

Perbedaan Konsumsi Keberagaman Jenis Makanan terhadap Status Gizi Tenaga Kesehatan dan Non Tenaga Kesehatan

Hanifah Maharani*¹, Cyntia Ratna Sari ²

^{*1,2} Program Studi Sarjana Terapan Gizi Klinis, Politeknik Kudus, Indonesia

*e-mail: ¹ hanifahmaharani.undip@gmail.com

ABSTRAK

Penyakit tidak menular merupakan penyebab utama kematian di dunia yaitu sebesar 71% kematian di seluruh dunia. Faktor risiko penyebab terjadinya penyakit tidak menular adalah kurangnya mengonsumsi buah dan sayur. Konsumsi buah dan sayur di Indonesia belum mencapai bahkan setengah dari yang telah direkomendasikan. Penelitian menunjukkan bahwa masyarakat memilih menjadikan tenaga kesehatan sebagai *role model* mereka untuk hidup sehat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan konsumsi keberagaman jenis makanan terhadap status gizi tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan. Penelitian ini merupakan jenis penelitian Analitik Observasional menggunakan rancangan *cross sectional*. Analisis data menggunakan independent ttest untuk mengetahui perbedaan skor keberagaman konsumsi makanan (DDS) dengan IMT pada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Sampel adalah tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan dengan teknik purposive sampling. Hasil uji *Independent t-test* menunjukkan nilai $p < 0.05$ yang berarti terdapat perbedaan keberagaman konsumsi makanan dan status gizi tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan. Serta tidak terdapat korelasi yang positif antara DDS dengan status gizi (IMT). Keberagaman konsumsi makanan tenaga kesehatan lebih tinggi jika dibandingkan dengan non tenaga kesehatan. Tenaga Kesehatan memiliki status gizi normal lebih banyak dibandingkan dengan status gizi tenaga non Kesehatan. Sehingga tenaga kesehatan terbukti dapat menjadi *role model* bagi masyarakat.

Kata kunci: Keberagaman makanan, DDS, IMT, Role model.

ABSTRACT

Non-communicable diseases are the leading cause of death in the world, at 71% of deaths worldwide. Risk factors that cause non-communicable diseases are the lack of eating fruits and vegetables. Fruit and vegetable consumption in Indonesia has not reached even half of what has been recommended. Research shows that people choose to make health workers as their role models for healthy living. This study aims to find out the difference in consumption of diversity of food types to the nutritional status of health workers and non-health workers. This research is a type of observational analytical research using cross sectional design. Data analysis uses independent ttest to find out the difference in diversity of food consumption (DDS) with BMI in health workers and non-health workers. Independent ttest results showed a value of $p < 0.05$ which means there are differences in diversity of food consumption and nutritional status of health workers and non-health workers. And there is no positive correlation between DDS and nutritional status (BMI). The diversity of health workers' food consumption is higher when compared to non-health workers. Health workers have more normal nutritional status compared to the nutritional status of non-health workers. So that health workers are proven to be role models for the community.

Keywords: Diversity of food, DDS, BMI, role models

PENDAHULUAN

Penyakit tidak menular merupakan penyebab utama kematian di dunia yaitu sebesar 71% kematian di seluruh dunia. Penyakit jantung iskemik dan stroke menempati peringkat tertinggi yang bertanggung jawab atas 15,2 juta kematian di seluruh dunia selama 15 tahun terakhir. Sebesar 78% penyakit tidak menular terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah termasuk Indonesia [1]. Indonesia sendiri mengalami tantangan *Triple Burden Disease*, yaitu disatu sisi menangani permasalahan gizi, menurunkan infeksi penyakit menular dan dihadapkan dengan meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular yang menjadi penyebab kematian

Informasi Artikel:

Submitted: bulan Januari 2022, **Accepted:** bulan Januari 2022, **Published:** Februari 2022

ISSN: 2716-0084 (media online), Website: <http://jurnal.umus.ac.id/index.php/jigk>

terbesar di Indonesia. Penyakit tidak menular yang bertanggung jawab sebagai penyebab kematian tertinggi adalah penyakit jantung iskemik, stroke dan diabetes [2].

Faktor risiko penyebab terjadinya penyakit tidak menular salah satunya adalah kurangnya mengonsumsi buah dan sayur. Pola konsumsi buah dan sayur masyarakat Indonesia masih sangat rendah. Konsumsi buah dan sayur di Indonesia belum mencapai bahkan setengah dari yang telah direkomendasikan. Sebagian besar penduduk Indonesia mengonsumsi buah dan sayur sebanyak 173 gram per hari, lebih kecil dari angka kecukupan gizi (AKG) yang telah direkomendasikan yaitu sebesar 400 gram perkapita perhari [3],[4]. Data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) menunjukkan kurangnya konsumsi buah dan sayur pada kelompok usia diatas 5 tahun mengalami tren yang meningkat yaitu dari 93,5% pada tahun 2013 menjadi 95,5% pada tahun 2018 [5]. Sedangkan penelitian menunjukkan bahwa konsumsi buah dan sayur hingga 600 gram per hari dapat mengurangi penyakit di seluruh dunia sebesar 1,8%, mengurangi penyakit jantung iskemik 31%, stroke iskemik 19%, kanker perut 19%, penyakit paru-paru 12% dan kolorektal 2% [6]. Hal ini dikarenakan berbagai kajian menunjukkan bahwa konsumsi buah-buahan dan sayuran yang cukup turut berperan dalam menjaga kenormalan tekanan darah, kadar gula dan kolesterol darah, menurunkan risiko sulit buang air besar dan menurunkan kegemukan. Sehingga konsumsi buah dan sayur yang cukup dapat berperan dalam mencegah terjadinya penyakit tidak menular kronik [6].

Sebagian besar pola konsumsi dari masyarakat Indonesia didominasi oleh sumber karbohidrat. Sumber kalori dan protein tertinggi penduduk Indonesia perkapita perhari merupakan kelompok makanan dari padi-padian (41,11%) [6]. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 41 Tahun 2014 tentang pedoman Gizi Seimbang, bahwa tidak ada satupun jenis makanan yang mengandung semua jenis zat gizi yang dibutuhkan tubuh untuk menjamin pertumbuhan dan mempertahankan kesehatannya, kecuali ASI. Sehingga diperlukan konsumsi jenis makanan yang beraneka ragam dengan proporsi yang seimbang. Jenis dan jumlah zat gizi yang terkandung dalam setiap jenis makanan berbeda-beda, oleh karena itu diperlukan konsumsi aneka ragam jenis makanan agar zat gizi yang tidak lengkap pada salah satu jenis makanan dapat dilengkapi dengan zat gizi yang ada pada jenis makanan yang lain [7].

Pemerintah Indonesia, Kementerian Kesehatan telah berupaya untuk mewujudkan penganekaragaman konsumsi pangan dengan mengeluarkan berbagai kebijakan seperti kebijakan percepatan penganekaragaman konsumsi pangan berbasis sumber daya lokal, pedoman gizi seimbang maupun gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS). Upaya ini tidak akan berhasil tanpa adanya peran dari tenaga kesehatan terutama ahli gizi dalam meningkatkan pengetahuan gizi kepada masyarakat maupun berperan dalam memberikan contoh sebagai role model kepada masyarakat sekitar. Penelitian menunjukkan bahwa masyarakat memilih menjadikan petugas kesehatan sebagai *role model* mereka untuk hidup sehat [8].

Petugas kesehatan merupakan kelompok usia dewasa yang berperan penting meningkatkan kesehatan masyarakat baik secara preventif maupun kuratif. Petugas kesehatan bertanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat [9]. Akan tetapi sayangnya penelitian yang ada menunjukkan masih banyak ditemukan tenaga kesehatan di Indonesia yang belum menerapkan pola hidup sehat seperti kurang mengonsumsi buah dan sayur (62%), kurang olahraga (32%), kurang PHBS (41,1%), dan bahkan mengonsumsi tinggi lemak (64,6%) dan mengalami obesitas sentral (67,7%) [10]. Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak petugas kesehatan yang belum mencerminkan sebagai *role model* bagi masyarakat. Sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait keanekaragaman konsumsi makanan terhadap status gizi tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *Analitik Observasional* menggunakan rancangan *cross sectional analitik komparatif*. Penelitian komparatif analitik adalah penelitian yang bertujuan untuk membandingkan atau mengetahui perbedaan satu atau lebih variabel dilihat dari berbagai aspek atau sudut pandang [11]. Penelitian ini bertujuan mengetahui perbedaan konsumsi

keberagaman jenis makanan terhadap status gizi tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*, sehingga peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel pada satu saat tertentu yang artinya subyek hanya diobservasi satu kali dan pengukuran variabel subyek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut.

Penelitian akan dilakukan di lingkungan Politeknik Kudus yang dibagi menjadi dua kategori yaitu program studi bidang kesehatan meliputi bidang kebidanan dan gizi, serta bidang non kesehatan meliputi bidang bisnis dan manajemen ritel. Penelitian dilakukan pada bulan Januari 2021 hingga Maret 2021. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan yang bekerja di lingkungan Politeknik Kudus. Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 28 responden yang terdiri dari 14 tenaga medis dan 14 non tenaga medis. Pengambilan sampel dalam penelitian menggunakan teknik purposive sampling. Teknik pengambilan sampel purposive sampling merupakan suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai yang dikehendaki oleh peneliti sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi. Peneliti menggunakan kuesioner *Dietary Diversity Score* sebagai penilaian keberagaman makanan. Pengambilan data antropometri dilakukan pada saat posbindu yang dilakukan di Politeknik Kudus dan bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kota Kudus. Selanjutnya dilakukan pengambilan data keberagaman konsumsi makanan dengan DDS.

Analisis data menggunakan analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti meliputi jenis kelamin, usia, pekerjaan, status pernikahan, jumlah anak, transportasi yang digunakan, riwayat penyakit, food taboo, tingkat aktivitas fisik, tingkat konsumsi keanekaragaman makanan, tinggi badan, berat badan, status gizi berdasar IMT. Analisis bivariat dalam penelitian bertujuan untuk menguji perbedaan (komparatif) konsumsi keberagaman jenis makanan dan aktivitas fisik terhadap status gizi tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan. Sampel yang digunakan ada 2 sampel independen dengan skala data numerik. Langkah pertama analisis bivariat adalah dengan menguji normalitas data. Karena jumlah sampel kurang dari 50 maka menggunakan hasil uji Shapiro Wilk pada uji normalitas data dan data berdistribusi normal. Perbedaan hasil skor Dietary diversity score antara 2 kelompok penelitian, diuji dengan independent t-test karena data berdistribusi normal. Apabila nilai ($P < 0,05$) maka terdapat perbedaan yang bermakna diantara dua kelompok atau dapat dikatakan terdapat perbedaan yang signifikan. Uji korelasi DDS dengan status gizi diuji dengan pearson (jika data berdistribusi normal) sedangkan rank spearman (jika data tidak berdistribusi normal). Analisis multivariat dengan menggunakan regresi linier untuk menentukan pengukuran hubungan dua variabel atau lebih untuk melihat bentuk dari hubungan tersebut.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Penelitian dilakukan di kampus Politeknik Kudus yang memiliki program studi bidang kesehatan meliputi bidang kebidanan dan gizi, serta bidang non kesehatan meliputi bidang bisnis dan manajemen ritel. Salah satu penelitian yang dilakukan berlokasi di Politeknik Kudus karena beragamnya civitas akademika yang ada di Politeknik Kudus dapat mencerminkan keanekaragaman konsumsi makanan pada karyawan Politeknik Kudus. Berikut hasil penelitian akan disajikan dalam bentuk tabel.

Tabel 1 Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Hasil	
	n	%
Usia Ibu		
≤ 35	11	79
≥ 35	3	21
Total	14	100
Usia Bapak		

≤ 35	6	43
≥ 35	8	57
Total	14	100
Penghasilan		
<UMK	5	18
UMK	12	43
>UMK	11	39
Total	28	100
Pekerjaan Ibu		
Tenaga Kesehatan	12	86
Non Tenaga Kesehatan	2	14
Total	14	100
Pekerjaan Bapak		
Tenaga Non Kesehatan	13	93
Tenaga Kesehatan	1	7
Total	14	100
Kategori IMT		
Kurus	3	7
Normal	12	47
Gemuk	4	25
Obesitas	9	21
Total	28	100

Sumber: Data Primer

Tabel 1 menunjukkan hasil analisis statistik bahwa usia ibu, usia bapak, pekerjaan ibu, pekerjaan bapak, pendidikan ibu, pendidikan bapak, penghasilan keluarga, jumlah anak, sebagai variabel luar memiliki nilai Pvalue > 0.05 yang menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan karakteristik dasar antara kelompok tenaga kesehatan dan kelompok non tenaga kesehatan pada awal penelitian karena kedua kelompok homogen dan setara sehingga perubahan yang terjadi pada variabel dependen dan variabel independent tidak dipengaruhi oleh variabel luar.

Karakteristik usia, sebagian besar ibu berusia 26-30 tahun (93%) dan sebagian besar bapak berusia lebih dari 35 tahun (43%). Karakteristik pekerjaan, terdiri dari tenaga kesehatan yang didominasi perempuan meliputi bidan dan ahli gizi. Kelompok pekerjaan non tenaga kesehatan sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yang terdiri dari tenaga administrasi, keuangan, IT, dosen manajemen bisnis dan retail, satpam, serta tenaga kependidikan lainnya. Sedangkan penghasilan rata-rata keluarga responden bervariasi dan terbanyak adalah UMK sebanyak (43%). Karakteristik Pendidikan, hampir sebagian besar responden memiliki Pendidikan terakhir S2 pada kelompok tenaga kesehatan (39.3%), sedangkan pada non kesehatan sebagian besar pendidikan terakhir S1 dan SMA. Sumber informasi tentang aneka ragam jenis makanan yang selama ini diperoleh sebagian besar responden bersumber dari pengetahuan mereka dengan membaca baik di buku, maupun media internet, tenaga kesehatan dari Puskesmas, maupun dari orang tua mereka.

Tabel 2 Persentase Item Kelompok Makanan *Dietary Diversity Score*

No	Kelompok Makanan	Persentase (%)
1	Sereal	53,6
2	Root dan pabrik putih	14,3
3	Sayuran kaya akan vitamin A	46,4
4	Sayuran berdaun Hijau Gelap	71,4
5	Sayuran lainnya	64,3
6	Buah kaya vitamin A	50,0
7	Buah-buahan	42,9
8	Daging organ	39,3
9	Daging	53,6

10	Telur	64,3
11	Ikan dan seafood	25,0
12	Legum, Kacang, benih	46,4
13	Susu dan produk susu	28,6
14	Minyak dan lemak	100,0
15	Manis	92,9
16	Spices, Kondimen, Minuman	42,9
17	Tambahan	75,0

Sumber: Data primer

Tabel 2. Menunjukkan keanekaragaman konsumsi makanan yang tercermin dari *Dietary Diversity Score* bahwa kelompok makanan minyak dan lemak tidak terpisahkan dari konsumsi sehari-hari responden baik tenaga kesehatan maupun non tenaga kesehatan (100%). Selanjutnya Sebagian besar responden (93%) mengonsumsi kelompok makanan dan minuman yang manis dan sudah menjadi keseharian responden. Kelompok makanan sayuran berdaun hijau gelap lebih sering dikonsumsi yaitu (71%) dan sisanya sayuran lainnya. Selanjutnya kelompok protein yang lebih sering dikonsumsi adalah telur (64%). Kebiasaan mengonsumsi sayuran pada penelitian ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Ratnasari 2019, terdapat 77,0% terbiasa mengonsumsi sayuran [12]

Tabel 3 Persentase DDS Responden

Tenaga Kesehatan	Persentase DDS (%)	Non Tenaga Kesehatan	Persentase DDS (%)
1	65	15	47
2	59	16	41
3	71	17	59
4	65	18	47
5	53	19	59
6	59	20	65
7	47	21	59
8	53	22	53
9	53	23	41
10	47	24	65
11	53	25	53
12	47	26	35
13	59	27	59
14	47	28	41

Sumber: Data primer

Hasil skor keragaman makanan individu mencerminkan elemen kunci dari setiap analisis komprehensif situasi keamanan pangan di tingkat individu, rumah tangga maupun masyarakat. Hasil skor bermanfaat sebagai informasi ketahanan pangan dan gizi baik ditingkat regional maupun nasional, membantu dalam system peringatan dini dan intervensi. Selain itu bermanfaat bagi evaluasi program-program yang bertujuan meningkatkan ketahanan pangan dan gizi. IDDS terbukti berhubungan dengan rata-rata kecukupan gizi mikro dari makanan anak-anak yang disusui dan yang tidak disusui [13]. Hasil persentase DDS Responden ditunjukkan pada tabel 3. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa DDS menggambarkan diet yang baik pada orang dewasa akan tetapi pesan kesehatan masyarakat harus menekankan pada peningkatan keragaman makanan yang selektif. Penelitian menunjukkan bahwa makanan yang beragam dengan dominasi sumber energi mampu meningkatkan kejadian obesitas [14].

Tabel 4 Status Gizi (IMT)

Status Gizi (IMT)	Kurang	Normal	Overweight	Obesitas
Tenaga Kesehatan	7%	50%	21.5%	21.5%
Tenaga non Kesehatan	14%	36%	7%	43%

Sumber: Data primer

Tabel 4. Menunjukkan status gizi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan dimana tenaga kesehatan sebagian besar memiliki kategori status gizi normal (50%) sedangkan pada kelompok tenaga non kesehatan sebagian kecil yang memiliki status gizi normal (36%). Tenaga non Kesehatan lebih banyak yang menderita obesitas (43%) dibandingkan tenaga kesehatan (21.5%).

Uji Normalitas dan Uji Homogenitas

Tabel 5 Uji Normalitas Variabel

Kelompok	Variabel	Mean±SD	<i>p-value</i>
Tenaga Non Kesehatan	DDS	8±2.9	0.56
	IMT	26.0±1.7	0.13
Tenaga Kesehatan	DDS	10±2.3	0.32
	IMT	24.0±1.5	0.87

Sumber: Data primer

Uji normalitas data pada penelitian ini menggunakan *Shapiro Wilk Test* karena jumlah sampel < 50 orang. Hasil analisis statistik menunjukkan semua variabel memiliki nilai $P > 0.05$ yang berarti bahwa variabel DDS dan status gizi (IMT) kelompok tenaga kesehatan dan kelompok non tenaga kesehatan berdistribusi normal.

Tabel 6 Uji Homogenitas Variabel

Kelompok	Variabel	<i>p-value</i>
Tenaga non kesehatan	DDS	0.159
	IMT	0.508
Tenaga kesehatan	DDS	0.037
	IMT	0.171

Sumber: Data primer

Uji homogenitas data pada penelitian ini menggunakan uji perbedaan variance antar variabel. Hasil analisis statistik menunjukkan variabel DDS dan IMT kelompok tenaga Kesehatan dan non tenaga kesehatan, memiliki nilai $P > 0.05$ yang berarti tidak terdapat perbedaan variance yang bermakna antara kedua variabel yang disebut juga dengan istilah homogen.

Uji Beda IMT Tenaga Kesehatan dan Non Tenaga Kesehatan

Tabel 7 Uji Beda IMT pada Kelompok Tenaga Kesehatan dan non Tenaga Kesehatan

Kelompok	N	Tenaga Kesehatan	N	Non Tenaga Kesehatan	<i>p-value</i>
IMT (Mean±SD)	14	24.0± 1.4	14	26.0± 1.9	0.001

Sumber: Data primer

Tabel 7. menunjukkan perbandingan IMT pada kelompok tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan. Analisis menggunakan uji *independent ttest*. Hasil uji menunjukkan nilai $p < 0.05$ yang berarti terdapat perbedaan IMT yang bermakna pada kelompok tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan. Petugas kesehatan merupakan kelompok usia dewasa yang berperan penting meningkatkan kesehatan masyarakat baik secara preventif maupun kuratif. Petugas kesehatan bertanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat [9]. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tenaga kesehatan dapat mencerminkan sebagai *role model* bagi masyarakat yang ditunjukkan dengan penerapan konsumsi anekaragam jenis makanan dan memiliki lebih banyak status gizi yang normal dibandingkan tenaga non kesehatan.

Penelitian di US yang menunjukkan bahwa keragaman konsumsi makanan menjadi indikator diet secara keseluruhan. Variasi diet yang lebih tinggi berkontribusi terhadap tingginya asupan serat dan vitamin. Asupan yang beragam dengan porsi yang tepat memberikan

keseimbangan terhadap berbagai zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh sehingga status gizinya baik [15]. Sedangkan penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Sri Lanka yang menunjukkan bahwa semakin tinggi keragaman konsumsi makanan maka semakin tinggi IMT seseorang. Orang yang menderita obesitas dan obesitas sentral memiliki DDS tertinggi dibandingkan dengan kelompok yang tidak menderita obesitas. Peningkatan keragaman makanan, meningkatkan tingkat BMI, lingkar pinggang, dan konsumsi energi meningkat secara drastis pada populasi. Hal ini dapat terjadi karena keragaman konsumsi makanan yang dikonsumsi beragam pada jenis makanan yang tinggi akan sumber energi maupun lemaknya sedangkan sumber yang lain seperti protein, vitamin, dan mineral lebih rendah. Sehingga dari perbedaan hasil temuan dapat diambil garis tengah dengan memperhatikan konsumsi keanekaragaman makanan berdasarkan jenis dan porsi. Pesan kesehatan masyarakat harus menekankan pada peningkatan keragaman makanan yang selektif [14].

Uji Beda DDS pada Kelompok Tenaga Kesehatan dan Non Tenaga Kesehatan

Table 8 Uji Beda DDS pada Kelompok Tenaga Kesehatan dan non Tenaga Kesehatan

Kelompok	N	Tenaga Kesehatan	N	Non Tenaga Kesehata	p-value
DDS (Mean±SD)	14	10±2.8	14	8± 1.8	0.000

Sumber: Data primer

Tabel 8. menunjukkan perbedaan DDS pada kelompok tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan. Analisis menggunakan uji *Independent ttest*. Hasil uji menunjukkan nilai $p < 0.05$ yang berarti terdapat perbedaan DDS kelompok tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan. Pekerjaan di bidang kesehatan meningkatkan keanekaragaman konsumsi makanan. Pekerjaan sebagai tenaga kesehatan tentunya lebih familier dengan makanan yang bergizi. Pengetahuan yang dimiliki mampu mempengaruhi perilaku seseorang. Teori *Theoretical Foundation of Knowledge and Practic* menyatakan bahwa suatu tindakan dilakukan berdasarkan pengetahuan maupun keyakinan individu dalam tindakan tersebut [16]. Pengetahuan yang dimiliki seseorang dapat diperoleh dari proses belajar baik akademis maupun non akademis. Berdasarkan uji korelasi dengan variabel luar, tidak terdapat hubungan antara DDS dengan faktor usia sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Sri Lanka [14]. Selain itu skor DDS yang rendah sejalan dengan status ekonomi yang rendah. Berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa peningkatan keragaman makanan berkaitan dengan status sosial ekonomi dan ketahanan rumah tangga [13].

Makanan beragam merupakan berbagai makanan yang dikonsumsi beragam baik antar kelompok pangan meliputi makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah maupun dalam setiap kelompok pangan. Keragaman makanan merupakan suatu ukuran konsumsi makanan secara kualitatif yang mencerminkan akses ke berbagai makanan dan mewakili kecukupan gizi dari makanan yang dikonsumsi oleh individu [7]. Mengonsumsi makanan yang beragam diperlukan karena tidak terdapat satupun jenis makanan yang mengandung semua jenis zat gizi yang lengkap yang dibutuhkan oleh tubuh dalam menjamin pertumbuhan dan mempertahankan kesehatannya, kecuali Air Susu Ibu (ASI) untuk bayi yang baru lahir hingga berusia 6 bulan. Jenis dan jumlah zat gizi yang terkandung dalam setiap jenis makanan berbeda-beda seperti halnya nasi yang merupakan sumber karbohidrat dan sumber utama kalori, tetapi miskin vitamin dan mineral. Makanan yang beragam tentunya tidak hanya beragam saja tetapi juga harus memperhatikan proporsi makanan yang seimbang, yang berarti dari segi jumlahnya [7], [17].

Korelasi DDS dan IMT

Table 9 Korelasi DDS dan IMT

Variabel	p-value	r
DDS dan IMT	0.0073	0.25

Sumber: Data primer

Uji korelasi *Pearson* menunjukkan variabel DDS dan IMT tidak memiliki hubungan.

Korelasi Variabel Luar dengan DDS dan IMT

Table 10 Korelasi Variabel Luar dengan DDS dan IMT

Variabel	DDS		IMT	
	p-value	r	p-value	r
Pekerjaan	0.004	0.5	0.161	0.3
Penghasilan Keluarga	0.536	-0.1	0.354	-0.2
Usia Ibu dan bapak	0.160	-0.3	0.197	-0.3
Pendidikan Ibu dan bapak	0.163	-0.3	0.173	0.1
Riwayat Penyakit	0.213	0.2	0.911	-0.02
Informasi DM	0.847	0.0	0.963	-0.0

Sumber: Data primer

Uji korelasi *Pearson* menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel DDS dan IMT dengan variabel luar kecuali pekerjaan dengan DDS. Pada variabel DDS, didapatkan hasil DDS memiliki hubungan yang bermakna dengan pekerjaan sebagai tenaga kesehatan dengan kekuatan hubungan yang sedang dan arah positif sehingga pekerjaan sebagai tenaga kesehatan pada ibu dan bapak meningkatkan konsumsi aneka ragam jenis makanan.

KESIMPULAN

Keberagaman konsumsi makanan tenaga kesehatan lebih tinggi jika dibandingkan dengan non tenaga kesehatan. Tenaga Kesehatan memiliki status gizi normal lebih banyak dibandingkan dengan status gizi tenaga non Kesehatan. Sehingga tenaga kesehatan dapat dipercaya menjadi *role model* atau contoh hidup sehat dengan mengonsumsi makanan sehat yang beragam secara tepat porsi maupun beragam jenisnya bagi masyarakat luas.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] WHO G. WHO methods and data sources for life tables 1990-2016. In Global health estimates technical paper 2018 Mar.
- [2] Mboi N, Surbakti IM, Trihandini I, Elyazar I, Smith KH, Ali PB, Kosen S, Flemons K, Ray SE, Cao J, Glenn SD. On the road to universal health care in Indonesia, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2018 Aug 18;392(10147):581-91.
- [3] Kementerian Kesehatan RI (2016) Konsumsi Makanan Penduduk Indonesia. Edited by Intan Suryantisa Indah. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- [4] Badan Meteorologi Klimatologi dan Geofisika (2017) Buletin Pemantauan Ketahanan Pangan. Jakarta.
- [5] Kementerian Kesehatan RI (2018) ‘Laporan Nasional RISKESDAS 2018’, Kementerian Kesehatan RI.
- [6] Dhungana RR, Bista B, Pandey AR, de Courten M. Prevalence, clustering and sociodemographic distributions of non-communicable disease risk factors in Nepalese adolescents: secondary analysis of a nationwide school survey. *BMJ open*. 2019 May 17;9(5):e028263.
- [7] Kementerian Kesehatan RI (2014) ‘Pedoman gizi seimbang’, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, p. 4.
- [8] Mileder LP, Schmidt A, Dimai HP. Clinicians should be aware of their responsibilities as role models: a case report on the impact of poor role modeling. *Medical education online*. 2014 Jan 1;19(1):23479.
- [9] Handayani L, Ma'ruf NA. Peran tenaga kesehatan sebagai pelaksana pelayanan kesehatan puskesmas. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 2010 Jan;13(1):21298.
- [10] Nadimin. Pola Makan, Aktivitas Fisik dan Status Gizi Pegawai Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan. *Jurnal Media Gizi Pangan*. 2011. 11(1):1-6.

-
- [11] Siswanto, Susila, S. (2016) *Metodologi Penelitian Kesehatan dan Kedokteran. Pertama*. Yogyakarta: Bursa Ilmu.
- [12] Ratnasari D, Purniasih L. STATUS GIZI DAN POLA KONSUMSI MAKANAN ANAK USIA SEKOLAH (7-12 TAHUN) DI DESA KARANGSEMBUNG. *Jurnal Ilmiah Gizi dan Kesehatan (JIGK)*. 2019 Aug 29;1(01):34-41.
- [13] Food Agriculture Organization (2013) *Guidelines for measuring household and individual dietary diversity*. Edited by T. B. and M. C. D. Gina Kennedy. Rome.
- [14] Jayawardena R, Byrne NM, Soares MJ, Katulanda P, Yadav B, Hills AP. High dietary diversity is associated with obesity in Sri Lankan adults: an evaluation of three dietary scores. *BMC public health*. 2013 Dec;13(1):1-8.
- [15] Kant AK, Schatzkin A, Harris TB, Ziegler RG, Block G. Dietary diversity and subsequent mortality in the first national health and nutrition examination survey epidemiologic follow-up study. *The American journal of clinical nutrition*. 1993 Mar 1;57(3):434-40.
- [16] Notoatmodjo S, Anwar H, Ella NH, Tri K. *Promosi kesehatan di sekolah*. Jakarta: rineka cipta. 2012:21-3.
- [17] United Nations System Standing Commite On Nutrition (2008) 'Dietary Diversity (DD)', pp. 1–6.