakarta.
- _____. 2014. Kurikulum dan Modul Pelatihan Fasilitator STBM, Jakarta.
- _____. 2015. Rencana Strategi Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019. Jakarta.
- _____. 2016. Situasi Anak Pendek. Info DATIN. Pusat Data dan Informasi. Jakarta.
- _____. 2017. Modul pelatihan fasilitator sanitasi total berbasis masyarakat *Stunting* (STBM-*Stunting*). Jakarta
- _____. 2018. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Balitbangkes. Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Nomor. 585. 2007. Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan Di Puskesmas. Jakarta.



- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.
- Nurmaya. 2015. *Pendidikan Sebaya (Peer Education)*. <https://isyaheninurmaya.blogspot.com/2015/06/pendidikan-sebaya-peer-education>. [Diakses tanggal 2 Agustus 2020]
- Paath, E, Rumdasih, Y. dan Heryati. 2004. *Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta
- Palang Merah Indonesia. 2008. *Pendidikan Remaja Sebaya tentang Kesehatan dan Kesejahteraan Remaja*. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Nomor. 65. 2013. *Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI. Nomor. 3. 2014. *Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)*. Jakarta.
- Peraturan Presiden RI. Nomor. 42. 2013. *Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi*. Jakarta
- Picauly, I dan S.M. Toy. 2013. *Analisis Determinan dan Pengaruh Stunting Terhadap Prestasi Belajar Anak Sekolah di Kupang dan Sumba Timur, NTT*. Jurnal Pangan dan Gizi Volume 8 Nomor 1. Hal.56, 60. Universitas Nusa Cendana. Kupang.
- Priyono et al. 2015. *Determinan Kejadian Stunting pada Anak Balita Usia 12-36 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas*

Randuagung Kabupaten Lumajang. Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Jember. e-Jurnal Pustaka Kesehatan.

Pusdiklat Badan PPSDM Kemenkes RI, 2016, Modul Pelatihan Teknis Pengembangan Media Promosi Kesehatan. Jakarta.

Pusdiklat Badan PPSDM Kemenkes RI, 2017, Modul Pelatihan Pengelola KPP dalam Pemberdayaan Keluarga di Puskesmas. Jakarta.

Rasidi. D. 2011. Monitoring dan Evaluasi. <http://perencanaan.ipdn.ac.id/kajian-perencanaan/kajian-perencanaan/monitoringdanevaluasi> [Diakses tanggal 2 Agustus 2020]

Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Alfabeta, Bandung.

UNICEF. 2014. *Joint Child Malnutrition Estimates. United Nations Children's Fund, World Health Organization, and World Bank*. Geneva.

United Nations Children's Fund. World Health Organization. The World Bank. 2012. UNICEF-WHO-World Bank *Joint Child Malnutrition Estimates*. UNICEF, New York; WHO, Geneva; The World Bank, Washington, DC.

World Health Organization. 2011. *World Health Statistic*. Geneva.



Profil Penulis



Mars Khendra Kufriyadi, S.T.P., M.P.H. Lahir di Amuntai pada tanggal 10 Maret 1975. Banyak orang menyebut nama penulis unik, namun *his*

nickname is Khendra. Saat ini bertugas sebagai dosen di Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Palangka Raya dengan jabatan fungsional Lektor. Jenjang Pendidikan tinggi yang pernah penulis lalui bermula dari Pendidikan Diploma 3 Gizi di Akademi Gizi Banjarmasin, lulus tahun 1996.

Sempat mengabdikan diri sebagai Tenaga Pelaksana Gizi di Puskesmas Balai Riam Kabupaten Kotawaringin Barat selama 3 tahun sehingga penulis punya pengalaman dalam menjalankan program gizi di puskesmas. Ketertarikan penulis dengan dunia pendidikan membawa penulis pindah kerja ke Provinsi Kalimantan Tengah dan menjadi salah satu aktor yang berperan saat berdirinya Akademi Gizi di Palangka Raya pada Tahun 2000 dan hingga saat ini sebagai tempat

mencari rezeki yang halal dan berkah. Tahun 2001 diberi kesempatan untuk melanjutkan studi di Institut Pertanian Bogor dengan peminatan *Food and Technology*, sedangkan Pendidikan Pasca Sarjana, penulis selesaikan Tahun 2010 di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dengan peminatan Gizi dan Kesehatan. Pengalaman mengajar sudah dijalani sejak tahun 2000 hingga sekarang, jadi sekitar 20 tahun, dan pada Tahun 2014 diberi penghargaan sebagai Dosen Berprestasi Tingkat Nasional dari Kepala Badan PPSDM Kesehatan RI. Penulis juga pernah menjabat sebagai Ketua Jurusan Gizi Tahun 2011 hingga 2013 dan dilanjutkan menjadi Wakil Direktur III Bidang Kemahasiswaan pada Poltekkes Kemenkes Palangka Raya pada Tahun 2014-2017.

Dalam berorganisasi, penulis tergabung dalam organisasi profesi Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI) dan telah diberi kesempatan menjadi Ketua Dewan Pimpinan Daerah PERSAGI Provinsi Kalimantan Tengah selama 2 periode hingga sekarang (2011-2021). Buku ini menjadi karya kedua penulis, setelah sebelumnya pernah menulis di salah satu *chapter* dalam buku Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi

(*Chapter 2*) yang diterbitkan oleh EGC. Namun, untuk tulisan bergenre ilmiah populer, ini merupakan pengalaman pertama dan begitu menggoda sehingga tertarik dan berniat untuk terus menulis, doakan ya.





Ririn Noorhaisna Raffela, S.P., M.Pd.

Lahir tanggal 10 Agustus 1974 di Kota Banjarmasin dari 2 bersaudara. Saat ini bekerja sebagai seorang Widyaiswara di Balai Pelatihan Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah dari 2005 sampai sekarang, sebelumnya pernah bekerja di Puskesmas Awang Besar dan Puskesmas Barabai Kab. Hulu Sungai Tengah Prov. Kalimantan Selatan (1997 – 2005). Pengalaman bekerja di puskesmas banyak membantu penulis dalam profesinya sebagai Widyaiswara untuk mengajar hal-hal yang berkaitan dengan program Puskesmas. Sudah banyak *Training of trainer* (TOT) yang pernah diikuti, salah satunya adalah yang berhubungan dengan program gizi dan program promosi kesehatan, yang sangat mendukung dalam pengembangan kompetensi penulis.

Banyak orang bertanya setiap kali mengenalkan diri dengan gelar kesarjanaan di belakang nama penulis, kenapa dengan gelas Sarjana Pertanian kok bisa bekerja di kesehatan. Cerita di baliknya memang menarik. Penulis,

sebelum kuliah S1 pernah melewati pendidikan Diploma 3 Gizi di Akademi Gizi Banjarmasin, lulusan tahun 1996. Setelah bekerja selama 4 tahun mendapatkan kesempatan untuk melanjutkan kuliah, karena pada tahun 2001 belum ada universitas khusus untuk bidang gizi, penulis memutuskan untuk kuliah di Institut Pertanian Bogor (IPB), satu-satunya Universitas yang ada Jurusan Gizi Masyarakat Sumber daya Keluarga (GMSK), lulus tahun 2003. Ternyata, karena jurusan tersebut di bawah Fakultas Pertanian, gelar yang diberikan adalah S.P. Kemudian, untuk mendukung karier sebagai seorang pengajar di bidang kediklatan, penulis melanjutkan Pendidikan Magister (S2) di Program Studi Pendidikan Biologi Universitas Palangka Raya, lulus pada tahun 2013.

Penulis pernah mendapatkan penghargaan sebagai Widyaiswara Berprestasi di lingkungan Kementerian Kesehatan pada tahun 2016, dengan 2 tulisan yang diajukan untuk syarat keikutsertaan. Pengalaman menulis untuk dipublikasi dalam buku baru kali pertama dan ini sangat menarik, semoga selanjutnya bisa terus berkarya.

