

## DAFTAR ISI

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PARTISIPASI KADER DALAM KELAS IBU HAMIL DI KECAMATAN SOKARAJA KABUPATEN BANYUMAS .....	1-14
Lu'lu Nafisah, Colti Sistiarani, Siti Masfiah	
HUBUNGAN ANTARA HARGA DIRI DENGAN PENCAPAIAN <i>SUCCESSFUL AGING</i> PADA LANSIA WANITA DI DESA KARANGTENGAH .....	15-30
Raras Anggun Atika Candra <sup>1</sup> Eva Rahayu <sup>2</sup> Made Sumarwati <sup>3</sup>	
HUBUNGAN BEBAN KERJA DENGAN KINERJA BIDAN KONSELOR ASI DI PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA .....	31-48
Mina Yumei Santi, Nur Djanah, Margono	
HUBUNGAN JUMLAH ANGGOTA KELUARGA, PENGETAHUAN GIZI IBU DAN TINGKAT KONSUMSI ENERGI DENGAN STATUS GIZI ANAK SEKOLAH DASAR .....	49-56
Dyah Umiyarni Purnamasari, Endo Dardjito dan Kusnandar	
HUBUNGAN POSISI KERJA, POSISI KEPALA DAN JARAK JANGKAUAN DENGAN KELELAHAN FISIK PEKERJA BATIK DI DESA KAUMAN SOKARAJA.....	57-62
Siti Harwanti, Budi Aji, Nur Ulfah	
KAJIAN <i>STUNTING</i> PADA ANAK BALITA BERDASARKAN POLA ASUH DAN PENDAPATAN KELUARGA DI KOTA BANDA ACEH .....	63-79
Agus Hendra AL Rahmad dan Ampera Miko	
PENCEGAHAN KECELAKAAN KERJA BERBASIS <i>HUMAN AND TECHNICAL APPROACH</i> DI PURWOKERTO UTARA.....	80-91
Suryanto, Anam, A., Andodo, C.	
UPAYA PERBAIKAN GIZI 1000 HARI PERTAMA KEHIDUPAN DALAM RANGKA PENCEGAHAN STUNTING BALITA MELALUI OPTIMALISASI PERAN TENAGA GIZI DI KABUPATEN BANYUMAS .....	92-101
Erna Kusuma Wati <sup>1</sup> , Setiyowati Rahardjo <sup>2</sup> , dan Hesti Permata Sari <sup>3</sup>	

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PARTISIPASI KADER DALAM KELAS IBU HAMIL DI KECAMATAN  
SOKARAJA KABUPATEN BANYUMAS**

**FACTORS RELATED TO CADRE'S PARTICIPATION OF  
PRENATAL CLASS IN SOKARAJA SUBDISTRICT BANYUMAS  
REGENCY**

**Lu'lu Nafisah, Colti Sistiarani, Siti Masfiah  
Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan  
Universitas Jenderal Soedirman**

**ABSTRAK**

Salah satu upaya untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak adalah kelas ibu hamil dimana mereka dapat berbagi dan mendiskusikan informasi dan pengetahuan tentang kehamilan. Persentase kader yang mengikuti kelas ibu hamil di Kecamatan Sokaraja adalah 8,5%. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berkaitan dengan partisipasi kader kelas ibu hamil di Kecamatan Sokaraja. Penelitian ini menggunakan observasional analitik dengan pendekatan crosssectional. Populasi adalah seluruh kader di Kecamatan Sokaraja. Jumlah sampel 38 diperoleh secara purposive sampling berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Data diambil dengan wawancara dengan kuesioner dan analisis data menggunakan univariat dan bivariat dengan uji Chi-Square. Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel yang terkait dengan partisipasi kader kelas ibu hamil adalah pengetahuan, partisipasi dalam organisasi lain, dan motivasi internal, sedangkan variabel lain yaitu sikap, lamanya seseorang menjadi kader, akses infrastruktur, dukungan pemimpin masyarakat, dan dukungan dari bidan, tidak memiliki hubungan. Sebagai saran, kerjasama antara desa dan puskesmas perlu diadakan sosialisasi dan pelatihan tentang kelas ibu hamil melalui majelis ta'lim untuk mendukung kader untuk mengikuti kelas ibu hamil.

Kata kunci : partisipasi kader, kelas ibu hamil, sosialisasi

**ABSTRACT**

One of the efforts to improve the health of mothers and children is a prenatal class where they can share and discuss any information and knowledge of pregnancy. The percentage of cadres who participated in prenatal class in Sokaraja Subdistrict was 8,5%. The purpose of this study was for knowing the factors related to cadre's participation of prenatal class in Sokaraja Subdistrict. This study used an analytical observational with crosssectional approach. Population was all of cadres in Sokaraja Subdistrict. Samples amount 38 obtained by purposive sampling based on inclusion and exclusion criterion. Data taken by interview with questionnaire and used univariate and bivariate with Chi-Square test to analyze. The research results showed that the variables associated with cadre's participation of prenatal class were knowledge, participation in other organizations, and internal motivation, while the other variable which were attitude, the length of a person to be a cadre, access of infrastructure, the support of community leaders, and support from midwives, have no relationship. As suggestion, cooperation between village and health centers required to hold socialization and training about prenatal class through *majelis ta'lim* in order to support the cadres to participate in prenatal class.

Keywords : Cadre's Participation, Prenatal Class, Socialization

## PENDAHULUAN

Derajat kesehatan ibu dan anak di Indonesia masih memprihatinkan dilihat dari masih tingginya AKI dan AKB. Hasil dari Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 diperoleh AKI 359 per 100.0000 kelahiran hidup. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan, 52,6% dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia berasal dari enam provinsi besar, salah satunya adalah Jawa Tengah (Kemenkes RI, 2011)

Kabupaten Banyumas merupakan salah satu kabupaten/kota dengan AKI yang tinggi di Jawa Tengah. Pada tahun 2014 di Kabupaten Banyumas terdapat AKI sebesar 114,7 kasus per 100.000 kelahiran hidup, masih di bawah target MDG yaitu 102 kasus per 100 ribu kelahiran hidup pada tahun 2015. Salah satu puskesmas di Kabupaten Banyumas adalah Puskesmas I dan II Sokaraja. Data dari Puskesmas I Sokaraja menunjukkan bahwa pada tahun 2014 terjadi 2 kematian ibu, 4 kematian janin dalam rahim, 2 kematian perinatal, dan 10 kematian bayi (Puskesmas I Sokaraja, 2014). Sedangkan data dari Puskesmas II

Sokaraja menunjukkan pada tahun 2014 terjadi 1 kematian ibu, 1 kelahiran mati, dan 8 kematian bayi (Puskesmas II Sokaraja, 2014).

Salah satu program upaya percepatan penurunan AKI dan AKB dan peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak adalah kelas ibu hamil. Kelas Ibu Hamil merupakan sarana untuk belajar bersama bagi ibu hamil dalam bentuk tatap muka dalam kelompok yang bertujuan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu hamil mengenai kehamilan (Kemenkes RI, 2011).

Program kelas ibu hamil di Kabupaten Banyumas sudah ada sejak tahun 2012 dan terdapat beberapa permasalahan dalam pelaksanaannya yaitu waktu pelaksanaan yang tidak tetap, tidak terlaksana pada setiap desa, sarana prasarana tidak lengkap, pelaksanaan masih belum rutin, dan tidak ada monitoring dan evaluasi program (Winarso *dkk*, 2014).

Tahapan yang penting dalam program kelas ibu hamil adalah sosialisasi untuk mendapatkan dukungan dari tokoh masyarakat dan *stakeholders* serta memobilisasi ibu hamil. Elemen masyarakat yang berperan dalam sosialisasi adalah

kader kesehatan dimana persentase keterlibatan kader merupakan salah satu indikator penilaian program kelas ibu hamil (Kemenkes RI, 2011).

Green (1980) dalam Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku seseorang untuk berpartisipasi yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Faktor predisposisi meliputi umur, tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, motivasi internal, pekerjaan, budaya, dan lama jam kerja. Faktor pemungkin meliputi insentif, ketersediaan sarana dan prasarana, dan keterjangkauan kader terhadap kelas ibu hamil. Sedangkan faktor penguat meliputi dukungan tokoh masyarakat dan dukungan bidan.

Hasil penelitian Fitriyani (2012) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara lama menjadi kader, pengetahuan, persepsi terhadap pekerjaan, supervisi petugas puskesmas, ketersediaan sarana kerja, dan motivasi dengan kinerja kader kesehatan. Hasil penelitian Suhat dan Hasanah (2014) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan, pekerjaan, pendapatan,

dan keikutsertaan kader dalam organisasi lain dengan keaktifankader.

Berdasarkan hasil observasi pendahuluan diketahui bahwa terdapat beberapa kendala dalam pelaksanaan kelas ibu hamil di Puskesmas I dan II Sokaraja, salah satunya adalah partisipasi kader dalam kelas ibu hamil yang masih rendah dimana hanya 1 sampai 3 kader yang ikut berpartisipasi dalam sosialisasi kelas ibu hamil di tiap desa. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan partisipasi kader dalam sosialisasi kelas ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas I dan II Sokaraja.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatifmelalui pendekatan *cross-sectional*. Populasi penelitian adalah kader kesehatan di Kecamatan Sokaraja pada Maret 2015 sebanyak 443 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling* sehingga didapatkan sampel sebanyak 38 orang. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah responden yang

bersedian untuk diwawancarai dan kriteria eksklusi adalah responden yang tidak pernah berpartisipasi dalam kelas ibu hamil. Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini terdiri dari data primer yang diperoleh dari pengisian kuesioner oleh responden dan data sekunder yang diperoleh dari Puskesmas I dan II Sokaraja dan bidan desa. Analisis

data menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat (*Chi-Square*).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden berdasarkan umur kader, tingkat pendidikan, dan pekerjaan dapat dilihat pada tabel 1 berikut:

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden

Variabel	Kategori	Jumah	Persentase (%)
Umur	32-36	4	10,6
	37-41	7	18,4
	42-46	14	36,8
	47-51	10	26,4
	52-56	1	2,6
	57-61	1	2,6
	62-66	1	2,6
Tingkat Pendidikan	Tidak tamat SD	1	2,6
	SD	5	13,2
	SMP	10	26,3
	SMA	21	55,3
	Diploma	1	2,6
Pekerjaan	IRT/Tidak Bekerja	18	47,4
	Bekerja	20	52,6

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat bahwa responden sebagian besar berusia 42-46 tahun (36,8%),

berpendidikan SMA sebesar 55,3%, dan bekerja sebesar 52,6%.

### 2. Hasil Analisis Univariat

Hasil analisis univariat variabel penelitian dapat dilihat pada tabel 2 berikut:

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Variabel Penelitian

Variabel	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Pengetahuan	1. Baik	23	60,5
	2. Cukup	15	39,5
Sikap	1. Baik	20	52,6
	2. Kurang	18	47,4
Motivasi Internal	1. Tinggi	29	76,3
	2. Rendah	9	23,7



<b>dan Prasarana</b>		8	8,1	3	1,9	1	00	
	Kurang		8,6		1,4		00	
<b>Dukungan Tokoh Masyarakat</b>	Baik	5	8,2		1,8	2	00	0,055
	Kurang		1,2	1	8,8	6	00	
<b>Dukungan Bidan</b>	Baik	5	2,5		7,5	1	00	0,208
	Kurang		5,7		4,3	4	00	

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa variabel yang berhubungan ( $p < \alpha$ ) adalah pengetahuan (0,000), motivasi internal (0,007), dan keikutsertaan kader dalam organisasi lain ( $p=0,027$ ). Kader yang partisipasinya tinggi sebagian besar memiliki pengetahuan baik (78,3%), sikap baik sebesar 60,0%, memiliki motivasi internal sebesar 65,5%, menjadi kader  $\geq 10$  tahun sebesar 58,6%, ikut serta dalam organisasi lain sebesar 64,3%, memiliki sarana dan prasarana yang tersedia dengan baik dan cukup sebesar 58,1%, dukungan tokoh masyarakat baik sebesar 68,2%, dan dukungan bidan baik sebesar 62,5%.

### **Hubungan Pengetahuan dengan Partisipasi Kader dalam Sosialisasi Kelas Ibu Hamil**

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan dengan partisipasi kader. Hasil analisis menunjukkan bahwa

responden yang memiliki pengetahuan baik sebagian besar partisipasinya tinggi dalam sosialisasi kelas ibu hamil (78,3%) dan responden yang memiliki pengetahuan cukup sebagian besar partisipasinya rendah dalam sosialisasi kelas ibu hamil (86,7%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Suhat dan Hasanah (2014) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan kader dengan keaktifan kader dalam kegiatan posyandu.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan diperlukan sebagai dukungan dalam menumbuhkan rasa percaya diri maupun sikap dan perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2007).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebanyak 100% responden mengetahui pengertian kelas ibu hamil dan memahami tujuan

pelaksanaan kelas ibu hamil dalam meningkatkan keterampilan ibu hamil. Pengetahuan kader yang baik ini dapat dipengaruhi dari pemberian informasi mengenai kelas ibu hamil oleh bidan dimana 100% responden menyatakan bidan memberikan informasi mengenai pentingnya kelas ibu hamil. Hal tersebut sesuai dengan teori dari WHO *dalam* Notoatmodjo (2007) yang menyatakan bahwa pemberian informasi merupakan salah satu strategi perubahan perilaku dalam program kesehatan.

Menurut Mubarak (2010) ada 7 faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu pendidikan, pekerjaan, umur, minat, pengalaman, kebudayaan, dan kemudahan untuk memperoleh informasi.

### **Hubungan Sikap dengan Partisipasi Kader dalam Sosialisasi Kelas Ibu Hamil**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sikap tidak berhubungan dengan partisipasi kader dalam sosialisasi kelas ibu hamil. Responden yang memiliki sikap baik sebagian besar partisipasinya tinggi dalam sosialisasi kelas ibu hamil (60,0%) dan responden yang memiliki sikap kurang sebagian besar

partisipasinya rendah dalam sosialisasi kelas ibu hamil (55,6%). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Sudarsono (2010) yang menunjukkan ada hubungan antara sikap dengan kinerja kader posyandu.

Sikap merupakan perilaku tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek yang sedang diamati, sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi seseorang. Artinya sikap belum merupakan tindakan, akan tetapi predisposisi dari suatu tindakan (Notoatmodjo, 2007). Sikap merupakan cerminan persepsi kader posyandu terhadap tugas-tugas yang diembannya. Semakin baik sikap kader posyandu maka akan memiliki persepsi yang positif terhadap tugasnya sehingga dapat dan meningkatkan kinerja kader (Sudarsono, 2010).

Faktor-faktor yang seringkali menjadi acuan bagi munculnya sikap adalah media massa, pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, lembaga pendidikan, lembaga agama, dan pengaruh emosi (Azwar, 2005).

Azwar (2005) menyatakan pola *reinforcement* yang didapatkan dari

masyarakat dapat mempengaruhi pembentukan sikap dan perilaku seseorang. Ada atau tidaknya *reinforcement* dari lingkungan sekitar kader terkait partisipasinya dalam kelas ibu hamil dapat mempengaruhi sikap positif atau negatif yang terbentuk dalam diri kader terhadap kelas ibu hamil. Teori Green *dalam* Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa perilaku seseorang salah satunya dipengaruhi oleh faktor penguat berupa sikap dan perilaku tenaga kesehatan dan tokoh masyarakat yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

### **Hubungan Motivasi Internal dengan Partisipasi Kader dalam Sosialisasi Kelas Ibu Hamil**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa motivasi internal berhubungan dengan partisipasi kader dalam sosialisasi kelas ibu hamil. Responden dengan motivasi internal tinggi sebagian besar partisipasinya tinggi dalam sosialisasi kelas ibu hamil (65,5%) dan responden dengan motivasi internal rendah sebagian besar partisipasinya rendah dalam sosialisasi kelas ibu hamil (88,9%).

Motivasi internal dapat berupa keinginan berprestasi, penghargaan, tanggung jawab, dan kesempatan untuk majusehingga mampu mendorong seseorang untuk bertindak dan berpartisipasi (Notoatmodjo, 2007).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Fatmawati (2012) yang menyatakan terdapat hubungan antara motivasi dengan peran kader di posyandu.

Teori motivasi Herzberg *dalam* Djuhaeni *dkk* (2010) menyatakan bahwa motivasi internal merupakan faktor pendorong semangat guna mencapai hasil yang lebih baik. Pemuasan terhadap kebutuhan tingkat tinggi (*motivation factor*) lebih memungkinkan seseorang untuk berbuat lebih baik dibandingkan dengan pemuasan kebutuhan lebih rendah (*hygienis factor*).

Penelitian Regers *dalam* Djuhaeni *dkk* (2010) mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, terjadi proses yang diawali dengan kesadaran terhadap stimulus dalam dirinya. Proses penerimaan perilaku baru akan bersifat langgeng bila didasari pengetahuan, kesadaran, dan sikap positif.

### **Hubungan Lama Menjadi Kader dengan Partisipasi Kader dalam Sosialisasi Kelas Ibu Hamil**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lama menjadi kader tidak berhubungan dengan partisipasi kader dalam sosialisasi kelas ibu hamil. Responden yang sudah  $\geq 10$  tahun menjadi kader sebagian besar partisipasinya tinggi dalam sosialisasi kelas ibu hamil (58,6%) dan responden yang  $< 10$  tahun menjadi kader sebagian besar partisipasinya rendah dalam sosialisasi kelas ibu hamil (33,3%).

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Fitriyani (2012) yang menyebutkan bahwa ada hubungan antara lama menjadi kader dengan kinerja kader kesehatan dalam pengobatan massal filariasis.

Hasil analisis tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang menjadi kader  $< 10$  tahun sebagian besar memiliki sarana dan prasarana yang baik sebesar 66,7% sehingga dapat memudahkan kader untuk berpartisipasi dalam sosialisasi kelas ibu hamil. Sukiarko (2007) dalam Sandiyani (2011) menyatakan bahwa lama menjadi kader harus didukung dengan sarana dan prasarana yang

memadai agar penyampaian informasi dapat berjalan lancar, seperti tempat kegiatan penyuluhan bersih dan sehat, kursi, meja untuk penyuluhan dan pelayanan oleh kader, media penyuluhan, dan kartu konsultasi yang berisi pesan kepada ibu yang anaknya.

Suhat dan Hasanah (2014) menyebutkan bahwa menurunnya kinerja dan partisipasi kader posyandu disebabkan antara lain gangguan ekonomi, kejenuhan kader karena kegiatan yang rutin, dan kurang perhatian dari pemerintah setempat serta jarang dikunjungi petugas.

Menurut Kartono (2001), aktivitas bekerja seseorang dipengaruhi oleh faktor dalam diri sendiri dan faktor dari luar. Faktor dalam diri sendiri meliputi keterampilan, bakat, minat, kesehatan, motivasi, psikologi, kepribadian, dan tujuan. Sedangkan faktor dari luar meliputi lingkungan keluarga dan lingkungan tempat kerja.

### **Hubungan Keikutsertaan di Organisasi Lain dengan Partisipasi Kader dalam Sosialisasi Kelas Ibu Hamil**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keikutsertaan di organisasi lain berhubungan dengan partisipasi kader dalam sosialisasi kelas ibu hamil. Responden yang ikut serta di organisasi lain sebagian besar partisipasinya tinggi dalam sosialisasi kelas ibu hamil (64,3%) dan responden yang tidak ikut serta di organisasi lain sebagian besar partisipasinya rendah dalam sosialisasi kelas ibu hamil (80%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Suhat dan Hasanah (2014) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara keikutsertaan kader pada organisasi lain dengan keaktifan kader dalam kegiatan posyandu.

Menurut Leny dan Suyasa (2006), keaktifan berorganisasi dapat mempengaruhi kompetensi interpersonal orang tersebut. Kompetensi interpersonal adalah kemampuan individu untuk melakukan hubungan antarpribadi yang efektif dan menuntun ke arah komunikasi secara berhasil (Nashori, 2000). Kader yang aktif mengikuti organisasi di masyarakat cenderung lebih bertanggung jawab dalam kegiatan organisasi termasuk kegiatan posyandu dan memiliki akses informasi yang lebih banyak (Suhat

dan Hasanah, 2014). Organisasi lain yang diikuti oleh kader dalam penelitian ini antara lain pengajian atau *majelis ta'lim*, RT, dasawisma, dan organisasi pemberdayaan perempuan (srikandi).

### **Hubungan Ketersediaan Sarana Prasarana dengan Partisipasi Kader dalam Sosialisasi Kelas Ibu Hamil**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana tidak berhubungan dengan partisipasi kader dalam sosialisasi kelas ibu hamil. Responden yang memiliki ketersediaan sarana dan prasarana yang sedang dan partisipasinya rendah dalam sosialisasi kelas ibu hamil (71,4%) lebih besar dibandingkan dengan responden dengan ketersediaan sarana dan prasarana yang baik dan partisipasinya tinggi dalam sosialisasi kelas ibu hamil (58,1%).

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Fitriyani (2012) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara ketersediaan sarana kerja dengan kinerja kader. Ketersediaan sarana prasarana merupakan salah satu faktor pendukung tercapainya suatu

pelayanan kesehatan sehingga mampu menunjang kelancaran pelayanan kesehatan (Muhazam, 2007).

Ketersediaan sarana dan prasarana dalam penelitian ini dilihat dari sarana dan prasarana yang harus tersedia dalam kelas ibu hamil dan sarana prasarana yang dimiliki oleh kader. Sarana dan prasarana yang harus tersedia dalam kelas ibu hamil meliputi tempat yang memadai, buku pedoman, dan media penyuluhan berupa lembar balik (Kemenkes RI, 2011). Sarana dan prasarana yang dimiliki oleh kader untuk memudahkan akses kelas ibu hamil dilihat dari jarak, tempat, dan waktu. Selain itu, syarat menjadi kader salah satunya adalah memiliki waktu luang sehingga kader dapat berperan serta dengan lebih baik (Rahaju, 2005).

### **Hubungan Dukungan Tokoh Masyarakat dengan Partisipasi Kader dalam Sosialisasi Kelas Ibu Hamil**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan tokoh masyarakat tidak berhubungan dengan partisipasi kader dalam sosialisasi kelas ibu hamil. Responden yang memiliki dukungan tokoh masyarakat yang baik sebagian besar memiliki

partisipasi yang tinggi dalam sosialisasi kelas ibu hamil (68,2%) dan responden yang memiliki dukungan tokoh masyarakat yang kurang sebagian besar memiliki partisipasi yang rendah dalam sosialisasi kelas ibu hamil (68,8%).

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Yuliantina (2012) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara peran tokoh masyarakat dengan partisipasi masyarakat.

Dukungan dari tokoh masyarakat merupakan salah satu faktor penguat yang mempengaruhi seseorang untuk berperilaku (Notoatmodjo, 2007). Hal ini disebabkan tokoh masyarakat merupakan tokoh yang paling disegani dan yang paling berpengaruh di wilayah tersebut. Dukungan dan anjuran dari tokoh masyarakat merupakan salah satu bentuk motivasi dan semangat bagi kader Posyandu dalam menjalankan tugasnya dalam kegiatan Posyandu (Sucipto, 2009). Hal serupa diungkapkan oleh Widagdo (2006), bahwa desa yang kepala desanya selalu memberikan motivasi pada kegiatan posyandu akan lebih baik kinerja dan kelestarian posyandu dibandingkan

desa yang kepala desanya tidak memberikan motivasi.

### **Hubungan Dukungan Bidan dengan Partisipasi Kader dalam Sosialisasi Kelas Ibu Hamil**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan bidan tidak berhubungan dengan partisipasi kader dalam sosialisasi kelas ibu hamil. Sebesar 62,5% responden memiliki dukungan bidan yang baik dan partisipasinya tinggi dalam sosialisasi kelas ibu hamil sedangkan 64,3% responden yang memiliki dukungan bidan yang kurang partisipasinya rendah dalam sosialisasi kelas ibu hamil.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Yuliantina (2012) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara peran

tenaga kesehatan dengan partisipasi masyarakat. Dukungan tenaga kesehatan merupakan salah satu faktor penguat yang mempengaruhi perilaku seseorang. Dukungan ini dapat berupa ada tidaknya informasi kesehatan dari petugas kesehatan, salah satunya adalah bidan. Pemberian informasi sendiri merupakan salah satu strategi yang dicanangkan oleh WHO untuk mengubah perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2007). Upaya meningkatkan partisipasi kader posyandu perlu adanya konsultasi seperti mendengarkan *feedback*, keluhan dan lain-lain (Herritage, 2009). Upaya meningkatkan partisipasi kader juga membutuhkan peran aktif praktisi seperti petugas kesehatan puskesmas yang berperan mengelola partisipan (Budi, 2011).

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Responden sebagian besar termasuk kategori umur 42-46 tahun (36,8%), berpendidikan SMA (55,3%), bekerja (52,6%), pengetahuan baik (60,5%), sikap baik (52,6%), motivasi internal (76,3%), menjadi kader  $\geq 10$  tahun (76,3%), ikut serta dalam organisasi lain (73,7%), ketersediaan sarana dan

prasarana cukup (76,3%), dukungan tokoh masyarakat baik (57,9%), dukungan bidan baik (63,2%), dan partisipasi tinggi (52,6%).

Variabel yang berhubungan dengan partisipasi kader dalam sosialisasi kelas ibu hamil adalah pengetahuan, motivasi internal, dan keikutsertaan di organisasi lain.

Variabel yang tidak berhubungan adalah sikap, lama menjadi kader, ketersediaan sarana dan prasarana, dukungan tokoh masyarakat, dan dukungan bidan.

Bagi Kader Kesehatan diharapkan meningkatkan koordinasi dengan bidan desa, pemerintah desa, dan puskesmas, mengikuti kegiatan penyuluhan, pelatihan, dan sosialisasi khususnya tentang bagaimana melaksanakan perannya dalam kegiatan kelas ibu hamil, dan meningkatkan partisipasi dalam

memberikan motivasi pada masyarakat agar mau mengikuti kelas ibu hamil.

Bagi Puskesmas I dan II Sokaraja, perlunya sosialisasi tentang kelas ibu hamil kepada kader, tokoh masyarakat, dan stakeholder, memberikan pemahaman kepada kader mengenai peran kader dalam pelaksanaan kelas ibu hamil, dan meningkatkan koordinasi dengan bidan desa dan pemerintah desa terkait pelaksanaan kelas ibu hamil.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, S. 2005. Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya. Edisi kedua. Pustaka Pelajar. Yogyakarta
- Budi, I.S. 2011. Manajemen Partisipatif: Sebuah Pendekatan dalam Meningkatkan Peran Serta Kader Posyandu dalam Pembangunan Kesehatan di Desa. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Vol 2 (03) November 2011.
- Djuhaeni, H., Gondodiputro, S., dan Suparman R. 2010. Motivasi Kader Meningkatkan Keberhasilan Kegiatan Posyandu. *Majalah kedokteran Bandung*. Vol 42 No 4.
- Fatmawati, N. L. 2012. Hubungan Motivasi Kader dengan Pelaksanaan Peran Kader Posyandu di Kelurahan Sumbersari Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember. Skripsi. Prodi Ilmu Keperawatan. Universitas Negeri Jember.
- Fitriyani, D. 2012. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Kader Kesehatan dalam Pengobatan Massal Filariasis di Kota Pekalongan Tahun 2012. *Tesis*. Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Diponegoro. Semarang.
- Herritage, Z. 2009. Community Participation and Empowerment in Healthy Cities. *Journal Health Promotion International*. Vol.24 No.S1.
- Kartono, K. 2001. *Pemimpin dan Kepemimpinan*. PT Raja Grafindo. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil*. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA. Jakarta.
- Leny dan Suyasa, P.T. 2006. Keaktifan Berorganisasi dan Kompetensi Interpersonal. *Jurnal Phronesis*. Vol.8 (01): 71-99.
- Mubarok, W.I. 2010. *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*. Salemba Medika. Jakarta.
- Muhazam, F. 2007. *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan*. UI Press. Jakarta.
- Nashori, F. 2000. Hubungan Antara Konsep Diri dengan Kompetensi Interpersonal Mahasiswa. *Jurnal Anima*. Vol.16 (01): 32-40.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta: Jakarta.

- Puskesmas I Sokaraja. 2014. Profil Kesehatan Puskesmas I Sokaraja Edisi 2014. Sokaraja (Data Tidak Dipublikasikan).
- Puskesmas II Sokaraja. 2014. Profil Kesehatan Puskesmas II Sokaraja Edisi 2014. Sokaraja (Data Tidak Dipublikasikan).
- Rahayu, B. 2005. *Buku Pegangan Kader Posyandu*. Dinkes Propinsi Jawa Timur.
- Sandiyani, R.A. 2011. Lama Menjadi Kader, Frekuensi Pelatihan, Pengetahuan Gizi, dan Sikap Kader Posyandu dengan Perilaku Penyampaian Informasi Tentang Pesan Gizi Seimbang. *Artikel Penelitian*. Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
- Sucipto, E. 2009. Berbagai Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Kader Posyandu dalam Penimbangan Balita dan Cakupan D/S di Posyandu di Wilayah Puskesmas Geyer II Kabupaten Grobogan. Tesis. Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada.
- Sudarsono. 2010. Hubungan Sikap dan Motivasi dengan Kinerja Kader Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Talun Kabupaten Blitar. Tesis. Universitas Sebelas Maret. Surakarta.
- Suhat dan Hasanah, R. 2014. Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader dalam Kegiatan Posyandu (Studi Di Puskesmas Palasari Kabupaten Subang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 10 (1) (2014) 73 – 79.
- Widagdo, L. 2006. Kepala Desa dan Kepemimpinan Pedesaan :Persepsi KaderPosyandu Di Kecamatan Mlonggo Kabupaten Jepara Jawa Tengah 2000. *Makara Kesehatan*, Vol.10, No. 2;54-59.
- Winarso, SP., Puji Hastuti dan Fitria Z. 2014. Evaluasi Proses Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil di Kabupaten Banyumas. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*. 5(2) Desember 2014: 79-84.
- Yuliantina, D. 2012. Hubungan Peran Petugas Kesehatan, Tokoh Masyarakat dan Partisipasi Masyarakat (D/S) dalam Pelaksanaan Posyandu Di Kabupaten Pandeglang Propinsi Banten. Tesis. Universitas Gajah Mada. Yogyakarta.

**HUBUNGAN ANTARA HARGA DIRI DENGAN PENCAPAIAN  
SUCCESSFUL AGING PADA LANSIA WANITA DI DESA  
KARANGTENGAH**

**RELATIONSHIP BETWEEN SELF WITH ACHIEVEMENT OF  
SUCCESSFUL AGING IN ELDERLY WOMEN IN THE VILLAGE  
KARANGTENGAH**

Raras Anggun Atika Candra<sup>1</sup> Eva Rahayu<sup>2</sup> Made Sumarwati<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa, <sup>2,3</sup>Dosen Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan  
Universitas Jenderal Soedirman

**ABSTRAK**

Kondisi fisik, psikologis dan sosial pada wanita lanjut usia di Indonesia menunjukkan kualitas yang lebih rendah dibandingkan dengan pria lanjut usia. Harga diri memiliki pengaruh terhadap kesejahteraan psikologis yang dibutuhkan untuk mencapai keberhasilan penuaan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan positif antara harga diri dan keberhasilan penuaan yang berhasil pada wanita lanjut usia di desa Karangtengah. Metode penelitian ini kuantitatif dengan rancangan penelitian cross sectional. Sampel dalam penelitian 142 wanita lanjut usia yang dipilih dengan teknik simple random sampling. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner Skala Self-Esteem Rosenberg dan Skala Penuaan yang Berhasil. Analisis data menggunakan uji Spearman. Hasil uji korelasi menunjukkan bahwa ada hubungan positif yang secara statistik sangat kuat antara harga diri dan keberhasilan penuaan pada wanita lanjut usia di Desa Karangtengah ( $r = 0,866$ ,  $p = 0,000$ ). Hasil uji korelasi menunjukkan bahwa ada hubungan positif secara statistik antara harga diri dan aspek keberhasilan penuaan, seperti fungsional ( $r = 0,660$ ,  $p = 0,000$ ), kesejahteraan psikologis ( $r = 0,539$ ,  $p = 0,000$ ), seleksi, optimasi dan kompensasi ( $r = 0,607$ ,  $p = 0,000$ ) serta kontrol primer dan sekunder ( $r = 0,705$ ,  $p = 0,000$ ). Harga diri yang tinggi dapat meningkatkan pencapaian sukses penuaan pada wanita lanjut usia di Desa Karangtengah.

Kata kunci: harga diri, penuaan sukses, lansia

**ABSTRACT**

The changes in physical, psychological and social condition in the elderly can lead to the emergence of feelings of worthlessness, helplessness and uselessness that may influence their self-esteem. Physical, psychological and social condition in elderly women in Indonesia indicated a lower quality compared with elderly men. Self-esteem has influence on psychological well-being required to achieve successful aging. This research aimed to determine a positive relationship between self-esteem and achievement of successful aging on elderly women in Karangtengah village. This research was a quantitative research using cross sectional study design. The sample in this research was 142 elderly women selected by using simple random sampling technique. Data were collected using a questionnaire of Rosenberg Self-Esteem Scale and Successful Aging Scale. Data analysis in this research used Spearman test. The result of correlation test indicated that there was a statistically very strong positive relationship between self-esteem and achievement of successful aging on elderly women in Karangtengah village ( $r=0.866$ ,  $p=0.000$ ). Furthermore, the result of correlation test also indicated that there was a statistically positive relationship between self-esteem and the aspects of successful aging, such as a functional well ( $r=0.660$ ,  $p=0.000$ ), psychological well-being ( $r=0.539$ ,  $p=0.000$ ), selection, optimization and compensation ( $r=0.607$ ,  $p=0.000$ ) as well as primary and secondary control ( $r=0.705$ ,  $p=0.000$ ). High self-esteem can improve the achievement of successful aging on elderly women in Karangtengah village.

**Keywords:** Self-esteem, successful aging, elderly

## PENDAHULUAN

Jumlah penduduk lanjut usia (lansia) di Indonesia dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2013 jumlah penduduk lansia mencapai 20,04 juta jiwa atau sebesar 8,05% dari total jumlah penduduk. Jumlah tersebut meningkat dibandingkan tahun 2010 yang hanya 18,1 juta jiwa atau sebesar 9,6% dari total jumlah penduduk (Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, 2010).

Peningkatan jumlah lansia seharusnya diimbangi dengan peningkatan kualitas hidup, sehingga *successful aging* dapat tercapai di masa tuanya. Akan tetapi kenyataannya, pencapaian *successful aging* di Indonesia belum optimal jika dibandingkan dengan negara lain. Penelitian Hamidah dan Wrastari (2012) membuktikan bahwa rata-rata pencapaian *successful aging* lansia di Indonesia (yang diwakili oleh kota Surabaya) lebih rendah daripada lansia di Malaysia (yang diwakili oleh kota Selangor). *Successful aging* merupakan suatu kondisi yang lengkap dan sempurna baik secara

fisik, mental maupun kesejahteraan sosial (Shu dan Chan, 2002). *Successful aging* memiliki empat aspek yaitu fungsional yang baik, kesejahteraan psikologis, seleksi, optimasi dan kompensasi kontrol primer dan sekunder (Lawton dalam Weiner., 2003).

Kesejahteraan psikologis merupakan salah satu aspek yang penting dalam pencapaian *successful aging*. Hal tersebut dikarenakan, dengan terciptanya kesejahteraan psikologis dapat memberikan kebahagiaan dan kepuasan dalam menjalani kehidupan di masa tuanya (Putri, 2013). Harga diri merupakan salah satu aspek penting yang diperlukan untuk mencapai kesejahteraan psikologis. Penelitian Im dan Hee (2012) membuktikan bahwa semakin tinggi harga diri lansia, maka semakin tinggi juga kesejahteraan psikologisnya.

Harga diri merupakan suatu evaluasi individu terhadap dirinya sendiri, sejauh mana individu percaya bahwa dirinya mampu, berarti, sukses dan berharga (Coopersmith dalam Pamela dan Waru Wu.,

2006). Perubahan fisik dan psikososial yang terjadi pada lansia dapat menyebabkan perubahan pada harga diri, yang ditandai dengan munculnya perasaan tidak berharga, perasaan tidak berguna, perasaan tidak berdaya, sedih, kecewa dan gejala psikososial lainnya (Stuart, dalam Syam'ani, 2011).

Kondisi lansia wanita di Indonesia dari segi fisik, psikologis dan sosial menunjukkan kualitas yang lebih rendah dibandingkan dengan lansia pria. Kualitas fisik yang rendah ditunjukkan dengan tingginya proporsi lansia wanita yang mengalami keluhan kesehatan (seperti asma, sakit kepala berulang, batuk dan keluhan lainnya) yakni sebesar 47,68% pada usia 60-69 tahun dan 57,22% pada usia 70-79 tahun, dibandingkan lansia pria yakni sebesar 45,71% pada usia 60-69 tahun dan 55,04% pada usia 70-79 tahun (BPS, 2013). Selanjutnya, kualitas psikologis (kognitif) yang rendah dapat ditunjukkan dengan rendahnya tingkat pendidikan pada lansia wanita yakni sebesar 35,34% tidak atau belum sekolah, dibandingkan lansia

pria yang proporsinya hanya 13,61% (BPS, 2013). Kemudian dari segi sosial, lansia wanita menunjukkan kurangnya keikutsertaan dalam kegiatan sosial kemasyarakatan dibandingkan dengan lansia pria dibuktikan dengan proporsi lansia wanita yang mengikuti kegiatan sosial kemasyarakatan sebesar 65,11% sedangkan lansia pria sebesar 77,66% (Komisi Nasional Lanjut Usia, 2010).

Studi pendahuluan dilakukan di Desa Karangtengah, Kecamatan Cilongok, Kabupaten Banyumas. Jumlah penduduk lansia di desa tersebut adalah sebesar 1436 jiwa yang terdiri dari 708 lansia pria dan 728 lansia wanita. Jumlah penduduk lansia wanita yang berusia 60-74 tahun adalah sebesar 523 jiwa. Metode wawancara dilakukan untuk mengetahui beberapa hal yang berkaitan dengan harga diri dan *successful aging* kepada 10 lansia wanita yang tinggal di desa tersebut. Hasil wawancara mengenai harga diri diperoleh secara umum lansia wanita memiliki harga diri yang bervariasi. Selanjutnya untuk wawancara mengenai *successful aging*, diperoleh

secara umum lansia wanita memiliki pencapaian *successful aging* yang tergolong tinggi. Harga diri dan *successful aging* bersifat subjektif dimana setiap orang memiliki penilaian yang tidak sama serta dapat dipengaruhi oleh kondisi lingkungan tempat tinggalnya. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai adakah hubungan yang positif antara harga diri dengan pencapaian *successful aging* pada lansia wanita di Desa Karangtengah.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain studi *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah lansia wanita yang tinggal di Desa Karangtengah Kecamatan Cilongok yang berjumlah 728 jiwa. Sampel yang diperoleh berdasarkan perhitungan rumus analitis korelatif Dahlan (2013) adalah sebesar 142 lansia wanita yang diambil dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Kriteria inklusinya adalah 1) Berusia 60 sampai 74 tahun 2) Mampu berkomunikasi dengan baik

(kooperatif) 3) Mampu membaca dan menulis 4) Tinggal bersama keluarga (pasangan/suaminya) 5) Bersedia menjadi responden dalam penelitian. Kriteria eksklusinya adalah: 1) Cacat secara fisik seperti lumpuh, buta atau tuli 2) Sakit parah yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian 3) Sedang berada di luar kota dalam jangka waktu yang lama (> 3 bulan).

Kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari kuesioner karakteristik demografi (usia, pendidikan, status pekerjaan dan penghasilan keluarga lansia), kuesioner harga diri dan kuesioner *successful aging*. Instrumen harga diri menggunakan *Rosenberg Self-Esteem Scale* yang diadopsi dari penelitian Wisudawati (2013). Kuesioner tersebut terdiri dari 10 item pernyataan menggunakan skala Likert dengan kemungkinan rentang skor 10-40. Selanjutnya untuk instrumen *successful aging* menggunakan *Successful Aging Scale* Reker (2009) yang diadopsi dari penelitian Herawaty (2015). Kuesioner tersebut terdiri dari 14 item pernyataan menggunakan skala Likert dengan kemungkinan rentang skor 14-98.

Pengambilan data dilakukan oleh peneliti dibantu satu asisten peneliti selama kurang lebih 17 hari pada 14-30 Desember 2015, dengan menggunakan metode *door to door*. Analisis data penelitian ini berupa analisis univariat untuk mendiskripsikan karakteristik demografi responden dan bivariat untuk mengetahui korelasi antara harga diri dengan pencapaian *successful aging*. Uji normalitas data menggunakan *Kolmogorov-smirnov* menghasilkan data tidak terdistribusi normal. Peneliti telah melakukan

transformasi data, namun data tetap tidak terdistribusi normal. Karena itu peneliti menggunakan median sebagai ukuran pemusatan dan minimum-maksimum sebagai penyebaran. Selanjutnya untuk uji korelasi peneliti menggunakan uji non parametrik *Spearman*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Karakteristik Demografi Responden

Tabel 1. Karakteristik Demografi Responden (n=142)

Karakteristik	N	%
Usia		
60-69 tahun	117	82,4
70-74 tahun	25	17,6
Pendidikan		
Tidak tamat SD	75	52,8
Tamat SD	47	33,1
Tamat SMP	12	8,5
Tamat SMA	8	5,6
Status Pekerjaan		
Bekerja	65	45,8
Tidak Bekerja	77	54,2
Penghasilan Keluarga (lansia) dalam Satu Bulan		
< Rp. 1.100.000	107	75,4
≥ Rp. 1.100.000	35	24,6

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa hampir seluruh responden didominasi oleh lansia wanita yang berusia 60-69 tahun (82,4%) dan berpenghasilan keluarga

< Rp. 1.100.000 (75,4%). Sebagian besar responden berpendidikan terakhir tidak tamat SD dan tidak bekerja (54,2%).

## B. Gambaran Harga Diri

Tabel 2. Gambaran Skor Harga Diri (n=142).

Harga Diri	Median	Min-Max
Total Skor Harga Diri	29,00	21-37

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui skor harga diri sebesar 29,00 dengan skor terendah 21 dan tertinggi 37.

Tabel 3. Skor Harga Diri Berdasarkan Karakteristik Demografi Responden (n=142)

Karakteristik	Median	Min-Max
Usia		
60-69 tahun	29,00	24-37
70-74 tahun	27,00	21-34
Pendidikan		
Tidak tamat SD	28,00	21-36
Tamat SD	29,00	25-36
Tamat SMP	32,00	28-36
Tamat SMA	32,50	29-37
Status Pekerjaan		
Bekerja	29,00	23-37
Tidak Bekerja	28,00	21-36
Penghasilan Keluarga (lansia) dalam Satu Bulan		
< Rp. 1.100.000	28,00	21-36
≥ Rp. 1.100.000	32,00	25-37

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa skor harga diri

yang lebih tinggi diperoleh pada lansia wanita yang berusia 60-69

tahun (29,00), berpendidikan terakhir tamat SMA (32,50), bekerja (29,00) dan berpenghasilan keluarga  $\geq$  Rp. 1.100.000(32,00).

### C. Gambaran *Successful Aging*

Tabel 4. Skor *Successful Aging* (n=142)

<i>Successful Aging</i>	Median	Min-Max
Total Skor <i>Successful Aging</i>	84,00	71-95

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui bahwa skor *successful aging* sebesar 84,00 dengan skor terendah 71 dan tertinggi 95.

Tabel 5. Skor *Successful Aging* Berdasarkan Karakteristik Demografi Responden (n=142)

Karakteristik	Median	Min-Max
Usia		
60-69 tahun	85,00	71-95
70-74 tahun	83,00	73-92
Pendidikan		
Tidak tamat SD	83,00	71-93
Tamat SD	84,00	76-95
Tamat SMP	89,50	83-93
Tamat SMA	90,50	82-93
Status Pekerjaan		
Bekerja	84,00	71-93
Karakteristik	Median	Min-Max
Tidak Bekerja	85,00	73-95
Penghasilan Keluarga (lansia) dalam Satu Bulan		
< Rp. 1.100.000	83,00	71-92
$\geq$ Rp. 1.100.000	89,00	80-95

Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui bahwa skor *successful aging* yang lebih tinggi diperoleh

pada lansia wanita yang berusia 60-69 tahun (85,00), berpendidikan terakhir tamat

SMA (90,50), tidak bekerja (85,00) dan berpenghasilan keluarga  $\geq$  Rp. 1.100.000(89,00).

#### D. Hubungan antara Harga Diri dengan Pencapaian *Successful Aging*

Variabel	<i>Successful Aging</i>	
	r	p
Harga Diri	0,866	0,000

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan bahwa ada hubungan positif sangat kuat yang signifikan secara statistik antara harga diri dengan pencapaian *successful aging* pada lansia wanita di Desa Karangtengah ( $r=0,866$ ,  $p=0,000$ ).

Selanjutnya, hasil uji korelasi antara harga diri dengan aspek-aspek *successful aging* menunjukkan bahwa ada hubungan positif yang signifikan secara statistik antara harga diri dengan aspek-aspek *successful aging* diantaranya fungsional yang baik ( $r=0,660$ ,  $p=0,000$ ), kesejahteraan psikologis ( $r=0,539$ ,  $p=0,000$ ), seleksi optimasi dan kompensasi

Tabel 6. Hasil Analisis Hubungan antara Harga Diri dengan Pencapaian *Successful Aging* (n=142)

( $r=0,607$ ,  $p=0,000$ ) serta kontrol primer dan sekunder ( $r=0,705$ ,  $p=0,000$ ).

#### A. Karakteristik Demografi Responden

Berdasarkan usianya, hampir seluruh dari responden didominasi oleh lansia wanita yang berusia 60-69 tahun. Lansia seiring dengan bertambahnya usia semakin berisiko untuk terkena penyakit degeneratif yang dapat menyebabkan penurunan pada kondisi fisik (Patmonodewo, *et al.*,2001).

Adanya penyakit degeneratif semakin terlihat pada usia 70 tahun (Tamher dan Noorkasiani, 2009 *dalam* Herawaty, 2015). Hal tersebut

dimungkinkan menjadi penyebab responden yang berusia 70-74 tahun jumlahnya lebih sedikit, karena dieksklusikan dalam penelitian ini.

Berdasarkan pendidikannya, sebagian besar responden berpendidikan terakhir tidak tamat SD. Rendahnya tingkat pendidikan lansia wanita disebabkan karena ketidakmampuan dalam membayar biaya sekolah dan terbatasnya sarana pendidikan yang ada di desa tersebut. Selain itu, adanya pandangan budaya yang lebih mendahulukan pria untuk bersekolah dari pada wanita juga dapat menyebabkan rendahnya pendidikan pada lansia wanita (Lei, Hu, *et al.*, 2011). Berdasarkan status pekerjaannya, sebagian besar responden tidak bekerja. Hal tersebut disebabkan karena lansia wanita umumnya bergantung secara finansial kepada suami, anak maupun keluarga lainnya (Purnama, 2013). Selain itu, kurang tersedianya lapangan pekerjaan bagi lansia juga

menjadi penyebab banyaknya lansia yang tidak bekerja (Hurlock, 1980).

Berdasarkan penghasilannya, hampir seluruh dari responden berpenghasilan keluarga < Rp. 1.100.000. Rendahnya penghasilan disebabkan karena sebagian besar lansia wanita tidak bekerja dan umumnya hanya bergantung pada penghasilan suami atau anaknya. Selain itu, rendahnya tingkat pendidikan juga sejalan dengan tingkat pekerjaan dan penghasilan yang diperoleh lansia (Herawati, 2015).

Skor harga diri pada lansia wanita di Desa Karangtengah adalah sebesar 29,00, termasuk kategori harga diri tinggi (skor harga diri tinggi berkisar antara 26-40) (Wisudawati, 2015). Tingginya harga diri lansia wanita di desa tersebut disebabkan karena adanya budaya yang menganggap bahwa lansia merupakan seseorang yang harus dihormati oleh orang yang lebih muda. Penelitian sebelumnya oleh Franak *et al.*, (2015)

menunjukkan hasil yang sama yakni berdasarkan rata-rata skor harga diri, lansia wanita dalam penelitiannya memiliki harga diri yang tinggi. Hal tersebut disebabkan karena adanya budaya tradisional di Negara Iran yang memandang lansia menjadi sosok yang sangat dihormati sehingga dapat berpengaruh positif pada harga dirinya (Franak *et al.*, 2015).

Selanjutnya berdasarkan karakteristik demografi responden, skor harga diri yang lebih tinggi diperoleh lansia wanita yang berusia 60-69 tahun, berpendidikan terakhir tamat SMA, bekerja dan berpenghasilan keluarga  $\geq$  Rp. 1.100.000. Meskipun terdapat perbedaan skor harga diri, akan tetapi jika dikategorikan masih tergolong dalam harga diri tinggi. Hal tersebut dimungkinkan karena adanya penerimaan diri yang baik, kemandirian dalam melakukan aktivitas, budaya yang memberikan penghormatan pada lansia serta adanya dukungan keluarga yang baik

sehingga dapat meningkatkan harga diri pada lansia.

Skor *successful aging* pada lansia wanita di Desa Karangtengah adalah sebesar 84,00, termasuk kategori *successful aging* tinggi (skor *successful aging* tinggi  $\geq 70$ ) (Awibowo, 2013). Tingginya *successful aging* lansia wanita di desa tersebut disebabkan karena sebagian besar lansia wanita masih aktif terlibat dengan kegiatan di masyarakat dan mempunyai kemandirian yang tinggi dalam melakukan aktivitas sehari-hari (mempunyai otonomi yang baik). Penelitian sebelumnya oleh Awibowo (2013) menunjukkan hasil yang sama yakni sebagian besar lansia wanita dalam penelitiannya memiliki *successful aging* yang tinggi.

Selanjutnya berdasarkan karakteristik demografi responden, skor *successful aging* yang lebih tinggi diperoleh lansia wanita yang berusia 60-69 tahun, berpendidikan terakhir tamat SMA, tidak bekerja dan

berpenghasilan keluarga  $\geq$  Rp. 1.100.000. Meskipun terdapat perbedaan *skorsuccessful aging*, akan tetapi jika dikategorikan masih tergolong dalam *successful aging* tinggi. Hal tersebut dimungkinkan karena adanya penerimaan diri yang baik, keaktifan dalam kegiatan di masyarakat (misalnya pengajian, arisan), mempunyai religiusitas serta dukungan keluarga yang baik sehingga dapat meningkatkan pencapaian *successful aging* pada lansia.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan positif sangat kuat yang signifikan secara statistik antara harga diri dengan pencapaian *successful aging* pada lansia wanita di Desa Karangtengah ( $r=0,866$ ,  $p=0,000$ ). Lansia yang memiliki harga diri tinggi akan merasa puas dan mampu menerima keadaan pada dirinya dengan baik sehingga dapat menciptakan kebahagiaan di masa tuanya. Penelitian Nanthamongkolchai *et al.*, (2009) membuktikan bahwa harga diri merupakan faktor yang

berpengaruh terhadap kebahagiaan pada lansia wanita. Hal tersebut dikarenakan, harga diri yang tinggi dapat meningkatkan motivasi lansia untuk mengurus dirinya sendiri sehingga memiliki kualitas hidup yang lebih baik (Nanthamongkolchai *et al.*, 2009). Penelitian lainnya yang mendukung pernyataan tersebut dilakukan oleh Balela (2015) yang membuktikan bahwa terdapat hubungan antara harga diri dengan kualitas hidup pada lansia. Adanya rasa kebahagiaan dan kualitas hidup yang baik pada lansia dapat meningkatkan pencapaian *successful aging*.

*Successful aging* mencakup multidimensi meliputi kesehatan fisik, fungsional, psikologis dan sosial (Phelan *et al.*, 2004). Harga diri yang tinggi dapat mengurangi munculnya permasalahan fisik, psikologis dan sosial yang terjadi pada lansia (Franak *et al.*, 2015). Ketidadaannya masalah tersebut dapat membuat lansia merasa puas dengan kehidupan dimasa tuanya. Adanya kepuasan

dalam hidup dapat meningkatkan pencapaian *successful aging*.

Selanjutnya, berdasarkan hasil penelitian menunjukan bahwa ada hubungan positif yang signifikan secara statistik antara harga diri dengan aspek-aspek *successful aging*, diantaranya fungsional yang baik ( $r=0,660$ ,  $p=0,000$ ), kesejahteraan psikologis ( $r=0,539$ ,  $p=0,000$ ), seleksi optimasi dan kompensasi ( $r=0,607$ ,  $p=0,000$ ) serta kontrol primer dan sekunder ( $r=0,705$ ,  $p=0,000$ ).

Aspek pertama adalah fungsional yang baik. Fungsional yang baik terkait dengan kemampuan untuk meminimalkan risiko penyakit dan kecacatan, mempertahankan fungsi fisik dan mental serta mempertahankan keterlibatan dengan kehidupan (Rowe dan Kahn, 1998). Semakin berharga diri lansia maka akan meningkatkan motivasi lansia untuk menjaga kesehatannya, seperti dengan menerapkan gaya hidup sehat dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Hal

tersebut dibuktikan berdasarkan penelitian Noh dan Lim (2014) yang menunjukan bahwa harga diri berkorelasi positif dengan perilaku peningkatan kesehatan (*health promotion behavior*), yang artinya semakin tinggi harga diri lansia maka akan semakin baik juga perilaku peningkatan kesehatannya. Selain itu, harga diri yang tinggi juga akan membuat lansia menjadi lebih percaya diri sehingga cenderung lebih aktif untuk terlibat dalam kegiatan di masyarakat. Adanya perilaku peningkatan kesehatan dan keterlibatan secara aktif dalam kegiatan di masyarakat dapat meningkatkan pencapaian *successful aging* khususnya pada aspek fungsional yang baik.

Aspek kedua adalah kesejahteraan psikologis. Kesejahteraan psikologis yang optimal dapat terwujud apabila lansia tidak mengalami permasalahan psikologis seperti stress dan depresi. Harga diri yang tinggi dapat mencegah terjadinya depresi pada lansia.

Penelitian Halit (2014) membuktikan bahwa harga diri berhubungan dengan depresi pada lansia. Hal tersebut dikarenakan adanya kegagalan untuk mendapatkan penerimaan diri yang positif yang terjadi pada harga diri rendah sehingga menyebabkan depresi (Khaidzir dan Wongdalam Halit, 2014). Selain itu, penelitian Im dan Hee (2012) membuktikan bahwa semakin tinggi harga diri lansia maka semakin tinggi juga kesejahteraan psikologisnya. Hal tersebut menunjukkan bahwa harga diri yang tinggi dapat meningkatkan pencapaian *successful aging* khususnya pada aspek kesejahteraan psikologis.

Aspek ketiga adalah seleksi, optimasi dan kompensasi. Seleksi, optimasi dan kompensasi mengacu pada proses pengaturan, pencapaian dan pemeliharaan tujuan pribadi (Baltes dan Baltes dalam Herawati, 2015). Lansia yang memiliki harga diri tinggi akan merasa lebih percaya diri dan menganggap bahwa dirinya

mampu, sehingga akan meningkatkan motivasi lansia untuk mengatur kehidupan di masa tuanya dan mencapai tujuan yang penting bagi dirinya. Adanya motivasi untuk mengatur kehidupan di masa tuanya dan melakukan usaha untuk mencapai tujuan yang penting bagi diri lansia dapat meningkatkan pencapaian *successful aging* khususnya pada aspek seleksi, optimasi dan kompensasi.

Aspek keempat adalah kontrol primer dan sekunder. Menurut Rothbaum et al., (1982) kontrol primer dilakukan dengan mengubah lingkungan sesuai keinginannya, sedangkan kontrol sekunder dilakukan dengan beradaptasi pada kondisi yang ada. Lansia yang memiliki harga diri yang tinggi akan mudah beradaptasi dengan keadaan yang terjadi di masa tuanya. Pernyataan tersebut didukung oleh Louis dalam Halit (2014) yang menyebutkan bahwa harga diri berkaitan dengan adaptasi secara keseluruhan, dimana seseorang yang memiliki harga

diri tinggi mempunyai penyesuaian yang lebih baik dibandingkan dengan harga diri rendah. Adanya penyesuaian diri (adaptasi) yang baik dapat meningkatkan pencapaian *successful aging* khususnya pada aspek kontrol primer dan sekunder.

### SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa karakteristik demografi responden menunjukkan hampir seluruh didominasi oleh lansia wanita yang berusia 60-69 tahun dan berpenghasilan keluarga < Rp. 1.100.000. Sebagian besar responden berpendidikan terakhir tidak tamat SD dan tidak bekerja. Berdasarkan skor harga diri, lansia wanita dalam penelitian ini memiliki harga diri yang tinggi. Selanjutnya berdasarkan skor *successful aging*, lansia wanita dalam penelitian ini

memiliki *successful aging* yang tinggi. Ada hubungan positif sangat kuat yang signifikan secara statistik antara harga diri dengan pencapaian *successful aging* pada lansia wanita di Desa Karangtengah. Selain itu, hasil uji juga menunjukkan ada hubungan positif yang signifikan secara statistik antara harga diri dengan aspek-aspek *successful aging* diantaranya fungsional yang baik, kesejahteraan psikologis, seleksi optimasi dan kompensasi serta kontrol primer dan sekunder.

Perawat diharapkan dapat mengembangkan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan harga diri pada lansia sehingga lansia dapat mencapai *successful aging* yang optimal di masa tuanya. Selain itu, dapat dikembangkan penelitian berikutnya yang terkait aspek psikologis lainnya seperti *self acceptance* dan *self efficacy* dihubungkan dengan pencapaian *successful aging*.

### DAFTAR PUSTAKA

- Awibowo, A. D. A. 2013. Perbedaan Successful Aging pada Lansia Ditinjau dari Jenis Kelamin. *Skripsi*. Universitas Negeri Semarang, Semarang.
- Badan Pusat Statistik. 2013. *Statistik Penduduk Lanjut Usia*. Jakarta.
- Balela, S. A. 2015. Hubungan antara Kualitas Hidup dengan Harga Diri Lansia yang Tinggal di Rumah di RW 8 Bratang Binangun Kelurahan

- Barata Jaya Kecamatan Gubeng Surabaya. *Skripsi*. Universitas Katolik Widya Mandala, Surabaya.
- Dahlan, M. S. 2013. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Salemba Medika. Jakarta
- Franak, J., Alireza, K. and Malek, M. 2015. Self-Esteem among The Elderly Visiting The Healthcare Centers in Kermanshah-Iran 2012. *Global Journal of Health Science*, 7(5), 352-358. Doi: 10.5539/gjhs.v7n5p352.
- Halit, A. H. 2014. Self Esteem and Its Relation to Depression among The Elderly. *International Journal of Business and Social Science*, 5(3), 266-273.
- Hamidah dan Wrastari, A. T. 2012. Studi Eksplorasi *Successful Aging* melalui Dukungan Sosial bagi Lansia di Indonesia dan Malaysia. *INSAN*, 14(2), 108-119.
- Herawaty, T. D. 2015. Perbedaan *Successful Aging* antara Lansia yang Memanfaatkan dan Tidak Memanfaatkan Posyandu Lansia di Wilayah Kecamatan Purwokerto Selatan. *Skripsi*. Universitas Jenderal Soedirman, Purwokerto.
- Hurlock, E. B. (1980). *Psikologi Perkembangan*. Erlangga. Jakarta.
- Im, P. O. dan Hee, M. 2012. The Effect of Self Esteem on Psychological Well Being in Elderly Women, Focusing on Family Support as a Moderator. *The Korean Journal of Community Living Science*, 23(4), 399-409. Doi: 10.7856/kjcls.2012.23.4.399.
- Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. 2010. *Jumlah Lansia Indonesia, Lima Besar Terbanyak di Dunia*. Dalam: <http://2010.kemendkopmk.go.id/content/jumlah-lansia-indonesia-lima-besar-terbanyak-di-dunia>, diakses tanggal 13 Juni 2015.
- Lei, X., Hu, Y., Mcardle, J. J., Smith, J. P. dan Zhao, Y. 2011. Gender Differences in Cognition among Older Adults in China. *RAND Labor and Population*. 1-33.
- Nanthamongkolchai, S., Tuntichaivanit, C., Munsawaengsub, C. dan Charupoonphol, P. 2009. Factors influencing Life Happiness among Elderly Female in Rayong Province, Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 92 (7), S8-S12.
- Noh, J. H. dan Lim, E. J. 2014. Factors influencing Rural Elderly Women' Health Promotion Behavior. *Advanced Science and Technology Letters*, 61, 44-47.
- Pamela, E. dan Waruwu, F. E. 2006. Efektivitas LVEP (Living Values: An Educational Program) dalam Meningkatkan Harga Diri Remaja Akhir. *Jurnal Provitae*, 2(1). 13-24.
- Patmonodewo, S. et al. 2001. *Bunga Rampai Psikologi Perkembangan Pribadi*. UI Press. Jakarta.
- Phelan, E. A., Anderson, L. A., LaCroix, A.Z dan Larson, E. B. 2004. Older Adults' Views of "Successful Aging" How do They Compare with Researchers' Definitions?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2).
- Purnama, F. T. 2013. Hubungan Dukungan Keluarga dengan *Successful Aging* pada Lansia di Desa Windunegara Kecamatan Wangon Kabupaten Banyumas. *Skripsi*. Universitas Jenderal Soedirman, Purwokerto.
- Putri, L. S. 2013. Hubungan antara Religiusitas dengan Kesejahteraan Psikologis pada Lansia Muslim. *Naskah Publikasi*. Universitas Muhammadiyah Surakarta, Surakarta.

- Rothbaum, F., Weisz, J., dan Snyder, S. 1982. Changing The Word and Changing The Self: A Two-Process Model of Perceived Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1). 5-37.
- Rowe, J. W., dan Kahn R. L. 1998. *Successful aging*. Random House. New York
- Shu, H. C. dan Chan, M. C. 2002. *Successful Aging in Korea*. Taichung Health Care and Management University. Korea.
- Syam'ani. 2011. Studi Fenomenologi tentang Pengalaman Menghadapi Perubahan Konsep Diri: Harga Diri Rendah pada Lansia di Kecamatan Jekan Raya kota Palangka Raya. *Skripsi*. Universitas Indonesia, Jakarta.
- Wisudawati, S. N. 2015. Hubungan Harga Diri dengan Kepatuhan Perawatan Pasien DM Tipe 2 di Kecamatan Wangon. *Skripsi*. Universitas Jenderal Soedirman, Purwokerto.
- Weiner, I. B. 2003. *Handbook of Psychology*. John Wiley and Sons, Inc. New Jersey.

**HUBUNGAN BEBAN KERJA DENGAN KINERJA BIDAN  
KONSELOR ASI DI PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA**

**THE RELATIONSHIP BETWEEN WORKLOAD AND MIDWIFE  
BREASTFEEDING COUNSELOR'S PERFORMANCE AT  
YOGYAKARTA PROVINCE**

**Mina Yumei Santi, Nur Djanah, Margono**

Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan

Kementerian Kesehatan Yogyakarta

**ABSTRAK**

Cakupan pemberian ASI eksklusif di Provinsi DIY telah mencapai 67,9% pada tahun 2013 namun masih belum mencapai cakupan target nasional (80%). Salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan pemberian ASI eksklusif adalah dukungan profesional kesehatan dan konselor menyusui yang sudah tersedia di banyak bidang perawatan kesehatan. Diperkirakan beban kerja yang tinggi menyebabkan kinerja konselor ASI menjadi rendah. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan beban kerja dengan kinerja konselor ASI di Yogyakarta. Metode ini merupakan penelitian analitik kuantitatif dengan pendekatan cross sectional dari bulan Agustus-November 2014. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner NASA-TLX (Task Load Index). Sampel yang ditentukan berjumlah 45 orang bidan konselor menyusui. Variabel bebasnya adalah beban kerja dan variabel terikatnya adalah kinerja bidan konselor. Analisis data menggunakan univariat, analisis bivariat dengan tingkat signifikansi 5%. Usia rata-rata konselor menyusui bidan adalah 38,71 tahun, 84,4% berpendidikan Diploma III Kebidanan. Durasi rata-rata bekerja sebagai konselor ASI adalah 43,20 bulan. Hasil uji korelasi Pearson menunjukkan tidak ada hubungan antara beban kerja dengan kinerja bidan konselor ASI.

Kata kunci: beban kerja, kinerja, bidan konselor menyusui, pemberian ASI eksklusif.

**ABSTRACT**

Coverage of exclusive breastfeeding in Yogyakarta province has reached 67.9% in 2013 but is still did not reach the scope of the national target (80%). One of the factors that influence the success of exclusive breastfeeding is the support of health professionals and breastfeeding counselor which is already available in many areas of health care. It is estimated that high workload caused the performance of midwife counselor of breastfeeding performance becomes low. The aim of this research was to determine the relationship of workload with the performance of midwife breastfeeding counselor in Yogyakarta. This method is quantitative analytical research with cross sectional approach from August-November 2014. This research was made using NASA-TLX (Task Load Index) questionnaire. Sample was determined total population of 45 midwife counselor of breastfeeding. The independent variables is workload and the dependent variable is midwife counselor's performance. Data analysis using univariate, bivariate analysis with significance level of 5%. The average age of midwife counselor of breastfeeding is 38.71 years, 84.4% educated Diploma-III of Midwifery. The average length of time working as breastfeeding counselor's is 43.20 months. Pearson correlation test results showed there was no relationship between workload with the performance of midwife counselor of breastfeeding.

**Keywords:** workload, performance, midwife counselor of breastfeeding, exclusive breastfeeding.

## PENDAHULUAN

Peran tenaga kesehatan tidak dapat dilepaskan dari upaya pemerintah untuk menuju keberhasilan menyusui di Indonesia terutama tenaga yang terlatih (konselor ASI) di berbagai sarana pelayanan kesehatan (Graffy, 2001; Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia, 2012). Fikawati dan Syafiq (2009) menemukan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan ASI eksklusif adalah pendidikan, pengetahuan dan pengalaman ibu termasuk juga adanya dukungan tenaga kesehatan khususnya penolong persalinan serta pengaruh dari iklan susu formula di media massa.

Sesuai dengan Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 2012, bahwa tenaga kesehatan wajib memberikan informasi dan edukasi tentang ASI kepada ibu dan/atau anggota keluarga dari bayi sejak pemeriksaan kehamilan sampai dengan periode pemberian ASI eksklusif selesai. ASI sangat penting bagi kehidupan setiap bayi, bahkan dengan pemberian ASI eksklusif selama 6 (enam) bulan dan tetap

diberi ASI sampai usia 11 bulan dapat menurunkan kematian balita (Edmond *et al*, 2006). Pemberian informasi dan edukasi dapat dilakukan salah satunya dengan cara konseling oleh tenaga yang sudah terlatih. Konselor ASI adalah orang yang telah mengikuti pelatihan konseling menyusui dengan modul pelatihan standar WHO/UNICEF 40 jam. Konselor ASI diharapkan dapat membantu ibu dan keluarganya dalam melakukan inisiasi menyusui dini dan menyusui eksklusif selama enam bulan serta para ibu yang mengalami kesulitan dalam menyusui agar tetap dapat menyusui sebagaimana mestinya. Pengalaman selama ini menunjukkan bahwa tenaga konselor ASI berperan sangat besar terhadap peningkatan pemberdayaan ibu, dukungan anggota keluarga serta kualitas pelayanan kesehatan yang pada gilirannya akan meningkatkan cakupan pemberian ASI eksklusif sehingga keberadaan tenaga konselor ASI perlu dipertahankan dan ditingkatkan (Departemen Kesehatan, 2007).

Berbagai hasil penelitian telah membuktikan bahwa dukungan konselor ASI mempunyai peranan terhadap keberhasilan ASI eksklusif, diantaranya adalah penelitian di Brazil yang mendapatkan kesimpulan bahwa dukungan konselor ASI dapat memperlambat masa penyapihan terhadap bayi yang disusui (Elaine *et al*, 2003) dan penelitian lainnya menemukan bahwa segala bentuk dukungan yang diberikan baik oleh tenaga profesional maupun awam dapat memperpanjang lama menyusui secara signifikan dan yang dinilai lebih efektif adalah tenaga yang dilatih dengan menggunakan standar pelatihan WHO/UNICEF (Britton *et al*, 2007).

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan bahwa cakupan ASI eksklusif meningkat dari 32% pada tahun 2007 menjadi 42% pada tahun 2012. Capaian angka cakupan ASI eksklusif Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2013 baru mencapai 67,9% (Kementerian Kesehatan, 2014) dan angka

tersebut masih di bawah target nasional yaitu 80%. Sehingga upaya untuk meningkatkan angka cakupan ASI eksklusif di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta masih tetap harus lebih digiatkan lagi. Salah satu upaya yang telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu mengadakan tenaga konselor ASI di setiap Puskesmas dan beberapa rumah sakit sebagaimana kebijakan dari pemerintah. Tenaga konselor ASI yang telah dilatih dengan menggunakan standar pelatihan WHO/UNICEF 40 jam tersebut berasal dari berbagai latar belakang profesi kesehatan seperti dokter, perawat, bidan, tenaga gizi bahkan juga tenaga kesehatan masyarakat. Meskipun semua profesi dapat menjadi tenaga konselor ASI tetapi tenaga kesehatan yang mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan pemberian ASI eksklusif adalah tenaga kesehatan yang paling sering memberikan pelayanan terhadap ibu dan bayinya dan bidan merupakan tenaga kesehatan yang diberikan wewenang untuk hal tersebut. Bidan merupakan tenaga profesional yang

memberikan pelayanan kepada ibu sejak kehamilan sampai dengan nifas termasuk bayi dan keluarga berencana serta mempunyai tugas penting dalam memberikan konseling dan pendidikan kesehatan dan salah satu konseling yang harus mampu diberikan bidan adalah mengenai ASI eksklusif (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1464/Menkes/X/2010).

Bidan konselor ASI yang bekerja di Puskesmas Perawatan mempunyai tugas pokok dan tugas tambahan yang sangat kompleks sehingga tidak jarang mengalami kesulitan untuk melaksanakan setiap tugasnya dengan baik dan berdampak terhadap kinerjanya yang tidak maksimal (Santi, 2014). Hal ini diperkuat oleh penelitian Zainal (2014) yang menemukan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi peran bidan dalam pelaksanaan ASI eksklusif di Puskesmas adalah motivasi yang kurang karena beban kerja yang berat.

Berbagai penelitian terdahulu telah menemukan bahwa tuntutan pekerjaan yang tinggi

menghasilkan kinerja yang lebih rendah dibandingkan pekerja yang mendapatkan tuntutan yang lebih rendah (Searle, 2001). Penelitian lainnya juga menemukan adanya hubungan antara tuntutan pekerjaan, beban kerja dengan kinerja, sehingga disimpulkan bahwa tingkat ekstim dari beban kerja dapat menyebabkan berkurangnya kinerja ke tingkat terendah sehingga apabila permintaan tugas terus meningkat dapat menyebabkan penurunan yang berkelanjutan dalam kinerja tenaga mekanik Angkatan Udara Amerika (Motowildo dan Van Scotter, 1994).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan melalui wawancara dengan Kepala Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, diketahui bahwa bidan memang merupakan profesi yang paling tepat untuk menjadi konselor ASI karena selain memang sudah termasuk dalam standar kompetensinya, bidan juga merupakan tenaga kesehatan yang selalu bertemu dengan ibu dan bayi hanya saja bidan sudah mempunyai beban yang sangat berat dengan adanya banyak program Kesehatan Ibu dan Anak di

Puskesmas termasuk juga adanya beban administrasi yang harus dikerjakan. Informasi lainnya adalah bahwa selama ini kinerja dari konselor ASI memang belum pernah dievaluasi dan penilaiannya baru dilihat sebatas capaian cakupan ASI eksklusif sehingga dapat dikatakan bahwa kinerja dari bidan konselor ASI memang masih belum maksimal. Pernyataan tersebut diperkuat oleh enam bidan konselor ASI yang bertugas di puskesmas perawatan di Kabupaten Bantul yang seluruhnya menyatakan merasa kesulitan untuk memberikan pelayanan konseling ASI secara maksimal dikarenakan sangat terbatasnya waktu yang tersedia untuk dapat melaksanakan konseling yang sesuai standar. Banyaknya pasien yang harus dilayani, terbatasnya jumlah tenaga bidan yang bertugas terutama saat pelayanan pemeriksaan kehamilan dan imunisasi menyebabkan bidan konselor ASI harus melaksanakan konseling hanya secara singkat bahkan jarang menggunakan alat bantu dan konseling dilaksanakan langsung di ruang pemeriksaan dan

semua itu menjadikan kegiatan konseling ASI tidak lagi sesuai dengan standar. Selain disebabkan karena banyaknya pasien, kendala yang juga dirasakan adalah banyaknya program Puskesmas yang melibatkan tenaga bidan sehingga tugas dan fungsi tambahan yang harus dijalani di dalam dan di luar gedung menjadi semakin banyak dan bidan menjadi lelah saat harus memberikan konseling ASI.

Berdasarkan uraian tersebut, maka studi ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara beban kerja dengan kinerja bidan konselor ASI di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian adalah *explanatory research* dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel adalah total populasi yaitu bidan konselor ASI yang bekerja di puskesmas perawatan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang berjumlah 45 orang. Periode penelitian dari bulan Agustus-November 2014. Kriteria inklusi adalah masih melaksanakan tugas

sebagai bidan konselor ASI dan bersedia mengikuti penelitian. Kriteria eksklusi adalah sudah pensiun, sedang menjalani tugas belajar, dan saat penelitian dilakukan sedang cuti/sakit sehingga tidak menjalani kegiatan sebagai konselor ASI. Variabel penelitian terdiri dari variabel terikat yaitu kinerja bidan konselor ASI dan variabel bebas adalah beban kerja. Beban kerja yaitu skor rata-rata beban kerja mental yang dirasakan responden mengenai kebutuhan mental, kebutuhan fisik, kebutuhan waktu, performansi, usaha dan tekanan frustrasi dalam menjalani tugas pokok dan tugas tambahannya sebagai bidan konselor ASI di puskesmas. Pengukuran beban kerja mental menggunakan kuesioner NASA-TLX (NASA *Task Load Index*). Penghitungan rata-rata beban kerja mental dilakukan dengan membagi jumlah produk dengan jumlah pasangan indikator. Setelah diperoleh rata-rata maka dikategorikan pada tiga golongan interpretasi skor beban kerja mental yaitu:

- 1) Berat apabila rata-rata beban kerja  $>80$ .
- 2) Sedang apabila rata-rata beban kerja antara 50-80.
- 3) Ringan apabila rata-rata beban kerja  $<50$ .

Pengukuran kinerja dilakukan dengan menggunakan kuesioner terstruktur yang berisi pernyataan untuk dijawab oleh responden. Skor untuk pernyataan *favourable* yaitu Selalu (SL) adalah 3; Sering (S) dengan skor 2; Jarang (J) dengan skor 1 dan Tidak Pernah (TP) diberi skor 0. Sebaliknya, skor untuk pernyataan *unfavourable* yaitu Selalu (SL) adalah 0; Sering (S) dengan skor 1; Jarang (J) dengan skor 2 dan Tidak Pernah (TP) diberi skor 3. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh setiap responden dan selanjutnya dilakukan pengujian normalitas data secara analitik dengan Shapiro Wilk karena jumlah responden  $< 50$  orang. Data diperoleh berdistribusi secara normal dengan  $p = 0,664$  ( $p > 0,05$ ) sehingga digunakan nilai *mean* sebagai ukuran pemusatan dan standar deviasi sebagai ukuran

penyebaran. Kinerja responden dibagi menjadi dua kategori yaitu kurang baik jika  $x \leq 50$  dan baik jika  $x > 50$ . Analisis selanjutnya yaitu mencari hubungan antara beban kerja dengan kinerja bidan konselor ASI menggunakan uji korelasi Pearson dengan tingkat kepercayaan 95%.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Karakteristik umur dan lama masa kerja bidan konselor ASI.

Variabel	Mean	Median	Standard Deviasi	Minimum-Maksimum	95% Confidence Interval (CI)
Umur (tahun)	38,91	38,00	7,317	25-56	36,71 - 41,11
Lama masa kerja (bulan)	43,20	48,00	23,360	3-96	36,18 - 50,22

Dapat dilihat pada Tabel 1, bahwa rata-rata usia dari 45 responden adalah 38,91 tahun (95% *Confidence Interval for Mean* (CI): 36,71-41,11 dengan nilai standar deviasi (SD) sebesar 7,317 tahun. Dari hasil estimasi interval diperoleh bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur responden adalah 36,71 tahun sampai dengan 41,11 tahun. Sebagian besar responden yaitu 84,4% mempunyai tingkat pendidikan Diploma-III,

## A. Analisis Univariat

### 1. Karakteristik Responden

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui karakteristik dari responden yang meliputi umur bidan, tingkat pendidikan, dan lama masa kerja sebagai bidan konselor ASI. Karakteristik responden bidan konselor ASI ditunjukkan pada Tabel 1

masih ada 6,7% yang berpendidikan Diploma-I tetapi sudah ada juga yang pendidikannya lebih tinggi yaitu Diploma-IV atau Strata-1 sebesar 8,9%. Rerata lama masa kerja responden adalah 43,20 bulan (95% *Confidence Interval for Mean* (CI): 36,18-50,22) dengan nilai standar deviasi (SD) 23,36 bulan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa lama masa kerja responden adalah 36,18 bulan sampai dengan 50,22 bulan. Adapun

masa kerja terlama adalah 96 bulan atau 8 tahun dan tersingkat adalah 3 bulan.

Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan.

Tingkat pendidikan	Fre-kuenasi	Persen	Persentase kumulatif
D-I	3	6,70	6,70
D-III	38	84,40	91,10
D-IV/ S-1	4	8,90	100
Total	45	100	

Berdasarkan hasil penelitian, dapat dikatakan bahwa rata-rata umur responden adalah 36,71 s.d 41,11 tahun. Ini menunjukkan bahwa responden merupakan orang-orang yang sudah dewasa sehingga cara berpikirnya lebih matang dan hal tersebut juga akan mempengaruhi pertimbangannya dalam bekerja. Semakin dewasa umur seseorang akan menjadikannya lebih matang dalam berpikir dan bekerja sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Sesuai dengan hasil survei yang dilakukan oleh Green dan Mostafa (2012) bahwa pekerja yang lebih tua mempunyai pengalaman kerja, pengetahuan yang lebih luas, keterampilan sosial dan mengatasi masalah yang lebih baik.

Sebagian besar responden mempunyai tingkat pendidikan Diploma-III Kebidanan dan ada yang berpendidikan lebih tinggi yaitu Diploma IV/ Strata 1 sebanyak 8,9%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah memiliki kompetensi dalam memberikan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan termasuk dalam memberikan konseling. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1464/Menkes/X/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan pada Pasal 2 ayat 2 yaitu bidan yang menjalankan praktik mandiri harus berpendidikan minimal Diploma-III Kebidanan.

Rata-rata lama masa kerja responden sebagai bidan konselor ASI adalah 43,2 bulan. Hal ini

berarti bahwa rata-rata bidan konselor ASI sudah menjalankan tugasnya sebagai bidan konselor ASI di atas 3 tahun. Tentunya selama masa tersebut, bidan konselor ASI sudah mempunyai berbagai pengalaman yang menjadikannya lebih terlatih menghadapi berbagai kendala ataupun hambatan baik itu dari pasien maupun dari kondisi pekerjaan. Lama masa kerja berkaitan dengan pengalaman karena dengan pengalaman yang kerja yang panjang tentunya bidan konselor ASI tersebut telah belajar banyak melalui berbagai kegagalan maupun keberhasilan dalam menjalankan tugasnya memberikan konseling ASI, sesuai hasil penelitian Priyadi (2009) yang menyimpulkan bahwa masa kerja yang lama akan membentuk pola

kerja yang efektif, karena berbagai kendala yang muncul akan dapat dikendalikan berdasarkan pengalamannya, sehingga karyawan yang berpengalaman akan dapat menyelesaikan pekerjaan dengan baik dan dapat mengurangi tingkat *turn over* yang menyebabkan komitmen pada organisasi rendah.

Tingkat beban kerja dari bidan konselor ASI dikelompokkan menjadi 3 (tiga) yaitu ringan, sedang, dan berat. Beban kerja termasuk dalam kategori berat apabila nilai rata-rata beban kerja >80, sedang apabila nilai rata-rata beban kerja antara 50-80, dan ringan apabila rata-rata beban kerja <50. Distribusi frekuensi tingkat beban kerja bidan konselor ASI di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta ditunjukkan pada Tabel 3.

Tabel 3. Distribusi frekuensi tingkat beban kerja bidan konselor ASI

Tingkat bebankerja	Fre-kuensi	Persentase
Ringan	11	24,40
Sedang	34	75,60
Berat	0	0
Jumlah	45	100

Berdasarkan Tabel 3, diperoleh distribusi frekuensi tingkat beban kerja dari 45 responden yaitu sebagai berikut sebanyak 11 orang (24,4%) responden menyatakan tingkat beban kerjanya adalah ringan, 34 orang (75,6%) responden merasakan beban kerjanya sedang dan tidak ada yang merasakan beban kerjanya berat dalam menjalankan tugas sebagai bidan konselor ASI di puskesmas.

Beban kerja yang dimaksud dalam studi ini adalah beban kerja secara psikologis/mental sehingga merupakan beban kerja yang dirasakan oleh bidan dalam menjalankan tugasnya sebagai konselor ASI di puskesmas. Berdasarkan jawaban dari responden, diperoleh hasil bahwa sebagian besar (75,6%) responden

merasakan beban kerja sedang dan tidak ada (0%) yang merasakan beban kerja berat. Tingkat beban kerja mental setiap orang adalah bervariasi sesuai dengan kemampuan mentalnya masing-masing dalam menghadapi tuntutan pekerjaan (Hancock, 1988). Pada studi ini beban kerja mental diukur dengan menggunakan instrumen NASA TLX karena kuesioner tersebut merupakan kuesioner yang paling reliabel dan valid untuk mengukur beban kerja dan dapat digunakan pada sesuai pelayanan kesehatan (Hoonakker *et al*, 2011).

Beban kerja dengan tingkat sedang yang dirasakan oleh sebagian besar responden dapat dikarenakan adanya tugas ganda di puskesmas. Sebagaimana hasil wawancara langsung terhadap salah satu bidan konselor ASI yang

menyatakan bahwa di luar perannya sebagai bidan dan juga konselor ASI juga memegang peran lain seperti bendahara salah satu program. Sementara itu sebagai bidan dan konselor ASI di puskesmas sebenarnya mereka juga sudah menghadapi tuntutan pekerjaan tersendiri. Adanya rangkap tugas dikarenakan keterbatasan jumlah tenaga sedangkan puskesmas harus menjalankan begitu banyak program kesehatan. Kondisi lainnya adalah banyaknya pasien yang harus dilayani setiap harinya serta adanya berbagai laporan yang harus diselesaikan baik bersifat harian maupun bulanan maupun adanya kegiatan lain di dalam dan luar gedung puskesmas yang tidak jarang jadwalnya bersamaan. Sebagaimana hasil wawancara terhadap 4 (empat) orang bidan konselor ASI yang menyatakan bahwa mereka sering dihadapi dilema ketika ada pasien yang butuh bantuan konseling tetapi di saat bersamaan juga diharuskan menyelesaikan laporan atau menghadiri rapat maupun ada kegiatan di luar puskesmas. Seluruh kondisi tersebut menyebabkan bidan

seringkali mengeluh kesulitan untuk mengatur waktu dan menjadi tidak dapat melaksanakan seluruh tugasnya dengan maksimal (Santi, 2014).

Penelitian lain juga menemukan bahwa diantara faktor yang mempengaruhi peran bidan dalam pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini dan ASI eksklusif adalah motivasi yang kurang karena beban kerja yang berat serta waktu yang terbatas (Zainal, 2014). Intensitas kerja yang tinggi menjadikan bidan konselor ASI hanya memiliki waktu luang yang sedikit dan hal ini mengindikasikan adanya beban kerja mental. Ketika timbul perbedaan antara kemampuan bidan konselor ASI dalam melaksanakan tugasnya dengan tuntutan pekerjaan maka akan menimbulkan beban kerja bagi bidan tersebut, Beban kerja dapat didefinisikan sebagai perbedaan antara kemampuan dengan tuntutan pekerjaan. Jika kemampuan pekerja lebih tinggi daripada tuntutan pekerjaan, akan muncul perasaan bosan. Sebaliknya, jika kemampuan pekerja lebih rendah daripada tuntutan pekerjaan,

maka akan muncul kelelahan yang berlebih (Hancock, 1988).

Kinerja bidan konselor ASI dikelompokkan menjadi 2 yaitu kinerja kurang baik dan kinerja baik. Dinyatakan bidan konselor ASI mempunyai kinerja kurang baik jika  $x \leq 50$  dan berkinerja baik jika  $x >$

50. Berdasarkan Tabel 4, dapat diketahui bahwa sebagian besar bidan konselor ASI mempunyai kinerja yang baik yaitu 24 orang (53,3%) dan sisanya sebanyak 21 orang (46,70%) mempunyai kinerja yang kurang baik.

Tabel 4. Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat kinerja bidan konselor ASI

Kinerja	Fre-kkuensi	Persentase
Kurangbaik	21	46,7
Baik	24	53,3
<b>Jumlah</b>	45	100

Bidan konselor ASI di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang mempunyai kinerja baik adalah sebesar 53,3% dan sisanya 46,7% adalah yang berkinerja kurang baik. Hasil penelitian ini serupa dengan hasil penelitian lain yang menemukan bahwa di Kota Semarang 53,3% bidan puskesmas mempunyai kinerja yang baik dalam pelaksanaan program ASI eksklusif (Fithananti, 2013). Kinerja yang baik dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti adanya komitmen dari setiap konselor ASI yang kemudian ditandatangani oleh seluruh di Kabupaten Bantul serta Kabupaten/Kota lainnya di Provinsi

untuk melakukan tugasnya dengan baik. Hal ini sesuai dengan penjelasan Greenberg bahwa komitmen organisasi diperlukan sebagai salah satu indikator kinerja karyawan karena karyawan yang mempunyai komitmen tinggi dapat diharapkan akan memperlihatkan kinerja yang optimal (Martini dan Rostiana, 2003).

Selain juga dapat dikarenakan bidan konselor ASI yang juga seorang ibu yang mempunyai pengalaman pribadi dalam menyusui dan secara naluri tentunya ingin setiap bayi mendapatkan gizi yang cukup untuk kelangsungan hidupnya disertai adanya

pengetahuan bahwa ASI adalah merupakan makanan terbaik bayi hingga usia 6 (enam) bulan sehingga bidan tersebut menjadi termotivasi untuk terus berusaha membantu ibu-ibu yang kesulitan dalam menyusui agar dapat berhasil memberikan ASI secara eksklusif. Sebagaimana hasil dari penelitian yang dilakukan oleh Creedy *et al* (2008) yang menemukan bahwa seorang bidan yang mempunyai pengalaman pribadi dalam menyusui justru menunjukkan keterampilan yang lebih baik dalam membantu ibu memulai pemberian ASI eksklusif. Dengan demikian, menjadi penting untuk terus mempertahankan kinerja yang baik dari bidan konselor ASI agar tujuan

dari kebijakan Dinas Kesehatan untuk pengadaan tenaga konselor ASI di setiap unit pelayanan kesehatan sehingga peningkatan angka capaian keberhasilan pemberian ASI eksklusif di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dapat terwujud.

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas beban kerja dengan variabel terikat kinerja bidan konselor ASI. Tabel silang beban kerja dengan kinerja bidan konselor ASI ditunjukkan pada Tabel 5 dan pada Tabel 6 disajikan hasil analisis uji Pearson korelasi beban kerja dengan kinerja bidan konselor ASI di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Tabel 5. Tabel silang beban kerja dengan kinerja bidan konselor ASI

Variabel bebas (Beban kerja)	Variabel terikat (Kinerja bidan Konselor ASI)					
	kurang baik		baik		Total	
Ringan	3	27,3%	8	72,7%	11	100%
Sedang	18	52,9%	16	47,1%	34	100%
Berat	0	0	0	0	0	0
Total	21	47,6%	24	53,3%	45	100%

Berdasarkan Tabel 5, dapat dilihat bahwa sebagian besar (72,7%) responden yang merasakan beban kerja ringan mempunyai kinerja yang baik sebagai bidan

konselor ASI dan sisanya 3 responden (27,3%) mempunyai kinerja kurang baik. Sedangkan pada responden yang merasakan beban kerjanya sedang, sebagian

besar yaitu 18 orang (52,9%) justru mempunyai kinerja yang kurang baik dan 16 responden (47,1%) mempunyai kinerja yang baik. Seperti yang sudah disajikan pada Tabel 3, tidak ada responden yang

merasakan beban kerjanya berat dalam menjalankan tugas sebagai bidan konselor ASI di puskesmas.

Tabel 6. Hasil analisis uji Pearson korelasi beban kerja dengan kinerja bidan konselor ASI

		Beban Kerja	Kinerja
Beban Kerja	<i>Pearson Correlation</i>	1	-0,221
	<i>Sig. (2-tailed)</i>		0,144
	N	45	45
Kinerja	<i>Pearson Correlation</i>	-0,221	1
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	0,144	
	N	45	45

Setelah dilakukan pengujian dengan menggunakan uji Pearson, diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,144 ( $>0,05$ ) sehingga dapat dinyatakan bahwa tidak ada hubungan antara beban kerja dengan kinerja bidan konselor ASI di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Setelah dilakukan pengujian korelasi antara beban kerja dan kinerja dengan menggunakan uji Pearson, didapatkan nilai  $p = 0,144$  ( $>0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada korelasi yang

signifikan antara beban kerja dan kinerja bidan konselor ASI. Hal ini dapat dikarenakan kinerja bidan konselor ASI lebih dipengaruhi oleh faktor-faktor lain di luar beban kerja seperti motivasi, rasa tanggung jawab yang tinggi, sikap yang memang mendukung ASI eksklusif, adanya dukungan positif dari lingkungan kerja seperti pimpinan maupun bidan lainnya sehingga bidan tetap dapat melaksanakan tugasnya sebagai bidan konselor ASI di saat juga harus memberikan pelayanan kebidanan yang

merupakan tugas pokoknya di puskesmas. Tidak adanya hubungan yang signifikan antara beban kerja mental dengan kinerja juga didapatkan Omolayo dan Olajumoke (2013) yang kemudian mengungkapkan bahwa ini dimungkinkan karena pekerja dalam melaksanakan pekerjaannya berdasarkan kesadaran, rasa tanggung jawab, pengetahuannya tentang pekerjaannya dan motivasi serta dukungan yang diterima. Mudayana (2012) menyatakan bahwa tidak ada pengaruh beban kerja terhadap kinerja karyawan di RS Nur Hidayah Bantul dalam mengimplementasikan *patient safety* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit yang dapat disebabkan karena faktor eksternal (lingkungan) dan faktor internal (pribadi) dari perawat.

Meskipun secara statistik disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara beban kerja dengan kinerja tetapi ditemukan bahwa sebagian besar bidan yang merasakan beban kerja dengan tingkat sedang mempunyai kinerja yang kurang baik dan sebaliknya pada bidan konselor ASI yang

merasakan beban kerja ringan justru mayoritas berkinerja baik. Hal ini dapat terjadi dikarenakan beban kerja dapat mempengaruhi stress kerja yang pada akhirnya akan berdampak pada rendahnya kinerja, sebagaimana dinyatakan oleh Homberg *et al* (2009) bahwa apabila beban kerja yang diterima terlalu besar maka akan dapat menimbulkan stress kerja yang bisa mempengaruhi motivasi kerja dan menurunnnya kinerja. Menurunnnya motivasi akan menyebabkan menurunnnya kinerja, hal ini diperkuat dengan hasil penelitian Fithananti (2013) di Kota Semarang yang mendapatkan bahwa faktor motivasi berhubungan dengan kinerja bidan puskesmas dalam pelaksanaan program ASI eksklusif.

Motowildo dan Van Scotter (1994) menemukan adanya hubungan yang signifikan antara tuntutan pekerjaan, beban kerja dengan kinerja, sehingga disimpulkan bahwa tingkat ekstrim dari beban kerja dapat menyebabkan berkurangnya kinerja ke tingkat terendah dan apabila permintaan tugas terus meningkat dapat

menyebabkan penurunan yang berkelanjutan dalam kinerja tenaga mekanik Angkatan Udara Amerika, dalam penelitiannya juga menyimpulkan bahwa tuntutan pekerjaan yang tinggi menghasilkan kinerja yang lebih rendah dibandingkan pekerja yang mendapatkan tuntutan yang lebih rendah.

#### SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil analisis korelasi antara beban kerja dan kinerja dengan menggunakan uji Pearson, didapatkan nilai  $p = 0,144$  ( $>0,05$ ), yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara beban

kerja dengan kinerja bidan konselor ASI di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Saran yang diberikan kepada Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota di Daerah Istimewa Yogyakarta agar melakukan evaluasi dan supervisi terkait dengan beban kerja dan kinerja dari bidan konselor ASI supaya supaya menjadi lebih baik. Bagi Kepala Puskesmas untuk memperhitungkan kembali beban kerja bidan dengan rangkap tugas yang juga ditambahi tugas sebagai konselor ASI agar kinerjanya sebagai bidan konselor ASI dapat meningkat.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Britton, C., Mc.Cormick F.M., Renfrew M.J., Wade A., and King S.E. *Support for Breastfeeding Mothers*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 1. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub3: 1-61.
- Creedy, D.K., Cantrill R.M., and Cooke M. 2008. Assessing Midwives' Breastfeeding Knowledge: Properties of the Newborn Feeding Ability Questionnaire and Breastfeeding Initiation Practices Scale. *International Breastfeeding Journal*, 3 (7): 1-12.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan Konseling Menyusui dan Pelatihan Fasilitator Konseling Menyusui. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- Edmond K.M., Zandoh C., Quigley M.A., Amenga-Etego S., Owusu-Agyei S., and Kirkwood B.R. 2006. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Journal Pediatrics*, 117 (3): 380-386.
- Elaine, A., Victora C.G., Haisma H., Wright A. and Coward W.A. 2003. Lactation Counseling Increases Breast-Feeding Duration but Not Breast Milk Intake as Measured by Isotopic Methods. *J. Nutr.*, 133 (1): 205-210.
- Fikawati, S dan Syafiq, A. 2009. Penyebab Keberhasilan dan Kegagalan Praktik Pemberian ASI Eksklusif. *Kesmas*

- Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 4 (3): 120-131.
- Fithananti, N. 2013. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan Puskesmas dalam Pelaksanaan Program ASI Eksklusif di Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2 (1): 1-10.
- Graffy, J.P. 2001. *Evaluating Breastfeeding Support: A Randomised Controlled Trial of Support from Breastfeeding Counsellors*, Thesis, Department of Primary Care and General Practice, School of Medicine, Faculty of Medicine and Dentistry, The University of Birmingham.
- Green, F. and Mostafa T.E. 2012. *Trends in Job Quality in Europe*, Publications Office of the European Union, Luxemburg. [cited 2015 Feb 04]; Available from: [http://eprints.ioe.ac.uk/16320/1/Eurofound\\_report\\_Green\\_Mostafa.pdf](http://eprints.ioe.ac.uk/16320/1/Eurofound_report_Green_Mostafa.pdf).
- Hancock, P.A. and Meshkati N. 1988. *Human Mental Workload*. Elsevier.
- Homberg, V.D, Kunzi B., Elwyn G., Van Doremalen J., Akkermans R., Grol R., Wensing M. 2009. High Workload and Job Stress are associated with Lower Practice Performance in General Practice: an Observation Study in 239 General Practices in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 9 (18): 118-125.
- Hoonakker, P., Carayon P., Gurses A., Brown R., McGuire K., Khunuertkit A., Walker J.M. 2011. Measuring Workload of ICU Nurses with a Questionnaire Survey: The NASA Task Load Index (TLX). *IIE Trans Healthc Syst Eng.*, 1 (2): 131-143.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2010. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1464/Menkes/X/2010 tentang Ijin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia, Lembaran Negara Republik Indonesia. 2012. *Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif*. Jakarta: Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Situasi dan Analisis ASI Eksklusif*. [Cited 2014 Dec 15]. Available from: <http://www.depkes.go.id/article/view/14010200010/download-pusdatin-infodatin-infodatin-asi.html>.
- Martini, Y. dan Rostiana. 2003. Komitmen Organisasi Ditinjau Berdasarkan Iklim Organisasi dan Motivasi Berprestasi. *Phronesis*, 5 (9); 21-31.
- Motowildo, S.J. and Van Scotter J.R. 1994. Evidence that Task Performance should be Distinguish from Contextual Performance. *Journal of Applied Psychology*, 70 : 475-480.
- Mudayana, A.A. 2012. Hubungan Beban Kerja dengan Kinerja Karyawan di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Journal of Public Health)*, 6 (1): 35-40.
- Omolayo, B.O. and Olajumoke, C.O. 2013. Influence of Mental Workload in Job Performance. Department of Psychology Nigeria. Survey study. *International Journal of Humanities and Social Science*, 3 (15): 236-246.
- Priyadi. 2009. *Pengaruh Umur, Masa Kerja dan Gaya Kepemimpinan terhadap Kinerja Karyawan PT. Mondrian Klaten*. Skripsi (tidak diterbitkan). Surakarta: Fakultas Ekonomi Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Santi, M.Y. 2014. Implementasi Kebijakan Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif Melalui Konseling oleh Bidan Konselor. *Kesmas Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 8 (8): 346-352.
- Searle, B., Bright J.E.H., and Bochner S. 2001. Helping people to sort it out: The role of social support in the job strain model. *Work & Stress*, 15: 328-346.
- Zainal, E. 2014. *Hubungan antara Pengetahuan Ibu, Sikap Ibu, IMD dan Peran Bidan dengan Pelaksanaan ASI Eksklusif serta Faktor-faktor yang Mempengaruhi*

*Peran Bidan pada IMD dan ASI  
Eksklusif. Tesis. Bandung: Program*

Studi Magister Kebidanan. Fakultas  
Kedokteran Universitas Padjadjaran.

**HUBUNGAN JUMLAH ANGGOTA KELUARGA,  
PENGETAHUAN GIZI IBU DAN TINGKAT KONSUMSI ENERGI  
DENGAN STATUS GIZI ANAK SEKOLAH DASAR**

**THE CORRELATION OF FAMILY MEMBERS, MATERNAL  
NUTRITION KNOWLEDGE AND LEVEL OF ENERGY CONSUMPTION  
WITH NUTRITIONAL STATUS OF ELEMENTARY SCHOOL  
CHILDREN**

Dyah Umiyarni Purnamasari, Endo Dardjito dan Kusnandar  
Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan  
Universitas Jenderal Soedirman

**ABSTRAK**

Masalah gizi pada anak sekolah perlu mendapat perhatian serius. Dampak masalah gizi pada anak sekolah dapat mempengaruhi keterampilan motorik dan prestasi akademik. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan keluarga, pengetahuan gizi ibu dan tingkat konsumsi energi dengan status gizi anak-anak sekolah dasar. Penelitian cross sectional dilakukan, sampel berjumlah 84 siswa. Sebanyak 51,2% keluarga memiliki sejumlah besar anggota, sebanyak 65,5% ibu memiliki pengetahuan gizi yang cukup, sebanyak 85,7% memiliki tingkat konsumsi energi lebih rendah dan 65,5% memiliki status gizi normal. Analisis dilakukan dengan uji Spearman Range. Ada korelasi antara tingkat konsumsi energi dan status gizi ( $p = 0,001$ ), tidak ada hubungan keluarga anggota ( $p = 0,244$ ), pengetahuan gizi ibu ( $p = 0,155$ ) dengan status gizi anak sekolah. Saran untuk melakukan pemberian makanan di sekolah untuk meningkatkan tingkat konsumsi dan status gizi.

Kata kunci: Anak Sekolah Dasar, Status Gizi, Konsumsi Energi

**ABSTRACT**

Nutritional problems in school children need to be given serious attention. Impact of nutritional problems in school children can affect motor skills and academic achievement. The purpose of this study was to determine The Correlation of family members, maternal nutrition knowledge and level of energy consumption with nutritional status of elementary school children. Cross sectional study was conducted, the sample totaled 84 students. A total of 51.2% of families have a large number of members, as many as 65.5% of mothers have sufficient knowledge of nutrition, as many as 85.7% had levels less energy consumption and as much as 65.5% had normal nutritional status. The analysis was performed with Spearman Range test. There is a correlation between level of energy consumption and nutritional status ( $p = 0.001$ ), there was no association of family members ( $p = 0.244$ ), maternal nutrition knowledge ( $p = 0.115$ ) with the nutritional status of school children. Suggestions to do school feeding to increase the level of consumption and nutritional status.

Keywords: Elementary School Children, Nutritional status, Energy Consumption

**PENDAHULUAN**

Hasil Riset Kesehatan Dasar  
(Riskesdas) di Indonesia (2013)

menunjukkan masih banyaknya  
gangguan gizi pada anak sekolah usia  
5-12 tahun. Riset tersebut

menghasilkan sebanyak 11,2 % mengalami kurus; 30,7 % anak sekolah pendek dan 18,8 % gizi lebih. Jawa Tengah merupakan salah satu propinsi dengan prevalensi kurus pada anak sekolah umur 5-12 tahun di atas angka nasional, yaitu sekitar 12,5 % (Kemenkes RI, 2013c).

Dampak gangguan gizi pada anak sekolah akan dapat mempengaruhi kesehatan, dan kemajuan proses belajar mereka. Penelitian yang dilakukan oleh Pahlevi (2012) menunjukkan bahwa kurus akan menyebabkan seorang anak mudah terkena penyakit infeksi. Penelitian yang dilakukan oleh Astyorini (2014) menunjukkan sebanyak 85,7% anak sekolah kurus akan mempunyai kemampuan motorik kasar abnormal. Penelitian Saadah *dkk.*, (2014) menunjukkan terdapat hubungan status gizi dengan prestasi belajar anak sekolah.

Ada banyak faktor yang mempengaruhi status gizi anak sekolah. Faktor keluarga seperti jumlah anggota keluarga dan pengetahuan ibu juga menentukan status gizi anak sekolah. Penelitian yang dilakukan oleh Pahlevi (2012)

menunjukkan adanya hubungan pengetahuan ibu dengan status gizi anak sekolah. Selain itu juga tentu saja faktor konsumsi memegang peranan penting. Konsumsi energi yang cukup menjamin seorang anak untuk dapat menjalankan aktivitasnya dengan baik. Kebutuhan energi anak secara perorangan didasarkan pada kebutuhan energi untuk metabolisme basal, kecepatan pertumbuhan dan aktivitas. Penelitian yang dilakukan oleh Yulni, *dkk.*, (2013) pada anak sekolah dasar (7-12 tahun) menunjukkan adanya hubungan antara konsumsi energi dengan status gizi. Semakin adekuat konsumsi energinya, maka semakin baik status gizi anak sekolah.

Salah satu Kabupaten di Jawa Tengah dengan prevalensi masalah status gizi pada anak sekolah yang tinggi adalah Kabupaten Banyumas. Penjaringan kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas (2014) menunjukkan sebanyak 7,4 % anak sekolah mengalami kurus. Adapun anak sekolah yang terdapat di wilayah kerja Puskesmas II Sumbang mengalami kasus kurus tertinggi yaitu

sebanyak 43,2% (Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, 2014). Lokasi penelitian dilakukan di SD Banjarsari Kulon dan SD Limpakuwus yang merupakan sekolah dasar di wilayah Puskesmas II Sumbang dengan kategori anak sekolah kurus tinggi (14% dan 8,3%). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan jumlah anggota keluarga, pengetahuan ibu dan tingkat konsumsi energi dengan status gizi anak sekolah. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan April-Mei 2016.

#### **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian *eksplanatory survey* (penelitian penjelasan). Penelitian ini menjelaskan bagaimana hubungan jumlah anggota keluarga, pengetahuan ibu dan tingkat konsumsi energi dengan status gizi anak sekolah. Pendekatan yang digunakan adalah *crosssectional* dimana semua variabel dikumpulkan secara simultan (satu saat bersamaan).

Populasi dalam penelitian ini berjumlah yaitu seluruh anak sekolah dasar di SD Banjarsari Kulon dan

Limpakuwus berjumlah 664 anak. Sampel diambil secara *purposive*, dengan kriteria inklusi yaitu hanya pada anak kelas 4 diSD Banjarsari Kulon dan Limpakuwus Sampel berjumlah 84 orang. Alasan pemilihan kelas IV adalah karena siswa sudah bisa diajak bekerjasama dalam penelitian dan tidak sedang dalam kesibukan mengikuti ujian akhir sekolah. Analisis univariat dengan distribusi frekuensi yang disajikan dalam tabel, sedangkan analisis bivariat dengan melakukan tabulasi silang dan uji korelasi *Range Spearman* untuk menguji hubungan jumlah anggota keluarga, pengetahuan ibu dan tingkat konsumsi energi dengan status gizi anak sekolah.

#### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Rata-rata jumlah anggota keluarga sampel adalah 4 orang; rata-rata skor pengetahuan gizi orang tua adalah 7; rata-rata konsumsi energi sampel adalah 1253 kkal dengan tingkat konsumsi energi adalah 72,6% dan rata-rata status gizi sampel berdasar indeks IMT/U adalah -0,622. Berikut ini adalah distribusi univariat

untuk kategori variabel jumlah tua, tingkat konsumsi energi dan anggota keluarga, pengetahuan orang status gizi sampel.

Tabel 1. Distribusi Kategori Jumlah Anggota Keluarga, Pengetahuan Gizi, Tingkat Konsumsi Energi dan Status Gizi Sampel

No	Kategori	Jumlah		
		N	%	
1	Jumlah Anggota Keluarga			
	Kecil	41	48,8	
	Besar	43	51,2	
	Jumlah	84	100	
2.	Pengetahuan Orang Tua			
	Rendah	29	34,5	
	Cukup	55	65,5	
	Jumlah	84	100	
3	Tingkat Konsumsi Energi			
	Kurang	72	85,7	
	Baik	12	14,3	
	Jumlah	84	100	
4	Status Gizi			
	Sangat kurus	14	16,7	
	Kurus	3	3,6	
	Normal	55	65,5	
	Gemuk	12	14,3	
	Jumlah	84	100	

Tabel 1. menunjukkan bahwa proporsi jumlah anggota keluarga kecil dan besar pada sampel tidak jauh berbeda. Sebagian besar (65,5%) pengetahuan orangtua termasuk dalam kategori cukup; sebagian besar tingkat konsumsi energi anak termasuk dalam kategori kurang (85,7

%) dan sebagian besar status gizi sampel termasuk dalam kategori normal.

Analisis hubungan jumlah anggota keluarga dengan status gizi menggunakan uji korelasi *Range Spearman* dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Analisis Hubungan Jumlah Anggota Keluarga dengan Status Gizi

Variabel	Min	Max	Mean	<i>p value</i>
Jumlah Anggota Keluarga	3	9	4,85	0,244
Status Gizi IMT/U	-3.18	5.59	-0.622	

Pada penelitian ini tidak ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak sekolah. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan Soetjiningsih (1995) yang menyatakan bahwa jumlah anggota keluarga berpengaruh terhadap pertumbuhan anak. Keluarga besar ditambah sosial ekonomi kurang akan mengakibatkan berkurangnya kasih sayang serta kebutuhan primernya seperti makanan dan pakaian. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan pada Pahlevi (2012) yang menyatakan tidak adanya hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak sekolah di Semarang, demikian juga dengan penelitian yang

dilakukan oleh Devi (2010). Pada penelitian ini tidak adanya hubungan dikarenakan proporsi antara jumlah anggota keluarga besar dan kecil pada penelitian ini hampir sama (51,2 % dan 48,8%), sedangkan sebagian besar status gizi anak sekolah adalah normal (65,5%). Oleh karena itu jumlah anggota keluarga bukan merupakan faktor determinan utama status gizi pada anak sekolah.

### 1. Hubungan Pengetahuan Gizi Orangtua dengan Status Gizi

Analisis hubungan pengetahuan gizi orangtua dengan status gizi menggunakan uji korelasi *Range Spearman* dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Analisis Hubungan Pengetahuan Gizi Orangtua dengan Status Gizi

Variabel	Min	Max	Mean	<i>p value</i>
Pengetahuan Gizi Orangtua	4	10	7,7	0,115
Status Gizi IMT/U	-3,18	5,59	-0,622	

Pada penelitian ini tidak ada hubungan antara pengetahuan orang tua dengan status gizi anak sekolah. Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Istiono *dkk.*, (2009) yang menyatakan tidak ada hubungan

antara pengetahuan gizi ibu dengan status gizi. Pada penelitian ini sebagian besar responden memiliki pengetahuan gizi yang cukup (65,5%). Menurut Soekirman (2000) pengetahuan gizi tanpa diikuti sikap yang baik,

keterampilan, serta kemauan yang baik untuk bertindak tidak akan membawa perubahan pada status gizi anak.

## 2. Hubungan Tingkat Konsumsi Energi dengan Status Gizi

Tabel 4. Analisis Hubungan Tingkat Konsumsi Energi dengan Status Gizi

Variabel	Min	Max	Mean	<i>p value</i>
Tingkat Konsumsi Energi	11,79	152,57	72,67	0,001
Status Gizi IMT/U	-3,18	5,59	-0,622	

Pada penelitian ini terdapat hubungan antara tingkat konsumsi energi dengan status gizi anak sekolah. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yulni, *dkk.*, (2013) pada anak sekolah dasar (7-12 tahun) yang menunjukkan adanya hubungan antara konsumsi energi dengan status gizi.

Menurut Kemenkes RI (2013a) tentang Angka Kecukupan Gizi menyatakan kecukupan energi yang harus dipenuhi untuk anak usia 7-9 tahun adalah 1850 kkal, sedangkan untuk anak usia 10-12 tahun laki-laki adalah 2100 kkal, dan perempuan 2000 kkal. Pada penelitian ini rata-rata

Analisis hubungan tingkat konsumsi energi dengan status gizi menggunakan uji korelasi *Range Spearman* dapat dilihat pada Tabel 4.

konsumsi energi anak sekolah adalah 1251 kkal dengan tingkat konsumsi sebagian besar adalah kurang (85,7%). Kemenkes RI (2013b) tentang Survei Dietetik Total menemukan rata-rata asupan energi pada anak umur 5-12 tahun di Indonesia adalah 1913 kkal dengan tingkat konsumsi energi 86,5 %. Hal itu berarti tingkat konsumsi energi anak Indonesia belum sepenuhnya baik, karena kategori tingkat konsumsi baik menurut survei tersebut adalah 100- < 130 % dari Angka Kecukupan Energi.

Konsumsi energi yang cukup menjamin seorang anak untuk dapat menjalankan

aktivitasnya dengan baik. Kebutuhan energi anak secara perorangan didasarkan pada kebutuhan energi untuk metabolisme basal, kecepatan pertumbuhan dan aktivitas. Energi untuk metabolisme basal bervariasi sesuai jumlah dan komposisi jaringan yang aktif secara metabolik, umur dan jenis kelamin. Kecepatan pertumbuhan juga berbeda pada masing-masing kelompok umur. Aktivitas fisik memberi kontribusi terhadap pengeluaran energi. Seorang anak dengan aktivitas fisik tinggi membutuhkan energi yang lebih banyak dibanding anak dengan aktifitas ringan. Pemenuhan energi yang tidak sesuai dengan kebutuhannya akan menyebabkan seorang anak mempunyai status gizi kurus (Almatsier, *dkk.*, 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Richard *et al* (2012) menunjukkan adanya hubungan antara kejadian kurus dengan pendek anak. Anak yang sejak masih kecil sudah kurus, maka anak tersebut akan mengalami gangguan pertumbuhan sehingga

akan menjadi pendek. Penelitian yang dilakukan oleh Saadah *dkk.*, (2014) menunjukkan adanya hubungan antara kejadian kurus dengan prestasi belajar pada anak sekolah. Anak yang kurus akan terdiperubahan pada metabolisme yang berdampak pada kemampuan kognitif dan otak. Kurangnya konsumsi gizi akan berdampak pada fungsi hipotalamus dan korteks dalam membentuk dan menyimpan memori, perkembangan IQ terhambat, sehingga berdampak pada prestasi belajarnya.

#### SIMPULAN DAN SARAN

Ada hubungan antara tingkat konsumsi energi dengan status gizi anak sekolah, sedangkan jumlah anggota keluarga dan pengetahuan gizi tidak terdapat hubungan yang bermakna. Saran untuk meningkatkan konsumsi energi anak sekolah melalui pemberian makanan tambahan

di sekolah sehingga dapat

meningkatkan status gizi anak.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier; Sunita, Soetardjo, S., Soekatri, M., 2011. *Gizi Seimbang dalam Daur Kehidupan*. Penerbit Gramedia, Jakarta.
- Astyorini, YD. Hubungan Status Gizi terhadap Kemampuan Motorik Kasar Anak Sekolah Dasar. *Jurnal Kesehatan Olahraga Volume 02 Nomor 02 Tahun 2014*, 33-39
- Devi, M. Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Status Gizi Balita di Pedesaan. *Jurnal Teknologi dan Kejuruan*, Vol 33 No.2 September 2010:183-192
- Istiono;Wahyudi, Suryadi, H., Haris, M., Irnizarifka, Tahitoe, A.D., Hasdianda, M.A., Fitria, T., Sidabutar, T.I.R. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita. *Berita Kedokteran Masyarakat* Vol 25, No.3 September 2009, Hal: 150-155
- Kementerian Kesehatan RI, 2013a. *Peraturan Menteri Kesehatan No 75 Tahun 2013 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan Bagi Bangsa Indonesia*
- Kementerian Kesehatan RI, 2013b. *Buku Studi Diet Total Survei Konsumsi Makanan Individu Indonesia Tahun 2014*. Lembaga Penerbitan Badan Litbangkes.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013c. *Riset Kesehatan Dasar 2013*.
- Laporan Penjaringan Kesehatan Anak Sekolah. 2014. Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas (tidak dipublikasikan)
- Pahlevi AE. Determinan Status Gizi pada Anak Sekolah. *Jurnal Kesehatan Masyarakat 7 (2) Tahun 2012* hal 122-126
- Richard, S., Black, R.E., Gilman, R.H., Kang, G., Lanata, C.F., Melbak, K., Rasmussen, Z.A., Sack, R.B., Branth, P.V., Checkley, W. Wasting is Associated with Stunting in Early Childhood. *J. Nutr.* July 1, 2012 vol. 142 no. 7 1291-1296
- Sa'adah, Hayatus R., Rahmatina, B. Herman, Sastri, S. Hubungan Status Gizi dengan Prestasi Belajar Siswa Sekolah Dasar Negeri 01 Guguk Malintang Kota Padangpanjang. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2014; 3(3)
- Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*. Direktorat Jenderal Perguruan Tinggi, Jakarta
- Soetjiningsih, 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. Penerbit EGC. Jakarta.
- Yulni, H., Virani, V., Devintha.. Hubungan Asupan Zat Gizi Makro dengan Status Gizi pada Anak Sekolah Dasar di Wilayah Pesisir Kota Makassar. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. [Vol 9, No 4 \(2013\)](#)

**HUBUNGAN POSISI KERJA, POSISI KEPALA DAN JARAK  
JANGKAUAN DENGAN KELELAHAN FISIK PEKERJA BATIK DI  
DESA KAUMAN SOKARAJA**

**RELATIONSHIP WORK POSITION, POSITION HEAD AND DISTANCE  
RANGE WITH PHYSICAL EXHAUSTION BATIK WORKERS IN  
KAUMAN SOKARAJA**

Siti Harwanti, Budi Aji, Nur Ulfah  
**Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan  
Universitas Jenderal Soedirman**

**ABSTRAK**

Pegangan batik tulis tangan adalah pekerjaan yang digunakan duduk posisi. Posisi duduk yang tidak baik akan menyebabkan para pekerja merasa kelelahan lebih cepat. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan posisi kerja duduk dengan kelelahan fisik pada pekerja batik tulis tangan. Penelitian ini menggunakan observasi analitik dengan pendekatan cross-sectional. Sampelnya adalah 41 pekerja batik tulis wanita dengan total sampling sebagai teknik pemilihan sampel. Analisis data menggunakan uji chi square dengan tingkat kesalahan 5% atau  $\alpha = 0,05$ . Analisis bivariat pada variabel posisi belakang diperoleh p-value = 0,001 ( $< 0,05$ ). Variabel posisi kepala dan leher diperoleh p-value = 0,108 ( $> 0,05$ ). Variasi rentang tangan diperoleh p-value = 0,000 ( $< 0,05$ ). Posisi duduk kerja memperoleh nilai p = 0,001 ( $< 0,05$ ). Variabel posisi belakang, variabel rentang tangan dan posisi duduk kerja berhubungan dengan kelelahan fisik.

Kata kunci: Kelelahan, Pekerja Batik tulis, Posisi Duduk Kerja

**ABSTRACT**

Handmade batik worker is a job used sit position. Indecent sit position will cause workers feel fatigue faster. The objective of this research is to know correlation work sit position with physical fatigue at handmade batik workers. This research used analytic observational with cross-sectional approachment. Sample are 41 female handmade batik workers with total sampling as sample election technique. The data analyze used chi square test with 5% level error or  $\alpha = 0,05$ . Bivariate analyze at back position variable obtain p-value = 0,001 ( $< 0,05$ ). Head and neck position variable obtain p-value = 0,108 ( $> 0,05$ ). Hand range variable obtain p-value = 0,000 ( $< 0,05$ ). Work sit position obtain p-value = 0,001 ( $< 0,05$ ). Back position variable, hand range variable and work sit position have correlation with physical fatigue.

**Keywords** : Fatigue, Handmade Batik Workers, Work Sit Position

**PENDAHULUAN**

Kelelahan merupakan masalah yang harus mendapat perhatian. Semua jenis pekerjaan baik formal dan informal menimbulkan kelelahan kerja. Kelelahan kerja akan

menurunkan kinerja, menambah kesalahan kerja yang berakibat pada terjadinya kecelakaan kerja (Silastuti, 2006).

Menurut *International Labour Organisation* (ILO) setiap

tahun sebanyak dua juta pekerja mengalami kelelahan yang mengakibatkan kecelakaan kerja dan berujung pada kematian. Penelitian tersebut menjelaskan dari 58.115 sampel, 18.828 diantaranya (32,8%) mengalami kelelahan (Sedarmayanti, 2009). Kelelahan kerja memberi kontribusi 50% terhadap terjadinya kecelakaan kerja (Setyawati, 2011).

Faktor lain penyebab pekerja merasa lebih cepat lelah adalah postur kerja yang janggal atau tidak ergonomis (Wignjosoebroto, 2008). Depkes RI (2005) menyebutkan dari 10.688 pekerja formal dan informal di 12 kabupaten atau kota di seluruh Indonesia terdapat 46,3% posisi kerja statis dalam waktu lama, 41% pekerja yang sering membungkuk, 41,5% mengistirahatkan tangan lebih dari 1 menit dan 32,9% posisi kerja yang janggal.

Pekerja batik merupakan salah satu pekerjaan yang menggunakan posisi kerja duduk. Desa Kauman, Sokaraja merupakan salah satu sentra pembuatan batik di Kabupaten Banyumas. Hasil observasi dan wawancara langsung yang dilakukan pada bulan Mei

2016, didapatkan hasil bahwa dari 10 pekerja batik, 2 pekerja batik tergolong dalam kelelahan berat, 7 kelelahan sedang dan 1 kelelahan ringan. Rata-rata mereka bekerja lebih dari 7 jam dalam sehari dan bekerja sudah lebih dari 5 tahun. Posisi duduk 8 pekerja batik masih membungkuk ke depan, posisi duduk yang belum lurus antara kepala dan leher.

#### **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasi analitik dengan pendekatan *crosssectional*. Populasi adalah semua pekerja batik di Desa Kauman, Sokaraja sebanyak 41 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling* dan didapatkan 41 orang.

Pengukuran waktu reaksi menggunakan *reaction timer* untuk mengetahui tingkat kelelahan pekerja batik. Observasi posisi kerja juga dilakukan pada hari yang sama.

Analisis data yang digunakan yaitu Uji *chi square*. Uji statistik untuk mengetahui hubungan antar posisi punggung, posisi kepala dan leher, jarak jangkauan tangan dan

posisi kerja duduk dengan kelelahan fisik pekerja batik.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden berdasarkan umur, didominasi oleh kelompok dewasa akhir (46-55 tahun) yaitu 41,5%, masa kerja didominasi oleh responden yang telah menjadi pembatik selama <5 tahun (39%), lama kerja didominasi oleh responden yang bekerja selama < 8 jam per hari (100%), tingkat kelelahan fisik didominasi oleh kelelahan ringan (61%), gizi didominasi oleh responden yang kekurangan asupan kalori (100%), *circadian rythym* normal 90,2%,

posisi punggung didominasi oleh responden yang membungkuk (61%), posisi kepala dan leher didominasi oleh responden yang posisi kepala dan leher lurus (85,4%), jarak jangkauan tangan didominasi oleh responden yang menggunakan jarak maksimum (65,9%), posisi kerja duduk didominasi oleh responden yang menggunakan posisi kerja duduk tidak ergonomis (75,6%).

Hasil analisis bivariat pada posisi punggung dengan kelelahan dapat dilihat pada Tabel 1.1 berikut:

Tabel 1.1 Hubungan posisi punggung dengan kelelahan kerja

Posisi Punggung	Kelelahan Fisik				Total	%	<i>p-value</i>	<i>CI</i>
	Normal		Lelah					
	F	%	f	%				
Tegak	9	22	7	17	16	39		
Membungkuk	2	5	23	56	25	61	0,001	0,531
Jumlah	11	27	30	73	41	100		

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa *p-value* 0,001 (< 0,05) dan *CI* 0,531 (> 0,5) yang berarti terdapat hubungan antara posisi punggung dengan kelelahan kerja dengan keeratan hubungan kuat.

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Shinde (2012) yang

menyatakan bahwa pekerja yang bekerja dengan posisi kerja yang tidak ergonomis akan mengalami gangguan kesehatan seperti kelelahan dan *low back pain*. Penelitian Ramasamy (2013) menyebutkan posisi janggal akan menyebabkan kelelahan lebih cepat

daripada posisi ergonomis. Penelitian Wanave (2014) menyebutkan bahwa kelelahan pekerja operator berkurang dan konsentrasi pekerja meningkat setelah melakukan posisi kerja ergonomis.

Hasil analisis bivariat pada posisi kepala dan leher dengan kelelahan dapat dilihat pada Tabel 1.2 berikut:

Tabel 1.2. Hubungan posisi kepala dan leher dengan kelelahan kerja

Posisi Kepala dan Leher	Kelelahan Fisik				Total	%	<i>p-value</i>	<i>CI</i>
	Normal		Lelah					
	f	%	f	%				
Lurus	11	27	24	58	35	85	0,108	0,251
Miring	0	0	6	15	6	15		
Jumlah	11	27	30	73	41	100		

Tabel 1.2 menunjukkan bahwa *p-value* 0,108 ( $> 0,05$ ) yang berarti tidak terdapat hubungan antara posisi kepala dan leher dengan kelelahan pekerja.

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Delgado (2010) menyebutkan bahwa kelelahan tidak dipengaruhi oleh posisi tubuh. Delgado menyebutkan bahwa hasil

penelitian tersebut dipengaruhi oleh banyak faktor seperti *experimental error*, jumlah sampel dan kemampuan mengendalikan variabel.

Hasil analisis bivariat pada jarak jangkauan dengan kelelahan dapat dilihat pada Tabel 1.3 berikut:

Tabel 1.3. Hubungan jarak jangkauan tangan dengan kelelahan kerja

Jarak Jangkauan Peralatan	Kelelahan Fisik				Total	%	<i>p-value</i>	<i>CI</i>
	Normal		Lelah					
	f	%	f	%				
Sesuai	9	22	5	12	14	34	0,000	0,609
Tidak Sesuai	2	5	25	61	27	66		
Jumlah	11	27	30	73	41	100		

Tabel 1.3 menunjukkan bahwa *p-value* 0,000 ( $< 0,05$ ) dan *CI* 0,609 ( $> 0,5$ ) yang berarti ada hubungan antara jarak jangkauan

tangan dengan kelelahan dengan keeratan hubungan kuat.

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Gimmon (2011) yang menyebutkan posisi tubuh

mempunyai efek terhadap kelelahan otot. Penelitian Prasad (2015) menyebutkan bahwa implementasi posisi kerja akan menurunkan kelelahan kerja pada operator. Penempatan wajan yang berisi malam pada tempat yang mudah dijangkau akan membuat pekerja batik mengeluarkan energi lebih sedikit sehingga kelelahan akan lebih lambat dirasakan.

#### **SIMPULAN DAN SARAN**

Ada hubungan antara posisi punggung dengan kelelahan fisik pekerja batik. Tidak ada hubungan antara posisi kepala dan leher dengan kelelahan fisik pekerja batik. Ada

hubungan antara jarak jangkauan tangan dengan kelelahan fisik pekerja batik. Ada hubungan antara posisi kerja duduk dengan kelelahan fisik pekerja batik.

Bagi Pekerja batik disarankan menerapkan posisi punggung yang tegak pada saat membatik. Pekerja batik tidak menerapkan jarak jangkauan yang maksimum untuk memperlambat terjadinya kelelahan. Pemerintah daerah diharapkan dapat membantu memfasilitasi sistem atau metode dalam mendapatkan kursi ergonomis sehingga pekerja batik dapat menggunakan posisi kerja duduk yang ergonomis.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Delgado, G. 2010. Trunk Extensor Muscle Fatigue Does Not Affect Postural Control During Upright Static Stance in Young-Adults and Middle-Aged Adults. *Journal Health and Natural Sciene*. The University of Western Ontario, London, Ontario.
- Depkes RI. 2005. *Profil Masalah Kesehatan Pekerja di Indonesia Tahun 2005*. Japaru Gama Karsa : Jakarta.
- Gimmon, Y. 2011. The Effect Of Plantar Flexor Muscle Fatigue On Postural Control. *Journal of Electromyography and Kinesiology*.
- Prasad, S.K. 2015. Ergonomic Analysis of an Assembly Workstation to Identify Time Consuming And Fatigue Causing Factors to Improve The Productivity. *International Journal of Innovative Research in Science, Engineering and Technology*:Vol. 4, Issue 5, May 2015.
- Ramasamy, S. 2013. Estimation and Analysis of Muscle Fatigue due to different Work Patterns—A Critical Review. *International Journal of Advanced Trends in Computer Science and Engineering*.
- Sedarmayanti. 2009. *Sumber Daya Manusia dan Produktivitas*. Bandung: CV Mandar Maju.
- Setyawati, L. 2011. *Selintas Tentang Kelelahan Kerja*. Yogyakarta: Lakassidaya.
- Shinde, G. 2012. Ergonomic analysis of an assembly workstation to identify time consuming and fatigue

- causing factors using application of motion study. *International Journal of Engineering and Technology*.
- Silastuti, A. 2006. *Hubungan Antara Kelelahan dengan Produktivitas Tenaga Kerja di bagian Penjahitan PT Bengawan Solo Garment Indonesia*. Skripsi: Universitas Negeri Semarang.
- Wanave, S.B. 2014. Study and Assessment of Body Posture of the Operator Working in Transformer Manufacturing Industry through RULA. *International Journal of Research in Advent Technology*.
- Wignjosuebrotto, S. 2008. *Ergonomi, Studi Gerak dan Waktu*. Prima Printing: Surabaya.

# **KAJIAN STUNTING PADA ANAK BALITA BERDASARKAN POLA ASUH DAN PENDAPATAN KELUARGA DI KOTA BANDA ACEH**

## **STUDY OF STUNTING AMONG CHILDREN UNDER FIVE BY PARENTING AND FAMILY INCOME IN BANDA ACEH**

Agus Hendra AL Rahmad dan Ampera Miko

Jurusan Gizi, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Aceh Jurusan Farmasi  
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Aceh

### **ABSTRAK**

Prevalensi stunting di provinsi Aceh di tingkat nasional, prevalensi stunting adalah 44,6%, prevalensi Banda Aceh sebesar 38,8%. Sangat penting untuk mengetahui penyebab kejadian tersebut. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui insidensi Stunting pada balita terkait pemberian ASI eksklusif, pemberian MP-ASI, status imunisasi, karakteristik keluarga. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan rancangan kasus kontrol, dilakukan di wilayah dan Puskesmas Banda Raya, Batoh dan Meuraxa, jumlah sampel adalah 96. Analisis data meliputi univariat dan bivariat dengan menggunakan uji Chi-kuadrat pada CI 95%, dan multivariat (regresi logistik). Hasil penelitian menunjukkan kejadian stunting pada bayi yang disebabkan oleh rendahnya pendapatan keluarga ( $p = 0,026$ ;  $OR = 3,1$ ), pemberian ASI non-eksklusif ( $p = 0,002$ ;  $OR = 4,2$ ), pemberian MP-ASI yang buruk ( $p = 0,007$ ;  $OR = 3,4$ ), dan imunisasi tidak lengkap ( $p = 0,040$ ;  $OR = 3,5$ ). Hasil analisis multivariat diperoleh bahwa tidak memberikan ASI sangat dominan menyebabkan stunting pada balita di Banda Aceh dengan  $OR = 4,9$ . Kesimpulannya, stunting pada balita berhubungan dengan pendapatan keluarga yang lebih rendah, tidak memberikan ASI eksklusif, pemberian MP-ASI yang kurang baik dan imunisasi yang tidak lengkap. Tidak memberikan ASI eksklusif menjadi faktor dominan sebagai penyebab risiko anak mengalami stunting.

Kata kunci: Stunting, Parenting, Penghasilan

### **ABSTRACT**

The prevalence of stunting in Aceh province on the national, the prevalence of stunting was 44,6%, Banda Aceh prevalence of 38.8%. They its become important to note the cause of the incident. The purpose study to assess the incidence of Stunting in children under five in terms exclusive breastfeeding, complementary feeding, immunization status, family characteristics. Quantitative research approaches to the design of Case Control Study, carried out in the region and Banda Raya Health Center, Batoh and Meuraxa the number of samples is 96. Data analysis includes univariate and bivariate using the Chi-square test on CI 95%, and multivariate (logistic regression). The result showed the incidence of stunting in infants caused by low family income ( $p= 0,026$ ;  $OR= 3,1$ ), non-exclusive breastfeeding ( $p= 0,002$ ;  $OR= 4.2$ ), giving poor complementary feeding ( $p= 0,007$ ;  $OR= 3,4$ ), and incomplete immunization ( $p= 0,040$ ;  $OR= 3,5$ ). Results of multivariate analysis obtained non-exclusive breastfeeding is very dominant cause stunting of children under five suffered Banda Aceh region with  $OR= 4,9$ . The conclusion, stunting among children is associated with lower family income, not-exclusively breastfeeding, complementary feeding less favorable and incomplete immunization. While not-exclusive breastfeeding a dominant factor as the cause of the child's risk of experiencing stunting.

**Keywords:** Stunting, Parenting, Income

## PENDAHULUAN

Status gizi didefinisikan sebagai suatu keadaan nyata dari gizi seseorang individu. Seseorang dikatakan memiliki status gizi yang baik jika dia tidak menunjukkan bukti kekurangan gizi, baik bersifat akut maupun kronis. Gizi merupakan salah satu faktor penting yang menentukan tingkat kesehatan dan kesejahteraan manusia. Gizi yang baik jika terdapat keseimbangan dan keserasian antara perkembangan fisik dan perkembangan mental orang tersebut. Terdapat kaitan yang sangat erat antara status gizi dan konsumsi makanan. Tingkat status gizi optimal akan tercapai apabila kebutuhan zat gizi optimal terpenuhi (Amosu et al., 2011).

Tumbuh kembang yang optimal bisa dicapai melalui pendekatan *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, WHO/UNICEF merekomendasikan empat hal penting yang harus dilakukan yaitu : pertama memberikan Air Susu Ibu kepada bayi segera dalam 30 menit setelah bayi lahir, kedua memberikan hanya Air Susu Ibu (ASI) saja atau

pemberian ASI secara Eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, ketiga memberikan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) sejak bayi berusia 6 bulan sampai 24 bulan, dan keempat meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia 24 bulan atau lebih (Zahraini, 2013). Hal tersebut menekankan, secara sosial budaya MP-ASI hendaknya dibuat dari bahan yang murah dan mudah diperoleh dari daerah setempat (*indigenous food*) (Depkes, 2007a)

UNICEF menunjukkan hampir sepertiga anak-anak di bawah usia lima tahun di negara-negara berkembang memiliki tubuh pendek. Menurut laporan The Lancet's bahwa prevalensi balita *stunting* diseluruh dunia mencapai 28,5% dan pada negara berkembang sebesar 31,2%. Asia mempunyai prevalensi sebesar 30,6% (Unicef, 2007). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan sebanyak 37% balita memiliki tinggi badan di bawah standar alias *stunting* (Depkes, 2007b). Tidak hanya di Indonesia, mengatasi balita pendek menjadi salah satu perhatian dalam tujuh

program *Milenium Development Goals* (MDGs). Pemerintah Indonesia sendiri, pada 2015 menargetkan angka balita pendek turun jadi 18% (Bappenas, 2010).

Tingginya masalah kekurangan gizi terutama yang terjadi didaerah dengan berpenduduk miskin. Berdasarkan Riskesdas tahun 2013 prevalensi *stunting* pada balita di Aceh juga semakin meningkat sebesar 6,5% dari tahun 2010 menjadi sebesar 41,5% (Balitbangkes, 2013). Walaupun secara nasional terjadi penurunan prevalensi masalah gizi, tetapi masih terdapat 18 provinsi di atas prevalensi nasional, dan Provinsi Aceh termasuk 10 besar dengan masalah gizi. Keadaan prevalensi *stunting* yaitu sangat pendek sebesar 24,2% dan pendek sebesar 14,8% (AL Rahmad et al., 2013). Prevalensi *stunting* di Kota Banda sebesar 38,8%. Situasi tersebut sangat penting untuk diperhatikan (Depkes, 2007b). Kota Banda Aceh mengalami masalah yang serius terhadap kesehatan masyarakat, hal ini merupakan akibat dari tingginya masalah anak balita

pendek. Menurut Ramli dalam (Bahmat et al., 2010) bahwasanya prevalensi *stunting* dan *severe stunting* menjadi lebih tinggi pada anak usia 24-59 bulan yaitu 50% dan 24%, apabila dibandingkan anak-anak berusia dibawah 24 bulan.

*Stunting* merupakan hasil ukur status gizi bayi yang dilihat dari indikator TB/U, yang menggambarkan status gizi bersifat *kronis*, artinya muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, pola asuh yang tidak tepat, sering menderita penyakit secara berulang karena higiene dan sanitasi yang kurang baik (Chandran, 2009). Beberapa hasil penelitian menemukan bahwa kemiskinan merupakan penyebab tingginya masalah *stunting* pada balita, seperti penelitian (Kleynhans et al., 2006), menyimpulkan bahwa keluarga yang mempunyai keterbatasan ekonomi akan sangat sulit untuk pemenuhan bahan pangan dalam rumah tangga, hal ini jika berlangsung lama secara terus menerus berdampak terhadap tinggi anak-anak untuk mengalami kependekan. Selin itu, faktor pola

asuh seperti pemberian ASI dan MP-ASI serta pelayanan kesehatan mempunyai andil terhadap tingginya masalah gizi (Diana, 2006). Tingkat menyusui dan praktik pemberian ASI eksklusif secara keseluruhan berkontribusi terhadap status gizi anak, selain itu pengenalan makanan bagi anak diatas usia 6 bulan sangat mendukung terhadap perubahan status gizi (Muchina and Waithaka, 2010).

#### METODE PENELITIAN

Jenis penelitian merupakan kuantitatif dengan rancangan *Case Control Study* secara *community based* (Creswell, 2010). Penelitian dilakukan selama 2 (dua) bulan terhitung September - Oktober 2010, dengan lokasinya yang mempunyai prevalensi *stunting* terbesar yaitu wilayah kerja Puskesmas Banda Raya, Puskesmas Batoh, Puskesmas Meuraxa. Kriteria sample dengan desain *Case Control*, maka sampel dalam penelitian ini terdiri 1) *Kasus*; bayi berusia 12 – 60 bulan yang mengalami *stunting*, tercatat dibuku register penimbangan, terdapat data pendukung (KMS), dan bayi ibu

bersedia dijadikan sampel dan responden. 2) *Kontrol*, bayi berusia 12 – 60 bulan tidak mengalami *stunting*, tercatat dibuku register penimbangan, terdapat data pendukung (KMS), dan bayi ibu bersedia dijadikan sampel dan responden. Dilakukan *matching* (jenis kelamin dan umur anak balita dengan interval ; 12 – 23 bulan, 24 – 35 bulan, 36 – 47 bulan, 48 – 60 bulan). Besar dalam penelitian ini dihitung menggunakan rumus dua proporsi (Flikkema and Toledo-Pereyra, 2012):

$$n = \frac{\left( \frac{Z_a + Z_\beta \sqrt{PQ}}{P - 1/2} \right)^2}{P} \quad P = \frac{R}{(1+R)}$$

Keterangan :

R = Perkiraan Odds Ratio = 2,0

Po = Prevalensi kontrol yang terpapar = 10%

$\alpha$  = 0,05      Q = 0,62

B = 0,10      Z $\alpha$  = 1,96

P = 0,38      Z $\beta$  = 1,28

Besar sampel berdasarkan rumus diatas diperoleh n = 43,97 dibulatkan menjadi 44 anak balita. Selanjutnya dilakukan estimasi *lost*

*to follow* sebesar 10%, sehingga jumlah sampel sebanyak 48 anak balita. Maka, jumlah sampel minimal untuk kasus = 48 anak usia 12 – 60 bulan dan kontrol 48 anak usia 12 – 60 bulan yang diambil secara acak. Variabel dalam penelitian ini terdiri dari Independen (Pemberian ASI, MP-ASI, imunisasi dan pendapatan keluarga), sedangkan variabel dependennya yaitu *stunting*. Pengolahan data meliputi tahapan; Editing, Coding, Entry, Cleaning data entry. Analisis data menggunakan bantuan program komputer meliputi mulai univariat, bivariat (Chi-Square CI:95%) dan analisis multivariat (*Regression Binary Logistic Test*).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berikut adalah distribusi karakteristik responden yang dilihat berdasarkan umur, pendidikan dan pekerjaan ibu pada tiga wilayah puskesmas yaitu Banda Raya, Batoh dan Meuraxa di Kota Banda Aceh.

Secara umum umur responden berkisar antara 30 – 39 tahun dimana proporsi pada wilayah kerja puskesmas Banda Raya sebesar 56,9%, pada puskesmas Batoh sebesar 62,5%, dan puskesmas Meuraxa sebesar 57,9%. Begitu juga dengan jenis pendidikan responden yang pada umumnya adalah berpendidikan Diploma/ Sarjana, dimana proporsi puskesmas Banda Raya sebesar 47,1%, pada puskesmas Batoh sebesar 54,2%, dan pada puskesmas Meuraxa sebesar 52,6%.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden pada Puskesmas Banda Raya (n=34), Puskesmas Batoh (n=24), Puskesmas Meuraxa (n=38)

Karakteristik Responden	Banda Raya		Batoh		Meuraxa	
	f	%	f	%	f	%
Umur						
- 20 – 29 Tahun	9	26,5	6	25,0	11	13,2
- 30 – 39 Tahun	18	56,9	15	62,5	22	57,9
- 40 – 49 Tahun	7	20,6	3	12,5	5	13,2
Pendidikan						
- SD	1	2,9	1	4,2	0	0,0
- SMP	6	17,6	5	20,8	6	15,8
- SMA	8	23,5	4	16,7	8	21,1
- Diploma/Sarjana	16	47,1	13	54,2	20	52,6

- Pascasarjana	3	8,8	1	4,2	4	10,5
Pekerjaan						
- PNS	3	8,8	3	12,5	2	5,3
- Swasta	17	50,0	12	50,0	12	31,6
- Wiraswasta	1	2,9	1	4,2	1	2,6
- IRT	13	38,3	8	33,3	23	60,5

Berdasarkan jenis pekerjaan, responden pada wilayah kerja puskesmas Banda Raya dan Batoh proporsinya lebih banyak pekerjaannya swasta yaitu sebesar 50,0%, dan untuk wilayah kerja puskesmas Meuraxa proporsinya lebih banyak responden sebagai ibu rumah tangga yaitu sebesar 60,5%.

Karakteristik ibu perlu juga diperhatikan karena *stunting* yang sifatnya *kronis*, artinya muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, pola asuh yang tidak tepat karena akibat dari orang tua yang sangat sibuk bekerja, pengetahuan ibu yang kurang baik tentang gizi akibat dari rendahnya pendidikan ibu, sering menderita penyakit secara berulang karena higiene dan sanitasi yang kurang baik (Nadiyah *et al.*, 2014).

Karakteristik ibu seperti tingkat pendidikan, status pekerjaan, umur ibu, dan lain-lain sangatlah

perlu untuk dipertimbangkan, misalnya tingkat pendidikan turut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang diperoleh. Walaupun secara tidak langsung pendidikan formal ibu akan mempengaruhi keadaan gizi anak-anaknya (Chandran, 2009). Karena sebelum itu pendidikan ibu akan menentukan tingkat pengetahuan gizi. Semakin tinggi pendidikan ibu semakin tinggi kemampuan ibu untuk menyerap pengetahuan praktis dan pendidikan non formal terutama melalui televisi, surat kabar, radio, dan lain-lain (Diana, 2006).

Selain itu status pekerjaan ibu tergambar bahwa ibu yang berkerja yaitu perempuan yang berstatus sebagai ibu rumah tangga memiliki peran ganda dalam sebuah keluarga. Peran utamanya jika ketika memiliki aktivitas lain di luar rumah seperti bekerja, menuntut pendidikan ataupun aktivitas lain dalam kegiatan

social akan berdampak terhadap pola asuh anak-anak mereka. Dengan peran ganda ini, seorang wanita dituntut untuk dapat menyeimbangkan perannya sebagai seorang ibu ataupun peran-peran lain yang harus diembannya. Sebagai seorang ibu, ketika memiliki anak yang

masih kecil, dirinya merupakan tempat bergantung bagi anak-anaknya (Kleynhans et al., 2006).

### Karakteristik Sampel

Tabel 2. Distribusi Karakteristik Sampel pada Puskesmas Banda Raya (n=34), Puskesmas Batoh (n=24), Puskesmas Meuraxa (n=38)

Karakteristik Responden	Banda Raya		Batoh		Meuraxa	
	f	%	f	%	f	%
Jenis Kelamin						
- Laki-Laki	12	35,3	12	50,0	20	52,6
- Perempuan	22	64,7	12	50,5	18	47,4
Umur						
- 12-23 Bulan	12	35,3	4	16,7	2	5,3
- 24-35 Bulan	6	17,6	8	33,3	16	42,1
- 36-47 Bulan	12	35,3	8	33,3	6	15,8
- 48-60 Bulan	4	11,8	4	16,7	14	36,8

Distribusi karakteristik sampel menurut jenis kelamin pada puskesmas Banda Raya, proporsi yang berjenis kelamin perempuan lebih besar yaitu 64,7%, dan untuk puskesmas Meuraxa proporsi yang berjenis kelamin laki-laki lebih besar yaitu 52,6%. Sedangkan puskesmas Batoh, proporsi sampel yang berjenis kelamin laki-laki sama dengan perempuan dengan masing-masing sebesar 50,0%.

Sementara itu, berdasarkan umur diketahui bahwa proporsi sampel yang berumur antara 12 – 23 bulan dan 36 – 47 bulan di

puskesmas Banda Raya lebih banyak yaitu masing-masing sebesar 35,3%. Begitu juga dengan puskesmas Batoh masing-masing 33,3% sampel yang berumur antara 24 – 35 bulan dan antara 36 – 47 bulan. Sedangkan pada puskesmas Meuraxa proporsi sampel yang berumur antara 24 – 35 bulan lebih banyak yaitu sebesar 42,1%.

### Penyebab Kejadian *Stunting* pada Balita

Penyebab kejadian *stunting* pada balita disajikan pada tabel 3. Berikut ini adalah hasil analisis statistik *Chi-Square* pada CI 95% disertai

lanjutannya dengan perhitungan nilai odds ratio untuk mengetahui ada dan tidaknya hubungan pemberian ASI, MP-ASI dan kelengkapan imunisasi sebagai faktor risiko terhadap

kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh.

Tabel 3. Distribusi Proporsi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Variabel Independen, p-value, Odds Rasio dengan 95% CI pada Anak Balita di Kota Banda Aceh (n=96).

Variabel Independen	Kasus		Kontrol		X <sup>2</sup> (P Value)	OR (CI 95%)
	f	%	f	%		
Pemberian ASI						
- Tidak Eksklusif	36	75,0	20	41,7	10,97	4,2
- Eksklusif	12	25,0	28	58,3	(0,002)*	(1,8-10,0)
Pemberian MP-ASI						
- Kurang Baik	28	58,3	14	29,2	8,29	3,4
- Baik	20	41,7	34	70,8	(0,007)*	(1,5-7,9)
Kelengkapan Imunisasi						
- Tidak Lengkap	14	29,2	5	10,4	5,32	3,5
- Lengkap	34	70,8	43	81,6	(0,040)*	(1,2-10,8)
Pendapatan Keluarga						
- Rendah	20	41,7	9	18,8	5,98	3,1
- Tinggi	28	58,3	39	81,2	(0,026)*	(1,2-7,8)

### 1. Kejadian Stunting Berdasarkan Pemberian ASI Eksklusif

Proporsi anak balita yang mengalami *stunting* sebesar 75,0% karena pemberian ASI yang tidak eksklusif, sedangkan proporsi anak balita yang keadaan gizinya normal sebesar 58,3% karena pemberian ASI yang eksklusif. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,002$  ( $p < 0,05$ ) sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, hal ini berarti bahwa kejadian *stunting*

pada anak balita di Kota Banda Aceh tahun 2010 disebabkan oleh pemberian ASI yang tidak eksklusif. Nilai OR 4,2 (CI 95%; 1,8 – 10,0), artinya anak balita yang mengalami *stunting* resikonya 4 kali lebih besar disebabkan oleh anak balita yang tidak mendapat ASI eksklusif dibandingkan dengan yang mendapat ASI eksklusif di Kota Banda Aceh. Hasil penelitian ini didukung penelitian

sebelumnya Muchina and Waithaka (2010), yaitu praktek pemberian ASI dan status gizi anak-anak dengan risiko menjadi kurus dan pendek lebih tinggi di antara anak-anak yang telah dihentikan menyusui dan mereka yang belum pernah disusui secara eksklusif selama enam bulan pertama. Menurut Giashuddin et al. (2003), bahwa ASI tidak eksklusif yang diberikan kepada bayi berusia kurang dibawah 6 bulan secara signifikan berhubungan ( $p= 0,001$ ) terhadap kejadian *stunting* dengan prevalensi sebesar 38,1%.

Dilapangan kebanyakan bayi yang baru lahir tidak langsung diberikan ASI tetapi diberi susu botol dengan alasan ASI belum keluar. Apabila ASI sudah keluar ibu memberikan ASI tapi terlebih dahulu ASI yang keluar pertama sekali dibuang tidak langsung diberikan kepada bayi dengan alasan pengeluaran yang pertama masih kotor. Apabila pengeluaran ASI sedikit ibu langsung menggantikan ASI dengan pemberian susu botol. Pemberian

susu botol yang masuk kedalam tubuh bayi belum tentu dapat dicerna bayi dengan baik, terlebih lagi apabila cara pembuatan susu botol tidak sesuai takaran serta tidak menjaga kebersihan botol susu maka akan menyebabkan timbulnya penyakit diare pada bayi dengan demikian pertumbuhannya akan terganggu (Tan, 2011).

Rendahnya pemberian ASI Eksklusif menjadi salah satu pemicu terjadinya kependekan (*stunting*) pada anak balita di Kota Banda Aceh akibat dari kejadian masa lalu dan akan berdampak terhadap masa depan si anak, sebaliknya pemberian ASI yang baik oleh ibu akan membantu menjaga keseimbangan gizi anak sehingga tercapai pertumbuhan anak yang normal. Menurut (Unicef, 2007), ASI sangat dibutuhkan dalam masa pertumbuhan bayi agar kebutuhan gizinya tercukupi. Oleh karena itu ibu harus dan wajib memberikan ASI secara eksklusif kepada bayi sampai umur bayi 6 bulan dan tetap memberikan ASI sampai

bayi berumur 2 tahun untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi.

## 2. Kejadian Stunting Berdasarkan Pemberian MP-ASI

Ditinjau dari pemberian MP-ASI, maka terlihat proporsi anak balita yang mengalami *stunting* sebesar 58,3% karena pemberian MP-ASI yang kurang baik, sedangkan proporsi anak balita yang keadaan gizinya normal sebesar 70,8% karena pemberian MP-ASI yang baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,007$  ( $p < 0,05$ ) sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, hal ini berarti bahwa kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh tahun 2010 disebabkan oleh pemberian MP-ASI yang kurang baik. Nilai OR 3,4 (CI 95%; 1,5 – 7,9), artinya anak balita yang mengalami *stunting* resikonya 3 kali lebih besar disebabkan oleh anak balita yang tidak mendapat pemberian MP-ASI kurang baik dibandingkan dengan yang mendapat pemberian MP-ASI baik di Kota Banda Aceh. Penelitian ini mendukung pendapat Depkes yang menyatakan bahwa

gangguan pertumbuhan pada awal masa kehidupan bayi antara lain disebabkan karena kekurangan gizi sejak bayi. Menurut Muchina and Waithaka (2010) yaitu pemberian MP-ASI terlalu dini atau terlalu lambat, MP-ASI tidak cukup gizinya sesuai kebutuhan bayi atau kurang baiknya pola pemberiannya menurut usia, dan perawatan bayi yang kurang memadai.

Dalam pemberian makanan bayi perlu diperhatikan ketepatan waktu pemberian, frekuensi, jenis, jumlah bahan makanan, dan cara pembuatannya. Adanya kebiasaan pemberian makanan bayi yang tidak tepat, antara lain : pemberian makanan yang terlalu dini atau terlambat, makanan yang diberikan tidak cukup dan frekuensi yang kurang (Anhari, 2008). Dilapangan ditemukan bahwa, pada saat bayi yang berusia 0 – 4 bulan sudah mendapat makanan pendamping selain ASI. Ibu memberikan makanan pendamping selain ASI pada usia 0-4 bulan dengan alasan ASI yang keluar sedikit sementara

ibu tidak mampu membeli susu bayi karna faktor ekonomi. Bayi selalu menangis karna ASI yang keluar sedikit lalu ibu memberikan makanan kepada bayi selain ASI seperti bubur saring/ pisang wak. Apabila MP-ASI terlalu dini diberikan sementara didalam usus bayi belum mampu menyerap makanan tersebut seringkali bayi mengalami sembelit atau susah buang air besar sehingga kesehatan bayi terganggu dapat menimbulkan penyakit yang lain dengan demikian pertumbuhannya akan terganggu(Brotherton, 2006).

Tindakan Ibu dalam Pemberian MP-ASI sangat dipengaruhi oleh pendidikan formal Ibu. Berdasarkan data yang diperoleh mayoritas responden berpendidikan Diploma/Sarjana dengan persentase 51,0%. Ini menyimpulkan bahwa pendidikan formal ibu mempengaruhi tingkat pengetahuan gizi dimana makin tinggi tingkat pendidikan ibu maka semakin tinggi pula tingkat pengetahuan ibu untuk menyerap informasi pengetahuan praktis dalam lingkungannya melalui

media massa yang berhubungan dengan pemberian MP-ASI dan pertumbuhan anak.Selain pengetahuan ibu, hal atau faktor lain yang mempengaruhi pemberian MP-ASI juga dipengaruhi juga faktor pendapatan keluarga (Amosu et al., 2011).Secara umum pendapatan keluarga responden dimana berdasarkan penelitian terdapat 30,2% responden yang pendapatan keluarganya dibawah Rp 1.550.000 sebagai batas Upah Minimum Regional tahun 2013 di Kota Banda Aceh.

### **3. Kejadian Stunting Berdasarkan Kelengkapan Imunisasi**

Hasil penelitian tentang kelengkapan imunisasi dengan *stunting* terlihat bahwa proporsi anak balita yang mengalami *stunting* sebesar 29,2% karena perolehan imunisasi yang tidak lengkap, sedangkan proporsi anak balita yang keadaan gizinya normal sebesar 89,6% karena perolehan imunisasi yang lengkap. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,040$  ( $p < 0,05$ ) sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, hal ini

berarti bahwa kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh tahun 2010 disebabkan oleh pemberian imunisasi yang tidak lengkap. Selanjutnya nilai OR 3,5 (CI 95%; 1,2 – 10,8), artinya anak balita yang mengalami *stunting* resikonya 4 kali lebih besar disebabkan oleh anak balita yang tidak mendapat imunisasi lengkap dibandingkan dengan anak balita yang mendapat imunisasi lengkap di Kota Banda Aceh. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ihsan et al. (2012) bahwa terdapat hubungan asosiasi yang signifikan ( $p= 0,010$ ) antara status imunisasi dengan status gizi anak balita. *Prevalens rate* gizi kurang tertinggi pada anak yang status imunisasinya tidak lengkap yaitu 44,2%. Sedangkan *prevalens rate* gizi baik tertinggi pada anak yang imunisasi lengkap yaitu 79,4%. Rasio prevalens status gizi pada anak balita berdasarkan status imunisasi adalah 2,1 artinya status imunisasi merupakan faktor resiko anak balita gizi kurang.

Menurut Hong(2007), bahwa keadaan gizi kurang dan

infeksi kedua-duanya dapat bermula dari kemiskinan dan lingkungan yang tidak sehat serta sanitasi yang buruk. Faktor lain menurut (Girma and Genebo, 2007), juga diketahui bahwa infeksi yang menghambat reaksi imunologis yang normal dengan menghabiskan energi tubuh. Apabila balita tidak memiliki imunitas terhadap penyakit, maka balita akan lebih cepat kehilangan energi tubuh karena penyakit infeksi, sebagai reaksi pertama akibat adanya infeksi adalah menurunnya nafsu makan anak sehingga anak menolak makanan yang diberikan ibunya. Penolakan terhadap makanan berarti berkurangnya pemasukan zat gizi dalam tubuh anak(Anhari, 2008).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa imunisasi dasar sangat penting bagi imunitas balita, dimana sesuai dengan target nasional bahwa imunisasi dasar lengkap harus mencapai target sampai 100,0%. Karena anak yang tidak diimunisasi secara lengkap akan terdapat gangguan kekebalan tubuh terhadap penyakit

infeksi karena produksi antibodi menurun mengakibatkan mudahnya bibit penyakit masuk, hal dapat mengganggu produksi berbagai jenis enzim untuk pencernaan makanan.

Makanan tidak dapat dicerna dengan baik dan ini berarti penyerapan zat gizi akan mengalami gangguan sehingga dapat memperburuk keadaan gizi. Sebagai reaksi pertama pada tubuh anak adalah berkurangnya nafsu makan sehingga anak menolak makanan yang diberikan ibunya, penolakan terhadap makanan berarti berkurangnya pemasukan zat gizi ke dalam tubuh anak. Dampak akhir dari permasalahan ini adalah gagalnya pertumbuhan optimal yang sesuai dengan laju pertambahan umur, sehingga akan mempertinggi prevalensi *stunting* (Brotherton, 2006)

#### **4. Kejadian *Stunting* Berdasarkan Pendapatan Keluarga**

Berdasar variabel pendapatan keluarga, bahwa berdasarkan hasil penelitian dapat dijelaskan bahwa proporsi anak balita yang mengalami *stunting*

sebesar 41,7% karena pendapatan keluarga yang rendah, sedangkan proporsi anak balita yang keadaan gizinya normal sebesar 81,2% yaitu pada keluarga yang berpendapatan tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,026$  ( $p < 0,05$ ) sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, hal ini berarti bahwa kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh tahun 2010 disebabkan oleh pendapatan keluarga yang rendah. Nilai OR 3,1 (CI 95%; 1,2 – 7,8), artinya anak balita yang mengalami *stunting* resikonya 3 kali lebih besar disebabkan oleh pendapatan keluarga yang rendah dibandingkan dengan keluarga yang berpendapatan tinggi di Kota Banda Aceh. Beberapa hasil penelitian yang mendukung seperti penelitian Chandran (2009), bahwa kondisi sosial ekonomi pada masyarakat miskin menyebabkan tingginya masalah gizi yang terjadi, hal ini merupakan akibat dari sulitnya akses pangan dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Pendapat serupa dikemukakan oleh Hong

(2007), bahwa kesenjangan ekonomi keluarga secara signifikan sangat terkait dengan kekurangan gizi kronis pada anak-anak, selain itu juga akses terhadap pelayanan kesehatan sangat sulit. Sebaliknya menurut Anindita (2012), walaupun pendapatan keluarga tidak berhubungan dengan *stunting*, tetapi kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pangan baik dalam jumlah maupun mutu gizinya sangat berpengaruh bagi status gizi anak. Keluarga dengan penghasilan relatif tetap, prevalensi berat kurang dan prevalensi kependekan lebih rendah dibandingkan dengan keluarga yang berpenghasilan tidak tetap.

Kejadian *stunting* pada anak balita ditinjau dari karakteristik pendapatan keluarga sesuai dengan pernyataan Unicef yang bahwa akar masalah dari dampak pertumbuhan bayi disebabkan salah satunya berasal dari krisis ekonomi. Adanya ketidakmampuan kepala keluarga dalam memenuhi kecukupan gizi

bagi bayi, baik dari segi kualitas maupun kuantitasnya, sehingga berdampak pada pertumbuhan gizi bayi (Chandran, 2009). Selain itu, bahwa keluarga yang berstatus sosial ekonomi yang rendah atau miskin umumnya menghadapi masalah gizi kurang keadaannya serba terbalik dari masalah gizi lebih dan pendapatan keluarga yang baik dapat menunjang tumbuh kembang anak (Brotherton, 2006). Karena orang tua menyediakan semua kebutuhan anak-anaknya.

Peningkatan dan perbaikan gizi memerlukan perbaikan ekonomi, sosial, dan lainnya. Dalam masa sekarang ini, terjadi krisis ekonomi di Indonesia, sangat mempengaruhi daya beli masyarakat. Dimana pendapatan masyarakat tetap, namun harga-harga kebutuhan pokok semakin meningkat survei di negara-negara berpenghasilan rendah memperlihatkan bahwa penyakit dan *kwashiorkor* masih menyerang balita termasuk anak-anak usia pra-sekolah (Kleynhans et al., 2006)

Berdasarkan hasil penelitian dapat, disimpulkan bahwa rendahnya pendapatan sebuah keluarga di Kota Banda Aceh merupakan rintangan yang menyebabkan keluarga tersebut tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang diperlukan. Sehingga akibat dari tinggi rendahnya pendapatan sangat mempengaruhi daya beli keluarga terhadap bahan pangan yang akhirnya berpengaruh terhadap keadaan gizi baik *stunting* maupun normal terutama anak balita karena pada masa itu diperlukan banyak zat gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan

anak balita di wilayah Kota Banda Aceh.

## 5. Faktor Dominan Sebagai Resiko Utama *Stunting*

Model yang dilakukan untuk menduga faktor dominan terhadap suatu resiko adalah menggunakan model prediksi, dimana semua variabel dianggap penting untuk diestimasi koefisien regresi logistic sekaligus. Dalam pemodelan ini, semua kandidat yang memiliki nilai  $p\text{-Value} > 0,05$  akan dikeluarkan secara berurutan dimulai dari nilai  $p\text{-value}$  terbesar (*backward selection*).

Tabel 4. Uji Regresi Logistik Ganda Untuk Identifikasi Variabel Yang Akan Masuk Dalam Model dengan  $p\text{-value} \leq 0,05$

.Variabel independen	B	P	OR	95%CI
<b>Tingkat Pendapatan</b>	0,886	0,090	2,426	0,872-6,750
Pemberian ASI	1,355	0,005	3,878	1,514-9,932
Pemberian MP-ASI	0,991	0,0460	2,694	1,019-7,125
<b>Kelengkapan Imunisasi</b>	0,813	0,210*	2,254	0,633-8,031
<i>Constant</i>	-6,456	0,000		

\*= Dikeluarkan bertahap (*backward selection*)

Setelah dikeluarkan variabel dengan nilai  $p \geq 0,05$  secara bertahap, maka didapat 2 (dua) variabel yang akan masuk sebagai

kandidat model yaitu variabel pemberian ASI dan pemberian MP-ASI hasilnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5. Hasil Akhir Analisis Regresi Logistik Ganda Pemodelan Faktor Resiko Kejadian *Stunting* Pada Anak Balita

Variabel	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95%CI
Pemberian ASI	1,791	0,669	10,11	1	0,001	4,852	1,77- 11,4
Pemberian MP-ASI	1,287	0,464	7,69	1	0,006	3,622	1,46-8,99
Constant	-4,118	1,077	14,62	1	0,000	0,016	

Hasil akhir analisis regresi logistik ganda terhadap pemodelan faktor resiko kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda

Aceh sebagaimana tersaji diatas, maka diperoleh model regresi dalam bentuk persamaan sebagai berikut :

$$Y = -4,118 + 1,791 \text{ Pemberian ASI} + 1,287 \text{ Pemberian MP-ASI}$$

Dalam model diatas didapatkan suatu turunan perhitungan matematik tentang probabilitas

anak balita untuk mengalami kejadian *stunting* di Kota Banda Banda Aceh adalah :

$$Y = \frac{1}{1 + e^{(-4,118 + 1,791 \text{ Pemberian ASI} + 1,287 \text{ Pemberian MP-ASI})}}$$

Secara keseluruhan model ini dapat memprediksikan tinggi atau rendahnya pengaruh faktor risiko dalam hubungannya dengan kejadian *stunting* anak balita yaitu sebesar 66,7% (Overall Percentage 66,7%). Dengan persamaan tersebut diatas, penyebab faktor resiko *stunting* dapat diperkirakan jika kita mengetahui nilai pemberian ASI dan pemberian MP-ASI. Uji statistik untuk koefisien regresi di ketahui nilai p adalah sebesar 0,001 untuk

variabel pemberian ASI dan 0,006 untuk variabel pemberian MP-ASI. Jadi pada alpha 5% ada hubungan linier antara pemberian ASI yang tidak eksklusif dan pemberian MP-ASI yang kurang baik dengan kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh tahun 2010.

Selanjutnya dengan nilai *Odds Ratio* (nilai Exp/B) kita bisa mengetahui seberapa besar faktor resiko akan menyebabkan kejadian *stunting* pada anak balita, dalam hasil penelitian ini untuk variabel

pemberian ASI diperoleh nilai OR = 4,852 (95% CI; 1,772 – 11,136) yang berarti bahwa anak balita di wilayah Kota Banda Aceh yang mengalami *stunting* resikonya 5 kali lebih besar terhadap anak balita yang tidak mendapat ASI eksklusif dibandingkan dengan anak balita yang mendapat ASI eksklusif setelah variabel pemberian MP-ASI dikontrol. Sedangkan untuk variabel pemberian MP-ASI diperoleh nilai OR = 3,622 (95% CI; 1,459 – 8,992) yang berarti merupakan variabel predictor yang paling dominan. Besar nilai OR variabel ini paling tinggi diantara variable lainnya. Makin besar nilai OR sebuah variabel, maka makin besar pula kemungkinan faktor resiko tersebut menyebabkan anak balita di Kota Banda Aceh mengalami *stunting*. Besarnya nilai OR ini sudah dikontrol oleh variabel lainnya yaitu variabel pemberian MP-ASI.

bahwa anak balita di wilayah Kota Banda Aceh yang mengalami *stunting* resikonya 4 kali lebih besar pada anak balita yang kurang baik dalam pemberian MP-ASI dibandingkan dengan anak balita yang baik dalam pemberian MP-ASI setelah variabel pemberian ASI dikontrol.

Bila dilihat faktor resiko mana yang paling dominan sebagai penyebab kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh didapat bahwa pemberian ASI

Kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh disebabkan oleh pemberian ASI yang tidak eksklusif sebesar 4 kali ( $p=0,002$ , dengan OR= 4,2), pemberian MP-ASI yang kurang baik sebesar 3 kali ( $p=0,007$ , dengan OR= 3,4), perolehan imunisasi tidak lengkap sebesar 4 kali ( $p=0,040$ , dengan OR= 3,5), dan rendahnya pendapatan keluarga sebesar 3 kali ( $p=0,026$ , dengan OR= 3,1). Faktor dominan penyebab kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh adalah pemberian ASI yang tidak eksklusif ( $p=0,001$  dan OR= 4,9) dengan

## SIMPULAN DAN SARAN

peluangnya sebesar 4,9 kali dibandingkan anak yang mendapat ASI eksklusif. Variabel ini telah dikontrol dengan pemberian MP-ASI yang kurang baik ( $p=0,006$  dan  $OR=3,6$ ) dengan peluangnya sebesar 3,6 kali dibandingkan anak yang baik dalam pemberian MP-ASI.

Perlu perhatian kerja sama dari semua pihak baik pemerintah dengan kegiatan lintas sektoral maupun lintas program dan masyarakat dengan

meningkatkan kepekaan sosialnya agar benar dapat melakukan penanganan masalah gizi dengan memperhatikan peningkatan pendidikan masyarakat, membuka lapangan kerja, peningkatan keadaan sosial ekonomi masyarakat kearah yang lebih baik sehingga permasalahan gizi khususnya masalah *stunting* pada anak balita dapat segera ditanggulangi.

#### DAFTAR PUSTAKA

- AL Rahmad, A.H., Sudargo, T., Lazuardi, L., 2013. The Effectiveness Of WHO Anthro Growth Standard Training On The Data Quality Of Underfive Children's Nutritional Status. *J. Inf. Syst. Public Heal.* Vol: 1, 21–26.
- Amosu, A.M., Degun, A.M., Atulomah, N.O.S., Olanrewju, M.F., 2011. A Study of the Nutritional Status of Under-5 Children of Low-Income Earners in a South-Western Nigerian Community. *Curr. Res. J. Biol. Sci.* 3, 578–585.
- Anhari, E., 2008. Pemberian Makanan Untuk Bayi Dasar Dasar Fisiologi, Cetakan 1. ed. Binarupa Aksara, Jakarta.
- Anindita, P., 2012. Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu, Pendapatan Keluarga, Kecukupan Protein & Zinc Dengan Stunting (Pendek) Pada Balita Usia 6 – 35 Bulan Di Kecamatan Tembalang Kota Semarang. *J. Kesehat. Masy.* 1, 617–626.
- Bahmat, D.O., Bahar, H., Jus'at, I., 2010. Hubungan Asupan Seng, Vitamin A, Zat Besi dan Kejadian pada Balita (24 - 59 bulan) dan Kejadian Stunting di Kepulauan Nusa Tenggara (Risksdas 2010). Esa Unggul University.
- Balitbangkes, 2013. Riset Kesehatan Dasar 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan., Jakarta.
- Bappenas, 2010. Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia 2010. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), Jakarta.
- Brotherton, A.M., 2006. Principles of Nutritional Assessment. *J. Hum. Nutr. Diet.* 19, 72–73.
- Chandran, V., 2009. Nutritional Status of Preschool Children: a Socio-economic Study of Rural Areas of Kasaragod District in Kerala. *J. Shodhganga* X, 163.

- Creswell, J.W., 2010. *Research Design: Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed*, Ketiga. ed. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Depkes, 2007a. *Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)*. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Depkes, 2007b. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Diana, F.M., 2006. Hubungan Pola Asuh Dengan Status Gizi Anak Batita Di Kecamatan Kuranji Kelurahan Pasar Ambacang Kota Padang Tahun 2004. *J. Kesehat. Masy. I*, 19–23.
- Flikkema, R.M., Toledo-Pereyra, L.H., 2012. Sample Size Determination in Medical and Surgical Research. *J. Invest. Surg.* 25, 3–7.
- Giashuddin, M.S., Kabir, M., Rahman, A., Hannan, M.A., 2009. Exclusive Breastfeeding and Nutritional Status in Bangladesh. *Indian J. Pediatr.* 70, 471–475.
- Girma, W., Genebo, T., 2007. Determinants of Nutritional Status of Women and Children in Ethiopia. ORC Macro, Calverton, Maryland, USA.
- Hong, R., 2007. Effect of economic inequality on chronic childhood undernutrition in Ghana. *Public Health Nutr.* 10, 371–378.
- Ihsan, M., Hiswani, Jemadi, 2012. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Anak Balita Di Desa Teluk Rumbia Kecamatan Singkil Kabupaten Aceh Singkil. *J. Epidemiol. Universitas Sumatera Utara*.
- Kleynhans, I.C., Macintyre, U.E., Albertse, E.C., 2006. Stunting Among Young Black Children and the Socio-Economic and Health Status of Their Mothers / Caregivers in Poor Areas of Rural Limpopo and urban Gauteng – the NutriGro Study. *South African J. Clin. Nutr.* 19, 163–164.
- Muchina, E., Waithaka, P., 2010. Relationship Between Breastfeeding Practices And Nutritional Status Of Children Aged 0-24 Months In Nairobi, Kenya. *African J. Food Agric. Nutr. Dev.* 10, 2358–2378.
- Nadiyah, Briawan, D., Martianto, D., 2014. Faktor Risiko Stunting Pada Anak Usia 0 — 23 Bulan Di Provinsi Bali, Jawa Barat, Dan Nusa Tenggara Timur. *J. Gizi dan Pangan* 9, 125–132.
- Tan, K.L., 2011. Factors Associated with Exclusive Breastfeeding Among Infants Under Six Months of Age in Peninsular Malaysia. *Int. Breastfeed. J.* 6, 2.
- Unicef, 2007. *Progress for children: a world fit for children statistical review*, No. 6. ed. Unicef.
- Zahraini, Y., 2013. 1000 Hari Pertama Kehidupan: Mengubah Hidup , Mengubah Masa Depan [WWW Document]. Subdit Bina Gizi Makro. URL <http://gizi.depkes.go.id/1000-hari-mengubah-hidup-mengubah-masa-depan> (accessed 2.23.16).

## **PENCEGAHAN KECELAKAAN KERJA BERBASIS *HUMAN AND TECHNICAL APPROACH* DI PURWOKERTO UTARA**

**Suryanto, Anam, A., Andodo, C.**

**Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Jenderal Soedirman**

### **ABSTRAK**

Kecelakaan di tempat kerja terjadi karena faktor human error adalah perilaku tidak aman (85%). Kecelakaan yang kerap terjadi pada pedagang kecil seperti terbakar oleh api, air panas dan potongan. Pendekatan terhadap intervensi manusia (Human approach) dilakukan melalui pelatihan perilaku keselamatan, pelatihan, pencegahan kecelakaan, pengobatan luka bakar (combustio) dan advokasi (advokasi). Pendekatan teknik (technical approach) dengan teknik pelatihan instalasi jaringan listrik yang aman dan pengamatan pengkabelan listrik di tempat kerja. Setelah peserta mengikuti pelatihan, dilanjutkan observasi dan advokasi tempat kerja. Sampel dipilih secara purposive sampling yaitu pedagang kecil sejumlah 40 orang. Menggunakan pendekatan intervensi pre-post test. Data dianalisis menggunakan uji Wilcoxon. Karakteristik responden: tingkat pendidikan dasar 14 orang (35%), pendidikan menengah 26 orang (65%). Mayoritas responden memiliki pengalaman kerja 1-3 tahun sebanyak 21 orang (52,5%). Peserta yang pernah mengalami kecelakaan kerja dalam 2 tahun terakhir adalah 29 (72,5%) dan sisanya tidak pernah mengalami kecelakaan. Setelah peserta menghadiri pelatihan pencegahan kecelakaan terjadi peningkatan nilai rata-rata kesadaran responden terhadap kecelakaan kerja antara sebelum pelatihan (pretest) dan setelah pelatihan (posttest I) adalah dari 13.3250 12.5250 menjadi. Hasil uji Wilcoxon diperoleh nilai  $p = 0,001 (<0,05)$  berarti ada perbedaan pengetahuan tentang kecelakaan kerja pada pedagang kecil antara sebelum (pretest) dan setelah pelatihan (posttest I).

Kata kunci: kecelakaan kerja, human approach, technical approach

### **ABSTRACT**

Workplace accidents occur due to human error factor is unsafe behavior (85%). Accidents that often occur in small trader is burned by fire, hot water and cuts. Approach to human intervention (Human approach) is done via the safety behavior training, training, accident prevention, treatment of burns (combustio) and advocacy (advocacy). Engineering approach (technical approach) with training techniques safe electrical network installation and electrical wiring observation in the workplace. After participants attended further training of observation and advocacy in the workplace. Samples were selected by purposive sampling was small traders with the number of 40 people. Before and after the intervention pre-post test. Data was analyzed using the Wilcoxon test. Characteristics of the basic education level of respondents 14 people (35%), secondary education 26 people (65%). The majority of respondents have 1-3 years of work experience during which 21 people (52.5%). Participants who had experienced occupational accidents within the last 2 years was 29 (72.5%) and the rest have never had an accident. After participants attended training accident prevention there is an increase in the average value of respondents' awareness of workplace accidents between before training (pretest) and after training (posttest I) is from 13.3250 12.5250 become. Wilcoxon test results obtained by value  $p = 0.001 (<0.05)$  means that there are differences in knowledge about occupational accidents at small vendors between before (pretest) and after training (posttest I).

Keyword: workplace accident, human approach, technical approach

## PENDAHULUAN

*International Labour Organization* (ILO) menyebutkan kecelakaan kerja pada pekerja disebabkan oleh 2 faktor yaitu perilaku tidak aman (*unsafe condition*) dan kondisi lingkungan kerja yang tidak aman (*unsafe conditions*). Kecelakaan kerja banyak terjadi oleh karena faktor *human error* yaitu perilaku yang tidak aman (85%). Kecelakaan kerja yang sering terjadi pada pedagang adalah luka bakar (*combustio*) akibat api, air panas, kesetrum, dan lain-lain.

Hasil penelitian Damayanti dan Saputro (2011) menyebutkan penyebab luka bakar terbanyak adalah faktor api sebanyak 85,2%. Hasil penelitian lain oleh Wardhani, dkk (2004) menyebutkan bahwa kecelakaan kerja dapat meningkat pada tempat kerja yang kondisinya bising, suhu udara tempat kerja yang panas dan penerangan yang kurang.

Hasil penelitian Suryanto, dkk (2014 a) juga menyebutkan para pedagang yang mangkal di sekitar Unsoed berjumlah 120 orang telah mendapatkan pembinaan dari Puskesmas Purwokerto Utara 2

namun belum optimal. Para pedagang mengatakan instalansi jaringan kabel di warung belum baik sehingga sering lampu padam karena konsteting. Para pedagang merasa senang apabila mendapatkan pelatihan yang berkesinambungan dengan pelatihan sebelumnya khususnya pelatihan tentang pencegahan luka bakar karena hubungan arus pendek dan terkena api atau air panas. Para pedagang juga menyampaikan masih sering tidak memakai APD dan melakukan cara kerja yang praktis tapi tidak aman (Suryanto, dkk (2014b).

Pencegahan kecelakaan kerja menurut Suardi (2007) dapat dilakukan melalui 5 model yaitu pendekatan manusia, teknis, energi, administrasi, dan manajemen. Kecelakaan kerja banyak disebabkan oleh faktor manusia sehingga pendekatan pencegahan yang utama adalah pendekatan manusia dan teknis (*Human and Technical Approach*). Pendekatan ini bertujuan merubah pengetahuan dan sikap seseorang agar dapat berperilaku aman dalam bekerja.

Berdasarkan latar belakang tersebut, para pedagang kecil perlu

ditingkatkan pengetahuan dan keterampilannya agar para pedagang mengetahui *safety behavior*, meningkatkan sikap kerja yang aman, meningkatkan keterampilan dalam penanganan luka bakar, dan meningkatkan keterampilan dalam merangkai jaringan kabel listrik di tempat kerja dan rumah secara aman.

#### **METODE PENELITIAN**

Intervensi dengan pendekatan kepada manusia (*Human approach*) dilakukan dengan *safe work practices* melalui *safety behavior training*, pelatihan pencegahan kecelakaan kerja, perawatan luka bakar (*combustio*) dan pendampingan (advokasi). Dan pendekatan secara teknik (*Technical approach*) dengan pelatihan teknik instalasi jaringan listrik yang aman dan observasi jaringan kabel listrik di tempat kerja. Setelah peserta mengikuti pelatihan selanjutnya dilakukan observasi dan advokasi di tempat kerja. Sampel yang dipilih adalah para pedagang kecil secara *purposive sampling* dengan jumlah 40 orang. Sebelum dan setelah intervensi dilakukan *pre-*

*post test*. Analisis data dilakukan dengan uji *Wilcoxon*.

Mitra kerja dalam kegiatan ini yaitu mitra I adalah Puskesmas Purwokerto Utara 2 sebagai pihak yang bertanggung jawab membina kesehatan penduduk di wilayah Purwokerto Utara dan mitra 2 adalah ketua Paguyuban Mergarasa dan Kelompok Pedagang Kaki Lima yang berperan mengkoordinir para pedagang kecil untuk berpartisipasi secara aktif dalam kegiatan.

#### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Peserta kegiatan pelatihan yang berjumlah 40 orang, sebagian besar responden berpendidikan dasar 26 orang (65%) yang meliputi lulusan SD sejumlah 7 orang dan lulusan SMP sebanyak 19 orang. dan yang berpendidikan menengah (SMA/SMU/SMK) adalah 14 orang (35 %). Bidang usahanya adalah jualan makanan (kuliner) berupa: warung makan, mie ayam, ayam kremes, jajanan cilok dan lain-lain.

Setelah dilakukan pelatihan oleh tim pelaksana dan dilakukan evaluasi pre test dan postes, hasilnya seperti dibawah ini.

- a. Perbedaan pengetahuan tentang kecelakaan kerja pada pedagang kecil sebelum dan sesudah pelatihan  
 Perbedaan tingkat pengetahuan tentang kecelakaan kerja pada pedagang kecil sebelum (*pretest*) dan sesudah pelatihan (*posttest I*) seperti pada Tabel 1 berikut.

Tabel 1. Perbedaan Pengetahuan tentang Kecelakaan Kerja pada Pedagang sebelum (*Pretest*) dan sesudah Pelatihan (*Posttest I*)

Skor Pengetahuan Peserta	Skor rata-rata	Uji yang digunakan	Nilai p	Alpha	Simpulan
<i>Pretest</i> (sebelum pelatihan)	12.5250	<i>Wilcoxon</i>	0.001	0.05	Ada perbedaan
<i>Posttest I</i> (susudah pelatihan)	13.3250				

Sumber: Data primer yang diolah.

Berdasarkan Tabel 1 terdapat peningkatan rata-rata nilai pengetahuan responden tentang kecelakaan kerja antara sebelum pelatihan (*pretest*) dan sesudah pelatihan (*posttest I*) yaitu 12.5250 menjadi 13.3250. Hasil uji statistik menggunakan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai  $p=0.001$  ( $< 0.05$ ) artinya Ada perbedaan pengetahuan tentang kecelakaan kerja pada pedagang kecil yang signifikan antara sebelum (*pretest*) dan sesudah pelatihan (*posttest I*).

Para peserta setelah mengikuti evaluasi *posttest I* merasa senang mengikuti pelatihan

yang dilaksanakan oleh tim dosen. Para peserta merasakan materi yang diberikan bermanfaat dalam menjalankan pekerjaannya sebagai pedagang kuliner. Sembilan orang peserta yang mendapatkan nilai *posttest* tertinggi mendapatkan *reward* (hadiah) dari tim pelaksana.

- b. Perbedaan Tingkat Pengetahuan tentang Kecelakaan Kerja pada Pedagang Kecil Sebelum Pelatihan (*Pretest*) dan Dua Minggu Sesudah Pelatihan (*Posttest II*)  
 Perbedaan tingkat pengetahuan tentang kecelakaan kerja pada pedagang kecil sebelum (*Pretest*)

dan sesudah pelatihan (*Posttest II*) seperti pada tabel 2.

Tabel 2. Perbedaan Pengetahuan tentang Kecelakaan Kerja pada Pedagang Kecil Sebelum (*Pretest*) dan Dua Minggu Sesudah Pelatihan (*Posttest II*)

Skor Pengetahuan Peserta	Skor Rata-Rata	Uji yang digunakan	Nilai p	Alpha	Simpulan
<i>Pretest</i> (Sebelum Pelatihan)	12.5250	<i>Wilcoxon</i>	0.006	0.05	Ada perbedaan
<i>Posttest II</i> (2 minggu sesudah pelatihan)	13.2500				

Sumber: Data primer terolah 2015.

Berdasarkan Tabel.2 terdapat peningkatan rata-rata nilai pengetahuan responden tentang kecelakaan kerja pada pedagang kecil antara sebelum pelatihan(*Pretest*) dan dua minggu sesudah pelatihan(*Posttest II*) yaitu 12,5250 menjadi 13,2500 atau terjadi peningkatan sebesar 4,67%. Hasil uji statistik menggunakan uji *wilcoxon* diperoleh nilai  $p=0,006$  ( $=0,05$ ) artinya Ada perbedaan pengetahuan tentang kecelakaan kerja pada pedagang kecil yang signifikan antara sebelum (*Pretest*) dan dua minggu sesudah pelatihan(*Posttest II*).

Evaluasi *posttest II* kepada para peserta dilakukan 2 minggu setelah pelatihan. Para peserta saat dikunjungi oleh tim pelaksana di warung tempat kerjanya merasa senang. Para peserta merasakan materi yang diberikan sewaktu pelatihan bermanfaat dalam menjalankan pekerjaannya.

c. Perbedaan Pengetahuan tentang Luka Bakar Sebelum Pelatihan (*Pretest*) dan Sesudah Pelatihan (*Posttest I*)

Perbedaan pengetahuan tentang luka bakar sebelum (*Pretest*) dan sesudah pelatihan(*Posttest I*) seperti pada Tabel 3.

Tabel 3. Perbedaan Pengetahuan tentang Luka Bakar Sebelum (*Pretest*) dan Sesudah Pelatihan (*Posttest I*)

Skor Pengetahuan Peserta	Skor rata-rata	Uji yang digunakan	Nilai p	Alpha	Simpulan
<i>Pretest</i> (sebelum pelatihan)	5.7250	<i>Paired t test</i>	0.000	0.05	Ada perbedaan
<i>Posttest I</i> (sesudah pelatihan)	8.575				

Sumber: Data primer yang diolah.

Berdasarkan Tabel 3. terdapat peningkatan rata-rata nilai pengetahuan tentang luka bakar antara sebelum pelatihan (*pretest*) dan sesudah pelatihan (*posttest I*) yaitu 5,7250 menjadi 8,575. Hasil uji statistik menggunakan uji *paired t test* diperoleh nilai  $p = 0,000 (<0,05)$  artinya Ada perbedaan pengetahuan tentang luka bakar yang signifikan antara sebelum

(*Pretest*) dan sesudah pelatihan (*Posttest I*).

d. Perbedaan Pengetahuan tentang Luka Bakar Sebelum Pelatihan (*Pretest*) dan Dua Minggu Sesudah Pelatihan (*Posttest II*)

Perbedaan pengetahuan tentang luka bakar sesudah pelatihan (*Pretest*) dan dua minggu sesudah pelatihan (*Posttest II*) pada Tabel 4 sebagai berikut.

Tabel 4. Perbedaan Pengetahuan tentang Luka Bakar Sebelum Pelatihan (*Pretest*) dan Dua Minggu Sesudah Pelatihan (*Posttest II*)

Skor Pengetahuan Peserta	Skor Rata-Rata	Uji yang digunakan	Nilai p	Alpha	Simpulan
<i>Pre test</i> (sebelum pelatihan)	5.7250	Paired t test	0.000	0.05	Ada perbedaan
<i>Post test2</i> (2 minggu sesudah pelatihan)	8.3000				

Sumber: Data primer terolah 2015

Berdasarkan Tabel 4 diketahui bahwa terdapat peningkatan rata-rata nilai pengetahuan tentang luka bakar antara sebelum diberi pelatihan (*Pretest*) dan dua minggu sesudah diberi pelatihan (*Posttest II*) yaitu 5.7250 menjadi 8.3000 atau terjadi

peningkatan sebesar 44.9%. Hasil uji statistik menggunakan uji *paired t test* diperoleh nilai  $p = 0.000 (<0.05)$  artinya Ada perbedaan pengetahuan tentang luka bakar yang signifikan antara sebelum pelatihan (*Pretest*) dan

dua minggu sesudah pelatihan (*Posttest II*)

Kecelakaan kerja di tempat kerja sering dialami oleh para pekerja atau karyawan. Data kecelakaan kerja di lapangan baik di sektor formal maupun sektor informal merupakan fenomena gunung es. Kejadian riilnya sering terjadi namun ketersediaan data yang terdokumentasi yang kurang atau tidak lengkap. Apabila kecelakaan kerja tidak dapat dicegah bisa berdampak secara ekonomi dan non ekonomi (Suma'mur, 2009 dan Harrianto R. 2010). Menurut Swaputri (2010) kecelakaan kerja dapat terjadi oleh beberapa faktor seperti faktor dari individu pekerja (fisik) dan perilaku dan faktor lingkungan. Pada industri sektor formal dalam upaya pencegahan kecelakaan kerja wajib menerapkan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja (Silaban. 2009 dan Ramli, 2010).

Intervensi pelatihan yang diberikan oleh tim pelaksana kepada para pedagang kecil yang

berjualan di sekitar kampus Unsoed merupakan salah satu metode intervensi untuk merubah perilaku. Perilaku merupakan faktor kedua yang paling berpengaruh terhadap derajat kesehatan setelah kondisi lingkungan (Blum *dalam* Notoatmodjo, 2012). Perubahan perilaku dapat dilakukan secara paksaan (*Coertion*) dan melalui proses pendidikan (*Education*).

Penelitian ini membuktikan bahwa perilaku seseorang dapat dirubah secara terencana dan dilakukan dengan suatu intervensi yaitu pendidikan atau pelatihan. Informasi atau materi suatu obyek akan diinternalisasi dalam proses pendidikan atau pelatihan. Pelatihan (*training*) bertujuan untuk memperbaiki penguasaan berbagai keterampilan dan teknik pelaksanaan kerja tertentu, terinci, dan rutin. Jadi dengan mengikuti pelatihan seseorang dapat meningkat pengetahuan dan keterampilannya (*skill*). Menurut Olmosk *dalam* Hamzah (2008) untuk merubah perilaku individu

dapat dilakukan dengan beberapa strategi antara lain model pengetahuan behavioral teraplikasi (*applied*), strategi keakraban (*fellowship strategy*), strategi akademis (*academic strategy*), strategi politik (*political strategy*), strategi ekonomi (*economic strategy*), dan lain-lain.

Menurut Sudrajat (2009) dalam Dewi (2012) pengetahuan seseorang bukan saja dipengaruhi oleh proses pendidikan atau pelatihan saja namun juga dapat dipengaruhi oleh pengalaman, tingkat ekonomi (pendapatan), lingkungan sosial dan ekonomi serta adanya paparan media atau informasi. Menurut Notoatmodjo (2012) menyebutkan perubahan pengetahuan membutuhkan media. Selain itu upaya kesehatan kerja pada pekerja di tempat kerja seperti warung, pabrik, sarana kesehatan, dan lain-lain harus didukung dengan adanya kebijakan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja seperti peraturan atau tata tertib dan standar operasional prosedur (SOP) yang

baik di tempat kerja (Betty dan Linna, 2008).

Rasa aman dan nyaman bagi pekerja dalam bekerja di tempat kerja merupakan hak tenaga kerja. Pengelola usaha (pimpinan) tempat kerja yang tidak memperhatikan kegiatan K3 dapat menimbulkan kecelakaan kerja. Kecelakaan kerja sebgaiian besar disebabkan oleh perilaku yang tidak aman (*Unsafe actions*) dan kondisi lingkungan tidak aman (*Unsafe condition*). Upaya pencegahan kecelakaan kerja ditujukan pada manusia dan lingkungan kerja (Carayanni, dkk, 2011).

Penelitian ini menunjukkan bahwa perubahan perilaku pada seseorang agar tercipta rasa aman dalam bekerja dan terwujud derajat kesehatan setinggi-tingginya memerlukan dukungan dari berbagai pihak, antara lain pihak keluarga, sosial atau masyarakat, petugas kesehatan dari Puskesmas dan instansi pemerintah. Hasil penelitian menunjukkan terdapat peningkatan rata-rata nilai pengetahuan responden tentang

kecelakaan kerja dan perilaku aman dalam bekerja secara signifikan antara sebelum (*Pre test*) dan sesudah dilakukan pelatihan (*Postest I*) dan dua minggu setelah pelaksanaan pelatihan (*Postes II*).

Intervensi pelatihan ini membuktikan bahwa terjadinya perubahan peningkatan tingkat pengetahuan individu memerlukan proses dan waktu. Hal ini terkait dengan karakteristik individu satu dengan individu yang lain berbeda-beda dan bersifat unik, antara lain umur, tingkat pendidikan, motivasi, pengalaman bekerja dan lain-lain. Kegiatan pelatihan sebagai salah satu sarana untuk meningkatkan pengetahuan mempunyai kelebihan dibanding dengan hanya menyebar leaflet, poster dan sticker. Hal ini karena materi pelatihan langsung bisa diinternalisasi oleh para peserta dan peserta bisa secara langsung berdialog dua arah dengan narasumber (pelatih). Pengetahuan yang benar tentang suatu obyek merupakan dasar bagi seseorang

untuk bersikap secara benar terhadap obyek tersebut sehingga dapat diterapkan dalam perilaku sehari-hari. Namun pengetahuan bukan merupakan satu-satunya faktor yang dapat mempengaruhi sikap seseorang. Faktor lain yang mempengaruhi adalah keyakinan, kultur (kebiasaan, tradisi), *support system* dari keluarga dan lingkungan. Perilaku individu yang bekerja untuk memakai APD dengan baik dan benar juga dipengaruhi faktor psikis yaitu motivasi (Julia,2010).

Kecelakaan kerja pada pekerja menurut Endroyo (2006) dapat dicegah oleh pihak manajemen (pimpinan) dengan adanya komitmen terhadap upaya K3 dan peran para pekerja secara langsung dalam mengikuti dan melaksanakan prosedur kerja yang telah ditetapkan secara disiplin. Kecelakaan kerja yang sering terjadi pada pedagang kecil kebakaran oleh api, minyak panas, air panas atau uap panas. Kejadian kebakaran bisa terjadi apabila instalasi listrik tidak sesuai standar

(Indra M, dkk, 2010 dan Indra-Ikhsan, 2011). Kecelakaan ini bisa menyebabkan luka bakar yang serius dan mengancam jiwa. Oleh karena itu penanganan luka bakar harus mengikuti prosedur khusus penanganan kegawatdaruratan. Pada kasus luka bakar dengan prosentase kecil penanganan dan perawatan kasus luka bakar yang salah bisa menyebabkan infeksi atau dampak negatif lainnya (Potter-Perry, 2005 dan Smeltzer-Bare, 2002).

Tim pelaksana saat melakukan evaluasi *posttest II* di tempat kerja, ada beberapa peserta saat ditanya tidak bisa menjawab dan mengatakan lupa. Hal ini karena para peserta tidak membiasakan untuk diterapkan dalam kehidupan sehari-hari dan para peserta kurang membaca ulang materi. Pengetahuan tentang sesuatu pada seseorang akan bertahan lama dan tidak mudah hilang dari pikiran (otak) manusia apabila rajin membaca (belajar) dan terus menerapkan perilaku

aman dalam kehidupan sehari-hari. Menurut tim pelaksana untuk mempertahankan pengetahuan peserta dapat bertahan lama dan tidak mudah lupa dapat dilakukan dengan upaya advokasi (pendampingan) ditempat kerja secara berkala, dan membekali peserta dengan media yang menarik dan praktis agar dapat dibaca sewaktu-waktu di rumah atau ditempat kerja seperti leaflet atau booklet (buku saku).

#### **SIMPULAN DAN SARAN**

Pemberian pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam upaya mencegah kecelakaan kerja dengan menerapkan perilaku aman pada pedagang kecil. Perubahan perilaku memerlukan proses, waktu dan dukungan sosial. Para pedagang kecil disarankan untuk terus menerapkan perilaku aman selama bekerja dengan memakai APD dengan baik dan benar, bekerja dengan hati-hati (tidak bergurau) dan melakukan cara kerja yang aman.

## DAFTAR PUSTAKA

- Betty, Linna. 2008, Pengaruh Kedisiplinan Pemakaian Masker terhadap Penurunan Fungsi Paru pada Tenaga Kerja bagian Weaving PT. Kusumahadi Karanganyar, , *Jurnal Kesehatan*, Vol.1, No.1 Juni 2008, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta, hal.11-18
- Carayanni, Kalogeraki, Babatsikou, Chalkias, Koutis, 2011, Covariates of Occupational Accident Occurrence in the Restaurant Sector in Greece, *Health Science Journal*, Vol.5, No.3. 2011, Departement of Public Health Technological and Education Institute (TEI) of Athens, page.196-203
- Damayanti, T, Saputro, ID, 2011, Nilai Uji Diagnostik Prokalsitonin sebagai Deteksi Dini Sepsis pada Luka Bakar Berat, *Journal of Emergency*, Vol. 1. No. 1 Desember 2011, FK Unair Surabaya
- Endroyo. 2006, Peranan Manajemen K3 dalam Pencegahan Kecelakaan Kerja, *Jurnal Teknik Sipil*, Vol.3, No.1 Januari 2006, FT UNNES, hal.8-15
- Hamzah. 2008. *Teori Motivasi dan Pengukurannya*. Penerbit Bumi Aksara, Jakarta
- Harrianto R. 2010. *Buku Ajar Kesehatan Kerja*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Indra Mustika, Timotius, Hasbullah, 2010, Aplikasi Perencanaan Perencanaan Perhitungan Instalasi Listrik Penerangan Menggunakan Sistem Pakar [http://jurnal.upi.edu/file/07\\_indra\\_Mustika\\_hal\\_49-58.pdf](http://jurnal.upi.edu/file/07_indra_Mustika_hal_49-58.pdf)
- Indra Z, Ikhsan K, 2011. Analisis Sistem Instalasi Listrik Rumah Tinggal dan Gedung untuk Mencegah Bahaya Kebakaran, *Jurnal Ilmiah Elite Elektro*, Vol.2, No.1, hal. 40-44
- International Labour Organization (ILO)*. 1989. *Pencegahan Kecelakaan*. PT Pustaka Binaman Prestindo. Jakarta
- Julia. 2010, Hubungan Motivasi dan Peraturan Perusahaan terhadap Perilaku Pemakaian Alat Pelindung Diri di Perusahaan X, *Jurnal Infokes*, Vol.2, No. 1, Januari 2010, STIKES Insan Unggul Surabaya, hal.41-49
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan & Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Potter dan Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Ramli, S. 2010. *Sistem Manajemen Kselamatan & Kesehatan Kerja OHSAS 18001*. Penerbit Dian Rakyat, Jakarta.
- Silaban. 2009. Hubungan Angka Kecelakaan Kerja dengan Tingkat Pemenuhan Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja. *Berita Kedokteran Masyarakat*. Volume 25/Nomor 03/September 2009, Fakultas Kedokteran - Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta
- Smeltzer dan Bare. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah*

- Brunner & Suddarth*. Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Suardi, R. 2007. *Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja*. Penerbit PPM, Jakarta
- Suma'mur, P. K. 2009. *Keselamatan Kerja dan Pencegahan Kecelakaan*, Cetakan IV. Penerbit CV Haji Agung, Jakarta.
- Suryanto, Heryanto, Candra. A, 2014A, Pengaruh Pelatihan *Safety Behavior* terhadap Pengetahuan dan Sikap Kelompok Usaha Kecil Menengah (UKM) di Sekitar Unsoed Purwokerto, *Laporan Riset Pemula tahun 2014*, LPPM Unsoed Purwokerto
- Suryanto, Heryanto, Akhyarul A, Candra. A, 2014B, Pelatihan Pencegahan dan Penanganan Kecelakaan Luka Bakar (Combustio) pada Kelompok UKM di Purwokerto Utara, *Laporan PKM Penerapan Ipteks tahun 2014*, LPPM Unsoed Purwokerto
- Swaputri. 2010, Analisis Penyebab Kecelakaan Kerja, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol.2, Januari 2010, Dinas Kesehatan Kota Surakarta, hal.95-105
- Wardhani. 2004. *Evaluasi Kebisingan, Temperatur dan Pencahayaan*. Proceeding Seminar Nasional Ergonomi 2, Yogyakarta.

**UPAYA PERBAIKAN GIZI 1000 HARI PERTAMA KEHIDUPAN DALAM  
RANGKA PENCEGAHAN STUNTING BALITA MELALUI  
OPTIMALISASI PERAN TENAGA GIZI DI KABUPATEN BANYUMAS**

**NUTRITION IMPROVEMENT EFFORTS FOR 1000 FIRST DAY  
OF LIFE IN ORDER TO PREVENT STUNTING IN CHILDREN  
THROUGH THE NUTRITIONIST OPTIMIZATION IN DISTRICT  
BANYUMAS**

Erna Kusuma Wati<sup>1)</sup>, Setiyowati Rahardjo<sup>2)</sup>, dan Hesti Permata Sari<sup>3)</sup>  
Jurusan Kesehatan Masyarakat<sup>1-2)</sup>, Program Studi Ilmu Gizi<sup>3)</sup>  
Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan  
Universitas Jenderal Soedirman

**ABSTRAK**

Periode pertama 1.000 hari kehidupan adalah periode sensitif karena dampaknya bagi bayi selama periode ini. Dampak akan permanen dan tidak dapat diperbaiki. Salah satu upaya untuk mencegah stunting adalah pemberian layanan gizi di puskesmas dengan cara surveilans. Metode yang digunakan partisipatif dengan melibatkan mitra untuk berperan aktif dalam kegiatan dan disertai tim berperan sebagai sumber dan fasilitator. Analisis data menggunakan uji independen yang diukur dengan perubahan nilai pretest dan posttest. Ada 80% ijazah gizi, kebanyakan dari mereka (60%) memiliki 5 tahun pengalaman kerja. Ada peningkatan pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan yaitu 9,63 sampai 9,94, namun tidak ada perbedaan pengetahuan yang signifikan sebelum dan sesudah pelatihan  $p = 0,078 (> 0,05)$ . Untuk pelatihan, ada peningkatan keterampilan sebelum dan sesudah pelatihan (3,66 sampai 6,09),  $p = 0,000 (< 0,05)$ , ini berarti ada perbedaan yang signifikan dalam keterampilan sebelum dan sesudah intervensi. Agar program surveilans stunting diharapkan melibatkan dinas kesehatan, ahli gizi dan bidan untuk memantau kegiatan pelacakan dan pelaporan gizi, terutama rutinitas stunting.

Kata kunci: Stunting, Nutrisi, Surveilans

**ABSTRACT**

The first period of 1,000 days of life is a sensitive period due to the impact of the baby during this period. It will be permanent and can not be corrected. One of effort to prevent stunting is provide nutrition services in health centers by using surveillance stunting. The method used participatory by involving partners to play an active role in the activities and accompanied by a team act as a resource and facilitator. The data analysis used dependent-t-test measured by changes in pretest and posttest scores. There are 80 % diploma of nutrition, most of them (60%) have 5 years work experience. There was an increased knowledge before and after training is of 9.63 to 9.94, but there was no significant differences in knowledge before and after training  $p=0,078 (>0.05)$ . For the training, there was an increased skills before and after the training (3.66 to 6.09),  $p= 0.000 (<0,05)$ , it mean that there was significant differences in the skills before and after the intervention. In order stunting surveillance program is expected to involve the health department for nutritionist and midwife to monitor nutrition tracking and reporting activities, especially stunting routine.

Keywords : Stunting, Nutritionist, Surveilans

## PENDAHULUAN

*Stunting* atau terhambatnya pertumbuhan tubuh merupakan salah satu bentuk kekurangan gizi yang ditandai dengan tinggi badan menurut umur dibawah ( $< - 2$  SD) standar deviasi dengan referensi WHO 2005. *Stunting* disebabkan oleh beberapa faktor seperti kurangnya asupan ibu pada saat hamil, pola asuh yang tidak tepat. Kejadian *stunting* pada anak merupakan suatu proses kumulatif yang terjadi sejak kehamilan, masa kanak-kanak dan sepanjang siklus kehidupan.

Faktor gizi ibu sebelum dan selama kehamilan merupakan penyebab tidak langsung yang memberikan kontribusi terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin. Ibu hamil dengan gizi kurang akan menyebabkan janin mengalami *Intrauterine Growth Retardation* (IUGR), sehingga bayi akan lahir dengan kurang gizi, dan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan serta be untuk terkena penyakit degeneratif saat dewasa kelak (*fetal origin disease*) (Victora, 2008).

Anak-anak yang mengalami hambatan dalam pertumbuhan disebabkan kurangnya asupan makanan yang memadai dan penyakit infeksi yang berulang, dan meningkatnya kebutuhan metabolik serta mengurangi nafsu makan, sehingga meningkatnya kekurangan gizi pada anak. Keadaan ini semakin mempersulit untuk mengatasi gangguan pertumbuhan yang akhirnya berpeluang terjadinya *stunting* (Allen and Gillespie, 2001).

Berdasarkan profil kesehatan Kabupaten Banyumas tahun 2013, Kabupaten Banyumas menduduki nomor tiga angka kematian ibu (AKI) tertinggi di Jawa Tengah, yaitu sebesar 112 per 100.000 kelahiran hidup, prevalensi anemia pada ibu hamil 36%, AKB (Angka Kematian Bayi) sebesar 35 per 1000 kelahiran hidup, persentase Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) kurang dari 2500 g sebesar 5,2%, prevalensi balita gizi buruk sebesar 0,27 %, gizi kurang (BB/U) 12,13 %, *stunting* atau pendek (TB/U) 29,79%, kurus (BB/TB) sebesar 4,6%, gizi lebih 5,6 %, rendahnya cakupan ASI Eksklusif (55,8 %) dan masih banyak masalah

lain yang merupakan faktor risiko stunting.

Pada penelitian Kusumawati (2013) diperoleh hasil karakteristik Batita stunting, sering terkena penyakit infeksi (82%), riwayat panjang badan lahir < 48cm (66%), riwayat pemberian ASI dan makanan pendamping ASI kurang baik (66%), riwayat berat badan lahir rendah (8%). Faktor stunting adalah penyakit infeksi, sanitasi lingkungan dan ketersediaan pangan. Variabel yang paling dominan berhubungan dengan kejadian stunting adalah penyakit infeksi dengan nilai OR yang paling besar yaitu 8,28 artinya bahwa anak yang sering menderita penyakit infeksi mengalami stunting 8,28 kali lebih besar dibandingkan anak sehat.

Berdasarkan wawancara mendalam tim pengusul dengan KaSie Gizi dan KIA Dinas Kesehatan Banyumas diperoleh informasi bahwa di setiap puskesmas telah memiliki Pojok Gizi akan tetapi dalam operasional mengalami beberapa kendala antara lain belum semua puskesmas memiliki tenaga pelaksana gizi (74 %) dan setiap puskesmas hanya ada satu orang yang menangani gizi baik dari tenaga pelaksana gizi atau bidan yang ditugaskan. Pencegahan stunting terutama pada 1000 HPK bukan hanya menjadi tanggung jawab program gizi tetapi juga program KIA. Program KIA di puskesmas menjadi tanggung jawab bidan desa. Belum adanya paket intervensi kelanjutan perawatan kesehatan dan gizi dari konsepsi sampai usia dua tahun sehingga ada kendala dalam pelaksanaan program gerakan nasional sadar gizi (GERNAS) termasuk pencegahan stunting.

Oleh karena itu perguruan tinggi (tim pengusul) perlu bermitra dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas dalam melakukan PKM berbasis Riset sebagai “upaya

perbaikan gizi 1000 hari pertama kehidupan dalam rangka pencegahan stunting balita melalui optimalisasi peran tenaga gizi” sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Banyumas khususnya kesehatan ibu dan anak.

#### **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian adalah *Quasi Experiment*, yaitu penelitian eksperimen dimana pengalokasian perlakuan terhadap kelompok subjek tidak dilakukan dengan cara pengacakan. Adapun desainnya adalah Satu kelompok Pra-Uji dan Pasca-Pengamatan dengan kelompok perlakuan berperan sebagai kontrol atas dirinya sendiri, pengamatan dilakukan sebelum dan sesudah perlakuan (Siagian, 2010).

Sampel dalam penelitian ini adalah 39 tenaga gizi dan bidan puskesmas yang merupakan perwakilan dari tiap puskesmas.

Pelaksanaan penelitian dengan metode ceramah dan diskusi disertai praktek pengolahan data survailans dengan menggunakan modul .

Analisis dilakukan dengan uji statistik uji *paired t test* untuk mengetahui peningkatan pengetahuan dalam pencegahan stunting dan keterampilan survailans sebelum dan sesudah penelitian. Penelitian dilaksanakan selama 8 bulan (Maret – November 2015) di Kabupaten Banyumas.

#### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

##### **A. Karakteristik sampel**

Karakteristik peserta pelatihan Survailans stunting Kabupaten Banyumas dapat dilihat dalam Tabel 1.

Tabel. 1 Karakteristik peserta pelatihan Survailans stunting Kabupaten Banyumas Tahun 2015

<b>Karakteristik</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Pendidikan</b>		
D1 Gizi	5	14.3
D3 Gizi/Bidan	28	80
D4 Gizi	1	2.9
S1 Gizi	1	2.9
<b>Lama Kerja</b>		
1 – 5 tahun	14	40.0

> 5 tahun	21	60,0
Jumlah	35	100,0

Tabel 1 menunjukkan karakteristik peserta pelatihan yang terdiri dari tenaga gizi dan bidan puskesmas, latar belakang pendidikan terakhir yaitu D3 Gizi sebanyak 28 responden (80 %), sebagian besar (60%) telah berpengalaman kerja lebih dari 5 tahun.

#### B. Pengetahuan Surveilans Stunting Peserta Pelatihan

Hasil analisis bivariat serta nilai rata-rata skor *pre test* dan *post test* skor pengetahuan responden tentang stunting dan

surveilans dapat dilihat pada Tabel 2 berikut. Tabel 2. menunjukkan bahwa responden yang mengikuti pelatihan menunjukkan adanya perubahan pengetahuan tentang surveilans stunting. Rata-rata skor pengetahuan tentang surveilans stunting pada saat *pre test* sebesar 9,63, sedangkan rata-rata pada saat *post test* sebesar 9,94.

Tabel 2. Hasil Uji Beda Pengetahuan Responden Sebelum (*pre test*) dan Sesudah (*post test*) Pelatihan di Kabupaten Banyumas Tahun 2015

Skor Pengetahuan	Skor Rata-rata	Uji yang Digunakan	Nilai p	$\alpha$	Simpulan
Pre test (sebelum pelatihan)	9,63	paired t-test	0.078	0.05	Tidak ada perbedaan pengetahuan
Post test (sesudah pelatihan)	9,94				

Pada tabel 2 dapat dilihat berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *paired t-test* diperoleh nilai  $p = 0,078 (> 0,05)$ , artinya secara statistik menunjukkan tidak ada perbedaan pengetahuan yang signifikan

sebelum dan sesudah pelatihan. Hal ini karena perbedaan skor pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan sangat kecil, yaitu sebesar 0,31 (3,22%). Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Alfridsyah *dkk* (2013) tentang

perbedaan penggunaan standar baru antropometri WHO-2006 terhadap peningkatan pengetahuan dan penilaian status gizi pada tenaga gizi pelaksana di Kota Banda Aceh tahun 2009 yang menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan mampu meningkatkan pengetahuan ( $p = 0,000$ ) Tenaga Gizi Pelaksana (TGP) dalam menggunakan standar antropometri menurut WHO.

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang salah satu di antaranya adalah pendidikan. Pendidikan dapat memperluas wawasan atau pengetahuan seseorang. Hasil analisis dalam penelitian ini menunjukkan sebanyak 77,1% responden memiliki latar pendidikan D1 Gizi, D3 Gizi, D4 Gizi dan S1 Gizi serta telah memiliki pengetahuan dasar tentang surveilans. Hal ini didukung dengan hasil analisis tingkat pengetahuan responden sebelum pelatihan yang termasuk dalam kategori pengetahuan baik (77,1%). Selain pendidikan,

pengalaman yang cukup, baik pengalaman yang diperoleh dari diri sendiri maupun orang lain, juga mampu mempengaruhi pengetahuan seseorang terhadap suatu informasi (Notoatmodjo, 2007).

Berdasarkan hasil analisis penelitian, terdapat pengetahuan yang mengalami penurunan dan tidak mengalami perubahan (konstan). Penurunan pengetahuan terjadi pada pengetahuan tentang ciri-ciri perilaku anak *stunting* (2,9%), dampak *stunting* pada anak (2,9%), dan manfaat surveilans gizi (5,7%). Penurunan pengetahuan dimungkinkan terjadi karena selama ini tenaga gizi belum melaksanakan surveilans *stunting* di wilayah kerja puskesmasnya secara rutin. Adanya penurunan pengetahuan juga dapat dimungkinkan terjadi karena terdapat perbedaan pemahaman responden terhadap materi yang disampaikan secara teoritis selama pelatihan.

C. Keterampilan Surveilans *Stunting* selama intervensi

Gambaran keterampilan responden tentang surveilans *stunting* balita dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Gambaran Keterampilan Responden dalam Melaksanakan Surveilans *Stunting* di Kabupaten Banyumas Tahun 2015

Keterampilan	Kategori	Jumlah	%
<i>Pre test</i>	Baik	9	25,7
	Cukup	12	34,3
	Kurang	14	40,0
<i>Post test</i>	Baik	26	74,3
	Cukup	8	22,9
	Kurang	1	2,9

Sumber : Data Primer Terolah 2015

Tabel 3. menunjukkan sebanyak 40,0% responden memiliki keterampilan yang kurang dalam melaksanakan surveilans *stunting* sebelum diberikan pelatihan dan sebanyak 74,3% memiliki keterampilan yang baik dalam melaksanakan surveilans

*stunting* balita sesudah diberikan pelatihan.

Analisa uji perbedaan antara pretest dan posttest keterampilan responden pelatihan surveilans *stunting* dilakukan dengan uji beda *T dependen*. dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Hasil Uji Beda Keterampilan Responden Sebelum (*pre test*) dan Sesudah (*post test*) Pelatihan di Kabupaten Banyumas Tahun 2015

Skor Keterampilan	Skor Rata-rata	Uji yang Digunakan	Nilai p	$\alpha$	Simpulan
<i>Pre test</i> (sebelum pelatihan)	3,66	<i>paired t-test</i>	0.000	0.05	Ada perbedaan keterampilan
<i>Post test</i> (sesudah pelatihan)	6,09				

Tabel 5. menunjukkan bahwa terdapat peningkatan nilai rata-rata keterampilan responden sebelum dan sesudah pelatihan yaitu dari 3,66 menjadi 6,09 dengan peningkatan nilai rata-rata skor keterampilan antara *pre test* dan *post test* adalah sebesar 2,43 (66,39%). Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *paired t-test* diperoleh nilai  $p = 0,000 (< 0,05)$ , artinya secara statistik menunjukkan ada perbedaan keterampilan yang signifikan sebelum dan sesudah intervensi.

Dalam pelatihan ini responden diberikan materi pelaksanaan surveilans *stunting* dengan menggunakan media elektronik (laptop) yang didemonstrasikan langsung melalui *LCD* dan *Projector* sehingga responden dapat melihat dan mempraktekan langsung langkah-langkah pengolahan data, analisis data dan interpretasi data *stunting* gizi yang tersedia.

Adanya perbedaan keterampilan tenaga gizi dalam melakukan pengolahan data, analisis data dan interpretasi data surveilans

sebelum dan sesudah pelatihan juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Agung *dkk* (2013) tentang efektivitas pelatihan terhadap kinerja petugas surveilans di Kabupaten Badung yang menunjukkan bahwa pelatihan yang dilakukan terhadap petugas surveilans mampu meningkatkan kinerja petugas terutama dalam proses pengolahan data dan analisis data termasuk diseminasi informasi. Hasil ini sesuai dengan penelitian Mardiana (2011) tentang keterampilan kader posyandu sebelum dan sesudah pelatihan yang menunjukkan bahwa ada perbedaan keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri sebelum dan sesudah pelatihan di wilayah kerja Puskesmas Tarub, Kabupaten Tegal.

Pengembangan sumber daya manusia dapat dilakukan dengan memberikan pelatihan untuk meningkatkan keterampilan seseorang (Maulana, 2009). Pemilihan metode pelatihan yang tepat dapat berpengaruh terhadap peningkatan keterampilan seseorang. Metode pelatihan yang digunakan dalam penelitian ini

adalah *demonstration and example*. Menurut Hasibuan (2005), metode *demonstration and example* adalah metode yang dilakukan dengan cara memperagakan barang, kejadian, aturan, dan urutan melakukan suatu kegiatan, baik secara langsung maupun melalui penggunaan media pengajaran yang relevan dengan pokok bahasan atau materi yang sedang disajikan.

Berdasarkan hasil penelitian ini, pengalaman responden yang kurang dalam melaksanakan surveilans *stunting* balita menyebabkan rata-rata skor keterampilan responden pada saat *pre test* rendah, yaitu sebesar 3,66 dan meningkat pada saat *post test* setelah diberi pelatihan menjadi 6,09. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Putriani (2011) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keterampilan kader posyandu dalam menginterpretasikan hasil penimbangan pada kartu menuju sehat (KMS) yang menunjukkan bahwa lama kerja dan

pengalaman menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi keterampilan kader dalam menginterpretasikan hasil penimbangan pada KMS.

## SIMPULAN DAN SARAN

Responden dalam penelitian ini berjumlah 39 orang yang merupakan tenaga gizi perwakilan dari setiap puskesmas yang ada di Kabupaten Banyumas. Sebanyak 80% responden berlatar belakang D3 Gizi dan 60 % diantaranya telah memiliki berpengalaman kerja selama 5 tahun. Ada peningkatan pengetahuan responden sebelum dan sesudah pelatihan sebesar dengan rata-rata peningkatan 3,22%. Ada peningkatan ketrampilan sebelum dan sesudah pelatihan dengan rata-rata peningkatan sebesar 66,39%. Uji *dependent t-test* menunjukkan tidak ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan surveilans gizi serta ada perbedaan keterampilan antara sebelum dan sesudah intervensi surveilans gizi.

## DAFTAR PUSTAKA

Agung, AAG., IM Suarjana, dan R. Iarasati. 2013. Efektivitas Pelatihan Terhadap Kinerja Petugas Surveilans Di

- Kabupaten Badung. *Jurnal Skala Husada* Vol 10 No 1 April: 88-93. <http://www.poltekkes-denpasar.ac.id/files/JSH/V10N1>  
Diakses tanggal 1 Juli 2015
- Alfridsyah, Ichsan, dan Ampera Miko. 2013. Perbedaan Penggunaan Standar Baru Antropometri WHO-2006 Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Penilaian Status Gizi Pada Tenaga Gizi Pelaksana Di Kota Banda Aceh Tahun 2009. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* – Vol. 16 No. 2 April 2013:143–153. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/hsr/article/view/3305>  
Diakses tanggal 1 Juli 2015
- Allen LH and Gillespie SR. 2001. What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions. *ACC/SCN Nutrition Policy Paper no 19*. Manila : Asian Development Bank
- Hasibuan, M. S. P. 2005. *Manajemen Sumber Daya Manusia, Edisi Revisi*. Bumi Aksara: Jakarta.
- Kusumawati dkk. 2013. Model Pengendalian Faktor Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6 – 36 Bulan Di Puskesmas Kedung Banteng. *Laporan Penelitian LPPM Unsoed*
- Mardiana. 2011. Keterampilan Kader Posyandu Sebelum dan Sesudah Pelatihan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* Vol 7 No 1 Tahun 2011 Hal. 25-31  
<http://journal.unnes.ac.id/index.php/kemas> Diakses tanggal 25 Juni 2015.
- Maulana, D. J. H. 2009. *Promosi Kesehatan Edisi I*. EGC: Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, Rineka Cipta, Jakarta
- Putriani, Y. E. 2011. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keterampilan Kader Posyandu Dalam Menginterpretasikan Hasil Penimbangan Pada Kartu Menuju Sehat (KMS). *Skripsi*. Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. <http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/778> Diakses tanggal 25 Juni 2015.
- Siagian, Albiner. 2010. *Epidemiologi Gizi*. Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell M, Richter L, Sachdev HS . 2008 for the Maternal and Child Undernutrition Study Group Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet* 37: 340-357