



EFEKTIFITAS KONSELING TERHADAP PENGETAHUAN IBU DALAM DETEKSI TANDA BAHAYA BAYI DAN BALITA DI INDONESIA

Effectiveness of Counseling on Mother's Knowledge of Infant and Under-five Children Danger Signs in Indonesia

Anissa Rizkianti¹, Ika Saptarini², Suparmi³, Iram Barida Maisya⁴, Andi Susilowati⁴, Bunga
Christita Rosha⁴

¹Pusat Riset Kependudukan, Badan Riset dan Inovasi Nasional, Jl. Gatot Subroto No.Kav 10, Kuningan Bar.,
Kec. Mampang Prpt., Kota Jakarta Selatan, DKI Jakarta 12710

²Pusat Riset Kedokteran Preklinis dan Klinis, Badan Riset dan Inovasi Nasional, Jl. Raya Jakarta-Bogor No.32,
Pakansari, Kec. Cibinong, Kabupaten Bogor, Jawa Barat 16915

³Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi, Badan Riset dan Inovasi Nasional, Jl. Raya Jakarta-Bogor No.32,
Pakansari, Kec. Cibinong, Kabupaten Bogor, Jawa Barat 16915

⁴Pusat Kebijakan Global dan Teknologi Kesehatan, Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian
Kesehatan, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat 10560

*Email: anis025@brin.go.id

Naskah masuk 10 Oktober 2023; review 21 November 2023; disetujui terbit 7 Desember 2023

Abstract

Background: As part of the Integrated Management of Childhood Illnesses, the government conducted counseling on daily monitoring, so families enable to recognize danger signs and seek medical help for sick infants and under-five children.

Objective: This study aims to measure changes in mothers' knowledge about danger signs on infants and under-five children after given counseling regarding monitoring.

Method: The study design used was a quasi-experiment in one group (one-group pretest-posttest) with a quantitative and qualitative approach. The quantitative sample was 320 under-five children in the selected public health centers in eight focused districts who met the inclusion criteria, consisting of mothers, caregivers, or the closest family members taking care of children, whereas the qualitative sample included four informants with classification based on monitoring practices. Counseling was conducted by local cadres who were formerly trained by the Ministry of Health team.

Results: Of the 320 respondents, only 48.4% experienced better knowledge after receiving counseling. Based on the McNemar test results, respondents' knowledge level before and after counseling was not significantly different ($p > 0.05$). Qualitative results show that inappropriate counseling techniques and a less conducive environment affected changes in respondents' knowledge.

Conclusion: To optimize the effectiveness of counseling in increasing mothers' knowledge to monitor danger signs for infants and under-five children at home, cadres are expected to design better counseling practices and create a conducive atmosphere.

Keywords: counseling, monitoring, danger signs, knowledge

Abstrak

Latar belakang: Sebagai bagian dari upaya MTBS, pemerintah melaksanakan konseling pemantauan harian agar keluarga mampu mengenali tanda bahaya serta mencari pertolongan kesehatan pada balita sakit.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengukur adanya perubahan pengetahuan ibu tentang tanda bahaya pada bayi dan balita setelah diberikan konseling terkait pemantauan.

Metode: Desain penelitian yang digunakan adalah kuasi-eksperimen pada satu kelompok (*one-group pretest-posttest*) dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Sampel kuantitatif adalah 320 balita di wilayah kerja puskesmas terpilih dari delapan kabupaten lokus yang memenuhi kriteria inklusi, terdiri dari ibu, pengasuh atau keluarga terdekat yang merawat balita, sedangkan sampel kualitatif mencakup empat informan dengan klasifikasi yang ditentukan berdasarkan praktik pemantauan. Konseling dilaksanakan oleh kader setempat yang sebelumnya telah dilatih oleh tim Kementerian Kesehatan.

Hasil: Dari 320 responden, hanya 48,4% yang pengetahuannya lebih baik setelah mendapatkan konseling. Berdasarkan hasil uji McNemar, tingkat pengetahuan responden sebelum dan sesudah konseling tidak berbeda secara bermakna ($p > 0,05$). Hasil kualitatif menunjukkan bahwa teknik konseling yang kurang tepat dan lingkungan yang kurang kondusif mempengaruhi perubahan pengetahuan pada responden.

Kesimpulan: Untuk mengoptimalkan keefektifan konseling dalam meningkatkan pengetahuan ibu dalam memantau tanda bahaya bayi dan balita di rumah, kader diharapkan mampu merancang praktik konseling yang lebih baik dan menciptakan suasana yang kondusif.

Kata kunci: konseling, pemantauan, tanda bahaya, pengetahuan

PENDAHULUAN

Penurunan angka kematian bayi dan balita masih menjadi tantangan utama di sejumlah negara miskin dan berkembang. Kondisi ini diperberat dengan adanya pandemi COVID-19 mengingat batasan dalam hal akses dan kualitas layanan kesehatan. Data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada 2021 mencatat bahwa lima juta anak meninggal setiap tahun sebelum mereka mencapai usia lima tahun. Hampir separuh (47%) dari seluruh kematian balita tersebut terjadi pada periode bayi baru lahir (usia 0-28 hari), meningkat dari tahun 1990 sebesar 40%.¹ Sementara itu, berdasarkan data Bank Dunia, angka kematian bayi baru lahir di Indonesia sebanyak 11,7 jiwa/1.000 kelahiran hidup pada 2020. Artinya, pada setiap kelahiran 1.000 bayi, ada 11 hingga 12 bayi yang meninggal di usia neonatus.² Angka ini masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara di kawasan Asia Tenggara, seperti Vietnam, Thailand dan Brunei Darussalam.

Penyebab utama kematian bayi dan balita yang paling banyak dilaporkan antara lain kelahiran prematur, pneumonia, asfiksia saat lahir, kelainan kongenital, diare, campak dan malaria³, yang sebenarnya dapat dicegah dengan pemberian imunisasi, nutrisi yang cukup, ketersediaan air bersih dan perawatan yang tepat dari penyedia layanan kesehatan yang memadai.⁴ Salah satu cara yang dapat dilakukan dalam mencegah dan mengatasi penyebab umum kematian balita adalah dengan melaksanakan upaya Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di tingkat pelayanan dasar. Strategi yang dikembangkan oleh *World Health Organization* (WHO) dan *United Nations*

Children's Fund (UNICEF) ini dirancang sebagai pedoman penatalaksanaan anak sakit usia satu minggu hingga lima tahun. Penerapannya menekankan pada tiga komponen yaitu memperkuat sistem pelayanan kesehatan agar penanganan balita sakit lebih efektif, meningkatkan kualitas pelayanan balita sakit serta meningkatkan peran keluarga dan masyarakat dalam hal perawatan balita sakit, deteksi dini serta pola pencarian pertolongan segera ke tenaga kesehatan.⁵

Sejak dilaksanakan pada akhir 1990-an, MTBS telah terbukti efektif dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan anak, termasuk deteksi dini penyakit, pengobatan yang tepat untuk semua gejala penyakit utama serta sistem rujukan yang memadai untuk balita sakit dengan gejala berat dan kondisi kesakitan yang parah.^{6,7} Selain itu, MTBS juga mendorong praktik perawatan balita sakit di rumah yang tepat, peningkatan gizi, dan dukungan terhadap pencegahan penyakit.⁸ Di Indonesia, berbagai bentuk pelatihan telah dilaksanakan untuk meningkatkan pengetahuan dan kapasitas tenaga kesehatan dalam menerapkan MTBS di fasilitas kesehatan tingkat pertama.⁹ Namun demikian, beberapa studi menunjukkan bahwa pengetahuan ibu tentang gejala dan tanda bahaya masih rendah.^{10,11} Studi lain bahkan memperlihatkan bahwa persentase ibu masa nifas yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang tanda bahaya bayi baru lahir hanya sebesar 24,1%.¹²

Untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam mengenali tanda bahaya serta mencari pertolongan kesehatan, pemerintah Indonesia telah mendorong penggunaan buku kesehatan ibu dan anak (buku KIA) pada ibu bayi dan balita. Buku ini dirancang sebagai panduan yang berisi informasi dan data penting mengenai pemanfaatan layanan kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan balita.¹³ Selain itu, buku KIA berisi berbagai materi informasi seputar tanda bahaya

*Corresponding author
(anissarizkianti@gmail.com)

© Indonesian Public Health Association
ISSN: 2354-8762 (electronic); ISSN: 2087-703X (print)

dan cara perawatan anak yang dapat dilakukan secara efektif di rumah.¹⁴ Pada 2021, Kementerian Kesehatan merancang sebuah terobosan pada buku KIA yang memungkinkan ibu, pengasuh, dan anggota keluarga untuk memantau tanda bahaya umum pada anak dan memberikan penilaian dengan melengkapi formulir yang ada pada buku KIA setiap hari.¹⁵

Agar pemantauan tanda bahaya pada anak dapat dilakukan oleh keluarga di rumah, Kementerian Kesehatan RI melakukan konseling terhadap ibu dan pengasuh yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan ibu dalam mengenali tanda-tanda bahaya tersebut. Konseling tersebut merupakan bagian dari kegiatan studi implementasi pemantauan bayi dan balita di delapan kabupaten/kota terpilih di Indonesia yang diharapkan dapat mengukur perubahan pengetahuan dan perilaku ibu dalam mengenali tanda bahaya pada bayi dan balita.

Namun demikian, perubahan perilaku tidak dapat diukur karena memerlukan waktu yang relatif lama. Oleh karena itu, penelitian ini hanya bertujuan untuk mengukur perubahan pengetahuan.

METODE

Desain Studi

Penelitian ini merupakan bagian dari riset operasional berjudul “Evaluasi Implementasi Pemantauan Bayi dan Balita Berisiko di Tingkat Keluarga di 8 Lokus Uji Coba” yang dilaksanakan oleh peneliti Badan Litbang Kesehatan pada 2021. Persetujuan etik penelitian diperoleh dari Komisi Etik Penelitian Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (nomor LB.02.01/2/KE.730/2021). Desain penelitian yang digunakan adalah kuasi-eksperimen pada satu kelompok (*one-group pretest-posttest*) dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif, dimana efektivitas intervensi pada satu kelompok responden diukur dengan menguji perbedaan sebelum (*pre-test*) dan sesudah intervensi (*post-test*).¹⁶ Intervensi yang diberikan berupa konseling terkait pemantauan tanda bahaya bayi dan balita. Lokasi penelitian merupakan lokus (lokasi fokus) percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang ditentukan secara purposive oleh Kementerian Kesehatan mencakup delapan kabupaten, meliputi Kabupaten Aceh Jaya, Kabupaten Bogor, Kabupaten Grobogan, Kabupaten Jember,

Kabupaten Lombok Barat, Kabupaten Timor Tengah Selatan, Kabupaten Manokwari, dan Kabupaten Jayawijaya. Penelitian dilaksanakan selama tiga bulan, yaitu sejak Oktober hingga Desember 2021. Dari tiap kabupaten, dua puskesmas yang masing-masing mewakili wilayah perkotaan dan pedesaan dipilih oleh dinas kesehatan kabupaten.

Modul pemantauan harian tanda bahaya bayi dan balita dikembangkan oleh Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), *Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics* (JHPIEGO) dan UNICEF. Modul tersebut dilampirkan dalam buku KIA bagian anak dan merupakan modifikasi dari panduan MTBS. Pemantauan dilakukan agar keluarga maupun kader dapat mengidentifikasi gejala dan tingkat keparahan penyakit pada anak, sehingga jika anak ditemukan memiliki gejala berat, anak akan segera dibawa ke fasilitas kesehatan terdekat untuk mendapat pengobatan. Sebaliknya, anak dalam kondisi sehat dan tidak bergejala, atau sakit dengan gejala yang ringan, hanya memerlukan perawatan di rumah di bawah pengawasan kader dan petugas kesehatan.

Konseling mengenai pemantauan bertujuan untuk memberikan pengetahuan atau pemahaman kepada responden mengenai tanda-tanda bahaya bayi dan balita dan penanganan yang perlu dilakukan jika menemukan salah satu tanda tersebut pada anak. Pemberian konseling dilakukan berkelompok oleh kader posyandu di wilayah puskesmas penelitian yang sebelumnya telah mendapat orientasi atau pelatihan dari tim fasilitator Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, IDAI, JHPIEGO dan UNICEF.

Kader memberikan konseling selama satu hari kepada ibu dan pengasuh untuk memperoleh informasi seputar tanda bahaya bayi dan balita, identifikasi tanda bahaya melalui kegiatan pemantauan harian, dan perawatan di rumah. Konseling berlangsung selama dua hingga tiga jam dan dilaksanakan di berbagai tempat seperti posyandu, balai desa, selasar gereja maupun di sekolah. Jumlah kader yang terlibat di masing-masing kabupaten adalah 3-4 orang, sedangkan jumlah peserta dalam satu kelompok konseling tidak ditentukan di awal. Pembagiannya

tergantung pada kesepakatan tim di masing-masing kabupaten, namun dalam satu kelompok dapat berkisar antara 20 hingga 70 orang.

Konseling dilaksanakan dengan cara pemberian materi dan praktik pengisian instrumen pemantauan harian menggunakan media buku KIA revisi 2021. Di dalam buku tersebut, terdapat instrumen pemantauan tanda bahaya bayi dan balita yang dapat diisi oleh ibu dan pengasuh setiap hari. Peneliti kemudian mengukur perubahan pengetahuan ibu tentang tanda bahaya pada bayi dan balita sebelum dan sesudah konseling melalui pengisian kuesioner dan wawancara mendalam.

Sampel

Populasi penelitian adalah seluruh balita yang tinggal di wilayah kerja puskesmas terpilih, sedangkan sampel adalah balita di wilayah kerja puskesmas yang memenuhi kriteria inklusi. Balita yang memenuhi kriteria inklusi adalah mereka yang menerima pelayanan kesehatan esensial, tidak sedang dalam kondisi sakit, serta memperoleh izin dari orang tua untuk didaftarkan dalam penelitian. Pemilihan sampel dilakukan dengan memperhitungkan besar sampel untuk estimasi proporsi. Sampel dipilih secara acak dari daftar balita yang tercatat di puskesmas, yaitu sebanyak 20 balita terpilih di setiap puskesmas, sehingga jumlah keseluruhan sampel di delapan kabupaten adalah 320 balita. Adapun responden dalam penelitian ini adalah ibu, pengasuh atau keluarga terdekat yang merawat balita.

Sementara itu, sampel kualitatif dipilih empat orang informan dari total 320 responden secara purposif, dengan klasifikasi pemilihan antara lain: (1) ibu yang belum pernah melakukan pemantauan; (2) ibu yang tidak lengkap melakukan pemantauan; (3) ibu yang sudah melakukan pemantauan dan menemukan anaknya sakit namun tidak dibawa ke fasilitas kesehatan; (4) ibu yang sudah melakukan pemantauan, menemukan anaknya sakit, dan membawanya ke fasilitas kesehatan. Ibu yang tidak memiliki buku KIA, atau jika buku tersebut hilang atau tidak ada, maka tidak dimasukkan sebagai informan kualitatif.

Variabel dan Analisis

Variabel yang dianalisis dalam penelitian mencakup variabel terikat dan bebas. Variabel terikat adalah tingkat pengetahuan ibu yang merupakan variabel komposit pengetahuan tentang tanda bahaya pada bayi atau balita yang rinciannya ditunjukkan pada Tabel 1. Pengelompokan variabel total skor pengetahuan dijelaskan lebih lanjut pada tabel 2. Adapun variabel bebas yang dianalisis meliputi umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, penghasilan kepala keluarga dan kepemilikan jaminan kesehatan. Variabel umur dibagi ke dalam tiga kelompok yaitu < 20 tahun, $20-34$ tahun dan ≥ 35 tahun. Variabel pendidikan juga dibagi masing-masing menjadi tiga kelompok, yakni tidak sekolah/tamat SD, tamat SMP dan tamat SMA dan ke atas untuk variabel pendidikan. Sementara, variabel pekerjaan dikelompokkan menjadi empat kategori, meliputi tidak bekerja, pegawai, wiraswasta dan sektor informal lainnya. Pekerjaan di sektor informal lainnya termasuk ibu yang bekerja sebagai buruh, petani, atau nelayan. Sementara itu, variabel tingkat pendapatan kepala keluarga ditentukan berdasarkan pendapatan riil kepala keluarga, meliputi pendapatan pokok, pendapatan tambahan dan pendapatan lainnya yang diklasifikasikan dari pendapatan rendah hingga pendapatan sangat tinggi dengan nilai ukuran 1 hingga 4, yakni penghasilan sangat rendah (kurang dari Rp1.000.000), rendah (Rp1.000.000-Rp2.000.000), menengah (di atas Rp2.000.000-Rp5.000.000) dan tinggi ($> Rp5.000.000$).¹⁷

Untuk mengetahui kondisi sebaran karakteristik responden, dilakukan analisis tabulasi silang. Selanjutnya uji normalitas *Shapiro-Wilk* dilakukan untuk menentukan apakah data pengetahuan responden terdistribusi normal atau tidak. Hasil uji *Shapiro-Wilk* menunjukkan bahwa data pengetahuan tidak terdistribusi normal (tabel 2), sehingga analisis data pengetahuan dilakukan menggunakan uji statistik non-parametrik dua sampel berpasangan (McNemar test). Uji McNemar bertujuan untuk menentukan apakah kedua kelompok berasal dari satu populasi dengan karakteristik yang sama, serta mengetahui apakah terdapat perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah konseling (studi *baseline vs endline*). Seluruh tahapan analisis data kuantitatif

tersebut dilakukan menggunakan aplikasi Stata versi 15.1.

Sementara itu, data kualitatif yang dikumpulkan adalah berupa pengalaman dan perspektif informan tentang pelaksanaan konseling pemantauan tanda bahaya bayi dan balita di wilayahnya. Pelaksanaan wawancara mendalam dilakukan dalam Bahasa Indonesia melalui pertanyaan terbuka. Hasil wawancara

kemudian direkam dan dibuat dalam bentuk transkrip, sementara catatan lapangan ditulis lalu diketik secara rinci. Data kualitatif dianalisis sesuai dengan tema-tema yang telah ditentukan. Hasil transkripsi dan catatan lapangan direduksi dan disederhanakan ke dalam matriks tema. Rangkuman data pada matriks tersebut kemudian diinterpretasikan sebagai hasil temuan atau kesimpulan penelitian.

Tabel 1. Tanda Bahaya pada Bayi dan Balita*

Kategori	Tanda bahaya bayi dan balita	
	0-2 bulan	>2-59 bulan
Napas	Napas sesak, napas lebih cepat, cuping hidung kembang kempis, dada seperti tertarik ke dalam	Napas sesak, cuping hidung kembang kempis, dada tertarik ke dalam
Gejala batuk		Batuk dengan bunyi grok-grok, batuk mengi, menangis merintih
Demam		Demam dengan kejang, demam dengan tanda perdarahan (mimisan), demam dengan gusi berdarah, demam dengan BAB hitam
Aktivitas	Lemah atau tidak bergerak, menangis seperti merintih	Lemah atau tidak bergerak, menangis seperti merintih, anak menjadi lebih pemurung
Warna kulit	Mulut/tangan/kaki biru saat menangis, kulit pucat, kulit kuning yang muncul kurang dari 24 jam setelah lahir, kulit kuning selama lebih dari 2 minggu, mata dan wajah kuning	Mulut/tangan/kaki biru saat menangis, kulit pucat, ada lebam-lebam di kulit
Hisapan bayi	Tidak mau menghisap atau menghisap lemah atau tidak mau menyusui, muntah susu atau muntah cairan warna hijau setelah menghisap, buang air kecil (BAK) kurang dari 6 kali per hari, warna urin kuning pekat	Tidak mau menghisap atau menghisap lemah atau tidak mau menyusui, muntah susu atau muntah cairan warna hijau setelah menghisap, buang air kecil (BAK) kurang dari 6 kali per hari, warna urin kuning pekat, mata dan wajah kuning
ASI eksklusif		Bayi umur \leq 6 bulan diberikan minuman/ makanan selain ASI

Kategori	Tanda bahaya bayi dan balita	
	0-2 bulan	>2-59 bulan
Pemberian makan anak		Anak tidak mau makan atau minum, berat badan tidak naik sesuai kurva pertumbuhan
Tanda kejang	Mata mendelik, tangan bergerak seperti menari, mulut mencucu atau badan kaku, bayi menangis melengking	
Suhu tubuh	Teraba panas di seluruh tubuh ($>37,5C$), teraba dingin di seluruh tubuh ($<36,5C$)	

Buang air besar (BAB)	Belum BAB lebih dari 48 jam setelah lahir, tidak tampak lubang anus atau keluar BAB dari lubang di sekitar anus, BAB berwarna pucat, BAB lebih sering dan lebih encer dari biasanya	
Diare		BAB lebih sering dan lebih encer dari biasanya disertai mata cekung, minum terus dengan lahap (haus), diare disertai darah
Tali pusat	Kemerahan di sekitar tali pusat, tali pusat bernanah dan berbau	
Mata	Mata merah menetap, muncul kotoran mata terus menerus, mata bernanah	
Kulit	Muncul bintil-bintil berisi air, muncul bintil-bintil berisi nanah	
Status imunisasi	Belum mendapat imunisasi Hepatitis B0, belum mendapat imunisasi BCG	
Perkembangan anak		Tahapan perkembangan anak belum lengkap sesuai umur dan ceklis perkembangan

* Sumber: Buku KIA bagian anak, 2021

HASIL

Karakteristik responden

Gambaran karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 2. Sebagian besar responden berada pada usia 21-34 tahun sebanyak 225 orang atau 70,3%. Proporsi responden berpendidikan minimal SMA lebih tinggi dari kelompok lainnya yakni sebanyak 148 orang (46,3%). Mayoritas responden tidak bekerja atau ibu rumah tangga (IRT) yaitu sebanyak 232 orang (72,5%), sedangkan proporsi responden yang bekerja didominasi oleh pekerjaan di sektor informal (12%), diikuti pegawai (9,4%) dan wiraswasta (5,9%). Sementara itu, sebagian besar responden memiliki kepala keluarga berpenghasilan rendah yaitu antara satu hingga

dua juta Rupiah (40,6%), sedangkan sisanya berpenghasilan sangat rendah (24,1%), menengah (27,2%) dan tinggi (2,2%).

Tingkat pengetahuan responden

Sebelum melakukan analisis uji beda pengetahuan, terlebih dahulu dilakukan uji normalitas Shapiro-Wilk untuk melihat apakah skor pengetahuan terdistribusi secara normal atau tidak. Hasil uji normalitas menunjukkan bahwa pada data skor pengetahuan sebelum dan sesudah konseling tidak berdistribusi normal (nilai $P < 0,05$), seperti yang terlihat pada Tabel 3. Dengan demikian, analisis uji beda pengetahuan selanjutnya dilakukan menggunakan uji statistik non parametrik.

Tabel 2. Distribusi Karakteristik Responden

Karakteristik	n	%
Umur responden		
< 20 tahun	11	3,4
20-34 tahun	225	70,3
≥ 35 tahun	84	26,3
Pendidikan responden		
Tidak tamat SD/tamat SD	102	31,9
Tamat SMP	70	21,9
Tamat SMA dan ke atas	148	46,3
Pekerjaan responden		
Tidak bekerja	232	72,5
Pegawai (pemerintah/swasta)	30	9,4

Wiraswasta	19	5,9
Pekerja sektor informal lainnya (buruh, nelayan, dll)	39	12,2
Penghasilan kepala keluarga		
Sangat rendah (< Rp1.000.000)	77	24,1
Rendah (Rp1.000.000-Rp2.000.000)	130	40,6
Menengah (> Rp2.000.000-Rp5.000.000)	87	27,2
Tinggi (> Rp5.000.000)	7	2,2

Tabel 3. Hasil Uji Normalitas Skor Pengetahuan

Variabel	Kelompok	Tes <i>Shapiro-Wilk</i>	
		Jumlah responden	Nilai P
Skor pengetahuan	Pre-konseling	320	0.00*
	Post-konseling	320	0.00*

* Nilai P < 0,05 menandakan bahwa data tidak terdistribusi normal.

Tabel 4 menunjukkan bahwa sesudah konseling, hanya 42,6% responden yang pengetahuannya menjadi lebih baik. Berdasarkan hasil uji McNemar, diketahui

bahwa tingkat pengetahuan responden sebelum dan sesudah konseling tidak berbeda secara bermakna, dengan nilai $p > 0,05$.

Tabel 4. Hasil Uji Beda Pengetahuan Tanda Bahaya Bayi dan Balita

Pre-konseling	Post-konseling				Total	Nilai P
	Pengetahuan kurang		Pengetahuan baik			
	n	%	n	%		
Pengetahuan kurang	82	57,3	61	42,6	143	100,0
Pengetahuan baik	83	46,9	94	53,1	177	100,0
Total	165	51,6	155	48,4	320	100,0

Berdasarkan pengalaman responden, konseling yang diadakan oleh kader dilaksanakan dalam beberapa kelompok. Hal ini disampaikan oleh beberapa informan berikut ini.

“Ya ikut sosialisasi, di gedung gereja Sion Siso, itu kegiatan tanggal 5 November 2021... yang diundang di pertemuan itu semua ibu balita di Dusun 2.... Ya kira-kira ada 70 orang ibu balita terus dibagi-bagi lagi ke kelompok- kelompok, ada empat kelompok deh. Satu kelompok itu ada sekitar 17 orang.” (Y, ibu balita, Kabupaten Timor Tengah Selatan, 33 tahun)

“Iya pernah yang pertemuan pertama kali itu kan ya Bu. Yang di SD IV Desa Maunum, tanggal 5 kegiatannya dari jam 9 sampai jam 3 sore kayaknya Bu,

setengah 5... yang memberikan materi itu ibu bidan Gelda” (F, ibu balita, Kabupaten Timor Tengah Selatan, 26 tahun)

Sementara itu, beberapa informan mengutarakan bahwa materi yang disampaikan saat konseling meliputi tanda bahaya pada bayi dan balita termasuk cara melakukan pemantauan. Berikut kutipan pernyataan informan mengenai hal tersebut.

“Diajarkan cara memantau bayi balita yang sehat dan yang tidak sehat itu oleh ibu bidan di posyandu satu desa jadi tiga wilayah semua ada kumpul di sini. Sebulan lalu dari jam 8 sampai jam 4 sore” (E, ibu balita, Kabupaten Timor Tengah Selatan, 31 tahun)

“Kegiatannya belajar tentang buku KIA yang baru... jadi ibu Gelda menerangkan nanti kami dikasih soal begitu Ibu, sebentar kami jawab begitu... materi yang diajarkan tentang tanda-tanda bahaya balita, banyak ibu... cara pemantauan anak...” (F, ibu balita, Kabupaten Timor Tengah Selatan, 26 tahun)

“Acaranya disampaikan bagaimana bayi sehat sakit atau balita sehat sakit, bagaimana lingkungan, udah itu aja soalnya ngurusin anak, (kalau anak sakit) harus dibawa ke faskes puskesmas” (SA, ibu balita, Kabupaten Lombok Barat, 25 tahun)

PEMBAHASAN

Secara keseluruhan, tingkat pengetahuan responden terhadap tanda bahaya bayi dan balita tidak mengalami peningkatan secara signifikan setelah diberikan konseling. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan beberapa penelitian yang menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan sesudah konseling dilakukan. Sebagai contoh, penelitian Arinah di Kabupaten Paser, Kalimantan Timur menemukan adanya peningkatan pengetahuan ibu hamil terhadap vaksinasi COVID-19 sesudah diberikan konseling.¹⁸ Hal serupa juga terlihat pada penelitian Iskari dimana pengetahuan ibu menyusui terlihat berbeda secara bermakna setelah diberikan penyuluhan laktasi.¹⁹

Perbedaan hasil penelitian yang ditemukan pada penelitian ini dapat terjadi karena ketidakefektifan pelaksanaan konseling oleh kader. Hal ini dapat dilihat dari pernyataan salah satu informan ibu balita di Kabupaten Timor Tengah Selatan yang mengungkapkan bahwa konseling dilaksanakan dengan jumlah peserta yang sangat banyak. Meskipun dibagi ke dalam beberapa kelompok, jumlah peserta dalam satu kelompok ada yang mencapai hampir 20 orang. Selain itu, konseling dikemas dalam bentuk orientasi satu hari yang dirasa kurang efektif dalam meningkatkan pengetahuan sekaligus keterampilan responden dalam mengenali tanda bahaya bayi dan balita.

Konseling sebenarnya memiliki konsep yang tidak jauh berbeda dengan bimbingan. Bimbingan bahkan menjadi salah satu

komponen penting dalam konseling. Konseling dapat dilihat sebagai suatu proses yang terjadi antara seorang konselor atau fasilitator dengan individu agar individu tersebut mampu mengambil keputusan dan mengatasi permasalahan yang sulit diatasi oleh dirinya sendiri.²⁰ Inovasi pemantauan harian kesehatan bayi dan balita pada dasarnya dirancang agar tercipta bimbingan antara kader dengan ibu balita. Kader tidak hanya berperan sebagai fasilitator, tetapi juga sebagai konselor yang senantiasa mengingatkan responden untuk mengisi formulir pemantauan harian. Kader juga diharapkan dapat melakukan pendampingan selama responden melakukan pengisian dan melakukan kunjungan monitoring minimal selama satu kali dalam sebulan agar permasalahan yang dialami oleh ibu balita dapat teridentifikasi.

Faktor lain yang mempengaruhi keefektifan konseling adalah kemampuan kader dalam menyampaikan materi pemantauan. Sebagai salah satu upaya meningkatkan keterampilan kader dapat dilakukan dengan kegiatan berupa pelatihan secara berkala tentang teknik dan praktik konseling. Studi lain menyebutkan bahwa setelah dilakukan pelatihan mengenai praktik konseling, kader merasa lebih antusias membantu keluarga dengan melakukan kunjungan rumah dan memberikan solusi yang spesifik untuk masalah kesehatan mereka. Berbagai teknik yang dapat diterapkan antara lain partisipasi interaktif disertai ceramah, tanya jawab, diskusi, dan *roleplay* berdasarkan kasus.^{21,22}

Selain itu, materi konseling juga perlu didesain sesuai dengan kebutuhan peserta agar dapat meningkatkan keberhasilan konseling²³, salah satunya adalah materi praktik.²⁴ Pengisian formulir pemantauan harian bayi dan balita tidak hanya memerlukan pemahaman akan tanda-tanda bahaya pada bayi dan balita, namun yang terpenting adalah keterampilan ibu atau pengasuh dalam mengevaluasi setiap tanda atau gejala yang muncul dan mengisikannya pada formulir pemantauan harian pada buku KIA.

KETERBATASAN PENELITIAN

Riset operasional yang menjadi acuan data penelitian ini adalah sebuah *pilot study* yang bertujuan untuk menguji keefektifan instrumen pemantauan harian tanda bahaya bayi dan

balita, sehingga terdapat beberapa keterbatasan yang dialami oleh peneliti dan perlu diperhatikan dalam penelitian yang akan datang. Beberapa keterbatasan tersebut antara lain: 1) Teknik konseling yang diterapkan oleh kader kepada responden cenderung tidak seragam; 2) Kader, sebagai pelaksana konseling, memiliki latar belakang pendidikan yang berbeda, sehingga terdapat perbedaan pemahaman yang dimiliki oleh kader tentang konsep pemantauan keluarga; dan 3) Waktu observasi yang singkat menyebabkan peneliti kesulitan untuk mengukur perubahan perilaku.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil konseling pemantauan tanda bahaya bayi dan balita di delapan kabupaten diperoleh hasil bahwa tidak terjadi peningkatan pengetahuan responden yang signifikan. Hasil studi menunjukkan dari 320 responden yang mengikuti kegiatan konseling, hanya 48,4% yang mengalami peningkatan pengetahuan pada tahap *endline*. Ketidakefektifan pelaksanaan konseling dapat terjadi oleh karena berbagai faktor, di antaranya teknik konseling yang kurang sesuai dan lingkungan yang kurang kondusif.

SARAN

Agar pelaksanaan konseling memberikan hasil yang optimal, kader sebagai fasilitator sekaligus konselor pemantauan harian tanda bahaya bayi dan balita pada keluarga perlu merancang praktik konseling yang lebih baik. Hal ini diharapkan dapat memaksimalkan keefektifan konseling dalam meningkatkan pengetahuan ibu dalam memantau tanda bahaya bayi dan balita di rumah.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada dr. Ni Made Diah Permata Laksmi, MKM, dr. Ario Baskoro, M.Sc (IHM), dan staf Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, yang telah memberikan arahan dan dukungan selama proses pelaksanaan penelitian. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada drg. Josef Rinta R, M.Kes. MH, perwakilan IDAI, UNICEF dan JHPIEGO, Kepala Puskesmas di kabupaten terpilih, pelaksana MTBS, kader, bidan desa, responden, serta seluruh pihak yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian dan analisis data.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. World Health Statistics 2023: Monitoring Health for The SDGs (Sustainable Development Goals). Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Viva Budy Kusnandar. Angka Kematian Bayi Neonatal Indonesia Menunjukkan Tren Turun [Internet]. Databoks. 2022 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2022/11/21/angka-kematian-bayi-neonatal-indonesia-menunjukkan-tren-turun>
3. World Health Organization. Children: Improving Survival and Well-being [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
4. Freeman PA, Schleiff M, Sacks E, Rassekh BM, Gupta S, Perry HB. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health. *J Glob Health*. 2017;7(1).
5. Patel S, Zambruni JP, Palazuelos D, Legesse H, Ndiaye NF, Detjen A, et al. Rethinking the scale up of Integrated Management of Childhood Illness. *BMJ*. 2018;362.
6. Abayneh M, Gebremedhin T, Dellie E, Tsehay CT, Atnafu A. Improving the assessment and classification of sick children according to the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) protocol at Sanja Primary Hospital, Northwest Ethiopia: a pre-post interventional study. Menahem S, editor. *Int J Pediatr* [Internet]. 2020;2501932. Available from: <https://doi.org/10.1155/2020/2501932>
7. Carai S, Kuttumuratova A, Boderscova L, Khachatryan H, Lejnevi I, Monolbaev K, et al. Review of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in 16 countries in Central Asia and Europe: implications for primary healthcare in the era of universal health coverage. *Arch Dis Child*. 2019;104(12):1143–9.

8. Mupara LU, Lubbe JC. Implementation of the Integrated Management of Childhood Illnesses strategy: challenges and recommendations in Botswana. *Glob Health Action* [Internet]. 2016 Dec 1;9(1):29417. Available from: <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29417>
9. Wahyudi T, Utomo EK, Sani FN, Lastianingsih S, Azali P, Agustiningrum D. Integrated Management Childhood Illness (IMCI) in Primary Health Care: Literature Review. In: *International Conference Health, Science and Technology (ICOHETECH)*. 2021. p. 77–9.
10. Lungu EA, Darker C, Biesma R. Determinants of healthcare seeking for childhood illnesses among caregivers of under-five children in urban slums in Malawi: a population-based cross-sectional study. *BMC Pediatr* [Internet]. 2020;20(1):20. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12887-020-1913-9>
11. Abu-Shaheen A, AlFayyad I, Riaz M, Nofal A, AlMatary A, Khan A, et al. Mothers' and caregivers' knowledge and experience of neonatal danger signs: a cross-sectional survey in Saudi Arabia. *Molès JP*, editor. *Biomed Res Int* [Internet]. 2019;1750240. Available from: <https://doi.org/10.1155/2019/1750240>
12. Hidayah N, Wulandari F. Analisa Pengetahuan Ibu Nifas Terhadap Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir. *Profesi: Media Publikasi Penelitian*. 2016;14(1):62–6.
13. Baequni, Nakamura Y, Badriah F. The effect of home-based records on maternal and child health knowledge and practices in Indonesia: meta-analyses from the Indonesian Demographic and Health Surveys. *Kokusai Hoken Iryo (Journal of International Health)*. 2016;31(2):87–97.
14. Osaki K, Kosen S, Indriasih E, Pritasari K, Hattori T. Factors affecting the utilisation of maternal, newborn, and child health services in Indonesia: The role of the Maternal and Child Health Handbook. *Public Health*. 2015;129(5):582–6.
15. Kementerian Kesehatan RI. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2021.
16. Rogers J, Revesz A. Experimental and quasi-experimental designs. In: *The Routledge handbook of research methods in applied linguistics*. Routledge; 2019. p. 133–43.
17. Pusat Data dan Teknologi Informasi Ketenagakerjaan KKR. *Ketenagakerjaan dalam Data 2021* [Internet]. 4th ed. Bidang Pengelolaan Data Ketenagakerjaan, editor. Jakarta: Kementerian Ketenagakerjaan RI; 2021 [cited 2023 Dec 6]. Available from: https://satudata.kemnaker.go.id/satudata-public/2021/12/files/publikasi/1640748690353_Ketenagakerjaan%2520Dalam%2520Data%25202021.pdf
18. Arinah A, Era DP, Noviasari D. Pengaruh Konseling terhadap Pengetahuan Ibu Hamil Mengenai Vaksinasi Covid 19 Diwilayah Kerja Puskesmas Lolo Kabupaten Paser. *Journal of Comprehensive Science (JCS)*. 2023;2(2):583–96.
19. Ngadiarti I, Soekatri MYE, Srimati M, Fayasari A, Agestika L. Pengaruh konseling pada pengetahuan dan asupan ibu di wilayah kerja Puskesmas Kebayoran Baru Jakarta. *Gizi Indonesia*. 2021;44(1):87–96.
20. Wibowo A. Effectiveness of Guidance and Counseling Services by Using the Applications Instrumentation and Activity Data Set in SMA Negeri 1 Metro Lesson 2009/2010. *Guidena: Jurnal Ilmu Pendidikan, Psikologi, Bimbingan dan Konseling*. 2014;4(1):35–48.
21. Juherman YN. Peningkatan Kapasitas Petugas Kesehatan Melalui Workshop Konseling Menyusui Sebagai Upaya Pencegahan Stunting Di Lokasi Khusus (Lokus) Stunting Kabupaten Lampung Selatan. *Jompa Abdi: Jurnal Pengabdian Masyarakat*. 2022;1(4):68–73.
22. Setyaningsih D, Novika AG, Nurtyas M, RRD MG, Kusuma DAM. Peningkatan Kemampuan Kader Posyandu Melalui Pelatihan Tentang Pendampingan Ibu

- Hamil. Room of Civil Society Development. 2023;2(2):137–44.
23. Ani M. Pengaruh Pelatihan Konseling Menyusui terhadap Pengetahuan dan Keterampilan Kader ASI. *Jurnal Kesehatan STIKES Darul Azhar Batulicin*. 2019;8(1).
24. Mintarsih SN, Ismawanti Z, Susiloretni KA, Ambarwati R. Pemberdayaan Kader Posbindu dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular. *Jurnal Abdimas Bina Bangsa*. 2023;4(2):1262–7