

PERBEDAAN PENGGUNAAN STANDAR BARU ANTROPOMETRI WHO-2006 TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN DAN PENILAIAN STATUS GIZI PADA TENAGA GIZI PELAKSANA DI KOTA BANDA ACEH TAHUN 2009

(Different Use of New Standards WHO Anthropometry-2006 to Increasing Knowledge and Assessment on Nutrition Status for Nutritionist in Banda Aceh District in the Year 2009)

Alfridsyah¹, Ichsan¹, dan Ampera Miko¹

ABSTRACT

Background: In 2003, WHO formulates multicenter growth references study (MGRS) concept, conducted in 6 countries, with 8440 samples of children living in a healthy environment that allows, then grow in accordance with their genetic potency. Primary health research (Riskesdas) in 2007 were conducted simultaneously in 33 provinces and the assessment of children under-five nutritional status has referred to WHO 2006. Overall NAD Province was inducted within the top 10 provinces with nutritional problem. This research aims to determine the effectiveness of the use of the new standard anthropometric 2006 to increase knowledge and assessment of nutritional status on Nutrition Implementation Force in Banda Aceh in 2009. **Methods:** The design of this study is exploratory analytical method with Quasi-Experimental Design approach, carried out at 70 TPG and divided into two groups. Data collected included primary and secondary. Analysis of the data was applied the Independent T-Test and Dependent T-Test at 95%. **Results:** The results of the Independent T-Test analysis shows that there is a significant difference between knowledge ($p = 0.000$), attitude ($p = 0.004$), behavior ($p = 0.005$) and an increase in PSG ($p = 0.031$) between the post-test on the lecture with discussion and lectures with practice. While the results of analysis Dependent T-Test showed a significant increase from the pre-test to post-test for both groups at TGP in the working area of Banda Aceh. The results of the Independent T-Test analysis shows that there is a significant difference between knowledge ($p=0.000$), attitude ($p = 0.004$), behavior ($p = 0.005$) and an increase of PSG ($p=0.031$) between the post-test on the lecture with discussion and lectures with practice. While the results of analysis Dependent T-Test Showed a significant increase of from the pre-test to post-test for both groups at TGP in the working area of Banda Aceh. **Recommendation:** It's suggested that by improving equity Nutritional Status Assessment Program (PSG) means to improve the health and nutritional status of children to be more optimal, while involving profession nutritionist in the implementation of nutrition program PSG, and use the lecture method with practice in providing education/counseling to TPG and then to cadres-cadres who are working each region, as this can increase the knowledge, attitude and behavior of executive power of nutrition in improving the nutritional status assessment.

Key words: Anthropometry WHO-2006 Standards, Knowledge, Improved PSG

ABSTRAK

Latar belakang: Pada tahun 2003, WHO merumuskan konsep Multicenter Growth References Study (MGRS) yang dilakukan di 6 negara dengan jumlah sampel yang diambil sebanyak 8440 anak hidup di lingkungan sehat yang memungkinkan tumbuh sesuai potensi genetik. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan secara serentak di 33 provinsi di Indonesia pada tahun 2007 dalam penilaian status gizi balita telah mengacu pada WHO 2006. Secara keseluruhan Provinsi NAD termasuk ke dalam 10 besar yang mempunyai masalah gizi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas penggunaan standar baru antropometri 2006 terhadap peningkatan pengetahuan dan penilaian status gizi pada Tenaga Gizi Pelaksana (TGP) di Kota Banda Aceh tahun 2009. **Metode:** Rancangan penelitian ini merupakan metode analitik eksploratif

¹ Politeknik Kesehatan Banda Aceh, Kementerian Kesehatan RI. Jln. Kampus Politeknik Kesehatan NAD Desa Lagang - Lampeuneurut Darul Imarah - Banda Aceh
Alamat korespondensi: E-mail: alfridsyah@yahoo.com

dengan pendekatan *Quasi Experimental Design*, yang dilakukan pada 70 TGP dan dibagi ke dalam dua kelompok. Data yang dikumpulkan meliputi data primer dan sekunder. Analisis data menggunakan *Independent T-Test* dan *Dependent T-Test* pada *CI*: 95%. **Hasil:** Hasil analisis *Independent T-Test* menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara pengetahuan ($p = 0,000$), sikap ($p = 0,004$), perilaku ($p = 0,005$) dan peningkatan PSG ($p = 0,031$) antara post test pada kelompok ceramah disertai diskusi dengan ceramah disertai praktik. Sedangkan hasil analisis *Dependent T-Test* menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan dari pre tes ke post tes terhadap kedua kelompok pada TGP dalam wilayah kerja Kota Banda Aceh. **Kesimpulan:** Metode ceramah disertai praktik dan metode ceramah disertai diskusi dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku dan penilaian status gizi oleh TGP, pendidikan kesehatan penilaian status gizi menggunakan standar antropometri baru WHO-2006 dengan metode ceramah disertai praktik lebih efektif dibandingkan metode ceramah disertai diskusi, dan ada pengaruh yang signifikan penggunaan standar antropometri baru WHO-2006 terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, perilaku dan penilaian status gizi pada Tenaga Gizi Pelaksana di Kota Banda Aceh tahun 2009. **Saran:** Meningkatkan pemerataan program Penilaian Status Gizi (PSG), untuk meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi balita agar lebih optimal, dengan tetap melibatkan profesi gizi dalam pelaksanaan program PSG, dan menggunakan metode ceramah disertai praktik dalam memberikan pendidikan/penyuluhan kepada TGP dan selanjutnya ke kader-kader yang berada di wilayah kerja masing-masing, karena hal ini dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku tenaga pelaksana gizi dalam meningkatkan penilaian status gizi

Kata kunci: Standar Antropometri WHO-2006, Pengetahuan, Peningkatan PSG

Naskah masuk: 25 Oktober 2012, Review 1: 27 Oktober 2013, Review 2: 27 Oktober 2013, Naskah layak terbit: 28 Mei 2013

PENDAHULUAN

Keadaan gizi yang baik merupakan prasyarat terciptanya sumber daya manusia masa depan yang berkualitas. Anak yang mengalami masalah gizi pada usia dini akan mengalami gangguan tumbuh kembang dan meningkatkan kesakitan, penurunan produktivitas serta kematian. Pemerintah melalui Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2005–2009 telah bertekad menurunkan prevalensi gizi kurang menjadi setinggi-tingginya 20%, termasuk prevalensi gizi buruk menjadi setinggi-tingginya 5% pada tahun 2009.

Guna mencapai tujuan tersebut Departemen Kesehatan telah menyusun Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005–2009, melalui 4 strategi utama yaitu menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap kesehatan yang berkualitas, meningkatkan sistem surveilans dan informasi kesehatan serta meningkatkan pembiayaan kesehatan (Depkes RI, 2008).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan secara serentak di 33 provinsi di Indonesia pada tahun 2007 dalam penilaian status gizi balita telah mengacu pada WHO 2006. Secara nasional, diketahui bahwa prevalensi gizi buruk pada balita adalah 5,4%, dan Gizi Kurang pada balita adalah 13,0% serta balita pendek dan balita sangat pendek (*stunting*) adalah 36,8%. Secara keseluruhan Provinsi NAD termasuk

ke dalam 10 besar yang mempunyai masalah gizi (Depkes RI, 2007).

Untuk menghasilkan data status gizi yang sesuai dengan kenyataan data yang ada, maka diperlukan suatu standar yang memperhatikan faktor lingkungan dan pertumbuhan anak. Pada saat ini banyak tenaga gizi pelaksana masih menggunakan standar lama yaitu WHO-NCHS. Pada tahun 1993 WHO melakukan review yang menyatakan bahwa baku rujukan WHO-NCHS tidak memberi gambaran yang cukup untuk pertumbuhan anak pada usia awal. Contoh data Susenas 2000 yang digunakan untuk membandingkan hasil dari standar WHO-NCHS yaitu sebesar 24,6% dengan standar WHO 2006 yaitu sebesar 21,6%, hal ini menunjukkan bahwa adanya selisih data sebesar 3,0% dari kedua baku rujukan yang digunakan. Ini menggambarkan bahwa standar WHO 2006 lebih memperkecil peluang terjadinya prevalensi masalah gizi dibanding standar WHO NCHS.

Standar WHO 2006 dirumuskan dari hasil rekomendasi WHO pada tahun 1994 tentang perlunya penyusunan standar antropometri terbaru. Pada tahun 2003, WHO merumuskan konsep *Multicenter Growth References Study* (MGRS) yang dilakukan di 6 negara yaitu USA, Brazil, India, Ghana, Nowergia dan Oman dengan jumlah sampel yang diambil sebanyak 8440 anak hidup di lingkungan sehat yang memungkinkan tumbuh sesuai potensi genetik.

Menurut Depkes RI (2008), ada beberapa hal yang baru yang sangat penting pada baku

rujukan MGRS ini, seperti Preskriptif (*prescriptive*) menggambarkan bagaimana anak harus tumbuh, menggunakan bayi yang disusui eksklusif sebagai model, sampel meliputi internasional (6 negara), untuk menilai obesitas, tersedia standar *Velocity reference* (kecepatan pertumbuhan), sesuai dengan perkembangan psikomotor dan yang paling penting adalah adanya penyusunan Kartu Menuju Sehat (KMS) yang baru.

Profesi gizi adalah suatu pekerjaan di bidang gizi yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan (*body of knowledge*), memiliki kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, memiliki kode etik dan bersifat melayani masyarakat. Ahli Gizi dan Ahli Madya Gizi adalah seorang yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan akademik dalam bidang gizi sesuai aturan yang berlaku, mempunyai tugas, tanggung jawab dan wewenang secara penuh untuk melakukan kegiatan fungsional dalam bidang pelayanan gizi, makanan dan dietetik baik di masyarakat, individu atau rumah sakit (Depkes, 2007).

Tenaga Gizi Pelaksana (TGP) adalah ahli gizi yang bertugas di institusi kesehatan seperti Puskesmas atau rumah sakit yang mempunyai tugas pokok dan fungsi sesuai dengan bidang profesinya yaitu gizi yang meliputi pelayanan gizi masyarakat (pencegahan dan penanggulangan gizi makro dan mikro), usaha perbaikan gizi keluarga, PMT-AS, dan sebagai perencanaan dan evaluasi terhadap program gizi. Salah satu tugas TGP yang berkaitan dengan masalah penelitian ini yaitu penanggulangan gizi makro yang didalamnya ada pencegahan dan penanggulangan gizi kurang serta asuhan dan konseling gizi.

Tenaga Gizi Pelaksana (TGP) sekarang yang ada di Kota Banda Aceh pada khususnya masih menggunakan standar lama yaitu WHO-NCHS untuk melakukan Pemantauan Status Gizi (PSG) di lapangan dan proses penilaian status gizi balita masih menggunakan cara-cara manual, hal ini akan berdampak terhadap data akhir pada saat pelaporan di mana jika masih menggunakan standar lama maka akan menimbulkan masalah gizi yang lebih besar dari seharusnya. Kemudian jika dilihat dari perhitungan manual yang selama ini masih digunakan oleh TGP, maka dalam pengolahan datanya akan membutuhkan waktu yang lama, tenaga yang ekstra serta penggunaan dana yang lebih besar. Dan besar kemungkinan juga data yang dihasilkan masih kurang *valid*.

Kurangnya informasi, pengetahuan serta sulitnya mengikuti perkembangan membuat mereka masih belum mengenal apalagi untuk menggunakan standar terbaru WHO 2006 (MGRS). Oleh karena itu perlu diberikan informasi dan pengetahuan tentang penggunaan standar baru antropometri 2006 terhadap peningkatan pengetahuan dan penilaian status gizi pada Tenaga Gizi Pelaksana di Kota Banda Aceh tahun 2009, yang meliputi: menilai status gizi dan mengukur pertumbuhan anak, melakukan interpretasi indikator penilaian status gizi dan pertumbuhan anak.

Berdasarkan latar belakang dan permasalahan di atas, maka dirumuskan perumusan masalah pada penelitian ini adalah:

1. Bagaimanakah pengaruh efektivitas penggunaan standar antropometri baru terhadap peningkatan pengetahuan dan penilaian status gizi pada Tenaga Gizi Pelaksana di Kota Banda Aceh.
2. Apakah ada perbedaan efektivitas antara penggunaan standar antropometri baru yang menggunakan metode ceramah disertai diskusi dengan yang menggunakan metode ceramah disertai praktik terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku dalam meningkatkan penilaian status gizi pada Tenaga Gizi Pelaksana di Kota Banda Aceh.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas penggunaan standar baru antropometri 2006 terhadap peningkatan pengetahuan dan penilaian status gizi pada Tenaga Gizi Pelaksana di Kota Banda Aceh tahun 2009. Tujuan khusus 1) Untuk mengetahui perbedaan efektivitas antara penggunaan standar antropometri baru yang menggunakan metode ceramah disertai diskusi dengan yang menggunakan metode ceramah disertai demonstrasi terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku dalam meningkatkan penilaian status gizi pada Tenaga Gizi Pelaksana di Kota Banda Aceh, 2) Untuk mengetahui peningkatan pengetahuan dan penilaian status gizi sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan dan penggunaan standar antropometri baru pada Tenaga Gizi Pelaksana di Kota Banda Aceh, 3) Untuk mengetahui efektivitas penggunaan standar baru antropometri 2006 terhadap peningkatan pengetahuan dan penilaian status gizi pada Tenaga Gizi Pelaksana di Kota Banda Aceh tahun 2009.

Manfaat Penelitian, dapat digunakan: 1) Sebagai sumbangan pemikiran untuk pengembangan ilmu

pendidikan, khususnya yang berkaitan dengan penerapan aplikasi penilaian status gizi di lapangan untuk kepentingan program PSG, 2) Sebagai bahan pertimbangan dan pedoman bagi Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, Puskesmas tentang pentingnya penggunaan standar antropometri baru untuk perencanaan, pelaksanaan serta evaluasi program gizi, 3) Dengan informasi tentang perbedaan penggunaan standar antropometri baru ini, diharapkan ke depan agar Tenaga Gizi Pelaksana (TGP) dalam melakukan pelayanan gizi masyarakat menjadikannya sebagai salah satu bahan atau buku rujukan untuk pelaksanaan program PSG di Puskesmas.

METODE

Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini merupakan metode analitik eksploratif dengan pendekatan *Quasi Experimental Design*, karena berupaya menguji pengaruh dan perbedaan penggunaan standar antropometri baru WHO 2006 sebelum dilakukan pendidikan dengan sesudah.

Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada Puskesmas dalam lingkungan Kota Banda Aceh dan Aceh Besar sekitarnya. Pelaksanaan penelitian dimulai pada tanggal 21–31 Desember 2009.

Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dan sampel dalam kegiatan penelitian ini adalah semua TGP di Puskesmas dalam lingkungan Kota Banda Aceh dan Aceh Besar sekitarnya, dengan kriterianya adalah PNS, Pendidikan minimal D-1 dan memegang program gizi. Semua populasi dijadikan sampel dalam penelitian ini karena jumlahnya relatif sedikit. Jumlah sampel kesemuanya adalah sebesar 70 sampel yang terbagi ke dalam dua kelompok yaitu sebanyak 35 orang TGP sebagai kelompok I (metode ceramah disertai diskusi), dan sebanyak 35 orang TGP sebagai kelompok II (metode ceramah disertai praktik).

Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

Jenis dan sumber data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah; Data Primer: data yang langsung

Tabel 1. Distribusi hasil uji validitas dan reliabilitas alat ukur penelitian

Variabel	Pertanyaan	item Valid	Validitas	Reliabilitas
Pengetahuan	25	20	0,661-0,826	0,9507
Sikap	15	10	0,688-0,721	0,7630
Perilaku	15	10	0,670-0,813	0,8748

r table pada df = 8 dengan Ci 95% adalah 0,632

dikumpulkan dari responden melalui kuesioner, wawancara dan observasi yang dikumpulkan oleh peneliti. Data sekunder: data yang mendukung data primer yang diperoleh dari dokumen di bagian administrasi masing-masing Puskesmas, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kota Banda Aceh, Aceh Besar serta penelusuran kepustakaan yang berkaitan dengan penelitian yang sifatnya ilmiah.

Sebelum data dikumpulkan terlebih dahulu dilakukan uji coba instrumen yang bertujuan untuk mengukur validitas dan reliabilitas instrumen. Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas, maka proses pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang disebar pada masing-masing sample. Baik pada variabel pengetahuan, sikap, perilaku maupun peningkatan penilaian status gizi.

Uji validitas instrumen dilakukan dengan analisis *product moment* dan uji reliabilitas alat ukur penelitian dilakukan dengan analisis alpha cronbach, dengan menggunakan bantuan *Software SPSS*, hasil seperti pada tabel 1.

Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini meliputi:

1. Analisis Univariat
Analisa data dimulai dengan melakukan analisis variabelitas secara keseluruhan baik variabel independen dan variabel dependen.
2. Analisis Bivariat
Analisa Bivariat dilakukan untuk mengetahui perbedaan antara independen dan variabel dependen. Pada analisis ini digunakan *Independent T-Test* untuk menilai perbedaan masing-masing penggunaan metode dan *Dependent T-Test* untuk melihat peningkatan pengetahuan, sikap, perilaku dan penilaian PSG pada *Confidence Interval* 95%.

HASIL

Gambaran Umum Sampel Penelitian.

Penelitian ini dilaksanakan di Kota Banda Aceh dan Aceh Besar sekitarnya di Provinsi Nangroe Aceh Darussalam. Subjek pada penelitian ini adalah seluruh Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas Kota Banda Aceh dan Aceh Besar sekitarnya yang berjumlah untuk secara keseluruhannya adalah sebanyak 70 orang. Dari 70 orang sampel kemudian dibagi dalam dua kelompok perlakuan, yaitu: 1) kelompok perlakuan I (ceramah disertai diskusi), pemberian pendidikan peningkatan penilaian status gizi dengan metode ceramah disertai diskusi yaitu sebanyak 35 orang. 2) kelompok perlakuan II (ceramah disertai praktik), pemberian pendidikan peningkatan penilaian status gizi dengan metode ceramah disertai praktik yaitu sebanyak 35 orang. Karakteristik subjek penelitian pada masing-masing kelompok dapat dideskripsikan sebagai berikut.

Gambaran Kelompok Sampel Berdasarkan Umur

Karakteristik umur tidak menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan I dengan kelompok perlakuan II, hasil statistik

Tabel 2. Distribusi responden berdasarkan umur antara kelompok perlakuan I dan kelompok perlakuan II

Umur Responden	Kelompok			
	Perlakuan I		Perlakuan II	
	n	%	n	%
< 30 Tahun	17	48,6	13	37,1
30–40 Tahun	12	34,3	17	48,6
> 40 Tahun	6	17,1	5	14,3
Total	35	100,0	35	100,0

Chi Square (χ^2) = 1,486 p = 0,476

Tabel 3. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin antara kelompok perlakuan I dan kelompok perlakuan II

Jenis Kelamin Responden	Kelompok			
	Perlakuan I		Perlakuan II	
	n	%	n	%
Laki-Laki	15	42,9	12	34,3
Perempuan	20	57,2	23	65,7
Total	35	100,0	35	100,0

Chi Square (χ^2) = 0,543 p = 0,624

menunjukkan bahwa pada CI 95% diperoleh nilai $p = 0,476$ ($p > \alpha$).

Gambaran Kelompok Sampel Berdasarkan Jenis Kelamin

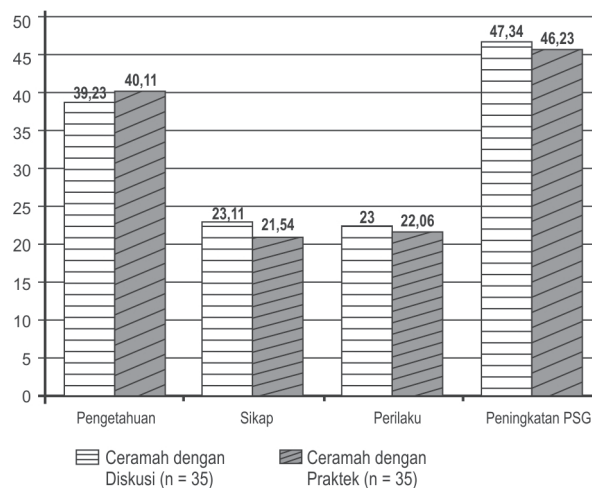
Karakteristik jenis kelamin sampel juga tidak menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan I dengan kelompok perlakuan II, dari hasil statistik menunjukkan bahwa pada CI 95% diperoleh nilai $p = 0,624$ ($p > \alpha$).

Pengujian Prasyarat dan Analisis Univariat

Analisis data pada penelitian ini menggunakan statistik parametrik, dengan teknik uji t (*Paired t-test*), uji t (*independent t-test*) dan analisis delta. Penggunaan *t-test* ini harus memenuhi prasyarat distribusi normal dan variansi antar kelompok homogen.

Uji Normalitas

Pengujian normalitas data pada penelitian ini dipergunakan uji *Kolmogorov Smirnov Z*. Pengujian dilakukan dengan menggunakan bantuan *software* komputer *Statistic Program for Social Science (SPSS)* versi 17 dan hasil pengujian normalitas sebaran secara ringkas baik *pretest* maupun *post test* dengan *Kolmogorov-Smirnov Z Test* menunjukkan hasil yang tidak signifikan pada taraf signifikansi 5% ($p > 0,05$); yang berarti bahwa semua data pada penelitian ini berdistribusi normal.



Grafik 1. Grafik Perbedaan Rata-Rata Pre-Test berdasarkan Kelompok Ceramah dengan Diskusi dan Ceramah dengan Praktek

Uji Homogenitas Varians

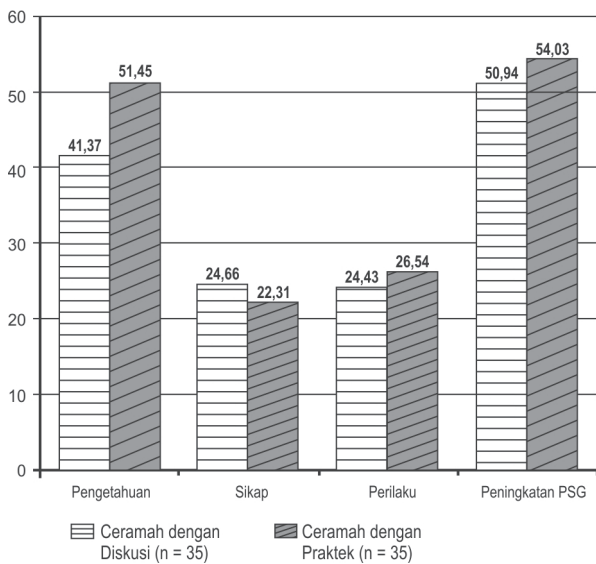
Pengujian ini bertujuan untuk mengetahui apakah sampel yang diambil dari populasi berasal dari varians yang sama dan tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan satu sama lain. Test statistik yang digunakan pada penelitian ini adalah uji F (*Levene’s Test for Equality of Variances*).

Hasil uji diketahui bahwa semua F_{hitung} tidak signifikan pada taraf signifikansi 5% dengan $p > 0,05$. Karena $p > 0,05$ maka disimpulkan tidak ada perbedaan antara varians semua data baik *pre-test* dan *post-test* yang berarti homogen.

Analisis Univariat

Hasil Pengukuran Rerata dan Simpangan Baku pada Pre-Test.

Berdasarkan grafik di atas, rata-rata *pre-test* terhadap variabel pengetahuan, sikap, perilaku dan peningkatan penilaian status gizi antara kelompok ceramah yang disertai diskusi dengan kelompok ceramah yang disertai praktik hampir sama atau bisa dikatakan tidak jauh berbeda. Ini berarti bahwa kedua kelompok sebelum dilakukan perlakuan rata-rata pengetahuan, sikap, perilaku dan peningkatan PSG pada tenaga gizi pelaksana (TGP) masih kurang baik terhadap pemahaman dan penggunaan standar baru antropometri WHO 2006.



Grafik 2. Grafik Perbedaan Rata-Rata *Post-Test* berdasarkan Kelompok Ceramah dengan Diskusi dan Ceramah dengan Praktek

Hasil Pengukuran Rerata dan Simpangan Baku pada Post-Test

Selanjutnya untuk data rata-rata *post-test* terhadap variabel pengetahuan, sikap, perilaku dan peningkatan penilaian status gizi antara kelompok ceramah yang disertai diskusi dengan kelompok ceramah yang disertai praktik terlihat jelas sangat berbeda. Ini berarti bahwa kedua kelompok sesudah dilakukan perlakuan rata-rata pengetahuan, sikap, perilaku dan peningkatan PSG pada tenaga gizi pelaksana (TGP) lebih baik pada kelompok ceramah disertai praktik dibandingkan kelompok ceramah disertai diskusi terhadap pemahaman dan penggunaan standar baru antropometri WHO 2006.

Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini dimaksudkan untuk menguji hipotesis dan menjawab tujuan pada penelitian ini yang dilakukan dengan teknik *Independent T-Test, Paired Simple T-Test*. Berikut disajikan hasil-hasil analisis statistik tersebut.

Analisis Perbedaan Antar Kelompok (Independent Sample T-Test)

Pengetahuan

Hasil uji statistik pada Tabel 4 terlihat bahwa pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan pengetahuan

Tabel 4. Hasil uji statistik *Independent Sample T-Test* terhadap pengetahuan responden berdasarkan kelompok perlakuan pada TGP

Pengetahuan	Kelompok	Rerata ± SD	t_{hitung}	p
<i>Pre-test</i>	Perlakuan I	39,23 ± 7,10	-0,526	0,600
	Perlakuan II	40,11 ± 6,98		
<i>Post-test</i>	Perlakuan I	41,37 ± 7,52	-6,074	0,000*
	Perlakuan II	51,43 ± 6,28		

*) Signifikan pada CI: 95%

Tabel 5. Hasil uji statistik *Independent Sample T-Test* terhadap sikap responden berdasarkan kelompok perlakuan pada TGP

Pengetahuan	Kelompok	Rerata ± SD	t_{hitung}	p
<i>Pre-test</i>	Perlakuan I	23,11 ± 3,58	1,838	0,070
	Perlakuan II	21,54 ± 3,58		
<i>Post-test</i>	Perlakuan I	24,66 ± 3,14	2,984	0,004*
	Perlakuan II	22,31 ± 3,42		

*) Signifikan pada CI: 95%

sebelum perlakuan (*pre-test*) pada TGP, sedangkan pengetahuan sesudah perlakuan (*post-test*) terhadap TPG sangat jelas terlihat perbedaannya antara perlakuan I dengan perlakuan II antara kelompok ceramah disertai diskusi dengan kelompok ceramah disertai praktik di Kota Banda Aceh.

Sikap

Pada penilaian *pre-test*, sikap TPG antara kelompok ceramah disertai diskusi dengan kelompok ceramah disertai praktik terhadap penggunaan standar antropometri WHO 2005 tidak terdapat perbedaan yang bermakna ($p = 0,070$).

Sedangkan hasil uji statistik terhadap sikap TPG sesudah dilakukan perlakuan (*post-test*) terdapat perbedaan ($p = 0,004$) antara kelompok ceramah disertai diskusi dengan kelompok ceramah disertai praktik terhadap penggunaan standar antropometri WHO 2005 di Kota Banda Aceh tahun 2009.

Perilaku

Pada pengukuran terhadap perilaku TGP, diperoleh hasil uji statistik sebagaimana tersebut pada tabel 5, terlihat bahwa pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan perilaku sebelum perlakuan (*pre-test*) pada TGP ($p = 0,203$), sedangkan perilaku sesudah perlakuan (*post-test*) terhadap TGP terlihat

Tabel 6. Hasil uji statistik *Independent Sample T-Test* terhadap perilaku responden berdasarkan kelompok perlakuan pada TGP

Pengetahuan	Kelompok	Rerata ± SD	t _{hitung}	p
<i>Pre-test</i>	Perlakuan I	23,00 ± 2,84	1,286	0,203
	Perlakuan II	22,06 ± 3,28		
<i>Post-test</i>	Perlakuan I	24,43 ± 3,35	-2,908	0,005*
	Perlakuan II	26,54 ± 2,69		

*) Signifikan pada CI: 95%

Tabel 7. Rerata selisih dan simpangan baku pengetahuan responden berdasarkan kelompok perlakuan pada TGP

Data Pengetahuan	Kelompok Perlakuan I		Kelompok Perlakuan II	
	Rerata Selisih ± SD	p	Rerata Selisih ± SD	p
<i>Pre-test ke Post-test</i>	2,14 ± 5,52	0,028*	11,31 ± 9,65	0,000*

Keterangan: *) Signifikan pada CI 95%

perbedaannya ($p = 0,005$) antara perlakuan I dengan perlakuan II antara kelompok ceramah disertai diskusi dengan kelompok ceramah disertai praktik di Kota Banda Aceh.

Analisis Perbedaan Selisih (*Paired Sample T-Test*)

Pengetahuan

Tabel 7 menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan I (ceramah disertai diskusi) terjadi peningkatan pengetahuan dari *pre-test* ke *post-test* dengan rerata selisih 2,14 dengan standar deviasi 5,52. Pada kelompok perlakuan II (ceramah disertai praktik) terjadi peningkatan dari *pre-test* ke *post-test* dengan rerata selisih 11,31 dan standar deviasi sebesar 9,65. Pada kedua kelompok perlakuan terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan secara statistik, baik pada kelompok perlakuan I (ceramah disertai diskusi) $p = 0,028$ maupun pada kelompok perlakuan II (ceramah disertai praktik) $p = 0,000$. Jadi kedua kelompok perlakuan tersebut pada CI 95% mempunyai nilai p value $< \alpha$.

Sikap

Rerata selisih sikap responden kelompok perlakuan I (ceramah disertai diskusi) dan kelompok perlakuan II (ceramah disertai praktik) terhadap peningkatan penilaian status gizi, dapat dilihat pada Tabel 8.

Dari tabel 8 dapat diketahui bahwa antara *pre-test* ke *post-test* terjadi peningkatan sikap pada kelompok perlakuan pertama dengan nilai rata-rata sebesar 1,54 dan nilai deviasinya adalah 4,19 serta nilai uji statistik menunjukkan nilai $p = 0,036$ ($p < \alpha$). Begitu juga dengan kelompok perlakuan yang kedua, adanya peningkatan nilai rerata sikap yaitu sebesar 0,77 dengan standar deviasi 1,63 serta nilai uji

Tabel 8. Rerata selisih dan simpangan baku sikap responden berdasarkan kelompok perlakuan pada TGP

Data Sikap	Kelompok Perlakuan I		Kelompok Perlakuan II	
	Rerata Selisih ± SD	p	Rerata Selisih ± SD	p
<i>Pre-test ke Post-test</i>	1,54 ± 4,19	0,036*	0,77 ± 1,63	0,008*

Keterangan: *) Signifikan pada CI 95%

Tabel 9. Rerata selisih dan simpangan baku sikap responden berdasarkan kelompok perlakuan pada TGP

Data Sikap	Kelompok Perlakuan I		Kelompok Perlakuan II	
	Rerata Selisih ± SD	p	Rerata Selisih ± SD	p
Pre-test ke Post-test	1,54 ± 4,19	0,036*	0,77 ± 1,63	0,008*

Keterangan: *) Signifikan pada CI 95%

statistik menunjukkan nilai $p = 0,008$ ($p < \alpha$). Artinya kedua kelompok perlakuan pada CI 95% terdapat peningkatan nilai sikap TGP terhadap peningkatan penilaian status gizi secara signifikan.

Perilaku

Rerata selisih perilaku responden kelompok perlakuan I (ceramah disertai diskusi) dan kelompok perlakuan II (ceramah disertai praktik) terhadap peningkatan penilaian status gizi, setelah dilakukan analisis *pre-test* ke *post-test* secara statistik adalah sebesar 1,43 dengan nilai deviasi 3,63 pada kelompok perlakuan I, dan sebesar 3,66 dengan nilai deviasi 2,74 pada kelompok perlakuan II.

Secara jelas, hasil uji statistik disajikan dalam tabel 9.

Berdasarkan tabel 9 di atas, diketahui bahwa hasil dari uji statistik menunjukkan masing-masing kelompok perlakuan mempunyai nilai $p < 0,05$. Untuk kelompok perlakuan I (ceramah disertai diskusi) dari hasil *pre-test* ke *post-test* diperoleh nilai $p = 0,026$ ($p < \alpha$), dan untuk kelompok perlakuan II (ceramah disertai praktik) dari hasil *pre-test* ke *post-test* diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < \alpha$). Hal ini berarti bahwa, pada tingkat

Tabel 10. Rerata selisih dan simpangan baku peningkatan PSG berdasarkan kelompok perlakuan

Data Peningkatan PSG	Kelompok Perlakuan I		Kelompok Perlakuan II	
	Rerata Selisih ± SD	p	Rerata Selisih ± SD	p
Pre-test ke Post-test	3,60 ± 8,91	0,022*	7,80 ± 6,76	0,000*

Keterangan: *) Signifikan pada CI 95%

kemaknaan (CI) 95% terdapat peningkatan rerata perilaku TGP terhadap peningkatan penilaian status gizi di Kota Banda Aceh.

Peningkatan PSG

Dari tabel 10 dapat diketahui bahwa antara *pre-test* ke *post-test* terjadi peningkatan nilai peningkatan PSG baik pada kelompok ceramah disertai diskusi maupun pada kelompok ceramah disertai praktik. Pada kelompok perlakuan pertama selisih nilai rata-rata sebesar 3,60 dengan nilai deviasinya adalah 8,91 serta nilai uji statistik menunjukkan nilai $p = 0,022$ ($p < \alpha$). Begitu juga dengan kelompok perlakuan yang kedua, adanya selisih nilai rerata peningkatan PSG yaitu sebesar 7,80 dengan standar deviasi 6,76 serta nilai uji statistik menunjukkan nilai $p = 0,000$ ($p < \alpha$). Artinya kedua kelompok perlakuan pada CI 95% terdapat peningkatan nilai penilaian status gizi oleh tenaga gizi pelaksana (TGP) di Kota Banda Aceh secara signifikan.

Analisis Delta

Analisis ini dilakukan untuk melihat perbedaan peningkatan/penurunan dari *pre-test* ke *post-test* yang meliputi variabel pengetahuan, sikap, perilaku dan peningkatan PSG pada kelompok perlakuan I dan kelompok perlakuan II, yaitu disajikan pada Tabel 11.

Hasil analisis delta dari *pre-test* ke *post-test* menunjukkan adanya perbedaan peningkatan pengetahuan, sikap, perilaku dan peningkatan penilaian status gizi yang signifikan, secara statistik dapat dibuktikan bahwa ke semua variabel mempunyai nilai $p < 0,05$ pada CI 95%. Berdasarkan hasil analisis

Tabel 11. Rangkuman hasil analisis delta dari *pre-test* ke *post-test* terhadap variabel pengetahuan, sikap, perilaku dan peningkatan PSG responden berdasarkan kelompok perlakuan

Variabel	Rerata (Mean) ± SD		t _{hitung}	p
	Perlakuan I	Perlakuan II		
Pengetahuan	2,14 ± 5,52	11,31 ± 9,65	-6,074	0,000*
Sikap	1,54 ± 4,19	0,77 ± 1,63	2,984	0,004*
Perilaku	1,43 ± 3,63	3,66 ± 2,74	-2,908	0,005*
Peningkatan PSG	3,60 ± 8,91	7,80 ± 6,76	-2,198	0,031*

Keterangan: *) Signifikan pada CI 95%

tersebut maka dapat disimpulkan bahwa: 1) Metode ceramah disertai diskusi dan metode ceramah praktik dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku dan penilaian status gizi TGP. 2) Metode ceramah disertai praktik terbukti secara statistik lebih efektif dibandingkan metode ceramah disertai diskusi dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku dan penilaian status gizi oleh tenaga gizi pelaksana (TGP) di Kota Banda Aceh.

PEMBAHASAN

Faktor yang memengaruhi keberhasilan penelitian *Quasi Experimental Design* adalah mempunyai karakteristik, kondisi awal dan kemampuan yang sama responden antara kedua kelompok perlakuan (Pratiknya, 1986). Karakteristik responden berdasarkan umur dan jenis kelamin serta masa kerja pada kelompok perlakuan I dan II (ceramah disertai diskusi dan ceramah disertai praktik) pada penelitian ini tidak menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan secara statistik ($p > 0,05$). Berdasarkan hasil analisis karakteristik responden yang menunjukkan tidak adanya perbedaan (sebanding) maka tidak memengaruhi penelitian ini.

Pengetahuan Tenaga Gizi Pelaksana tentang Penilaian Status Gizi dengan Menggunakan Baku Rujukan WHO-2006.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian pendidikan dengan metode ceramah disertai praktik, responden lebih mudah memahami dan lebih berkesan terhadap materi yang disampaikan karena responden diberikan kesempatan untuk memperagakan kembali terhadap materi yang disampaikan. Hasil penelitian ini mendukung pendapat Wahab (2007) yang menyatakan bahwa pendidikan dengan metode praktik dapat memudahkan peserta didik untuk memahami tentang materi yang disampaikan, serta perhatian mereka dapat dipusatkan pada hal-hal yang penting untuk meningkatkan pengetahuan.

Menurut Green dan Kreuter (1991) bahwa diskusi merupakan proses belajar yang melibatkan partisipasi aktif peserta yang akan diperoleh pengetahuan sebagai dasar untuk perubahan perilaku yang lebih mantap dan akan bertahan lebih lama. Hasil penelitian ini juga mendukung penelitian Luciwaty (2004) yang mendapatkan bahwa pendidikan dengan metode ceramah disertai latihan lebih efektif meningkatkan

pengetahuan dibandingkan dengan metode ceramah tanpa latihan.

Sikap Tenaga Gizi Pelaksana tentang Penilaian Status Gizi dengan Menggunakan Baku Rujukan WHO-2006

Pemberian pendidikan dengan metode ceramah disertai praktik, akan berdampak penerimaan terhadap materi yang disampaikan lebih terkesan dan menarik sehingga membentuk pengertian dengan baik dan sempurna yang dapat memengaruhi sikap TGP dalam penilaian status gizi. Hasil penelitian ini mendukung pendapat Djamarah (2002) yang menyatakan bahwa untuk mendapatkan hasil yang baik maka dalam proses pembelajaran harus lebih menarik dan responden dirangsang untuk aktif mengamati, menyesuaikan antara teori dengan kenyataan dan mencoba melakukannya sendiri. Hasil penelitian ini juga mendukung penelitian Priyanto (2002) yang mendapatkan bahwa penggunaan metode ceramah disertai latihan-latihan pada proses belajar akan memengaruhi pengetahuan, sikap dan perilaku responden. Struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang, yaitu komponen *cognitive*, *affective* dan *cognitive*.

Komponen *cognitive* tersebut merupakan kepercayaan individu terhadap yang berlaku atau benar bagi objek sikap yaitu tentang penilaian status gizi menggunakan standar baru WHO-2006. Komponen *affective* merupakan perasaan terhadap sesuatu yang berkaitan dengan emosi dalam menjaga citra profesi gizi dengan menunjukkan tingkatan kerja yang lebih profesional kepada atasan, sedangkan komponen *cognitive* dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya (Mantra, 1997).

Perilaku Tenaga Gizi Pelaksana tentang Penilaian Status Gizi dengan Menggunakan Baku Rujukan WHO-2006

Berdasarkan hasil penelitian, dapat diketahui bahwa pemberian pendidikan dengan metode ceramah disertai praktik, lebih efektif dalam meningkatkan perilaku responden (TGP) karena penerimaan materi yang disampaikan mudah diingat dan dipraktikkan langsung oleh responden sehingga menjadi kebiasaan yang positif dalam penilaian status gizi. Hasil penelitian ini mendukung penelitian

Santoso (2004) yang mendapatkan bahwa pendidikan dengan pemberian informasi yang diikuti oleh latihan akan efektif mengubah perilaku dan meningkatkan pemahaman seseorang. Hasil penelitian ini juga mendukung pendapat Poernomo (2007) yang menyatakan bahwa terbentuknya perilaku baru atau perubahan perilaku juga sangat dipengaruhi oleh interaksi antara individu dengan lingkungan melalui proses belajar.

Menurut Mantra (1997) perilaku adalah respons seseorang terhadap stimulus dari lingkungan dan dari dalam diri sendiri. Pendidikan kesehatan PSG melalui metode diskusi dan praktik merupakan stimulus dari lingkungan yang dapat mendorong TPG dalam menjaga performa dan tingkat keprofesional mereka dalam bekerja sehingga akan menghasilkan suatu data yang baik dan benar sebagaimana yang semestinya diharapkan, sedangkan pengetahuan yang cukup memadai tentang penilaian status gizi adalah stimulus dari dalam individu yang berperan terhadap perubahan perilaku.

Menurut Rogers dalam Notoatmodjo (2007) perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat terjadi melalui beberapa proses berurutan yaitu: Timbulnya kesadaran karena adanya pengetahuan (*Awareness*), merasa tertarik terhadap sesuatu yang baru (*Interest*), mulai menimbang baik buruknya terhadap dirinya (*Evaluation*), mulai mencoba melakukan hal yang baru (*Trial*) dan seseorang berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap sesuatu yang baru (*Adoption*).

Peningkatan PSG Tenaga Gizi Pelaksana dengan Menggunakan Baku Rujukan WHO-2006

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan II keterampilan responden (TGP) dalam penilaian status gizi menggunakan standar baru WHO-2006 sudah lebih baik dan benar karena dalam proses pembelajaran mereka mendapatkan kesempatan secara langsung untuk memperagakan melalui media pembelajaran dalam hal ini yaitu praktik penggunaan *Software Anthro-2006*. Dengan praktik, terbukti secara statistik bahwa pemahaman tentang penilaian status gizi menggunakan *Software Anthro-2006* lebih mudah dalam mengolah data status gizi serta menginterpretasikannya. Dalam hal ini minat tenaga pelaksana gizi sangat besar, agar ke depannya program pelatihan ini lebih dikembangkan lagi demi tercapainya tingkat kesehatan yang optimal.

Hasil penelitian ini mendukung pendapat Soebroto (2007) yang menyatakan bahwa keberhasilan dari pendidikan dalam suatu pelatihan bukan hanya dipengaruhi oleh pendidik dan kepandaian peserta, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh metode yang digunakan dan penggunaan alat bantu yang menarik seperti gambar, poster, program komputer, dan lain-lain. Hasil penelitian ini juga mendukung penelitian Wardani dan Rusmiah (1995) yang mendapatkan bahwa pendidikan kesehatan dengan menggunakan alat peraga mempunyai pengaruh lebih baik dalam menurunkan tingkat risiko terhadap suatu masalah bila dibandingkan pendidikan kesehatan tanpa menggunakan alat peraga.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab-bab terdahulu, maka dapat diambil beberapa kesimpulan bahwa pendidikan kesehatan penilaian status gizi menggunakan standar antropometri baru WHO-2006 dengan metode ceramah disertai praktik dan metode ceramah disertai diskusi dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku dan penilaian status gizi oleh tenaga gizi pelaksana (TGP) di Kota Banda Aceh. Selain itu pendidikan kesehatan penilaian status gizi menggunakan standar antropometri baru WHO-2006 dengan metode ceramah disertai praktik lebih efektif dibandingkan metode ceramah disertai diskusi dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku dan penilaian status gizi oleh tenaga gizi pelaksana (TGP) di Kota Banda Aceh.

Saran

Bagi Tenaga Gizi Pelaksana agar selalu menjaga profesionalitas keprofesionalan gizi, salah satunya yaitu dengan tetap menggunakan data yang benar, sehingga interpretasi data PSG yang dihasilkan sesuai dengan kenyataan di lapangan sebenarnya. Bagi Puskesmas, Pengambil keputusan dan kebijakan di puskesmas agar dapat meningkatkan pendidikan penilaian status gizi menggunakan baku rujukan WHO-2006 kepada para kader-kader di wilayah kerja setempat dan diharapkan keadaan gizi dari hasil PSG menjadi lebih baik. Untuk Dinas Kesehatan dan Tenaga Kesehatan harus meningkatkan pemerataan program Penilaian Status Gizi (PSG), untuk meningkatkan derajat kesehatan

dan status gizi balita agar lebih optimal, dengan tetap melibatkan profesi gizi dalam pelaksanaan program PSG. Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan acuan bagi peneliti lain, untuk memperkuat pembuktian serupa dan dapat dimanfaatkan untuk mendasari penelitian berikutnya tentang pendidikan kesehatan penilaian status gizi berdasarkan baku rujukan WHO-2006 dengan metode ceramah disertai praktik pada tenaga gizi pelaksana (TGP) serta kader-kader di wilayah kerja setempat.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Azwar S. 1995. *Sikap Manusia dan Teori Pengukurannya*. Pustaka Belajar, Yogyakarta.
- Depkes RI. 2001. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta.
- Depkes RI. 2006. *Standar Pertumbuhan Anak WHO-2005*. Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Jakarta
- Depkes RI. 2008. *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta.
- Notoatmodjo S. 1996. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Sudjana. 1998. *Metode Statistika*. Tarsito, Bandung.
- Supriasa, dkk. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- WHO. 2003. *Information Series on School Health*. Geneva.
- WHO. 2005. *Multicentre Growths References Study*. Geneva.