



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH EDUKASI KELOMPOK SEBAYA
TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU
PENCEGAHAN ANEMIA GIZI BESI
PADA WANITA USIA SUBUR
DI KOTA SEMARANG**

Tesis

Oleh

**Siti Aisah
0606027322**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH EDUKASI KELOMPOK SEBAYA
TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU
PENCEGAHAN ANEMIA GIZI BESI
PADA WANITA USIA SUBUR
DI KOTA SEMARANG**

Tesis

Diajukan Sebagai Persyaratan Untuk
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Komunitas

Oleh

**Siti Aisah
0606027322**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa, dan untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Depok, Juli 2008

Pembimbing I

Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, M.App.Sc, Ph.D

Pembimbing II

Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes

LEMBAR PENGESAHAN PANITIA PENGUJI SIDANG TESIS

Depok, 17 Juli 2008

Ketua

Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, M.App.Sc, Ph.D

Anggota

Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes

Anggota

Ns. Satria Gobel, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom

Anggota

Etty Rekawati, S.Kp, MKM

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juli 2008
Siti Aisah

Pengaruh Edukasi Kelompok Sebaya Terhadap Perubahan Perilaku Pencegahan Anemia Gizi Besi Pada Wanita Usia Subur Di Kota Semarang

xiii + 125 halaman + 17 tabel + 4 bagan + 7 lampiran

Abstrak

Kelompok sebaya wanita usia subur (WUS) yang ada dan berkembang di masyarakat sudah banyak terbentuk salah satunya adalah kelompok sebaya dalam wadah PKK RT. Salah satu permasalahan yang terjadi pada kelompok WUS adalah anemia gizi besi (AGB). Kelompok sebaya PKK RT diharapkan dapat membantu WUS dalam melakukan pencegahan AGB. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh edukasi kelompok sebaya terhadap perubahan perilaku dalam pencegahan AGB, jenis penelitian eksperimen semu, desain *non-equivalent pretest-posttest with control group*, dengan intervensi edukasi kelompok sebaya PKK RT. Proses penelitian telah dilaksanakan pada bulan Maret-Juni 2008 di Kota Semarang dengan metode *multistage random sampling*, jumlah sampel 110 (55 responden kelompok perlakuan, dan 55 responden kelompok kontrol). Hasil penelitian menunjukkan rata-rata umur WUS 35.5 tahun dengan pendidikan WUS terbesar SMA. Ada hubungan yang signifikan antara usia dengan pengetahuan ($p < 0.05$). Ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan pengetahuan dan sikap ($p < 0.05$). Ada perbedaan yang signifikan ($p < 0.05$) rata-rata nilai pengetahuan, sikap, ketrampilan antara sebelum dan setelah pada kedua kelompok, namun masih lebih tinggi pada kelompok perlakuan yang mendapat intervensi edukasi kelompok sebaya. Ada perbedaan yang signifikan ($p < 0.05$) rata-rata nilai pengetahuan, sikap, ketrampilan antara kelompok perlakuan dan kontrol. Intervensi edukasi kelompok sebaya mempengaruhi pengetahuan, sikap, dan ketrampilan yang dapat dilihat dari nilai $p < 0.05$, berarti bahwa pengetahuan, sikap, dan ketrampilan tidak dipengaruhi oleh umur dan tingkat pendidikan tetapi dipengaruhi oleh intervensi edukasi kelompok sebaya. Berdasar hasil tersebut perlu optimalisasi kelompok sebaya wanita yang sudah ada di masyarakat, mengintegrasikan upaya promotif dan preventif AGB kedalam programnya.

Kata kunci: Perilaku pencegahan, anemia gizi besi, wanita usia subur, edukasi kelompok sebaya.

Daftar Pustaka: 85 (1990-2008).

POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, July 2008
Siti Aisah

The effect of peer group education on behavior change in ferrous deficiency anemia prevention in fertile age women at Semarang

xiii + 125 pages + 17 tables + 4 schemes + 7 appendixes

Abstract

There are many existing and developing fertile age women (FAW) peer groups in community, one of them is peer group in PKK RT. Since ferrous deficiency anemia (FDA) was frequently suffered by FAW, peer group of PKK RT was expected to facilitate FAW in preventing FDA. The purpose of this study was to examine the effect of peer group's education on behavior change in preventing FDA. A quasi-experimental design using non-equivalent pretest-posttest with control group was employed in this study and the intervention was education for PKK RT peer group. Data collection was conducted from March to June 2008 by multistage random sampling at Semarang. Samples were 110 FAW comprised of 55 FAW in intervention group and 55 FAW in control group. Mean of age was 35.5 years old and majority of educational background was high school (51.8%). The result showed that age significantly related to knowledge ($p < 0.05$). Mean of knowledge, attitude and skill exhibited significant differences between intervention and control group ($p < 0.05$). Intervention of education in peer group significantly affected knowledge, attitude and skill ($p < 0.05$) which were not interfered by age and educational background. It is recommended that existing peer groups of FAW in community need to be optimized and health promotion and prevention efforts should be integrated in the programs of the FAW peer group.

Key word: Preventive behavior, ferrous deficiency anemia, fertile age women, peer group education.

References: 85 (1990-2008).

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah peneliti panjatkan ke Hadirat Robbi atas segala rahmat, hidayah, dan kemudahan yang melimpah sehingga tesis yang berjudul “Pengaruh Edukasi Kelompok Sebaya Terhadap Perubahan Perilaku Pencegahan Anemia Gizi Besi Pada Wanita Usia Subur Di Kota Semarang”, dapat terselesaikan. Pemikiran tesis ini dikembangkan berdasar pengalaman peneliti ketika terlibat survey anemia gizi besi (AGB) pada wanita usia subur (WUS) di Kota Semarang bersama Dinkes Kota Semarang, serta adanya pemikiran terhadap dampak yang dapat ditimbulkan akibat AGB pada WUS karena kelompok WUS sebagai kelompok yang rentan dan multi peran yaitu sebagai remaja yang sekolah, calon ibu, ibu dan sekaligus sebagai pekerja wanita.

Penyusunan tesis ini tidak terlepas dari dukungan dan bimbingan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini peneliti menghaturkan terima kasih yang setulusnya kepada:

1. Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, M.App.Sc, Ph.D, selaku pembimbing I tesis yang telah membimbing dengan cermat memberikan masukan-masukan, memberikan motivasi, inspirasi, perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya tesis ini.
2. Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes, selaku pembimbing II tesis yang telah membimbing dengan sabar, jeli memberikan masukan, dan perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya tesis ini.
3. Departemen Pendidikan Nasional Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi yang telah memberikan dukungan dana (BPPS) untuk menyelesaikan studi di Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas FIK-UI.
4. Universitas Muhammadiyah Semarang (UNIMUS) yang telah memberikan ijin menyelesaikan studi di Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas FIK-UI.
5. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia beserta seluruh jajarannya yang telah memberikan kesempatan kembali menimba ilmu di almamater tercinta.

6. Ketua Program Pasca Sarjana Program Magister Ilmu Keperawatan yang telah memberikan kesempatan menyelesaikan studi di Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas FIK-UI.
7. Tim Dosen Pasca Sarjana yang telah memberikan bimbingan dengan sabar dan wawasannya serta ilmu yang bermanfaat sehingga semester demi semester dapat diselesaikan dengan baik.
8. Ns. Widyatuti, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom, selaku ko-pembimbing yang telah memberikan masukan dengan cermat dan teliti dalam proses bimbingan.
9. Bapak Sigit Mulyono, MN dan Ibu Astuti Yuni Nursasi, MN, selaku pembimbing akademik Program Kekhususan Keperawatan Komunitas angkatan V yang selalu memberikan motivasi dan semangat.
10. Ir. Purwanti Susantini, M.Kes yang telah memberikan kesempatan terlibat dalam survey anemia WUS Dinkes Kota Semarang dan memfasilitasi dalam memperoleh data sekunder terkait anemia WUS di Kota Semarang serta inspirasinya.
11. Dinas Kesehatan Kota Semarang, Puskesmas Tlogosari Wetan, Puskesmas Candilama yang telah memberikan izin dan dukungan selama proses penelitian.
12. Responden penelitian di Kota Semarang yang selalu semangat mengikuti proses penelitian dari awal sampai akhir.
13. Rekan-rekan angkatan V Kekhususan Keperawatan Komunitas dengan dukungan dan kebersamaannya dalam suka dan duka, rekan kerja yang selalu memberikan dukungan moril dan semangatnya terkhusus Bu Tuti, Bu Marti, Bu Murti, Nuri, Desi, Eni, Dewi.
14. Seluruh Keluarga: Wahyu suamiku, Fa'iq buah hatiku, orang tuaku, Mbah Putri, yang selalu memberikan do'a dan dukungan moril-materiil dengan ikhlas.
15. Semua pihak yang telah memberikan dukungan pada penyelesaian tesis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga segala dukungan dan kebaikan yang telah diberikan mendapat limpahan rahmat dari Allah SWT yang tiada terhingga.

Depok, Juli 2008

Siti Aisah

DAFTAR ISI

	Hal.
HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN PANITIA PENGUJI SIDANG TESIS.....	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR BAGAN.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	10
D. Manfaat Penelitian.....	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. Perilaku Kesehatan.....	12
1. Gambaran perilaku kesehatan.....	12
a. Pengetahuan kesehatan.....	15
b. Sikap terhadap kesehatan.....	20
c. Praktik Kesehatan.....	24
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan.....	27
B. Anemia Gizi Besi Pada Wanita Usia Subur.....	30
C. Kelompok Sebaya Dan Edukasi.....	38
BAB III KERANGKA KONSEP.....	47
A. Kerangka Konsep.....	47
B. Hipotesis.....	50
C. Definisi Operasional.....	50
BAB IV METODE PENELITIAN.....	55
A. Rancangan Penelitian.....	55
B. Populasi Dan Sampel.....	57
C. Tempat Penelitian.....	61
D. Waktu Penelitian.....	61
E. Etika Penelitian.....	61
F. Alat Pengumpul Data.....	63
1. Instrumen.....	63
2. Uji coba instrumen.....	64

	Hal.
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	67
1. Prosedur administratif.....	67
2. Prosedur teknis.....	68
H. Analisis Data.....	68
1. Pengolahan data.....	68
2. Analisis data.....	69
BAB V HASIL PENELITIAN.....	74
A. Gambaran Karakteristik Responden.....	74
B. Gambaran Pengetahuan, Sikap, Ketrampilan Responden.....	76
C. Uji Kesetaraan Variabel Penelitian.....	77
D. Hubungan Karakteristik Dengan Pengetahuan, Sikap, Ketrampilan.....	78
E. Perbedaan Pengetahuan, Sikap, Ketrampilan WUS.....	81
F. Pengaruh Edukasi Kelompok Sebaya Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Ketrampilan WUS Dalam Pencegahan AGB.....	83
BAB VI PEMBAHASAN.....	89
A. Interpretasi Dan Diskusi Hasil.....	89
1. Hubungan Karakteristik Dengan Pengetahuan, Sikap, Ketrampilan.....	90
2. Perbedaan Pengetahuan, Sikap, Ketrampilan WUS.....	95
3. Pengaruh Edukasi Kelompok Sebaya Terhadap Pengetahuan, Sikap, Ketrampilan WUS Dalam Pencegahan AGB.....	109
B. Keterbatasan Penelitian.....	111
C. Implikasi Keperawatan.....	113
BAB VII SIMPULAN DAN SARAN.....	115
A. Simpulan.....	115
B. Saran.....	117
DAFTAR PUSTAKA	120
LAMPIRAN	

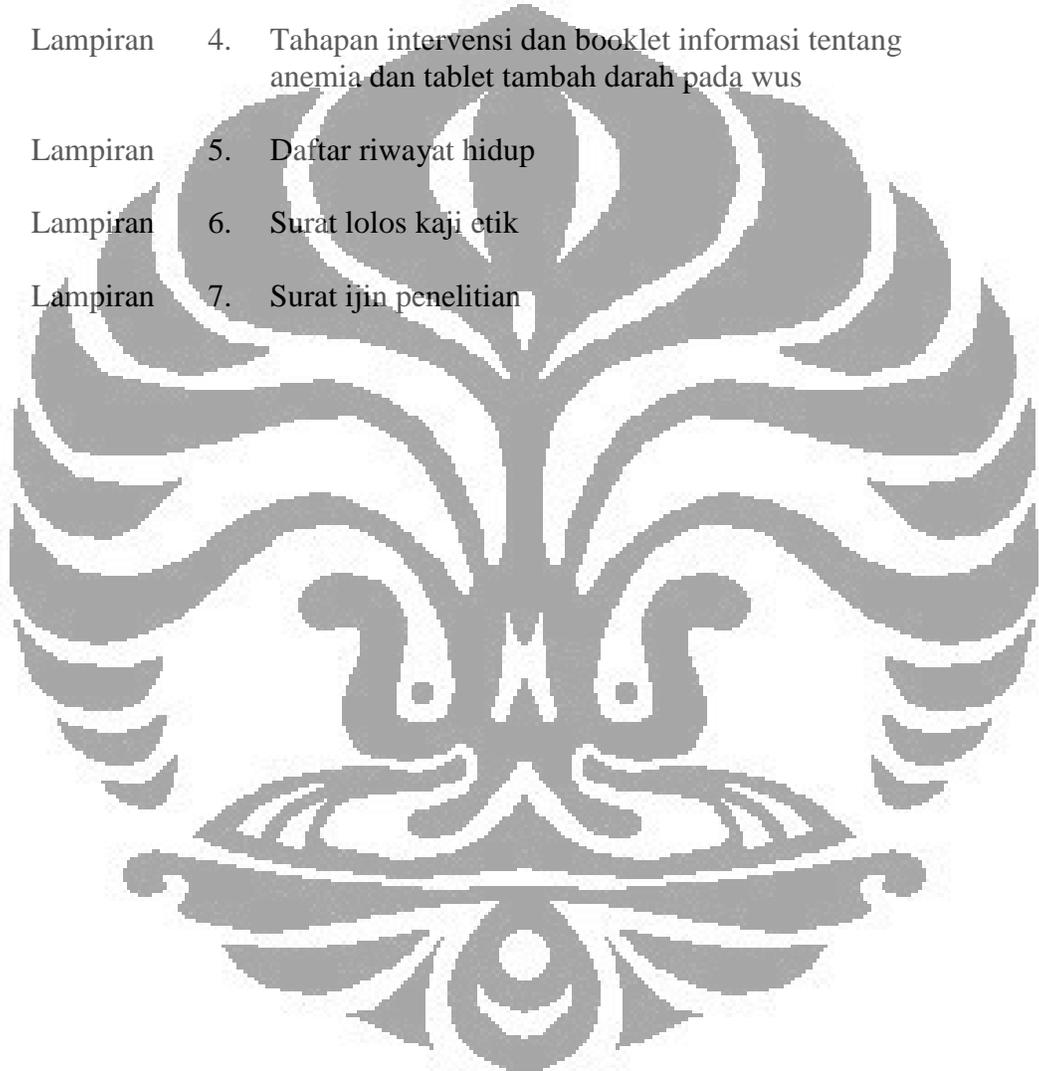
DAFTAR TABEL

		Hal.
Tabel 2.1	Batas ambang kadar hemoglobin (Hb) dan hematocrit (Ht).....	35
Tabel 3.1	Definisi operasional penelitian.....	51
Tabel 4.1	Desain penelitian.....	56
Tabel 5.1	Distribusi responden menurut umur wanita usia subur di Kota Semarang Maret-Juni 2008.....	75
Tabel 5.2	Distribusi frekuensi responden menurut pendidikan wanita usia subur di Kota Semarang Maret-Juni 2008.....	75
Tabel 5.3	Rata-rata pengetahuan, sikap, ketrampilan wanita usia subur sebelum dan setelah intervensi pada kelompok perlakuan dan kontrol di Kota Semarang Maret-Juni 2008.....	76
Tabel 5.4	Analisis uji homogenitas variabel penelitian antara kelompok perlakuan dan kontrol di Kota Semarang Maret 2008.....	78
Tabel 5.5	Analisis hubungan usia dengan pengetahuan, sikap, ketrampilan wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi di Kota Semarang Maret-Juni 2008.....	79
Tabel 5.6	Analisis hubungan pendidikan dengan pengetahuan, sikap, ketrampilan wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi di Kota Semarang Maret-Juni 2008.....	80
Tabel 5.7	Analisis perbedaan rata-rata pengetahuan, sikap, ketrampilan wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi sebelum dan setelah intervensi pada kelompok perlakuan dan kontrol di Kota Semarang Maret-Juni 2008.....	82
Tabel 5.8	Analisis perbedaan rata-rata pengetahuan, sikap, ketrampilan wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi antara kelompok perlakuan dan kontrol di Kota Semarang Maret-Juni 2008.....	83
Tabel 5.9	Perbedaan rata-rata pengetahuan, sikap, ketrampilan wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kontrol setelah intervensi edukasi kelompok sebaya di Kota Semarang Maret-Juni 2008.....	84

	Hal.
Tabel 5.10 Homogenitas pengetahuan, sikap, ketrampilan wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kontrol setelah intervensi edukasi kelompok sebaya di Kota Semarang Maret-Juni 2008.....	85
Tabel 5.11 Pengaruh edukasi kelompok sebaya terhadap pengetahuan, sikap, ketrampilan wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dikontrol umur dan pendidikan di Kota Semarang Maret-Juni 2008.....	86
Tabel 5.12 Perbedaan rata-rata pengetahuan, sikap, ketrampilan wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kontrol setelah intervensi edukasi kelompok sebaya setelah dikontrol variabel umur dan pendidikan di Kota Semarang Maret-Juni 2008.....	86
Tabel 5.13 Homogenitas pengetahuan, sikap, ketrampilan wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kontrol setelah intervensi edukasi kelompok sebaya setelah dikontrol variabel umur dan pendidikan di Kota Semarang Maret-Juni 2008.....	87
Tabel 5.14 Pengaruh edukasi kelompok sebaya terhadap pengetahuan, sikap, ketrampilan wanita usia subur pada kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dikontrol umur dan pendidikan di Kota Semarang Maret-Juni 2008.....	88

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Jadual Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2. Lembar *informed consent*
- Lampiran 3. Kisi-kisi instrumen dan instrumen penelitian
- Lampiran 4. Tahapan intervensi dan booklet informasi tentang anemia dan tablet tambah darah pada wus
- Lampiran 5. Daftar riwayat hidup
- Lampiran 6. Surat lolos kaji etik
- Lampiran 7. Surat ijin penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Faktor utama yang diperlukan dalam pembangunan nasional adalah kualitas sumber daya manusia yang sehat, cerdas dan memiliki fisik yang tangguh serta produktif secara sosial maupun ekonomi. Oleh karena itu faktor gizi memegang peranan penting dalam menciptakan sumber daya manusia berkualitas. Perbaikan gizi diperlukan pada setiap siklus kehidupan manusia sejak masa konsepsi, kehamilan, bayi dan balita, usia sekolah, remaja, dewasa sampai lanjut usia.

Permasalahan gizi di Indonesia masih berkisar antara Kurang Energi Protein (KEP), Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY), Kurang Vitamin A (KVA), dan Anemia Gizi Besi (AGB). Permasalahan gizi tersebut terjadi pada hampir semua tingkat usia dalam siklus kehidupan. Upaya perbaikan gizi di Indonesia secara nasional telah dilaksanakan sejak tiga puluh tahun yang lalu. Upaya tersebut telah berhasil menurunkan keempat masalah gizi utama namun penurunannya dinilai kurang cepat (Azwar, 2004).

Masalah gizi disebabkan oleh banyak faktor yang saling terkait baik secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung dipengaruhi oleh penyakit infeksi dan tidak cukupnya asupan gizi secara kuantitas maupun kualitas, sedangkan secara tidak langsung dipengaruhi oleh jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan, pola asuh gizi kurang memadai, kurang baiknya kondisi sanitasi lingkungan serta rendahnya ketahanan pangan di tingkat rumah tangga (Azwar, 2004; Depkes, 2005). Pokok masalah di masyarakat adalah rendahnya pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan serta tingkat pendapatan masyarakat, sehingga untuk mengatasi masalah gizi diperlukan penanganan faktor-faktor tersebut secara terintegrasi, sinergi dan memerlukan dukungan lintas sektor, masyarakat, LSM dan swasta (Azwar, 2004; Depkes, 2005; Kompas, 2006).

Anemia Gizi Besi (AGB) merupakan salah satu masalah gizi di Indonesia dan merupakan masalah gizi yang paling banyak dijumpai pada kelompok Wanita Usia Subur (WUS). Anemia menduduki urutan ke-4 dari 10 besar kelompok penyakit terbanyak di Indonesia dan juga urutan ke-4 dari 25 jenis penyakit yang diderita oleh kaum perempuan (Depkes, 2006; WHO, 2007). Azwar (2004) sekitar sepertiga WUS menderita anemia gizi besi dan berlanjut pada masa kehamilan. Jenis dan besaran masalah gizi di Indonesia tahun 2001-2003 menunjukkan 3.5 juta WUS menderita AGB (<http://202.155.5.44/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=1100&Itemid=2>, diperoleh 2 Januari 2008). Penanggulangan anemia sampai dengan 2002 masih difokuskan pada ibu hamil, dan dimasa mendatang program perbaikan gizi untuk mengatasi masalah ini tidak hanya diprioritaskan kepada ibu

hamil saja, akan tetapi juga untuk wanita usia subur dalam rangka menekan angka kematian ibu dan meningkatkan produktivitas kerja (Azwar, 2004).

Kelompok WUS rentan terhadap AGB karena beberapa permasalahan yang dialami WUS seperti mengalami menstruasi tiap bulan, mengalami kehamilan, kurang asupan zat besi makanan, infeksi parasit seperti malaria dan kecacingan serta mayoritas WUS menjadi angkatan kerja. Hampir semua daerah di Indonesia, wanita sebagai tulang punggung keluarga, di saat keluarga atau masyarakat miskin dan serba kekurangan, wanitalah yang akan berjuang mengatasi kesulitan keluarganya (WHO, 2007). Kondisi-kondisi inilah yang dapat memperberat AGB pada wanita sehingga tidaklah dipungkiri bahwa WUS sebagai kelompok yang rawan AGB dan membutuhkan perhatian dalam penanganannya. Apabila AGB pada WUS tidak diatasi akan mengakibatkan risiko kematian maternal, risiko kematian prenatal dan perinatal, rendahnya aktivitas dan produktivitas kerja serta meningkatnya morbiditas (Sumarno, 1997; Gillespie, 1998; Almatsier, 2001).

Hasil SKRT tahun 2001, prevalensi AGB pada WUS berkisar 40% (<http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=1100&Itemid=2>, diperoleh 24 Nopember 2007), angka ini masih belum memenuhi target yang diharapkan yaitu menurun 33,3% artinya dari 40% menjadi 26,7% (Depkes, 1996). Sementara masalah sudah lama terjadi dan program penanggulangan AGB pada WUS yang dilakukan oleh pemerintah pun sudah banyak ditempuh, namun hasilnya masih menunjukkan tingginya prevalensi AGB pada kelompok WUS.

Kegiatan menanggulangi anemia gizi besi pada wanita usia subur, masa kehamilan, melahirkan, dan nifas masih menjadi prioritas utama dalam pembangunan sektor kesehatan sebagaimana tercantum dalam program pembangunan nasional (Depkes, 2005). Strategi yang ditempuh salah satunya pemberdayaan kelompok wanita dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan dan perilaku sehat, karena pokok permasalahan AGB di masyarakat disebabkan kurangnya pemberdayaan kelompok wanita dan keluarga, kurang pemanfaatan sumber daya masyarakat, sebagai akibat dari kurangnya pengetahuan dan ketrampilan masyarakat (Depkes, 1996; Azwar, 2004; Depkes, 2005).

Strategi pencegahan dan penanggulangan yang dilakukan pemerintah dalam bentuk komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) yang diarahkan pada sasaran baik secara massal, kelompok, maupun perorangan dan strategi operasional suplementasi tablet besi belum juga menampakkan hasil yang diharapkan (Depkes, 1996). Kegiatan penanggulangan anemia WUS yang dilakukan, utamanya merupakan kegiatan KIE yaitu promosi atau kampanye tentang anemia kepada masyarakat luas, ditunjang dengan kegiatan penyuluhan kelompok serta konseling yang ditujukan secara langsung pada wanita melalui wadah yang sudah ada di masyarakat seperti sekolah, pesantren, tempat kerja (formal atau informal), organisasi dan LSM bidang kepemudaan, kesehatan, keagamaan dan kewanitaan (Depkes, 1996).

Peran perawat komunitas dalam pencegahan AGB tidak terlepas dari peran perawat secara umum pada semua tatanan. Helvie (1998), Allender dan Spradley (2001)

menjelaskan beberapa peran perawat komunitas diantaranya adalah peran sebagai pemberi pelayanan kesehatan (*provider*), pendidik (*educator*), dan konselor (*counselor*). Peran perawat sebagai *provider* dengan memberikan pelayanan keperawatan terhadap individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik secara langsung maupun tidak langsung dengan berbagai permasalahan kesehatan yang ada. Peran perawat sebagai *educator* dengan memberikan edukasi kesehatan kepada individu, keluarga atau kelompok masyarakat yang beresiko dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan. Peran perawat sebagai *counselor* dengan memberikan bimbingan kepada individu, keluarga, atau kelompok masyarakat tentang masalah kesehatan komunitas. Kelompok WUS merupakan salah satu kelompok risiko yang menjadi sasaran dalam keperawatan komunitas dan membutuhkan perhatian terutama dalam hal permasalahan kesehatan yang mungkin terjadi seperti AGB.

Intervensi keperawatan komunitas berfokus pada tiga tingkatan pencegahan yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tertier, dengan salah satu strategi intervensinya adalah pemberdayaan masyarakat (*empowerment*). Menurut Rappaport (1984, dalam Helvie, 1998) pemberdayaan masyarakat adalah sebagai suatu proses dimana individu, organisasi dan masyarakat memperoleh penguasaan atas hidupnya. Definisi tersebut mempunyai makna bahwa masyarakat juga dituntut untuk merubah hidup dan lingkungannya dalam rangka kemandirian. Pemberdayaan masyarakat ini sejalan dengan strategi program pemerintah dalam penanggulangan AGB pada WUS

dengan mendorong pemberdayaan wanita dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan dan perilaku sehat (Depkes, 1996; Azwar, 2004; Depkes, 2005).

Pemberdayaan masyarakat dengan pendekatan kelompok sebaya dalam penanganan AGB pada WUS merupakan langkah yang dapat ditempuh oleh perawat komunitas.

Pencegahan dan penanganan AGB pada WUS dengan strategi kelompok sebaya dirasakan sebagai kebutuhan yang diharapkan dapat memberikan hasil yang optimal, karena di dalam kelompok sebaya dapat berkembang kegiatan edukasi dalam bentuk penyuluhan, *sharing*, dan diskusi serta adanya proses dinamis sebagai kelompok (<http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/pria/profil01-11.html>, diperoleh 16 Januari 2008). Kelompok sebaya sebagai salah satu bentuk dari proses kelompok dimana proses kelompok ini sebagai salah satu bentuk intervensi keperawatan komunitas yang dilakukan bersama-sama dengan masyarakat melalui *social support* dengan kebutuhan dan kondisi yang ada di komunitas (Stanhope & Lancaster, 2004; Hitchcock, et al., 1999).

Model intervensi dengan menggunakan kelompok sebaya untuk meningkatkan aspek pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat khususnya WUS untuk pencegahan AGB menjadi hal yang perlu dikembangkan, mengingat modelnya lebih efektif dan efisien. Hal ini didukung dengan penelitian dan pengabdian masyarakat oleh Herawati (BKKBN Gunung Kidul) kelompok sebaya pasangan usia subur (PUS) peserta KB maupun yang bukan peserta KB dengan pokok pembahasan aspek KB dan kesehatan reproduksi dihasilkan adanya perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku tentang KB dan kesehatan reproduksi (<http://hqweb01.bkkbn>.

go.id/hqweb/pria/profil01-1I.html, diperoleh 16 Januari 2008). Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Denise Kandel pada sekelompok remaja dihasilkan bahwa dalam hal-hal tertentu, kelompok sebaya mempunyai pengaruh yang lebih besar dari pada orang tuanya (<http://psychemate.blogspot.com/2007/12/peer-sociability-pada-remaja.html>, diperoleh 9 Februari 2008). Model kelompok sebaya sebenarnya merupakan model modifikasi dari model bentuk sarasehan dan Diskusi Kelompok Terarah (DKT) yang selama ini sudah berkembang di masyarakat, namun belum dioptimalkan dalam perannya. Kemitraan dengan berbagai pihak dari berbagai tingkatan merupakan kunci dapat berlangsungnya program model ini.

Edukasi sebagai salah satu usaha peningkatan pengetahuan, dimana pengetahuan merupakan salah satu komponen penting dalam penentuan sikap serta perilaku pencegahan dan penanggulangan penyakit seperti AGB. Edukasi kesehatan sebagai salah satu cara pemenuhan hak asasi untuk mendapatkan informasi kesehatan dan pencegahan diri dari berbagai penyakit seperti AGB. Sebagai calon spesialis komunitas, peneliti melihat bahwa komunitas WUS merupakan kelompok yang rawan mengalami AGB dengan berbagai karakteristiknya. Peran perawat sebagai pendidik akan sangat dibutuhkan untuk meningkatkan derajat kesehatan WUS melalui upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan.

Data pelayanan kesehatan pada WUS di Kota Semarang menunjukkan peningkatan jumlah WUS yang menderita AGB, peningkatan kasus ini tahun 2004 dari 23,40% menjadi 25,12% pada tahun 2005, untuk itu perlu adanya upaya pencegahan dan penanganan terhadap permasalahan tersebut supaya tidak semakin meningkat

angkanya (Dinkes Kota Semarang, 2005). Berdasar sumber yang sama, hal tersebut dikarenakan masih minimnya kesadaran masyarakat (WUS) tentang upaya pencegahan terhadap dirinya sendiri oleh sebab kurang terpapar dengan informasi tentang AGB, rendahnya pengetahuan tentang gizi khususnya AGB, perilaku sehat yang belum diterapkan di keluarga, juga faktor penyakit penyerta pada WUS.

Edukasi kesehatan dengan pendekatan kelompok sebaya WUS anggota PKK RT diharapkan dapat membawa dampak keberhasilan untuk upaya pencegahan bertambahnya penderita AGB di kelompok WUS, sehingga penulis tertarik untuk meneliti pengaruh edukasi kelompok sebaya terhadap perubahan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan dalam pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur (WUS) anggota PKK RT di Kota Semarang mengingat WUS mempunyai multi peran yaitu sebagai remaja yang sekolah, calon ibu, ibu, maupun sebagai wanita pekerja.

B. Rumusan Masalah

Anemia gizi besi pada wanita usia subur masih menjadi masalah primadona di Indonesia, ditunjukkan dengan prevalensi yang masih tetap tinggi walaupun program penanggulangan yang dilakukan pemerintah sudah cukup lama dan strategi operasional penanggulangan anemia gizi besi pada kelompok WUS meliputi KIE dan suplementasi. Hasil survey anemia pada WUS yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang Desember 2007 menunjukkan prevalensi anemia WUS sebesar 32.0% (Dinkes Kota Semarang, 2007).

Berdasar hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti pada pertengahan Desember 2007 dengan Kasie Kesga Dinkes Kota Semarang mengatakan bahwa survey prevalensi anemia WUS yang dilakukan tahun 1997 berkisar 30.0% - 30.5%. Upaya program yang sudah dilakukan oleh dinas meliputi pemberian suplementasi tablet besi, promosi kesehatan pada remaja putri, nakerwan, dan WUS dengan kerjasama lintas program dan lintas sektor. Kegiatan promosi kesehatan lebih diutamakan namun dari hasil evaluasi karena keefektifan dan kesinambungannya kurang terjaga sehingga hasil yang diperoleh belum cukup memuaskan karena prevalensi WUS akhir Desember 2007 masih tinggi.

Pemberdayaan masyarakat dalam kegiatan promosi kesehatan anemia masih belum banyak kita temui. Keterlibatan masyarakat sebenarnya sangat dibutuhkan untuk menunjang keberhasilan program penanggulangan anemia demikian juga pada WUS. Kelompok sebaya yang sudah ada di masyarakat kurang diberdayakan dalam upaya penanggulangan anemia WUS. Fenomena ini juga peneliti jumpai di beberapa wilayah Kota Semarang belum optimalnya pemberdayaan kelompok sebaya wanita seperti kelompok dasawisma, kelompok PKK, kelompok pengajian yang ada dalam upaya penanggulangan anemia WUS. Adanya wadah dalam bentuk kelompok sebaya di masyarakat ini dirasa cukup memfasilitasi pelaksanaan program-program pemerintah yang ada, namun untuk program penanggulangan anemia WUS belum dioptimalkan. Berdasar gambaran tersebut, maka peneliti ingin mengetahui: **“Apakah edukasi kelompok sebaya yang ada di masyarakat berpengaruh merubah perilaku pencegahan AGB pada WUS ?”**.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui pengaruh edukasi kelompok sebaya terhadap perubahan perilaku dalam pencegahan AGB pada WUS.

2. Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus pada penelitian ini adalah teridentifikasi:

- a. Gambaran karakteristik (usia, pendidikan) wanita usia subur di Kota Semarang.
- b. Gambaran pengetahuan, sikap, ketrampilan wanita usia subur di Kota Semarang.
- c. Hubungan karakteristik (usia, pendidikan) dengan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan wanita usia subur di Kota Semarang.
- d. Perbedaan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan sebelum dan setelah intervensi edukasi kelompok sebaya wanita usia subur di Kota Semarang.
- e. Perbedaan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.
- f. Pengaruh edukasi kelompok sebaya terhadap pengetahuan, sikap, dan ketrampilan setelah dikontrol oleh karakteristik (usia, pendidikan).

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat aplikatif

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi yang bermanfaat bagi pemerintah, tenaga kesehatan, institusi terkait lainnya untuk:

- a. Memberikan gambaran pengaruh edukasi kelompok sebaya terhadap perubahan perilaku dalam pencegahan AGB pada WUS.
- b. Memberikan penyajian empiris tentang cara-cara yang lebih efektif untuk pencegahan AGB pada WUS.
- c. Bahan pertimbangan dalam menyusun program penanggulangan/ pencegahan AGB pada WUS.
- d. Dijadikan rekomendasi program pelaksanaan komunikasi, informasi, edukasi dalam pencegahan AGB pada WUS.
- e. Bahan pertimbangan dalam menjadikan edukasi kelompok sebaya sebagai salah satu bentuk intervensi alternatif keperawatan yang dapat difempuh.

2. Manfaat keilmuan

Hasil penelitian diharapkan dapat:

- a. Memberikan sumbang saran terhadap khasanah ilmu pengetahuan mengenai peranan edukasi kelompok sebaya dalam upaya pencegahan AGB pada WUS.
- b. Memberikan kontribusi teoritik dan kajian pustaka untuk menambah teori tentang edukasi kelompok sebaya dalam pencegahan AGB pada WUS.
- c. Memberikan informasi untuk penelitian lebih lanjut terkait pencegahan dan penanggulangan AGB pada WUS.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh edukasi kelompok sebaya terhadap perilaku pencegahan Anemia Gizi Besi (AGB) pada Wanita Usia Subur (WUS), sehingga pada bab ini akan diuraikan beberapa teori terkait, diantaranya tentang perilaku kesehatan, AGB pada WUS, serta kelompok sebaya dan edukasi.

A. Perilaku Kesehatan

1. Gambaran perilaku kesehatan

Manusia sebagai makhluk hidup mempunyai kegiatan atau aktivitas yang luas, baik aktivitas yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati. Aktivitas manusia tersebut dikatakan sebagai perwujudan perilaku seseorang. Perilaku akan muncul bila ada dorongan dalam rangka memenuhi kebutuhan yang ada dalam diri manusia. Perilaku manusia biasanya merupakan perbuatan yang selalu ada kelangsungan atau kontinuitas antara satu perbuatan dengan perbuatan berikutnya.

Menurut Skinner (1938, dalam Notoatmodjo, 2005; Notoatmodjo, 2007) perilaku seseorang merupakan respon terhadap stimulus yang ada, dalam hal ini respon

dikatakan sebagai faktor internal dari perilaku dan stimulus sebagai faktor eksternal dari perilaku. Perilaku tersebut dapat berupa perilaku tertutup (*covert behavior*) dan perilaku terbuka (*overt behavior*) (Purwanto, 1999). Perilaku tertutup merupakan perilaku yang belum dapat diamati oleh orang lain, seperti pengetahuan, sikap, perhatian, persepsi, dan perasaan. Bentuk perilaku tertutup yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap. Perilaku terbuka merupakan perilaku yang sudah dapat diamati oleh orang lain, seperti tindakan atau praktek terhadap kesehatan.

Berdasar uraian di atas maka perilaku kesehatan juga sebagai salah satu dari perilaku manusia. Perilaku kesehatan (*healthy behavior*) adalah semua aktivitas atau kegiatan, baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati, yang berhubungan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Edelman & Mandle, 2002; Kozier, et al., 2004). Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan ini mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Becker (1974, dalam Kozier, et al., 2004) mengelompokkan perilaku kesehatan menjadi tiga perilaku, yaitu perilaku sehat (*healthy behavior*), perilaku sakit (*illness behavior*), dan perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*). Perilaku sehat merupakan perilaku atau kegiatan yang berhubungan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan. Perilaku sehat ini merupakan kegiatan yang dilakukan dalam kehidupan sehari-hari yang erat kaitannya dengan kebutuhan fisik dan mental manusia, seperti makan bergizi, olah raga teratur, istirahat cukup, pengendalian stress, dan beribadah (Hitchcock,

et al., 1999). Demikian juga dikemukakan oleh Pender, et al. (2002) bahwa intervensi dalam preventif dan promotif kesehatan terkait perilaku sehat meliputi olah raga (aktifitas fisik), makanan sehat, manajemen stres serta dukungan sosial. Berdasar beberapa pandangan ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa perilaku sehat mencakup kebutuhan fisik maupun mental yang dilakukan sepanjang hidup manusia yang mencerminkan aktifitas pencegahan dan peningkatan kesehatan.

Perilaku sakit sebagai perilaku yang berkaitan dengan tindakan seseorang yang sedang sakit (Becker, 1974, dalam Kozier, et al., 2004). Perilaku sakit merupakan cara seseorang memantau tubuhnya, mendefinisikan dan menginterpretasikan gejala yang dirasakan, melakukan upaya penyembuhan, dan menggunakan sistem pelayanan kesehatan (Mechanic, 1982, dalam Potter & Perry, 2005). Suchman (1979, dalam Kozier et al., 2004; Potter & Perry, 2005) menjelaskan lima tahapan sakit pada seseorang diawali dengan gejala sakit, peran sakit, kontak petugas kesehatan, peran ketergantungan klien, dan pemulihan atau rehabilitasi. Namun demikian tidak semua orang menempuh tahapan tersebut tergantung dari jenis penyakit yang dideritanya. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa perilaku sakit ini sebagai respon seseorang dalam menangani sakit yang dideritanya. Penanganan sakit tiap orang menunjukkan respon yang berbeda-beda, ada yang didiamkan saja, melakukan pengobatan sendiri maupun mencari pengobatan ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Menurut Becker (1974, dalam Kozier, et al., 2004) orang yang sedang sakit memiliki peran yaitu hak dan kewajiban sebagai orang sakit. Parsons (1979, dalam Kozier, et al., 2004) ada empat aspek dari peran sakit, yaitu: klien tidak bertanggung jawab untuk kondisi dirinya, klien dibebaskan dari tugas dan peranan sosialnya, klien berkewajiban mencoba untuk mendapatkan kecepatan dan kemungkinan, serta klien atau keluarga mereka berkewajiban mencari bantuan yang kompeten. Oleh karena itu hak dan kewajiban orang yang sedang sakit adalah sebagai perilaku peran orang sakit, artinya orang tersebut harus mendapatkan hak-haknya selama dalam kondisi sakit dan melakukan kewajibannya sebagai orang yang sedang sakit.

Perilaku merupakan totalitas pemahaman dan aktivitas seseorang sebagai hasil bersama antara faktor internal dan eksternal. Sehingga perilaku mempunyai area yang luas dan kompleks. Bloom (1908, dalam Bastable, 2002, Notoatmodjo, 2007) membagi domain perilaku meliputi pengetahuan, sikap, dan praktik (ketrampilan atau tindakan). Demikian juga perilaku seseorang terhadap kesehatan mencakup tiga domain tersebut yaitu pengetahuan kesehatan, sikap terhadap kesehatan, dan praktik kesehatan. Berikut akan diuraikan masing-masing domain tersebut.

a. Pengetahuan kesehatan

Individu yang sehat adalah individu yang memiliki pengetahuan. Pengetahuan yang dimiliki individu dapat membuka wawasan dalam berbagai permasalahan yang terjadi di lingkungannya. Pengetahuan atau sering disebut kognitif, dapat

diperoleh melalui jalur formal maupun non formal dengan berbagai teknik dalam mendapatkannya serta adanya keterlibatan indra yang dimiliki oleh manusia. Pengetahuan pada dasarnya merupakan hal yang sangat pribadi, sifatnya kontekstual dan berasal dari pengalaman pribadi, penafsiran makna, dan relevansi yang dirasakan oleh individu (Nelms, 1991, dalam Obermann & Reilly, 2002). Menurut Notoatmodjo (2005), pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui inderanya yang dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkatan yang berbeda. Bloom (1975, dalam Winkel, 1996; Notoatmodjo, 2007) membagi 6 tingkatan pengetahuan yaitu: tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*sinthesis*), dan evaluasi (*evaluation*). Suciati (2005) berpendapat pengetahuan berorientasi kepada kemampuan berpikir mencakup kemampuan intelektual yang lebih sederhana sampai dengan kemampuan memecahkan masalah. Berikut akan diuraikan masing-masing tingkatan pengetahuan berdasar Bloom tersebut.

1). Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu objek atau materi yang telah dipelajari sebelumnya dan disimpan dalam ingatan. Tahu sifatnya mengingat kembali (*recall*) atau mengenal kembali (*regocnition*) sesuatu yang khusus dari keseluruhan yang dipelajari. Tahu merupakan tingkatan yang paling rendah dari pengetahuan.

2). Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan menjelaskan dan menginterpretasikan dengan benar objek/ materi yang diketahuinya. Dijelaskan juga oleh Winkel (1996) sebagai kemampuan menangkap makna dan arti dari materi yang dipelajari. Seseorang yang telah paham terhadap objek/ materi harus dapat menjelaskan kembali terhadap objek/ materi yang dipelajari.

3). Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan menggunakan/ menerapkan objek/ materi yang telah dipelajari pada kondisi sebenarnya. Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai penerapan dalam metode atau kaidah, prinsip, dan sebagainya dalam situasi yang lain.

4). Analisis (*analysis*)

Merupakan kemampuan menjabarkan dan/ atau memisahkan objek/ materi kemudian mencari kaitan antar komponennya. Dikatakan pengetahuan seseorang sudah sampai tahap analisis apabila seseorang tersebut telah mampu membedakan, memisahkan, mengelompokkan pengetahuan atas objek/ materi tersebut.

5). Sintesis (*synthesis*)

Merupakan kemampuan merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan logis dari bagian-bagian pengetahuan yang dimiliki. Dalam sintesis ada kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi yang telah ada.

6). Evaluasi (*evaluation*).

Merupakan kemampuan melakukan penilaian terhadap suatu objek materi. Penilaian biasanya didasarkan atas kriteria yang disusun sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

Berdasar uraian di atas dapat disimpulkan bahwa tiap individu memiliki pencapaian tingkatan kognitif yang berbeda-beda tergantung dari kedalaman perhatian dan persepsi individu terhadap objek atau materi. Tingkatan pengetahuan yang ada menggambarkan suatu tahapan seperti anak tangga atau hierarki, dari mulai level paling rendah (tahu) sampai dengan level yang paling tinggi (evaluasi). Dengan demikian dapat dikatakan level pengetahuan yang tinggi dapat dicapai hanya apabila tujuan pada level yang lebih rendah telah dikuasai.

Aplikasinya, dalam konteks ini WUS akan melakukan pencegahan AGB bila sudah mengetahui dan memahami manfaat pencegahan AGB. Kemudian WUS akan menganalisis dan mensintesis apakah pencegahan AGB akan memberikan pengaruh bagi diri dan keluarganya, yang pada akhirnya WUS akan mengevaluasi apakah pencegahan AGB yang telah dilakukan sangat bermanfaat atau tidak.

Pengetahuan yang dimiliki individu banyak macamnya, salah satu dari pengetahuan tersebut adalah pengetahuan tentang kesehatan (*health knowledge*). Notoatmodjo (2005) mengatakan pengetahuan kesehatan mencakup apa saja

yang diketahui individu terhadap cara-cara dalam pemeliharaan kesehatan, meliputi: pengetahuan tentang penyakit menular dan tidak menular; pengetahuan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan; pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan; dan pengetahuan untuk menghindari kecelakaan.

Penelitian Mulyawati (2003) menghasilkan pengetahuan tentang gizi dari 56 responden yang menderita anemia 53 responden mempunyai pengetahuan tentang gizinya kurang, bila dibandingkan dengan hasil pola makan responden ternyata pada umumnya baik (35 responden) dan cukup 21 responden. Penelitian terkait pengetahuan kesehatan juga dilakukan oleh Tafal (2003) tentang kesehatan reproduksi remaja diperoleh hasil pengetahuan dasar responden tentang kesehatan reproduksi tidak memadai yaitu tingkat pengetahuan yang rendah disebabkan sumber informasi utama tentang pengetahuan dasar kesehatan reproduksi adalah teman (52,67%) yang tidak mempunyai pengetahuan yang baik dan cukup tentang kesehatan reproduksi.

Pencapaian pengetahuan yang dimiliki seseorang dapat diketahui dengan melakukan pengukuran pengetahuan. Menurut Notoatmodjo (2005) pengukuran pengetahuan kesehatan tersebut dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan langsung (wawancara), pertanyaan tertulis (angket). Indikator yang digunakan adalah "tingginya pengetahuan" responden tentang kesehatan, atau besarnya persentase kelompok responden atau masyarakat tentang variabel-variabel kesehatan. Dalam hal ini berapa persen responden (WUS) yang tahu tentang pencegahan anemia gizi besi (AGB) atau berapa persen WUS yang memiliki pengetahuan tinggi tentang pencegahan AGB.

Ahli lain Khomsan (2000) mengatakan, pengukuran pengetahuan kesehatan khususnya tentang gizi dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen berbentuk pertanyaan pilihan ganda (*multiple choice test*), pertanyaan pilihan benar-salah (B-S), menjodohkan (*matching exercise*), dan pertanyaan *essay*. Masing-masing model tersebut mempunyai kelebihan dan kelemahan sehingga perlu disadari bahwa tidak ada bentuk tes yang sempurna untuk mengukur pengetahuan kesehatan khususnya tentang gizi.

b. Sikap terhadap kesehatan

Globalisasi yang dipacu oleh teknologi komunikasi telah menyentuh hampir semua bidang kehidupan manusia. Pada satu sisi, adalah sikap atau afektif manusia terbentuk dan berubah oleh dampak modernisasi komunikasi dan pada gilirannya sikap itu sendiri berpengaruh pada aspek kehidupan sosial.

Pemahaman tentang mekanisme perubahan dan perubahan sikap sangat diperlukan karena sebagai manusia kadang-kadang kita berperan sebagai agen perubahan dan kadang sebagai subjek perubahan. Suatu waktu mungkin kita yang menginginkan orang lain agar mengubah sikap dan di lain waktu mungkin kita perlu mempertahankan sikap kita dari usaha-usaha yang mengubahnya.

Sikap manusia atau sering disebut sikap (*attitude*), telah banyak ahli mendefinisikan dalam berbagai versi. Sikap menurut ahli psikologi adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap tersebut dapat berupa perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) atau perasaan tidak mendukung atau tidak

memihak (*unfavorable*) pada suatu objek dengan kata lain respon tertutup terhadap stimulus atau objek dengan melibatkan faktor pendapat dan emosi (Berkowitz, 1972 dalam Azwar, 2005). Formulasi sikap dapat berupa derajat afek positif atau derajat afek negatif terhadap suatu objek (Edwards, 1957 dalam Azwar, 2005). Sikap menurut Purwanto (1999); Allport (1935, dalam Azwar, 2005), merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respon. Sementara Suciati (2005), menegaskan bawa sikap atau afektif sangat berkaitan dengan perasaan, emosi, sistem nilai, dan sikap hati (*attitude*) yang menunjukkan penerimaan atau penolakan terhadap sesuatu.

Sikap yang dimiliki klien atau individu merupakan kerangka kerja awal untuk membantu klien menemukan cara yang sehat dalam rangka memenuhi kebutuhannya (Rawlins, Williams, Beck, 1993 dalam Kozier, 2004; Potter & Perry, 2005). Hal ini mempunyai makna bahwa klien sebagai orang yang paling tahu atas kondisi kesehatannya akan berperan aktif dalam upaya meningkatkan kesehatan, dimana klien terlibat dalam menentukan intervensi yang tepat (Rawlins, Williams, Beck, 1993 dalam Kozier, 2004; Potter & Perry, 2005). Keterlibatan klien dalam menentukan intervensi ini merupakan bentuk kemitraan antara perawat klien.

Pengertian yang sudah dijelaskan di atas menunjukkan bahwa perubahan sikap tidak dapat langsung dilihat, tapi dapat ditafsirkan lebih dulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata merupakan kesesuaian reaksi emosional terhadap

stimulus. Sikap terhadap stimulus tersebut dapat mendukung (afek positif) atau tidak mendukung (afek negatif).

Komponen sikap menurut Allport, Mann, Middlebrook (1935, 1969, 1974, dalam Azwar, 2005) ada tiga yaitu: 1). Komponen kognitif, berupa kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek. Komponen ini sering disebut juga dengan pandangan terutama bila menyangkut masalah isu atau problem kontroversial. Berdasar komponen ini bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran wanita usia subur (WUS) terhadap penyakit anemia gizi besi (AGB); 2). Komponen afektif, menyangkut kehidupan emosional atau evaluasi terhadap objek. Aspek emosional inilah yang berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin akan mengubah sikap seseorang. Berdasar komponen ini, bagaimana WUS menilai penyakit AGB apakah penyakit biasa saja atau penyakit yang mempunyai dampak berbahaya terhadap kelompok ini; 3). Komponen konatif, merupakan kecenderungan untuk bertindak atau bereaksi (*tend to behave*) terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu. Berdasar komponen ini apa yang dilakukan oleh WUS bila dirinya menderita AGB.

Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama akan membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting WUS terhadap penyakit AGB. Seorang WUS pernah mendengar (tahu) tentang penyakit AGB (penyebab, gejala, cara pencegahan, dan sebagainya). Pengetahuan tersebut akan

membawa WUS untuk berpikir dan berusaha supaya dirinya atau bahkan keluarganya tidak menderita AGB. Berpikir inilah komponen keyakinan dan emosi turut bekerja, sehingga WUS tersebut berniat (kecenderungan bertindak atau konatif) untuk melakukan pencegahan supaya tidak menderita AGB, sehingga WUS ini mempunyai sikap tertentu (berniat untuk melakukan pencegahan AGB) terhadap objek tertentu yaitu penyakit AGB.

Krathwohl, Bloom, dan Masia (1964, dalam Suciati, 2005) menggambarkan proses seseorang dalam mengenali dan mengadopsi suatu nilai dan sikap tertentu yang menjadi pedoman dalam bertingkah laku. Sikap seseorang terhadap suatu objek mempunyai empat tingkatan berdasar intensitasnya yaitu menerima (*receiving*), menanggapi (*responding*), menghargai (*valuing*), dan bertanggung jawab (*responsible*). Kaitannya dalam hal ini adalah WUS menunjukkan sikap menerima dan merespon tentang pencegahan AGB. Apabila WUS ditanya tentang AGB akan memberikan jawaban positif sehingga sikapnya juga positif bahwa pencegahan AGB sangat penting untuk kesehatannya. Kemudian pencegahan AGB pada WUS akan dihargai karena telah membawa manfaat bagi kesehatan dan pada akhirnya WUS akan bertanggung jawab terhadap perilakunya.

Sikap akan terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami individu. Adanya hubungan saling mempengaruhi dan saling timbal balik turut mempengaruhi pola perilaku seseorang. Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap meliputi pengalaman pribadi, kebudayaan, orang yang berpengaruh, media massa,

institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu dan juga karakteristik-karakteristik yang dimiliki individu (Purwanto, 1999; Middlebrook, 1974, dalam Azwar, 2005; Notoatmodjo, 2007).

Sikap terhadap kesehatan adalah pendapat atau penilaian seseorang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, meliputi: sikap terhadap penyakit menular dan tidak menular; sikap terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan; sikap tentang fasilitas pelayanan kesehatan; dan sikap untuk menghindari kecelakaan (Notoatmodjo, 2003, 2005). Penelitian tentang sikap kesehatan reproduksi remaja, dihasilkan sebagian besar responden bersikap tidak setuju dilakukannya aborsi karena dianggap sebagai tindakan yang sangat berdosa karena tidak sesuai dengan ajaran agama dan tidak berperikemanusiaan (60,52%). Hal ini didukung dengan temuan lain, yaitu 63,44% responden (dari 227 orang responden yang telah melakukan hubungan seksual) menjawab akan meneruskan kehamilan dan menikah. Akan tetapi, sebanyak 23,79% (dari n=227) justru memilih untuk melakukan aborsi. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun mereka tidak setuju terhadap tindakan aborsi, namun kebutuhan terhadap hal tersebut secara riil ada, terutama jika seseorang dihadapkan pada kehamilan yang tidak dikehendaki (Tafal, 2003).

c. Praktik kesehatan

Komponen dari perilaku kesehatan yang ketiga adalah psikomotor atau lebih sering dikatakan sebagai tindakan, ketrampilan atau praktik kesehatan. Praktik kesehatan ini sebagai faktor lain yang mendukung terwujudnya suatu

pengetahuan dan sikap seseorang (Notoatmodjo, 2005). Faktor lain ini bisa berupa sarana atau prasarana yang dibutuhkan untuk mewujudkan pengetahuan dan sikap seseorang terhadap kesehatan. Lebih lanjut dikatakan oleh Harrow, (1972) dalam Suciati (2005), perilaku psikomotor lebih menekankan pada ketrampilan neuromuskuler yaitu ketrampilan yang berkaitan dengan gerakan otot. Hal ini dikuatkan oleh Obermann dan Reilly (2002) ketrampilan merupakan konsep penting yang mengacu kemampuan untuk melakukan pergerakan otot atau tubuh yang diperlukan untuk tindakan efisien dan efektif.

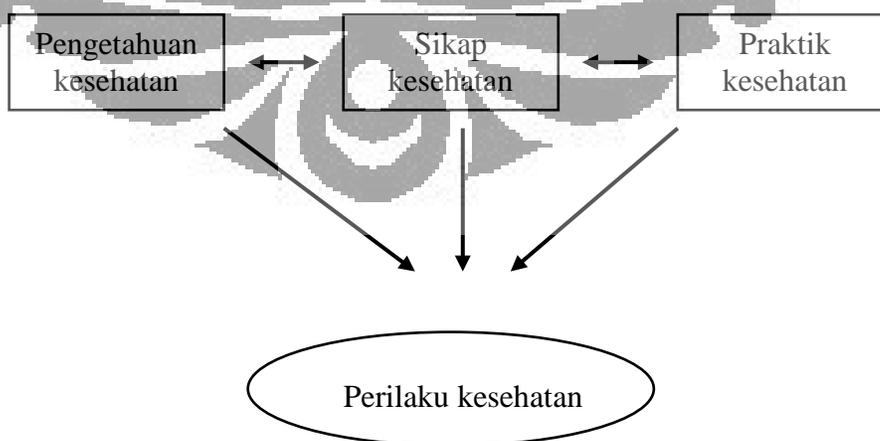
Berdasar beberapa pandangan tersebut dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan psikomotor adalah suatu tindakan, ketrampilan, praktik seseorang sebagai pendukung terwujudnya pengetahuan dan sikap yang dimiliki seseorang, dalam konteks ini adalah praktik seseorang yang berkaitan dengan kesehatan. Sebagai contoh, seorang WUS tahu (pengetahuan) bahwa minum suplemen tablet tambah darah (TTD) adalah penting untuk mencegah AGB dan sudah ada niat (sikap) untuk melakukannya. Supaya pengetahuan dan sikap WUS ini meningkat tidak hanya sekedar tahu dan niat saja, maka diperlukan fasilitas yang menyediakan TTD dan mudah dijangkau seperti Puskesmas.

Praktik kesehatan berdasar kualitasnya meliputi praktik terpimpin, praktek secara mekanisme, dan adopsi. Kaitannya dengan praktik pencegahan AGB pada WUS adalah untuk dapat melakukan tindakan pencegahan tersebut WUS harus telah mempersepsikan bahwa pencegahan AGB sangat penting sehingga mendorong WUS untuk melakukan pencegahan AGB. Tindakan pencegahan tersebut dapat

diawali dengan kebiasaan sehari-hari seperti pola makan tinggi protein hewani, konsumsi sayuran hijau tua, konsumsi makanan yang mengandung vitamin C dan sebagainya. Kemudian mekanisme artinya WUS dalam melaksanakan pencegahan AGB sudah menjadi kebiasaan tanpa paksaan atau tekanan dari pihak manapun yang pada akhirnya WUS telah mampu mengadopsi perilaku pencegahan AGB secara berkualitas dalam kehidupannya.

Berdasar uraian tentang tiga komponen perilaku yang mendukung kesehatan yaitu pengetahuan, sikap dan praktik kesehatan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa antara pengetahuan, sikap, dan praktik kesehatan sangat terkait dan saling mendukung satu sama lainnya. Pengetahuan seseorang terhadap kesehatan merupakan dasar dari sikapnya terhadap kesehatan, dimana keduanya akan dikuatkan dengan suatu tindakan nyata dalam bentuk praktik atau tindakan kesehatan yang pada akhirnya terwujud perilaku kesehatan (bagan 2.1).

Bagan 2.1
Keterkaitan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Kesehatan
dalam Perilaku Kesehatan



2. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan

Telah diuraikan di atas bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor internal maupun faktor eksternal. Peningkatan kesehatan mencakup berbagai perilaku yang membantu mencegah terjadinya penyakit dan melindungi kesehatan. Menurut Green (1980, dalam Green dan Kreuter, 2000; O'Conner dan Parker, 2001; McMurray, 2003) terdapat tiga faktor yang mempengaruhi perilaku individu maupun kelompok. Faktor-faktor tersebut adalah faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*), faktor tersebut didukung juga oleh Smith, Danis, dan Helmick (1998, dalam Ervin, 2002).

Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku. Termasuk dalam faktor predisposisi adalah pengetahuan, kepercayaan, persepsi, nilai, sikap, dan keyakinan. Apabila seseorang atau kelompok sudah memiliki pengetahuan dan sikap terhadap kesehatan maka akan mempermudah terbentuknya perilaku kesehatan seseorang atau kelompok. Hal ini didukung oleh pendapat Bastable (2002) bahwa perilaku kesehatan sangat dipengaruhi oleh faktor predisposisi.

Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) merupakan faktor yang memungkinkan individu berperilaku karena ketersediaan dan keterjangkauan sumber-sumber kesehatan, rujukan, dan ketrampilan. Faktor tersebut berkaitan dengan sarana prasarana atau fasilitas kesehatan yang mendukung terjadinya

perilaku seseorang atau kelompok, misalnya Puskesmas, Posyandu, dan ketersediaan tenaga kesehatan. Pengetahuan dan sikap saja belum menjamin terwujudnya perilaku, sehingga dibutuhkan sarana prasarana kesehatan untuk mendukung terbentuknya perilaku.

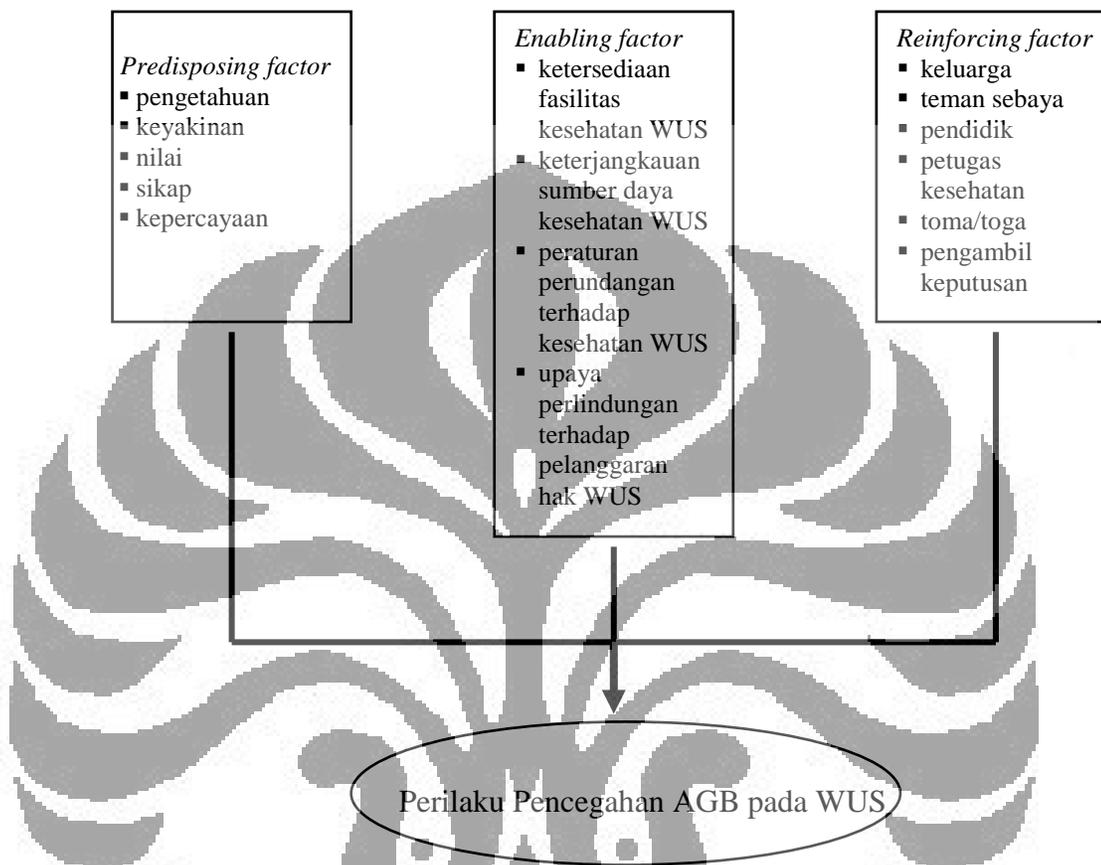
Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) merupakan faktor yang menguatkan perilaku. Pengetahuan, sikap, dan fasilitas yang tersedia belum menjamin terbentuknya perilaku seseorang atau kelompok, sehingga faktor penguat dibutuhkan. Termasuk dalam faktor penguat adalah pengaruh keluarga, teman sebaya (*peers*), pendidik/ guru, tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), dan pengambil kebijakan/ pejabat pemerintah setempat.

Penelitian terkait faktor risiko perilaku sekarang ini yang sedang diselenggarakan dalam *psychoneuroimmunology* (Friedman, Thomas, Klein dan Friedman, 1996, dalam Hitchcock, et al., 1999), suatu bidang baru yang memusatkan pada pembuatan *neurotransmitters* otak yaitu endorphins dan enkephalins. Studi sudah menunjukkan hormon otak ini meningkatkan perilaku tertentu seperti tertawa, melakukan, meditasi, serta memeluk dan hormon yang ditingkatkan dapat merasakan kesejahteraan, kesehatan dan damai (Hardman, Limbrid, Molinoff, Kemudi, & Goodman-Gilman, 1996, dalam Hitchcock, et al., 1999). Hasil temuan berpotensi untuk aplikasi pada promosi kesehatan dan penyembuhan penyakit.

Berdasar uraian faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku di atas dapat disimpulkan bahwa masing-masing faktor saling terkait dan saling mendukung. Pengetahuan dan sikap seseorang atau masyarakat tidak akan terwujud perilaku tanpa didukung ketrampilan (praktek) dan adanya fasilitas atau sarana prasarana serta dukungan dari toma, toga dan pejabat pemerintah. Dengan demikian kesadaran seseorang atau masyarakat akan kesehatan diharapkan bisa menciptakan situasi masyarakat yang melek kesehatan (*health literacy*). Perilaku yang diharapkan tidak terbatas pada peningkatan pengetahuan tentang kesehatan, namun menciptakan sikap positif tentang kesehatan dan akhirnya dilakukan atau dipraktikkan sehingga menjadi masyarakat yang berperilaku hidup sehat (*healthy life style*). Hubungan ketiga faktor yang mempengaruhi perilaku bila dikaitkan dengan perilaku pencegahan AGB pada WUS dapat dilihat pada bagan 2.2.



Bagan 2.2
Faktor-Faktor yang Mempengaruhi
Perilaku Pencegahan AGB pada WUS



B. Anemia Gizi Besi (AGB) Pada Wanita Usia Subur (WUS)

Anemia gizi adalah anemia yang disebabkan oleh kurangnya asupan zat gizi tertentu yaitu zat besi, protein, vitamin B₁₂, asam folat, dan lain-lain. Anemia gizi di Indonesia sebagian besar disebabkan karena kekurangan zat besi (Fe) sehingga disebut Anemia Gizi Besi/ AGB (Depkes, 1995; Carlson, et al., 1996; <http://www.gizi.net/anemia/Pedoman%20Anemia%20Gizi.doc>). Wanita usia subur (WUS) adalah wanita pada masa atau periode dimana dapat mengalami proses reproduksi, ditandai masih mengalami menstruasi dan berumur 15-45 tahun (<http://www.gizi.net/anemia/Pedoman%20Anemia%20Gizi.doc>).

Anemia gizi besi (AGB) lebih banyak terjadi pada wanita usia subur (WUS) karena kehilangan darah sewaktu menstruasi dan peningkatan kebutuhan besi selama hamil (Price, 1995; Carlson, et al., 1996). WUS mengalami kehilangan besi 20-40 mg tiap bulannya melalui darah menstruasi; penggunaan IUD juga sebagai penyebab lain dari AGB pada WUS (Carlson, et al., 1996). Oleh karena itu kehilangan darah melalui menstruasi dapat meningkatkan kebutuhan besi tubuh pada WUS.

AGB juga merupakan masalah pada WUS dengan kehamilan sehingga dibutuhkan suplementasi besi yang diindikasikan untuk pertumbuhan optimum dan mendukung struktur janin (Edelman & Mandle, 2002). Penelitian menunjukkan, sekitar 89% wanita mengkonsumsi zat besi kurang dari jumlah yang dianjurkan dalam sehari yaitu 14-26 mg (Almatsier, 2001; <http://www.tabloidnova.com/articles.asp?id=2392>). Penderita AGB sering menunjukkan tanda gejala letih, lesu, lemah, lelah, lalai (S L) serta pucat pada kelopak mata, bibir, kuku, dan telapak tangan (Carlson, et al., 1996; Depkes, 1999). Bila dilakukan pemeriksaan Hb maka penderita AGB menunjukkan nilai Hb kurang dari normal, dimana normal Hb wanita dewasa adalah 12-16 g/dl (Supriasa, et al., 2002).

Besi penting untuk memproduksi hemoglobin, yang berfungsi mengantar oksigen dari paru-paru ke jaringan, untuk diekskresikan ke dalam udara pernapasan, transport elektron di dalam sel dan dalam sintesis dari enzim, besi dibutuhkan oksigen untuk produksi energi seluler (Price, 1995; Hoffbrand & Pettit, 1996; Carlson, et al., 1996; Gillespie, 1998; Robbins, et al., 1999; Despopoulos & Silbernagl, 2000). Jumlah zat besi di dalam tubuh terutama diatur oleh penyerapan yang bervariasi. Apabila

simpanan zat besi dalam tubuh kurang maka penyerapan besi akan meningkat. Mekanisme kompensasi homeostatik ini merupakan proteksi terhadap kemungkinan berkembangnya kurang besi karena konsumsi makanan yang kurang mengandung zat besi. Kemungkinan kurangnya zat besi karena rendahnya zat besi dalam makanan, infestasi parasit dan menstruasi pada wanita (Suhardjo, 1992; Price, 1995; Carlson, et al., 1996; Despopoulos & Silbernagl, 2000).

Gibson (1990) menyebutkan ada 3 tingkatan di dalam anemia defisiensi besi, yaitu:

- 1). Hilangnya zat besi (*iron depletion*), tahap ini ditandai dengan pengurangan jumlah cadangan besi pada hepar. Pada tahap ini tingkat transport besi dan hemoglobin normal, tetapi cadangan besi hilang yang ditandai dengan rendahnya serum ferritin.
- 2). Erythropoiesis defisiensi besi (*iron deficient erythropoiesis*), tahap ini ditandai dengan suplai besi dalam plasma pada sel erythropoiesis turun dan terjadi turunnya saturasi transferrin.
- 3). Anemia defisiensi besi (*iron deficiency anemia*), tahap ini disebabkan cadangan besi habis dan terjadi penurunan sirkulasi besi, yang ditandai dengan pengaruh konsentrasi hemoglobin di dalam sel darah merah (Robbins, et al., 1999; Despopoulos & Silbernagl, 2000; Almatier, 2001).

Faktor penyebab defisiensi besi karena:

- 1). Konsumsi sumber zat besi berasal dari makanan yang tingkat absorpsinya rendah dan adanya inhibitor atau penghambat absorpsi.
- 2). Intake makanan sumber zat besi kurang.
- 3). Meningkatnya kebutuhan tubuh akan zat besi misalnya pada kondisi kehamilan, dan saat pertumbuhan.
- 4). Kehilangan darah, misalnya menstruasi, adanya parasit dalam tubuh misal kecacingan dan malaria (Price, 1995; Depkes, 1996; Carlson, et al., 1996; Robbins,

et al., 1999; Almour, et al., 2005). Selain faktor tersebut, faktor lain yang diduga berpengaruh adalah keadaan sosial ekonomi dan geografi. Hasil penelitian Ernawati (2003), faktor-faktor yang mempengaruhi status AGB pada WUS antara lain adalah umur WUS, tingkat pendidikan, mengurus rumah tangga (pekerjaan) dan pengeluaran untuk makanan perbulan (<http://digilib.unikom.ac.id/go.php?id=jkpkbppk-gdl-res-2003-fitrah-885anemia>).

Status besi tergantung keseimbangan besi dari konsumsi dan ekskresinya pada waktu yang lama, konsumsi zat besi dapat berasal dari makanan atau melalui fortifikasi atau suplementasi. Ketidakseimbangan besi dipengaruhi oleh hilangnya besi melalui mukosa usus yaitu adanya kecacingan dan *schistosomiasis*, *gastrointestinal bleeding*, hemoroid, diare, dan juga kehilangan darah yang lain seperti menstruasi (Hoffbrand & Pettit, 1996; Carlson, 1996; Howston, et al., 1998; Robbins, et al., 1999).

Anemia besi diperberat dengan adanya infestasi parasit seperti cacing tambang pada daerah tertentu. Cacing tambang menempel pada dinding usus dan memakan darah. Akibat dari gigitan tersebut sebagian darah hilang dan diekskresikan tubuh bersama dengan tinja (Husaini, et al., 1998). Stoltzfus, et al. (1997) mengatakan bahwa kecacingan merupakan penyebab kehilangan darah (*blood loss*) dan secara epidemiologi terbukti ada hubungan antara infestasi cacing dengan kadar hemoglobin, oleh karena itu program pemberian obat cacing dapat berdampak pada penurunan defisiensi besi dalam waktu yang relatif pendek. Pada daerah endemis cacing, program pemberian obat cacing dapat memperbaiki status besi dan mencegah

anemia, tetapi dibutuhkan program pemberian obat cacing tersebut minimal 2 tahun (Depkes, 1996; Stoltzfus, et al., 1997).

Akibat defisiensi besi adalah adanya risiko kematian maternal, pertumbuhan terhambat, terjadi resiko kematian prenatal dan perinatal, terhambatnya perkembangan mental, gagal tumbuh, rendahnya aktivitas dan produktifitas serta meningkatnya morbiditas (Gillespie, 1998). Penelitian Ernawati (2003) mengatakan dampak AGB pada WUS diketahui menurunkan produktifitas kerja. Menurut Depkes (2005) AGB pada WUS dapat menurunkan produktivitas kerja sekitar 20-30%. Almatsier (2001) menjelaskan, menurunnya produktivitas kerja pada kekurangan zat besi dapat disebabkan oleh dua hal yaitu: berkurangnya enzim-enzim mengandung besi dimana besi sebagai kofaktor enzim-enzim yang terlibat dalam metablisme energi dan menurunnya Hb darah berakibat metablisme energi di dalam otot terganggu sehingga terjadi penumpukan asam laktat yang menyebabkan rasa lelah. Selain hal tersebut penurunan produktifitas kerja ini karena adanya penurunan kekebalan tubuh sebagai salah satu dampak AGB. Hasil penelitian imunologi menunjukkan adanya penurunan kekebalan tubuh seperti umumnya jumlah *T-lymphocyte*, kelainan pada *cell-mediated* dan kekurangan *gramilocyte myeloperoxidase*, yang mengakibatkan kemampuan tubuh membunuh bakteri menjadi rendah (Almatsier, 2001). Hasil penelitian konsekuensi fungsional ini, memberikan petunjuk bahwa kualitas sumber daya manusia menjadi rendah jika dijumpai banyak penduduk yang menderita anemia gizi besi. Kondisi ini akan memberikan implikasi lebih lanjut terhadap perkembangan sosial, ekonomi, produktifitas dan pembangunan pada umumnya.

Ukuran anemia dengan mengukur kadar hemoglobin (Hb) dan hematocrit (Ht) (Gillespie, 1998). Batas ambang nilai hemoglobin dan hematocrit berdasar kelompok umur dan jenis kelamin adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1.
Batas Ambang Kadar Hemoglobin (Hb) dan Hematocrit (Ht)

Kelompok umur & Jenis kelamin (status physiologis)	Hb (g/dl)	Ht (%)
6 bulan - 5 tahun	11.0	33.0
5 tahun - 12 tahun	11.5	34.0
12 tahun - 13 tahun	12.0	36.0
Laki-laki dewasa	13.0	39.0
Perempuan dewasa:		
Tidak hamil	12.0	36.0
Hamil	11.0	33.0

Sumber: WHO (1968), WHO/ UNICEF/ UNU (1996), dalam Gillespie (1998).

Zat besi sebagai salah satu elemen penting dalam metabolisme tubuh, terutama dalam pembentukan sel darah merah (eritropoesis). Selain itu juga terlibat dalam berbagai proses di dalam sel (intraseluler) pada semua jaringan tubuh. Mitokondria mengandung suatu sistem pengangkutan elektron dari substrat dalam sel, O_2 bersamaan dengan pembentukan ATP. Dalam sistem ini turut serta sejumlah komponen besi yang memindahkan atom. Kegagalan sistem ini dapat terjadi bila pemasukan (suplai) O_2 ke jaringan kurang dan mengakibatkan produksi energi berkurang. Dalam proses pembentukan energi ini terlibat enzim cytochrome (Tambunan, et al., 1990; Hoffbrand & Pettit, 1996). Konsekuensi fungsional dari

adanya masalah AGB pada WUS adalah risiko kematian maternal, terjadi risiko kematian prenatal dan perinatal, rendahnya aktivitas dan produktifitas kerja serta meningkatnya morbiditas (Sumarno, 1997; Gillespie, 1998; Almatsier, 2001).

Strategi operasional penanggulangan anemia gizi besi pada kelompok WUS meliputi komunikasi, informasi, edukasi (KIE) dan suplementasi (Depkes, 1996; <http://www.gizi.net/anemia/Pedoman%20Anemia%20Gizi.doc>). KIE terhadap kelompok WUS dilakukan secara kelompok melalui perusahaan/ tempat bekerja oleh petugas kesehatan dengan terintegrasi pada strategi penanggulangan pada tenaga kerja wanita (Nakerwan), secara massal melalui sekolah oleh guru; secara perorangan oleh kader melalui PKK, dasawisma atau ketika akan menikah oleh petugas agama. Pesan KIE disesuaikan dengan fungsi WUS pada waktu disuluh, mengingat WUS mempunyai multi peran, yaitu sebagai remaja yang sekolah, calon ibu, ibu dan wanita pekerja.

Kelompok WUS pengguna KB pil suplementasi zat besi akan dilakukan secara tidak langsung yaitu dengan mengisi pil placebo pada pil KB dengan pil yang mengandung 60 mg unsur besi dan 0,25 mg asam folat yang dimasukkan dalam satu kemasan disertai dengan brosur penggunaan dan manfaatnya. Sedangkan untuk pengguna KB IUD dianjurkan agar minum Tablet Tambah Darah (TTD) satu tablet perhari selama menstruasi mengingat menstruasi umumnya lebih berat 10-20% (Depkes, 1996; <http://www.gizi.net/anemia/Pedoman%20Anemia%20Gizi.doc>).

Perawat komunitas sebagai salah satu tenaga profesional mempunyai keterlibatan untuk berperan aktif dalam upaya pencegahan dan penanggulangan AGB pada WUS.

Adapun peran perawat komunitas menurut Leavell dan Clark (1958, dalam Anderson dan McFarlan, 2000; Nies dan McEwen, 2001; Stanhope dan Lancaster, 2004) berfokus pada tiga level pencegahan yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tertier.

Upaya pencegahan primer dalam bentuk promosi kesehatan untuk meningkatkan kesadaran individu, keluarga, kelompok ataupun masyarakat terutama kelompok WUS bahwa AGB mempunyai akibat yang berbahaya pada WUS dan juga bagi generasi yang akan dihasilkan oleh WUS. Intervensi promosi kesehatan berupa pendidikan kesehatan pada WUS dan keluarganya agar mempunyai pengetahuan tentang AGB sehingga mereka mampu melakukan pencegahan sendiri mungkin melalui kelompok sebayanya.

Upaya pencegahan sekunder dengan melakukan diagnosis dini untuk mengidentifikasi apakah WUS berisiko menderita AGB atau bahkan menderita AGB. Tindakan pencegahan sekunder yang lain adalah melakukan skrining AGB pada WUS serta tindakan perawatan dengan merujuk WUS untuk mendapat pengobatan.

Upaya pencegahan tertier dengan rehabilitasi diharapkan dapat mengembalikan WUS sebagai sumber daya yang produktif secara sosial maupun ekonomi. Hal ini karena dampak lanjut dari AGB WUS terutama terjadi penurunan produktifitas kerja sampai 20-30% (Depkes, 2005).

Berdasar uraian tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang diberikan oleh perawat komunitas lebih difokuskan pada upaya pencegahan primer tanpa

mengesampingkan pencegahan sekunder dan tersier. Adapun upaya pencegahan primer yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan edukasi kelompok sebaya dalam kelompok WUS.

C. Kelompok Sebaya (*Peer Group*) Dan Edukasi

Manusia disamping sebagai makhluk individu juga makhluk sosial. Sebagai makhluk sosial dituntut adanya saling berhubungan antar sesama dalam kehidupannya. Kondisi ini berkaitan dengan keberadaan suatu kelompok di dalam masyarakat. Lewin dalam Santosa (2004); Huraerah dan Purwanto (2006) mengatakan bahwa unsur-unsur yang terkandung dalam sebuah kelompok sebagai kelompok yang dinamis yaitu adanya saling ketergantungan masing-masing anggota yang direalisasikan dalam persamaan tujuan.

Kelompok dukungan sosial dapat digambarkan sebagai suatu jaringan tentang hubungan interpersonal yang menyediakan persahabatan, bantuan, dan jalinan emosional. Menurut Pender, et al. (2002) dan Bomar (2004) bentuk transaksi interpersonal yang ada di dalamnya adalah perhatian emosional (ungkapan kepedulian, dorongan, empati), bantuan (jasa, materi, atau informasi), dan pernyataan (umpan balik konstruktif, pengakuan). Fungsi utama kelompok dukungan sosial akan meningkatkan kekuatan pribadi anggota dan meningkatkan prestasi dari tujuan hidup.

Sistem dukungan sebaya terdiri dari orang yang berfungsi secara informal untuk saling memenuhi kebutuhan. Individu saling memelihara reputasi bantuan

bermanfaat dari dukungan yang ada. Individu mendapatkan pengalaman yang pasti mempunyai suatu pengaruh utama dalam hidup mereka sendiri dan mencapai kesuksesan pertumbuhan dan penyesuaian. Hal ini dikarenakan adanya pengertian pribadi yang mendalam, nasihat sebagai hal utama yang dicari dalam hubungan dengan memecahkan suatu permasalahan dan pemberian perhatian. Dukungan kelompok dicirikan dengan berbagi perhatian masalah sosial, menyediakan keakraban, mencegah pengasingan, penghormatan kemampuan timbal balik, menawarkan bantuan saling ketergantungan dalam krisis, bertindak sebagai suatu agen pemberi dan menyediakan tantangan timbal balik (Fleming & Parker, 2001; Pender, et al., 2002) Kesuksesan coping seseorang adalah suatu kepercayaan sebagai sumber dukungan sebaya (Pender, et al., 2002).

Self-help group merupakan struktur kelompok kecil sukarela, pada umumnya dibentuk oleh sebaya yang ingin menyempurnakan keinginan sosial dan/ atau perubahan pribadi yang bergerak ke arah format sosial baru dalam menghadapi, meletakkan otonomi dan humanisasi pelayanan kesehatan (Katz & Bender, 1976; Hatch & Kickbush, 1983; Powell, 1994, dalam O'Conner & Parker, 2001). Dimensi *self-help group* meliputi orientasi kooperatif; *sharing*, saling bergantian, kepemimpinan; suatu sikap saling membantu; optimisme kuat; dan penekanan pada penggunaan pemberdayaan (Hedrick et al, 1992, dalam O'Conner & Parker, 2001). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa *self-help group* adalah sebagai bentuk intervensi pemberdayaan dalam keperawatan komunitas, mempunyai tujuan, membahas seputar isu sosial dan kesehatan serta adanya interdependensi antar anggotanya.

Kelompok sebaya berkembang dengan adanya *self-help group* pada hampir semua tingkat usia. *Self-help group* pada umumnya dibentuk oleh *peer* yang sudah datang bersama-sama untuk gotong royong memenuhi kebutuhan bersama, seperti menanggulangi suatu kecacatan rintangan atau masalah gangguan hidup (Allender & Spradley, 2001; Stanhope & Lancaster, 2004). Tujuan kelompok adalah untuk menyempurnakan perilaku spesifik yang diinginkan berubah. Walaupun banyak kelompok dibentuk dengan *peer*, perawat komunitas sering mengarahkan formasi, fungsi, dan arah menyangkut kelompok, dalam hal ini perawat komunitas berperan sebagai fasilitator.

Self-help group menyediakan banyak manfaat bagi anggotanya. Sistem pelayanan kesehatan saat ini, klien sering menyatakan perasaan hal tidak penting dan hilangnya kendali. Bagaimanapun, di dalam lingkungan kelompok swabantu, individu memperoleh kembali perasaan atau pengertian identitas mereka dan kendali. Penerimaan terhadap tanggung jawab untuk kesehatan yang mempromosikan perilaku adalah suatu konsep utama yang didukung oleh mayoritas kelompok. Anggota yang tidak dapat melihat tanggung jawab mereka siap dihadapkan oleh kelompok itu. Individu saling menggapai ke luar untuk membantu anggota lain dan, di dalam proses, bantuan diri mereka untuk menjadi lebih kuat dan diberitahukan lebih baik di dalam kepercayaan mereka sendiri.

Berdasar uraian di atas dapat disimpulkan bahwa *self-help group* dalam bentuk kelompok sebaya adalah suatu sumber daya penting, ketika mereka memungkinkan anggota kelompok untuk memperluas jaringan sosial mereka seperti halnya

menerima informasi, sebagai penolong, dan dukungan emosional dari lainnya. *Self-help group* sebagai program promosi kesehatan memberdayakan individu dengan terus meningkatkan harapan, dukungan, dan pernyataan (Pender, et al., 2002).

Kelompok sebaya sebagai salah satu *social support*. *Social support* merupakan suatu perasaan dukungan dari suatu jaringan yang kompleks dari hubungan pertalian interpersonal dan dari dukungan sistem pemeliharaan, diperlukan untuk penyembuhan kesehatan dan lingkungan (Hitchcock et al., 1999). Sumber daya yang disediakan di dalam *social support* seperti kasih sayang, indikasi kesertaan, dukungan emosional, dan materiil ketika diperlukan, telah ditunjukkan untuk menjadi dasar untuk kesehatan (McCuen, 1993 dalam Hitchcock, et al., 1999). Riset dan teori mengenai dukungan sosial dan hubungannya dengan kesehatan telah menjadi bagian dari ilmu perawatan sejak 1976 (Powers, 1988 dalam Hitchcock, et al., 1999).

Kelompok sebaya adalah kelompok orang yang mempunyai minat sama dan seperasaan serta memiliki cita-cita sama dalam kehidupannya (Herawati, <http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/pria/profil01-11.html>, diperoleh 16 Januari 2008). Keberadaan anggota di dalam kelompok sebaya mempunyai status yang sama, saling interaksi satu sama lain, mempunyai pengaruh dan penting fungsinya bagi anggota, mempunyai persamaan topik pembicaraan, merasakan kebersamaan atau kekompakan dalam sebayanya, dan adanya kepuasan dari apa yang telah dicapainya (Santosa, 2004; Huraerah & Purwanto, 2006).

Kelompok sebaya mempunyai pengaruh positif bagi anggotanya. Pengaruh tersebut meliputi anggota lebih siap menghadapi kehidupan yang akan datang, dapat mengembangkan solidaritas antar anggota, menyeleksi budaya dari anggotanya, saling berlatih memperoleh pengetahuan dan melatih kecakapan bakat, anggota lebih bersifat mandiri, serta adanya penyaluran perasaan dan pendapat demi kemajuan kelompok (Hitchcock, 1999; Santosa, 2004; Huraerah & Purwanto, 2006). Penelitian dan pengabdian masyarakat oleh Herawati (BKKBN Gunung Kidul) kelompok sebaya Pasangan Usia Subur (PUS) peserta KB maupun yang bukan peserta KB dengan pokok pembahasan aspek KB dan kesehatan reproduksi dihasilkan adanya perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku tentang KB dan kesehatan reproduksi (<http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/pria/profil01-II.html>, diperoleh 16 Januari 2008). Penelitian Powell, et al. (2001) tentang efektifitas keikutsertaan kelompok swabantu pada klien gangguan mood (N=170) didapatkan hasil bahwa adanya keterlibatan klien dalam kelompok swabantu efektif untuk manajemen prediksi sakit klien. Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Denise Kandel pada sekelompok remaja dihasilkan, dalam hal tertentu kelompok sebaya mempunyai pengaruh yang lebih besar dari pada orang tuanya (<http://psychemate.blogspot.com/2007/12/peer-sociability-pada-remaja.html>, diperoleh 9 Februari 2008). Hal ini didukung oleh Hitchcock, et al. (1999) karena sebaya dan lingkungan sosial mempunyai dampak kuat pada remaja terhadap pola makan, edukasi ilmu gizi dan lainnya.

Penjelasan pengaruh kelompok yang didukung hasil-hasil penelitian tersebut di atas dapat dikatakan bahwa kelompok sebaya sebagai salah satu wadah anggotanya

dalam mengembangkan segala aktivitas yang bermanfaat serta saling mengingatkan satu sama lainnya. Salah satunya adalah *peer education*, yaitu penggunaan *peer* menyangkut kelompok target untuk menyediakan pendidikan di dalam kelompok yang manapun dalam suatu kesatuan atau suatu keadaan kelompok dapat efektif pada anak remaja saling bicara dengan isu-isu serupa (Hitchcock, et al., 1999).

Peran perawat komunitas dalam proses kelompok sebaya lebih berperan sebagai fasilitator. Perawat komunitas harus terbiasa dengan konsep *self-help group*, karena merupakan suatu konsep yang terintegrasi secara konsisten ke dalam praktek perawatan kesehatan masyarakat. Peran dari perawat saling bertukar tergantung besar, minat, dan tingkat kesempurnaan kelompok. Sebagai contoh, kelompok pendidikan wanita efektif dalam pemecahan masalah, perawat memulai kelompok dengan melayani sebagai sumber daya manusia (Allender & Spradley, 2001). Dalam konteks ini adalah kelompok sebaya Wanita Usia Subur (WUS) salah satunya. Perawat perlu mengarahkan ke masing-masing pertemuan untuk memudahkan kelompok memproses seperti halnya untuk memperjelas informasi bersama di dalam kelompok.

Penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa kelompok sebaya merupakan salah satu bentuk dari dukungan sosial (*social support*), dimana kelompok sebaya ini berkembang menjadi suatu kelompok swabantu (*self-help group*) antar anggotanya. Kelompok sebaya yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kelompok sebaya Wanita Usia Subur (WUS) yang menjadi anggota kelompok PKK RT. Kelompok sebaya sebagai salah satu sarana atau media untuk bertukar pikiran, saling diskusi,

penyuluhan atau pendidikan kesehatan terkait masalah yang sedang dihadapinya, sehingga kelompok dapat mencapai keberhasilan, kepuasan sekaligus membuat hidup menjadi lebih efektif.

Proses yang terjadi di dalam kegiatan kelompok sebaya dijelaskan oleh Pender, et al. (2002) berorientasi pada perilaku dan kognitif. Proses kegiatan yang berorientasi pada perilaku meliputi pemberian penghargaan terhadap perilaku positif dan empati, mendukung perubahan perilaku, dan menyiapkan keterlibatan anggota dalam perubahan lingkungan sosial. Sedangkan kegiatan yang berorientasi kognitif meliputi membantu anggota yang mengalami masalah, menyediakan nasihat dalam penyelesaian masalah, memperluas persepsi anggota terhadap masalah yang dihadapi dan mengambil tindakan yang tepat dalam penyelesaian masalah, dengan kata lain kegiatan berorientasi kognitif adalah edukasi. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kelompok sebaya yang ada bertujuan untuk saling membantu anggotanya dalam menyelesaikan masalah dan adanya proses pendidikan atau pembelajaran antar anggotanya.

Setiap orang tentunya mempunyai pengalaman berada dalam suatu kelompok. Keberadaan seseorang dalam kelompok akan mengalami suatu proses kelompok, artinya melalui pengalaman bersama akan terbentuk hubungan antar anggotanya dan dalam waktu yang tidak lama akan terlihat suasana hubungan antar satu anggota lainnya. Hubungan ini akan berpengaruh pada suasana keseluruhan kelompok. Demikian halnya dengan kelompok sebaya WUS yang mempunyai masalah serupa biasanya akan terdorong untuk bergabung dengan sebaya yang mengalami hal

serupa. Dengan bergabung membentuk suatu kelompok sebaya, mereka dapat saling berbagi (*sharing*) pengalaman yang mungkin dan bertukar pengalaman tersebut dapat mengurangi beban atau stress serta dapat meningkatkan motivasi dan koping untuk mengatasi masalah.

Edukasi merupakan salah satu bagian dari promosi kesehatan. Promosi kesehatan tidak hanya mengupayakan perubahan perilaku saja, tetapi juga perubahan lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut. Promosi kesehatan lebih menekankan peningkatan kemampuan hidup sehat, bukan sekedar berperilaku sehat. Hal ini sesuai dengan Ottawa Charter (1986, dalam O'Connor dan Parker, 2001) bahwa promosi kesehatan sebagai proses memampukan masyarakat dalam memelihara serta meningkatkan kesehatannya. Dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan merupakan upaya yang dilakukan terhadap masyarakat untuk mau dan mampu dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan dirinya sendiri. Upaya intervensi terhadap faktor perilaku supaya hasilnya langgeng dapat dilakukan melalui pendekatan edukasi (pendidikan).

Kegiatan yang dilakukan dalam kelompok sebaya salah satunya adalah edukasi kesehatan. Edukasi kelompok sebaya merupakan upaya persuasi atau pembelajaran kepada sebaya agar mau melakukan ketrampilan atau tindakan (praktik) dalam mengatasi dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmodjo, 2005). Upaya tersebut dihasilkan oleh pendidikan kesehatan yang didasarkan pada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran. Dengan demikian perilaku yang dihasilkan diharapkan berlangsung lama dan menetap karena didasari oleh

kesadaran. Perubahan perilaku melalui proses pembelajaran pada umumnya membutuhkan waktu yang relatif lama. Dengan melakukan edukasi kelompok sebaya diharapkan dapat terjadi perubahan perilaku dalam pencegahan anemia gizi besi. Edukasi dengan strategi pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Kegiatan edukasi dalam hal ini dapat dilakukan dengan pendekatan kelompok sebaya yang ada dan berkembang di masyarakat seperti kelompok WUS dalam Dasawisma, PKK RT, kelompok spiritual keagamaan.

Berdasar uraian teori tentang perilaku kesehatan, anemia gizi besi pada wanita usia subur, dan kelompok sebaya di atas dapat disimpulkan bahwa keberadaan kelompok sebaya wanita usia subur dengan kegiatan edukasi diharapkan dapat merubah perilaku pencegahan anemia gizi besi pada kelompok wanita usia subur. Adapun perilaku yang dimaksud dalam penelitian ini meliputi tiga aspek yaitu pengetahuan, sikap, dan ketrampilan wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi.

BAB III

KERANGKA KONSEP

Bab ini akan menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesis, dan definisi operasional yang berkaitan dengan penelitian.

A. Kerangka Konsep

Menurut Green (1980, dalam Green dan Kreuter, 2000; O'Conner dan Parker, 2001; McMurray, 2003) terdapat tiga faktor yang mempengaruhi perilaku pada individu, kelompok, dan masyarakat, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pemungkin (*enabling factor*), dan faktor penguat (*reinforcing factor*). Ketiga faktor tersebut mempengaruhi perilaku WUS dalam pencegahan Anemia Gizi Besi (AGB).

Faktor predisposisi (*predisposing factors*) merupakan faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang atau kelompok. Termasuk dalam faktor predisposisi adalah pengetahuan, kepercayaan, nilai, sikap, dan keyakinan. Faktor pemungkin (*enabling factor*) merupakan faktor yang memungkinkan individu berperilaku karena ketersediaan dan keterjangkauan sumber-sumber kesehatan, rujukan, dan ketrampilan. Faktor penguat (*reinforcing factor*) merupakan faktor yang menguatkan perilaku. Pengetahuan, sikap, dan fasilitas yang tersedia belum menjamin

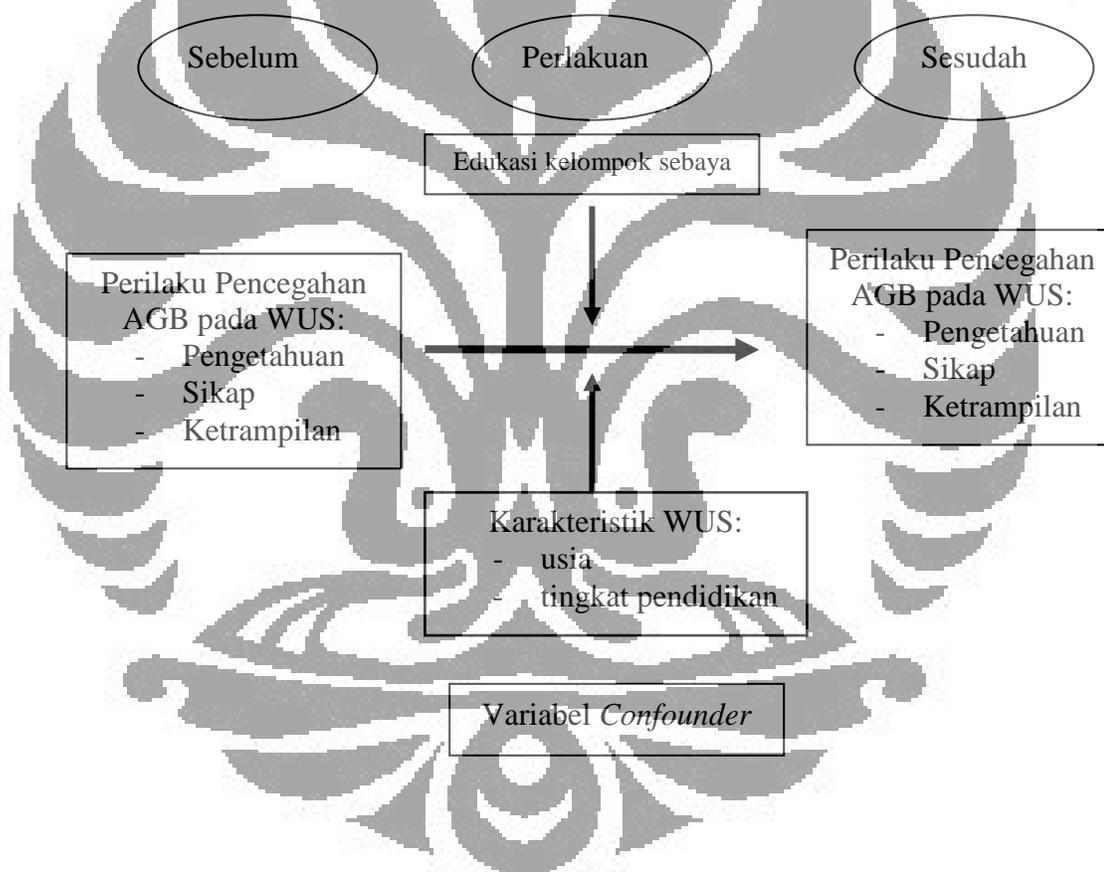
terbentuknya perilaku seseorang atau kelompok, sehingga faktor penguat dibutuhkan. Termasuk dalam faktor penguat yaitu pengaruh keluarga, teman sebaya (*peers*), pendidik atau guru, tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), dan pengambil kebijakan atau pejabat pemerintah setempat.

Bloom (1908, dalam Notoatmodjo, 2007) membagi domain perilaku meliputi pengetahuan, sikap, dan praktik (ketrampilan atau tindakan). Demikian juga perilaku seseorang terhadap kesehatan mencakup tiga domain tersebut yaitu pengetahuan kesehatan, sikap terhadap kesehatan, dan praktik kesehatan. Pengetahuan seseorang terhadap kesehatan merupakan dasar dari sikapnya terhadap kesehatan, dimana keduanya akan dikuatkan dengan suatu tindakan nyata dalam bentuk praktik atau tindakan kesehatan yang pada akhirnya terwujud perilaku kesehatan.

Kelompok sebaya berkembang dengan adanya *self-help group* pada hampir semua tingkat usia. *Self-help group* pada umumnya dibentuk oleh *peer* yang sudah datang bersama-sama untuk gotong royong memenuhi kebutuhan bersama, seperti menanggulangi suatu kecacatan, rintangan atau masalah gangguan hidup (Allender & Spradley, 2001; Stanhope & Lancaster, 2004). Kelompok sebaya merupakan kelompok orang yang mempunyai minat sama dan seperasaan serta memiliki cita-cita sama dalam kehidupannya (<http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/pria/profil01-11.html>, diperoleh 16 Januari 2008). Kelompok sebaya yang selama ini sudah berjalan di masyarakat dalam bentuk perkumpulan, sarasehan, diskusi kelompok terarah belum dipahami benar manfaatnya oleh masyarakat. Bila dilihat dari esensinya, sebenarnya kelompok sebaya banyak membawa manfaat dan pengaruh

pada anggotanya akan tetapi belum disadari oleh masyarakat. Banyaknya kelompok sebaya yang sudah ada di masyarakat dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan upaya promotif dan preventif dengan melakukan edukasi kelompok sebaya terhadap masalah AGB pada WUS. Berdasar uraian di atas dapat dibuat kerangka konsep penelitian sebagai berikut (bagan 3.1):

Bagan 3.1
Kerangka Konsep Penelitian Pengaruh Edukasi Kelompok Sebaya terhadap Perubahan Perilaku Pencegahan AGB pada WUS



B. Hipotesis

1. Ada hubungan karakteristik usia dengan pengetahuan, sikap dan ketrampilan.
2. Ada hubungan karakteristik pendidikan dengan pengetahuan, sikap dan ketrampilan.
3. Ada perbedaan pengetahuan WUS sebelum dan setelah dilakukan edukasi kelompok sebaya pada kelompok perlakuan.
4. Ada perbedaan sikap WUS sebelum dan setelah dilakukan edukasi kelompok sebaya pada kelompok perlakuan.
5. Ada perbedaan ketrampilan WUS sebelum dan setelah dilakukan edukasi kelompok sebaya pada kelompok perlakuan.
6. Ada perbedaan pengetahuan WUS antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.
7. Ada perbedaan sikap WUS antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.
8. Ada perbedaan ketrampilan WUS antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.
9. Ada pengaruh edukasi kelompok sebaya dengan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan setelah dikontrol oleh karakteristik usia dan pendidikan.

C. Definisi Operasional

1. Variabel Penelitian

a. Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah edukasi kelompok sebaya dalam bentuk intervensi edukasi kelompok sebaya yang diberikan pada kelompok perlakuan dan tanpa intervensi pada kelompok kontrol.

b. Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku pencegahan AGB pada WUS yang terdiri dari pengetahuan, sikap, dan ketrampilan atau tindakan WUS dalam pencegahan AGB. Dimana pengetahuan, sikap dan ketrampilan WUS ini diukur dua kali, yaitu sebelum intervensi (*pretest*) dan setelah intervensi (*posttest*) pada kelompok perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol hanya dilakukan *pretest* dan *posttest* tanpa diberikan intervensi.

c. Variabel Perancu (*Confounder*)

Variabel perancu dalam penelitian ini adalah usia dan tingkat pendidikan WUS.

2. Definisi Operasional

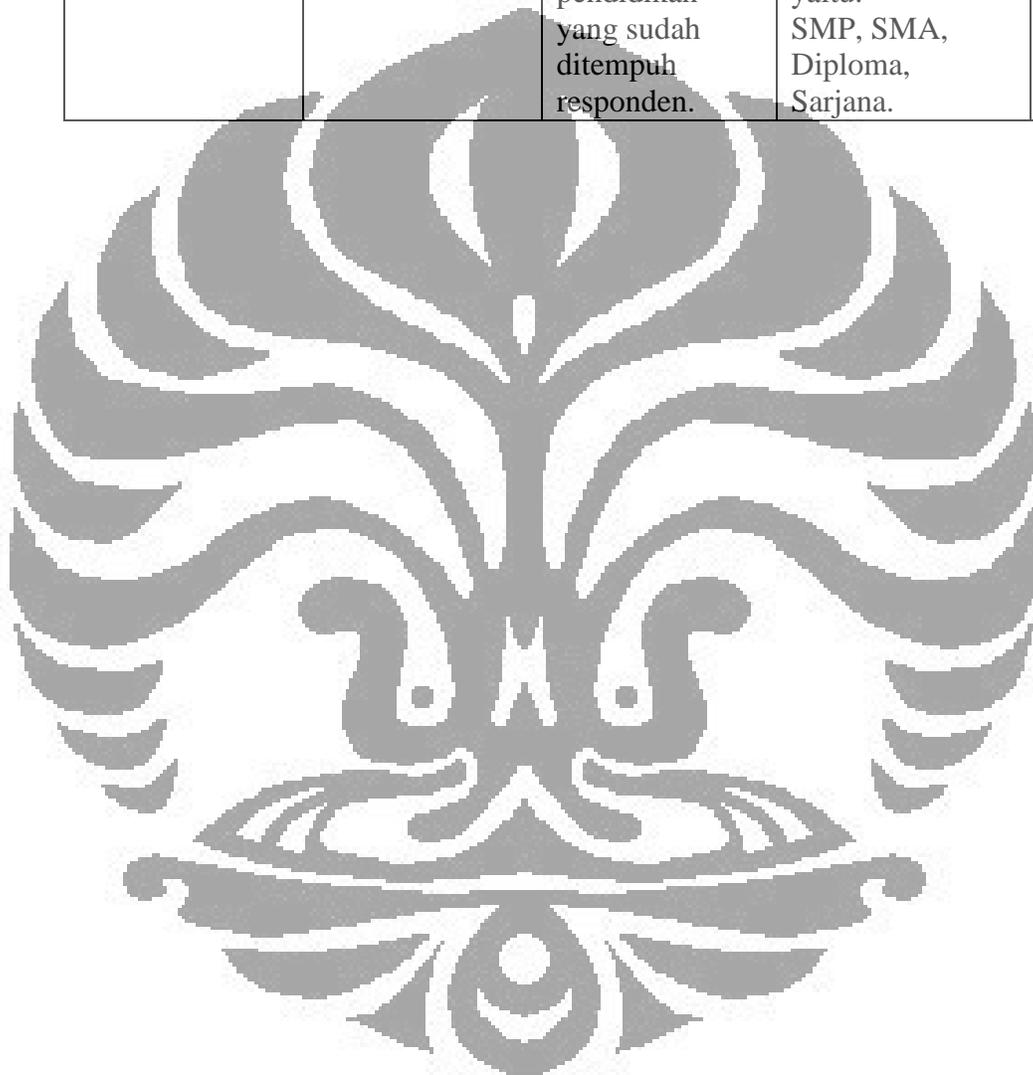
Tabel 3.1.
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independen 1. Edukasi kelompok sebaya	Kelompok WUS yang tergabung dalam kelompok PKK RT dengan kegiatan edukasi, sharing, dan diskusi.	Keterlibatan WUS dalam kelompok PKK RT dengan melihat data kehadiran kelompok.	Kelompok WUS dalam PKK RT. 0: terlibat aktif dalam kelompok PKK RT (minimal 5x hadir) 1: tidak aktif terlibat dalam kelompok PKK RT (kurang dari minimal hadir)	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Dependen 2. Perilaku pencegahan anemia gizi besi pada WUS:	Kegiatan/ aktivitas yang dilakukan dalam kehidupan sehari-hari yang erat kaitannya dengan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan.			
2.1. Pengetahuan pencegahan anemia gizi besi pada WUS	Pemahaman responden tentang AGB meliputi: pengertian AGB, penyebab AGB, alasan wanita lebih sering menderita AGB, tanda gejala AGB, cara pencegahan dan pengobatan AGB, manfaat tablet tambah darah (TTD).	Kuesioner, item pertanyaan dalam bentuk pilihan ganda. Jawaban benar skor 1, jawaban salah skor 0	Skor total dari jawaban responden pada awal dan akhir penelitian. Nilai disajikan dalam bentuk mean, SD.	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
2.2. Sikap pencegahan anemia gizi besi pada WUS.	Pandangan/respon responden terhadap pencegahan anemia gizi besi.	Kuesioner, untuk menggali sikap responden dalam bentuk Skala Linkert (1-4): sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), sangat tidak setuju (STS). Pernyataan positif: SS (skor 4), S (skor 3), TS (skor 2), STS (skor 1) dan pernyataan negatif: SS (skor 1), S (skor 2), TS (skor 3), STS (skor 4).	Skor total jawaban responden yang menunjukkan pandangan/respon terhadap pernyataan yang dikemukakan pada awal dan akhir penelitian. Nilai disajikan dalam bentuk mean, SD.	Interval
2.3. Ketrampilan pencegahan anemia gizi besi pada WUS.	Perbuatan/tindakan yang dilakukan responden terkait cara pencegahan anemia gizi besi.	Lembar observasi untuk mengukur ketrampilan/tindakan responden dalam bentuk "Ya" atau "Tidak"	Skor total dari tindakan yang dilakukan responden pada awal dan akhir penelitian. Nilai disajikan dalam bentuk mean, SD.	Interval
<i>Confounder</i> 3. Usia responden	Usia WUS yang dimaksud adalah sampai ulang tahun terakhir yaitu antara 15-45 tahun.	Item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang usia WUS.	Distribusi responden menurut umur dalam bentuk mean, SD.	Rasio

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
4. Tingkat pendidikan responden	Tingkat pendidikan formal yang sudah ditempuh WUS.	Item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang tingkat pendidikan yang sudah ditempuh responden.	Distribusi frekuensi responden menurut tingkat pendidikan yang sudah ditempuh yaitu: SMP, SMA, Diploma, Sarjana.	Ordinal



BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen semu (*quasi experiment*) dengan desain *non equivalent pretest-posttest with control group*. Desain ini bertujuan untuk melihat kemungkinan adanya hubungan sebab akibat yang muncul setelah diberikan perlakuan pada suatu variabel, kemudian hasil dari perlakuan dibandingkan dengan kelompok kontrol yaitu kelompok tanpa perlakuan (Burn & Grove, 1993). Desain ini biasanya lebih dimungkinkan untuk membandingkan hasil intervensi program kesehatan di suatu kontrol yang serupa, tetapi tidak perlu kelompok yang benar-benar sama (Notoatmodjo, 2005)

Penelitian ini membandingkan antara kelompok yang dilakukan intervensi edukasi kelompok sebaya sebagai kelompok perlakuan dengan kelompok yang tidak dilakukan perlakuan sebagai kelompok kontrol. Desain ini menggunakan pengukuran dua kali, yaitu sebelum dan setelah intervensi. Pengukuran yang dilakukan sebelum intervensi disebut *pretest*, dan pengukuran yang dilakukan setelah intervensi disebut *posttest*. Bentuk desain penelitiannya adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1.
Desain Penelitian

Kelompok	<i>Pretest</i>	Perlakuan	<i>Posttest</i>
Kelompok eksperimen	O ₁	X	O ₂
Kelompok kontrol	O ₃	-	O ₄

Keterangan:

O₁ : adalah perilaku (pengetahuan, sikap, dan ketrampilan/ tindakan) kelompok eksperimen sebelum mendapat perlakuan edukasi kelompok sebaya.

O₂ : adalah perilaku (pengetahuan, sikap, dan ketrampilan/ tindakan) kelompok eksperimen setelah mendapat perlakuan edukasi kelompok sebaya.

X : adalah perlakuan dengan memberikan edukasi kelompok sebaya.

O₃ : adalah perilaku (pengetahuan, sikap, dan ketrampilan/ tindakan) kelompok kontrol sebelum kelompok eksperimen mendapatkan perlakuan edukasi kelompok sebaya.

O₄ : adalah perilaku (pengetahuan, sikap, dan ketrampilan/ tindakan) kelompok kontrol setelah kelompok eksperimen mendapatkan perlakuan edukasi kelompok sebaya.

Tahapan intervensi edukasi kelompok sebaya pada kelompok perlakuan adalah sebagai berikut: 1). Tahap I, peneliti (dibantu fasilitator) melakukan intervensi edukasi tentang pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur di dalam kelompok sebaya, dengan diselingi pemutaran VCD “Cantik Berseri Tanpa Anemia”. 2). Tahap II, peneliti (dibantu fasilitator) melakukan sharing dan diskusi dalam kelompok sebaya tentang bahan makanan yang kaya zat besi, kemudian

dilanjutkan dengan praktik memilih dan mengelompokkan bahan makanan yang kaya zat besi di dalam kelompok. 3). Tahap III, peneliti (dibantu fasilitator) melakukan sharing dan diskusi dalam kelompok sebaya tentang bahan makanan yang membantu dan menghambat penyerapan zat besi, kemudian dilanjutkan dengan praktik memilih dan mengelompokkan bahan makanan yang membantu dan menghambat penyerapan zat besi di dalam kelompok. 4). Tahap IV, peneliti (dibantu fasilitator) melakukan sharing dan diskusi dalam kelompok sebaya tentang cara memilih, mengolah dan menyimpan makanan supaya zat gizinya bisa dipertahankan, kemudian dilanjutkan dengan praktik di dalam kelompok memilih, mengolah, dan menyimpan makanan supaya zat gizinya bisa dipertahankan. 5). Tahap V, peneliti (dibantu fasilitator) melakukan kunjungan tidak terencana ke rumah kelompok sebaya untuk melihat penerapan menu yang mengandung zat besi dalam makanannya.

B. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu (Sugiyono, 2005). Populasi dalam penelitian ini adalah wanita usia subur (WUS) di Kota Semarang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2006). Sampel dalam penelitian ini adalah wanita usia subur (WUS) yang menjadi anggota kelompok PKK pada tingkat RT di area sampel.

Mengingat populasi penelitian ini sangat menyebar dan mencakup area yang luas maka metode pengambilan sampel yang digunakan adalah *multistage random sampling*. Cara ini merupakan salah satu model pengambilan sampel secara acak dengan membagi populasi menjadi beberapa fraksi kemudian diambil sampelnya (Ariawan, 1998; Budiarto, 2002; Sabri & Hastono, 2006). Menurut Ariawan (1998) strategi yang digunakan untuk menghitung besar sampel untuk metode *cluster* adalah dengan menggunakan rumus untuk sampel acak sederhana dan mengalikan hasil perhitungannya dengan efek disain (*design effect*). Pada umumnya efek disain untuk sampel *cluster* berkisar antara 2 dan 4. Jika peneliti menggunakan *cluster sampling* maka untuk mengatasi pengaruh rancangan pengambilan sampel perlu diambil dua kali lebih banyak agar diperoleh presisi yang sama dengan pengambilan sampel acak sederhana (WHO, 1986 dalam Murti, 1997).

Unit sampel primer (*primary sampling unit/ PSU*) dalam penelitian ini adalah Puskesmas di Kota Semarang yang telah dilakukan survey AGB pada WUS oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang pada akhir Desember 2007 (30 Puskesmas) dan sebagai kelompok digunakan kelompok sebaya PKK di tingkat RT. Responden dalam penelitian ini adalah wanita usia subur (WUS) yang menjadi anggota kelompok sebaya PKK RT dalam wilayah sampel.

Perkiraan besar sampel menggunakan rumus beda mean berpasangan (Lemeshow, 1993; Ariawan, 1998):

$$n = \frac{\sigma^2 (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_0 - \mu_1)^2}$$

Keterangan:

σ : standar deviasi penelitian sebelumnya = 5.87 (Nurharlinah, 2006)

$Z^{1-\alpha/2}$: nilai Z pada tingkat kepercayaan 95% = 1.96

$Z_{1-\beta}$: power of the test 90% = 1.28

μ_0 : mean populasi sebelum = 65.27 (Nurharlinah, 2006)

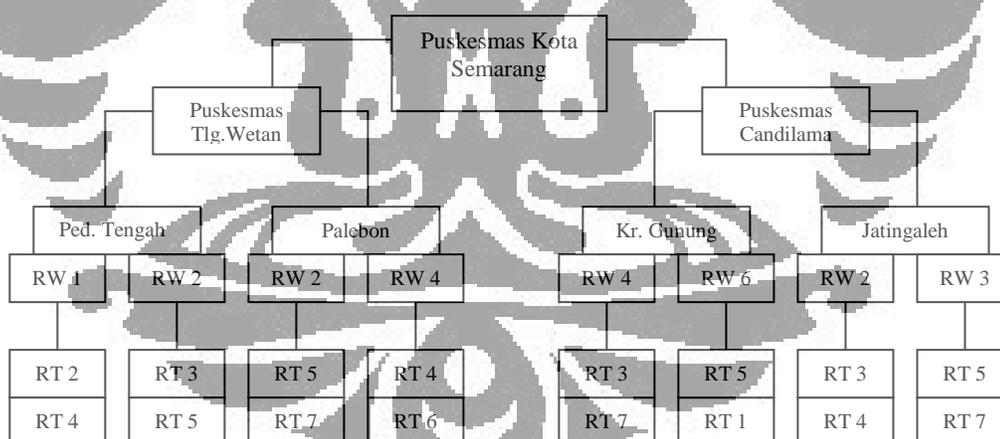
μ_1 : mean populasi setelah = 78.50 (Nurharlinah, 2006)

Hasil perhitungan besar sampel didapatkan sampel minimal 24 responden, dengan mempertimbangkan disain efek mengalikan 2 maka sampel minimal adalah 48. Sampel pada kelompok perlakuan adalah 48 dan kelompok kontrol 48 responden. Penelitian akan dilakukan pada 8 RT sehingga jumlah sampel tiap RT adalah 6 responden. Jadi total minimal sampel yang dibutuhkan adalah 96 responden, guna mengantisipasi *droup out* maka dilebihkan 10%-20% (Murti, 1997). Pada proses penelitian ini diperoleh 55 responden pada kelompok kontrol dan 55 pada kelompok perlakuan, sehingga total sampel yang diperoleh adalah 110 responden.

Prosedur pengambilan sampel meliputi empat tahapan. Tahap pertama, memilih secara random 2 Puskesmas dari 30 Puskesmas di Kota Semarang, diperoleh

Puskesmas Candilama (Semarang Atas) dan Puskesmas Tlogosari Wetan (Semarang Bawah). Tahap kedua, memilih secara random 2 Kelurahan dari setiap Puskesmas terpilih, sehingga ada 4 Kelurahan terpilih, yaitu Kelurahan Palebon, Pedurungan Tengah, Karanganyar Gunung, dan Jatingaleh. Tahap ketiga, memilih secara random 2 RW dari setiap Kelurahan terpilih, sehingga ada 8 RW terpilih, yaitu RW 1, 2, 2, 4, 4, 6, 2, 3 ; Tahap keempat, memilih secara random 2 RT dari setiap RW terpilih, sehingga ada 16 RT terpilih yaitu RT 2, 4, 3, 5, 5, 7, 4, 6, pada kelompok perlakuan dan RT 3, 7, 5, 1, 3, 4, 5, 7 pada kelompok kontrol. Dari 16 RT terpilih akan dibagi menjadi 8 RT sebagai kelompok perlakuan dan 8 RT sebagai kelompok kontrol.. Secara rinci dapat dilihat pada bagan 4.1.

Bagan 4.1
Prosedur Pengambilan Sampel



Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subjek penelitian pada populasi yang diteliti (Sastroasmoro & Ismael, 2002). Sebagai kriteria inklusi responden di daerah *sample area* penelitian ini adalah: pendidikan minimal lulus SMP,

wanita usia subur (WUS) berusia 15-45 tahun, menjadi anggota kelompok PKK RT, dan bersedia menjadi responden penelitian.

C. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Kota Semarang yaitu di wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Wetan dan Puskesmas Candilama yang telah ditentukan secara random. Dipilihnya Kota Semarang sebagai tempat atau lokasi penelitian karena prevalensi AGB pada WUS mengalami peningkatan, dan terakhir diketahui angka prevalensi AGB pada WUS di Kota Semarang adalah 32.0% pada akhir tahun 2007.

D. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada minggu keempat Maret sampai dengan minggu kedua Juni 2008 (kurang lebih 12 minggu), yang terdiri dari pengambilan data awal, intervensi, dan pengambilan data akhir. Jadwal proses kegiatan penelitian dapat dilihat pada Lampiran 1.

E. Etika Penelitian

Penelitian ini telah menempuh lolos kaji etik dari komite etik penelitian keperawatan FIK-UI pada tanggal 1 April 2008. Selanjutnya dalam proses pelaksanaannya peneliti memberi informasi tentang tujuan, manfaat dan prosedur yang dilakukan dalam penelitian. Responden yang bersedia kemudian menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) menjadi responden penelitian. *Informed consent* diberikan sebagai pertimbangan etik penelitian. Peneliti juga memberi penjelasan pada responden bahwa penelitian ini sangat memberikan manfaat dan dampak positif

secara langsung dan tidak langsung. Dampak langsung yang dapat terjadi adalah sebagai langkah pencegahan bagi yang belum terkena AGB dan sebagai pencegahan supaya tidak bertambah parah bagi yang sudah terkena.

Saat pelaksanaannya, peneliti menjelaskan bahwa responden terlindungi dengan aspek: 1). *self determination*, peneliti menjelaskan kepada responden bahwa responden mempunyai kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau menolak mengikuti penelitian tanpa paksaan dari pihak manapun dengan menandatangani lembar persetujuan. 2). *privacy*, peneliti menjelaskan kerahasiaan responden terjaga dan hanya menggunakan informasi dari responden untuk kepentingan penelitian ini. 3). *anonymity*, peneliti menjelaskan bahwa nama responden hanya digunakan dalam proses intervensi penelitian untuk selanjutnya peneliti menggunakan kode nomor (nomor responden) dalam kuesioner yang digunakan selama kegiatan penelitian. 4). *confidentiality*, peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikan hanya digunakan dalam keperluan penelitian ini. Data yang diperoleh peneliti didokumentasikan dengan menjamin kerahasiaan subjek penelitian dan data yang telah diperoleh akan dicatat dan dimasukkan ke dalam file arsip selama penelitian dan akan dimusnahkan setelah proses penelitian berakhir. 5). *protecting from discomfort*, peneliti juga menjaga dan mempertahankan kenyamanan responden selama kegiatan penelitian, yang dilakukan peneliti selama kegiatan berlangsung adalah dengan menunjukkan sikap positif, memberikan reward psikologis dan selalu komunikatif dengan memberikan kenyamanan dan tidak membedakan (memperlakukan sama) dalam proses penelitian (Polit & Hungler, 1999). Lembar *Informed consent* dapat dilihat pada lampiran 2.

F. Alat Pengumpul Data

1. Instrumen

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner sebagai instrumen penelitian yang disusun oleh peneliti berdasarkan kajian literatur (kisi-kisi instrumen dan instrumen pada lampiran 3). Instrumen dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Kuesioner A, sebagai alat pengumpulan data demografi yaitu karakteristik responden yang terdiri dari 5 pertanyaan, yaitu: nomor responden, umur responden, latar belakang pendidikan, pekerjaan, pengalaman mendiskusikan masalah anemia gizi besi di dalam kelompoknya. Item pertanyaan berbentuk *checklist* dan isian singkat.
- b. Kuesioner B, berisi tentang pengetahuan (*pretest* dan *posttest*), sebanyak 20 soal pilihan ganda yang terkait dengan pengetahuan WUS tentang AGB. Cara menilai dengan memberikan skor 1 pada jawaban benar, dan skor 0 pada jawaban salah. Rentang skor 0-20.
- c. Kuesioner C, berisi tentang sikap (*pretest* dan *posttest*), terdiri dari 20 pernyataan terdiri dari pernyataan positif (*favorable*) dan pernyataan negatif (*unfavorable*). Instrumen sikap berisi pandangan atau pendapat responden terkait perilaku pencegahan AGB pada WUS. Alat ukur menggunakan Skala Linkert yang terdiri dari 4 skala yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), dan sangat tidak setuju (STS). Pemberian nilai untuk pernyataan positif: SS (nilai 4), S (nilai 3), TS (nilai 2), STS (nilai 1); sedangkan untuk pernyataan negatif: SS (nilai 1), S (nilai 2), TS (nilai 3), STS (nilai 4). Rentang skor 20-80.

d. Kuesioner D, berisi lembar observasi tentang ketrampilan atau tindakan WUS dalam pencegahan AGB yang dilakukan responden sebelum dan setelah intervensi. Kuesioner ini terdiri dari 12 ketrampilan/ tindakan/ praktik yang akan diobservasi yang meliputi pemilihan bahan makanan tinggi zat besi, pemilihan bahan makanan yang membantu penyerapan zat besi, pemilihan bahan makanan yang menghambat penyerapan zat besi, cara memilih bahan makanan yang benar, cara mengolah bahan makanan yang benar, cara menyajikan/ menyimpan makanan yang benar serta penerapan menu yang mengandung zat besi (nomor 1-10). Terdapat dua ketrampilan yang dilakukan observasi dengan melakukan kunjungan rumah yaitu ketrampilan/ tindakan/praktek penerapan menu makanan yang mengandung zat besi (nomor 11-12). Kuesioner menggunakan dua alternatif jawaban yaitu "Ya" (bila dilakukan) dan "Tidak" (bila tidak dilakukan). Cara penilaian dengan menjumlahkan jawaban "Ya" atau "Tidak" kemudian dikalikan dengan nilai 1 (jika "Ya") dan nilai 0 (jika "Tidak"), sehingga rentang nilainya adalah 0-12.

2. Uji coba instrumen

Instrumen penelitian yang telah disusun kemudian dilakukan uji coba instrumen supaya data yang terkumpul akurat dan obyektif. Uji coba ini mempunyai tujuan agar instrumen yang digunakan sebagai alat ukur mempunyai validitas dan reliabilitas yang tinggi (Burn & Grove, 1993; Hastono, 2006). Dengan mengacu konsep distribusi normal, maka uji coba telah dilakukan pada 40 responden supaya hasil pengukuran mendekati normal dan dilakukan pada karakteristik

yang sama dari responden penelitian yaitu di wilayah kerja Puskesmas Bangetayu Kota Semarang (Notoatmodjo, 2005).

Uji validitas adalah sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data (Sugiyono, 2005; Hastono, 2006). Untuk kuesioner sikap (skor butir kontinum), dilakukan uji validitas dengan uji korelasi antara skor tiap-tiap item dengan skor total kuesioner. Teknik korelasi yang digunakan adalah *Pearson Product Momen* (r), yaitu membandingkan antara r hitung dengan r tabel. Keputusan uji bila r hitung lebih besar dari r tabel maka instrumen dikatakan valid atau dengan kata lain suatu pertanyaan dikatakan valid jika skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Untuk kuesioner pengetahuan dan observasi ketrampilan (skor butir diskontinum), dilakukan uji validitas koefisien korelasi biserial antara skor butir soal dengan skor total tes, kemudian membandingkan antara r butir dengan r tabel. Setelah uji coba dilakukan kemudian dilakukan revisi item pertanyaan yang dinyatakan tidak valid.

Uji reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2006; Arikunto, 2006). Dengan kata lain uji reliabilitas untuk menilai keajegan suatu instrumen dalam mengukur. Kuesioner yang memiliki skor butir soal diskontinum menggunakan rumus *Kuder-Richardson* (KR 20) untuk penghitungan koefisien reliabilitasnya dan membandingkan dengan r tabel

(Dja'ali, et al., 2000). Sedangkan untuk kuesioner yang memiliki skor butir kontinum untuk penghitungan koefisien reliabilitasnya menggunakan *Alpha Cronbach* dan membandingkan dengan r konstanta 0.6. Apabila nilai r alpha lebih besar dari r konstanta maka item dari kuesioner tersebut reliabel (Hastono, 2006).

Hasil uji validitas instrumen pengetahuan dengan koefisien korelasi biserial terdapat 2 soal yang tidak valid dengan r hitung $<$ r tabel (0.31), sehingga ada 23 soal pengetahuan yang valid dan peneliti hanya menggunakan 20 soal yang valid dan sudah mewakili semua pertanyaan dalam kisi-kisi. Uji reliabilitas dengan KR-20 instrumen pengetahuan yang telah diuji validitasnya menunjukkan nilai r hitung (0.89) $>$ r tabel (0.31) sehingga instrumen dikatakan reliabel. Hasil uji validitas instrumen observasi ketrampilan dengan koefisien korelasi biserial menunjukkan semua item (12) valid dengan nilai r hitung $>$ r tabel (0.31). Uji reliabilitas dengan KR-20 instrumen observasi ketrampilan yang telah diuji validitasnya menunjukkan nilai r hitung (0.45) $>$ r tabel (0.31) sehingga instrumen dikatakan reliabel. Uji validitas instrumen sikap dengan *Pearson Product Momen* terdapat 6 pernyataan sikap yang tidak valid dengan nilai r hitung $<$ r tabel (0.3124), sehingga ada 19 pernyataan yang valid, namun untuk menggenapkan 20 pernyataan peneliti melakukan revisi 1 item pernyataan. Uji reliabilitas instrumen sikap yang telah diuji validitasnya menunjukkan nilai r Alpha Cronbach 0.8792 $>$ r konstanta (0.6), sehingga instrumen dikatakan reliabel.

Pelaksanaan intervensi dengan melibatkan 4 orang fasilitator yang sekaligus sebagai numerator dengan latar belakang pendidikan sarjana keperawatan. Guna menghindari subyektifitas dalam pengambilan data observasi maka dilakukan uji *interrater reliability* antara peneliti dengan numerator pada masing-masing sampel area dengan menggunakan uji statistik Kappa. Uji *interrater reliability* adalah didapatkannya persamaan hasil pengamatan antara peneliti dengan numerator sehingga dapat meminimalisir perbedaan hasil pengamatan (Portney & Watkins, 2000).

Hasil uji statistik Kappa dari 4 orang fasilitator yang sekaligus sebagai numerator diperoleh nilai $p (0.000 - 0.002) < \alpha (0.05)$, berarti hasil uji kappa signifikan sehingga tidak ada perbedaan persepsi antara peneliti dengan 4 numerator mengenai aspek yang diobservasi.

G. Prosedur Pengumpulan Data

1. Prosedur administratif

Setelah mendapatkan surat ijin penelitian dari fakultas, kemudian peneliti menyampaikan surat tersebut pada Dinkes Kota Semarang, kemudian peneliti mendapat ijin formal dari Dinkes Kota Semarang untuk melakukan penelitian. Selanjutnya peneliti melakukan koordinasi dengan pihak terkait (Puskesmas, Kelurahan sampai tingkat RT) dalam pelaksanaan penelitian. Peneliti menghubungi penanggung jawab wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Wetan dan Candilama untuk mengidentifikasi WUS yang sesuai dengan kriteria inklusi menjadi responden penelitian.

2. Prosedur teknis

Tahap awal tim peneliti melakukan pertemuan dengan penanggung jawab wilayah kerja Puskesmas untuk menyampaikan maksud dan tujuan penelitian serta menyamakan persepsi dalam proses penelitian. Pengumpulan data sebelum intervensi (*pretest*) dilakukan dengan membagi langsung kuesioner pada responden bersamaan dengan kegiatan *peer* di wilayah sampel. Kemudian dilakukan intervensi penelitian pada kelompok perlakuan, dan selanjutnya kegiatan dalam penelitian adalah pengumpulan data setelah perlakuan (*posttest*) yang dilakukan pada akhir penelitian dengan prosedur yang sama pada sebelum intervensi.

H. Analisis Data

1. Pengolahan data

Tahapan pengolahan data adalah sebagai berikut (Hastono, 2006):

- a. *Editing*, merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian kuesioner dari aspek kelengkapan, kejelasan, relevansi, dan konsistensinya. Pada saat *editing* ditemukan 12 kuesioner hanya ada pada data pretes, namun data postes tidak ada, sehingga kuesioner tersebut tidak peneliti gunakan sebagai data penelitian ini, hal ini tidak menyebabkan jumlah minimal sampel berkurang karena peneliti telah mengantisipasi jumlah sampel sebelumnya.
- b. *Coding*, merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka (memberikan kode), sehingga mempermudah pada saat analisis data dan mempercepat proses *entry* data. Peneliti memberikan kode pada kuesioner A (demografi) meliputi jenjang pendidikan, pekerjaan, pengalaman

mendiskusikan anemia. Kuesioner B (pengetahuan) dan D (observasi ketrampilan/ tindakan) dengan memberikan kode skor 0 dan 1. Kuesioner C dengan memberikan kode skor pernyataan positif : SS (4), S (3), TS (2), STS (1) dan untuk kode skor pernyataan negatif berlaku kebalikannya.

- c. *Processing*, memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara melakkan *entry* data dari kuesioner A, B, C, D ke paket program komputer sesuai dengan masing-masing variabel penelitian.
- d. *Cleaning*, merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* dengan mengetahui *missing* data, variasi data, dan konsistensi data. Guna mengetahui *missing* data peneliti melakukan pengecekan (distribusi frekuensi) dari masing-masing variabel penelitian. Guna melihat variasi data, peneliti melakukan deteksi dengan mengeluarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel penelitian. Sedangkan untuk mengetahui konsistensi data peneliti melakukannya dengan menghubungkan dua variabel penelitian.

2. Analisis data

a. Analisis univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendiskripsikan setiap variabel yang diteliti dalam penelitian, yaitu dengan melihat distribusi data pada semua variabel. Analisis univariat dalam penelitian ini adalah variabel karakteristik responden dan variabel perilaku yang meliputi pengetahuan, sikap dan ketrampilan responden dalam pencegahan AGB WUS. Apabila data numerik disajikan dalam

bentuk mean, SD. Sedangkan untuk data kategorik disajikan dalam bentuk persentase.

Analisis univariat juga digunakan untuk uji kenormalan data. Data numerik (berskala interval dan rasio) sebagai hasil pengukuran pada umumnya mengikuti asumsi distribusi normal, namun tidak menutup kemungkinan sekumpulan data numerik tersebut tidak mengikuti asumsi distribusi normal. Untuk mengetahui sebaran data yang diperoleh dilakukan uji kenormalan data dengan 3 cara (Hastono, 2006) yaitu: 1). melihat grafik histogram dan kurve normal, bila bentuknya menyerupai bel shape berarti distribusi normal; 2). menggunakan nilai perbandingan skewness dan standar errornya, bila nilainya ≤ 2 maka distribusi normal; 3). uji Kolmogorov-Smirnov (KS), bila hasil uji nilai $p > 0.05$ maka distribusi normal. Dengan asumsi bila dari ke-3 cara tersebut salah satu hasilnya normal maka kesimpulannya distribusi normal.

Hasil uji kenormalan pada tiga variabel perilaku (pengetahuan, sikap, ketrampilan) menunjukkan distribusi normal dengan menggunakan cara 1 dan 2 untuk variabel pretes pengetahuan, sikap dan ketrampilan; postes pengetahuan dan ketrampilan; sedangkan distribusi normal dengan menggunakan ketiga cara yaitu variabel postes sikap.

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat sebaran responden pada variabel penelitian sebelum dan setelah intervensi serta menguji variabel-variabel

penelitian yaitu variabel independen (bebas) dan variabel dependen (terikat) untuk menguji hipotesis komparatif dua sampel yang tidak berkorelasi (sampel independen) dengan skala data interval atau rasio. Uji statistik yang digunakan adalah uji analisis komparatif (uji beda):

1). Uji beda dua mean sampel berpasangan (dependen). Uji ini digunakan untuk menguji kemaknaan perbedaan mean variabel penelitian antara sebelum dan setelah (Sabri & Hastono, 2006). Data yang diperoleh pada semua variabel berdistribusi normal maka menggunakan analisis komparatif sebelum dan setelah intervensi pada kelompok berpasangan (uji *T paired*).

2). Uji beda dua mean sampel tidak berpasangan (independen). Uji ini digunakan untuk menguji kemaknaan perbedaan mean variabel penelitian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (Sabri & Hastono, 2006). Data yang diperoleh pada semua variabel berdistribusi normal maka menggunakan analisis komparatif dua mean (uji *T pooled*) pada kelompok data tidak berpasangan yaitu antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol.

Uji bivariat pada penelitian ini juga melihat hubungan antara variabel karakteristik usia dengan pengetahuan, sikap, ketrampilan dalam pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur. Uji yang digunakan adalah uji korelasi pearson karena menghubungkan antara variabel numerik dengan numerik.

Uji bivariat pada penelitian ini juga melihat hubungan antara variabel karakteristik pendidikan dengan pengetahuan, sikap, ketrampilan dalam pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur. Uji yang digunakan adalah

uji anova karena menghubungkan antara variabel kategorik lebih dari dua kelompok dengan numerik.

Analisis bivariat juga digunakan untuk uji kesetaraan setiap variabel antara kelompok perlakuan dan kontrol, adapun uji yang digunakan untuk data numerik yaitu variabel umur, pengetahuan, sikap, dan ketrampilan adalah uji *t pooled* (*t independent*), sedangkan untuk data kategorik yaitu variabel pendidikan dengan menggunakan uji *chi square*.

c. Analisis multivariat

Analisis multivariat yang digunakan yaitu GLM Manova (General Linier Model Multivariate Analysis Of Variance). Manova adalah analisis statistik GLM yang digunakan untuk teknik variabel berganda, untuk mengkaji hubungan atau perbedaan antara dua atau lebih variabel dependen dan variabel pengelompok (faktor). Tujuan analisis manova yaitu ingin mengetahui apakah ada perbedaan yang nyata pada variabel-variabel dependen antar anggota grup (variabel independen). Dalam penelitian ini ingin melihat apakah variabel karakteristi responden (usia, pendidikan) berkontribusi terhadap pengaruh kelompok sebaya dengan variabel pengetahuan, sikap, ketrampilan dalam pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur. Asumsi dalam uji Manova meliputi: data berdistribusi normal; variabel dependen lebih dari satu dan dianalisis secara bersama-sama; uji varians-kovarians dari variabel dependen relatif sama pada setiap grup independen (Santoso, 2002).

Asumsi dalam penelitian ini yang dapat dipenuhi adalah: data berdistribusi normal, variabel dependen lebih dari satu yaitu variabel perilaku (pengetahuan, sikap, ketrampilan), sedangkan untuk varians-kovarians pada setiap grup independen dengan melihat nilai p Box's M ($p = 0.004 < 0.05$), artinya ada ketidaksamaan antara varians-kovarians, bila hal ini terjadi maka dilanjutkan dengan melihat nilai p *Levene's test* (untuk melihat secara individu) ternyata yang ada kesamaan varians-kovarians adalah variabel pengetahuan dan sikap, sedangkan variabel ketrampilan tidak ada kesamaan varians-kovarians.

Apabila semua uji (Box's M dan *Levene's test*) tidak menunjukkan kesamaan varians-kovarians maka data ditransformasi dalam bentuk logaritma 10 atau *square* kemudian dilakukan uji ulang (Santoso, 2003). Pada penelitian ini sudah dilakukan transformasi data dalam bentuk logaritma 10 dan *square* namun hasilnya data semakin tidak normal distribusinya maka peneliti tetap menggunakan data awal, kemudian peneliti memutuskan tetap lanjut pada analisis manova.

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil analisis data penelitian yang meliputi gambaran karakteristik responden; gambaran pengetahuan, sikap, dan ketrampilan; analisis hubungan karakteristik (usia dan pendidikan) dengan pengetahuan, sikap, ketrampilan; analisis perbedaan pengetahuan, sikap, ketrampilan sebelum dan setelah intervensi; analisis perbedaan pengetahuan, sikap, ketrampilan antara kelompok intervensi dan kontrol; serta analisis pengaruh peer group terhadap pengetahuan, sikap, dan ketrampilan setelah dikontrol variabel karakteristik (usia, pendidikan). Penelitian ini dilakukan selama 12 minggu mulai 23 Maret sampai dengan 13 Juni 2008. Penyajian data menggunakan tabel dan diikuti dengan interpretasi data.

A. Gambaran Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang akan digambarkan dalam analisis univariat meliputi umur dan pendidikan. Penyajian data karakteristik responden terdiri dari dua tabel, berikut uraiannya.

1. Karakteristik responden menurut umur dan pendidikan

Karakteristik responden dijelaskan pada tabel 5.1 tentang umur responden dan tabel 5.2 tentang pendidikan responden.

Tabel 5.1
Distribusi Responden menurut Umur Wanita Usia Subur
di Kota Semarang Maret-Juni 2008 ($n_1=n_2=55$)

Variabel	Kelompok	Mean	(SD)
Umur	Perlakuan	34.44	6.83
	Kontrol	36.56	5.28
	Total	35.50	6.17

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa seluruh responden berada pada rata-rata umur 35.50 tahun (6.17). Terlihat rata-rata umur responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol hampir sama masing-masing 34.44 tahun (6.83) dan 36.56 tahun (5.28).

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden menurut Pendidikan Wanita Usia Subur
di Kota Semarang, Maret-Juni 2008 ($n_1=n_2=55$)

Variabel	Kelompok	Kelompok				Total	
		Perlakuan		Kontrol		n	%
		n	%	n	%		
Pendidikan	SMP	21	38.2	20	36.4	41	37.3
	SMA	26	47.3	31	56.4	57	51.8
	Diploma	2	3.6	3	5.5	5	4.5
	Sarjana	6	10.9	1	1.8	7	6.4
	Total	55	100.0	55	100.0	110	100.0

Tabel 5.2 menunjukkan proporsi pendidikan responden hampir sama antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Proporsi pendidikan terbesar dari seluruh responden adalah SMA 51.8% dan selebihnya adalah SMP 37.3%, sarjana 6.4% dan diploma 4.5%.

B. Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan Responden Dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi Pada Wanita Usia Subur

Gambaran pengetahuan, sikap, keterampilan responden dalam pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur sebelum dan setelah intervensi pada kelompok perlakuan dan kontrol. Data ditampilkan dalam tabel 5.3 berikut ini.

Tabel 5.3
Rata-Rata Pengetahuan, Sikap, Keterampilan Wanita Usia Subur sebelum dan setelah Intervensi pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Kota Semarang Maret-Juni 2008 ($n_1=n_2=55$)

Variabel	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
Pengetahuan	16.13 (2.13)	18.15 (1.64)	16.64 (1.99)	17.29 (1.33)
Sikap	63.07 (4.75)	67.40 (5.68)	62.36 (4.41)	64.31 (4.54)
Keterampilan	8.85 (1.51)	11.36 (0.68)	9.44 (1.93)	10.24 (0.92)

Tabel 5.3 menunjukkan variabel pengetahuan sebelum intervensi edukasi kelompok sebaya rata-rata pengetahuan kelompok perlakuan dan kontrol hampir sama masing-masing 16.13 (2.13) dan 16.64 (1.99). Akan tetapi setelah intervensi edukasi kelompok sebaya rata-rata pengetahuan kelompok perlakuan sedikit lebih tinggi daripada kelompok kontrol masing-masing 18.15 (1.64) dan 17.29 (1.33). Variabel sikap sebelum intervensi edukasi kelompok sebaya rata-rata sikap kelompok perlakuan dan kontrol hampir sama masing-masing 63.07 (4.75) dan 62.36 (4.41). Akan tetapi setelah intervensi edukasi kelompok sebaya rata-rata sikap kelompok perlakuan sedikit lebih tinggi daripada kelompok kontrol masing-masing 67.40(5.68)

dan 64.31 (4.54). Variabel ketrampilan sebelum intervensi edukasi kelompok sebaya rata-rata ketrampilan kelompok perlakuan dan kontrol hampir sama masing-masing 8.85 (1.51) dan 9.44 (1.93). Akan tetapi setelah intervensi edukasi kelompok sebaya rata-rata ketrampilan kelompok perlakuan sedikit lebih tinggi daripada kelompok kontrol masing-masing 11.36 (0.68) dan 10.24 (0.92).

C. Uji Kesetaraan Variabel Penelitian Antara Kelompok Perlakuan Dan Kontrol

Sebelum dilanjutkan pada analisis bivariat dan multivariat maka dilakukan uji homogenitas atau kesetaraan setiap variabel antara kelompok perlakuan dan kontrol. Uji ini merupakan salah satu prasarat analisis parametrik pada kasus kontrol. Tabel 5.4 berikut ini adalah tabel uji homogenitas setiap variabel penelitian. Bila nilai $p > 0.05$, maka variabel tersebut homogen atau dengan kata lain ada kesetaraan antara kelompok perlakuan dan kontrol. Tabel 5.4 menguraikan hasil uji kesetaraan pada variabel numerik yaitu umur, pengetahuan, sikap dan ketrampilan menggunakan uji *t-pooled* (t independen) dan variabel kategorik yaitu pendidikan menggunakan uji *chi square*.

Tabel 5.4
Analisis Uji Homogenitas Variabel Penelitian antara Kelompok
Perlakuan dan Kontrol di Kota Semarang Maret 2008 ($n_1=n_2=55$)

Variabel	Perlakuan	Kontrol	Nilai p
Karakteristik:			
- Umur	Mean: 34.44	Mean: 36.56	0.071
- Pendidikan	SMP: 21 (38.2%) SMA: 26 (47.3%) Diploma: 2 (3.6%) Sarjana: 6 (10.9%)	SMP: 20 (36.4%) SMA: 31 (56.4%) Diploma: 3 (5.5%) Sarjana: 1 (1.8%)	0.237
Perilaku Pretes:			
- Pengetahuan	Mean: 16.13	Mean: 16.64	0.198
- Sikap	Mean: 63.07	Mean: 62.36	0.419
- Ketrampilan	Mean: 8.85	Mean: 9.44	0.081

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa variabel karakteristik responden: umur, pendidikan, dan variabel perilaku: pengetahuan, sikap, ketrampilan sebelum intervensi edukasi kelompok sebaya memiliki nilai $p > 0.05$, artinya variabel tersebut mempunyai varian yang sama antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol atau dengan kata lain terdapat kesetaraan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Berdasar hasil tersebut maka variabel memenuhi uji prasyarat analisis statistik parametrik sehingga akan dilakukan analisis bivariat lebih lanjut seperti yang diuraikan di bawah ini.

D. Hubungan Karakteristik Usia Dan Pendidikan Dengan Pengetahuan, Sikap, Dan Ketrampilan Wanita Usia Subur Dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi

Analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan karakteristik (usia, pendidikan) dengan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan adalah analisis bivariat. Analisis hubungan ini dilakukan untuk membantu menjawab hipotesa penelitian 1 dan 2. Analisis karakteristik usia dengan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan

menggunakan uji korelasi pearson pada tabel 5.5, sedangkan untuk karakteristik pendidikan dengan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan menggunakan uji anova pada tabel 5.6.

Tabel 5.5
Analisis Hubungan Karakteristik Usia dengan Pengetahuan, Sikap, Ketrampilan Wanita Usia Subur dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi di Kota Semarang, Maret-Juni 2008 (n=110)

Variabel	Variabel Dependen	r	Nilai p
Usia	Pengetahuan	0.223	0.019
	Sikap	-0,048	0.618
	Ketrampilan	-0.002	0.988

Tabel 5.5 menunjukkan variabel usia dengan pengetahuan, diperoleh nilai $r = 0.223$ dan nilai $p = 0.019$, artinya hubungan usia dengan pengetahuan menunjukkan hubungan yang lemah dan berpola positif sehingga semakin bertambah usia semakin meningkat pengetahuannya. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara usia dengan pengetahuan ($p < 0.05$). Hasil uji statistik variabel usia dengan sikap didapatkan tidak ada hubungan antara usia dengan sikap ($p > 0.05$). Hasil uji statistik variabel usia dengan ketrampilan didapatkan tidak ada hubungan antara usia dengan ketrampilan ($p > 0.05$).

Tabel 5.6
 Analisis Hubungan Karakteristik Pendidikan dengan Pengetahuan, Sikap,
 Ketrampilan Wanita Usia Subur dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi
 di Kota Semarang, Maret-Juni 2008 (n=110)

Variabel Pendidikan	Pengetahuan		Sikap		Ketrampilan	
	Mean (SD)	Nilai p	Mean (SD)	Nilai p	Mean (SD)	Nilai p
SMP	17.12 (1.50)	0.001	64.22 (5.67)	0.044	10.78 (0.94)	0.329
SMA	17.89 (1.41)		66.46 (4.89)		10.72 (1.03)	
Diploma	18.40 (1.82)		67.60 (3.65)		11.00 (1.00)	
Sarjana	19.29 (1.25)		69.29 (5.91)		11.43 (0.79)	

Tabel 5.6 menunjukkan rata-rata nilai pengetahuan terendah adalah pada responden yang berpendidikan SMP (17.12) dan rata-rata tertinggi pada responden yang berpendidikan sarjana (19.29). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0.001$, berarti ada perbedaan pengetahuan responden diantara keempat jenjang pendidikan. Analisis lebih lanjut membuktikan bahwa kelompok yang berbeda signifikan adalah jenjang pendidikan SMP dengan Sarjana (nilai $p < 0.05$).

Rata-rata nilai sikap terendah adalah pada responden yang berpendidikan SMP (64.22) dan rata-rata tertinggi pada responden yang berpendidikan sarjana (69.29). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0.044$, berarti ada perbedaan sikap responden diantara keempat jenjang pendidikan. Analisis lebih lanjut membuktikan bahwa tidak ada kelompok yang berbeda signifikan diantara keempat jenjang pendidikan (nilai $p > 0.05$).

Rata-rata nilai ketrampilan terendah adalah pada responden yang berpendidikan SMA (10.72) dan rata-rata tertinggi pada responden yang berpendidikan sarjana (11.43). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0.329$, berarti tidak ada perbedaan ketrampilan responden diantara keempat jenjang pendidikan. Analisis lebih lanjut membuktikan bahwa tidak ada kelompok yang berbeda signifikan diantara keempat jenjang pendidikan (nilai $p > 0.05$).

E. Perbedaan Pengetahuan, Sikap, Dan Ketrampilan Wanita Usia Subur Dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi

Analisis perbedaan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan wanita usia subur dilakukan untuk melihat perbedaan sebelum - setelah intervensi penelitian dan untuk melihat perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

1. Perbedaan pengetahuan, sikap, ketrampilan wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi sebelum dan setelah intervensi

Analisis perbedaan rata-rata nilai pengetahuan, sikap, dan ketrampilan, sebelum dan setelah intervensi pada kedua kelompok untuk membantu menjawab hipotesis penelitian 3, 4, dan 5. Analisis perbedaan ini merupakan analisis bivariat dengan menggunakan uji beda 2 mean berpasangan (*t-paired*).

Tabel 5.7 di bawah ini menunjukkan variabel pengetahuan, sikap dan ketrampilan, diperoleh hasil uji ada perbedaan rata-rata yang signifikan ($p < 0.05$) nilai pengetahuan, sikap dan ketrampilan sebelum dan setelah pada kedua kelompok. Hipotesis ini diperkuat dengan selisih hasil rata-rata nilai pengetahuan, sikap dan ketrampilan pada kelompok perlakuan lebih tinggi dari

pada kelompok kontrol, secara substansi perbedaan tersebut sangat bermakna dan mempengaruhi kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur.

Tabel 5.7
Analisis Perbedaan Rata-Rata Pengetahuan, Sikap, Ketrampilan Wanita Usia Subur dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi sebelum dan setelah Intervensi pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Kota Semarang Maret-Juni 2008 ($n_1=n_2=55$)

Variabel	Kelompok	Mean	SD	Beda Mean	Nilai t	Nilai p
Pengetahuan	Perlakuan - Sebelum	16.13	2.13	2.02	9.76	0.000
	- Setelah	18.15	1.64			
Kontrol	- Sebelum	16.64	1.99	0.65	3.15	0.003
	- Setelah	17.29	1.33			
Sikap	Perlakuan - Sebelum	63.07	4.75	4.33	5.73	0.000
	- Setelah	67.40	5.68			
Kontrol	- Sebelum	62.36	4.41	1.95	3.23	0.002
	- Setelah	64.31	4.54			
Ketrampilan	Perlakuan - Sebelum	8.85	1.51	2.51	13.29	0.000
	- Setelah	11.36	0.68			
Kontrol	- Sebelum	9.44	1.93	0.80	3.46	0.001
	- Setelah	10.24	0.92			

2. Perbedaan pengetahuan, sikap, ketrampilan wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi antara kelompok perlakuan dan kontrol

Guna membantu menjawab hipotesis penelitian 6, 7, 8 tabel 5.8 berikut akan menyajikan perbedaan rata-rata nilai pengetahuan, sikap, dan ketrampilan wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi antara kelompok perlakuan dan

kontrol. Analisis perbedaan ini merupakan analisis bivariat dengan menggunakan uji beda dua mean tidak berpasangan (*t-independent*).

Tabel 5.8
Analisis Perbedaan Rata-Rata Pengetahuan, Sikap, Ketrampilan Wanita Usia Subur dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi antara Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Kota Semarang, Maret-Juni 2008 ($n_1=n_2=55$)

Variabel	Kelompok	Mean	SD	Nilai t	Nilai p
Pengetahuan	Perlakuan	18.15	1.64	3.005	0.003
	Kontrol	17.29	1.34		
Sikap	Perlakuan	67.40	5.68	3.154	0.002
	Kontrol	64.31	4.54		
Ketrampilan	Perlakuan	11.36	0.68	7.309	0.000
	Kontrol	10.24	0.92		

Tabel 5.8 menunjukkan variabel pengetahuan, sikap dan ketrampilan diperoleh hasil uji ada perbedaan rata-rata yang signifikan ($p < 0.05$) nilai pengetahuan, sikap dan ketrampilan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Hipotesis ini diperkuat dengan hasil rata-rata nilai pengetahuan, sikap dan ketrampilan pada kelompok perlakuan lebih tinggi dari pada kelompok kontrol, secara substansi perbedaan tersebut sangat bermakna dan mempengaruhi kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur.

F. Pengaruh Edukasi Kelompok Sebaya Terhadap Pengetahuan, Sikap, Dan Ketrampilan Wanita Usia Subur Dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi

Penyajian analisis multivariat akan menguraikan apakah ada pengaruh edukasi kelompok sebaya dengan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan dalam pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur (hipotesa 9) setelah dikontrol oleh

karakteristik usia dan pendidikan. Analisis menggunakan GLM Manova (*General Linier Model Multivariate Analysis Of Variance*) dengan menganalisis variabel dependen yaitu perilaku: pengetahuan, sikap, ketrampilan secara bersama-sama. Tabel 5.9 sampai dengan tabel 5.14 berikut menguraikan hasil uji variabel dependen (pengetahuan, sikap, ketrampilan) secara bersama-sama dengan variabel umur dan variabel pendidikan responden.

1. Sebelum dikontrol dengan variabel umur dan pendidikan

Tabel 5.9
Perbedaan Rata-Rata Pengetahuan, Sikap, Ketrampilan Wanita Usia Subur Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol setelah Intervensi Edukasi Kelompok Sebaya di Kota Semarang Maret-Juni 2008 ($n_1=n_2=55$)

Variabel	Kelompok	Mean	SD	N
Pengetahuan	Perlakuan	18.15	1.638	55
	Kontrol	17.29	1.329	55
	Total	17.72	1.545	110
Sikap	Perlakuan	67.40	5.678	55
	Kontrol	64.31	4.537	55
	Total	65.85	5.346	110
Ketrampilan	Perlakuan	11.36	.677	55
	Kontrol	10.24	.922	55
	Total	10.80	.984	110

Berdasar tabel 5.9 diketahui bahwa rata-rata pengetahuan, sikap, dan ketrampilan wanita usia subur pada kelompok perlakuan adalah secara berurutan 18.15, 67.40, dan 11.36. Sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata pengetahuan, sikap, dan ketrampilan adalah secara berurutan 17.29, 64.31, 10.24.

Tabel 5.10
Homogenitas Pengetahuan, Sikap, Ketrampilan Wanita Usia Subur pada Kelompok
Perlakuan dan Kontrol setelah Intervensi Edukasi Kelompok Sebaya
di Kota Semarang Maret-Juni 2008 ($n_1=n_2=55$)

Box's M	19.487
F	3.150
df1	6
df2	84508.981
Sig.	.004

Tabel 5.10 di bawah ini merupakan analisis Box's M untuk menguji asumsi bahwa setiap kelompok mempunyai variasi yang mirip. Terlihat nilai p pada uji Box's M sebesar 0.004 ($p < 0.05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa variasi kedua kelompok tidak mirip atau berbeda.

Tabel 5.11
Pengaruh Edukasi Kelompok Sebaya terhadap Pengetahuan, Sikap, Ketrampilan Wanita Usia Subur Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol sebelum Dikontrol Umur dan Pendidikan di Kota Semarang Maret-Juni 2008 ($n_1=n_2=55$)

Variabel independen	Variabel dependen	Nilai F	Nilai p
<i>Corrected Model</i>	pengetahuan	9.030	0.003
	sikap	9.946	0.002
	ketrampilan	53.416	0.000
<i>Intercept</i>	pengetahuan	15527.968	0.000
	sikap	18059.033	0.000
	ketrampilan	19612.089	0.000
Kelompok	pengetahuan	9.030	0.003
	sikap	9.946	0.002
	ketrampilan	53.416	0.000

Berdasar tabel 5.11 terlihat nilai $p < 0.05$, artinya bahwa pengetahuan, sikap, dan ketrampilan dipengaruhi oleh intervensi edukasi kelompok sebaya.

2. Setelah Dikontrol Dengan Variabel Umur Dan Pendidikan

Tabel 5.12
Perbedaan Rata-Rata Pengetahuan, Sikap, Ketrampilan Wanita Usia Subur Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol setelah Intervensi Edukasi Kelompok Sebaya setelah Dikontrol Variabel Umur dan Pendidikan di Kota Semarang Maret-Juni 2008 ($n_1=n_2=55$)

Variabel	Kelompok	Mean	SD	N
Pengetahuan	Perlakuan	18.15	1.638	55
	Kontrol	17.29	1.329	55
	Total	17.72	1.545	110
Sikap	Perlakuan	67.40	5.678	55
	Kontrol	64.31	4.537	55
	Total	65.85	5.346	110
Ketrampilan	Perlakuan	11.36	.677	55
	Kontrol	10.24	.922	55
	Total	10.80	.984	110

Tabel 5.12 terlihat bahwa setelah dikontrol dengan variabel umur dan pendidikan tidak ada perbedaan rata-rata pengetahuan, sikap, ketrampilan antara sebelum dan sesudah adanya variabel control (umur dan pendidikan). Hal ini berarti bahwa umur dan pendidikan tidak berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan ketrampilan wanita usia subur.

Tabel 5.13
Homogenitas Pengetahuan, Sikap, Ketrampilan Wanita Usia Subur pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol setelah Intervensi Edukasi Kelompok Sebaya setelah Dikontrol Variabel Umur dan Pendidikan di Kota Semarang Maret-Juni 2008 ($n_1=n_2=55$)

Box's M	19.487
F	3.150
df1	6
df2	84508.981
Sig.	.004

Box's M menguji asumsi bahwa setiap kelompok, umur, dan pendidikan memiliki variasi yang mirip. Terlihat nilai p pada uji Box's M sebesar 0.004 ($p < 0.05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa pengetahuan, sikap, ketrampilan adalah tidak sama, baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol setelah dikontrol oleh variabel umur dan pendidikan.

Tabel 5.14
 Pengaruh Edukasi Kelompok Sebaya terhadap Pengetahuan, Sikap, Ketrampilan
 Wanita Usia Subur Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol setelah Dikontrol Umur dan
 Pendidikan di Kota Semarang Maret-Juni 2008 ($n_1=n_2=55$)

Variabel independen	Variabel dependen	Nilai F	Nilai p
<i>Corrected Model</i>	pengetahuan	13.513	0.000
	sikap	5.959	0.001
	ketrampilan	17.894	0.000
<i>Intercept</i>	pengetahuan	305.280	0.000
	sikap	415.468	0.000
	ketrampilan	481.604	0.000
Umur	pengetahuan	11.681	0.001
	sikap	0.279	0.599
	ketrampilan	0.027	0.869
Pendidikan	pengetahuan	22.003	0.000
	sikap	7.425	0.008
	ketrampilan	0.840	0.362
Kelompok	pengetahuan	12.255	0.001
	sikap	9.123	0.003
	ketrampilan	50.144	0.000

Tabel di atas terlihat bahwa intervensi edukasi kelompok sebaya mempengaruhi pengetahuan, sikap, dan ketrampilan wanita usia subur setelah dikontrol dengan variabel umur dan pendidikan yang dapat dilihat dari nilai $p < 0.05$. Hal ini berarti bahwa pengetahuan, sikap, dan ketrampilan tidak dipengaruhi oleh umur dan tingkat pendidikan tetapi terbukti dipengaruhi oleh intervensi edukasi kelompok sebaya.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini berisi tentang interpretasi dan diskusi hasil, keterbatasan penelitian serta implikasi penelitian terhadap keperawatan. Interpretasi dan diskusi hasil membahas tentang kesenjangan maupun kesesuaian antara hasil penelitian yang dilakukan dengan hasil penelitian terkait disertai dengan studi pustaka yang mendasarinya. Keterbatasan penelitian membahas tentang keterbatasan terhadap penggunaan metodologi penelitian dan implikasi penelitian membahas tentang pengaruh atau manfaat hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan dan penelitian berikutnya.

A. Interpretasi Dan Diskusi Hasil

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh edukasi kelompok sebaya terhadap perubahan perilaku pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur di Kota Semarang. Perilaku wanita usia subur pada kelompok perlakuan yang telah diintervensi dengan edukasi kelompok sebaya akan dibandingkan dengan perilaku wanita usia subur pada kelompok kontrol yang tidak dilakukan intervensi penelitian.

Berikut akan dibahas berdasar tujuan khusus dan hipotesa penelitian yang telah dirumuskan.

1. Hubungan Karakteristik Usia, Pendidikan Dengan Pengetahuan, Sikap, Dan Ketrampilan Wanita Usia Subur Dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi

Berbagai faktor diperkirakan berhubungan dengan perilaku sehat seseorang di antaranya karakteristik individu yaitu usia dan pendidikan. Dalam Penelitian ini yang dimaksud perilaku meliputi tiga domain yaitu pengetahuan, sikap, dan ketrampilan. Diprediksi bahwa usia, dan pendidikan seseorang dapat mempengaruhi pengetahuan, sikap, dan ketrampilan dalam kesehatan. Penelitian ini akan membahas hasil penelitian tentang hubungan karakteristik usia, pendidikan dengan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi.

a. Hubungan Karakteristik Usia Dengan Pengetahuan, Sikap, Dan Ketrampilan Wanita Usia Subur Dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi

Hasil analisis diperoleh ada hubungan yang signifikan antara karakteristik usia dengan pengetahuan wanita usia subur tentang pencegahan anemia gizi besi ($p < 0.05$). Walaupun hubungan usia dengan pengetahuan menunjukkan hubungan yang lemah namun berpola positif artinya semakin bertambah umur wanita usia subur semakin meningkat pengetahuannya. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Yuniewati (2001) tentang hubungan karakteristik sosial ibu dengan pengetahuan obesitas pada anak, diperoleh ada hubungan antara karakteristik usia ibu dengan pengetahuan.

Diketahui bahwa usia responden pada penelitian ini rata-rata berada pada usia 35.5 tahun, dimana usia tersebut termasuk dalam usia dewasa muda

(Hurlock, 2000). Menurut peneliti bila dikaitkan dengan pengetahuan kesehatan, usia mencerminkan kematangan seseorang dalam mengambil keputusan dalam hal ini adalah keputusan tentang pencegahan anemia gizi besi. Hal ini sesuai pendapat Hurlock (2000) bahwa orang usia dewasa muda dapat mengembangkan keinginan dalam mencari tahu peran-peran baru.

Berkaitan dengan penelitian ini, peneliti berasumsi bahwa pada tahapan usia ini seseorang semakin bertambah dalam memainkan peran-peran baru sehingga dalam keterlibatan pembelajaran yang berorientasi kognitif seperti yang dilakukan dalam intervensi penelitian ini yaitu edukasi kelompok sebaya pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur, mereka lebih ingin menempuh pengalaman baru tersebut guna menambah pengetahuannya.

Hasil uji statistik variabel karakteristik usia dengan sikap didapatkan tidak ada hubungan antara usia dengan sikap wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi ($p > 0.05$). Hal ini sesuai dengan pendapat Herlambang (2005) bahwa tidak ada hubungan usia dengan sikap terhadap pencegahan HIV/AIDS. Peneliti berpendapat bahwa, rata-rata umur wanita usia subur yang masuk dalam tahapan dewasa muda memberikan dampak kompetisi yang ketat untuk diakui keberadaannya oleh orang lain. Chaplin (1999) mengatakan dewasa muda umumnya tidak puas dengan kedudukan yang tidak berarti, menurut Deaux (1993) individu atau kelompok memilih untuk bekerja sama tergantung dari struktur reward dalam suatu situasi, sehingga menimbulkan kompetisi, dengan demikian seringkali keamanan diri dan

kesehatan wanita usia subur kurang diperhatikan. Dengan demikian mereka seringkali mengabaikan sikapnya terhadap suatu hal baru, dalam hal ini adalah sikap wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi.

Hasil uji statistik variabel usia dengan ketrampilan didapatkan tidak ada hubungan antara usia dengan ketrampilan ($p > 0.05$). Peneliti berpendapat bahwa ketrampilan atau tindakan seseorang dalam pencegahan penyakit akan terbentuk dengan baik bila didukung dengan dasar pengetahuan dan sikap yang baik pula, namun tidak berdasar kematangan usia seseorang. Hal ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2007) bahwa ketrampilan atau tindakan seseorang terhadap kesehatan berkaitan dengan pengetahuan dan sikapnya tentang kesehatan tersebut, namun tidak tergantung dengan kematangan biologis seseorang. Bila dilihat dari usia responden yang rata-rata berusia 35.5 tahun dan sebagian besar responden sebagai ibu rumah tangga maka ketrampilan atau tindakan terkait pencegahan anemia gizi besi merupakan hal baru bagi mereka dan membutuhkan waktu untuk berlatih dan mencobanya.

b. Hubungan Karakteristik Pendidikan Dengan Pengetahuan, Sikap, Dan Ketrampilan Wanita Usia Subur Dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0.001$, berarti ada perbedaan pengetahuan wanita usia subur diantara keempat jenjang pendidikan. Dengan kata lain ada hubungan antara pendidikan dengan pengetahuan wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Sulistiawati (2000) bahwa ada hubungan yang bermakna

antara jenjang pendidikan seseorang dengan pengetahuan tentang demam berdarah dengue, demikian juga Kusumawati (2004) bahwa tingkat pendidikan mempunyai hubungan dengan pengetahuan seseorang tentang gizi.

Loundon dan Britta (1998) menjelaskan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi keinginan dan harapan. Dalam penelitian ini keinginan dan harapan wanita usia subur dalam memperoleh pengetahuan yang lebih baik tentang pencegahan anemia gizi besi. Hal ini berkaitan dengan rata-rata responden berpendidikan mayoritas SMA, peneliti berpendapat bahwa jenjang pendidikan ini sudah merupakan level menengah sehingga dalam pemikiran dan mencerna suatu pengalaman baru untuk menambah pengetahuan lebih mudah diterima. Peneliti juga berasumsi bahwa pendidikan formal pada hakikatnya berfungsi sebagai sarana pemberdayaan individu untuk meningkatkan pengetahuan dalam rangka pengembangan potensi diri. Oleh karena itu, wanita usia subur yang memiliki pendidikan relatif tinggi akan selalu mengembangkan wawasan dan mengikuti perkembangan baru terutama tentang informasi pencegahan anemia gizi besi.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0.044$, berarti ada perbedaan sikap responden diantara keempat jenjang pendidikan. Dengan kata lain ada hubungan antara pendidikan dengan sikap wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi. Menurut peneliti, tingkat pendidikan formal

sangat berperan penting dalam peningkatan pengetahuan seseorang terhadap sesuatu hal, dengan demikian pendidikan formal akan membantu meningkatkan sikap pada wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi dengan didasari oleh pengetahuan yang dimilikinya. Hal ini sesuai pendapat Suryantini (2001) yang mengatakan bahwa pendidikan formal mempunyai hubungan dengan sikap. Notoatmodjo (2007) juga mengatakan sikap yang baik dan langgeng bila didasari oleh pengetahuan yang baik pula. Pengetahuan yang baik tersebut salah satunya diperoleh dari pendidikan formal yang mendasari individu dalam bersikap. Dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting wanita usia subur terhadap penyakit anemia gizi besi.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0.329$, berarti tidak ada perbedaan ketrampilan atau tindakan (praktik) responden diantara keempat jenjang pendidikan. Dengan kata lain tidak ada hubungan antara pendidikan dengan ketrampilan atau tindakan (praktik) wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi. Hal ini sesuai dengan penelitian Sulistiawati (2000) bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan praktek atau tindakan pencegahan demam berdarah di rumah.

Peneliti berpendapat bahwa ketrampilan atau tindakan (praktik) seseorang terhadap kesehatan tidak semata-mata diperoleh dari pendidikan formal namun dapat dilatih melalui pendidikan non formal yang ada di lingkungan sekitarnya. Hal ini sesuai dengan pendapat Suryantini (2001) bahwa

pendidikan formal seseorang bukan sebagai satu-satunya sumber ketrampilan seseorang, namun pendidikan non formal turut berperan di dalamnya. Kaitannya dengan penelitian ini bahwa ketrampilan atau tindakan (praktik) wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi tidak semata-mata dipengaruhi oleh jenjang pendidikan yang dimilikinya, akan tetapi dipengaruhi juga oleh pendidikan yang sifatnya non formal dan juga oleh media informasi yang pernah kontak dengan dirinya. Dengan demikian intervensi kelompok sebaya dapat digunakan sebagai salah satu sarana dalam melatih ketrampilan wanita usia subur dalam pencegahan anemia gizi besi.

2. Perbedaan Pengetahuan, Sikap, Dan Ketrampilan Wanita Usia Subur Dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi

Penelitian ini dilakukan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, sehingga dapat dilihat perbedaan yang terjadi diantara kedua kelompok. Berikut akan dibahas hasil penelitian analisis perbedaan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan sebelum dan setelah intervensi maupun perbedaan antar kelompok. Perilaku kesehatan (*healty behavior*) adalah semua aktivitas atau kegiatan, baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati, yang berhubungan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Edelman & Mandel, 2002; Koziar, et al., 2004), atau dengan kata lain perilaku merupakan totalitas pemahaman dan aktivitas seseorang sebagai hasil bersama antara faktor internal dan eksternal.

Berdasar definisi tersebut perilaku mempunyai area yang luas dan kompleks. Perilaku yang dimaksud dalam penelitian ini seperti yang dikemukakan oleh

Bloom (1908, dalam Bastable, 2002, Notoatmodjo, 2007) membagi domain perilaku meliputi pengetahuan, sikap, dan praktik (ketrampilan atau tindakan). Demikian juga perilaku seseorang terhadap kesehatan mencakup tiga domain tersebut yaitu pengetahuan kesehatan, sikap terhadap kesehatan, dan ketrampilan/ tindakan/ praktik kesehatan. Berikut akan diuraikan interpretasi hasil penelitian dan pembahasan dari ketiga domain tersebut.

a. Perbedaan Pengetahuan Wanita Usia Subur Dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi

Berdasar hasil penelitian yang diperoleh dari analisis data adanya perbedaan pengetahuan yang signifikan tentang pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur sebelum dan setelah intervensi penelitian pada kelompok perlakuan ($p = 0.000$). Hal ini sesuai dengan penelitian Herlambang (2004) adanya peningkatan pengetahuan yang signifikan skor rata-rata sebelum dan setelah intervensi promosi kesehatan dalam kelompok siswa SMU. Demikian juga penelitian Chairani (2006) diperoleh hasil ada perbedaan pengetahuan remaja terhadap upaya pencegahan penyalahgunaan napza setelah mengikuti kelompok swabantu dibanding sebelumnya. Perbedaan pengetahuan juga terjadi pada kelompok kontrol ($p = 0.003$), namun bila dilihat dari nilai beda rata-rata masih lebih tinggi pada kelompok perlakuan yang mendapat intervensi edukasi kelompok sebaya. Secara substansi perbedaan tersebut sangat bermakna terhadap perubahan perilaku pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur juga karena intervensi yang diberikan, namun setelah ditelusuri lebih lanjut peningkatan pengetahuan yang besar terjadi pada item

pertanyaan pengetahuan tentang meningkatkan konsumsi makanan begizi terutama yang mengandung zat besi. Peningkatan item pengetahuan tersebut terjadi karena pada pelaksanaan penelitian dengan intervensi edukasi kelompok sebaya lebih menekankan metode demonstrasi dan praktek langsung dengan bahan makanan asli. Menurut Bastable (2002) dan Suciati (2005) mengatakan penerimaan informasi melalui penginderaan hanya dapat diserap 20% sehingga ketrampilan atau tindakan dalam bentuk demonstrasi , praktek sangat dibutuhkan dalam suatu pembelajaran.

Teori mengatakan, pengetahuan pada dasarnya merupakan hal yang sangat pribadi, sifatnya kontekstual dan berasal dari pengalaman pribadi, penafsiran makna, dan relevansi yang dirasakan oleh individu (Nelms, 1991, dalam Obermann & Reilly, 2002). Pengetahuan sering dikatakan dengan kemampuan kognitif seseorang dalam pemahaman terhadap suatu obyek, dalam konteks ini obyek yang dimaksud adalah kesehatan tentang pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam perubahan perilaku seseorang terhadap kesehatannya. Melalui pengetahuan diharapkan terjadi proses adopsi perilaku (Rogers, 1974 dalam Bastable, 2002, Notoatmodjo, 2007). Menurut Green (1980, dalam Green dan Kreuter, 2000) bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi yang penting. Apabila seseorang atau kelompok sudah memiliki pengetahuan terhadap kesehatan maka akan mempermudah terbentuknya perilaku kesehatan seseorang atau kelompok.

Hal ini dikuatkan oleh pendapat Bastable (2002) bahwa perilaku kesehatan sangat dipengaruhi oleh faktor predisposisi.

Hasil penelitian ini juga menyebutkan ada perbedaan pengetahuan wanita usia subur tentang perilaku pencegahan anemia gizi besi yang signifikan ($p = 0.003$) antara kelompok perlakuan dan kontrol. Secara substansi adanya perbedaan pengetahuan dari kedua kelompok sangat bermakna terhadap kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur. Hasil ini didukung oleh penelitian Ernawati (2000) pengetahuan responden tentang pencegahan anemia pada ibu hamil meningkat secara bermakna pada kelompok perlakuan yang mendapat penyuluhan dibanding kelompok kontrol.

Rata-rata pengetahuan pada kelompok kontrol juga mengalami peningkatan, namun bila dibandingkan dengan kelompok perlakuan maka peningkatan rata-rata pengetahuan lebih kecil. Kondisi ini sekaligus membuktikan bahwa intervensi edukasi kelompok sebaya berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan wanita usia subur dibanding wanita usia subur yang tidak mengikuti intervensi edukasi kelompok sebaya. Hal ini sesuai dengan penelitian Thomson (2002) bahwa kelompok yang diberikan perlakuan berupa edukasi tentang menyusui menunjukkan peningkatan pengetahuan dibanding kelompok kontrol. Hasil penelitian Ernawati (2000) juga menunjukkan bahwa pengetahuan responden tentang anemi, penyebab anemi, konsekuensi anemi pada ibu hamil dan bayinya, meningkat secara bermakna

pada kelompok yang mendapat intervensi penyuluhan kelompok. Peneliti berasumsi bahwa berkaitan dengan penelitian ini dengan adanya intervensi dalam bentuk edukasi kelompok sebaya dalam pencegahan anemia gizi besi dapat membantu wanita usia subur meningkatkan pengetahuannya.

Kelompok sebaya (kelompok sebaya) sebagai salah satu sarana atau media untuk bertukar pikiran, saling diskusi, penyuluhan atau pendidikan kesehatan terkait masalah yang sedang dihadapinya, sehingga kelompok dapat mencapai keberhasilan, kepuasan sekaligus membuat kehidupan menjadi lebih efektif. Proses yang terjadi di dalam kegiatan kelompok sebaya dijelaskan oleh Pender, et al. (2002) salah satunya berorientasi pada kegiatan kognitif. Kelompok sebaya yang ada bertujuan untuk saling membantu anggotanya dalam menyelesaikan masalah dan adanya proses pendidikan atau pembelajaran antar anggotanya, sehingga kegiatan yang dilakukan juga berorientasi kognitif. Hal ini sesuai dengan intervensi penelitian yang dilakukan yaitu edukasi di dalam kelompok sebaya tentang pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur. Intervensi edukasi ini dilakukan sendiri oleh tim peneliti dengan melibatkan tim penggerak PKK tingkat kelurahan serta kader kesehatan dengan berbagai metode penyampaian materi seperti ceramah, diskusi, *sharing*, demonstrasi (praktek), kunjungan rumah serta pemutaran VCD “Cantik Berseri Tanpa Anemia”. Proses intervensi juga melibatkan petugas Puskesmas selaku yang mempunyai wilayah.

Uraian hasil penelitian yang telah dilakukan sejalan dengan penelitian Mulyawati (2003) menghasilkan pengetahuan tentang gizi dari 56 responden yang menderita anemia 53 responden mempunyai pengetahuan tentang gizinya kurang, bila dibandingkan dengan hasil pola makan responden ternyata pada umumnya baik (35 responden) dan cukup 21 responden.

Kelompok sebaya yang ada juga merupakan salah satu bentuk dukungan sosial yang diberikan kepada anggotanya dengan tujuan promosi kesehatan (O'Conner & Parker, 2001). Berdasar uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa dengan edukasi kelompok sebaya diharapkan dapat saling membantu dalam memperoleh pengetahuan tentang pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur.

Perawat komunitas sebagai pemberi informasi mengajarkan bagaimana cara mencegah atau mengurangi dampak yang dapat ditimbulkan oleh anemia gizi besi pada wanita usia subur sangat dibutuhkan, mengingat wanita usia subur mempunyai multi peran yaitu sebagai remaja, calon ibu, ibu dan juga sebagai pekerja. Informasi yang diberikan dalam intervensi penelitian ini diharapkan dapat membantu wanita usia subur untuk dirinya sendiri, keluarga serta lingkungannya. Pendapat ini didukung oleh Ajzen dan Fishbein (1980, dalam Azwar, 2005) menekankan bahwa proses kognitif sebagai dasar manusia untuk memutuskan perilaku apa yang akan diambilnya, secara sistematis memanfaatkan informasi yang ada di sekitarnya. Demikian juga pendapat Green (1980, dalam Green dan Kreuter, 2000; O'Conner dan Parker, 2001;

McMurray, 2003) salah faktor yang mempengaruhi perilaku individu adalah faktor predisposisi. Dalam konteks penelitian ini pengetahuan wanita usia subur tentang pencegahan anemia gizi besi sebagai faktor predisposisi. Pengetahuan sebagai faktor predisposisi merupakan domain yang sangat penting sebagai dasar pembentukan perilaku individu, karena pengetahuan sebagai hasil dari proses mencari tahu setelah melakukan penginderaan terhadap suatu obyek (Bastable, 2002; Notoatmodjo, 2007). Hal tersebut sesuai penelitian yang dilakukan oleh Riyanto (2002) menghasilkan adanya hubungan yang bermakna ($p = 0.008$) antara pengetahuan dengan perilaku sehat.

Kebutuhan pengetahuan wanita usia subur tentang kesehatan tidak terlepas dari pengaruh sebaya yang ada di sekitarnya, dalam hal ini adalah kelompok sebaya yang tergabung dalam wadah PKK RT. Keberadaan sebaya yang ada di lingkungannya dijadikan sebagai model pembelajaran yang dirasa tepat bagi wanita usia subur, karena mereka dapat melakukan *sharing* tentang permasalahan yang dialaminya. Hal ini sesuai dengan pendapat Pender et al. (2002) bahwa kegiatan yang dilakukan dalam kelompok sebaya berorientasi kognitif salah satunya dalam bentuk *sharing* pengetahuan.

Peningkatan pengetahuan juga terjadi pada kelompok kontrol yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0.003$, peningkatan ini kemungkinan terjadi karena beberapa faktor yaitu adanya kontak atau terpapar informasi dari media dan intervensi pihak lain, adanya pengalaman wanita usia subur

sebelumnya dalam mendiskusikan tentang anemia gizi besi, instrumen yang digunakan sebelum dan sesudah sama sehingga memungkinkan mereka mencari tahu tentang informasi yang ditanyakan pada instrumen. Kondisi ini diduga turut mempengaruhi peningkatan pengetahuan wanita usia subur karena pengaruh eksternal yang tidak dapat dikontrol di lingkungannya. Walaupun pada kelompok kontrol rata-rata nilai pengetahuannya terjadi kenaikan akan tetapi bila dibandingkan dengan kelompok perlakuan maka peningkatan rata-rata pengetahuan masih lebih tinggi pada kelompok perlakuan. Hal ini dapat membuktikan bahwa kelompok sebaya yang ada dirasa berpengaruh dalam meningkatkan pengetahuan wanita usia subur. Hasil penelitian Susanti (1994), model intervensi pendidikan sebaya tingkat efektifitasnya dianggap tinggi dan terjamin kelangsungan untuk membantu sebaya mereka sendiri.

b. Perbedaan Sikap Wanita Usia Subur Dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi

Komponen kedua dari perilaku adalah sikap (*attitude*) yang merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respon (Purwanto, 1999; Allport, 1935 dalam Azwar, 2005). Sementara Suciati (2005), menegaskan bahwa sikap atau afektif sangat berkaitan dengan perasaan, emosi, sistem nilai, dan sikap hati (*attitude*) yang menunjukkan penerimaan atau penolakan terhadap sesuatu. Demikian juga sikap terhadap kesehatan yang merupakan pendapat atau

penilaian seseorang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, dalam hal ini pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur.

Hasil penelitian diperoleh adanya perbedaan sikap yang signifikan ($p = 0.000$) tentang perilaku pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur sebelum dan setelah intervensi edukasi kelompok sebaya pada kelompok perlakuan. Hal ini secara substansi hasil kenaikan bermakna terhadap perubahan perilaku wanita usia subur pada kelompok perlakuan. Peningkatan sikap juga terjadi pada kelompok kontrol, hal ini dibuktikan adanya perbedaan sikap yang signifikan ($p = 0.002$), namun peningkatan sikap pada kelompok kontrol masih lebih rendah dibanding kelompok perlakuan. Namun, setelah ditelusuri lebih lanjut peningkatan sikap banyak terjadi pada komponen sikap yang bersifat kognitif. Komponen ini menurut Allport, Mann, Middlebrook (1935, 1969, 1974, dalam Azwar, 2005) sering disebut juga dengan pandangan terutama bila menyangkut masalah isu atau problem kontroversial. Berdasar komponen ini bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran wanita usia subur (WUS) terhadap penyakit anemia gizi besi (AGB).

Hasil penelitian juga diperoleh adanya perbedaan sikap yang signifikan ($p = 0.002$) tentang perilaku pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Hal ini secara substansi perbedaan tersebut sangat bermakna terhadap perubahan perilaku wanita usia subur. Rata-rata nilai sikap pada kelompok kontrol juga mengalami

kenaikan, namun bila dibandingkan dengan kelompok perlakuan kenaikannya lebih kecil. Kondisi ini juga menunjukkan bahwa edukasi kelompok sebaya wanita usia subur berpengaruh terhadap perubahan sikap wanita usia subur dibanding wanita usia subur yang tidak mengikuti kegiatan edukasi kelompok sebaya.

Hasil penelitian tentang sikap kesehatan reproduksi remaja, dihasilkan sebagian besar responden bersikap tidak setuju dilakukannya aborsi karena dianggap sebagai tindakan yang sangat berdosa karena tidak sesuai dengan ajaran agama dan tidak berperikemanusiaan (60,52%). Hal ini didukung dengan temuan lain (Tafal, 2003) yaitu 63,44% responden (dari 227 orang responden yang telah melakukan hubungan seksual) menjawab akan meneruskan kehamilan dan menikah. Akan tetapi, sebanyak 23,79% (dari n=227) justru memilih untuk melakukan aborsi. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun mereka tidak setuju terhadap tindakan aborsi, namun kebutuhan terhadap hal tersebut secara riil ada, terutama jika seseorang dihadapkan pada kehamilan yang tidak dikehendaki. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perubahan sikap tidak dapat langsung dilihat, tapi dapat ditafsirkan lebih dulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata merupakan kesesuaian reaksi emosional terhadap stimulus. Sikap terhadap stimulus tersebut dapat mendukung (afek positif) atau tidak mendukung (afek negatif). Demikian halnya perubahan sikap pada wanita usia subur dalam kelompok sebaya tidak dapat langsung dilihat namun dapat ditafsir dari perilaku tertutup yang lama kelamaan akan menjadi sikap yang dapat diamati oleh orang lain di

sekitarnya. Sikap seseorang terhadap kesehatan biasanya didasari dari adanya pengetahuan yang baik, namun demikian tidak menutup kemungkinan seseorang yang berpengetahuan baik belum tentu mempunyai sikap yang baik pula.

Domain sikap sering disebut domain perasaan yang diungkapkan sebagai emosi, niat, nilai dan apresiasi yang sangat berkaitan dengan terbentuknya perilaku (Bastable, 2002; Azwar, 2005). Hubungan antara sikap dan perilaku ini didukung oleh teori Green (1980, dalam Green dan Kreuter, 2000) yang menjelaskan bahwa perilaku seseorang terhadap kesehatan dipengaruhi oleh faktor predisposisi dan salah satu bagian dari faktor tersebut adalah sikap.

Peningkatan sikap wanita usia subur dalam perilaku pencegahan anemia gizi besi pada kelompok perlakuan terjadi karena kelompok sebaya yang ada dapat memberikan dukungan informasi, penghargaan serta bimbingan kepada anggota kelompoknya, sehingga muncul kesadaran dan niat untuk berperilaku sesuai dengan anggota kelompoknya, hal ini sejalan dengan pendapat Pender, et. al. (2002) dan Bomar (2004) bentuk transaksi interpersonal yang ada di dalam kelompok sebaya adalah bantuan (jasa, materi, atau informasi), dan pernyataan (umpan balik konstruktif, dan pengakuan).

Berkaitan dengan penelitian ini intervensi yang dilakukan dengan melakukan edukasi sebaya tentang pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur

diharapkan dapat membantu wanita usia subur menentukan sikapnya terhadap perilaku pencegahan anemia gizi besi , karena dalam kelompok sebaya berkembang saling menghargai dan saling membantu serta bertanggung jawab terhadap aturan yang disepakati bersama (Pender, et al., 2002).

c. Perbedaan Keterampilan Wanita Usia Subur Dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi

Bagian ketiga dari perilaku adalah domain keterampilan (*psychomotor*). Praktik kesehatan ini sebagai faktor lain yang mendukung terwujudnya suatu pengetahuan dan sikap seseorang (Notoatmodjo, 2005). Berdasar hasil penelitian yang diperoleh dapat menjawab hipotesa 5, yaitu ada perbedaan keterampilan atau tindakan yang sangat bermakna ($p = 0.000$) tentang pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur sebelum dan setelah intervensi kelompok sebaya. Hal ini juga mendukung terjadinya perubahan perilaku wanita usia subur. Hasil penelitian juga membuktikan ada perbedaan keterampilan atau tindakan yang signifikan ($p = 0.001$) tentang pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur sebelum dan setelah pada kelompok kontrol, namun bila dilihat dari skor beda rata-rata maka peningkatan keterampilan pada kelompok kontrol lebih kecil dibanding kelompok perlakuan.

Hasil penelitian juga membuktikan hipotesa 8 yang menyatakan ada perbedaan keterampilan atau tindakan yang bermakna ($p = 0.000$) antara

kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, secara substansi perbedaan peningkatan ketrampilan dari kedua kelompok sangat bermakna terhadap perubahan perilaku wanita usia subur. Perubahan ketrampilan yang terjadi pada kelompok perlakuan yang mendapat intervensi edukasi kelompok sebaya relatif lebih tinggi bila dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak mendapat intervensi penelitian. Hal ini sekaligus membuktikan bahwa edukasi kelompok sebaya berpengaruh dalam meningkatkan ketrampilan pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur. Namun bila ditelusuri lebih lanjut, ketrampilan atau tindakan wanita usia subur yang banyak mengalami peningkatan pada item ketrampilan (tindakan) yang diamati secara langsung di dalam kegiatan kelompok sebaya. Berdasar ilmu perilaku bahwa perubahan perilaku terjadi secara bertahap, dimulai dengan adanya perubahan pengetahuan, kemudian perubahan sikap, dan setelah internalisasi maka muncullah perubahan ketrampilan atau tindakan/ praktik (Green, 1980, dalam Green & Kreuter, 2000). Dalam penelitian ini proses internalisasi hanya satu minggu sehingga memungkinkan individu belum optimal dalam melakukan ketrampilan atau tindakan yang sifatnya menjadi kebiasaan sehari-hari yang mencerminkan perilaku.

Adanya peningkatan ketrampilan atau tindakan pada kelompok perlakuan yang dilakukan edukasi sebaya sangat relevan dengan jenis kegiatan yang berorientasi pada perilaku kesehatan. Hal ini sejalan dengan pendapat McCuen (1993, dalam Hitchcock, et al., 1999) kegiatan kelompok sebaya mencakup pemberian dukungan dari suatu jaringan yang kompleks dari

hubungan pertalian interpersonal dan dari dukungan sistem pemeliharaan, diperlukan untuk penyembuhan kesehatan dan lingkungan (Hitchcock et al., 1999). Sumber daya yang disediakan di dalam kelompok sebaya seperti kasih sayang, indikasi kesertaan, dukungan emosional, dan materiil ketika diperlukan, telah ditunjukkan untuk menjadi dasar untuk kesehatan.

Adanya peningkatan ketrampilan wanita usia subur tersebut membutuhkan waktu yang cukup untuk melatih dan menerapkan dalam kehidupan sehari-hari, seperti halnya salah satu intervensi dalam penelitian ini adalah melatih wanita usia subur dalam praktek memilih bahan pangan yang baik terkait bahan yang mengandung zat besi, serta untuk melihat apakah yang diajarkan sudah diterapkan di kehidupan sehari-harinya adalah dengan melakukan kunjungan rumah kepada wanita usia subur dalam menerapkan makanan yang mengandung zat besi dalam menu makanan sehari-harinya. Intervensi penelitian yang dilakukan mempunyai dampak kognitif, afektif, dan psikomotor dengan memperhatikan prinsip kemanfaatan dalam keperawatan komunitas (Hitchcock, et al., 1999).

Ketrampilan atau tindakan akan bersifat langgeng bila didasari pengetahuan dan sikap yang baik (Notoatmodjo, 2007), hal ini diperkuat dengan Bastable (2002) dan Suciati (2005) mengatakan penerimaan informasi melalui penginderaan hanya dapat diserap 20% sehingga ketrampilan atau tindakan sangat dibutuhkan dalam suatu pembelajaran. Berdasar hal tersebut maka intervensi penelitian ini juga menekankan pada ketrampilan atau tindakan

dalam pencegahan anemia gizi besi dengan harapan diperoleh internalisasi yang mendalam dari wanita usia subur sehingga dapat menerapkan perilaku pencegahan anemia gizi besi dalam kehidupan sehari-harinya. Terkait hasil penelitian yang menunjukkan adanya peningkatan ketrampilan pada kelompok kontrol, hal ini dimungkinkan karena adanya pengaruh lingkungan sosial ekonomi terkait dengan kemampuan wanita usia subur secara ekonomi dalam memilih bahan pangan yang baik, serta adanya pengalaman sebelumnya dalam mendiskusikan anemia dari intervensi pihak lain di luar penelitian ini maupun media informasi komunikasi yang kontak dengan wanita usia subur.

3. Pengaruh Edukasi Kelompok Sebaya Terhadap Pengetahuan, Sikap, Dan Ketrampilan Wanita Usia Subur Dalam Pencegahan Anemia Gizi Besi

Sebelum dikontrol dengan karakteristik usia dan pendidikan diperoleh hasil analisis bahwa pengetahuan, sikap, dan ketrampilan murni dipengaruhi oleh intervensi edukasi kelompok sebaya ($p < 0.05$). Setelah dikontrol dengan karakteristik usia dan pendidikan diperoleh hasil analisis bahwa pengetahuan, sikap, dan ketrampilan tidak dipengaruhi oleh umur dan tingkat pendidikan tetapi murni dipengaruhi oleh intervensi edukasi kelompok sebaya. Hal ini sesuai dengan penelitian dan pengabdian masyarakat oleh Herawati (BKKBN Gunung Kidul) kelompok sebaya pasangan usia subur (PUS) peserta KB maupun yang bukan peserta KB dengan pokok pembahasan aspek KB dan kesehatan reproduksi dihasilkan adanya perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku tentang KB dan kesehatan reproduksi (<http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/pria/profil01->

II.html, diperoleh 16 Januari 2008). Demikian juga penelitian Powell, et al. (2001) efektifitas keikutsertaan kelompok swabantu pada klien gangguan mood (N=170) didapatkan hasil bahwa adanya keterlibatan klien dalam kelompok swabantu efektif untuk manajemen prediksi sakit klien.

Peneliti berpendapat bahwa kelompok sebaya merupakan sarana untuk membantu merubah perilaku seseorang, karena di dalam kelompok sebaya individu mendapatkan dukungan informasi, sehingga intervensi kelompok sebaya dalam penelitian ini dapat membantu anggota sebaya dalam pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur. Hal ini didukung oleh Hitchcock, et al. (1999) bahwa sebaya dan lingkungan sosial mempunyai dampak kuat pada remaja terhadap pola makan, edukasi ilmu gizi dan lainnya. Demikian juga yang diungkapkan Pender, et al. (2002) bahwa proses yang terjadi di dalam kegiatan kelompok sebaya berorientasi pada perilaku dan kognitif.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh Denise Kandel pada sekelompok remaja dihasilkan bahwa dalam hal-hal tertentu, kelompok sebaya mempunyai pengaruh yang lebih besar dari pada orang tuanya (<http://psychemate.blogspot.com/2007/12/peer-sociability-pada-remaja.html>, diperoleh 9 Februari 2008). Peneliti berpendapat bahwa kelompok sebaya yang ada dirasa dapat saling mempengaruhi anggotanya dalam berperilaku, hal ini senada dengan pendapat Pender, et al. (2002) karena dalam kelompok sebaya berkembang saling menghargai dan saling membantu serta bertanggung jawab terhadap aturan yang disepakati bersama.

B. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini mempunyai keterbatasan mengingat banyak faktor yang dapat berpengaruh didalamnya antara lain:

1. Instrumen penelitian

Instrumen yang digunakan adalah instrumen yang disusun sendiri oleh peneliti berdasar studi literatur dan untuk validitas instrumen juga baru dilakukan satu kali uji coba. Adanya kesamaan instrumen yang digunakan saat pretes dan postes akan mempengaruhi hasil penelitian artinya adanya perubahan perilaku wanita usia subur dalam upaya pencegahan anemia gizi besi tidak semata-mata disebabkan oleh perlakuan atau intervensi penelitian saja, tapi kemungkinan juga karena pengaruh instrumen yang digunakan kembali sehingga memungkinkan wanita usia subur mengingat-ingat pertanyaan dan pernyataan yang ditanyakan.. Instrumen observasi ketrampilan menghasilkan data yang didapat kurang bervariasi karena skala nilai yang digunakan adalah skala diskontinum ya/tidak, walaupun secara teori skala ini boleh digunakan (Arikunto, 2005).

2. Sampel penelitian

Metode sampling yang digunakan peneliti tidak mempertimbangkan proporsi jumlah sampel pada setiap wilayah sampel, sehingga jumlah wanita usia subur yang menjadi sampel dari masing-masing wilayah relatif sama jumlahnya.

3. Variabel konfounding

Keterbatasan variabel konfounding yang peneliti gunakan hanya 2 variabel yaitu variabel usia dan pendidikan, sehingga kurang dapat mengontrol hubungan antar variabel utama yang diteliti (Sugiyono, 2005). Dengan demikian diharapkan variabel konfounding lebih bervariasi sehingga hasil penelitian yang diperoleh lebih mampu menjelaskan perbedaan atau hubungan yang sebenarnya dari variabel utama yang diteliti.

4. Hawthorne effect

Hawthorne effect adalah efek dari kesadaran responden bahwa dirinya sebagai responden penelitian yang dapat mempengaruhi variabel dependen dalam penelitian (Polit & Hungler, 1999). Dengan kata lain efek yang ditimbulkan sebagai akibat subjek dalam penelitian mengetahui dirinya sebagai responden yang sedang dilakukan penelitian, sehingga dapat mempengaruhi variabel dependen dalam penelitian. Responden penelitian selalu mengisi *informed consent* sehingga *hawthorne effect* tidak mudah untuk dihindari.

Dalam penelitian ini, cara meminimalisirnya dengan memberikan kode pada setiap instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel dependen yaitu variabel pengetahuan, sikap, dan ketrampilan/ tindakan. Khusus untuk variabel ketrampilan, responden tidak diberitahu bahwa akan dilakukan pengamatan dengan kunjungan rumah. Hal ini dilakukan untuk mengurangi perilaku yang tidak sebenarnya.

C. Implikasi Keperawatan

Hasil penelitian ini akan berpengaruh terhadap pelayanan keperawatan dan implikasi penelitian selanjutnya.

1. Implikasi Hasil Penelitian Terhadap Pelayanan Keperawatan

Mengingat hasil penelitian ini sangat bermakna terhadap perubahan perilaku (pengetahuan, sikap, ketrampilan atau tindakan) pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur, sehingga penelitian ini mempunyai implikasi dalam pelayanan keperawatan dalam meningkatkan upaya pelaksanaan promosi kesehatan dalam pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur diberbagai tatanan seperti tatanan keluarga, komunitas, institusi kesehatan dengan menggunakan pendekatan edukasi kelompok sebaya yang sudah ada dan berkembang di masyarakat (Dinas Kesehatan Kota, Puskesmas). Optimalisasi kelompok sebaya wanita sangat membantu keberhasilan program-program kesehatan pemerintah yang ada.

Penelitian ini memberikan bahan informasi tentang perlunya mengoptimalkan pemberdayaan kelompok sebaya yang sudah ada di masyarakat dalam membantu mengatasi permasalahan kesehatan yang ada. Penelitian ini juga diharapkan dapat dijadikan pertimbangan dalam menyusun program pencegahan anemia gizi besi oleh Dinkes Kota serta dijadikan sebagai rekomendasi program pelaksanaan komunikasi, informasi, dan edukasi bahwa perlunya mengintegrasikan program-program yang ada ke dalam kelompok sebaya yang sudah ada dan berkembang di masyarakat.

Guna mempertahankan kelanggengan perilaku pencegahan maka observasi ketrampilan atau tindakan (praktik) perlu dilakukan berulang-ulang sehingga lama-kelamaan tindakan pencegahan anemia gizi besi menjadi perilaku keseharian wanita usia subur.

2. Implikasi Hasil Penelitian Terhadap Penelitian Lanjutan

Hasil penelitian ini dapat berguna sebagai sumber literatur untuk penelitian selanjutnya. Beberapa hal yang dapat digunakan sebagai sumber dari penelitian ini untuk penelitian selanjutnya adalah adanya pengaruh edukasi kelompok sebaya terhadap perubahan perilaku (pengetahuan, sikap, ketrampilan), adanya karakteristik wanita usia subur yang berhubungan dengan pengetahuan dan sikap dalam pencegahan anemia gizi besi, dan materi pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur.

Adanya intervensi edukasi kelompok sebaya dalam penelitian ini beserta hasilnya seperti telah diuraikan pada bagian sebelumnya, diharapkan dapat memberikan gambaran nyata tentang keseriusan dan penilaian wanita usia subur terhadap kelompok sebaya yang dapat menjadi inspirasi bagi penelitian selanjutnya.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini berisi simpulan hasil penelitian yang diperoleh bedasar bab sebelumnya serta saran yang sifatnya operasional untuk bidang-bidang yang terkait dengan penelitian ini.

A. Simpulan

Berdasar tujuan penelitian, hipotesa penelitian serta interpretasi dan diskusi hasil penelitian, maka dapat disimpulkan beberapa hal berikut:

1. Karakteristik wanita usia subur di Kota Semarang rata-rata umur 35.5 tahun dan pendidikan responden terbesar adalah SMA 51.8%.
2. Gambaran pengetahuan, sikap, ketrampilan sebelum dilakukan intervensi edukasi kelompok sebaya relatif sama antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, namun setelah intervensi edukasi kelompok sebaya relatif lebih tinggi pada kelompok perlakuan.
3. Ada hubungan karakteristik usia dengan pengetahuan, diketahui bahwa usia responden pada penelitian ini rata-rata berada pada usia 35.5 tahun, dimana usia tersebut termasuk dalam usia dewasa muda bila dikaitkan dengan pengetahuan kesehatan, usia mencerminkan kematangan seseorang dalam mengambil keputusan dalam hal ini adalah keputusan tentang pencegahan anemia gizi besi. Namun karakteristik usia tidak berhubungan dengan sikap dan ketrampilan.

4. Ada hubungan karakteristik pendidikan dengan pengetahuan dan sikap, artinya ada perbedaan pengetahuan dan sikap responden diantara keempat jenjang pendidikan. Sedangkan ketrampilan responden tidak ada hubungan, artinya tidak ada perbedaan ketrampilan diantara keempat jenjang pendidikan.
5. Ada perbedaan rata-rata pengetahuan, sikap dan ketrampilan wanita usia subur tentang pencegahan anemia gizi besi sebelum dan setelah dilakukan intervensi edukasi kelompok sebaya pada kelompok perlakuan. Hal ini dibuktikan dengan adanya peningkatan rata-rata pengetahuan wanita usia subur sebelum intervensi kelompok sebaya dan setelah intervensi kelompok sebaya. Secara substansi perbedaan tersebut sangat bermakna dan mempengaruhi kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur. Perbedaan juga terjadi pada kelompok kontrol, namun masih lebih tinggi kelompok perlakuan, kenaikan ini mungkin karena pengaruh faktor eksternal yang tidak dapat dikontrol, namun demikian peningkatannya masih lebih tinggi pada kelompok perlakuan. Namun setelah ditelusuri lebih lanjut, penelitian ini baru bisa meningkatkan pengetahuan item pertanyaan pengetahuan tentang meningkatkan konsumsi makanan bergizi terutama yang mengandung zat besi, peningkatan sikap banyak terjadi pada komponen sikap yang bersifat kognitif, ketrampilan atau tindakan wanita usia subur yang banyak mengalami peningkatan pada item ketrampilan (tindakan) yang diamati secara langsung di dalam kegiatan kelompok sebaya.
6. Ada perbedaan rata-rata pengetahuan, sikap, dan ketrampilan wanita usia subur tentang pencegahan anemia gizi besi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Perbedaan yang ada menunjukkan masih lebih tinggi pada kelompok

perlakuan, secara substansi perbedaan tersebut sangat bermakna dan mempengaruhi kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur.

7. Intervensi edukasi kelompok sebaya mempengaruhi pengetahuan, sikap, dan ketrampilan setelah dikontrol dengan karakteristik umur dan pendidikan. Hal ini berarti bahwa pengetahuan, sikap, dan ketrampilan tidak dipengaruhi oleh umur dan tingkat pendidikan tetapi terbukti dipengaruhi oleh intervensi edukasi kelompok sebaya. Berdasar simpulan ini maka dapat dikatakan intervensi edukasi kelompok sebaya berpengaruh terhadap perubahan perilaku pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur.

B. Saran

Berdasar kesimpulan dari hasil penelitian tersebut, maka saran-saran yang perlu diperhatikan adalah:

1. Tim Penggerak PKK

Diharapkan melakukan upaya pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur melalui pengembangan program yang terintegrasi dalam Pokja IV (Pokja Kesehatan) seperti penyuluhan kesehatan gizi secara berkala, melatih ketrampilan anggotanya dalam pengelolaan menu makanan bergizi sehari-hari, bekerjasama dengan Puskesmas untuk melakukan deteksi anemia pada anggotanya, melakukan sosialisasi hasil edukasi kelompok sebaya pada anggota lain yang tidak mengikuti kegiatan sebaya dalam pencegahan anemia gizi besi.

2. Puskesmas

Lebih menggalakkan pemberdayaan wanita usia subur melalui kelompok sebaya di masyarakat dapat dilakukan melalui wadah yang sudah ada seperti PKK, Dasawisma, Perkumpulan Pengajian Wanita dengan koordinasi di tingkat kelurahan serta melibatkan tokoh masyarakat, tokoh agama, LSM dengan melakukan pembinaan edukasi rutin-terstruktur serta monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaannya.

3. Dinas Kesehatan Kota

Hendaknya dapat menetapkan kebijakan terkait pembinaan dan pemantauan upaya promosi kesehatan dengan pendekatan kelompok-kelompok sebaya yang sudah ada di masyarakat dan menjadikannya sebagai bagian dari pengembangan program kerja Puskesmas dalam upaya pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur.

4. Institusi Pemberdayaan Perempuan

Diharapkan dapat mengintegrasikan upaya pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur dalam setiap programnya mengingat wanita usia subur mempunyai multi peran sebagai remaja, calon ibu, ibu dan juga sebagai pekerja.

5. Penelitian Lanjutan

- a. Instrumen observasi ketrampilan atau tindakan/ praktek sebaiknya menggunakan skala kontinum, hal ini dimaksudkan supaya peneliti mendapat informasi yang lebih bervariasi.
- b. Apabila menggunakan metode *multistage random sampling* perlu memperhatikan proporsi jumlah sampel pada masing-masing area sampel sehingga jumlah sampel yang diperoleh benar-benar mewakili area sampel.

- c. Perlu diteliti lebih lanjut dengan menggunakan variabel konfounding lain yang dapat mempengaruhi keberhasilan kelompok sebaya sebagai salah satu metode pendekatan penyelesaian masalah pada wanita usia subur seperti faktor karakteristik pekerjaan, lingkungan, pengaruh media informasi serta adanya penelitian lanjutan tentang faktor-faktor yang berkontribusi dalam kejadian anemia gizi besi pada wanita usia subur, serta pengalaman wanita usia subur yang menderita anemia gizi besi.



DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. (2001). *Prinsip dasar ilmu gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Almour, K.L., Beacham, B., Bonsall, L.M., Cammon, S.A.R., Davis, D.C., Hisley, S.M., et al. (2005). *Women's health a guide to health promotion and disorder management*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Allender, J.A., & Spreadley, B.W. (2001). *Community health nursing: concepts and practice* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- American Psychological Association. (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, E.T., & McFarlane, J. (2000). *Community as partner: theory and practice in nursing* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Anoname. (2007). Kampanye Indonesia bebas anemia 2006-2008. <http://www.medicastore.com/med/berita.php?id=44&iddtl=&idktg=&idobat&UID=20070521154302152.118.148.218>, diperoleh 21 Mei 2007.
- Anoname. <http://www.gizi.net/anemia/Pedoman%20Anemia%20Gizi.doc>, diperoleh 5 Januari 2008.
- Anoname. (2007). Peer sociability pada Remaja. <http://psychemate.blogspot.com/2007/12/peer-sociability-pada-remaja.html>, diperoleh 9 Februari 2008.
- Anoname. Cara mudah peroleh zat besi. <http://www.tabloidnova.com/articles.asp?id=2392>, diperoleh 9 Februari 2008.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jurusan Biostatistik dan Kependudukan . FKM UI.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Edisi Revisi VI. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Azwar, A. (2004). Kecenderungan masalah gizi dan tantangan di masa datang. <http://www.gizi.net/makalah/Makalah%20Dirjen-Sahid%202.PDF>, diperoleh 26 Nopember 2007.
- Azwar, S. (2005). *Sikap manusia teori dan pengukurannya*. Edisi ke-2. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bastable, S.B. (2002). *Nurse as educator: principles of teaching and learning*. Alih bahasa Gerda Wulandari dan Gianto Widiyanto. Jakarta: EGC.

- Bomar, P.J. (2004). *Promoting health in families: Applying family research & theory to nursing practice*. (3rd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Budiarto, E. (2002). *Biostatistik untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Burn, N., & Grove, S.K. (1993). *The practice of nursing research conduct, critique, and utilization*. (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Carlson, K.J., Eisenstat, S.A., & Ziporyn, T. (1996). *The Harvard guide to women's health*. Cambridge: Harvard University Press.
- Chaplin, J.P. (1999). *Kamus lengkap psikologi*. (Edisi 5). Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Chairani, R. (2006). *Efektifitas kelompok swabantu remaja terhadap pencegahan resiko perilaku penyalahgunaan napza di SMU/SMK/MA se-kecamatan Mp. Prapatan Jakarta Selatan*. Tesis. FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Deaux. (1993). *Social psychologi in the 90's*. (6th ed.). California: Cole
- Depkes RI. (2005). Perkembangan program gizi masyarakat. Direktorat Gizi Masyarakat-DepkesRI. <http://www.gizi.net/busung-lapar/Penanggulangan%20Gizi%20menkes-1Juni%202005.doc>, diperoleh 1 Februari 2008.
- Depkes RI. (1999). *Metodologi penelitian kesehatan penuntun latihan metode penelitian*. Jakarta: Badan Litbangkes Pusat Penelitian Penyakit Tidak Menular.
- Depkes RI. (1995). *Pedoman pemberian besi bagi petugas*. Jakarta: Dirjen Binkesmas, Direktorat Gizi Masyarakat.
- Depkes RI. (1996). *Pedoman operasional penanggulangan anemia gizi di Indonesia*. Jakarta: Dirjen Binkesmas.
- Depkes RI. (1999). *Keluarga sadar gizi (Kadarzi)*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. (2006). *Profil kesehatan Indonesia 2004*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinkes Kota Semarang. (2005). *Profil kesehatan Kota Semarang*. Semarang: Dinkes Kota Semarang.
- Dinkes Kota Semarang. (2007). *Survei anemia pada WUS di Kota Semarang tahun 2007*. Semarang: Dinkes Kota Semarang.
- Dja'ali, Mulyono, & Ramli. (2000). *Pengukuran dalam bidang pendidikan*. Jakarta: Program Pasca Sarjana Universitas Negeri Jakarta.

- Edelman, C.L., & Mandle, C.L. (2002). *Health promotion throughout the lifespan* (5th ed.). St. Louis: Mosby Year Book, Inc.
- Ernawati, F. (2003). Faktor-faktor yang mempengaruhi severitas anemia anak balita dan wanita usia subur. <http://digilib.unikom.ac.id/go.php?id=jkpkbppk-gdl-res-2003-fitrah-885-anemia>, diperoleh 28 Nopember 2007.
- Ernawati, F. (2000). Kebutuhan (Need) Ibu Hamil akan Tablet Besi untuk Pencegahan Anemi. Bogor : Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2000, 29p.<http://www.litbang.depkes.go.id/download/penelusuran/abstrak/Abstrak2002.pdf>dapus internet, 2 Juni 2008
- Ervin, N.F. (2002). *Advanced community health nursing practice: population- focused care*. USA: Prentice Hall.
- Gibson, S.R. (1990). *Principles of nutritional assessment*. New York: Oxford University Press.
- Gillespie, S. (1998). *Major issues in the control of iron deficiency*. New York: UNICEF.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2000). *Health promotion planning an educational and environmental approach*. (2nd ed.). Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- Herlambang. (2005). <http://www.malang.ac.id/jurnal/fimipa/geo/1995a.htm>, diperoleh 4 Juli 2007).
- Herlambang, T.M. (2004). Promosi kesehatan dengan metode kombinasi ceramah dan diskusi dalam upaya peningkatan pengetahuan dan sikap terhadap HIV/ AIDS pada siswa SMU di Kota Jambi. <http://www.litbang.depkes.go.id/download/penelusuran/abstrak/Abstrak2005.pdf>, diperoleh 26 Juni 2008.
- Hurlock, E.B. (2000). *Developmental psychology a life span approach*. Alih bahasa: Istiwidayanti & Soedjarwo. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Hitchcock, J.E., Schubert, P.E., & Thomas, S.A. (1999). *Community health nursing: caring in action*. Albany: Delmas Publisher.
- Huraerah, A., & Purwanto. (2006). *Dinamika kelompok konsep dan aplikasi*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Helvie, C.O. (1998). *Advanced practice nursing in community*. London: Sage Publications.
- Hastono, S.P. (2006). *Basic data analysis for health research*. FKM UI.

- Howston, C.P., Kennedy, E.T., & Horwitz, A. (1998). *Prevention of micronutrient deficiencies*. Washington: National Academy Press.
- Husaini, N.A. (1998). *Study nutritional anemia and assessment of information compilation for supporting and formulating policy and program*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Herawati, S. Model *peer group* di Gunung Kidul. <http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/pria/profil01-11.html>, diperoleh 16 Januari 2008.
- Hoffbrand, A.V., & Pettit, J.E. (1996). *Essential haematology*. Alih bahasa Iyan Darmawan. Jakarta: EGC.
- Khomsan, A. (2000). *Teknik pengukuran pengetahuan gizi*. Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga. Fakultas Pertanian. IPB.
- Kompas. (2006). <http://forum.sarapanpagi.org/malnutrisi-keteledoran-sebuah-bangsa-t30.html>, diperoleh 26 Nopember 2007.
- Kusumawati. (2004). Hubungan pendidikan dan pengetahuan gizi ibu dengan berat bayi lahir di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. <http://eprints.ums.ac.id/528/01/infokes>, diperoleh 11 Juli 2007.
- Lemeshow, S., Hosmer Jr, D.W., Klar, J., & Lwanga, S.K. (1993). *Adequacy of sample size in health studies*. WHO. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Loundon, D.L., & Britta, D. (1998). *Consumer behavior*. (3rd ed.). New York: MC Graw Hill.
- Murti, B. (1997). *Prinsip dan metode riset epidemiologi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- McElmurry, B.J., Norr, K.F., & Parker, R.S. (1993). *Women's health and development a global challenge*. London: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Mulyawati, Y. (2003). Perbandingan efek suplementasi tablet tambah darah dengan dan tanpa vitamin C terhadap kadar hemoglobin pada pekerja wanita di perusahaan Plywood Jakarta. <http://www.gizi.net/lain/gklinis/Abstrak-yenni.pdf>, diperoleh 9 Februari 2008.
- Nies, M.A., and McEwan, M. (2001). *Community health nursing: promoting the health of population* (3rd ed.). Philadelphia: Davis Company.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Promosi kesehatan teori dan aplikasinya*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nurharlinah. (2006). *Pengaruh pendidikan kesehatan kelompok tentang gizi balita terhadap kemampuan ibu dalam memberikan asupan gizi balita di Kecamatan Indralaya Kabupaten Ogan Ilir*. Tesis. Program Pascasarjana FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Obermann, M.H., & Reilly, D.E. (2002). *Clinical teaching in nursing education*. Alih bahasa Erie Novieastari. Jakarta: EGC.
- O'Connor-Fleming, M.L., & Parker, E. (2001). *Health promotion principles and practice in the Australian context*. (2nd ed.). Australia: Allen & Unwin.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. (4th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Purwanto, H. (1999). *Pengantar perilaku manusia untuk keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research principles and methods*. (6th ed.). Philadelphia: J.B. Lipincott.
- Powell, T.J., Yeaton, W., Hill, E.M., Silk, K.R. (2001). Predictors of psychosocial outcomes for patients with mood disorders: The effects of self-help group participation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Vol. 25, Iss. 1; pg. 3, 9 pgs.
- Portney, L.G., & Watkins, M.P. (2000). *Foundations of clinical research applications to practice*. (2nd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Riyanto. (2002). *Analisis faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perilaku sehat siswa SLTP Negeri wilayah Jaktim dalam konteks keperawatan komunitas*. Tesis. Program Magister Keperawatan. FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Sekartini. (2003). Pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu yang memiliki anak usia SD tentang penyakit cacangan di Kelurahan Pisangan Baru Jaktim. <http://www.tempo.co.id/medika/arsip/102002/art-1.htm>, diperoleh 11 Juli 2007.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2004). *Community and public health nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby, Inc.
- Sulistiawati. (2000). Peran aedes aegypti pada kasus beruntun demam berdarah dengue di dalam rumah. <http://www.litbang.depkes.go.id/download/penelusuran/abstrak/Abstrak2002.pdf>dapus internet, diperoleh 26 juni 2008.

- Supariasa, I.D.N., Bakri, B., & Fajar, I. (2002). *Penilaian status gizi*. Jakarta: EGC
- Santosa, S. (2004). *Dinamika kelompok*. Edisi Revisi. Jakarta: Bumi Aksara.
- Sabri, L., & Hastono, S.P. (2006). *Statistik kesehatan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ke-2. Jakarta: Sagung Seto.
- Sugiyono. (2005). *Statistik untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Suciati. (2005). *Taksonomi tujuan instruksional*. Jakarta: PAU-PPAI UT Dirjen Dikti Depdiknas.
- Susanti, E. (1994). Mengembangkan pendidikan kesehatan sebaya sebagai model intervensi HIV AIDS di kalangan pekerja seks. *Majalah Kesehatan Perkotaan*. Universitas Atmajaya Vol. II.no. 1 Jakarta.
- Stoltzfus, R.J., Dreyfuss, M.L., Chwaya, H.M., & Albonico, M. (1997). Hookworm control as a strategy to prevent iron deficiency. *Am J. Clin Nutr.* 55, 223-232.
- Suhardjo. (1992). *Penilaian keadaan gizi masyarakat*. Jakarta: Depdikbud, Dirjen Dikti, PAU Pangan dan Gizi, IPB.
- Sumarno. (1997). Efektifitas suplementasi pil besi + folat dan vitamin C secara berselang dalam penanggulangan anemia pada ibu hamil di Jawa Barat. *Jurnal Kedokteran YARSI.* 5 (2). 11-23.
- Tambunan, K.L., Zubairi, D., Muthalib, A., Haryanto, R. (1990). *Anemia defisiensi besi*. Jakarta: FK-UI.
- Tafal, Z. (2003). Need assessment kesehatan reproduksi remaja. http://www.pkbi.or.id/images/pdf/7055476na_kespro_remaja.pdf, diperoleh 16 Januari 2008
- Thomson. (2002). Breas feeding education program nutrition research newsletter. <http://www.findarticle.com/des/com>, diperoleh 8 Desember 2007.
- Winkel, W.S. (1996). *Psikologi pengajaran*. Edisi Revisi. Jakarta: Grasindo.
- WHO. (2007). *Profil kesehatan dan pembangunan perempuan di Indonesia*.

JADUAL KEGIATAN PENELITIAN
Febuari – Juli 2008

No	Kegiatan	Februari				Maret					April				Mei				Juni					Juli				
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	
1	Penyusunan proposal	x	x	x	x	x	x																					
2	Ujian proposal						x	x																				
3	Uji coba instrument							x	x																			
4	Pengambilan data: Pretes								x	x																		
5	Pengolahan data hasil pretes								x	x																		
6	Intervensi dalam <i>peer group</i>								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
7	Pengambilan data: Postes																		x	x								
8	Pengolahan data hasil postes																		x	x								
9	Analisis dan penafsiran data																		x	x	x							
10	Penulisan hasil penelitian																		x	x	x							
11	Ujian hasil penelitian																				x	x	x	x	x			
12	Sidang tesis																					x	x	x	x	x		
13	Perbaikan tesis																					x	x	x	x	x		
14	Pengumpulan tesis																						x	x	x	x	x	

**RANCANGAN KEGIATAN PENELITIAN
DALAM KELOMPOK PERLAKUAN PERIODE MARET-JUNI 2008**

Kegiatan	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Materi	Metode	Media	Evaluasi
1. Pretes	Mengetahui perilaku wanita usia subur (WUS) dalam pencegahan anemia gizi besi (AGB) sebelum intervensi.	Mengetahui pengetahuan, sikap, ketrampilan atau tindakan WUS dalam pencegahan AGB sebelum intervensi.	Konsep terkait AGB pada WUS yang tertuang dalam kuesioner.	Pembagian kuesioner, observasi & kunjungan rumah	Kuesioner, lembar observasi ketrampilan.	Tes tertulis, observasi ketrampilan & kunjungan rumah
2. Peneliti melakukan edukasi pencegahan AGB pada PG dan pemutaran VCD”Cantik berseri tanpa anemia”	PG dapat memahami pencegahan AGB pada WUS	PG dapat menjelaskan kembali tentang materi pencegahan AGB	Pencegahan AGB pada WUS	Ceramah, Diskusi, sharing, curah pendapat	Booklet AGB, ATK, Leptop, LCD	Adanya kemampuan PG dalam pencegahan AGB
3. Peneliti melakukan praktek memilih bahan makanan kaya zat besi pada PG	PG dapat melakukan ketrampilan memilih bahan makanan kaya zat besi	PG dapat memilih bahan makanan kaya zat besi dari unsr hewani dan nabati	Daftar kelompok bahan makanan kaya zat besi.	Diskusi, sharing, demonstrasi.	Booklet AGB, bahan makanan asli sumber zat besi.	Adanya kemampuan ketrampilan memilih bahan makanan kaya zat besi
4. Peneliti melakukan praktek memilih bahan makanan yang membantu dan menghambat penyerapan zat besi pada PG	PG dpt melakukan ketrampilan memilih bahan makanan yang membantu & menghambat penyerapan besi.	PG dapat memilih bahan makanan yang membantu dan menghambat penyerapan zat besi.	Daftar kelompok bahan makanan kaya vitamin C	Diskusi, sharing, demonstrasi.	Booklet AGB, bahan makanan asli sumber vitamin C dan yang menghambat zat besi.	Adanya kemampuan ketrampilan memilih bahan makanan kaya vitamin C dan yang menghambat zat besi.

5. Peneliti melakukan praktek memilih, mengolah, dan menyajikan/ menyimpan makanan pada PG	PG dapat melakukan ketrampilan memilih, mengolah, dan menyajikan/ menyimpan makanan	PG dapat memilih, mengolah, dan menyajikan/ menyimpan makanan	Karakteristik bahan pangan yang baik, teknik mengolah makanan, teknik menyajikan dan menyimpan makan	Diskusi, sharing, demonstrasi.	Booklet AGB, bahan makanan asli, alat masak.	Adanya kemampuan ketrampilan memilih, mengolah, dan menyajikan/ menyimpan makanan
6. Peneliti melakukan kunjungan tidak terencana ke rumah PG untuk melihat penerapan menu yang mengandung zat besi dalam makanannya.	PG dapat menerapkan pengetahuan dan ketrampilan yang diperoleh dalam menu makanannya.	PG menyajikan nsur menu yang mengandung zat besi.	Menu makanan yang mengandung zat besi yang disajikan oleh PG di rumahnya.	Penerapan menu yang disajikan di rumah.	Menu makanan yang mengandung zat besi yang disajikan oleh PG di rumahnya.	Adanya kemampuan PG menerapkan menu yang mengandung zat besi dalam makanan sehari-harinya.
7. Proses Internalisasi	Menerapkan dalam kehidupan sehari-hari apa yang sudah diperoleh dalam kelompok	Menerapkan dalam kehidupan sehari-hari apa yang sudah diperoleh dalam kelompok	Mandiri	Mandiri	Booklet sebagai bahan pengingat, penerapan dalam keseharian	Adanya kemampuan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan pencegahan AGB.
8. Postes	Mengetahui perilaku wanita usia subur (WUS) dalam pencegahan anemia gizi besi (AGB) setelah dilakukan intervensi.	Mengetahui pengetahuan, sikap, ketrampilan atau tindakan WUS dalam pencegahan AGB setelah intervensi	Konsep terkait AGB pada WUS yang tertuang dalam kuesioner.	Pembagian kuesioner, observasi & kunjungan rumah	Kuesioner, lembar observasi ketrampilan.	Tes tertulis, observasi ketrampilan & kunjungan rumah

JADUAL KEGIATAN PENELITIAN
DALAM KELOMPOK PERLAKUAN PUSKESMAS TLOGOSARI WETAN PERIODE MARET-JUNI 2008

N o	Kegiatan	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 6	PG 7	PG 8	PJ
1	Pretes tertulis dan observasi, kunjungan rumah	28-3-08	28-3-08	29-3-08	29-3-08	30-3-08	30-3-08	31-3-08	31-3-08	Peneliti, Desi, Dewi, Eni, Nuri, Marti
2	Peneliti melakukan edukasi pencegahan AGB pada PG dan pemutaran VCD "Cantik berseri tanpa anemia"	7-10 April 2008								Peneliti, Desi, Dewi, Eni, Nuri
3	Peneliti melakukan praktek memilih bahan makanan kaya zat besi pada PG	14 April-24 Mei 2008	Peneliti, Desi, Dewi, Eni, Nuri							
4	Peneliti melakukan praktek memilih bahan makanan yang membantu dan menghambat penyerapan zat besi pada PG									Peneliti, Desi, Dewi, Eni, Nuri
5	Peneliti melakukan praktek memilih, mengolah, dan menyajikan/ menyimpan makanan pada PG									Peneliti, Desi, Dewi, Eni, Nuri
6	Peneliti melakukan kunjungan tidak									Peneliti, Desi, Dewi, Eni, Nuri

	terencana ke rumah PG untuk melihat penerapan menu yang mengandung zat besi dalam makanannya.									
7	Proses internalisasi	25-31 Mei 2008								Mandiri
8	Postes tertulis dan observasi, kunjungan rumah	3-6-08	3-6-08	4-6-08	4-6-08	5-6-08	5-6-08	6-6-08	6-6-08	Peneliti, Desi, Dewi, Eni, Nuri, Marti

Keterangan:

Uji coba instrumen dilakukan tanggal 23-25 Maret 2008 di Wilayah Kerja Puskesmas Bangetayu

**JADUAL KEGIATAN PENELITIAN DALAM KELOMPOK KONTROL
WILAYAH PUSKESMAS CANDILAMA PERIODE MARET-JUNI 2008**

No	Kegiatan	Tanggal	PJ
1	Pretes tertulis, observasi dan kunjungan rumah Kelurahan Jatingaleh	2-5 April 2008	Peneliti, Desi, Dewi, Eni, Nuri, Murti
2	Postes tertulis, observasi dan kunjungan rumah Kelurahan Kr. Gunung	10-13 juni 2008	Peneliti, Desi, Dewi, Eni, Nuri, Murti

PENGANTAR LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

Kepada
Yth. Ibu-Ibu PKK RT Se-Kota Semarang
di Semarang

Semarang, Maret 2008

Dengan hormat,

Sebelumnya perkenalkan saya,

Nama : Siti Aisah

NPM : 0606027322

Mahasiswa Program Magister Keperawatan Komunitas FIK – UI.

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul “Pengaruh edukasi kelompok sebaya terhadap perubahan perilaku dalam pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur di Kota Semarang”. Sudilah kiranya ibu-ibu dapat menjadi responden dalam penelitian ini.

Informasi yang ibu-ibu berikan merupakan bantuan yang berharga dalam penelitian ini. Oleh karena itu mohon semua pertanyaan dan pernyataan dalam kuesioner ini diisi dengan sejujurnya. Ibu-ibu tidak perlu ragu dalam mengisi kuesioner karena informasi yang diberikan akan terjaga kerahasiaan dan tidak berdampak negatif.

Peran serta ibu-ibu dalam kegiatan kelompok sebaya PKK RT pada penelitian ini sangat kami hargai. Atas kesediaan dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,
Peneliti

Siti Aisah

**LEMBAR PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama :

Usia :

Alamat : RT.....RW.....Kelurahan.....

Menyatakan bahwa saya telah membaca pengantar lembar persetujuan (*informed consent*) dan telah memahami maksud lembar persetujuan tersebut. Dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan saya menyatakan bersedia menjadi responden dan bersedia mengisi kuesioner serta berpartisipasi dalam kegiatan kelompok sebaya PKK RT dalam penelitian yang berjudul "Pengaruh edukasi kelompok sebaya terhadap perubahan perilaku dalam pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur di Kota Semarang" yang akan dilaksanakan bulan Maret – Juni 2008".

Semarang,2008

Peneliti,

Yang menyatakan,

Siti Aisah

(.....)
Nama Terang

KUESIONER A
DATA DEMOGRAFI WANITA USIA SUBUR (WUS) DI KOTA SEMARANG

PETUNJUK:

1. Isilah titik-titik dengan jawaban yang sejujurnya.
 2. Berilah tanda checklist (√) pada kotak pilihan jawaban yang tersedia.
-

1. Nomor Responden:(Diisi oleh petugas).
2. Umur :tahun.
3. Pendidikan terakhir:
 - 1. SD
 - 2. SMP
 - 3. SMA
 - 4. Diploma
 - 5. Sarjana
4. Pekerjaan:
 - 1. Ibu rumah tangga
 - 2. PNS
 - 3. TNI/POLRI
 - 4. Swasta
 - 5. Wiraswasta/ dagang
 - 6. Lain-lain, sebutkan.....
5. Pernahkah ibu membicarakan atau mendiskusikan tentang anemia (kurang darah) dengan sesama ibu-ibu lain?
 - 1. Pernah
 - 2. Tidak pernah
6. Jika pernah, sudah berapa kali ibu membicarakan atau mendiskusikan tentang anemia (kurang darah)?
 - 1. Satu kali
 - 2. Lebih dari satu kali

KUESIONER B

PETUNJUK:

1. Pilihlah satu jawaban yang benar dari soal-soal di bawah ini, dengan memberikan tanda silang (X) pada pilihan yang tersedia.
2. Mohon dikerjakan sesuai dengan pengetahuan dari pemikiran sendiri.
3. Jumlah soal sebanyak 20, mohon semua soal dikerjakan.

WAKTU : 40 MENIT

1. Bila tubuh mengalami kekurangan zat besi, maka akan timbul penyakit...
 - A. kurang gizi
 - B. kurus kering
 - C. kurang darah (anemia)
 - D. tidak tahu
2. Wanita usia subur (WUS) dikatakan menderita kurang darah (anemia) bila kadar hemoglobin (Hb) darah...
 - A. kurang dari 12 g/dl
 - B. lebih dari 12 g/dl
 - C. 12 gr/dl
 - D. tidak tahu
3. Penyebab utama dari kekurangan zat besi dalam tubuh adalah...
 - A. kandungan zat besi dari makanan yang dikonsumsi tidak mencukupi kebutuhan
 - B. meningkatnya kebutuhan tubuh akan zat besi
 - C. meningkatnya pengeluaran zat besi oleh tubuh
 - D. tidak tahu
4. Wanita lebih sering menderita kurang darah (anemia) dibanding dengan laki-laki, karena...
 - A. mengalami haid (menstruasi) tiap bulan
 - B. wanita sebagai pekerja keras
 - C. wanita jarang makan
 - D. tidak tahu
5. Jika wanita usia subur (WUS) mengalami pusing, cepat lelah, letih, lesu dan ngantuk, maka keadaan tersebut adalah...
 - A. gejala anemia (kurang darah)
 - B. gejala hipotensi (tekanan darah rendah)
 - C. gejala hipertensi (tekanan darah tinggi)
 - D. tidak tahu
6. Jika wanita usia subur (WUS) mengalami kekurangan zat besi maka berakibat...
 - A. menurunkan produktivitas kerja
 - B. gangguan konsentrasi belajar
 - C. menghambat pertumbuhan fisik
 - D. tidak tahu

7. Supaya tidak kurang darah (anemia) sebaiknya makan makanan yang mengandung...
 - A. zat kapur
 - B. zat iodium
 - C. zat besi
 - D. tidak tahu

8. Zat besi tinggi dari unsur hewani adalah...
 - A. nasi, singkong, jagung
 - B. daging, telur, hati
 - C. buah-buahan
 - D. tidak tahu

9. Penyerapan zat besi dalam tubuh dibantu oleh vitamin...
 - A. vitamin B
 - B. vitamin C
 - C. vitamin D
 - D. tidak tahu

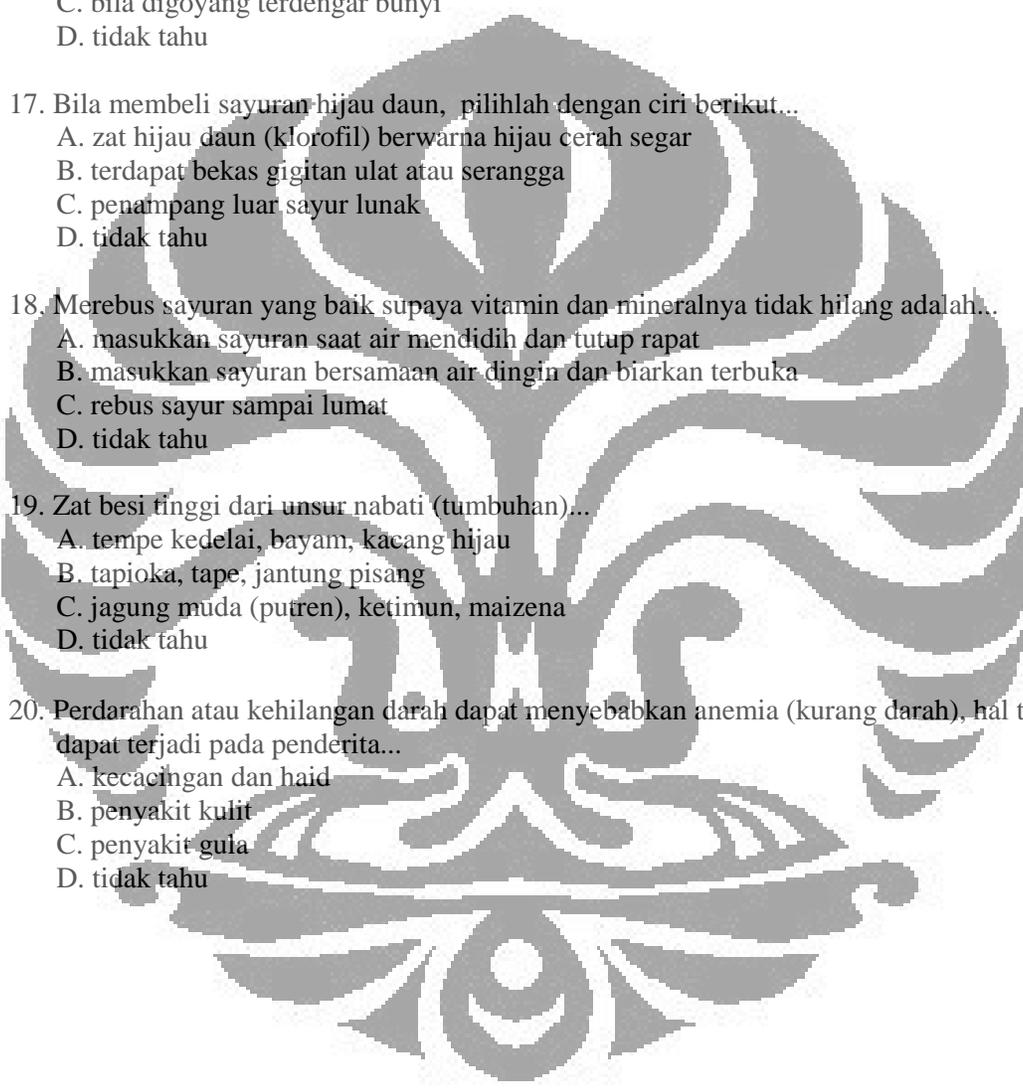
10. Minuman/ makanan yang dapat menghambat penyerapan zat besi dalam tubuh adalah...
 - A. teh, kopi, susu
 - B. jus jeruk
 - C. jus jambu biji
 - D. tidak tahu

11. Sebagai langkah pencegahan kurang darah (anemia) sebaiknya tablet tambah darah (TTD) dikonsumsi wanita saat...
 - A. haid (menstruasi)
 - B. bekerja keras
 - C. olah raga
 - D. tidak tahu

12. Manfaat tablet tambah darah (TTD) pada wanita adalah...
 - A. mencegah dan mengobati nafsu makan
 - B. mencegah dan mengobati hipotensi (tekanan darah rendah)
 - C. mencegah dan mengobati anemia (kurang darah)
 - D. tidak tahu

13. Dalam memilih bahan makanan atau makanan, aspek utama yang perlu dipertimbangkan adalah...
 - A. nilai gizinya baik, segar, dan harga terjangkau
 - B. harga murah dan dapat banyak
 - C. sesuai selera dan harganya
 - D. tidak tahu

14. Untuk memperoleh ikan yang baik, kita perlu memperhatikan hal berikut...
 - A. mata ikan melotot dan suram
 - B. perut ikan menggelembung dan cemerlang
 - C. insang berwarna merah sampai merah tua segar dan cemerlang
 - D. tidak tahu

- 
15. Daging yang baik menunjukkan ciri berikut...
- A. warna merah cerah, sedikit cairan yang keluar
 - B. warna merah pucat, banyak cairan yang keluar
 - C. bila daging ditekan dengan jari lama kembali
 - D. tidak tahu
16. Telur yang baik menunjukkan ciri berikut...
- A. cangkang terdapat bercak, mengapung di air
 - B. cangkang tidak ada noda, tenggelam di air
 - C. bila digoyang terdengar bunyi
 - D. tidak tahu
17. Bila membeli sayuran hijau daun, pilihlah dengan ciri berikut...
- A. zat hijau daun (klorofil) berwarna hijau cerah segar
 - B. terdapat bekas gigitan ulat atau serangga
 - C. penampang luar sayur lunak
 - D. tidak tahu
18. Merebus sayuran yang baik supaya vitamin dan mineralnya tidak hilang adalah...
- A. masukkan sayuran saat air mendidih dan tutup rapat
 - B. masukkan sayuran bersamaan air dingin dan biarkan terbuka
 - C. rebus sayur sampai lunak
 - D. tidak tahu
19. Zat besi tinggi dari unsur nabati (tumbuhan)...
- A. tempe kedelai, bayam, kacang hijau
 - B. tapioka, tape, jantung pisang
 - C. jagung muda (putren), ketimun, maizena
 - D. tidak tahu
20. Perdarahan atau kehilangan darah dapat menyebabkan anemia (kurang darah), hal tersebut dapat terjadi pada penderita...
- A. kecacingan dan haid
 - B. penyakit kulit
 - C. penyakit gula
 - D. tidak tahu

KUESIONER C

PETUNJUK:

Di bawah ini terdapat pernyataan yang berkaitan dengan pandangan wanita usia subur (WUS) terhadap perilaku pencegahan anemia gizi besi (AGB). Berikan pendapat saudara pada kolom yang tersedia dengan memberikan tanda *checklist* (√).

SS : Bila saudara **sangat setuju** dengan pernyataan tersebut.

S : Bila saudara **setuju** dengan pernyataan tersebut.

TS : Bila saudara **tidak setuju** dengan pernyataan tersebut.

STS : Bila saudara **sangat tidak setuju** dengan pernyataan tersebut.

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Kurang darah (anemia) merupakan penyakit biasa saja.				
2	Kurang darah (anemia) dampaknya berbahaya bagi wanita.				
3	Mengonsumsi makanan tinggi zat besi sebagai langkah pencegahan anemia.				
4	Minum teh/ kopi setelah makan mengganggu penyerapan zat besi.				
5	Makanan yang dimakan setiap hari tidak perlu bervariasi.				
6	Makanan yang dimakan setiap hari mengandung gizi yang dibutuhkan tubuh.				
7	Wanita lebih sering mengalami anemia dibanding laki-laki.				
8	Saya termotivasi untuk konsumsi makanan hewani.				
9	Penyakit malaria, cacangan, TBC, dapat memperburuk anemia (kurang darah).				
10	Kandungan zat besi pada makanan hewani lebih tinggi daripada makanan nabati.				
11	Zat besi dari makanan hewani lebih banyak diserap tubuh daripada makanan nabati.				
12	Memasak sayur dimasukkan sebelum air mendidih.				
13	Makanan yang baik adalah makanan yang bergizi, sehat, dan aman.				
14	Sayuran yang baik adalah segar, tidak layu dan utuh.				
15	Menyiapkan sayur untuk lalapan dibilas dengan air matang hangat.				
16	Mencuci tangan sebelum memegang makanan, sebaiknya dengan menggunakan sabun.				
17	Makanan yang dikonsumsi hendaknya cukup dari jumlah dan kualitasnya.				
18	Tablet tambah darah diminum setiap haid pada wanita.				
19	Kurang darah (anemia) pada wanita dapat menyebabkan produktivitas kerja menurun.				
20	Wanita mengalami haid sehingga memerlukan zat besi untuk mengganti darah yang hilang.				

KESIONER D

PETUNJUK:

1. Kuesioner ini diisi oleh fasilitator yang melihat langsung ketrampilan/ tindakan/ praktik yang dilakukan WUS (responden).
2. Berilah tanda *checklist* (√) tentang ketrampilan/ tindakan/ praktik yang dilakukan oleh WUS (responden).
 - ☛ Jawab Ya : Bila ketrampilan/ tindakan/ praktik dilakukan oleh WUS
 - ☛ Jawab Tidak : Bila ketrampilan/ tindakan/ praktik tidak dilakukan oleh WUS
3. Khusus no. 11-12 dengan melakukan kunjungan rumah tidak terencana pada WUS.

Nomor Responden : _____ (diisi petugas)

Kelurahan/ RT/ RW : _____

No	Ketrampilan/ tindakan/ praktik	Ya	Tidak
1	Memilih bahan makanan tinggi zat besi dari unsur hewani		
2	Memilih bahan makanan tinggi zat besi dari unsur nabati		
3	Memilih bahan makanan yang meningkatkan penyerapan zat besi dari unsur vitamin C		
4	Memilih bahan makanan yang menghambat penyerapan zat besi dalam tubuh		
5	Memilih sayuran yang baik		
6	Memilih ikan yang baik		
7	Memilih daging yang baik		
8	Memilih telur yang baik		
9	Mengolah sayuran yang benar		
10	Menyajikan dan menyimpan makanan yang benar		
11	Menerapkan menu makanan yang mengandung zat besi hewani		
12	Menerapkan menu makanan yang mengandung zat besi nabati		
Jumlah			

KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN

No	Variabel	Sub Variabel	Nomor Pertanyaan/ Pernyataan	Jumlah Pertanyaan/ Pernyataan
1	Pengetahuan	Pengetahuan WUS tentang pencegahan AGB		20
		a. Pengertian dan penyebab anemia gizi besi	1,2,3	3
		b. Alasan wanita lebih sering menderita anemia gizi besi	4	1
		c. Tanda gejala dan akibat anemia gizi besi	5,6	2
		d. Cara pencegahan dan pengobatan anemia gizi besi	7,8,10	3
		e. Manfaat tablet tambah darah	11,12	2
		f. Meningkatkan konsumsi makanan bergizi		
		- Karakteristik bahan makanan yang baik	14,15,16,17	4
		- Cara memilih bahan makanan yang baik	13	1
		- Cara mengolah bahan makanan yang baik dan menyajikan	18	1
		- Contoh bahan makanan yang mengandung zat besi dan vitamin C	9,19,20	3
2	Sikap	Sikap WUS dalam pencegahan AGB		20
		a. Kognitif		
		- <i>Favorable</i>	4,6,7,9,10,11,13,14,19	9
		- <i>Unfavorable</i>	-	0
		b. Afektif		
		- <i>Favorable</i>	2,15,16,17,18,	5
		- <i>Unfavorable</i>	1	1
		c. Konatif		
		- <i>Favorable</i>	3,8, 20	3
		- <i>Unfavorable</i>	5, 12,	2
3	Ketrampilan atau tindakan	Ketrampilan atau tindakan WUS dalam pencegahan AGB		12
		a. Ketrampilan atau tindakan WUS yang diamati langsung di dalam kelompok	1-10	10
		b. Ketrampilan atau tindakan WUS yang diamati langsung dengan kunjungan rumah	11-12	2

**TAHAPAN INTERVENSI EDUKASI KELOMPOK SEBAYA
PENCEGAHAN ANEMIA GIZI BESI WANITA USIA SUBUR ANGGOTA
KELOMPOK PKK RT DI KOTA SEMARANG MARET-JUNI 2008**

Minggu 1-2: Pengambilan data awal pada kedua kelompok

Minggu 3-9: Melakukan intervensi edukasi kelompok sebaya anggota PKK RT

dalam 5 tahap

- 1). Tahap I, peneliti (dibantu fasilitator) melakukan intervensi edukasi tentang pencegahan anemia gizi besi pada wanita usia subur di dalam kelompok sebaya, dengan diselingi pemutaran VCD “Cantik Berseri Tanpa Anemia”.
- 2). Tahap II, peneliti (dibantu fasilitator) melakukan sharing dan diskusi dalam kelompok sebaya tentang bahan makanan yang kaya zat besi, kemudian dilanjutkan dengan praktik memilih dan mengelompokkan bahan makanan yang kaya zat besi di dalam kelompok.
- 3). Tahap III, peneliti (dibantu fasilitator) melakukan sharing dan diskusi dalam kelompok sebaya tentang bahan makanan yang membantu dan menghambat penyerapan zat besi, kemudian dilanjutkan dengan praktik memilih dan mengelompokkan bahan makanan yang membantu dan menghambat penyerapan zat besi di dalam kelompok.
- 4). Tahap IV, peneliti (dibantu fasilitator) melakukan sharing dan diskusi dalam kelompok sebaya tentang cara memilih, mengolah dan menyimpan makanan supaya zat gizinya bisa dipertahankan, kemudian dilanjutkan dengan praktik di dalam kelompok memilih, mengolah, dan menyimpan makanan supaya zat gizinya bisa dipertahankan.

- 5). Tahap V, peneliti (dibantu fasilitator) melakukan kunjungan tidak terencana ke rumah kelompok sebaya untuk melihat penerapan menu yang mengandung zat besi dalam makanannya.

Materi edukasi terlampir pada Booklet Informasi Pencegahan Anemia Gizi Besi pada Wanita Usia Subur.

Minggu 10: Internalisasi dalam kelompok masing-masing

Minggu 11-12: Pengambilan data akhir pada kedua kelompok



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama : Siti Aisah
- Tempat, tanggal lahir : Pekalongan, 12 Juni 1973
- Jenis kelamin : Perempuan
- Pekerjaan : Dosen
- Alamat rumah : Jl. Pucang Asri III No. 61 Pucang Gading, Batursari, Demak
- Alamat institusi : Universitas Muhammadiyah Semarang (UNIMUS)
Jl. Raya Kedungmundu No. 18 Semarang
- Riwayat pendidikan :
- SD Negeri Kayugeritan Karanganyar Pekalongan, lulus tahun 1986
 - SMP Negeri Karanganyar Pekalongan, lulus tahun 1989
 - SMA Negeri Kedungwuni Pekalongan, lulus tahun 1992
 - Akper Muhammadiyah Semarang, lulus tahun 1995
 - Pendidikan akta mengajar III IKIP Negeri Semarang, lulus tahun 1997
 - Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, lulus tahun 2003
 - Pekerti-AA Universitas Negeri Semarang, lulus tahun 2005
- Riwayat pekerjaan :
- Akper Muhammadiyah Semarang tahun 1996-2003
 - Universitas Muhammadiyah Semarang tahun 2003-sekarang

