





BUKU AJAR
PROMOSI KESEHATAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH

Penulis

Egy Sunanda Putra, M.Gz
Mustamir Kamaruddin, S.Gz., M.Kes
Hasmar Fajriana, S.Gz., M.P.H
Dr.Abbasiah, S.K.M., M.Kep
Yesi Nurmawi, SKM, M.Kes

Get Press Indonesia

ISBN 978-634-255-774-2 (PDF)

BUKU AJAR
PROMOSI KESEHATAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH

Egy Sunanda Putra, M.Gz
Mustamir Kamaruddin, S.Gz., M.Kes
Hasmar Fajriana, S.Gz., M.P.H
Dr.Abbasiah, S.K.M., M.Kep
Yesi Nurmawi, SKM, M.Kes

GET PRESS INDONESIA

BUKU AJAR
PROMOSI KESEHATAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH

Penulis :
Egy Sunanda Putra, M.Gz
Mustamir Kamaruddin, S.Gz., M.Kes
Hasmar Fajriana, S.Gz., M.P.H
Dr.Abbasiah, S.K.M., M.Kep
Yesi Nurmawi, SKM, M.Kes

ISBN : 978-634-255-779-2

Editor : Mila Sari, M. Si.
Desain Sampul dan Tata Letak : Yuliatri Novita, M.Hum.

PENERBIT : GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022
Jl. Palarik RT 01 RW 06 Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tangah Padang Sumatera Barat
website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Oktober 2026

Hak cipta dilindungi undang-undang.
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya, buku ajar **Promosi Kesehatan Gizi Anak Usia Sekolah** ini dapat diselesaikan dan hadir sebagai panduan komprehensif. Buku ini dirancang untuk memberikan pemahaman menyeluruh mengenai konsep dasar gizi, pedoman gizi seimbang, serta pemenuhan kebutuhan gizi berdasarkan tahap tumbuh kembang mulai dari anak prasekolah, anak sekolah, hingga remaja awal dan pertengahan. Lebih dari sekadar pemahaman teori dan penilaian status gizi secara antropometri, karya ini mengupas secara runtut strategi promosi kesehatan gizi melalui berbagai metode interaktif, perencanaan, pengorganisasian, implementasi, hingga evaluasi program dan pemberdayaan keluarga demi mewujudkan perilaku sadar gizi sejak dini.

Besar harapan kami agar buku ini dapat menjadi rujukan ilmiah dan praktis yang berharga bagi akademisi, mahasiswa, praktisi kesehatan masyarakat, pendidik, serta orang tua dalam mendukung tumbuh kembang generasi muda secara optimal. Ucapan terima kasih dan apresiasi setinggi-tingginya kami sampaikan kepada seluruh pihak yang telah memberikan kontribusi, dukungan, dan pemikiran hingga buku ini dapat diterbitkan dengan baik. Semoga sajian materi dalam buku ini mampu menginspirasi lahirnya berbagai program promosi gizi yang efektif, aplikatif, dan berkelanjutan demi terwujudnya generasi penerus bangsa yang sehat, cerdas, dan berprestasi.

.

Padang, Agustus 2026

Penuli

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ..... **i**

DAFTAR ISI ..... **ii**

DAFTAR GAMBAR ..... **ix**

DAFTAR TABEL ..... **x**

BAB 1 KONSEP DASAR GIZI **12**

A. Tujuan Pembelajaran 12

B. Pendahuluan 13

C. Pengertian ilmu gizi 15

D. Ruang lingkup gizi 16

E. Zat gizi dan pengaruhnya 19

F. Konsep dasar gizi dalam kesehatan masyarakat 22

G. Penerapan konsep dasar gizi pada anak usia sekolah 25

Rangkuman 28

Latihan 29

BAB 2 PEDOMAN GIZI SEIMBANG **34**

A. Tujuan Pembelajaran 34

B. Pendahuluan 35

C. Pengertian pedoman gizi seimbang 37

D. Prinsip gizi seimbang 38

E. Faktor yang mempengaruhi gizi seimbang 41

F. Pemenuhan gizi seimbang pada anak usia sekolah 43

G. Permasalahan penerapan gizi seimbang 45

Rangkuman 47

Latihan 49
BAB 3 GIZI ANAK PRASEKOLAH 54
A. Tujuan Pembelajaran 54
B. Pendahuluan 55
C. Definisi dan karakteristik anak prasekolah 57
D. Masalah gizi pada anak prasekolah 59
E. Determinan atau faktor yang mempengaruhi keadaan gizi 61
F. Perhitungan berat badan ideal dan status gizi 63
G. Angka kecukupan gizi dan kebutuhan gizi anak prasekolah 66
Rangkuman 69
Latihan 70
BAB 4 GIZI ANAK SEKOLAH 75
A. Tujuan Pembelajaran 75
B. Pendahuluan 76
C. Definisi dan karakteristik anak sekolah 78
D. Masalah gizi pada anak sekolah 81
E. Determinan atau faktor yang mempengaruhi keadaan gizi 84
F. Perhitungan berat badan ideal dan status gizi 88
G. Angka kecukupan gizi dan kebutuhan gizi anak sekolah 91
Rangkuman 95
Latihan 96
BAB 5 GIZI REMAJA AWAL 101

A. Tujuan Pembelajaran 101
B. Pendahuluan 101
C. Definisi dan karakteristik remaja awal 104
D. Masalah gizi pada remaja awal 106
E. Determinan atau faktor yang mempengaruhi keadaan gizi 108
F. Perhitungan berat badan ideal dan status gizi 111
G. Angka kecukupan gizi dan kebutuhan gizi remaja awal 114
Rangkuman 118
Latihan 119
BAB 6 GIZI REMAJA PERTENGAHAN (SMA) 124
A. Tujuan Pembelajaran 124
B. Pendahuluan 125
C. Definisi dan karakteristik remaja pertengahan 127
D. Masalah gizi pada remaja pertengahan 129
E. Determinan atau faktor yang mempengaruhi keadaan gizi 131
F. Perhitungan berat badan ideal dan status gizi 133
G. Angka kecukupan gizi dan kebutuhan gizi remaja pertengahan 136
Rangkuman 139
Latihan 140
BAB 7 PENILAIAN STATUS GIZI (ANTROPOMETRI) 146
A. Tujuan Pembelajaran 146

B. Pendahuluan 147
C. Konsep penilaian status gizi 149
D. Penilaian status gizi pada anak prasekolah 152
E. Penilaian status gizi pada anak sekolah 154
F. Penilaian status gizi pada remaja awal 156
G. Penilaian status gizi pada remaja SMA 158
Rangkuman 161
Latihan 162

BAB 8 PENDEKATAN PROMOSI GIZI ANAK USIA SEKOLAH 168

A. Tujuan Pembelajaran 168
B. Pendahuluan 169
C. Konsep pendekatan promosi gizi 171
D. Pendekatan *peer teaching* 173
E. Pendekatan sosiodrama 176
F. Pendekatan psikodrama 179
G. Simulasi, game, dan media promosi gizi 181
Rangkuman 185
Latihan 187

BAB 9 METODE DAN MODEL PROMOSI KESEHATAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH 193

A. Tujuan Pembelajaran 193
B. Pendahuluan 194
C. Konsep metode promosi gizi 196
D. Konsep model promosi gizi 198
E. Metode dan model pada usia prasekolah 201

F. Metode dan model pada usia sekolah 203
G. Metode dan model pada remaja awal dan remaja SMA 207
Rangkuman 210
Latihan 212

BAB 10 PERENCANAAN PROMOSI KESEHATAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH 219

A. Tujuan Pembelajaran 219
B. Pendahuluan 220
C. Konsep perencanaan promkes gizi 222
D. Tujuan perencanaan promkes gizi 224
E. Tahap-tahap perencanaan 226
F. Penyusunan rancangan kegiatan promkes gizi 230
G. Penetapan kebutuhan dan sasaran program 233
Rangkuman 237
Latihan 238

BAB 11 PENGORGANISASIAN PROMOSI KESEHATAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH 244

A. Tujuan Pembelajaran 244
B. Pendahuluan 245
C. Konsep pengorganisasian promkes gizi 247
D. Tujuan pengorganisasian program 249
E. Tahap-tahap pengorganisasian 251
F. Pembagian peran dan tanggung jawab 255
G. Koordinasi pelaksanaan kegiatan promkes gizi 258
Rangkuman 262

Latihan 263

BAB 12 IMPLEMENTASI PROMOSI KESEHATAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH 269

A. Tujuan Pembelajaran 269

B. Pendahuluan 270

C. Konsep implementasi promkes gizi 272

D. Tahap pelaksanaan kegiatan 274

E. Penerapan metode dan media dalam implementasi 278

F. Praktik pelaksanaan promkes gizi pada anak usia sekolah 281

G. Ketepatan tahapan implementasi program 285

Rangkuman 289

Latihan 290

BAB 13 PEMBERDAYAAN KELUARGA DALAM PENGUATAN PERILAKU SADAR GIZI ANAK USIA SEKOLAH 295

A. Tujuan Pembelajaran 295

B. Pendahuluan 296

C. Konsep pemberdayaan keluarga 298

D. Peran keluarga dalam perilaku sadar gizi 300

E. Strategi penguatan perilaku sadar gizi 303

F. Rancangan pemberdayaan keluarga 306

G. Telaah evidence based dalam pemberdayaan keluarga 310

Rangkuman 313

Latihan 314

BAB 14 EVALUASI PROMOSI KESEHATAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH 320

A. Tujuan Pembelajaran 320

B. Pendahuluan 321

C. Konsep evaluasi promkes gizi 323

D. Tujuan evaluasi program 325

E. Tahap-tahap evaluasi 328

F. Bentuk rancangan evaluasi 332

G. Penggunaan hasil evaluasi untuk perbaikan program 335

Rangkuman 339

Latihan 340

DAFTAR PUSTAKA 346

LAMPIRAN 355

GLOSARIUM 387

INDEKS 397

BIODATA PENULIS 401

SINOPSIS BUKU 409

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1. Model Segitiga Epidemiologi untuk Masalah Stunting pada Anak Sekolah di Indonesia..... 25
Gambar 2. 1. Visualisasi Panduan "Isi Piringku" untuk Satu Kali Makan..... 44
Gambar 3. 1. Beban Ganda Masalah Gizi pada Anak Prasekolah..... 60
Gambar 4. 1. Model Ekologi Sosial Determinan Status Gizi Anak Sekolah..... 84
Gambar 5. 1. Beban Ganda Masalah Gizi pada Remaja: Anemia dan Obesitas..... 108
Gambar 6. 1. Infografis Ringkas Kebutuhan Gizi Harian Remaja Pertengahan. 138
Gambar 7. 1. Plotting IMT Anak Sekolah pada Kurva Pertumbuhan WHO..... 156
Gambar 8. 1. Permainan Ular Tangga Gizi sebagai Media Promosi Gizi yang Interaktif..... 184
Gambar 9. 1. Model Sekolah Sehat (Health Promoting School) untuk Promosi Gizi. 206
Gambar 10. 1. Alur Logika Penyusunan Rancangan Kegiatan Promosi Kesehatan Gizi. 232
Gambar 11. 1. Contoh Struktur Organisasi Tim Pelaksana Program Gizi di Sekolah. 258
Gambar 12. 1. Diagram Alur Implementasi Sesi Edukasi Interaktif..... 281
Gambar 13. 1. Siklus Rancangan Program Pemberdayaan Gizi Keluarga..... 309
Gambar 14. 1. Ilustrasi Rancangan Evaluasi Kuasi-Eksperimental dengan Kelompok Kontrol Tidak Setara. 334

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1. Peran dan Dampak Zat Gizi Kunci bagi Anak Usia Sekolah 21
Tabel 2. 1. Aplikasi 10 Pesan Umum Gizi Seimbang untuk Anak Usia Sekolah 40
Tabel 3. 1. Klasifikasi Status Gizi Anak Usia 0-5 Tahun Berdasarkan Z-score WHO 65
Tabel 4. 1. Klasifikasi Status Gizi Anak Usia 5-18 Tahun Berdasarkan Z-Score IMT/U 90
Tabel 4. 2. Angka Kecukupan Gizi (AKG) Rata-Rata per Hari untuk Anak Usia Sekolah di Indonesia 92
Tabel 5. 1. Klasifikasi Status Gizi Remaja Usia 5-18 Tahun Berdasarkan Z-Score IMT/U 113
Tabel 5. 2. Angka Kecukupan Gizi (AKG) Rata-rata per Orang per Hari untuk Remaja Awal 114
Tabel 6. 1. Klasifikasi Status Gizi Remaja Usia 5-18 Tahun Berdasarkan Indeks IMT/U (Permenkes No. 2 Tahun 2020) 135
Tabel 7. 1. Kategori Status Gizi Anak dan Remaja Berdasarkan Indeks Antropometri dan Ambang Batas Skor-Z 151
Tabel 8. 1. Tahapan Implementasi Program Peer Teaching Gizi di Sekolah 175
Tabel 9. 1. Perbandingan Metode Promosi Gizi untuk Anak Usia Sekolah 204
Tabel 10. 1. Contoh Matriks Perencanaan Kegiatan Program "Sekolahku Sahabat Sayur dan Buah" di SDN 01 Cipta Karya 231
Tabel 11. 1. Contoh Perincian dan Pengelompokan Kegiatan Program "Aktivasi Kantin Sehat" 254

Tabel 12 1. Contoh Matriks Tahapan Pelaksanaan Program "Sarapan Sehat, Semangat Belajar!" 277
Tabel 13. 1. Perbandingan Strategi Penguatan Perilaku Sadar Gizi Keluarga 304
Tabel 14. 1. Contoh Kerangka Perencanaan Evaluasi Program Edukasi Gizi Seimbang 331

BAB 1
KONSEP DASAR GIZI

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan konsep dasar ilmu gizi, ruang lingkupnya, dan keterkaitannya dengan promosi kesehatan di tatanan sekolah.
2. Menentukan peran spesifik zat gizi makro dan mikro dalam mendukung pertumbuhan fisik dan perkembangan kognitif anak usia sekolah melalui analisis studi kasus stunting dan anemia di Indonesia.
3. Menghitung estimasi kebutuhan energi dan zat gizi seorang anak usia sekolah menggunakan data antropometri (berat badan, tinggi badan) dan tingkat aktivitas fisik yang diberikan.
4. Menerapkan konsep dasar gizi kesehatan masyarakat untuk mengidentifikasi masalah gizi prioritas pada populasi anak sekolah di suatu wilayah berdasarkan data prevalensi yang disajikan.
5. Memodifikasi contoh menu jajanan di kantin sekolah agar lebih sesuai dengan prinsip Pedoman Gizi Seimbang (PGS) dan aman untuk dikonsumsi.

B. Pendahuluan

Fenomena "beban ganda masalah gizi" atau *double burden of malnutrition* telah menjadi tantangan utama kesehatan masyarakat di Indonesia, dan anak usia sekolah berada tepat di pusat pusaran persoalan ini. Di satu sisi, data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) secara konsisten menunjukkan prevalensi *stunting* (pendek) dan *wasting* (kurus) yang masih signifikan di berbagai provinsi, merefleksikan adanya kekurangan gizi kronis dan akut yang berdampak pada kemampuan belajar dan produktivitas masa depan. Sebagai ilustrasi, di sebuah sekolah dasar di Kabupaten Timor Tengah Selatan, Nusa Tenggara Timur, seorang promotor kesehatan mungkin menemukan sebagian besar siswa memiliki tinggi badan di bawah standar usianya, sebuah manifestasi dari defisiensi energi dan protein berkepanjangan. Di sisi lain, di sebuah sekolah swasta di kawasan metropolitan seperti Jakarta Selatan, tantangan yang dihadapi bisa jadi sangat berbeda: meningkatnya angka kelebihan berat badan dan obesitas di kalangan siswa akibat konsumsi makanan tinggi gula, garam, dan lemak serta gaya hidup sedentari. Implikasinya jelas: seorang ahli promosi kesehatan tidak bisa lagi hanya berbekal pengetahuan teoretis tunggal. Anda dituntut untuk memiliki kemampuan diagnostik sosial dan menerapkan prinsip gizi yang relevan dengan konteks spesifik, baik itu untuk mengatasi kekurangan maupun kelebihan gizi. Bab ini dirancang untuk membekali Anda dengan fondasi ilmiah yang krusial untuk menjalankan peran tersebut.

Memahami gizi bukan sekadar menghafal fungsi karbohidrat, protein, dan lemak. Bagi seorang calon praktisi promosi kesehatan, ilmu gizi adalah perangkat aplikatif untuk menerjemahkan sains menjadi aksi nyata yang mengubah

perilaku dan lingkungan. Konsep bahwa "zat besi esensial untuk fungsi kognitif" akan tetap menjadi teori abstrak sampai Anda mampu menerapkannya dalam sebuah program. Bayangkan Anda ditugaskan untuk menjalankan program suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD) bagi remaja putri di sebuah SMP di Kabupaten Brebes, wilayah dengan prevalensi anemia yang tinggi. Pengetahuan tentang metabolisme zat besi menjadi dasar, namun keberhasilan program bergantung pada kemampuan Anda menerapkan pengetahuan itu untuk mengatasi hambatan di lapangan: mulai dari mengedukasi siswi tentang pentingnya TTD tanpa menimbulkan ketakutan akan efek samping, bekerja sama dengan guru dan orang tua untuk memastikan kepatuhan minum tablet, hingga memodifikasi anjuran makan dengan menyarankan konsumsi sumber pangan lokal kaya zat besi yang terjangkau, seperti sayuran daun hijau gelap dan hati ayam. Implikasinya, kompetensi inti Anda terletak pada kemampuan menjembatani antara apa yang dikatakan ilmu gizi (*what*) dan bagaimana cara membuatnya berhasil di masyarakat (*how*). Bab ini adalah langkah pertama untuk membangun jembatan tersebut, memberikan Anda "batu bata" konseptual yang kokoh.

Untuk mencapai kompetensi tersebut, pembahasan dalam bab ini akan disusun secara sistematis. Kita akan memulai perjalanan ini dengan memahami definisi fundamental dari ilmu gizi dan menelusuri ruang lingkupnya yang luas, dari level seluler hingga populasi. Selanjutnya, kita akan membedah komponen inti, yaitu zat gizi makro dan mikro, serta menganalisis pengaruhnya yang krusial terhadap kesehatan, dengan fokus pada proses tumbuh kembang anak. Konsep-konsep ini kemudian akan diletakkan dalam kerangka yang lebih besar, yaitu konsep dasar gizi dalam kesehatan masyarakat, untuk memahami bagaimana masalah gizi

diidentifikasi dan diatasi pada level komunitas. Sebagai puncak dari pembahasan, seluruh konsep teoretis yang telah dipelajari akan diintegrasikan dan diaplikasikan secara langsung pada target populasi utama kita: anak usia sekolah.

C. Pengertian ilmu gizi

Ilmu gizi, atau *nutrition science*, seringkali disalahpahami sebagai sekadar ilmu tentang makanan. Namun, cakupannya jauh lebih fundamental dan luas. Secara definitif, ilmu gizi adalah ilmu yang mempelajari segala sesuatu tentang makanan dalam kaitannya dengan kesehatan. Ini mencakup proses bagaimana organisme hidup, termasuk manusia, memperoleh, mencerna, menyerap, mengangkut, memanfaatkan zat-zat dari makanan (zat gizi), serta membuang sisa-sisanya. Lebih dari itu, ilmu gizi juga mendalami dampak sosial, ekonomi, budaya, dan psikologis dari makanan dan kebiasaan makan terhadap kesehatan individu dan populasi.

> **DEFINISI**
> **Ilmu Gizi** adalah cabang ilmu yang mempelajari hubungan antara makanan yang dikonsumsi dengan kesehatan tubuh, meliputi proses pencernaan, penyerapan, metabolisme zat gizi, serta dampak fisiologis, sosial, dan lingkungan yang terkait dengan pangan dan status gizi.

Bagi seorang praktisi promosi kesehatan, pemahaman ini krusial. Anda tidak hanya dituntut untuk mengetahui "apa" yang harus dimakan, tetapi juga "mengapa" dan "bagaimana" zat gizi tersebut bekerja dalam tubuh serta faktor-faktor non-biologis yang memengaruhi pilihan makan seseorang. Sebagai contoh, ketika Anda menghadapi kasus anemia pada remaja putri di sebuah SMP di Kabupaten Brebes, Jawa Tengah,

pengetahuan ilmu gizi memungkinkan Anda untuk tidak hanya menyarankan konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD). Anda juga dapat menerapkan pengetahuan biokimia untuk menjelaskan bahwa penyerapan zat besi dari TTD atau sayuran hijau akan lebih optimal jika dikonsumsi bersama sumber vitamin C seperti jeruk, dan sebaliknya, akan terhambat jika dikonsumsi bersamaan dengan teh atau kopi. Pengetahuan ini menjadi dasar untuk merancang pesan edukasi yang efektif dan mudah diterapkan.

Pada hakikatnya, ilmu gizi adalah jembatan antara pangan dan kesehatan (Ramlah, 2021). Tanpa asupan gizi yang adekuat, fungsi tubuh tidak akan berjalan optimal, yang pada akhirnya dapat memicu berbagai gangguan kesehatan. Hal ini sangat relevan dalam konteks anak usia sekolah, di mana asupan gizi yang tidak memadai dapat secara langsung menghambat pertumbuhan fisik, menurunkan konsentrasi belajar, dan meningkatkan kerentanan terhadap penyakit infeksi. Sebaliknya, asupan gizi berlebih juga dapat menimbulkan masalah seperti obesitas dan risiko penyakit tidak menular di kemudian hari. Oleh karena itu, menerapkan prinsip ilmu gizi dalam program promosi kesehatan di sekolah bukan lagi sebuah pilihan, melainkan sebuah keharusan untuk mencetak generasi masa depan yang sehat dan produktif. Upaya edukasi gizi seimbang di sekolah, seperti yang dilakukan di SD Negeri Pijorkoling, Kota Padangsidimpuan, merupakan salah satu aplikasi langsung dari ilmu ini untuk membentuk perilaku sehat sejak dini (Ahmad, 2023).

D. Ruang lingkup gizi

Ruang lingkup ilmu gizi sangatlah luas dan interdisipliner, membentang dari level molekuler hingga tataran kebijakan publik global. Untuk memudahkan pemahaman, ruang

lingkup ini dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa bidang utama yang saling berkaitan. Sebagai seorang calon ahli promosi kesehatan, mengenali spektrum ini akan membantu Anda menempatkan peran dan intervensi Anda dalam kerangka yang lebih besar, serta memahami kapan harus berkolaborasi dengan ahli dari bidang lain.

Secara garis besar, ruang lingkup gizi dapat dibagi menjadi dua perspektif utama: gizi perorangan (*individual nutrition*) dan gizi masyarakat (*public health nutrition*).

1. Gizi Perorangan: Fokus pada kebutuhan gizi individu dalam kondisi sehat maupun sakit. Bidang ini mencakup:
2. Gizi Klinis (Clinical Nutrition): Berfokus pada penanganan masalah gizi yang berkaitan dengan penyakit. Seorang ahli gizi klinis (dietisien) di RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta, misalnya, akan merancang terapi diet khusus bagi pasien anak dengan penyakit ginjal kronis, menghitung secara presisi asupan protein, natrium, dan cairan yang diperbolehkan.
3. Gizi Olahraga (Sports Nutrition): Mengaplikasikan prinsip gizi untuk meningkatkan performa atlet. Contohnya adalah pengaturan asupan karbohidrat dan protein bagi atlet muda di Pusat Pembinaan dan Latihan Pelajar (PPLP) Ragunan, Jakarta, untuk memaksimalkan energi saat bertanding dan mempercepat pemulihan otot.
4. Gizi Masyarakat: Fokus pada promosi kesehatan dan pencegahan masalah gizi pada level kelompok atau populasi. Inilah domain utama bagi seorang praktisi promosi kesehatan. Bidang ini mencakup:
5. Gizi Kesehatan Masyarakat (Public Health Nutrition): Menganalisis masalah gizi di komunitas, merancang,

mengimplementasikan, dan mengevaluasi program intervensi. Program penanganan stunting di Desa Kawunganten Lor, Cilacap, yang menyasar keluarga dengan anak stunting melalui penyuluhan dan pelatihan pembuatan makanan tambahan lokal, adalah contoh nyata dari aplikasi gizi kesehatan masyarakat (Kasron, 2021).

6. Gizi Institusi (Institutional Nutrition): Berkaitan dengan penyelenggaraan makanan dalam jumlah besar di institusi seperti sekolah, pabrik, atau panti asuhan. Seorang ahli gizi yang bertugas di sebuah perusahaan katering di Kawasan Industri Cikarang, misalnya, bertanggung jawab merencanakan siklus menu makan siang karyawan yang memenuhi prinsip gizi seimbang dan aman dikonsumsi.

Ruang lingkup ini menunjukkan bahwa masalah gizi tidak dapat diselesaikan oleh satu profesi saja. Seorang promotor kesehatan yang menjalankan program perbaikan sarapan di sekolah mungkin perlu berkolaborasi dengan ahli gizi institusi untuk memperbaiki menu kantin, atau merujuk siswa dengan status gizi buruk ke ahli gizi klinis di puskesmas terdekat. Pemahaman akan ruang lingkup ini juga penting untuk menavigasi sistem kesehatan. Misalnya, program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan platform strategis di mana berbagai aspek gizi masyarakat dapat diintegrasikan, mulai dari penilaian status gizi hingga edukasi (Novianti, 2021). Pemahaman ini akan menjadi dasar dalam merancang program promosi kesehatan yang komprehensif, sebagaimana akan dibahas lebih lanjut pada Bab 10 dan Bab 11.

E. Zat gizi dan pengaruhnya

Zat gizi adalah senyawa kimia esensial yang terkandung dalam makanan, yang digunakan oleh tubuh untuk menjalankan berbagai fungsi vital, mulai dari menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, hingga mengatur proses metabolisme. Bagi anak usia sekolah, periode yang ditandai dengan pertumbuhan fisik dan perkembangan kognitif yang pesat, ketersediaan zat gizi yang cukup dan seimbang menjadi faktor penentu utama kualitas hidupnya saat ini dan di masa depan. Secara umum, zat gizi diklasifikasikan menjadi dua kelompok utama: zat gizi makro dan zat gizi mikro.

Zat Gizi Makro (Makronutrien) adalah zat gizi yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah besar (satuan gram). Fungsinya adalah sebagai sumber energi dan bahan pembangun tubuh.

1. Karbohidrat: Sumber energi utama bagi tubuh, terutama untuk aktivitas otak dan fisik. Anak usia sekolah yang aktif membutuhkan asupan karbohidrat yang cukup dari nasi, roti, umbi-umbian, dan sereal untuk mendukung aktivitas belajar dan bermain mereka. Kekurangan karbohidrat dapat menyebabkan kelelahan dan penurunan konsentrasi.
2. Protein: Berperan sebagai "batu bata" untuk membangun dan memperbaiki seluruh jaringan tubuh, termasuk otot, tulang, kulit, dan organ dalam. Protein juga penting untuk produksi hormon, enzim, dan antibodi. Kekurangan protein kronis pada masa pertumbuhan, seperti yang banyak terjadi di beberapa wilayah Indonesia, merupakan penyebab utama stunting atau gagal tumbuh (Sukmawati, 2021).

Sumber protein hewani (telur, ikan, ayam, susu) dan nabati (tahu, tempe, kacang-kacangan) sangat krusial.

3. Lemak: Selain sebagai sumber energi cadangan yang padat, lemak berfungsi untuk melarutkan vitamin A, D, E, dan K, serta merupakan komponen penting dalam struktur membran sel dan perkembangan otak. Asam lemak esensial seperti Omega-3 dan Omega-6, yang banyak ditemukan pada ikan, sangat vital untuk fungsi kognitif.

Zat Gizi Mikro (Mikronutrien) adalah zat gizi yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah sangat kecil (satuan miligram atau mikrogram), namun perannya tidak kalah penting. Fungsinya terutama sebagai regulator proses metabolisme.

1. Vitamin: Senyawa organik yang berperan sebagai koenzim dalam berbagai reaksi kimia di dalam tubuh. Contohnya, Vitamin A untuk kesehatan mata dan imunitas, Vitamin C untuk penyerapan zat besi dan kesehatan gusi, serta Vitamin D untuk penyerapan kalsium dan kesehatan tulang.
2. Mineral: Senyawa anorganik dengan fungsi yang beragam. Contoh paling krusial bagi anak sekolah adalah:
3. Zat Besi (Fe): Komponen utama hemoglobin dalam sel darah merah yang bertugas mengangkut oksigen ke seluruh tubuh, termasuk otak. Kekurangan zat besi menyebabkan anemia, yang berdampak langsung pada penurunan kemampuan konsentrasi, kelelahan, dan prestasi akademik yang buruk. Prevalensi anemia pada remaja di Indonesia masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang signifikan (Khobibah, 2021).

4. Kalsium (Ca): Mineral utama untuk pembentukan tulang dan gigi yang kuat. Masa anak-anak dan remaja adalah periode puncak penumpukan massa tulang, sehingga asupan kalsium dari susu dan produk olahannya sangat menentukan kepadatan tulang di masa tua.
5. Iodium: Penting untuk produksi hormon tiroid yang mengatur metabolisme dan perkembangan otak. Kekurangan iodium dapat menyebabkan Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI) yang berujung pada penurunan kecerdasan.

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas, berikut adalah ringkasan peran dan dampak zat gizi bagi anak usia sekolah.

Tabel 1. 1. Peran dan Dampak Zat Gizi Kunci bagi Anak Usia Sekolah

Zat Gizi	Kelompok	Fungsi Utama	Sumber Pangan Utama di Indonesia	Dampak Kekurangan	Dampak Kelebihan
Protein	Makro	Pertumbuhan & perbaikan jaringan, imunitas	Ikan, telur, ayam, tempe, tahu, susu	Stunting, wasting, daya tahan tubuh lemah	Beban pada ginjal (jika sangat berlebih)
Zat Besi	Mikro	Pembentukan hemoglobin, fungsi kognitif	Hati ayam, daging merah, bayam, kangkung	Anemia, lesu, sulit konsentrasi, pucat	Kerusakan organ (hemochromatosis)
Karbohidrat	Makro	Sumber energi utama	Nasi, singkong, jagung, roti, mi instan	Lemas, kurang energi, penurunan berat badan	Obesitas, risiko diabetes tipe 2
Kalsium	Mikro	Pembentukan tulang & gigi	Susu, keju, yogurt, ikan teri	Pertumbuhan tulang terhambat, risiko osteoporosis	Batu ginjal, gangguan penyerapan mineral lain
Vitamin A	Mikro	Kesehatan mata, imunitas	Wortel, ubi jalar, mangga, bayam, hati	Gangguan penglihatan (rabun senja), rentan infeksi	Toksisitas hati, sakit kepala

Tabel di atas mengilustrasikan betapa krusialnya keseimbangan asupan setiap zat gizi. Seorang promotor

kesehatan harus mampu menerjemahkan informasi ini menjadi rekomendasi praktis, misalnya dengan menganjurkan variasi lauk pauk untuk memastikan asupan protein dan zat besi yang cukup, atau mempromosikan konsumsi buah dan sayur sebagai sumber vitamin dan mineral (Ramlah, 2021).

F. Konsep dasar gizi dalam kesehatan masyarakat

Gizi dalam kesehatan masyarakat (atau gizi masyarakat) mengambil perspektif yang berbeda dari gizi klinis. Fokusnya bukan pada penyembuhan individu yang sudah sakit, melainkan pada pencegahan masalah gizi dan peningkatan status gizi seluruh populasi, dengan penekanan khusus pada kelompok rentan seperti anak usia sekolah. Pendekatan ini bersifat proaktif dan berorientasi pada komunitas. Sebagai seorang promotor kesehatan, Anda akan bekerja dalam kerangka ini, di mana tujuan utamanya adalah menciptakan lingkungan dan perilaku yang mendukung kesehatan gizi bagi semua. Terdapat tiga fungsi inti dalam praktik gizi kesehatan masyarakat yang perlu Anda kuasai: asesmen, pengembangan kebijakan, dan jaminan.

1. **Asesmen (Assessment)**: Ini adalah langkah pertama dan paling fundamental, yaitu mengumpulkan, menganalisis, dan menyebarkan informasi mengenai status gizi dan masalah gizi di suatu komunitas. Tanpa asesmen yang akurat, intervensi yang dirancang akan salah sasaran. Contoh penerapan di Indonesia adalah kegiatan surveilans gizi seperti Pemantauan Status Gizi (PSG) atau data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang memberikan gambaran prevalensi stunting, wasting, dan obesitas di tingkat nasional hingga kabupaten/kota. Di tingkat sekolah, asesmen dapat berupa:

- Pengukuran Antropometri: Mengukur berat badan dan tinggi badan siswa secara berkala untuk menentukan status gizi (kurus, normal, gemuk, obesitas) menggunakan indikator Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U), seperti yang dijelaskan oleh Muchtar (2022).
- Survei Konsumsi Pangan: Mengidentifikasi pola makan, kebiasaan sarapan, dan jenis jajanan yang sering dikonsumsi siswa.
- Observasi Lingkungan: Menilai ketersediaan jajanan sehat di kantin sekolah dan lingkungan sekitar.

2. **Pengembangan Kebijakan (Policy Development)**: Berdasarkan data dari asesmen, langkah selanjutnya adalah menggunakan informasi tersebut untuk mengembangkan kebijakan atau program yang berbasis bukti (*evidence-based*). Kebijakan ini bisa berada di berbagai level. Di tingkat sekolah, contohnya adalah:
   - Membuat peraturan sekolah yang mewajibkan kantin hanya menjual makanan dan minuman sehat.
   - Mengintegrasikan pendidikan gizi seimbang ke dalam kurikulum atau kegiatan ekstrakurikuler seperti Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Aktivasi kegiatan UKS merupakan wadah strategis untuk menyebarkan pengetahuan gizi seimbang (Novianti, 2021).
   - Bekerja sama dengan pemerintah daerah, misalnya Dinas Kesehatan atau Dinas Pendidikan, untuk mengadvokasi program sarapan bersama atau pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi remaja putri secara rutin.

3. **Jaminan (Assurance)**: Fungsi ini memastikan bahwa layanan dan program gizi yang efektif tersedia dan dapat diakses oleh seluruh anggota komunitas, serta memantau efektivitasnya. Jaminan bukan hanya tentang menyediakan layanan, tetapi juga tentang memberdayakan masyarakat. Contohnya adalah:
    - Melatih guru dan kader kesehatan sekolah (Dokter Kecil) untuk dapat melakukan skrining gizi awal dan memberikan edukasi gizi kepada teman sebayanya.
    - Melibatkan orang tua secara aktif melalui seminar atau kelompok diskusi tentang pentingnya menyiapkan bekal sehat dan peran mereka dalam pencegahan stunting (Munawaroh, 2022).
    - Memastikan program yang sudah berjalan, seperti pemberian PMT-AS (Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah), benar-benar tepat sasaran dan dievaluasi dampaknya.

Untuk memvisualisasikan bagaimana faktor-faktor ini berinteraksi dalam menyebabkan masalah gizi di masyarakat, kita dapat menggunakan model segitiga epidemiologi.



Gambar 1. 1. Model Segitiga Epidemiologi untuk Masalah Stunting pada Anak Sekolah di Indonesia

Gambar 1.1 di atas mengilustrasikan bahwa stunting (masalah gizi) tidak hanya disebabkan oleh agen (kekurangan gizi), tetapi juga sangat dipengaruhi oleh karakteristik pejamu (anak itu sendiri) dan faktor lingkungan yang kompleks. Pendekatan gizi kesehatan masyarakat menuntut seorang promotor kesehatan untuk mampu mengintervensi ketiga sudut segitiga ini secara simultan, misalnya dengan memberikan edukasi gizi (memperkuat *host*), mempromosikan PMT (menyerang *agent*), dan mengadvokasi perbaikan sanitasi sekolah (memperbaiki *environment*).

G. Penerapan konsep dasar gizi pada anak usia sekolah

Setelah memahami konsep dasar ilmu gizi, ruang lingkupnya, peran zat gizi, dan kerangka gizi kesehatan masyarakat, kini saatnya kita mengintegrasikan seluruh pengetahuan tersebut dan menerapkannya secara spesifik pada populasi target kita: anak usia sekolah (usia 6-12 tahun). Periode ini merupakan jendela peluang kritis kedua setelah masa balita. Anak tidak hanya mengalami pertumbuhan fisik yang stabil, tetapi juga perkembangan kognitif, sosial, dan emosional yang pesat. Selain itu, pada masa ini, kebiasaan makan dan gaya hidup mulai terbentuk dan akan cenderung terbawa hingga dewasa. Menerapkan konsep gizi pada kelompok ini berarti menerjemahkan teori menjadi aksi nyata di lingkungan di mana mereka menghabiskan sebagian besar waktunya: sekolah dan rumah.

Salah satu penerapan paling mendasar adalah **menerapkan asesmen status gizi** di tatanan sekolah. Sebagai promotor kesehatan, Anda dapat bekerja sama dengan pihak sekolah, khususnya guru UKS, untuk melakukan

pengukuran antropometri (berat badan dan tinggi badan) secara rutin, misalnya setiap enam bulan sekali. Data ini kemudian diplot ke dalam kurva pertumbuhan WHO untuk mendapatkan status gizi berdasarkan indeks IMT/U (Indeks Massa Tubuh menurut Umur). Metode ini merupakan langkah skrining yang efektif untuk mengidentifikasi siswa yang berisiko mengalami masalah gizi, baik itu gizi kurang (*thinness*), gizi lebih (*overweight*), maupun obesitas (Muchtar, 2022). Hasil asesmen ini bukan hanya menjadi angka dalam laporan, melainkan menjadi dasar untuk tindakan selanjutnya, seperti memberikan konseling individual kepada orang tua siswa yang bersangkutan atau merancang intervensi tingkat kelas.

Selanjutnya adalah **menerapkan pengetahuan zat gizi untuk memodifikasi lingkungan pangan di sekolah**. Anak usia sekolah sangat dipengaruhi oleh makanan yang tersedia di sekitarnya, terutama jajanan sekolah. Perilaku konsumsi jajanan memiliki kaitan erat dengan status gizi mereka (Nasriyah, 2021). Alih-alih melarang total kegiatan jajan, pendekatan promosi kesehatan yang lebih efektif adalah dengan memberdayakan penjual di kantin dan siswa itu sendiri.

✎ CONTOH

Modifikasi Jajanan Sekolah. Bayangkan sebuah kantin sekolah di Makassar yang populer menjual "Batagor". Versi aslinya mungkin digoreng dengan minyak jelantah dan menggunakan saus kacang instan tinggi gula dan MSG. Seorang promotor kesehatan dapat menerapkan ilmunya dengan:

1. **Edukasi Penjual**: Mengajarkan penjual untuk mengganti sebagian proses dari digoreng menjadi dikukus (siomay) untuk mengurangi lemak jenuh.

2. **Modifikasi Resep**: Menyarankan penambahan sayuran seperti wortel parut ke dalam adonan ikan untuk meningkatkan asupan serat dan vitamin A.
3. **Penggantian Saus**: Memberikan resep saus kacang buatan sendiri yang lebih rendah gula dan garam.
4. **Edukasi Siswa**: Mengadakan "Hari Jajanan Sehat" di mana siswa diajarkan cara memilih jajanan yang baik, seperti yang diadvokasikan oleh Syarifuddin dkk. (2022).

Tindakan sederhana ini secara langsung menerapkan konsep gizi untuk menciptakan pilihan yang lebih sehat tanpa menghilangkan makanan yang disukai anak-anak.

Penerapan lainnya adalah **menggunakan prinsip gizi seimbang sebagai materi edukasi yang menarik dan interaktif**. Pengetahuan gizi pada anak sekolah di Indonesia seringkali masih rendah (Yuningsih, 2021). Menyampaikan informasi gizi hanya melalui ceramah satu arah terbukti tidak efektif. Sebagai gantinya, Anda harus mampu menerapkannya dalam bentuk permainan, simulasi, atau media visual. Misalnya, menggunakan media puzzle sayur dan buah terbukti dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap anak SD terhadap makanan sehat (Safitri, 2021). Anda bisa merancang permainan "Isi Piringku", di mana siswa berlomba menyusun replika makanan di atas piring sesuai proporsi gizi seimbang. Pendekatan ini tidak hanya membuat anak hafal, tetapi juga memahami konsep dan termotivasi untuk mencobanya di rumah. Konsep-konsep ini akan menjadi fondasi penting saat kita membahas Pedoman Gizi Seimbang secara lebih mendalam pada Bab 2 dan strategi promosi kesehatan yang lebih spesifik pada Bab 8 dan Bab 9.

Rangkuman

Ilmu gizi merupakan cabang ilmu fundamental yang mengkaji hubungan kompleks antara makanan dan kesehatan, melampaui sekadar pengetahuan tentang jenis pangan. Ilmu ini secara holistik mempelajari bagaimana organisme memperoleh, mencerna, menyerap, dan memanfaatkan zat gizi, serta dampak sosial, ekonomi, dan budaya yang memengaruhi pilihan makan. Bagi seorang praktisi promosi kesehatan, pemahaman mendalam ini krusial untuk merancang intervensi yang efektif, seperti menjelaskan interaksi biokimia antara zat besi dan vitamin C untuk mengatasi anemia, bukan hanya menganjurkan konsumsi suplemen. Ruang lingkup ilmu gizi terbagi menjadi dua domain utama: gizi perorangan yang berfokus pada individu (misalnya, gizi klinis dan olahraga) dan gizi masyarakat yang menyasar populasi, yang merupakan ranah utama promotor kesehatan. Domain ini mencakup perancangan program di komunitas hingga pengelolaan gizi di institusi seperti sekolah. Pemahaman ini menegaskan pentingnya kolaborasi interdisipliner dalam platform strategis seperti Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Pada level paling dasar, ilmu gizi berpusat pada zat gizi—makronutrien (karbohidrat, protein, lemak) sebagai sumber energi dan pembangun, serta mikronutrien. Bagi anak usia sekolah, keseimbangan asupan zat gizi ini menjadi penentu utama pertumbuhan fisik, perkembangan kognitif, dan pencegahan masalah gizi ganda, yaitu kekurangan gizi seperti *stunting* dan kelebihan gizi seperti obesitas. Dengan demikian, penerapan ilmu gizi dalam promosi kesehatan di sekolah adalah sebuah keharusan untuk membangun generasi yang sehat dan produktif.

Latihan

a. Essay

1. Argumentasikan mengapa pemahaman seorang promotor kesehatan terhadap ilmu gizi harus melampaui sekadar anjuran "apa yang harus dimakan". Gunakan contoh kasus anemia pada remaja putri untuk memperkuat analisis Anda mengenai pentingnya memahami aspek "mengapa" dan "bagaimana" zat gizi bekerja dalam tubuh serta faktor non-biologis yang memengaruhinya.
2. Bandingkan peran seorang ahli gizi klinis di puskesmas dengan peran seorang promotor kesehatan di dinas kesehatan dalam menangani temuan kasus gizi buruk pada beberapa siswa di sebuah SD di wilayah pedesaan. Telaah fokus utama, target intervensi, dan pendekatan yang kemungkinan besar akan mereka gunakan.
3. Evaluasi pernyataan bahwa "ilmu gizi adalah jembatan antara pangan dan kesehatan" dalam konteks tantangan gizi ganda (stunting dan obesitas) pada anak usia sekolah di Indonesia. Jelaskan bagaimana pemahaman konsep ini menjadi dasar untuk merancang program promosi kesehatan yang komprehensif di lingkungan sekolah.
4. Rumuskan sebuah kerangka pesan edukasi singkat (untuk disampaikan dalam 5 menit) kepada kelompok orang tua murid kelas 1 SD. Pesan tersebut harus menjelaskan peran krusial protein bagi pertumbuhan anak dengan menggunakan analogi "batu bata" dan menghubungkannya dengan pencegahan *stunting* serta memberikan contoh sumber protein lokal yang terjangkau.

5. Analisislah bentuk kolaborasi interdisipliner yang ideal untuk menjalankan program "Perbaikan Sarapan Sehat" di sebuah sekolah dasar. Identifikasi minimal tiga profesi atau peran yang berbeda (berdasarkan ruang lingkup gizi yang dibahas) dan jelaskan kontribusi spesifik masing-masing peran untuk memastikan keberhasilan program tersebut secara berkelanjutan.

b. Pilihan Berganda

1. Berdasarkan definisi yang dipaparkan, cakupan ilmu gizi yang paling komprehensif adalah...
    a. Ilmu yang mempelajari jenis-jenis makanan sehat dan tidak sehat.
    b. Ilmu yang mempelajari cara mengolah makanan agar gizinya tidak hilang.
    c. Ilmu yang mempelajari hubungan makanan dengan kesehatan, mencakup proses metabolisme serta aspek sosial-budaya.
    d. Ilmu yang berfokus pada perhitungan kalori untuk menurunkan berat badan.
2. Seorang promotor kesehatan menjelaskan bahwa penyerapan zat besi dari sayuran akan lebih baik jika dikonsumsi bersama jus jeruk. Pengetahuan ini merupakan aplikasi dari pemahaman ilmu gizi pada aspek...
    a. Sosial dan budaya pangan.
    b. Biokimia dan interaksi zat gizi.
    c. Penyelenggaraan makanan institusi.
    d. Ekonomi dan ketahanan pangan.
3. Manakah dari kegiatan berikut yang paling tepat merepresentasikan fokus utama dari Gizi Masyarakat (*Public Health Nutrition*)?

a. Merancang diet khusus untuk anak penderita diabetes melitus tipe 1.
b. Mengatur menu atlet renang junior untuk persiapan kompetisi.
c. Mengevaluasi program pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) untuk remaja putri di tingkat kabupaten.
d. Memberikan konseling gizi individual pada pasien pasca-operasi di rumah sakit.

4. Seorang ayah berkonsultasi dengan ahli gizi untuk mengatur pola makan anaknya yang merupakan seorang atlet sepak bola junior agar performanya maksimal. Aktivitas ini termasuk dalam ruang lingkup...
    a. Gizi Kesehatan Masyarakat
    b. Gizi Institusi
    c. Gizi Klinis
    d. Gizi Olahraga
5. Fungsi utama karbohidrat bagi anak usia sekolah yang aktif adalah sebagai...
    a. Pembangun utama sel-sel otot dan tulang.
    b. Pelarut vitamin A, D, E, dan K.
    c. Sumber energi primer untuk aktivitas belajar dan bermain.
    d. Cadangan energi yang disimpan dalam jangka panjang.
6. Menurut teks, kekurangan protein kronis pada masa pertumbuhan anak merupakan penyebab utama dari kondisi...
    a. Obesitas
    b. Anemia
    c. Stunting
    d. Kelelahan

7. Selain sebagai sumber energi cadangan, lemak memiliki fungsi esensial untuk...
    a. Memproduksi antibodi untuk melawan infeksi.
    b. Melarutkan vitamin C dan B kompleks.
    c. Membantu penyerapan dan transportasi vitamin A, D, E, dan K.
    d. Menjadi sumber energi utama untuk kerja otak.
8. Seorang ahli gizi yang bertugas merencanakan menu makan siang untuk ribuan karyawan di sebuah pabrik di Cikarang bekerja dalam bidang...
    a. Gizi Klinis
    b. Gizi Olahraga
    c. Gizi Institusi
    d. Gizi Molekuler
9. Perbedaan mendasar antara zat gizi makro dan zat gizi mikro adalah...
    a. Zat gizi makro berasal dari hewan, sedangkan mikro dari tumbuhan.
    b. Zat gizi makro menghasilkan energi, sedangkan mikro tidak.
    c. Jumlah yang dibutuhkan tubuh, di mana makro dalam gram dan mikro dalam jumlah lebih kecil.
    d. Zat gizi makro penting untuk pertumbuhan, sedangkan mikro untuk metabolisme.
10. Peran utama seorang praktisi promosi kesehatan dalam konteks ilmu gizi adalah...
    a. Mendiagnosis penyakit terkait gizi dan meresepkan terapi diet.
    b. Berfokus pada pencegahan masalah gizi dan promosi perilaku sehat di level populasi.
    c. Mengelola penyelenggaraan makanan di rumah sakit atau panti asuhan.

d. Melakukan penelitian di laboratorium untuk menemukan fungsi baru zat gizi.

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Anda adalah seorang promotor kesehatan yang baru ditugaskan di Puskesmas Kecamatan X. Data laporan tahunan menunjukkan bahwa di SDN 01, yang berada tepat di seberang puskesmas, prevalensi siswa dengan status gizi kurang (underweight) mencapai 15% dan banyak siswa mengeluh lemas saat upacara bendera. Kantin sekolah didominasi oleh penjual makanan ringan kemasan dan minuman manis. Berdasarkan pemahaman Anda tentang ruang lingkup ilmu gizi, rumuskan langkah-langkah strategis awal (3-4 langkah) yang akan Anda usulkan dalam rapat koordinasi lintas sektor bersama kepala sekolah, guru UKS, dan komite orang tua.
2. Dalam sebuah kegiatan skrining kesehatan di SMP Y, Anda menemukan bahwa lebih dari 30% siswi putri memiliki tanda-tanda anemia (pucat, lemah, lesu). Saat wawancara singkat, banyak dari mereka mengaku tidak suka makan daging atau hati ayam, dan memiliki kebiasaan minum teh manis setelah makan siang. Anda diminta untuk merancang materi inti untuk sebuah sesi edukasi "peer-to-peer" (oleh dan untuk siswa). Buatlah kerangka materi edukasi yang menjelaskan masalah ini secara sederhana dan memberikan tiga rekomendasi praktis yang mudah diterapkan oleh para siswi dalam kehidupan sehari-hari mereka.

BAB 2
PEDOMAN GIZI SEIMBANG

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan kembali prinsip-prinsip fundamental Pedoman Gizi Seimbang (PGS) dan perbedaannya dengan konsep 4 Sehat 5 Sempurna sebagai dasar intervensi promosi gizi.
2. Menerapkan 10 pesan umum gizi seimbang untuk mengevaluasi contoh menu bekal sekolah anak pada sebuah studi kasus sederhana.
3. Menghitung perkiraan kebutuhan energi dan zat gizi makro (karbohidrat, protein, lemak) untuk seorang anak usia sekolah dengan data antropometri dan aktivitas fisik yang telah ditentukan.
4. Memodifikasi contoh menu harian yang tidak seimbang menjadi menu yang memenuhi kaidah "Isi Piringku" untuk anak usia 10-12 tahun.
5. Menentukan alternatif strategi promosi kesehatan yang paling sesuai untuk mengatasi permasalahan gizi yang ditemukan pada sebuah kantin sekolah dasar fiktif, berdasarkan analisis faktor penghambat dan pendukung yang tersedia.

B. Pendahuluan

Paradoks gizi di Indonesia menghadirkan tantangan unik bagi para praktisi kesehatan masyarakat. Di satu sisi, data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) secara konsisten menunjukkan prevalensi *stunting* (pendek) dan *wasting* (kurus) yang masih menjadi pekerjaan rumah besar. Namun di sisi lain, di gerbang sekolah yang sama, kita menyaksikan peningkatan angka kelebihan berat badan dan obesitas pada anak. Fenomena yang dikenal sebagai beban ganda masalah gizi ini bukanlah sekadar angka statistik, melainkan cerminan realitas sehari-hari. **Konsep** dasarnya adalah terjadi ketidaksesuaian antara asupan energi dan zat gizi dengan kebutuhan tubuh untuk tumbuh, berkembang, dan beraktivitas. **Contoh** konkret dapat kita amati setiap jam istirahat di lingkungan sekolah dasar mana pun. Anak-anak lebih sering memilih jajanan tinggi kalori, gula, garam, dan lemak seperti cilok dengan saus berlimpah, minuman kemasan aneka rasa, atau keripik kentang, ketimbang buah potong atau bekal dari rumah. **Implikasinya**, kebiasaan makan yang terbentuk pada usia sekolah ini akan menjadi fondasi bagi pola makan seumur hidup, yang secara langsung berkontribusi pada risiko penyakit tidak menular seperti diabetes melitus tipe 2 dan penyakit jantung koroner di kemudian hari. Di sinilah peran seorang promotor kesehatan menjadi sentral, bukan sekadar sebagai penyampai informasi, melainkan sebagai arsitek perubahan perilaku dan lingkungan.

Menghadapi kompleksitas tersebut, seorang ahli promosi kesehatan tidak dapat bekerja hanya dengan berbekal semangat. Diperlukan sebuah panduan ilmiah yang terstruktur, terukur, dan aplikatif sebagai landasan setiap intervensi. Panduan tersebut adalah Pedoman Gizi Seimbang

(PGS). PGS bukan sekadar slogan atau poster, melainkan sebuah kerangka kerja komprehensif yang menerjemahkan ilmu gizi mutakhir ke dalam anjuran praktis. **Konsep** ini melampaui paradigma lama "4 Sehat 5 Sempurna" yang lebih menekankan pada jenis pangan, dengan memperkenalkan pilar-pilar keseimbangan lain seperti aktivitas fisik, perilaku hidup bersih, dan pemantauan berat badan. **Sebagai contoh**, seorang promotor kesehatan yang bertugas di sebuah Puskesmas di wilayah urban dengan prevalensi obesitas anak yang tinggi, dapat **menggunakan** prinsip PGS untuk merancang program intervensi. Alih-alih hanya menyuluh tentang "kurangi gorengan", ia dapat menginisiasi program "Jumat Aktif" yang mewajibkan senam bersama, atau **memodifikasi** menu kantin sekolah bekerja sama dengan komite sekolah untuk menyediakan opsi lauk yang dikukus atau direbus, serta menyediakan air minum gratis untuk mengurangi konsumsi minuman manis. **Implikasinya**, PGS memberdayakan mahasiswa promosi kesehatan—calon praktisi—dengan alat analisis dan perencanaan yang sistematis untuk menciptakan dampak nyata, mengubah teori di kelas menjadi aksi di lapangan.

Bab ini dirancang untuk membekali Anda, calon promotor kesehatan, dengan kompetensi untuk menerapkan Pedoman Gizi Seimbang secara efektif dalam konteks anak usia sekolah di Indonesia. Pembahasan akan diawali dengan pemahaman fundamental mengenai pengertian dan prinsip-prinsip yang menopang PGS, membedakannya secara tajam dari konsep-konsep yang lebih lawas. Selanjutnya, kita akan mengidentifikasi berbagai faktor kompleks yang memengaruhi status dan perilaku gizi anak, mulai dari faktor internal individu hingga pengaruh lingkungan sosial dan fisik di sekolah. Bagian inti dari bab ini akan berfokus pada aspek aplikasi, di mana Anda akan belajar cara menerjemahkan

prinsip PGS ke dalam praktik, seperti menghitung kebutuhan gizi spesifik dan menyusun menu harian yang sesuai. Sebagai penutup, kita akan menganalisis berbagai permasalahan riil dan tantangan yang sering dihadapi dalam implementasi gizi seimbang di lapangan, serta mendiskusikan bagaimana seorang promotor kesehatan dapat merumuskan strategi solutif yang berbasis bukti.

C. Pengertian pedoman gizi seimbang

Pedoman Gizi Seimbang (PGS) merupakan suatu kerangka kerja komprehensif yang dirancang untuk menerjemahkan ilmu gizi menjadi panduan praktis bagi masyarakat dalam mencapai status kesehatan optimal. Berbeda dengan konsep "4 Sehat 5 Sempurna" (4S5S) yang populer di era sebelumnya, PGS tidak lagi hanya berfokus pada jenis makanan yang harus ada (nasi, lauk, sayur, buah, dan susu sebagai penyempurna). PGS memperkenalkan pendekatan yang lebih holistik dan terukur, menekankan keseimbangan antara asupan zat gizi dari berbagai kelompok pangan dan kebutuhan energi individu, yang disesuaikan dengan usia, jenis kelamin, dan tingkat aktivitas fisik. Konsep ini secara fundamental mengubah paradigma dari sekadar "memenuhi kelengkapan jenis" menjadi "mencapai keseimbangan kuantitas dan kualitas" asupan serta pengeluaran energi (Wahyu, 2022).

> **DEFINISI**
> **Pedoman Gizi Seimbang (PGS)** adalah susunan pangan sehari-hari yang mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, dengan memperhatikan prinsip keanekaragaman pangan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih, dan memantau berat badan secara teratur dalam rangka mempertahankan berat badan normal untuk mencegah masalah gizi.

Secara visual, PGS di Indonesia direpresentasikan melalui "Tumpeng Gizi Seimbang" dan panduan praktis sekali makan "Isi Piringku". Tumpeng Gizi Seimbang menggambarkan empat pilar utama gizi seimbang pada pondasinya: konsumsi aneka ragam pangan, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), aktivitas fisik, dan pemantauan berat badan. Semakin ke puncak tumpeng, semakin kecil porsi yang dianjurkan, dengan gula, garam, dan lemak berada di posisi puncak yang berarti harus dikonsumsi dalam jumlah terbatas. Konsep "Isi Piringku" menyederhanakan anjuran ini ke dalam piring makan sehari-hari. Sebagai contoh, untuk makan siang seorang anak sekolah di Semarang, piringnya harus terbagi menjadi: 2/3 dari setengah piring adalah makanan pokok (sekitar 150 gram nasi), 1/3 dari setengah piring adalah lauk pauk (misalnya 75 gram ikan kembung), setengah piring sisanya diisi dengan sayuran (150 gram tumis kangkung) dan buah (150 gram pepaya). Implikasinya, seorang promotor kesehatan tidak lagi cukup hanya menyarankan "makan sayur", tetapi harus mampu mendemonstrasikan proporsi yang tepat dalam satu piring makan. Pemahaman yang rendah terhadap konsep gizi seimbang ini menjadi salah satu akar masalah gizi yang masih terjadi di Indonesia (Yuningsih, 2021). Dengan demikian, PGS menjadi alat diagnostik sekaligus panduan intervensi yang esensial dalam program promosi kesehatan gizi di sekolah.

D. Prinsip gizi seimbang

Pedoman Gizi Seimbang tidak berdiri di atas satu pilar tunggal, melainkan ditopang oleh empat prinsip fundamental yang bekerja secara sinergis. Keempat prinsip ini harus dipahami sebagai satu kesatuan yang tidak terpisahkan dalam upaya mencapai status gizi dan kesehatan yang optimal, khususnya pada anak usia sekolah yang berada dalam periode

pertumbuhan pesat. Keempat prinsip tersebut adalah: (1) Mengonsumsi aneka ragam pangan; (2) Membiasakan perilaku hidup bersih; (3) Melakukan aktivitas fisik secara teratur; dan (4) Memantau dan mempertahankan berat badan normal. Kegagalan dalam menerapkan salah satu prinsip akan mengganggu keseimbangan secara keseluruhan. Sebagai contoh, asupan makanan yang beragam dan bergizi tidak akan memberikan manfaat maksimal jika anak sering menderita diare akibat perilaku hidup yang tidak bersih, karena penyerapan zat gizi akan terganggu.

Prinsip-prinsip ini kemudian diterjemahkan ke dalam 10 Pesan Umum Gizi Seimbang yang lebih mudah dikomunikasikan kepada masyarakat, termasuk anak-anak dan orang tua. Pesan-pesan ini berfungsi sebagai panduan praktis sehari-hari. Sebagai seorang promotor kesehatan, Anda harus mampu mengaplikasikan pesan-pesan ini dalam berbagai media dan metode edukasi. Salah satu tantangan adalah rendahnya konsumsi sayur dan buah pada remaja, padahal pesan ini termasuk dalam 10 pesan utama PGS (Wijayanti, 2021). Keterkaitan antara asupan makan dan aktivitas fisik juga merupakan inti dari PGS, yang keduanya secara signifikan mempengaruhi status gizi anak (Tomasoa, 2021).

Untuk memudahkan penerapan bagi mahasiswa promosi kesehatan, berikut adalah contoh aplikasi 10 Pesan Umum Gizi Seimbang dalam konteks kehidupan anak sekolah dasar di Indonesia.

Tabel 2. 1. Aplikasi 10 Pesan Umum Gizi Seimbang untuk Anak Usia Sekolah

No.	Pesan Umum Gizi Seimbang	Contoh Aplikasi Praktis untuk Anak Sekolah di Indonesia
1.	Syukuri dan nikmati aneka ragam makanan.	Mengajak anak mencoba berbagai jenis makanan tradisional dari berbagai daerah saat ada acara sekolah, seperti Gudeg dari Yogyakarta atau Papeda dari Papua.
2.	Banyak makan sayuran dan cukup buah-buahan.	Memastikan bekal sekolah (bekal) selalu berisi minimal satu jenis sayur (misal: capcay, bening bayam) dan satu jenis buah potong (misal: semangka, pisang).
3.	Biasakan mengonsumsi lauk pauk yang mengandung protein tinggi.	Memvariasikan lauk dari sumber hewani (ikan, ayam, telur) dan nabati (tahu, tempe) dalam menu mingguan keluarga.
4.	Biasakan mengonsumsi aneka ragam makanan pokok.	Mengganti nasi putih sesekali dengan jagung rebus, ubi kukus, atau kentang sebagai sumber karbohidrat saat sarapan.
5.	Batasi konsumsi panganan manis, asin, dan berlemak.	Mengganti jajanan kemasan dengan buah atau jajanan pasar yang direbus/dikukus. Membaca label informasi nilai gizi pada kemasan jajanan.
6.	Biasakan Sarapan.	Memastikan anak makan pagi sebelum berangkat sekolah, meskipun hanya dengan segelas susu dan sepotong roti gandum, untuk meningkatkan konsentrasi belajar.
7.	Biasakan minum air putih yang cukup dan aman.	Membekali anak dengan botol minum sendiri dan mengingatkan untuk mengisi ulang di sekolah jika tersedia fasilitas air minum.
8.	Biasakan membaca label pada kemasan pangan.	Mengajarkan anak untuk melihat tanggal kedaluwarsa dan kandungan gula pada minuman kemasan yang ingin dibelinya di kantin sekolah.
9.	Cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir.	Menjadikan cuci tangan sebagai rutinitas wajib sebelum makan bekal, setelah dari toilet, dan setelah bermain di luar kelas.
10.	Lakukan aktivitas fisik yang cukup dan pertahankan berat badan ideal.	Mendorong anak untuk aktif bermain permainan tradisional (gobak sodor, petak umpet) saat jam istirahat dan mengikuti kegiatan ekstrakurikuler olahraga.

Tabel di atas menunjukkan bahwa setiap pesan dalam PGS dapat diimplementasikan secara konkret dan relevan dengan

budaya serta kebiasaan di Indonesia. Tugas seorang promotor kesehatan adalah menerjemahkan pesan-pesan ini menjadi kegiatan yang menarik dan mudah diadopsi oleh anak, keluarga, dan komunitas sekolah.

E. Faktor yang mempengaruhi gizi seimbang

Pencapaian gizi seimbang pada anak usia sekolah bukanlah proses yang sederhana, melainkan hasil interaksi kompleks dari berbagai faktor. Seorang promotor kesehatan harus mampu mengidentifikasi dan menganalisis faktor-faktor ini untuk merancang intervensi yang efektif. Secara garis besar, faktor-faktor tersebut dapat dikelompokkan menjadi faktor internal (berasal dari dalam diri anak) dan faktor eksternal (berasal dari lingkungan).

Faktor internal mencakup aspek biologis dan psikologis individu anak. Usia, jenis kelamin, dan kondisi fisiologis (misalnya, masa pubertas) menentukan kebutuhan zat gizi yang spesifik. Selain itu, pengetahuan gizi dan preferensi makanan anak memainkan peran krusial. Anak yang memiliki pengetahuan yang baik tentang makanan sehat cenderung membuat pilihan yang lebih baik, meskipun hal ini tidak selalu terjadi. Kebiasaan makan, seperti kebiasaan memilih jajanan tertentu, juga sangat berpengaruh terhadap status gizi mereka (Hafiza, 2021). Seorang anak yang sejak kecil terbiasa dengan rasa manis dan gurih akan lebih sulit menerima rasa sayuran yang cenderung hambar atau sedikit pahit.

Faktor eksternal seringkali memiliki pengaruh yang lebih kuat dan berada di luar kendali langsung sang anak. Faktor ini meliputi:

1. **Keluarga**: Peran orang tua adalah yang paling fundamental. Pengetahuan ibu tentang pemenuhan gizi seimbang dan pola asuh yang diterapkan sangat

menentukan pola makan anak (Munawaroh, 2022). Kondisi sosial-ekonomi keluarga juga berdampak langsung pada daya beli dan ketersediaan pangan yang beragam di rumah. Sebagai contoh, di Desa Karangduwur, Wonosobo, ditemukan bahwa pola asuh orang tua dan keterbatasan ekonomi menjadi faktor penyebab kurangnya asupan gizi pada anak (Christina, 2022).

2. **Lingkungan Sekolah**: Sekolah adalah rumah kedua bagi anak. Ketersediaan makanan di kantin sekolah menjadi penentu utama asupan gizi anak selama di sekolah. Jika kantin lebih banyak menjual makanan tinggi gula, garam, dan lemak, serta minuman manis kemasan, maka upaya edukasi gizi seimbang menjadi sia-sia. Perilaku konsumsi jajanan sekolah ini terbukti memiliki hubungan dengan status gizi anak (Nasriyah, 2021). Peran Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dan kebijakan sekolah terkait gizi juga menjadi faktor penting.
3. **Teman Sebaya (Peers)**: Pada usia sekolah, pengaruh teman sebaya mulai menguat. Anak cenderung meniru kebiasaan makan teman-temannya agar diterima dalam kelompok. Jika mayoritas teman membawa jajanan tidak sehat, anak yang membawa bekal sehat dari rumah mungkin merasa malu atau terasing.
4. **Media dan Pemasaran**: Iklan makanan dan minuman yang gencar di televisi, internet, dan media sosial seringkali menargetkan anak-anak. Iklan ini umumnya mempromosikan produk-produk yang tidak sejalan dengan prinsip gizi seimbang, menciptakan keinginan dan permintaan terhadap makanan yang tidak sehat.

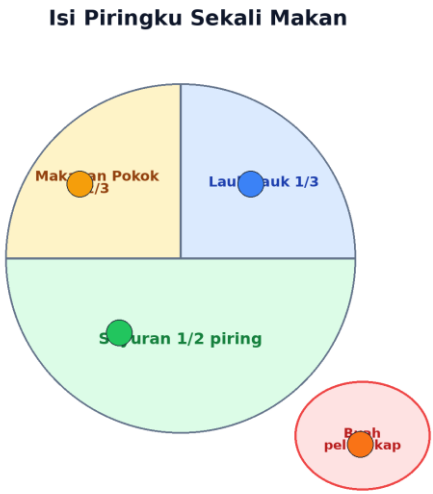
Implikasinya, intervensi promosi gizi tidak bisa hanya menyasar anak sebagai individu. Strategi harus bersifat multisektoral, melibatkan pemberdayaan orang tua, advokasi kebijakan di tingkat sekolah (misalnya, standar kantin sehat), pengembangan program edukasi yang melibatkan teman sebaya, serta literasi media untuk membentengi anak dari pengaruh iklan yang menyesatkan.

F. Pemenuhan gizi seimbang pada anak usia sekolah

Menerapkan prinsip gizi seimbang dalam kehidupan sehari-hari anak usia sekolah memerlukan strategi yang praktis dan terencana. Ini adalah ranah aplikasi di mana seorang promotor kesehatan harus mampu menerjemahkan teori menjadi tindakan nyata. Pemenuhan gizi seimbang pada kelompok usia ini bertumpu pada tiga pilar utama: perencanaan menu yang tepat, pembiasaan pola makan yang baik, dan pemenuhan hidrasi yang adekuat. Keberhasilan dalam memenuhi pola makan gizi seimbang merupakan kunci dalam penanganan berbagai masalah gizi, mulai dari stunting hingga obesitas (Simamora, 2021).

Langkah pertama adalah perencanaan menu. Perencanaan ini harus didasarkan pada Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang disesuaikan untuk usia dan jenis kelamin anak, yang akan dibahas lebih detail pada Bab 4. Namun, untuk aplikasi praktis, panduan "Isi Piringku" adalah alat yang paling efektif. Orang tua dan pengelola kantin sekolah harus dibekali kemampuan untuk menyusun menu harian yang mencerminkan proporsi "Isi Piringku". Sebagai contoh, untuk bekal makan siang seorang anak perempuan usia 9 tahun di Kota Padangsidimpuan, bekalnya dapat berisi: 100 gram nasi (makanan pokok), 50 gram rendang ayam suwir (lauk hewani), 50 gram perkedel jagung (lauk nabati), 75 gram

tumis buncis (sayuran), dan beberapa potong buah jeruk sebagai penutup. Edukasi mengenai cara menyusun menu seperti ini merupakan inti dari banyak program pengabdian masyarakat (Ahmad, 2023).



Gambar 2. 1. Visualisasi Panduan "Isi Piringku" untuk Satu Kali Makan.

Gambar di atas menyederhanakan konsep porsi yang seringkali abstrak bagi masyarakat awam. Dengan visualisasi ini, pesan untuk "banyak makan sayur" menjadi lebih konkret, yaitu separuh dari piring makan.

Selanjutnya, pembiasaan pola makan yang baik. Tiga waktu makan utama (sarapan, makan siang, makan malam) dan dua kali selingan (snack) adalah jadwal ideal. Sarapan sangat krusial untuk menyediakan energi bagi aktivitas belajar di pagi hari. Bekal sekolah menjadi solusi untuk memastikan kualitas dan kebersihan asupan makan siang. Selain itu, membiasakan anak untuk makan bersama keluarga di meja makan dapat menjadi momen edukasi dan pembentukan ikatan, sekaligus memantau asupan anak. Pemenuhan hidrasi,

terutama dengan air putih, juga tidak boleh dilupakan. Anak usia sekolah membutuhkan sekitar 6-8 gelas air per hari, tergantung aktivitasnya. Membekali anak dengan botol minum adalah cara efektif untuk memastikan kebutuhan cairan terpenuhi dan mengurangi konsumsi minuman manis kemasan. Pemantauan status gizi secara berkala melalui pengukuran antropometri juga penting untuk memastikan pemenuhan gizi berjalan dengan baik dan mencapai tujuannya (Muchtar, 2022).

G. Permasalahan penerapan gizi seimbang

Meskipun Pedoman Gizi Seimbang (PGS) telah disusun secara ideal dan komprehensif, implementasinya di lapangan, khususnya pada anak usia sekolah di Indonesia, menghadapi berbagai tantangan dan permasalahan yang kompleks. Permasalahan ini muncul dari berbagai level, mulai dari individu, keluarga, hingga sistem yang lebih luas, dan menjadi penyebab utama mengapa masalah gizi ganda (beban ganda malnutrisi) masih menjadi pekerjaan rumah besar. Data Riskesdas menunjukkan bahwa prevalensi anak dengan kategori pendek (*stunting*) dan gemuk masih signifikan, yang mengindikasikan kegagalan dalam penerapan gizi seimbang secara luas (Novianti, 2021).

Salah satu permasalahan utama di tingkat individu dan keluarga adalah rendahnya pengetahuan dan kesadaran. Banyak orang tua yang masih berpegang pada paradigma lama "yang penting anak kenyang" tanpa memperhatikan keragaman dan keseimbangan zat gizi. Pengetahuan gizi yang rendah ini seringkali menjadi penghalang dalam pencegahan masalah gizi seperti stunting dan obesitas (Yuningsih, 2021). Selain itu, faktor ekonomi juga menjadi kendala signifikan. Bagi keluarga dengan pendapatan rendah, membeli aneka ragam pangan, terutama sumber protein hewani dan buah-

buahan, seringkali dianggap sebagai kemewahan. Mereka lebih memprioritaskan makanan pokok yang mengenyangkan namun miskin zat gizi mikro. Gangguan kesehatan akibat kekurangan gizi menjadi konsekuensi yang tidak terhindarkan dalam kondisi ini (Ramlah, 2021).

Di lingkungan sekolah, tantangan terbesar datang dari budaya jajan. Makanan jajanan yang dijual di kantin atau di sekitar gerbang sekolah seringkali tidak memenuhi standar kesehatan. Umumnya, jajanan ini tinggi kalori, gula, garam, dan lemak, serta menggunakan bahan tambahan pangan yang keamanannya diragukan. Keberadaan jajanan ini menjadi "musuh" utama bagi bekal sehat dari rumah dan edukasi gizi yang diberikan di kelas. Upaya untuk mengedukasi anak tentang jajanan sehat memang penting, namun seringkali kalah oleh daya tarik rasa, harga yang murah, dan pengaruh teman sebaya (Syarifuddin, 2022). Tanpa adanya regulasi yang ketat dan pengawasan terhadap penjual makanan di lingkungan sekolah, program promosi gizi seakan berenang melawan arus.

> ⚠ **PERHATIAN**
> Promosi kesehatan gizi di sekolah yang hanya berfokus pada penyuluhan kepada siswa tanpa melakukan intervensi terhadap lingkungan (misalnya, perbaikan kantin, pelibatan orang tua, dan advokasi kebijakan) memiliki tingkat kegagalan yang tinggi. Perubahan perilaku sulit dipertahankan jika lingkungan sekitar tidak mendukung.

Permasalahan lainnya adalah kurangnya aktivitas fisik. Perkembangan teknologi dan urbanisasi telah mengubah gaya hidup anak-anak. Waktu bermain di luar ruangan tergantikan oleh aktivitas sedentari seperti bermain *game* di gawai atau

menonton televisi. Sekolah dengan halaman yang sempit atau tidak aman juga membatasi ruang gerak anak saat jam istirahat. Kombinasi antara asupan kalori berlebih dari jajanan tidak sehat dan rendahnya pengeluaran energi melalui aktivitas fisik menciptakan surplus energi yang berujung pada masalah gizi lebih dan obesitas. Mengatasi permasalahan penerapan gizi seimbang ini memerlukan pendekatan terpadu yang akan dibahas pada bab-bab selanjutnya, mencakup strategi promosi, pemberdayaan keluarga, hingga evaluasi program.

Rangkuman

Pedoman Gizi Seimbang (PGS) merepresentasikan pergeseran fundamental dari paradigma "4 Sehat 5 Sempurna" yang berfokus pada kelengkapan jenis pangan, menuju pendekatan holistik yang menekankan keseimbangan kuantitas dan kualitas asupan gizi sesuai kebutuhan individu. Konsep ini didasarkan pada definisi bahwa gizi seimbang adalah susunan pangan harian yang mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang tepat, yang ditopang oleh empat pilar sinergis: mengonsumsi aneka ragam pangan, membiasakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), melakukan aktivitas fisik teratur, serta memantau berat badan ideal. Kegagalan pada satu pilar, seperti PHBS yang buruk, dapat mengganggu penyerapan zat gizi dan meniadakan manfaat dari asupan makanan yang baik. Secara visual, PGS direpresentasikan melalui "Tumpeng Gizi Seimbang" yang menggambarkan proporsi kelompok pangan, dan secara praktis melalui panduan "Isi Piringku" yang membagi piring makan menjadi proporsi spesifik untuk makanan pokok, lauk pauk, sayuran, dan buah. Keempat pilar ini selanjutnya diterjemahkan menjadi 10 Pesan Umum Gizi

Seimbang, yang berfungsi sebagai panduan aplikatif sehari-hari. Bagi seorang promotor kesehatan, PGS bukan hanya sekumpulan teori, melainkan alat diagnostik dan panduan intervensi yang esensial. Tugas utamanya adalah menerjemahkan prinsip dan pesan ini ke dalam kegiatan promosi kesehatan yang relevan dan menarik bagi anak usia sekolah, dengan mempertimbangkan faktor-faktor kompleks yang mempengaruhinya, baik internal (pengetahuan, preferensi) maupun eksternal (lingkungan keluarga dan sekolah). Kemampuan mendemonstrasikan proporsi "Isi Piringku" atau mengaitkan pentingnya cuci tangan dengan status gizi menjadi kompetensi kunci dalam praktik promosi kesehatan gizi anak.

Latihan

a. Essay

1. Bandingkan secara kritis paradigma yang mendasari Pedoman Gizi Seimbang (PGS) dengan konsep "4 Sehat 5 Sempurna" (4S5S). Analisislah bagaimana perbedaan fundamental ini mengubah peran dan strategi komunikasi seorang promotor kesehatan dalam memberikan edukasi gizi kepada orang tua murid di sekolah dasar.
2. Evaluasi efektivitas penggunaan media "Isi Piringku" sebagai alat edukasi praktis di lingkungan sekolah dibandingkan dengan "Tumpeng Gizi Seimbang". Telaah kelebihan dan kekurangan masing-masing media dalam menyampaikan pesan tentang proporsi dan keanekaragaman pangan kepada anak usia sekolah yang memiliki tingkat pemahaman beragam.
3. Seorang anak usia 9 tahun memiliki berat badan normal, namun sering terlihat lesu di kelas dan mudah sakit. Berdasarkan empat prinsip fundamental gizi seimbang, rumuskan sebuah kerangka analisis untuk mengidentifikasi kemungkinan akar masalah gizi yang tidak terlihat dari berat badannya saja.
4. Analisislah keterkaitan sinergis antara Pesan Umum Gizi Seimbang nomor 2 (Banyak makan sayuran dan cukup buah-buahan), nomor 7 (Biasakan minum air putih yang cukup), dan nomor 10 (Lakukan aktivitas fisik yang cukup). Jelaskan mengapa intervensi yang hanya berfokus pada satu pesan cenderung kurang berhasil.
5. Argumentasikan mengapa pemahaman terhadap faktor internal (seperti preferensi makanan anak) menjadi sama pentingnya dengan intervensi pada

faktor eksternal (seperti penyediaan kantin sehat) dalam merancang program promosi gizi di sekolah. Gunakan contoh aplikasi dari Tabel 2.1 untuk memperkuat argumen Anda.

b. Pilihan Berganda

1. Perbedaan mendasar antara Pedoman Gizi Seimbang (PGS) dan konsep "4 Sehat 5 Sempurna" (4S5S) adalah penekanan PGS pada...
    a. kelengkapan jenis makanan yang harus ada setiap hari.
    b. susu sebagai penyempurna makanan utama.
    c. keseimbangan kuantitas asupan dan pengeluaran energi.
    d. penghapusan nasi sebagai makanan pokok utama.
2. Menurut Tumpeng Gizi Seimbang, empat pilar utama yang menjadi pondasi gizi seimbang adalah...
    a. nasi, lauk, sayur, dan buah.
    b. aneka ragam pangan, PHBS, aktivitas fisik, dan pemantauan berat badan.
    c. sarapan, minum air putih, cuci tangan, dan membaca label.
    d. karbohidrat, protein, vitamin, dan mineral.
3. Dalam visualisasi Tumpeng Gizi Seimbang, kelompok pangan yang berada di posisi puncak dan dianjurkan untuk dikonsumsi dalam jumlah paling sedikit adalah...
    a. buah-buahan dan sayuran.
    b. makanan pokok seperti nasi dan jagung.
    c. lauk pauk sumber protein.
    d. gula, garam, dan lemak.

4. Berdasarkan panduan praktis "Isi Piringku" untuk sekali makan, proporsi yang dianjurkan untuk sayuran adalah...
    a. setengah dari seluruh bagian piring.
    b. seperempat dari seluruh bagian piring.
    c. sepertiga dari setengah bagian piring.
    d. sama banyaknya dengan porsi lauk pauk.
5. Sesuai definisi resminya, Pedoman Gizi Seimbang (PGS) adalah susunan pangan sehari-hari yang memperhatikan prinsip...
    a. keanekaragaman pangan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih, dan memantau berat badan.
    b. konsumsi protein tinggi, rendah lemak, dan tinggi serat.
    c. menghindari gula, garam, dan MSG secara total.
    d. mengonsumsi lima kelompok makanan dalam jumlah yang sama.
6. Contoh aplikasi praktis dari pesan "Biasakan membaca label pada kemasan pangan" untuk anak sekolah adalah...
    a. menolak semua jajanan yang dijual di kantin sekolah.
    b. hanya membeli produk dengan kemasan berwarna hijau.
    c. memeriksa tanggal kedaluwarsa dan kandungan gula pada minuman kemasan.
    d. meminta penjual kantin menjelaskan semua bahan yang digunakan.
7. Kegagalan menerapkan prinsip "Membiasakan perilaku hidup bersih" dapat mengganggu keseimbangan gizi secara keseluruhan karena...

a. anak menjadi tidak suka makan sayur dan buah.
b. penyerapan zat gizi dari makanan dapat terganggu akibat infeksi.
c. berat badan anak akan menurun secara drastis.
d. anak menjadi malas melakukan aktivitas fisik.

8. Peran utama seorang promotor kesehatan dalam mengimplementasikan PGS di sekolah adalah...
   a. hanya membagikan poster Tumpeng Gizi Seimbang kepada setiap siswa.
   b. menghukum siswa yang membawa bekal tidak sehat.
   c. menerjemahkan pesan gizi menjadi kegiatan yang menarik dan mudah diadopsi.
   d. memasak makanan sehat untuk seluruh siswa setiap hari.
9. Mengganti nasi putih sesekali dengan jagung rebus atau ubi kukus merupakan contoh penerapan pesan umum gizi seimbang nomor...
   a. 2 (Banyak makan sayuran dan cukup buah-buahan).
   b. 3 (Biasakan mengonsumsi lauk pauk berprotein tinggi).
   c. 4 (Biasakan mengonsumsi aneka ragam makanan pokok).
   d. 5 (Batasi konsumsi panganan manis, asin, dan berlemak).
10. Preferensi anak yang hanya menyukai makanan tertentu dan menolak sayuran merupakan contoh dari...
    a. faktor eksternal yang mempengaruhi gizi seimbang.

b. faktor internal yang mempengaruhi gizi seimbang.
c. implementasi perilaku hidup bersih dan sehat.
d. penerapan pesan membaca label kemasan.

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Anda adalah seorang mahasiswa Promosi Kesehatan yang sedang magang di SDN Harapan Bangsa. Hasil observasi awal menunjukkan bahwa sebagian besar siswa tidak sarapan, membeli jajanan kemasan tinggi gula dan garam di warung depan sekolah saat istirahat, dan banyak sampah makanan berserakan. Sekolah tidak memiliki kantin dan anggaran untuk program gizi sangat terbatas. Rumuskan sebuah rancangan program promosi gizi seimbang yang realistis dan berbiaya rendah untuk satu semester ke depan. Fokuskan rancangan Anda pada minimal tiga pesan kunci dari 10 Pesan Umum Gizi Seimbang dan jelaskan strategi untuk melibatkan siswa, guru, dan orang tua.
2. Dalam kegiatan pemantauan status gizi di sebuah SD, Anda menemukan seorang siswi kelas 5 bernama Rina yang tergolong overweight (gemuk). Dari wawancara dengan ibunya, diketahui Rina makan 3 kali sehari dengan porsi nasi yang banyak, lauk favoritnya adalah ayam goreng tepung, dan ia sangat jarang makan sayur. Rina juga tidak suka pelajaran olahraga dan lebih sering menghabiskan waktu luang dengan menonton TV. Analisislah kasus Rina menggunakan empat pilar PGS. Kemudian, susunlah tiga poin edukasi utama yang akan Anda sampaikan kepada ibu Rina dengan menggunakan pendekatan "Isi Piringku" dan pesan PGS yang relevan.

BAB 3
GIZI ANAK PRASEKOLAH

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menentukan status gizi anak prasekolah (stunting, wasting, overweight, atau gizi baik) dengan menggunakan standar antropometri WHO 2005 berdasarkan data kasus.
2. Menghitung kebutuhan energi dan zat gizi makro-mikro untuk anak prasekolah sesuai kelompok umur berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) Indonesia.
3. Mengimplementasikan metode edukasi gizi yang sesuai dengan karakteristik perkembangan kognitif dan psikososial anak prasekolah dalam sebuah simulasi penyuluhan.
4. Menentukan faktor risiko utama yang berkontribusi terhadap masalah gizi spesifik (misalnya, anemia atau stunting) pada sebuah studi kasus keluarga di Indonesia.
5. Merancang contoh menu seimbang selama satu hari untuk anak prasekolah yang mengalami masalah *picky eating*, dengan memodifikasi resep lokal yang tersedia.

B. Pendahuluan

Periode prasekolah, yang membentang dari usia dua hingga lima tahun, merupakan fase krusial dalam siklus kehidupan manusia. Meskipun laju pertumbuhan fisik tidak secepat pada masa bayi, periode ini ditandai oleh perkembangan pesat dalam aspek kognitif, bahasa, motorik halus dan kasar, serta kemandirian sosial-emosional. Fondasi perilaku, termasuk kebiasaan makan, mulai terbentuk dan mengakar kuat pada fase ini. Namun, di tengah potensi luar biasa tersebut, anak prasekolah di Indonesia dihadapkan pada tantangan gizi yang kompleks dan paradoksikal. **Konsep** ini dikenal sebagai beban ganda malnutrisi (*double burden of malnutrition*), di mana masalah gizi kurang seperti stunting dan wasting masih berdampingan dengan meningkatnya prevalensi gizi lebih atau obesitas. Sebagai **contoh**, seorang anak di sebuah desa di Kabupaten Gunungkidul, Yogyakarta, mungkin berisiko mengalami stunting karena keterbatasan akses dan variasi pangan keluarga, sementara di sisi lain, seorang anak di kawasan urban seperti Kota Surabaya bisa jadi mengalami kelebihan berat badan akibat paparan masif terhadap makanan olahan padat energi dan rendah zat gizi mikro yang mudah diakses melalui layanan pesan-antar. **Implikasinya**, seorang praktisi promosi kesehatan tidak bisa lagi menggunakan pendekatan tunggal untuk semua wilayah. Anda dituntut untuk memiliki kepekaan diagnostik yang tajam untuk mengidentifikasi masalah spesifik dan merancang intervensi yang relevan secara kontekstual.

Memahami dan mengatasi masalah gizi pada anak prasekolah adalah inti dari kompetensi seorang ahli promosi kesehatan. Peran Anda bukanlah sekadar menjadi penyampai informasi, melainkan seorang fasilitator perubahan perilaku yang efektif. **Konsep** utamanya adalah bahwa intervensi gizi

pada anak prasekolah harus berpusat pada ekosistem pengasuhan, bukan hanya pada anak itu sendiri. Anak pada usia ini belum memiliki otonomi penuh untuk memilih makanannya; pilihan mereka sangat dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan kondisi sosio-ekonomi pengasuh utama (ibu, ayah, nenek) serta lingkungan institusional seperti Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD). Sebagai **contoh**, sebuah program promosi kesehatan di Kecamatan Koja, Jakarta Utara, yang bertujuan mengurangi konsumsi minuman manis kemasan pada anak prasekolah, menemukan bahwa intervensi yang hanya menargetkan anak dengan lagu dan permainan tidak efektif. Keberhasilan baru tercapai setelah program dimodifikasi untuk melibatkan para ibu melalui demo masak membuat minuman sehat dari buah lokal dan sesi konseling untuk mengatasi mitos bahwa "anak gemuk adalah anak sehat". **Implikasinya**, sebagai calon praktisi, Anda harus dibekali kemampuan untuk melakukan asesmen komprehensif terhadap determinan perilaku tersebut. Anda perlu mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan kritis: Apa akar masalah dari anak yang hanya mau makan nasi dan kerupuk? Apakah karena ketidaktahuan orang tua, keterbatasan waktu ibu untuk memasak, atau karena pengaruh iklan di televisi? Bab ini akan membekali Anda dengan kerangka kerja untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut secara sistematis.

Untuk membangun kompetensi aplikatif tersebut, bab ini akan memandu Anda secara bertahap. Pembahasan akan diawali dengan pemahaman mendalam mengenai **definisi dan karakteristik unik anak prasekolah** yang menjadi dasar dalam memilih pendekatan komunikasi dan edukasi. Selanjutnya, kita akan membedah berbagai **masalah gizi** yang lazim terjadi pada kelompok usia ini di Indonesia, lengkap dengan data dan studi kasus terkini. Bagian krusial berikutnya

adalah analisis mengenai **determinan atau faktor-faktor yang mempengaruhi keadaan gizi**, yang akan menjadi landasan Anda dalam merancang intervensi yang tepat sasaran. Agar mampu bekerja berbasis bukti, Anda akan dilatih untuk **menghitung berat badan ideal dan status gizi** menggunakan standar internasional yang telah diadaptasi. Terakhir, semua pengetahuan teoretis tersebut akan diintegrasikan dalam kemampuan praktis untuk menerjemahkan **Angka Kecukupan Gizi (AKG) dan kebutuhan gizi** menjadi rekomendasi menu harian yang realistis dan dapat diterima oleh keluarga sasaran.

C. Definisi dan karakteristik anak prasekolah

Periode prasekolah, secara umum didefinisikan sebagai rentang usia antara 3 hingga 6 tahun, merupakan jembatan krusial antara masa balita dan masa sekolah formal. Fase ini sering disebut sebagai "usia emas" (*golden age*), bukan tanpa alasan. Pada periode ini, terjadi akselerasi perkembangan yang luar biasa pada hampir seluruh aspek kehidupan anak, meskipun laju pertumbuhan fisiknya mulai melambat dibandingkan masa bayi (Yunita, 2021). Memahami karakteristik unik kelompok usia ini adalah fondasi bagi seorang ahli promosi kesehatan untuk dapat merancang intervensi gizi yang efektif dan aplikatif. Kegagalan dalam memahami cara berpikir dan berperilaku anak prasekolah akan berujung pada program yang tidak tepat sasaran dan sulit diterima.

Karakteristik perkembangan anak prasekolah dapat ditinjau dari beberapa domain utama. Pertama, dari **aspek fisik dan motorik**, pertumbuhan tinggi dan berat badan berjalan stabil namun tidak secepat dua tahun pertama kehidupan. Rata-rata, anak akan bertambah berat sekitar 2 kg dan tinggi 7 cm per tahun. Perkembangan motorik kasar

berkembang pesat, ditandai dengan kemampuan berlari, melompat, dan memanjat. Sementara itu, motorik halus semakin terasah, memungkinkan anak untuk mulai belajar memegang alat makan dengan benar, menggunting, dan menggambar bentuk sederhana. Kemampuan motorik ini sangat berpengaruh pada kemandirian anak saat makan (Yunita, 2021).

Kedua, dari **aspek kognitif**, anak prasekolah berada dalam tahap pra-operasional menurut teori Piaget. Cara berpikir mereka masih bersifat egosentris (melihat dunia dari sudut pandangnya sendiri), animistik (menganggap benda mati hidup), dan magis (percaya pada hal-hal ajaib). **Implikasinya**, penjelasan logis dan abstrak tentang manfaat gizi ("makan sayur agar tidak sakit") seringkali kurang efektif. Pendekatan yang lebih berhasil adalah yang bersifat konkret, imajinatif, dan melibatkan permainan. Sebagai **contoh**, seorang petugas gizi di PAUD Mawar, Sleman, Yogyakarta, tidak mengatakan "wortel mengandung vitamin A untuk mata", melainkan "ayo kita makan 'pedang super' milik kelinci agar mata kita bisa melihat jelas seperti pahlawan super". Pendekatan ini lebih mudah dipahami dan diterima oleh anak.

Ketiga, dari **aspek psikososial dan perilaku makan**, anak prasekolah mulai menunjukkan kemandirian dan inisiatif. Mereka ingin melakukan banyak hal sendiri, termasuk memilih makanan. Fase ini seringkali diwarnai dengan munculnya perilaku *picky eating* (pilih-pilih makanan) dan neofobia makanan (ketakutan terhadap makanan baru). Perilaku ini bukan bentuk pembangkangan, melainkan bagian normal dari perkembangan otonomi. Mereka juga sangat mudah meniru perilaku makan orang di sekitarnya, terutama orang tua dan teman sebaya di lingkungan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD). Oleh karena itu, menciptakan lingkungan

makan yang positif dan menjadi panutan (*role model*) adalah strategi kunci. Status gizi yang baik sangat esensial untuk mendukung semua proses perkembangan ini, karena malnutrisi dapat menghambat pertumbuhan fisik dan perkembangan psikomotor, mental, serta sosial anak (Utami, 2023).

> **DEFINISI**
> **Anak Prasekolah**. Anak dalam rentang usia 3-6 tahun yang ditandai dengan pertumbuhan fisik yang stabil, perkembangan pesat pada aspek motorik, kognitif (tahap pra-operasional), bahasa, dan sosial-emosional, serta mulai membentuk fondasi perilaku makan yang akan terbawa hingga dewasa.

D. Masalah gizi pada anak prasekolah

Anak usia prasekolah merupakan kelompok yang sangat rentan mengalami berbagai masalah gizi. Di Indonesia, kelompok usia ini menghadapi tantangan yang kompleks, yang dikenal sebagai beban ganda masalah gizi (*double burden of malnutrition*). Konsep ini merujuk pada kondisi di mana masalah gizi kurang (seperti stunting dan wasting) masih menjadi persoalan serius, sementara di sisi lain, prevalensi gizi lebih (kelebihan berat badan dan obesitas) terus menunjukkan tren peningkatan, terutama di wilayah perkotaan. Seorang praktisi promosi kesehatan harus mampu mengidentifikasi kedua spektrum masalah ini di komunitas sasarannya.

Masalah gizi kurang yang paling menonjol pada anak prasekolah adalah stunting. **Stunting** atau perawakan pendek adalah kondisi gagal tumbuh akibat kekurangan gizi kronis, yang diukur berdasarkan indeks Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) dengan nilai Z-score di bawah -2 SD dari standar

pertumbuhan WHO. Dampak stunting tidak hanya terbatas pada postur tubuh yang pendek, tetapi juga mencakup gangguan perkembangan kognitif, penurunan kapasitas belajar, dan peningkatan risiko penyakit tidak menular di kemudian hari (Laily, 2023). Data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021 menunjukkan prevalensi stunting nasional sebesar 24,4%, yang meskipun menurun, angkanya masih tergolong tinggi menurut standar WHO (Laily, 2023). Selain stunting, **wasting** (gizi kurang akut atau kurus) yang diukur dengan indeks Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) juga masih menjadi masalah, yang seringkali berkaitan dengan penyakit infeksi dan asupan makan yang tidak adekuat dalam waktu singkat. Masalah lain yang tak kalah penting adalah **anemia defisiensi besi**, yang dapat mengganggu konsentrasi dan kemampuan belajar anak di PAUD.

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas mengenai spektrum masalah gizi ini, perhatikan ilustrasi berikut.



Gambar 3. 1. Beban Ganda Masalah Gizi pada Anak Prasekolah

Diagram di atas secara visual merepresentasikan dua sisi mata uang dari masalah gizi yang dihadapi Indonesia saat ini.

Di sisi lain spektrum, masalah **gizi lebih** semakin mengkhawatirkan. Perubahan gaya hidup, urbanisasi, dan paparan masif terhadap makanan olahan padat energi, tinggi gula, garam, dan lemak, namun rendah zat gizi mikro (*ultra-processed foods*) menjadi pemicu utamanya. Sebagai **contoh**, seorang anak prasekolah di kota besar seperti Jakarta atau Surabaya mungkin lebih sering mengonsumsi minuman manis kemasan, biskuit, dan makanan cepat saji dibandingkan buah dan sayur segar. Kurangnya aktivitas fisik karena lebih banyak menghabiskan waktu dengan gawai (*screen time*) turut memperburuk kondisi ini. Obesitas pada masa prasekolah memiliki kemungkinan besar berlanjut hingga dewasa dan meningkatkan risiko diabetes melitus tipe 2, hipertensi, dan penyakit jantung koroner. Penanganan masalah gizi, baik kurang maupun lebih, memerlukan upaya terpadu yang tidak hanya berfokus pada pemberian makanan, tetapi juga edukasi dan perubahan perilaku (Ramlah, 2021; Simamora, 2021). Oleh karena itu, promosi kesehatan memegang peranan sentral dalam menanggulangi beban ganda ini.

E. Determinan atau faktor yang mempengaruhi keadaan gizi

Keadaan gizi seorang anak prasekolah tidak berdiri sendiri, melainkan merupakan hasil interaksi kompleks dari berbagai faktor. Memahami determinan ini secara komprehensif adalah kunci untuk merancang intervensi yang efektif, bukan sekadar mengatasi gejala. Kerangka konseptual UNICEF mengenai penyebab malnutrisi memberikan lensa yang sangat berguna untuk membedah faktor-faktor ini, yang dapat dikelompokkan menjadi penyebab langsung, tidak langsung, dan akar masalah.

Penyebab Langsung (*Immediate Causes*) adalah dua faktor yang paling proksimal mempengaruhi status gizi, yaitu asupan makanan dan status kesehatan (penyakit infeksi). Asupan makanan yang tidak adekuat, baik dari segi kuantitas (jumlah energi) maupun kualitas (keragaman zat gizi), adalah penyebab utama malnutrisi. Pada anak prasekolah, ini seringkali dimanifestasikan dalam bentuk perilaku pilih-pilih makan atau penolakan terhadap kelompok makanan tertentu seperti sayur dan buah. Di sisi lain, penyakit infeksi seperti diare, infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), dan cacingan dapat menurunkan nafsu makan, mengganggu penyerapan zat gizi, dan meningkatkan kebutuhan metabolik tubuh, menciptakan lingkaran setan antara infeksi dan malnutrisi (Afrinis, 2021).

Penyebab Tidak Langsung (*Underlying Causes*) adalah faktor-faktor di tingkat rumah tangga dan komunitas yang memengaruhi penyebab langsung. Terdapat tiga pilar utama dalam kategori ini. Pertama, **pola asuh dan pengetahuan ibu/pengasuh**. Ini adalah faktor yang sangat dominan. Pengetahuan ibu yang rendah tentang gizi seimbang, praktik pemberian makan yang salah (misalnya, memaksa anak makan, menggunakan makanan sebagai hadiah/hukuman), dan ketidaktahuan dalam mengolah makanan yang menarik bagi anak dapat berkontribusi langsung pada asupan yang buruk (Amalia, 2021; Munawaroh, 2022). Studi kasus di Desa Karangduwur, Wonosobo, menunjukkan bagaimana pola asuh dan kurangnya pemahaman gizi pada orang tua menjadi penyebab utama terjadinya stunting pada anak-anak di wilayah tersebut (Christina, 2022). Kedua, **ketersediaan dan akses pangan di tingkat keluarga**. Kemiskinan dapat membatasi kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan bergizi. Ketiga, **akses terhadap layanan kesehatan dan sanitasi lingkungan**. Kunjungan rutin ke Posyandu

untuk pemantauan pertumbuhan, imunisasi lengkap, serta ketersediaan air bersih dan jamban sehat berperan penting dalam mencegah penyakit infeksi.

Akar Masalah (*Basic Causes*) adalah faktor-faktor struktural dalam masyarakat yang memengaruhi semua level di atasnya. Ini mencakup kondisi sosial, ekonomi, dan politik di suatu negara. Faktor seperti tingkat kemiskinan, kebijakan pangan pemerintah, tingkat pendidikan masyarakat, serta norma dan budaya lokal menjadi fondasi yang menentukan status gizi populasi secara keseluruhan. Sebagai contoh, budaya di beberapa daerah di Indonesia yang masih memprioritaskan kepala keluarga (ayah) untuk mendapatkan lauk pauk terbaik dapat berdampak pada asupan protein anak dan ibu. Dalam konteks promosi kesehatan, intervensi seringkali paling efektif ketika menyasar penyebab tidak langsung, seperti meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu (penyebab tidak langsung), yang pada akhirnya akan memperbaiki asupan makan anak (penyebab langsung). Sebuah intervensi yang hanya memberikan makanan tambahan tanpa mengubah pola asuh dan pengetahuan pengasuh cenderung tidak akan berkelanjutan.

F. Perhitungan berat badan ideal dan status gizi

Penilaian status gizi merupakan langkah fundamental dalam mengidentifikasi masalah gizi dan merencanakan intervensi yang tepat. Sebagaimana akan dibahas lebih mendalam pada Bab 7, metode yang paling umum, praktis, dan non-invasif digunakan di lapangan adalah antropometri. Untuk anak prasekolah, penilaian ini dilakukan dengan membandingkan ukuran tubuh anak (berat badan, tinggi/panjang badan) dengan standar rujukan internasional, yaitu Standar Pertumbuhan Anak WHO 2006. Hasil perbandingan ini dinyatakan dalam satuan Z-score, yang

menunjukkan seberapa jauh simpangan nilai seorang anak dari nilai median (nilai tengah) populasi rujukan yang sehat.

> ƒ **FORMULA**
> **Perhitungan Z-score**
> Z-score = (Nilai Pengukuran Individu – Median Nilai Rujukan) / Standar Deviasi (SD) Nilai Rujukan

Nilai median dan standar deviasi rujukan dapat ditemukan dalam tabel atau kurva pertumbuhan WHO sesuai dengan jenis kelamin dan usia anak. Ada beberapa indeks antropometri utama yang digunakan untuk anak prasekolah.

1. **Berat Badan menurut Umur (BB/U)**: Indeks ini menggambarkan berat badan anak relatif terhadap usianya. Indeks ini sensitif terhadap perubahan status gizi dalam waktu singkat, namun tidak dapat membedakan antara anak yang perawakannya tinggi atau pendek. Digunakan untuk mengidentifikasi anak dengan berat badan kurang (*underweight*).
2. **Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)**: Ini adalah indikator terbaik untuk menilai masalah gizi kronis atau kegagalan pertumbuhan. Nilai Z-score TB/U yang rendah menunjukkan stunting.
3. **Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)**: Indeks ini menggambarkan proporsionalitas tubuh anak (berat relatif terhadap tinggi), sehingga dapat mengidentifikasi masalah gizi akut. Indeks ini digunakan untuk mendeteksi wasting (kurus) dan overweight (gemuk).
4. **Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U)**: Sama seperti BB/TB, indeks ini digunakan untuk skrining gizi lebih (overweight dan obesitas) maupun gizi kurang (*thinness*). Penggunaan IMT/U semakin

direkomendasikan karena merupakan indikator yang baik untuk melihat adipositas atau kegemukan.

Untuk menginterpretasikan hasil pengukuran, digunakan klasifikasi status gizi berdasarkan ambang batas Z-score. Berikut adalah tabel klasifikasi status gizi anak usia 0-5 tahun menurut WHO.

Tabel 3. 1. Klasifikasi Status Gizi Anak Usia 0-5 Tahun Berdasarkan Z-score WHO

Indeks Antropometri	Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)	Gizi Buruk (Sangat Kurus)	< -3 SD
	Gizi Kurang (Kurus)	-3 SD sampai < -2 SD
	Gizi Baik (Normal)	-2 SD sampai +1 SD
	Berisiko Gizi Lebih	> +1 SD sampai +2 SD
	Gizi Lebih (Gemuk)	> +2 SD sampai +3 SD
	Obesitas	> +3 SD
Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)	Sangat Pendek (Stunted)	< -3 SD
	Pendek Pendek (Stunted)	-3 SD sampai < -2 SD
	Normal	≥ -2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U)	Gizi Buruk (Sangat Kurus)	< -3 SD
	Gizi Kurang (Kurus)	-3 SD sampai < -2 SD
	Gizi Baik (Normal)	-2 SD sampai +1 SD
	Berisiko Gizi Lebih	> +1 SD sampai +2 SD
	Gizi Lebih (Gemuk)	> +2 SD sampai +3 SD
	Obesitas	> +3 SD

Tabel di atas menjadi panduan standar bagi tenaga kesehatan, termasuk ahli promosi kesehatan, untuk menentukan status gizi anak secara objektif.

CONTOH

Seorang anak laki-laki bernama Budi, usia 4 tahun 0 bulan, memiliki berat badan 14 kg dan tinggi badan 95 cm. Berdasarkan kurva IMT/U WHO untuk anak laki-laki, median IMT pada usia 4 tahun adalah 15.3 kg/m^2 dengan +1 SD pada 16.4 kg/m^2. IMT Budi adalah 14 / $(0.95)^2$ = 15.5 kg/m^2. Nilai ini berada di antara median dan +1 SD. Maka, berdasarkan indeks IMT/U, status gizi Budi adalah **Gizi Baik (Normal)**. Akurasi pengukuran menjadi sangat krusial, karena kesalahan kecil sekalipun dapat menyebabkan salah klasifikasi status gizi dan intervensi (Rahmadi, 2023). Inilah mengapa pelatihan bagi kader Posyandu tentang teknik antropometri yang benar sangat penting.

G. Angka kecukupan gizi dan kebutuhan gizi anak prasekolah

Setelah status gizi anak diketahui melalui penilaian antropometri, langkah selanjutnya adalah memastikan asupan hariannya sesuai dengan kebutuhannya untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Panduan utama yang digunakan di Indonesia untuk tujuan ini adalah **Angka Kecukupan Gizi (AKG)** yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2019. Penting untuk dipahami bahwa AKG adalah nilai kecukupan rata-rata zat gizi harian yang dianjurkan untuk hampir semua orang sehat (97.5%) dalam suatu kelompok umur, jenis kelamin, dan tingkat aktivitas fisik tertentu. AKG dirancang untuk populasi, bukan sebagai kebutuhan absolut individu, namun menjadi acuan praktis dalam merencanakan menu dan melakukan edukasi gizi.

Kebutuhan gizi anak prasekolah sangat tinggi relatif terhadap ukuran tubuhnya karena mereka berada dalam periode pertumbuhan dan perkembangan yang aktif. Kebutuhan ini dapat dikelompokkan menjadi kebutuhan

energi dan zat gizi makro (makronutrien) serta zat gizi mikro (mikronutrien). Untuk anak prasekolah, AKG 2019 membaginya ke dalam dua kelompok umur: 1-3 tahun dan 4-5 tahun.

1. **Kebutuhan Energi dan Makronutrien**:
    - Energi: Untuk kelompok usia 1-3 tahun, AKG energi adalah 1350 kkal per hari. Untuk kelompok usia 4-5 tahun, kebutuhannya meningkat menjadi 1400 kkal per hari. Energi ini dibutuhkan untuk metabolisme basal, aktivitas fisik yang semakin meningkat, dan tentunya untuk proses pertumbuhan.
    - Protein: Kebutuhan protein untuk usia 1-3 tahun adalah 20 gram/hari, dan untuk usia 4-5 tahun adalah 25 gram/hari. Protein sangat vital untuk pembentukan sel dan jaringan baru.
    - Lemak: Kebutuhan lemak adalah 45 gram/hari (1-3 tahun) dan 50 gram/hari (4-5 tahun). Lemak, terutama asam lemak esensial seperti Omega-3 dan Omega-6, krusial untuk perkembangan otak yang pesat pada usia ini.
    - Karbohidrat: Kebutuhan karbohidrat adalah 215 gram/hari (1-3 tahun) dan 220 gram/hari (4-5 tahun), yang berfungsi sebagai sumber energi utama.
2. **Kebutuhan Mikronutrien Kunci**:
    - Zat Besi: Sangat penting untuk mencegah anemia, mendukung fungsi kognitif, dan imunitas. Kebutuhan untuk usia 1-3 tahun adalah 7 mg/hari dan 10 mg/hari untuk 4-5 tahun.
    - Kalsium: Dibutuhkan untuk mineralisasi tulang dan gigi yang sedang tumbuh pesat. Kebutuhannya

adalah 650 mg/hari (1-3 tahun) dan 1000 mg/hari (4-5 tahun).

- Vitamin A: Penting untuk kesehatan mata, fungsi imun, dan pertumbuhan sel. Kebutuhan untuk usia 1-3 tahun adalah 400 RE dan usia 4-5 tahun adalah 450 RE.
- Zinc (Seng): Berperan dalam fungsi imunitas dan proses pertumbuhan. Kebutuhannya adalah 3 mg/hari (1-3 tahun) dan 5 mg/hari (4-5 tahun).

Tantangan bagi praktisi promosi kesehatan adalah menerjemahkan angka-angka ini menjadi panduan makan yang praktis dan mudah dipahami oleh orang tua. Ini melibatkan edukasi tentang konsep "Isi Piringku" yang disesuaikan untuk porsi anak, pentingnya keragaman pangan, dan cara menyajikan makanan yang menarik. Sebagai contoh, untuk memenuhi kebutuhan zat besi, orang tua tidak hanya diberitahu "butuh 10 mg zat besi", melainkan dianjurkan untuk memberikan sumber hewani seperti hati ayam, daging merah, atau telur, serta sumber nabati seperti bayam dan kacang-kacangan yang dikonsumsi bersama buah sumber vitamin C (seperti jeruk) untuk meningkatkan penyerapannya. Upaya pemenuhan gizi seimbang ini menjadi kunci dalam pencegahan masalah gizi seperti stunting (Simamora, 2021). Perilaku jajan yang tidak sehat juga perlu dikelola, karena dapat menggeser konsumsi makanan utama yang bergizi (Nasriyah, 2021). Pemberian makanan tambahan (PMT) yang disertai konseling gizi terbukti lebih efektif dalam memperbaiki status gizi dibandingkan PMT saja, yang menekankan pentingnya aspek edukasi dalam setiap intervensi (Masri, 2021).

Rangkuman

Anak usia prasekolah (3-6 tahun) merupakan periode perkembangan pesat yang disebut "usia emas", di mana pertumbuhan fisik yang stabil diiringi akselerasi luar biasa pada domain motorik, kognitif, dan psikososial. Pemahaman mendalam terhadap karakteristik unik ini menjadi fondasi bagi praktisi promosi kesehatan. Secara fisik, perkembangan motorik kasar dan halus memungkinkan kemandirian makan yang lebih besar. Secara kognitif, anak berada pada tahap pra-operasional Piaget, ditandai oleh pemikiran egosentris, animistik, dan magis. Implikasinya, komunikasi gizi harus bersifat konkret dan imajinatif, seperti mengubah sayuran menjadi objek dalam permainan, ketimbang penjelasan logis-abstrak. Dari sisi psikososial, munculnya otonomi seringkali bermanifestasi sebagai perilaku pilih-pilih makanan (*picky eating*) dan neofobia, yang merupakan fase perkembangan normal, bukan pembangkangan. Pada fase ini, anak juga sangat mudah meniru, menjadikan orang tua dan lingkungan sebagai panutan (*role model*) krusial dalam pembentukan kebiasaan makan. Kelompok usia ini juga rentan terhadap beban ganda masalah gizi (*double burden of malnutrition*), di mana masalah gizi kurang seperti stunting (gagal tumbuh kronis) dan wasting (kurus akut) berdampingan dengan meningkatnya prevalensi gizi lebih (obesitas), terutama di perkotaan. Stunting mengancam perkembangan kognitif, sementara obesitas meningkatkan risiko penyakit tidak menular di masa depan. Penyebab langsung dari masalah-masalah ini adalah asupan makanan yang tidak adekuat dan penyakit infeksi. Oleh karena itu, intervensi promosi kesehatan harus bersifat holistik, menyasar perubahan perilaku melalui edukasi yang sesuai tahap perkembangan anak, penciptaan lingkungan yang positif, dan pemberdayaan keluarga.

Latihan

a. Essay

1. Berdasarkan karakteristik kognitif anak prasekolah pada tahap pra-operasional Piaget, rumuskan sebuah pesan promosi kesehatan yang kreatif dan aplikatif untuk memperkenalkan ikan sebagai sumber protein penting. Hindari penjelasan abstrak mengenai "protein" atau "omega-3" dan fokus pada pendekatan imajinatif yang bisa diterapkan di lingkungan PAUD.
2. Analisislah hubungan antara perkembangan psikososial anak prasekolah, khususnya dorongan untuk otonomi dan inisiatif, dengan munculnya fenomena *picky eating* dan neofobia makanan. Jelaskan mengapa memaksakan anak untuk makan justru dapat memperburuk keadaan dan strategi apa yang lebih tepat dari sudut pandang promosi kesehatan.
3. Evaluasilah sebuah program promosi gizi di wilayah perkotaan yang hanya berfokus pada penanggulangan stunting dan anemia defisiensi besi. Telaah potensi kelemahan dan risiko dari pendekatan tunggal tersebut, mengingat adanya fenomena "beban ganda masalah gizi" yang juga mencakup prevalensi obesitas yang meningkat.
4. Bandingkan antara stunting dan wasting sebagai dua manifestasi masalah gizi kurang pada anak prasekolah. Perbandingan harus mencakup aspek definisi (indikator yang digunakan), sifat (kronis vs. akut), penyebab utama yang seringkali berbeda, serta dampak jangka panjang yang ditimbulkannya terhadap kesehatan dan perkembangan anak.

5. Argumentasikan mengapa peran orang tua sebagai *role model* dalam perilaku makan dianggap lebih fundamental dan berdampak jangka panjang dibandingkan intervensi langsung berupa penyuluhan gizi kepada anak prasekolah. Kaitkan argumen Anda dengan karakteristik peniruan (imitasi) dan pentingnya lingkungan makan yang positif bagi anak.

b. Pilihan Berganda

1. Menurut teori perkembangan kognitif Piaget, anak usia prasekolah berada dalam tahap pra-operasional yang ditandai dengan cara berpikir yang masih bersifat...
    a. Logis dan sistematis
    b. Abstrak dan hipotetis
    c. Egosentris dan animistik
    d. Sensorimotor dan refleksif
2. Seorang ahli gizi di PAUD mengajak anak-anak untuk "makan pohon brokoli agar menjadi kuat seperti dinosaurus". Pendekatan ini efektif karena sesuai dengan karakteristik kognitif anak prasekolah yang...
    a. Mampu berpikir deduktif
    b. Membutuhkan penjelasan ilmiah
    c. Bersifat magis dan imajinatif
    d. Sudah memahami konsep metabolisme
3. Kondisi gagal tumbuh akibat kekurangan gizi kronis yang diukur menggunakan indeks Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) di bawah -2 SD standar WHO disebut...
    a. Wasting
    b. Stunting
    c. Obesitas
    d. Anemia

4. Konsep "beban ganda masalah gizi" (*double burden of malnutrition*) pada anak prasekolah di Indonesia merujuk pada...
    a. Tingginya kasus gizi kurang dan penyakit infeksi secara bersamaan
    b. Koeksistensi masalah gizi kurang (stunting, wasting) dan gizi lebih (obesitas)
    c. Beban ganda yang ditanggung orang tua dalam menyediakan makanan bergizi
    d. Tingginya prevalensi anemia dan defisiensi vitamin A pada saat yang sama
5. Perilaku anak prasekolah yang menunjukkan ketakutan atau penolakan terhadap makanan baru yang belum pernah ia coba sebelumnya dikenal sebagai...
    a. Neofobia makanan
    b. *Picky eating*
    c. Anoreksia
    d. Egosentrisme alimentar
6. Manakah pernyataan yang paling tepat menggambarkan pertumbuhan fisik anak usia prasekolah (3-6 tahun)?
    a. Terjadi lonjakan pertumbuhan paling pesat sepanjang siklus hidup
    b. Pertumbuhan tinggi dan berat badan berjalan stabil, namun lebih lambat dibanding masa bayi
    c. Pertumbuhan berhenti sementara untuk memberi jalan bagi perkembangan kognitif
    d. Berat badan bertambah pesat, namun tinggi badan cenderung stagnan

7. Menurut kerangka konseptual UNICEF, faktor yang tergolong sebagai penyebab langsung (*immediate causes*) malnutrisi adalah...
    a. Kemiskinan dan tingkat pendidikan ibu
    b. Ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga
    c. Asupan makanan dan penyakit infeksi
    d. Akses terhadap layanan kesehatan dan sanitasi
8. Peningkatan prevalensi obesitas pada anak prasekolah di perkotaan salah satunya dipicu oleh seringnya konsumsi...
    a. Buah dan sayur segar dari pasar modern
    b. Makanan olahan padat energi, gula, dan garam
    c. Protein hewani seperti telur dan ikan
    d. Air putih dan susu tanpa tambahan gula
9. Seorang anak prasekolah menolak makan sayur karena melihat ayahnya juga tidak pernah memakannya. Perilaku anak ini menunjukkan betapa pentingnya peran orang tua sebagai...
    a. Penyedia finansial
    b. Pemberi instruksi verbal
    c. Pengawas makan
    d. Panutan (*role model*)
10. Indikator yang digunakan untuk mendeteksi wasting (gizi kurang akut) pada anak adalah...
    a. Indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U)
    b. Indeks Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)
    c. Indeks Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)
    d. Lingkar Lengan Atas (LILA)

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Anda adalah seorang mahasiswa Sarjana Terapan Gizi yang sedang magang di sebuah PAUD di kawasan pinggiran kota. Kepala sekolah mengeluhkan bahwa sebagian besar anak didiknya (usia 4-5 tahun) sangat sulit makan sayur dan sering membawa bekal jajanan kemasan dari rumah. Orang tua mengaku frustrasi dan seringkali menyerah, bahkan ada yang memaksa anak hingga menangis. Berdasarkan pemahaman Anda tentang karakteristik anak prasekolah dan determinan gizi, rancanglah sebuah kerangka program promosi gizi yang komprehensif untuk PAUD tersebut. Program harus mencakup minimal tiga komponen intervensi yang berbeda sasaran (anak, orang tua, dan lingkungan sekolah).
2. Seorang petugas gizi Puskesmas di sebuah kecamatan sedang menganalisis data Posyandu. Ia menemukan pola yang menarik: di desa A yang mayoritas penduduknya petani dengan tingkat ekonomi rendah, prevalensi stunting pada anak prasekolah mencapai 30%. Sementara itu, di perumahan B yang dihuni oleh keluarga muda kelas menengah, tidak ditemukan kasus stunting namun 25% anak prasekolahnya teridentifikasi overweight. Anda diminta untuk membantu merumuskan strategi promosi kesehatan yang dapat mengatasi "beban ganda" ini secara efisien di tingkat kecamatan. Jelaskan bagaimana Anda akan menyusun pesan kunci yang berbeda namun tidak kontradiktif untuk kedua kelompok sasaran tersebut.

BAB 4
GIZI ANAK SEKOLAH

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menerapkan konsep karakteristik tumbuh kembang untuk mengidentifikasi potensi masalah gizi spesifik pada studi kasus anak usia sekolah.
2. Menentukan determinan gizi yang paling berpengaruh pada suatu kasus anak sekolah dengan status gizi lebih di wilayah perkotaan.
3. Menghitung status gizi anak sekolah menggunakan standar antropometri yang berlaku di Indonesia (Permenkes No. 2 Tahun 2020) berdasarkan data berat badan, tinggi badan, dan usia.
4. Menggunakan tabel Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk merancang contoh menu seimbang harian bagi anak sekolah dasar yang mengalami anemia defisiensi besi.
5. Memodifikasi resep jajanan populer di lingkungan sekolah menjadi alternatif yang lebih bergizi dengan mempertimbangkan ketersediaan dan keterjangkauan bahan pangan lokal.

B. Pendahuluan

Periode usia sekolah (6-12 tahun) seringkali dianggap sebagai masa pertumbuhan yang relatif tenang dibandingkan dengan percepatan pertumbuhan pada masa balita atau remaja. Namun, pandangan ini menyembunyikan sebuah realitas krusial yang akan menjadi fokus utama Anda sebagai calon praktisi promosi kesehatan: periode ini adalah fondasi kritis bagi kesehatan, perkembangan kognitif, dan produktivitas di masa dewasa. Kesalahan dalam pemenuhan gizi pada tahap ini memiliki konsekuensi jangka panjang yang seringkali tidak dapat diperbaiki sepenuhnya. Di Indonesia, tantangan ini menjadi semakin kompleks dengan munculnya fenomena "beban gizi ganda" (double burden of malnutrition), di mana masalah gizi kurang seperti stunting dan kurus berdampingan dengan masalah gizi lebih seperti kelebihan berat badan dan obesitas, bahkan terkadang dalam satu komunitas atau wilayah yang sama.

Untuk memahami implikasi praktis dari konsep beban gizi ganda, mari kita perhatikan dua skenario yang sangat mungkin Anda temui di lapangan. **Konsep:** Beban gizi ganda menunjukkan koeksistensi masalah gizi kurang dan gizi lebih dalam satu populasi. **Contoh:** Bayangkan Anda sedang melakukan asesmen di sebuah Sekolah Dasar di pinggiran kota industri. Anda bertemu dengan "Sari," seorang siswi kelas 4 berusia 10 tahun yang terlihat lebih pendek dan kurus dibandingkan teman-temannya. Hasil wawancara dengan orang tuanya, seorang buruh pabrik, mengungkap bahwa pola makan Sari dominan karbohidrat dari nasi dan mi instan karena keterbatasan ekonomi untuk membeli lauk-pauk sumber protein. Di kelas yang sama, Anda bertemu "Dito," yang juga berusia 10 tahun namun memiliki berat badan jauh di atas rata-rata. Dito setiap hari diberi uang jajan berlebih

dan terbiasa mengonsumsi minuman manis kemasan, ayam goreng tepung, dan makanan ringan tinggi garam yang dijual bebas di sekitar sekolah, sementara waktu bermainnya lebih banyak dihabiskan dengan gawai. **Implikasi:** Sebagai seorang ahli promosi kesehatan, Anda tidak dapat menerapkan intervensi "satu untuk semua". Program untuk Sari harus berfokus pada edukasi pemanfaatan pangan lokal yang terjangkau namun bergizi, mungkin melalui program kebun sekolah atau demo masak untuk para ibu. Sementara itu, intervensi untuk Dito dan teman-temannya memerlukan pendekatan yang berbeda, seperti mengimplementasikan program kantin sehat, kampanye "Gerakan Minum Air Putih", dan advokasi kepada pihak sekolah untuk menciptakan lingkungan yang mendukung aktivitas fisik.

Kedua potret di atas menegaskan bahwa peran Anda sebagai Sarjana Terapan Promosi Kesehatan jauh melampaui sekadar penyuluh pasif. Anda adalah seorang analis masalah, perancang intervensi, dan fasilitator perubahan perilaku yang harus mampu bekerja dalam konteks yang beragam dan kompleks. Untuk dapat menjalankan peran tersebut secara efektif, Anda memerlukan seperangkat kompetensi teknis yang tajam dan kemampuan aplikasi teori yang kuat. Oleh karena itu, bab ini dirancang secara sistematis untuk membekali Anda dengan perangkat tersebut. Pembahasan akan diawali dengan pemahaman mendalam mengenai definisi dan karakteristik unik anak usia sekolah. Selanjutnya, kita akan mengidentifikasi berbagai masalah gizi yang lazim terjadi dan menganalisis determinan-determinan yang mempengaruhinya. Bagian terpenting dari bab ini akan melatih keterampilan praktis Anda dalam menghitung berat badan ideal dan status gizi, serta menggunakan Angka Kecukupan Gizi (AKG) sebagai dasar untuk merencanakan intervensi gizi yang tepat sasaran.

C. Definisi dan karakteristik anak sekolah

Memasuki periode usia sekolah, yang secara definitif mencakup rentang usia 6 hingga 12 tahun, seorang anak mengalami transisi fundamental yang membedakannya dari masa prasekolah. Periode ini, yang sering disebut sebagai masa "pertumbuhan laten" atau *late childhood*, ditandai oleh laju pertumbuhan fisik yang lebih lambat dan stabil dibandingkan dengan percepatan pada masa balita atau ledakan pertumbuhan di masa remaja yang akan datang. Meskipun pertumbuhannya tidak secepat periode lain, masa ini merupakan fondasi krusial bagi pembentukan kebiasaan, pengembangan kognitif, dan interaksi sosial yang akan membentuk kesehatan dan perilakunya di masa depan. Memahami karakteristik unik dari kelompok usia ini adalah langkah pertama yang esensial bagi seorang ahli promosi kesehatan dalam merancang intervensi gizi yang efektif.

> **DEFINISI**
> **Anak Usia Sekolah** adalah individu yang berada dalam rentang usia 6-12 tahun, yang secara umum bertepatan dengan periode menempuh pendidikan di tingkat Sekolah Dasar (SD) atau sederajat. Periode ini ditandai oleh pertumbuhan fisik yang stabil, perkembangan kognitif operasional konkret, perluasan lingkungan sosial ke luar rumah (terutama teman sebaya), dan peningkatan kemandirian dalam pengambilan keputusan, termasuk dalam hal memilih makanan.

Karakteristik anak usia sekolah dapat ditinjau dari beberapa aspek yang saling berkaitan dan secara kolektif memengaruhi status gizi mereka.

1. **Pertumbuhan Fisik yang Stabil:** Tidak seperti masa balita, pertambahan berat dan tinggi badan pada anak usia sekolah cenderung lebih konstan, rata-rata

sekitar 2-3 kg per tahun untuk berat badan dan 5-6 cm per tahun untuk tinggi badan. Pertumbuhan yang stabil ini seringkali membuat orang tua dan bahkan tenaga kesehatan kurang waspada terhadap potensi masalah gizi yang muncul secara perlahan, baik gizi kurang maupun gizi lebih. Energi yang dibutuhkan tidak hanya untuk pertumbuhan, tetapi juga untuk tingkat aktivitas fisik yang sangat tinggi, terutama pada anak laki-laki.

2. **Perkembangan Kognitif Operasional Konkret:** Menurut teori Piaget, anak pada usia ini memasuki tahap operasional konkret. Mereka mulai mampu berpikir logis tentang peristiwa konkret, memahami konsep sebab-akibat sederhana, dan melakukan klasifikasi. Dalam konteks gizi, ini adalah peluang emas. Mereka dapat mulai memahami konsep dasar "makanan sehat" versus "makanan tidak sehat" jika dijelaskan dengan contoh nyata dan bukan konsep abstrak. Misalnya, menjelaskan bahwa "makan sayur bayam membuat badan kuat untuk bermain bola" lebih efektif daripada menjelaskan "bayam mengandung zat besi untuk pembentukan sel darah merah". Program edukasi gizi di sekolah, seperti yang diulas dalam konteks jajanan sehat, menjadi sangat relevan pada tahap ini (Syarifuddin, 2022).
3. **Perkembangan Psikososial dan Peran Teman Sebaya:** Lingkungan sosial anak meluas secara signifikan dari keluarga ke sekolah. Teman sebaya (*peer group*) menjadi sumber pengaruh yang sangat kuat. Pilihan makanan dan jajanan seorang anak seringkali dipengaruhi oleh apa yang teman-temannya makan. Jika teman-temannya terbiasa membeli minuman manis kemasan, seorang anak akan

cenderung ikut-ikutan agar diterima dalam kelompok. Di sisi lain, pengaruh ini bisa dimanfaatkan secara positif melalui pendekatan *peer teaching* yang akan dibahas pada Bab 8.

4. **Peningkatan Kemandirian dan Uang Jajan:** Anak usia sekolah mulai diberi kepercayaan untuk mengelola uang jajan dan membuat keputusan pembelian sendiri, terutama untuk makanan di luar rumah. Perilaku konsumsi jajanan menjadi faktor penentu yang signifikan terhadap asupan gizi harian (Nasriyah, 2021). Paparan terhadap iklan makanan tidak sehat yang masif melalui media televisi dan digital, ditambah dengan ketersediaan jajanan tinggi gula, garam, dan lemak di sekitar sekolah, menciptakan tantangan besar. Di Indonesia, fenomena penjaja makanan dengan gerobak di depan gerbang sekolah adalah pemandangan umum yang secara langsung memengaruhi pilihan makanan anak di luar pengawasan orang tua.

Memahami keempat karakteristik ini—pertumbuhan stabil, kognisi konkret, pengaruh teman sebaya, dan kemandirian dalam jajan—memberikan kerangka kerja bagi praktisi promosi kesehatan. Intervensi tidak bisa lagi hanya berfokus pada ibu seperti pada masa balita. Intervensi harus melibatkan anak secara langsung dengan metode yang sesuai dengan perkembangan kognitifnya, memberdayakan lingkungan sekolah (guru, kantin), dan membekali anak dengan keterampilan untuk membuat pilihan yang lebih sehat di tengah gempuran pilihan yang tidak sehat.

D. Masalah gizi pada anak sekolah

Periode usia sekolah merupakan jendela kritis di mana masalah gizi dapat mengakar dan memberikan dampak jangka panjang terhadap prestasi akademik, pertumbuhan fisik, dan risiko penyakit tidak menular di kemudian hari. Berbeda dengan kelompok usia lain, anak sekolah di Indonesia menghadapi tantangan unik yang dikenal sebagai "beban gizi ganda" (*double burden of malnutrition*). Fenomena ini merujuk pada koeksistensi masalah gizi kurang (seperti kurus dan pendek) dan gizi lebih (seperti kelebihan berat badan dan obesitas) dalam satu populasi, bahkan terkadang dalam satu komunitas atau sekolah yang sama (Novianti, 2021). Sebagai calon ahli promosi kesehatan, Anda harus mampu mengidentifikasi dan membedakan spektrum masalah ini untuk merancang intervensi yang tepat sasaran.

Masalah gizi pada anak sekolah dapat dikelompokkan menjadi dua kutub utama: gizi kurang dan gizi lebih.

1. **Masalah Gizi Kurang (Under-nutrition)** Meskipun sering diasosiasikan dengan masa balita, masalah gizi kurang tetap menjadi persoalan serius pada anak usia sekolah. Bentuknya dapat bervariasi, antara lain:
    - Kurus (Wasting): Ditandai dengan berat badan yang tidak sepadan dengan tinggi badannya (Indeks Massa Tubuh menurut Umur atau IMT/U < -2 SD). Kondisi ini mencerminkan kekurangan gizi akut atau baru saja terjadi, yang bisa disebabkan oleh asupan makan yang tidak cukup atau adanya penyakit infeksi. Anak yang kurus seringkali terlihat lesu, tidak bersemangat, dan mudah sakit, yang secara langsung mengganggu kemampuannya untuk fokus dan belajar di kelas.

- Pendek (Stunting): Merupakan masalah gizi kronis akibat kekurangan asupan gizi dalam waktu lama, yang sebenarnya sudah terjadi sejak masa kehamilan hingga usia dua tahun. Meskipun puncaknya terjadi pada masa balita, dampaknya menjadi sangat terlihat pada usia sekolah, di mana anak tampak jauh lebih pendek dibandingkan teman-temannya. Anak yang stunting memiliki risiko penurunan fungsi kognitif dan kapasitas belajar yang seringkali bersifat permanen (Laily, 2023). Data Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi pendek pada anak usia 5-12 tahun masih signifikan, mencapai 25,6%.
- Anemia Defisiensi Besi: Ini adalah masalah gizi mikro yang paling umum pada anak sekolah. Anemia menyebabkan anak mudah lelah, pusing, sulit berkonsentrasi, dan pucat. Penyebab utamanya adalah kurangnya asupan makanan sumber zat besi (seperti daging merah, hati, dan sayuran hijau tua) dan kebiasaan sarapan yang buruk. Anemia secara langsung menurunkan kapasitas belajar dan prestasi akademik. Hubungan antara status gizi secara umum dengan kejadian anemia juga telah teridentifikasi pada kelompok usia remaja yang berdekatan (Nurjannah, 2021), menekankan pentingnya intervensi sejak dini.

2. **Masalah Gizi Lebih (Over-nutrition)** Di sisi lain spektrum, masalah gizi lebih menjadi epidemi yang berkembang pesat, terutama di wilayah perkotaan.
    - Kelebihan Berat Badan (Overweight) dan Obesitas: Ditandai dengan akumulasi lemak berlebih (IMT/U > +1 SD untuk overweight dan >

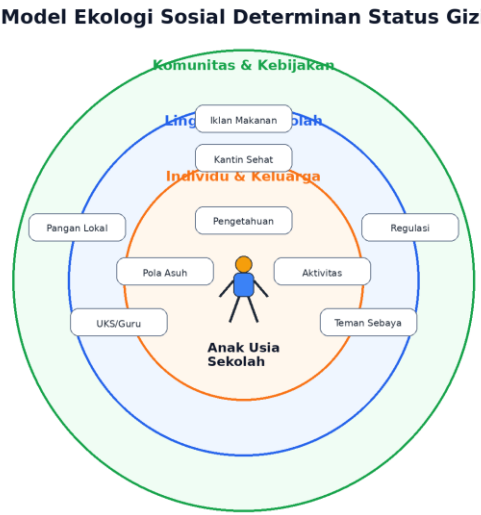
+2 SD untuk obesitas). Penyebab utamanya adalah ketidakseimbangan antara asupan energi yang tinggi dengan pengeluaran energi yang rendah. Asupan energi berlebih ini seringkali berasal dari konsumsi jajanan padat energi, tinggi gula, garam, dan lemak, seperti makanan cepat saji, minuman manis, dan makanan ringan kemasan (Nasriyah, 2021). Sementara itu, pengeluaran energi menurun akibat gaya hidup sedentari, seperti terlalu banyak waktu di depan layar (gawai, televisi) dan kurangnya aktivitas fisik. Anak dengan obesitas berisiko tinggi mengalami berbagai komplikasi kesehatan, baik dalam jangka pendek (misalnya, perundungan, gangguan tidur) maupun jangka panjang (diabetes melitus tipe 2, hipertensi, dan penyakit jantung di usia muda). Kebiasaan sarapan yang tidak teratur atau bahkan melewatkan sarapan secara paradoks juga terbukti berhubungan dengan status gizi lebih pada anak sekolah (Hanim, 2022).

✎ CONTOH

Di sebuah SD di Jakarta, mungkin ditemukan siswa bernama "Adi" yang mengalami obesitas. Ia setiap hari membawa uang jajan Rp 20.000, yang ia habiskan untuk membeli 2 botol teh manis kemasan, sebungkus keripik kentang, dan semangkuk bakso saat pulang sekolah. Waktu luangnya dihabiskan untuk bermain game online. Di kelas yang sama, ada "Sita" yang sering tidak sarapan dan hanya membawa bekal nasi dengan lauk mi instan. Sita sering mengeluh pusing saat upacara bendera dan terlihat lebih pendek dari teman-temannya. Kasus Adi dan Sita ini adalah manifestasi nyata dari beban gizi ganda yang harus dihadapi dalam satu intervensi promosi kesehatan di sekolah.

E. Determinan atau faktor yang mempengaruhi keadaan gizi

Status gizi seorang anak sekolah bukanlah hasil dari satu faktor tunggal, melainkan resultante dari interaksi kompleks berbagai faktor yang saling mempengaruhi. Untuk merancang intervensi yang efektif, seorang ahli promosi kesehatan harus mampu menganalisis determinan-determinan ini secara sistematis. Model ekologi sosial (*socio-ecological model*) menyediakan kerangka kerja yang sangat baik untuk memahami bagaimana faktor-faktor pada level individu, keluarga, sekolah, dan komunitas berkontribusi terhadap keadaan gizi anak. Memahami lapisan-lapisan pengaruh ini memungkinkan kita beralih dari sekadar menyalahkan individu ("anaknya yang susah makan") ke pendekatan yang lebih holistik dan berbasis sistem.



Gambar 4. 1. Model Ekologi Sosial Determinan Status Gizi Anak Sekolah

Diagram di atas mengilustrasikan berbagai level determinan yang mempengaruhi status gizi anak. Intervensi yang paling efektif adalah yang menargetkan perubahan di beberapa level secara simultan, menciptakan lingkungan yang mendukung perilaku sehat.

1. **Faktor Level Individu** Faktor ini melekat pada diri anak itu sendiri, mencakup:
    - Pengetahuan dan Sikap Gizi: Meskipun terbatas, anak usia sekolah mulai membentuk pengetahuan dan sikapnya terhadap makanan. Edukasi gizi yang menarik dan sesuai dengan tahap kognitifnya dapat mulai membentuk preferensi yang lebih sehat.
    - Preferensi Makanan: Preferensi ini dibentuk oleh paparan berulang. Anak yang tidak pernah dikenalkan sayuran di rumah cenderung akan menolaknya di sekolah.
    - Aktivitas Fisik: Pilihan anak untuk bermain aktif di luar ruangan atau duduk bermain gawai secara langsung mempengaruhi keseimbangan energinya. Hubungan antara asupan makan dan aktivitas fisik sangat menentukan status gizi (Tomasoa, 2021).
    - Kondisi Kesehatan: Adanya penyakit infeksi berulang, seperti diare atau infeksi saluran pernapasan, dapat mengganggu penyerapan zat gizi dan meningkatkan kebutuhan energi, yang berpotensi menyebabkan gizi kurang.
2. **Faktor Level Keluarga/Interpersonal** Keluarga adalah lingkungan pertama dan utama yang membentuk kebiasaan makan anak.

- Pengetahuan dan Perilaku Orang Tua: Pengetahuan ibu tentang gizi secara signifikan berhubungan dengan status gizi anaknya (Amalia, 2021). Peranan orang tua dalam menyediakan makanan bergizi seimbang di rumah adalah fondasi utama untuk mencegah masalah gizi (Munawaroh, 2022).
- Pola Asuh Pemberian Makan (Feeding Style): Pola asuh yang otoriter ("pokoknya harus habis") atau permisif ("terserah anak mau makan apa") keduanya dapat berdampak negatif. Pola asuh yang ideal adalah autoritatif, di mana orang tua menyediakan pilihan makanan sehat dan memberikan anak otonomi untuk memilih di antara pilihan tersebut.
- Status Sosial Ekonomi: Kondisi ekonomi keluarga menentukan daya beli dan akses terhadap pangan bergizi. Keluarga dengan pendapatan rendah mungkin lebih sering mengandalkan sumber karbohidrat murah dan kurang mampu membeli sumber protein hewani.
- Kebiasaan Makan Keluarga: Apakah keluarga terbiasa makan bersama? Apakah ada sarapan yang disiapkan setiap pagi? Kebiasaan-kebiasaan ini menjadi model langsung yang ditiru oleh anak.

3. **Faktor Level Lingkungan Sekolah** Anak menghabiskan sebagian besar waktunya di sekolah, menjadikan lingkungan ini determinan yang sangat kuat.
    - Kebijakan Sekolah tentang Makanan: Apakah sekolah memiliki kebijakan tentang jajanan yang boleh dijual di kantin atau di sekitar sekolah?

Apakah ada program makan siang atau sarapan bersama?

- Kantin Sekolah: Ketersediaan makanan di kantin adalah faktor krusial. Kantin yang menjual makanan sehat, bergizi, dan aman menjadi "laboratorium" gizi bagi siswa. Sebaliknya, kantin yang hanya menjual mi instan dan minuman manis berkontribusi pada masalah gizi.
- Peran Guru dan Program UKS: Guru dapat mengintegrasikan pendidikan gizi ke dalam mata pelajaran. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) melalui kegiatan seperti pengukuran status gizi rutin dan penyuluhan oleh "Dokter Kecil" dapat meningkatkan kesadaran gizi di komunitas sekolah (Novianti, 2021).
- Pengaruh Teman Sebaya: Seperti dibahas sebelumnya, pilihan makanan teman-teman sangat berpengaruh. Program yang mempromosikan "tren" makan sehat di antara siswa bisa menjadi strategi yang efektif.

4. **Faktor Level Komunitas dan Kebijakan** Ini adalah lapisan terluar yang menciptakan konteks lebih luas.
    - Ketersediaan Pangan Lokal: Apa saja jenis makanan yang mudah didapat dan terjangkau di lingkungan tempat tinggal anak? Pemanfaatan pangan lokal yang bergizi adalah kunci intervensi yang berkelanjutan.
    - Paparan Iklan: Iklan makanan dan minuman tidak sehat yang gencar di televisi dan media sosial membentuk persepsi anak bahwa produk-produk tersebut "keren" dan diinginkan.
    - Regulasi Pemerintah: Kebijakan seperti fortifikasi pangan (misalnya, yodium pada garam, zat besi

pada tepung terigu), regulasi iklan makanan untuk anak, dan penetapan standar kantin sehat adalah contoh intervensi level makro yang berdampak luas. Di Indonesia, program seperti Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS) di masa lalu adalah contoh intervensi pada level ini.

F. Perhitungan berat badan ideal dan status gizi

Setelah memahami berbagai masalah gizi dan determinannya, keterampilan praktis yang mutlak harus Anda kuasai sebagai calon ahli promosi kesehatan adalah melakukan penilaian status gizi. Penilaian ini merupakan langkah diagnostik awal untuk mengidentifikasi individu atau kelompok yang berisiko, memantau pertumbuhan, dan mengevaluasi keberhasilan program intervensi. Untuk anak usia sekolah, metode yang paling umum, praktis, dan dianjurkan secara internasional adalah antropometri, yaitu pengukuran dimensi fisik tubuh. Indikator utama yang digunakan adalah Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U). Berbeda dengan orang dewasa di mana nilai IMT memiliki ambang batas tetap, pada anak-anak, nilai IMT harus diinterpretasikan berdasarkan usia dan jenis kelamin karena pola pertumbuhan mereka yang dinamis.

ƒ FORMULA
Indeks Massa Tubuh (IMT) dihitung menggunakan rumus standar yang sama seperti orang dewasa:
IMT = Berat Badan (kg) / [Tinggi Badan (m) x Tinggi Badan (m)]

Penting untuk diingat bahwa nilai IMT yang dihasilkan dari rumus ini bukanlah hasil akhir. Nilai ini harus diplot ke dalam kurva pertumbuhan atau dibandingkan dengan tabel standar Z-score IMT menurut Umur untuk dapat diinterpretasikan.

Standar rujukan yang berlaku di Indonesia saat ini adalah Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak, yang mengadopsi standar dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Penggunaan IMT/U secara spesifik sangat dianjurkan untuk memantau masalah gizi pada anak usia sekolah, baik gizi kurang maupun gizi lebih (Muchtar, 2022).

Langkah-langkah untuk menentukan status gizi anak sekolah menggunakan IMT/U adalah sebagai berikut:

1. **Pengukuran Akurat:** Lakukan pengukuran berat badan (BB) menggunakan timbangan digital yang terkalibrasi dengan ketelitian 0,1 kg. Anak harus memakai pakaian seminimal mungkin dan tidak memakai alas kaki. Lakukan pengukuran tinggi badan (TB) menggunakan mikrotoa dengan ketelitian 0,1 cm pada permukaan dinding yang rata.
2. **Perhitungan Usia:** Hitung usia anak dalam bulan secara akurat dari tanggal lahir hingga tanggal pengukuran. Kesalahan dalam menghitung usia akan menyebabkan interpretasi yang salah.
3. **Perhitungan IMT:** Hitung nilai IMT menggunakan rumus di atas. Pastikan satuan tinggi badan diubah ke dalam meter (misalnya, 135 cm menjadi 1,35 m).
4. **Plotting dan Interpretasi Z-Score:** Bandingkan nilai IMT anak dengan nilai rujukan pada tabel atau kurva Z-score IMT/U sesuai dengan usia dan jenis kelaminnya. Z-score menunjukkan seberapa jauh nilai IMT seorang anak dari nilai median (nilai tengah) populasi rujukan.

Untuk memudahkan interpretasi, Permenkes No. 2 Tahun 2020 menyediakan klasifikasi status gizi berdasarkan ambang batas Z-score IMT/U. Informasi ini disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 4. 1. Klasifikasi Status Gizi Anak Usia 5-18 Tahun Berdasarkan Z-Score IMT/U

Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score IMT/U)
Gizi Buruk (Severely Thin)	< -3 SD
Gizi Kurang (Thin)	≥ -3 SD sampai < -2 SD
Gizi Baik (Normal)	≥ -2 SD sampai ≤ +1 SD
Gizi Lebih (Overweight)	> +1 SD sampai ≤ +2 SD
Obesitas (Obese)	> +2 SD

Sumber: Diadaptasi dari Permenkes RI No. 2 Tahun 2020

Tabel di atas merupakan alat bantu fundamental bagi praktisi kesehatan untuk menerjemahkan data mentah antropometri menjadi diagnosis status gizi yang dapat ditindaklanjuti.

✎ **CONTOH**

Studi Kasus: Menentukan Status Gizi "Budi"

Data: *Budi adalah seorang siswa laki-laki kelas 3 SD. Tanggal lahir: 15 Mei 2016. Tanggal pengukuran: 15 September 2024. Berat Badan: 30 kg. Tinggi Badan: 130 cm.*

Langkah 1 & 2 (Pengukuran & Usia): *BB = 30 kg, TB = 130 cm = 1,3 m. Usia Budi adalah 8 tahun 4 bulan (atau 100 bulan).*

Langkah 3 (Hitung IMT):

IMT = 30 / (1,3 x 1,3) = 30 / 1,69 = 17,75 kg/m^2

Langkah 4 (Interpretasi): *Nilai IMT 17,75 ini kemudian dicocokkan dengan tabel Z-score untuk anak laki-laki usia 100 bulan. Berdasarkan standar WHO, nilai Z-score untuk IMT 17,75 pada anak laki-laki usia 8 tahun 4 bulan adalah sekitar +2.5 SD.*

Kesimpulan: *Merujuk pada Tabel 4.1, karena nilai Z-score Budi (+2.5 SD) berada di atas ambang batas +2 SD, maka status gizi Budi dikategorikan sebagai* ***Obesitas****.*

Implikasi: *Berdasarkan hasil ini, intervensi promosi kesehatan untuk Budi dan keluarganya harus segera dirancang, berfokus pada modifikasi diet (mengurangi makanan tinggi gula dan lemak) dan peningkatan aktivitas fisik. Ketepatan dalam pengukuran dan penilaian ini sangat krusial agar intervensi yang diberikan sesuai dengan masalah yang dihadapi (Rahmadi, 2023).*

G. Angka kecukupan gizi dan kebutuhan gizi anak sekolah

Setelah berhasil mengidentifikasi status gizi anak melalui perhitungan IMT/U, langkah selanjutnya dalam perencanaan intervensi adalah menentukan berapa sebenarnya kebutuhan gizi mereka. Konsep sentral dalam hal ini adalah Angka Kecukupan Gizi (AKG). Memahami cara menggunakan AKG adalah kompetensi inti yang memungkinkan seorang ahli promosi kesehatan untuk menerjemahkan data penilaian status gizi menjadi rekomendasi diet yang praktis dan terukur, baik untuk individu maupun untuk perencanaan program di tingkat sekolah atau komunitas.

DEFINISI

Angka Kecukupan Gizi (AKG) adalah suatu nilai yang menunjukkan rata-rata kebutuhan zat gizi harian bagi hampir semua orang sehat (97,5% populasi) menurut kelompok umur, jenis kelamin, dan kondisi fisiologis tertentu. AKG dirancang untuk mencegah penyakit akibat defisiensi gizi dan menjaga kesehatan optimal. Di Indonesia, AKG yang menjadi acuan resmi adalah yang ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 28 Tahun 2019.

Penting untuk membedakan antara **kebutuhan gizi** dan **kecukupan gizi**. Kebutuhan gizi bersifat individual, bervariasi tergantung pada ukuran tubuh, komposisi tubuh, tingkat aktivitas fisik, dan kondisi kesehatan spesifik seseorang. Sementara itu, AKG adalah nilai rujukan untuk populasi. Dalam praktik promosi kesehatan, AKG digunakan sebagai target asupan rata-rata untuk sekelompok orang atau sebagai patokan untuk menilai kecukupan asupan individu. Menggunakan AKG sebagai panduan membantu memastikan pemenuhan pola makan gizi seimbang yang krusial untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak (Simamora, 2021).

Kebutuhan energi dan zat gizi anak sekolah meningkat untuk mendukung pertumbuhan fisik yang stabil, aktivitas kognitif di sekolah, dan tingkat aktivitas fisik yang tinggi. Kekurangan asupan, bahkan untuk satu jenis zat gizi, dapat berdampak pada aspek-aspek tersebut. Sebagai contoh, kekurangan energi akan membuat anak lesu dan tidak bisa berkonsentrasi, sementara kekurangan zat besi dapat menyebabkan anemia yang menurunkan prestasi belajar (Fathony, 2022).

Tabel 4. 2. Angka Kecukupan Gizi (AKG) Rata-Rata per Hari untuk Anak Usia Sekolah di Indonesia

Kelompok Umur	Jenis Kelamin	Energi (kkal)	Protein (g)	Kalsium (mg)	Zat Besi (mg)	Vitamin A (RE)	Vitamin C (mg)
7-9 tahun	Laki-laki & Perempuan	1650	40	1000	10	500	45
10-12 tahun	Laki-laki	2000	50	1200	8	600	50
10-12 tahun	Perempuan	1850	55	1200	8	600	50

Sumber: Diadaptasi dari Permenkes RI No. 28 Tahun 2019

Tabel di atas menunjukkan bahwa seiring bertambahnya usia, kebutuhan energi dan protein meningkat. Terdapat sedikit perbedaan kebutuhan energi antara anak laki-laki dan perempuan menjelang masa pubertas, yang mencerminkan perbedaan komposisi tubuh dan laju pertumbuhan.

Menerapkan AKG dalam Praktik: Merancang Menu untuk Anak dengan Anemia

- Identifikasi Masalah: Seorang anak perempuan, "Rina," usia 10 tahun, teridentifikasi mengalami anemia setelah pemeriksaan di UKS. Status gizinya berdasarkan IMT/U normal.
- Gunakan AKG sebagai Target: Merujuk Tabel 4.2, target harian Rina adalah sekitar 1850 kkal energi, 55 g protein, dan yang terpenting, 8 mg zat besi. Karena ia anemia, target asupan zat besi perlu menjadi fokus utama dan bahkan mungkin memerlukan asupan lebih tinggi atau suplementasi sesuai anjuran dokter.
- Penerapan ke dalam Menu: Bagaimana menerjemahkan angka-angka ini menjadi makanan nyata?
- Sarapan (± 25% dari total energi): Nasi putih (100 g), telur mata sapi (1 butir), tumis bayam (50 g), dan segelas susu. Sarapan ini penting untuk memberikan energi awal dan mencegah kebiasaan jajan tidak sehat (Hanim, 2022).
- Makan Siang (± 30%): Nasi putih (150 g), semur hati ayam (50 g, sumber zat besi heme yang mudah diserap), tempe goreng (50 g, sumber protein nabati), dan sayur sop (wortel, buncis).
- Makan Malam (± 30%): Nasi putih (150 g), ikan kembung goreng (1 ekor sedang), tahu bacem (1 buah).
- Selingan (± 15%): Buah jeruk (1 buah, Vitamin C membantu penyerapan zat besi) dan biskuit.

- Edukasi Tambahan: Selain merancang menu, edukasi kepada Rina dan orang tuanya sangat penting. Jelaskan pentingnya mengonsumsi sumber zat besi dari hewani (daging, hati, ikan) karena lebih mudah diserap tubuh. Anjurkan untuk mengonsumsi buah sumber Vitamin C bersamaan dengan makan utama untuk meningkatkan penyerapan zat besi. Sebaliknya, anjurkan untuk menghindari minum teh atau kopi saat makan karena dapat menghambat penyerapan zat besi. Pendekatan yang menggabungkan perencanaan menu dengan konseling gizi terbukti lebih efektif dalam memperbaiki status gizi (Masri, 2021).

Rangkuman

Periode anak usia sekolah (6-12 tahun) merupakan masa transisi krusial yang ditandai oleh empat karakteristik utama yang secara kolektif membentuk status gizi mereka. Pertama, pertumbuhan fisik yang lebih lambat dan stabil—sering disebut masa pertumbuhan laten—dapat menimbulkan kelengahan terhadap masalah gizi yang berkembang perlahan. Kedua, perkembangan kognitif pada tahap operasional konkret memungkinkan anak memahami konsep sebab-akibat sederhana, membuka peluang emas untuk edukasi gizi dengan contoh nyata, seperti menghubungkan konsumsi sayur dengan energi untuk bermain. Ketiga, perluasan lingkungan sosial menjadikan teman sebaya sebagai pengaruh dominan dalam pemilihan makanan, sebuah faktor yang dapat dimanfaatkan secara positif maupun negatif. Keempat, peningkatan kemandirian, yang terwujud dalam pengelolaan uang jajan, membuat anak menjadi konsumen langsung yang rentan terhadap paparan iklan dan ketersediaan jajanan tidak sehat. Kombinasi karakteristik ini berkontribusi pada munculnya fenomena beban gizi ganda (*double burden of malnutrition*), di mana masalah gizi kurang (kurus, pendek/stunting, dan anemia defisiensi besi) dan gizi lebih (kelebihan berat badan dan obesitas) terjadi secara bersamaan dalam satu populasi. Bagi praktisi promosi kesehatan, pemahaman ini menggeser fokus intervensi dari yang semula hanya menyasar orang tua menjadi pendekatan multifaset yang melibatkan anak secara aktif, memberdayakan lingkungan sekolah, dan membekali anak dengan keterampilan memilih makanan sehat.

Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana tahap perkembangan kognitif operasional konkret pada anak usia sekolah dapat dimanfaatkan sebagai peluang sekaligus menjadi tantangan dalam merancang program edukasi gizi. Berikan contoh konkret pesan edukasi yang efektif dan tidak efektif berdasarkan teori Piaget untuk menjelaskan manfaat zat besi.
2. Bandingkan dan evaluasi pendekatan promosi kesehatan yang paling sesuai untuk mengatasi masalah stunting versus masalah obesitas pada anak usia 10 tahun di satu sekolah yang sama. Telaah perbedaan fokus intervensi, pesan kunci, dan pihak yang paling relevan untuk dilibatkan pada masing-masing masalah.
3. Rumuskan sebuah kerangka intervensi promosi gizi yang komprehensif untuk sebuah Sekolah Dasar yang belum memiliki kantin sehat. Kerangka tersebut harus secara eksplisit merespons keempat karakteristik anak sekolah yang dibahas dalam bab ini (pertumbuhan fisik, kognitif, psikososial, dan kemandirian).
4. Argumentasikan mengapa intervensi gizi yang hanya berfokus pada penyuluhan kepada orang tua dianggap tidak lagi memadai untuk anak usia sekolah. Gunakan konsep "pengaruh teman sebaya" dan "kemandirian dalam mengelola uang jajan" sebagai pilar utama argumen Anda untuk mendukung perlunya intervensi yang berpusat pada anak dan lingkungan sekolah.
5. Telaah hubungan antara fenomena "pertumbuhan fisik yang stabil" pada anak usia sekolah dengan

meningkatnya prevalensi gizi lebih (overweight/obesitas). Jelaskan mengapa laju pertumbuhan yang tidak secepat masa balita atau remaja ini justru dapat menciptakan "kelengahan" pada orang tua dan tenaga kesehatan yang berisiko.

b. Pilihan Berganda

1. Periode usia 6-12 tahun sering disebut sebagai masa "pertumbuhan laten" karena...
    a. pertumbuhan fisik berhenti sama sekali sebelum lonjakan masa remaja
    b. laju pertambahan berat dan tinggi badan lebih lambat dan stabil dibandingkan masa balita
    c. perkembangan kognitif dan sosial mengalami stagnasi sementara
    d. anak cenderung memiliki tingkat aktivitas fisik yang sangat rendah
2. Menurut teori Piaget, anak usia sekolah berada pada tahap perkembangan kognitif operasional konkret. Dalam konteks edukasi gizi, hal ini berarti mereka paling efektif belajar melalui...
    a. penjelasan abstrak tentang fungsi biokimia vitamin dan mineral
    b. contoh-contoh nyata dan hubungan sebab-akibat yang sederhana
    c. ceramah satu arah dari ahli gizi tanpa media visual
    d. menghafal daftar makanan sehat dan tidak sehat tanpa konteks
3. Seorang ahli promosi kesehatan ingin mengajarkan manfaat sayuran hijau kepada siswa kelas 3 SD. Manakah pesan yang paling sesuai dengan karakteristik kognitif mereka?

a. "Sayuran hijau mengandung antioksidan polifenol yang menangkal radikal bebas."
b. "Makan bayam membuat badan kuat dan tidak gampang capek saat main bola."
c. "Defisiensi folat pada sayuran hijau dapat mengganggu sintesis DNA."
d. "Indeks glikemik sayuran hijau rendah sehingga baik untuk metabolisme."

4. Pilihan jajanan seorang anak di sekolah seringkali sangat dipengaruhi oleh apa yang dibeli oleh teman-temannya. Faktor ini merupakan cerminan dari karakteristik perkembangan...
    a. kognitif operasional konkret
    b. psikososial dan peran teman sebaya
    c. kemandirian dalam mengelola uang
    d. pertumbuhan fisik yang stabil
5. Fenomena dimana masalah gizi kurang seperti stunting dan masalah gizi lebih seperti obesitas ditemukan pada populasi anak sekolah yang sama disebut...
    a. transisi epidemiologi
    b. paradoks gizi
    c. beban gizi ganda (double burden of malnutrition)
    d. malnutrisi unipolar
6. Seorang anak usia 8 tahun memiliki berat badan yang jauh di bawah standar untuk tinggi badannya (IMT/U < -2 SD). Anak tersebut terlihat lesu dan tidak bersemangat. Kondisi ini paling tepat dideskripsikan sebagai...
    a. pendek (stunting)
    b. kurus (wasting)
    c. anemia

d. obesitas

7. Stunting pada anak usia sekolah merupakan indikator dari masalah gizi yang bersifat...
    a. akut, terjadi akibat infeksi atau asupan makan yang baru saja menurun
    b. kronis, merupakan akumulasi kekurangan gizi sejak periode sebelumnya
    c. spesifik, hanya disebabkan oleh kekurangan asupan protein
    d. sementara, dapat dengan mudah diperbaiki dengan suplemen dalam sebulan
8. Masalah gizi mikro yang paling umum ditemukan pada anak usia sekolah dan secara langsung berdampak pada penurunan konsentrasi belajar dan prestasi akademik adalah...
    a. defisiensi Vitamin A
    b. defisiensi Yodium
    c. anemia defisiensi Besi
    d. defisiensi Kalsium
9. Penyebab utama meningkatnya kasus kelebihan berat badan dan obesitas pada anak sekolah adalah...
    a. ketidakseimbangan antara asupan energi tinggi dan pengeluaran energi rendah
    b. faktor genetik yang tidak dapat diubah sama sekali
    c. kebiasaan sarapan yang terlalu sering dan porsi besar
    d. konsumsi sayuran hijau yang berlebihan
10. Karakteristik pertumbuhan fisik yang stabil pada anak usia sekolah seringkali membuat orang tua kurang waspada terhadap masalah gizi. Pertambahan berat badan rata-rata per tahun pada periode ini adalah sekitar...

a. 0.5 - 1 kg
b. 2 - 3 kg
c. 5 - 6 kg
d. 8 - 10 kg

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Anda adalah seorang petugas promosi kesehatan di Puskesmas yang ditugaskan di SDN Harapan Jaya. Kepala sekolah mengeluhkan bahwa sebagian besar siswa membelanjakan uang jajannya pada penjual makanan keliling di luar gerbang sekolah yang menjual makanan tinggi gula dan lemak. Sekolah tidak memiliki kantin. Berdasarkan pemahaman Anda tentang karakteristik anak sekolah, rumuskan proposal intervensi yang terdiri dari tiga strategi utama yang menargetkan tiga sasaran berbeda (siswa, orang tua, dan pihak sekolah) untuk mendorong kebiasaan jajan yang lebih sehat.
2. Hasil skrining status gizi di sebuah SD di wilayah perkotaan menunjukkan data yang mengejutkan: 22% siswa mengalami stunting (pendek), sementara 18% lainnya mengalami kelebihan berat badan/obesitas. Sebagai calon ahli promosi kesehatan, Anda diminta untuk menjelaskan fenomena "beban gizi ganda" ini kepada dewan guru. Rumuskan poin-poin penjelasan Anda dan usulkan sebuah pesan promosi kesehatan tunggal yang dapat disampaikan di sekolah untuk mengatasi kedua masalah tersebut secara simultan tanpa menimbulkan kebingungan atau stigma.

BAB 5
GIZI REMAJA AWAL

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menerapkan konsep karakteristik biologis, psikologis, dan sosial remaja awal untuk mengidentifikasi potensi risiko gizi di lingkungan sekolah.
2. Menentukan alternatif intervensi promosi kesehatan yang sesuai untuk mengatasi masalah gizi spesifik pada remaja awal, seperti anemia defisiensi besi dan kelebihan berat badan.
3. Menganalisis determinan sosial, ekonomi, dan lingkungan yang memengaruhi status gizi remaja awal berdasarkan studi kasus yang diberikan.
4. Menghitung status gizi remaja awal menggunakan indeks antropometri Indeks Massa Tubuh menurut Usia (IMT/U) beserta interpretasinya secara akurat.
5. Menggunakan tabel Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk menyusun contoh menu seimbang dalam sehari bagi remaja awal sesuai dengan kebutuhan energinya.

B. Pendahuluan

Transisi dari masa kanak-kanak menuju remaja merupakan sebuah periode percepatan pertumbuhan (growth spurt) kedua yang paling krusial setelah masa bayi.

Namun, fase remaja awal (usia 10-14 tahun) ini seringkali menjadi titik buta dalam intervensi gizi, terjepit di antara program untuk balita dan fokus pada orang dewasa. Padahal, pada fase inilah fondasi kesehatan untuk seumur hidup diletakkan atau justru diruntuhkan oleh kebiasaan yang terbentuk. Di sinilah letak urgensi pemahaman gizi remaja awal bagi seorang calon ahli promosi kesehatan. Kegagalan dalam memenuhi kebutuhan gizi yang melonjak pada periode ini akan memunculkan konsekuensi jangka panjang. Konsep ini menjadi sangat nyata ketika kita melihat fenomena beban ganda masalah gizi (double burden of malnutrition) di Indonesia. Di satu sisi, data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) secara konsisten menunjukkan prevalensi anemia yang mengkhawatirkan pada remaja putri, yang secara langsung mengancam kapasitas belajar dan produktivitas mereka di masa depan. Bayangkan seorang siswi SMP di sebuah kabupaten di Nusa Tenggara Timur yang sering mengantuk di kelas dan tidak dapat berkonsentrasi; kondisi ini bukan cerminan kemalasan, melainkan bisa jadi merupakan manifestasi klinis dari defisiensi zat besi kronis. Di sisi lain, di kota-kota besar seperti Jakarta atau Surabaya, kita menyaksikan tren peningkatan prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas. Remaja terpapar pada bombardir iklan makanan ultra-proses yang padat kalori namun miskin nutrien, serta memiliki akses mudah terhadap jajanan dan minuman manis yang menjadi simbol status sosial di kalangan teman sebaya. Implikasinya jelas: seorang promotor kesehatan tidak dapat lagi menerapkan pendekatan generik, melainkan harus mampu mendesain intervensi yang tajam dan kontekstual, yang mampu menjawab tantangan anemia di pedesaan sekaligus membentengi remaja perkotaan dari jerat obesitas.

Memahami kompleksitas tersebut adalah inti dari kompetensi profesional Anda. Perilaku makan remaja tidak terbentuk di ruang hampa; ia dipengaruhi oleh jejaring determinan yang rumit. Konsep determinan perilaku kesehatan menunjukkan bahwa faktor-faktor seperti tekanan teman sebaya (peer pressure), citra tubuh (body image) yang dibentuk media, serta meningkatnya otonomi dalam memilih makanan menjadi sangat dominan. Sebagai contoh konkret, pertimbangkan pengaruh tren media sosial di kalangan remaja Indonesia. Seorang remaja putri mungkin secara drastis membatasi asupan makannya karena terinspirasi oleh vlog "what I eat in a day" dari seorang influencer dengan standar tubuh yang tidak realistis, sehingga ia berisiko mengalami defisiensi energi dan mikronutrien. Sebaliknya, remaja lain mungkin menghabiskan uang sakunya untuk mencoba berbagai makanan "viral" yang dipromosikan di platform TikTok, yang seringkali tinggi gula, garam, dan lemak. Implikasinya bagi Anda sebagai praktisi adalah keharusan untuk tidak hanya sekadar memberikan penyuluhan tentang "makanan sehat", tetapi juga membekali remaja dengan literasi media, kemampuan berpikir kritis, dan keterampilan untuk membuat keputusan gizi yang berdaya di tengah derasnya arus informasi. Oleh karena itu, bab ini dirancang untuk membekali Anda dengan perangkat analisis dan aplikasi yang konkret. Kita akan memulai dengan membedah karakteristik unik remaja awal dan berbagai masalah gizi yang spesifik pada kelompok ini. Selanjutnya, kita akan mengupas secara mendalam berbagai determinan yang memengaruhi status gizi mereka. Bagian paling aplikatif dari bab ini akan memandu Anda secara langkah-demi-langkah untuk mampu menghitung status gizi menggunakan standar yang berlaku dan menerapkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) dalam perencanaan menu praktis.

C. Definisi dan karakteristik remaja awal

Memasuki gerbang remaja awal, yang secara kronologis didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai rentang usia 10 hingga 14 tahun, menandai salah satu periode transisi paling dinamis dalam siklus kehidupan manusia. Fase ini merupakan jembatan antara masa kanak-kanak yang dependen (seperti yang dibahas pada Bab 4) dan masa remaja pertengahan yang lebih mandiri. Memahami karakteristik unik pada tahap ini adalah prasyarat fundamental bagi seorang ahli promosi kesehatan untuk merancang intervensi yang relevan dan efektif. Karakteristik ini tidak dapat dilihat secara terpisah, melainkan sebagai sebuah konstelasi perubahan biologis, psikologis, dan sosial yang saling memengaruhi dan secara langsung membentuk perilaku gizi.

Secara biologis, remaja awal adalah panggung bagi pacu tumbuh kedua (*second growth spurt*) setelah masa bayi. Percepatan pertumbuhan ini ditandai dengan pertambahan tinggi dan berat badan yang signifikan, serta pematangan organ seksual. Pada remaja putri, peristiwa biologis yang paling menonjol adalah menarche atau menstruasi pertama, yang menandai dimulainya siklus reproduksi. Usia menarche sangat dipengaruhi oleh status gizi; remaja dengan status gizi baik cenderung mengalami menarche pada usia yang lebih normal dibandingkan mereka yang mengalami gizi kurang (Alam, 2021). Sebagai contoh, data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan variasi usia menarche antar wilayah, yang berkorelasi dengan kondisi sosial-ekonomi dan gizi. Konsekuensi langsung dari perubahan biologis ini adalah lonjakan kebutuhan zat gizi, terutama energi, protein, kalsium untuk mineralisasi tulang, dan zat besi untuk menggantikan kehilangan darah selama menstruasi serta mendukung peningkatan volume darah.

Dari perspektif psikologis, remaja awal berada dalam fase pencarian identitas. Mereka mulai melepaskan diri dari citra diri sebagai "anak-anak" dan mencoba berbagai peran baru. Pada tahap ini, kelompok teman sebaya (*peer group*) mengambil alih peran keluarga sebagai rujukan utama dalam membentuk norma dan perilaku, termasuk perilaku makan. Tekanan untuk diterima oleh kelompok dapat membuat seorang remaja di SMPN 2 Garawangi, Kuningan, misalnya, lebih memilih mengonsumsi jajanan populer yang kurang sehat bersama teman-temannya daripada membawa bekal dari rumah. Isu citra tubuh (*body image*) juga menjadi sangat dominan. Paparan media sosial yang menampilkan standar tubuh tidak realistis seringkali memicu ketidakpuasan terhadap bentuk tubuh, terutama pada remaja putri. Hal ini dapat mendorong mereka untuk melakukan diet ketat yang tidak sehat, yang berisiko menyebabkan defisiensi mikronutrien dan gangguan makan (Astini, 2021).

Secara sosial, karakteristik utama remaja awal adalah meningkatnya otonomi dan waktu yang dihabiskan di luar rumah, terutama di lingkungan sekolah. Mereka mulai memiliki uang saku sendiri dan kebebasan untuk memilih makanan atau jajanan. Kondisi ini menciptakan "momen kritis" di mana kebiasaan makan seumur hidup dapat terbentuk. Seorang siswa di Pekanbaru, misalnya, mungkin menghabiskan sebagian besar uang sakunya di kantin sekolah atau pedagang makanan di sekitar sekolah (Hafiza, 2021). Pilihan yang mereka buat—apakah membeli minuman manis kemasan atau air mineral, memilih gorengan atau buah potong—akan sangat bergantung pada pengetahuan gizi yang mereka miliki, ketersediaan pilihan makanan sehat, dan norma sosial yang berlaku di lingkungan sekolah mereka. Oleh karena itu, intervensi promosi kesehatan tidak cukup hanya menargetkan individu, tetapi juga harus menyentuh

ekosistem sosial di sekitarnya, yang akan dibahas lebih lanjut pada Bab 8 dan 9.

D. Masalah gizi pada remaja awal

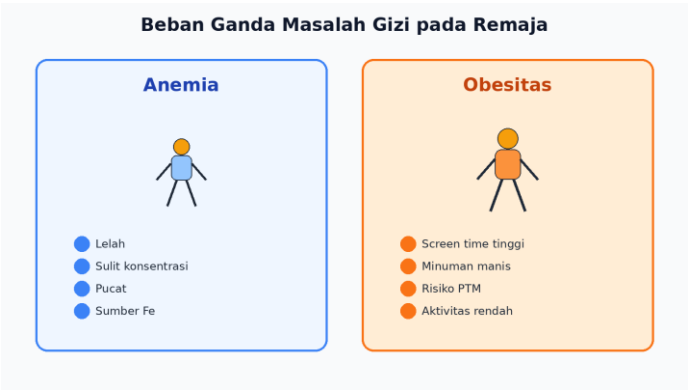
Periode remaja awal merupakan masa yang sangat rentan terhadap berbagai masalah gizi. Perubahan fisiologis yang cepat, ditambah dengan dinamika psikososial yang kompleks, menciptakan sebuah "badai sempurna" yang dapat mengarah pada kondisi malnutrisi. Di Indonesia, seperti di banyak negara berkembang lainnya, remaja awal dihadapkan pada beban ganda masalah gizi (*double burden of malnutrition*), di mana masalah gizi kurang dan gizi lebih terjadi secara bersamaan dalam satu populasi, bahkan terkadang dalam satu komunitas atau keluarga. Seorang ahli promosi kesehatan harus mampu mengidentifikasi dan merespons kedua spektrum masalah ini secara simultan.

Masalah gizi kurang yang paling prevalen dan berdampak serius pada remaja awal, khususnya remaja putri, adalah anemia defisiensi besi. Anemia adalah kondisi di mana kadar hemoglobin dalam darah berada di bawah normal, yang mengakibatkan penurunan kapasitas darah untuk mengangkut oksigen ke seluruh tubuh. Penyebab utamanya pada remaja putri adalah kombinasi antara asupan zat besi yang tidak adekuat dari makanan, kehilangan zat besi melalui menstruasi yang baru dimulai, serta kebutuhan yang meningkat untuk mendukung pacu tumbuh. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) secara konsisten menunjukkan prevalensi anemia yang mengkhawatirkan pada kelompok usia ini, di mana studi di berbagai daerah seperti Kabupaten Kuningan dan Cibeber mengonfirmasi tingginya angka kejadian ini di tingkat sekolah menengah pertama (Nurjannah, 2021; Qomarasari, 2022). Dampak anemia sangat merugikan: remaja menjadi mudah lelah, sulit berkonsentrasi

di sekolah, dan memiliki daya tahan tubuh yang rendah. Kondisi ini secara langsung menghambat potensi akademik dan perkembangan kognitif mereka.

Di sisi lain spektrum, masalah gizi lebih—yaitu kelebihan berat badan (*overweight*) dan obesitas—menunjukkan tren peningkatan yang tajam, terutama di wilayah perkotaan. Perubahan gaya hidup menjadi lebih sedentari (kurang aktivitas fisik akibat meningkatnya waktu layar untuk gawai dan televisi) serta pergeseran pola konsumsi ke arah makanan olahan padat energi, tinggi gula, garam, dan lemak (*ultra-processed foods*) menjadi pemicu utamanya. Kebiasaan makan yang tidak sehat, seperti sering mengonsumsi makanan cepat saji dan minuman manis, sangat berkontribusi terhadap status gizi lebih pada remaja (Hafiza, 2021). Sebagai contoh, seorang siswa SMP di kota besar seperti Jakarta atau Surabaya mungkin lebih sering mengonsumsi ayam goreng krispi dan boba *milk tea* sebagai bagian dari gaya hidup sosialnya bersama teman-teman, dibandingkan mengonsumsi sayur dan buah. Obesitas pada masa remaja tidak hanya berdampak pada penampilan dan isu psikologis seperti perundungan (*bullying*), tetapi juga merupakan faktor risiko utama untuk penyakit tidak menular (seperti diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi) di kemudian hari.

Ilustrasi visual seringkali dapat membantu dalam memahami kontras antara dua masalah gizi ini.



Gambar 5. 1. Beban Ganda Masalah Gizi pada Remaja: Anemia dan Obesitas

Gambar di atas secara visual merangkum dua kutub masalah gizi yang dihadapi remaja awal di Indonesia. Memahami manifestasi, penyebab, dan konsekuensi dari anemia dan obesitas adalah langkah pertama bagi mahasiswa untuk dapat merancang program promosi kesehatan yang tepat sasaran dan efektif. Selain dua masalah utama ini, defisiensi mikronutrien lain seperti kalsium dan vitamin D juga menjadi perhatian, mengingat pentingnya zat gizi ini untuk mencapai puncak massa tulang (*peak bone mass*) yang akan menjadi investasi kesehatan tulang seumur hidup.

E. Determinan atau faktor yang mempengaruhi keadaan gizi

Status gizi seorang remaja awal tidak terbentuk dalam ruang hampa, melainkan merupakan hasil interaksi kompleks dari berbagai faktor yang saling terkait. Memahami determinan-determinan ini, sebagaimana dijelaskan dalam kerangka ekologi sosial, sangat krusial bagi seorang promotor kesehatan untuk merancang intervensi yang tidak hanya menyasar individu, tetapi juga mengubah lingkungan yang membentuk perilaku mereka. Faktor-faktor ini dapat

dikelompokkan ke dalam beberapa tingkatan, mulai dari level individu hingga kebijakan.

Pada level individu, pengetahuan, sikap, dan persepsi memegang peranan penting. Tingkat pengetahuan gizi yang rendah seringkali berkorelasi dengan pemilihan makanan yang buruk (Sagala, 2021). Seorang remaja yang tidak memahami konsep Gizi Seimbang mungkin tidak menyadari bahwa minuman boba yang ia konsumsi setiap hari mengandung kalori setara dengan satu porsi makan besar. Selain pengetahuan, faktor psikologis seperti citra tubuh (*body image*) menjadi determinan yang sangat kuat, terutama pada remaja putri. Ketidakpuasan terhadap bentuk tubuh dapat mengarahkan pada perilaku makan yang salah, seperti diet yang terlalu ketat atau bahkan melewatkan waktu makan, yang pada akhirnya berdampak negatif pada status gizi (Astini, 2021). Kebiasaan makan personal, termasuk frekuensi dan jenis jajanan yang dipilih di sekolah, juga secara langsung memengaruhi asupan energi dan zat gizi harian (Nasriyah, 2021).

Pada level interpersonal, pengaruh keluarga dan teman sebaya menjadi sangat dominan. Meskipun otonomi remaja meningkat, peran orang tua dalam menyediakan makanan sehat di rumah dan menjadi teladan perilaku makan yang baik tetaplah fundamental (Munawaroh, 2022). Keluarga yang terbiasa mengonsumsi sayur dan buah setiap hari akan membentuk preferensi dan kebiasaan yang sama pada anak remajanya. Namun, pada fase ini, pengaruh teman sebaya seringkali lebih kuat. Tekanan sosial untuk mencoba makanan "viral" di media sosial atau makan di gerai makanan cepat saji sebagai bagian dari aktivitas sosial dapat mengesampingkan kebiasaan sehat yang ditanamkan di rumah. Sebagai contoh, tren "mabar" (main bareng) game online di kalangan remaja

laki-laki di perkotaan seringkali diiringi dengan konsumsi mi instan dan minuman berenergi hingga larut malam, sebuah perilaku yang didorong oleh norma kelompok.

Pada level lingkungan atau komunitas, faktor-faktor seperti ketersediaan dan aksesibilitas pangan sangat menentukan. Lingkungan sekitar sekolah yang dipenuhi oleh penjual makanan tinggi gula, garam, dan lemak dengan harga terjangkau akan mempersulit remaja untuk membuat pilihan yang sehat. Sebaliknya, sekolah yang memiliki kebijakan kantin sehat dan menyediakan air minum gratis akan menciptakan lingkungan yang mendukung. Selain lingkungan fisik, lingkungan media juga merupakan determinan kuat. Remaja merupakan target utama pemasaran produk makanan dan minuman tidak sehat melalui berbagai platform, mulai dari televisi hingga media sosial seperti Instagram dan TikTok. Paparan iklan yang masif ini membentuk persepsi bahwa makanan tersebut adalah sesuatu yang "keren", normal, dan diinginkan.

Terakhir, pada level kebijakan, program dan regulasi pemerintah dapat menjadi determinan makro yang kuat. Salah satu contoh konkret di Indonesia adalah program pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) mingguan bagi remaja putri di sekolah. Program ini merupakan intervensi kebijakan yang dirancang untuk mengatasi tingginya prevalensi anemia. Pengetahuan dan sikap remaja putri terhadap program ini akan sangat menentukan keberhasilan dan kepatuhan konsumsi TTD (Rizkiana, 2022). Kebijakan lain yang potensial adalah regulasi tentang pemasaran makanan tidak sehat kepada anak-anak, fortifikasi pangan (misalnya penambahan zat besi pada tepung terigu), dan penerapan pajak atas minuman berpemanis. Menganalisis jejaring determinan ini memungkinkan seorang promotor

kesehatan untuk mengidentifikasi titik-titik ungkit (*leverage points*) yang paling strategis untuk intervensi.

F. Perhitungan berat badan ideal dan status gizi

Setelah memahami berbagai masalah gizi dan determinannya, seorang ahli promosi kesehatan harus memiliki kompetensi praktis untuk menilai status gizi remaja. Penilaian ini merupakan langkah fundamental untuk skrining, diagnosis, dan pemantauan intervensi gizi. Sebagaimana akan diuraikan lebih detail pada Bab 7, metode yang paling umum, praktis, dan dianjurkan secara internasional untuk menilai status gizi remaja adalah dengan menggunakan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) atau *BMI-for-age*. Berbeda dengan orang dewasa yang menggunakan nilai ambang batas IMT absolut, penilaian pada anak dan remaja harus mempertimbangkan perubahan komposisi tubuh yang normal seiring dengan pertumbuhan dan pematangan seksual, sehingga harus dibandingkan dengan kurva rujukan berdasarkan usia dan jenis kelamin.

Proses perhitungan dan interpretasi status gizi menggunakan IMT/U melibatkan beberapa langkah sistematis. Metode ini telah terbukti sebagai alat skrining yang efektif untuk mengidentifikasi remaja yang berisiko mengalami gizi kurang maupun gizi lebih (Muchtar, 2022).

> **DEFINISI**
> **Indeks Massa Tubuh (IMT)** adalah indeks sederhana dari berat badan terhadap tinggi badan yang digunakan untuk mengklasifikasikan kelebihan berat badan dan obesitas. IMT didefinisikan sebagai berat badan seseorang dalam kilogram dibagi dengan kuadrat tinggi badan dalam meter (kg/m^2).

Langkah-langkah untuk menentukan status gizi remaja awal adalah sebagai berikut:

1. **Pengukuran Antropometri**: Lakukan pengukuran berat badan (BB) menggunakan timbangan digital dengan ketelitian 0,1 kg dan tinggi badan (TB) menggunakan mikrotoa dengan ketelitian 0,1 cm. Pastikan subjek mengenakan pakaian minimal dan tidak beralas kaki. Pengukuran yang akurat adalah kunci untuk mendapatkan hasil yang valid (Rahmadi, 2023).
2. **Konversi Satuan**: Pastikan berat badan dalam satuan kilogram (kg) dan tinggi badan dalam satuan meter (m). Jika tinggi badan diukur dalam sentimeter, konversikan ke meter dengan membaginya dengan 100.
3. **Perhitungan IMT**: Gunakan rumus IMT = BB (kg) / [TB (m)]^2.
4. **Plotting pada Kurva**: Plot nilai IMT yang diperoleh pada kurva IMT/U yang sesuai dengan jenis kelamin dan usia (dalam bulan atau tahun) subjek. Kurva rujukan yang digunakan di Indonesia adalah kurva pertumbuhan WHO 2007 yang diadaptasi dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak.
5. **Interpretasi Z-Score**: Tentukan posisi plot pada kurva untuk mengetahui nilai Z-score. Status gizi kemudian diklasifikasikan berdasarkan nilai Z-score tersebut.

Untuk memudahkan interpretasi, klasifikasi status gizi berdasarkan Z-score IMT/U telah ditetapkan secara standar. Berikut adalah tabel klasifikasi yang digunakan.

Tabel 5. 1. Klasifikasi Status Gizi Remaja Usia 5-18 Tahun Berdasarkan Z-Score IMT/U

Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Gizi Buruk (*Severely Wasted*)	< -3 SD
Gizi Kurang (*Wasted*)	-3 SD sampai < -2 SD
Gizi Baik (Normal)	-2 SD sampai +1 SD
Berisiko Gizi Lebih (*Overweight*)	> +1 SD sampai +2 SD
Gizi Lebih (*Obese*)	> +2 SD

Sumber: Diadaptasi dari Permenkes RI No. 2 Tahun 2020

Tabel di atas menjadi panduan praktis bagi tenaga kesehatan dalam menerjemahkan hasil perhitungan menjadi sebuah diagnosis status gizi yang dapat ditindaklanjuti.

✎ **CONTOH**

Studi Kasus: Menilai Status Gizi Budi

Budi adalah seorang siswa laki-laki berusia 12 tahun 6 bulan (150 bulan). Hasil pengukuran menunjukkan berat badannya 48 kg dan tinggi badannya 152 cm.

1. **Konversi TB**: 152 cm = 1,52 m.
2. **Hitung IMT**: IMT = 48 / $(1{,}52)^2$ = 48 / 2,3104 = 20,77 kg/m^2.
3. **Plotting**: Nilai IMT 20,77 diplot pada kurva IMT/U untuk anak laki-laki pada usia 150 bulan.
4. **Interpretasi**: Setelah diplot, ditemukan bahwa nilai tersebut berada di antara +1 SD dan +2 SD. Berdasarkan Tabel 5.1, status gizi Budi dikategorikan sebagai **Berisiko Gizi Lebih (*Overweight*)**. Hasil ini mengindikasikan bahwa Budi memerlukan intervensi promosi kesehatan untuk modifikasi diet dan peningkatan aktivitas fisik guna mencegah progresivitas menjadi obesitas.

G. Angka kecukupan gizi dan kebutuhan gizi remaja awal

Setelah mampu menilai status gizi, kompetensi selanjutnya yang harus dikuasai adalah menerapkan konsep Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk merencanakan asupan gizi yang adekuat bagi remaja awal. AKG, atau *Recommended Dietary Allowance* (RDA), adalah suatu kecukupan rata-rata zat gizi setiap hari bagi hampir semua orang sehat (97,5%) menurut golongan umur, jenis kelamin, dan kondisi fisiologis untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Di Indonesia, acuan resmi yang digunakan adalah AKG yang ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2019. AKG bukanlah kebutuhan individual yang presisi, melainkan sebuah rujukan untuk perencanaan dan penilaian asupan gizi populasi.

Kebutuhan gizi pada masa remaja awal melonjak drastis untuk mendukung tiga proses utama: percepatan pertumbuhan linear (tinggi badan), pertambahan massa tubuh (otot dan lemak), serta pematangan seksual. Kebutuhan energi dan zat gizi makro (karbohidrat, protein, lemak) serta mikro (vitamin dan mineral) berbeda secara signifikan antara laki-laki dan perempuan, dan juga bervariasi seiring pertambahan usia dalam rentang remaja awal itu sendiri.

Tabel 5. 2. Angka Kecukupan Gizi (AKG) Rata-rata per Orang per Hari untuk Remaja Awal

Zat Gizi	Laki-laki (10-12 tahun)	Perempuan (10-12 tahun)	Laki-laki (13-15 tahun)	Perempuan (13-15 tahun)
Energi (kkal)	2.100	2.000	2.400	2.100
Protein (g)	55	55	70	65

Zat Gizi	Laki-laki (10-12 tahun)	Perempuan (10-12 tahun)	Laki-laki (13-15 tahun)	Perempuan (13-15 tahun)
Lemak Total (g)	70	65	80	70
Karbohidrat (g)	300	280	350	300
Kalsium (mg)	1.200	1.200	1.200	1.200
Zat Besi (mg)	8	8	11	15
Vitamin C (mg)	50	50	75	65

Sumber: Diadaptasi dari Permenkes RI No. 28 Tahun 2019

Tabel di atas menyoroti beberapa poin penting. Pertama, kebutuhan energi dan protein pada laki-laki cenderung lebih tinggi, terutama memasuki usia 13-15 tahun, karena massa otot mereka berkembang lebih pesat. Kedua, kebutuhan kalsium mencapai puncaknya pada periode ini (1.200 mg/hari) baik untuk laki-laki maupun perempuan. Ini adalah "jendela peluang" kritis untuk membangun kepadatan tulang maksimal (*peak bone mass*) demi mencegah osteoporosis di usia tua. Ketiga, dan yang paling krusial dari sudut pandang kesehatan masyarakat, adalah lonjakan kebutuhan zat besi pada perempuan dari 8 mg menjadi 15 mg per hari saat memasuki usia 13-15 tahun. Peningkatan hampir dua kali lipat ini disebabkan oleh mulainya menstruasi, yang jika tidak diimbangi dengan asupan yang cukup, akan dengan cepat menyebabkan anemia (Rusdi, 2021).

Menerapkan AKG dalam praktik promosi kesehatan berarti menerjemahkan angka-angka ini menjadi rekomendasi makanan yang nyata dan mudah dipahami. Ini adalah inti dari level kognitif "menerapkan". Seorang ahli gizi tidak hanya mengatakan "Anda butuh 15 mg zat besi," tetapi juga "Untuk memenuhi kebutuhan zat besi, pastikan makan sumber hewani seperti hati ayam atau daging merah 2-3 kali seminggu, dan perbanyak sayuran hijau seperti bayam, serta jangan lupa makan buah sumber vitamin C seperti jeruk setelah makan untuk membantu penyerapannya." Konsumsi sayur dan buah yang adekuat merupakan salah satu pilar untuk memenuhi kebutuhan mikronutrien dan menjaga status gizi yang baik (Arza, 2021).

✎ **CONTOH**

Aplikasi AKG dalam Menu Sehari untuk Remaja Putri (14 tahun, ~2100 kkal)

Makan Pagi (06.30)*: 1 porsi Nasi Goreng Sayuran (nasi, telur, sawi, wortel) + 1 gelas susu kalsium tinggi. (Memenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, dan kalsium).*

Selingan Pagi (10.00)*: 1 buah pisang Ambon. (Sumber kalium dan karbohidrat).*

Makan Siang (12.30)*: 1 porsi nasi putih, 1 potong ayam bakar, 1 mangkuk sayur bayam bening, 1 potong tempe goreng. (Sumber protein, zat besi dari bayam, dan energi).*

Selingan Sore (16.00)*: 1 potong pepaya + 1 gelas jus jeruk tanpa gula. (Sumber vitamin A, dan vitamin C untuk membantu penyerapan zat besi dari makan siang).*

Makan Malam (19.00)*: 1 porsi nasi putih, 1 ekor ikan kembung bumbu kuning, 1 porsi tumis kangkung. (Sumber protein, omega-3 dari ikan, dan zat besi dari kangkung).*

Contoh menu ini menunjukkan bagaimana prinsip Gizi Seimbang dapat diterapkan untuk memenuhi kebutuhan gizi spesifik remaja awal, dengan fokus pada variasi, kecukupan energi, dan pemenuhan zat gizi mikro kritis seperti zat besi dan kalsium.

Rangkuman

Periode remaja awal (10-14 tahun) merupakan fase transisi krusial yang ditandai oleh konstelasi perubahan biologis, psikologis, dan sosial yang saling terkait dan secara fundamental membentuk perilaku gizi. Secara biologis, pacu tumbuh kedua dan pematangan seksual, seperti menarche pada remaja putri, menyebabkan lonjakan kebutuhan zat gizi esensial seperti energi, protein, kalsium, dan zat besi. Status gizi yang baik menjadi prasyarat untuk melewati fase ini secara optimal. Dari sisi psikologis, pergeseran rujukan dari keluarga ke kelompok teman sebaya (*peer group*) dan menguatnya isu citra tubuh (*body image*)—yang sering diperburuk oleh media sosial—secara langsung memengaruhi pilihan makanan dan dapat memicu praktik diet tidak sehat. Secara sosial, meningkatnya otonomi, kepemilikan uang saku, dan waktu yang dihabiskan di lingkungan sekolah menciptakan "momen kritis" pembentukan kebiasaan makan jangka panjang. Interaksi kompleks dari ketiga domain ini menciptakan kerentanan terhadap beban ganda masalah gizi (*double burden of malnutrition*), di mana anemia defisiensi besi dan obesitas muncul sebagai dua kutub masalah utama di Indonesia. Anemia menghambat potensi kognitif dan akademik, sementara obesitas meningkatkan risiko penyakit tidak menular di masa depan. Bagi seorang ahli promosi kesehatan, pemahaman holistik ini mengimplikasikan bahwa intervensi yang efektif tidak bisa hanya menyasar individu, melainkan harus merancang strategi yang juga memodifikasi ekosistem sosial dan lingkungan fisik remaja, seperti kantin sekolah dan norma kelompok sebaya.

Latihan

a. Essay

1. Analisislah bagaimana interaksi antara faktor psikologis (pengaruh *peer group* dan isu *body image*) dengan faktor sosial (peningkatan otonomi dan ketersediaan jajanan di lingkungan sekolah) dapat secara sinergis menciptakan pola makan tidak sehat pada seorang remaja awal. Gunakan contoh konkret untuk memperkuat analisis Anda.
2. Evaluasilah pernyataan berikut: "Menangani anemia pada remaja putri bukan sekadar urusan suplementasi tablet tambah darah, tetapi merupakan investasi strategis untuk memutus siklus antargenerasi dari stunting dan masalah gizi lainnya." Argumentasikan jawaban Anda dengan mengaitkan dampak anemia pada remaja dengan kesehatan reproduksi dan status gizi generasi berikutnya.
3. Bandingkan dan kontraskan pendekatan promosi kesehatan yang paling tepat untuk mengatasi masalah anemia dengan pendekatan untuk mengatasi obesitas pada remaja awal di satu sekolah yang sama. Telaah potensi tantangan dalam mengimplementasikan kedua program tersebut secara simultan di lingkungan sekolah.
4. Rumuskan sebuah kerangka intervensi promosi gizi berbasis sekolah yang secara spesifik menargetkan "momen kritis" saat remaja awal mulai memiliki otonomi dalam memilih makanan. Kerangka tersebut harus mencakup setidaknya tiga komponen yang menyasar individu, lingkungan sosial (*peer group*), dan lingkungan fisik (kantin sekolah).

5. Argumentasikan mengapa intervensi gizi yang hanya berfokus pada penyampaian informasi mengenai "piring makanku" atau "gizi seimbang" seringkali tidak efektif mengubah perilaku makan remaja awal. Kaitkan argumentasi Anda dengan karakteristik psikologis dan sosial yang dominan pada fase perkembangan ini, seperti pencarian identitas dan peran sentral teman sebaya.

b. Pilihan Berganda

1. Menurut definisi WHO yang dikutip dalam bab ini, rentang usia yang dikategorikan sebagai remaja awal adalah...
    a. 8-12 tahun
    b. 10-14 tahun
    c. 12-16 tahun
    d. 15-19 tahun
2. Percepatan pertumbuhan signifikan yang terjadi pada masa remaja awal, setelah periode masa bayi, dikenal dengan istilah...
    a. Pubertas primer
    b. Maturasi biologis
    c. *Second growth spurt*
    d. Puncak massa tulang
3. Peristiwa biologis pada remaja putri yang sangat dipengaruhi oleh status gizi dan menandai dimulainya siklus reproduksi adalah...
    a. Menopause
    b. Menarche
    c. Ovulasi
    d. Pubertas

4. Dari perspektif psikologis, rujukan utama yang paling berpengaruh dalam membentuk norma dan perilaku makan remaja awal adalah...
    a. Keluarga inti
    b. Guru di sekolah
    c. Kelompok teman sebaya (*peer group*)
    d. Tokoh masyarakat
5. Paparan standar tubuh yang tidak realistis di media sosial seringkali memicu ketidakpuasan terhadap bentuk tubuh pada remaja, sebuah isu yang dikenal sebagai...
    a. Krisis identitas
    b. Tekanan sosial
    c. Citra tubuh (*body image*)
    d. Disformia otot
6. Kondisi di mana masalah gizi kurang (seperti anemia) dan gizi lebih (seperti obesitas) terjadi secara bersamaan dalam satu populasi disebut...
    a. Transisi epidemiologi
    b. Paradoks gizi
    c. Malnutrisi ganda
    d. Beban ganda masalah gizi (*double burden of malnutrition*)
7. Masalah gizi kurang yang paling prevalen pada remaja putri, yang disebabkan oleh kombinasi asupan zat besi rendah, kebutuhan meningkat, dan kehilangan darah akibat menstruasi, adalah...
    a. Defisiensi yodium
    b. Anemia defisiensi besi
    c. Kurang Energi Kronis (KEK)
    d. Stunting
8. Salah satu dampak utama anemia pada performa remaja di sekolah adalah...

a. Peningkatan nafsu makan
b. Hiperaktivitas dan sulit tidur
c. Kesulitan berkonsentrasi dan mudah lelah
d. Peningkatan berat badan secara drastis

9. Peningkatan tajam kasus obesitas pada remaja di perkotaan terutama dipicu oleh perubahan gaya hidup, yaitu...
    a. Peningkatan aktivitas fisik dan konsumsi serat
    b. Gaya hidup sedentari dan konsumsi makanan olahan padat energi
    c. Penurunan waktu tidur dan peningkatan stres akademik
    d. Peningkatan konsumsi suplemen vitamin dan mineral
10. Meningkatnya otonomi dan kepemilikan uang saku pada remaja awal menciptakan sebuah "momen kritis" karena...
    a. Mereka cenderung menghabiskan semua uangnya untuk hiburan
    b. Kebiasaan memilih makanan yang terbentuk pada fase ini dapat bertahan seumur hidup
    c. Orang tua tidak lagi memiliki kontrol sama sekali atas keuangan anak
    d. Sekolah mewajibkan siswa untuk jajan di kantin

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Anda adalah seorang ahli promosi kesehatan yang ditugaskan di SMPN 3 Ciawigebang, sebuah sekolah di wilayah sub-urban dengan prevalensi anemia pada siswi kelas 8 mencapai 45% dan tren peningkatan kasus kelebihan berat badan pada siswa laki-laki. Pihak sekolah melaporkan bahwa kantin didominasi oleh penjual gorengan dan minuman manis,

sementara siswi sering melewatkan sarapan karena takut gemuk. Rumuskan sebuah proposal intervensi promosi gizi terpadu untuk sekolah tersebut. Proposal Anda harus menguraikan minimal tiga strategi utama yang secara simultan menyasar masalah anemia dan obesitas dengan mempertimbangkan karakteristik psikososial remaja.

2. Ibu Rina datang berkonsultasi kepada Anda sebagai ahli gizi di puskesmas. Ia khawatir dengan putranya, Budi, 13 tahun, yang baru-baru ini didiagnosis obesitas. Budi menghabiskan lebih dari 4 jam sehari bermain game online sambil mengonsumsi camilan keripik dan minuman bersoda. Setiap kali Ibu Rina mencoba membatasi waktu layar atau mengganti camilannya dengan buah, Budi menjadi marah dan menarik diri. Berdasarkan prinsip promosi kesehatan yang berpusat pada klien, telaah situasi ini dan susunlah kerangka konseling untuk Ibu Rina. Kerangka tersebut harus berisi (a) analisis akar masalah perilaku Budi dari perspektif psikososial remaja, dan (b) rekomendasi langkah-langkah komunikatif dan strategis yang bisa Ibu Rina ambil untuk melibatkan Budi dalam perubahan gaya hidup secara positif, bukan dengan paksaan.

BAB 6
GIZI REMAJA PERTENGAHAN (SMA)

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan karakteristik perkembangan fisik, kognitif, dan psikososial remaja pertengahan serta implikasinya terhadap perilaku dan pilihan makan.
2. Menentukan potensi masalah gizi (gizi lebih, gizi kurang, dan anemia) pada remaja pertengahan berdasarkan analisis determinan sosial dan lingkungan pada sebuah studi kasus.
3. Menghitung status gizi remaja pertengahan menggunakan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) berdasarkan standar antropometri Kementerian Kesehatan RI.
4. Menerapkan prinsip Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk menyusun alternatif rancangan menu seimbang harian bagi remaja pertengahan dengan berbagai tingkat aktivitas fisik.
5. Mengimplementasikan teknik komunikasi persuasif dalam sebuah simulasi konseling gizi singkat untuk mengatasi kebiasaan jajan tidak sehat pada remaja SMA.

B. Pendahuluan

Masa remaja pertengahan, yang mencakup siswa Sekolah Menengah Atas (SMA) pada rentang usia 15-17 tahun, merupakan sebuah paradoks nutrisi. Di satu sisi, ini adalah periode puncak pertumbuhan dan perkembangan yang menuntut asupan gizi optimal. Di sisi lain, periode ini ditandai dengan meningkatnya otonomi, pengaruh teman sebaya yang kuat, dan paparan masif terhadap lingkungan pangan yang tidak selalu sehat, menjadikannya salah satu kelompok usia paling rentan secara gizi. Konsep peningkatan otonomi dalam memilih pangan ini dapat kita amati dengan jelas di lingkungan sekitar sekolah-sekolah di Indonesia. Sebagai contoh, seorang siswa SMA di Yogyakarta kini memiliki kebebasan finansial dari uang saku untuk memilih antara membeli paket makan siang sehat yang disediakan kantin sekolah atau bergabung dengan teman-temannya membeli minuman boba tinggi gula dan seblak dengan kadar natrium berlebih dari pedagang di luar gerbang sekolah. Implikasinya sangat signifikan bagi kesehatan masyarakat: munculnya beban ganda masalah gizi (double burden of malnutrition). Di satu sekolah yang sama, tidak aneh jika seorang promotor kesehatan menemukan kasus anemia defisiensi besi pada siswi yang melakukan diet ekstrem karena citra tubuh, sekaligus menemukan peningkatan prevalensi obesitas pada siswa lain yang rutin mengonsumsi makanan cepat saji dan minuman manis. Fenomena ini menjadi tantangan nyata yang akan Anda hadapi di lapangan sebagai seorang profesional promosi kesehatan.

Bagi Anda, mahasiswa Program Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, memahami dinamika gizi pada remaja SMA bukan sekadar persoalan menghafal Angka Kecukupan Gizi (AKG). Kompetensi utama Anda terletak pada kemampuan untuk

menerjemahkan data ilmiah menjadi intervensi yang efektif dan diterima oleh target sasaran. Hal ini menuntut pemahaman mendalam terhadap determinan perilaku. Konsep determinan sosial-lingkungan, misalnya, menjadi sangat relevan. Mari kita ambil studi kasus program "GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat)" yang diimplementasikan di sebuah SMA di Kota Makassar. Seorang promotor kesehatan dari puskesmas setempat menemukan bahwa anjuran "makan buah dan sayur" kurang efektif. Setelah melakukan asesmen, ia menemukan bahwa determinan utamanya adalah pengaruh teman sebaya dan tren media sosial. Intervensi kemudian dimodifikasi dari sekadar penyuluhan menjadi kompetisi "Bekal Kreatif Challenge" di Instagram dan TikTok, di mana siswa berlomba menampilkan bekal sehat mereka. Implikasinya, intervensi menjadi lebih berhasil karena tidak melawan arus budaya remaja, melainkan memanfaatkannya sebagai medium promosi. Kemampuan menganalisis determinan dan memodifikasi strategi inilah yang membedakan seorang promotor kesehatan yang aplikatif dan berdampak.

Untuk membekali Anda dengan kompetensi tersebut, bab ini akan memandu Anda secara sistematis dalam memahami kompleksitas gizi remaja pertengahan. Pembahasan akan diawali dengan pembedahan karakteristik unik remaja dari aspek fisik, kognitif, hingga psikososial yang memengaruhi keputusan makannya. Selanjutnya, kita akan mengidentifikasi secara spesifik masalah-masalah gizi yang paling sering muncul pada kelompok usia ini, mulai dari anemia hingga kelebihan berat badan. Bab ini juga akan mengupas tuntas berbagai determinan atau faktor yang memengaruhi status gizi mereka, dari level individu hingga lingkungan sekolah dan sosial. Lebih dari itu, Anda akan dibekali keterampilan teknis yang esensial, seperti cara menghitung berat badan ideal dan

status gizi menggunakan standar nasional, serta menerapkan angka kecukupan gizi untuk mengevaluasi dan merencanakan asupan makan yang adekuat bagi remaja.

C. Definisi dan karakteristik remaja pertengahan

Remaja pertengahan, yang secara kronologis berada pada rentang usia 15 hingga 17 tahun, merupakan fase yang bertepatan dengan masa pendidikan di Sekolah Menengah Atas (SMA). Periode ini ditandai oleh transisi yang signifikan dari ketergantungan masa kanak-kanak menuju kemandirian awal dewasa. Memahami karakteristik unik kelompok ini adalah kunci bagi seorang promotor kesehatan untuk merancang intervensi gizi yang relevan dan efektif. Karakteristik ini dapat kita bedah melalui tiga domain utama: fisik, kognitif, dan psikososial.

Secara fisik, sebagian besar remaja pertengahan telah melewati puncak pacu tumbuh (*growth spurt*) yang terjadi pada masa remaja awal. Namun, pertumbuhan dan perkembangan masih terus berlanjut, meskipun dengan laju yang lebih lambat. Bagi remaja laki-laki, ini adalah periode penambahan massa otot dan tulang yang signifikan, sementara bagi remaja perempuan, terjadi penambahan massa lemak yang normal sebagai bagian dari pematangan reproduksi. Menarche atau menstruasi pertama, yang sering terjadi pada remaja awal, kini menjadi siklus reguler pada remaja pertengahan, yang secara langsung memengaruhi kebutuhan zat besi (Alam, 2021). Kematangan seksual sekunder menjadi semakin jelas, yang membawa implikasi besar pada domain psikososial, terutama citra tubuh.

Dari sisi kognitif, kemampuan berpikir abstrak dan logis semakin matang. Mereka tidak lagi hanya menerima informasi, tetapi mulai mampu menganalisis,

mempertanyakan, dan membentuk opini sendiri. Sebagai contoh, seorang siswa SMA di Surabaya mungkin tidak lagi sekadar mematuhi anjuran "makan sayur" dari orang tua, tetapi mulai mempertanyakan, "Mengapa harus bayam? Apakah kangkung memiliki manfaat yang sama? Bagaimana jika saya menggantinya dengan suplemen?" Kemampuan ini merupakan peluang sekaligus tantangan. Peluangnya adalah mereka dapat diajak berdiskusi tentang konsep gizi yang lebih kompleks, seperti bioavailabilitas zat besi atau peran antioksidan. Tantangannya adalah mereka lebih rentan terhadap informasi yang salah atau hoaks gizi yang tersebar di internet karena mereka aktif mencari informasi secara mandiri.

Domain psikososial mungkin menjadi arena perubahan yang paling bergejolak dan paling berpengaruh terhadap perilaku makan. Pertama, pengaruh teman sebaya (*peer influence*) mencapai puncaknya. Keputusan untuk makan di kantin, jajan seblak di luar sekolah, atau mencoba diet yang sedang tren sering kali lebih didasarkan pada keinginan untuk diterima dalam kelompok sosial daripada pertimbangan kesehatan. Kedua, pencarian identitas diri menjadi agenda utama. Makanan menjadi salah satu medium ekspresi diri; menjadi seorang vegetarian, mencoba diet keto, atau menjadi "penggila kopi" adalah cara-cara remaja membentuk dan menampilkan identitas mereka. Ketiga, dan yang paling krusial bagi masalah gizi, adalah meningkatnya kepekaan terhadap citra tubuh (*body image*). Paparan media sosial yang menampilkan standar kecantikan yang tidak realistis sering kali memicu ketidakpuasan terhadap bentuk tubuh, terutama pada remaja putri (Astini, 2021). Ketidakpuasan ini dapat mendorong perilaku makan yang salah, seperti diet yang sangat ketat atau melewatkan waktu makan, yang berdampak negatif pada status gizi (Margiyanti, 2021). Oleh karena itu,

intervensi gizi pada kelompok ini tidak bisa hanya berfokus pada "apa yang harus dimakan", tetapi juga harus menyentuh aspek psikologis seperti citra tubuh, penerimaan diri, dan keterampilan menyaring informasi.

D. Masalah gizi pada remaja pertengahan

Masa remaja pertengahan merupakan periode paradoks yang melahirkan beban ganda masalah gizi (*double burden of malnutrition*). Di satu sisi, terdapat masalah gizi kurang seperti anemia dan kurang energi kronis (KEK). Di sisi lain, masalah gizi lebih seperti kelebihan berat badan dan obesitas menunjukkan tren peningkatan yang mengkhawatirkan. Fenomena ini dapat ditemukan dalam satu populasi yang sama, bahkan di dalam satu sekolah. Sebagai promotor kesehatan, Anda harus mampu mengidentifikasi dan memahami kedua spektrum masalah ini.

Masalah gizi kurang yang paling prevalen dan menjadi perhatian utama kesehatan masyarakat pada remaja pertengahan adalah anemia defisiensi besi (ADB). Remaja putri secara khusus merupakan kelompok yang sangat rentan. Kerentanan ini disebabkan oleh kombinasi berbagai faktor: kehilangan zat besi secara rutin melalui menstruasi, kebutuhan zat besi yang meningkat untuk mendukung pertumbuhan, dan seringkali asupan makanan sumber zat besi yang tidak adekuat (Qomarasari, 2022). Perilaku diet yang salah, seperti membatasi konsumsi daging merah karena takut gemuk atau pola makan vegetarian yang tidak terencana dengan baik, semakin memperburuk situasi. Anemia pada remaja putri tidak hanya menyebabkan gejala seperti lelah, letih, dan lesu yang menurunkan prestasi akademik, tetapi juga memiliki dampak jangka panjang yang serius. Seorang remaja putri yang anemia berisiko tumbuh menjadi wanita usia subur yang anemia, yang kemudian dapat melahirkan

bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan berkontribusi pada siklus stunting antargenerasi (Rizkiana, 2022). Berbagai studi di Indonesia secara konsisten menunjukkan hubungan antara status gizi yang kurang baik dengan kejadian anemia pada remaja putri (Nurjannah, 2021; Nurazizah, 2022).

Di kutub yang berlawanan, gizi lebih dalam bentuk kelebihan berat badan (obesitas) menjadi epidemi senyap di kalangan remaja. Perubahan gaya hidup menjadi pemicu utamanya. Peningkatan waktu sedentari—akibat penggunaan gawai untuk media sosial, belajar daring, atau bermain *game*—secara drastis mengurangi pengeluaran energi. Pada saat yang sama, paparan terhadap makanan tinggi kalori, lemak, dan gula namun rendah zat gizi mikro (*high-calorie, low-nutrient foods*) sangat masif. Sebagai ilustrasi, seorang siswa SMA di Jakarta mungkin menghabiskan waktu istirahatnya dengan memesan paket ayam goreng cepat saji dan minuman boba tinggi gula melalui aplikasi ojek online. Kebiasaan makan seperti ini, ditambah dengan kurangnya aktivitas fisik, merupakan formula pasti untuk peningkatan berat badan yang tidak sehat (Hafiza, 2021). Pengetahuan gizi yang kurang baik dan pola makan yang tidak teratur juga berkontribusi signifikan terhadap masalah gizi lebih (Sagala, 2021). Konsekuensi obesitas pada remaja tidak hanya terbatas pada risiko penyakit tidak menular di kemudian hari seperti diabetes melitus tipe 2 dan penyakit jantung, tetapi juga dampak psikososial seperti perundungan (*bullying*), depresi, dan rendah diri.

> ⚠ **PERHATIAN**
> Penting bagi promotor kesehatan untuk tidak melihat kedua masalah ini secara terpisah. Seorang remaja yang mengalami kelebihan berat badan bisa saja secara bersamaan menderita anemia. Fenomena ini dikenal sebagai *obese-anemic*, di mana tubuh memiliki kelebihan energi (lemak) namun kekurangan zat gizi mikro esensial (zat besi). Ini terjadi karena pola makan mereka kaya akan kalori kosong dari makanan olahan dan miskin akan sumber zat besi berkualitas.

E. Determinan atau faktor yang mempengaruhi keadaan gizi

Keadaan gizi seorang remaja pertengahan tidak terbentuk dalam ruang hampa. Ia merupakan hasil interaksi kompleks dari berbagai faktor yang saling terkait, mulai dari level individu hingga lingkungan yang lebih luas. Sebagai seorang analis promosi kesehatan, kemampuan Anda untuk memetakan determinan-determinan ini akan menentukan ketepatan strategi intervensi yang Anda rancang. Determinan ini dapat dikelompokkan ke dalam faktor individu, faktor keluarga, dan faktor lingkungan sosial-sekolah.

Faktor individu merupakan lapisan terdalam yang paling langsung memengaruhi pilihan makan. Ini mencakup pengetahuan, sikap, dan citra tubuh. Pengetahuan gizi yang baik tidak selalu menjamin perilaku yang sehat, namun pengetahuan yang kurang hampir pasti mengarah pada pilihan yang buruk (Sagala, 2021). Banyak remaja mungkin tahu bahwa sayur itu sehat, tetapi tidak memahami pentingnya variasi warna sayuran untuk kelengkapan vitamin. Sikap terhadap makanan juga memainkan peran; misalnya, sikap menganggap "makanan sehat itu tidak enak" akan menjadi penghalang besar. Namun, determinan individu

yang paling kuat pada fase ini sering kali adalah citra tubuh (*body image*). Ketidakpuasan terhadap bentuk tubuh dapat menjadi pendorong utama perilaku makan yang menyimpang, baik itu diet ekstrem yang berujung pada gizi kurang maupun *binge eating* sebagai mekanisme koping emosional yang berujung pada gizi lebih (Astini, 2021). Kebiasaan makan yang terbentuk, seperti sering melewatkan sarapan atau gemar mengonsumsi jajanan, juga merupakan faktor individu yang kuat (Hafiza, 2021).

Faktor keluarga, meskipun pengaruhnya mulai berkurang dibandingkan masa kanak-kanak, tetap menjadi fondasi penting. Ketersediaan pangan di rumah sangat menentukan "pilihan dasar" remaja. Jika di rumah selalu tersedia buah-buahan dan camilan sehat, remaja memiliki opsi yang lebih baik saat lapar. Sebaliknya, jika lemari es dipenuhi minuman bersoda dan makanan instan, pilihan sehat menjadi lebih sulit. Peran orang tua dalam memberikan teladan (*role modeling*) dan menerapkan aturan makan di rumah juga signifikan (Munawaroh, 2022). Sebagai contoh, sebuah keluarga di Klaten yang memiliki kebiasaan makan malam bersama tanpa gawai cenderung memiliki remaja dengan pola makan yang lebih teratur dibandingkan keluarga di mana setiap anggota makan sendiri-sendiri sambil menonton televisi. Status sosial-ekonomi keluarga juga berpengaruh, baik secara langsung melalui daya beli pangan maupun tidak langsung melalui tingkat pendidikan orang tua yang berkaitan dengan pengetahuan gizi.

Faktor lingkungan sosial dan sekolah seringkali menjadi determinan yang paling dominan pada remaja pertengahan. Teman sebaya adalah agen pengaruh yang sangat kuat. Ajakan teman untuk mencoba kafe baru yang menyajikan minuman manis berkalori tinggi seringkali lebih sulit ditolak daripada

anjuran guru untuk minum air putih. Tren yang viral di media sosial, seperti "mukbang" makanan pedas atau tantangan diet tertentu, dapat diadopsi tanpa pemikiran kritis. Lingkungan sekolah sendiri merupakan mikrokosmos dari tantangan gizi. Apa yang dijual di kantin sekolah? Apakah ada kebijakan yang membatasi penjualan makanan tidak sehat? Apakah program pendidikan gizi di sekolah hanya sebatas teori di kelas Biologi atau terintegrasi dalam kegiatan yang menarik? Sebuah studi kasus yang menarik adalah upaya edukasi gizi yang memanfaatkan media yang populer di kalangan remaja. Misalnya, edukasi gizi seimbang untuk pencegahan anemia yang dilakukan melalui media sosial Instagram terbukti dapat memengaruhi perubahan perilaku pada siswi SMA di Padang (Rusdi, 2021). Hal ini menunjukkan bahwa intervensi yang berhasil adalah yang tidak melawan arus budaya remaja, melainkan "menunggangi ombak" dengan cara yang positif dan konstruktif.

F. Perhitungan berat badan ideal dan status gizi

Setelah memahami berbagai masalah gizi dan determinannya, seorang promotor kesehatan harus memiliki kompetensi teknis untuk melakukan penilaian status gizi secara objektif. Istilah "berat badan ideal" sering digunakan dalam percakapan sehari-hari, namun dalam praktik profesional, kita menggunakan indikator yang lebih terstandarisasi dan valid secara ilmiah, yaitu status gizi berdasarkan antropometri. Untuk remaja, indikator yang direkomendasikan secara global dan digunakan di Indonesia adalah Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U). Penggunaan IMT/U penting karena memperhitungkan bahwa komposisi tubuh dan proporsi lemak berubah seiring dengan pertambahan usia dan tahap pematangan seksual selama masa remaja.

Metode pengukuran dan penilaian status gizi menggunakan IMT/U merupakan langkah fundamental dalam skrining untuk mengidentifikasi remaja yang berisiko atau sudah mengalami masalah gizi (Muchtar, 2022). Prosedurnya terdiri dari tiga langkah utama yang harus diikuti secara cermat untuk memastikan akurasi data, sebagaimana akan diuraikan lebih lanjut pada Bab 7. Namun, secara ringkas, langkah-langkah tersebut adalah:

1. **Pengukuran Antropometri:** Lakukan pengukuran berat badan (BB) menggunakan timbangan digital yang terkalibrasi dengan ketelitian 0,1 kg. Lakukan juga pengukuran tinggi badan (TB) menggunakan mikrotoa dengan ketelitian 0,1 cm. Pastikan subjek mengenakan pakaian minimal dan tanpa alas kaki.

2. **Perhitungan IMT:** Hitung nilai IMT menggunakan rumus standar. Penting untuk memastikan satuan yang digunakan sudah benar (BB dalam kilogram dan TB dalam meter).

ƒ FORMULA
IMT = Berat Badan (kg) / [Tinggi Badan (m)]^2
Sebagai contoh, seorang remaja laki-laki usia 16 tahun memiliki BB 70 kg dan TB 170 cm (1,70 m). Maka, nilai IMT-nya adalah 70 / (1,70 x 1,70) = 70 / 2,89 = 24,22 kg/m^2.

3. **Plotting dan Interpretasi:** Nilai IMT yang diperoleh tidak bisa langsung diinterpretasikan seperti pada orang dewasa. Nilai tersebut harus diplot pada kurva atau dibandingkan dengan tabel Z-score IMT/U berdasarkan jenis kelamin dan usia spesifik (dalam bulan). Standar rujukan yang digunakan di Indonesia adalah Standar Antropometri Anak berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2 Tahun 2020. Hasil plotting akan memberikan nilai Z-score yang kemudian digunakan untuk menentukan kategori status gizi.

Klasifikasi status gizi berdasarkan nilai Z-score IMT/U memungkinkan identifikasi yang lebih presisi terhadap spektrum masalah gizi. Tabel berikut menyajikan kategori yang digunakan sesuai dengan standar nasional.

Tabel 6. 1. Klasifikasi Status Gizi Remaja Usia 5-18 Tahun Berdasarkan Indeks IMT/U (Permenkes No. 2 Tahun 2020)

Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)	Implikasi Promotif & Preventif
Obesitas	> +2 SD	Intervensi intensif, rujukan medis, modifikasi perilaku
Gizi Lebih (*Overweight*)	> +1 SD hingga ≤ +2 SD	Konseling gizi, peningkatan aktivitas fisik, pencegahan obesitas
Gizi Baik (*Normal*)	-2 SD hingga ≤ +1 SD	Pemantauan pertumbuhan, edukasi pemeliharaan gaya hidup sehat
Gizi Kurang (*Wasted*)	< -2 SD hingga -3 SD	Suplementasi gizi, konseling pola makan, identifikasi penyebab
Gizi Buruk (*Severely Wasted*)	< -3 SD	Rujukan medis segera, penanganan gizi intensif

Berdasarkan tabel tersebut, seorang promotor kesehatan dapat menafsirkan hasil pengukuran dan merencanakan tindak lanjut yang sesuai. Misalnya, remaja dengan Z-score +1.5 SD (kategori Gizi Lebih) memerlukan intervensi dini berupa konseling untuk mencegahnya masuk ke kategori obesitas, sementara remaja dengan Z-score -2.5 SD (kategori Gizi Kurang) memerlukan perhatian lebih serius untuk perbaikan asupan dan kemungkinan identifikasi masalah kesehatan lain.

G. Angka kecukupan gizi dan kebutuhan gizi remaja pertengahan

Mengetahui status gizi remaja adalah langkah pertama; langkah selanjutnya adalah memahami berapa banyak dan zat gizi apa saja yang mereka butuhkan untuk tumbuh optimal dan beraktivitas. Di sinilah konsep Angka Kecukupan Gizi (AKG) dan kebutuhan gizi individu menjadi relevan. Sebagai seorang calon ahli promosi kesehatan, Anda harus mampu menerjemahkan angka-angka dalam tabel AKG menjadi rekomendasi pangan yang praktis dan mudah dipahami oleh remaja.

> **DEFINISI**
> **Angka Kecukupan Gizi (AKG)** atau *Recommended Dietary Allowance (RDA)* adalah suatu nilai yang menunjukkan kecukupan rata-rata zat gizi setiap hari bagi hampir semua orang sehat (97,5%) pada suatu kelompok umur, jenis kelamin, dan tingkat aktivitas fisik tertentu. Di Indonesia, AKG ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2019. Penting untuk diingat, AKG adalah acuan untuk populasi, sementara kebutuhan gizi individu dapat bervariasi.

Kebutuhan gizi remaja pertengahan sangat tinggi, seringkali melebihi kebutuhan orang dewasa pada beberapa zat gizi tertentu. Hal ini disebabkan oleh tiga tuntutan utama: melanjutkan pertumbuhan fisik, mendukung perubahan komposisi tubuh (otot dan tulang), dan menyediakan energi untuk aktivitas fisik serta kegiatan akademik yang intens. Beberapa zat gizi kunci yang perlu mendapat perhatian khusus adalah:

- Energi: Dibutuhkan untuk segala aktivitas. Remaja laki-laki (16-18 tahun) dengan aktivitas sedang membutuhkan sekitar 2.650 kkal per hari, sementara

remaja perempuan membutuhkan sekitar 2.100 kkal. Kekurangan energi menyebabkan lesu dan hambatan pertumbuhan, sementara kelebihan akan disimpan sebagai lemak.

- Protein: Krusial untuk membangun massa otot, organ, dan berbagai enzim. Kebutuhan protein untuk remaja laki-laki sekitar 65 gram/hari dan perempuan 60 gram/hari. Sumber protein hewani (daging, ikan, telur, susu) dan nabati (tahu, tempe, kacang-kacangan) perlu dikombinasikan.
- Kalsium: Masa remaja adalah "jendela kesempatan" untuk membangun kepadatan tulang maksimal (peak bone mass). Kebutuhan kalsium pada usia ini mencapai puncaknya, yaitu 1.200 mg per hari untuk laki-laki dan perempuan. Asupan ini setara dengan sekitar 3-4 gelas susu atau produk olahannya. Kekurangan kalsium pada masa ini meningkatkan risiko osteoporosis di usia tua.
- Zat Besi: Seperti yang telah dibahas, zat besi sangat krusial untuk mencegah anemia. Kebutuhan remaja laki-laki adalah 11 mg/hari, sementara remaja perempuan membutuhkan lebih dari dua kali lipat, yaitu 26 mg/hari, untuk mengganti kehilangan saat menstruasi dan mendukung penambahan volume darah.
- Seng dan Yodium: Seng penting untuk pertumbuhan dan fungsi imun, sementara yodium krusial untuk fungsi tiroid dan perkembangan kognitif.

Untuk mempermudah visualisasi kebutuhan gizi harian ini dalam bentuk pangan, seorang promotor kesehatan dapat menggunakan media bantu seperti infografis.



Gambar 6. 1. Infografis Ringkas Kebutuhan Gizi Harian Remaja Pertengahan.

Gambar 6.1 memberikan panduan visual yang dapat digunakan dalam sesi penyuluhan atau sebagai materi edukasi di mading sekolah. Dengan menerjemahkan angka abstrak AKG menjadi contoh porsi makanan nyata, pesan gizi seimbang menjadi lebih konkret dan mudah diaplikasikan oleh remaja dalam kehidupan sehari-hari (Simamora, 2021). Tugas Anda sebagai promotor kesehatan adalah membantu remaja dan keluarga mereka untuk memenuhi kebutuhan ini melalui pola makan yang beragam, bergizi seimbang, dan aman.

Rangkuman

Gizi pada remaja pertengahan (15-17 tahun) merupakan ranah kompleks yang ditentukan oleh interaksi antara perubahan fisik, kognitif, dan psikososial. Secara fisik, meski laju pertumbuhan melambat pasca-puncak pacu tumbuh, terjadi pematangan signifikan seperti penambahan massa otot pada laki-laki dan siklus menstruasi reguler pada perempuan, yang secara langsung meningkatkan kebutuhan zat besi. Secara kognitif, kematangan berpikir abstrak memungkinkan mereka memahami konsep gizi yang rumit, namun di sisi lain membuat mereka rentan terhadap misinformasi gizi karena aktif mencari informasi secara mandiri. Domain psikososial menjadi yang paling berpengaruh, di mana tekanan teman sebaya, pencarian identitas melalui pilihan makanan, dan kepekaan terhadap citra tubuh yang dipicu media sosial sering kali mengesampingkan pertimbangan kesehatan. Karakteristik ini melahirkan beban ganda masalah gizi: anemia defisiensi besi (ADB) yang prevalen pada remaja putri dengan dampak jangka panjang hingga ke siklus stunting antargenerasi, serta epidemi obesitas yang didorong oleh gaya hidup sedentari dan masifnya paparan makanan padat kalori rendah gizi. Fenomena paradoks *obese-anemic*, di mana kelebihan berat badan terjadi bersamaan dengan defisiensi mikronutrien, menegaskan kompleksitas masalah ini. Bagi seorang promotor kesehatan, implikasinya jelas: intervensi tidak bisa lagi sekadar bersifat didaktik tentang "apa yang harus dimakan", melainkan harus bersifat holistik, menyentuh aspek psikologis seperti citra tubuh positif, penerimaan diri, dan literasi media, serta memahami determinan individu dan lingkungan yang membentuk perilaku makan mereka.

Latihan

a. Essay

1. Analisislah bagaimana tiga karakteristik psikososial remaja pertengahan—pengaruh teman sebaya, pencarian identitas, dan kepekaan terhadap citra tubuh—secara sinergis berkontribusi pada munculnya fenomena "beban ganda masalah gizi" (anemia dan obesitas) di lingkungan sekolah menengah atas.
2. Evaluasilah potensi keberhasilan sebuah program promosi gizi di SMA yang hanya berfokus pada penyampaian fakta gizi (misalnya, kandungan kalori dan zat besi makanan) tanpa menyentuh aspek kognitif dan psikososial, seperti kemampuan menyaring hoaks dan isu citra tubuh.
3. Rumuskan sebuah kerangka strategi promosi kesehatan di tingkat sekolah untuk mengatasi fenomena paradoks *obese-anemic*. Strategi Anda harus mengintegrasikan intervensi pada level individu (pengetahuan dan perilaku), lingkungan kantin sekolah, dan pemanfaatan media sosial secara positif.
4. Bandingkan dan kontraskan faktor-faktor risiko utama yang menyebabkan anemia defisiensi besi pada remaja putri dengan faktor-faktor risiko utama yang mendorong obesitas pada populasi remaja SMA secara umum, berdasarkan determinan fisik, perilaku, dan lingkungan yang dijelaskan dalam bab ini.
5. Argumentasikan mengapa intervensi gizi untuk remaja putri di SMA harus memprioritaskan edukasi tentang siklus menstruasi dan manajemen zat besi sebagai fondasi, sebelum memperkenalkan konsep

gizi yang lebih luas seperti diet seimbang atau pembatasan kalori untuk manajemen berat badan.

b. Pilihan Berganda

1. Periode remaja pertengahan yang dibahas dalam bab ini secara kronologis bertepatan dengan jenjang pendidikan...
    a. Sekolah Menengah Pertama (SMP)
    b. Sekolah Menengah Atas (SMA)
    c. Tahun pertama perkuliahan
    d. Akhir masa sekolah dasar
2. Bagi remaja putri pada fase pertengahan, menarche yang terjadi sebelumnya kini menjadi siklus reguler, yang secara langsung meningkatkan kebutuhan tubuh akan...
    a. Vitamin C
    b. Kalsium
    c. Zat besi
    d. Protein
3. Kemampuan kognitif remaja pertengahan yang semakin matang dalam berpikir abstrak merupakan sebuah peluang, namun sekaligus menjadi tantangan karena...
    a. Mereka menolak semua informasi dari orang tua
    b. Mereka menjadi lebih pasif dalam menerima pelajaran
    c. Mereka rentan terhadap hoaks gizi karena aktif mencari informasi sendiri
    d. Mereka hanya percaya pada informasi dari guru di sekolah

4. Menurut teks, pengaruh yang mencapai puncaknya pada masa remaja pertengahan dan sangat menentukan pilihan makanan mereka adalah...
    a. Pengaruh orang tua
    b. Pengaruh guru dan sekolah
    c. Pengaruh iklan di televisi
    d. Pengaruh teman sebaya (*peer influence*)
5. Istilah yang digunakan untuk menggambarkan adanya masalah gizi kurang (seperti anemia) dan gizi lebih (seperti obesitas) secara bersamaan dalam satu populasi adalah...
    a. Transisi epidemiologi
    b. Paradoks gizi
    c. Beban ganda masalah gizi
    d. Malnutrisi tersembunyi
6. Kombinasi faktor yang membuat remaja putri sangat rentan mengalami anemia defisiensi besi adalah...
    a. Kurang aktivitas fisik, konsumsi gula tinggi, dan stres akademik
    b. Kehilangan zat besi saat menstruasi, kebutuhan tumbuh, dan asupan yang tidak adekuat
    c. Paparan media sosial, citra tubuh negatif, dan kebiasaan melewatkan sarapan
    d. Pola tidur tidak teratur, sering begadang, dan konsumsi kafein berlebih
7. Salah satu dampak jangka panjang yang paling serius dari anemia pada remaja putri adalah...
    a. Menurunnya popularitas di kalangan teman sebaya
    b. Risiko menjadi wanita usia subur yang anemia dan melahirkan bayi BBLR

c. Kesulitan berkonsentrasi pada pelajaran matematika saja
d. Peningkatan risiko obesitas di masa dewasa

8. Perubahan gaya hidup yang menjadi pemicu utama peningkatan obesitas pada remaja menurut cuplikan bab adalah...
    a. Peningkatan kegiatan ekstrakurikuler olahraga di sekolah
    b. Peningkatan waktu sedentari akibat penggunaan gawai dan paparan makanan tinggi kalori
    c. Kewajiban mengikuti pelajaran olahraga yang terlalu berat
    d. Tren memasak makanan sehat yang dipopulerkan oleh *influencer*
9. Seorang remaja yang mengalami kelebihan berat badan namun pada saat yang sama juga menderita anemia karena pola makannya kaya kalori kosong dan miskin zat gizi mikro disebut mengalami fenomena...
    a. *Anemic-stunting*
    b. *Wasting-obese*
    c. *Obese-anemic*
    d. *Micronutrient-overload*
10. Implikasi paling krusial bagi promotor kesehatan saat merancang intervensi gizi bagi remaja SMA adalah bahwa program harus...
    a. Hanya berfokus pada penghitungan kalori dan pembatasan makanan
    b. Menyentuh aspek psikologis seperti citra tubuh dan literasi media, selain edukasi gizi
    c. Dilaksanakan secara daring agar sesuai dengan gaya hidup remaja

d. Mewajibkan semua siswa untuk mengonsumsi suplemen zat besi tanpa kecuali

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Anda adalah seorang promotor kesehatan yang ditugaskan di SMAN 7 Harapan Bangsa. Data awal menunjukkan prevalensi anemia pada siswi kelas XI mencapai 45%, sementara 25% siswa (putra dan putri) tergolong kelebihan berat badan. Wawancara mendalam mengungkap bahwa banyak siswi menghindari daging merah karena takut gemuk dan lebih memilih jajan seblak atau minuman boba bersama teman-teman. Di sisi lain, siswa yang kelebihan berat badan sering memesan makanan cepat saji saat jam istirahat dan menghabiskan waktu luang dengan bermain *game online*. Rumuskan sebuah program promosi gizi komprehensif selama satu semester untuk SMAN 7 dengan target mengatasi kedua masalah tersebut secara simultan.
2. Sebagai mahasiswa Promosi Kesehatan, Anda sedang melakukan magang di sebuah SMA swasta elit. Anda mengamati fenomena di mana banyak siswi secara terbuka mendiskusikan dan mencoba berbagai "diet detoks" atau "diet ekstrem" yang mereka temukan di media sosial. Beberapa di antaranya menunjukkan tanda-tanda kelelahan dan pucat. Kepala sekolah khawatir ini akan berdampak pada prestasi akademik dan kesehatan jangka panjang. Beliau meminta Anda merancang sebuah "proyek kelas" untuk mata pelajaran Biologi atau Kesehatan yang bertujuan untuk membekali para siswi dengan keterampilan berpikir kritis terhadap informasi gizi di media sosial dan membangun citra tubuh yang positif. Uraikan

rancangan proyek tersebut, termasuk tujuan, aktivitas utama, dan output yang diharapkan dari siswa.

BAB 7
PENILAIAN STATUS GIZI (ANTROPOMETRI)

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menerapkan prosedur pengukuran antropometri yang meliputi berat badan, tinggi badan/panjang badan, dan lingkar lengan atas pada anak usia prasekolah hingga remaja sesuai standar operasional prosedur.
2. Menghitung indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) dan menginterpretasikan hasilnya untuk menentukan status gizi (gizi kurang, baik, lebih, atau obesitas) pada anak usia sekolah dan remaja menggunakan kurva pertumbuhan WHO.
3. Memilih metode dan instrumen penilaian status gizi yang paling sesuai untuk skenario kasus pada kelompok usia yang berbeda, mulai dari anak prasekolah di Posyandu hingga remaja di sekolah menengah atas.
4. Mendemonstrasikan penggunaan perangkat lunak WHO Anthro dan AnthroPlus untuk memasukkan data hasil pengukuran, menganalisis status gizi individu, dan menyusun laporan ringkas status gizi kelompok.

5. Menjelaskan implikasi dari hasil penilaian status gizi (misalnya, identifikasi *wasting*, *stunting*, atau *overweight*) terhadap perencanaan awal sebuah program intervensi promosi kesehatan di lingkungan sekolah.

B. Pendahuluan

Seorang promotor kesehatan dari Puskesmas di Kecamatan Gajahmungkur, Semarang, diundang oleh sebuah sekolah dasar untuk merancang program "Kantin Sehat". Kepala sekolah menyampaikan keluhan bahwa "anak-anak sekarang tampaknya lebih gemuk" dan sering membeli jajanan tinggi kalori. Di sisi lain, beberapa guru kelas melaporkan ada siswa yang "terlihat pucat dan kurang bersemangat" saat pelajaran olahraga. Menghadapi persepsi yang beragam ini, langkah pertama apa yang harus diambil oleh seorang promotor kesehatan profesional? Merancang poster tentang makanan bergizi? Mengadakan seminar untuk orang tua? Tindakan-tindakan tersebut, meskipun baik, akan menjadi spekulatif dan tidak efisien tanpa fondasi utama: data objektif mengenai status gizi siswa yang sebenarnya. Intervensi yang didasarkan pada asumsi "tampaknya gemuk" atau "terlihat pucat" berisiko tinggi mengalami kegagalan karena tidak menyasar akar masalah yang terukur. Di sinilah peran vital penilaian status gizi menggunakan metode antropometri, yang mengubah observasi subjektif menjadi data kuantitatif yang dapat dipertanggungjawabkan.

Antropometri adalah pengukuran sistematis terhadap tubuh manusia. Dalam konteks gizi, metode ini menjadi alat diagnostik yang paling fundamental, terjangkau, dan praktis untuk menilai status gizi individu maupun populasi. Konsep dasarnya adalah membandingkan hasil pengukuran seorang anak (misalnya, berat badan dan tinggi badan) dengan standar

rujukan populasi anak sehat pada usia dan jenis kelamin yang sama. Sebagai contoh, dalam program penanggulangan *stunting* di Kabupaten Manggarai, Nusa Tenggara Timur, seorang promotor kesehatan tidak dapat menentukan anak mana yang berhak menerima intervensi gizi spesifik hanya dengan melihat siapa yang "paling pendek". Ia harus mampu **menerapkan** pengukuran panjang atau tinggi badan yang akurat menggunakan alat terstandar (seperti *infantometer* atau *microtoise*), kemudian **menghitung** skor-Z (Z-score) untuk indeks Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) menggunakan aplikasi seperti WHO Anthro. Anak dengan skor-Z di bawah -2 SD lah yang secara definitif dikategorikan sebagai *stunted* dan menjadi prioritas intervensi. Implikasinya jelas: penguasaan teknik antropometri yang benar adalah kompetensi inti yang membedakan praktisi promosi kesehatan berbasis bukti (*evidence-based*) dari sekadar pelaksana program. Keahlian ini memungkinkan Anda untuk melakukan diagnosis masalah, merancang intervensi yang presisi, memantau kemajuan, dan mengevaluasi dampak program secara ilmiah.

Bab ini dirancang untuk membekali Anda dengan pengetahuan teoretis dan keterampilan praktis dalam melakukan penilaian status gizi melalui antropometri. Pembahasan akan diawali dengan pemahaman konsep-konsep dasar penilaian status gizi, termasuk jenis-jenis indeks antropometri dan cara interpretasinya. Selanjutnya, bab ini akan menguraikan secara sistematis dan aplikatif teknik pengukuran dan analisis data yang spesifik untuk setiap tahapan perkembangan anak, mulai dari penilaian pada anak prasekolah, anak usia sekolah dasar, hingga masa remaja awal dan akhir. Setiap bagian akan dilengkapi dengan panduan langkah demi langkah, ilustrasi, dan studi kasus kontekstual untuk memastikan Anda tidak hanya memahami "apa" dan

"mengapa", tetapi juga "bagaimana" menerapkan keterampilan ini di lapangan.

C. Konsep penilaian status gizi

Penilaian status gizi merupakan langkah fundamental dalam diagnosis masalah gizi pada individu maupun populasi. Sebagaimana telah disinggung pada Pendahuluan bab ini, tanpa data status gizi yang objektif, intervensi promosi kesehatan berisiko menjadi tidak tepat sasaran. Secara umum, terdapat empat metode penilaian status gizi yang dikenal dengan akronim ABCD: Antropometri, Biokimia (*Biochemical*), Klinis (*Clinical*), dan Dietetik (*Dietary*). Metode antropometri menjadi pilihan utama dalam lingkup promosi kesehatan dan kesehatan masyarakat karena sifatnya yang non-invasif, relatif murah, mudah dilakukan, dan memberikan gambaran objektif mengenai riwayat asupan gizi. Metode ini didasarkan pada pengukuran berbagai dimensi tubuh dan komposisinya, yang kemudian hasilnya dibandingkan dengan standar rujukan.

Inti dari penilaian antropometri adalah penggunaan indeks-indeks yang mengombinasikan beberapa ukuran. Indeks ini lebih bermakna daripada sekadar satu ukuran tunggal. Terdapat empat indeks utama yang digunakan untuk anak dan remaja berdasarkan standar WHO:

1. **Berat Badan menurut Umur (BB/U)**: Indeks ini menggambarkan massa tubuh relatif terhadap usia. Sensitif terhadap perubahan status gizi jangka pendek maupun jangka panjang. Anak dengan BB/U rendah (< -2 SD) dikategorikan sebagai *underweight* atau berat badan kurang. Namun, indeks ini tidak dapat membedakan antara anak yang pendek (stunting) atau anak yang kurus (wasting).

2. **Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)**: Indeks ini merefleksikan riwayat gizi kumulatif atau masalah gizi kronis. Anak dengan TB/U rendah (< -2 SD) dikategorikan mengalami *stunting* (pendek). *Stunting* merupakan indikator kegagalan pertumbuhan yang berdampak pada perkembangan kognitif dan kapasitas kerja di masa depan (Simamora, 2021).
3. **Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)**: Indeks ini menggambarkan proporsi berat badan terhadap tinggi badan dan digunakan untuk mengidentifikasi masalah gizi akut. Anak dengan BB/TB rendah (< -2 SD) dikategorikan mengalami *wasting* (kurus), yang seringkali disebabkan oleh penyakit infeksi atau asupan makanan yang tidak adekuat baru-baru ini. Sebaliknya, BB/TB > +2 SD mengindikasikan gizi lebih atau obesitas.
4. **Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U)**: Indeks ini, yang dihitung dengan rumus berat badan (kg) dibagi kuadrat tinggi badan (meter), adalah indikator terbaik untuk menyaring masalah gizi lebih dan obesitas pada anak usia 5 tahun ke atas. IMT/U juga dapat mengidentifikasi gizi kurang atau *thinness* (Muchtar, 2022).

Untuk menginterpretasikan indeks-indeks tersebut, digunakan nilai ambang batas (*cut-off*) berdasarkan *Z-score* (skor-Z) atau Standar Deviasi. Skor-Z menunjukkan seberapa jauh simpangan nilai pengukuran seorang anak dari nilai median (nilai tengah) populasi rujukan yang sehat. Penggunaan skor-Z memungkinkan standardisasi penilaian di berbagai usia dan jenis kelamin.

Tabel berikut merangkum kategori status gizi berdasarkan indeks antropometri dan ambang batas skor-Z sesuai standar WHO.

Tabel 7. 1. Kategori Status Gizi Anak dan Remaja Berdasarkan Indeks Antropometri dan Ambang Batas Skor-Z

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Skor-Z)
BB/U	Berat badan sangat kurang	< -3 SD
(0-5 tahun)	Berat badan kurang (*underweight*)	≥ -3 SD sampai < -2 SD
	Berat badan normal	≥ -2 SD sampai ≤ +1 SD
	Risiko berat badan lebih	> +1 SD
TB/U	Sangat pendek (*severely stunted*)	< -3 SD
(0-19 tahun)	Pendek (*stunted*)	≥ -3 SD sampai < -2 SD
	Normal	≥ -2 SD
	Tinggi	> +3 SD
BB/TB atau IMT/U	Gizi buruk (*severely wasted/thinness*)	< -3 SD
(0-19 tahun)	Gizi kurang (*wasted/thinness*)	≥ -3 SD sampai < -2 SD
	Gizi baik (normal)	≥ -2 SD sampai ≤ +1 SD
	Berisiko gizi lebih	> +1 SD sampai ≤ +2 SD
	Gizi lebih (*overweight*)	> +2 SD sampai ≤ +3 SD
	Obesitas (*obesity*)	> +3 SD

Sumber: Diadaptasi dari WHO Child Growth Standards, 2006 dan WHO Growth Reference for 5-19 years, 2007.

Tabel di atas merupakan panduan praktis bagi promotor kesehatan untuk menerjemahkan data hasil pengukuran menjadi sebuah diagnosis status gizi. Sebagai contoh, seorang kader Posyandu di Desa Sukamenanti, Lampung Utara, yang telah dilatih cara pengukuran yang benar, dapat menentukan bahwa seorang balita dengan skor-Z TB/U -2.5 termasuk kategori *stunted* dan memerlukan rujukan serta intervensi lebih lanjut (Rahmadi, 2023).

D. Penilaian status gizi pada anak prasekolah

Anak usia prasekolah (3-5 tahun), sebagaimana telah dibahas pada Bab 3, berada dalam periode pertumbuhan yang pesat atau *golden age*. Pada masa ini, mereka sangat rentan terhadap masalah gizi seperti *stunting*, *wasting*, dan defisiensi mikronutrien. Oleh karena itu, pemantauan pertumbuhan dan penilaian status gizi secara berkala menjadi krusial. Kegiatan ini umumnya dilakukan di tingkat komunitas melalui Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Penilaian status gizi pada kelompok usia ini berfokus pada pengukuran berat badan, tinggi badan, dan terkadang lingkar lengan atas (LiLA) untuk skrining cepat.

Prosedur pengukuran harus dilakukan dengan alat yang terstandar dan teknik yang benar untuk menjamin akurasi data. Kesalahan pengukuran, sekecil apapun, dapat menyebabkan kesalahan klasifikasi status gizi dan berakibat pada kegagalan program intervensi (Rahmadi, 2023).

- Pengukuran Berat Badan (BB): Untuk anak prasekolah, idealnya menggunakan timbangan digital dengan ketelitian 0,1 kg. Anak diminta berdiri tegak di tengah timbangan tanpa alas kaki dan dengan pakaian seminimal mungkin. Di Posyandu, seringkali digunakan timbangan gantung (dacin) yang

memerlukan kalibrasi rutin dan keterampilan khusus dari kader untuk membaca hasilnya secara akurat.

- Pengukuran Tinggi Badan (TB): Anak usia 2 tahun atau lebih diukur dalam posisi berdiri menggunakan microtoise yang ditempelkan pada dinding yang rata. Anak berdiri tegak tanpa alas kaki, tumit, pantat, punggung, dan belakang kepala menempel pada dinding, dengan pandangan lurus ke depan. Pembacaan dilakukan hingga milimeter terdekat.
- Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA): Meskipun lebih umum untuk balita, LiLA dapat digunakan sebagai skrining cepat gizi buruk pada anak prasekolah di situasi darurat. Pengukuran dilakukan pada titik tengah lengan kiri (antara bahu dan siku) menggunakan pita LiLA khusus.

Setelah data BB, TB, umur, dan jenis kelamin diperoleh, langkah selanjutnya adalah menentukan status gizi menggunakan indeks antropometri. Untuk anak usia prasekolah, indeks utama yang digunakan adalah BB/U, TB/U, dan BB/TB. Interpretasi dilakukan dengan membandingkan hasil pengukuran anak dengan kurva pertumbuhan WHO atau dengan menghitung skor-Z menggunakan perangkat lunak seperti WHO Anthro. Di lapangan, kader Posyandu sering menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) yang merupakan representasi grafis dari kurva pertumbuhan.

CONTOH

Seorang anak perempuan bernama Aisyah, usia 48 bulan, datang ke Posyandu Bunga Maja di Kecamatan Gunung Sari. Hasil penimbangan menunjukkan berat badannya 13 kg dan tinggi badannya 94 cm. Seorang promotor kesehatan kemudian memasukkan data ini ke aplikasi WHO Anthro. Hasilnya menunjukkan: skor-Z BB/U adalah -1.5 SD (normal), skor-Z TB/U adalah -2.2 SD (*stunted*), dan skor-Z BB/TB adalah +0.5 SD (normal). Dari data ini, dapat disimpulkan bahwa meskipun berat badan Aisyah proporsional dengan tinggi badannya saat ini, ia mengalami masalah gizi kronis (stunting) yang menandakan adanya gangguan pertumbuhan di masa lalu. Kasus seperti ini menegaskan pentingnya menggunakan beberapa indeks untuk mendapatkan gambaran status gizi yang komprehensif (Yunita, 2021). Status gizi anak prasekolah juga sangat dipengaruhi oleh faktor eksternal seperti pengetahuan ibu, pola makan, dan riwayat penyakit infeksi (Afrinis, 2021).

E. Penilaian status gizi pada anak sekolah

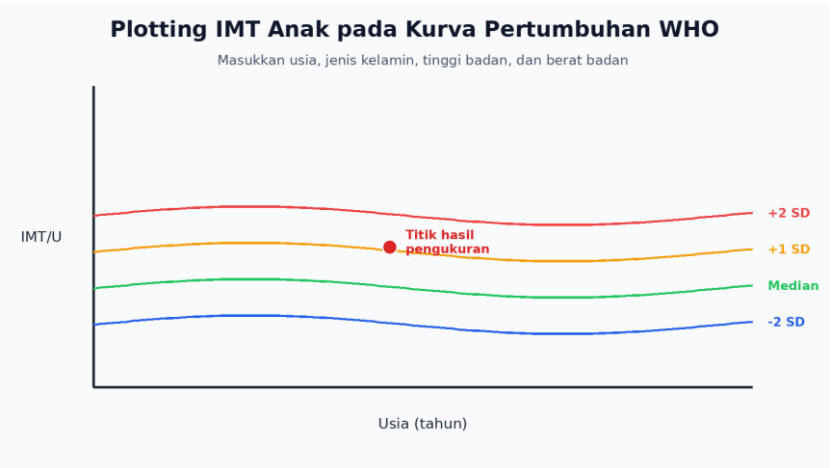
Memasuki usia sekolah (6-12 tahun), anak mengalami periode pertumbuhan yang lebih lambat dan stabil dibandingkan masa balita. Namun, seperti dijelaskan pada Bab 4, kelompok ini menghadapi tantangan gizi yang berbeda, termasuk peningkatan risiko gizi lebih dan obesitas akibat perubahan gaya hidup dan kebiasaan jajan (Nasriyah, 2021). Oleh karena itu, metode penilaian status gizi pun bergeser, dengan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) menjadi indikator utama. IMT/U lebih unggul daripada BB/TB pada usia ini karena dapat menyesuaikan dengan perubahan komposisi tubuh (lemak dan massa tanpa lemak) yang terjadi seiring bertambahnya usia.

Langkah-langkah penerapan penilaian status gizi pada anak sekolah adalah sebagai berikut:

1. **Pengukuran Antropometri:** Pengukuran berat badan dan tinggi badan harus dilakukan dengan teknik standar. Kegiatan ini idealnya diintegrasikan dalam program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).
    - Berat Badan (BB): Gunakan timbangan digital yang diletakkan di permukaan datar. Siswa menimbang dengan pakaian seragam sekolah tanpa sepatu, jaket, atau isi kantong yang berat.
    - Tinggi Badan (TB): Gunakan microtoise yang terpasang dengan benar di dinding. Pastikan siswa berdiri tegak dengan posisi Frankfurt Plane (garis imajiner dari lubang telinga ke dasar rongga mata sejajar dengan lantai).
2. **Perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT):** Setelah mendapatkan data BB (dalam kg) dan TB (dalam meter), IMT dihitung menggunakan formula standar.

ƒ FORMULA
IMT = Berat Badan (kg) / [Tinggi Badan (m)]^2
Sebagai contoh, seorang siswa laki-laki berusia 10 tahun memiliki berat badan 35 kg dan tinggi badan 1,35 m (135 cm). Maka IMT-nya adalah: 35 / (1,35 x 1,35) = 35 / 1,8225 = 19,2 kg/m^2.

3. **Interpretasi Menggunakan IMT/U:** Nilai IMT 19,2 kg/m^2 saja tidak bermakna tanpa dibandingkan dengan standar rujukan berdasarkan umur dan jenis kelamin. Nilai ini harus di-plot pada kurva IMT/U WHO untuk anak laki-laki usia 5-19 tahun atau dikonversi menjadi skor-Z.



Gambar 7. 1. Plotting IMT Anak Sekolah pada Kurva Pertumbuhan WHO

Pada contoh di atas, titik plot untuk IMT 19,2 pada usia 10 tahun akan jatuh di antara kurva +1 SD dan +2 SD. Berdasarkan klasifikasi pada Tabel 7.1, anak tersebut masuk dalam kategori "Berisiko gizi lebih". Hasil ini memberikan data awal yang konkret bagi promotor kesehatan atau guru UKS untuk merencanakan intervensi, misalnya konseling gizi individual atau program edukasi tentang jajanan sehat di sekolah (Syarifuddin, 2022). Penilaian ini merupakan langkah awal yang krusial dalam aktivasi kegiatan UKS di sekolah dasar (Novianti, 2021).

F. Penilaian status gizi pada remaja awal

Remaja awal, yang umumnya berada di jenjang Sekolah Menengah Pertama (SMP) atau sekitar usia 12-15 tahun, mengalami *growth spurt* atau pacu tumbuh kedua setelah masa bayi. Sebagaimana diuraikan pada Bab 5, periode ini ditandai oleh perubahan fisik, hormonal, dan psikososial yang cepat dan signifikan, yang semuanya memengaruhi kebutuhan dan status gizi. Penilaian status gizi pada kelompok ini menjadi kompleks karena variasi individual yang besar

dalam waktu dan kecepatan permulaan pubertas. Dua remaja dengan usia kronologis yang sama bisa berada pada tahap kematangan biologis yang sangat berbeda.

Indikator utama yang tetap digunakan adalah Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U). Penggunaan IMT/U sangat penting karena kurva referensi WHO telah memperhitungkan perubahan normal IMT selama masa pubertas. Pada masa ini, adalah normal bagi remaja untuk mengalami peningkatan massa lemak, terutama pada perempuan, sebagai bagian dari perkembangan seksual sekundernya.

> ⚠ **PERHATIAN**
> Promotor kesehatan harus berhati-hati dalam mengomunikasikan hasil penilaian status gizi kepada remaja. Kenaikan berat badan selama masa pubertas adalah hal yang fisiologis dan perlu. Menyebut seorang remaja "gemuk" atau "kelebihan berat badan" tanpa konteks pertumbuhan dapat memicu citra tubuh negatif (*negative body image*) dan perilaku makan yang salah, seperti diet ketat yang tidak perlu. Fokus komunikasi harus pada perilaku sehat (pola makan seimbang dan aktivitas fisik), bukan semata-mata pada angka di timbangan.

Prosedur pengukuran dan perhitungan IMT sama dengan pada anak sekolah. Namun, interpretasinya memerlukan kepekaan lebih. Misalnya, seorang remaja putri yang baru mengalami menarche (haid pertama) mungkin menunjukkan peningkatan IMT yang menempatkannya pada kategori "berisiko gizi lebih". Ini belum tentu merupakan masalah jika diikuti dengan pacu tumbuh tinggi badan yang sepadan. Hubungan antara status gizi dan usia menarche sendiri bersifat dua arah; status gizi yang baik diperlukan untuk menarche yang tepat waktu, dan gizi lebih dapat mempercepat usia menarche (Alam, 2021).

Studi kasus di Indonesia menunjukkan relevansi penilaian ini. Penelitian di sebuah SMP di Kabupaten Pesisir Selatan menemukan adanya hubungan antara konsumsi sayur dan buah yang rendah dengan status gizi remaja (Arza, 2021). Demikian pula, studi di SMP YLPI Pekanbaru menyoroti bagaimana kebiasaan makan yang tidak teratur dan sering melewatkan sarapan berkontribusi pada status gizi yang kurang ideal (Hafiza, 2021). Dengan melakukan skrining IMT/U di sekolah, seorang promotor kesehatan dapat mengidentifikasi siswa atau kelompok siswa yang berisiko dan merancang program promosi kesehatan yang spesifik, seperti "Gerakan Sarapan Sehat" atau "Tantangan 5 Porsi Buah dan Sayur", yang menyasar langsung pada perilaku yang menjadi determinan masalah gizi di populasi tersebut.

G. Penilaian status gizi pada remaja SMA

Memasuki masa remaja akhir (usia 15-18 tahun), atau jenjang Sekolah Menengah Atas (SMA), laju pertumbuhan linear mulai melambat dan sebagian besar remaja telah mencapai tinggi badan dewasa mereka. Fokus penilaian status gizi pada tahap ini, seperti yang relevansinya dibahas pada Bab 6, adalah untuk memantau pemeliharaan status gizi yang sehat menjelang dewasa dan mengidentifikasi masalah gizi yang mungkin terbawa atau baru muncul. Masalah gizi yang sering terjadi pada kelompok ini meliputi gizi lebih/obesitas, gizi kurang, serta anemia defisiensi besi, terutama pada remaja putri.

Metode penilaian utama tetap Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U). Meskipun pertumbuhan tinggi badan melambat, penggunaan kurva IMT/U masih sangat direkomendasikan hingga usia 19 tahun. Setelah usia 19 tahun, dapat digunakan ambang batas IMT dewasa (misalnya, Asia-Pasifik: <18.5, 18.5-22.9, 23-24.9, ≥25). Penggunaan

kurva IMT/U memastikan interpretasi yang akurat selama masa transisi dari remaja ke dewasa muda. Pengukuran berat badan dan tinggi badan dilakukan dengan prosedur standar yang sama seperti pada kelompok usia sebelumnya.

Salah satu tantangan utama pada remaja SMA adalah pengaruh faktor psikososial terhadap status gizi. Citra tubuh (*body image*) menjadi sangat penting, dan tekanan dari teman sebaya serta media sosial dapat mendorong perilaku makan yang tidak sehat. Sebuah studi analisis menemukan bahwa pengetahuan gizi, citra tubuh, dan pola makan merupakan faktor-faktor yang signifikan memengaruhi status gizi remaja putri (Margiyanti, 2021). Remaja putri yang memiliki persepsi tubuh yang salah (merasa gemuk padahal status gizinya normal) mungkin melakukan diet ketat yang justru berisiko menyebabkan kekurangan gizi dan anemia.

DEFINISI
Citra Tubuh (*Body Image*) adalah persepsi, pikiran, dan perasaan seseorang tentang tubuhnya sendiri. Pada remaja, citra tubuh yang negatif dapat menjadi pemicu gangguan makan (*eating disorders*) seperti anoreksia nervosa atau bulimia, serta praktik penurunan berat badan yang tidak sehat.

Oleh karena itu, penilaian status gizi di tingkat SMA harus menjadi bagian dari program kesehatan remaja yang lebih komprehensif. Sebagai contoh, saat melakukan skrining antropometri di sebuah sekolah di Kabupaten Konawe, seorang promotor kesehatan menemukan prevalensi gizi kurang yang cukup tinggi di kalangan remaja putri (Muchtar, 2022). Data ini tidak boleh berhenti sebagai angka. Langkah selanjutnya adalah menggali penyebabnya, yang mungkin terkait dengan citra tubuh, kebiasaan melewatkan makan, atau diet yang salah. Data antropometri menjadi pintu masuk

untuk intervensi lain yang lebih spesifik, seperti edukasi tentang anemia dan pentingnya konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD), yang seringkali kejadiannya berhubungan dengan status gizi (Nurjannah, 2021; Nurazizah, 2022). Dengan demikian, penerapan penilaian status gizi di SMA tidak hanya bertujuan untuk klasifikasi, tetapi juga untuk mengidentifikasi kebutuhan intervensi perilaku dan kesehatan yang lebih luas.

Rangkuman

Penilaian status gizi secara antropometri merupakan fondasi dalam praktik promosi kesehatan gizi, menawarkan metode yang objektif, non-invasif, dan terjangkau untuk mendiagnosis masalah gizi. Berbeda dengan pendekatan biokimia, klinis, atau dietetik, antropometri memberikan gambaran riwayat asupan gizi melalui pengukuran dimensi tubuh. Makna dari pengukuran ini diperdalam dengan penggunaan indeks-indeks komposit—seperti Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB), dan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U)—yang lebih informatif daripada ukuran tunggal. Indeks TB/U menjadi krusial untuk mengidentifikasi masalah gizi kronis seperti *stunting* (pendek), yang berdampak jangka panjang pada perkembangan kognitif. Sebaliknya, indeks BB/TB efektif mendeteksi masalah gizi akut seperti *wasting* (kurus), yang sering kali terkait dengan penyakit atau asupan yang buruk baru-baru ini. Untuk anak usia 5 tahun ke atas, IMT/U adalah indikator terbaik untuk menyaring gizi lebih dan obesitas. Interpretasi objektif dari indeks-indeks ini dimungkinkan melalui penggunaan skor-Z, yang membandingkan hasil pengukuran seorang anak dengan median populasi rujukan sehat standar WHO. Prosedur pengukuran yang terstandar, menggunakan alat seperti timbangan digital dan *microtoise* dengan teknik yang benar, menjadi prasyarat mutlak untuk akurasi data dan keberhasilan intervensi, sebagaimana dipraktikkan dalam pemantauan pertumbuhan anak prasekolah di Posyandu. Dengan memahami nuansa setiap indeks, seorang promotor kesehatan dapat membuat diagnosis yang komprehensif, seperti membedakan antara anak yang *stunted* namun memiliki berat badan proporsional, dan merancang intervensi yang tepat sasaran.

Latihan

a. Essay

1. Bandingkan dan kontraskan kegunaan praktis indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) dengan indeks Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) dalam konteks skrining gizi di Posyandu. Analisislah mengapa seorang promotor kesehatan tidak boleh hanya mengandalkan salah satu indeks tersebut untuk merancang program intervensi gizi di tingkat komunitas.
2. Evaluasi pernyataan berikut: "Meskipun metode Biokimia, Klinis, dan Dietetik ada, antropometri adalah satu-satunya metode penilaian status gizi yang relevan dan praktis untuk program promosi kesehatan masyarakat di Indonesia." Telaah kekuatan dan kelemahan pernyataan tersebut dengan memberikan argumentasi yang didasarkan pada karakteristik setiap metode.
3. Rumuskan sebuah argumentasi yang akan Anda sampaikan kepada kepala Puskesmas untuk mengadvokasikan program pelatihan ulang bagi kader Posyandu mengenai teknik pengukuran tinggi badan yang benar menggunakan *microtoise*. Kaitkan argumentasi Anda dengan risiko misklasifikasi status gizi *stunting* dan dampaknya terhadap masa depan anak serta efektivitas program pemerintah.
4. Analisislah kasus Aisyah (48 bulan, BB 13 kg, TB 94 cm) yang didiagnosis *stunted* (TB/U = -2.2 SD) tetapi memiliki status gizi baik berdasarkan BB/TB (+0.5 SD). Jelaskan anomali yang tampak dari data tersebut dan mengapa penggunaan beberapa indeks secara bersamaan memberikan gambaran diagnostik yang

jauh lebih komprehensif dan akurat dibandingkan hanya menggunakan BB/U.

5. Argumentasikan mengapa Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) dianggap sebagai indikator yang lebih superior untuk menyaring masalah gizi lebih dan obesitas pada anak usia sekolah (5-19 tahun) dibandingkan dengan indeks BB/U atau sekadar melihat berat badan absolut. Jelaskan bagaimana IMT/U mengakomodasi perubahan komposisi tubuh selama masa pertumbuhan.

b. Pilihan Berganda

1. Alasan utama metode antropometri menjadi pilihan dalam lingkup promosi kesehatan masyarakat adalah karena sifatnya yang...
    a. Membutuhkan teknologi canggih dan laboratorium khusus
    b. Memberikan hasil paling cepat untuk defisiensi mikronutrien
    c. Non-invasif, relatif murah, dan mudah dilakukan di lapangan
    d. Hanya dapat dilakukan oleh dokter spesialis gizi klinik
2. Seorang anak laki-laki berusia 7 tahun memiliki skor-Z Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) sebesar -2.5 SD. Berdasarkan standar WHO, status gizi anak tersebut dikategorikan sebagai...
    a. Sangat pendek (*severely stunted*)
    b. Pendek (*stunted*)
    c. Normal
    d. Gizi kurang (*wasted*)
3. Indeks antropometri yang paling sensitif untuk menggambarkan masalah gizi akut yang disebabkan

oleh penyakit infeksi atau penurunan asupan makan baru-baru ini adalah...

a. Berat Badan menurut Umur (BB/U)
b. Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)
c. Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)
d. Lingkar Lengan Atas (LiLA) pada remaja

4. Seorang promotor kesehatan menemukan seorang anak balita dengan skor-Z Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) < -3 SD. Kategori status gizi yang tepat untuk anak ini adalah...
   a. Gizi kurang (*wasted*)
   b. Berat badan kurang (*underweight*)
   c. Gizi buruk (*severely wasted*)
   d. Sangat pendek (*severely stunted*)
5. Indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) memiliki keterbatasan karena tidak dapat membedakan antara...
   a. Anak dengan gizi baik dan gizi lebih
   b. Anak yang kurus (*wasting*) dan anak yang pendek (*stunting*)
   c. Anak laki-laki dan anak perempuan
   d. Anak dengan gizi buruk dan gizi kurang
6. Untuk melakukan skrining masalah gizi lebih dan obesitas pada siswa SMP berusia 14 tahun, indikator terbaik yang harus dihitung dan diinterpretasikan adalah...
   a. Berat Badan menurut Umur (BB/U)
   b. Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)
   c. Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)
   d. Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U)
7. Berdasarkan analisis kasus Aisyah (usia 48 bulan) yang menunjukkan skor-Z TB/U -2.2 SD dan BB/TB +0.5 SD, kesimpulan yang paling tepat adalah...

a. Aisyah mengalami gizi buruk akut karena berat badannya tidak sesuai.
b. Aisyah mengalami masalah gizi kronis di masa lalu, namun status gizinya saat ini proporsional.
c. Aisyah berisiko mengalami gizi lebih karena skor-Z BB/TB-nya positif.
d. Aisyah mengalami gizi kurang secara umum karena berat badannya di bawah rata-rata.

8. Prosedur pengukuran tinggi badan yang benar untuk anak usia 4 tahun adalah menggunakan *microtoise* dengan posisi anak...
   a. Berdiri bebas di tengah ruangan, diukur dari lantai ke puncak kepala.
   b. Berbaring telentang di atas meja ukur (*infantometer*).
   c. Berdiri tegak dengan tumit, pantat, punggung, dan belakang kepala menempel dinding.
   d. Duduk di kursi, lalu diukur panjang badan dari pantat hingga kepala.
9. Dalam penilaian status gizi, skor-Z (Z-score) digunakan untuk...
   a. Menghitung Indeks Massa Tubuh anak secara langsung.
   b. Menunjukkan simpangan nilai ukur seorang anak dari median populasi rujukan.
   c. Mengkonversi satuan kilogram menjadi pon.
   d. Menentukan usia kronologis anak berdasarkan tinggi badannya.
10. Seorang anak balita memiliki skor-Z IMT/U pada nilai > +2 SD sampai ≤ +3 SD. Kategori status gizi yang sesuai untuk anak tersebut adalah...
    a. Berisiko gizi lebih

b. Gizi lebih (*overweight*)
c. Obesitas (*obesity*)
d. Gizi baik (normal)

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Anda adalah seorang mahasiswa Sarjana Terapan Gizi yang sedang melakukan praktik kerja lapangan di Desa Girimaju. Data dari laporan bulanan Posyandu menunjukkan prevalensi "berat badan kurang" (berdasarkan indeks BB/U) mencapai 35%, sebuah angka yang mengkhawatirkan. Kepala desa, berdasarkan data ini, langsung mengusulkan program pemberian makanan tambahan (PMT) biskuit berkalori tinggi untuk semua anak yang terdata "berat badan kurang". Anda merasa intervensi ini mungkin kurang tepat sasaran tanpa diagnosis yang lebih mendalam. Rumuskan sebuah rencana penilaian cepat (2-3 minggu) untuk divalidasi dan diajukan kepada kepala desa. Rencana Anda harus menjelaskan (a) data antropometri tambahan apa yang perlu Anda kumpulkan, (b) indeks apa yang akan Anda hitung dari data tersebut, dan (c) bagaimana hasil analisis indeks-indeks tersebut (misalnya, proporsi *stunting* vs. *wasting*) akan mengarahkan pada rekomendasi intervensi yang lebih spesifik dan efektif daripada sekadar PMT untuk semua.
2. Anda ditugaskan sebagai promotor kesehatan junior di sebuah Puskesmas yang membawahi lima Sekolah Dasar. Selama ini, kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di sekolah-sekolah tersebut hanya mencatat data berat badan dan tinggi badan siswa secara manual di buku besar pada awal tahun ajaran, namun data tersebut tidak pernah diolah lebih lanjut. Kepala Puskesmas meminta Anda merancang sebuah "Proyek

Percontohan Skrining Gizi Anak Sekolah" yang sederhana, berbiaya rendah, dan dapat diadopsi oleh guru UKS. Buatlah kerangka proposal proyek tersebut. Jelaskan langkah-langkahnya mulai dari validasi alat ukur, perhitungan indeks IMT/U menggunakan data yang sudah ada, cara menginterpretasikan hasilnya menggunakan standar WHO, hingga format pelaporan sederhana (misalnya, rekapitulasi agregat untuk sekolah dan surat umpan balik rahasia untuk orang tua siswa yang teridentifikasi berisiko gizi kurang atau gizi lebih/obesitas).

BAB 8
PENDEKATAN PROMOSI GIZI ANAK USIA SEKOLAH

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menentukan pendekatan promosi gizi yang paling sesuai untuk mengatasi masalah gizi spesifik pada anak usia sekolah berdasarkan analisis kasus.
2. Menerapkan langkah-langkah metode *peer teaching* dalam sebuah rancangan intervensi untuk meningkatkan pengetahuan tentang sarapan sehat di kalangan siswa sekolah dasar.
3. Mendemonstrasikan penggunaan skenario sosiodrama dan psikodrama untuk mengedukasi isu sensitif terkait citra tubuh dan pemilihan makanan pada remaja awal.
4. Menggunakan berbagai jenis simulasi dan permainan, seperti ular tangga gizi atau monopoli pangan lokal, untuk mengajarkan konsep gizi seimbang kepada anak usia sekolah.
5. Membedakan karakteristik, kelebihan, dan kekurangan antara pendekatan partisipatif dan experiential dalam konteks promosi gizi di lingkungan sekolah.

B. Pendahuluan

Seorang promotor kesehatan yang berhadapan dengan anak usia sekolah sering kali menghadapi paradoks: materi tentang gizi seimbang, pentingnya sarapan, atau bahaya jajanan tidak sehat sudah sering disampaikan, namun perubahan perilaku yang diharapkan tidak kunjung terjadi. Siswa mungkin dapat menghafal Isi Piringku, tetapi di kantin sekolah mereka tetap memilih minuman manis dan makanan ringan tinggi garam. Fenomena ini menggarisbawahi sebuah kebenaran krusial dalam promosi kesehatan: mengetahui *apa* yang harus disampaikan (konten gizi) hanyalah separuh dari perjuangan. Separuh lainnya, yang sering kali menjadi penentu keberhasilan, adalah mengetahui *bagaimana* cara menyampaikannya. Bab ini secara khusus akan membekali Anda dengan berbagai "cara" atau pendekatan dalam melakukan promosi gizi yang efektif, partisipatif, dan sesuai dengan dunia anak-anak yang dinamis dan interaktif. Kita akan beranjak dari sekadar transfer informasi menjadi fasilitasi pengalaman belajar yang bermakna.

Prinsip utama yang mendasari bab ini adalah bahwa untuk anak usia sekolah, pembelajaran yang paling efektif adalah yang bersifat partisipatif dan eksperiensial (berbasis pengalaman). Konsep ini bukan sekadar teori, melainkan sebuah strategi yang telah terbukti di lapangan. Ambil contoh pendekatan *peer teaching* atau tutor sebaya. Konsepnya adalah memanfaatkan pengaruh teman sebaya yang sering kali lebih kuat daripada nasihat orang dewasa. Sebuah studi kasus di salah satu SMP di Kota Depok, Jawa Barat, menunjukkan keberhasilan program "Agen Gizi Remaja", di mana siswa-siswi populer yang telah dilatih menjadi edukator bagi teman-temannya tentang anemia dan pentingnya konsumsi tablet tambah darah. Implikasinya, pesan kesehatan

tidak lagi terasa seperti ceramah yang menggurui, melainkan obrolan santai dari teman yang mereka percayai. Pendekatan lain adalah sosiodrama, yang mengajak siswa untuk memerankan sebuah skenario sosial terkait gizi. Misalnya, dalam sebuah intervensi di sebuah SD di Kabupaten Maros, Sulawesi Selatan, siswa diminta memerankan adegan seorang anak yang diejek karena membawa bekal sayur dari rumah. Melalui drama singkat ini, siswa tidak hanya belajar tentang manfaat sayur, tetapi juga mengeksplorasi tekanan sosial terkait pilihan makanan dan membangun empati. Implikasinya, pembelajaran gizi menyentuh ranah afektif dan sosial, tidak hanya kognitif, sehingga lebih membekas dan mendorong perubahan sikap yang lebih otentik.

Kedua contoh tersebut mengilustrasikan pergeseran paradigma dari "mengajar tentang gizi" menjadi "menciptakan pengalaman bergizi". Pendekatan-pendekatan seperti ini menempatkan anak sebagai subjek aktif dalam proses belajar, bukan objek pasif penerima informasi. Oleh karena itu, bab ini akan memandu Anda untuk menguasai berbagai pendekatan tersebut secara sistematis. Pembahasan akan dimulai dengan konsep dasar yang membedakan setiap pendekatan, kemudian dilanjutkan dengan pendalaman praktis metode *peer teaching*, sosiodrama, dan psikodrama, lengkap dengan analisis kelebihan dan tantangannya dalam konteks Indonesia. Bab ini juga akan mengeksplorasi penggunaan simulasi, permainan (*games*), dan media promosi gizi inovatif lainnya yang dapat diadaptasi di lingkungan sekolah. Penguasaan berbagai pendekatan ini akan menjadi bekal esensial bagi Anda sebagai calon promotor kesehatan profesional yang mampu merancang intervensi yang tidak hanya informatif, tetapi juga transformatif bagi perilaku gizi anak usia sekolah di Indonesia.

C. Konsep pendekatan promosi gizi

Dalam upaya mengubah perilaku gizi anak usia sekolah, seorang promotor kesehatan harus memahami perbedaan mendasar antara "metode" dan "pendekatan". Jika metode adalah "cara" atau teknik spesifik yang digunakan untuk menyampaikan pesan—seperti ceramah, diskusi kelompok, atau demonstrasi—maka pendekatan adalah "filosofi" atau strategi yang mendasari keseluruhan proses intervensi. Pendekatan menentukan bagaimana kita memandang sasaran (anak), bagaimana proses belajar dirancang, dan hasil apa yang ingin dicapai di luar sekadar transfer pengetahuan. Sebagaimana telah diuraikan pada Bab 4 mengenai karakteristik anak usia sekolah yang berada dalam tahap operasional konkret, pendekatan yang bersifat satu arah (*didactic*) dan pasif seringkali tidak efektif. Anak pada usia ini belajar paling baik melalui pengalaman langsung, interaksi, dan keterlibatan aktif. Oleh karena itu, promosi gizi modern bergerak dari pendekatan tradisional yang bersifat instruksional menuju pendekatan yang lebih partisipatif dan eksperiensial.

Pendekatan partisipatif menempatkan anak sebagai subjek atau mitra dalam proses belajar, bukan sebagai objek pasif yang hanya menerima informasi. Logikanya sederhana: pesan gizi akan lebih bermakna dan melekat jika anak ikut serta dalam menemukan, mendiskusikan, dan bahkan menciptakan solusi atas masalah gizi di lingkungan mereka. Alih-alih hanya diberitahu bahwa jajanan manis tidak sehat, mereka diajak untuk mengidentifikasi jajanan di sekitar sekolah, menganalisis kandungan gulanya, dan bersama-sama merancang kampanye untuk memilih alternatif yang lebih sehat. Pendekatan ini selaras dengan upaya aktivasi kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) agar tidak hanya menjadi pos

pemeriksaan kesehatan, tetapi juga pusat pembelajaran kesehatan yang dinamis (Novianti, 2021). Di Indonesia, banyak program "penyuluhan" gizi di sekolah masih terjebak dalam format ceramah di depan kelas. Meskipun niatnya baik, dampaknya seringkali minimal karena tidak melibatkan siswa secara emosional dan sosial.

Sementara itu, pendekatan eksperiensial (*experiential learning*) menekankan pada "belajar melalui pengalaman" (*learning by doing*). Teori ini, yang dipopulerkan oleh David Kolb, menyatakan bahwa pembelajaran terjadi dalam siklus empat tahap: pengalaman konkret, observasi reflektif, konseptualisasi abstrak, dan eksperimen aktif. Dalam konteks promosi gizi, ini bisa berarti:

1. **Pengalaman Konkret**: Siswa diajak memasak menu bekal sehat bersama.
2. **Observasi Reflektif**: Siswa mendiskusikan pengalaman mereka: Apa yang sulit? Apa yang menyenangkan? Mengapa kita menggunakan bahan-bahan ini?
3. **Konseptualisasi Abstrak**: Fasilitator membantu siswa menghubungkan pengalaman memasak dengan konsep gizi seimbang "Isi Piringku".
4. **Eksperimen Aktif**: Siswa ditantang untuk merancang menu bekal sehat mereka sendiri untuk seminggu ke depan.

Pendekatan ini jauh lebih kuat daripada sekadar menunjukkan poster "Isi Piringku". Sebagai contoh, sebuah kegiatan pengabdian masyarakat di SD Negeri Pijorkoling, Kota Padangsidimpuan, yang melibatkan siswa secara langsung dalam diskusi dan tanya jawab tentang gizi seimbang menunjukkan antusiasme yang lebih tinggi dibandingkan metode ceramah biasa (Ahmad, 2023). Dengan

mengadopsi pendekatan partisipatif dan eksperiensial, promotor kesehatan tidak lagi berperan sebagai "guru" yang maha tahu, melainkan sebagai "fasilitator" yang memandu proses penemuan. Pergeseran peran ini krusial untuk menciptakan perubahan perilaku gizi yang berkelanjutan pada anak usia sekolah. Berbagai pendekatan spesifik yang akan dibahas dalam bab ini—seperti *peer teaching*, sosiodrama, dan simulasi—merupakan manifestasi praktis dari filosofi partisipatif dan eksperiensial ini.

D. Pendekatan *peer teaching*

Pendekatan *peer teaching* atau tutor sebaya adalah strategi promosi kesehatan yang memanfaatkan pengaruh teman sebaya untuk menyebarkan informasi dan membentuk norma perilaku sehat. Konsep dasarnya adalah bahwa anak-anak dan remaja seringkali lebih mudah menerima dan memercayai pesan yang disampaikan oleh teman sebayanya dibandingkan oleh orang dewasa, seperti guru atau petugas kesehatan. Komunikasi yang terjalin lebih santai, menggunakan bahasa yang relevan dengan dunia mereka, dan bebas dari kesan menggurui. Pendekatan ini sangat efektif untuk target anak usia sekolah dan remaja, di mana konformitas terhadap kelompok dan pengaruh teman sebaya berada pada puncaknya. Dalam konteks gizi, seorang *peer educator* dapat mengajarkan temannya tentang pentingnya sarapan, cara membaca label gizi pada kemasan jajanan, atau bahaya anemia dan manfaat konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD).

Implementasi pendekatan *peer teaching* memerlukan perencanaan yang cermat dan tidak bisa dilakukan secara serampangan. Terdapat beberapa tahapan kunci yang harus dilalui untuk memastikan program berjalan efektif. Tahapan-tahapan ini meliputi rekrutmen dan seleksi, pelatihan, pelaksanaan, serta monitoring dan evaluasi. Di Indonesia,

konsep ini sering diwujudkan melalui program seperti "Dokter Kecil" di tingkat sekolah dasar atau "Kader Kesehatan Remaja" (KKR) di tingkat SMP dan SMA. Sebuah studi tentang KKR di Kota Bogor menyoroti bahwa meskipun memiliki potensi besar, program ini menghadapi tantangan seperti kurangnya pelatihan yang berkelanjutan dan dukungan dari pihak sekolah (Nasution, 2021). Oleh karena itu, keberhasilan pendekatan ini sangat bergantung pada kualitas pembinaan yang diberikan kepada para tutor sebaya.

Langkah pertama adalah **seleksi**. Calon tutor sebaya tidak harus selalu siswa yang paling pintar secara akademis, tetapi mereka harus memiliki keterampilan komunikasi yang baik, dihormati oleh teman-temannya, dan menunjukkan minat pada isu kesehatan. Langkah kedua adalah **pelatihan**. Ini adalah fase paling krusial. Para tutor sebaya harus dibekali tidak hanya dengan pengetahuan gizi yang akurat (misalnya, tentang pencegahan anemia dan cara benar konsumsi TTD), tetapi juga dengan keterampilan fasilitasi, komunikasi interpersonal, dan cara menjawab pertanyaan sulit dari teman-temannya (Fathony, 2022). Materi pelatihan harus disajikan dengan cara yang menarik dan interaktif, sama seperti cara mereka nanti akan mengajar.

Langkah ketiga adalah **pelaksanaan**. Tutor sebaya dapat beraksi dalam berbagai format: sesi singkat di dalam kelas, diskusi kelompok kecil saat istirahat, kampanye melalui mading sekolah, atau bahkan menggunakan media sosial. Misalnya, seorang KKR dapat membuat konten video pendek di TikTok yang menjelaskan cara membuat bekal sekolah yang praktis dan bergizi. Langkah terakhir adalah **monitoring dan evaluasi**. Promotor kesehatan perlu mendampingi para tutor sebaya, memberikan umpan balik, dan membantu mereka mengatasi kesulitan yang dihadapi. Evaluasi dilakukan untuk

mengukur efektivitas program, baik dari sisi peningkatan pengetahuan dan perilaku teman-temannya, maupun dari sisi perkembangan diri para tutor sebaya itu sendiri.

Tabel 8. 1. Tahapan Implementasi Program Peer Teaching Gizi di Sekolah

Tahapan	Aktivitas Kunci	Indikator Keberhasilan	Contoh Konteks Indonesia
1. Seleksi	Bekerja sama dengan guru (khususnya guru BK/UKS) untuk mengidentifikasi siswa potensial. Mengadakan seleksi terbuka berbasis minat dan keterampilan sosial.	Terpilihnya 10-15 siswa per angkatan yang memiliki pengaruh positif dan komitmen.	Program "Agen Gizi Remaja" di sebuah SMP di Depok memilih siswa populer dan aktif berorganisasi.
2. Pelatihan	Mengadakan pelatihan intensif 2-3 hari yang mencakup: materi gizi (mis. anemia, gizi seimbang), teknik komunikasi, cara fasilitasi, dan etika.	Peserta mampu mendemonstrasikan penyampaian materi dan menjawab 80% pertanyaan kuis pasca-pelatihan.	Pelatihan kader tentang anemia dan TTD oleh Puskesmas setempat untuk siswa putri (Fathony, 2022).
3. Pelaksanaan	Tutor sebaya melakukan edukasi terjadwal (mis. 15 menit setiap Jumat pagi) atau insidental (saat kumpul ekstrakurikuler).	Terlaksananya minimal 1 sesi edukasi per bulan per kelas. Adanya konten gizi baru di mading/medsos setiap 2 minggu.	KKR di Bogor melakukan kampanye cuci tangan pakai sabun di kantin sekolah saat jam istirahat

Tahapan	Aktivitas Kunci	Indikator Keberhasilan	Contoh Konteks Indonesia
	Mengelola mading atau akun media sosial sekolah.		(Nasution, 2021).
4. Monitoring & Evaluasi	Pertemuan rutin bulanan antara fasilitator (promotor kesehatan) dan tutor sebaya. Survei pengetahuan dan perilaku sebelum dan sesudah intervensi pada siswa umum.	Tutor sebaya melaporkan kemajuan dan tantangan. Terjadi peningkatan skor pengetahuan gizi sebesar 25% pada siswa setelah 6 bulan.	Fasilitator dari Puskesmas melakukan supervisi dan diskusi kasus dengan para Dokter Kecil.

Tabel di atas menunjukkan bahwa pendekatan *peer teaching* adalah sebuah proses terstruktur yang mengubah siswa dari sekadar penerima pesan menjadi agen perubahan aktif di lingkungan mereka.

E. Pendekatan sosiodrama

Sosiodrama adalah sebuah pendekatan pembelajaran partisipatif yang menggunakan permainan peran (*role-playing*) untuk mengeksplorasi suatu masalah sosial dan mencari solusinya secara kolektif. Berbeda dengan drama teater yang bertujuan untuk pertunjukan, tujuan utama sosiodrama adalah pembelajaran dan pemecahan masalah bagi para pesertanya. Dalam konteks promosi gizi anak usia sekolah, sosiodrama menjadi alat yang sangat ampuh untuk mengangkat isu-isu yang berkaitan dengan dimensi sosial dari makanan dan makan. Topik seperti tekanan teman sebaya untuk jajan makanan tidak sehat, perundungan (*bullying*)

terhadap anak yang membawa bekal dari rumah, atau konflik di meja makan keluarga adalah contoh masalah yang kaya akan dinamika sosial dan sulit diatasi hanya dengan penyuluhan kognitif.

Prinsip kerja sosiodrama adalah mengajak peserta untuk "masuk" ke dalam sebuah skenario sosial, merasakan langsung tekanan dan emosi yang terlibat, serta bereksperimen dengan berbagai respons atau solusi dalam lingkungan yang aman. Pendekatan ini memungkinkan siswa untuk mengembangkan empati dengan memahami sudut pandang orang lain, meningkatkan keterampilan komunikasi dan negosiasi, serta membangun kepercayaan diri untuk menghadapi situasi serupa di kehidupan nyata. Sebagai contoh, masalah meluasnya konsumsi jajanan yang tidak sehat di kalangan anak sekolah seringkali bukan karena kurangnya pengetahuan, tetapi lebih karena faktor sosial seperti ikut-ikutan teman atau gengsi jika tidak membeli jajanan yang sedang tren (Syarifuddin, 2022). Sosiodrama dapat secara efektif membongkar dan membahas tekanan sosial ini.

Penerapan sosiodrama di kelas atau dalam kegiatan promosi gizi biasanya mengikuti lima tahapan utama:

1. **Pemanasan (*Warming-up*)**: Fasilitator memulai dengan permainan atau aktivitas singkat untuk mencairkan suasana, membangun kepercayaan, dan mempersiapkan peserta untuk lebih spontan dan ekspresif.
2. **Identifikasi Masalah dan Skenario**: Fasilitator mengajak peserta berdiskusi untuk mengidentifikasi masalah sosial terkait gizi yang paling relevan dengan mereka. Misalnya, dari diskusi muncul masalah "Sulitnya menolak ajakan teman untuk membeli

minuman boba setiap pulang sekolah". Dari sini, sebuah skenario singkat dirancang bersama.

3. **Pemilihan Peran**: Peserta secara sukarela memilih peran yang ingin mereka mainkan dalam skenario tersebut (misalnya, peran anak yang diajak, peran teman yang mengajak, peran penjual minuman).
4. **Pementasan Drama**: Para pemain memerankan skenario secara spontan tanpa naskah. Fasilitator dapat menghentikan, mengulang, atau meminta pemain lain untuk menggantikan (*role reversal*) guna mengeksplorasi alternatif tindakan yang berbeda.
5. **Diskusi dan Refleksi (*Debriefing*)**: Ini adalah tahap terpenting. Setelah drama selesai, fasilitator memandu diskusi. Pertanyaan yang diajukan berfokus pada perasaan para pemain, pemikiran para penonton, dan solusi-solusi potensial yang muncul dari drama tersebut. Tujuannya adalah menarik pembelajaran kolektif dari pengalaman yang baru saja terjadi.

Sebagai ilustrasi di konteks Indonesia, seorang promotor kesehatan di sebuah SD di Kabupaten Kudus, di mana perilaku konsumsi jajanan menjadi perhatian (Nasriyah, 2021), dapat merancang sesi sosiodrama dengan skenario sebagai berikut: "Adi membawa bekal nasi dan sayur bayam dari rumah. Saat jam istirahat, teman-temannya, Budi dan Cita, mengejeknya karena makanannya 'kampungan' dan mengajaknya membeli mi instan di warung depan sekolah." Melalui drama ini, siswa dapat mengeksplorasi perasaan Adi (malu, marah, bingung), motivasi Budi dan Cita (ikut-ikutan, tidak paham gizi), dan mencari cara bagi Adi untuk merespons dengan percaya diri tanpa merusak pertemanannya. Dengan demikian, sosiodrama tidak hanya mengajarkan tentang "apa" itu gizi

seimbang, tetapi juga "bagaimana" memperjuangkan pilihan sehat di tengah realitas sosial yang kompleks.

F. Pendekatan psikodrama

Jika sosiodrama berfokus pada eksplorasi masalah sosial yang dialami oleh kelompok, maka psikodrama berfokus pada eksplorasi dunia internal dan konflik psikologis yang dialami oleh seorang individu. Pendekatan ini dikembangkan oleh Jacob L. Moreno, yang juga merupakan penggagas sosiodrama. Dalam psikodrama, seorang individu (disebut **protagonis**) memerankan masalah pribadi, mimpi, atau konflik batinnya di atas "panggung" dengan bantuan anggota kelompok lain yang berperan sebagai tokoh-tokoh penting dalam hidupnya (**auxiliary egos**). Tujuannya adalah untuk mencapai katarsis (pelepasan emosi), wawasan baru (*insight*), dan integrasi kembali aspek-aspek diri yang terpecah. Dalam promosi gizi, psikodrama menjadi pendekatan yang relevan untuk menangani isu-isu yang lebih dalam dan personal, terutama pada kelompok remaja.

Masalah gizi pada remaja seringkali tidak hanya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan, tetapi juga terkait erat dengan isu psikologis seperti citra tubuh (*body image*), kepercayaan diri, stres, dan hubungan keluarga. Misalnya, seorang remaja putri mungkin secara drastis membatasi makannya bukan karena ingin sehat, tetapi karena merasa tidak puas dengan bentuk tubuhnya setelah melihat standar kecantikan di media sosial. Kebiasaan makan yang buruk pada remaja seringkali merupakan gejala dari masalah yang lebih dalam (Hafiza, 2021). Penggunaan gawai dan paparan media sosial yang intensif juga dapat memperburuk persepsi diri dan perilaku remaja dalam keluarga terkait pola makan (Fitriana, 2021). Dalam kasus-kasus seperti ini, memberikan penyuluhan tentang "Isi Piringku" tidak akan efektif karena

tidak menyentuh akar masalahnya, yaitu konflik psikologis internal.

Psikodrama menawarkan ruang aman bagi protagonis untuk mengekspresikan dan memahami konflik tersebut. Sesi psikodrama dipimpin oleh seorang **direktur** (fasilitator yang terlatih secara klinis) dan memiliki tiga fase:

1. **Pemanasan (*Warm-up*)**: Sama seperti sosiodrama, fase ini bertujuan membangun kohesi dan kepercayaan dalam kelompok, serta membantu calon protagonis untuk terhubung dengan isu yang ingin diangkat.
2. **Aksi (*Action*)**: Protagonis, dengan bantuan direktur, memilih sebuah adegan dari masa lalu, masa kini, atau masa depan yang ingin dieksplorasi. Anggota kelompok lain diminta untuk memainkan peran orang tua, teman, atau bahkan bagian dari diri protagonis (misalnya, "rasa takut gemuk"). Teknik-teknik seperti *role reversal* (protagonis memainkan peran orang lain), *mirroring* (orang lain menirukan gestur protagonis), dan *doubling* (orang lain menyuarakan pikiran yang tidak terucap oleh protagonis) digunakan untuk memperdalam eksplorasi.
3. **Berbagi (*Sharing*)**: Setelah adegan selesai, anggota kelompok (audiens) tidak memberikan nasihat atau analisis, melainkan berbagi bagaimana adegan protagonis menyentuh pengalaman atau perasaan mereka sendiri. Ini menciptakan rasa kebersamaan dan mengurangi perasaan terisolasi yang dialami protagonis.

✎ CONTOH
Bayangkan sebuah sesi psikodrama di sebuah SMA di Pekanbaru. Protagonisnya adalah Rina, seorang siswi kelas XI yang sering melewatkan makan malam. Dalam sesi tersebut, ia memerankan adegan di mana ibunya terus-menerus mengomentari berat badannya. Dengan bantuan *auxiliary egos* yang berperan sebagai ibu dan sebagai "suara kritik" dalam kepalanya, Rina dapat mengekspresikan kemarahan dan kesedihan yang selama ini terpendam. Melalui teknik *role reversal*, Rina memainkan peran ibunya dan mulai memahami kekhawatiran tersembunyi di balik komentar-komentar tersebut. Pengalaman ini bisa menjadi langkah awal bagi Rina untuk memperbaiki hubungannya dengan makanan dan tubuhnya.

⚠ PERHATIAN
Psikodrama adalah pendekatan terapeutik yang kuat dan mendalam. Pelaksanaannya menuntut keterampilan klinis dan pemahaman psikologi yang solid. Pendekatan ini tidak boleh dilakukan oleh promotor kesehatan yang tidak memiliki pelatihan dan sertifikasi khusus dalam psikodrama. Mencoba melakukan psikodrama tanpa kompetensi yang memadai berisiko menyebabkan retraumatisisasi atau memperburuk kondisi psikologis protagonis.

G. Simulasi, game, dan media promosi gizi

Selain pendekatan yang berpusat pada interaksi drama, promosi gizi untuk anak usia sekolah dapat diperkaya secara signifikan melalui penggunaan simulasi, permainan (*games*), dan media interaktif lainnya. Pendekatan ini berakar pada prinsip pembelajaran eksperiensial dan konstruktivisme, di mana anak-anak membangun pengetahuan mereka sendiri melalui aktivitas yang menyenangkan, menantang, dan relevan dengan dunia mereka. Keunggulan utama dari

pendekatan ini adalah kemampuannya untuk menyajikan konsep-konsep gizi yang terkadang abstrak (seperti kalori, zat gizi mikro, atau gizi seimbang) menjadi sesuatu yang konkret dan mudah dipahami. Sebuah tinjauan literatur menunjukkan bahwa edukasi gizi yang menggunakan media bergambar dan permainan terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan gizi seimbang pada anak sekolah dasar (Yuningsih, 2021).

Simulasi adalah metode yang menciptakan kembali situasi dunia nyata dalam lingkungan yang terkontrol. Tujuannya adalah agar peserta dapat berlatih mengambil keputusan dan melihat konsekuensinya tanpa risiko nyata. Dalam promosi gizi, simulasi bisa sangat beragam. Contohnya:

- Simulasi Belanja Cerdas: Siswa diberi "anggaran" mainan dan daftar belanja. Mereka harus pergi ke "pasar" atau "supermarket" buatan di dalam kelas untuk membeli bahan makanan yang cukup untuk menu sehat satu hari bagi keluarga mereka. Simulasi ini mengajarkan keterampilan perencanaan menu, manajemen anggaran, dan memilih bahan makanan segar.
- Simulasi "Satu Hari Sebagai Penderita Diabetes": Untuk siswa yang lebih tua (remaja), simulasi ini bisa melibatkan pembatasan pilihan makanan secara ketat selama satu hari sekolah untuk membantu mereka merasakan dan berempati terhadap tantangan yang dihadapi oleh penderita penyakit terkait gizi.

Permainan (*Games*) memanfaatkan elemen-elemen seperti aturan, tujuan, tantangan, dan kompetisi untuk membuat proses belajar menjadi menarik. Permainan gizi yang dirancang dengan baik dapat meningkatkan motivasi, keterlibatan, dan retensi informasi. Beberapa contoh

permainan yang telah berhasil diterapkan di Indonesia antara lain:

- Ular Tangga Gizi: Papan permainan ular tangga dimodifikasi. Kotak dengan gambar makanan sehat (misalnya, buah dan sayur) akan membawa pemain "naik tangga", sementara kotak dengan gambar makanan tidak sehat (misalnya, permen, minuman bersoda) akan membuat pemain "turun melalui ular".
- Puzzle Gizi: Penggunaan media puzzle terbukti efektif meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang sayur dan buah pada anak sekolah dasar di Semarang (Safitri, 2021). Siswa menyusun kepingan puzzle untuk membentuk gambar sayur atau buah sambil mempelajari nama dan manfaatnya.
- Kartu Kwartet atau Monopoli Gizi: Permainan kartu atau papan yang didesain dengan tema kelompok bahan makanan, kandungan gizi, atau menu "Isi Piringku".

Penggunaan permainan dan media interaktif ini memungkinkan promotor kesehatan untuk menyampaikan pesan gizi secara menyenangkan. Gambar berikut mengilustrasikan bagaimana sebuah permainan edukatif dapat menarik minat anak-anak.



Gambar 8. 1. Permainan Ular Tangga Gizi sebagai Media Promosi Gizi yang Interaktif

Gambar di atas menunjukkan antusiasme anak-anak saat belajar gizi melalui permainan, sebuah kontras yang tajam dengan suasana saat mendengarkan ceramah pasif.

Terakhir, **media promosi gizi** kini telah berkembang jauh melampaui poster dan brosur. Di era digital, promotor kesehatan harus mampu memanfaatkan media yang akrab dengan anak-anak dan remaja. Ini bisa berupa video edukasi singkat bergaya TikTok atau Instagram Reels yang menunjukkan cara membuat bekal sehat dalam 60 detik, kuis interaktif melalui platform seperti Kahoot!, atau bahkan aplikasi sederhana di ponsel yang membantu melacak konsumsi air putih. Kunci keberhasilannya adalah membuat konten yang otentik, visual menarik, dan mudah dibagikan. Dengan memadukan simulasi, permainan, dan media modern, pendekatan promosi gizi menjadi lebih dinamis, relevan, dan pada akhirnya, lebih efektif dalam membentuk perilaku sehat yang bertahan lama.

Rangkuman

Pendekatan promosi gizi anak usia sekolah menuntut pergeseran fundamental dari filosofi instruksional yang pasif menuju strategi yang partisipatif dan eksperiensial. Perbedaan krusial terletak antara "metode" sebagai teknik penyampaian (misalnya ceramah) dan "pendekatan" sebagai strategi dasar yang memandang anak sebagai subjek aktif dalam proses belajar. Mengingat anak usia sekolah berada pada tahap operasional konkret, mereka belajar secara optimal melalui keterlibatan langsung. Pendekatan partisipatif mewujudkan hal ini dengan menjadikan siswa sebagai mitra dalam mengidentifikasi masalah dan menciptakan solusi gizi, sehingga pesan lebih bermakna dan melekat. Alih-alih hanya menerima informasi, mereka diajak menganalisis dan bertindak, yang sejalan dengan upaya revitalisasi UKS sebagai pusat pembelajaran kesehatan dinamis. Filosofi ini diperkuat oleh pendekatan eksperiensial, yang mengacu pada siklus belajar David Kolb: mengalami secara konkret (misalnya memasak bersama), melakukan observasi reflektif (diskusi pengalaman), membentuk konseptualisasi abstrak (menghubungkan dengan konsep "Isi Piringku"), dan bereksperimen aktif (merancang menu sendiri). Salah satu manifestasi praktis yang paling efektif dari kedua filosofi ini adalah pendekatan *peer teaching* atau tutor sebaya. Dengan memanfaatkan pengaruh teman sebaya yang kuat pada usia ini, pesan gizi disampaikan secara lebih relevan dan bebas dari kesan menggurui. Implementasinya memerlukan perencanaan sistematis yang mencakup seleksi, pelatihan intensif, pelaksanaan, serta monitoring dan evaluasi, seperti yang dicontohkan oleh program Dokter Kecil atau Kader Kesehatan Remaja (KKR) di Indonesia. Keberhasilan pendekatan-pendekatan ini pada akhirnya mengubah peran promotor kesehatan dari seorang "guru"

menjadi "fasilitator" proses penemuan, yang esensial untuk menanamkan perubahan perilaku gizi yang berkelanjutan.

Latihan

a. Essay

1. Bandingkan peran dan tanggung jawab seorang promotor kesehatan saat menerapkan pendekatan didaktik tradisional dengan saat menerapkan pendekatan partisipatif dan eksperiensial dalam promosi gizi di sekolah. Analisislah pergeseran pola interaksi dengan siswa yang terjadi akibat perbedaan pendekatan tersebut.
2. Evaluasilah potensi keberhasilan dan tantangan utama dalam mengimplementasikan pendekatan *peer teaching* untuk kampanye konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) bagi siswi SMP di sebuah daerah dengan dukungan sekolah yang minimal. Fokuskan evaluasi Anda pada faktor krusial yang menentukan efektivitas program tersebut.
3. Rumuskan sebuah kerangka intervensi promosi gizi berdurasi 90 menit untuk siswa kelas 5 SD dengan topik "Membaca Label Gizi pada Kemasan Jajanan". Strukturkan rancangan Anda secara sistematis mengikuti empat tahap siklus belajar eksperiensial David Kolb dan jelaskan aktivitas konkret untuk setiap tahapnya.
4. Analisislah mengapa program "penyuluhan" gizi yang masih dominan di banyak sekolah Indonesia seringkali gagal menghasilkan perubahan perilaku yang berkelanjutan. Kaitkan analisis Anda dengan konsep perbedaan antara "metode" dan "pendekatan" serta karakteristik belajar anak usia sekolah yang dijelaskan dalam bab ini.
5. Argumentasikan mengapa fase "pelatihan" dianggap sebagai tahap paling krusial dalam keberhasilan

program *peer teaching* gizi. Jelaskan komponen-komponen pelatihan apa saja yang harus diberikan kepada calon tutor sebaya agar mereka tidak hanya mentransfer pengetahuan, tetapi juga mampu memfasilitasi perubahan perilaku temannya.

b. Pilihan Berganda

1. Perbedaan mendasar antara "metode" dan "pendekatan" dalam promosi kesehatan adalah...
   a. Metode adalah teori, sedangkan pendekatan adalah praktik.
   b. Metode adalah cara spesifik penyampaian pesan, sedangkan pendekatan adalah filosofi yang mendasari strategi intervensi.
   c. Metode selalu bersifat partisipatif, sedangkan pendekatan bisa bersifat didaktik.
   d. Metode digunakan untuk orang dewasa, sedangkan pendekatan digunakan untuk anak-anak.
2. Prinsip utama dari pendekatan partisipatif dalam promosi gizi anak sekolah adalah...
   a. Menempatkan guru sebagai satu-satunya sumber informasi gizi yang valid.
   b. Memastikan semua siswa menerima materi penyuluhan yang seragam.
   c. Memandang siswa sebagai objek pasif yang perlu diisi pengetahuannya.
   d. Melibatkan siswa sebagai subjek aktif yang ikut menemukan dan menciptakan solusi masalah gizi.
3. Dalam siklus belajar eksperiensial Kolb, seorang siswa yang diminta untuk mendiskusikan pengalamannya setelah mencoba resep baru dan

merenungkan apa yang berhasil dan apa yang tidak, berada pada tahap...

a. Pengalaman Konkret (Concrete Experience)
b. Observasi Reflektif (Reflective Observation)
c. Konseptualisasi Abstrak (Abstract Conceptualization)
d. Eksperimen Aktif (Active Experimentation)

4. Dengan mengadopsi pendekatan partisipatif dan eksperiensial, peran seorang promotor kesehatan bergeser dari "guru" yang maha tahu menjadi seorang...
   a. Instruktur
   b. Evaluator
   c. Fasilitator
   d. Administrator
5. Alasan utama mengapa pendekatan *peer teaching* dianggap sangat efektif untuk anak usia sekolah dan remaja adalah karena...
   a. Pesan yang disampaikan oleh teman sebaya cenderung lebih mudah diterima dan bebas dari kesan menggurui.
   b. Biaya implementasi program *peer teaching* selalu lebih murah daripada metode ceramah.
   c. Tutor sebaya memiliki pengetahuan gizi yang lebih mendalam daripada petugas kesehatan.
   d. Orang tua lebih memercayai informasi yang dibawa pulang anak dari teman sebayanya.
6. Berdasarkan cuplikan teks, salah satu tantangan utama yang dihadapi program Kader Kesehatan Remaja (KKR) di Indonesia adalah...
   a. Kurangnya minat siswa untuk menjadi kader.
   b. Penolakan dari orang tua siswa terhadap program tersebut.

c. Kurangnya pelatihan yang berkelanjutan dan dukungan dari pihak sekolah.
d. Materi gizi yang diajarkan tidak relevan dengan masalah kesehatan remaja.

7. Tahapan yang dianggap paling krusial dalam implementasi program *peer teaching* untuk memastikan kualitas penyampaian materi adalah...
   a. Seleksi
   b. Pelatihan
   c. Pelaksanaan
   d. Monitoring
8. Manakah dari aktivitas berikut yang merupakan contoh paling tepat untuk tahap "Pengalaman Konkret" dalam mengajarkan konsep "Isi Piringku"?
   a. Menonton video tentang gizi seimbang.
   b. Mengikuti sesi ceramah dari ahli gizi.
   c. Mengisi lembar kerja soal-soal gizi.
   d. Mengikuti kegiatan memasak bersama untuk membuat bekal sehat.
9. Menurut teks, dalam seleksi calon tutor sebaya untuk program *peer teaching*, kriteria yang lebih diutamakan selain prestasi akademis adalah...
   a. Kemampuan menghafal materi dengan cepat.
   b. Keterampilan komunikasi yang baik dan dihormati oleh teman-temannya.
   c. Status sebagai anak guru atau pengurus sekolah.
   d. Memiliki gawai terbaru untuk membuat konten media sosial.
10. Ketika seorang Kader Kesehatan Remaja membuat video TikTok untuk menjelaskan cara membuat bekal sekolah sehat, ia sedang berada pada tahap...
    a. Seleksi

b. Pelatihan
c. Pelaksanaan
d. Evaluasi

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Anda adalah seorang promotor kesehatan dari Puskesmas yang ditugaskan untuk menangani masalah sarapan yang sering dilewatkan dan tingginya konsumsi jajanan tidak sehat di sebuah SMP. Kepala sekolah menyambut baik program Anda, namun beliau mengusulkan format "penyuluhan gizi serentak" di aula untuk seluruh siswa agar efisien. Anda merasa pendekatan ini tidak akan efektif. **Tugas:** Susunlah sebuah proposal singkat (kerangka argumen) untuk meyakinkan kepala sekolah agar menyetujui implementasi program *peer teaching* melalui pembentukan "Agen Gizi Remaja". Jelaskan mengapa pendekatan ini lebih berkelanjutan dan berpotensi memberikan dampak perubahan perilaku yang lebih besar dibandingkan penyuluhan massal satu kali, meskipun membutuhkan investasi awal dalam seleksi dan pelatihan.
2. Seorang guru UKS di sebuah SD meminta Anda, seorang mahasiswa Gizi, untuk merancang satu sesi kegiatan berdurasi 90 menit tentang pentingnya minum air putih dan bahaya minuman manis bagi siswa kelas 4. Anda hanya memiliki fasilitas ruang kelas, papan tulis, dan akses ke halaman sekolah. Guru tersebut secara spesifik meminta agar sesi tersebut "menyenangkan dan membuat anak-anak bergerak, bukan hanya duduk mendengarkan". **Tugas:** Rancanglah alur kegiatan untuk sesi 90 menit tersebut dengan menerapkan empat tahap siklus belajar eksperiensial David Kolb. Deskripsikan secara ringkas

namun jelas aktivitas yang akan Anda lakukan pada setiap tahap (Pengalaman Konkret, Observasi Reflektif, Konseptualisasi Abstrak, dan Eksperimen Aktif) menggunakan fasilitas yang tersedia.

BAB 9
METODE DAN MODEL PROMOSI KESEHATAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan perbedaan fundamental antara metode dan model dalam konteks promosi kesehatan gizi.
2. Memilih metode dan model promosi gizi yang tepat berdasarkan analisis karakteristik sasaran (prasekolah, usia sekolah, remaja) dan konteks lokal.
3. Menerapkan metode promosi gizi berbasis permainan dan edukasi teman sebaya untuk anak usia sekolah dan prasekolah.
4. Mengimplementasikan rancangan intervensi promosi gizi berbasis sekolah dengan mengadaptasi model yang sudah ada, seperti program 'Isi Piringku' di kantin sekolah.
5. Memodifikasi pesan dan media promosi gizi di platform digital agar efektif menjangkau sasaran remaja awal dan remaja akhir.

B. Pendahuluan

Seorang siswa kelas 4 SD di Kabupaten Gunungkidul, DI Yogyakarta, mungkin dapat menyebutkan dengan lancar komponen gizi seimbang dalam slogan 'Isi Piringku'. Namun, ketika jam istirahat tiba, jajanan yang dipilihnya di luar gerbang sekolah adalah cilok dengan saus berwarna mencolok atau minuman kemasan dengan kadar gula tinggi. Fenomena ini, yang jamak ditemui di seluruh Indonesia, merepresentasikan tantangan sentral bagi seorang praktisi promosi kesehatan: kesenjangan antara pengetahuan (*knowledge*) dan praktik (*practice*). Memberi informasi saja terbukti tidak cukup untuk mengubah perilaku gizi yang telah mengakar dan dipengaruhi oleh berbagai faktor. Di sinilah urgensi untuk menguasai berbagai metode dan model intervensi menjadi krusial. Sebagai calon ahli promosi kesehatan, Anda tidak dituntut untuk menjadi sekadar penyampai informasi, melainkan seorang arsitek perubahan perilaku yang mampu merancang dan mengimplementasikan intervensi yang efektif, menarik, dan sesuai dengan dunia anak-anak serta remaja. Bab ini akan membekali Anda dengan perangkat konseptual dan praktis untuk menjalankan peran tersebut.

Untuk menjadi arsitek perubahan perilaku yang andal, Anda perlu memahami perbedaan mendasar antara 'metode' dan 'model' promosi kesehatan. **Metode** adalah alat atau teknik spesifik yang digunakan untuk menyampaikan pesan dan memfasilitasi pembelajaran, seperti ceramah, permainan, atau demonstrasi masak. **Model**, di sisi lain, adalah kerangka kerja konseptual yang lebih luas, sebuah cetak biru yang memandu keseluruhan proses perencanaan, implementasi, dan evaluasi program dari awal hingga akhir. Sebagai ilustrasi, metode 'penyuluhan' tentang pentingnya sarapan sering kali

gagal mengubah kebiasaan jika hanya disampaikan melalui ceramah di kelas. Sebaliknya, sebuah program yang menerapkan metode 'Kebun Gizi Sekolah' seperti yang diinisiasi di beberapa Sekolah Dasar di Kabupaten Bandung Barat, di mana siswa menanam, memanen, dan memasak sayuran mereka sendiri, terbukti lebih berdampak. Di sini, metode yang dipilih (berkebun dan memasak) bersifat partisipatif dan esperiensial. Implikasinya, pemilihan metode yang tepat dapat mengubah intervensi dari sekadar transfer informasi menjadi sebuah pengalaman yang transformatif. Lebih jauh lagi, sebuah intervensi yang sukses jarang sekali hanya mengandalkan satu metode. Program 'Kantin Sehat' yang berhasil di sebuah SMP di Surabaya tidak hanya menempelkan poster (metode), tetapi menggunakan sebuah **model** yang sistematis. Model ini mungkin mengadopsi prinsip-prinsip *Social Ecological Model* dengan melakukan intervensi di berbagai level: melatih pengelola kantin (level interpersonal), mengubah tata letak makanan sehat agar lebih menonjol (level lingkungan fisik), dan bekerja sama dengan komite sekolah untuk membuat kebijakan terkait jajanan (level organisasi/kebijakan). Implikasinya, penggunaan model memastikan bahwa intervensi Anda bersifat komprehensif dan menyasar berbagai determinan perilaku secara simultan, sehingga meningkatkan probabilitas keberhasilan dan keberlanjutan program.

Bab ini dirancang untuk memandu Anda beralih dari pemahaman teoretis menuju kemampuan aplikasi praktis. Pembahasan akan diawali dengan membedah lebih dalam konsep metode dan model promosi gizi, memberikan Anda landasan yang kokoh. Selanjutnya, kita akan bergerak ke tataran implementasi dengan mengkaji secara spesifik metode dan model yang paling relevan untuk tiga kelompok usia kritis dengan karakteristik psikologis dan sosial yang

unik: anak usia prasekolah, anak usia sekolah, serta remaja awal dan remaja akhir. Anda akan diajak untuk menganalisis studi kasus, belajar bagaimana memilih metode permainan edukatif untuk anak TK, mendemonstrasikan cara mengembangkan program 'Duta Gizi Sebaya' untuk siswa SD, hingga memodifikasi kampanye gizi di media sosial agar relevan bagi siswa SMA. Dengan demikian, setelah menuntaskan bab ini, Anda diharapkan tidak hanya 'tahu' tentang metode dan model, tetapi juga 'mampu' menerapkannya untuk merancang intervensi promosi gizi yang efektif di lapangan.

C. Konsep metode promosi gizi

Dalam arsitektur sebuah program promosi kesehatan, metode adalah perkakas yang kita gunakan untuk membangun perubahan. Jika pada Bab 8 kita telah membahas pendekatan sebagai filosofi atau cara pandang (misalnya, pendekatan teman sebaya), maka metode adalah teknik atau kegiatan spesifik yang dieksekusi untuk menyampaikan pesan dan memfasilitasi pembelajaran. Memilih metode yang tepat sama krusialnya dengan memilih perkakas yang benar; menggunakan palu untuk memasang sekrup tidak hanya tidak efektif, tetapi juga dapat merusak keseluruhan struktur. Metode promosi gizi, dengan demikian, dapat didefinisikan sebagai cara terstruktur untuk menyajikan informasi, memengaruhi sikap, dan membangun keterampilan terkait gizi kepada individu, kelompok, atau masyarakat.

Metode promosi gizi dapat diklasifikasikan berdasarkan jumlah sasaran yang dijangkau. Klasifikasi ini penting karena setiap tingkatan memiliki kelebihan dan keterbatasan yang memengaruhi efektivitas intervensi.

1. **Metode Individual:** Pendekatan ini berfokus pada interaksi satu lawan satu, yang memungkinkan intervensi yang sangat personal dan mendalam. Contoh utamanya adalah **konseling gizi**, di mana seorang ahli gizi bekerja langsung dengan seorang remaja yang mengalami anemia untuk menyusun rencana makan personal dan mengatasi hambatannya dalam mengonsumsi tablet tambah darah (Fathony, 2022). Kelebihannya adalah kedalaman materi dan penyesuaian total dengan kebutuhan klien. Namun, metode ini sangat memakan waktu dan sumber daya, sehingga tidak efisien untuk menjangkau populasi besar.
2. **Metode Kelompok:** Metode ini menargetkan sekelompok kecil individu (biasanya 8-15 orang) dengan karakteristik atau masalah yang serupa. Contohnya meliputi **diskusi kelompok terarah (DKT)** dengan para ibu untuk membahas tantangan dalam menyiapkan bekal sekolah anak, **demonstrasi memasak** menu gizi seimbang di Posyandu, atau **permainan edukatif** seperti ular tangga gizi di dalam kelas (Wijayanti, 2021). Metode ini menciptakan dinamika kelompok yang suportif, memungkinkan pembelajaran dari pengalaman orang lain, dan lebih efisien daripada metode individual.
3. **Metode Massa:** Metode ini dirancang untuk menjangkau audiens yang sangat besar dan heterogen dalam waktu singkat. Contohnya adalah **seminar atau penyuluhan umum** di aula sekolah tentang pentingnya sarapan (Ahmad, 2023), penyebaran **poster dan spanduk** 'Isi Piringku' di lingkungan sekolah, atau kampanye gizi melalui **media sosial, radio, dan televisi**. Kelebihannya adalah jangkauan

yang luas dengan biaya per kapita yang rendah. Namun, kekurangannya adalah pesan yang bersifat umum, kurangnya interaksi dua arah, dan kesulitan dalam mengukur dampak langsung terhadap perubahan perilaku.

Sebagai contoh konkret di Indonesia, program "Edukasi Jajanan Sehat pada Anak Usia Sekolah" yang dilaksanakan di berbagai daerah sering kali mengkombinasikan beberapa metode. Program tersebut mungkin dimulai dengan metode massa berupa penyuluhan umum di lapangan sekolah (Syarifuddin, 2022). Kemudian, dilanjutkan dengan metode kelompok di dalam kelas, di mana siswa diajak bermain peran untuk memilih jajanan sehat dan tidak sehat di sebuah "warung" simulasi. Terakhir, bagi siswa dengan status gizi kurang atau lebih yang teridentifikasi melalui skrining, dapat ditindaklanjuti dengan metode individual berupa konseling singkat oleh guru UKS atau petugas Puskesmas. Kombinasi strategis ini menunjukkan bahwa dalam praktik, metode-metode tersebut tidak saling meniadakan, melainkan saling melengkapi untuk menciptakan dampak yang lebih kuat dan berkelanjutan. Pemilihan dan kombinasi metode harus didasarkan pada analisis cermat terhadap tujuan program, karakteristik sasaran, dan sumber daya yang tersedia, yang akan dibahas lebih lanjut pada Bab 10.

D. Konsep model promosi gizi

Jika metode adalah perkakas, maka model promosi kesehatan adalah cetak biru (blueprint) dari keseluruhan bangunan intervensi. Model adalah kerangka kerja konseptual yang sistematis dan sering kali berbasis teori, yang memandu seluruh proses mulai dari analisis masalah, perancangan intervensi, implementasi, hingga evaluasi. Berbeda dengan metode yang bersifat taktis dan berfokus pada "apa yang kita

lakukan", model bersifat strategis dan menjawab pertanyaan "mengapa kita melakukannya dengan cara ini?" dan "bagaimana semua komponen intervensi saling berhubungan untuk mencapai tujuan?". Penggunaan model membantu promotor kesehatan untuk bergerak dari intervensi yang bersifat tambal sulam dan intuitif menuju program yang terstruktur, komprehensif, dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.

Model promosi kesehatan memberikan peta jalan untuk memahami dan mengubah perilaku kesehatan yang kompleks, seperti kebiasaan makan. Perilaku gizi tidak hanya ditentukan oleh pengetahuan, tetapi juga oleh sikap, keyakinan, pengaruh sosial, ketersediaan lingkungan, dan kebijakan. Model membantu kita memetakan determinan-determinan ini dan merancang intervensi yang menyasar titik-titik krusial. Beberapa model yang sering diadaptasi dalam promosi gizi antara lain:

- Health Belief Model (HBM): Model ini beranggapan bahwa seseorang akan mengambil tindakan untuk mencegah penyakit jika mereka merasa rentan terhadap kondisi tersebut (misalnya, obesitas), menganggap kondisi itu serius, percaya bahwa tindakan yang dianjurkan (misalnya, mengurangi gula) efektif, dan merasakan bahwa manfaat dari tindakan tersebut lebih besar daripada hambatannya (misalnya, rasa tidak enak atau harga mahal).
- Theory of Planned Behavior (TPB): Model ini menyatakan bahwa niat (intention) untuk berperilaku adalah prediktor terbaik dari perilaku itu sendiri. Niat ini dibentuk oleh tiga faktor: sikap terhadap perilaku (apakah makan sayur itu baik atau buruk?), norma subjektif (apa yang teman-teman atau keluarga

pikirkan tentang saya jika saya makan sayur?), dan persepsi kontrol perilaku (apakah saya mampu dan memiliki kesempatan untuk makan sayur setiap hari?).

- Social Ecological Model (SEM): Model ini adalah salah satu yang paling komprehensif, karena memandang perilaku kesehatan sebagai hasil interaksi dari berbagai tingkatan pengaruh. Mulai dari level individu (pengetahuan, genetika), interpersonal (keluarga, teman), organisasi (sekolah, tempat kerja), komunitas (lingkungan sosial dan fisik), hingga kebijakan publik (pajak gula, standar kantin sehat).

Untuk mengilustrasikan kekuatan sebuah model, mari kita tinjau kembali fenomena jajanan tidak sehat di sekolah yang disinggung di awal bab. Sebuah intervensi yang hanya menggunakan metode penyuluhan (level individu) mungkin akan gagal. Namun, dengan menerapkan *Social Ecological Model*, seorang promotor kesehatan akan merancang intervensi multitingkat. Di **level individu**, dilakukan edukasi gizi interaktif. Di **level interpersonal**, dibentuk program 'Duta Gizi Sebaya' untuk menciptakan norma sosial baru. Di **level organisasi**, pihak sekolah diajak bekerja sama untuk membuat kebijakan 'Kantin Sehat' dan melatih para penjual kantin. Di **level komunitas**, diadakan pertemuan dengan orang tua dan pedagang di sekitar sekolah. Akhirnya, di **level kebijakan**, diadvokasikan adanya peraturan daerah yang mengatur standar keamanan dan kesehatan pangan jajanan anak sekolah. Pendekatan berbasis model ini jauh lebih mungkin berhasil karena tidak hanya menyalahkan individu, tetapi mengubah seluruh ekosistem yang membentuk perilaku gizi anak. Tantangan dalam promosi kesehatan remaja, misalnya, sering kali terletak pada kompleksitas faktor yang memengaruhi mereka (Nasution, 2021), sehingga

model seperti SEM menjadi sangat relevan untuk memetakan dan mengatasinya secara sistematis.

E. Metode dan model pada usia prasekolah

Mengajarkan gizi pada anak usia prasekolah (3-6 tahun) adalah sebuah seni yang menuntut pemahaman mendalam terhadap dunia mereka. Sebagaimana dibahas pada Bab 3, anak pada rentang usia ini merupakan *concrete thinkers* (pemikir konkret), memiliki rentang perhatian yang pendek, dan belajar paling efektif melalui permainan dan pengalaman sensorik langsung. Mereka belum dapat memahami konsep abstrak seperti "vitamin" atau "mineral", tetapi mereka dapat mengerti perbedaan antara makanan "yang membuat lari kencang" dan "yang membuat sakit perut". Oleh karena itu, metode promosi gizi untuk kelompok usia ini harus bersifat esperiensial, menyenangkan, dan melibatkan panca indera.

Metode yang paling efektif untuk anak prasekolah adalah yang mengintegrasikan pembelajaran ke dalam aktivitas bermain. Beberapa metode yang terbukti berhasil antara lain:

- Bercerita (Storytelling): Menggunakan boneka tangan atau buku cerita bergambar untuk mengisahkan petualangan karakter yang menjadi kuat dan sehat karena suka makan sayur dan buah. Cerita dapat membangun asosiasi emosional yang positif terhadap makanan sehat.
- Bernyanyi dan Bergerak: Menciptakan lagu-lagu sederhana tentang kelompok makanan (misalnya, lagu "Empat Sehat Lima Sempurna" versi modern dengan "Isi Piringku") yang disertai dengan gerakan tubuh. Keterlibatan fisik membantu memperkuat memori.
- Seni dan Kerajinan: Kegiatan seperti mewarnai gambar buah-buahan, membuat kolase dari biji-bijian, atau

membentuk sayuran dari plastisin dapat menjadi cara yang menyenangkan untuk memperkenalkan berbagai jenis makanan.

- Memasak Sederhana (Simple Cooking): Melibatkan anak dalam kegiatan memasak yang aman dan sederhana, seperti mencuci sayuran, mengaduk adonan, atau menyusun buah untuk sate buah. Pengalaman langsung ini dapat meningkatkan kemauan anak untuk mencoba makanan baru. Status gizi yang baik sangat mendukung perkembangan motorik yang dibutuhkan untuk aktivitas ini (Yunita, 2021).
- Berkebun: Menanam sayuran yang mudah tumbuh seperti bayam atau kangkung di halaman sekolah (PAUD) atau di rumah. Proses dari menanam, merawat, hingga memanen dapat menumbuhkan rasa kepemilikan dan kebanggaan, yang sering kali berujung pada keinginan untuk memakannya.

Meskipun metode-metode ini ditujukan pada anak, model intervensi yang paling efektif pada usia prasekolah sering kali tidak menargetkan anak secara langsung, melainkan berfokus pada lingkungan terdekatnya: orang tua dan guru. Model yang umum digunakan adalah **Model Pemberdayaan Keluarga dan Pendidik**. Dalam model ini, promotor kesehatan tidak hanya bermain dengan anak, tetapi peran utamanya adalah melatih dan memberdayakan orang dewasa di sekitar anak. Intervensi bisa berupa lokakarya untuk guru PAUD tentang cara mengintegrasikan pendidikan gizi dalam kurikulum bermain, atau sesi konseling kelompok untuk para ibu di Posyandu tentang cara mengatasi anak yang *picky eater*. Pengetahuan ibu dan pola makan yang diterapkan di rumah merupakan faktor determinan yang sangat kuat terhadap status gizi anak prasekolah (Afrinis, 2021). Program

pencegahan stunting yang berhasil, misalnya, sering kali mengadopsi model ini dengan memberikan edukasi intensif kepada ibu hamil dan ibu balita mengenai praktik pemberian makan yang benar (Sukmawati, 2021; Simamora, 2021). Dengan demikian, model ini memastikan bahwa perilaku sehat tidak hanya terjadi di sekolah selama beberapa jam, tetapi diperkuat secara konsisten di lingkungan rumah, tempat di mana fondasi kebiasaan makan seumur hidup diletakkan (Ramlah, 2021).

F. Metode dan model pada usia sekolah

Memasuki usia sekolah dasar (7-12 tahun), anak mengalami lompatan perkembangan kognitif yang signifikan. Seperti yang diuraikan pada Bab 4, mereka mulai bisa berpikir logis, memahami hubungan sebab-akibat sederhana, dan sangat dipengaruhi oleh teman sebaya serta figur otoritas seperti guru. Periode ini adalah jendela emas untuk menanamkan kebiasaan hidup bersih dan sehat, termasuk gizi seimbang, karena mereka sudah cukup matang untuk memahami konsep dasar kesehatan namun belum terlalu terpengaruh oleh tekanan sosial kompleks seperti pada masa remaja. Promosi gizi pada kelompok usia ini harus memanfaatkan kemampuan baru mereka untuk belajar secara lebih terstruktur, sambil tetap mempertahankan elemen kesenangan dan interaksi.

Metode yang digunakan dapat lebih bervariasi dan terstruktur dibandingkan pada usia prasekolah. Efektivitas sering kali meningkat ketika beberapa metode digabungkan. Salah satu pendekatan yang paling populer dan efektif adalah program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang mengintegrasikan Trias UKS: pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sekolah

sehat. Dalam kerangka ini, berbagai metode dapat diimplementasikan.

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas, berikut adalah perbandingan beberapa metode promosi gizi yang lazim digunakan untuk anak usia sekolah beserta contoh aplikasinya di Indonesia.

Tabel 9. 1. Perbandingan Metode Promosi Gizi untuk Anak Usia Sekolah

Metode	Deskripsi	Contoh Aplikasi di Indonesia	Kelebihan	Keterbatasan
Edukasi Klasikal	Penyampaian materi gizi secara terstruktur di dalam kelas oleh guru atau petugas kesehatan.	Sesi penyuluhan tentang "Gizi Seimbang" di SD Negeri Pijorkoling, Padangsidimpuan (Ahmad, 2023).	Terstruktur, dapat menjangkau seluruh siswa, terintegrasi dengan kurikulum.	Cenderung pasif, berisiko membosankan jika tidak interaktif.
Permainan Edukatif	Menggunakan permainan seperti kartu kuartet, monopoli, atau ular tangga untuk mengajarkan konsep gizi.	Permainan ular tangga untuk meningkatkan pengetahuan sayur dan buah (Wijayanti, 2021).	Menyenangkan, meningkatkan keterlibatan, pembelajaran tidak terasa seperti "belajar".	Membutuhkan persiapan media, terkadang pesan utama bisa teralihkan oleh keseruan bermain.
Peer Education	Melatih siswa terpilih (Dokter Kecil/Kader Kesehatan Remaja) untuk menjadi agen perubahan bagi teman sebayanya.	Program Dokter Kecil di bawah binaan UKS untuk memantau kebersihan kuku dan mengajarkan cuci tangan.	Pesan lebih mudah diterima dari teman sebaya, membangun kepemimpinan siswa.	Membutuhkan pelatihan dan pendampingan intensif bagi kader, risiko informasi salah jika tidak dimonitor.
Demonstrasi & Praktik	Menunjukkan secara langsung cara melakukan suatu	Demonstrasi 6 langkah cuci tangan pakai sabun di sekolah	Konkret, mudah ditiru, membangun	Membutuhkan fasilitas (air, sabun, wastafel), hanya efektif

Metode	Deskripsi	Contoh Aplikasi di Indonesia	Kelebihan	Keterbatasan
	keterampilan, seperti mencuci tangan atau memilih jajanan.	dasar (Anggraini, 2022).	keterampilan praktis.	untuk kelompok kecil.
Kebun Sekolah	Melibatkan siswa dalam kegiatan menanam, merawat, memanen, dan mengolah hasil kebun gizi di sekolah.	Program Adiwiyata di beberapa sekolah yang mengintegrasikan kebun sekolah sebagai media belajar.	Belajar dari pengalaman langsung, menumbuhkan apresiasi pada makanan, menyediakan sumber pangan sehat.	Membutuhkan lahan, waktu, dan komitmen jangka panjang dari pihak sekolah.

Dari tabel di atas, terlihat bahwa tidak ada satu metode superior; kombinasi strategis adalah kunci. Metode-metode ini paling efektif ketika diimplementasikan dalam kerangka model yang lebih luas, seperti model **Health Promoting School (HPS)** atau Sekolah Sehat.

Model HPS memandang sekolah sebagai sebuah ekosistem yang utuh untuk promosi kesehatan. Model ini tidak hanya berfokus pada penyampaian materi di kelas (pendidikan), tetapi juga memastikan lingkungan fisik dan sosial sekolah mendukung perilaku sehat. Berikut adalah ilustrasi bagaimana model HPS diterapkan dalam konteks gizi.



Gambar 9. 1. Model Sekolah Sehat (Health Promoting School) untuk Promosi Gizi.

Gambar 9.1 menunjukkan bahwa intervensi gizi yang efektif di sekolah harus berjalan di tiga pilar secara simultan. Kurikulum tidak hanya mengajarkan teori gizi, tetapi kantin sekolah (lingkungan) harus menyediakan pilihan makanan sehat yang diajarkan, dan UKS (pelayanan) secara rutin memantau status gizi siswa dan memberikan rujukan jika diperlukan (Novianti, 2021). Ketika anak belajar tentang bahaya jajanan tidak sehat di kelas, tetapi di luar gerbang sekolah berjejer pedagang dengan makanan serupa, program tersebut gagal menerapkan model HPS secara utuh. Keberhasilan program "Edukasi Jajanan Sehat" (Syarifuddin, 2022) sangat bergantung pada seberapa baik sekolah mampu mengelola lingkungan di dalam dan sekitar gerbangnya, yang merupakan tantangan terbesar dalam implementasi model ini di Indonesia (Nasriyah, 2021).

G. Metode dan model pada remaja awal dan remaja SMA

Masa remaja, yang mencakup remaja awal (SMP, 12-15 tahun) dan remaja akhir (SMA, 16-18 tahun), adalah periode transisi yang penuh gejolak dan peluang. Sebagaimana telah dibahas dalam Bab 5 dan 6, pada masa ini terjadi percepatan pertumbuhan fisik, perkembangan kognitif menuju pemikiran abstrak, serta pembentukan identitas diri yang sangat dipengaruhi oleh teman sebaya (*peer group*) dan citra tubuh (*body image*). Kebiasaan makan pada remaja sering kali tidak teratur, dipengaruhi tren, dan rentan terhadap masalah gizi ganda: baik kekurangan gizi seperti anemia pada remaja putri (Khobibah, 2021), maupun kelebihan gizi seperti obesitas akibat gaya hidup sedentari (Maslakhah, 2022). Promosi gizi untuk kelompok ini harus canggih, relevan, menghargai otonomi mereka, dan memanfaatkan kanal komunikasi yang mereka gunakan sehari-hari.

Metode promosi gizi untuk remaja harus bergeser dari pendekatan "menggurui" menjadi "memfasilitasi". Kunci utamanya adalah partisipasi dan relevansi.

- Untuk Remaja Awal (SMP): Intervensi kelompok masih sangat efektif. Diskusi kelompok terarah yang membahas isu-isu relevan seperti hubungan antara makanan, jerawat, dan penampilan, atau mitos-mitos seputar diet, akan lebih menarik daripada ceramah tentang piramida makanan. Metode peer-led (dipimpin teman sebaya) menjadi sangat kuat. Melatih siswa populer atau yang dihormati sebagai "Duta Gizi" untuk memimpin kampanye kecil di sekolahnya bisa menciptakan efek domino. Permainan edukatif yang kompetitif seperti yang terbukti efektif dalam meningkatkan konsumsi sayur dan buah juga masih

relevan untuk kelompok usia ini (Wijayanti, 2021). Isu spesifik seperti anemia pada remaja putri memerlukan pendekatan yang lebih terfokus, seperti edukasi disertai demonstrasi cara benar mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) untuk memaksimalkan penyerapan dan meminimalkan efek samping (Fathony, 2022).

- Untuk Remaja Akhir (SMA): Keterlibatan teknologi digital menjadi sebuah keharusan. Remaja pada usia ini adalah digital natives yang menghabiskan banyak waktu di media sosial. Kampanye media sosial menggunakan platform seperti Instagram atau TikTok, dengan konten yang singkat, visual, dan otentik (misalnya, video "A Day in My Plate" dari seorang influencer kebugaran), bisa jauh lebih efektif daripada poster di mading sekolah. Penggunaan video edukasi terbukti dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja tentang topik kesehatan (Anggraini, 2022). Selain itu, metode yang mendorong pemikiran kritis sangat cocok, seperti debat tentang pro-kontra diet tertentu, lokakarya analisis label gizi pada kemasan makanan populer, atau proyek kelompok untuk mengembangkan aplikasi seluler sederhana bertema gizi. Pengaruh gadget terhadap perilaku remaja memang bisa menjadi tantangan (Fitriana, 2021), namun juga bisa menjadi peluang jika dimanfaatkan secara kreatif untuk promosi kesehatan.

Model intervensi yang cocok untuk remaja sering kali mengadopsi kerangka teori perubahan perilaku seperti **Theory of Planned Behavior (TPB)** atau **Social Cognitive Theory (SCT)**. Sebagai contoh, sebuah program pencegahan obesitas pada siswa SMA yang dirancang menggunakan model TPB akan fokus pada tiga komponen:

1. **Mengubah Sikap:** Melalui lokakarya interaktif, siswa diajak mengeksplorasi manfaat jangka pendek (lebih berenergi, kulit lebih sehat) dan jangka panjang dari pola makan sehat, bukan hanya menakut-nakuti dengan penyakit.
2. **Membentuk Norma Subjektif:** Menciptakan tren "sehat itu keren" di sekolah. Ini bisa dilakukan dengan mengadakan *event* seperti festival makanan sehat, kompetisi olahraga antarkelas, atau menjadikan siswa-siswa berprestasi (baik akademik maupun non-akademik) sebagai *role model* perilaku sehat. Program Kader Kesehatan Remaja (KKR) adalah salah satu implementasi nyata dari strategi ini di Indonesia, meskipun masih menghadapi berbagai tantangan dalam pelaksanaannya (Nasution, 2021).
3. **Meningkatkan Persepsi Kontrol Perilaku:** Memberikan remaja keterampilan praktis (*life skills*) yang mereka butuhkan untuk bertindak. Contohnya, mengadakan demo masak resep sehat, simpel, dan "Instagrammable", mengajarkan cara membaca label nutrisi di supermarket, atau memberikan tips mengelola stres tanpa lari ke makanan (*emotional eating*).

Dengan demikian, model ini memastikan bahwa intervensi tidak hanya memberikan pengetahuan ("tahu harus makan apa"), tetapi juga membentuk niat yang kuat dan memberikan keterampilan yang diperlukan untuk menerjemahkan niat tersebut menjadi perilaku nyata dalam kehidupan sehari-hari remaja yang dinamis dan kompleks (Wigati, 2022).

Rangkuman

Metode dan model merupakan dua pilar fundamental dalam arsitektur program promosi gizi anak usia sekolah, yang sering kali disalahartikan namun memiliki fungsi yang berbeda secara diametral. Metode adalah perkakas taktis, yaitu kegiatan spesifik yang digunakan untuk menyampaikan pesan dan memfasilitasi perubahan, seperti konseling, diskusi kelompok, atau kampanye media. Klasifikasinya berdasarkan sasaran—individual, kelompok, dan massa—menentukan tingkat personalisasi, efisiensi sumber daya, dan jangkauan intervensi. Metode individual seperti konseling gizi menawarkan kedalaman maksimal, metode kelompok seperti demonstrasi memasak membangun dukungan sosial, sementara metode massa seperti penyuluhan umum menjangkau audiens luas dengan cepat. Di sisi lain, model adalah cetak biru strategis atau kerangka kerja konseptual yang menjawab pertanyaan "mengapa" dan "bagaimana" sebuah intervensi dirancang. Model seperti *Health Belief Model* (HBM), *Theory of Planned Behavior* (TPB), dan *Social Ecological Model* (SEM) menyediakan peta jalan berbasis teori untuk memahami dan mengubah perilaku gizi yang kompleks. Jika metode hanya menyentuh aspek "apa yang dilakukan", model memastikan intervensi tersebut komprehensif dan menyasar akar masalah. Sebagai contoh, *Social Ecological Model* (SEM) memaksa promotor kesehatan untuk bergerak melampaui sekadar edukasi individu dan merancang intervensi multitingkat yang juga mengubah lingkungan interpersonal, organisasi, komunitas, dan kebijakan. Praktik promosi kesehatan yang efektif, sebagaimana dituntut dari seorang Sarjana Terapan, terletak pada kemampuan untuk tidak hanya memilih perkakas (metode) yang tepat, tetapi juga menggunakannya dalam kerangka bangunan (model)

yang kokoh dan terencana untuk menciptakan dampak yang berkelanjutan.

Latihan

a. Essay

1. Bandingkan dan kontraskan efektivitas metode kelompok (misalnya, diskusi kelompok terarah) dengan metode massa (misalnya, kampanye poster 'Isi Piringku') dalam upaya mengubah kebiasaan membawa bekal sekolah. Analisis Anda harus mempertimbangkan aspek jangkauan, kedalaman interaksi, efisiensi biaya per kapita, dan potensi keberlanjutan perubahan perilaku pada anak dan orang tua.
2. Telaah secara kritis pernyataan berikut: "Menggunakan model promosi kesehatan seperti *Social Ecological Model* (SEM) terlalu rumit dan memakan sumber daya untuk konteks Puskesmas di Indonesia. Lebih baik fokus pada metode penyuluhan yang praktis dan cepat." Argumentasikan posisi Anda, setuju atau tidak setuju, dengan merujuk pada contoh intervensi jajanan sehat yang dibahas dalam bab ini.
3. Rumuskan sebuah kerangka intervensi promosi gizi untuk mengatasi masalah rendahnya konsumsi buah dan sayur di kalangan siswa SMP, dengan menggunakan prinsip-prinsip dari *Theory of Planned Behavior* (TPB). Jelaskan secara spesifik kegiatan apa yang akan Anda lakukan untuk memperkuat ketiga komponen utama model tersebut: sikap, norma subjektif, dan persepsi kontrol perilaku.
4. Evaluasi potensi kegagalan sebuah program "Edukasi Jajanan Sehat" yang hanya mengandalkan metode massa berupa penyuluhan umum di aula sekolah dan pemasangan beberapa poster. Analisis Anda harus menghubungkan kelemahan pendekatan ini dengan

konsep determinan perilaku yang kompleks yang dijelaskan dalam model-model promosi kesehatan seperti HBM atau SEM.

5. Analisislah mengapa kombinasi strategis antara metode individual, kelompok, dan massa seringkali lebih unggul daripada menggunakan satu metode saja dalam program promosi gizi anak sekolah. Gunakan contoh konkret penanganan anemia pada remaja yang disinggung dalam bab untuk mengilustrasikan bagaimana ketiga jenis metode tersebut dapat saling melengkapi untuk mencapai hasil yang optimal.

b. Pilihan Berganda

1. Pernyataan yang paling tepat untuk membedakan antara metode dan model dalam promosi kesehatan adalah...
    a. Metode adalah kerangka kerja konseptual, sedangkan model adalah kegiatan spesifik yang dieksekusi.
    b. Metode adalah "cetak biru" intervensi, sedangkan model adalah "perkakas" untuk membangun perubahan.
    c. Metode menjawab pertanyaan "apa yang kita lakukan", sedangkan model menjawab "mengapa kita melakukannya dengan cara ini".
    d. Metode selalu bersifat individual, sedangkan model selalu bersifat massa.
2. Seorang ahli gizi bekerja langsung dengan seorang remaja yang mengalami obesitas untuk menyusun rencana makan personal dan strategi olahraga. Pendekatan yang digunakan adalah contoh dari...
    a. Metode massa
    b. Metode individual

c. Metode kelompok
d. Metode advokasi

3. Salah satu keterbatasan utama dari metode promosi kesehatan massa, seperti penyebaran spanduk atau kampanye di televisi, adalah...
    a. Sangat memakan waktu dan sumber daya per individu yang dijangkau.
    b. Jangkauannya sangat terbatas pada kelompok kecil.
    c. Pesan bersifat umum dan kurangnya interaksi dua arah.
    d. Membutuhkan fasilitator yang sangat terlatih untuk setiap audiens.
4. Mengadakan sesi demonstrasi memasak menu bekal sehat untuk sekelompok ibu dari siswa kelas 1 di Posyandu merupakan contoh penerapan metode kelompok. Keunggulan utama dari metode ini adalah...
    a. Menjangkau audiens terbesar dalam waktu sesingkat mungkin.
    b. Menciptakan dinamika kelompok yang suportif dan pembelajaran dari pengalaman orang lain.
    c. Memungkinkan penyesuaian materi yang sepenuhnya personal untuk setiap ibu.
    d. Biaya per kapita yang paling rendah dibandingkan semua metode.
5. Menurut *Health Belief Model* (HBM), seorang siswa akan termotivasi untuk berhenti minum minuman manis berpemanis jika ia...
    a. Merasa teman-temannya juga berhenti minum minuman manis.

b. Percaya bahwa ia mampu dan memiliki kesempatan untuk mendapatkan alternatif yang lebih sehat.
c. Merasa rentan terhadap diabetes, menganggapnya serius, dan percaya bahwa berhenti minum manis akan efektif.
d. Memiliki niat yang kuat yang dibentuk oleh sikap dan norma sosial.

6. Seorang promotor kesehatan ingin meningkatkan niat siswa untuk sarapan sebelum ke sekolah. Berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB), faktor yang paling tidak relevan untuk diintervensi secara langsung adalah...
    a. Sikap siswa terhadap sarapan (misalnya, apakah sarapan itu menyenangkan dan bermanfaat).
    b. Norma subjektif (misalnya, apa yang teman dan keluarga pikirkan tentang sarapan).
    c. Persepsi kontrol perilaku (misalnya, apakah siswa merasa punya waktu dan akses ke makanan sarapan).
    d. Status gizi siswa saat ini.
7. Sebuah program intervensi gizi di sekolah tidak hanya memberikan edukasi kepada siswa, tetapi juga melatih guru UKS, mengubah menu di kantin sekolah, dan mengadvokasi peraturan daerah tentang standar jajanan sehat. Pendekatan ini paling sesuai dengan kerangka kerja...
    a. Health Belief Model (HBM)
    b. Theory of Planned Behavior (TPB)
    c. Social Ecological Model (SEM)
    d. Metode Konseling Individual

8. Manakah dari berikut ini yang merupakan contoh penerapan *Social Ecological Model* (SEM) pada level organisasi?
    a. Mengadakan konseling gizi untuk siswa dengan status gizi kurang.
    b. Membuat grup WhatsApp untuk orang tua murid untuk berbagi resep sehat.
    c. Menerapkan kebijakan sekolah yang mewajibkan kantin menjual buah potong setiap hari.
    d. Mengajarkan siswa cara membaca label informasi nilai gizi pada kemasan makanan.
9. Jika tujuan sebuah program adalah untuk menjangkau seluruh siswa di sebuah kabupaten dengan pesan sederhana tentang pentingnya "Isi Piringku" dalam waktu singkat dan dengan budget terbatas, metode yang paling tepat untuk menjadi ujung tombak program adalah...
    a. Metode individual melalui konseling satu per satu.
    b. Metode kelompok melalui diskusi terarah di setiap kelas.
    c. Metode massa melalui radio lokal dan media sosial.
    d. Metode campuran dengan fokus utama pada demonstrasi memasak.
10. Dalam arsitektur program promosi kesehatan, model berfungsi sebagai...
    a. Kegiatan spesifik untuk menyampaikan pesan, seperti penyuluhan.
    b. Alat bantu visual, seperti poster atau leaflet.
    c. Kerangka kerja strategis yang memandu perancangan, implementasi, dan evaluasi.

d. Teknik untuk memfasilitasi diskusi dalam kelompok kecil.

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Sebuah Puskesmas di Kecamatan Maju Jaya mencatat prevalensi anemia pada remaja putri (15-17 tahun) mencapai 45%, meskipun program pembagian Tablet Tambah Darah (TTD) sudah berjalan selama dua tahun. Laporan dari guru UKS menunjukkan tingkat kepatuhan minum TTD sangat rendah; banyak siswi yang membuang tablet karena takut efek samping (mual), lupa, atau merasa tidak membutuhkannya karena tidak merasa sakit. Sebagai seorang ahli promosi kesehatan, Anda diminta merancang ulang intervensi tersebut. Rumuskan sebuah strategi intervensi yang mengkombinasikan minimal tiga jenis metode (individual, kelompok, dan massa) untuk meningkatkan kepatuhan minum TTD. Jelaskan peran spesifik setiap metode dan bagaimana ketiganya saling mendukung untuk menciptakan dampak yang lebih kuat.
2. Kepala Sekolah SDN Pelita Bangsa mengeluhkan banyaknya siswa yang mengalami sakit perut dan beberapa menunjukkan tanda awal kelebihan berat badan. Ia menyalahkan "jajanan tidak sehat" yang dijual oleh pedagang di luar gerbang sekolah. Rencana awalnya adalah mengadakan satu kali seminar akbar untuk seluruh siswa dan orang tua tentang bahaya jajanan tidak sehat, dan berharap masalah selesai. Sebagai konsultan promosi kesehatan yang diundang, Anda merasa pendekatan ini tidak akan efektif dalam jangka panjang. Susunlah sebuah argumen profesional untuk meyakinkan Kepala Sekolah agar mengadopsi pendekatan berbasis *Social Ecological Model* (SEM).

Uraikan secara konkret intervensi yang perlu dilakukan pada minimal empat level model (misalnya: individu, interpersonal, organisasi, dan komunitas) untuk menciptakan ekosistem sekolah sehat yang berkelanjutan.

BAB 10
PERENCANAAN PROMOSI KESEHATAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan konsep fundamental dan tujuan strategis perencanaan promosi kesehatan gizi di lingkungan sekolah.
2. Menerapkan tahap-tahap perencanaan promosi kesehatan gizi secara sistematis, mulai dari analisis situasi hingga persiapan evaluasi, pada sebuah studi kasus sekolah dasar.
3. Menentukan prioritas masalah gizi dan sasaran program (primer, sekunder, tersier) berdasarkan data epidemiologi dan sosial di suatu wilayah kerja Puskesmas.
4. Mendemonstrasikan penyusunan rancangan kegiatan promosi kesehatan gizi yang logis dan terukur, mencakup tujuan, metode, media, dan jadwal kegiatan.
5. Memodifikasi sebuah contoh rencana intervensi gizi untuk disesuaikan dengan kebutuhan spesifik dan

sumber daya yang tersedia di sebuah Sekolah Dasar Negeri di daerah perkotaan padat.

B. Pendahuluan

Sebuah program promosi kesehatan yang tampak cemerlang di atas kertas seringkali gagal total saat diimplementasikan di lapangan. Mengapa demikian? Jawaban yang paling sering ditemukan terletak pada satu kata: perencanaan. Tanpa perencanaan yang matang, sebuah intervensi, betapapun mulia tujuannya, ibarat membangun rumah tanpa fondasi. Ia mungkin bisa berdiri sejenak, namun akan segera runtuh saat dihadapkan pada realitas. Dalam konteks gizi anak usia sekolah di Indonesia, di mana masalah ganda seperti stunting, anemia, dan obesitas masih menjadi tantangan serius, kegagalan program bukan hanya berarti pemborosan anggaran, tetapi juga hilangnya kesempatan emas untuk membentuk generasi masa depan yang sehat dan produktif. Konsep dasarnya adalah bahwa perencanaan merupakan proses sistematis untuk menerjemahkan masalah menjadi solusi yang terstruktur, terukur, dan realistis. Sebagai ilustrasi, mari kita lihat studi kasus hipotetis dari sebuah Puskesmas di Kabupaten Cirebon yang meluncurkan program "Bekal Juara". Program ini bertujuan mengurangi konsumsi jajanan tidak sehat dengan membagikan kotak bekal dan brosur resep kepada siswa selama satu bulan. Hasilnya? Setelah program berakhir, siswa kembali membeli cireng dan es aneka rasa dari pedagang di luar gerbang sekolah. Analisis pasca-kegiatan menunjukkan bahwa perencanaan program ini gagal mengidentifikasi akar masalah: orang tua (terutama ibu bekerja) tidak memiliki waktu menyiapkan bekal, dan kantin sekolah tidak menyediakan alternatif yang sehat dan terjangkau. Implikasinya jelas: intervensi yang hanya menyentuh permukaan tanpa analisis kebutuhan mendalam

dan pelibatan pemangku kepentingan kunci (orang tua, pengelola kantin, pedagang) adalah sebuah kesia-siaan strategis.

Kegagalan seperti pada kasus "Bekal Juara" menegaskan bahwa peran seorang ahli promosi kesehatan bukanlah sekadar sebagai pelaksana kegiatan atau "event organizer" kesehatan. Kompetensi inti Anda sebagai calon Sarjana Terapan Promosi Kesehatan terletak pada kemampuan menjadi seorang perencana program—seorang arsitek perubahan perilaku yang mampu merancang intervensi berbasis bukti, sesuai konteks, dan berkelanjutan. Kemampuan merencanakan secara metodis adalah yang membedakan antara aktivitas sporadis yang reaktif dengan program strategis yang berdampak. Bab ini dirancang untuk membekali Anda dengan kerangka kerja dan perangkat praktis untuk menjadi perencana program yang andal, khususnya dalam domain gizi anak sekolah. Pembahasan akan dimulai dengan membedah **konsep dan tujuan perencanaan promosi kesehatan gizi**, meletakkan landasan filosofis mengapa setiap menit yang diinvestasikan dalam perencanaan akan menghemat jam dan biaya saat implementasi. Selanjutnya, kita akan mengupas **tahap-tahap perencanaan** secara runut, dari analisis situasi hingga penyusunan rencana evaluasi. Fokus utama akan diberikan pada keterampilan praktis untuk **menetapkan kebutuhan dan sasaran program**, di mana Anda akan belajar cara menerjemahkan data mentah (misalnya, prevalensi anemia) menjadi prioritas masalah yang tajam dan sasaran audiens yang spesifik. Puncak dari bab ini adalah panduan langkah demi langkah dalam **penyusunan rancangan kegiatan promosi kesehatan gizi** yang komprehensif, logis, dan siap untuk diajukan sebagai proposal maupun diimplementasikan di lapangan.

C. Konsep perencanaan promkes gizi

Sebagaimana diilustrasikan dalam pendahuluan bab ini, sebuah intervensi gizi tanpa perencanaan yang cermat adalah resep menuju kegagalan. Perencanaan dalam promosi kesehatan gizi bukan sekadar membuat daftar kegiatan, melainkan sebuah proses intelektual yang sistematis, logis, dan berbasis bukti untuk menerjemahkan masalah menjadi serangkaian solusi yang terukur dan dapat dilaksanakan. Ini adalah jembatan yang menghubungkan antara "di mana kita sekarang" (analisis situasi masalah gizi) dengan "di mana kita ingin berada" (tujuan program tercapai), dan "bagaimana kita sampai di sana" (strategi dan kegiatan). Konsep dasarnya adalah membuat pilihan-pilihan yang disengaja tentang cara terbaik menggunakan sumber daya yang terbatas (waktu, dana, tenaga) untuk mencapai dampak kesehatan yang maksimal pada anak usia sekolah. Perencanaan memaksa kita untuk berpikir sebelum bertindak, mengantisipasi tantangan, dan merancang program yang relevan dengan kebutuhan nyata sasaran, bukan berdasarkan asumsi atau kebiasaan semata.

> **DEFINISI**
> **Perencanaan Promosi Kesehatan Gizi** adalah proses pengambilan keputusan yang sistematis untuk mengembangkan serangkaian tindakan terkoordinasi yang bertujuan untuk memperbaiki status gizi dan perilaku terkait gizi pada populasi sasaran, melalui identifikasi masalah, penetapan tujuan, pemilihan strategi, dan alokasi sumber daya yang efisien.

Secara konseptual, perencanaan promosi kesehatan gizi memiliki beberapa prinsip fundamental. Pertama, **berbasis data (data-driven)**. Setiap keputusan, mulai dari pemilihan masalah prioritas hingga penentuan metode intervensi, harus

didasarkan pada data yang valid. Data ini bisa berupa data epidemiologi seperti prevalensi stunting atau anemia dari dinas kesehatan, maupun data kualitatif dari wawancara dengan guru dan orang tua tentang kebiasaan makan anak (Novianti, 2021). Kedua, **partisipatif**. Perencanaan yang efektif melibatkan semua pemangku kepentingan (siswa, orang tua, guru, pengelola kantin, petugas Puskesmas) sejak awal. Keterlibatan ini tidak hanya meningkatkan rasa memiliki terhadap program tetapi juga memastikan bahwa intervensi yang dirancang sesuai dengan konteks budaya dan sosial masyarakat setempat. Misalnya, program edukasi jajanan sehat akan lebih berhasil jika idenya datang dari diskusi dengan siswa dan pedagang, bukan dipaksakan dari atas ke bawah (Syarifuddin, 2022). Ketiga, **realistis dan fleksibel**. Perencanaan harus mempertimbangkan sumber daya yang ada dan menetapkan target yang dapat dicapai. Sebuah rencana yang terlalu ambisius tanpa dukungan dana dan tenaga yang memadai akan berakhir sebagai dokumen saja. Selain itu, rencana harus cukup fleksibel untuk beradaptasi dengan perubahan kondisi di lapangan.

Sebagai ilustrasi, mari kita terapkan konsep ini pada konteks sebuah Sekolah Dasar di Kabupaten Kudus, Jawa Tengah. Data Puskesmas setempat menunjukkan adanya masalah ganda: sebagian siswa mengalami gizi kurang, sementara di sisi lain, prevalensi obesitas pada siswa dari keluarga ekonomi menengah ke atas mulai meningkat. Perilaku konsumsi jajanan sekolah yang tinggi kalori dan rendah gizi diidentifikasi sebagai salah satu faktor risiko utama (Nasriyah, 2021). Tanpa perencanaan, seorang petugas promkes mungkin akan langsung melakukan penyuluhan umum tentang "Gizi Seimbang". Namun, dengan pendekatan perencanaan, ia akan: (1) Mengumpulkan data spesifik tentang jenis jajanan yang paling populer dan alasan siswa

memilihnya. (2) Melibatkan orang tua dan komite sekolah dalam diskusi untuk memahami tantangan dalam menyiapkan bekal. (3) Merancang intervensi yang berbeda untuk kelompok sasaran yang berbeda (misalnya, program sarapan bersama untuk anak gizi kurang dan edukasi membaca label makanan untuk anak berisiko obesitas). (4) Mengamankan komitmen dari kepala sekolah untuk merevitalisasi kantin sehat. Proses ini memastikan bahwa program yang dihasilkan bukan sekadar "kegiatan", melainkan sebuah strategi yang menjawab akar masalah secara komprehensif.

D. Tujuan perencanaan promkes gizi

Setelah memahami konsep dasar perencanaan, pertanyaan selanjutnya adalah: mengapa kita harus bersusah payah melakukan proses ini? Apa tujuan konkret yang ingin dicapai melalui perencanaan promosi kesehatan gizi? Jawaban atas pertanyaan ini merupakan justifikasi fundamental atas pentingnya peran seorang perencana program. Perencanaan bukanlah tujuan itu sendiri, melainkan alat strategis untuk mencapai serangkaian hasil yang vital bagi keberhasilan program. Tujuan-tujuan ini dapat dikelompokkan ke dalam beberapa domain utama: relevansi, efisiensi, efektivitas, akuntabilitas, dan keberlanjutan.

Pertama, tujuan utama perencanaan adalah untuk **menjamin relevansi dan ketepatan program**. Perencanaan memastikan bahwa intervensi yang dirancang benar-benar menjawab masalah gizi yang paling signifikan dan kebutuhan yang dirasakan oleh komunitas sasaran. Melalui analisis situasi yang mendalam, kita dapat menghindari "kesalahan tipe III", yaitu memberikan solusi yang tepat untuk masalah yang salah. Sebagai contoh, di sebuah SMP di Kabupaten Takalar, Sulawesi Selatan, ditemukan prevalensi anemia yang cukup tinggi di kalangan remaja putri. Tanpa perencanaan,

intervensi mungkin hanya sebatas pembagian tablet tambah darah (TTD). Namun, proses perencanaan yang baik akan menggali lebih dalam dan mungkin menemukan bahwa masalahnya bukan hanya ketersediaan TTD, tetapi juga ketidakpatuhan minum karena efek samping, atau adanya miskonsepsi bahwa TTD menyebabkan kegemukan. Dengan demikian, program yang relevan tidak hanya mencakup distribusi TTD, tetapi juga edukasi sebaya untuk mengatasi miskonsepsi dan konseling gizi (Arifah, 2022).

Kedua, perencanaan bertujuan untuk **meningkatkan efektivitas dan efisiensi sumber daya**. Sumber daya dalam program kesehatan masyarakat, baik itu di Puskesmas maupun organisasi non-pemerintah, selalu terbatas. Perencanaan yang cermat memungkinkan alokasi dana, waktu, dan tenaga kerja secara optimal untuk menghasilkan dampak terbesar. Ini berarti memilih strategi yang paling *cost-effective* dan menghindari pemborosan pada kegiatan yang kurang berdampak. Misalnya, daripada mencetak ribuan brosur yang mungkin tidak dibaca, perencanaan dapat mengarahkan sumber daya untuk melatih kader kesehatan remaja sebagai agen perubahan, yang terbukti menjadi pendekatan yang menantang namun berpotensi efektif (Nasution, 2021). Perencanaan membantu kita menjawab pertanyaan kritis: "Dengan anggaran Rp10.000.000, apakah lebih efektif melatih 20 guru UKS atau mengadakan satu seminar besar untuk 500 siswa?"

Ketiga, perencanaan menyediakan **arah yang jelas dan kerangka kerja untuk implementasi dan evaluasi**. Rencana yang baik berfungsi sebagai peta jalan (roadmap) bagi seluruh tim pelaksana, sebagaimana akan dibahas lebih lanjut pada Bab 11 dan 12. Di dalamnya tercantum dengan jelas apa yang harus dilakukan, siapa yang bertanggung jawab,

kapan harus dilakukan, dan bagaimana keberhasilannya akan diukur. Tanpa peta ini, tim akan bergerak tanpa koordinasi, berisiko tumpang tindih pekerjaan, atau bahkan melupakan komponen penting dari program. Lebih lanjut, tujuan yang terukur (SMART objectives) yang ditetapkan dalam fase perencanaan menjadi tolok ukur atau standar untuk proses evaluasi di akhir program (lihat Bab 14). Kita tidak dapat mengevaluasi keberhasilan jika kita tidak pernah mendefinisikan seperti apa "berhasil" itu sejak awal.

Terakhir, sebuah rencana yang solid dan berbasis bukti merupakan **alat advokasi dan komunikasi yang kuat**. Ketika mengajukan proposal pendanaan kepada pemerintah daerah, dinas pendidikan, atau donor swasta, sebuah dokumen perencanaan yang komprehensif menunjukkan profesionalisme dan keseriusan. Rencana tersebut mengkomunikasikan dengan jelas urgensi masalah (misalnya, dampak gizi pada kesehatan reproduksi remaja (Wigati, 2022)), logika solusi yang ditawarkan, dan jaminan bahwa investasi yang diberikan akan dikelola dengan baik untuk menghasilkan perubahan yang terukur. Ini membedakan program kita dari sekadar "permintaan sumbangan" menjadi "proposal investasi sosial" yang meyakinkan.

E. Tahap-tahap perencanaan

Perencanaan promosi kesehatan gizi bukanlah proses yang terjadi secara acak, melainkan serangkaian langkah yang logis dan berurutan. Meskipun ada berbagai model perencanaan formal seperti PRECEDE-PROCEED, PATCH, atau Intervention Mapping, semuanya memiliki alur dasar yang serupa. Sebagai seorang calon praktisi, Anda perlu menguasai tahapan-tahapan generik ini agar dapat menerapkannya dalam berbagai situasi kerja, mulai dari Puskesmas hingga lembaga swadaya masyarakat. Tahapan ini bersifat siklus, artinya hasil

dari tahap terakhir (evaluasi) akan menjadi masukan untuk tahap pertama pada siklus perencanaan berikutnya.

1. Analisis Situasi (Needs Assessment)

Tahap ini adalah fondasi dari seluruh proses perencanaan. Tujuannya adalah untuk memahami masalah gizi secara mendalam, mengidentifikasi penyebabnya, serta mengenali potensi dan sumber daya yang ada di komunitas. Analisis ini mencakup beberapa aspek:

- Analisis Epidemiologi: Mengumpulkan data kuantitatif tentang status gizi (misalnya, prevalensi stunting, gizi kurang, gizi lebih, anemia) dari sumber seperti e-PPGBM, data Riskesdas, atau melakukan pengukuran antropometri langsung di sekolah (Muchtar, 2022).
- Analisis Perilaku dan Lingkungan: Mengidentifikasi perilaku spesifik yang berkontribusi pada masalah (misalnya, tidak sarapan, sering jajan manis, jarang makan sayur) dan faktor lingkungan yang mempengaruhinya (misalnya, kantin tidak sehat, tidak ada wastafel untuk cuci tangan).
- Analisis Pendidikan dan Organisasional: Menilai tingkat pengetahuan, sikap, dan kepercayaan sasaran (misalnya, miskonsepsi tentang gizi) serta faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku (misalnya, keterampilan memasak ibu, pengaruh teman sebaya).
- Analisis Kebijakan dan Administratif: Mengidentifikasi kebijakan yang ada (misalnya, peraturan sekolah tentang jajanan) dan sumber daya (anggaran, staf) yang dapat mendukung atau menghambat program.

2. Penetapan Prioritas dan Tujuan Program

Setelah memetakan berbagai masalah dari analisis situasi, hampir tidak mungkin untuk mengatasi semuanya sekaligus. Tahap ini adalah tentang membuat pilihan strategis.

- Penetapan Prioritas Masalah: Masalah dipilih berdasarkan beberapa kriteria, seperti tingkat keseriusan (prevalensi dan dampak), urgensi, dan kemungkinan untuk diubah (feasibility). Misalnya, antara masalah anemia (prevalensi 25%) dan stunting (prevalensi 15%) di sebuah SMP, anemia mungkin diprioritaskan karena intervensinya lebih cepat memberikan hasil pada kelompok usia remaja.
- Perumusan Tujuan: Setelah masalah prioritas ditetapkan, tujuan program dirumuskan. Tujuan harus SMART: Specific (Spesifik), Measurable (Terukur), Achievable (Dapat Dicapai), Relevant (Relevan), dan Time-bound (Berbatas Waktu). Contoh: "Menurunkan prevalensi anemia pada siswi kelas 7 di SMPN 2 Galesong Selatan dari 25% menjadi 15% dalam waktu 12 bulan." (merujuk konteks Arifah, 2022).

3. Pengembangan Strategi dan Kegiatan Intervensi

Tahap ini menjawab pertanyaan "Bagaimana kita akan mencapai tujuan tersebut?". Ini melibatkan pemilihan pendekatan, metode, dan media yang paling tepat, sebagaimana telah dibahas pada Bab 8 dan 9. Strategi harus menyasar determinan masalah yang telah diidentifikasi pada tahap analisis. Jika masalahnya adalah kurangnya pengetahuan, maka strategi edukasi menjadi pilihan (Ahmad, 2023). Jika masalahnya adalah peran orang tua yang kurang, maka strategi pemberdayaan keluarga menjadi relevan

(Munawaroh, 2022). Kegiatan spesifik kemudian dijabarkan dari strategi tersebut.

4. Pengembangan Rencana Implementasi (Pengorganisasian)

Ini adalah tahap logistik. Rencana implementasi merinci siapa yang akan melakukan apa, kapan, di mana, dan dengan sumber daya apa. Ini mencakup penyusunan jadwal kegiatan (Gantt chart), pembagian tugas dan tanggung jawab tim, serta penyusunan anggaran. Tahap ini akan dibahas secara lebih mendalam pada Bab 11 tentang Pengorganisasian.

5. Pengembangan Rencana Evaluasi

Perencanaan harus diakhiri dengan merencanakan cara mengevaluasi keberhasilannya. Ini dilakukan sejak awal, bukan di akhir program. Rencana evaluasi menetapkan indikator-indikator yang akan diukur untuk menilai apakah tujuan program tercapai. Ini mencakup evaluasi proses (apakah kegiatan berjalan sesuai rencana?), evaluasi dampak (apakah ada perubahan pengetahuan dan perilaku?), dan evaluasi hasil (apakah status gizi membaik?). Detail mengenai tahap ini akan diuraikan pada Bab 14.

✎ CONTOH

Di SD Negeri Pijorkoling, Padangsidimpuan, analisis situasi (Tahap 1) menemukan 40% siswa sarapan dengan menu tidak seimbang. Prioritas masalah (Tahap 2) adalah perilaku sarapan tidak seimbang. Tujuannya: "Meningkatkan proporsi siswa kelas 1-3 yang sarapan sesuai pedoman Gizi Seimbang menjadi 50% dalam 4 bulan". Strategi (Tahap 3) yang dipilih adalah edukasi orang tua dan modifikasi lingkungan sekolah. Rencana implementasi (Tahap 4) mencakup jadwal demo masak untuk ibu dan kerjasama dengan kantin. Rencana evaluasi (Tahap 5) adalah survei *pre-post* tentang menu sarapan siswa.

F. Penyusunan rancangan kegiatan promkes gizi

Setelah melalui tahap analisis hingga penetapan tujuan, langkah selanjutnya yang paling krusial adalah menerjemahkan ide-ide strategis ke dalam sebuah dokumen yang konkret dan operasional, yaitu **Rancangan Kegiatan Promosi Kesehatan Gizi**. Dokumen ini sering juga disebut sebagai Rencana Aksi (Plan of Action) atau proposal program. Ini adalah cetak biru yang akan memandu seluruh proses implementasi. Bagi seorang Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, kemampuan menyusun rancangan kegiatan yang logis, detail, dan meyakinkan adalah kompetensi inti yang mutlak dikuasai. Rancangan ini tidak hanya berfungsi sebagai panduan internal bagi tim, tetapi juga sebagai alat komunikasi utama untuk mendapatkan persetujuan, dukungan, dan pendanaan dari pihak manajemen atau sponsor.

Sebuah rancangan kegiatan yang baik harus menjawab pertanyaan-pertanyaan dasar: **What** (apa kegiatannya), **Why** (mengapa kegiatan itu perlu), **Who** (siapa sasarannya dan siapa pelaksananya), **When** (kapan dilaksanakan), **Where** (di mana dilaksanakan), **How** (bagaimana caranya), dan **How Much** (berapa biayanya). Komponen-komponen ini biasanya disusun dalam format matriks atau tabel untuk memudahkan pembacaan dan pemantauan. Format ini memastikan tidak ada detail penting yang terlewatkan dan menunjukkan alur pikir yang sistematis dari perencana program.

Tabel 10. 1. Contoh Matriks Perencanaan Kegiatan Program "Sekolahku Sahabat Sayur dan Buah" di SDN 01 Cipta Karya

No.	Kegiatan Utama	Tujuan Spesifik Kegiatan	Sasaran	Metode & Media	Waktu	Penanggung Jawab	Indikator Keberhasilan
1.	Kick-off & Advokasi Program	Mendapat dukungan dari kepala sekolah & komite untuk kebijakan "Hari Buah" setiap Jumat.	Kepala Sekolah, Ketua Komite Sekolah.	Audiensi, presentasi proposal. Media: Proposal, lembar fakta masalah gizi.	Minggu ke-1, Juli	Koordinator Program	Adanya Surat Edaran Kepala Sekolah tentang "Jumat Wajib Buah".
2.	Pelatihan Guru UKS & Duta Gizi Siswa	Guru & Duta Gizi mampu menjadi fasilitator edukasi gizi sebaya.	2 Guru UKS, 20 siswa kelas 4-5 (Duta Gizi).	Pelatihan interaktif, role-playing, simulasi. Media: Modul pelatihan, permainan ular tangga gizi.	Minggu ke-2, Juli	Seksi Edukasi & Pelatihan	80% peserta lulus post-test dengan nilai >75. Duta Gizi mampu mendemonstrasikan 1 sesi penyuluhan.
3.	Lomba "Bekal Pelangi" Antar Kelas	Meningkatkan kreativitas orang tua dalam menyajikan bekal sehat yang mengandung sayur & buah.	Siswa kelas 1-3 & orang tua mereka.	Lomba, pameran bekal. Media: Poster pengumuman, media sosial sekolah.	Minggu ke-3, Agustus	Seksi Lomba & Acara	Minimal 50% siswa kelas 1-3 berpartisipasi dalam lomba.
4.	Pembuatan Kebun Sekolah Vertikal (Vertical Garden)	Menyediakan sumber sayuran organik di sekolah & menjadi media belajar.	Seluruh warga sekolah, terutama anggota ekstrakurikuler lingkungan.	Gotong royong, workshop hidroponik sederhana. Media: Video tutorial, polybag, bibit.	September - Oktober	Seksi Logistik & Kemitraan	Terciptanya minimal 20 m^2 kebun vertikal yang produktif.
5.	Edukasi Gizi Kreatif oleh Duta Gizi	Meningkatkan pengetahuan siswa tentang manfaat	Seluruh siswa (kelas 1-6).	Edukasi sebaya, sosiodrama, kuis. Media: Alat peraga	Setiap Jumat, Sep-Nov	Duta Gizi (didampingi Guru UKS)	Terlaksananya minimal 12 sesi edukasi di kelas-kelas.

No.	Kegiatan Utama	Tujuan Spesifik Kegiatan	Sasaran	Metode & Media	Waktu	Penanggung Jawab	Indikator Keberhasilan
		sayur & buah.		buah, poster (Femyliati, 2021).			

Tabel di atas menunjukkan bagaimana sebuah tujuan besar (meningkatkan konsumsi buah dan sayur) dipecah menjadi kegiatan-kegiatan yang spesifik, terukur, dan memiliki penanggung jawab yang jelas. Setiap kegiatan memiliki tujuan mikro yang berkontribusi pada tujuan utama program.

Untuk memvisualisasikan alur logis dari perencanaan hingga implementasi, sebuah diagram dapat sangat membantu.



Gambar 10. 1. Alur Logika Penyusunan Rancangan Kegiatan Promosi Kesehatan Gizi.

Gambar di atas mengilustrasikan bagaimana berbagai strategi (edukasi, kebijakan, perubahan lingkungan) yang dipilih dalam tahap perencanaan kemudian diterjemahkan menjadi kegiatan-kegiatan spesifik yang tercantum dalam matriks rancangan. Alur ini memastikan bahwa setiap kegiatan yang dilakukan memiliki justifikasi strategis dan berkontribusi langsung pada pencapaian tujuan akhir

program. Penyusunan rancangan seperti ini mengubah program dari sekadar kumpulan aktivitas acak menjadi sebuah intervensi yang terstruktur dan berdampak.

G. Penetapan kebutuhan dan sasaran program

Tahap penetapan kebutuhan (needs assessment) dan penetapan sasaran (target group determination) adalah titik awal dan kompas dari seluruh siklus perencanaan. Kesalahan pada tahap fundamental ini akan menyebabkan efek domino, menghasilkan program yang tidak relevan, tidak efisien, dan tidak efektif, betapapun canggih metode dan media yang digunakan. Tahap ini menuntut seorang perencana program untuk bertindak layaknya seorang detektif: mengumpulkan petunjuk (data), menganalisis bukti, dan mengidentifikasi dengan tepat siapa yang membutuhkan bantuan dan bantuan seperti apa yang mereka butuhkan. Ini adalah proses untuk memastikan kita "membidik target yang tepat dengan peluru yang tepat".

1. Penetapan Kebutuhan (Needs Assessment)

Penetapan kebutuhan adalah proses sistematis untuk mengidentifikasi dan mengukur kesenjangan antara kondisi kesehatan yang ada saat ini dengan kondisi yang diinginkan. Dalam konteks gizi anak sekolah, ini bukan hanya tentang mengukur status gizi. Kebutuhan bisa bersifat normatif (didefinisikan oleh ahli, misalnya standar AKG), dirasakan (felt need, apa yang dianggap masalah oleh siswa atau orang tua), diekspresikan (expressed need, permintaan akan layanan), atau komparatif (membandingkan kondisi satu sekolah dengan sekolah lain). Metode yang dapat diterapkan antara lain:

- Analisis Data Sekunder: Memanfaatkan data yang sudah ada seperti profil kesehatan kota/kabupaten,

data tahunan Puskesmas, catatan UKS, atau hasil penelitian sebelumnya. Misalnya, data Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa masalah gizi pada anak sekolah di Indonesia masih kompleks, mencakup stunting, kegemukan, dan anemia (Novianti, 2021). Data ini memberikan gambaran awal masalah di tingkat makro.

- Survei Cepat (Rapid Survey): Melakukan pengumpulan data primer secara langsung di lapangan. Ini bisa berupa pengukuran antropometri untuk mendapatkan data status gizi terkini (Muchtar, 2022), atau survei singkat tentang kebiasaan makan dan pengetahuan gizi menggunakan kuesioner.
- Metode Kualitatif: Menggali pemahaman yang lebih dalam melalui Focus Group Discussion (FGD) dengan kelompok siswa, wawancara mendalam dengan kepala sekolah, guru, pengelola kantin, dan orang tua. Metode ini sangat efektif untuk memahami "mengapa" di balik suatu perilaku, misalnya mengapa siswa lebih memilih membeli jajanan tidak sehat meskipun tahu itu tidak baik (Nasriyah, 2021).

> ⚠ **PERHATIAN**
> Salah satu kesalahan umum adalah menyamakan "keinginan" (wants) dengan "kebutuhan" (needs). Siswa mungkin menginginkan seminar dengan bintang tamu terkenal, tetapi kebutuhan mereka yang sebenarnya adalah keterampilan untuk menolak ajakan teman untuk jajan sembarangan. Peran perencana adalah mengidentifikasi kebutuhan fundamental di balik keinginan yang muncul di permukaan.

2. Penetapan Sasaran Program (Targeting)

Setelah kebutuhan teridentifikasi dan masalah prioritas dipilih, langkah selanjutnya adalah menetapkan siapa yang

akan menjadi fokus intervensi. Penetapan sasaran yang spesifik memungkinkan kita merancang pesan dan kegiatan yang jauh lebih efektif daripada pendekatan "satu untuk semua". Dalam promosi kesehatan, sasaran program umumnya dibagi menjadi tiga tingkatan:

- Sasaran Primer (Primary Target): Ini adalah individu atau kelompok yang perilakunya ingin kita ubah secara langsung dan yang diharapkan mendapat manfaat kesehatan dari program. Dalam konteks ini, sasaran primer adalah anak usia sekolah itu sendiri. Intervensi yang ditujukan pada mereka misalnya adalah edukasi gizi di kelas, permainan, atau konseling sebaya.
- Sasaran Sekunder (Secondary Target): Ini adalah individu atau kelompok yang memiliki pengaruh signifikan terhadap sasaran primer. Mereka adalah "gerbang" atau "lingkungan" bagi sasaran primer. Dalam promosi gizi anak sekolah, sasaran sekunder bisa meliputi:
- Orang Tua/Keluarga: Mereka adalah penentu utama makanan yang tersedia di rumah dan bekal sekolah. Peran orang tua sangat krusial dalam pemenuhan gizi seimbang anak (Munawaroh, 2022).
- Guru dan Staf Sekolah: Mereka menciptakan lingkungan belajar dan dapat mengintegrasikan pesan gizi ke dalam kurikulum atau kebijakan sekolah.
- Pengelola Kantin dan Pedagang Jajanan: Mereka adalah penyedia makanan di lingkungan sekolah.
- Teman Sebaya (Peers): Pengaruh teman sangat kuat pada usia sekolah dan remaja dalam membentuk kebiasaan makan (Hafiza, 2021).
- Sasaran Tersier (Tertiary Target): Ini adalah para pembuat keputusan atau pemangku kebijakan yang

dapat memberikan dukungan sumber daya, legitimasi, dan kebijakan untuk keberlangsungan program. Contohnya adalah Kepala Sekolah, Komite Sekolah, Kepala Puskesmas, pejabat Dinas Pendidikan, pejabat Dinas Kesehatan, tokoh masyarakat, atau bahkan pimpinan perusahaan lokal untuk program CSR.

Sebagai contoh, untuk program pencegahan anemia pada remaja putri di Kabupaten Konawe (Muchtar, 2022), penetapan sasarannya akan terlihat seperti ini: Sasaran primernya adalah remaja putri usia SMP dan SMA. Sasaran sekundernya adalah orang tua (terutama ibu) yang perlu diedukasi tentang pentingnya makanan sumber zat besi, guru Biologi dan guru UKS yang dapat memperkuat pesan, serta kader kesehatan remaja. Sasaran tersiernya adalah Kepala Puskesmas Soropia yang diharapkan dapat menjamin ketersediaan Tablet Tambah Darah (TTD) secara rutin dan Kepala Dinas Pendidikan Kabupaten Konawe untuk mendukung implementasi program di seluruh sekolah. Dengan memetakan ketiga level sasaran ini, perencana dapat merancang strategi intervensi yang komprehensif dan menyentuh berbagai lapis pengaruh.

Rangkuman

Perencanaan promosi kesehatan gizi anak usia sekolah merupakan sebuah proses intelektual yang sistematis dan berbasis bukti, yang berfungsi sebagai jembatan antara identifikasi masalah gizi dengan pencapaian tujuan program. Konsep ini menolak pendekatan asumtif dan menuntut pengambilan keputusan yang disengaja untuk mengalokasikan sumber daya terbatas secara optimal demi dampak kesehatan maksimal. Fondasinya bertumpu pada tiga prinsip utama: berbasis data (menggunakan bukti epidemiologis dan kualitatif), partisipatif (melibatkan seluruh pemangku kepentingan untuk menjamin relevansi dan rasa memiliki), serta realistis dan fleksibel (menyesuaikan dengan sumber daya dan kondisi lapangan). Tujuan fundamental dari perencanaan melampaui sekadar pembuatan dokumen; ia bertujuan untuk menjamin relevansi program agar tidak terjadi "kesalahan tipe III" atau memberi solusi tepat untuk masalah yang salah. Lebih lanjut, perencanaan secara krusial meningkatkan efektivitas dan efisiensi penggunaan dana, waktu, dan tenaga. Proses ini juga menyediakan peta jalan yang jelas untuk implementasi dan kerangka kerja untuk evaluasi, dengan menetapkan tujuan terukur sebagai tolok ukur keberhasilan. Pada akhirnya, sebuah rencana yang solid berfungsi sebagai alat advokasi yang kuat, mengkomunikasikan urgensi masalah dan logika solusi kepada para pengambil keputusan dan penyandang dana, sehingga meningkatkan peluang untuk mendapatkan dukungan dan menjamin keberlanjutan intervensi.

Latihan

a. Essay

1. Analisislah perbedaan fundamental antara pendekatan yang direncanakan (seperti dalam ilustrasi kasus di Kudus) dengan pendekatan tanpa perencanaan dalam mengatasi masalah gizi ganda di sekolah. Telaah bagaimana setiap langkah dalam proses perencanaan berkontribusi pada solusi yang lebih komprehensif dibandingkan sekadar penyuluhan umum.
2. Prinsip partisipatif disebut sebagai kunci keberhasilan program, namun seringkali paling sulit diimplementasikan. Evaluasilah potensi tantangan dalam melibatkan pemangku kepentingan yang beragam (siswa, orang tua, pedagang kantin, guru) dan rumuskan tiga strategi konkret yang dapat diterapkan oleh seorang petugas promkes untuk memastikan partisipasi yang bermakna.
3. Argumentasikan mengapa sebuah dokumen perencanaan yang komprehensif dapat dianggap sebagai alat advokasi yang lebih kuat daripada sekadar data prevalensi stunting atau anemia. Kaitkan argumen Anda dengan setidaknya tiga tujuan perencanaan (misalnya, relevansi, efisiensi, kerangka evaluasi) yang dibahas dalam bab ini.
4. Telaah konsep "kesalahan tipe III" dalam konteks promosi kesehatan gizi di sekolah. Berdasarkan pemahaman Anda, berikan satu contoh orisinal di mana intervensi gizi yang "baik" secara teknis gagal karena diterapkan untuk mengatasi masalah yang salah diidentifikasi, dan jelaskan bagaimana perencanaan berbasis data dapat mencegahnya.

5. Bandingkan dan evaluasi efektivitas biaya dan potensi keberlanjutan dari dua skenario alokasi anggaran Rp10.000.000 berikut: (a) mengadakan satu seminar akbar untuk 500 siswa dengan narasumber ahli, atau (b) melatih 20 guru UKS dan kader kesehatan remaja sebagai agen perubahan di sekolah mereka. Rumuskan pilihan Anda dan berikan justifikasi yang kuat.

b. Pilihan Berganda

1. Menurut definisi dalam bab ini, perencanaan promosi kesehatan gizi pada intinya adalah sebuah...
    a. proses penyusunan daftar kegiatan tahunan.
    b. proses pengambilan keputusan yang sistematis untuk mengembangkan tindakan terkoordinasi.
    c. proses pengajuan proposal dana kepada pemerintah.
    d. proses pelaksanaan penyuluhan gizi secara massal.
2. Prinsip perencanaan yang menekankan pentingnya penggunaan data epidemiologi dan hasil wawancara dengan komunitas disebut...
    a. Partisipatif
    b. Realistis dan fleksibel
    c. Berbasis data (data-driven)
    d. Berorientasi pada hasil
3. Melibatkan siswa, orang tua, dan pengelola kantin sejak awal perencanaan bertujuan untuk...
    a. mengurangi biaya pelaksanaan program secara signifikan.
    b. mempercepat proses penyusunan proposal.

c. meningkatkan rasa memiliki dan kesesuaian program dengan konteks lokal.
d. memenuhi persyaratan administratif dari dinas kesehatan.

4. Apa yang dimaksud dengan "kesalahan tipe III" dalam konteks perencanaan program?
    a. Memberikan solusi yang salah untuk masalah yang tepat.
    b. Gagal melakukan evaluasi di akhir program.
    c. Mengalokasikan anggaran secara tidak efisien.
    d. Memberikan solusi yang tepat untuk masalah yang salah diidentifikasi.
5. Contoh kasus anemia di Takalar menunjukkan bahwa perencanaan yang baik dapat mengungkap akar masalah, yaitu...
    a. ketiadaan stok Tablet Tambah Darah (TTD) di Puskesmas.
    b. ketidakpatuhan minum TTD akibat miskonsepsi dan efek samping.
    c. kurangnya jumlah tenaga kesehatan di sekolah.
    d. tingginya harga TTD sehingga tidak terjangkau siswa.
6. Salah satu tujuan utama perencanaan adalah meningkatkan efisiensi, yang berarti...
    a. mendapatkan anggaran sebesar mungkin untuk program.
    b. menghabiskan seluruh anggaran yang tersedia tepat waktu.
    c. mengalokasikan sumber daya terbatas untuk menghasilkan dampak terbesar.
    d. memilih kegiatan yang paling murah tanpa mempertimbangkan dampaknya.

7. Mengapa penetapan tujuan yang terukur (SMART objectives) dalam fase perencanaan menjadi sangat penting?
    a. Karena menjadi standar atau tolok ukur untuk proses evaluasi program.
    b. Karena merupakan satu-satunya bagian yang akan dibaca oleh donor.
    c. Karena menjamin program pasti akan berhasil 100%.
    d. Karena dapat menggantikan fungsi analisis situasi.
8. Ilustrasi kasus di Kabupaten Kudus menyoroti pentingnya...
    a. hanya fokus pada masalah gizi kurang karena lebih mendesak.
    b. merancang intervensi yang berbeda untuk kelompok sasaran yang berbeda.
    c. menyalahkan jajanan sekolah sebagai satu-satunya penyebab masalah gizi.
    d. segera melakukan penyuluhan umum sebagai langkah pertama.
9. Sebuah dokumen perencanaan yang solid menjadi alat advokasi yang kuat karena...
    a. secara hukum mengikat pemerintah daerah untuk memberikan dana.
    b. menunjukkan profesionalisme, keseriusan, dan logika solusi yang ditawarkan.
    c. berisi foto-foto penderita gizi buruk yang menyentuh perasaan.
    d. menjamin liputan media massa yang luas untuk program tersebut.
10. Prinsip "realistis dan fleksibel" dalam perencanaan menyiratkan bahwa sebuah rencana harus...

a. dibuat sangat umum agar dapat diinterpretasikan secara bebas.
b. menetapkan target yang sangat tinggi untuk memotivasi tim.
c. mempertimbangkan sumber daya yang ada dan mampu beradaptasi dengan perubahan.
d. tidak boleh diubah sama sekali setelah disetujui.

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Anda adalah petugas promkes yang baru ditugaskan di sebuah SD di perkotaan. Data awal menunjukkan tingginya konsumsi minuman manis kemasan dan makanan ringan tinggi garam di kalangan siswa. Kepala sekolah meminta Anda untuk segera membuat poster dan spanduk "Bahaya Jajanan Tidak Sehat". Anda merasa pendekatan ini kurang efektif. Anda memiliki anggaran terbatas namun akses yang baik untuk berinteraksi dengan komunitas sekolah. Berdasarkan prinsip perencanaan partisipatif dan berbasis data, rancanglah tiga langkah strategis pertama yang akan Anda lakukan dalam satu bulan ke depan sebelum merumuskan intervensi inti. Jelaskan justifikasi untuk setiap langkah tersebut.
2. Sebuah Puskesmas telah menjalankan program "Edukasi Gizi Seimbang" selama setahun di beberapa SMP. Hasil evaluasi menunjukkan peningkatan skor pengetahuan siswa tentang gizi sebesar 80%, namun data dari kantin sekolah dan observasi perilaku jajan menunjukkan tidak ada perubahan signifikan dalam pemilihan makanan siswa. Untuk perencanaan tahun kedua, tim mengusulkan untuk memperluas program edukasi yang sama ke lebih banyak sekolah. Sebagai konsultan, evaluasilah proposal ini menggunakan

konsep "relevansi" dan "efektivitas". Berikan kritik konstruktif dan usulkan modifikasi pada proses perencanaan agar program tahun kedua lebih fokus pada perubahan perilaku.

BAB 11
PENGORGANISASIAN PROMOSI KESEHATAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan konsep dasar dan tujuan pengorganisasian dalam konteks program promosi kesehatan gizi anak sekolah.
2. Menentukan tahapan pengorganisasian yang relevan untuk sebuah program intervensi gizi di lingkungan sekolah dasar.
3. Menerapkan prinsip pembagian peran dan tanggung jawab dalam menyusun struktur tim pelaksana program gizi sekolah yang melibatkan guru, petugas kesehatan, dan orang tua.
4. Memilih mekanisme koordinasi yang paling efektif antara pihak sekolah, Puskesmas, dan komite sekolah dalam pelaksanaan program edukasi gizi.
5. Mendemonstrasikan penyusunan rencana kerja sederhana untuk kegiatan "Pekan Sarapan Sehat" di sekolah berdasarkan prinsip-prinsip pengorganisasian yang telah dipelajari.

B. Pendahuluan

Sebuah program promosi kesehatan yang dirancang dengan cemerlang, didukung oleh data yang valid dan materi yang kreatif, dapat berakhir menjadi kegagalan total di lapangan. Fenomena ini bukanlah hal yang langka. Seringkali, jurang pemisah antara perencanaan yang ideal dan implementasi yang berhasil terletak pada satu fungsi manajemen yang krusial namun sering terabaikan: pengorganisasian. Konsep pengorganisasian pada dasarnya adalah proses menerjemahkan rencana strategis menjadi struktur kerja yang efektif, memastikan setiap sumber daya dan individu bergerak secara harmonis menuju tujuan bersama. Bayangkan sebuah program "Isi Piringku di Kantin Sekolah" di sebuah SMP di Kabupaten Bantul. Rencananya sempurna: poster menarik, menu sehat telah disusun oleh ahli gizi, dan dana telah dialokasikan. Namun, program tersebut gagal total setelah satu bulan. Penjual kantin tidak tahu cara memasak menu baru, guru UKS merasa itu bukan tugas utamanya, dan kepala sekolah tidak pernah membentuk tim pelaksana formal. Ini adalah contoh nyata kegagalan pengorganisasian. Implikasinya jelas: tanpa pengorganisasian yang solid, sebuah rencana hanyalah dokumen di atas kertas. Kemampuan mengorganisasi program menjadi kompetensi kunci yang membedakan seorang praktisi promosi kesehatan yang efektif dari sekadar seorang perencana yang baik.

Bagi Anda, calon Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, penguasaan keterampilan pengorganisasian bukanlah sebuah pilihan, melainkan sebuah keharusan profesional. Anda akan berada di garda terdepan, bertugas mengubah kebijakan dan rencana di tingkat kabupaten/kota menjadi aksi nyata di tingkat komunitas, seperti sekolah. Fungsi pengorganisasian adalah jembatan yang Anda bangun untuk memastikan hal

tersebut terjadi. Ini adalah proses manajerial untuk menyusun struktur, mendelegasikan tugas, dan membangun alur koordinasi. Mari kita lihat studi kasus pembanding: keberhasilan program "Aksi Bergizi" yang diinisiasi Kemenkes di beberapa sekolah di Kota Bandung. Keberhasilan program ini, yang mencakup aktivitas minum Tablet Tambah Darah (TTD) mingguan bagi remaja putri, tidak hanya terletak pada ketersediaan TTD. Kunci suksesnya adalah pengorganisasian yang rapi: ada penanggung jawab yang jelas (misalnya, guru BK atau wali kelas), jadwal minum TTD yang terintegrasi dengan kegiatan sekolah (misalnya, setiap hari Jumat pagi), mekanisme pencatatan dan pelaporan yang sederhana, serta koordinasi rutin dengan petugas gizi Puskesmas untuk pemantauan dan edukasi lanjutan. Implikasinya, pengorganisasian yang baik menciptakan sebuah sistem yang berjalan secara otomatis dan berkelanjutan, bukan sekadar kegiatan sporadis yang bergantung pada satu atau dua orang saja.

Bab ini akan membekali Anda dengan pengetahuan dan perangkat praktis untuk menjadi seorang organisator program yang andal. Kita akan bergerak melampaui "mengapa" pengorganisasian itu penting, menuju "bagaimana" melakukannya secara sistematis di lapangan. Pembahasan akan diawali dengan pembedahan konsep dan tujuan fundamental dari pengorganisasian dalam promosi kesehatan gizi. Selanjutnya, Anda akan dipandu melalui tahap-tahap konkret dalam mengorganisasi sebuah program, mulai dari identifikasi seluruh aktivitas yang perlu dilakukan hingga alokasi sumber daya yang tersedia. Fokus utama akan diberikan pada cara menerapkan prinsip pembagian peran dan tanggung jawab untuk membentuk tim yang solid, sebuah elemen vital yang sering menjadi titik lemah implementasi. Terakhir, bab ini akan ditutup dengan pembahasan strategi

dan pemilihan alat untuk membangun koordinasi yang efektif antar pemangku kepentingan—sekolah, Puskesmas, orang tua, dan siswa—guna memastikan seluruh komponen program berjalan sinergis dan memberikan dampak maksimal bagi status gizi anak sekolah.

C. Konsep pengorganisasian promkes gizi

Setelah sebuah program promosi kesehatan gizi dirancang secara cermat melalui tahap perencanaan sebagaimana diulas pada Bab 10, langkah manajerial berikutnya yang menentukan keberhasilan adalah pengorganisasian. Pengorganisasian (o*rganizing*) adalah proses fundamental untuk menerjemahkan rencana strategis menjadi struktur kerja yang operasional. Ini adalah fungsi manajemen yang berfokus pada penataan dan alokasi sumber daya—baik manusia, finansial, maupun material—untuk mencapai tujuan program secara efisien dan efektif. Dalam konteks promosi kesehatan gizi anak usia sekolah, pengorganisasian berarti menciptakan sebuah "mesin" yang akan menjalankan program, bukan sekadar kumpulan individu yang bekerja secara terpisah. Konsep ini melampaui sekadar pembentukan panitia; ia mencakup perancangan alur kerja, penentuan hierarki pelaporan, dan penciptaan mekanisme komunikasi antar-elemen program.

Perbedaan krusial antara perencanaan dan pengorganisasian terletak pada outputnya. Perencanaan menghasilkan dokumen berupa proposal atau rencana aksi yang menjawab pertanyaan "apa" dan "mengapa". Sebaliknya, pengorganisasian menghasilkan sebuah struktur, sebuah sistem, yang menjawab pertanyaan "siapa melakukan apa" dan "bagaimana mereka bekerja sama". Sebagai ilustrasi, mari kita bayangkan sebuah program "Edukasi Jajanan Sehat" di sebuah SD di Kota Padangsidimpuan, seperti yang diinisiasi

dalam kegiatan pengabdian masyarakat (Ahmad, 2023). Perencanaan akan menghasilkan jadwal edukasi, materi penyuluhan, dan anggaran. Namun, pengorganisasianlah yang akan menentukan: Siapa yang akan menjadi koordinator utama? Guru UKS atau guru kelas 5? Siapa yang bertanggung jawab menghubungi narasumber dari Puskesmas? Bagaimana mekanisme koordinasi dengan para penjual jajanan di sekitar sekolah? Tanpa jawaban atas pertanyaan-pertanyaan organisasional ini, rencana terbaik sekalipun akan terhenti di atas kertas.

DEFINISI
Pengorganisasian Program Promosi Kesehatan adalah proses menstrukturkan, mengelompokkan, dan mendelegasikan tugas, wewenang, serta tanggung jawab kepada individu atau unit kerja, dan mengalokasikan sumber daya yang ada untuk memastikan seluruh aktivitas program dapat dilaksanakan secara terkoordinasi demi mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Dalam praktiknya, pengorganisasian dalam promosi kesehatan gizi sering kali bersifat adaptif dan melibatkan banyak pemangku kepentingan. Program di sekolah tidak bisa dijalankan secara terisolasi oleh petugas kesehatan saja. Ia menuntut pembentukan tim lintas sektor yang melibatkan pihak internal sekolah (kepala sekolah, guru, siswa) dan pihak eksternal (petugas Puskesmas, orang tua, komite sekolah, bahkan pihak swasta melalui CSR). Keberhasilan aktivasi kembali kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) seringkali bergantung pada seberapa baik pengorganisasian mampu mengintegrasikan berbagai pihak ini dalam satu struktur kerja yang solid (Novianti & Utami, 2021). Oleh karena itu, seorang promotor kesehatan harus memiliki kompetensi sebagai seorang "arsitek organisasi" yang mampu merancang

sebuah sistem kerja kolaboratif, bukan hanya sebagai seorang "penyuluh" yang menyampaikan materi. Struktur yang baik akan memastikan program terus berjalan bahkan ketika terjadi pergantian personil, karena sistemnya yang sudah mapan, bukan bergantung pada satu atau dua individu super.

D. Tujuan pengorganisasian program

Pengorganisasian bukanlah sekadar formalitas administratif, melainkan sebuah fungsi strategis yang memiliki tujuan-tujuan konkret untuk menjamin efektivitas dan efisiensi program. Memahami tujuan ini akan membantu Anda sebagai calon promotor kesehatan untuk melakukan proses pengorganisasian secara lebih sadar dan terarah, bukan hanya sekadar mengikuti templat. Tujuan utama dari pengorganisasian adalah mengubah sumber daya yang terbatas dan seringkali tersebar menjadi sebuah kekuatan sinergis yang mampu mencapai hasil yang lebih besar daripada penjumlahan upaya individual. Secara lebih terperinci, tujuan pengorganisasian dalam program promosi kesehatan gizi anak sekolah dapat diuraikan menjadi beberapa poin kunci.

Pertama, **menciptakan kejelasan peran dan akuntabilitas**. Tanpa pengorganisasian yang baik, sering terjadi tumpang tindih pekerjaan atau sebaliknya, ada tugas-tugas penting yang tidak ada penanggung jawabnya. Misalnya, dalam program pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi remaja putri di sebuah SMP di Kabupaten Brebes, jika tidak ada kejelasan, bisa jadi baik guru UKS maupun petugas gizi Puskesmas sama-sama merasa bahwa pencatatan dan pelaporan adalah tugas pihak lain. Pengorganisasian yang baik akan menetapkan secara eksplisit siapa yang *Responsible* (melakukan), siapa yang *Accountable* (bertanggung jawab penuh), siapa yang perlu di-*Consult* (dimintai masukan), dan

siapa yang cukup di-*Inform* (diberi informasi). Kejelasan ini, seperti yang diimplementasikan dalam banyak program anemia remaja, memastikan setiap tablet tercatat dan setiap efek samping termonitor (Fathony, 2022).

Kedua, **mengoptimalkan penggunaan sumber daya**. Sumber daya program—dana, waktu, personil, peralatan—selalu terbatas. Pengorganisasian bertujuan untuk mengalokasikan sumber daya ini secara paling efisien. Contohnya, dalam sebuah kegiatan "Gosok Gigi Massal" di Jambi (Putri & Maimaznah, 2021), pengorganisasian yang baik akan memastikan jadwal kegiatan tidak bentrok dengan jam pelajaran inti, jumlah sikat gigi dan pasta gigi yang dibagikan sesuai dengan jumlah siswa, dan guru yang dilibatkan mendapat giliran sehingga tidak semua guru meninggalkan kelas secara bersamaan. Ini mencegah pemborosan dan memastikan dampak maksimal dari setiap sumber daya yang diinvestasikan.

Ketiga, **membangun alur koordinasi dan komunikasi yang efektif**. Program gizi di sekolah melibatkan banyak pihak: kepala sekolah, guru, siswa, orang tua, dan petugas kesehatan. Pengorganisasian menciptakan jalur komunikasi formal dan informal agar semua pihak dapat berinteraksi secara harmonis. Misalnya, membentuk grup WhatsApp "Tim Gizi SDN Maju Jaya" yang beranggotakan guru UKS, perwakilan komite sekolah, dan petugas gizi Puskesmas. Saluran ini memungkinkan koordinasi cepat, misalnya saat akan mengadakan pengukuran status gizi mendadak atau saat ditemukan kasus siswa yang pingsan karena anemia. Koordinasi ini sangat vital untuk menyukseskan program intervensi, terutama yang membutuhkan keterlibatan aktif berbagai pihak seperti keluarga dan kader (Sukmawati, 2021).

Keempat, **memfasilitasi pendelegasian wewenang dan pengembangan kapasitas**. Seorang koordinator program tidak mungkin mengerjakan semuanya sendiri. Pengorganisasian memungkinkan pendelegasian tugas kepada anggota tim. Proses ini tidak hanya meringankan beban koordinator, tetapi juga menjadi ajang pengembangan kapasitas bagi anggota tim. Misalnya, menugaskan Kader Kesehatan Remaja untuk membantu edukasi *peer-to-peer* tentang jajanan sehat. Ini tidak hanya membantu program, tetapi juga memberdayakan siswa dan meningkatkan kemampuan mereka, sebuah tantangan yang sering dihadapi dalam pembinaan kader (Nasution, 2021). Pada akhirnya, pengorganisasian yang baik akan menciptakan sebuah tim yang solid, efisien, dan berdaya, siap untuk menjalankan program menuju keberhasilan.

E. Tahap-tahap pengorganisasian

Setelah memahami konsep dan tujuan pengorganisasian, kini saatnya Anda menerapkan pengetahuan tersebut ke dalam langkah-langkah praktis. Pengorganisasian bukanlah proses yang terjadi dalam satu waktu, melainkan serangkaian tahapan logis yang membangun struktur program dari dasar hingga siap beroperasi. Mengikuti tahapan ini secara sistematis akan membantu Anda memastikan tidak ada detail penting yang terlewat. Secara umum, proses pengorganisasian program promosi kesehatan gizi di sekolah dapat dibagi menjadi lima tahap utama.

1. **Identifikasi dan Perincian Seluruh Kegiatan (Work Breakdown)** Tahap pertama adalah memecah tujuan besar program menjadi daftar semua aktivitas spesifik yang perlu dilakukan. Ini mirip dengan membuat "daftar tugas" raksasa untuk keseluruhan program. Ambil contoh program "Pekan Edukasi Gizi Seimbang"

di sebuah SD di Padangsidimpuan (Ahmad, 2023). Kegiatannya tidak hanya "penyuluhan". Anda harus merincinya menjadi: (a) menyusun materi presentasi, (b) mendesain dan mencetak poster "Isi Piringku", (c) berkoordinasi dengan kepala sekolah untuk jadwal, (d) menyiapkan pre-test dan post-test, (e) melaksanakan penyuluhan di setiap kelas, (f) mendokumentasikan kegiatan, (g) membuat laporan. Semakin rinci daftar ini, semakin mudah tahap selanjutnya.

2. **Pengelompokan Kegiatan (Departmentalization)** Setelah memiliki daftar panjang aktivitas, tahap kedua adalah mengelompokkannya berdasarkan fungsi atau logika yang sama. Tujuannya adalah untuk efisiensi. Misalnya, semua kegiatan yang berhubungan dengan pembuatan materi (desain poster, penulisan leaflet, pembuatan video) dapat dikelompokkan menjadi "Tim Materi dan Media". Semua kegiatan yang berhubungan dengan logistik (pembelian hadiah, penyiapan konsumsi, peminjaman proyektor) dikelompokkan menjadi "Seksi Logistik". Pengelompokan ini akan menjadi dasar pembentukan unit-unit atau tim kerja dalam struktur organisasi.
3. **Alokasi Sumber Daya dan Penugasan (Assignment)** Pada tahap ini, Anda mulai memasangkan setiap kelompok kegiatan dengan sumber daya yang tersedia: personil, anggaran, dan sarana. Siapa orang yang paling cocok untuk Tim Materi dan Media? Mungkin guru seni dan seorang mahasiswa magang DKV. Berapa anggaran yang dialokasikan untuk Seksi Logistik? Sumber daya apa yang mereka butuhkan (misalnya, akses ke mobil sekolah)? Di tahap inilah peran dan tanggung jawab awal mulai terbentuk.

4. **Penyusunan Struktur Organisasi (Structuring)** Tahap ini adalah visualisasi dari semua pengelompokan dan penugasan yang telah dibuat. Anda akan menggambar bagan struktur organisasi. Bagan ini menunjukkan siapa melapor kepada siapa (rantai komando) dan bagaimana unit-unit kerja saling berhubungan. Struktur untuk program sekolah biasanya tidak perlu terlalu rumit. Bisa berupa struktur tim proyek sederhana dengan seorang Koordinator Program (misalnya, Guru UKS) yang membawahi beberapa penanggung jawab bidang (PJ Materi, PJ Acara, PJ Logistik). Keterlibatan pihak eksternal seperti petugas Puskesmas bisa diposisikan sebagai "Narasumber Ahli" atau "Tim Monitoring".
5. **Pendelegasian Wewenang dan Koordinasi (Delegation & Coordination)** Tahap terakhir dan paling krusial adalah memberikan wewenang formal kepada setiap orang yang telah ditugaskan. Pendelegasian bukan sekadar memberi tugas, tetapi juga memberi otoritas untuk mengambil keputusan dan menggunakan sumber daya yang relevan. Di tahap ini pula mekanisme koordinasi formal ditetapkan, seperti rapat rutin mingguan atau penggunaan platform komunikasi bersama.

Untuk memberikan gambaran yang lebih konkret, berikut adalah contoh perincian kegiatan untuk program "Aktivasi Kantin Sehat" di sebuah SMP di Yogyakarta.

Tabel 11. 1. Contoh Perincian dan Pengelompokan Kegiatan Program "Aktivasi Kantin Sehat"

Tahap Program	Aktivitas Utama	Sub-Aktivitas Spesifik	Usulan Penanggung Jawab
Persiapan	Asesmen & Sosialisasi	Melakukan survei jajanan awal di kantin.	Tim Survei (Siswa Kader)
		Mengadakan rapat dengan pengelola kantin.	Koordinator Program (Guru UKS)
		Sosialisasi program ke guru dan siswa.	Kepala Sekolah & Koordinator
Pengembangan	Pengembangan Menu	Konsultasi menu sehat dengan ahli gizi Puskesmas.	Petugas Gizi Puskesmas
		Pelatihan memasak menu sehat untuk pengelola kantin.	Petugas Gizi & Chef Undangan
	Pembuatan Media KIE	Mendesain poster "5 Kunci Keamanan Pangan".	Tim Media (Guru Seni)
		Membuat label harga dengan informasi kalori.	Tim Media & Siswa Kader
Pelaksanaan	Implementasi Menu	Meluncurkan "Menu Sehat Hari Selasa".	Pengelola Kantin
	Edukasi Berkelanjutan	Mengadakan demo masak kecil oleh siswa.	Guru Prakarya & Siswa Kader

Tahap Program	Aktivitas Utama	Sub-Aktivitas Spesifik	Usulan Penanggung Jawab
		Pemeriksaan kebersihan kantin mingguan.	Tim UKS (Guru & Siswa)
Monitoring	Pemantauan & Evaluasi	Mengumpulkan feedback dari siswa tentang menu baru.	Tim Survei (Siswa Kader)
		Melaporkan hasil penjualan menu sehat.	Pengelola Kantin
		Rapat evaluasi bulanan tim program.	Koordinator Program

Tabel di atas menunjukkan bagaimana sebuah tujuan besar ("Aktivasi Kantin Sehat") dipecah menjadi aktivitas yang lebih kecil dan terkelola, yang kemudian dapat dialokasikan kepada individu atau tim yang spesifik, sebuah esensi dari tahap-tahap pengorganisasian.

F. Pembagian peran dan tanggung jawab

Pembagian peran dan tanggung jawab yang jelas adalah jantung dari pengorganisasian yang efektif. Tanpa kejelasan "siapa melakukan apa", sebuah tim program, sebagus apapun individunya, akan bergerak tanpa arah, penuh kebingungan, konflik, dan inefisiensi. Dalam konteks program gizi anak sekolah, yang melibatkan beragam pemangku kepentingan dengan latar belakang berbeda—pendidik, tenaga kesehatan, orang tua, dan siswa—mendefinisikan peran masing-masing menjadi sangat krusial. Ini bukan tentang menciptakan

birokrasi yang kaku, melainkan tentang membangun ekspektasi yang jernih dan rasa kepemilikan terhadap tugas.

Prinsip dasar dalam pembagian peran adalah "the right person for the right job". Penugasan harus didasarkan pada kompetensi, kapasitas, dan posisi strategis seseorang dalam organisasi sekolah atau komunitas. Misalnya, menugaskan Guru Olahraga untuk memimpin program "Gerak dan Sarapan" lebih masuk akal daripada menugaskannya kepada Guru Matematika. Demikian pula, melibatkan orang tua yang aktif di komite sekolah untuk menggalang dukungan dari wali murid lainnya adalah strategi yang cerdas (Munawaroh, 2022). Peran orang tua sangat penting dalam memastikan pemenuhan gizi seimbang anak tidak hanya berhenti di sekolah, tetapi berlanjut di rumah.

Salah satu alat bantu yang sangat berguna untuk memetakan peran dan tanggung jawab adalah matriks RACI (*Responsible, Accountable, Consulted, Informed*).

- *Responsible* (Pelaksana): Orang yang secara langsung mengerjakan tugas. Dalam satu tugas, bisa ada lebih dari satu orang yang Responsible.
- *Accountable* (Penanggung Jawab): Orang yang paling bertanggung jawab atas keberhasilan tugas tersebut dan memiliki wewenang final. Untuk setiap tugas, hanya boleh ada satu orang yang Accountable.
- *Consulted* (Konsultan): Orang yang perlu dimintai masukan atau pendapat sebelum keputusan atau tindakan diambil. Komunikasi bersifat dua arah.
- *Informed* (Penerima Informasi): Orang yang perlu diberi tahu mengenai perkembangan atau hasil dari suatu tugas. Komunikasi bersifat satu arah.

✎ CONTOH

Mari kita terapkan matriks RACI pada aktivitas "Penyuluhan Anemia dan Distribusi TTD" di sebuah SMP di Bogor.

- **Tugas:** Melaksanakan sesi penyuluhan tentang anemia kepada siswi kelas 7 dan 8.
- ***Responsible***: Petugas Gizi Puskesmas (memberi materi), Kader Kesehatan Remaja (membantu demonstrasi dan absensi).
- ***Accountable***: Guru Pembina UKS (memastikan acara berjalan sesuai rencana dan target tercapai).
- ***Consulted***: Kepala Sekolah (untuk persetujuan jadwal), Wali Kelas 7 & 8 (untuk penyesuaian jam belajar).
- ***Informed***: Semua guru, Komite Sekolah (melalui laporan singkat setelah acara).

Penggunaan matriks seperti ini secara efektif dapat mencegah kesalahpahaman dan memastikan semua pihak yang relevan dilibatkan pada level yang tepat. Keterlibatan kader remaja, misalnya, bukan hanya sebagai pembantu, tetapi sebagai bagian integral dari promosi kesehatan yang memberikan peluang dan tantangan tersendiri (Nasution, 2021).

Visualisasi struktur tim dan peran masing-masing juga sangat membantu. Bagan organisasi yang sederhana dapat dipajang di ruang guru atau ruang UKS agar semua orang dapat melihatnya.



Gambar 11. 1. Contoh Struktur Organisasi Tim Pelaksana Program Gizi di Sekolah.

Gambar di atas mengilustrasikan bagaimana berbagai pemangku kepentingan dapat diposisikan dalam sebuah struktur kerja yang koheren, dengan Kepala Sekolah sebagai penanggung jawab utama dan Guru UKS sebagai motor penggerak harian.

Pada akhirnya, pembagian peran harus dikomunikasikan secara formal, idealnya dalam sebuah pertemuan awal (*kick-off meeting*), dan didokumentasikan dalam bentuk *job description* singkat. Dokumen ini harus menyatakan dengan jelas tugas utama, kepada siapa ia melapor, dan dengan siapa ia perlu berkoordinasi. Dengan demikian, setiap anggota tim tahu persis apa yang diharapkan dari mereka, yang pada gilirannya akan meningkatkan motivasi dan kinerja kolektif.

G. Koordinasi pelaksanaan kegiatan promkes gizi

Pengorganisasian yang baik menciptakan struktur dan membagi peran, namun struktur tersebut tidak akan bergerak secara harmonis tanpa adanya koordinasi. Koordinasi adalah proses menyelaraskan dan menyatukan tindakan dari berbagai individu dan unit kerja yang terpisah untuk mencapai tujuan bersama. Jika pembagian peran adalah

tentang memecah pekerjaan menjadi bagian-bagian kecil, maka koordinasi adalah tentang menyatukan kembali bagian-bagian tersebut menjadi satu kesatuan yang utuh dan berfungsi. Dalam program promosi kesehatan gizi di sekolah, di mana banyak pihak dengan agenda dan jadwal yang berbeda harus bekerja sama, koordinasi menjadi perekat yang menentukan keberhasilan atau kegagalan implementasi (yang akan dibahas lebih detail pada Bab 12).

Tujuan utama koordinasi adalah untuk mencapai kesatuan tindakan (*unity of action*). Ini berarti memastikan bahwa Tim Media tidak mencetak poster sebelum materinya final dari Tim Teknis (petugas gizi), atau Tim Logistik tidak memesan konsumsi untuk tanggal yang salah. Koordinasi mencegah terjadinya konflik, duplikasi pekerjaan, pemborosan sumber daya, dan kesenjangan informasi. Bayangkan sebuah program "Edukasi Jajanan Sehat" (Syarifuddin, 2022) yang tidak terkoordinasi: guru UKS menjadwalkan penyuluhan di hari yang sama saat sekolah sedang mengadakan ujian tengah semester, sementara petugas Puskesmas datang membawa materi untuk pencegahan stunting, bukan jajanan sehat. Program tersebut pasti akan gagal total.

Mekanisme koordinasi dapat bersifat formal maupun informal. Pemilihan mekanisme yang tepat bergantung pada kompleksitas program, jumlah pemangku kepentingan, dan budaya organisasi sekolah. Beberapa mekanisme yang umum digunakan antara lain:

1. **Rapat Koordinasi Rutin:** Ini adalah mekanisme paling umum dan efektif. Rapat bisa diadakan mingguan atau dua mingguan selama fase intensif program. Agenda rapat harus jelas: evaluasi progres minggu lalu, identifikasi kendala, dan perencanaan

aksi untuk minggu depan. Rapat ini menjadi forum resmi untuk sinkronisasi antar tim.

2. **Grup Komunikasi Digital:** Di era digital, penggunaan aplikasi seperti WhatsApp atau Telegram sangat membantu untuk koordinasi harian yang cepat. Membuat grup "Tim Gizi Sekolah Hebat" yang beranggotakan semua penanggung jawab memungkinkan penyebaran informasi instan, konfirmasi cepat, dan pemecahan masalah mendadak. Penting untuk menetapkan etika komunikasi di dalam grup agar tetap fokus dan profesional.
3. **Sistem Pelaporan Sederhana:** Setiap penanggung jawab bidang diminta untuk membuat laporan kemajuan singkat (bisa satu paragraf) secara periodik (misalnya, setiap Jumat sore) dan mengirimkannya kepada koordinator program. Koordinator kemudian merangkumnya menjadi laporan progres keseluruhan. Ini memastikan akuntabilitas dan memungkinkan deteksi dini jika ada bagian dari program yang tertinggal.
4. **Penghubung (Liaison Officer):** Untuk program yang melibatkan institusi eksternal secara intensif, seperti Puskesmas atau Dinas Kesehatan, menunjuk satu orang sebagai penghubung resmi sangatlah efektif. Misalnya, Guru UKS menjadi satu-satunya titik kontak resmi ke Puskesmas. Ini mencegah informasi simpang siur yang datang dari banyak orang.
5. **Kunjungan dan Supervisi Bersama:** Koordinator program bersama perwakilan dari Puskesmas atau komite sekolah dapat melakukan kunjungan lapangan bersama untuk memantau kegiatan, misalnya saat pelaksanaan sarapan bersama atau saat pemeriksaan

kantin. Momen ini menjadi ajang koordinasi informal sekaligus monitoring.

> ⚠ **PERHATIAN**
> Koordinasi yang berlebihan sama buruknya dengan kurang koordinasi. Terlalu banyak rapat yang tidak perlu atau keharusan meminta persetujuan untuk setiap hal kecil dapat melumpuhkan inisiatif dan memperlambat jalannya program. Kunci dari koordinasi yang baik adalah menemukan keseimbangan antara sinkronisasi yang diperlukan dan otonomi yang memadai bagi setiap anggota tim untuk menjalankan tugasnya.

Sebagai contoh konkret, keberhasilan aktivasi kegiatan UKS sebagai pusat promosi gizi di sekolah sangat bergantung pada koordinasi antara pihak sekolah dan Puskesmas (Novianti & Utami, 2021). Puskesmas memiliki keahlian teknis gizi, sementara sekolah memiliki akses langsung ke siswa dan infrastruktur. Koordinasi yang baik akan menghasilkan jadwal kunjungan petugas gizi yang terintegrasi dengan kalender akademik, materi edukasi dari Puskesmas yang disesuaikan dengan kurikulum sekolah, dan data status gizi siswa dari sekolah yang dapat digunakan Puskesmas untuk perencanaan tingkat kecamatan. Tanpa koordinasi, kedua institusi ini akan berjalan sendiri-sendiri, dan potensi sinergi mereka akan hilang.

Rangkuman

Pengorganisasian merupakan fungsi manajerial krusial yang menerjemahkan rencana strategis promosi kesehatan gizi menjadi struktur kerja operasional. Fungsinya bukan sekadar membentuk panitia, melainkan merancang sebuah "mesin" kolaboratif dengan menjawab pertanyaan "siapa melakukan apa" dan "bagaimana mereka bekerja sama", berbeda dari perencanaan yang fokus pada "apa" dan "mengapa". Proses ini melibatkan penataan dan alokasi sumber daya manusia, finansial, dan material untuk mencapai tujuan secara efisien. Dalam konteks promosi kesehatan gizi anak sekolah, pengorganisasian bersifat adaptif dan menuntut pelibatan tim lintas sektor, mengintegrasikan pihak internal sekolah (kepala sekolah, guru, siswa) dengan pihak eksternal (Puskesmas, orang tua, komite, swasta). Seorang promotor kesehatan bertindak sebagai "arsitek organisasi" yang membangun sistem kerja kolaboratif yang solid. Tujuan utama pengorganisasian adalah menciptakan sinergi dari sumber daya terbatas melalui empat pilar: (1) menciptakan kejelasan peran dan akuntabilitas untuk menghindari tumpang tindih dan kekosongan tugas, seperti penerapan matriks RACI dalam program Tablet Tambah Darah; (2) mengoptimalkan penggunaan sumber daya agar setiap dana, waktu, dan personil memberikan dampak maksimal; (3) membangun alur koordinasi dan komunikasi yang efektif antar pemangku kepentingan untuk respons yang cepat dan harmonis; serta (4) memfasilitasi pendelegasian wewenang yang tidak hanya meringankan beban kerja tetapi juga memberdayakan anggota tim dan membangun kapasitas, seperti melibatkan Kader Kesehatan Remaja. Struktur yang baik memastikan keberlanjutan program melampaui ketergantungan pada individu tertentu, menjadikannya fondasi keberhasilan jangka panjang.

Latihan

a. Essay

1. Bandingkan secara kritis antara fungsi perencanaan dan fungsi pengorganisasian dalam konteks program "Edukasi Jajanan Sehat" di sekolah. Jelaskan mengapa sebuah rencana yang brilian dapat gagal total tanpa adanya pengorganisasian yang efektif, dengan memberikan contoh-contoh spesifik terkait alokasi tugas dan sumber daya.
2. Evaluasi metafora "promotor kesehatan sebagai arsitek organisasi". Argumentasikan mengapa peran ini lebih fundamental untuk keberlanjutan program gizi di sekolah dibandingkan sekadar menjadi "penyuluh". Kaitkan argumen Anda dengan konsep keterlibatan lintas sektor dan pentingnya sistem yang tidak bergantung pada satu individu.
3. Analisislah potensi kegagalan sebuah program "Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi Remaja Putri" di SMP jika tujuan pengorganisasian untuk menciptakan kejelasan peran dan akuntabilitas diabaikan. Uraikan setidaknya tiga konsekuensi negatif yang mungkin terjadi, mulai dari pencatatan, distribusi, hingga pemantauan efek samping.
4. Anda ditugaskan untuk mengaktifkan kembali program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang sudah lama tidak berjalan. Rumuskan sebuah struktur organisasi lintas sektor yang menurut Anda ideal untuk program tersebut. Identifikasi siapa saja pemangku kepentingan yang harus dilibatkan, baik dari internal maupun eksternal sekolah, dan jelaskan secara singkat peran serta jalur koordinasi di antara mereka.

5. Telaah tujuan pengorganisasian terkait "pendelegasian wewenang dan pengembangan kapasitas". Mengapa proses ini seringkali menjadi tantangan bagi seorang koordinator program? Argumentasikan bagaimana pendelegasian tugas kepada Kader Kesehatan Remaja tidak hanya sebagai strategi efisiensi, tetapi juga sebagai investasi jangka panjang untuk keberlanjuran program dan pemberdayaan siswa.

b. Pilihan Berganda

1. Fungsi manajemen yang berfokus pada penerjemahan rencana strategis menjadi struktur kerja yang operasional dengan menata dan mengalokasikan sumber daya disebut...
    a. Perencanaan (planning)
    b. Pengorganisasian (organizing)
    c. Pelaksanaan (actuating)
    d. Pengawasan (controlling)
2. Manakah pertanyaan di bawah ini yang paling tepat dijawab oleh fungsi pengorganisasian?
    a. Apa tujuan program dan mengapa program ini penting?
    b. Kapan program akan dilaksanakan dan di mana lokasinya?
    c. Siapa yang menjadi koordinator dan bagaimana mekanisme kerja tim?
    d. Berapa besar dampak program dan bagaimana cara mengukurnya?
3. Menurut teks, seorang promotor kesehatan yang mampu merancang sistem kerja kolaboratif lintas sektor dapat dianalogikan sebagai...
    a. Seorang penyuluh yang handal

b. Seorang manajer keuangan
c. Seorang arsitek organisasi
d. Seorang evaluator program

4. Dalam program pemberian Tablet Tambah Darah (TTD), penetapan siapa yang mencatat, siapa yang melapor, dan siapa yang bertanggung jawab penuh adalah contoh pencapaian tujuan pengorganisasian yaitu...
    a. Mengoptimalkan penggunaan sumber daya
    b. Menciptakan kejelasan peran dan akuntabilitas
    c. Membangun alur komunikasi yang efektif
    d. Memfasilitasi pendelegasian wewenang
5. Pembentukan grup WhatsApp "Tim Gizi SDN Maju Jaya" yang beranggotakan guru UKS, komite sekolah, dan petugas gizi Puskesmas merupakan langkah konkret untuk mencapai tujuan...
    a. Koordinasi dan komunikasi yang efektif
    b. Optimalisasi penggunaan dana program
    c. Pengembangan kapasitas Kader Kesehatan Remaja
    d. Perincian seluruh kegiatan program
6. Berikut ini yang BUKAN merupakan tujuan utama dari pengorganisasian program promosi kesehatan gizi adalah...
    a. Memastikan setiap tugas memiliki penanggung jawab yang jelas.
    b. Menjamin penggunaan dana dan waktu seefisien mungkin.
    c. Menyusun proposal dan justifikasi program secara detail.
    d. Menciptakan jalur komunikasi yang harmonis antar pemangku kepentingan.

7. Perbedaan krusial antara output perencanaan dan pengorganisasian adalah...
    a. Perencanaan menghasilkan laporan, sedangkan pengorganisasian menghasilkan anggaran.
    b. Perencanaan menghasilkan proposal, sedangkan pengorganisasian menghasilkan struktur kerja.
    c. Perencanaan menghasilkan struktur, sedangkan pengorganisasian menghasilkan ide program.
    d. Perencanaan menghasilkan jadwal, sedangkan pengorganisasian menghasilkan materi penyuluhan.
8. Pelibatan pihak eksternal sekolah seperti petugas Puskesmas dan komite sekolah dalam tim promosi kesehatan gizi menunjukkan bahwa pengorganisasian program ini bersifat...
    a. Terisolasi dan mandiri
    b. Lintas sektor dan kolaboratif
    c. Jangka pendek dan sementara
    d. Birokratis dan hierarkis
9. Tahap paling awal dalam proses pengorganisasian program promosi kesehatan gizi di sekolah adalah...
    a. Mendelegasikan wewenang kepada anggota tim
    b. Mengalokasikan sumber daya finansial
    c. Membentuk struktur organisasi dan kepanitiaan
    d. Mengidentifikasi dan merinci seluruh kegiatan yang perlu dilakukan

10. Menugaskan Kader Kesehatan Remaja untuk membantu edukasi *peer-to-peer* merupakan contoh nyata dari tujuan pengorganisasian untuk...
    a. Menciptakan hierarki pelaporan yang ketat
    b. Mengurangi anggaran program secara signifikan
    c. Memfasilitasi pendelegasian dan pengembangan kapasitas
    d. Mengevaluasi kinerja guru UKS

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Sebuah SD di Kecamatan Cipayung memiliki rencana program "Sarapan Sehat Bersama" yang sangat baik di atas kertas, lengkap dengan menu bergizi dan jadwal. Namun setelah dua bulan berjalan, program menjadi kacau. Koordinator program (Guru UKS) merasa kewalahan karena harus mengurus pengadaan bahan, memasak, distribusi, hingga pencatatan. Guru kelas lain merasa terbebani karena harus mengorbankan jam pelajaran pertama, sementara orang tua murid bingung mengenai iuran dan jadwal. Berdasarkan konsep pengorganisasian di Bab 11, analisislah kelemahan-kelemahan organisasional yang menyebabkan kegagalan program ini. Kemudian, usulkan tiga langkah pengorganisasian konkret untuk memperbaiki struktur program tersebut.
2. Anda adalah seorang promotor kesehatan dari Puskesmas yang ditugaskan untuk menginisiasi program pencegahan anemia melalui distribusi Tablet Tambah Darah (TTD) di sebuah SMP swasta. Kepala sekolah menyambut baik, namun bersikap pasif dan menyerahkan segalanya pada Anda. Para guru tampak sibuk dan kurang peduli, sementara sekolah ini tidak memiliki UKS yang aktif maupun Kader Kesehatan

Remaja. Berdasarkan prinsip pengorganisasian adaptif dan lintas sektor, rancanglah sebuah struktur tim kerja awal untuk program ini. Identifikasi minimal 4 pemangku kepentingan (di dalam dan di luar sekolah) yang harus Anda rekrut ke dalam tim, jelaskan peran spesifik mereka, dan usulkan satu mekanisme koordinasi sederhana untuk memulai program.

BAB 12
IMPLEMENTASI PROMOSI KESEHATAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menerapkan konsep-konsep kunci implementasi promosi kesehatan gizi dalam analisis studi kasus program di lingkungan sekolah Indonesia.
2. Menentukan tahapan implementasi yang sistematis dan logis untuk sebuah rancangan program promosi gizi anak usia sekolah.
3. Memilih metode dan media intervensi yang paling tepat untuk mengatasi masalah gizi spesifik pada anak usia sekolah dasar berdasarkan skenario yang diberikan.
4. Mendemonstrasikan pelaksanaan satu sesi kegiatan promosi kesehatan gizi, seperti edukasi "Isi Piringku" atau permainan ular tangga gizi, sesuai dengan prosedur yang benar.
5. Mengimplementasikan sebuah rancangan kegiatan promosi kesehatan gizi skala kecil (proyek mini) di

lingkungan sekolah simulasi dengan memperhatikan alokasi sumber daya dan waktu.

B. Pendahuluan

Sebuah rancangan program promosi kesehatan yang paling cemerlang sekalipun akan menjadi dokumen tak bernyawa jika gagal dieksekusi dengan baik di lapangan. Kesenjangan antara perencanaan di atas kertas dan realitas di tingkat akar rumput merupakan salah satu tantangan terbesar dalam dunia kesehatan masyarakat, termasuk dalam upaya perbaikan gizi anak usia sekolah. Fase implementasi adalah jembatan krusial yang menghubungkan visi teoretis dengan perubahan perilaku yang nyata. Di sinilah seorang promotor kesehatan diuji kemampuannya, bukan hanya sebagai perencana, tetapi sebagai seorang eksekutor, fasilitator, dan pemecah masalah. Konsep utamanya adalah bahwa implementasi bukan sekadar tindakan menjalankan daftar tugas, melainkan sebuah proses adaptif yang penuh dinamika. Sebagai contoh, sebuah Dinas Kesehatan di Kabupaten Cianjur merancang program "Sarapan Bergizi Setiap Pagi" dengan menyediakan bubur kacang hijau fortifikasi di sekolah-sekolah dasar. Rencananya tampak sempurna, namun pada pelaksanaannya, program ini menghadapi kendala: keterlambatan distribusi bahan baku, variasi rasa yang tidak konsisten antar sekolah, dan yang terpenting, keengganan sebagian anak untuk sarapan karena sudah terbiasa makan nasi di rumah. Implikasinya jelas: kegagalan bukan terletak pada niat baik program, melainkan pada eksekusi yang kurang mempertimbangkan konteks lokal dan manajemen logistik yang rapuh. Kegagalan semacam ini menggarisbawahi urgensi penguasaan kompetensi implementasi bagi Anda, calon praktisi promosi kesehatan.

Memahami kegagalan tersebut, mari kita bandingkan dengan sebuah studi kasus keberhasilan. Program "Kantin Sehat Sekolahku" yang diinisiasi oleh Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama berhasil mengubah wajah kantin di beberapa sekolah mitra dari penjual makanan tidak sehat menjadi sumber gizi. Keberhasilan ini tidak datang dari instruksi top-down, melainkan dari proses implementasi yang partisipatif. Konsep yang diterapkan adalah *community-led implementation*. Contoh konkretnya, para promotor kesehatan tidak mendikte menu, melainkan memfasilitasi lokakarya bersama guru, orang tua, pengelola kantin, dan perwakilan siswa untuk merancang menu sehat yang lezat, terjangkau, dan menggunakan bahan pangan lokal. Mereka menggunakan media poster "Jajanan Keren" yang dirancang bersama siswa dan metode permainan "Detektif Makanan Sehat" untuk meningkatkan kesadaran. Implikasinya, program ini memiliki tingkat kepemilikan yang tinggi dari seluruh warga sekolah, sehingga keberlanjutannya lebih terjamin bahkan setelah pendampingan intensif dari Puskesmas berakhir. Kasus ini menunjukkan bahwa seorang implementer yang andal adalah ia yang mampu menggunakan berbagai metode dan media secara kreatif, mengelola dinamika antarpemangku kepentingan, dan melakukan penyesuaian strategi secara tangkas di lapangan. Kemampuan inilah yang membedakan antara program yang sekadar berjalan dengan program yang berhasil dan berdampak.

Berangkat dari pemahaman akan vitalnya peran eksekusi program, Bab 12 ini secara khusus dirancang untuk membekali Anda dengan pengetahuan dan keterampilan praktis dalam mengimplementasikan program promosi kesehatan gizi bagi anak usia sekolah. Pembahasan akan diawali dengan pendalaman **konsep implementasi promosi kesehatan gizi** untuk membedakannya dari tahap

perencanaan. Selanjutnya, Anda akan dipandu untuk memahami **tahap pelaksanaan kegiatan** yang runut dan sistematis. Fokus utama bab ini terletak pada **penerapan metode dan media dalam implementasi**, di mana Anda akan belajar memilih dan menggunakan instrumen yang paling efektif sesuai konteks. Untuk mengkonkretkan pemahaman, bab ini akan kaya dengan analisis **praktik pelaksanaan promkes gizi pada anak usia sekolah** melalui berbagai studi kasus. Sebagai penutup, kita akan membahas cara memastikan **ketepatan tahapan implementasi program** demi menjaga fidelitas dan mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

C. Konsep implementasi promkes gizi

Setelah sebuah program promosi kesehatan gizi dirancang dengan cermat (Bab 10) dan strukturnya diorganisasikan (Bab 11), tibalah saatnya untuk memasuki tahapan yang paling dinamis dan krusial: implementasi. Implementasi, atau pelaksanaan, adalah proses menerjemahkan rencana program menjadi serangkaian tindakan nyata di lapangan. Jika perencanaan adalah arsitektur di atas kertas, maka implementasi adalah proses konstruksi bangunan itu sendiri, lengkap dengan tantangan cuaca, ketersediaan material, dan keahlian para pekerja. Konsep utama dalam implementasi adalah bahwa ia bukan sekadar eksekusi mekanis dari daftar tugas, melainkan sebuah proses yang adaptif dan berorientasi pada tindakan. Ini adalah jembatan yang menghubungkan antara apa yang kita *ingin* capai (tujuan program) dengan apa yang *sebenarnya* dilakukan untuk mencapainya.

Dalam konteks promosi kesehatan gizi anak usia sekolah, implementasi mencakup semua kegiatan yang dilakukan oleh promotor kesehatan, guru, kader, atau fasilitator lainnya untuk menyampaikan pesan dan intervensi kepada siswa,

guru, orang tua, dan pengelola kantin. Sebagai contoh, sebuah program edukasi gizi seimbang di SD Negeri Pijorkoling, Kota Padangsidimpuan, tidak hanya berhenti pada penyusunan materi, tetapi terwujud dalam tindakan nyata berupa penyuluhan langsung kepada siswa, yang merupakan inti dari implementasi (Ahmad, 2023). Keberhasilan implementasi tidak hanya diukur dari terlaksananya kegiatan, tetapi juga dari kualitas pelaksanaannya.

Dua konsep kunci yang sering menjadi pertimbangan dalam implementasi adalah **fidelitas** dan **adaptasi**.

1. **Fidelitas (Kesesuaian)**: Merujuk pada sejauh mana program dilaksanakan sesuai dengan rancangan aslinya. Program yang didasarkan pada bukti ilmiah (*evidence-based*) biasanya memiliki komponen inti (*core components*) yang tidak boleh diubah agar efektivitasnya terjaga. Misalnya, jika sebuah program dirancang dengan 12 sesi edukasi, mengurangi menjadi 6 sesi akan melanggar prinsip fidelitas dan berpotensi mengurangi dampaknya.
2. **Adaptasi (Penyesuaian)**: Merupakan modifikasi yang dilakukan terhadap program agar lebih sesuai dengan konteks, budaya, dan sumber daya lokal tanpa mengorbankan komponen intinya. Adaptasi seringkali diperlukan agar program dapat diterima dan relevan bagi sasaran. Contohnya, saat melakukan edukasi jajanan sehat di sebuah sekolah di pesisir Kudus, menggunakan contoh jajanan berbasis ikan lokal akan lebih efektif daripada menggunakan contoh dari daerah lain (Nasriyah, 2021). Adaptasi bisa berupa perubahan bahasa, ilustrasi pada media, atau jadwal kegiatan yang disesuaikan dengan kalender akademik sekolah.

DEFINISI
Implementasi Program Promosi Kesehatan adalah serangkaian aktivitas yang bertujuan untuk melaksanakan intervensi yang telah direncanakan, dengan mengerahkan sumber daya (manusia, dana, material) untuk mencapai tujuan program melalui tindakan nyata di lapangan, serta melibatkan proses monitoring dan penyesuaian berkelanjutan.

Tantangan terbesar dalam implementasi adalah menemukan keseimbangan yang tepat antara fidelitas dan adaptasi. Terlalu kaku berpegang pada fidelitas dapat membuat program tidak relevan dan ditolak oleh komunitas sekolah. Sebaliknya, adaptasi yang berlebihan dapat "mengencerkan" program hingga kehilangan efektivitasnya. Seorang promotor kesehatan yang andal harus mampu membuat keputusan strategis di lapangan. Misalnya, ketika menghadapi keterbatasan waktu dari pihak sekolah, apakah lebih baik memadatkan materi (berisiko mengurangi pemahaman) atau menegosiasikan jadwal tambahan? Keputusan-keputusan seperti inilah yang mendefinisikan kualitas implementasi. Implementasi yang berhasil adalah yang mampu mempertahankan esensi program sambil bersikap fleksibel terhadap realitas lapangan, seperti tantangan yang dihadapi dalam menggerakkan kader kesehatan remaja di Bogor (Nasution, 2021).

D. Tahap pelaksanaan kegiatan

Pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan gizi yang efektif bukanlah serangkaian tindakan acak, melainkan sebuah proses yang terstruktur dan melalui tahapan yang logis. Setiap tahapan memiliki tujuan dan aktivitas spesifik yang harus dipenuhi sebelum melangkah ke tahap berikutnya. Mengabaikan satu tahapan dapat menyebabkan masalah pada

tahapan selanjutnya, ibarat membangun rumah tanpa fondasi yang kokoh. Secara umum, setelah perencanaan (Bab 10) dan pengorganisasian (Bab 11) selesai, tahap pelaksanaan dapat dipecah menjadi beberapa langkah kunci yang sistematis.

Tahapan-tahapan ini memastikan bahwa program tidak hanya "berjalan", tetapi berjalan dengan baik, terarah, dan terkendali. Beberapa uraian tahapan pelaksanaan kegiatan yang umum diterapkan yang penting meliputi: 1. **Tahap Persiapan Akhir (Finalisasi dan Mobilisasi)**: Ini adalah "geladi bersih" sebelum program benar-benar diluncurkan. Aktivitas pada tahap ini meliputi: konfirmasi ulang jadwal dan lokasi dengan pihak sekolah, memastikan semua media dan materi (misalnya, poster, lembar balik, alat permainan) sudah tercetak dan tersedia dalam jumlah yang cukup, melakukan briefing akhir dengan seluruh tim pelaksana untuk menyamakan persepsi dan mereviu peran masing-masing, serta mempersiapkan logistik seperti konsumsi atau alat peraga. Tahap ini krusial untuk meminimalisir kejutan dan kendala teknis saat hari-H.

2. **Tahap Peluncuran dan Sosialisasi (Kick-off)**: Kegiatan ini bertujuan untuk secara resmi memulai program dan membangun komitmen dari semua pemangku kepentingan. Peluncuran tidak harus mewah, bisa berupa apel pagi bersama di sekolah yang dihadiri oleh kepala sekolah, perwakilan guru, komite sekolah, dan perwakilan siswa. Dalam acara ini, tujuan dan manfaat program dijelaskan secara singkat dan menarik. Momen ini penting untuk menciptakan antusiasme dan rasa kepemilikan, terutama jika program tersebut adalah aktivasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang melibatkan banyak pihak (Novianti, 2021).

3. **Tahap Pelaksanaan Intervensi Inti**: Ini adalah jantung dari implementasi, di mana kegiatan utama promosi kesehatan gizi disampaikan kepada sasaran. Bentuknya sangat beragam, tergantung pada metode yang dipilih (akan dibahas di sub-bab E), misalnya: penyuluhan di kelas tentang "Isi Piringku", demonstrasi cuci tangan pakai sabun (Anggraini, 2022), permainan ular tangga gizi, atau pelatihan dokter kecil sebagai peer educator. Pada tahap ini, fasilitator harus fokus pada penyampaian materi yang berkualitas dan menjaga interaksi yang positif dengan anak-anak.

4. **Tahap Monitoring Berjalan (Ongoing Monitoring)**: Monitoring dilakukan *selama* proses implementasi, bukan hanya di akhir. Tujuannya adalah untuk memantau apakah kegiatan berjalan sesuai rencana, mengidentifikasi masalah yang muncul secara dini, dan mengumpulkan umpan balik langsung dari peserta. Contoh sederhana: fasilitator mencatat berapa banyak siswa yang aktif bertanya, atau bagian mana dari permainan yang paling membuat mereka bingung. Data monitoring ini menjadi dasar untuk melakukan penyesuaian cepat (adaptasi).

5. **Tahap Dokumentasi dan Pelaporan Berkala**: Setiap kegiatan harus didokumentasikan dengan baik, meliputi foto kegiatan, daftar hadir, notulensi, dan catatan lapangan dari fasilitator. Dokumentasi bukan sekadar untuk arsip, tetapi sebagai bukti pelaksanaan dan bahan untuk evaluasi (Bab 14). Laporan berkala (misalnya, mingguan atau per kegiatan) perlu dibuat untuk menginformasikan progres kepada atasan atau pemangku kepentingan lainnya.

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas, berikut adalah contoh matriks tahapan pelaksanaan untuk program hipotetis "Sarapan Sehat, Semangat Belajar!" di sebuah sekolah dasar.

Tabel 12 1. Contoh Matriks Tahapan Pelaksanaan Program "Sarapan Sehat, Semangat Belajar!"

Tahapan	Aktivitas Kunci	Penanggung Jawab	Indikator Keberhasilan	Catatan/Kendala Potensial
1. Persiapan Akhir	- Rapat final tim Puskesmas & guru UKS - Cetak poster & leaflet "Manfaat Sarapan" - Siapkan alat demo masak (bubur kacang hijau)	Koordinator Program (Promkes)	- Jadwal & peran terkonfirmasi - 100 poster & 200 leaflet siap - Alat masak lengkap	Keterlambatan percetakan, guru UKS ada rapat mendadak.
2. Peluncuran	- Apel pagi bersama & sambutan Kepsek - Penyerahan simbolis "Duta Sarapan"	Kepala Sekolah, Tim Promkes	80% siswa & guru hadir; ada liputan di mading sekolah.	Hujan saat jadwal apel pagi.
3. Intervensi Inti	- Edukasi kelas 4-6 (Jadwal terpisah) - Demo masak bubur kacang hijau bersama siswa - Lomba yel-yel sarapan antar kelas	Fasilitator (Ahli Gizi), Guru Kelas	- 95% siswa target ikut edukasi - Siswa dapat mempraktikkan resep - Minimal 3 kelas ikut lomba	Siswa bosan dengan metode ceramah, bahan demo kurang.
4. Monitoring	- Observasi kelas oleh koordinator - Wawancara singkat dengan 5 siswa/hari - Checklist	Koordinator Program	- Checklist terisi setiap sesi - Catatan harian fasilitator lengkap	Fasilitator lupa mengisi checklist, siswa malu memberi umpan balik.

Tahapan	Aktivitas Kunci	Penanggung Jawab	Indikator Keberhasilan	Catatan/Kendala Potensial
	keterlaksanaan sesi			
5. Dokumentasi	- Foto setiap kegiatan - Kumpulkan daftar hadir & notulensi - Buat laporan mingguan	Staf Administrasi Promkes	- Folder dokumentasi digital terisi - Laporan dikirim tepat waktu	Kualitas foto buruk, data daftar hadir tidak lengkap.

Matriks seperti Tabel 12.1 di atas adalah alat kerja yang sangat berguna bagi manajer program untuk memastikan tidak ada langkah yang terlewat dan setiap orang memahami perannya dalam orkestrasi implementasi yang kompleks.

E. Penerapan metode dan media dalam implementasi

Pemilihan metode dan media yang tepat pada tahap perencanaan (Bab 9) adalah separuh dari perjuangan. Separuh lainnya, yang seringkali lebih menantang, adalah menerapkannya secara efektif di lapangan. Sebuah metode yang hebat di atas kertas, seperti permainan edukatif, bisa menjadi kacau jika fasilitatornya tidak mampu mengelola dinamika kelompok anak-anak. Sebaliknya, metode sederhana seperti ceramah bisa menjadi sangat menarik jika dibawakan dengan antusias dan interaktif. Oleh karena itu, sub-bab ini berfokus pada aspek "bagaimana" menerapkan berbagai metode dan media dalam praktik implementasi promosi kesehatan gizi.

Penerapan metode harus mempertimbangkan karakteristik unik anak usia sekolah: rentang perhatian yang pendek, energi yang tinggi, dan lebih mudah belajar melalui pengalaman langsung (learning by doing). Beberapa pertimbangan praktis dalam menerapkan metode yang umum

digunakan yang penting meliputi: ***Edukasi Kelompok (di Kelas)****: Untuk mencegah kebosanan, hindari ceramah satu arah lebih dari 10-15 menit. Selingi dengan aktivitas, seperti:*

a. *Brainstorming*: Tanyakan "Menurut kalian, apa saja jajanan yang sehat?". Tulis jawaban mereka di papan tulis untuk menunjukkan bahwa pendapat mereka dihargai.
b. *Studi Kasus Mini*: Ceritakan kisah singkat, "Ada anak bernama Budi yang sering jajan sembarangan, lalu ia sakit perut. Menurut kalian, kenapa Budi sakit perut?". Ini memicu pemikiran kritis.
c. *Tanya Jawab Interaktif*: Gunakan teknik seperti melempar bola kecil ke siswa yang akan menjawab untuk membuat suasana lebih dinamis.

- **Permainan Edukatif**: Keberhasilan permainan sangat bergantung pada persiapan dan fasilitasi. Untuk permainan "Ular Tangga Gizi" (Wijayanti, 2021), fasilitator harus:

  a. Menjelaskan aturan dengan sangat jelas dan sederhana sebelum mulai.

  b. Membagi kelompok secara adil dan memastikan setiap anak mendapat giliran.

  c. Yang terpenting, melakukan *debriefing* setelah permainan selesai. Tanyakan, "Apa yang kita pelajari dari kotak yang menyuruh kita mundur tiga langkah tadi? Oh, karena tidak makan sayur. Jadi, kenapa makan sayur itu penting?". Tanpa debriefing, permainan hanya menjadi kesenangan sesaat tanpa pembelajaran.

- **Demonstrasi dan Praktik Langsung**: Ini adalah metode yang sangat kuat. Saat mendemonstrasikan "Sikat Gigi Massal" (Putri, 2021) atau "Cuci Tangan Pakai Sabun"

(Anggraini, 2022), pastikan setiap anak dapat melihat dengan jelas. Gunakan model gigi ukuran besar atau minta beberapa siswa maju ke depan sebagai contoh. Setelah demo, berikan kesempatan bagi semua anak untuk mempraktikkannya secara bersamaan sambil dipandu langkah demi langkah.

Sementara itu, penerapan media juga memerlukan strategi. Media bukanlah tujuan, melainkan alat bantu. Penggunaan media yang efektif melibatkan:

- Poster dan Leaflet: Jangan hanya dibagikan. Ajak siswa untuk "membaca" poster bersama. Tanyakan, "Ada gambar apa di poster ini? Apa tulisan yang paling besar?". Tempatkan poster di lokasi strategis yang sering dilewati anak-anak, seperti dekat kantin, mading, atau wastafel.
- Media Audio-Visual (Video): Pilih video dengan durasi pendek (3-5 menit) dan visual yang menarik. Sebelum memutar video, berikan pengantar singkat tentang apa yang akan ditonton. Setelah video selesai, buka sesi diskusi untuk membahas pesan kunci dari video tersebut.
- Media Interaktif (Puzzle, Kartu Kuartet): Media seperti puzzle terbukti dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang sayur dan buah (Safitri, 2021). Saat menggunakan media ini, biarkan anak-anak bekerja dalam kelompok kecil untuk mendorong diskusi dan kerja sama. Fasilitator berkeliling untuk membantu kelompok yang kesulitan dan memberikan petunjuk. Penggunaan media bergambar dan permainan secara umum terbukti efektif untuk meningkatkan pengetahuan gizi seimbang (Yuningsih, 2021).

Untuk memberikan gambaran visual, berikut adalah diagram alur yang mengilustrasikan penerapan sebuah sesi edukasi interaktif selama 45 menit di kelas.



Gambar 12. 1. Diagram Alur Implementasi Sesi Edukasi Interaktif

Diagram pada Gambar 12.1 menunjukkan bagaimana berbagai metode (cerita, permainan) dan alat (pre/post-test, puzzle) dapat dirangkai menjadi sebuah alur implementasi yang koheren dan menarik bagi anak-anak dalam satu sesi pertemuan. Kunci dari penerapan yang sukses adalah orkestrasi yang mulus dari satu aktivitas ke aktivitas berikutnya, menjaga momentum dan energi siswa tetap tinggi.

F. Praktik pelaksanaan promkes gizi pada anak usia sekolah

Teori dan tahapan implementasi menjadi lebih hidup ketika kita melihat bagaimana hal tersebut dipraktikkan di dunia nyata. Indonesia, dengan keragaman masalah gizi dan konteks sosial budayanya, menyediakan banyak sekali pelajaran berharga dari berbagai program yang telah dilaksanakan. Menganalisis praktik-praktik ini—baik yang

berhasil maupun yang menghadapi tantangan—memberikan wawasan konkret bagi calon promotor kesehatan. Sub-bab ini akan menyajikan beberapa contoh praktik pelaksanaan promosi kesehatan gizi yang menargetkan masalah spesifik pada anak usia sekolah.

Praktik 1: Edukasi Jajanan Sehat di Lingkungan Sekolah Masalah: Anak usia sekolah gemar mengonsumsi jajanan, namun banyak jajanan yang beredar tidak memenuhi standar kesehatan dan gizi (Nasriyah, 2021). Implementasi di Lapangan: Sebuah Puskesmas di Kota Makassar menginisiasi program "Kantin Sehat" dan "Gerakan Bawa Bekal". Praktik pelaksanaannya tidak hanya menyasar siswa, tetapi juga ekosistem sekolah.

- *Intervensi pada Siswa*: Dilakukan edukasi di kelas menggunakan metode sosiodrama, di mana beberapa siswa berperan sebagai "penjual jajanan curang" yang menggunakan pewarna tekstil dan siswa lain sebagai "detektif makanan" yang bisa mengenali ciri makanan aman. Metode ini lebih mengena daripada sekadar ceramah. Kegiatan ini didukung dengan penyebaran komik edukasi tentang bahaya jajanan tidak sehat (Syarifuddin, 2022).
- *Intervensi pada Penjual Jajanan*: Promotor kesehatan tidak langsung melarang, melainkan mengadakan pertemuan dengan para penjual di kantin dan sekitar sekolah. Mereka diberikan pelatihan tentang higiene sanitasi, pemilihan bahan baku, dan contoh resep jajanan sehat yang murah dan disukai anak-anak (misalnya, nugget sayur, sate buah).
- *Intervensi pada Kebijakan Sekolah*: Tim Puskesmas memfasilitasi pertemuan dengan kepala sekolah dan

komite untuk menyusun "Tata Tertib Kantin Sehat". Salah satu hasilnya adalah labelisasi: kantin yang memenuhi syarat diberi stiker "Kantin Sehat Binaan Puskesmas", menciptakan kebanggaan dan insentif.

Implikasi Praktis: Implementasi yang sukses seringkali bersifat multikomponen, menyentuh berbagai level (individu, lingkungan, kebijakan) secara simultan, bukan hanya fokus pada siswa.

Praktik 2: Program Pencegahan Anemia pada Remaja Putri di SMP Masalah: Remaja putri sangat rentan mengalami anemia gizi besi karena menstruasi dan pola makan yang seringkali kurang zat besi (Khobibah, 2021). Implementasi di Lapangan: Mengacu pada program nasional dan berbagai pengabdian masyarakat, seperti yang dilakukan di beberapa wilayah di Indonesia (Fathony, 2022), praktik implementasinya memiliki beberapa komponen kunci.

- *Screening Awal*: Bekerja sama dengan UKS, dilakukan pemeriksaan kadar Hemoglobin (Hb) sederhana (menggunakan Hb-meter digital) pada seluruh siswi kelas 7 dan 10 untuk memetakan masalah.
- *Distribusi Tablet Tambah Darah (TTD)*: Ini adalah komponen inti. Implementasinya harus terjadwal dan terpantau. Praktik terbaik adalah menetapkan satu hari dalam seminggu (misalnya, setiap hari Jumat) sebagai "Hari Minum TTD Bersama". Guru atau petugas UKS/Puskesmas membagikan dan memastikan tablet diminum di tempat untuk meningkatkan kepatuhan.
- *Edukasi dan Konseling*: Distribusi TTD harus disertai edukasi tentang pentingnya TTD, cara mengonsumsi yang benar (misalnya, dengan jus jeruk untuk meningkatkan

penyerapan dan menghindari teh/kopi), serta manajemen efek samping. Edukasi ini seringkali lebih efektif jika disampaikan oleh teman sebaya (*peer educator*) dari Kader Kesehatan Remaja (Nasution, 2021).

✎ CONTOH
Di sebuah SMP di Kabupaten Tangerang, program pencegahan anemia diimplementasikan melalui pembentukan "Klub Remaja Putri Sehat". Setiap Jumat pagi, setelah senam bersama, anggota klub berkumpul. Agenda mereka: (1) Mengambil TTD dari guru pembina UKS dan meminumnya bersama-sama. (2) Sesi berbagi 15 menit yang dipimpin oleh ketua klub (peer leader) tentang topik gizi, misalnya "Makanan Kaya Zat Besi yang Enak dan Murah". (3) Mencatat di "Buku Saku Kontrol Anemia" mereka. Pendekatan berbasis klub ini mengubah kewajiban minum obat menjadi aktivitas sosial yang positif.

Praktik 3: Pengenalan Gizi Seimbang Melalui Permainan Masalah: Konsep gizi seimbang dan "Isi Piringku" bisa jadi abstrak dan membosankan bagi anak-anak sekolah dasar. Implementasi di Lapangan: Banyak praktisi menggunakan pendekatan *gamification* untuk membuat pembelajaran menjadi menyenangkan.

- Permainan Ular Tangga Gizi: Seperti yang diterapkan di Jakarta Selatan, papan permainan raksasa digelar di halaman sekolah. Siswa menjadi pionnya. Jika berhenti di kotak bergambar "makan sayur", mereka naik tangga. Jika berhenti di "minum soda", mereka turun ular. Setiap kotak disertai pertanyaan atau tugas terkait gizi (Wijayanti, 2021).
- Puzzle "Isi Piringku": Kelompok siswa diberi potongan puzzle bergambar piring kosong dan berbagai jenis makanan. Tugas mereka adalah menyusun potongan

makanan di atas piring sesuai proporsi "Isi Piringku" yang benar. Metode ini terbukti efektif di beberapa sekolah dasar (Safitri, 2021).

Implikasi Praktis: Kunci dari praktik ini adalah fasilitasi yang baik. Fasilitator harus mampu menjelaskan aturan, menjaga semangat kompetisi yang sehat, dan yang terpenting, memimpin sesi refleksi setelah permainan untuk mengkristalkan pesan-pesan gizi yang ingin disampaikan.

G. Ketepatan tahapan implementasi program

Melaksanakan sebuah program promosi kesehatan gizi bukanlah sekadar mencentang daftar kegiatan yang harus dilakukan. Sebuah pertanyaan yang jauh lebih penting adalah: "Apakah kita melaksanakan program *sebagaimana mestinya*?". Pertanyaan ini membawa kita pada konsep krusial yang disebut **fidelitas implementasi** (*implementation fidelity*), atau ketepatan pelaksanaan. Fidelitas implementasi adalah derajat di mana sebuah intervensi atau program dilaksanakan persis seperti yang dirancang atau dimaksudkan oleh pengembangnya. Konsep ini sangat vital karena menjadi penghubung logis antara intervensi dan hasil. Jika sebuah program menunjukkan hasil yang baik, kita ingin yakin itu karena programnya memang efektif, bukan karena kebetulan. Sebaliknya, jika program gagal, kita perlu tahu apakah itu karena desain programnya yang salah, atau karena pelaksanaannya yang tidak tepat.

Memastikan ketepatan tahapan implementasi menjadi sangat penting, terutama ketika sebuah program yang terbukti berhasil di satu tempat (misalnya, di perkotaan) akan direplikasi atau diperluas skalanya ke wilayah lain (misalnya, ke pedesaan). Tanpa adanya pemantauan terhadap fidelitas, program di lokasi baru bisa jadi sangat berbeda dari versi

aslinya sehingga efektivitasnya tidak dapat dijamin. Bayangkan sebuah resep kue yang sudah teruji lezat. Jika saat dipraktikkan, takaran gula dikurangi setengahnya, waktu memanggang dipersingkat, dan beberapa bahan diganti, tentu hasil akhirnya akan berbeda. Hal yang sama berlaku untuk program promosi kesehatan.

Ada beberapa dimensi utama untuk mengukur ketepatan atau fidelitas implementasi:

1. **Kepatuhan (Adherence)**: Apakah konten, komponen, dan aktivitas program yang disampaikan sudah sesuai dengan protokol atau kurikulum yang ditetapkan? Misalnya, jika modul edukasi dirancang untuk membahas 5 pesan kunci "Isi Piringku", apakah fasilitator benar-benar membahas kelimanya?
2. **Dosis (Dose/Exposure)**: Berapa banyak "porsi" program yang diterima oleh peserta? Ini bisa diukur dari jumlah sesi yang diberikan, durasi setiap sesi, atau frekuensi intervensi. Jika program dirancang untuk 8 sesi, tetapi hanya 4 sesi yang terlaksana karena libur sekolah, maka dosis yang diterima hanya 50%.
3. **Kualitas Penyampaian (Quality of Delivery)**: Seberapa baik program disampaikan oleh pelaksana (fasilitator, guru)? Ini mencakup antusiasme, penguasaan materi, kemampuan menggunakan teknik partisipatif, dan kemampuan mengelola kelas. Program yang sama bisa memberikan hasil berbeda jika dibawakan oleh fasilitator yang energik dibandingkan dengan yang monoton.
4. **Respons Peserta (Participant Responsiveness)**: Sejauh mana peserta terlibat dan tertarik dengan program? Tingkat partisipasi yang tinggi dan

antusiasme dari anak-anak bisa menjadi indikator bahwa program berjalan dengan baik dan relevan bagi mereka.

> ⚠ **PERHATIAN**
> Upaya menjaga fidelitas implementasi tidak berarti program harus kaku dan anti-adaptasi. Tantangannya adalah mengidentifikasi *core components* atau elemen inti program yang tidak boleh diubah, dan elemen adaptif yang bisa disesuaikan dengan konteks lokal. Misalnya, pesan kunci tentang "makan aneka ragam pangan" adalah elemen inti, tetapi contoh jenis pangannya bisa diadaptasi sesuai ketersediaan pangan lokal di daerah tersebut, seperti di Bekasi (Simamora, 2021) atau Kudus (Nasriyah, 2021).

Lalu, bagaimana cara praktis untuk memastikan dan mengukur ketepatan implementasi?

- **Mengembangkan Protokol yang Jelas**: Sediakan panduan atau manual pelaksanaan yang detail bagi para fasilitator.
- **Pelatihan Fasilitator**: Berikan pelatihan yang komprehensif kepada semua pelaksana program, tidak hanya tentang materi, tetapi juga tentang cara menyampaikannya. Lakukan sesi *role-playing* atau simulasi.
- **Menggunakan Checklist Observasi**: Koordinator program atau supervisor dapat mengunjungi sesi secara acak dan menggunakan checklist untuk menilai kepatuhan, dosis, dan kualitas penyampaian.
- **Log Aktivitas Fasilitator**: Minta fasilitator untuk mengisi log atau catatan harian sederhana setelah setiap sesi, mencatat apa yang berjalan baik, apa yang menjadi tantangan, dan apakah ada materi yang terlewat.

- **Umpan Balik dari Peserta**: Kumpulkan umpan balik singkat dari siswa, misalnya dengan meminta mereka memberikan stiker pada wajah senyum, datar, atau cemberut untuk menggambarkan perasaan mereka tentang kegiatan hari itu.

Dengan memantau ketepatan tahapan implementasi secara sistematis, kita tidak hanya memastikan program berjalan di atas rel yang benar, tetapi juga mengumpulkan data berharga untuk proses evaluasi (Bab 14). Data ini akan membantu kita menjawab pertanyaan "mengapa" di balik keberhasilan atau kegagalan sebuah program, yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas intervensi promosi kesehatan gizi di masa depan.

Rangkuman

Implementasi program promosi kesehatan gizi merupakan fase krusial dan dinamis yang menerjemahkan perencanaan menjadi tindakan nyata di lapangan. Ini bukan sekadar eksekusi mekanis, melainkan sebuah proses adaptif yang menjembatani tujuan program dengan aktivitas aktual untuk mencapainya. Keberhasilan implementasi ditentukan oleh kemampuan menavigasi dua konsep fundamental yang seringkali bertentangan: fidelitas dan adaptasi. Fidelitas menuntut kesetiaan pada komponen inti program berbasis bukti (*evidence-based*) untuk menjaga efektivitasnya, seperti mempertahankan jumlah sesi intervensi yang telah ditetapkan. Di sisi lain, adaptasi adalah penyesuaian program terhadap konteks budaya, sumber daya, dan kebutuhan lokal—misalnya, menggunakan contoh makanan lokal—agar relevan dan diterima oleh sasaran. Tantangan utamanya adalah menemukan keseimbangan strategis antara keduanya; terlalu kaku pada fidelitas berisiko membuat program tidak relevan, sementara adaptasi berlebihan dapat melemahkan dampak program. Untuk mengelola kompleksitas ini, pelaksanaan kegiatan diorganisasikan melalui tahapan sistematis: (1) Persiapan Akhir untuk memobilisasi sumber daya dan finalisasi teknis; (2) Peluncuran dan Sosialisasi untuk membangun komitmen dan antusiasme; (3) Pelaksanaan Intervensi Inti sebagai jantung penyampaian program; (4) Monitoring Berjalan untuk identifikasi masalah secara dini dan memungkinkan penyesuaian cepat; serta (5) Dokumentasi dan Pelaporan Berkala sebagai bukti pelaksanaan dan bahan evaluasi. Rangkaian tahapan ini memastikan program berjalan secara terarah, terkendali, dan efektif dalam mencapai perubahan perilaku gizi pada anak usia sekolah.

Latihan

a. Essay

1. Argumentasikan keputusan strategis yang harus diambil seorang promotor kesehatan ketika dihadapkan pada permintaan kepala sekolah untuk mengurangi durasi program edukasi gizi dari 12 sesi menjadi 6 sesi karena keterbatasan jadwal. Kaitkan argumen Anda dengan konsep fidelitas dan adaptasi, serta potensi dampaknya terhadap efektivitas program.
2. Evaluasi mengapa tahap "Monitoring Berjalan" dianggap lebih dari sekadar aktivitas administratif, melainkan sebagai komponen strategis dalam implementasi program. Jelaskan bagaimana data yang diperoleh dari monitoring berjalan dapat secara langsung menginformasikan proses adaptasi program di lapangan tanpa mengorbankan komponen inti program.
3. Bandingkan peran strategis antara tahap "Peluncuran dan Sosialisasi (Kick-off)" dengan tahap "Pelaksanaan Intervensi Inti". Meskipun intervensi inti adalah jantung program, telaah mengapa kegagalan pada tahap peluncuran dapat secara signifikan menghambat keberhasilan pelaksanaan intervensi inti di kemudian hari.
4. Seorang promotor kesehatan merancang program "Jajanan Sehat" untuk sekolah di perkotaan. Saat akan diimplementasikan di sekolah daerah pesisir, ia mengganti semua contoh jajanan dengan makanan berbasis ikan lokal. Telaah tindakan ini menggunakan konsep fidelitas dan adaptasi, serta jelaskan batas-

batas adaptasi agar tidak "mengencerkan" efektivitas program.

5. Rumuskan sebuah kerangka kerja sederhana untuk tahap "Persiapan Akhir" pada program pelatihan dokter kecil tentang gizi seimbang. Kerangka kerja Anda harus mencakup minimal tiga aktivitas kunci yang berbeda (misalnya terkait logistik, tim, dan pemangku kepentingan) dan jelaskan justifikasi mengapa setiap aktivitas tersebut krusial untuk mencegah kegagalan teknis saat implementasi.

b. Pilihan Berganda

1. Konsep utama yang mendefinisikan implementasi sebagai proses yang dinamis dan bukan sekadar eksekusi mekanis adalah...
    a. proses yang berorientasi pada perencanaan dan anggaran
    b. proses yang kaku mengikuti panduan tanpa perubahan
    c. proses yang adaptif dan berorientasi pada tindakan nyata
    d. proses yang fokus pada evaluasi akhir program
2. Sejauh mana sebuah program dilaksanakan sesuai dengan rancangan aslinya yang berbasis bukti ilmiah untuk menjaga efektivitasnya disebut sebagai...
    a. Adaptasi
    b. Fidelitas
    c. Sosialisasi
    d. Monitoring
3. Seorang fasilitator mengubah bahasa dalam poster dari Bahasa Indonesia formal menjadi dialek lokal yang lebih mudah dipahami siswa di sebuah daerah

terpencil. Tindakan ini merupakan contoh penerapan konsep...

a. Fidelitas
b. Intervensi
c. Adaptasi
d. Evaluasi

4. Tantangan terbesar yang dihadapi promotor kesehatan dalam implementasi program, sebagaimana dijelaskan dalam bab ini, adalah...
    a. mendapatkan pendanaan yang cukup dari sponsor
    b. menyusun laporan akhir yang komprehensif
    c. memilih metode intervensi yang paling canggih
    d. menyeimbangkan antara fidelitas dan adaptasi
5. Memastikan semua poster dan lembar balik sudah tercetak dalam jumlah cukup serta melakukan briefing akhir dengan tim pelaksana adalah aktivitas utama pada tahap...
    a. Peluncuran dan Sosialisasi
    b. Pelaksanaan Intervensi Inti
    c. Persiapan Akhir
    d. Monitoring Berjalan
6. Tujuan utama dari tahap "Peluncuran dan Sosialisasi (Kick-off)" adalah...
    a. menguji coba materi intervensi kepada kelompok kecil
    b. membangun komitmen dan antusiasme dari pemangku kepentingan
    c. mengumpulkan data awal untuk evaluasi dampak
    d. mendokumentasikan semua kegiatan yang telah selesai

7. Kegiatan seperti penyuluhan di kelas tentang "Isi Piringku" atau demonstrasi cuci tangan pakai sabun merupakan bagian dari tahap...
    a. Dokumentasi dan Pelaporan
    b. Persiapan Akhir
    c. Pelaksanaan Intervensi Inti
    d. Peluncuran Program
8. Seorang fasilitator mencatat bagian mana dari permainan ular tangga gizi yang paling membuat siswa bingung selama kegiatan berlangsung. Aktivitas ini adalah contoh konkret dari...
    a. Evaluasi akhir
    b. Sosialisasi program
    c. Monitoring berjalan
    d. Perencanaan program
9. Mengurangi jumlah sesi edukasi dari 12 menjadi 6 karena alasan keterbatasan waktu sekolah berpotensi melanggar prinsip...
    a. Adaptasi, karena tidak menyesuaikan dengan kondisi
    b. Fidelitas, karena mengubah komponen inti program
    c. Monitoring, karena tidak memantau kemajuan siswa
    d. Sosialisasi, karena tidak menginformasikan perubahan
10. Mengumpulkan foto kegiatan, daftar hadir, dan catatan lapangan dari fasilitator adalah bagian krusial dari tahap...
    a. Persiapan Akhir
    b. Pelaksanaan Intervensi Inti
    c. Monitoring Berjalan
    d. Dokumentasi dan Pelaporan Berkala

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Anda ditugaskan untuk mengimplementasikan program "Gizi Seimbang Remaja Putri" yang sukses di kota besar ke sebuah SMP di wilayah pegunungan dengan akses terbatas dan budaya pangan lokal yang kuat. Program asli mencakup 10 sesi edukasi interaktif dengan media digital (video, aplikasi kuis) dan contoh menu makanan modern. Sumber daya sekolah sangat terbatas, tidak ada proyektor atau koneksi internet yang stabil, dan siswi lebih akrab dengan bahan pangan lokal seperti singkong dan sayuran hutan. Rumuskan strategi implementasi Anda dengan menjelaskan minimal tiga adaptasi konkret yang akan Anda lakukan pada metode dan materi, serta bagaimana Anda memastikan komponen inti (fidelitas) program, yaitu pemahaman tentang zat gizi esensial dan anemia, tetap terjaga.
2. Sebuah program "Kantin Sehat" diluncurkan dengan meriah di sebuah SD, dihadiri oleh kepala sekolah dan komite. Namun, pada minggu kedua tahap pelaksanaan intervensi, para penjual di kantin kembali menjual makanan tinggi gula dan lemak karena merasa dagangan sehat tidak laku. Para guru juga enggan mengingatkan siswa karena merasa itu bukan tugas utama mereka. Analisislah kemungkinan penyebab kegagalan implementasi ini berdasarkan tahapan yang dijelaskan di bab ini. Kemudian, usulkan sebuah rencana perbaikan yang melibatkan "monitoring berjalan" dan "sosialisasi ulang" untuk mengatasi resistensi dari penjual kantin dan guru.

BAB 13
PEMBERDAYAAN KELUARGA DALAM PENGUATAN PERILAKU SADAR GIZI ANAK USIA SEKOLAH

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menentukan model pemberdayaan keluarga yang paling sesuai untuk konteks sosial-ekonomi yang beragam dalam promosi gizi anak sekolah.
2. Mendemonstrasikan teknik komunikasi persuasif untuk mengubah peran keluarga dari sekadar penyedia pangan menjadi agen perubahan perilaku gizi.
3. Mengimplementasikan strategi penguatan perilaku sadar gizi, seperti penetapan tujuan bersama dan sistem penghargaan, dalam sebuah skenario studi kasus keluarga.
4. Memodifikasi sebuah model program pemberdayaan keluarga yang sudah ada agar sesuai dengan karakteristik unik sebuah komunitas sasaran di Indonesia.
5. Memilih intervensi berbasis bukti (*evidence-based*) yang paling relevan dari telaah literatur untuk

diadaptasi dalam mengatasi masalah gizi spesifik pada anak sekolah di konteks lokal.

B. Pendahuluan

Berbagai intervensi gizi anak usia sekolah telah diluncurkan di Indonesia, namun hasilnya seringkali belum optimal dan tidak berkelanjutan. Program gizi di sekolah, penyediaan makanan tambahan, hingga edukasi melalui media massa kerap menemui dinding tebal ketika perilaku di lingkungan rumah tidak mendukung. Fenomena ini menggarisbawahi sebuah kebenaran fundamental: ekosistem gizi seorang anak berpusat di dalam keluarga. Keluarga adalah gerbang utama penentu jenis makanan yang tersedia, pembentuk kebiasaan makan, sekaligus sumber pertama informasi dan misinformasi seputar kesehatan. **Konsep** ini menegaskan bahwa keluarga berfungsi sebagai *gatekeeper* utama dalam nutrisi anak. Sebagai **contoh**, program "Isi Piringku" yang digalakkan di sekolah seringkali tidak berlanjut di meja makan rumah. Anak mungkin memahami pentingnya sayur di kelas, tetapi di rumah, orang tua tetap menyajikan mi instan dan minuman manis sebagai menu andalan karena alasan kepraktisan atau keterbatasan pengetahuan. Ibu yang bekerja mungkin lebih memilih memberikan uang jajan daripada menyiapkan bekal, menyerahkan pilihan makanan sepenuhnya kepada anak dan lingkungan sekitarnya yang belum tentu sehat. **Implikasinya**, intervensi yang hanya menyasar anak di sekolah tanpa melibatkan dan memberdayakan keluarga secara sistematis dapat diibaratkan seperti membangun istana pasir di tepi pantai; indah sesaat, namun rapuh dan mudah hilang diterpa gelombang kebiasaan lama. Fokus promosi kesehatan karenanya harus bergeser dari sekadar 'memberi tahu'

keluarga menjadi 'memberdayakan' mereka sebagai subjek aktif perubahan.

Pemberdayaan bukanlah sekadar penyuluhan atau transfer informasi satu arah. **Konsep** pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) dalam konteks gizi adalah sebuah proses terstruktur di mana keluarga, melalui partisipasi aktif dan fasilitasi, memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri untuk mengidentifikasi masalah gizi mereka sendiri, merencanakan solusi berbasis sumber daya lokal, dan mengambil tindakan untuk memperbaiki status gizi anak secara mandiri. Ini adalah pergeseran paradigma dari memandang keluarga sebagai 'objek' pasif intervensi menjadi 'subjek' atau agen utama perubahan. **Contoh** konkret penerapan konsep ini dapat dilihat pada program "Dapur Gizi Sehat" di sebuah kelurahan padat penduduk di Surabaya. Alih-alih hanya memberikan penyuluhan, fasilitator kesehatan melatih para ibu untuk melakukan penimbangan mandiri, menginterpretasikan Kartu Menuju Sehat (KMS), memasak menu bergizi seimbang dari bahan pangan lokal yang terjangkau, dan secara kolektif mengelola arisan menu bekal anak. Para ayah pun dilibatkan dalam sesi diskusi tentang pembagian peran dalam penyiapan makanan sehat. **Implikasinya**, keluarga yang berdaya tidak lagi hanya menunggu bantuan, melainkan menjadi aktor proaktif yang mampu membuat keputusan gizi yang lebih baik secara otonom. Bagi Anda sebagai calon ahli promosi kesehatan, menguasai pendekatan pemberdayaan ini merupakan kompetensi kunci yang akan membedakan Anda. Peran Anda bertransformasi dari seorang 'penceramah' menjadi 'fasilitator perubahan', yang tugasnya bukan menggurui, melainkan memampukan.

Bab ini akan membekali Anda dengan perangkat konseptual dan praktis untuk menjadi fasilitator pemberdayaan keluarga yang efektif. Pembahasan akan diawali dengan membedah **konsep pemberdayaan keluarga** dan membedakannya dari pendekatan konvensional. Selanjutnya, kita akan mengkaji secara mendalam **peran krusial keluarga** dalam pembentukan perilaku sadar gizi anak. Bab ini juga akan menyajikan berbagai **strategi praktis untuk penguatan perilaku** yang dapat Anda terapkan langsung dalam skenario nyata. Puncak dari pembahasan ini adalah panduan langkah demi langkah dalam menyusun **rancangan program pemberdayaan keluarga** yang sistematis dan terukur, mulai dari asesmen kebutuhan hingga evaluasi dampak. Sebagai penutup, kita akan melakukan **telaah kritis terhadap berbagai *evidence-based*** dalam pemberdayaan keluarga untuk memastikan intervensi yang Anda rancang tidak hanya inovatif, tetapi juga terbukti efektif.

C. Konsep pemberdayaan keluarga

Pemberdayaan keluarga dalam konteks promosi gizi merupakan sebuah pergeseran fundamental dari pendekatan tradisional yang bersifat instruksional menuju pendekatan partisipatif yang memposisikan keluarga sebagai subjek atau agen utama perubahan. Konsep ini melampaui sekadar penyuluhan atau transfer informasi satu arah. Jika penyuluhan konvensional sering kali menempatkan tenaga kesehatan sebagai ahli dan keluarga sebagai penerima pasif, pemberdayaan justru berfokus pada proses memfasilitasi keluarga agar mampu mengidentifikasi masalah, menganalisis situasi, mengambil keputusan, dan melakukan tindakan perbaikan gizi secara mandiri berdasarkan sumber daya yang mereka miliki. Menurut kerangka pemberdayaan masyarakat,

proses ini bertujuan meningkatkan pemahaman, pengetahuan, dan kesadaran sehingga masyarakat dapat menerapkan pola hidup yang lebih baik secara mandiri (Hartaty, 2022). Dalam lingkup keluarga, ini berarti mengubah pola pikir dari "menunggu bantuan" menjadi "mampu bertindak".

Inti dari pemberdayaan keluarga adalah transfer kontrol dan kekuatan (power) dari fasilitator eksternal kepada keluarga itu sendiri. Proses ini meliputi tiga domain utama:

1. **Domain Kognitif**: Peningkatan pengetahuan dan kesadaran kritis. Keluarga tidak hanya tahu tentang "Isi Piringku", tetapi juga memahami mengapa gizi seimbang itu penting untuk prestasi belajar anak, bagaimana iklan makanan tidak sehat memengaruhi pilihan anak, dan bagaimana mereka dapat menyiasati keterbatasan anggaran untuk tetap menyediakan makanan bergizi.
2. **Domain Psikologis**: Peningkatan kepercayaan diri (*self-efficacy*) dan motivasi internal. Keluarga merasa yakin dengan kemampuannya untuk mengubah kebiasaan, misalnya, ibu merasa mampu menolak rengekan anak yang meminta jajanan tidak sehat dan ayah merasa percaya diri untuk terlibat dalam penyiapan bekal sekolah.
3. **Domain Perilaku**: Peningkatan keterampilan dan penguasaan sumber daya. Ini mencakup keterampilan praktis seperti membaca label gizi, memasak menu bervariasi dengan bahan lokal, mengelola kebun sayur keluarga, hingga kemampuan bernegosiasi dengan anggota keluarga lain untuk menyepakati aturan makan bersama.

Sebagai **contoh** konkret, mari kita lihat sebuah program di Kabupaten Wonosobo, Jawa Tengah, yang menghadapi masalah stunting. Pendekatan tradisional mungkin hanya memberikan paket Makanan Tambahan (PMT) dan ceramah gizi. Sebaliknya, pendekatan pemberdayaan akan memfasilitasi kelompok ibu untuk: (a) bersama-sama memetakan sumber pangan lokal yang murah dan bergizi (seperti daun kelor, ikan air tawar); (b) mengikuti kelas memasak demo yang menggunakan bahan-bahan tersebut; (c) membentuk arisan bekal sekolah sehat; dan (d) melibatkan para ayah dalam diskusi tentang pentingnya dukungan mereka. Pola asuh dan pemenuhan gizi merupakan faktor kunci yang sering kali menjadi akar masalah stunting (Christina, 2022). Dengan demikian, **implikasinya** adalah pemberdayaan mengubah keluarga dari sekadar objek program menjadi pemilik program itu sendiri. Keberhasilan tidak lagi diukur dari jumlah paket PMT yang didistribusikan, melainkan dari kemampuan keluarga untuk secara berkelanjutan menyediakan gizi yang lebih baik bagi anak-anak mereka, bahkan setelah program intervensi berakhir. Bagi Anda sebagai calon ahli gizi, ini berarti peran Anda adalah sebagai katalisator, bukan sebagai pahlawan tunggal.

D. Peran keluarga dalam perilaku sadar gizi

Keluarga merupakan ekosistem mikro pertama dan paling berpengaruh dalam pembentukan perilaku gizi anak usia sekolah. Jauh sebelum guru di sekolah atau media massa memberikan edukasi, fondasi kebiasaan makan, preferensi rasa, dan persepsi terhadap makanan telah diletakkan di dalam rumah. Sebagaimana telah diuraikan pada Bab 4 mengenai determinan keadaan gizi, lingkungan keluarga menjadi faktor sentral. Peran ini dapat diurai menjadi beberapa fungsi krusial yang saling terkait, yang jika tidak

dikelola dengan baik, dapat menjadi penghambat utama program promosi gizi.

Pertama, **keluarga sebagai *gatekeeper* pangan**. Orang tua, terutama ibu, secara tradisional bertindak sebagai "penjaga gerbang" yang menentukan jenis makanan apa yang dibeli, disimpan di rumah, dimasak, dan disajikan di meja makan. Keputusan ini sangat memengaruhi paparan anak terhadap berbagai jenis makanan. Sebuah studi menunjukkan bahwa pengetahuan ibu tentang gizi dan pola makan memiliki hubungan langsung dengan status gizi anak (Afrinis, 2021). Jika seorang ibu di Sidoarjo, Jawa Timur, karena kesibukan bekerja, lebih sering membeli makanan siap saji yang tinggi lemak dan garam daripada memasak, maka preferensi rasa anak secara otomatis akan terbentuk ke arah makanan tersebut. Sebaliknya, jika orang tua membiasakan diri berbelanja sayur dan buah di pasar tradisional dan menyajikannya setiap hari, anak akan menganggap kehadiran sayur dan buah sebagai hal yang normal.

Kedua, **keluarga sebagai model peran (*role model*)**. Anak usia sekolah adalah peniru ulung. Mereka mengamati dan meniru perilaku makan orang tua dan saudara yang lebih tua. Jika ayah selalu menyingkirkan irisan tomat dari piringnya, atau kakak perempuan terobsesi dengan diet ekstrem, anak akan menyerap pesan tersebut. Peranan orang tua dalam pemenuhan gizi seimbang sangatlah vital, tidak hanya sebagai penyedia tetapi juga sebagai contoh konkret (Munawaroh, 2022). Seorang ayah yang dengan antusias memakan lalapan atau seorang ibu yang menikmati segelas jus buah tanpa gula memberikan pelajaran gizi yang jauh lebih kuat daripada seratus kali nasihat verbal.

Ketiga, **keluarga sebagai regulator lingkungan makan**. Keluarga menetapkan aturan dan rutinitas seputar waktu dan cara makan. Aturan seperti "makan bersama di meja makan tanpa gawai" atau "tidak boleh sambil menonton TV" menciptakan lingkungan makan yang kondusif (*mindful eating*). Sayangnya, pengaruh gawai sering kali mengganggu interaksi ini dan mengubah perilaku remaja dan anak dalam keluarga (Fitriana, 2021). Ketika orang tua gagal mengontrol penggunaan gawai saat makan, anak cenderung makan lebih cepat, tidak menikmati makanan, dan kurang peka terhadap sinyal kenyang dari tubuhnya, yang dapat berisiko menyebabkan makan berlebih. Peran orang tua dalam mengontrol penggunaan gawai menjadi semakin krusial di era digital ini (Hidayatuladkia, 2021).

Keempat, **keluarga sebagai pendidik dan negosiator**. Keluarga adalah tempat pertama anak bertanya tentang makanan. Respons orang tua membentuk pengetahuan awal anak. Ketika anak bertanya "Mengapa aku harus makan brokoli?", jawaban yang edukatif ("Brokoli ini seperti tentara super yang membuat badanmu kuat melawan kuman") jauh lebih efektif daripada jawaban otoriter ("Pokoknya harus dimakan!"). Implikasinya, keluarga yang gagal menjalankan peran-peran ini secara optimal akan menciptakan lingkungan 'obesogenik' atau lingkungan yang rawan gizi buruk. Upaya promosi gizi di sekolah akan sia-sia jika setiap hari anak pulang ke rumah yang tidak mendukung perilaku sadar gizi. Oleh karena itu, memberdayakan keluarga untuk menjalankan peran-peran ini secara sadar dan terencana adalah kunci keberhasilan promosi gizi anak usia sekolah.

E. Strategi penguatan perilaku sadar gizi

Setelah memahami peran sentral keluarga, langkah selanjutnya adalah mengimplementasikan strategi konkret untuk memperkuat perilaku sadar gizi di lingkungan rumah. Strategi ini harus bersifat praktis, dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari, dan berfokus pada perubahan perilaku yang berkelanjutan, bukan sekadar peningkatan pengetahuan sesaat. Pendekatan yang berhasil sering kali merupakan kombinasi dari edukasi, modifikasi lingkungan, dan penguatan positif. Strategi-strategi ini dapat diadaptasi sesuai dengan kondisi sosial-ekonomi dan budaya setiap keluarga.

Salah satu strategi paling fundamental adalah **edukasi partisipatif dan pendampingan gizi spesifik**. Berbeda dengan penyuluhan satu arah, edukasi partisipatif melibatkan keluarga secara aktif. Misalnya, alih-alih hanya memberi tahu "kurangi jajanan manis," fasilitator dapat mengajak orang tua dan anak untuk bersama-sama membaca label kemasan jajanan favorit mereka, menghitung kandungan gulanya, dan membandingkannya dengan batas asupan harian yang direkomendasikan. Pendampingan yang intensif, terutama bagi ibu, dalam hal pola asuh gizi terbukti efektif dalam memperbaiki status gizi anak (Simbolon, 2021). Contoh di sebuah Posyandu di Jakarta, kader kesehatan tidak hanya menimbang balita tetapi juga mendampingi para ibu dalam sesi "bedah bekal", di mana mereka saling berbagi ide menu bekal sehat dan praktis.

Strategi kedua adalah **penetapan tujuan bersama (*family goal setting*) dan kontrak perilaku**. Alih-alih menetapkan target yang ambisius, keluarga didorong untuk menetapkan satu atau dua tujuan kecil yang realistis dan dapat diukur. Misalnya, "Selama seminggu ke depan, kita akan mencoba satu jenis sayuran baru" atau "Tidak ada minuman bersoda di

rumah selama bulan ini." Tujuan ini ditulis dan ditempel di tempat yang mudah terlihat, seperti di pintu kulkas, sebagai "kontrak" keluarga. Proses ini menciptakan rasa kepemilikan dan tanggung jawab kolektif. Untuk memperkuat komitmen, dapat diterapkan sistem penghargaan (*reward system*) yang tidak selalu berupa materi, misalnya jika target mingguan tercapai, keluarga akan melakukan aktivitas menyenangkan bersama di akhir pekan.

Strategi ketiga adalah **modifikasi lingkungan pangan di rumah**. Ini adalah penerapan prinsip "buat pilihan sehat menjadi pilihan yang mudah". Implementasi praktisnya antara lain:

- Menyimpan buah-buahan yang sudah dicuci di dalam wadah transparan di kulkas setinggi mata anak.
- Tidak menyimpan stok biskuit manis, keripik, atau mi instan di lemari dapur. Jika tidak ada, godaan untuk mengonsumsinya akan berkurang drastis.
- Menyediakan botol air minum yang menarik bagi anak dan menempatkannya di beberapa sudut rumah untuk mendorong hidrasi.
- Melibatkan anak dalam aktivitas seperti berkebun sayuran sederhana (misalnya menanam cabai atau tomat dalam pot) untuk meningkatkan ketertarikan mereka terhadap sayuran.

Tabel 13. 1. Perbandingan Strategi Penguatan Perilaku Sadar Gizi Keluarga

Strategi	Deskripsi Singkat	Contoh Aplikasi di Indonesia	Kelebihan	Kekurangan
Edukasi Partisipatif	Pelibatan aktif keluarga dalam proses belajar (mis. demo masak,	Kelas memasak menu PMT berbasis pangan lokal	Meningkatkan *self-efficacy* dan relevansi.	Membutuhkan fasilitator yang terampil dan

Strategi	Deskripsi Singkat	Contoh Aplikasi di Indonesia	Kelebihan	Kekurangan
	bedah label gizi).	(daun kelor, ikan lele) untuk ibu-ibu PKK di pedesaan NTT.		waktu lebih lama.
Penetapan Tujuan Bersama	Keluarga menyepakati target perilaku gizi yang spesifik dan terukur.	Keluarga di perkotaan membuat "Tantangan 7 Hari Tanpa Gorengan" dengan sistem stiker bintang untuk anak.	Membangun komitmen dan tanggung jawab kolektif.	Risiko demotivasi jika target terlalu sulit atau gagal dicapai.
Modifikasi Lingkungan	Mengatur lingkungan fisik rumah agar pilihan sehat lebih mudah diakses.	Ibu di Depok mengganti toples kue di meja tamu dengan toples berisi buah potong saat anak pulang sekolah.	Efektif mengurangi godaan dan membentuk kebiasaan tanpa paksaan.	Memerlukan konsistensi dari semua anggota keluarga (terutama pengambil keputusan belanja).
***Role Modeling* Sadar**	Orang tua secara sengaja menunjukkan perilaku makan sehat di depan anak.	Ayah secara verbal menunjukkan kenikmatan saat makan sayur urap, "Wah, urap buatan Ibu enak sekali, segar!"	Pesan tersampaikan secara implisit dan kuat.	Sulit jika orang tua sendiri memiliki kebiasaan makan yang buruk dan tidak mau berubah.
Pelibatan Anak	Mengajak anak dalam aktivitas terkait makanan (belanja, memasak, berkebun).	Anak diajak memilih sayur di tukang sayur keliling di komplek perumahan Bekasi dan membantu mencucinya.	Meningkatkan penerimaan anak terhadap makanan baru.	Membutuhkan kesabaran ekstra dan waktu lebih dari orang tua.

Tabel di atas menunjukkan bahwa tidak ada satu strategi tunggal yang sempurna; kombinasi dari beberapa strategi yang disesuaikan dengan karakteristik unik setiap keluarga sering kali memberikan hasil yang paling optimal. Sebagai calon promotor kesehatan, tugas Anda adalah menjadi "arsitek perilaku" yang membantu keluarga memilih dan merancang kombinasi strategi yang paling tepat untuk mereka.

F. Rancangan pemberdayaan keluarga

Merancang sebuah program pemberdayaan keluarga yang efektif memerlukan pendekatan yang sistematis dan terstruktur, bukan sekadar serangkaian kegiatan yang terpisah. Berbeda dengan implementasi program yang dibahas pada Bab 12, rancangan ini berfokus pada cetak biru strategis sebelum eksekusi. Sebuah rancangan yang baik harus berpusat pada keluarga (*family-centered*), berbasis bukti, dan dapat diadaptasi sesuai konteks lokal. Proses perancangan ini dapat dianalogikan dengan siklus manajemen program yang terdiri dari beberapa tahapan kunci.

Tahapan pertama dan paling krusial adalah **Asesmen Kebutuhan Partisipatif**. Pada tahap ini, fasilitator tidak datang dengan asumsi, melainkan bekerja bersama keluarga untuk mengidentifikasi masalah, kebutuhan, kekuatan, dan sumber daya yang ada. Metode yang bisa digunakan antara lain:

- **Wawancara mendalam**: Untuk memahami persepsi, keyakinan, dan tantangan yang dihadapi keluarga terkait gizi anak.
- ***Food Frequency Questionnaire (FFQ)* sederhana**: Untuk memetakan pola konsumsi aktual anak.

- **Observasi partisipatif**: Mengamati dinamika saat makan keluarga atau proses penyiapan makanan.
- **Pemetaan sumber daya**: Bersama keluarga, membuat daftar sumber daya yang dimiliki, mulai dari ketersediaan pasar, kebun pekarangan, hingga keterampilan memasak anggota keluarga.

Kegiatan penilaian status gizi dan pengetahuan gizi yang dilakukan sebagai bagian dari aktivasi UKS di sekolah dapat menjadi data awal yang sangat berharga untuk tahap ini (Novianti, 2021).

Tahap kedua adalah **Perumusan Tujuan dan Sasaran Bersama**. Berdasarkan hasil asesmen, fasilitator dan keluarga bersama-sama merumuskan tujuan jangka panjang yang ingin dicapai (misalnya, "Meningkatkan konsumsi sayur dan buah anak setiap hari") dan memecahnya menjadi sasaran-sasaran jangka pendek yang SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*). Contoh sasaran SMART: "Dalam 2 minggu ke depan, anak akan mencoba dan menelan minimal 3 suap sayuran hijau baru (bayam, kangkung, atau sawi) sebanyak 3 kali seminggu saat makan malam."

Tahap ketiga adalah **Pemilihan dan Adaptasi Strategi**. Pada tahap ini, fasilitator memperkenalkan berbagai pilihan strategi seperti yang telah dibahas pada sub-bab sebelumnya. Keluarga didorong untuk memilih strategi mana yang paling mungkin berhasil untuk mereka. Misalnya, keluarga dengan ibu bekerja mungkin lebih memilih strategi modifikasi lingkungan dan penetapan tujuan, sementara keluarga dengan nenek yang tinggal bersama mungkin lebih cocok dengan strategi edukasi partisipatif yang melibatkan nenek sebagai tokoh kunci. Pelibatan kader posyandu sebagai pendamping dalam proses ini juga terbukti efektif,

sebagaimana ditunjukkan dalam program pencegahan stunting (Sukmawati, 2021).

Tahap keempat adalah **Penyusunan Rencana Aksi (Action Plan)**. Ini adalah dokumen sederhana yang merinci "siapa melakukan apa, kapan, dan bagaimana". Rencana ini mengubah strategi yang abstrak menjadi langkah-langkah konkret. Misalnya, jika strategi yang dipilih adalah "memasak bersama", rencana aksinya bisa berupa: "Setiap hari Sabtu sore, Ayah dan anak akan pergi ke pasar untuk membeli bahan. Ibu dan anak akan memasak menu makan malam bersama. Tugas anak adalah mencuci sayuran."

Visualisasi siklus rancangan program pemberdayaan keluarga dapat membantu memberikan gambaran yang lebih jelas mengenai alur proses yang berkelanjutan.



Gambar 13. 1. Siklus Rancangan Program Pemberdayaan Gizi Keluarga

Gambar 13.1 di atas mengilustrasikan bahwa proses pemberdayaan bukanlah proyek satu kali jalan, melainkan sebuah siklus berkelanjutan. Tahap kelima, **Monitoring dan Evaluasi Partisipatif**, menutup satu siklus dan menjadi awal dari siklus berikutnya. Keluarga diajak untuk secara rutin (misalnya setiap minggu) meninjau kemajuan terhadap sasaran yang telah ditetapkan, merayakan keberhasilan sekecil apa pun, dan mendiskusikan hambatan yang muncul untuk kemudian merevisi strategi atau rencana aksi jika diperlukan. Proses evaluasi ini akan dibahas lebih mendalam pada Bab 14. Dengan mengikuti siklus ini, keluarga secara bertahap membangun kapasitas untuk mengelola status gizi mereka secara mandiri.

G. Telaah evidence based dalam pemberdayaan keluarga

Dalam merancang intervensi promosi kesehatan, termasuk pemberdayaan keluarga, seorang profesional harus berlandaskan pada bukti ilmiah (*evidence-based*) untuk memastikan bahwa strategi yang dipilih memiliki kemungkinan keberhasilan tertinggi dan tidak membahayakan. Pendekatan *evidence-based* berarti secara sadar, eksplisit, dan bijaksana menggunakan bukti terbaik yang tersedia saat ini dalam membuat keputusan tentang penanganan individu atau komunitas. Telaah ini akan mengkaji beberapa bukti ilmiah terkait efektivitas berbagai pendekatan pemberdayaan keluarga dalam konteks gizi anak usia sekolah.

Salah satu bukti paling konsisten dalam literatur adalah **efektivitas intervensi multikomponen dibandingkan intervensi tunggal**. Sebuah studi yang membandingkan kelompok yang hanya menerima Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dengan kelompok yang menerima PMT disertai konseling gizi menemukan bahwa kelompok kedua menunjukkan perbaikan status gizi yang lebih signifikan (Masri, 2021). Bukti ini sangat kuat. Implikasinya bagi praktisi adalah bahwa sekadar memberikan bantuan fisik (seperti biskuit atau susu) tanpa memberdayakan keluarga melalui edukasi dan konseling adalah sebuah inefisiensi. Pemberdayaan melalui konseling mengubah perilaku, sementara PMT hanya mengatasi gejala sesaat. Oleh karena itu, program yang dirancang harus mengintegrasikan komponen pengetahuan (edukasi), sikap (konseling), dan dukungan (PMT jika diperlukan).

Bukti lain yang semakin menguat adalah **pentingnya penggunaan media yang menarik dan interaktif untuk**

edukasi anak. Pendekatan ceramah tradisional di depan anak-anak sering kali membosankan dan tidak efektif. Sebaliknya, penelitian menunjukkan bahwa penggunaan media yang dirancang khusus untuk anak, seperti *puzzle*, permainan, dan media bergambar, secara signifikan dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap mereka terhadap gizi. Sebuah studi menunjukkan pengaruh positif edukasi gizi melalui media *puzzle* terhadap pengetahuan dan sikap tentang sayur dan buah pada anak sekolah dasar (Safitri, 2021). Studi lain dalam bentuk *literature review* juga mendukung bahwa edukasi gizi melalui media bergambar dan permainan efektif untuk meningkatkan pengetahuan gizi seimbang pada anak SD (Yuningsih, 2021). Ini memberikan bukti bahwa dalam memberdayakan keluarga, intervensi tidak hanya menyasar orang tua, tetapi juga perlu melibatkan anak secara langsung dengan cara yang menyenangkan dan sesuai dengan tahap perkembangannya.

Selanjutnya, telaah bukti juga menyoroti **tantangan dan peluang dalam implementasi program di lapangan**. Meskipun sebuah model intervensi terbukti efektif dalam lingkungan penelitian yang terkontrol, implementasinya di dunia nyata sering menghadapi berbagai kendala. Sebuah studi tentang kader kesehatan remaja di Kota Bogor, misalnya, mengidentifikasi berbagai tantangan dalam pelaksanaan promosi kesehatan, seperti keterbatasan waktu, sumber daya, dan dukungan (Nasution, 2021). Ini adalah pengingat penting bahwa bukti dari "dunia laboratorium" (studi efikasi) harus selalu diadaptasi dengan mempertimbangkan konteks "dunia nyata" (studi efektivitas dan implementasi). **Implikasinya**, seorang ahli promosi kesehatan harus memiliki keterampilan tidak hanya untuk membaca jurnal penelitian, tetapi juga untuk melakukan asesmen kontekstual yang cermat dan

memodifikasi intervensi berbasis bukti agar sesuai dengan budaya, sumber daya, dan dinamika komunitas lokal.

✎ CONTOH

Bayangkan Anda ditugaskan merancang program pemberdayaan di sebuah desa nelayan di pesisir utara Jawa. Telaah *evidence-based* menyarankan pentingnya konseling gizi (Masri, 2021) dan penggunaan media interaktif (Safitri, 2021). Namun, asesmen kontekstual Anda menemukan bahwa para ibu sibuk mengolah ikan dari pagi hingga sore dan anak-anak lebih banyak menghabiskan waktu dengan nenek mereka. Mengadaptasi bukti, Anda tidak memaksakan sesi konseling pada jam kerja, melainkan:

1. Merancang sesi "ngobrol santai" berkelompok di sore hari saat para ibu beristirahat.
2. Mengembangkan permainan "ular tangga gizi" yang dapat dimainkan oleh nenek bersama cucunya, dengan kotak-kotak yang berisi pesan tentang pentingnya makan ikan dan bahaya jajan sembarangan.
3. Bekerja sama dengan guru ngaji setempat untuk menyisipkan pesan-pesan gizi singkat sebelum atau sesudah mengaji.

Contoh ini menunjukkan bagaimana seorang praktisi yang cerdas menggunakan bukti ilmiah bukan sebagai resep kaku, melainkan sebagai kompas yang arahnya disesuaikan dengan medan nyata di lapangan. Kemampuan untuk menyeimbangkan antara fidelitas terhadap bukti dan fleksibilitas terhadap konteks adalah ciri dari praktisi promosi kesehatan yang kompeten.

Rangkuman

Pemberdayaan keluarga menandai pergeseran paradigmatik dalam promosi gizi anak, dari pendekatan instruksional yang menempatkan keluarga sebagai penerima pasif menjadi pendekatan partisipatif yang menjadikan mereka agen perubahan utama. Konsep ini berinti pada transfer kontrol dan kekuatan kepada keluarga, yang diwujudkan melalui pengembangan tiga domain utama: kognitif (pengetahuan dan kesadaran kritis, seperti memahami dampak iklan), psikologis (kepercayaan diri dan motivasi internal untuk mengubah kebiasaan), dan perilaku (keterampilan praktis seperti memasak menu sehat dan mengelola sumber daya). Dengan demikian, keluarga tidak lagi sekadar objek intervensi yang "menunggu bantuan", melainkan subjek yang mampu mengidentifikasi masalah dan bertindak secara mandiri. Keberhasilan pendekatan ini terlihat pada kemampuannya mengubah keluarga menjadi pemilik program, yang keberlanjutannya tidak bergantung pada intervensi eksternal. Implikasinya, peran ahli gizi bertransformasi menjadi seorang katalisator. Transformasi ini krusial karena keluarga memegang empat peran fundamental yang menentukan perilaku gizi anak: sebagai *gatekeeper* pangan yang mengontrol akses makanan di rumah, sebagai *role model* yang perilakunya ditiru anak, sebagai regulator lingkungan makan yang menetapkan aturan dan rutinitas, serta sebagai pendidik dan negosiator awal tentang makanan. Kegagalan dalam menjalankan peran-peran ini dapat menciptakan lingkungan obesogenik yang meniadakan efektivitas program gizi di sekolah. Oleh karena itu, strategi promosi gizi yang efektif harus berfokus pada penguatan kapasitas keluarga untuk menjalankan peran-peran tersebut secara sadar dan terencana melalui edukasi partisipatif dan pendampingan yang spesifik.

Latihan

a. Essay

1. Bandingkan secara kritis pendekatan "penyuluhan konvensional" dengan "pemberdayaan keluarga" dalam mengatasi masalah anak usia sekolah yang sering jajan makanan tidak sehat di luar rumah. Analisis Anda harus menyoroti perbedaan dalam proses, target perubahan, dan indikator keberhasilan dari kedua pendekatan tersebut berdasarkan konsep yang dijelaskan dalam bab ini.
2. Telaah bagaimana kegagalan keluarga dalam menjalankan perannya sebagai "regulator lingkungan makan", khususnya terkait penggunaan gawai saat makan, dapat secara sistematis meniadakan manfaat dari peningkatan pengetahuan gizi (domain kognitif) yang diperoleh orang tua. Gunakan konsep *mindful eating* dan sinyal kenyang dalam analisis Anda.
3. Evaluasi contoh program penanganan stunting di Wonosobo dari perspektif tiga domain pemberdayaan (kognitif, psikologis, perilaku). Menurut Anda, domain manakah yang paling krusial untuk memastikan keberlanjutan program setelah intervensi formal berakhir, dan mengapa? Berikan argumentasi yang kuat untuk mendukung jawaban Anda.
4. Anda adalah seorang ahli gizi yang ditugaskan di sebuah puskesmas. Anda menemukan bahwa banyak ayah di wilayah kerja Anda menganggap urusan gizi anak adalah "tugas ibu". Rumuskan sebuah kerangka strategi intervensi berbasis pemberdayaan keluarga untuk meningkatkan keterlibatan ayah sebagai *role model* dan *gatekeeper* pangan yang positif bagi anak-anak mereka.

5. Argumentasikan posisi Anda terhadap pernyataan berikut: "Upaya promosi gizi di sekolah akan selalu gagal jika tidak didahului oleh program pemberdayaan keluarga yang komprehensif." Gunakan konsep-konsep seperti keluarga sebagai ekosistem mikro, *gatekeeper* pangan, dan lingkungan obesogenik untuk membangun argumen yang solid dan berlandaskan teori dari bab ini.

b. Pilihan Berganda

1. Pergeseran fundamental dari pendekatan instruksional ke partisipatif dalam promosi gizi keluarga disebut...
   a. Edukasi gizi
   b. Penyuluhan massal
   c. Pemberdayaan keluarga
   d. Pendampingan teknis
2. Inti dari konsep pemberdayaan keluarga dalam promosi gizi adalah...
   a. Transfer paket bantuan makanan dari pemerintah kepada keluarga miskin.
   b. Transfer informasi gizi terbaru dari ahli gizi kepada ibu-ibu.
   c. Transfer kontrol dan kekuatan dari fasilitator kepada keluarga itu sendiri.
   d. Transfer tanggung jawab penuh dari orang tua kepada sekolah.
3. Seorang ibu yang mulai memahami bagaimana iklan makanan cepat saji memengaruhi pilihan jajan anaknya menunjukkan peningkatan dalam domain...
   a. Perilaku
   b. Psikologis
   c. Afektif

d. Kognitif

4. Kemampuan seorang ayah untuk percaya diri terlibat dalam menyiapkan bekal sekolah anak dan menolak rengekan anak untuk jajan sembarangan merupakan contoh penguatan domain...
   a. Kognitif
   b. Psikologis
   c. Perilaku
   d. Lingkungan
5. Dalam konteks pemberdayaan, peran seorang ahli gizi yang paling tepat adalah sebagai...
   a. Pahlawan tunggal yang menyelesaikan semua masalah gizi.
   b. Pemberi instruksi yang harus dipatuhi oleh keluarga.
   c. Katalisator yang memfasilitasi perubahan dari dalam keluarga.
   d. Distributor utama bantuan makanan tambahan (PMT).
6. Peran keluarga dalam menentukan jenis makanan apa yang dibeli, dimasak, dan disajikan di meja makan disebut sebagai...
   a. Role model
   b. Gatekeeper pangan
   c. Regulator lingkungan
   d. Negosiator gizi
7. Seorang ayah yang dengan antusias memakan sayuran di depan anaknya untuk mendorong anak meniru perilakunya sedang menjalankan peran sebagai...
   a. Gatekeeper pangan
   b. Pendidik dan negosiator
   c. Role model

d. Regulator lingkungan makan

8. Aturan "makan bersama di meja makan tanpa gawai" yang diterapkan oleh orang tua merupakan manifestasi dari peran keluarga sebagai...
   a. Pendidik dan negosiator
   b. Regulator lingkungan makan
   c. Role model
   d. Gatekeeper pangan
9. Menurut cuplikan bab, kegagalan orang tua mengontrol penggunaan gawai saat makan dapat menyebabkan anak...
   a. Menjadi lebih pemilih terhadap makanan.
   b. Kurang peka terhadap sinyal kenyang dari tubuhnya.
   c. Lebih menyukai makanan yang dimasak di rumah.
   d. Mengalami kekurangan gizi mikro secara drastis.
10. Lingkungan yang diciptakan oleh keluarga yang gagal menjalankan peran-peran gizinya secara optimal, sehingga mendorong terjadinya kelebihan berat badan atau kekurangan gizi, disebut lingkungan...
    a. Partisipatif
    b. Kondusif
    c. Obesogenik
    d. Edukatif

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Anda adalah seorang konsultan gizi yang melakukan kunjungan rumah ke keluarga Bapak Rian dan Ibu Sinta. Mereka memiliki seorang anak laki-laki usia 9 tahun yang mengalami kelebihan berat badan. Ibu Sinta menunjukkan pengetahuan gizi yang baik (domain kognitif); ia bisa menjelaskan "Isi Piringku" dengan lancar. Namun, ia mengaku sering kalah saat bernegosiasi dengan anak yang merengek minta dibelikan minuman manis dan makanan ringan kemasan sepulang sekolah. Ia juga merasa tidak punya waktu untuk memasak setiap hari karena kesibukannya. Rumuskan sebuah rencana pendampingan gizi spesifik untuk keluarga ini. Rencana Anda harus menyasar penguatan domain psikologis dan perilaku, bukan hanya mengulang informasi kognitif. Jelaskan minimal tiga strategi praktis yang akan Anda usulkan kepada keluarga tersebut.
2. Kepala sekolah SDN Ceria mengeluhkan bahwa program "Jumat Sehat" di sekolahnya kurang berhasil. Meskipun sekolah menyediakan buah potong gratis setiap hari Jumat, banyak anak yang tidak memakannya dan tetap membawa bekal makanan olahan dari rumah (sosis, nuget, mi instan). Beberapa orang tua bahkan protes karena menganggap program tersebut "memaksa" dan tidak praktis. Sebagai mahasiswa Sarjana Terapan Gizi yang sedang magang, Anda diminta memberikan masukan. Telaah situasi tersebut menggunakan konsep pemberdayaan keluarga. Rancang sebuah proposal program baru yang mengubah pendekatan dari intervensi berbasis sekolah semata menjadi program yang

memberdayakan keluarga. Jelaskan bagaimana program Anda akan mengintegrasikan peran keluarga sebagai *gatekeeper*, *role model*, dan pendidik untuk mendukung keberhasilan "Jumat Sehat".

BAB 14
EVALUASI PROMOSI KESEHATAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menentukan jenis dan tujuan evaluasi yang relevan untuk program promosi kesehatan gizi anak sekolah berdasarkan analisis studi kasus.
2. Menerapkan langkah-langkah sistematis dalam perencanaan dan pelaksanaan evaluasi, mulai dari penyusunan instrumen hingga pengumpulan data pada konteks sekolah.
3. Memilih rancangan evaluasi (misalnya, pre-post test, quasi-experimental) yang paling tepat untuk mengukur efektivitas intervensi gizi di sekolah dengan mempertimbangkan sumber daya yang tersedia.
4. Mendemonstrasikan cara menganalisis data evaluasi sederhana, seperti perubahan skor pengetahuan atau perilaku, untuk menarik kesimpulan awal tentang capaian program.
5. Menggunakan temuan evaluasi untuk menyusun rekomendasi konkret yang dapat diimplementasikan guna meningkatkan siklus program promosi kesehatan gizi selanjutnya.

B. Pendahuluan

Bayangkan sebuah skenario: selama satu tahun ajaran penuh, Anda dan tim dari puskesmas telah mengimplementasikan program "Pahlawan Gizi Cilik" di sebuah sekolah dasar di Kabupaten Bantul. Program ini dirancang dengan cermat, melibatkan permainan edukatif, demo masak bekal sehat, dan kompetisi poster antarkelas. Anggaran tersedia, para guru mendukung, dan anak-anak tampak antusias. Di akhir tahun, kepala sekolah memuji inisiatif Anda dan semua orang merasa program tersebut "sukses". Namun, ketika Dinas Kesehatan bertanya, "Seberapa sukses? Apa buktinya?", keheningan melanda. Apakah pengetahuan siswa tentang gizi seimbang benar-benar meningkat? Apakah kebiasaan membawa bekal dari rumah berubah? Apakah ada penurunan prevalensi anemia di antara siswi kelas 5 dan 6? Tanpa jawaban berbasis data atas pertanyaan-pertanyaan ini, "kesuksesan" program hanyalah sebuah asumsi. Inilah jurang pemisah antara aktivitas yang sibuk dan dampak yang terukur, sebuah jurang yang hanya dapat dijembatani oleh evaluasi yang sistematis. Bagi seorang ahli promosi kesehatan, kemampuan melakukan evaluasi adalah penanda profesionalisme, yang membedakan praktisi berbasis bukti dari sekadar aktivis dengan niat baik.

Evaluasi seringkali dianggap sebagai tahap akhir yang menakutkan, sebuah pengadilan yang akan menghakimi keberhasilan atau kegagalan program. Bab ini akan mengubah perspektif tersebut. Evaluasi bukanlah akhir, melainkan mesin penggerak untuk perbaikan berkelanjutan. Mari kita lihat konsep evaluasi formatif melalui sebuah studi kasus. **Konsep:** Evaluasi formatif adalah penilaian yang dilakukan selama program berlangsung untuk memberikan umpan balik dan penyesuaian. **Contoh:** Sebuah tim promotor kesehatan di

Kota Surabaya meluncurkan program "Jajanan Sehat Kantin Sekolah". Setelah dua bulan berjalan, mereka melakukan evaluasi formatif melalui observasi dan wawancara singkat dengan siswa. Ditemukan bahwa meskipun poster jajanan sehat sudah dipasang, siswa tetap memilih membeli jajanan tidak sehat karena harganya lebih murah dan lokasinya lebih dekat dengan pintu keluar. **Implikasi:** Berbekal data ini, tim tidak menunggu program selesai. Mereka segera bernegosiasi dengan pengelola kantin untuk membuat "paket hemat" jajanan sehat dan memindahkan lokasi penjualannya ke area yang lebih strategis. Tindakan korektif di tengah jalan ini, yang dimungkinkan oleh evaluasi formatif, secara dramatis meningkatkan peluang tercapainya tujuan program di akhir periode. Kemampuan untuk melakukan intervensi cerdas seperti inilah yang akan kita asah dalam bab ini.

Untuk membekali Anda dengan kompetensi tersebut, bab ini akan memandu Anda secara sistematis dalam merancang dan mengimplementasikan evaluasi program promosi kesehatan gizi. Kita akan memulai dengan membedah **konsep dasar dan tujuan fundamental dari evaluasi**, memastikan Anda memahami 'mengapa' di balik setiap 'apa' dan 'bagaimana'. Selanjutnya, kita akan mengupas **tahap-tahap evaluasi** secara praktis, dari perencanaan hingga pelaporan. Anda juga akan belajar **memilih bentuk rancangan evaluasi** yang paling logis dan dapat dilaksanakan, apakah itu desain pre-post sederhana atau pendekatan kuasi-eksperimental yang lebih robas. Puncaknya, dan yang terpenting, bab ini akan berfokus pada cara **menggunakan hasil evaluasi** secara konstruktif, mengubah data dan temuan menjadi rekomendasi yang dapat ditindaklanjuti untuk menyempurnakan program di siklus berikutnya.

C. Konsep evaluasi promkes gizi

Evaluasi, dalam konteks promosi kesehatan (promkes), seringkali disalahartikan sebagai sebuah audit atau penghakiman akhir yang menentukan "sukses" atau "gagal". Perspektif ini tidak hanya keliru tetapi juga kontraproduktif. Sebagaimana telah kita pelajari dalam Bab 10 tentang perencanaan dan Bab 12 tentang implementasi, promosi kesehatan adalah sebuah siklus. Evaluasi bukanlah titik akhir dari siklus tersebut, melainkan sebuah komponen integral yang memberikan data dan wawasan untuk memulai siklus berikutnya dengan lebih baik. Evaluasi promkes gizi adalah proses sistematis untuk mengumpulkan, menganalisis, dan menginterpretasikan informasi guna menilai sejauh mana suatu program telah mencapai tujuannya, bagaimana program tersebut dijalankan, dan apa dampaknya terhadap sasaran. Ini adalah aktivitas investigatif yang bertujuan untuk meningkatkan efektivitas program, bukan sekadar membenarkan keberadaannya.

Secara konseptual, evaluasi dapat dibedakan menjadi dua jenis utama berdasarkan waktu pelaksanaannya: evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Memahami perbedaan keduanya adalah kunci untuk menerapkan evaluasi secara strategis.

1. **Evaluasi Formatif:** Dilakukan *selama* program berlangsung. Tujuannya adalah untuk memonitor jalannya program, mengidentifikasi kendala, dan memberikan umpan balik secara *real-time* untuk perbaikan segera. Evaluasi ini bersifat diagnostik dan berorientasi pada proses. Ia menjawab pertanyaan seperti, "Apakah kegiatan berjalan sesuai rencana?", "Apakah sasaran memahami materi yang

disampaikan?", "Apa saja hambatan yang dihadapi oleh fasilitator di lapangan?".

2. **Evaluasi Sumatif:** Dilakukan *setelah* program selesai. Tujuannya adalah untuk menilai hasil akhir atau efektivitas program secara keseluruhan. Evaluasi ini berorientasi pada hasil (*outcome*) dan dampak (*impact*). Ia menjawab pertanyaan seperti, "Apakah terjadi peningkatan pengetahuan gizi pada siswa?", "Apakah perilaku sarapan siswa membaik?", "Apakah prevalensi anemia menurun setelah intervensi?".

✎ CONTOH

Sebuah Puskesmas di Kabupaten Jember meluncurkan program "Kantin Sehat Sekolahku" yang bertujuan mengubah pilihan jajanan anak usia sekolah.

Evaluasi Formatif: *Setelah bulan pertama, tim promkes melakukan observasi di kantin dan wawancara singkat dengan beberapa siswa. Mereka menemukan bahwa poster gizi seimbang yang dipasang tidak terlalu diperhatikan, dan jajanan sehat yang disediakan kurang menarik secara visual dibandingkan jajanan kemasan. Berdasarkan temuan ini, tim segera memodifikasi strategi dengan mengadakan lomba menghias "tumpeng mini buah" dan mengganti poster statis dengan video pendek yang diputar di TV kantin. Ini adalah aplikasi evaluasi formatif untuk penyesuaian program.*

Evaluasi Sumatif: *Di akhir tahun ajaran, tim membandingkan data penjualan jajanan sehat sebelum dan sesudah program. Mereka juga melakukan survei untuk mengukur perubahan pengetahuan dan preferensi jajanan siswa (Nasriyah, 2021). Hasilnya menunjukkan peningkatan penjualan buah potong sebesar 40% dan peningkatan skor pengetahuan siswa tentang jajanan sehat sebesar 25%. Data ini digunakan untuk melaporkan keberhasilan program kepada Dinas Kesehatan dan kepala sekolah.*

Dengan demikian, evaluasi bukanlah aktivitas yang ditakuti, melainkan kompas yang memandu arah program. Tanpa evaluasi formatif, program berisiko berjalan di jalur yang salah hingga akhir. Tanpa evaluasi sumatif, kita tidak akan pernah tahu apakah perjalanan tersebut benar-benar membawa kita ke tujuan yang diharapkan. Penilaian status gizi dan pengetahuan gizi pada anak usia sekolah merupakan salah satu bentuk dasar dari evaluasi sumatif yang dapat mengukur keberhasilan aktivasi kegiatan UKS (Novianti, 2021). Kemampuan menerapkan kedua jenis evaluasi ini secara tepat akan membedakan seorang praktisi promosi kesehatan yang profesional dan berbasis bukti.

D. Tujuan evaluasi program

Setelah memahami konsep dasar evaluasi, langkah selanjutnya adalah merumuskan tujuan evaluasi secara spesifik. Menetapkan tujuan yang jelas di awal akan menentukan fokus, metode, dan instrumen yang akan digunakan. Tujuan evaluasi bukanlah sekadar "untuk mengetahui apakah program berhasil," melainkan harus dipecah menjadi pertanyaan-pertanyaan yang lebih terukur dan dapat dijawab. Secara umum, tujuan evaluasi program promosi kesehatan gizi di sekolah dapat diklasifikasikan ke dalam empat kategori utama: penilaian proses, penilaian hasil (*outcome*), penilaian dampak (*impact*), dan akuntabilitas.

1. **Menilai Proses (Process Evaluation):** Tujuan ini berfokus pada bagaimana program diimplementasikan. Apakah program dijalankan sesuai dengan rancangan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Bab 10)? Evaluasi proses menjawab pertanyaan-pertanyaan seperti:

- Seberapa banyak sesi penyuluhan yang berhasil dilaksanakan dari yang direncanakan?

- Apakah media promosi (misalnya, poster, video) didistribusikan dan digunakan sesuai target?
- Bagaimana tingkat partisipasi siswa, guru, dan orang tua dalam setiap kegiatan?
- Apa saja kendala yang dihadapi fasilitator saat pelaksanaan edukasi jajanan sehat? (Syarifuddin, 2022).

2. **Mengukur Hasil (Outcome Evaluation):** Tujuan ini berfokus pada perubahan jangka pendek hingga menengah yang terjadi pada populasi sasaran sebagai akibat langsung dari program. Hasil ini biasanya berkaitan dengan perubahan pada aspek K-A-P (Knowledge, Attitude, Practice).
    - Apakah terjadi peningkatan skor pengetahuan siswa tentang Pedoman Gizi Seimbang?
    - Apakah ada perubahan positif pada sikap siswa terhadap konsumsi sayur dan buah?
    - Apakah frekuensi siswa membawa bekal sehat dari rumah meningkat?
    - Apakah keterampilan ibu dalam menyiapkan bekal sehat meningkat setelah mengikuti sesi konseling gizi? (Masri, 2021).
3. **Mengukur Dampak (Impact Evaluation):** Tujuan ini mengukur perubahan jangka panjang dan lebih fundamental, sering kali pada tingkat status kesehatan atau status gizi. Mengukur dampak lebih kompleks dan membutuhkan waktu lebih lama dibandingkan mengukur hasil.
    - Apakah terjadi penurunan prevalensi anemia pada remaja putri di sekolah intervensi? (Khobibah, 2021).

- Apakah terjadi perbaikan Indeks Massa Tubuh (IMT) pada siswa yang sebelumnya teridentifikasi overweight atau obese?
- Apakah angka absensi siswa karena sakit (misalnya, diare) menurun setelah program cuci tangan pakai sabun dan gizi digalakkan? (Anggraini, 2022).

4. **Memenuhi Akuntabilitas (Accountability):** Tujuan ini berkaitan dengan pertanggungjawaban kepada para pemangku kepentingan (*stakeholders*), seperti donatur, pemerintah (Dinas Kesehatan/Pendidikan), kepala sekolah, dan masyarakat. Evaluasi menyediakan bukti konkret untuk menunjukkan bahwa sumber daya (waktu, tenaga, dana) telah digunakan secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan yang telah disepakati. Laporan evaluasi yang solid dapat menjadi justifikasi untuk melanjutkan, mereplikasi, atau memperluas program di lokasi lain.

✎ CONTOH

Sebuah program intervensi gizi di SMP Negeri 1 Cirebon bertujuan untuk meningkatkan konsumsi tablet tambah darah (TTD) di kalangan siswi untuk mencegah anemia. Tujuan evaluasinya dirumuskan sebagai berikut:

Tujuan Proses: *Memastikan 90% siswi sasaran menerima TTD setiap minggu dan 85% mengikuti sesi edukasi anemia.*

Tujuan Hasil: *Meningkatkan pengetahuan siswi tentang manfaat TTD sebesar 30% dan mengurangi laporan efek samping sebagai alasan tidak minum TTD sebesar 50%.*

Tujuan Dampak: *Menurunkan prevalensi anemia dari 25% menjadi 15% dalam satu tahun ajaran.*

Tujuan Akuntabilitas: *Menyajikan laporan kemajuan dan hasil akhir kepada Dinas Kesehatan Kota Cirebon sebagai bukti efektivitas program untuk penganggaran tahun berikutnya.*

Dengan merumuskan tujuan secara hierarkis seperti ini, seorang promotor kesehatan dapat merancang evaluasi yang komprehensif, dari sekadar memantau pelaksanaan hingga membuktikan dampak nyata pada kesehatan anak usia sekolah.

E. Tahap-tahap evaluasi

Melaksanakan evaluasi yang baik bukanlah pekerjaan sekali jadi, melainkan sebuah proses yang terstruktur dan sistematis. Sama seperti merencanakan program promosi kesehatan itu sendiri (Bab 10), evaluasi juga memerlukan perencanaan yang matang agar hasilnya valid, reliabel, dan bermanfaat. Mengabaikan salah satu tahapan dapat menyebabkan data yang terkumpul menjadi tidak akurat, analisis yang keliru, dan kesimpulan yang menyesatkan. Secara umum, proses evaluasi dapat diuraikan menjadi lima tahap utama yang saling berkaitan, mulai dari perencanaan hingga pemanfaatan hasil.

Tahap 1: Perencanaan Evaluasi. Ini adalah fondasi dari seluruh proses. Pada tahap ini, evaluator harus bekerja sama dengan perencana program untuk:

- Menetapkan Tujuan Evaluasi: Mengacu pada pembahasan sub-bab sebelumnya, tentukan secara spesifik apa yang ingin diketahui dari evaluasi ini (proses, hasil, atau dampak).
- Menentukan Pertanyaan Evaluasi: Terjemahkan tujuan menjadi pertanyaan-pertanyaan konkret. Contoh: "Apakah metode peer teaching lebih efektif meningkatkan pengetahuan gizi dibandingkan metode ceramah biasa?"
- Menetapkan Indikator Keberhasilan: Indikator adalah ukuran kuantitatif atau kualitatif yang digunakan

untuk menjawab pertanyaan evaluasi. Contoh: Indikator untuk pengetahuan adalah "persentase jawaban benar pada kuesioner pre-post test". Indikator perilaku adalah "jumlah siswa yang membawa bekal berisi sayur berdasarkan observasi".

- Memilih Desain Evaluasi: Tentukan rancangan atau desain yang akan digunakan, yang akan dibahas lebih detail pada sub-bab berikutnya.

Tahap 2: Pengembangan Instrumen. Berdasarkan indikator yang telah ditetapkan, tahap selanjutnya adalah mengembangkan atau mengadaptasi alat pengumpul data. Instrumen harus valid (mengukur apa yang seharusnya diukur) dan reliabel (konsisten jika digunakan berulang kali). Bentuk instrumen dapat berupa:

- Kuesioner: Untuk mengukur pengetahuan, sikap, atau perilaku yang dilaporkan sendiri (self-reported behavior).
- Lembar Observasi: Untuk mengamati secara langsung perilaku sasaran (misalnya, pilihan jajanan di kantin, kebiasaan mencuci tangan).
- Panduan Wawancara Mendalam atau Focus Group Discussion (FGD): Untuk menggali informasi kualitatif yang lebih dalam tentang persepsi, motivasi, dan kendala.
- Alat Antropometri: Timbangan dan microtoise untuk mengukur perubahan status gizi sebagai bagian dari evaluasi dampak (Muchtar, 2022).

Tahap 3: Pengumpulan Data. Tahap ini adalah pelaksanaan pengambilan data di lapangan menggunakan instrumen yang telah disiapkan. Hal krusial pada tahap ini adalah memastikan kualitas data. Ini melibatkan pelatihan bagi pengumpul data (enumerator), uji coba (*piloting*)

instrumen, dan supervisi selama proses pengumpulan data untuk meminimalkan bias dan kesalahan.

Tahap 4: Analisis dan Interpretasi Data. Setelah data terkumpul, data tersebut perlu diolah dan dianalisis untuk menjawab pertanyaan evaluasi.

- Analisis Kuantitatif: Melibatkan statistik deskriptif (mean, median, frekuensi) dan inferensial (misalnya, uji-t untuk membandingkan skor pre-test dan post-test, chi-square untuk melihat hubungan antar variabel). Analisis ini dapat menunjukkan sejauh mana perubahan terjadi.
- Analisis Kualitatif: Melibatkan transkripsi wawancara/FGD, pengkodean, dan analisis tematik untuk mengidentifikasi pola, tema, dan wawasan mendalam dari data naratif. Analisis ini membantu menjelaskan 'mengapa' di balik angka-angka.

Tahap 5: Pelaporan dan Diseminasi. Tahap terakhir adalah menyusun laporan evaluasi yang jelas, ringkas, dan mudah dipahami. Laporan harus mencakup temuan utama, kesimpulan, dan yang terpenting, rekomendasi yang dapat ditindaklanjuti. Hasil evaluasi kemudian perlu disebarluaskan (diseminasi) kepada para pemangku kepentingan yang relevan, seperti tim program, manajemen sekolah, dinas terkait, dan bahkan orang tua siswa (Munawaroh, 2022), agar dapat dimanfaatkan untuk pengambilan keputusan.

Untuk memperjelas hubungan antar tahapan, perhatikan tabel berikut yang mengilustrasikan perencanaan evaluasi untuk program "Edukasi Gizi Seimbang pada Anak Sekolah Dasar".

Tabel 14. 1. Contoh Kerangka Perencanaan Evaluasi Program Edukasi Gizi Seimbang

Pertanyaan Evaluasi	Indikator Keberhasilan	Sumber Data	Instrumen	Waktu Pengumpulan
Apakah pengetahuan siswa tentang 'Isi Piringku' meningkat setelah intervensi?	Peningkatan rata-rata skor pengetahuan sebesar 25%	Siswa kelas 4 & 5	Kuesioner Pre-Post Test	Awal dan akhir semester
Apakah kebiasaan sarapan siswa membaik?	Peningkatan persentase siswa yang sarapan setiap hari dari 60% menjadi 80%	Siswa kelas 4 & 5	Kuesioner Perilaku	Awal dan akhir semester
Apakah penyampaian materi oleh fasilitator (kader UKS) sudah efektif?	Rata-rata skor kepuasan >4.0 (skala 5) dari siswa	Siswa kelas 4 & 5	Lembar Evaluasi Fasilitator	Setelah setiap sesi
Apa saja jenis jajanan yang paling sering dikonsumsi siswa saat jam istirahat?	Frekuensi dan jenis jajanan yang dibeli	Kantin sekolah, siswa	Lembar Observasi Kantin	1 minggu sebelum & 3 bulan sesudah program
Bagaimana persepsi guru terhadap keberlanjutan program?	Tema-tema kunci terkait dukungan, hambatan, dan saran	Guru Kelas & Kepala Sekolah	Panduan Wawancara Mendalam	Akhir semester

Tabel di atas menunjukkan bagaimana pertanyaan evaluasi yang spesifik diterjemahkan menjadi indikator yang terukur, serta bagaimana metode dan instrumen yang tepat dipilih untuk mengumpulkan data yang relevan. Dengan mengikuti

tahapan ini secara sistematis, evaluasi akan menghasilkan bukti yang kuat dan berguna.

F. Bentuk rancangan evaluasi

Memilih rancangan atau desain evaluasi yang tepat adalah salah satu keputusan paling krusial dalam tahap perencanaan. Rancangan evaluasi berfungsi sebagai cetak biru yang memandu bagaimana data akan dikumpulkan dan dianalisis untuk membuat kesimpulan yang valid tentang efektivitas program. Pilihan rancangan sangat bergantung pada tujuan evaluasi, pertanyaan yang ingin dijawab, sumber daya yang tersedia (waktu, dana, staf), dan konteks etis di lapangan. Dalam promosi kesehatan gizi di sekolah, kita jarang bisa melakukan eksperimen murni (RCT - *Randomized Controlled Trial*) yang menjadi standar emas, karena seringkali tidak memungkinkan untuk mengacak siswa atau kelas secara acak. Oleh karena itu, rancangan yang paling umum digunakan adalah rancangan non-eksperimental dan kuasi-eksperimental.

1. **Rancangan Non-Eksperimental** Rancangan ini tidak melibatkan kelompok kontrol atau pembanding. Mereka lebih sederhana untuk diimplementasikan tetapi memiliki kelemahan dalam membuktikan bahwa perubahan yang terjadi disebabkan oleh program (kausalitas).
    - *One-Shot Case Study* (Studi Kasus Sekali Tembak): Pengukuran hanya dilakukan satu kali setelah program selesai (Post-test Only). Misalnya, setelah setahun program "Sarapan Sehat", siswa diberi kuesioner pengetahuan gizi. Kelemahannya, kita tidak tahu berapa skor pengetahuan mereka sebelumnya, sehingga tidak bisa mengklaim adanya peningkatan.

- *One-Group Pre-test Post-test Design* (Satu Kelompok Pre-test Post-test): Ini adalah rancangan yang sangat umum. Pengukuran dilakukan sebelum (pre-test) dan sesudah (post-test) program pada kelompok yang sama. Perbedaan antara skor post-test dan pre-test dianggap sebagai efek program. Misalnya, pengetahuan siswa tentang anemia diukur sebelum dan sesudah program penyuluhan (Fitria, 2021). Kelemahannya, perubahan bisa saja disebabkan oleh faktor lain di luar program (misalnya, siswa belajar dari internet, ada kampanye gizi di TV).

2. **Rancangan Kuasi-Eksperimental** Rancangan ini mencoba mengatasi kelemahan rancangan non-eksperimental dengan menambahkan kelompok pembanding (kontrol), meskipun penempatan subjek ke dalam kelompok intervensi dan kontrol tidak dilakukan secara acak.
    - ***Non-equivalent Control Group Design* (Kelompok Kontrol Tidak Setara):** Ini adalah rancangan kuasi-eksperimental yang paling populer. Dua kelompok (atau lebih), misalnya dua sekolah yang mirip, dipilih. Satu sekolah menerima program promosi gizi (kelompok intervensi), sementara sekolah lainnya tidak (kelompok kontrol). Pengukuran pre-test dan post-test dilakukan pada kedua sekolah. Efek program dinilai dengan membandingkan perubahan skor (post-test dikurangi pre-test) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.



Gambar 14. 1. Ilustrasi Rancangan Evaluasi Kuasi-Eksperimental dengan Kelompok Kontrol Tidak Setara.

Gambar di atas menunjukkan bagaimana dengan membandingkan perubahan di SDN Maju Jaya (intervensi) dengan perubahan di SDN Harapan Bangsa (kontrol), kita dapat lebih yakin bahwa peningkatan yang signifikan pada kelompok intervensi memang disebabkan oleh program "Pahlawan Gizi", bukan karena faktor lain yang juga mempengaruhi kedua sekolah.

> **DEFINISI**
> **Validitas Internal** adalah sejauh mana dapat disimpulkan bahwa hubungan sebab-akibat yang diamati dalam sebuah studi (misalnya, antara program promosi kesehatan dan peningkatan pengetahuan) benar-benar nyata dan tidak disebabkan oleh faktor-faktor lain yang tidak terkontrol. Rancangan kuasi-eksperimental memiliki validitas internal yang lebih tinggi daripada rancangan non-eksperimental.

Pemilihan rancangan harus menjadi keputusan yang pragmatis. Jika sumber daya sangat terbatas, rancangan *one-group pre-test post-test* mungkin sudah cukup untuk memberikan indikasi awal efektivitas. Namun, untuk membuat klaim yang lebih kuat dan meyakinkan bagi

pembuat kebijakan atau donatur, berinvestasi dalam rancangan kuasi-eksperimental dengan kelompok kontrol sangat dianjurkan. Rancangan ini memungkinkan kita untuk mengisolasi efek program dengan lebih baik, seperti dalam studi yang membandingkan efektivitas pemberian makanan tambahan dengan dan tanpa konseling gizi (Masri, 2021).

G. Penggunaan hasil evaluasi untuk perbaikan program

Tahap akhir dari siklus evaluasi adalah yang paling menentukan: bagaimana kita menggunakan data dan temuan yang telah dikumpulkan dengan susah payah untuk membuat perbedaan nyata? Hasil evaluasi yang hanya berakhir di laci meja atau menjadi tumpukan laporan adalah sebuah pemborosan sumber daya. Nilai sesungguhnya dari evaluasi terletak pada kemampuannya untuk memicu pembelajaran, pengambilan keputusan berbasis bukti, dan perbaikan berkelanjutan (*continuous quality improvement*). Penggunaan hasil evaluasi secara efektif mengubahnya dari sekadar "laporan pertanggungjawaban" menjadi "peta jalan untuk masa depan".

Penggunaan hasil evaluasi dapat diarahkan pada tiga tujuan utama: perbaikan program yang sedang berjalan (umpan balik formatif), penyempurnaan desain program untuk siklus berikutnya (perencanaan strategis), dan advokasi atau diseminasi pengetahuan (berbagi pembelajaran).

1. **Perbaikan Program Berjalan (Umpan Balik Formatif)** Sebagaimana dibahas dalam konsep evaluasi formatif, temuan yang diperoleh selama program berlangsung harus segera digunakan untuk melakukan penyesuaian.

- **Contoh Konkret:** Sebuah program edukasi gizi menggunakan media komik di sebuah SD di Makassar. Evaluasi formatif melalui FGD dengan siswa menemukan bahwa karakter dalam komik dianggap "kuno" dan tidak menarik. Tim promkes tidak menunggu program selesai. Mereka segera bekerja sama dengan mahasiswa desain lokal untuk merancang ulang karakter komik menjadi lebih modern dan relevan dengan budaya pop anak-anak. Tindakan korektif ini secara signifikan meningkatkan minat baca dan efektivitas media edukasi di sisa periode program.

2. **Penyempurnaan Desain Program Berikutnya (Perencanaan Strategis)** Hasil dari evaluasi sumatif memberikan wawasan yang sangat berharga untuk merancang program yang lebih baik di masa depan. Temuan evaluasi membantu menjawab pertanyaan-pertanyaan strategis:
   - Apa yang berhasil? Komponen program mana yang paling efektif dan harus dipertahankan atau diperkuat? Misalnya, evaluasi menunjukkan bahwa sesi demo masak bersama orang tua (Munawaroh, 2022) memiliki dampak paling signifikan pada perubahan bekal anak. Maka, pada siklus berikutnya, komponen ini dapat diberi porsi lebih besar.
   - Apa yang tidak berhasil? Komponen mana yang tidak memberikan hasil seperti yang diharapkan dan perlu dimodifikasi atau bahkan dihilangkan? Misalnya, jika penyuluhan gaya ceramah terbukti tidak meningkatkan pengetahuan (Fitria, 2021), maka pada program selanjutnya metode ini harus diganti dengan yang lebih interaktif seperti

permainan atau simulasi (seperti dibahas di Bab 8).

- Siapa yang paling diuntungkan? Apakah program lebih efektif untuk siswa kelas bawah atau kelas atas? Laki-laki atau perempuan? Jawaban atas pertanyaan ini membantu dalam segmentasi sasaran yang lebih tajam di masa depan.
- Mengapa berhasil/tidak berhasil? Data kualitatif dari wawancara dan FGD dapat memberikan penjelasan di balik angka. Mungkin sebuah metode berhasil bukan karena metodenya sendiri, tetapi karena disampaikan oleh guru yang sangat karismatik. Wawasan ini penting untuk replikasi.

> ⚠ **PERHATIAN**
> Salah satu kesalahan umum adalah hanya fokus pada "apa yang salah". Sama pentingnya untuk mengidentifikasi "apa yang benar" dan memahami mengapa itu berhasil. Keberhasilan yang tidak dipahami seringkali sulit untuk direplikasi.

3. **Advokasi dan Diseminasi Pengetahuan** Hasil evaluasi yang solid adalah alat advokasi yang kuat. Laporan yang menunjukkan dampak positif program—misalnya, penurunan angka stunting atau perbaikan status gizi (Novianti, 2021)—dapat digunakan untuk:
    - Meyakinkan Pembuat Kebijakan: Menyajikan bukti kepada Dinas Pendidikan atau Dinas Kesehatan untuk mengadopsi program tersebut sebagai kebijakan standar di seluruh kabupaten/kota.

- Mendapatkan Pendanaan: Laporan evaluasi yang profesional dan berbasis data meningkatkan kredibilitas organisasi di mata donatur dan lembaga pemberi dana.
- Berbagi Pembelajaran: Mempublikasikan hasil evaluasi dalam jurnal ilmiah, seminar, atau lokakarya berkontribusi pada basis pengetahuan kolektif di bidang promosi kesehatan. Ini membantu praktisi lain di tempat berbeda untuk tidak mengulangi kesalahan yang sama dan belajar dari keberhasilan yang ada, seperti pembelajaran dari tantangan yang dihadapi kader kesehatan remaja di Bogor (Nasution, 2021).

Pada akhirnya, penggunaan hasil evaluasi adalah tentang menciptakan sebuah lingkaran pembelajaran (*learning loop*). Temuan dari evaluasi program saat ini menjadi masukan kritis untuk perencanaan program berikutnya, memastikan bahwa setiap intervensi yang kita lakukan menjadi lebih cerdas, lebih efisien, dan lebih berdampak dari sebelumnya.

Rangkuman

Evaluasi dalam promosi kesehatan gizi anak sekolah bukanlah sebuah penghakiman akhir, melainkan komponen investigatif yang integral dalam siklus program. Perspektif ini menggeser evaluasi dari audit "sukses-gagal" menjadi kompas strategis untuk perbaikan berkelanjutan. Secara konseptual, evaluasi terbagi menjadi dua jenis utama berdasarkan waktu pelaksanaan. Evaluasi formatif, yang dilakukan selama program berlangsung, berfungsi sebagai sistem diagnosis dini yang berorientasi pada proses. Tujuannya adalah memberikan umpan balik *real-time* untuk mengidentifikasi kendala dan melakukan penyesuaian, memastikan program berjalan di jalur yang benar. Sebaliknya, evaluasi sumatif dilaksanakan setelah program selesai untuk mengukur efektivitas keseluruhan, dengan fokus pada hasil (*outcome*) dan dampak (*impact*). Keduanya saling melengkapi; tanpa evaluasi formatif, program berisiko gagal mencapai potensi maksimalnya, dan tanpa evaluasi sumatif, efektivitas dan dampak nyata program tidak akan pernah terbukti. Lebih lanjut, perumusan tujuan evaluasi yang spesifik sangat krusial dan dapat diklasifikasikan ke dalam empat kategori hierarkis: (1) penilaian proses untuk memantau kesesuaian implementasi dengan rencana; (2) penilaian hasil untuk mengukur perubahan jangka pendek pada pengetahuan, sikap, dan praktik (K-A-P) sasaran; (3) penilaian dampak untuk mengukur perubahan jangka panjang pada status gizi atau kesehatan; dan (4) pemenuhan akuntabilitas untuk menyediakan bukti pertanggungjawaban kepada pemangku kepentingan. Kemampuan seorang praktisi promosi kesehatan untuk merancang dan menerapkan keempat tujuan ini secara komprehensif, dengan memadukan pendekatan formatif dan sumatif, merupakan penanda profesionalisme dan praktik berbasis bukti.

Latihan

a. Essay

1. Bandingkan secara kritis peran evaluasi formatif dan evaluasi sumatif dalam konteks program "Kantin Sehat Sekolahku" yang disebutkan dalam bab ini. Analisislah mengapa pelaksanaan salah satu jenis evaluasi saja (misalnya, hanya sumatif) akan menghasilkan pemahaman yang tidak lengkap tentang keberhasilan atau kegagalan program tersebut.
2. Sebuah program intervensi gizi di sekolah hanya berfokus pada tujuan evaluasi proses, seperti menghitung jumlah penyuluhan yang terlaksana dan jumlah poster yang terpasang. Evaluasi secara kritis keterbatasan pendekatan ini. Argumentasikan mengapa kegagalan untuk menetapkan dan mengukur tujuan hasil (*outcome*) dan dampak (*impact*) dapat membahayakan keberlanjutan program.
3. Anda ditugaskan untuk merancang program baru bernama "Sarapan Juara" yang bertujuan meningkatkan kebiasaan sarapan sehat pada siswa kelas 4-6 SD. Rumuskan satu set tujuan evaluasi yang komprehensif untuk program ini, mencakup satu tujuan spesifik untuk masing-masing kategori: proses, hasil (*outcome*), dampak (*impact*), dan akuntabilitas.
4. Telaah hubungan antara evaluasi hasil (*outcome*) dan evaluasi dampak (*impact*). Jelaskan mengapa mengukur dampak (misalnya, penurunan prevalensi anemia) secara metodologis lebih sulit dan membutuhkan waktu lebih lama dibandingkan mengukur hasil (misalnya, peningkatan pengetahuan tentang sumber zat besi). Berikan contoh indikator untuk keduanya.

5. Bayangkan Anda adalah seorang promotor kesehatan yang harus mempresentasikan hasil evaluasi program pencegahan obesitas di sekolah kepada dewan komite sekolah yang terdiri dari kepala sekolah, perwakilan guru, dan orang tua murid. Argumentasikan mengapa tujuan "akuntabilitas" menjadi sangat penting dalam presentasi ini dan bagaimana Anda akan menyajikan data dari evaluasi proses, hasil, dan dampak untuk meyakinkan mereka.

b. Pilihan Berganda

1. Menurut konsep yang dibahas dalam bab ini, evaluasi promosi kesehatan gizi paling tepat diartikan sebagai...
    a. Penghakiman akhir untuk menentukan program sukses atau gagal.
    b. Audit keuangan untuk memeriksa penggunaan dana program.
    c. Proses sistematis untuk perbaikan program dan pengukuran efektivitas.
    d. Aktivitas formalitas untuk melengkapi laporan akhir proyek.
2. Seorang fasilitator promosi kesehatan melakukan wawancara singkat dengan siswa setelah sesi penyuluhan untuk mengetahui apakah materi mudah dipahami. Aktivitas ini merupakan contoh dari...
    a. Evaluasi sumatif
    b. Evaluasi formatif
    c. Evaluasi dampak
    d. Evaluasi akuntabilitas
3. Tujuan utama dari dilakukannya evaluasi sumatif adalah untuk...

a. Memonitor jalannya program dan melakukan perbaikan segera.
b. Menilai hasil akhir dan efektivitas program secara keseluruhan.
c. Mengidentifikasi hambatan yang dihadapi oleh fasilitator di lapangan.
d. Memastikan kegiatan berjalan sesuai dengan jadwal yang direncanakan.

4. Manakah dari pertanyaan berikut yang paling sesuai untuk dijawab melalui evaluasi proses?
   a. Apakah prevalensi stunting pada siswa menurun setelah intervensi?
   b. Apakah pengetahuan siswa tentang gizi seimbang meningkat?
   c. Seberapa tinggi tingkat partisipasi guru dalam lokakarya gizi?
   d. Apakah program ini layak untuk direplikasi di sekolah lain?
5. Seorang peneliti membandingkan data Indeks Massa Tubuh (IMT) siswa sebelum dan satu tahun setelah program intervensi obesitas. Tujuan evaluasi yang sedang diukur adalah...
   a. Proses
   b. Hasil (Outcome)
   c. Dampak (Impact)
   d. Akuntabilitas
6. Perubahan pada aspek Pengetahuan, Sikap, dan Praktik (Knowledge, Attitude, Practice) merupakan fokus utama dari...
   a. Evaluasi Proses
   b. Evaluasi Hasil (Outcome)
   c. Evaluasi Dampak (Impact)
   d. Evaluasi Formatif

7. Dalam contoh program "Kantin Sehat Sekolahku", tindakan tim promkes yang mengganti poster statis dengan video pendek setelah mendapat masukan adalah aplikasi langsung dari...
    a. Evaluasi sumatif untuk melaporkan keberhasilan.
    b. Evaluasi dampak untuk mengukur status gizi.
    c. Evaluasi formatif untuk penyesuaian strategi.
    d. Evaluasi akuntabilitas kepada Dinas Kesehatan.
8. Menyajikan laporan yang menunjukkan efektivitas penggunaan dana dan sumber daya kepada donatur atau pemerintah merupakan perwujudan dari tujuan evaluasi...
    a. Proses
    b. Hasil
    c. Dampak
    d. Akuntabilitas
9. Manakah di bawah ini yang merupakan contoh indikator untuk evaluasi hasil (*outcome*) dari sebuah program edukasi bekal sekolah?
    a. Jumlah sesi edukasi yang berhasil dilaksanakan.
    b. Penurunan angka absensi siswa karena sakit.
    c. Peningkatan frekuensi siswa membawa bekal dari rumah.
    d. Jumlah dana yang dihabiskan untuk membeli media edukasi.
10. Evaluasi yang dilakukan *setelah* program selesai untuk menjawab pertanyaan seperti "Apakah perilaku sarapan siswa membaik?" disebut...
    a. Evaluasi formatif
    b. Evaluasi proses

c. Evaluasi sumatif
d. Monitoring internal

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Sebuah Puskesmas telah menjalankan program "Gerakan Minum Air Putih" di sebuah SMP selama tiga bulan. Rencana awal meliputi pemasangan poster dan sesi edukasi klasikal sebulan sekali. Namun, laporan dari guru UKS menyebutkan bahwa siswa terlihat bosan dengan metode yang monoton dan konsumsi minuman manis kemasan di kantin masih sangat tinggi. Program masih memiliki sisa waktu pelaksanaan selama enam bulan. Sebagai konsultan promosi kesehatan, rancanglah sebuah rencana evaluasi formatif untuk merespons situasi ini. Jelaskan (a) dua pertanyaan evaluasi spesifik yang akan Anda ajukan, (b) dua metode pengumpulan data yang akan Anda gunakan untuk menjawab pertanyaan tersebut, dan (c) dua rekomendasi tindakan perbaikan program yang mungkin dihasilkan dari temuan Anda.
2. Program intervensi anemia melalui pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) dan edukasi gizi di SMA X telah selesai dan menunjukkan hasil yang sangat positif. Prevalensi anemia turun 12%, dan kepatuhan minum TTD mencapai 85%. Anda ditugaskan oleh Kepala Puskesmas untuk menyusun ringkasan eksekutif dari laporan evaluasi program ini yang akan dipresentasikan kepada Kepala Dinas Pendidikan, dengan tujuan mengadvokasi agar program ini diadopsi sebagai kebijakan di seluruh SMA di kabupaten tersebut. Uraikan kerangka ringkasan eksekutif tersebut. Jelaskan data apa saja (dari evaluasi proses, hasil, dan dampak) yang akan Anda

tonjolkan di bagian awal untuk menarik perhatian dan meyakinkan Kepala Dinas Pendidikan. Argumentasikan mengapa penekanan pada data tersebut efektif untuk tujuan akuntabilitas dan advokasi kebijakan.

DAFTAR PUSTAKA

Afrinis, N., Indrawati, I., & Raudah, R. (2021). Hubungan.Pengetahuan.Ibu, Pola Makan dan Penyakit.Infeksi Anak dengan Status.Gizi Anak Prasekolah. *Aulad Journal on Early Childhood*, *4*(3), 144-150. https://doi.org/10.31004/aulad.v4i3.99

Ahmad, H., Antoni, A., & Muhamad, Z. (2023). Edukasi Gizi Seimbang Pada Anak di SD Negeri Pijorkoling Kota Padangsidimpuan. *Jurnal Ilmiah Pengabdian Masyarakat Bidang Kesehatan (Abdigermas)*, *1*(1), 1-6. https://doi.org/10.58723/abdigermas.v1i1.2

Alam, S., Syahrir, S., Adnan, Y., & Asis, A. (2021). Hubungan Status Gizi dengan Usia Menarche pada Remaja Putri. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, *10*(03), 200-207. https://doi.org/10.33221/jikm.v10i03.953

Amalia, I. D., Lubis, D. P. U., & Khoeriyah, S. M. (2021). HUBUNGAN PENGETAHUAN IBU TENTANG GIZI DENGAN KEJADIAN STUNTING PADA BALITA. *JURNAL KESEHATAN SAMODRA ILMU*, *12*(2), 146-154. https://doi.org/10.55426/jksi.v12i2.153

Anggraini, N. V., Anggraeni, D. T., & Rosaline, M. D. (2022). Peningkatan Kesadaran PHBS Cuci Tangan dengan Benar pada Anak Usia Sekolah. *JURNAL KREATIVITAS PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT (PKM)*, *5*(4), 1172-1179. https://doi.org/10.33024/jkpm.v5i4.5399

Arifah, N., Anjalina, I., Febriana, A. I., Khairunnisa, E., Amir, N. P., Aprilisa, W., Muzhaffar, Z., & Manyullei, S. (2022). Penyuluhan Kesehatan tentang Anemia Pada Siswa di SMPN2 Galesong Selatan Kabupaten Takalar. *Jurnal*

Altifani Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat, *2*(2), 176-182. https://doi.org/10.25008/altifani.v2i2.222

Arza, P. A., & Sari, L. N. (2021). HUBUNGAN KONSUMSI SAYUR DAN BUAH DENGAN STATUS GIZI PADA REMAJA DI SMP KABUPATEN PESISIR SELATAN. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*, 136-141. https://doi.org/10.34035/jk.v12i2.758

Astini, N. N. A. D., & Gozali, W. (2021). Body Image Sebagai Faktor Penentu dalam Meningkatkan Status Gizi Remaja Putri. *International Journal of Natural Science and Engineering*, *5*(1), 1-7. https://doi.org/10.23887/ijnse.v5i1.31382

Christina, C., Gunawan, G., Sultanea, R., Lestari, D., Azizah, U., Haniifah, H., Yulatifah, T., Fatimah, R., Muzaki, A., & Munir, M. (2022). Pola Asuh Orangtua Dan Kurangnya Gizi Anak Penyebab Stunting Di Desa Karangduwur, Kalikajar, Wonosobo. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Madani (JPMM)*, *2*(2), 188-195. https://doi.org/10.51805/jpmm.v2i2.88

Fathony, Z., Amalia, R., & Lestari, P. P. (2022). EDUKASI PENCEGAHAN ANEMIA PADA REMAJA DISERTAI CARA BENAR KONSUMSI TABLET TAMBAH DARAH (TTD). *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kebidanan*, *4*(2), 49-49. https://doi.org/10.26714/jpmk.v4i2.9967

Femyliati, R., & Kurniasari, R. (2021). PEMANFAATAN MEDIA KREATIF UNTUK EDUKASI GIZI PADA REMAJA (Literature Review). *HEARTY*, *10*(1), 16-16. https://doi.org/10.32832/hearty.v10i1.4732

Fitriana, F., Ahmad, A., & Fitria, F. (2021). PENGARUH PENGGUNAAN GADGET TERHADAP PERILAKU REMAJA

DALAM KELUARGA. *Psikoislamedia Jurnal Psikologi*, *5*(2), 182-182. https://doi.org/10.22373/psikoislamedia.v5i2.7898

Hafiza, D., Utmi, A., & Niriyah, S. (2021). HUBUNGAN KEBIASAAN MAKAN DENGAN STATUS GIZI PADA REMAJA SMP YLPI PEKANBARU. *Al-Asalmiya Nursing Jurnal Ilmu Keperawatan (Journal of Nursing Sciences)*, *9*(2), 86-96. https://doi.org/10.35328/keperawatan.v9i2.671

Hanim, B., Ingelia, I., & Ariyani, D. (2022). Kebiasaan Sarapan Pagi dengan Status Gizi Anak Sekolah Dasar. *Jurnal Kebidanan Malakbi*, *3*(1), 28-28. https://doi.org/10.33490/b.v3i1.570

Hartaty, H., & Menga, M. K. (2022). Pemberdayaan Masyarakat Melalui Penyuluhan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Untuk Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat. *Abdimas Polsaka*, *1*(1), 16-21. https://doi.org/10.35816/abdimaspolsaka.v1i1.7

Hidayatuladkia, S. T., Kanzunnudin, M., & Ardianti, S. D. (2021). Peran Orang Tua dalam Mengontrol Penggunaan Gadget pada Anak Usia 11 Tahun. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pendidikan*, *5*(3), 363-363. https://doi.org/10.23887/jppp.v5i3.38996

Kasron, K., Susilawati, S., & Subroto, W. (2021). PKM Penanganan Stunting Desa Kawunganten Lor Kecamatan Kawunganten Kabupaten Cilacap: Sasaran Keluarga Dengan Anak Stunting. *Abdi Geomedisains*, 87-91. https://doi.org/10.23917/abdigeomedisains.v1i2.207

Khobibah, K., Nurhidayati, T., Ruspita, M., & Astyandini, B. (2021). ANEMIA REMAJA DAN KESEHATAN

REPRODUKSI. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kebidanan*, *3*(2), 11-11. https://doi.org/10.26714/jpmk.v3i2.7855

Laily, L. A., & Indarjo, S. (2023). Literature Review: Dampak Stunting terhadap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, *7*(3), 354-364. https://doi.org/10.15294/higeia.v7i3.63544

Margiyanti, N. J. (2021). Analisis Tingkat Pengetahuan, Body Image dan Pola Makan terhadap Status Gizi Remaja Putri. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, *10*(1), 231-231. https://doi.org/10.36565/jab.v10i1.341

Maslakhah, N. M., & Prameswari, G. N. (2022). Pengetahuan Gizi, Kebiasaan Makan, dan Kebiasaan Olahraga dengan Status Gizi Lebih Remaja Putri Usia 16-18 Tahun. *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, *2*(1), 52-59. https://doi.org/10.15294/ijphn.v2i1.52200

Masri, E., Sari, W. K., & Yensasnidar, Y. (2021). Efektifitas Pemberian Makanan Tambahan dan Konseling Gizi dalam Perbaikan Status Gizi Balita. *JURNAL KESEHATAN PERINTIS (Perintis s Health Journal)*, *7*(2), 28-35. https://doi.org/10.33653/jkp.v7i2.516

Muchtar, F., Rejeki, S., & Hastian, H. (2022). Pengukuran dan penilaian status gizi anak usia sekolah menggunakan indeks massa tubuh menurut umur. *Abdi Masyarakat*, *4*(2). https://doi.org/10.58258/abdi.v4i2.4098

Muchtar, F., Sabrin, S., Effendy, D. S., Lestari, H., & Bahar, H. (2022). Pengukuran status gizi remaja putri sebagai upaya pencegahan masalah gizi di Desa Mekar Kecamatan Soropia Kabupaten Konawe. *Abdi*

Masyarakat, *4*(1). https://doi.org/10.58258/abdi.v4i1.3782

Munawaroh, H., Nada, N. K., Hasjiandito, A., Faisal, V. I. A., Heldanita, H., Anjarsari, I., & Fauziddin, M. (2022). Peranan Orang Tua Dalam Pemenuhan Gizi Seimbang Sebagai Upaya Pencegahan Stunting Pada Anak Usia 4-5 Tahun. *Sentra Cendekia*, *3*(2), 47-47. https://doi.org/10.31331/sencenivet.v3i2.2149

Nasriyah, N., Kulsum, U., & Tristanti, I. (2021). PERILAKU KONSUMSI JAJANAN SEKOLAH DENGAN STATUS GIZI ANAK SEKOLAH DASAR DI DESA TUMPANGKRASAK KECAMATAN JATI KABUPATEN KUDUS. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, *12*(1), 123-123. https://doi.org/10.26751/jikk.v12i1.913

Nasution, A., Parinduri, S. K., Asnifatima, A., & Saci, M. A. A. (2021). Peluang dan Tantangan Promosi Kesehatan Kader Kesehatan Remaja Kota Bogor. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, *10*(01), 46-54. https://doi.org/10.33221/jikm.v10i01.812

Novianti, A., & Utami, T. P. (2021). Penilaian Status Gizi dan Pengetahuan Gizi Seimbang Anak Usia Sekolah Sebagai Bentuk Aktivasi Kegiatan UKS. *ABDIMAS Jurnal Pengabdian Masyarakat*, *4*(1), 399-404. https://doi.org/10.35568/abdimas.v4i1.908

Nurazizah, Y. I., Nugroho, A. E., Nugroho, A. E., Noviani, N. E., & Noviani, N. E. (2022). HUBUNGAN STATUS GIZI DENGAN KEJADIAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI. *JOURNAL HEALTH AND NUTRITIONS*, *8*(2), 44-44. https://doi.org/10.52365/jhn.v8i2.545

Nurjannah, S., & Putri, E. A. (2021). HUBUNGAN STATUS GIZI DENGAN KEJADIAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI DI

SMP NEGERI 2 GARAWANGI KABUPATEN KUNINGAN. *Journal of Midwifery Care*, *1*(02), 125-131. https://doi.org/10.34305/jmc.v1i02.266

Putri, V. S., & Maimaznah, M. (2021). Efektifitas Gosok Gigi Massal dan Pendidikan Kesehatan Gigi Mulut pada Anak Usia 7-11 Tahun di SDN 174 Kel. Murni Kota Jambi. *Jurnal Abdimas Kesehatan (JAK)*, *3*(1), 63-63. https://doi.org/10.36565/jak.v3i1.152

Qomarasari, D., & Mufidaturrosida, A. (2022). HUBUNGAN STATUS GIZI, POLA MAKAN DAN SIKLUS MENSTRUASI DENGAN KEJADIAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI KELAS VIII DI SMPN 3 CIBEBER. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Ar-Rum Salatiga*, *6*(2). https://doi.org/10.36409/jika.v6i2.150

Rahmadi, A., Rusyantia, A., & Wahyuni, E. S. (2023). Peningkatan Kapasitas Kader Posyandu tentang Antropometri, Pemantauan Pertumbuhan dan Makanan Balita Melalui Pelatihan dan Pendampingan dalam Rangka Pencegahan Stunting di Desa Sukamenanti, Kecamatan Bukit Kemuning, Kabupaten Lampung Utara. *Jurnal Abdi Masyarakat Indonesia*, *3*(6), 1811-1818. https://doi.org/10.54082/jamsi.1027

Ramlah, U. (2021). GANGGUAN KESEHATAN PADA ANAK USIA DINI AKIBAT KEKURANGAN GIZI DAN UPAYA PENCEGAHANNYA. *Ana Bulava Jurnal Pendidikan Anak*, *2*(2), 12-25. https://doi.org/10.24239/abulava.vol2.iss2.40

Rizkiana, E. (2022). PENGETAHUAN DAN SIKAP REMAJA PUTRI TERHADAP KONSUMSI TABLET TAMBAH DARAH (TTD) SEBAGAI PENCEGAHAN STUNTING.

Jurnal Ilmu Kebidanan, *9*(1), 24-29. https://doi.org/10.48092/jik.v9i1.183

Rusdi, F. Y., Helmizar, H., & Rahmy, H. A. (2021). PENGARUH EDUKASI GIZI MENGGUNAKAN INSTAGRAM TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU GIZI SEIMBANG UNTUK PENCEGAHAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI DI SMAN 2 PADANG. *Journal of Nutrition College*, *10*(1), 31-38. https://doi.org/10.14710/jnc.v10i1.29271

Safitri, Y., Sulistyowati, E., & Ambarwati, R. (2021). PENGARUH EDUKASI GIZI DENGAN MEDIA PUZZLE TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP TENTANG SAYUR DAN BUAH PADA ANAK SEKOLAH DASAR. *Journal of Nutrition College*, *10*(2), 100-104. https://doi.org/10.14710/jnc.v10i2.29139

Sagala, C. O., & Noerfitri, N. (2021). Hubungan Pola Makan dan Pengetahuan Gizi Seimbang dengan Gizi Lebih Mahasiswa STIKes Mitra Keluarga. *JURNAL ILMIAH KESEHATAN MASYARAKAT Media Komunikasi Komunitas Kesehatan Masyarakat*, *13*(1), 22-27. https://doi.org/10.52022/jikm.v13i1.152

Simamora, R. S., & Kresnawati, P. (2021). Pemenuhan Pola Makan Gizi Seimbang Dalam Penanganan Stunting Pada Balita Di Wilayah Puskesmas Kecamatan Rawalumbu Bekasi. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, *11*(1), 34-45. https://doi.org/10.52643/jbik.v11i1.1345

Simbolon, D., Soi, B., Ludji, I. D. R., & Bakoil, M. B. (2021). Pendampingan Gizi Spesifik dan Perilaku Ibu dalam Pola Asuh Anak Stunting Usia 6-24 Bulan. *JURNAL PROMOSI KESEHATAN INDONESIA*, *17*(1), 13-24. https://doi.org/10.14710/jpki.17.1.13-24

Sukmawati, S., Hermayanti, Y., Nurhakim, F., DA, I. A., & Mediani, . S. (2021). EDUKASI PADA IBU HAMIL, KELUARGA DAN KADER POSYANDU TENTANG PENCEGAHAN STUNTING. *Dharmakarya*, *10*(4), 330-330. https://doi.org/10.24198/dharmakarya.v10i4.33400

Syarifuddin, S., Ponseng, N. A., Latu, S., & Ningsih, N. A. (2022). EDUKASI JAJANAN SEHAT PADA ANAK USIA SEKOLAH. *SELAPARANG Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan*, *6*(1), 316-316. https://doi.org/10.31764/jpmb.v6i1.7758

Tomasoa, V. A., Dary, D., & Dese, D. C. (2021). Hubungan Asupan Makan dan Aktifitas Fisik Terhadap Status Gizi Anak Usia Sekolah. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, *6*(2). https://doi.org/10.30651/jkm.v6i2.7819

Utami, D. C., Azizah, A. N., & Azizah, A. N. (2023). HUBUNGAN STATUS GIZI DENGAN PERKEMBANGAN BALITA USIA 1-5 TAHUN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KUTASARI. *Avicenna Journal of Health Research*, *6*(1), 28-28. https://doi.org/10.36419/avicenna.v6i1.820

Wahyu, W., Amira, A., Anggraini, Ariska, Puspita, A. F., Talia, M., Kurniawati, N. P., & Agustian, R. (2022). Sosialisasi Tentang Gizi Seimbang Pada Anak Sekolah Dasar Negeri 12 Sungai Pinang Kecamatan Sambas. *Hippocampus Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, *1*(1), 16-20. https://doi.org/10.47767/hippocampus.v1i1.360

Wigati, A., & Nisak, A. Z. (2022). PENTINGNYA EDUKASI GIZI SEIMBANG BAGI KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA. *Jurnal Abdimas Indonesia*, *4*(1), 85-90. https://doi.org/10.26751/jai.v4i1.1517

Wijayanti, T., Fayasari, A., & Khasanah, T. A. (2021). PERMAINAN EDUKASI ULAR TANGGA MENINGKATKAN PENGETAHUAN DAN KONSUMSI SAYUR BUAH PADA REMAJA DI JAKARTA SELATAN. *Journal of Nutrition College*, *10*(1), 18-25. https://doi.org/10.14710/jnc.v10i1.29153

Yuningsih, R., & Kurniasari, R. (2021). PENGARUH EDUKASI GIZI MELALUI MEDIA BERGAMBAR DAN PERMAINAN TERHADAP PENGETAHUAN GIZI SEIMBANG PADA ANAK SEKOLAH DASAR (SUATU PENDEKATAN STUDI LITERATURE REVIEW). *HEARTY*, *10*(1), 1-1. https://doi.org/10.32832/hearty.v10i1.4786

Yunita, L. (2021). Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Motorik Kasar Anak Usia Prasekolah di Wilayah Kerja Posyandu Bunga Maja Kecamatan Gunung Sari. *Nutriology Jurnal Pangan Gizi Kesehatan*, *2*(2), 9-14. https://doi.org/10.30812/nutriology.v2i2.1581

LAMPIRAN

Kunci Jawaban BAB 1

a. Essay

1. Pemahaman harus mencakup "mengapa" (biokimia penyerapan zat besi) dan "bagaimana" (faktor penghambat seperti teh dan pendorong seperti vitamin C). Ini memungkinkan promotor merancang pesan yang lebih efektif dan mengatasi faktor perilaku (kebiasaan minum teh) yang menghambat keberhasilan intervensi.
2. Ahli gizi klinis akan fokus pada individu anak yang gizi buruk (perorangan), melakukan asesmen mendalam, dan merancang terapi nutrisi spesifik. Promotor kesehatan akan fokus pada populasi siswa (masyarakat), menganalisis penyebab di level sekolah/komunitas, dan merancang program pencegahan serta edukasi.
3. Pernyataan ini sangat relevan. Jembatan ini menjelaskan bagaimana asupan gizi (pangan) secara langsung memengaruhi status kesehatan. Program promosi kesehatan harus menyeimbangkan pesan untuk mencegah stunting (asupan protein dan mikronutrien adekuat) sekaligus mencegah obesitas (membatasi gula, garam, lemak berlebih), menunjukkan dua sisi "jembatan" tersebut.
4. Kerangka pesan: 1) Analogi: Tubuh anak seperti bangunan, butuh "batu bata" agar tumbuh tinggi dan kuat. 2) Konsep: Protein adalah "batu bata" itu. Kurang protein membuat "bangunan" tubuh jadi pendek (stunting). 3) Aksi: Berikan contoh sumber protein lokal murah (telur, ikan lele, tempe).

5. Kolaborasi ideal: 1) Promotor Kesehatan: Merancang pesan edukasi, mengadvokasi kebijakan sekolah. 2) Ahli Gizi Institusi: Mereformasi menu kantin dan sarapan yang disediakan sekolah. 3) Ahli Gizi Klinis/Petugas Gizi Puskesmas: Menangani siswa yang teridentifikasi memiliki masalah gizi spesifik (gizi buruk/lebih) melalui rujukan.

b. Pilihan Ganda

1. C
2. B
3. C
4. D
5. C
6. C
7. C
8. C
9. C
10. B

c. Studi Kasus / Proyek

1. Langkah strategis: 1) Melakukan asesmen gizi awal (pengukuran antropometri ulang) dan kebiasaan makan siswa. 2) Mengadvokasi kepala sekolah untuk merevitalisasi peran kantin sehat (aplikasi gizi institusi). 3) Merancang dan melaksanakan program edukasi gizi seimbang untuk siswa dan orang tua. 4) Mengusulkan program sarapan bersama atau pemberian makanan tambahan (PMT) lokal.
2. Kerangka materi: 1) Penjelasan sederhana: "Darah Merah & Energi" (Anemia adalah kurangnya 'prajurit' pembawa oksigen/energi dalam darah karena kekurangan zat besi). 2) "Musuh vs. Teman Zat Besi": Jelaskan teh sebagai 'musuh' yang mengikat zat besi,

dan vitamin C (jeruk, jambu) sebagai 'teman' yang membantu penyerapan. 3) Tiga rekomendasi: a) Jeda minimal 1 jam antara makan dan minum teh/kopi. b) Makan lauk pauk sumber zat besi (tempe, telur) bersama buah. c) Rutin minum TTD seminggu sekali.

Kunci Jawaban BAB 2

a. Essay

1. Perbedaan: 4S5S fokus pada kelengkapan jenis, PGS pada keseimbangan kuantitas, kualitas, dan aktivitas fisik. Implikasi: Promotor kesehatan harus beralih dari sekadar checklist makanan menjadi edukator proporsi (Isi Piringku), pentingnya aktivitas fisik, dan PHBS sebagai satu kesatuan sistem.
2. Isi Piringku lebih unggul untuk aplikasi harian karena konkret dan mudah divisualisasikan saat makan. Tumpeng Gizi Seimbang lebih baik untuk menjelaskan konsep hierarki dan pilar gizi secara komprehensif, namun lebih abstrak bagi anak-anak. Keduanya komplementer, bukan saling menggantikan.
3. Kerangka analisis harus mencakup keempat pilar: (1) Asupan: Cek keanekaragaman dan kualitas gizi, bukan hanya kuantitas. (2) PHBS: Investigasi kebiasaan cuci tangan dan riwayat infeksi (diare/cacingan). (3) Aktivitas Fisik: Evaluasi tingkat keaktifan anak. (4) Status Gizi: Cek tanda klinis anemia/defisiensi mikronutrien.
4. Pesan 2 (sayur/buah) dan 7 (air) terkait asupan untuk metabolisme. Pesan 10 (aktivitas) terkait pengeluaran energi. Aktivitas fisik butuh energi (dari makanan) dan hidrasi (air). Makanan bergizi tidak optimal tanpa aktivitas fisik untuk membangun otot dan tulang. Ketiganya membentuk siklus energi dan kesehatan.

5. Faktor internal (preferensi) menentukan penerimaan anak terhadap intervensi. Menyediakan kantin sehat (eksternal) sia-sia jika anak menolak karena tidak suka (internal). Contoh: Pesan "nikmati aneka ragam makanan" (Tabel 2.1) harus dibangun dari internal anak, tidak bisa dipaksakan hanya dengan ketersediaan eksternal.

b. Pilihan Ganda

1. C
2. B
3. D
4. B
5. A
6. C
7. B
8. C
9. C
10. B

c. Studi Kasus / Proyek

1. Kerangka program: Fokus pada pesan (6) Sarapan, (5) Batasi manis/asin/lemak, dan (9) Cuci tangan. Strategi: (a) Kampanye "5 Menit untuk Sarapan" dengan ide menu simpel. (b) Lomba "Bekal Kreatif Isi Piringku" mingguan. (c) Edukasi membaca label jajanan. (d) Gerakan cuci tangan serentak sebelum makan bekal. (e) Pertemuan orang tua untuk sosialisasi pentingnya bekal dan sarapan.
2. Analisis: Kasus Rina menunjukkan ketidakseimbangan pada semua pilar PGS. Asupan tidak beragam dan tinggi lemak/kalori, aktivitas fisik kurang, dan hasil pemantauan BB menunjukkan overweight. Poin edukasi: (1) Visualisasikan "Isi

Piringku": kurangi porsi nasi, perbanyak sayur. (2) Modifikasi lauk: ajarkan cara mengolah ayam selain digoreng (misal: sup, pepes). (3) Negosiasi aktivitas fisik: cari kegiatan yang disukai Rina (misal: bersepeda, menari) sebagai pengganti olahraga formal.

Kunci Jawaban BAB 3

a. Essay

1. Pesan: "Ayo makan 'roket ikan' agar kita bisa berenang cepat seperti lumba-lumba dan jadi pintar di sekolah!" Aktivitas pendukung: membuat bentuk roket dari nasi dan ikan, lomba "berenang" setelah makan. Pendekatan ini konkret, imajinatif, dan mengaitkan makanan dengan aksi yang disukai anak.
2. Otonomi mendorong anak ingin mengontrol lingkungannya, termasuk makanan. *Picky eating* dan neofobia adalah cara anak mengekspresikan kontrol tersebut. Memaksa akan menciptakan perebutan kekuasaan (*power struggle*) dan asosiasi negatif dengan makanan. Strategi tepat: paparan berulang tanpa paksaan, menjadi *role model*, melibatkan anak dalam persiapan makan.
3. Kelemahan: mengabaikan sisi lain dari masalah gizi, yaitu obesitas. Risiko: program bisa secara tidak sengaja mempromosikan asupan kalori berlebih tanpa penekanan pada kualitas gizi dan aktivitas fisik, yang justru dapat memperburuk tren obesitas pada kelompok anak yang tidak berisiko stunting di wilayah yang sama.
4. Stunting (TB/U <-2SD) adalah kondisi kronis akibat malnutrisi jangka panjang, berdampak pada kognitif. Wasting (BB/TB <-2SD) adalah kondisi akut akibat

asupan kurang/sakit dalam waktu singkat, berdampak pada imunitas dan risiko kematian. Penyebab stunting lebih kompleks, sedangkan wasting lebih terkait kejadian terkini.

5. Anak prasekolah belajar terutama melalui observasi dan peniruan (karakteristik perkembangan), bukan logika verbal. Perilaku makan orang tua yang konsisten membentuk "norma" di rumah. Lingkungan makan positif yang diciptakan *role model* mengurangi stres dan membangun hubungan sehat dengan makanan, dampaknya lebih permanen daripada penyuluhan sesaat.

b. Pilihan Ganda

1. C.
2. C.
3. B.
4. B.
5. A.
6. B.
7. C.
8. B.
9. D.
10. C.

c. Studi Kasus / Proyek

1. Kerangka program: 1) **Intervensi pada Anak:** Kegiatan "Kebun Gizi Ceria" (menanam sayur) dan "Koki Cilik" (melibatkan anak membuat bekal sehat). 2) **Intervensi pada Orang Tua:** Sesi demo masak bekal sehat dan kreatif, serta seminar singkat tentang cara mengatasi *picky eating* tanpa paksaan. 3) **Intervensi Lingkungan:** Kebijakan sekolah yang

melarang jajanan kemasan dan menyediakan buah potong sebagai camilan bersama.

2. Strategi: Menggunakan payung pesan tunggal "Gizi Seimbang untuk Anak Hebat" dengan penekanan berbeda. **Untuk Desa A (risiko stunting):** Fokus pada pesan "Lengkapi piring makanku dengan protein hewani (telur, ikan) setiap hari agar tumbuh tinggi dan cerdas". **Untuk Perumahan B (risiko overweight):** Fokus pada "Batasi jajanan manis dan perbanyak main di luar rumah agar tetap lincah dan sehat". Pesan tidak kontradiktif dan menyesuaikan konteks risiko spesifik.

Kunci Jawaban BAB 4

a. Essay

1. Peluang: Anak dapat memahami hubungan sebab-akibat konkret (misal: "wortel untuk mata sehat"). Tantangan: Sulit memahami konsep abstrak (misal: "antioksidan"). Contoh efektif: "Makan ikan bikin pintar di kelas". Contoh tidak efektif: "Ikan mengandung Omega-3 untuk perkembangan sel otak."
2. Stunting: Fokus pada perbaikan gizi jangka panjang, edukasi orang tua tentang gizi sejak kehamilan, dan program makan di sekolah. Obesitas: Fokus pada perubahan perilaku, peningkatan aktivitas fisik, edukasi anak memilih jajanan, dan regulasi lingkungan (kantin sehat). Pesan dan targetnya berbeda.
3. Kerangka harus memuat: (1) Edukasi gizi interaktif (respons kognitif); (2) Program "Duta Gizi Cilik" (respons psikososial/teman sebaya); (3) Pembatasan penjual luar & inisiasi kantin sehat (respons

lingkungan); (4) Edukasi "Pintar Pilih Jajan" (respons kemandirian & uang jajan).

4. Argumen utama: Anak sekolah memiliki otonomi yang meningkat. Pengaruh teman sebaya seringkali lebih kuat daripada nasihat orang tua saat berada di sekolah. Uang jajan memberikan kekuatan membeli, sehingga anak adalah "gatekeeper" gizi mereka sendiri di luar rumah. Intervensi harus memberdayakan anak.
5. Pertumbuhan stabil (2-3 kg/tahun) membuat kenaikan berat badan akibat gizi lebih tidak terlihat drastis, berbeda dengan lonjakan pada balita. Orang tua dan nakes mungkin menganggapnya normal ("gemuk tanda sehat"), sehingga terlambat mengidentifikasi tren menuju overweight/obesitas hingga menjadi masalah yang lebih sulit ditangani.

b. Pilihan Ganda

1. B
2. B
3. B
4. B
5. C
6. B
7. B
8. C
9. A
10. B

c. Studi Kasus / Proyek

1. Strategi 1 (Siswa): Program "Pintar Pilih Jajan" dengan kartu poin dan duta gizi cilik. Strategi 2 (Orang Tua): Edukasi melalui grup WhatsApp/pertemuan tentang ide bekal sehat dan dampak jajanan tidak sehat.

Strategi 3 (Sekolah): Advokasi untuk membuat kebijakan zona bebas penjual keliling di jam sekolah dan merintis "pojok sehat" sederhana sebagai cikal bakal kantin.

2. Penjelasan Guru: Jelaskan bahwa stunting adalah masalah masa lalu (kronis) dan obesitas adalah masalah masa kini (asupan berlebih), keduanya akibat gizi tidak seimbang. Pesan tunggal: "Pilih Makanan Bergizi, Badan Jadi Sehat dan Berprestasi!" Fokus pada kualitas makanan (bergizi seimbang) bukan kuantitas (banyak/sedikit) untuk mencakup kedua masalah.

Kunci Jawaban BAB 5

a. Essay

1. Interaksi ini bersifat saling menguatkan. Otonomi sosial memungkinkan remaja membeli makanan, sementara tekanan teman sebaya dan keinginan diterima (*peer group*) menentukan pilihan pada jajanan populer (misal, boba). Isu citra tubuh (*body image*) bisa mendorong pilihan ekstrem, seperti diet ketat atau konsumsi makanan "aman" secara sosial.
2. Pernyataan ini valid. Anemia pada remaja putri mengganggu konsentrasi belajar dan kesehatan. Jika kondisi ini berlanjut hingga dewasa dan hamil, ia berisiko melahirkan bayi BBLR yang dapat berlanjut menjadi stunting. Memperbaiki gizi remaja putri adalah investasi untuk kesehatan generasi berikutnya.
3. Pendekatan anemia fokus pada edukasi, suplementasi TTD, dan peningkatan asupan sumber zat besi. Pendekatan obesitas fokus pada aktivitas fisik, pembatasan makanan padat energi, dan edukasi porsi. Tantangannya adalah menyampaikan pesan "makan lebih banyak (makanan kaya Fe)" untuk anemia dan

"makan lebih sedikit (makanan padat energi)" untuk obesitas secara bersamaan tanpa menimbulkan kebingungan.

4. Kerangka intervensi: (1) Individu: Edukasi gizi interaktif dan *life skills* untuk membuat keputusan cerdas. (2) Sosial: Pelatihan kader gizi sebaya (*peer educator*) untuk mempromosikan pilihan sehat. (3) Lingkungan Fisik: Advokasi ke sekolah untuk merevitalisasi kantin sehat dengan menyediakan pilihan seperti buah potong, air mineral, dan jajanan bergizi.
5. Karena perilaku remaja lebih didorong oleh faktor psikososial daripada kognitif murni. Kebutuhan untuk diterima teman sebaya, pencarian identitas, dan otonomi seringkali lebih kuat daripada pengetahuan gizi. Intervensi harus menyentuh norma sosial dan lingkungan, bukan hanya transfer informasi.

b. Pilihan Ganda

1. B.
2. C.
3. B.
4. C.
5. C.
6. D.
7. B.
8. C.
9. B.
10. B.

c. Studi Kasus / Proyek

1. Proposal harus mencakup: (1) Strategi Edukasi Terintegrasi: Program "Jumat Sehat" dengan senam bersama, sarapan bergizi, dan minum TTD untuk

siswi. (2) Revitalisasi Lingkungan Sekolah: Bekerja sama dengan sekolah untuk menetapkan standar kantin sehat dan mengadakan lomba "Bekal Kreatif". (3) Pemberdayaan Sebaya: Membentuk "Duta Gizi Remaja" yang mempromosikan gaya hidup sehat melalui media sosial sekolah dan acara-acara informal, mengatasi isu anemia dan obesitas secara bersamaan.

2. Kerangka konseling: (a) Analisis: Perilaku Budi bukan sekadar "malas", melainkan manifestasi kebutuhan sosial (komunitas game online), mekanisme coping, dan pencarian otonomi. Makanan dan minuman menjadi bagian dari ritual tersebut. (b) Rekomendasi untuk Ibu Rina: Hindari konfrontasi. Mulai dengan validasi perasaan Budi, negosiasi bertahap (misal, "zona bebas camilan" di kamar), tawarkan alternatif camilan sehat yang "keren", dan cari aktivitas fisik yang Budi minati (misal, futsal, bersepeda) sebagai pengganti waktu layar.

Kunci Jawaban BAB 6

a. Essay

1. Pengaruh teman mendorong pilihan makan tidak sehat (jajan bersama). Pencarian identitas diekspresikan lewat makanan (misal diet tren). Citra tubuh negatif memicu diet ketat (risiko anemia) atau *stress eating* (risiko obesitas). Kombinasi ini menciptakan kondisi ideal untuk munculnya kedua masalah gizi.
2. Program tersebut kemungkinan besar akan gagal. Remaja pertengahan tidak hanya menerima informasi, tetapi menganalisis dan mempertanyakannya. Tanpa addressing pengaruh teman sebaya yang kuat dan isu

citra tubuh, fakta gizi akan diabaikan jika bertentangan dengan norma sosial atau persepsi diri mereka.

3. Kerangka strategi: (1) Individu: Edukasi interaktif tentang makanan padat gizi vs kalori kosong, sesi konseling gizi. (2) Lingkungan: Revitalisasi kantin dengan "menu keren" yang sehat, promosi bersama OSIS. (3) Media Sosial: Kampanye #MakanKerenTanpaAnemia, melibatkan *influencer* siswa untuk mempromosikan kebiasaan sehat.
4. Anemia (putri): Didorong faktor biologis (menstruasi), kebutuhan pertumbuhan, dan perilaku diet restriktif karena citra tubuh. Obesitas (umum): Didorong faktor lingkungan (akses makanan padat kalori) dan perilaku (gaya hidup sedentari, kebiasaan jajan), yang dipengaruhi oleh norma sosial dan pemasaran.
5. Argumen: Fondasi kesehatan reproduksi remaja putri adalah siklus menstruasi yang sehat. Mengatasi kehilangan zat besi akibat menstruasi adalah kebutuhan biologis mendesak dan non-negosiabel. Edukasi ini memberikan konteks "mengapa" mereka butuh gizi spesifik, membuatnya lebih relevan daripada konsep diet umum yang sering disalahpahami.

b. Pilihan Ganda

1. B.
2. C.
3. C.
4. D.
5. C.
6. B.

7. B.
8. B.
9. C.
10. B.

c. Studi Kasus / Proyek

1. Program "GENERASI SEHAT 7": (1) Edukasi Gizi Terpadu: Sesi kelas tentang anemia & obesitas, menekankan fenomena *obese-anemic*. (2) Intervensi Kantin Sehat: Bekerja sama dengan kantin menyediakan "Paket Juara" (nasi, lauk sumber zat besi, sayur) dan "Pojok Buah". (3) Kampanye Peer-to-Peer: Melatih duta gizi siswa untuk mempromosikan menu sehat dan aktivitas fisik. (4) Skrining & Konseling: Skrining Hb dan IMT, menyediakan sesi konseling gizi bagi yang berisiko.
2. Proyek "Digital Nutrition Detective": (1) Tujuan: Meningkatkan literasi media gizi, membangun citra tubuh positif. (2) Aktivitas: Siswa memilih satu tren diet dari media sosial, menelitinya dari sumber ilmiah, menganalisis klaim vs. fakta, dan mengidentifikasi potensi risikonya. Mereka juga mewawancarai ahli gizi atau psikolog. (3) Output: Siswa membuat konten kreatif (infografis/video pendek) yang membongkar mitos diet tersebut dan mempromosikan pola makan sehat serta penerimaan diri, yang kemudian dipresentasikan dan diunggah ke media sosial sekolah.

Kunci Jawaban BAB 7

a. Essay

1. BB/U sensitif untuk status gizi umum tetapi tidak bisa membedakan kurus (*wasting*) dan pendek (*stunting*). BB/TB spesifik untuk gizi akut (proporsi massa tubuh). Mengandalkan satu indeks berisiko salah diagnosis; kombinasi keduanya memberikan gambaran komprehensif (kronis vs. akut).
2. Pernyataan ini berlebihan. Antropometri unggul dalam kepraktisan untuk skrining massa. Namun, metode lain penting untuk diagnosis individual (biokimia untuk defisiensi mikronutrien) atau analisis penyebab (dietetik untuk pola makan). Metode-metode ini saling melengkapi, bukan saling meniadakan.
3. Argumentasi harus menekankan bahwa kesalahan ukur kecil pada tinggi badan dapat menyebabkan anak *stunted* tidak terdeteksi atau anak normal salah dilabel. Ini berakibat pada kegagalan intervensi, pemborosan sumber daya, dan hilangnya kesempatan emas untuk memperbaiki potensi kognitif anak.
4. Kasus Aisyah menunjukkan kegagalan pertumbuhan di masa lalu (menyebabkan tubuhnya pendek/stunted) namun asupan gizinya saat ini cukup untuk mempertahankan berat badan yang proporsional dengan tingginya yang sekarang. Hanya melihat BB/U akan melewatkan masalah kronis ini.
5. IMT/U lebih superior karena menghubungkan berat dan tinggi secara proporsional (kg/m^2) dan membandingkannya dengan rujukan sesuai umur dan jenis kelamin. Ini lebih akurat daripada BB/U yang

dipengaruhi oleh tinggi, dan lebih baik dari BB/TB untuk mendeteksi adipositas pada anak yang lebih tua.

b. Pilihan Ganda

1. C.
2. B.
3. C.
4. C.
5. B.
6. D.
7. B.
8. C.
9. B.
10. B.

c. Studi Kasus / Proyek

1. Rencana harus mencakup: (a) Pengumpulan data tinggi badan selain berat badan yang sudah ada. (b) Menghitung indeks TB/U dan BB/TB untuk semua anak yang sebelumnya dikategorikan BB kurang. (c) Menganalisis proporsi: jika dominan *stunting* (TB/U rendah, BB/TB normal), intervensi fokus pada gizi jangka panjang dan stimulasi. Jika dominan *wasting* (BB/TB rendah), PMT pemulihan menjadi relevan. Jika campuran, intervensi harus terdiferensiasi.
2. Kerangka proyek: (1) Kalibrasi timbangan dan *microtoise* di 5 sekolah. (2) Pelatihan singkat guru UKS untuk pengukuran standar. (3) Membuat spreadsheet sederhana untuk input data (nama, tgl lahir, tgl ukur, BB, TB) yang otomatis menghitung umur & IMT/U. (4) Interpretasi skor-Z IMT/U. (5) Pelaporan: rekapitulasi anonim (% gizi baik, kurang, lebih, obesitas) untuk sekolah, dan surat template untuk orang tua siswa

berisiko berisi hasil dan saran konsultasi ke Puskesmas.

Kunci Jawaban BAB 8

a. Essay

1. Pendekatan didaktik menempatkan promotor sebagai "pengajar" (transfer ilmu), interaksi satu arah. Pendekatan partisipatif menempatkan promotor sebagai "fasilitator" (memandu penemuan), interaksi multi-arah, dan memberdayakan siswa untuk berpikir kritis serta mengambil inisiatif dalam proses belajar mereka.
2. Keberhasilan: memanfaatkan pengaruh teman sebaya yang kuat, pesan lebih relevan. Tantangan: kurangnya dukungan sekolah, pelatihan kader yang tidak memadai, dan konsistensi program. Faktor krusial adalah kualitas dan keberlanjutan pelatihan kader serta adanya pendampingan dari promotor kesehatan.
3. Kerangka: (1) Pengalaman Konkret: Siswa membawa bekal dari rumah, lalu menatanya di atas piring kertas. (2) Observasi Reflektif: Diskusi kelompok, membandingkan isi piring masing-masing. (3) Konseptualisasi Abstrak: Fasilitator memperkenalkan poster "Isi Piringku", menghubungkannya dengan hasil diskusi. (4) Eksperimen Aktif: Siswa menggambar/merancang ulang menu bekal ideal mereka.
4. Gagal karena seringkali hanya menjadi "metode" ceramah yang tidak sesuai dengan karakteristik belajar anak (operasional konkret). Pendekatan ini tidak partisipatif dan eksperiensial, sehingga informasi tidak menjadi pengalaman bermakna dan

mudah dilupakan tanpa adanya keterlibatan emosional dan sosial siswa.

5. Pelatihan krusial karena mengubah siswa menjadi fasilitator efektif. Komponennya harus mencakup: pengetahuan gizi akurat (substansi), keterampilan komunikasi interpersonal (menyampaikan pesan), teknik fasilitasi (mengelola diskusi), dan cara menangani pertanyaan sulit untuk membangun kredibilitas dan efektivitas mereka.

b. Pilihan Ganda

1. B.
2. D.
3. B.
4. C.
5. A.
6. C.
7. B.
8. D.
9. B.
10. C.

c. Studi Kasus / Proyek

1. Kerangka proposal harus menyoroti bahwa penyuluhan massal hanya meningkatkan pengetahuan sesaat, sementara *peer teaching* membangun kapasitas internal sekolah. Argumen kunci: (a) Dampak berkelanjutan karena kader terus ada di sekolah. (b) Efektivitas biaya jangka panjang. (c) Pesan lebih diterima dari teman sebaya. (d) Mengembangkan soft skill (kepemimpinan, komunikasi) pada siswa yang menjadi kader. Ini adalah investasi pada aset sekolah, bukan program sekali jalan.

2. Alur kegiatan: (1) Pengalaman Konkret (15'): Permainan estafet lari di halaman, di mana siswa menjadi "haus" dan merasakan langsung kebutuhan tubuh akan cairan. (2) Observasi Reflektif (25'): Diskusi di kelas, apa yang dirasakan tubuh? Lalu, menunjukkan beberapa jenis minuman (air putih, teh manis kotak), dan meminta siswa menebak kandungan gulanya. (3) Konseptualisasi Abstrak (25'): Demonstrasi visual jumlah gula dalam minuman manis menggunakan sendok gula. Menjelaskan konsep hidrasi dan fungsi air bagi tubuh. (4) Eksperimen Aktif (25'): Siswa membuat "poster komitmen" atau yel-yel kelompok untuk lebih banyak minum air putih dan mengurangi minuman manis.

Kunci Jawaban BAB 9

a. Essay

1. Metode kelompok (DKT) unggul dalam kedalaman interaksi dan dukungan sebaya, memfasilitasi perubahan perilaku yang lebih mendalam meski jangkauannya terbatas. Metode massa (poster) unggul dalam jangkauan luas dan efisiensi biaya, namun dampaknya dangkal dan sulit diukur. Kombinasi keduanya seringkali ideal.
2. Tidak setuju. Argumen harus menjelaskan bahwa pendekatan penyuluhan saja hanya menyasar level individu dan seringkali gagal karena mengabaikan faktor lingkungan. SEM, meskipun kompleks, justru lebih efektif karena mengatasi masalah secara sistemik (misal: kebijakan kantin, pelibatan pedagang), sehingga lebih berkelanjutan dan efisien dalam jangka panjang.

3. Kerangka intervensi TPB: (1) Sikap: edukasi interaktif tentang manfaat energi dan konsentrasi dari konsumsi sayur. (2) Norma Subjektif: membentuk "Duta Gizi Sebaya" dan kampanye "Keren Makan Sayur". (3) Kontrol Perilaku: demonstrasi memasak resep sayur simpel dan murah, serta memastikan ketersediaannya di kantin.
4. Potensi kegagalan sangat tinggi karena pendekatan ini mengabaikan determinan perilaku lain di luar pengetahuan. Siswa mungkin tahu jajanan itu tidak sehat, tetapi tetap membeli karena pengaruh teman (norma subjektif), tidak ada alternatif lain yang menarik di kantin (lingkungan), atau harganya lebih murah (hambatan).
5. Kombinasi krusial karena setiap metode menutupi kelemahan metode lain. Contoh anemia: metode massa (kampanye medsos) untuk kesadaran umum. Metode kelompok (diskusi dengan teman sebaya) untuk mengatasi mitos dan membangun dukungan. Metode individual (konseling) untuk siswi dengan masalah kepatuhan spesifik atau kondisi medis tertentu.

b. Pilihan Ganda

1. C.
2. B.
3. C.
4. B.
5. C.
6. D.
7. C.
8. C.
9. C.

10. C.

c. Studi Kasus / Proyek

1. Strategi kombinasi: (1) Massa: Kampanye "Remaja Putri Keren, Bebas Anemia" di media sosial sekolah dan poster untuk meningkatkan kesadaran umum. (2) Kelompok: Sesi diskusi kelompok terarah (DKT) per kelas untuk membahas mitos, efek samping, dan tips minum TTD, dipimpin oleh duta kesehatan remaja. (3) Individual: Konseling singkat oleh petugas Puskesmas/guru UKS bagi siswi yang teridentifikasi non-patuh atau memiliki Hb sangat rendah untuk mengatasi hambatan personal.
2. Argumen untuk Kepala Sekolah: Jelaskan bahwa seminar (level individu) tidak cukup. Usulkan pendekatan SEM: (1) Individu: Edukasi gizi interaktif di kelas. (2) Interpersonal: Program "Bekal Sehat dari Rumah" yang melibatkan orang tua. (3) Organisasi: Membuat kebijakan Kantin Sehat, melatih penjual kantin, dan menyediakan air minum gratis. (4) Komunitas: Mengadakan dialog dan pelatihan bagi pedagang di sekitar sekolah tentang standar higienis dan menu yang lebih sehat.

Kunci Jawaban BAB 10

a. Essay

1. Pendekatan terencana melakukan analisis situasi mendalam, melibatkan pemangku kepentingan, dan merancang intervensi spesifik (misal, untuk gizi kurang dan obesitas). Ini mengatasi akar masalah secara komprehensif, tidak seperti pendekatan non-terencana yang hanya memberikan solusi permukaan (penyuluhan umum) berdasarkan asumsi.

2. Tantangan: perbedaan kepentingan, apatisme, keterbatasan waktu, dan dinamika kekuasaan. Strategi: (1) Bentuk pokja kecil yang representatif, (2) Gunakan metode partisipatif (FGD, pemetaan masalah) untuk menggali ide, bukan hanya memberi informasi, (3) Berikan umpan balik dan tunjukkan bahwa masukan mereka dihargai dan digunakan.
3. Dokumen perencanaan menunjukkan profesionalisme. Ia tidak hanya menyajikan masalah (data prevalensi), tetapi juga membuktikan bahwa masalah tersebut telah dianalisis (relevansi), solusinya logis dan terukur (kerangka evaluasi), serta sumber daya akan digunakan secara bijak (efisiensi), sehingga meningkatkan kepercayaan calon donor/pembuat kebijakan.
4. Contoh: sebuah sekolah dengan masalah siswa sering lemas di kelas. Petugas promkes membuat program "Sarapan Sehat" yang bagus. Ternyata, setelah digali, akar masalahnya adalah banyak siswa begadang main gawai, bukan tidak sarapan. Perencanaan berbasis data (wawancara mendalam) akan mengungkap masalah sebenarnya.
5. Pilihan (b) lebih unggul. Melatih guru dan kader menciptakan agen perubahan yang berkelanjutan di dalam sistem sekolah, memastikan keberlanjutan dan jangkauan jangka panjang. Seminar akbar (a) cenderung berdampak sesaat (efektivitas rendah), kurang personal, dan tidak membangun kapasitas internal sekolah.

b. Pilihan Ganda

1. B
2. C

3. C
4. D
5. B
6. C
7. A
8. B
9. B
10. C

c. Studi Kasus / Proyek

1. Langkah strategis: (1) **Asesmen Cepat Berbasis Data**: Observasi jenis jajanan, waktu puncak jajan, dan wawancara singkat dengan siswa untuk memahami alasan memilih jajanan tersebut (rasa, harga, pengaruh teman). Justifikasi: Mengganti asumsi dengan data awal. (2) **Diskusi Kelompok Terarah (FGD) Partisipatif**: Mengadakan FGD terpisah dengan kelompok guru dan komite orang tua untuk memetakan persepsi dan tantangan mereka. Justifikasi: Membangun dukungan dan mengidentifikasi potensi solusi dari dalam. (3) **Analisis Pemangku Kepentingan**: Memetakan semua pihak terkait (termasuk pedagang) untuk memahami pengaruh dan kepentingan mereka. Justifikasi: Mengantisipasi dukungan dan resistensi.
2. Kritik: Proposal ini mengabaikan data evaluasi perilaku dan berisiko mengulangi intervensi yang tidak efektif (masalah relevansi). Peningkatan pengetahuan tidak otomatis menjadi perubahan perilaku. Modifikasi Perencanaan: (1) Lakukan analisis lebih dalam untuk mencari tahu *gap* antara pengetahuan dan perilaku (misal, ketersediaan pilihan sehat, harga, tekanan teman). (2) Libatkan

siswa dalam merancang intervensi yang menargetkan lingkungan (misal, revitalisasi kantin, "pojok buah") dan keterampilan praktis (misal, demo masak, membaca label), bukan hanya pengetahuan. (3) Ubah indikator keberhasilan dari sekadar skor pengetahuan menjadi indikator perilaku (misal, % penjualan buah di kantin).

Kunci Jawaban BAB 11

a. Essay

1. Perencanaan menghasilkan dokumen (apa/mengapa), pengorganisasian menghasilkan struktur (siapa/bagaimana). Rencana gagal tanpa organisasi karena tidak ada kejelasan siapa koordinator, siapa menghubungi narasumber, siapa berkoordinasi dengan kantin. Tanpa struktur, rencana hanya menjadi dokumen mati yang tidak dapat dieksekusi oleh tim.
2. Metafora "arsitek" tepat karena promotor merancang sistem kolaborasi yang kokoh dan berkelanjutan. Ini lebih fundamental dari "penyuluh" (pelaksana teknis). Arsitek membangun struktur lintas sektor (sekolah, puskesmas, orang tua) yang memastikan program jalan terus meski personil berganti, tidak bergantung pada individu.
3. Konsekuensi: (1) Tumpang tindih atau kekosongan tugas: guru UKS dan petugas Puskesmas saling lempar tanggung jawab pencatatan. (2) Data tidak akurat: jumlah TTD yang terdistribusi dan diminum tidak valid. (3) Penanganan efek samping buruk: tidak ada kejelasan siapa yang harus dihubungi siswa jika mual.
4. Struktur ideal melibatkan: Kepala Sekolah (penanggung jawab/accountable), Guru UKS

(koordinator harian), Perwakilan Guru Kelas (pelaksana di kelas), Petugas Gizi Puskesmas (konsultan teknis & narasumber), Komite Sekolah (penghubung orang tua & pengawas), dan Kader Siswa (pelaksana peer-to-peer). Koordinasi melalui rapat bulanan dan grup komunikasi digital.

5. Tantangan delegasi muncul dari ketidakpercayaan koordinator, takut kehilangan kontrol, atau merasa lebih cepat dikerjakan sendiri. Delegasi ke kader adalah investasi karena memberdayakan siswa, menumbuhkan kepemilikan, dan menciptakan agen perubahan di kalangan teman sebaya, yang menjamin keberlanjutan pesan kesehatan jangka panjang.

b. Pilihan Ganda

1. B
2. C
3. C
4. B
5. A
6. C
7. B
8. B
9. D
10. C

c. Studi Kasus / Proyek

1. Kelemahan: tidak ada pembagian kerja yang jelas (sentralisasi pada Guru UKS), tidak ada koordinasi dengan guru kelas, alur komunikasi ke orang tua buruk. Langkah perbaikan: (1) Bentuk tim kerja kecil (Guru UKS, 2 guru, 1 perwakilan komite). (2) Buat bagan tugas yang jelas (siapa bagian logistik, siapa bagian edukasi, siapa bagian keuangan). (3) Buat

saluran komunikasi resmi (misal: grup WhatsApp) untuk koordinasi harian dan edaran info untuk orang tua.

2. Struktur tim awal: (1) Promotor Kesehatan (Koordinator & fasilitator utama). (2) Kepala Sekolah (Penanggung Jawab/Accountable, pemberi legitimasi). (3) Satu Guru Wali Kelas yang paling kooperatif (Champion/pelaksana awal di satu kelas percontohan). (4) Perwakilan OSIS/siswa berpotensi (calon kader, membantu distribusi). Mekanisme koordinasi: Rapat koordinasi awal untuk menyepakati peran, dilanjutkan dengan grup WhatsApp untuk komunikasi cepat dan pelaporan mingguan sederhana via pesan.

Kunci Jawaban BAB 12

a. Essay

1. Keputusan harus memprioritaskan fidelitas dengan menolak pengurangan sesi, karena berisiko menghilangkan efektivitas program. Solusi adaptif yang bisa ditawarkan adalah negosiasi jadwal tambahan, memadatkan dua topik dalam satu sesi yang lebih panjang, atau mengintegrasikan materi ke dalam mata pelajaran yang ada.
2. Monitoring berjalan bersifat strategis karena menyediakan data *real-time* tentang tantangan dan respons peserta. Data ini memungkinkan fasilitator melakukan adaptasi kecil (misalnya, mengubah cara menjelaskan atau contoh) secara cepat, sehingga program tetap relevan dan efektif tanpa mengubah komponen inti yang fundamental.
3. Peluncuran membangun fondasi sosial: komitmen, rasa kepemilikan, dan dukungan dari pemangku

kepentingan (kepala sekolah, guru). Tanpa fondasi ini, pelaksanaan intervensi inti akan menghadapi resistensi, kurangnya partisipasi, dan kendala non-teknis, sehingga sebagus apapun materi intervensi tidak akan tersampaikan secara efektif.

4. Tindakan ini adalah contoh adaptasi yang baik karena menyesuaikan konten dengan konteks lokal agar relevan. Batas adaptasi tercapai jika perubahan tersebut menghilangkan pesan gizi inti. Misalnya, jika semua contoh diganti makanan lokal tetapi tidak lagi bisa menjelaskan konsep karbohidrat, protein, dan lemak.
5. Kerangka Persiapan Akhir: 1) Logistik: Cek ketersediaan dan fungsi alat peraga (misal, food model) untuk memastikan demonstrasi berjalan lancar. 2) Tim: Lakukan briefing peran untuk setiap fasilitator agar tidak tumpang tindih. 3) Pemangku Kepentingan: Konfirmasi final jadwal dengan guru UKS untuk mencegah bentrok kegiatan.

b. Pilihan Ganda

1. C
2. B
3. C
4. D
5. C
6. B
7. C
8. C
9. B
10. D

c. Studi Kasus / Proyek

1. Kerangka jawaban harus mencakup: 1) Analisis masalah: Identifikasi kesenjangan antara desain program (urban, digital) dan konteks (rural, non-digital, pangan lokal). 2) Adaptasi: Mengganti media digital dengan media cetak (poster, lembar balik), mengganti contoh menu modern dengan resep lokal bergizi seimbang, melibatkan tokoh masyarakat dalam penyuluhan. 3) Menjaga Fidelitas: Memastikan materi yang diadaptasi tetap mencakup informasi kunci tentang zat besi, protein, dan vitamin untuk pencegahan anemia.
2. Kerangka jawaban harus mencakup: 1) Analisis penyebab: Kegagalan mungkin terjadi karena sosialisasi awal tidak cukup melibatkan dan membangun komitmen penjual kantin dan guru. Monitoring berjalan tidak dilakukan untuk mendeteksi penurunan penjualan dan resistensi secara dini. 2) Rencana perbaikan: Lakukan sosialisasi ulang yang lebih fokus pada penjual kantin (menjelaskan potensi keuntungan), bentuk tim monitoring kecil (guru, siswa) untuk memantau harian, dan berikan insentif/penghargaan bagi penjual/kelas yang paling patuh.

Kunci Jawaban BAB 13

a. Essay

1. Penyuluhan konvensional berfokus pada transfer informasi (kognitif), targetnya individu, dan ukurannya pengetahuan. Pemberdayaan melibatkan domain kognitif, psikologis, perilaku; targetnya sistem keluarga; dan ukurannya adalah kemandirian

keluarga dalam mengubah perilaku secara berkelanjutan, bahkan setelah program selesai.

2. Pengetahuan gizi (kognitif) tidak akan menjadi perilaku jika lingkungan makan tidak mendukung. Gawai mengganggu *mindful eating*, membuat anak tidak peka pada sinyal kenyang dan tidak menikmati makanan sehat. Ini menciptakan jurang antara tahu (kognitif) dan melakukan (perilaku), meniadakan efek edukasi.
3. Domain paling krusial adalah psikologis (kepercayaan diri/self-efficacy). Pengetahuan (kognitif) dan keterampilan (perilaku) tidak akan berkelanjutan jika keluarga tidak merasa yakin dan termotivasi dari dalam untuk melanjutkan praktik baik tanpa kehadiran fasilitator. Kepercayaan diri adalah mesin penggerak kemandirian.
4. Strategi: (1) Sesi edukasi khusus ayah dengan pendekatan "gizi untuk prestasi anak". (2) Lomba memasak bekal sehat ayah & anak. (3) Membentuk grup WhatsApp "Ayah Hebat Sadar Gizi" untuk berbagi tips dan menjadi *role model* bagi ayah lain.
5. Setuju. Keluarga adalah fondasi dan ekosistem mikro utama. Tanpa memberdayakan keluarga sebagai *gatekeeper* dan *role model*, upaya di sekolah hanya bersifat sementara dan parsial. Anak akan kembali ke lingkungan rumah (seringkali obesogenik) yang meniadakan semua kebiasaan baik yang diajarkan di sekolah.

b. Pilihan Ganda

1. C.
2. C.
3. D.

4. B.
5. C.
6. B.
7. C.
8. B.
9. B.
10. C.

c. Studi Kasus / Proyek

1. Rencana harus fokus pada domain psikologis dan perilaku. Strategi: (1) Latihan *role-playing* untuk Ibu Sinta tentang cara menolak rengekan anak dengan tegas tapi edukatif (psikologis). (2) Sesi *meal-prep* mingguan bersama untuk menyiapkan bahan masakan setengah jadi (perilaku). (3) Membuat "kontrak keluarga" yang disepakati bersama (termasuk anak) tentang aturan jajan (perilaku & psikologis).
2. Proposal harus menggeser fokus ke rumah. Strategi: (1) Mengadakan lokakarya "Kreasi Bekal Sehat & Cepat" untuk orang tua (*gatekeeper*). (2) Mengundang ayah/ibu sebagai "Duta Gizi" untuk demo masak di kelas (*role model*). (3) Memberikan materi edukasi singkat via grup WA orang tua tentang cara menjawab pertanyaan anak soal makanan (*pendidik*).

Kunci Jawaban BAB 14

a. Essay

1. Evaluasi formatif (observasi kantin, wawancara siswa) memungkinkan perbaikan *real-time* (mengganti poster). Evaluasi sumatif (survei akhir, data penjualan) membuktikan efektivitas akhir. Hanya sumatif akan melewatkan kesempatan perbaikan,

mungkin hasilnya buruk karena masalah proses yang tidak terdeteksi. Hanya formatif tidak bisa membuktikan dampak akhir.

2. Keterbatasannya adalah hanya mengukur pelaksanaan, bukan efektivitas. Pendekatan ini tidak dapat menjawab apakah program benar-benar mengubah pengetahuan, perilaku, atau status gizi siswa. Tanpa bukti hasil dan dampak, sulit untuk membenarkan penggunaan sumber daya dan meyakinkan pemangku kepentingan untuk melanjutkan atau mendanai program.
3. Proses: Memastikan 90% siswa mengikuti minimal 3 sesi edukasi sarapan. Hasil: Meningkatkan skor pengetahuan tentang menu sarapan sehat sebesar 40%. Dampak: Menurunkan proporsi siswa yang tidak sarapan dari 30% menjadi 10% dalam satu semester. Akuntabilitas: Menyajikan laporan hasil kepada komite sekolah.
4. Hasil (pengetahuan) adalah prekursor dampak (status gizi). Mengukur dampak (penurunan anemia) lebih sulit karena membutuhkan waktu lebih lama untuk perubahan biologis terjadi, memerlukan pengukuran klinis (tes Hb), dan lebih rentan terhadap faktor perancu di luar program. Indikator hasil: skor pengetahuan. Indikator dampak: prevalensi anemia (%).
5. Akuntabilitas penting untuk menunjukkan program berjalan efektif dan sumber daya digunakan dengan baik. Saya akan memulai dengan data dampak yang paling kuat (misal: penurunan % siswa obesitas) dan hasil (peningkatan aktivitas fisik). Data proses (partisipasi tinggi) digunakan sebagai bukti bahwa program dijalankan dengan baik.

b. Pilihan Ganda

1. C.
2. B.
3. B.
4. C.
5. C.
6. B.
7. C.
8. D.
9. C.
10. C.

c. Studi Kasus / Proyek

1. (a) Pertanyaan: Apa penyebab siswa masih memilih minuman manis? Bagaimana persepsi siswa terhadap metode edukasi saat ini? (b) Metode: *Focus Group Discussion* (FGD) dengan siswa untuk mendalami persepsi dan preferensi; Observasi terstruktur di kantin saat jam istirahat. (c) Rekomendasi: Mengganti edukasi klasikal dengan lomba membuat infused water, menunjuk "Duta Air Putih" di setiap kelas, atau bekerja sama dengan kantin untuk promosi beli air putih gratis botol.
2. Kerangka: Mulai dengan pencapaian puncak (data dampak): "Program berhasil menurunkan prevalensi anemia sebesar 12%". Lanjutkan dengan data hasil kunci: "Kepatuhan minum TTD mencapai 85% berkat edukasi efektif". Data proses (misal: 100% sekolah menerima logistik tepat waktu) disajikan sebagai bukti kelayakan operasional. Penekanan pada penurunan anemia (dampak) dan kepatuhan (hasil) efektif karena langsung menunjukkan manfaat

kesehatan dan perubahan perilaku, yang menjadi justifikasi kuat untuk investasi kebijakan publik.

GLOSARIUM

Anemia: Kondisi kekurangan sel darah merah sehat atau hemoglobin, menyebabkan penurunan kapasitas darah untuk membawa oksigen ke seluruh tubuh.

Gizi Institusi: Bidang gizi yang berkaitan dengan perencanaan, penyelenggaraan, dan pengawasan makanan dalam jumlah besar di lembaga seperti sekolah, rumah sakit, atau pabrik.

Gizi Klinis: Cabang ilmu gizi yang berfokus pada penanganan masalah gizi yang berkaitan dengan penyakit, seringkali melibatkan terapi diet khusus.

Gizi Masyarakat: Perspektif gizi yang berfokus pada promosi kesehatan dan pencegahan masalah gizi pada level kelompok atau populasi.

Gizi Olahraga: Aplikasi prinsip gizi untuk mendukung performa atlet, pemulihan, dan kesehatan secara keseluruhan.

Gizi Perorangan: Fokus ilmu gizi pada kebutuhan nutrisi individu dalam kondisi sehat maupun sakit, serta faktor-faktor yang memengaruhinya.

Ilmu Gizi: Cabang ilmu yang mempelajari hubungan antara makanan yang dikonsumsi dengan kesehatan tubuh, meliputi proses pencernaan, penyerapan, metabolisme zat gizi, serta dampak terkait pangan dan status g

10 Pesan Umum Gizi Seimbang: Panduan praktis sehari-hari yang menerjemahkan prinsip-prinsip gizi seimbang agar

lebih mudah dikomunikasikan kepada masyarakat, termasuk anak-anak dan orang tua.

4 Sehat 5 Sempurna (4S5S): Konsep gizi sebelumnya yang berfokus pada kelengkapan jenis makanan tanpa menek

Anak Prasekolah: Anak dalam rentang usia 3-6 tahun yang ditandai dengan pertumbuhan fisik yang stabil, perkembangan pesat pada aspek motorik, kognitif (tahap pra-operasional), bahasa, dan sosial-emosional, serta mulai membentuk fondasi perilaku makan yang akan terbawa hingga dewasa.

Anak Usia Sekolah: Individu dalam rentang usia 6-12 tahun, bertepatan dengan pendidikan SD, ditandai pertumbuhan fisik stabil, perkembangan kognitif operasional konkret, perluasan lingkungan sosial, dan peningkatan kemandirian.

Double burden of malnutrition: Fenomena koeksistensi masalah gizi kurang dan gizi lebih dalam satu populasi, komunitas, atau bahkan individu.

Gizi kurang (Under-nutrition): Kondisi kekurangan asupan gizi yang dapat bermanifestasi sebagai kurus, pendek, atau kekurangan mikronutrien, berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan.

IMT/U (Indeks Massa Tubuh menurut Umur): Indikator antropometri yang digunakan untuk menilai status gizi anak, membandingkan berat badan dengan tinggi badan relatif terhadap usia dan jenis kelamin.

Kurus (Wasting): Kondisi gizi kurang akut yang ditandai dengan berat badan yang tidak sepadan dengan tinggi badan (IMT/U < -2 SD), mencerminkan kekurangan gizi yang baru terjadi.

Late childhood: Istilah lain untuk masa usia sekolah (6-12 tahun) yang ditandai oleh laju pertumbuhan fisik yang lebih lambat dan stabil dibandingkan periode sebelumnya atau sesudahnya.

Peer group: Kelompok teman sebaya yang memiliki pengaruh signifikan terhadap perilaku dan pilihan seorang anak, termasuk dalam hal konsumsi makanan.

Peer teaching: Metode edukasi di mana anggota kelompok sebaya saling mengajar atau memengaruhi satu sama lain, dapat dimanfaatkan untuk promosi gizi positif.

Perkembangan Kognitif Operasional Konkret: Tahap perkembangan kognitif menurut Piaget pada anak usia sekolah, di mana mereka mampu berpikir logis tentang peristiwa konkret dan memahami konsep sebab-akibat sederhana.

Pertumbuhan laten: Periode pertumbuhan fisik yang lebih lambat dan stabil pada anak usia sekolah (6-12 tahun) dibandingkan dengan percepatan pertumbuhan pada masa balita atau remaja.

Anemia defisiensi besi: Kondisi di mana kadar hemoglobin dalam darah berada di bawah normal akibat kekurangan zat besi, menyebabkan penurunan kapasitas darah mengangkut oksigen ke seluruh tubuh.

Defisiensi mikronutrien: Kekurangan asupan vitamin dan mineral esensial yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah kecil namun vital untuk fungsi fisiologis.

Gaya hidup sedentari: Pola hidup yang ditandai dengan minimnya aktivitas fisik dan banyak menghabiskan waktu dalam posisi duduk atau berbaring.

Malnutrisi: Kondisi gizi yang tidak seimbang, mencakup gizi kurang (undernutrition) maupun gizi lebih

(overnutrition), yang berdampak negatif pada kesehatan.

Menarche: Peristiwa menstruasi pertama pada remaja putri, menandai dimulainya siklus reproduksi dan pematangan organ seksual.

Mineralisasi tulang: Proses biologis pemb

Anemia defisiensi besi (ADB): Kondisi kekurangan sel darah merah sehat akibat tubuh tidak memiliki cukup zat besi, sangat prevalen pada remaja putri.

Antioksidan: Senyawa yang melindungi sel-sel tubuh dari kerusakan akibat radikal bebas, dapat didiskusikan dalam konteks gizi yang lebih kompleks.

Antropometri: Metode penilaian status gizi yang didasarkan pada pengukuran dimensi tubuh dan komposisinya, sering digunakan karena non-invasif dan relatif murah.

Berat Badan menurut Umur (BB/U): Indeks antropometri yang menggambarkan massa tubuh relatif terhadap usia, sensitif terhadap perubahan status gizi jangka pendek dan panjang.

Dokter Kecil: Program di tingkat sekolah dasar di Indonesia yang melatih siswa untuk menjadi agen promosi kesehatan di sekolah dan keluarga.

Fasilitator: Peran dalam proses pembelajaran atau promosi kesehatan yang memandu proses penemuan dan diskusi, bukan sebagai "guru" yang hanya menyampaikan informasi.

Isi Piringku: Pedoman gizi seimbang di Indonesia yang menggambarkan proporsi makanan yang ideal dalam satu piring untuk setiap kali makan.

Kader Kesehatan Remaja (KKR): Program di Indonesia yang melatih remaja untuk menjadi agen promosi kesehatan di lingkungan sekolah atau komunitas mereka.

Peer educator: Individu (biasanya teman sebaya) yang dilatih untuk menyampaikan informasi dan mempromosikan perilaku sehat kepada kelompok sebayanya.

Peer teaching: Strategi promosi kesehatan yang memanfaatkan pengaruh teman sebaya untuk menyebarkan informasi dan membentuk norma perilaku sehat di antara kelompok usia yang sama.

Pendekatan didaktik: Pendekatan pembelajaran yang bersifat satu arah dan

Demonstrasi Memasak: Metode kelompok yang mengajarkan keterampilan praktis terkait gizi melalui peragaan langsung, seringkali untuk menu gizi seimbang.

Diskusi Kelompok Terarah (DKT): Metode kelompok yang melibatkan diskusi terpandu dengan sekelompok kecil individu untuk membahas topik atau tantangan tertentu.

Health Belief Model (HBM): Model promosi kesehatan yang beranggapan bahwa tindakan pencegahan penyakit dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap kerentanan, keseriusan, manfaat, dan hambatan.

Konseling Gizi: Metode individual di mana seorang ahli gizi bekerja langsung dengan klien untuk menyusun rencana makan personal dan mengatasi hambatan gizi.

Metode Individual: Pendekatan promosi gizi yang berfokus pada interaksi satu lawan satu, memungkinkan intervensi yang sangat personal dan mendalam.

Metode Kelompok: Pendekatan promosi gizi yang menargetkan sekelompok kecil individu dengan karakteristik atau masalah serupa, menciptakan dinamika kelompok yang suportif.

Metode Massa: Pendekatan promosi gizi yang dirancang untuk menjangkau audiens yang sangat besar dan heterogen dalam waktu singkat, seringkali melalui media atau acara besar.

Model Promosi Kesehatan: Kerangka kerja konseptual sistematis yang memandu seluruh proses intervensi, dari analisis masalah hingga evaluasi, seringkali berbasis teori.

Permainan Edukatif: Metode kelompok yang menggunakan aktivitas interaktif, seperti ular tangga gizi, untuk memfasilitasi pembelajaran tentang gizi.

Theory of Planned Behavior (TPB): Model promosi kesehatan yang menyatakan bahwa niat berperilaku adalah prediktor terbaik perilaku, dibentuk oleh sikap, norma subjektif, dan persepsi kontrol perilaku.

Analisis Situasi: Proses mengidentifikasi kondisi "di mana kita sekarang" terkait masalah gizi, yang menjadi dasar untuk perencanaan program yang relevan dan berbasis bukti.

Berbasis Data (Data-Driven): Prinsip perencanaan yang mengharuskan setiap keputusan, mulai dari identifikasi masalah prioritas hingga penentuan metode intervensi,

Akuntabilitas: Prinsip pertanggungjawaban penuh atas tugas dan hasil yang telah didelegasikan dalam sebuah program.

Alokasi Sumber Daya: Proses penataan dan pembagian sumber daya yang tersedia, baik manusia, finansial,

maupun material, untuk mencapai tujuan program secara efisien.

Arsitek Organisasi: Istilah yang menggambarkan kompetensi seorang promotor kesehatan dalam merancang sistem kerja kolaboratif yang solid untuk program.

Kejelasan Peran: Penetapan secara eksplisit mengenai tugas, wewenang, dan tanggung jawab setiap individu atau unit kerja dalam sebuah program untuk menghindari tumpang tindih atau kekosongan tugas.

Koordinasi: Proses membangun jalur komunikasi dan kerja sama formal maupun informal antar berbagai pihak yang terlibat dalam program untuk mencapai tujuan bersama.

Optimalisasi Sumber Daya: Pemanfaatan sumber daya program (dana, waktu, personil, peralatan) secara paling efisien untuk mencegah pemborosan dan memastikan dampak maksimal.

Pengorganisasian: Proses fundamental untuk menerjemahkan rencana strategis menjadi struktur kerja operasional melalui penataan dan alokasi sumber daya.

Pengorganisasian Program Promosi Kesehatan: Proses menstrukturkan, mengelompokkan, dan mendelegasikan tugas, wewenang, serta tanggung jawab kepada individu atau unit kerja, dan mengalokasikan sumber daya yang ada untuk memastikan seluruh aktivitas program dapat dilaksanakan secara terkoordinasi demi mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Pemangku Kepentingan: Berbagai pihak yang memiliki kepentingan atau terlibat dalam pelaksanaan program, baik internal maupun eksternal.

Perencanaan: Tahap manajerial yang menghasilkan dokumen berupa proposal atau rencana aksi yang menjawab pertanyaan "apa" dan "mengapa" suatu program.

Promotor Kesehatan: Individu yang bertanggung jawab dalam merancang dan menjalankan program promosi kesehatan, seringkali dituntut memiliki kompetensi sebagai "arsitek organisasi".

Struktur Kerja: Sistem atau kerangka yang dihasilkan dari proses pengorganisasian, menunjukkan "siapa melakukan apa" dan "bagaimana mereka bekerja sama".

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS): Program kesehatan di lingkungan sekolah yang keberhasilannya sangat bergantung pada pengorganisasian yang mampu mengintegrasikan berbagai pihak.

Adaptasi: Modifikasi program agar sesuai dengan konteks, budaya, dan sumber daya lokal tanpa mengorbankan komponen intinya.

Fidelitas: Sejauh mana program dilaksanakan sesuai dengan rancangan aslinya, menjaga komponen inti agar efektivitasnya terjaga.

Implementasi: Proses menerjemahkan rencana program menjadi serangkaian tindakan nyata di lapangan, bersifat adaptif dan berorientasi tindakan.

Implementasi Program Promosi Kesehatan: Serangkaian aktivitas untuk melaksanakan intervensi yang telah direncanakan, mengerahkan sumber daya untuk

mencapai tujuan program melalui tindakan nyata, serta melibatkan monitoring dan penyesuaian berkelanjutan.

Komponen inti: Bagian esensial dari sebuah program berbasis bukti ilmiah yang tidak boleh diubah agar efektivitasnya terjaga.

Promotor kesehatan: Individu atau pihak yang bertanggung jawab untuk menyampaikan pesan dan intervensi promosi kesehatan kepada sasaran.

Tahap Peluncuran dan Sosialisasi: Kegiatan resmi untuk memulai program dan membangun komitmen dari pemangku kepentingan, menjelaskan tujuan dan manfaat program.

Tahap Persiapan Akhir: Tahap "geladi bersih" sebelum program diluncurkan, meliputi konfirmasi jadwal, ketersediaan materi, briefing tim, dan logistik.

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS): Program kesehatan di sekolah yang melibatkan banyak pihak untuk meningkatkan kesehatan siswa.

Domain Kognitif: Aspek pemberdayaan yang berfokus pada peningkatan pengetahuan dan kesadaran kritis keluarga mengenai gizi, termasuk pemahaman tentang pentingnya gizi seimbang dan cara menyiasati keterbatasan anggaran.

Domain Perilaku: Aspek pemberdayaan yang melibatkan peningkatan keterampilan praktis keluarga, seperti membaca label gizi

Akuntabilitas: Tujuan evaluasi yang berfokus pada pertanggungjawaban program kepada pemangku kepentingan.

Evaluasi: Proses sistematis untuk mengumpulkan, menganalisis, dan menginterpretasikan informasi guna

menilai sejauh mana suatu program telah mencapai tujuannya dan dampaknya.

Evaluasi Formatif: Jenis evaluasi yang

INDEKS

A

adaptasi, 276, 277, 279, 290, 292, 293, 295, 297, 383, 384
Agribisnis, v
ahli gizi, 16, 17, 29, 31, 32, 72, 98, 117, 124, 192, 199, 215, 247, 256, 303, 316, 317, 318, 319, 371, 395, 406
akuntabilitas, 226, 251, 262, 264, 266, 268, 328, 342, 344, 345, 347, 349
alokasi sumber daya, 224, 248, 249, 264, 273, 397
anak usia sekolah, 11, 12, 14, 15, 18, 20, 21, 24, 27, 29, 31, 34, 36, 38, 41, 43, 45, 48, 49, 76, 78, 79, 82, 86, 89, 90, 96, 97, 98, 100, 147, 149, 165, 170, 171, 172, 173, 175, 178, 183, 187, 189, 191, 195, 198, 206, 212, 222, 224, 237, 249, 272, 273, 274, 275, 281, 284, 285, 292, 299, 303, 305, 313, 317, 327, 328, 331, 353, 393, 414
arsitek organisasi, 250, 264, 266, 268, 398

B

beban gizi ganda, 77, 82, 84, 96, 99, 101
bukti ilmiah, 276, 294, 313, 315, 399

D

demonstrasi memasak, 199, 212, 216, 218, 377
diskusi kelompok terarah (DKT), 199, 378
double burden of malnutrition, 12, 55, 59, 69, 73, 77, 82, 96, 99, 103, 107, 119, 122, 126, 130

E

edukasi gizi, 15, 23, 24, 42, 46, 49, 54, 66, 80, 96, 97, 98, 134, 144, 184, 202, 233, 237, 246, 276, 293, 314, 339, 348, 360
edukasi gizi seimbang, 15, 42, 134, 276, 360
edukasi jajanan sehat, 225, 276, 329
Efisiensi, iii, iv, vi, viii
Ekspor, v
Elastisitas Permintaan, iv

F

Faktor Produksi, iii
fidelitas, 275, 276, 277, 288, 289, 290, 292, 293, 295, 297, 315, 383

G

gizi kurang, 25, 33, 59, 64, 69, 73, 74, 80, 82, 86, 90, 96, 105, 107, 112, 122, 125, 130, 133, 147, 151, 159, 160, 166, 167, 169, 200, 218, 225, 229, 378, 392, 393
gizi lebih, 25, 55, 59, 64, 69, 73, 76, 77, 80, 82, 84, 90, 96, 98, 99, 107, 108, 112, 122, 125, 130, 131, 133, 143, 151, 152, 155, 157, 158, 159, 162, 166, 167, 169, 229, 366, 392, 393

H

Hambatan Non-Tarif, vi
Harga Dunia, v
hierarki pelaporan, 249, 270

I

implementasi, 37, 53, 191, 192, 193, 196, 197, 200, 208, 211, 218, 223, 227, 231, 232, 234, 238, 239, 247, 248, 261, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 279, 281, 284, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 297, 309, 314, 326, 342
Impor, v
IMT/U, 22, 25, 64, 65, 66, 82, 83, 89, 90, 91, 92, 94, 99, 102, 112, 113, 114, 125, 134, 135, 136, 147, 151, 152, 155, 156, 158, 159, 162, 165, 166, 167, 169, 372, 373, 392
Inelastis, v

J

jajanan sehat, 22, 46, 80, 157, 200, 214, 217, 253, 261, 285, 325, 327

K

kampanye gizi, 198, 199, 336
karakteristik anak usia sekolah, 173
kejelasan peran, 251, 264, 266, 268
Kelangkaan, ii
Keunggulan Absolut, v
kognitif operasional konkret, 99
komponen inti, 13, 276, 286, 292, 293, 296, 297, 383, 398

komunikasi, 49, 56, 69, 125, 158, 176, 177, 179, 192, 209, 228, 232, 249, 252, 255, 262, 264, 268, 298, 375, 382, 383, 397, 414
konseling gizi, 31, 68, 95, 125, 157, 199, 212, 218, 227, 313, 315, 329, 338, 370, 371
Konsep dasar gizi, 21
koordinasi, 33, 228, 246, 248, 249, 250, 252, 255, 260, 261, 262, 263, 264, 266, 271, 382, 383
Kuota Impor, vi
kurus, 12, 22, 35, 60, 64, 69, 77, 82, 96, 99, 150, 151, 162, 166, 372, 392

L

late childhood, 79

M

media sosial, 42, 88, 104, 106, 110, 111, 119, 122, 127, 129, 131, 134, 140, 141, 143, 145, 160, 176, 177, 181, 192, 198, 199, 210, 218, 233, 369, 371, 378
Mekanisme Pasar, v
metode individual, 199, 200, 215
metode kelompok, 200, 212, 214, 216
metode massa, 200, 212, 214, 377
Model Heckscher-Ohlin, v
model promosi gizi, 195, 197, 200

O

Output, viii

P

Pangan, vii
Pedoman gizi seimbang, 394
peer group, 80, 106, 119, 120, 122, 209, 367
peer teaching, 81, 170, 171, 172, 175, 178, 187, 189, 190, 191, 192, 193, 331, 375
pelaksanaan kegiatan, 260, 275, 277, 278, 292
pemangku kepentingan, 223, 225, 239, 240, 249, 250, 257, 260, 261, 264, 266, 268, 271, 278, 279, 294, 295, 330, 333, 342, 378, 384, 388, 399, 414
Penawaran Internasional, v
Pendekatan promosi gizi anak usia sekolah, 187
pengorganisasian, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 257, 264, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 278, 381, 398
pengorganisasian program promosi kesehatan, 253, 268, 269

Perdagangan Internasional, v, vi
perencanaan program, 92, 222, 242, 341, 396
Perencanaan promosi kesehatan gizi anak usia sekolah, 239
perkembangan kognitif, 11, 18, 24, 27, 54, 60, 69, 72, 73, 77, 79, 81, 96, 97, 98, 108, 138, 151, 162, 205, 209, 392, 393
perkembangan psikososial, 71
permainan edukatif, 185, 198, 199, 281, 324
pertumbuhan fisik, 11, 15, 18, 24, 27, 55, 57, 59, 69, 73, 79, 82, 93, 96, 97, 98, 99, 100, 137, 209, 392, 393

S

Subsidi Ekspor, vi

T

tahap peluncuran, 293

U

uang jajan, 77, 81, 84, 96, 97, 101, 299, 366
UKS, 22, 25, 33, 88, 94, 157, 169, 177, 187, 193, 200, 205, 206, 208, 217, 219, 227, 233, 236, 238, 241, 247, 250, 251, 252, 255, 256, 257, 259, 260, 261, 262, 263, 268, 270, 271, 280, 286, 287, 310, 328, 334, 348, 354, 373, 378, 381, 382, 384
Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), 17, 22, 27, 42, 88, 156, 168, 173, 205, 250, 266, 278, 398, 399

W

wasting, 12, 20, 21, 35, 54, 55, 59, 60, 64, 69, 71, 73, 74, 99, 148, 150, 151, 153, 162, 166, 168, 364, 372, 373

BIODATA PENULIS



Egy Sunanda Putra, M. Gz
Dosen Program Studi Promosi Kesehatan
Jurusan Promosi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Jambi

Penulis lahir di Bangko tanggal 25 Juni 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Promosi Kesehatan Jurusan Promosi Kesehatan, Ketua Pusat Unggulan Ilmu Pengetahuan Teknologi Politeknik Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Jambi. Menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Gizi (2015) Universitas Respati Yogyakarta dan S2 Ilmu Gizi dari Universitas Sebelas Maret, Surakarta (2018). Penulis aktif melakukan tridharma perguruan tinggi, tim pakar audit stunting provinsi Jambi, pembicara di forum ilmiah, aktif publikasi artikel baik nasional dan internasional, pengajar atau fasilitator dan supervisior penelitian tingkat nasional (Studi Status Gizi Indonesia dan Survey Status Gizi Indonesia, Survey Kesehatan Indonesia,). Penulis melakukan kajian daerah Provinsi Jambi bersama Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, dan *Project Investing in Nutrition and Early Years (INEY)*. Penulis menguatkan perannya sebagai ahli gizi yang tergabung sebagai pengurus Dewan Pimpinan Daerah Persatuan Ahli

Gizi Indonesia Provinsi Jambi (DPD PERSAGI Jambi) dan Asosiasi Dietisien Indonesia (AsDI), serta Asosiasi Nutrisionist Indonesia (AsNI). Penulis dapat dihubungi melalui egyputra93@poltekkesjambi.ac.id.

BIODATA PENULIS



Mustamir Kamaruddin, S.Gz., M.Kes

Dosen Gizi Poltekkes Kemenkes Sorong

Penulis lahir di Ujung Pandang, Sulawesi Selatan tanggal 12 April 1990. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Gizi di Universitas Hasanuddin Tahun 2012. Menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Gizi Tahun 2016 di Universitas Hasanuddin. Penulis memulai karir sebagai Dosen di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur awal tahun 2018 dan di akhir tahun 2018 diterima sebagai CPNS Kementerian Kesehatan dengan penempatan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Sorong. Saat ini aktif melakukan kegiatan tridharma perguruan tinggi. Beberapa penelitiannya telah diterbitkan di jurnal nasional terakreditasi maupun jurnal internasional terindeks Scopus. Penulis juga sering terlibat dalam riset berskala nasional yang dilaksanakan oleh Badan Kebijakan dan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan (Ex. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan) sebagai Pelatih Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2018 dan Penangggung Jawab Teknis Provinsi / Kabupaten / Kota. Beberapa diantaranya adalah Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas, 2016), Riset Ketenagaan Bidang Kesehatan (Risnakes, 2017), Riset

Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013 dan 2018), Studi Pelaksanaan Pemantauan Pertumbuhan Balita dan Determinan Status Gizi Pada Masa Pandemi Covid-19 (SSGI, 2020), Survei Kualitas Air Minum Rumah Tangga Indonesia (SKAM-RT, 2020), Survei Status Gizi Indonesia (SSGI, 2022), Survei Kesehatan Indonesia (SKI, 2023), dan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI, 2024).

BIODATA PENULIS



Hasmar Fajriana, S.Gz., M.P.H
Dosen Jurusan Gizi, Poltekkes Kemenkes Mamuju

Lahir di Bone pada tanggal 30 Mei 1987, telah menempuh pendidikan tinggi di Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tahun 2010. Penulis kemudian menyelesaikan studi magister pada tahun 2016 di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Penulis bergabung menjadi staf pengajar di Prodi D III Gizi Poltekkes Kemenkes Mamuju sejak tahun 2010 hingga saat ini. Mata kuliah yang diampu penulis adalah ilmu gizi dasar, dietetik penyakit infeksi, dietetik penyakit tidak menular, tatalaksana gizi buruk, ilmu teknologi pangan, dan penilaian status gizi. Selain itu, penulis juga aktif sebagai penulis buku, melakukan penelitian dibidang gizi dan pangan. Hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang telah penulis lakukan dapat dilihat pada Google Scholar (ID= 6VXp1zkAAAAJ), Sinta (ID= 5989201), Scopus (ID= 57200559197).
Email Penulis: hasmarfajriana@poltekkesmamuju.ac.id

BIODATA PENULIS



Dr.Abbasiah, S.K.M., M.Kep

lahir di Kota Jambi, pada tanggal 4 November 1973, saat ini bertempat tinggal di Kota Jambi. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat di Stikes Harapan Ibu Jambi, Magister Keperawatan Peminatan Manajemen dan Kepemimpinan di FIK Universitas Indonesia, dan telah menyelesaikan studi Doktoral di Universitas Jambi peminatan Kesehatan Masyarakat. Pekerjaan yang dijalankan saat ini sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan dari tahun 2005-2022, di Jurusan Promosi Kesehatan sejak Desember 2022-sekarang. Pernah mengampu Mata Kuliah Keperawatan Dasar, Etika Keperawatan dan Hukum Kesehatan, Manajemen dan Kepemimpinan Keperawatan, dan Kewirausahaan. Pada saat ini mengampu mata kuliah, Pengantar Promosi Kesehatan, Manajemen Promosi Kesehatan, Perencanaan Promosi Kesehatan, Evaluasi Promosi Kesehatan, Pengembangan Media Promosi Kesehatan, dan Promosi Kesehatan Pada Anak Usia Sekolah. Penulis saat ini merupakan pengurus Ikatan Perawat Komunitas Propinsi Jambi, Pengurus Dewan Pengurus komisariat PPNI Poltekkes Kemenkes Jambi. Pengurus Daerah PPPKMI Propinsi Jambi. Pengalaman Profesi sebagai narasumber pengembangan Manajemen Keperawatan di RSUD H.Abdul Manap Kota Jambi,

dan narasumber Peningkatan Kapasitas Manajer Keperawatan se- Propinsi Jambi. Tim peneliti program INEY Kemenkes di Propinsi Jambi.
Motto Hidup: Perbaiki hubunganmu dengan Allah dan hamba-Nya, selebihnya serahkan kepada Allah SWT.
Email : saza_abay@yahoo.co.id

BIODATA PENULIS



Yesi Nurmawi, SKM, M.Kes

Yesi Nurmawi, SKM, M.Kes, lahir di Padang, pada 18 November 1980. Pendidikan awal penulis berasal dari Diploma Tiga Gizi Depkes Padang, lulus tahun 2001. Selanjutnya tercatat sebagai lulusan Universitas Andalas Padang Program Studi S1 dan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat. Sekarang mengabdikan diri sebagai dosen Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Jambi.
email: yesinurmawi@poltekkesjambi.ac.id

SINOPSIS BUKU

Mengapa program gizi di sekolah seringkali gagal mengubah perilaku makan anak secara permanen? Bagaimana strategi untuk memastikan pesan "Isi Piringku" tidak hanya menjadi poster di dinding, tetapi menjadi kebiasaan di meja makan? Masalah gizi anak usia sekolah di Indonesia, dari anemia hingga obesitas, menuntut lebih dari sekadar penyuluhan konvensional. Diperlukan promotor kesehatan yang mampu merancang intervensi berbasis bukti, persuasif, dan relevan dengan konteks sosial budaya anak-anak, orang tua, serta lingkungan sekolah. Buku ini adalah jawaban atas tuntutan tersebut, sebuah panduan komprehensif yang mengubah teori promosi kesehatan menjadi aksi nyata di lapangan.

Berbeda dari buku ajar lain yang sarat teori, karya ini mengadopsi pendekatan "Konsep → Contoh → Implikasi" yang unik. Setiap pembahasan model perubahan perilaku, strategi komunikasi, atau metode evaluasi selalu diilustrasikan dengan studi kasus otentik dari berbagai daerah di Indonesia. Anda akan belajar dari keberhasilan dan kegagalan program sarapan sehat, tantangan mengadvokasi kebijakan kantin sehat, hingga cara kreatif mengembangkan media edukasi yang disukai anak-anak. Buku ini membekali Anda dengan keterampilan praktis untuk melakukan asesmen, merancang pesan kunci yang efektif, berkolaborasi dengan guru dan pemangku kepentingan, serta mengukur dampak intervensi secara akurat.

Ditulis untuk mahasiswa Promosi Kesehatan, praktisi kesehatan masyarakat, dan para pendidik, buku ini adalah jembatan antara pengetahuan akademis dan kebutuhan praktis di lapangan. Jika Anda bercita-cita menjadi agen

perubahan yang mampu merancang dan melaksanakan program promosi gizi yang benar-benar berhasil meningkatkan kesehatan generasi penerus bangsa, buku ini adalah pegangan wajib Anda.