**KONSEP PENGGUNAAN MEDIA DALAM PENDIDIKAN GIZI**

**PENDIDIKAN KESEHATAN**

Pengertian tentang pendidikan kesehatan banyak macamnya yang dikemukakan oleh para ahli kesehatan masyarakat. Di bawah ini ada beberapa pengertian dari pendidikan kesehatan:

1. Menurut kamus gizi (2009), Pendidikan kesehatan adalah peningkatan pengetahuan, keterampilan dan penguasaan teknologi serta pelatihan di bidang kesehatan, termasuk di dalamnya penelitian kesehatan.

2. Menurut Wood (1926), pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan , sikap dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perseorangan, masyarakat dan bangsa. Intinya adalah bagaimana seseorang dapat berperilaku agar dapat meningkatkan kesehatannya.

3. Menurut Sjamsunir Adam (1982) pendidikan kesehatan adalah mencakup sejumlah pengalaman dari seseorang yang mengubah atau yang mempengaruhi sikap atau tindakan-tindakan yang berhubungan dengan kesehatan dan penerapannya dalam kehidupan sehari-hari.

4. Menurut Joint Committee on Terminology in Health Education of United States (1973) mengatakan, Pendidikan kesehatan adalah suatu proses yang menyangkut dimensi dan kegiatan intelektual, psikologis dan sosial yang diperlukan untuk meningkatkan kemampuan manusia dalam mengambil keputusan secara sadar dan yang mempengaruhi kesejahteraan diri, keluarga dan masyarakat.

Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu proses yang berdimensi luas untuk mengubah perilaku masyarakat sehingga norma hidup sehat dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Sebelumnya mari kita pahami yang disebut dengan pendidikan. Pendidikan adalah suatu proses penyamaan penyampaian materi pendidikan kepada sasaran pendidikan atau anak didik guna mencapai perubahan tingkah laku yang merupakan tujuan pendidikan . Karena pendidikan itu adalah suatu proses maka dengan sendirinya mempunyai unsur-unsur seperti masukan dan keluaran. Masukan proses pendidikan adalah sasaran pendidikan atau anak didik, sedangkan keluaran dari proses pendidikan adalah lulusan dengan kualifikasi tertentu sesuai dengantujuan pendidikan suatu institusi pendidikan. Lebih jelasnya proses pendidikan dapat digambarkan seperti di bawah ini.



Gambar 1.1 di atas menunjukkan komponen pendidikan meliputi komponen yang sangat menentukan keberhasilan dari proses pendidikan. Komponen tersebut seperti di bawah ini: 1. Masukan/Input. Adalah anak didik/peserta didik yang merupakan sasaran pendidikan. Masukan ini mempunyai karakteristik yang beraneka ragam. 2. Proses itu sendiri meliputi proses belajar mengajar. 3. Keluarannya adalah lulusan yang mempunyai kualifikasi tertentu sesuai dengan tujuan pendidikan. 4. Perangkat lunak meliputi kurikulum yang dipergunakan mencakup materi, bahan pelajaran, metode mengajar yang dipergunakan dan proses pembelajaran dan staf pengajar, orang yang mendidik/mengajar dalam proses pendidikan. 5. Perangkat keras meliputi gedung dan ruang tempat belajar, alat pendidikan seperti alat dan media yang dipergunakan dalam proses pendidikan serta lingkungan pendidikan. Lingkungan pendidikan sendiri meliputi lingkungan keluarga, sekolah atau masyarakat.

Pendidikan Kesehatan adalah juga merupakan suatu proses dimana komponen-komponennya sama seperti proses pendidikan. Yang bertindak sebagai pendidik adalah petugas kesehatan dan siapa saja yang berusaha mempengaruhi individu atau masyarakat untuk meningkatkan kesehatannya. Sebagai sasaran atau anak didik adalah individu atau masyarakat yang sakit ataupun yang sehat, baik anak-anak remaja maupun dewasa, masyarakat awam ataupun petugas kesehatan. Hal ini sangat tergantung pada tingkat dan tujuan pendidikan kesehatan. Yang dimaksud dengan materi dalam pendidikan kesehatan adalah ilmu kesehatan dan ilmu-ilmu lain yang terkait dengan perilaku kesehatan manusia. Materi juga sangat tergantung pada permasalahan kesehatan yang dialami oleh sasaran. Mengingat sasaran pendidikan kesehatan meliputi berbagai lapisan, maka materi pendidikan kesehatan harus disusun sedemikian rupa sesuai dengan tingkat perkembangan dan pengetahuan masyarakat. Pendidikan kesehatan kepada anak-anak berbeda dengan memberikan pendidikan pada orang dewasa, memberikan pendidikan pada masyarakat terpelajar berbeda dengan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat yang tidak berpendidikan. Dengan demikian pendidikan kesehatan pada masyarakat dengan karakteristik yang berbeda tidak dapat disamakan satu sama lainnya. Petugas kesehatan sebagai pendidik memberikan materi sesuai dengan keadaan sasaran. Demikian juga halnya dengan metode pendidikan, cara berkomunikasi dalam pendidikan kesehatan. Alat peraga atau media pendidikan disesuaikan dengan permasalahan kesehatan yang dihadapi sasaran. Lingkungan pendidikan kesehatan juga sangat berperan penting dalam keberhasilan pendidikan kesehatan. Ada tiga pusat lingkungan pendidikan kesehatan yaitu:

1. Pendidikan kesehatan dalam keluarga, pendidikan kesehatan dalam lingkup keluarga sepenuhnya menjadi tanggung jawab para orang tua. Pendidikan kesehatan dalam lingkup keluarga menitikberatkan pada penanaman kebiasaan-kebiasaan makan, norma-norma yang berkaitan dengan kebiasaan makan dan sikap hidup sehat.

2. Pendidikan kesehatan di sekolah. Pendidikan kesehatan dalam lingkup sekolah menjadi tanggung jawab para guru di sekolah. Pendidikan kesehatan di sekolah juga menanamkan kebiasaan dan norma-norma dan kebiasaan hidup sehat pada murid serta memberikan pengetahuan kesehatan.

3. Pendidikan kesehatan di masyarakat. Pada lingkup masyarakat, pendidikan kesehatan dapat dilakukan melalui lembaga-lembaga dan organisasi yang ada. Pendidikan pada lingkup ini berupa memberikan pengetahuan, memotivasi sikap dan membentuk dan membina perilaku kesehatan masyarakat.

Notoatmodjo (2010), menyatakan bahwa pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan pada masyarakat, kelompok, atau individu, dengan adanya pesan tersebut maka diharapkan masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan lebih baik. Diharapkan pengetahuan akan berpengaruh terhadap perilaku. Artinya, melalui pendidikan diharapkan akan muncul sikap positif sesuai dengan apa yang diketahuinya selanjutnya terjadi perubahan perilaku sasaran. Untuk mencapai tujuan tersebut, seorang pendidik dituntut mampu memilih metode yang tepat dalam proses pendidikan atau pembelajaran. Untuk itu, seorang pendidik kesehatan harus memiliki pengetahuan yang memadai mengenai metode-metode mengajar dan mampu menggunakannya secara efektif. Perlu dipahami bahwa setiap metode memiliki kelebihan dan kekurangan karena itu disarankan sebaiknya penggunaan metode lebih dari satu dalam setiap kegiatan pendidikan Penggunaan metode mengajar dalam pendidikan kesehatan biasanya disesuaikan dengan tujuan yang ingin dicapai, jumlah sasaran, kasus yang ditemukan. Sebagai contoh, jika pendidikan kesehatan diberikan dengan tujuan agar peserta didik memiliki perilaku menggosok gigi secara rutin dengan baik dan benar metode yang tepat adalah demonstrasi dan pembiasaan. Beberapa metode yang dapat digunakan dalam pendidikan kesehatan individual, kelompok, dan massa (public) antara lain (Notoatmodjo, 2010):

**1. Metode Pendidikan kesehatan Individual (Perorangan)**

Metode pendidikan kesehatan yang individual digunakan dengan tujuan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Misalnya, membina seorang ibu yang mulai tertarik dengan program imunisasi karena baru saja memperoleh atau mendengarkan pendidikan kesehatan. Pendekatan ini digunakan agar ibu tersebut bersedia mengimunisasikan anaknya secara rutin, pendekatan dilakukan secara perorangan. Dengan kata lain, metode pendidikan kesehatan akan dipilih dan dipertimbangkan by case atau sesuai dengan kasus yang teridentifikasi. Pendekatan perorangan tidak hanya berarti hanya dilakukan kepada yang bersangkutan, tetapi juga kepada anggota keluarga yang lain dari keluarga tersebut untuk memperoleh dukungan. Hal ini penting mengingat dapat terjadi seorang ibu yang sudah ingin menjadi akseptor KB pada akhirnya tidak dapat mengikuti Program KB karena suaminya melarang (tidak mendukung). Demikian juga seorang ibu muda yang akan memberikan kolostrum kepada bayinya gagal karena ibunya melarang (menyuruh membuang kolostrum karena dianggap asi jelek/basi).

Dasar digunakannya pendekatan individual ini adalah setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda sehubungan denganpenerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta dapat membantunya metode ini lebih tepat digunakan. Di samping itu, dengan pendekatan individual dapat dilakukan pendidikan kesehatan yang lebih intensif sehingga pemahaman masyarakat mengenai informasi kesehatan benar yang pada akhirnya terjadi perubahan perilaku. Bentuk pendekatan ini, antara lain.

a. Jenis Metode Pendidikan Individu

1) Bimbingan dan Penyuluhan Kesehatan (Guidance and conceling)

Melalui metode ini ada kontak langsung antara klien dan petugas secara intensif dalam suasana informal sehingga klien mempunyai keberanian untuk mengungkapkan permasalahan kesehatan yang dihadapi.. Dengan demikian dapat dilakukan identifikasi masalah secara langsung dan selanjutnya dibantu penyelesaiannya. Pada akhirnya diharapkan ada peningkatan pengetahuan klien yang diikuti dengan perubahan sikap yang positif sehingga dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan menerima perilaku baru tersebut (mengubah perilaku).

2) Wawancara (Interview)

Metode ini merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan kesehatan di mana identifikasi masalah digali melalui pertanyaan-pertanyaan yang diajukan oleh petugas (penyuluh). Artinya, wawancara antara petugas kesehatan dan klien dimaksudkan untuk menggali informasi latar belakang belum munculnya perilaku yang diharapkan. Misalnya, mengapa seseorang tidak/belum menerima perubahan (belum bersedia mengimunisasikan anaknya), apakah perubahan tersebut menarik/penting atau tidak, bagaimana persepsi seseorang terhadap perubahan yang diharapkan. Di samping itu, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu pendidikan kesehatan yang lebih mendalam lagi.

b. Kelebihan dan Kekurangan Metode Individual

1) Kelebihan Metode Individual

a) dapat menggali akar masalah

b) dapat membina hubungan baik secara personal yang dapat digunakan untuk menumbuhkan kepercayaan masyarakat terhadap petugas kesehatan.

c) dibutuhkan keterampilan/kemampuan komunikasi interpersonal yang baik dari pendidik kesehatan.

2) Keterbatasan Metode Individual

a) membutuhkan waktu yang lama untuk mencapai target wilayah.

b) tidak mudah untuk melakukan pendekatan perorangan agar yang bersangkutan dapat terbuka terhadap masalah yang dihadapi.

**2. Metode Pendidikan Kesehatan Kelompok**

Pendidikan kesehatan dapat dilakukan tidak hanya secara individual tetapi juga secara berkelompok. Dari segi efektivitas dan efisiensi, pendidikan kesehatan kelompok lebih efektif dan efisien karena dalam waktu singkat dapat disampaikan informasi kesehatan kepada sejumlah orang. Namun, kalau mengingat tujuan yang ingin dicapai seperti telah dikemukakan dalam metode individual setiap metode memiliki nilai efektivitas dan efisiensinya masing-masing. Dalam memilih metode pendidikan kesehatan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran termasuk perubahan perilaku yang diharapkan. Semakin homogen latar belakang pendidikan peserta didik akan semakin mudah menentukan metode atau merencanakan pendidikan kesehatan yang akan dilaksanakan. Di samping itu, besar kecilnya kelompok peserta didik juga akan mempengaruhi keberhasilan pendidikan kesehatan yang dilaksanakan. Metode yang digunakan untuk kelompok besar berbeda dengan metode yang digunakan pada kelompok kecil. Efektivitas suatu metode tergantung pada besar kecilnya sasaran. Di bawah ini disajikan metode pendidikan kesehatan untuk kelompok besar dan metode pendidikan kesehatan untuk kelompok kecil.

a. Kelompok besar

Besar kecilnya sebuah kelompok dilihat dari banyak sedikitnya anggota kelompok. Kelompok besar adalah sebuah kelompok yang memiliki jumlah anggota lebih dari 15 orang. Jumlah anggota kelompok ini menjadi salah satu pertimbangan untuk menentukan metode pendidikan yang akan digunakan agar informasi yang disampaikan dapat diterima dengan baik oleh peserta didik. Beberapa metode pendidikan untuk kelompok besar ini, antara lain:

**1) Metode Ceramah**

Metode ceramah merupakan metode pendidikan yang tertua, artinya sebelum ditemukan metode-metode lain metode ini sudah digunakan sebagai cara untuk menyampaikan pesan kepada pihak lain/peserta didik. Metode ceramah adalah cara menyampaikan pesan/informasi kepada sejumlah orang secara lisan yang bersifat satu arah. Artinya peran yang dominan ada pada pihak penyampai pesan sementara penerima pesan hanya mendengarkan. Metode apapun yang digunakan sebenarnya diawali atau dikombinasi dengan metode ceramah. Misalnya, seorang pendidik akan menggunakan metode diskusi tentu tidak mungkin begitu masuk kelas peserta didik disuruh berdiskusi namun namun harus diawali dengan pengarahan, pembentukan kelompok diskusi, pembagian tugas, dan lain-lain. Dalam kegiatan pengarahan, pembentukan kelompok diskusi, pembagian tugas, dan lain-lain inilah metode ceramah digunakan. Oleh karena itu, diharapkan setiap pendidik dapat menjadi penceramah yang baik, dan berikut adalah hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah:

(a). Persiapan Metode ceramah akan berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi yang akan diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri dengan seperti: (1). Mempelajari materi dengan baik dan sistematis. Lebih baik kalau disusun dalam diagram atau skema untuk memudahkan peserta didik memahami informasi yang disampaikan. (2). Mempersiapkan alat-alat bantu pendidikan kesehatan, misalnya makalah singkat, slide, transparan, soundsystem, dan sebagainya agar ceramah lebih menarik.

(b). Pelaksanaan Penggunaan metode ceramah akan berhasil apabila penceramah tersebut dapat menguasai sasaran ceramah. Untuk itu penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut : (1). Sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu atau gelisah (2) Suara hendaknya cukup keras dan jelas (dapat didengarkan oleh seluruh peserta didik namun tidak memekakan telinga) (3 ) Pandangan harus tertuju ke seluruh peserta ceramah (5) Berdiri di depan (di pertengahan) sebaiknya tidak dan duduk dapat bergerak sesuai kebutuhan namun tidak berlebihan (6) Menggunakan alat-alat bantu audio visual aids (AVA) semaksimal mungkin untuk menghindari verbalisme dan mempermudah peserta didik memahami informasi yang disampaikan.

(c) Kelebihan Metode Ceramah

1. dapat menyampaikan materi yang banyak dalam waktu singkat kepada sejumlah besar peserta didik
2. penceramah dapat menguasai seluruh arah pembiaraan
3. tidak terlalu banyak membutuhkan alat bantu.
4. ekonomis karena hanya bermodalkan suara

(d) Keterbatasan Metode Ceramah

1. dapat menimbulkan verbalisme dan salah persepsi
2. membosankan jika pendidik tidak menguasai teknik presentasi yang baik.
3. peserta didik pasif, bertentangan dengan azas kurikulum berbasis kompetensi.
4. seringkali perhatian peserta tidak penuh.

b). Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting, dan biasanya dianggap hangat di masyarakat. Sebagai metode pendidikan kesehatan, penyampaian materi harus dikemas sedemikian rupa dan disampaikan benarbenar oleh ahlinya. Oleh karena itu, kelebihan metode ini adalah materi disampaikan oleh ahlinya sehingga jika peserta didik merasa belum jelas akan mendapat penjelasan yang memuaskan. Sementara, kelemahan metode ini adalah karena dalam seminar dibutuhkan peran aktif dari peserta didik sehingga dibutuhkan peserta didik yang mempunyai latar belakang pendidikan yang memadai.

(1) Kelebihan

(a) Mengaktifkan peserta didik , (b) Dapat memperoleh informasi langsung dari pakar (c) Memberi kesempatan peserta didik untuk berbicara dihadapan banyak orang dan menghargai pendapat orang lain.

(2) Keterbatasan

(a) untuk satu materi perlu mencari beberapa pakar (b) untuk pelaksanaan yang baik perlu persiapan yang matang (c) harus ada manajemen waktu yang baik. 1) Kelompok kecil Apabila peserta kegiatan ini kurang dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok kecil.

Metode-metode yang cocok untuk kelompok ini antara lain :

a) Diskusi Kelompok Agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadap-hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pemimpin diskusi juga duduk di antara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Dengan kata lain peserta harus merasa berada dalam posisi yang sama, sehingga tiap anggota kelompok mempunyai kebebasan atau keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat. Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus memberikan umpan yang dapat berupa pertanyaan-pertanyaan atau kasus sehubungan dengan topik yang dibahas. Agar terjadi diskusi yang hidup maka pemimpin kelompok harus mengarahkan dan mengatur jalannya diskusi sehingga semua orang dapat kesempatan berbicara dan tidak menimbulkan dominasi dari salah seorang peserta.

(1) Kelebihan

(a) memberi kesempatan peserta didik untuk mengemukakan pendapat (b.) demokratis dan belajar bekerja sama (c) Mengembangkan dan menghargai kepemimpinan dalam peer group.

(2) Keterbatasan

(a) peserta didik mendapat informasi yang terbatas (b) jika moderator kurang berpengalaman diskusi dapat berlarutlarut. (c) dibutuhkan kemampuan berpikir ilmiah (d) dapat didominasi oleh orang yang suka bicara.

**b). Curah pendapat**

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya pada permulaannya pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah dan kemudian tiap peserta wajib memberikan jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh diberi komentar oleh siapapun. Baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirya terjadi diskusi.

(1) Kelebihan

(a) Mengaktifkan peserta didik (b) Memberi kesempatan kepada setiap peserta didik untuk menyampaikan pendapat, ide, dan lain-lain. (c) Dapat menjadi sarana pembelajaran peer group, artinya teman sendiri dapat menjadi sumber pengetahuan.

(2) Keterbatasan

(a) dapat dilaksanakan jika peserta didik telah mempunyai bekal pengetahuan mengenai topik diskusi. (b) fasilitator dapat terjebak ikut dalam curah pendapat. (d) jika fasilitator kurang terampil curah pendapat dapat berkembang keluar topik.

**c). Bola salju (snowballing)**

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang) kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang 5 menit maka tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap-tiap pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya sehingga akhirnya akan terjadi diskusi seluruh anggota kelompok. (1) Kelebihan (a) Mengaktifkan semua peserta didik (b) Pembahasan dapat meluas dan mendalam seiring pertambahan anggota kelompok. (c) Memberi kesempatan peserta didik untuk berbicara dihadapan banyak orang dan menghargai pendapat orang lain. (2) Keterbatasan (a) peserta didik yang tidak menguasai topik akan sulit mengikuti perkembangan diskusi/kelompok (b) jika fasilitator tidak terampil, akan sulit mengendalikan arah pengembangan topik. (c) harus ada manajemen waktu yang baik.

**d). Kelompok-kelompok kecil (buzz group)**

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil (buzz group) yang kemudian diberi suatu permasalahan yang sama atau tidak

sama dengan kelompok lain. Setiap kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya hasil dari tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya. (1) Kelebihan (a) Semua peserta didik dituntut aktif (b) Dapat memotivasi kelompok untuk mengembangkan kreativitasnya dalam mengerjakan tugas dengan berkompetisi dengan kelompok lain. (c) Memberi kesempatan peserta didik untuk berbicara dihadapan banyak orang dan menghargai pendapat orang lain. (2) Keterbatasan (a) jika topik berbeda-beda pendidik harus mempunyai wawasan yang luas untuk setiap topik agar jika ada permasalahan dapat dipecahkan dengan baik dan benar. (b) untuk pelaksanaan yang baik perlu persiapan yang matang (c) harus ada manajemen waktu yang baik.

**e). Memainkan peranan (role play)**

Metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter puskesmas, pasien, perawat atau bidan, dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka memperagakan, bagaimana interaksi atau komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelesaikan masalah kesehatan.

**f). Permainan simulasi (simulation game)**

Metode ini merupakan gabungan antara roleplay dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli.

Cara memainkannya sama seperti bermain monopoli atau ular tangga, dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah), selain beberan atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber/ fasilitator. Sebagai metode pendidikan kesehatan, cara memainkannya sama artinya, peserta melempar gaco, kemudian melangkah sesuai angka yang keluar saat dadu dilempar. Kemudian pemain melangkah sesuai angka tersebut dan berhenti pada satu titik. Pada saat berhenti melangkah sudah ada perintah/soal yang harus dijawab. Misalnya gejala demam berdarah yaitu ......dst.

**3. Metode Pendidikan Massal**

Metode pendidikan yang digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan secara massal, misalnya pidato Menteri Kesehatan RI dalam rangka peringatan Hari Kesehatan Nasional yang disiarkan melalui televisi nasional, penyampaian data melakukan gerakan 3 M melalui televisi, pesan tentang tanda dan gejala DBD melalui surat kabar nasional dan televisi nasional, termasuk pesan kesehatan melalui spanduk, baliho dan poster yang dipajang secara nasional.

**Pendidikan Gizi**

Pendidikan pada hakikatnya adalah proses komunikasi yang bertujuan untuk penyampaian pesan atau informasi sehingga dapat merangsang pikiran, perasaan dan minat, serta perhatian peserta didik (Haryoko 2009). Selama ini dikenal tiga jenis pendidikan, yaitu pendidikan informal, formal, dan nonformal. Pendidikan informal merupakan pendidikan yang diperoleh seseorang berdasarkan pengalaman hidupnya. Pendidikan formal merupakan sistem pendidikan yang benar-benar dilembagakan dan mempunyai tingkatan yang berurutan serta tersusun secara hirarkis, mulai dari pendidikan dasar sampai perguruan tinggi seperti sekolah umum baik negeri maupun swasta. Pendidikan nonformal merupakan sistem pendidikan di luar pendidikan formal yang diselenggarakan berdasarkan kebutuhan masyarakat seperti penyuluhan dan pelatihan (Suhardjo, 2003). Pendidikan gizi merupakan kombinasi strategi pengajaran yang disertai oleh pengaruh lingkungan yang dirancang untuk memfasilitasi perubahan dengan sengaja terhadap pemilihan pangan dan makanan serta perilaku yang berhubungan dengan gizi untuk mendapatkan kesehatan atau kehidupan yang lebih baik. Melalui sosialisasi dan penyampaian pesan-pesan gizi yang praktis akan terbentuk suatu keseimbangan antara gaya hidup dengan pola konsumsi masyarakat

(Contento 2007).

Pendidikan gizi dimaksudkan agar anak didik mengubah perilaku konsumsi pangan menuju perilaku yang lebih baik. Pendidikan gizi sangat diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan gizi anak sekolah dan membentuk sikap positif terhadap makanan bergizi dalam rangka membentuk kebiasaan makan yang baru (Khomsan 2000). Pendidikan gizi selain dimaksudkan untuk menginformasikan ide baru juga dirancang untuk mengubah perilaku masyarakat sehingga sangat penting untuk menggunakan metode yang tepat dan ilustrasi menarik yang sudah terbukti mampu membuat anak didik memahami informasi yang disampaikan (Khomsan 2000). Menurut Lucie (2005), pendidikan gizi sebagai proses perubahan perilaku tidak mudah, hal ini menuntut suatu persiapan yang panjang dan pengetahuan yang memadai bagi penyuluh maupun sasarannya, selain itu membutuhkan waktu yang relatif lama, serta membutuhkan perencanaan yang matang, terarah, dan berkesinambungan.

Pendidikan gizi pada anak mempunyai beberapa keuntungan antara lain anak-anak mempunyai pemikiran yang terbuka dibandingkan dengan orang dewasa dan pengetahuan yang diterima merupakan dasar bagi pembinaan kebiasaan makannya. Anak-anak umumnya mempunyai hasrat besar untuk ingin tahu dan mempelajari lebih jauh. Program ditingkat sekolah dasar sebaiknya ditujukan agar anak dapat memilih dan menikmati beragam makanan yang mengandung zat-zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan anak secara baik dan sehat. Salah satu tujuan umum dari pendidikan gizi adalah mengembangkan pengetahuan dan sikap tentang peranan makanan yang bergizi bagi kesehatan manusia (Suhardjo 2003).

1. Pengertian Para ahli educator gizi mendefinisikan pendidikan gizi sesuai dengan sudut pandang dan pengalaman yang berbeda. Dalam arti sempit pendidikan gizi diartikan sebagai penyebar luasan informasi tentang gizi tentang apa yang baik untuk dikonsumsi dan apa yang tidak baik untuk dikonsumsi. Di bawah ini beberapa pengertian tentang pendidikan gizi.

1. Contento Isobel R (2007) dalam buku Nutrition Education mengatakan bahwa pendidikan gizi adalah pendekatan penyebarluasan informasi gizi berdasarkan kaidah-kaidah ilmu gizi. Informasi yang disampaikan sesuai dengan masalah yang dihadapi masyarakat seperti gizi seimbang, Gangguan Akibat Kekurangan Yodium, masalah pantangan makan, masalah gizi ibu hamil dan lain sebagainya.
2. WHO (1987) dalam buku The Health Aspects of Food and Nutrition menyatakan bahwa pendidikan gizi adalah usaha yang terencana untuk meningkatkan status gizi melalui perubahan perilaku yang berhubungan dengan produksi pangan, persiapan makanan, distribusi makanan dalam keluarga, pencegahan penyakit gizi dan perawatan anak.
3. Menurut Fasli Jalal (2010) dalam sambutannya pada buku Sehat dan Bugar Berkat Gizi Seimbang menyatakan pendidikan gizi adalah suatu proses yang berkesinambungan untuk menambah pengetahuan tentang gizi, membentuk sikap dan perilaku hidup sehat dengan memperhatikan pola makan sehari-hari dan faktor lain yang mempengaruhi makanan dan membangun komitmen untuk selalu meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi baik individu maupun kelompok masyarakat.
4. Bapak Gizi Indonesia Poerwo Sedarmo (1995) dalam bukunya Gizi dan Saya, mengatakan bahwa Nutrition Education merupakan tindakan penting dalam usaha memperbaiki makanan. Tujuan pendidikan Gizi adalah membuat penduduk nutrition minded yang artinya penduduk mengerti hubungan antara kesehatan dan makanan sehari-hari, mengerti menyusun makanan lengkap yang sesuai dengan kemampuannya.
5. Dengan demikian secara umum, para pakar edukator gizi menyatakan bahwa pendidikan gizi adalah suatu proses yang berdimensi luas untuk mengubah perilaku masyarakat sehingga kebiasaan makan yang baik dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.

Menurut WHO, pendidikan gizi mempunyai tujuan mendorong terjadinya perubahan perilaku yang positif yang berhubungan dengan makanan dan gizi. Dalam undang-undang RI nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan menyatakan bahwa upaya perbaikan gizi masyarakat ditujukan untuk peningkatan mutu gizi perseorangan dan mutu gizi masyarakat. Beberapa program yang dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut antara lain pertama perbaikan pola konsumsi makan sesuai dengan gizi seimbang, kedua perbaikan perilaku sadar gizi, aktivitas fisik dan kesehatan, ketiga peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi, keempat peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi.

**Bentuk /Jenis dan Sasaran Pendidikan Gizi**

Ada beberapa bentuk dan jenis pendidikan gizi, tergantung dari sisi mana kita memandangnya. Sasaran pendidikan gizi adalah individu, kelompok ataupun masyarakat. Dilihat dari tempat dimana dilakukan , pendidikan gizi dapat di bedakan menjadi tiga yaitu:

1. Pendidikan gizi di sekolah. Pendidikan gizi sekolah adalah pendidikan gizi yang dilakukan disekolah dengan sasarannya adalah murid. Materi yang disampaikan pada pendidikan gizi sekolah sesuai dengan permasalahan gizi pada anak sekolah seperti tentang gizi seimbang, sarapan pagi yang sehat, jajanan anak sekolah yang sehat, membawa bekal ke sekolah.
2. Pendidikan gizi di Rumah Sakit. Pendidikan ini dilakukan di rumah sakit-rumah sakit dengan sasarannya adalah pasien atau keluarga pasien. Materi yang disampaikan sesuai keadaan penyakit pasien seperti diet untuk penyakit tertentu dan sebagainya. Pendidikan gizi di rumah sakit bisa berupa pendidikan kelompok misalnya pada kelompok ibu hamil yang sedang menunggu di poliklinik rumah sakit, ataupun pendidikan individu yang sering disebut konseling pada pasien penderita penyakit tertentu.
3. Pendidikan Gizi di tempat-tempat kerja. Pendidikan ini dilakukan di perusahaan-perusahaan. Sasaran pendidikan gizi di perusahaan adalah karyawan atau pegawai di perusahaan atau kantor. Materi pendidikan menyangkut gizi tenaga kerja kaitan dengan produktivitas kerja dan lain sebagainya. Misalnya gizi seimbang untuk meningkatkan produktivitas kerja, sarapan pagi penting sebelum memulai beraktivitas, atau masalah gizi pada tenaga kerja dan upaya untuk mengatasinya dan lain sebagainya.

Di samping pengelompokan berdasarkan tempat dimana dilakukan pendidikan gizi di atas, pendidikan gizi dapat juga dibedakan berdasarkan jumlah sasaran pendidikan. Di bawah ini akan dipaparkan jenis pendidikan gizi berdasarkan jumlah sasaran pendidikan gizi yang dibedakan menjadi tiga yaitu:

1. Pendidikan Gizi individu/perorangan. Sasaran pendidikan ini adalah individu perseorangan. Pendidikan individual ini biasanya digunakan untuk membina perilaku baru. Pendekatan individual ini digunakan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan permasalahan yang dihadapinya. Dengan pendekatan individual ini petugas kesehatan/gizi akan mengetahui secara tepat permasalahan dan memberikan solusi yang tepat pula untuk pemecahan masalahnya. Penerapan dari pendidikan gizi individual ini adalah konseling dan konsultasi. Dengan cara ini akan terjadi kontak yang lebih intensif antara petugas gizi (konselor) dengan sasaran (klien).
2. Pendidikan Gizi Kelompok. Pendidikan Gizi Kelompok adalah pendidikan gizi yang sasarannya kelompok dengan karakteristik yang sama. Misalnya pendidikan atau penyuluhan gizi pada ibu hamil, pendidikan gizi pada ibu menyusui, pelatihan pada kader gizi , penyuluhan anemia gizi pada remaja putri , gerakan makan sayur dan buah pada murid Taman kanak-kanan dan lain sebagainya. Dalam pendidikan gizi yang sasarannya kelompok harus mengingat besar kecilnya kelompok serta latar belakang kelompok. Untuk kelompok besar metodenya akan berbeda dengan pendidikan pada kelompok kecil. Pada kelompok besar dapat dilakukan dengan metode ceramah, seminar. Untuk kelompok kecil dapat dilakukan dengan metode diskusi kelompok, curah pendapat (brain storming), Bola salju (snow balling), bermain simulasi, bermain peran dan lainnya.
3. Pendidikan Gizi Massa (Public). Pendidikan Gizi Massa adalah pendidikan gizi yang sasarannya masyarakat luas. Pendidikan gizi semacam ini bersifat umum yaitu tidak membedakan jenis kelamin, umur, pekerjaan, status esosial ekonomi tingkat pendidikan dan sebagainya, maka pesan-pesan atau materinya harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat dipahami oleh massa tersebut. Pendidikan gizi ini biasanya dipergunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat (awareness) terhadap suatu inovasi atau perilaku baru. Beberapa penerapan pendidikan gizi yang bersifat umum seperti ceramah umum (public speaking), pidato-pidato tentang gizi, Sinetron di TV, Bill Board (spanduk, poster).

**Media Pendidikan Gizi**

Media pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran, berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu didalam proses pendidikan (Maulana 2009; Fitriani 2011). Media pendidikan gizi merupakan alat bantu yang berfungsi untuk mempermudah penyampaian pesan-pesan gizi dan kesehatan. Media dapat menghindari kesalahan persepsi, memperjelas informasi, dan mempermudah pengertian (Arsyad 2009; Fitriani 2011). Media pendidikan kesehatan memiliki beberapa fungsi, yaitu fungsi atensi, fungsi afektif, fungsi kognitif, dan fungsi kompensatori. Fungsi atensi diartikan bahwa media memiliki kekuatan untuk menarik perhatian peserta. Fungsi afektif adalah media berfungsi untuk mempengaruhi sikap dan emosi peserta didik. Fungsi kognitif diartikan bahwa gambar atau simbol-simbol lain yang digunakan dalam sebuah media akan mempercepat pencapaian tujuan pembelajaran, mengingat gambar atau lambang yang jelas akan mempermudah proses piker penerima pesan. Fungsi kompensatori yaitu sebagai pelengkap dalam konteks pemberi informasi (Taufik 2007). Media promosi kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu promosi kesehatan. Dengan demikian, sasaran dapat mempelajari pesan-pesan kesehatan dan memutuskan mengadopsi perilaku sesuai dengan pesan yang disampaikan (Notoadmodjo 2007).

Prinsip pembuatan alat peraga atau media bahwa pengetahuan yang ada pada setiap orang diterima atau ditangkap melalui panca indera. Semakin banyak panca indera yang digunakan, semakin banyak dan jelas pula pengetahuan yang diperoleh. Hal ini menunjukkan bahwa keberadaan alat peraga dimaksudkan mengerahkan indera sebanyak mungkin pada suatu objek sehingga memudahkan pemahaman. Menurut penelitian para ahli, panca indera yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke otak adalah mata (kurang lebih 75% sampai 87%), sedangkan 13% sampai 25% pengetahuan manusia diperoleh atau disalurkan melalui indera lainnya (Tanoyo 2003; Maulana 2009). Pada waktu menggunakan alat peraga atau media pendidikan, hendaknya memperhatikan hal-hal berikut:

* 1. senyum adalah lebih baik untuk mencari simpati;
  2. tunjukkan perhatian bawa hal yang akan dibicarakan adalah penting;
  3. pertahankan kontak mata;
  4. gaya bicara hendaknya bervariasi agar peserta tidak bosan dan mengantuk;
  5. libatkan peserta atau pendengar dan beri kesempatan mencoba alat-alat tersebut; dan
  6. jika perlu, berikan selingan humor agar tidak membosankan (Maulana 2009).

Media dikelompokan menjadi beberapa kelompok menurut Fitriani (2011), yaitu

* 1. Media Audio (alat bantu dengar/*audio aids*) adalah media/alat yang menstimulasi indera pendengaran atau hanya mengandalkan kemampuan suara saja. Suara berhubungan erat dengan rasa “mendengar”. Suara yang berada pada *range* pendengaran manusia sebagai *audio*, dan gelombangnya sebagai *acoustic* *signals*. Contoh media audio adalah radio, kaset *tape,* dan CD.
  2. Media Visual (alat bantu lihat/*visual aids*) adalah media/alat yang menstimulasi atau mengandalkan indera penglihatan dalam wujud visual. Contoh media visual adalah poster, *leaflet*, *flip chart* (lembar balik), *slide*, transparan OHP, komik, papan tulis, buku, majalah, dan surat kabar.
  3. Media Audiovisual (alat bantu dengar dan lihat/*audio-visual aids*) adalah media/alat yang mempunyai unsur suara dan gambar. Jenis media ini mempunyai kemampuan yang lebih baik, namun umumnya terbatas dalam hal biaya dan peralatan yang diperlukan. Contoh media audiovisual adalah film, video, televisi, komputer, dan LCD proyektor. Media yang digunakan dalam penelitian ini adalah poster, *leaflet,* dan multimedia*.*

DAFTAR PUSTAKA

Haryoko S. 2009. Efektivitas pemanfaatan media audio-visual sebagai alternative optimalisasi model pembelajaran. *Jurnal Edukasi Elektro*. 5(1):1-10 [Internet]. [diunduh 2013 Apr 8]. Tersedia pada:<http://www.journal.uny.ac.id/html>.

Suhardjo. 2003. *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Jakarta (ID): Bumi aksara.

Contento IR. 2007. *Nutrition Education: Lingking Research, Theory and Practice*. London (GB): Jones and Barlett.

Khomsan. 2005. *Pangan dan Gizi untuk Kesehatan 2*. Bogor (ID): Institut Pertanian Bogor.

Lucie S. 2005. *Teknik Penyuluhan dan Pemberdayaan Masyarakat*. Bogor (ID): Ghalia Indonesia.

Maulana HDJ. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta (ID): EGC Pr.

Fitriani S. 2011. *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta (ID): Graha Ilmu.

Arsyad A. 2009. *Media Pembelajaran*. Jakarta (ID): Raja Rafindo Persada.

Notoatmodjo. 2007. *Promosi kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta (ID): Rineka Cipta.

Tanoyo C. 2003. Studi tentang gaya gambar komik yang dipengaruhi mainstream gaya manga gaya Amerika karya komikus muda Indonesia yang diterbitkan PT. Elex Media Komputindo [Internet]. [diunduh 2013 Feb 18]. Tersedia pada: <http://www.dewey.petra.ac.id/jiunkpe/html>.

Taufik M. 2007. *Prinsip-prinsip Promosi Kesehatan dalam Bidang Keperawatan*. Jakarta (ID): Infomedia.

*Canada’s National Arts Centre*. 2013. What is a poster? [Internet]. [diunduh 2013 Jul 1]. Tersedia pada: http: <http://www.artsalive.ca/collections/posters/whatisaposter.php?lang=en>.

[Dinkes] Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. 2012. Media promosi kesehatan [Internet]. [diunduh 2013 Jul 1]. Tersedia pada: <http://dinkes.slemankab.go.id/wp> content/uploads/2012/07/Mediapromkes.pdf.

[DEPKES RI]. 2004. *Pengembangan Media Promosi Kesehatan.* Jakarta (ID):Departemen Kesehatan RI.

Mustikasari MAD. 2011. Evaluasi perencanaan tim kreatif dalam memproduksi program tayangan “masih dunia lain” trans7 [skripsi]. Jakarta (ID): UPN Veteran Jakarta.

Ewles L, Simnett. 1994. *Promosi Kesehatan Petunjuk Praktis Edisi Kedua*. Emilia O, penerjemah; Doeljachman, Hasanbasri M, editor. Yogyakarta (ID): UGM Pr. Terjemahan dari: *Promoting Health, A Practical Guide Second edition.*

Jantz C, Anderson J, Gould SM. 2002. Using computer-based assessments to evaluate interactive multimedia nutrition education among low-income predominantly Hispanic participants. *J Nutr Educ Behav.* 34:252-260.

Qingsong L. 2012. The application of multimedia technology in web education. *Phys Pro.* 33:1553-1557.doi:10.1016/j.phpro.2012.05.252. Alessi SM, Trollip SR. 2001. *Multimedia for Learning Methods and* *Development*. Massachusetts (US): Allyn and Bacon.

Tudor SL. 2013. The role of multimedia strategies in educational process. *Pro-Soc Behav Sci.* 78:682-686.doi:10.1016/j.sbspro.2013.04.375.

Ikada DC. 2010. Tingkat penerimaan buku cerita bergambar sebagai media pendidikan gizi dan pengaruhnya terhadap pengetahuan gizi anak sekolah dasar [skripsi]. Bogor (ID): Institut Pertanian Bogor.

Nababan S. 20 2. Pengaruh komik “Ayo Sarapan” terhadap pengetahuan sarapan siswa sekolah dasar di Kota Bogor [skripsi]. Bogor (ID): Institut Pertanian Bogor.

Saloso I. 2011. Pengaruh media audio (lagu anak-anak) dan media visual (kartu bergambar) terhadap pengetahuan gizi (PUGS dan PHBS) serta tingkat penerimaannya pada anak usia sekolah dasar negeri di Kota Bogor [skripsi]. Bogor (ID): Institut Pertanian Bogor.

Syarifah R. 2012. Pengembagan media pendidikan gizi berbasis multimedia tentang pedoman gizi seimbang bagi anak usia sekolah dasar [skripsi]. Bogor (ID): Institut Pertanian Bogor.

Nurlaely F. 2015. Analisis Penggunaan Media Pada Pendidikan Gizi Terhadap Pengetahuan, Sikap Dan Praktik Kebiasaan Sarapan Siswa Sekolah Dasar [skripsi]. Bogor (ID): Institut Pertanian Bogor.