

MONOGRAF



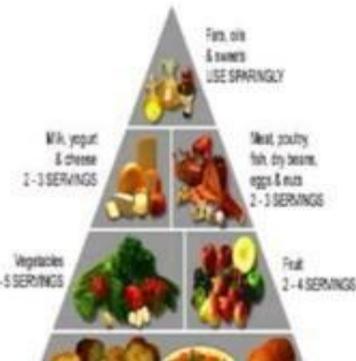
Lampiran 4

Contoh menu :

JAM	MENU
07.00-08.00	Nasi goreng, telur dadar, tomat, sayur, susu
10.00	Bubur kacang hijau, pepaya
13.00	Nasi, ayam goreng, tempe bacem, sayur bening, bayam, pisang
16.00	Puding
18.00-19.00	Nasi, daging empal, pepes tahu, sup, sayur, jeruk
21.00	Biskuit, susu

Kebutuhan nutrisi anak umur 4-6 tahun

• Kalori	: 90 Kkal/kg
• Protein	: 1,8 g/kg
• Vitamin A	: 600 McRE
• Vitamin B 12	: 2,5 mg
• Vitamin C	: 20 mg
• Vitamin D	: 10 mg
• Kalsium	: 500 mg
• Yodium	: 90 mg



LEAFLET
GIZI SEIMBANG
PADA BALITA



METODE PROMOSI KESEHATAN (CERAMAH DAN MEDIA LEAFLET) TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU TENTANG GIZI BALITA

HARAU LY LADY LUSIANA MANALU, SST, MKM

**METODE PROMOSI KESEHATAN (CERAMAH DAN MEDIA LEAFLET)
TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU TENTANG GIZI BALITA**

Penyusun

Harauly Lady Lusiana Manalu, SST, MKM

Penyunting

Rotua Lenawati Tindaon, SST, M.Kes

Desain isi

Harauly Lady Lusiana Manalu, SST, MKM

Desain Sampul

Harauly Lady Lusiana Manalu, SST, MKM

ISBN

978-623-7911-73-9

Penerbit UNPRI PRESSSS

ANGGOTA IKAPI

Universitas Prima Indonesia Cetakan Pertama

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa
ijin dari penerbit

KATAPENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala karunia dan rahmat yang telah diberikan, sehingga penulisan monograf ini dapat diselesaikan. Monograf dengan judul **Metode Promosi Kesehatan (Ceramah dan Media Leaflet) Terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu Tentang Gizi Balita** berisi tentang efektifitas penyuluhan dengan metode ceramah dan media leaflet terhadap pengetahuan dan sikap ibu tentang gizi balita.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan monograf ini. Oleh karenanya kritik, saran dan masukan untuk penyempurnaan monograf ini sangat penulis harapkan.

Penulis mengucapkan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada semua yang memberi dukungan, motivasi, dorongan dan semangat untuk dapat terbitnya monograf ini semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas dengan balasan yang lebih baik.

Medan, Maret 2022

Penulis

Harauly Lady Lusiana Manalu, SST, MKM

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
BAB 1 Metode Promosi Kesehatan	1
BAB 2 Media Promosi Kesehatan	8
BAB 3 Domain Perilaku	11
BAB 4 Ilmu Gizi.....	21
4.1. Defenisi Ilmu Gizi.....	21
4.2. Ruang Lingkup Ilmu Gizi.....	21
4.3. Pengelompokan Zat Gizi	21
4.4. Gizi Seimbang.....	22
4.5. Kelompok Rentan Gizi.....	30
4.6. Penilaian Status Gizi	30
4.7. Pendidikan Kesehatan Gizi.....	32
BAB 5 ANALISIS DATA DAN HASIL PENELITIAN	34
5.1. Pendahuluan.....	34
5.1.1. Perumusan Masalah.....	42
5.1.2. Tujuan Penelitian.....	42
5.1.3. Manfaat Penelitian.....	42
5.2. Metode Penelitian	43
5.2.1. Jenis Penelitian.....	43
5.2.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	44
5.2.3. Populasi dan Sampel.....	45
5.2.4. Metode Pengumpulan Data.....	46
5.2.5. Defenisi Operasional	48
5.2.6. Teknik Pengolahan Data.....	50
5.2.7. Metode Pengolahan Data dan Analisa Data.....	52
5.3. Hasil Penelitian	55

5.4. Kesimpulan dan Saran.....	61
5.4.1. Kesimpulan	61
5.4.2. Saran	62
5.5. Rencana Tahapan Berikutnya	63
DAFTAR PUSTAKA.....	64

BAB 1 METODE PROMOSI KESEHATAN

Metode Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan tidak terlepas dari kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok, atau individu. Dengan adanya pesan tersebut diharapkan masyarakat, kelompok, atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut akhirnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap pengetahuan dan sikap. Dengan kata lain, adanya promosi kesehatan tersebut diharapkan dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku (Pengetahuan, Sikap, Tindakan).

Promosi Kesehatan juga merupakan suatu kegiatan yang mempunyai masukan (*input*), proses dan keluaran (*output*). Kegiatan promosi kesehatan guna mencapai tujuan yakni perubahan perilaku, dipengaruhi oleh banyak faktor. Berikut diuraikan beberapa metode pendidikan atau promosi kesehatan.

Metode Individual (Perorangan)

Dalam promosi kesehatan, metode yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau *inovasi*. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta dapat membantunya maka perlu menggunakan metode atau cara ini.

Bentuk pendekatannya antara lain:

a. Bimbingan dan Penyuluhan (*Guidance and Counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya, klien tersebut dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut atau berperilaku baru.

b. Wawancara (*Interview*)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah ia tertarik atau tidak terhadap perubahan. Juga untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan di adopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum, maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

Metode Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dan sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektifitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

Kelompok Besar

Yang dimaksud dengan kelompok besar disini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini antara lain ceramah dan seminar.

1. Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah.

a. Persiapan

Ceramah akan berhasil apabila penceramah menguasai materi yang akan diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri dengan:

1. Mempelajari materi dengan sistematika yang baik. Lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema.
2. Mempersiapkan alat-alat bantu, misalnya makalah singkat, slide, transparan, sound sistem, dan sebagainya.

b. Pelaksanaan

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah tersebut dapat menguasai sasaran ceramah. Untuk itu penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut.

1. Sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu dan gelisah.
2. Suara hendaknya cukup keras dan jelas
3. Pandangan harus tertuju keseluruh peserta ceramah

4. Berdiri didepan (dipertengahan). Tidak boleh duduk.
5. Menggunakan alat-alat bantu lihat (AVA) semaksimal mungkin

2. Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari salah satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat dimasyarakat.

Kelompok Kecil

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

1. Diskusi Kelompok

Agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pemimpin diskusi juga duduk diantara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi, sehingga anggota kelompok mempunyai kebebasan, keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat.

2. Curah Pendapat (*Brain Storming*)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya pada permulaannya pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah dan kemudian tiap peserta memberikan jawaban-

jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, barulah setiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

3. Bola Salju (*Snow Balling*)

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang 5 menit berdiskusi dan mencari masalah dan kesimpulan, maka tiap 2 pasang bergabung menjadi 1. Kemudian bergabung dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya sehingga akhirnya akan terjadi diskusi seluruh anggota kelompok.

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

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil (*Buzz Group*) yang kemudian diberi suatu permasalahan yang sama atau tidak sama dengan kelompok lain. Masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya hasil dari tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.

5. Bermain Peran (*Role Play*)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan dan memperagakan berbagai interaksi.

6. Permainan Simulasi (*Simulation Game*)

Metode ini merupakan gabungan antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam bentuk permainan, misalnya permainan

monopoli, atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi menjadi narasumber.

Metode Massa

Metode (pendekatan) massa cocok untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran ini bersifat umum dalam artian, tidak membedakan golongan umur, pendidikan, jenis kelamin, sosial ekonomi, dsb. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi *awareness*, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku. Namun demikian, apabila dapat berpengaruh terhadap perilaku juga merupakan hal yang wajar. Pada umumnya bentuk pendekatan massa ini tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Berikut dijelaskan beberapa contoh metode yang cocok untuk pendekatan massa.

a. Ceramah Umum (*Public Speaking*)

Pada cara-cara tertentu, misalnya pada Hari Kesehatan Nasional, Menteri Kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya memberikan berpidato dihadapan massa rakyat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

b. Berbincang-bincang (*Talk Show*)

Perbincangan Tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun Radio pada hakikatnya merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

c. Simulasi

Dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah penyakit disuatu media massa juga merupakan pendekatan massa.

d. Tulisan-tulisan dimajalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/ konsultasi tentang kesehatan dan penyakit juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa.

e. Billboard, yang dipasang dipinggir jalan, spanduk, poster dan sebagainya juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa. Contoh *billboard* “Ayo, Ke Posyandu”.

BAB 2 MEDIA PROMOSI KESEHATAN

Media Promosi Kesehatan/ Alat Bantu

Yang dimaksud dengan alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh petugas dalam menyampaikan bahan, materi atau pesan kesehatan. Alat bantu ini lebih sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu didalam proses promosi kesehatan.

Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin banyak panca indra yg digunakan untuk menerima sesuatu, maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/ pengetahuan yang diperoleh. Dengan perkataan lain, alat peraga ini dimaksudkan untuk mengarahkan indera sebanyak mungkin kepada suatu objek atau pesan, sehingga mempermudah pemahaman.

Yang dimaksud dengan media promosi kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu seperti telah diuraikan diatas. Disebut media promosi kesehatan karena alat-alat tersebut merupakan saluran (channel) untuk menyampaikan informasi kesehatan dan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi tiga, yakni media cetak, media elektronik, dan media papan.

Media Cetak

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

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

Media Elektronik

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

1. Televisi

Penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk media sandiwara, sinetron dan forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), TV Spot, kuis atau cerdas cermat, dsb.

2. Radio

Penyampaian Informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui radio juga dapat bermacam-macam bentuknya, antara lain obrolan (tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, radio spot, dsb.

3. Video

Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan dapat melalui video.

4. Slide

Slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi-informasi kesehatan.

5. Film Strip

Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

Media Papan

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

BAB 3 DOMAIN PERILAKU

Domain Perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon tiap-tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi 2, yakni :

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dsb.
2. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dsb. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Dan uraian diatas dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktifitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau *resultan* antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Dengan kata lain, perilaku manusia sangatlah kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu kedalam tiga domain, sesuai dengan tujuan pendidikan, yakni : kognitif

(*cognitive*), afektif (*affective*), psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni :

1. Pengetahuan (*cognitive*)

Menurut Notoatmodjo (2016), Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu indra penglihatan, Pendengaran , penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*)

a. Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yakni :

1. Tahu (*know*)

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

2. Memahami (*Comprehension*)

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

3. Aplikasi (*Aplication*)

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

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis tersebut dapat dilihat dari penggunaan kata kerja.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam bentuk suatu keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria tersendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoadmodjo, 2016). Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penilaian atau responden. Kedalaman pengetahuan orang tua yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut diatas.

2. Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulasi atau objek. Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan manifestasi sikap itu tidak dapat dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. *Newcomb* salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesiediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap merupakan kesiapan untuk beraksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai penghayatan terhadap objek.

Ciri-ciri sikap adalah sebagai berikut :

1. Sikap seseorang tidak dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan orang tersebut.
2. Sikap tidak berdiri sendiri melainkan senantiasa mengandung relasi terhadap suatu objek. Dengan kata lain sikap terbentuk, dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan suatu objek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
3. Sikap dapat berubah-ubah oleh karena itu dipelajari oleh sebagian orang tua sebaliknya
4. Objek sikap dapat merupakan satu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut. Jadi sikap dapat berkenaan dengan satu objek saja tetapi juga berkenaan dengan sederetan objek-objek yang serupa.
5. Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan. Sifat inilah yang membedakan sikap dengan kecakapan-kecakapan atau pengetahuan-pengetahuan yang dimiliki seseorang (Notoadmodjo, 2016).

a. Komponen Pokok Sikap

Dalam bagian lain Allport (1945), menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yakni :

1. kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek ,
2. kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek,
3. kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berpikir, keyakinan,

dan emosi memegang peranan penting (Notoadmodjo, 2016). Selanjutnya ciri-ciri sikap menurut WHO adalah :

1. Sikap akan terwujud didalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu
2. Sikap akan ikut atau tidak diikuti oleh tindakan yang mengacu pada pengalaman orang lain.
3. Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pada pengalaman seseorang.
4. Didalam suatu masyarakat apapun selalu berlaku nilai-nilai yang menjadi pegangan setiap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat.

b. Berbagai Tingkatan Sikap

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

1. Menerima (*receiving*),

Menerima diartikan bahwa orang atau subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.

2. Merespon (*responding*),

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

3. Menghargai (*valuing*),

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

4. Bertanggung jawab (*responsible*),

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi dalam tingkatan sikap (Notoadmodjo, 2016). Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek.

Perubahan Pengetahuan

Indikator – indikator apa yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan, dapat dikelompokkan menjadi :

1. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit yang meliputi:

- a. Penyebab penyakit
- b. Gejala atau tanda- tanda penyakit
- c. Bagaimana cara pengobatan atau kemana mencari pengobatan
- d. Bagaimana cara penularannya
- e. Bagaimana cara pencegahannya termasuk imunisasi dan sebagainya

2. Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup

- a. Jenis – jenis makanan yang bergizi
- b. Manfaat makanan yang bergizi bagi kesehatan

- c. Pentingnya olahraga bagi kesehatan
 - d. Penyakit – penyakit atau bahaya merokok, minum – minuman keras, narkoba dan sebagainya
 - e. Pentingnya istirahat cukup, relaksasi, rekreasi, dan sebagainya bagi kesehatan.
3. Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan
- a. Manfaat air bersih
 - b. Cara – cara pebuangan limbah yang sehat
 - c. Manfaat pecahayaan dan penerangan rumah yang sehat
 - d. Akibat polusi bagi kesehatan dan sebagainya.

Proses Adopsi Perilaku

Penelitian Roger (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, disingkat AIETA yang artinya:

- a. Awareness (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus atau objek terlebih dahulu
- b. Interest, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus
- c. Evaluation (menimbang – nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap respondens sudah lebih baik lagi
- d. Trial, orang telah mulai mencoba perilaku baru
- e. Adoption, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Sikap

Telah diuraikan diatas bahwa sikap adalah penilaian (bisa berupa pendapat) seseorang terhadap stimulus atau objek (dalam hal ini adalah masalah kesehatan, termasuk penyakit). Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut. Oleh sebab itu indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan seperti diatas, yakni:

a. Sikap terhadap sakit dan penyakit

Adalah bagaimana penilaian atau pendapat seseorang terhadap gejala atau tanda – tanda penyakit, penyebab penyakit, cara penularan penyakit, cara pencegahan penyakit dan sebagainya.

b. Sikap cara emeliharaan dan cara hidup sehat

Adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap cara – cara memelihara dan cara – cara berperilaku hidup sehat. Dengan kata lain pendapat atau penilaian terhadap makanan, minuman, olahraga, relaksasi atau istirahat cukup, dan sebagainya bagi kesehatannya.

c. Sikap terhadap kesehatan lingkungan

Adalah pendapat atau penilaian seseorang terhadap lingkungan dan pengaruhnya terhadap kesehatan. Misalnya pendapat atau penilaian terhadap air bersih, pembuangan limbah, polusi, dan sebagainya.

Praktik atau Tindakan

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya yang dinilai baik. Inilah yang disebut praktik kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan (overt behavior).

Secara teori memang perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu mengikuti tahap – tahap yang telah disebutkan diatas, yakni melalui proses perubahan: pengetahuan (knowledge)-----sikap (attitude)-----praktik (practice) atau “KAP” (PSP). Beberapa penelitian telah membuktikan hal itu, namun penelitian lainnya juga membuktikan bahwa proses tersebut tidak selalu seperti teori diatas (KAP), bahkan didalam praktek sehari – hari terjadi sebaliknya. Artinya, seseorang telah berperilaku positif meskipun pengetahuan dan sikapnya masih negatif (Notoadmodjo, 2016)

BAB 4 ILMU GIZI

4.1 Defenisi Ilmu Gizi

Ilmu Gizi adalah ilmu yang mempelajari segala sesuatu tentang makanan dalam hubungannya dengan kesehatan optimal. Kata “gizi” berasal dari bahasa arab “*ghizda* “, yang berarti makanan. Disatu sisi ilmu gizi berkaitan dengan makanan dan di sisi lain dengan tubuh manusia.

4.2 Ruang Lingkup Ilmu Gizi

WHO menyatakan bahwa gizi adalah pilar utama dari kesehatan dan kesejahteraan sepanjang siklus kehidupan. Dengan pengertian itu WHO membagi ruang lingkup Ilmu Gizi kedalam tiga kelompok besar, yaitu:

- a. Kelompok Gizi Biologi dan metabolik
- b. Kelompok gizi perorangan sepanjang siklus hidup
- c. Gizi masyarakat baik bersifat lokal, nasional, regional dan global.

4.3 Pengelompokan zat gizi

Makanan yang dikonsumsi manusia mengandung berbagai unsur. Unsur tersebut ada yang bermanfaat dan ada pula yang tidak bermanfaat bagi kesehatan manusia. Berbagai zat tersebut dapat berupa enzim, gizi, maupun toksik (racun). Zat gizi merupakan unsur yang terkandung dalam makanan yang memberikan manfaat bagi kesehatan manusia. Masing-masing bahan makanan yang dikonsumsi memiliki kandungan gizi yang berbeda. Zat gizi yang terkandung dalam makanan tersebut

berbeda-beda antara makanan yang satu dengan makanan yang lainnya. Perbedaan tersebut dapat berupa jenis zat gizi yang terkandung dalam makanan maupun jumlah dari masing-masing zat gizi. Zat gizi dikelompokkan berdasarkan beberapa hal, yaitu berdasarkan fungsi, berdasarkan jumlah yang dibutuhkan tubuh, dan berdasarkan sumbernya.

a. Berdasarkan fungsinya

1. Zat gizi sebagai sumber energi
2. Zat gizi untuk pertumbuhan dan mempertahankan jaringan tubuh
3. Zat gizi sebagai pengatur atau regulasi proses didalam tubuh.

b. Berdasarkan jumlah

1. Zat gizi makro

Yaitu karbohidrat, lemak, protein

2. Zat gizi mikro

Yaitu mineral dan vitamin

c. Berdasarkan sumber

Berdasarkan sumbernya, zat gizi terbagi 2, yaitu:

1. Nabati: zat gizi yang berasal dari tumbuhan
2. Hewani: zat gizi yang berasal dr hewan

4.4 Gizi Seimbang

Gizi Seimbang adalah makanan yg dikonsumsi individu sehari-hari yang beraneka ragam dan memenuhi 5 kelompok zat gizi dalam jumlah yg cukup, tidak

berlebihan dan tidak kekurangan (Dirjen BKM, 2002). Faktor yang mempengaruhi penyusunan gizi seimbang adalah:

- a. Ekonomi
- b. Sosial Budaya (tidak bertentangan)
- c. Kondisi Kesehatan
- d. Umur
- e. Berat badan
- f. Aktivitas
- g. Kebiasaan Makan
- h. Ketersediaan pangan setempat.

Gizi Seimbang Bagi Bayi

a. Zat Gizi (Nutrisi) yang diperlukan Bayi

1. Kecukupan Energi
2. Kecukupan Protein
3. Kecukupan Vitamin dan Mineral
4. Kecukupan Air
5. Kecukupan Lemak
6. Kecukupan Karbohidrat

b. Faktor yang mempengaruhi Pemberian Makanan pada Bayi

Hal yang perlu diperhatikan supaya pengaturan makanan untuk bayi dan anak dapat berhasil dengan baik adalah sebagai berikut:

1. Kerjasama ibu dan anak
2. Memulai pemberian makan sedini mungkin
3. Mengatur Sendiri
4. Peran Ayah dan Anggota Keluarga Lain
5. Menentukan Jadwal Pemberian Makanan Bayi
6. Umur dan Berat Badan
7. Diagnosis dari penyakit stadium (keadaan)
8. Keadaan mulut sebagai alat penerima makanan
9. Kebiasaan makan.

c. Dampak Kelebihan dan Kekurangan Gizi Pada Bayi

Pemberian makanan yang kelebihan akan energi mengakibatkan obesitas, sedang kelebihan zat gizi esensial dalam jangka waktu lama akan menimbulkan penimbunan zat gizi tersebut menjadi racun bagi tubuh. Misalnya hipervitaminosis A, hipervitaminosis D, dan hiperkalemi.

Sebaliknya kekurangan energi dalam jangka waktu lama berakibat menghambat pertumbuhan dan mengurangi cadangan energi dalam tubuh sehingga terjadi marasmus (gizi kurang/ buruk). Kekurangan zat esensial mengakibatkan

defisiensi zat gizi tersebut. Misalnya Cerofthalmia (kekurangan vit A), Rakhitis (kekurangan vit D).

Gizi Seimbang Bagi Balita

a. Prinsip Gizi Seimbang bagi Balita

Masa Balita adalah periode perkembangan fisik dan mental yang pesat. Pada masa ini otak balita telah siap menghadapi berbagai stimuli seperti belajar berjalan, dan berbicara lebih lancar. Perlunya perhatian lebih dalam tumbuh kembang diusia balita didasarkan fakta bahwa kurang gizi yang terjadi pada masa emas ini, bersifat *irreversible* (tidak dapat pulih). Makanan seimbang pada usia ini perlu diterapkan karena akan mempengaruhi kualitas pada usia dewasa sampai lanjut. Berikut ini merupakan prinsip pemberian nutrisi pada balita dan anak pra sekolah:

1. Tinggi energi, protein, vitamin, mineral
2. Dapat diterima oleh bayi dan anak dengan baik
3. Diproduksi setempat dan menggunakan bahan-bahan setempat
4. Mudah didapat dalam bentuk kering dengan demikian mudah disimpan dan praktis penggunaanya
5. Ringkas tetapi mempunyai nilai gizi minimum

b. Tujuan Pemberian Nutrisi pada Anak Balita

1. Memberikan zat gizi yang cukup sesuai dengan kebutuhan yang dimanfaatkan untuk pertumbuhan dan perkembangan fisik dan pskomotor

2. Pelaksanaan berbagai aktivitas dan pemulihan kesehatan setelah sakit
3. Mendidik kebiasaan makan yang baik, mencakup penjadwalan makan, belajar menyukai, memilih dan menentukan jenis makanan yang bermutu.
4. Memenuhi kecukupan energi dan semuazat gizi sesuai dengan umur.
5. Memperhatikan kebersihan perorangan dan lingkungan

c. Faktor yang memengaruhi pemberian makan pada masa balita

1. Pengaruh ibu
2. Prasangka buruk
3. Pantangan
4. Kesukaan yang berlebihan
5. Jarak kelahiran yang terlalu cepat
6. Sosial ekonomi
7. Penyakit pada anak (infeksi)
8. Umur, berat badan, tinggi badan, jenis kelamin
9. Iklim
10. Keadaan individu, meliputi psikologis dan fisiologis
11. Jenis dan jumlah makanan yang diberikan
12. Kapan saat yang tepat pemberian makanan

d. Faktor yang Mempengaruhi Gizi pada Balita

1. Tingkat pendidikan orangtua

2. Sosial budaya
3. Serat makanan
4. Kemudahan cerna
5. Rasa kenyang
6. Sumber makanan
7. Autosintesis vitamin
8. Pengaruh obat
9. Faktor endokrin
10. Faktor emosional

e. Anggapan orangtua yang merugikan balita

1. Anak BALITA masih dalam periode transisi dari makanan bayi ke makanan orang dewasa, jadi masih memerlukan adaptasi
2. Anak BALITA dianggap kelompok umur yang paling belum berguna bagi keluarga, karena belum sanggup membantu menambah kebutuhan keluarga, baik tenaga maupun keuangan
3. Ibu sering mempunyai anak kecil lagi dan sudah bekerja penuh, sehingga tidak lagi dapat memberikan perhatian kepada anak BALITA, apalagi mengurusnya.
4. Anak BALITA masih belum dapat mengurus diri sendiri dengan baik, termasuk makanannya
5. Anak BALITA mulai turun ketanah dan berkenalan dengan berbagai kondisi yang memberikan infeksi, padahal tubuhnya belum cukup mempunyai imunitas

untuk melawan penyakit atau kondisi lain yang memberikan bahaya pada dirinya.

f. Penerapan Gizi Seimbang pada Balita

Penerapan gizi seimbang pada anak usia 1-6 tahun meliputi 4 aspek yaitu penyusunan menu yang meliputi:

1. Penyusunan Menu/ hidangan

Dengan berpedoman pada 4 sehat 5 sempurna serta variasi dan kombinasi dari bahan yang digunakan, rasa, warna, tekstur, dan bentuk dari masing-masing hidangan.

2. Pemilihan bahan makanan

Yang meliputi: zat gizi yang terkandung dalam makanan, kemampuan belanja dan kualitas makanan yang baik, seperti dalam pemilihan beras, sayur, ikan, dsb.

3. Pengolahan bahan makanan

Yang meliputi: teknik memasak seperti menggoreng, mengukus, merebus, dan menumis

4. Penyajian makanan

Yang meliputi: takaran, frekuensi makan, pentaan hidangan, dan penggunaan alat hidang

g. Pengaruh Status Gizi Seimbang bagi Balita

Pertumbuhan dan perkembangan anak ditentukan oleh faktor keturunan, akan tetapi lingkungan juga mempunyai peran yang besar. Faktor-faktor lingkungan

berperan dalam tumbuh kembang anak ialah maukan makanan (diet), sinar matahari, lingkungan yang bersih, latihan jasmani, keadaan kesehatan. Bagi pertumbuhan bayi yang penting tentunya pemberian makanan yang kualitas maupun kuantitasnya baik hingga bayi dapat tumbuh normal, tidak terlalu kurus akan terjadi juga tidak kegemukan.

h. Akibat Gizi Tidak Seimbang

1. Kekurangan Energi Protein (KEP)

Berdasarkan penampilan yang ditunjukkan, KEP akut derajat berat dapat dibedakan menjadi 3 bentuk:

- a. Marasmus: anak terlihat kurus kering, dan wajahnya terlihat seperti orang tua
- b. Kwashiorkor: anak terlihat gemuk semu akibat edema, yaitu penumpukan cairan di sela-sela sel dalam jaringan
- c. Marasmik-Kwashiorkor: bentuk ini merupakan kombinasi antara marasmus dan kwashiorkor

2. Obesitas

Timbulnya obesitas dipengaruhi berbagai faktor, diantaranya faktor keturunan dan lingkungan. Tentu saja faktor utama adalah asupan energi yang tidak sesuai dengan penggunaannya.

4.5 Kelompok Rentan Gizi

Kelompok Rentan Gizi adalah suatu kelompok didalam masyarakat yang paling mudah menderita gangguan kesehatan atau rentan karena kekurangan gizi. Oleh sebab itu apabila kekurangan zat gizi maka akan terjadi gangguan gizi atau kesehatannya. Kelompok-kelompok yang rentan gizi ini terdiri dari:

- a. Kelompok bayi: 0-1 tahun
- b. Kelompok balita: dibawah 5 tahun (1-5 tahun)
- c. Kelompok anak sekolah: 6-12 tahun
- d. Kelompok remaja: 13-20 tahun
- e. Kelompok ibu hamil dan menyusui
- f. Kelompok usia lanjut

4.6 Penilaian Status Gizi

Status Gizi dapat diartikan sebagai gambaran kondisi fisik seseorang sebagai refleksi dari keseimbangan energi yang masuk dan yang dikeluarkan oleh tubuh.

Faktor-faktor yang mempengaruhi status Gizi

- a. Faktor Eksternal

Faktor eksternal yang mempengaruhi status gizi antara lain:

1. Pendapatan
2. Pendidikan

3. Pekerjaan

4. Budaya

b. Faktor Internal

Faktor internal yang mempengaruhi status gizi antara lain:

1. Usia

2. Kondisi fisik

3. Infeksi

Metode Penilaian Status Gizi

a. Penilaian Status Gizi secara Langsung

Untuk memudahkan mengingat jenis-jenis metode penilaian status gizi secara langsung, biasanya beberapa ahli membuat akronim dengan nama “ ABCD”

A: Anthropometry (Antropometri)

B: Biochemical (Biokimia)

C: Clinical (Klinik)

D: Dietary (Asupan Makanan)

b. Penilaian Status Gizi secara Tidak Langsung

Dapat dibedakan menjadi 3 yaitu:

1. Survei Konsumsi Makanan

2. Statistik Vital

3. Faktor Ekologi

4.7 Pendidikan Kesehatan Gizi

Defenisi Pendidikan Kesehatan Gizi

Pendidikan Kesehatan Gizi adalah upaya untuk mempengaruhi dan atau mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, agar melakukan pola hidup sehat tentang makanan yang dikonsumsi. Secara Umum Pendidikan Gizi adalah bagian dari pendidikan kesehatan. Pendidikan gizi pada masyarakat dikenal sebagai usaha perbaikan gizi, atau suatu usaha untuk meningkatkan status gizi masyarakat khususnya golongan rawan (Bumil, Busui, Balita).

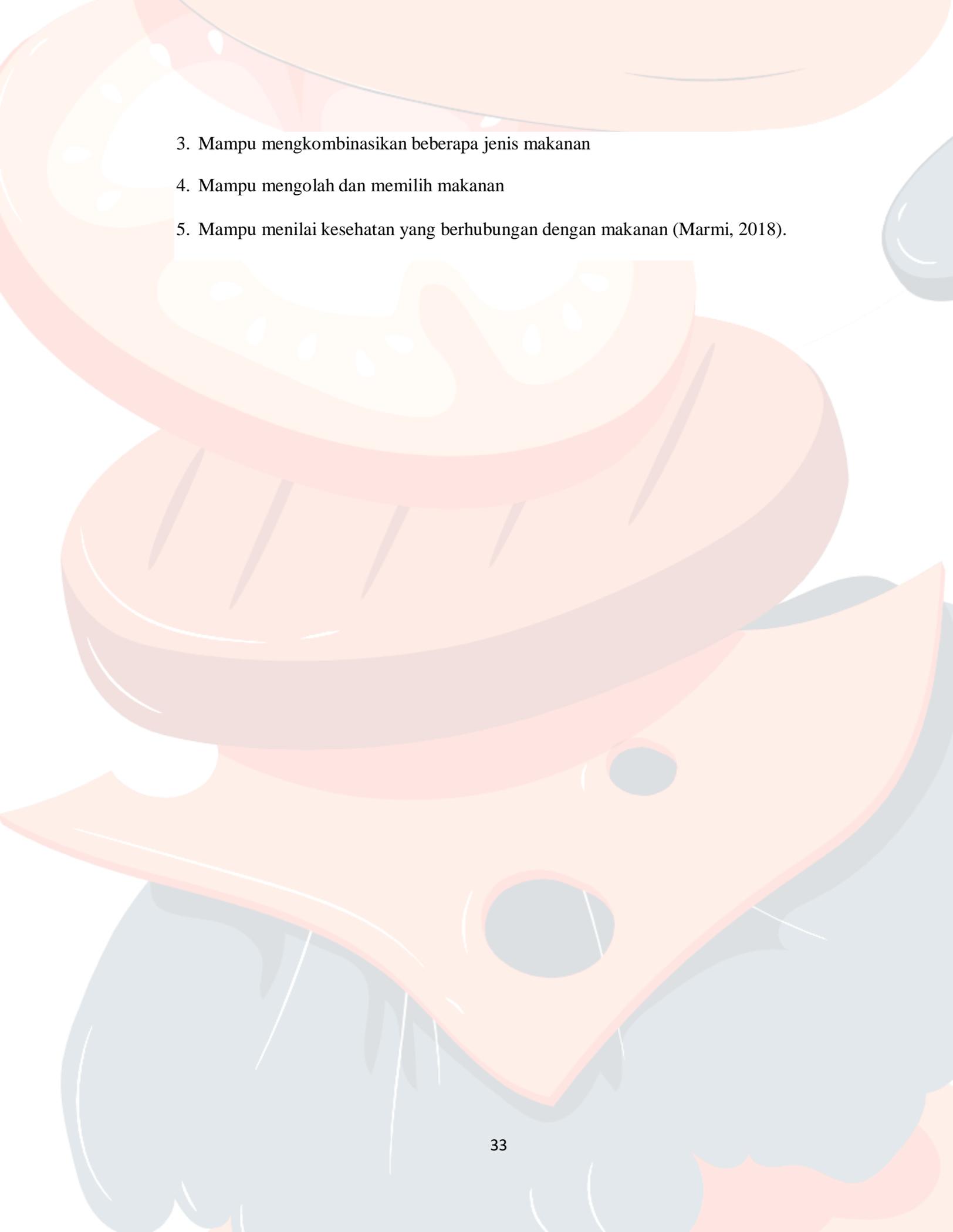
Tujuan Pendidikan Kesehatan Gizi

Secara Khusus Pendidikan Gizi Bertujuan:

- a. Membantu individu, keluarga, masyarakat, agar dapat berperilaku positif sehubungan dengan pangan dan gizi.
- b. Meningkatkan kesadaran gizi masyarakat melalui peningkatan pengetahuan gizi dan makanan yang menyehatkan
- c. Merubah perilaku konsumsi makanan (*food consumption behaviour*) yang sesuai dengan tingkat kebutuhan gizi, guna mencapai status gizi yang baik.
- d. Menyebarkan konsep-konsep baru tentang informasi gizi kepada masyarakat.

Tujuan akhirnya adalah keluarga sadar gizi. Dimana setiap keluarga mempunyai kemampuan dan pengetahuan dasar tentang gizi yaitu:

1. Mampu mengetahui fungsi makanan
2. Mampu menyusun menu makanan sehari

- 
3. Mampu mengkombinasikan beberapa jenis makanan
 4. Mampu mengolah dan memilih makanan
 5. Mampu menilai kesehatan yang berhubungan dengan makanan (Marmi, 2018).

BAB 5 ANALISIS DATA DAN HASIL PENELITIAN

5.1 Pendahuluan

Dalam MDGs 2015 bahwa Kondisi pembangunan suatu negara secara umum dapat dilihat dari status kesehatan dan gizi masyarakat, yaitu salah satunya adalah angka kematian anak. Anak dibawah lima tahun (balita) sebagai generasi penerus bangsa yang diharapkan menjadi sumber daya yang berkualitas di masa depan memerlukan perhatian khusus seperti status gizi balita. Namun, banyak balita yang mengalami rawan terjadi gizi buruk khususnya balita dibawah 5 tahun yaitu (12-59 bulan), hal ini dikarenakan pada kelompok umur tersebut membutuhkan zat-zat gizi yang lebih besar dibandingkan kelompok umur lainnya dan seringkali pada usia ini tidak lagi diperhatikan dan pengurusannya diserahkan kepada orang lain sehingga risiko gizi buruk akan semakin besar. (Pujiati, dkk, 2017).

Penyebab gizi kurang tidak hanya disebabkan makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit infeksi. Anak yang mendapat makanan yang baik tetapi karena sering sakit diare atau demam dapat menderita kurang gizi. Adapun penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan dikeluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan, dan kesehatan lingkungan. Faktor-faktor tersebut sangat terkait dengan tingkat pendidikan, pengetahuan dan keterampilan keluarga. Pola pengasuhan anak dapat berpengaruh terhadap konsumsi makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak balita. Asupan dan keadaan gizi balita dipengaruhi oleh pola pengasuhan keluarga, karena balita masih tergantung dalam mendapatkan makanan.

Penelitian mengenai adanya hubungan antara pola asuh dengan status gizi juga dilakukan oleh Dadang Rosmana, 2003 dalam Kurnia rahim, 2014 dimana dalam penelitiannya, terdapat hubungan yang bermakna antara pola asuh gizi dengan status gizi anak.

Salah satunya yaitu Menurut UNICEF, 2013 dalam Penelitian Wintarti, 2015 bahwa Balita yang mengalami kurang gizi dapat berdampak pada tumbuh kembangnya. Salah satu dampak nyata dari gizi kurang adalah stunting. Selain itu, balita kurang gizi dapat mengalami berbagai macam penyakit, seperti kebutaan karena kurangnya vitamin A dan cacat pembuluh saraf karna kurangnya asam folat, KEP, KEK, Marasmus, Kwashiorkor, dan Marasmus Kwashiorkor.

Dampak jangka panjang dari balita yang mengalami kurang gizi yaitu dapat mengalami gangguan kecerdasan dan terlihat kurang aktif dibandingkan teman sebayanya. Penyebab dari kurang gizi balita bukan hanya pada kemiskinan dan makanan yang kurang bergizi. Akan tetapi dikarenakan balita sering terkena penyakit, kurangnya pelayanan kesehatan, kurangnya pengetahuan terkait gizi pada ibu, keluarga, masyarakat, bahkan pada petugas kesehatan yang pada tingkat terparahnya dapat menyebabkan kematian yang didukung dengan data kematian bayi yang menjadi salah satu target masalah kesehatan di dunia.

Secara global, Tingkat kematian bayi tahun 2008-2012 mengalami penurunan yaitu sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya, walaupun angka ini merupakan angka yang masih jauh jika dibandingkan dengan target Renstra Kemenkes yang ingin dicapai yaitu 24 dan target

MDGs yaitu 23 perkelahiran hidup di tahun 2015. Sementara angka kematian balita tahun 2012 sebesar 40 per 1000 angka kelahiran hidup yang masih dikategorikan dalam MDGs sedang dan Indonesia masih menempati peringkat ke 4 tertinggi kematian balitanya se ASEAN (Depkes,2012). Pada tahun 2014 terdapat 50 juta anak di bawah umur lima tahun mengalami kekurangan gizi, sebanyak 16 juta diantaranya mengalami gizi buruk. Diperkirakan satu dari setiap 13 anak di dunia mengalami gizi buruk. Pada Tahun 2013,sebanyak 17% atau 98 juta anak dibawah 5 tahun dinegara berkembang mengalami kurang gizi, prevalensi tertinggi berada diwilayah Asia Selatan sebesar 30%, diikuti Afrika Barat 21%, Osceania dan Afrika Timur 19%, Asia Tenggara dan Asia Tengah 16%, serta Afrika Selatan 12%.

Masalah kesehatan masyarakat dianggap serius bila prevalensi gizi buruk kurang antara 20,0-29,0% dan dianggap prevalensi sangat tinggi bila $\geq 30\%$ (Devyanty, dkk, 2016). Pada tahun 2015, prevalensi gizi buruk-kurang pada anak balita secara nasional sebesar 18,7% yang berarti masalah gizi berat-kurang di indonesia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat mendekati prevalensi tinggi. (Devyanty, dkk, 2016). Di Indonesia kejadian kekurangan gizi terlihat meningkat pada tahun 2013 yakni sebesar 19,6% mengalami kekurangan gizi dengan kejadian gizi buruk sebesar 5,7% dibandingkan dengan tahun 2010 yakni sebesar (17,9%) dengan 4,9% berstatus gizi buruk (Pujiati, dkk, 2017). Berdasarkan Laporan Dinas Kesehatan Sumatera Utara,Kasus Gizi Buruk Pada Balita Tahun 2010 sekitar 145 orang yang dirawat di RS. Di Tapanuli Utara 6,4% untuk gizi buruk, 10,4% untuk gizi kurang. Sementara untuk data Balita yg tidak naik berat badannya dan belum memenuhi gizi

seimbang pada Bulan Januari 2019 di wilayah kerja Puskesmas Sipahutar tepatnya di Desa Tapan Nauli saat dilakukan survey awal adalah sebanyak 194 balita dengan 108 balita jenis kelamin perempuan dan 86 balita jenis kelamin laki-laki.

Oleh karena itu, Banyak upaya-upaya yang telah dilakukan untuk menanggulangi kebutuhan gizi pada balita, terutama karena faktor kurangnya pengetahuan ibu yang memiliki balita tentang kebutuhan nutrisi anak. Di Indonesia, usaha pemerintah dalam melakukan perbaikan gizi balita melalui peningkatan pengetahuan terkait gizi salah satunya dengan melakukan pendidikan gizi. Pendidikan gizi yang diberikan berupa penyuluhan dan konseling gizi. Pendidikan gizi yang diberikan tidak hanya kepada petugas kesehatan tetapi juga disebarluaskan kepada masyarakat luas. Salah satu bentuk strategi penyebarluasan pendidikan gizi yang dilakukan pemerintah yaitu dengan menyediakan materi komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) terkait gizi (Direktorat Bina Gizi,2013 dalam penelitian Wintarti, 2015).

Menurut penelitian ahli , yang paling banyak menyalurkan pengetahuan kedalam otak adalah indra pandang kurang lebih 75%-87% dari pengetahuan manusia diperoleh dari indra pandang. 13% melalui indra pendengaran dan 12% lainnya tersalur melalui indra yang lain. Oleh karena itu, penyuluhan dengan metode audiovisual perlu dikembangkan sebagai jawaban terhadap kebutuhan untuk memberikan penyuluhan secara sistematis kepada masyarakat dengan fokus pada peningkatan pengetahuannya (Rahmawati, 2007 dalam Wirawan,2014).

Dalam penelitian Wintarti, 2015 yang dilakukan oleh Suraoka,dkk 2010 terkait edukasi atau penyuluhan gizi dengan media *leaflet* keluarga sadar gizi (KADARZI) di empat Posyandu di wilayah Puskesmas Banjarangkan, Bali, diketahui bahwa terdapat perbedaan antara hasil pretest dan post test yang diberikan kepada kelompok intervensi dengan media uji statistik lebih kecil 0,05. Sedangkan pada kelompok yang diberikan intervensi tanpa menggunakan media, skor pre test dan post test yang didapatkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan.

Walaupun dalam hal ini dibahas bukan mengenai gizi, namun berdasarkan penelitian Faturahman,2017 oleh Noviati,2011 didapatkan hasil bahwa penyuluhan dengan metode demonstrasi berpengaruh signifikan terhadap peningkatan pengetahuan dibanding dengan penyuluhan biasa. Dari hasil Wibawa,2007 didapatkan bahwa penggunaan metode demonstrasi berhasil memberikan sumbangan yang lebih besar bagi peningkatan pengetahuan dan perbaikan sikap yang positif responden terhadap penyakit DBD yaitu 58,97% dan 29,68%, dibandingkan dengan metode pemutaran video yang hanya 24,19% dan 19,71%.

Berdasarkan hasil Penelitian Bertalina 2015 bahwa keluarga, sekolah dan lingkungan masyarakat berpengaruh terhadap pengetahuan,keterampilan dan sikap, sehingga sangat dibutuhkan dalam rangka mempromosikan pola makan yang sehat.Beberapa penelitian tentang pendidikan gizi melaporkan bahwa pendidikan gizi memberikan pengaruh yang positif terhadap pengetahuan tentang gizi. Pemberian tambahan materi pengetahuan gizi dan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan gizi dan kesehatan dari 50% menjawab benar menjadi 70%. Dalam program KIE

media cetak lebih efektif untuk menyampaikan informasi dan pendidikan gizi karena media merupakan suatu media statis yg mengutamakan pesan visual dan umumnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna yaitu berupa poster, brosur, leaflet, modul, majalah dan buku saku. Dari beberapa media cetak tersebut yang dapat digunakan dalam program KIE adalah buku saku, booklet, dan leaflet.

Pada penelitian Habsari, 2015 dalam jurnal Yunita, 2016 tentang efektifitas pemberian informasi dengan ceramah dan leaflet terhadap pengetahuan penanganan penyakit diare kepada ibu-ibu di Kabupaten Rembang Surakarta tahun 2015, menyatakan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan dalam pemberian informasi dengan metode ceramah dan leaflet terhadap penanganan diare. Dikuatkan lagi dengan penelitian Pramiputra, 2014 tentang efektifitas pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode ceramah dengan leaflet terhadap peningkatan pengetahuan pencegahan demam berdarah dengue di desa Wonorejo Polokarto bahwa hasil uji menunjukkan adanya perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah kegiatan ceramah, rata-rata skor pengetahuan sebelum dan sesudah kegiatan ceramah, rata-rata skor sebelum diberi ceramah 10,82 meningkat menjadi 12,18.

Untuk melaksanakan kegiatan dalam promosi kesehatan diperlukan media promosi kesehatan yaitu dengan cara apa yang digunakan oleh pelaku promosi kesehatan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan, memberikan atau meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang kesehatan atau mentransformasikan perilaku kesehatan kepada sasaran (Notoadmodjo, 2016). Dalam penelitiannya Ristin

Tarigan,2016 menyatakan bahwa adanya perubahan yang signifikan terhadap pengetahuan dan sikap remaja tentang HIV/AIDS di SMA N 1 Berastagi sebelum dan sesudah diberikan promosi kesehatan dengan media leaflet dan media Video.

Dari hasil penelitian Wulan, 2012 dalam jurnal Sang Lubis,2016 yang melakukan penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah melalui leaflet didapatkan adanya peningkatan pengetahuan dengan nilai baik setelah diberikan penyuluhan kesehatan,responden memiliki pengetahuan baik dengan 63,4%. Hasil penelitian Purnama,2013 yang membandingkan pendidikan kesehatan menggunakan media video dan leaflet didapatkan hasil media video lebih efektif daripada media leaflet dengan skor pengetahuan sebanyak 1,65 poin.

Rohim,dkk, 2016 dalam penelitiannya mengenai pengetahuan anemia remaja putri menyatakan bahwa terdapat beberapa cara dalam hal pencegahan dan penanggulangan anemia, salah satu diantaranya adalah dengan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan. Syahrir,2013 dalam Rohim, dkk, 2016 menyebutkan bahwa pendidikan gizi diperlukan dengan tujuan supaya remaja mempunyai pengetahuan gizi sehingga penyimpangan pola makan dapat dicegah. Cara pendekatan yang strategis diperlukan untuk dapat meningkatkan pengetahuan gizi tentang anemia pada remaja agar tercapai hasil yang maksimal secara efektif dan efisien. Oleh karena itu diperlukan metode yang tepat dalam penyampaiannya. Selain metode, faktor pendukung untuk mencapai hasil yang maksimal ialah dengan adanya media atau alat bantu pendidikan.

Dalam penelitian Al Rahmad, Almunadia, 2017 menyatakan bahwa berdasarkan dari berbagai metode penyuluhan, yang paling sering digunakan oleh penyuluh kesehatan/ puskesmas untuk meningkatkan pengetahuan adalah metode ceramah dan tanya jawab. Kelemahan ceramah adalah pesan yang terinci disampaikan mudah dilupakan setelah beberapa lama. Alat bantu lihat (visual aid) yang sering digunakan untuk meningkatkan efektifitas ceramah adalah leaflet.

Banyak faktor yang memengaruhi pengetahuan dan sikap tentang gizi balita, diantaranya adalah status ekonomi, pelayanan kesehatan, penyakit penyerta, riwayat berat badan lahir rendah (BBLR), riwayat kelahiran prematur, dan pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif. Didukung oleh beberapa penelitian terkait sebelumnya yang telah mengidentifikasi efektifitas penyuluhan dengan metode ceramah dan media leaflet terhadap pengetahuan dan sikap ibu tentang gizi balita menarik perhatian peneliti untuk melakukan penelitian tersebut.

Pada penelitian ini menggunakan pendidikan dengan metode ceramah karena metode ceramah ialah cara yang paling mudah digunakan dalam penyampaian pesan. Metode ceramah dapat dilaksanakan dengan atau tanpa alat bantu pengajaran. Jika menggunakan alat bantu atau media, dalam pemilihan media yang akan digunakan harus disesuaikan dengan sasaran (Supriasa, 2012 dalam Rohim, dkk, 2016).

Oleh karena itu, diperlukan pendidikan kesehatan dan penyuluhan gizi untuk menambah pengetahuan ibu-ibu yang memiliki balita dalam pola asuh anak tentang kebutuhan nutrisinya selama masa pertumbuhan, dimana Pendidikan dan penyuluhan gizi adalah pendekatan edukatif untuk menghasilkan perilaku individu atau

masyarakat yang diperlukan dalam meningkatkan perbaikan pangan dan status gizi (Claire,2010 dalam Shweta, 2011 pada jurnal Riswanti,2016). Harapan dari upaya ini adalah orang bisa memahami pentingnya makanan dan gizi sehingga mau bersikap dan bertindak mengikuti norma –norma gizi. Beberapa penelitian diberbagai negara menemukan bahwa pendidikan gizi sangat efektif untuk merubah pengetahuan dan sikap anak terhadap makanan (Februhartanty, 2005 dalam Riswanti, 2016).

5.1.1 Perumusan Masalah

Adapun permasalahan dalam penelitian ini adalah Bagaimana efektivitas penyuluhan dengan metode ceramah dan ceramah + media leaflet terhadap pengetahuan dan sikap ibu balita tentang gizi balita di Puskesmas Sipahutar Kab. Tapanuli Utara sebagai upaya peningkatan pengetahuan pada ibu sehingga terjadi perubahan sikap untuk memberikan gizi pada balita.

5.1.2 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis efektivitas penyuluhan dengan metode ceramah dan ceramah+media leaflet terhadap perubahan pengetahuan dan sikap ibu balita tentang gizi balita di Puskesmas Sipahutar Kab. Tapanuli Utara

5.1.3 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagi Organisasi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien, memberikan informasi yang akurat dan meningkatkan penyuluhan mengenai tentang gizi balita.

2. Bagi Institusi Pendidikan Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pengembangan ilmu tentang efektivitas penyuluhan dan media leaflet terhadap pengetahuan dan sikap ibu balita tentang gizi balita khususnya Pendidikan Kesehatan Masyarakat,

3. Bagi Penulis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data awal penelitian terkait dengan penelitian tentang pengetahuan dan sikap ibu balita tentang gizi balita bagi penelitian selanjutnya dalam konteks penelitian yang sama.

4. Bagi Responden

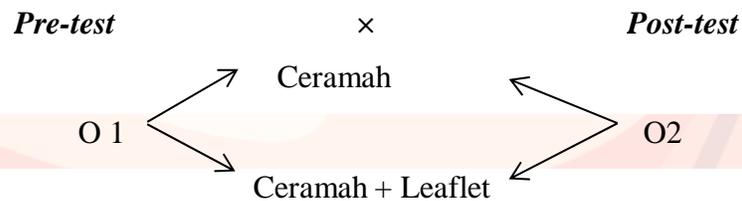
Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai motivasi/ pedoman sehingga Masyarakat mengerti tentang gizi balita.

5.2 Metode Penelitian

5.2.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *Quasi Eksperiment* dengan pendekatan *two group pre-test and post test* untuk mengetahui Efektifitas penyuluhan dengan metode ceramah dan media leaflet terhadap pengetahuan dan sikap ibu balita tentang gizi balita di Puskesmas Sipahutar Kab. Tapanuli Utara Tahun 2018, dimana rancangan

ini menggunakan kelompok perbandingan sesudah dilakukan observasi pertama (*pretest*) yang memungkinkan peneliti dapat menguji perubahan-perubahan yang terjadi setelah adanya perlakuan (Notoatmodjo, 2017). Rancangan ini dapat di gambarkan sebagai berikut :



O1= Pengetahuan dan Sikap Ibu Sebelum Penyuluhan tentang gizi balita pada kelompok ceramah dan ceramah + leaflet.

O2= Pengetahuan dan Sikap Ibu Setelah Penyuluhan tentang gizi balita dengan kelompok yang sama

X= Intervensi (penyuluhan metode ceramah dan metode ceramah + media *leaflet* pada ibu balita tentang gizi balita pada hari yang sama)

5.2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

a. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Puskesmas Sipahutar dengan pertimbangan banyaknya ibu yang mempunyai balita dapat dijumpai untuk dijadikan sampel dalam penelitian.

b. Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini dilakukan pada bulan November 2018-Juni 2019.

5.2.3 Populasi dan Sampel

a. Populasi

Populasi merupakan keseluruhan objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang mempunyai balita di Puskesmas Sipahutar. Berdasarkan survey awal yang peneliti lakukan pada tanggal 3 Desember-Januari 2019 di Desa Tapian Nauli Kecamatan Sipahutar jumlah ibu yang mempunyai balita sebanyak 194 orang dan data yang diperoleh dari petugas kesehatan setempat.

b. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang mewakili populasi. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang memiliki balita di Puskesmas Sipahutar. Penghitungan besar sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan penentuan rumus besar sampel untuk uji hipotesis data proporsi dua populasi menurut rumus *Lemeshow* yang dikutip oleh Wahyuni, Al-Azhar (2015) adalah sebagai berikut :

$$n_1 = n_2 = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

N : Besar sampel minimal

$Z_{1-\alpha/2}$: Nilai distribusi baku normal (tabel Z) pada α 5% sebesar 1,96

$Z_{1-\beta}$: Nilai distribusi baku normal (tabel Z) pada β 20% sebesar 0,842

P : Rata-rata P1 dan P2

P1 : Perkiraan Proporsi pengetahuan pada populasi 1 (outcome +)

P2 : Perkiraan Proporsi pengetahuan pada populasi 1 (outcome -)

P1-P2 : Perkiraan selisih proporsi yang diteliti dengan proporsi di populasi sebesar 10%

Dari rumus tersebut di peroleh banyaknya sampel penelitian adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{\{1,96 \sqrt{2 \cdot 0,05(0,35)} + 0,842 \sqrt{0,5(0,5) + 0,8(0,2)}\}^2}{(0,8 - 0,5)^2}$$
$$= 85,5(\text{dibulatkan} = 86)$$

Berdasarkan rumus perhitungan sampel dengan 2 kelompok di atas maka di peroleh besar sampel minimal dalam penelitian ini adalah 86 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling* yaitu pengambilan sampel secara acak sederhana dengan kriteria inklusi ibu yang memiliki balita. Sampel yang ditetapkan sebanyak 86 responden yang merupakan objek sebelum dan sesudah penyuluhan metode ceramah dan media leaflet tentang gizi balita dengan 86 orang kelompok ceramah dan 86 orang kelompok ceramah+leaflet.

5.2.4 Metode Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan adalah :mengajukan surat permohonan survei awal dan izin penelitian pada institusi pendidikan Program Pasca

Sarjana Delihusada Delitua, dan mengajukan surat permohonan izin melaksanakan penelitian di Puskesmas Sipahutar. Setelah mendapat izin, peneliti melaksanakan pengumpulan data pada ibu yang memiliki balita sesuai kriteria penelitian. Peneliti menemui responden di tempat penelitian, dengan cara peneliti meninggalkan nomor handphone dan menyimpan nomor handphone untuk memperlancar proses pengumpulan data. Saat peneliti bertemu dengan responden, peneliti menjelaskan kepada responden tentang tujuan dan manfaat penelitian.

Peneliti meminta persetujuan responden untuk menjadi responden dengan menandatangani *informed consent*. Setelah responden bersedia, peneliti kemudian mengisi lembar kuisisioner data demografi yaitu nama (inisial), umur, paritas, dan pendidikan responden melalui wawancara. Lalu, peneliti menjelaskan prosedur metode yang dilakukan oleh peneliti atau tenaga medis yang ada di dalam ruangan. Untuk seluruh ibu balita sebelum diberi penyuluhan dengan metode ceramah dan media leaflet tentang gizi balita, seluruh responden diberi arahan tentang cara kegiatan, dan dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok ceramah dan kelompok ceramah+leaflet kemudian dilanjutkan dengan *pretest* dengan menggunakan kuisisioner tanpa diberi penyuluhan dengan metode ceramah dan media leaflet.

Selanjutnya, Pada hari yang sama diberi penyuluhan dengan metode ceramah dan media leaflet pada ibu balita yang sama dan dilakukan *post-test* dengan menggunakan kuisisioner untuk melihat mana yang lebih baik pengetahuan dan sikap ibu balita tentang gizi balita sebelum dan sesudah diberi penyuluhan dengan menggunakan metode ceramah saja atau metode ceramah+ media leaflet. Pada

pelaksanaan penelitian, peneliti mendampingi responden dalam pengisian kuisioner tentang gizi balita. Setelah data terkumpul lalu dilakukan pengolahan data dengan bantuan program komputerisasi yaitu SPSS dengan uji statistik uji *pair t-test* untuk mengukur pengetahuan dan sikap ibu balita sebelum dan sesudah diberi penyuluhan dan diperoleh perbedaan sebelum dengan sesudah pada pengetahuan dan sikap ibu balita tentang gizi balita.

5.2.5 Defenisi Operasional

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variable independen dan dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah penyuluhan metode ceramah dan media *leaflet* dan variabel dependen adalah pengetahuan dan sikap ibu balita tentang gizi balita. Defenisi operasional dalam penelitian ini adalah Penyuluhan yaitu penyampaian informasi kepada sekelompok orang tertentu tentang gizi balita yang ditempatkan dalam satu ruangan secara bersamaan dengan memberikan penjelasan tentang tentang Gizi Balita di Puskesmas Sipahutar, Media *Leaflet* yaitu alat bantu dalam menyampaikan pesan kesehatan berupa lembaran kertas yang berisi kata-kata dan gambar atau simbol yang menyampaikan informasi tentang gizi balita, Pengetahuan yaitu segala sesuatu hal yang diketahui oleh ibu balita tentang gizi balita, dan Sikap yaitu reaksi atau respon tentang sesuatu yang dimiliki oleh ibu balita terhadap stimulus atau objek tentang gizi balita. Penilaian pengetahuan dan sikap ibu balita dinilai dengan Kuisioner tentang Gizi Balita dan dijelaskan pada instrument penelitian.

Tabel 3.1 Variabel dan Defenisi Operasion

No	Variabel Penelitian	Defenisi Operasional				
1	Metode Ceramah	Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.	-	Observasi	1. Baik 2. Buruk	Ordinal
2	Media Leaflet	bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasinya dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi.	-	Observasi	1. Baik 2. Buruk	Ordinal
3	Pengetahuan	merupakan hasil "tahu" dan ini terjadi setelah ibu melakukan pengindraan terhadap gizi balita.	Kuesioner Gizi Balita	Angket	1. Skor > 50% (≥ 7) = Baik 2. Skor < 50% (< 7) = Buruk	Ordinal
4	Sikap	merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari ibu terhadap gizi balita.	Kuesioner Gizi Balita	Angket	1. Skor > 50% (≥ 7) = Baik 2. Skor < 50% (< 7) = Buruk	Ordinal

5.2.6 Teknik Pengolahan Data

a. Etika Penelitian

Dalam penelitian ini terdapat beberapa hal yang berkaitan dengan permasalahan etik, yaitu :memberikan penjelasan kepada responden penelitian tentang tujuan dan prosedur penelitian. Responden yang bersedia dipersilahkan untuk menandatangani *informed consent*. Tetapi responden yang tidak bersedia berhak untuk menolak dan mengundurkan diri. Responden juga berhak mengundurkan diri selama proses pengumpulan data berlangsung, kebebasan dari tindakan yang merugikan atau resiko dan mendapat keadilan tanpa adanya diskriminasi saat responden tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian. Kerahasiaan catatan mengenai data responden dijaga dengan cara tidak menuliskan nama responden pada instrumen, tetapi menggunakan inisial. Data-data yang diperoleh dari responden juga hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

b. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner dengan bentuk pertanyaan tertutup yang disusun secara terstruktur. Kuisisioner tersebut disusun berdasarkan literatur untuk mengukur perilaku responden pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberi perlakuan. Kuisisioner penelitian tersebut terdiri dari dua kategori yaitu Kuisisioner data demografi dan Kuisisioner Gizi Balita. Kuisisioner data demografi meliputi umur ibu, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, suku, jumlah anak, jumlah pendapatan keluarga, dan umur anak, berat badan anak, tinggi

badan anak. Kuisisioner demografi disusun untuk mengidentifikasi karakteristik responden dengan tujuan untuk merandomisasi responden.

Kuisisioner gizi balita meliputi kuisisioner pengetahuan dan kuisisioner sikap yang terdiri dari pengertian gizi balita, tujuan pemenuhan gizi pada balita, penyebab, tanda- tanda dan cara penanggulangan gizi balita dengan skala Guttman sebagai acuan dalam penilaian Kuisisioner Gizi Balita, dimana Kuisisioner Gizi Balita meliputi 2 aspek yaitu Kuisisioner Pengetahuan dan Kuisisioner Sikap. Kuisisioner pengetahuan terdiri dari 15 pertanyaan yang masing-masing dengan jawaban “Ya” dan “Tidak”. Skor untuk jawaban “Ya” adalah 2 dan skor untuk jawaban “Tidak” adalah 1. Total skor untuk pengetahuan adalah 30 dengan skor tertinggi 30 dan skor terendah adalah 15. Kuisisioner sikap terdiri dari 15 pertanyaan yang masing-masing dengan jawaban “Ya” dan “Tidak”. Skor untuk jawaban “Ya” adalah 2 dan skor untuk jawaban “Tidak” adalah 1. Total skor untuk sikap adalah 30 dengan skor tertinggi 30 dan skor terendah adalah 15.

Kuisisioner yang dipakai dalam penelitian ini adalah Kuisisioner Gizi Balita dimana penilaian berdasarkan jawaban dari responden dan disesuaikan dengan skor yang didapat oleh masing-masing responden terhadap kuisisioner yang diberikan, Selanjutnya dibuat dengan penilaian, yaitu: Kategori Baik apabila total nilai yang diperoleh $> 50\%$, Kategori Buruk apabila total nilai yang diperoleh $< 50\%$ dengan uji *pair t-test*. Pengetahuan Baik apabila nilai responden $> 50\%$ (≥ 7) dan Pengetahuan Buruk apabila nilai responden $< 50\%$ (< 7). Sikap Baik apabila nilai responden $>$

50% (≥ 7) dan Sikap Buruk apabila nilai responden $< 50\%$ (< 7), Kategori ini dapat dikelompokkan dengan menggunakan rumus dalam buku notoadmodjo.

c. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji Validitas

Dalam penelitian ini, tidak melakukan uji validitas karena mengadopsi angket yg sudah diuji validasi dari jurnal penelitian “Efektifitas Penyuluhan dan Media Leaflet Terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu Balita Tentang Gizi Buruk di Kecamatan Medan Denai Tahun 2010 oleh Jayanti”

2. Uji Reliabilitas

Setelah pertanyaan dalam angket dinyatakan valid, maka dilakukan uji reliabilitas dengan menggunakan *Komputerisasi*. Selanjutnya uji reliabilitas dilakukan pada 10 orang sampel yang mempunyai karakteristik yang sama dengan sampel penelitian.

5.2.7 Metode Pengolahan dan Analisis Data

a. Pengolahan Data

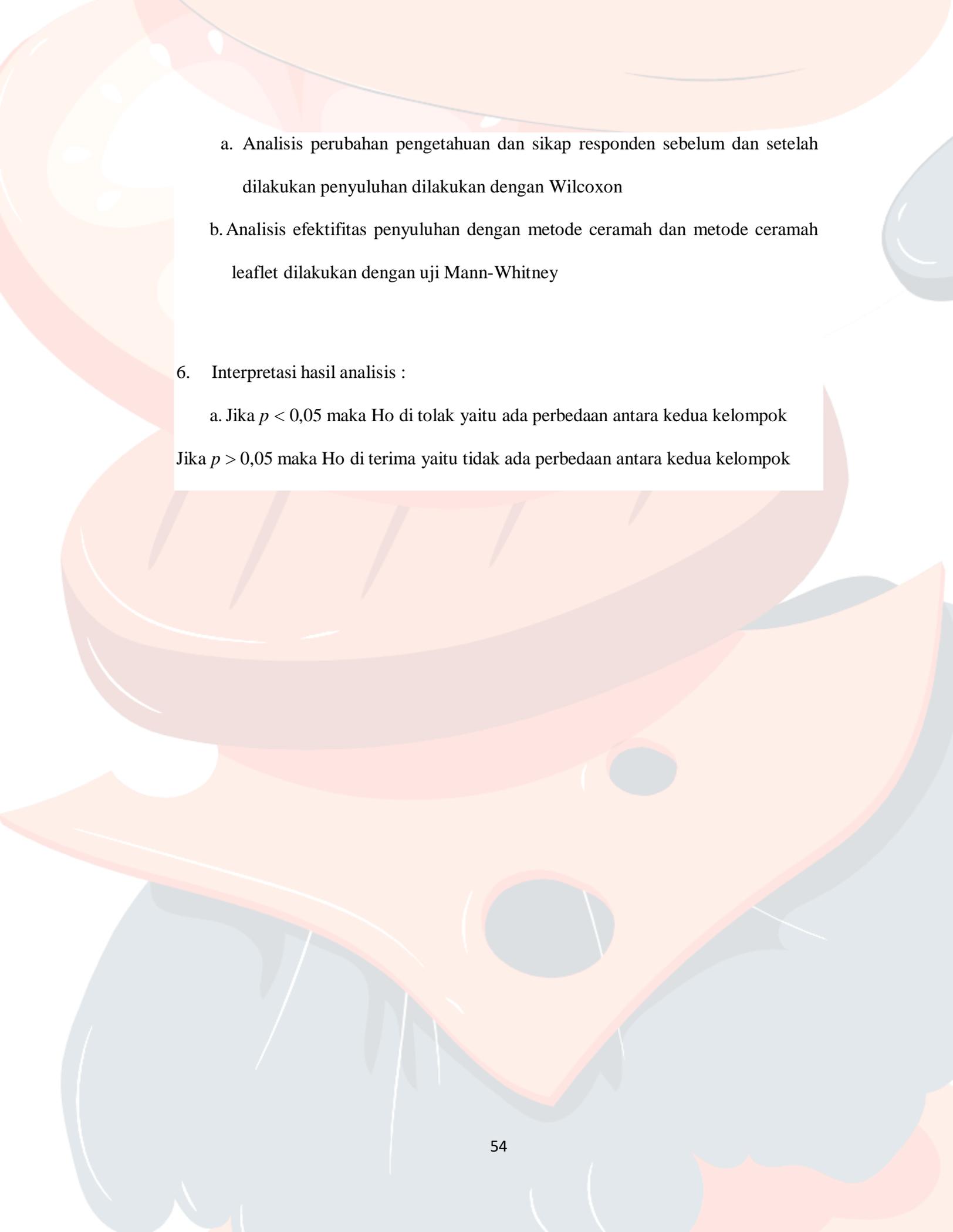
Sebelum data dianalisis, terlebih dahulu peneliti melakukan pengolahan data yaitu dengan beberapa langkah sebagai berikut:

1. *Editing* yaitu meneliti kembali data-data yang sudah terkumpul untuk diketahui apakah data tersebut layak diolah atau tidak.

2. *Coding* yaitu memberikan tanda agar memudahkan dalam pengolahan data. Pada penelitian ini koding dilakukan untuk memberikan pengkodean pada kuesioner.
3. *Scoring* yaitu memberikan nilai pada jawaban pertanyaan yang berupa angka. Pada penelitian ini untuk skor jawaban Ya adalah 2 dan skor jawaban Tidak adalah 1.
4. *Tabulating* yaitu data yang sudah dilakukan scoring kemudian disusun dalam tabel untuk memudahkan analisa data

b. Analisis Data

1. Analisis data menggunakan komputerisasi dengan SPSS
2. Analisis deskriptif statistik dilakukan untuk menganalisa data demografi, pengetahuan dan sikap ibu balita.
3. Sebelum dilakukan analisis data untuk menilai efektifitas penyuluhan terhadap pengetahuan dan sikap ibu balita tentang gizi balita, dilakukan uji normalitas data untuk mengetahui data terdistribusi normal atau tidak dengan kolmogorov-smirnov ($n > 50$) dengan ketentuan data berdistribusi normal jika $p > 0,05$
4. Jika data berdistribusi normal, maka :
 - a. Analisis perubahan pengetahuan dan sikap responden sebelum dan setelah dilakukan penyuluhan dilakukan dengan uji t-berpasangan
 - b. Analisis efektifitas penyuluhan dengan metode ceramah dan metode ceramah leaflet dilakukan dengan uji t-tidak berpasangan
5. Jika data berdistribusi tidak normal, maka :

- 
- a. Analisis perubahan pengetahuan dan sikap responden sebelum dan setelah dilakukan penyuluhan dilakukan dengan Wilcoxon
 - b. Analisis efektifitas penyuluhan dengan metode ceramah dan metode ceramah leaflet dilakukan dengan uji Mann-Whitney
6. Interpretasi hasil analisis :
- a. Jika $p < 0,05$ maka H_0 di tolak yaitu ada perbedaan antara kedua kelompok
Jika $p > 0,05$ maka H_0 di terima yaitu tidak ada perbedaan antara kedua kelompok

5.3 Hasil Penelitian

Tabel 4.1 Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Kolompok Ceramah		Kelompok ceramah + leaflet	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%
Usia Ibu				
20 – 35 Tahun	79	91,9	77	89,5
> 35 Tahun	7	8,1	9	10,5
Pendidikan Ibu				
SD	1	1,2	1	1,2
SMP	16	18,6	7	8,1
SMA	45	52,3	53	61,6
PT	24	27,9	25	29,1
Pekerjaan Ibu				
IRT	54	62,8	40	46,5
Wiraswasta	24	27,9	36	41,9
Pegawai Swasta	4	4,7	3	3,5
PNS	4	4,7	7	8,1
Agama				
Kristen	86	100	86	100
Suku				
Batak	86	100	86	100
Paritas				
1	11	12,8	8	9,3
2	41	47,7	37	43,0
3 atau lebih	34	39,5	41	47,7
BB balita				
4 - 10 kg	46	53,5	48	55,8
11 - 16 kg	40	46,5	38	44,2
Umur Balita				
1 -12 Bulan	37	43,0	31	36,0
13 – 24 Bulan	22	25,6	21	24,4
3- 4 Tahun	27	31,4	34	39,5

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa mayoritas usia responden kelompok ceramah yaitu 20-35 tahun sebanyak 79 responden (91,9%) dan kelompok ceramah leaflet yaitu 20-35 tahun sebanyak 77 responden (89,5%), pendidikan responden kelompok ceramah yaitu SMA sebanyak 45 responden (52,3%) dan kelompok ceramah leaflet yaitu SMA sebanyak 53 responden (61,6%),

pekerjaan responden kelompok ceramah yaitu IRT sebanyak 54 responden (62,8%) dan kelompok ceramah leaflet yaitu IRT sebanyak 40 responden (46,5%), agama

responden kelompok ceramah dan kelompok ceramah leaflet yaitu Kristen sebanyak 86 responden (100%) dan 86 responden (100%), suku pada kelompok ceramah dan kelompok ceramah leaflet yaitu batak sebanyak 86 responden (100%) dan 86 responden (100%), paritas yaitu 3 atau lebih sebanyak 34 responden (39,5%) pada kelompok ceramah dan 41 responden (41%) pada kelompok ceramah leaflet, bb balita yaitu 4-10 kg sebanyak 46 responden (53,5%) pada kelompok ceramah dan 48 responden (55,8%) pada kelompok ceramah leaflet dan usia balita yaitu 1-12 bulan sebanyak 37 responden (43,0%) pada kelompok ceramah dan 31 responden (36,0%) pada kelompok ceramah leaflet .

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu Balita tentang Gizi Balita di Puskesmas Sipahutar Kabupaten Tapanuli Utara Tahun 2018

Tabel 4.2.1 Distribusi Frekuensi Pre test Pengetahuan Ibu Balita Kelompok Metode Ceramah Dan Kelompok Metode Ceramah Leaflet

Pre Test Pengetahuan	Ceramah		Ceramah dan Leaflet	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Baik	18	20,9	16	18,6
Buruk	68	79,1	70	81,4
Jumlah	86	100	86	100

Berdasarkan tabel 4.2.1 diketahui bahwa mayoritas pengetahuan responden kelompok ceramah sebelum dilakukan penyuluhan adalah buruk sebanyak 68 responden (79,1%). Dan mayoritas pengetahuan responden kelompok ceramah dan leaflet sebelum dilakukan penyuluhan adalah buruk sebanyak 70 responden (81,4%)

Tabel 4.2.2 Distribusi Frekuensi Post test Pengetahuan Ibu Balita Kelompok Metode Ceramah Dan Kelompok Metode Metode Ceramah Leaflet

Post Pengetahuan	Ceramah		Ceramah dan Leaflet	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Baik	86	100	86	100
Buruk	0	0	0	0
Jumlah	86	100	86	100

Berdasarkan tabel 4.2.2 diketahui bahwa mayoritas pengetahuan responden kelompok ceramah setelah dilakukan penyuluhan adalah baik sebanyak 86 responden (100%). Dan mayoritas pengetahuan responden kelompok ceramah dan leaflet setelah dilakukan penyuluhan adalah baik sebanyak 86 responden (100%)

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Sikap Ibu Balita tentang Gizi Balita di Puskesmas Sipahutar Kabupaten Tapanuli Utara Tahun 2019

Tabel 4.3.1 Distribusi Frekuensi Pre Test Sikap Ibu Balita Kelompok Metode Ceramah Dan Kelompok Metode Metode Ceramah Leaflet

Pre Test Sikap	Ceramah		Ceramah dan Leaflet	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Baik	24	27,9	18	20,9
Buruk	62	72,1	68	79,1
Jumlah	86	100	86	100

Berdasarkan tabel 4.3.1 diketahui bahwa mayoritas sikap responden kelompok ceramah sebelum dilakukan penyuluhan adalah buruk sebanyak 62 responden (72,1%). Dan mayoritas sikap responden kelompok ceramah dan leaflet sebelum dilakukan penyuluhan adalah buruk sebanyak 68 responden (79,1%).

Tabel 4.3.2 Distribusi Frekuensi Post Test Sikap Ibu Balita Kelompok Metode Ceramah Dan Kelompok Metode Metode Ceramah Leaflet

Post Test Sikap	Ceramah		Ceramah dan Leaflet	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Baik	86	100	86	100
Buruk	0	0	0	0
Jumlah	86	100	86	100

Berdasarkan tabel 4.3.2 diketahui bahwa mayoritas sikap responden kelompok ceramah setelah dilakukan penyuluhan adalah baik sebanyak 86 responden (100%). Dan mayoritas sikap responden kelompok ceramah dan leaflet setelah dilakukan penyuluhan adalah baik sebanyak 86 responden (100%)

Tabel 4.4 Hasil Perubahan Pengetahuan Responden Kelompok Metode Ceramah Sebelum Dan Setelah Penyuluhan

Pengetahuan	Median (Minimum - Maximum)	Nilai <i>p</i>	Keputusan
Pre test (n= 86)	6,00 (3,00 – 10,00)	< 0,001	Ho ditolak
Post test (n= 86)	11,00 (8,00 – 14,00)		

Berdasarkan tabel 4.4 di atas diketahui bahwa median pengetahuan responden sebelum penyuluhan adalah 6,00 dengan nilai minimum = 3,00 dan nilai maximum = 10,00, sedangkan median pengetahuan responden setelah penyuluhan dengan metode ceramah meningkat menjadi 11,00 dengan nilai minimum = 8,00 dan nilai maximum = 14,00 dengan nilai $p = <0,001$ yang berarti ada perbedaan pengetahuan responden sebelum dan setelah diberikan penyuluhan dengan metode ceramah

Tabel 4.5 Hasil Perubahan Pengetahuan Responden Kelompok Metode Ceramah Dan leaflet Sebelum Dan Setelah Penyuluhan

Pengetahuan	Median (Minimum - Maximum)	Nilai <i>p</i>	Keputusan
Pre test (n= 86)	6,00 (3,00 – 10,00)	< 0,001	Ho ditolak
Post test (n= 86)	15,00 (9,00 – 15,00)		

Berdasarkan tabel 4.5 di atas diketahui bahwa median pengetahuan responden sebelum penyuluhan adalah 6,00 dengan nilai minimum = 3,00 dan nilai maximum = 10,00, sedangkan median pengetahuan responden setelah penyuluhan dengan metode ceramah dan leaflet meningkat menjadi 15,00 dengan nilai minimum = 9,00 dan nilai maximum = 15,00 dengan $p = <0,001$ yang berarti ada perbedaan pengetahuan responden sebelum dan setelah diberikan penyuluhan dengan metode ceramah dan leaflet.

Tabel 4.6 Hasil Perubahan Sikap Responden Kelompok Metode Ceramah Sebelum Dan Setelah Penyuluhan

Sikap	Median (Minimum - Maximum)	Nilai p	Keputusan
Pre test (n= 86)	5,00 (3,00 – 10,00)	< 0,001	Ho ditolak
Post test (n= 86)	11,00 (9,00 – 15,00)		

Berdasarkan tabel 4.6 di atas diketahui bahwa median sikap responden sebelum penyuluhan adalah 5,00 dengan nilai minimum = 3,00 dan nilai maximum = 10,00, sedangkan median sikap responden setelah penyuluhan dengan metode ceramah meningkat menjadi 11,00 dengan nilai minimum = 9,00 dan nilai maximum = 15,00 dengan nilai $p = <0,001$ yang berarti ada perbedaan sikap responden sebelum dan setelah diberikan penyuluhan dengan metode ceramah.

Tabel 4.7 Perubahan Sikap Responden Kelompok Metode Ceramah dan Leaflet Sebelum Dan Setelah Penyuluhan

Sikap	Median (Minimum - Maximum)	Nilai p	Keputusan
Pre test (n= 86)	6,00 (3,00 – 10,00)	< 0,001	Ho ditolak
Post test (n= 86)	15,00 (10,00 – 15,00)		

Berdasarkan tabel 4.7 di atas diketahui bahwa median sikap responden sebelum penyuluhan adalah 6,00 dengan nilai minimum = 3,00 dan nilai maximum = 10,00, sedangkan median sikap responden setelah penyuluhan dengan metode ceramah meningkat menjadi 15,00 dengan nilai minimum = 10,00 dan nilai maximum = 15,00 dengan $p = <0,001$ yang berarti ada perbedaan sikap responden sebelum dan setelah diberikan penyuluhan dengan metode ceramah dan leaflet.

Tabel 4.8 Perbedaan Efektifitas Penyuluhan Dengan Metode Ceramah Dan Media Leaflet Terhadap Pengetahuan Ibu Yang Memiliki Balita Tentang Gizi Balita Di Puskesmas Sipahutar Kabupaten Tapanuli Utara Tahun 2019

Pengetahuan	Median (Minimum - Maximum)	Nilai p	Keputusan
Metode Ceramah (n= 86)	5,00 (1,00 – 8,00)	< 0,001	Ho ditolak
Metode Ceramah dan Leaflet (n= 86)	9,00 (3,00 – 11,00)		

Berdasarkan tabel 4.8 di atas diketahui bahwa bahwa median pengetahuan responden kelompok metode ceramah adalah 5,00 (minimum = 1,00 dan maximum = 8,00) dan median pengetahuan responden kelompok ceramah dan leaflet adalah 9,00 (minimum = 3,00 dan maximum = 11,00) dengan nilai $p = <0,001$ yang berarti ada perbedaan perubahan pengetahuan responden antara kelompok yang diberikan penyuluhan dengan metode ceramah dan kelompok ceramah dan leaflet.

Tabel 4.9 Perbedaan Efektifitas Penyuluhan Dengan Metode Ceramah Dan Media Leaflet Terhadap Sikap Ibu Yang Memiliki Balita Tentang Gizi Balita Di Puskesmas Sipahutar Kabupaten Tapanuli Utara Tahun 2019

Sikap	Median (Minimum - Maximum)	Nilai <i>p</i>	Keputusan
Metode Ceramah (n= 86)	5,00 (2,00 -9,00)	< 0,001	Ho ditolak
Metode Ceramah dan Leaflet (n= 86)	9,00 (5,00 – 11,00)		

Berdasarkan tabel 4.9 di atas diketahui bahwa median sikap responden kelompok metode ceramah adalah 5,00 (minimum = 2,00 dan maximum = 9,00) dan median sikap responden kelompok metode ceramah dan leaflet adalah 9,00 (minimum = 5,00 dan maximum = 11,00). Dan secara statistik didapatkan nilai $p = < 0,001$ yang berarti ada perbedaan perubahan sikap responden antara kelompok yang diberikan penyuluhan dengan metode ceramah dan kelompok ceramah dan leaflet.

5.4 Kesimpulan dan Saran

5.4.1 Kesimpulan

Berdasarkan Hasil Penelitian terhadap 86 responden ceramah dan 86 responden ceramah + leaflet yang terdiri dari ibu-ibu yang memiliki balita diperoleh untuk pengetahuan, hasil $p = < 0,001$ yang berarti ada perbedaan perubahan pengetahuan responden antara kelompok yang diberikan penyuluhan dengan metode ceramah dan ceramah+ leaflet di Puskesmas Sipahutar Kabupaten Tapanuli Utara Tahun 2019. Dan untuk sikap, hasil $p = < 0,001$ yang berarti ada perbedaan perubahan sikap responden antara kelompok yang diberikan penyuluhan dengan metode ceramah dan kelompok ceramah+ leaflet di Puskesmas Sipahutar Kabupaten Tapanuli Utara Tahun 2019.

Hasil penelitian yang didapatkan, bahwa pengetahuan dan sikap, terdapat perubahan yang signifikan saat sebelum diberikan penyuluhan dan setelah penyuluhan. Namun, metode yang lebih efektif digunakan agar informasi dapat diterima dengan baik adalah Ceramah+Leaflet daripada hanya Ceramah saja, karena semakin banyak pengindraan terhadap suatu informasi maka semakin baik informasi yang dapat diterima.

5.4.2 Saran

a. Bagi Institusi Pelayan Kesehatan

Disarankan kepada petugas kesehatan agar lebih berperan dalam memberi penyuluhan ibu balita di Puskesmas Sipahutar Kabupaten Tapanuli Utara untuk mengubah pengetahuan serta sikap ibu balita. Dan membuat lebih banyak media dan alat peraga untuk digunakan agar lebih mudah dimengerti dan informasi yang didapatkan lebih cepat diterima dengan baik oleh masyarakat. Karna semakin banyak pengindraan melalui media yang didapatkan, semakin baik pula informasi yang diterima

b. Bagi responden

Disarankan kepada ibu yang memiliki balita agar lebih rajin mengikuti penyuluhan untuk mencari informasi tentang kebutuhan yang baik untuk dikonsumsi anak balita dalam upaya pencegahan gizi buruk pada balita serta dapat menerapkan untuk kehidupan sehari-hari dimulai dari hal kecil.

6.5 Rencana Tahapan Berikutnya

Adapun tahapan berikutnya adalah Penelitian selanjutnya dapat menggali lebih luas tentang pengetahuan dan sikap, terdapat perubahan yang signifikan saat sebelum diberikan penyuluhan dan setelah penyuluhan. Namun, metode yang lebih efektif digunakan agar informasi dapat diterima dengan baik adalah Ceramah+Leaflet daripada hanya Ceramah saja, karena semakin banyak pengindraan terhadap suatu informasi maka semakin baik informasi yang dapat diterima. Dengan adanya gizi buruk pada balita perlu upaya peningkatan pengetahuan pada ibu dalam bentuk penyuluhan maupun media lainnya yang dapat dikembangkan untuk mengubah sikap ibu kearah yg lebih baik lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, dkk, 2015, dalam jurnalnya *Beberapa Faktor Risiko Gizi Kurang dan Gizi Buruk Pada Balita 12-59 Bulan*.
- Asfar, dkk, 2018, dalam jurnalnya *Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Sikap Tentang Penyakit HIV/AIDS di SMP BAZNAS Provinsi Sulawesi Selatan*
- Bertalina, 2015, dalam jurnalnya *Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Tentang Gizi Seimbang Pada Siswa Sekolah Dasar Negeri Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung*.
- Devyanty, dkk, 2017, dalam jurnalnya *Perbedaan Metode Penyuluhan Gizi Terhadap Tingkat Pengetahuan Ibu dan Tingkat Konsumsi Anak Usia Dini*
- Fatma S, dkk, 2017, dalam jurnalnya *The Effectiveness of Health Education by Media Booklet Efforts Increase In ASI Eksklusive In Puskesmas Kuta Baro Aceh Besar District*
- Frantin, dkk, 2015, dalam jurnalnya *Pengaruh Promosi Kesehatan Reproduksi Remaja Terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswa SMP Negeri 08 Bitung*.
- Fida, Maya, 2017. *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak*, D-Medika, Yogyakarta.
- Hadisuyitno, dkk, dalam jurnalnya *Efektifitas Penyuluhan terhadap Perubahan Pengetahuan Kadarzi dan PHBS ibu Balita di Desa Pulungbowo, Kecamatan Tumpang, Kabupaten Malang*
- Hanifah, 2015, dalam jurnalnya *Perbedaan Pengetahuan Remaja Sebelum dan Sesudah diberikan Penyuluhan tentang Gizi Seimbang dengan Menggunakan Media Video di SMP Negeri 2 Kartasura*
- Kurnia Rahim, 2014, dalam jurnalnya *Faktor Resiko Underweight Balita Umur 7-59 Bulan*
- Lubis, Sang, 2016, dalam jurnalnya *Perbedaan Pendidikan Kesehatan Menggunakan Metode Ceramah dan Audiovisual Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Sikap Perawatan Karies Gigi Anak di Wilayah Puskesmas Wonosegoro II*

- Marmi, 2018. *Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Martiyana,dkk, 2018, dalam jurnalnya *Diskusi dengan leaflet versus Ceramah dengan Lembar Balik dalam Meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Keyakinan WUS mengenai GAKI di Pedesaan Endemik GAKI*
- Masthalina,Agustina, 2018, dalam jurnalnya *Nutrition Counseling toward Knowledge and Attitude of Breastfeeding Mothers and Infant Growth in Lubuk Pakam Subdistrict.*
- Notoadmodjo, 2016. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan* , Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoadmodjo, 2017. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notosiswoyo, 2014, dalam jurnalnya *Penggunaan VCD dan leaflet Untuk Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Siswa dalam Pencegahan Kecelakaan Sepeda Motor.*
- Norhasanah,dkk, 2017, dalam jurnalnya *Pengaruh Penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Terhadap Pengetahuan,Sikap dan Tindakan PHBS Keluarga di Desa Lok Buntar Kecamatan Sungai Tabuk Kabupaten Banjar Kalimantan Selatan.*
- Nugraheni, dkk, 2016, dalam jurnalnya *Pengaruh Pemberian Leaflet dan Penjelasan Terhadap Pengetahuan Ibu Mengenai Hiperbilirubinemia Neonaturum*
- Pani, dkk, 2014, dalam jurnalnya *Pengaruh Penyuluhan Kelas Prenatal Plus terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil diWilayah Kerja Puskesmas Mamboro Kecamatan Palu Utara Kota Palu Provinsi Sulawesi Tengah.*
- Pujiati, dkk, 2017, dalam jurnalnya *Identifikasi Kasus Kekurangan Gizi pada Anak dibawah Usia Lima Tahun di Kota Makasar*
- Puspitasari,Fitriahadi, 2018, dalam jurnalnya *Pengetahuan Ibu TentangPneumonia pada Balita mengalami Peningkatan setelah diberikan Penyuluhan.*
- Putri,dkk, 2017, dalam jurnalnya *Efektifitas Media Audiovisual dan Leaflet Terhadap Peningkatan Pengetahuan,Sikap dan Tindakan Tentang Pencegahan Penyakit Gastritis Pada Santriwati di Pondok Pesantren Hidayatullah dan Ummusshabri Kota Kendari*
- Rahmad, dkk, 2017, dalam jurnalnya *Pemanfaatan Media Flipchart dalam Meningkatkan Pengetahuan Ibu tentang Konsumsi Sayur dan Buah*

- Riau,Safitri, 2016, dalam jurnalnya *Pengaruh Edukasi Gizi dengan Ceramah dan Booklet Terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Remaja Overweight*
- Rohim, dkk, 2016, dalam jurnalnya *Perbedaan Pengetahuan Anemia Pada Remaja Putri Setelah Diberi Pendidikan dengan Metode Ceramah Tanpa Media dan Ceramah dengan Media Buku Cerita*
- Sudigdo, 2016. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Sagung Seto, Jakarta.
- Sumiati, dkk, 2018, dalam jurnalnya *Efektifitas Penyuluh Kesehatan Terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu Balita Tentang TB Paru Pada Anak di Kabupaten Banyumas*
- Tarigan,Eka ristin, 2016, dalam jurnalnya *Efektifitas Promosi Kesehatan dengan Media Leaflet dan Media Video terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang HIV/AIDS di SMA Negeri 1 Berastagi*
- Wahyuni, Azhar, 2015. *Statistika Kedokteran*, Jakarta
- Wintarti, 2015, dalam jurnalnya *Application of Media Education for Ekscalation Children Under Five's Mother Knowledge Among Underweight and Normal Status in Health Center of East Ciputat, South Tangerang*
- Wirawan, dkk, 2014, dalam jurnalnya *Penyuluhan dengan Media Audio Visual dan Konvensional Terhadap Pengetahuan Ibu Anak Balita*
- Yunita, 2016, dalam jurnalnya *Efektifitas Pendidikan Kesehatan dengan Metode Ceramah Terhadap Tingkat Pengetahuan Ibu dalam Penanganan Diare Balita di Sekitar UPT TPA Cipayung, Depok*

BIOGRAFI PENULIS



Harauldy Lady Lusiana Manalu, SST, MKM lahir di Medan tanggal 11 Desember 1991 berjenis kelamin perempuan, agama kristen protestan. Penulis merupakan anak pertama dari tiga bersaudara, pasangan dari ayahanda Drs. L H Manalu dan Ibunda Dra. D Sinaga. Penulis telah menikah dengan dr. B.J. Sahala Pasaribu dan masih dikaruniai 2 anak.

Pendidikan Formal penulis dimulai dari Sekolah Dasar SDN 05 Ciputat, Jakarta Selatan tahun 1997 dan lulus pada tahun 2003, Sekolah Menengah Pertama SMPN 10 Padangbulan, Medan tahun 2003 dan lulus pada tahun 2006, Sekolah Menengah Atas SMAN 1 Siborongborong, Tapanuli Utara tahun 2006 dan lulus pada tahun 2009, D III Kebidanan STIKes Mitra Husada Medan tahun 2009 dan lulus pada tahun 2012, D IV Bidan Pendidik Universitas Sumatera Utara, Medan tahun 2012 dan lulus pada tahun 2013, kembali melanjutkan perkuliahan pada tahun 2017 di Institut Kesehatan DELI HUSADA Deli Tua Program Magister Kesehatan Masyarakat dan lulus pada tahun 2019.

Penulis mulai bekerja pada tahun 2012-2016 sebagai Dosen di STIKes Mitra Husada Medan dan Akbid Palapa Husada Medan, Tahun 2016 sampai tahun 2019 bekerja sebagai bidan pengelola, di BPM dan APT Agnesia Taput. dan Pada Tahun 2019 sampai saat ini (tahun 2022) penulis bekerja sebagai Dosen Tetap Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Prima Indonesia, Medan.