

Kode>Nama Rumpun Ilmu:
354/Ilmu Gizi

LAPORAN AKHIR
PENELITIAN TERAPAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI
(PTUPT)



IMPLEMENTASI MODEL *WELLNESS PROGRAM*
DALAM UPAYA MENURUNKAN FAKTOR RESIKO
SINDROM METABOLIK MENINGKATKAN KEBUGARAN FISIK
DAN PRODUKTIFITAS KERJA PADA ASN DI PROVINSI BALI

Ketua/Anggota Tim

Dr. I Wayan Juniarsana, SST, M.Fis (NIDN. 4007066702)

Ir. Desak Putu Sukraniti, M.Kes (NIDN. 4011125901)

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES DENPASAR

2022

HALAMAN PENGESAHAN
PENELITIAN TERAPAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI


Judul : Implementasi Model *Wellness Program* Dalam Upaya Menurunkan Faktor Resiko Sindrom Metabolik Meningkatkan Kebugaran Fisik dan Produktifitas Kerja Pada ASN di Provinsi Bali

Peneliti Utama
Nama Lengkap : Dr. I Wayan Juniarsana, SST, M.Fis
NIDN : 4007066702
Jabatan Fungsional : Lektor Kepala
Program Studi : Prodi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika
Nomor HP : 081337969059
Alamat surat (e-mail) : wjuniarsana9@gmail.com



Anggota Peneliti
a. Nama Lengkap : Ir. Ni Putu Desak Sukraniti, M.Kes
b. NIDN : 4011125901
c. Program Studi : Prodi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika

Institusi Mitra :
Nama Institusi Mitra 1 : Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang (PUPR) Kota Denpasar
Alamat : Jln. Gatot Subroto VI No.J 22 Dauh Puri Kaja Denpasar Utara
Penanggung Jawab : Sekretaris Dinas PUPR Kota Denpasar
Nama Institusi Mitra 2 : Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD) Kabupaten Gianyar
Alamat : Jln. Ciung Wanara Gianyar
Penanggung Jawab : Sekretaris BPKAD Kabupaten Gianyar
Tahun Pelaksanaan : Tahun ke 2 dari rencana 2 tahun
Biaya Penelitian Berjalan : Rp. 50.729.000,-
Biaya Keseluruhan : Rp. 110.729.000,-

Mengetahui,
Kepala Pusat Penelitian dan Pengabmas
Poltekkes Kemenkes Denpasar,


Dr. I Putu Suiraoka, S.ST., M.Kes.
NIP. 197101241995031001

Denpasar, 27 Oktober 2022

Ketua,


METERAI
TEMPEL
939AKX161952097

Dr. I Wayan Juniarsana, SST, M.Fis.
NIP. 196706071992031004

Mengesahkan,
Plt. Direktur Poltekkes Kemenkes Denpasar,


Gusti Ayu Marhaeni, SKM., M.Biomed
NIP. 196512311986032008

ABSTRAK

Pembangunan kesehatan sebagai investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Gaya hidup yang tidak sehat seperti kurang gerak, pola makan yang tidak seimbang, beban kerja yang berlebihan dapat menyebabkan penyakit degeneratif dan penurunan kebugaran dan produktivitas kerja. Penelitian ini bertujuan untuk mengimplementasikan *Wellness Program* untuk menurunkan resiko sindrom metabolik, peningkatan kebugaran fisik dan produktivitas kerja ASN. Penelitian ini merupakan penelitian eksperimental dengan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, subyek diambil secara acak dari ASN di Kota Denpasar dan Kabupaten Gianyar. Kelompok perlakuan diberikan implementasi *Wellness Program* seperti edukasi gizi, latihan fisik secara teratur dan pemberian jus sehat sebelum dan sesudah latihan, pengendalian kebiasaan merokok selama 8 minggu. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan pada kedua kelompok. Analisis deskriptif dan uji beda menggunakan uji *t-Independent sample t-test* pada taraf signifikansi $>0,05$ pada data homogen dan uji Man Whitney pada data tidak homogen. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata tekanan darah pada kelompok perlakuan $123,25 \pm 13,328$ mmHg vs $131,75 \pm 14,656$ mmHg pada kelompok kontrol. Ada perbedaan yang signifikan berdasarkan uji *t-independent test* diperoleh $p < 0,05$. Data status gizi berdasarkan rata-rata IMT menunjukkan kelompok perlakuan lebih rendah dari kelompok kontrol $25,37 \pm 2,98$ kg/m² vs $26,28 \pm 3,35$ kg/m² tetapi tidak ada perbedaan bermakna dengan $p = 0,202$ ($p > 0,05$). Rata-rata komposisi lemak tubuh kelompok perlakuan $25,4225 \pm 6,71\%$ lebih rendah dari kelompok kontrol $28,15 \pm 8,33\%$ tetapi tidak ada perbedaan bermakna dengan $p = (p > 0,05)$. Rata-rata data kadar gula darah kolesterol pada kelompok perlakuan lebih rendah dibandingkan kelompok kontrol. Jarak tempuh lari selama 12 menit pada kelompok perlakuan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Rata-rata produktivitas kerja kelompok perlakuan lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol. Data menunjukkan $98,95 \pm 3,36\%$ produktivitas kerja pada kelompok perlakuan vs $94,79 \pm 5,23\%$ pada kelompok kontrol dan perbedaan yang signifikan produktivitas kerja antara dua kelompok dengan $p = 0,001$ ($p < 0,05$).

Kata kunci : wellness program, sindroma metabolik, produktivitas kerja

ABSTRACT

Health development as an investment to improve the quality of human resources. Unhealthy lifestyles such as lack of exercise, unbalance diet, excessive workloads can cause of degenerative diseases and decreasing of physical fitness and productivity. This study aims to implement of *Wellness Program* to reduce of BMI (overweight and obesity) and Blood Pressure as a risk of metabolic syndrome, decreasing of body fat and enhance of work productivity for government employee. This study was experimental designed with control group and treatment group. The group was randomly from the government employee in Denpasar City and Gianyar Regency. The treatment group was given the implementation of *Wellness Program* such as nutrition education, physical exercise regularly and giving healthy juice before and after exercise among 2 month or 8 weeks. This research was to find out the difference effect of treatment in the two groups (*pre and post test*), The data were analyzed descriptively and a different test using a statistical test Independent samples t-test at a significance level of ≥ 0.05 on homogeneous data and the Man Whitney test on inhomogeneous data. The results showed that the average of blood pressure in treatment group was $123.25 \pm 13,328$ mmHg vs 131.75 ± 14.656 mmHg in control group. There was a significant difference based on t-independent test obtained $p < 0.05$. The nutritional status data based on BMI average showed that treatment group was lower than the Control Group i.e. 25.37 ± 2.98 kg/m² vs 26.28 ± 3.35 kg/m² but there was no significant difference with $p = 0,202$ ($p > 0.05$). The average of body fat composition showed that treatment group was $25.4225 \pm 6.71\%$ lower than the Control Group was $28.15 \pm 8.33\%$ but there was no significant difference with $p = 0,111$ ($p > 0.05$). The average of work productivity the treatment group was higher than control group. The data showed $98,95 + 3,36\%$ work productivity in treatment group vs $94,79 \pm 5,23\%$ in control group. Based on t-independent test showed that there was significant difference work productivity with $p = 0,001$ ($p < 0,05$).

Key words : wellness program, syndrome metabolic risk, work productivity

RINGKASAN

Pembangunan kesehatan sebagai investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Indikator keberhasilan pembangunan kesehatan antara lain ditandai dengan meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH). Data Bappenas tahun 2010 menyebutkan bahwa UHH Indonesia berada pada angka 69,0 tahun, sementara hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) oleh BPS menyebutkan UHH menjadi 70,9 tahun pada tahun 2010. RPJMN tahun 2010-2014 menetapkan target UHH 72 tahun, sedangkan Bappenas memprediksikan UHH pada tahun 2025 mencapai usia 73,7 tahun. Pada saat ini, Indonesia sedang menghadapi beban ganda penyakit. Tingginya angka penyakit menular telah diikuti dengan tingginya angka penyakit tidak menular seperti hipertensi, penyakit jantung, kanker dan diabetes mellitus. Menurut data Riskesdas tahun 2013 diketahui bahwa penyakitpenyakit tersebut diatas mengalami peningkatan yang signifikan sejak tahun 2007. Meningkatnya trend penyakit ini dikarenakan gaya hidup masyarakat yang tidak sehat seperti malas berolahraga, tidak mengonsumsi makanan yang sehat dan seimbang, serta merokok. Gaya hidup merupakan salah satu penyebab penting penyakit tidak menular. Kebiasaan merokok, gizi berlebih, pola hidup sedenter (kurang bergerak) dan stres merupakan permasalahan yang erat hubungannya dengan penyakit tidak menular. Berdasarkan Riskesdas, (2007) didapatkan bahwa penduduk produktif yang berusia lebih dari 18 tahun yang menderita hipertensi sebanyak 31,7%, penyakit sendi 30,3%, penyakit jantung 7,2%, asma 3,5%, diabetes millitus 1,1%, stroke 0,8%. Faktor perilaku merokok kelompok penduduk pada usia lebih dari 15 tahun cenderung meningkat dari 32,0% (Susenas 2003) menjadi 33,4% (Riskesdas, 2007). Pada penduduk usia produktif (pekerja), beban kerja yang berlebihan juga dapat menyebabkan stress yang menjadi pemicu gaya hidup tidak sehat. Hal ini akan berdampak pada terjadinya penyakit degeneratif dan menurunnya kebugaran fisik sehingga berpengaruh pada produktifitas kerja. Berdasarkan masalah di atas perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kebugaran fiisik pekerja/ASN dengan pendekatan secara holistik agar produktivitas dan kinerja meningkat melalui implementasi model Wellness Program. Penelitian ini bertujuan untuk implementasi model Wellness Program dalam upaya meningkatkan kebugaran fisik dan menurunkan sindrom metabolik bagi pekerja/ASN. Penelitian ini dirancang dengan rancangan eksperimen pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Kelompok kontrol diukur beberapa variabel sebelum diberikan implementasi Wellness Program sedangkan kelompok perlakuan adalah subyek yang diberikan implementasi Wellness Program berupa edukasi gizi (konseling diet bagi subyek yang mengalami resiko sindroma metabolic), latihan fisik sesuai kaidah frekuensi, intensitas dan durasi, pemberian jus sehat sebelum dan sesudah latihan fisik, edukasi gizi seimbang dan pengendalian merokok. Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini yaitu adanya penurunan angka kejadian sindrom metabolik, meningkatnya kebugaran fisik yang pada akhirnya tercapai peningkatan produktivitas kerja bagi ASN. Penelitian ini dilakukan pada subyek ASN dari Dinas PUPR Kota Denpasar dan BPKAD Kabupaten Gianyar. Jumlah keseluruhan subyek sebanyak 80 orang yang dibagi 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan 40 orang dan kelompok kontrol 40 orang. Pembagian kelompok dilakukan melalui *matching data*

berdasarkan umur, jenis kelamin dan faktor resiko sindroma metabolik. Penelitian ini untuk mengetahui pengaruh perbedaan perlakuan pada kedua kelompok (*pre dan post test*), data dianalisis secara deskriptif dan uji beda menggunakan uji statistik Independent sample t-test pada taraf signifikansi $p < 0,05$ pada data homogen dan uji Man Whitney pada data yang tidak homogen. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata tekanan darah pada kelompok perlakuan $123,25 \pm 13,328$ mmHg vs $131,75 \pm 14,656$ mmHg pada kelompok kontrol. Ada perbedaan yang signifikan berdasarkan uji *t-independent* diperoleh $p < 0,05$. Data status gizi berdasarkan rata-rata IMT menunjukkan kelompok perlakuan lebih rendah dari kelompok kontrol $25,37$ yaitu $2,98$ kg/m² vs $26,28 \pm 3,35$ kg/m² tetapi tidak ada perbedaan bermakna dengan $p = 0,202$ ($p > 0,05$). Rerata tingkat konsumsi energi pada kelompok perlakuan sebesar $75,79 \% \pm 18,15\%$ vs $100,10 \% \pm 41,02\%$ pada kelompok perlakuan pada nilai $p = 0,01$ ($p < 0,05$). Rata-rata komposisi lemak tubuh kelompok perlakuan $25,4225 \pm 6,71\%$ lebih rendah dari kelompok kontrol $28,15 \pm 8,33\%$ tetapi tidak ada perbedaan bermakna dengan $p = (p > 0,05)$. Rata-rata produktivitas kerja kelompok perlakuan lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol. Data menunjukkan $98,95 + 3,36\%$ produktivitas kerja pada kelompok perlakuan vs $94,79 \pm 5,23\%$ pada kelompok kontrol. Berdasarkan uji *t-independent test* menunjukkan ada perbedaan yang signifikan produktivitas kerja dengan $p = 0,001$ ($p < 0,05$).

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kehadapan Ida Sanghyang Widi Wasa, karena atas asung wara nugrahaNya laporan hasil Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi ini yang berjudul “Implementasi Model *Wellness Program* Dalam Upaya Menurunkan Faktor Resiko Syndrom Metabolik Meningkatkan Kebugaran Fisik dan Produktifitas Kerja Pada ASN di Provinsi Bali” dapat terselesaikan tepat pada waktunya. Pada kesempatan ini kami ucapkan terima kasih kepada Ibu Plt. Direktur, Wakil Direktur, Kepala Pusat P3M atas kesempatan yang diberikan untuk melakukan penelitian. Begitu juga kepada Ketua Jurusan Gizi yang telah memberikan dukungan fasilitas dalam penyelesaian laporan hasil penelitian ini.

Terima kasih juga kami sampaikan kepada para dosen, mahasiswa, alumni, Kepala PUPR Kota Denpasar dan Kepala BPKAD Kabupaten Gianyar, para Aparatur Sipil Negara (ASN) yang bersedia sebagai subjek atas partisipasinya dalam mengikuti penelitian ini dan sampai pada proses penyusunan laporan.. Terima kasih kepada keluarga yang telah memberikan dukungan dan waktu sehingga laporan hasil pengabmas ini dapat diselesaikan. Kepada semua pihak yang ikut berkontribusi dalam penyelesaian laporan hasil pengabmas ini tak lupa kami ucapkan terima kasih. Besar harapan kami semoga laporan hasil ini layak untuk dikembangkan pada ASN di Bali khususnya dan Di Indonesia pada umumnya sehingga ASN tetap dalam keadaan sehat dan kebugaran fisik yang prima, mencegah terjadinya resiko sindroma metabolik serta mampu meningkatkan produktifitas kerja.

Peneliti

DAFTAR ISI

BAB	Halaman
HALAMAN SAMBUNG	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT.....	iv
RINGKASAN	v
PRAKATA	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Kebugaran Fisik.....	6
B. Produktivitas Kerja.....	8
C. Sindrom Metabolik.....	9
D. <i>Wellness Program</i>	13
BAB III. TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	19
A. Tujuan Penelitian.....	19
B. Manfaat Penelitian.....	19
BAB IV. METODE PENELITIAN	20
A. Rancangan Penelitian	20
B. Bagan Alir Penelitian	21
C. Lokasi dan Waktu Penelitian	22
D. Populasi dan Sampel	22
E. Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data	24
F. Pengolahan dan Analisis data.....	25
G. Etika Penelitian	26
BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	28
A. Biaya Penelitian.....	28
B. Jadwal Penelitian	48
BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN	53
A. Kesimpulan	53
B. Saran	53
DAFTAR PUSTAKA	54
LAMPIRAN	58

DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
1. Karakteristik Subjek	29
2. Uji Normalitas Data Karakteristik Subjek Penelitian	30
3. Hasil Uji <i>Man Whitney</i> Perbedaan Tingkat Konsumsi Energi Pada Kedua Kelompok	32
4. Hasil Uji t-independent Perbedaan Tingkat Konsumsi Protein Pada Kedua Kelompok	33
5. Hasil Uji t-independent Perbedaan Tingkat Konsumsi Lemak Pada Kedua Kelompok	35
6. Hasil Uji t-independent Perbedaan Tingkat Konsumsi Karbohidrat Pada Kedua Kelompok	37
7. Hasil Uji t-independent Perbedaan Rerata Status Gizi Pada Kedua Kelompok	37
8. Distribusi Hasil Pengukuran Tekanan Darah	
9. Hasil Uji <i>t-independent test</i> Perbedaan Rerata Nilai Aktivitas Fisik Pada Kedua Kelompok	39
10. Hasil Uji <i>t-independent test</i> Perbedaan Rerata Jarak Tempuh Pada Kedua Kelompok	39
11. Hasil Uji <i>Man Whitney</i> Perbedaan Rerata Produktivitas Kerja Pada Kedua Kelompok	44
	45
	48

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Halaman
1. Prevalensi Kejadian Sindrome Metabolik Pada Pekerja.....	13
2. Skema Rancangan Penelitian	20
3. Bagan Alur Penelitian	21
4. Skema Teknik Pengambilan Sampel	23
5. Distribusi Subjek Berdasarkan Tingkat Konsumsi Energi	31
6. Distribusi Subjek Berdasarkan Tingkat Konsumsi Protein	33
7. Distribusi Subjek Berdasarkan Tingkat Konsumsi Lemak	34
8. Distribusi Subjek Berdasarkan Tingkat Konsumsi Karbohidrat	36
9. Distribusi Sampel Berdasarkan Status Gizi	38
10. Distribusi Hasil Pengukuran Rata-Rata Tekanan Darah	40
11. Distribusi Subjek Menurut Rata-Rata Gula Darah	41
12. Distribusi Subjek Menurut Rata-Rata Kolesterol	42
13. Distribusi Subjek Menurut Aktivitas Fisik	43
14. Distribusi Subjek Menurut Jarak Tempuh	45
15. Distribusi Subjek Menurut Rata-Rata <i>Visceral Fat</i> dan <i>Body Fat</i>	46
16. Distribusi Subjek Menurut Produktivitas Kerja	47

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Halaman
1. SK Penelitian dan SK Tim Peneliti.....	59
2. Kontrak Penelitian	64
3. Surat Ijin Penelitian	69
4. Persetujuan Kaji Etik	71
5. Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP)	73
6. Instrumen Penelitian	75
7. Hasil Pengolahan Data Akhir	83
8. Luaran Penelitian	86
9. Rekapitulasi Realisasi Anggaran Penelitian	95
10. Susunan Organisasi Tim Peneliti dan Pembagian Tugas	97
11. MoU dengan Dinas PUPR Kota Denpasar Dan BPKAD Kabupaten Gianyar	98
12. Biodata Ketua dan Anggota Peneliti.....	110
13. Surat Pernyataan Ketua Peneliti	115

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu modal pembangunan nasional sekaligus dampak dari hasil pembangunan. Pembangunan kesehatan sebagai investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Kebijakan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan IPM dilakukan dengan meningkatkan kualitas sumber daya manusia agar semakin tangguh, mandiri, dan berkualitas yang mampu bersaing dalam menghadapi ketatnya persaingan bebas era globalisasi.

Pada saat ini, Indonesia sedang menghadapi beban ganda penyakit. Tingginya angka penyakit menular telah diikuti dengan tingginya angka penyakit tidak menular seperti hipertensi, penyakit jantung, kanker dan diabetes mellitus. Menurut data Riskesdas tahun 2013 diketahui bahwa penyakit-penyakit tersebut diatas mengalami peningkatan yang signifikan sejak tahun 2007. Meningkatnya trend penyakit ini dikarenakan gaya hidup masyarakat yang tidak sehat seperti malas berolahraga, tidak mengonsumsi makanan yang sehat dan seimbang, serta merokok. Beban kerja yang berlebihan juga dapat menyebabkan stress yang menjadi pemicu gaya hidup tidak sehat (Kemenkes RI, 2016)

Indikator keberhasilan pembangunan kesehatan antara lain ditandai dengan meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH). Data Bappenas tahun 2010 menyebutkan bahwa UHH Indonesia berada pada angka 69,0 tahun, sementara hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) oleh BPS menyebutkan UHH menjadi 70,9 tahun pada tahun 2010. RPJMN tahun 2010-2014 menetapkan target UHH 72 tahun, sedangkan Bappenas memprediksikan UHH pada tahun 2025 mencapai usia 73,7 tahun (Kemenkes RI, 2016).

Dalam kenyataannya penyakit tidak menular yang diderita oleh pekerja semakin berkembang. Berdasarkan data WHO tahun 2005 disebutkan bahwa total jumlah kematian akibat penyakit tidak menular atau penyakit degeneratif mencapai angka 50 juta orang. Sedangkan berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007

didapatkan bahwa penduduk yang berusia lebih dari 18 tahun yang menderita hipertensi sebanyak 31,7%, penyakit sendi 30,3%, penyakit jantung 7,2%, asma 3,5%, diabetes mellitus 1,1%, stroke 0,8% (Riskesdas, 2007).

Gaya hidup merupakan salah satu penyebab penting penyakit tidak menular. Kebiasaan merokok, gizi berlebih, pola hidup sedenter (kurang bergerak) dan stres merupakan permasalahan yang erat hubungannya dengan penyakit tidak menular. Menurut catatan Kementerian Kesehatan dalam Riset Kesehatan Dasar, perilaku merokok kelompok penduduk pada usia lebih dari 15 tahun cenderung meningkat dari 32,0% (Susenas 2003) menjadi 33,4% (Riskesdas, 2007). Sedangkan pada Riskesdas 2013, perilaku merokok penduduk 15 tahun keatas masih belum terjadi penurunan, bahkan cenderung meningkat dan menjadi 36,3% pada tahun 2013. Tercatat sebanyak 64,9% laki-laki dan 2,1 persen perempuan masih menghisap rokok pada tahun 2013 (Riskesdas, 2013).

Hasil penelitian di Amerika Serikat menunjukkan prevalensi Sindroma Metabolik pada penduduk dewasa sekitar 21,8%. Prevalensi sindroma metabolik meningkat dengan bertambahnya usia sekitar 10% pada penduduk usia 20 tahun dan mencapai 40 % pada usia 60 tahun. Data epidemiologis tentang Sindroma Metabolik di Indonesia masih jarang, tetapi penelitian yang dilakukan di Bali menunjukkan prevalensi Sindroma Metabolik pada laki-laki 11,28% dan pada wanita 20,38% (Gotera, 2003). Hasil Penelitian Dwipayana, *et al.*, (2011), menyebutkan bahwa prevalensi Sindroma Metabolik di Provinsi Bali semakin meningkat yaitu sebanyak 18,2 % (laki-laki 16,6% dan wanita 20,0%). Keadaan Sindroma metabolik ini banyak terjadi pada usia produktif tentunya sangat mempengaruhi produktifitas kerjanya.

Hasil penelitian Zahtamal *et al.*, (2014), mendapatkan prevalensi sindrom metabolik sebanyak 21,58%, dengan jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki, kelompok usia terbanyak adalah > 50 tahun. Sebagian besar kasus sindrom metabolik memiliki tiga komponen, dengan komponen terbanyak adalah lingkar perut dan tekanan darah. Sebanyak 23,50% kasus memiliki riwayat keluarga obesitas dan diabetes melitus. Sebagian besar kategori aktivitas adalah sedang. Jenis asupan

makanan dengan kategori tidak sesuai dengan diet adalah rendah serat pangan dan lemak jenuh.

Jumlah penderita sindroma metabolik semakin meningkat, berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Bali prevalensi sindroma metabolik pada laki-laki 11,28% dan pada wanita 20,38% (Wiardani and Juniarsana, 2011). Salah satu faktor risiko terjadinya sindroma metabolik di era modernisasi adanya perubahan pola konsumsi yang mengarah ke pola konsumsi tinggi lemak. Data rata-rata konsumsi lemak di Provinsi Bali lebih tinggi dari rata-rata konsumsi lemak di Indonesia yaitu 50,6 gram yang menyebabkan peningkatan kasus obesitas yang merupakan salah satu gejala sindroma metabolik (RisKeddas, 2010).

Data Riset Kesehatan Dasar (RisKedDas) tahun 2013 menunjukkan tingkat kebugaran masyarakat Indonesia masih rendah, populasi yang memiliki derajat kebugaran jasmani tergolong baik tercatat hanya 17% (Winata, 2017) Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa tingkat kebugaran jasmani masyarakat Indonesia masih sangat rendah, hal ini dikarenakan kurangnya kesadaran masyarakat bagaimana pentingnya hidup sehat dan menjaga kebugaran (Pribadi, 2015).

Pola makan tanpa mempedulikan kebutuhan kecukupan gizi berdampak pada kelebihan gizi yang menimbulkan banyak kasus obesitas. Menurut RisKeddas 2013 angka obesitas di Indonesia mencapai 14,8%. Hal ini juga berhubungan dengan pola hidup sedenter. Menurut data RisKeddas tahun 2013 menyatakan bahwa 26,1% penduduk Indonesia yang berusia lebih dari 10 tahun kurang melakukan aktivitas fisik. Terdapat 22 provinsi dengan penduduk aktivitas fisik tergolong kurang aktif berada di atas rata-rata Indonesia, yaitu DKI Jakarta (44,2%), Papua (38,9%), Papua Barat (37,8%), Sulawesi Tenggara dan Aceh (masing-masing 37,2%) (Kemenkes RI, 2016).

Provinsi Bali merupakan salah satu provinsi destinasi wisata dunia karena keindahan alam dan kekhasan budayanya. Keberadaan Provinsi Bali sebagai destinasi wisata tak lepas dari dukungan keberadaan destinasi wisata di seluruh kabupaten kota di Bali. Kabupaten Klungkung sebagai daerah pariwisata potensial dan secara tidak langsung mengubah perilaku masyarakatnya sehingga berimplikasi kepada perubahan gaya hidup ke arah modernisasi yang mempengaruhi pola makan dan aktivitas penduduknya. Pola makan yang berlebih tidak didukung aktivitas yang cukup dapat

menyebabkan obesitas berimplikasi pada terjadinya sindroma metabolik terutama terjadi pada usia produktifitas tentunya akan berpengaruh pada produktivitasnya. Lingkungan pemerintah Kabupaten Klungkung yang merupakan pusat pemerintahan di Kabupaten Klungkung terdiri dari berbagai orang yang status sebagai pegawai/ASN yang terdiri dari berbagai karakteristik penduduk yang mewakili golongan umur produktif yang kecendrungan terjadi sindroma metabolik seperti pada ASN di setda Bangli menurut hasil Gusmanasari (2009) menunjukkan pegawai yang berumur > 35 tahun lebih beresiko mengalami sindroma metabolik yang disebabkan adanya perubahan komposisi tubuh, penurunan massa otot, perubahan *basal metabolisme rate* (BMR) dan penurunan aktivitas fisik.

Keadaan tersebut bila tidak ditangani secara serius akan menjadi penghambat dalam upaya pembangunan kesehatan di masa datang. Pencegahan dan pengendalian PTM sangat terkait dengan gaya hidup masyarakat pada pekerja utamanya ASN memerlukan perhatian serta penanganan kesehatan yang baik sehingga terhindar dari gangguan penyakit yang pada akhirnya akan berpengaruh terhadap produktivitas kerja. (Kemenkes, RI, 2016).

Disamping masalah kesehatan fisik namun yang tak kalah pentingnya adalah pendekatan secara aspek kejiwaan juga merupakan bagian penting dalam kesehatan agar sumber daya manusia terutama ASN bisa bekerja dengan baik. Kondisi fisik, mental dan pola hidup tersebut memberikan dampak terhadap kesehatan ASN dan tentunya akan mempengaruhi tingkat produktivitasnya (WHO, 2006). Program promosi kesehatan bagi pekerja hendaknya berfokus pada keseluruhan kesehatan fisik dan mental seorang ASN. Perlu dirancang program secara holistik untuk membantu mencegah atau memperbaiki masalah kesehatan bagi ASN yang lebih dikenal dengan model *Wellness Program*. Program yang dirancang tidak hanya mencakup identifikasi penyakit tetapi juga modifikasi gaya hidup. Program ini adalah pengidentifikasian dan pengendalian penyakit terkait sindroma metabolik, pengaturan gizi, latihan fisik dan pemberhentian perilaku merokok bagi ASN.

Berdasarkan permasalahan dan data yang telah dipaparkan pada latar belakang ini, usulan penelitian ini berfokus pada pendekatan suatu model *Wellness Program* secara holistik pada pengaturan aktivitas fisik, pengaturan gizi dan pengendalian

merokok dalam upaya menurunkan faktor resiko sindrom metabolik, meningkatkan kebugaran fisik dan produktifitas kerja bagi ASN di Provinsi Bali.

B. Rumusan Masalah

Para pekerja baik di sektor formal maupun informal dituntut untuk meningkatkan produktivitas kerja tanpa memperhatikan hal-hal mendasar yang dibutuhkan untuk meningkatkan kebugaran fisiknya tanpa menimbulkan hal yang negatif yang merugikan kesehatannya seperti sindrom metabolik. Berkenaan dengan hal tersebut diperlukan pendekatan yang menyeluruh dari segi aktivitas fisik, perilaku gizi baik pemahaman konsep gizi seimbang dan pemberian nutrisi sehat dan pengendalian merokok ditempat kerja. Sehingga rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Apakah implementasi model *Wellness Program* dapat menurunkan sindrom metabolik, meningkatkan kebugaran fisik dan produktifitas kerja bagi ASN di Provinsi Bali ?

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kebugaran Fisik

Kebugaran fisik (*Physical Fitness*) merupakan kemampuan seseorang melakukan kerja sehari-hari secara efisien tanpa timbul kelelahan yang berlebihan sehingga masih dapat menikmati waktu luangnya (Pekik, 2004). Sedangkan Giriwijoyo (2007), menyatakan kebugaran fisik adalah derajat sehat dinamis seseorang yang merupakan kemampuan fisik yang menjadi dasar untuk keberhasilan pelaksanaan tugas yang harus dilaksanakan. Dari beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa kebugaran fisik adalah kualitas seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari sesuai pekerjaannya secara optimal tanpa menimbulkan problem kesehatan dan kelelahan berlebihan.

Tubuh yang bugar dibutuhkan oleh manusia sebagai makhluk hidup untuk melakukan aktifitas sehari-hari, pekerjaan akan didapat dengan hasil yang maksimal jika seseorang memiliki tubuh yang bugar. Kebugaran adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak merasakan kelelahan disaat melakukan pekerjaan atau tugas fisik (Prakoso and Hartoto, 2015; Pribadi, 2015).³ Berdasarkan data *Sport Development Index* (SDI) tahun 2006 diketahui bahwa tingkat kebugaran masyarakat Indonesia masih belum memuaskan (Mutohir & Maksun, 2007).

Meningkatnya ilmu pengetahuan dan teknologi serta berhasilnya pembangunan khususnya di bidang pendidikan dan kesehatan, telah mengubah pola hidup manusia dari aktif menjadi kurang aktif untuk melakukan aktivitas fisik. Hal ini disebabkan oleh produk iptek telah menggantikan pekerjaan yang dahulu dikerjakan dengan otot. Pekerjaan yang dahulu diselesaikan beberapa jam bahkan beberapa hari, sekarang dapat diselesaikan beberapa detik dengan menekan tombol. Pola hidup yang demikian akan menciptakan suasana yang cenderung pasif jasmaniah (*sedentary*) untuk tetap mempertahankan kebugaran jasmani maka diperlukan usaha agar bisa melakukan aktivitas untuk menjaga kebugaran jasmani melalui program latihan yang tepat (Sumintarsih, 2012).

Manfaat latihan kebugaran yaitu: (1) Meningkatkan volume dan kekuatan jantung, (2) Meningkatkan elastisitas dan efisiensi kerja pembuluh darah, (3) Meningkatkan elastisitas paru-paru, dan (4) Menjadikan proporsi badan relatif proporsional (Palar *et al.*, 2015). Menurut Sukadiyanto and Dangsina Muluk, (2011) prinsip-prinsip yang dapat dilaksanakan sebagai pedoman agar tujuan latihan tercapai dalam satu kali tatap muka, antara lain: prinsip kesiapan, individual, adaptasi, beban lebih, progresif, spesifik, variasi, pemanasan dan pendinginan, latihan jangka panjang, prinsip berkebalikan, tidak berlebihan, dan sistematis.

Keberhasilan mencapai kebugaran sangat ditentukan oleh kualitas latihan yang meliputi : tujuan latihan, pemilihan model latihan, penggunaan sarana latihan dan yang lebih penting lagi adalah takaran atau dosis latihan yang dijabarkan dalam konsep FITT (*frequency*/frekuensi, *intensity*/intensitas, *time*/durasi dan, *type*/tipe latihan). Frekuensi latihan sebaiknya 3-5 kali/minggu, intensitas 60-90% denyut jantung maksimal, durasi/waktu 20-30 menit dan tipe latihan berlanjut dan ritmik (Sumintarsih, 2012).

Dalam kebugaran jasmani terdapat komponen yang dibagi dalam tiga kelompok dari: a). Kebugaran jasmani yang berhubungan dengan kesehatan. Kebugaran jasmani yang berhubungan dengan kesehatan terdiri dari lima komponen dasar yang saling berhubungan antara yang satu dengan yang lainnya yaitu: daya tahan kardiovaskuler, kekuatan otot, daya tahan otot, fleksibilitas dan komposisi tubuh, b)Kebugaran jasmani yang berhubungan dengan keterampilan motorik meliputi ; keseimbangan, daya ledak (*power*), kecepatan, kelincahan, koordinasi dan kecepatan reaksi dan c). Kebugaran jasmani yang berhubungan dengan wellness. Wellness diberikan pengertian sebagai suatu tingkat dinamis dan terintegrasi dari fungsi-fungsi organ tubuh yang berorientasi terhadap upaya memaksimalkan potensi yang memiliki ketergantungan pada tanggung jawab diri sendiri. Wellness dipandang sebagai keadaan yang tidak sakit saja (Pekik 2004).

B. Produktivitas Kerja

Konsep produktivitas pada dasarnya dapat dilihat dari dua dimensi, yaitu dimensi individu dan dimensi organisasi. Pengkajian masalah produktivitas dari dimensi individu tidak lain melihat produktivitas terutama dalam hubungan dengan

karakteristik kepribadian individu. Dalam konteks ini esensi pengertian produktivitas adalah sikap mental yang selalu mempunyai pandangan bahwa mutu kehidupan hari ini harus lebih baik dari hari kemarin, dan hari esok harus lebih baik dari hari ini. Berdasarkan produktivitas diatas maka produktivitas kerja pegawai merupakan kemampuan seseorang dalam melakukan untuk menghasilkan jasa atau menyelesaikan tugas pekerjaannya dalam pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Jadi, Produktivitas kerja adalah cara kerja atau metode kerja, cara atau metode kerja pegawai dalam melaksanakan tugas pekerjaannya dapat dilihat melalui kesediaan para pegawai untuk bekerja secara efektif dan efisien (Kusnendi, 2003).

Produktivitas kerja adalah hasil kerja. Hasil kerja merupakan hasil yang diperoleh dari pekerjaan yang dilaksanakan oleh karyawan. Hasil kerja yang diperoleh oleh pegawai merupakan prestasi kerja pegawai dalam melaksanakan tugas-tugasnya. Hasil kerja ini dapat dilihat dari jumlah atau frekuensi di atas standar yang ditetapkan. Hal ini menandakan bahwa pegawai tersebut produktif di dalam menyelesaikan tugas-tugas pekerjaannya (Siagian 2009). Berdasarkan uraian tersebut diatas, maka dapat disimpulkan oleh peneliti bahwa produktivitas kerja pegawai dapat diukur dengan adanya semangat kerja dari pegawai dalam menyelesaikan setiap tugas yang dibebankannya, dengan selalu berdasarkan pada cara kerja atau metode kerja yang telah ditetapkan sehingga akan diperoleh hasil kerja yang memuaskan.

Produktivitas pegawai dipengaruhi oleh tiga faktor : a. Kualitas dan kemampuan fisik (kebugaran fisik) pegawai. Kualitas dan kemampuan pegawai dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, tingkat kebugaran fisik, motivasi kerja, mental dan etos kerja pegawai. Tingkat kebugaran fisik pegawai dipengaruhi oleh berbagai hal yang kompleks diantaranya konsumsi makanan dengan kandungan gizi seimbang, latihan fisik secara teratur, tidak menderita suatu penyakit baik infeksi maupun penyakit degeneratif , atau tanpa faktor resiko sindrom metabolik dan tidak mempunyai kebiasaan merokok b. Sarana pendukung, yang meliputi perlengkapan yang dapat dipindahkan untuk mendukung fungsi kegiatan seperti : peralatan, perabotan, media pendidikan dan buku, c. Supra sarana yaitu berbagai faktor produksi yang digunakan oleh setiap pegawai. Aktivitas pegawai tidak terjadi di isolasi. Apa yang terjadi didalam kantor dipengaruhi oleh apa yang terjadi diluarnya, seperti sumber-sumber faktor produksi yang akan digunakan. Setiap pegawai harus

mempunyai perijinan agar apa yang dikerjakan diluar kantor akan sama dengan apa yang dikerjakan didalam lingkungan perkantoran.

Kerja produktif memerlukan faktor pendukung yaitu kemauan kerja yang tinggi, kemampuan kerja yang sesuai dengan misi kerja yang nyaman, penghasilan yang dapat memenuhi kebutuhan hidup minimum, jaminan social yang memadai, kondisi kerja yang manusiawi dan hubungan kerja yang harmonis (Sinungan, 2009).

L. Greenberg dalam Sinungan (2009), mendefinisikan produktivitas sebagai perbandingan antara totalitas pengeluaran pada waktu tertentu dibagi totalitas masukan selama periode tersebut. Produktivitas kadang-kadang di pandang sebagai penggunaan lebih insentif terhadap sumber-sumber konversi tenaga kerja dan mesin yang diukur secara tepat akan menunjukkan suatu penampilan atau efisiensi.

Produktivitas individu dapat dinilai dan apa yang dilakukan oleh individu tersebut dalam kerjanya. Dengan kata lain, produktivitas individu adalah bagaimana seseorang melaksanakan pekerjaannya atau unjuk kerja (job performance) (Sedarmayanti, 2009).

Pegawai yang produktif akan selalu menyelesaikan tugas dengan cepat dan tepat, bekerja secara kreatif dan inovatif, tekun dan tidak terhangat pada atasan, mempunyai andil yang lebih dari yang diharapkan, menetapkan standar kerja yang tinggi, percaya diri dan pantas memperoleh penghargaan, mempunyai pergaulan yang efektif dengan atasan dan teman sejawat, dapat berkomunikasi secara efektif dan selalu memuaskan orang lain. Adapun ciri-ciri umum pegawai yang produktif (Riduan, 2013) adalah sebagai berikut : (a) lebih dari memenuhi kualifikasi pekerjaan, (b) bermotivasi tinggi, (c) mempunyai orientasi pekerjaan yang positif, (d) kedewasaan, (e) dapat bergaul dengan efektif.

C. Sindrom Metabolik

Beberapa definisi mengenai sindroma metabolik yang ditetapkan oleh berbagai ahli dipergunakan secara luas diantaranya adalah definisi menurut WHO dan *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel (NCEP-ATP II)*, WHO mendefinisikan sindroma metabolik dengan kriteria :

- a. Terjadinya gangguan toleransi glukosa atau Hiperinsulinemia/resistensi insulin yang disertai dengan 2 komponen berikut :

- b. Obesitas sentral (dengan ratio pinggal panggul > 0.90 pada pria dan 0.85 pada wanita) atau BMI > 30
- c. trigliserida < 150 mg/dl dan atau kadar HDL koleterol < 35 mg/dl
- d. tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg

Sedangkan menurut NCEP-ATP II mendefinisikan sindroma metabolik jika ditemukan minimal 3 gejala pada seseorang yaitu :

- a. Obesitas sentral , dengan lingkaran panggul > 102 pada pria dan > 88 cm pada wanita
- b. Serum trigliserida > 150 mg/dl
- c. Kadar Gula darah puasa > 110 mg/dl
- d. Tekanan darah $\geq 130/85$ mmHg
- e. kadar kolesterol HDL < 40 mg/dl pada pria dan < 50 mg/dl pada wanita

Kejadian sindroma metabolik diperkirakan mencapai 20%-30% pada penduduk di negara maju. (Mathur, 2009). Hasil penelitian Zahtamal *et al.*, (2014), mendapatkan prevalensi sindrom metabolik sebanyak 21,58%, dengan jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki, kelompok usia terbanyak adalah > 50 tahun. Sebagian besar kasus sindrom metabolik memiliki tiga komponen, dengan komponen terbanyak adalah lingkaran perut dan tekanan darah. Sebanyak 23,50% kasus memiliki riwayat keluarga obesitas dan diabetes melitus. Sebagian besar kategori aktivitas adalah sedang. Jenis asupan makanan dengan kategori tidak sesuai dengan diet adalah rendah serat pangan dan lemak jenuh.

1. Faktor Risiko Sindroma Metabolik

Gaya hidup merupakan faktor risiko yang sumbangannya sangat besar terhadap munculnya berbagai masalah kesehatan seperti obesitas, hipertensi, dislipidemia yang mengakibatkan timbulnya penyakit degeneratif. Penelitian Ahmad, *et al* (2007), menunjukkan terdapat hubungan antara pola konsumsi dengan kejadian sindroma metabolik pada penduduk wanita dimana pola konsumsi yang mengandung tinggi karbohidrat, produk tinggi lemak, mentega dan rendah sayuran berkaitan dengan bertambahnya risiko sindroma metabolik .

Adanya perubahan akulturasi akibat modernisasi yang ditandai dengan dengan gaya hidup *sedentary* (kurang gerak) dan pola makan tidak seimbang merupakan

kondisi yang mengarah pada timbulnya obesitas. Obesitas juga saat ini sudah bersifat pandemis yang terjadi secara global yang sangat erat kaitannya dengan peningkatan kejadian dislipidemia, hipertensi, resistensi insulin yang dikenal dengan Sindroma Metabolik. Diperkirakan sindrome metabolik ditemukan 22% pada orang *overweight* dan 60% pada orang yang obesitas (Mayo clinic, 2009).

Peningkatan prevalensi Sindroma metabolik memberikan dampak yang buruk terhadap kelangsungan hidup seseorang. Penelitian diberbagai tempat menunjukkan bahwa angka kesakitan dan kematian penyakit kardiovaskuler akibat Sindroma metabolik meningkat secara bermakna. Penyakit kardiovaskuler merupakan penyakit degeneratif yang menduduki tempat nomor satu sebagai penyebab kematian di Indonesia. Hal ini menunjukkan bahwa sindroma metabolik serta faktor risikonya perlu mendapatkan perhatian serius agar tidak mengarah pada berkembangnya penyakit degeneratif (Waspadji, 2007).

Menurut Mayo clinic, (2009), faktor- faktor yang turut berperan terhadap berkembangnya sindroma metabolik adalah :

a. Umur

Prevalensi sindroma metabolik meningkat dengan bertambahnya usia sekitar 10% pada penduduk usia 20 tahun dan mencapai 40 % pada usia 60 tahun . Bagaimanapun beberapa penelitian memperlihatkan pada usia yang lebih muda ditemukan dua atau lebih komponen sindroma metabolik dan penelitian juga mengidentifikasi bahwa terdapat hubungan antara sindroma metabolik pada masa anak-anak dengan penyakit kardiovaskuler masa dewasa.

b. Ras.

Beberapa ras tertentu seperti Hispanic dan Asia memiliki risiko lebih tinggi terhadap sindroma metabolik

c. Genetik.

Faktor genetik berpengaruh pada komponen sindroma setiap individu. Riwayat keluarga seperti diabetes tipe 2, hipertensi dan terjadinya penyakit kardiovaskuler lebih awal berpeluang terjadi pada setiap individu dan berkembang menjadi sindroma metabolik.

d. Obesitas.

Indeks masa tubuh yang melebihi 25 memiliki risiko sindroma metabolik . Indeks masa tubuh yang berlebihan dapat menimbulkan obesitas sentral sebagai salah satu komponen sindroma metabolik . Sindroma metabolik ditemukan 5 % pada penduduk dengan Berat badan normal, 22% pada *overweight* dan 60% pada orang yang obesitas. Orang dewasa yang berat badannya bertambah 5-10 pounds setiap tahun 45% berkembang menjadi sindroma metabolik

e. Pola Makan

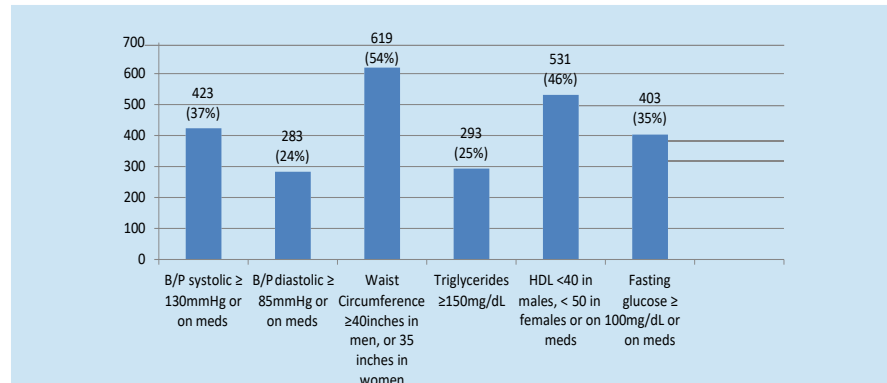
Dewasa ini masyarakat perkotaan cenderung mengkonsumsi makanan siap saji yang banyak mengandung lemak, tinggi karbohidrat tapi miskin serat dan zat gizi lainnya dengan alasan kepraktisan. Konsumsi lemak dan karbohidrat berlebihan akan menyebabkan asupan berlebih yang disimpan dalam tubuh dalam bentuk lemak sehingga timbul obesitas yang mengarah pada sindroma metabolik

Penelitian Ahmad dkk (2007) menunjukkan terdapat hubungan antara pola konsumsi dengan kejadian sindroma metabolik pada penduduk wanita dimana pola konsumsi yang mengandung tinggi karbohidrat, produk tinggi lemak, mentega dan rendah sayuran berkaitan dengan bertambahnya risiko sindroma metabolik. Giugliano, *et al* (2008) juga menyatakan studi epidemiologi pada penduduk dewasa menemukan bahwa pola makan berpengaruh pada peningkatan prevalensi sindroma metabolik .

f. Aktivitas fisik

Sindroma metabolik juga diperkirakan meningkat secara dramatik seiring dengan perubahan gaya hidup masyarakat disertai aktivitas fisik rendah dan peningkatan konsumsi makanan tinggi energi, tinggi lemak dan rendah serat. Hal ini ditunjukkan oleh berbagai studi yang dilakukan di beberapa negara di dunia yang menunjukkan bahwa sindroma metabolik lebih banyak ditemukan pada mereka yang memiliki aktivitas fisik rendah dibandingkan dengan orang yang aktif bergerak. Aktivitas fisik yang kurang disertai makanan yang kurang sehat berkontribusi terhadap obesitas dan peningkatan risiko penyakit kronik seperti Diabetes mellitus (Carmona, 2003). Menurut Johnson *et al.*, (2015) data

sindroma metabolik dan faktor resikonya pada pekerja dapat dilihat pada grafik berikut ;



Sumber; Johnson, *et al.*, (2015)

Gambar 1. Prevalensi Kejadian Sindrome Metabolik Pada Pekerja

D. Implementasi *Wellness Program*

Pelaksanaan pembangunan kesehatan membutuhkan perubahan cara pandang dari paradigma sakit ke paradigma sehat. Upaya promotif, preventif dan deteksi dini melalui pemantauan kesehatan individu pekerja perlu dilakukan secara berkesinambungan dan dikelola melalui kebijakan negara. Masyarakat industri perlu melakukan upaya agar pekerja khususnya disektor pariwisata menjadi sehat produktif melalui upaya pendekatan model *wellness program*. Masyarakat industri utamanya pekerja pada industri pariwisata diharapkan aktif bergerak, memenuhi kebutuhan gizi seimbang, berhenti merokok dan mempunyai kemampuan dalam mengelola stres untuk meningkatkan kebugaran fisik dan pengendalian kejadian penyakit sindrom metabolik pada pekerja sehingga mencapai produktivitas yang berdaya saing (Kemenkes RI, 2016).

Melalui pendekatan model well-pro (*wellness program*) bagi pekerja yang terdiri dari pengelolaan aktivitas fisik dan pencapaian kebugaran jasmani, gizi seimbang, upaya berhenti merokok dan pengelolaan stres dipantau secara berkesinambungan. Sehingga diharapkan dapat membentuk pekerja Indonesia khususnya sektor pariwisata yang aktif, terampil, sehat dan produktif hingga usia 65 tahun (Kemenkes RI, 2016).

Secara umum dapat dikatakan bahwa pendekatan model well-pro bagi pekerja menjadi jembatan perantara tercapainya pelayanan kesehatan bagi pekerja (yang berupa pelayanan kesehatan yang proaktif dan perawatan diri sendiri) dengan perubahan gaya hidup melalui perilaku hidup bersih dan sehat di tempat kerja (yang diantaranya berupa pengelolaan aktivitas fisik, manajemen stres, diet seimbang melalui pengaturan gizi yang baik, dan pengendalian merokok).

Mengacu pada hal tersebut di atas, maka kegiatan *Wellness Program* bagi pekerja ditekankan kepada 4 bidang, yaitu: Aktivitas fisik di tempat kerja, Pengaturan gizi, Pengelolaan stres dan pengendalian merokok di tempat kerja.

1. Aktivitas fisik

Peningkatan derajat kesehatan dan kebugaran jasmani tenaga kerja sangat diperlukan untuk meningkatkan produktivitas kerja dan daya saing di era globalisasi. Sementara itu kebugaran jasmani bagi pekerja merupakan gambaran kondisi kesehatan dan keselamatan kerja yang diperlukan untuk meningkatkan produktivitas dan kesejahteraan pada pekerja.

Kebugaran jasmani dapat dicapai dengan melakukan aktivitas fisik berupa latihan fisik (olahraga) yang baik, benar, terukur, dan teratur. Pilihan latihan fisik ditentukan sesuai dengan minat dan kemampuan masing-masing pekerja, dan dapat dilakukan oleh pekerja secara mandiri di rumah, di kantor atau sarana kesehatan olahraga yang disediakan oleh pemberi kerja.

Program Latihan Kebugaran Jasmani untuk mencapai keberhasilan kebugaran sangat ditentukan oleh kualitas latihan yang meliputi: tujuan latihan, pemilihan model latihan, penggunaan sarana latihan dan yang lebih penting lagi adalah takaran atau dosis latihan yang dijabarkan dalam konsep FITT ; *Frequency* (frekuensi), *Intencity* (intensitas), *Time* (durasi/waktu) dan *Type* (tipe olahraga). (Sumintarsih, 2012).

Menurut Sukadiyanto (2005), frekuensi latihan adalah jumlah latihan yang dilakukan dalam periode waktu tertentu. Pada umumnya periode waktu yang digunakan adalah dalam satu minggu. Frekuensi latihan sebaiknya 3-5 kali/minggu. Intensitas adalah ukuran yang menunjukkan kualitas (mutu) suatu rangsang atau pembebanan, atau suatu dosis (jatah) latihan yang harus dilakukan seseorang menurut

program yang ditentukan. Intensitas latihan yang dianjurkan bagi pekerja sebaiknya 60-85% DNM (denyut nadi maksimal). Durasi adalah ukuran yang menunjukkan lamanya waktu dalam satu kali latihan. durasi/waktu yang dianjurkan dalam setiap latihan adalah 20-30 menit yang berupa latihan inti. Sedangkan tipe olahraga disarankan tipe olahraga yang tingkat ringan sampai sedang. Berkenaan pedoman tersebut diatas maka jenis olahraga yang bisa dilakukan oleh perkerja diantaranya ; senam (aerobik, low impact), berenang, jalan kaki, yoga, taichi, dll. (Pekik, 2002).

2. Pengaturan Gizi Seimbang

Pengaturan gizi pada pekerja/ASN baik di tempat kerja maupun di rumah berdasarkan konsep gizi seimbang dengan aplikasi “isi piringku”. Hal ini bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan serta mengupayakan daya kerja tenaga kerja yang optimal. Menciptakan perilaku gizi kerja yang baik diharapkan dapat mewujudkan kesehatan dan kesejahteraan faktor manusia pada suatu proses produksi/distribusi dan memelihara juga meningkatkan kemampuan bekerja serta produktivitas kerja pada tingkat yang optimal (Kemenkes RI, 2016).

Kesehatan dan daya kerja sangat erat hubungannya dengan tingkat gizi seseorang. Makanan yang ber sumber dari bahan-bahan alamiah yang tersedia di lingkungan kerja dapat memelihara kebugaran seorang pekerja dengan tetap memperhatikan asupan gizi seimbang dan keamanan makanan selaras dengan perilaku makan yang memperhatikan komposisi tubuh maupun aktivitas fisik. Keragaman makanan perlu disesuaikan dengan kebutuhan individu agar pekerja terbebas dari gangguan kesehatan akibat pola makan yang tidak seimbang.

Beberapa manfaat yang diperoleh dalam penerapan gizi seimbang bagi pekerja diantaranya : meningkatkan produktivitas. menurunkan biaya kesehatan, meningkatkan citra tempat kerja, menyediakan kesempatan kerjasama dengan pihak ketiga, menurunkan angka kesakitan, meningkatkan daya tahan tubu, meningkatkan produktivitas kerja, efisiensi waktu pekerj, mengendalikan berat badan ideal.

a. Konsep Gizi Seimbang dan aplikasi Isi Piringku

Gaya hidup sehat melalui pola makan gizi seimbang harus ditekankan kepada seluruh masyarakat utamanya pekerja untuk mencegah masalah gizi ganda dan

penyakit degenerative. Oleh sebab itu, Departemen Kesehatan RI telah mengeluarkan Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS) bagi pekerja diantaranya ; konsumsi makanan beraneka ragam dengan berbagai zat gizi (energi, karbohidrat, protein, lemak, vitamin mineral dan air), batasi konsumsi lemak dan minyak sampai seperempat dari kecukupan energy, perbanyak konsumsi sayur dan buah, biasakan makan pagi, lakukan aktivitas fisik secara teratur, hindari minum-minuman beralkohol, makanlah makanan yang aman bagi kesehatan serta bacalah label pada makanan yang dikemas.

Penerapan konsep gizi seimbang dapat dilakukan dengan cara yang sederhana, dan mudah diaplikasikan melalui konsep “Isi Piringku”. Konsep Isi Piringku memungkinkan beraneka ragam macam makanan yang disajikan diantaranya sumber karbohidrat kompleks ($\frac{2}{3}$ dari setengah piring), beraneka jenis lauk pauk sebagai sumber protein ($\frac{1}{3}$ dari setengah piring), beraneka jenis sayuran dan buah sebagai sumber vitamin, mineral, serat dan antioksidan. Sayuran diberikan sebesar ($\frac{2}{3}$ dari setengah piring) dan beraneka jenis buah diberikan $\frac{1}{3}$ dari setengah piring. Pemenuhan kebutuhan gizi yang diberikan dengan baik dengan konsep “Isi Piringku” dapat membantu dalam proses beradaptasi atau menyesuaikan diri dengan perubahan yang dialaminya selain itu dapat menjaga kelangsungan pergantian sel-sel tubuh sehingga meningkatkan imun sistem, mencegah terjadinya penyakit degeneratif seperti hipertensi, stroke, penyakit jantung, diabetes mellitus, arthritis dan lain-lain serta dapat memperpanjang usia (Kemenkes RI, 2018).

b. Konseling Gizi

Konseling gizi secara individual sangat diperlukan agar pekerja dapat menjalankan program gizi seimbang secara berkesinambungan. Apabila ditinjau dari aspek kesejahteraan, maka seorang pekerja berisiko mengalami penyimpangan perilaku yang berdampak terhadap perubahan status gizi, stres, penyakit degeneratif sehingga akan memerlukan konsultasi gizi secara individu. Selama ini kondisi gizi yang tidak kondusif terhadap kesehatan dan produktivitas tenaga kerja adalah kombinasi kekurangan atau tidak memadainya protein, kalori, dan vitamin. Padahal pemenuhan kebutuhan akan zat makanan menentukan zat gizi pekerja. Status gizi

sangat tergantung pada latar belakang pendidikan, kondisi sosial-ekonomi, budaya masyarakat, dan derajat kesehatan.

Unsur terpenting bagi penilaian status gizi adalah tinggi badan dan berat badan yang menentukan besarnya Indeks Massa Tubuh (IMT) seseorang. Berbagai hal yang mempunyai peran sangat penting guna menerapkan gizi kerja adalah kantin, ruang/kamar makan, dapur beserta peralatan dan perlengkapan serta juga perusahaan katering sebagai penyelenggara penyiapan dan penghidangan makanan bagi pekerja. Beberapa kegiatan yang dapat dilakukan dalam upaya menerapkan gizi kerja adalah melakukan penilaian status gizi dan kecukupan gizi pekerja, mengelola upaya penyediaan makanan bagi pekerja + kantin, melakukan pencegahan serta penanggulangan masalah gizi pekerja, dan konseling.

3. Pengendalian Merokok

Meningkatnya prevalensi merokok di negara-negara berkembang termasuk Indonesia menyebabkan masalah rokok menjadi semakin serius. Menghentikan perilaku merokok bukanlah usaha mudah, terlebih lagi bagi perokok di Indonesia. Hasil survei yang dilakukan oleh LM3 (Lembaga Menanggulangi Masalah Merokok), dari 375 responden yang dinyatakan 66,2 persen perokok pernah mencoba berhenti merokok, tetapi mereka gagal. Kegagalan ini ada berbagai macam; 42,9 persen tidak tahu caranya; 25,7 persen sulit berkonsentrasi dan 2,9 persen terikat oleh sponsor rokok. Sementara itu, ada yang berhasil berhenti merokok disebabkan kesadaran sendiri (76 persen), sakit (16 persen), dan tuntutan profesi (8 persen) (Yumaria, 2002).

Masalah rokok juga menjadi persoalan sosial ekonomi, karena 60 persen dari perokok aktif atau sebesar 84,84 juta orang dari 141,44 juta orang adalah mereka berasal dari penduduk miskin atau ekonomi lemah yang sehari-harinya kesulitan dalam memenuhi kebutuhan pokoknya. Selain itu, dengan berkurangnya hari bekerja yang disebabkan sakit, maka rokok menurunkan produktivitas pekerja. Dengan demikian, jumlah pendapatan yang diterima berkurang dan pengeluaran meningkat untuk biaya berobat (Depkes RI, 2004).

Tatalaksana program pengendalian merokok dengan upaya berhenti merokok

(UBM) dengan pendekatan 4T. Pekerja yang mengikuti kegiatan UBM dibuatkan jadwal waktu konseling dan diawasi selama 3 bulan. Jika pekerja perokok belum berhasil berhenti merokok perlu adanya tambahan waktu konseling. Proses konseling dijalankan dengan durasi waktu 30-60 menit. Proses konseling yang optimal dilakukan minimal 3 kali pertemuan untuk setiap klien. Jarak antara satu sesi dengan sesi lain idealnya 2 minggu. (Kemenkes RI, 2016)

Tujuan dari pengendalian rokok bagi karyawan atau ASN yaitu melindungi kesehatan pekerja/ASN dan dampak buruk akibat merokok. Sasaran dari kegiatan ini seluruh karyawan dan lingkungan tempat bekerja. Adapun upaya strategi yang dilakukan dengan cara memberikan edukasi/KIE dampak konsumsi rokok bagi kesehatan, penerapan area bebas rokok dilingkungan kerja. Hasil yang diharapkan adanya pengurangan jumlah batang rokok yang dikonsumsi sampai berhenti merokok baik ditempat kerja maupun di rumah.

BAB III

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk implementasi model *Wellness Program* dalam upaya menurunkan sindrom metabolik, meningkatkan kebugaran fisik dan produktifitas kerja bagi ASN di Provinsi Bali.

2. Tujuan Khusus

- a. Implementasi model *Wellness Program* menurunkan faktor resiko sindrom metabolik bagi ASN di Provinsi Bali
- b. Implementasi model *Wellness Program* meningkatkan kebugaran fisik bagi ASN di Provinsi Bali
- c. Implementasi model *Wellness Program* meningkatkan produktifitas kerja bagi ASN di Provinsi Bali
- d. Menganalisis keberhasilan implementasi model *Wellness Program* dalam upaya menurunkan faktor resiko sindrom metabolic, meningkatkan kebugaran fisik dan produktifitas kerja bagi ASN di Provinsi Bali

B. Manfaat

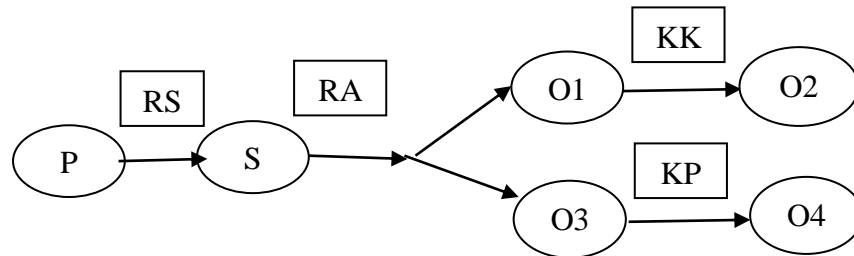
1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dan masukan bagi pekerja sektor formal dalam upaya perbaikan derajat kesehatan yang dilihat dari penurunan faktor resiko syndrom metabolik, meningkatnya kebugaran fisik dan produktifitas kerja melalui implementasi *Wellness Program* meliputi aktivitas fisik secara regular dengan ketentuan intensitas, durasi dan frekuensi, pemahaman dan konsumsi gizi seimbang dan pengendalian merokok sehingga meningkatnya derajat kesehatan bagi ASN di Provinsi Bali.
2. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pedoman dalam menyusun regulasi atau kebijakan bagi pekerja sektor formal agar selalu dalam kesehatan dan kebugaran fisik yang prima di tempat kerja dalam meningkiatkan produktivitas.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *true eksperimental* dengan rancangan *Randomized Pre Test-Post Test Control Group Design* (Pocock, 2008; Suryabrata, 2006). Pada penelitian dicari peningkatan variabel kebugaran fisik dan penurunan sindroma metabolik bagi para karyawan/pekerja sehingga yang diharapkan adalah terjadi peningkatan produktivitas kerja. Pengelompokan subjek dilakukan secara random dan dibagi dalam dua kelompok, dengan rancangan sebagai berikut yaitu:



Gambar 2.

Skema Rancangan Penelitian

Keterangan :

P : Populasi

S : Sampel

RS : Randomisasi Sampel

RA : Alokasi Random

O₁ : Observasi Kelompok Kontrol sebelum perlakuan,

O₂ : Observasi Kelompok Kontrol sesudah perlakuan

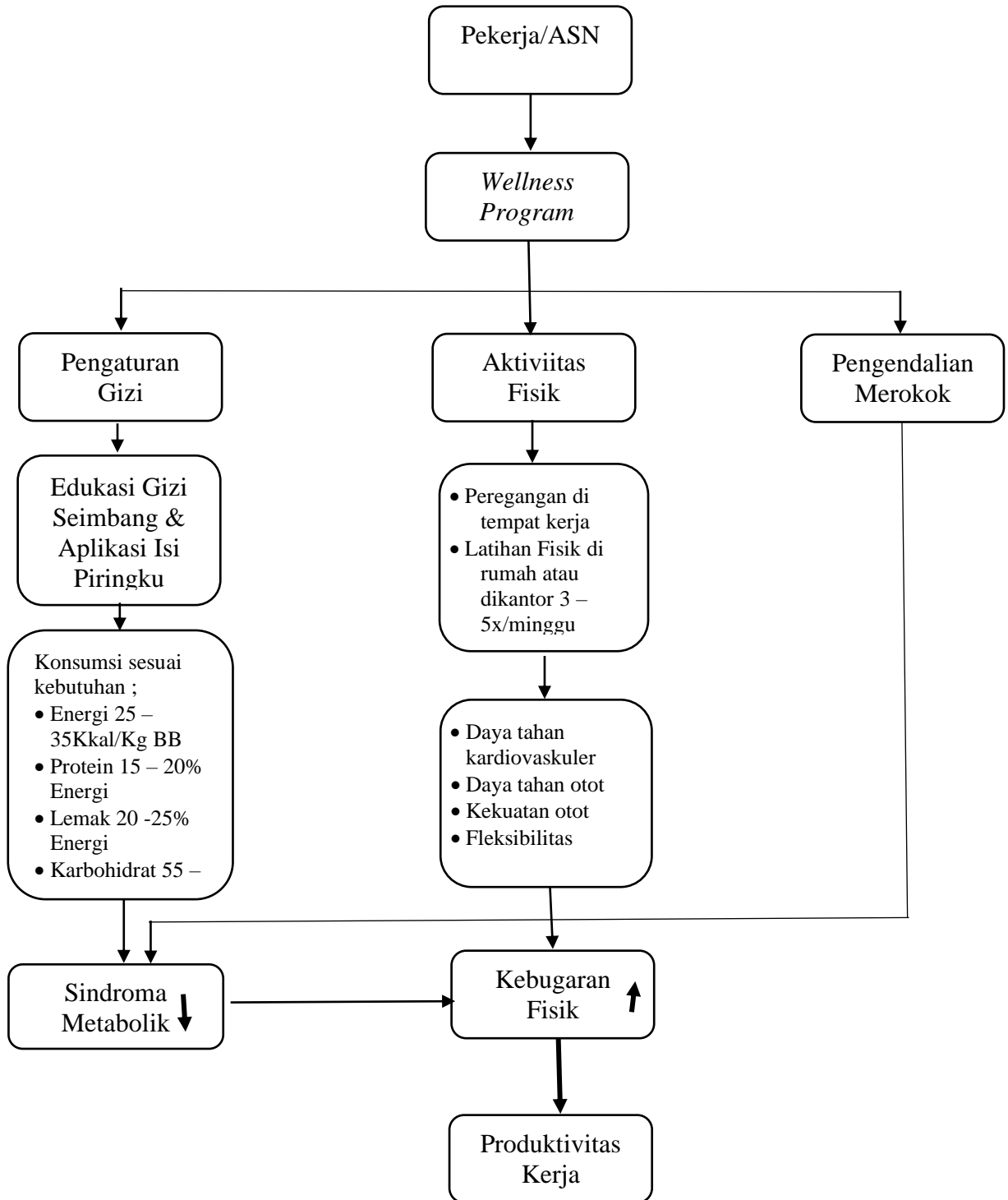
O₃ : Observasi Kelompok Perlakuan sebelum perlakuan

O₄ : Observasi Kelompok Perlakuan sesudah perlakuan

KK : Kelompok Kontrol tanpa implementasi *Wellness Program* selama 8 minggu

KP : Kelompok Perlakuan dengan pendekatan model *Wellness Program* selama 8 minggu

B. Bagan Alur Penelitian



Gambar 3. Bagan Alur Penelitian

C. Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian

Penelitian ini direncanakan akan dilaksanakan di pada ASN di Provinsi Bali dengan waktu penelitian selama 6 bulan yaitu bulan Juni – Nopember 2022.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah ASN yang mewakili Provinsi bali diambil 2 Kabupaten/Kota yaitu ASN yang ada di Pemda Kota Denpasar dan Pemda kabupaten Gianyar. Sedangkan sampel adalah sebagian dari populasi dengan kriteria inklusi yaitu laki-laki maupun perempuan, tercatat sebagai ASN di Pemda Kota Denpasar dan Kabupaten Gianyar, umur 30 - 55 tahun, berdomisili di wilayah Kota Denpasar dan Kabupaten Gianyar serta bersedia diteliti. Sedangkan kriteria eksklusi yaitu ; sakit saat penelitian berlangsung, pindah tugas atau mutasi saat dilakukan pengumpulan data. Sampel dibagi dua kelompok yaitu kontrol dan perlakuan. Kelompok Kontrol adalah ASN yang tidak melaksanakan implementasi *Wellnes Program*, sedangkan Kelompok Perlakuan adalah ASN yang diberikan implementasi pendekatan *Wellness Program* selama 6 minggu.

2. Besar Sampel

Perkiraan besar sampel ditentukan dengan cara menghitung besar sampel untuk rancangan Perlakuan Kontrol (Sastroasmoro,S., 2006) yaitu :

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 + Z_{\beta} V(PQ)}{(p-0.5)^2} \quad p = \frac{OR}{1 + OR}$$
$$n = \frac{(1,96/2) + 0,842 \sqrt{0,67 \times 0,33}}{0,67 - 0,5}^2$$
$$= 40 \text{ orang}$$

Keterangan :

n = besar sampel

$(Z_{\alpha/2}) = 1,96$ pada $\alpha = 0,05$

OR = diperkirakan = 2

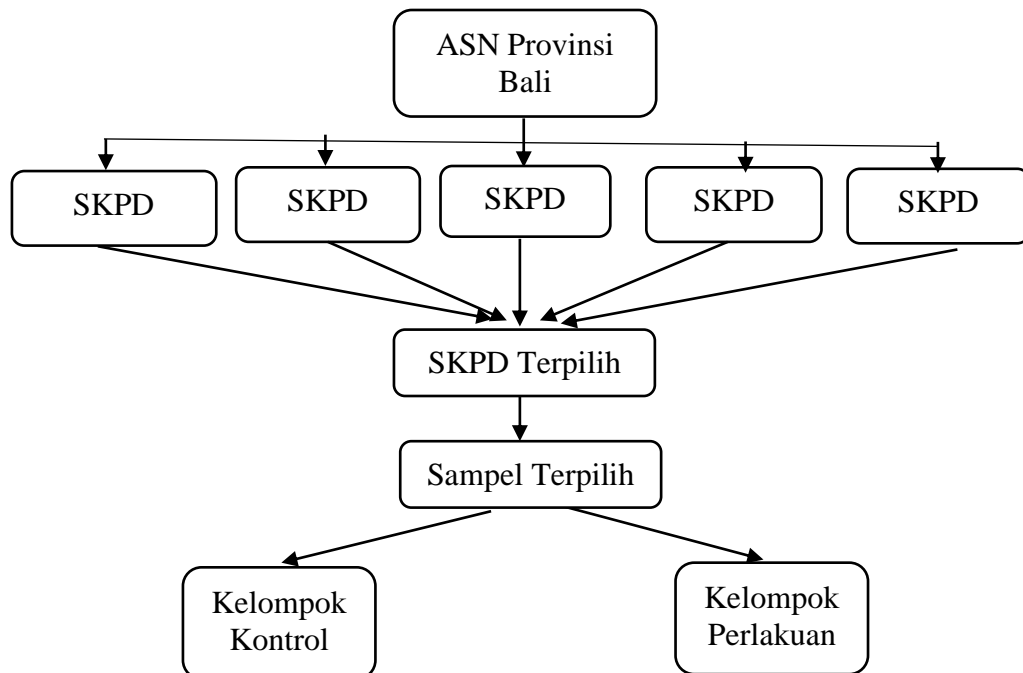
$$Q = 1 - p$$

power penelitian = 80%

Berdasarkan rumus diatas, didapatkan jumlah kasus dan kontrol masing-masing sebanyak 40 orang, sehingga total subyek penelitian = 80 orang.

3. Teknik Pengambilan Sampel

Dari jumlah sampel yang telah ditentukan dengan rumus perhitungan besar sampel selanjutnya dilakukan pemilihan sampel secara non random (*purposive*), dengan pertimbangan bahwa karakteristik ASN di Kabupaten/Kota Denpasar dan Gianyar cukup homogen. Pada tahap awal penelitian akan ditentukan Satuan Kerja Pemerintah Daerah (SKPD) yang ada dilingkungan Pemda kabupaten Klungkung. Dari SKPD yang ada akan dipilih 1 SKPD di masing-masing Kabupaten/Kota yang dilakukan secara samopling. Berdasarkan hasil pemilihan 2 SKPD dari Kabupaten/Kota dilakukan random sampling untuk penentuan kelompok Kontrol dan kelompok Perlakuan. Selanjutnya dari masing-masing kelompok akan dilakukan penentuan sampel melalui metode *simple random sampling* sesuai jumlah sampel yang diperlukan (80 orang) .



Gambar 4. Skema Teknik Pengambilan sampel

E. Instrumen Penelitian dan Teknik Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

- a. Formulir identitas sampel
- b. Formulir FFQ.
- c. *Alat Multi Check Parameter*
- d. Tensimeter
- e. Microtoise
- f. Timbangan Injak
- g. Pita Lingkar Pinggang

2. Jenis dan Teknik pengumpulan data

a. Jenis Data

Jenis data yang akan dikumpulkan pada penelitian ini adalah data identitas sampel, konsumsi makanan, pola konsumsi lemak, aktivitas fisik, pengelolaan stres, kebiasaan merokok, kebugaran fisik, indek masa tubuh, status sindroma metabolik (obesitas, lingkaran pinggang, tekanan darah, kadar gula darah dan kadar kolesterol/trigliserida darah) dan data Produktivitas kerja

b. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan terhadap data awal (*pre test*) dan data akhir penelitian (*post test*)

- a. Data identitas sampel dikumpulkan dengan wawancara menggunakan form identitas sampel.
- b. Pengumpulan data konsumsi makanan dikumpulkan menggunakan metode *recall 2x24 jam* dengan bantuan *Food Model*.
- c. Pengumpulan data Indeks Masa Tubuh untuk menentukan status obesitas dilakukan dengan penimbangan berat badan menggunakan timbangan injak, pengukuran tinggi badan menggunakan microtoise.
- d. Pengumpulan Data kejadian Sindrom Metabolik dikumpulkan dengan cara mengukur, tekanan darah menggunakan alat tensi meter, gula darah dan kadar kolesterol/trigliserida dengan *Multi Check Parameter* dan pengukuran lingkaran pinggang dengan pita lingkaran pinggang.

- e. Pengukuran kebugaran fisik yaitu dengan metode lari/jalan 12 menit
- f. Data Pengendalian Merokok dilakukan dengan wawancara dan peniliannya dengan dua indikator diantaranya kategori apabila Baik : berhenti merokok, dan Tidak baik apabila : Masih merokok
- g. Data Produktivitas Kerja dikumpulkan melalui kuesioner tertutup dengan skala Likert interval 1 s/d 5) yang ditujukan kepada atasan masing-masing sampel dengan alternatif jawaban : Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Ragu-ragu (RR), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS).

3. Prosedur Pelaksanaan Penelitian

- a. Pengurusan Ijin Penelitian
- b. Penjajagan dan penetapan Lokasi Penelitian
- c. Pemilihan dan Penetapan Jumlah Sampel (kasus dan kontrol)
- d. Pelatihan Tenaga pengumpul data (enumerator)
- e. Screening untuk identifikasi kasus dan kontrol
- f. Pengisian *inform concern*
- g. Pelaksanaan Pengumpulan data

Penelitian akan dilakukan oleh tim peneliti dibantu tenaga paramedis puskesmas dan tenaga enumerator yaitu mahasiswa Jurusan Gizi Poltekkes Denpasar yang telah mendapatkan pelatihan tentang cara pengumpulan data

F. Pengolahan dan Analisis Data

Data yang diperoleh sejak persiapan dan pelaksanaan diproses dengan program software komputer dengan analisis statistik univariat, bivariat dan multivariate.

1. Data identitas sample dibuat dalam bentuk diskripsi berupa tabel
2. Data tingkat konsumsi makanan yang telah diolah selanjutnya dianalisis dengan program *food processor* kemudian dibandingkan dengan angka kebutuhan gizi yang dianjurkan, dengan kategori ; baik jika konsumsi 80-110 % AKG dan kurang baik jika dibawah < 80%AKG atau > 100% AKG.

3. Data status obesitas ditentukan berdasarkan IMT dikategorikan menjadi obesitas jika $IMT > 29$ dan tidak obesitas jika $IMT < 29$
4. Data resiko Sindroma Metabolik dengan melihat hasil pengukuran IMT untuk status obesitas, pemeriksaan tekanan darah, gula darah dan kolesterol.
5. Data kebugaran fisik diperoleh berdasarkan hasil pengukuran tes lari atau jalan 12 menit
6. Data produktivitas kerja dengan melihat penilaian hasil kinerja yang dilakukan atasan
7. Analisis bivariate Uji *t-independent* dengan taraf kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$) pada distribusi varian data homogen digunakan untuk menguji perbedaan antar kelompok yaitu pada Kelompok Kontrol (O₃) dengan Kelompok Perlakuan (O₄) dengan kriteria pengambilan keputusan hipotesis penelitian yaitu nilai $p < 0,05$ berarti terdapat pengaruh yang signifikan dari perlakuan yang diberikan, sedangkan nilai $p > 0,05$ berarti tidak terdapat pengaruh yang signifikan dari perlakuan yang diberikan.

G. Etika Penelitian

1. *Respect for persons*

Peneliti menghormati harkat dan martabat manusia, otonomi, perbedaan nilai budaya dan menjamin kerahasiaan sebagai subyek peneliti. Untuk itu peneliti melakukan persetujuan setelah pensjelasan (PSP). Penelitian ini tidak menimbulkan bahaya bagi subyek karena variabel-variabel yang diteliti berupa edukasi dan pelatihan fisik, pengelolaan stres, dan pengendalian merokok, sedangkan pemeriksaan parameter yang dinilai berupa pemeriksaan yang sudah biasa dilakukan oleh masyarakat berupa parameter sindroma metabolik diantaranya ; indeks massa tubuh, tekanan darah, kadar kadar gula darah dan kolesterol dengan menggunakan alat multi check. Peneliti menjamin kerahasiaan data-data subyek penelitian dan terlebih dahulu peneliti meminta persetujuan kepada subyek setelah diberikan penjelasan (*inform consent*)

2. *Beneficence*

Penelitian ini akan menghasilkan suatu model pendekatan *wellness program* guna

meningkatkan status kesehatan dilihat dari penurunan status sindroma metabolik dan peningkatan kebugaran fisik bagi pekerja untuk pencapaian produktivitas kerja yang meningkat. Model pendekatan *wellness program* ini merupakan pendekatan holistik yang meliputi ; aktivitas fisik, pemenuhan gizi seimbang melalui aplikasi isi piringku, pengelolaan stres dan pengendalian merokok. Semua upaya tersebut bisa dilakukan oleh ASN saat bekerja maupun dirumah sehingga meningkatkan kebugaran fisiknya, menurunkan keadian sindroma metabolik dan mencegah penyakit degeneratif. .

3. *Justice*

Penelitian ini diyakini akan berlaku adil pada semua partisipan baik semua anggota peneliti maupun subyek penelitian dengan perlakuan yang sama sehingga dapat memberikan hasil yang maksimal dan dapat diterapkan kepada semua ASN yang ada di Klungkung pada khususnya dan semua ASN yang ada di Provinsi Bali pada umumnya.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Karakteristik Subjek

Subjek penelitian adalah Aparatur Sipil Negara (ASN) yang bekerja di Pemerintah Daerah Kota Denpasar dan Kabupaten Gianyar. Keseluruhan subjek penelitian berjumlah 80 orang yang berasal dari 2 (dua) lokasi instansi terpilih di Provinsi Bali yaitu Dinas PUPR Kota Denpasar dan Dinas BPKAD Kabupaten Gianyar. Subjek dibagi dalam 2 (dua) kelompok, yaitu kelompok Perlakuan 40 orang dan kelompok Kontrol 40 orang. Pengelompokan subjek dilakukan melalui *matching* data berdasarkan variabel penelitian seperti jenis kelamin, umur, hasil pemeriksaan tekanan darah, gula darah, kadar kolesterol dan status gizi.

Hasil pengumpulan data pada karakteristik subjek penelitian dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1
Karakteristik Subjek

Variabel	Kelompok				Total	
	Perlakuan		Kontrol		n	%
	n	%	n	%		
Jenis Kelamin						
Laki-laki	29	72,5	31	77,5	60	75,0
Perempuan	11	27,5	9	22,5	20	25,5
Total	40	100	40	100	80	100
Umur						
20 – 30 th	4	10,0	1	2,5	5	6,5
31 – 40 th	2	5,0	3	7,5	5	6,5
41- 50 th	21	52,5	21	52,5	42	52,5
51- 60 th	13	32,5	15	37,5	28	35,5
Total	40	100	40	100	80	100
Pendidikan						
SD	1	2,5	2	5,0	3	3,75
SMP	3	7,5	4	10,0	7	8,75
SLTA	19	47,5	13	32,5	32	40,0
Diploma	4	10,0	3	7,5	7	8,75
S1	11	27,5	15	37,5	26	32,5
S2	2	5,0	3	7,5	5	6,25
Total	40	100	40	100	80	100

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa sebagian besar subjek dengan jenis kelamin laki-laki yaitu 29 orang (72%) pada Kelompok Perlakuan dan 31 orang (77,5%) pada kelompok Kontrol. Rata-rata umur subjek pada kelompok Perlakuan adalah 46.93 tahun (\pm 8,5 tahun), dengan umur tertinggi 57 tahun dan terendah 22 tahun. Sedangkan rata-rata umur subjek pada kelompok Kontrol adalah 48,1 tahun (6,3 tahun), tertinggi 57 tahun dan terendah 27 tahun. Tingkat Pendidikan pada kelompok Perlakuan paling banyak berpendidikan SLTA sebanyak 19 orang (47,5%), sedangkan pada kelompok Kontrol paling banyak berpendidikan Strata 1 (S1) sebanyak 15 orang (37,5%).

2. Uji Normalitas Data

Uji normalitas data dilakukan dengan menggunakan uji *Kolmogorov Smirnov* pada variabel penelitian meliputi; umur, berat badan, tinggi badan dan IMT. Hasil uji normalitas data dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2.
Uji Normalitas Data Karakteristik Subjek Penelitian

Variabel	n	Klp. Perlakuan	Klp. Kontrol	p*
		Rerata \pm SD	Rerata \pm SD	
Umur (th)	40	46,93 \pm 8,5	48,1 \pm 6,3	0,200
Berat Badan (kg)	40	71,41 \pm 11,68	69,49 \pm 10,96	0,200
Tinggi Badan (cm)	40	164,42 \pm 7,53	164,62 \pm 7,71	0,200
IMT (kg/m ²)	40	26,31 \pm 3,22	25,74 \pm 3,36	0,176

Keterangan:

p* Data berdistribusi normal pada $p > 0,05$

Berdasarkan hasil yang tertera pada Tabel 1 menunjukkan bahwa semua data karakteristik subjek pada kelompok Perlakuan dan Kontrol berdistribusi normal ($p > 0,05$).

3. Implementasi Model *Wellness Program*

Implementasi model *Wellness Program* pada ASN di Provinsi Bali khususnya pada SKPD yang menjadi lokasi penelitian pada 2 Kabupaten/Kota yaitu merubah cara pandang dari paradigma sakit ke paradigma sehat melalui upaya promotif, preventif dan deteksi dini melalui pemantauan kesehatan individu pegawai khususnya ASN. Ada 3 kegiatan dalam implementasi *Wellness Program* pada penelitian ini diantaranya: 1). Edukasi gizi dengan topik gizi seimbang serta konseling diet sesuai resiko sindroma metabolik secara bekbersinambungan. Konseling gizi yang diberikan: diet penurunan berat badan pada obesitas/overweight, diet Diabetes Mellitus bila kadar gula darah tinggi >140 mg/dl, diet rendah kolesterol bila hasil pengukuran kolesterol tinggi >200 mg/dl, serta diet hipertensi bagi sampel yang mempunyai tekanan darah tinggi $>140/90$ mmHg. 2). Pengaturan Aktivitas fisik sesuai konsep FITT (frequency, intensity, time dan type) Latihan fisik yang dilakukan yaitu Latihan fisik dengan frekuensi 3 – 5 kali perminggu, durasi 45 – 60 menit tiap kali Latihan, melakukan latihan fisik intensitas sedang – berat dengan indikator denyut nadi latihan 60 – 85 % denyut nadi maksimal (DNM), pemberian jus sehat berupa Jus Pismatom (Pisang Madu Tomat) ditempat kerja sebelum dan setelah Latihan fisik di tempat kerja saat senam bersama di kantor 1 minggu sekali, pemberian jus sehat saat senam bersama di tempat kerja dan penerapannya di rumah masing-masing saat sebelum

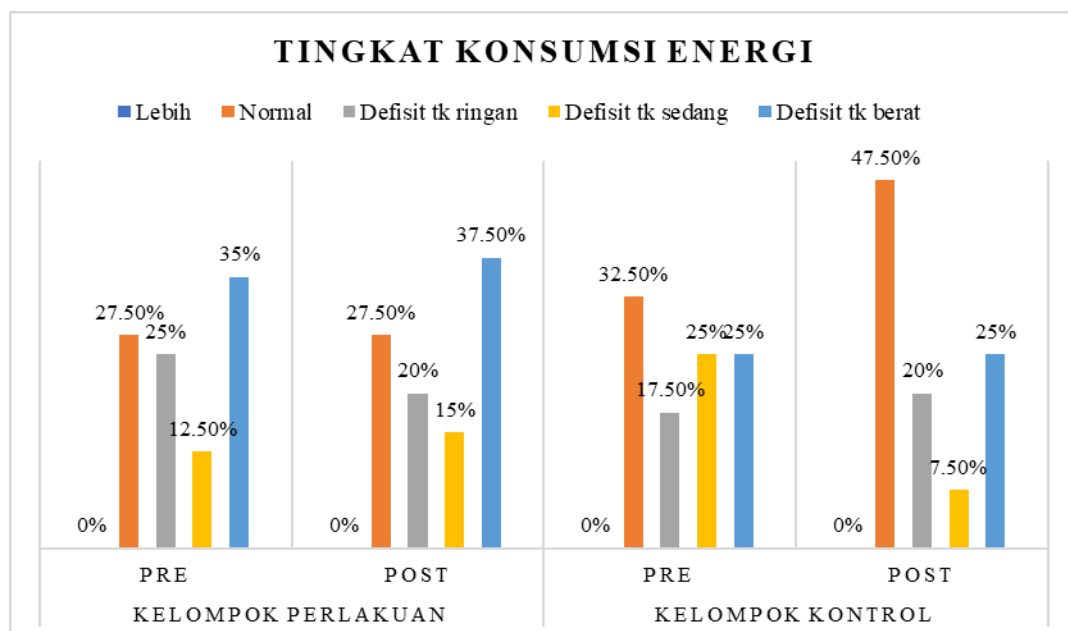
dan sesudah melakukan Latihan fisik, 3). Pengendalian merokok yang diharapkan ASN sampai berhenti merokok, serta monitoring produktivitas kerja yang dilakukan oleh atasan ASN pada ruang lingkup kerja masing-masing ASN.

a. Tingkat Konsumsi Zat Gizi Makro

Tingkat konsumsi zat gizi merupakan rata-rata jumlah konsumsi zat gizi utamanya zat gizi makro (energi, protein, lemak dan karbohidrat) perhari yang dikonsumsi baik di rumah maupun di luar rumah yang dilakukan dengan metode recall 2 x 24 jam secara tidak berturut-turut dipersentasikan dengan kebutuhan individu masing-masing sampel kemudian dibandingkan dengan klasifikasi (Kusharto dan Supariasa, 2014). Penilaian tingkat konsumsi makanan dilakukan sebelum dan sesudah implementasi Wellness Program.

1) Tingkat Konsumsi Energi

Hasil penilaian tingkat konsumsi energi melalui metode recall 2 x 24 jam secara tidak berturut-turut sebelum dan sesudah implementasi Wellness Program. Adapun tingkat konsumsi energi pada kelompok perlakuan dan kontrol seperti pada gambar berikut ini.



Gambar 5. Distribusi Subjek Berdasarkan Tingkat Konsumsi Energi

Berdasarkan diagram distribusi tingkat konsumsi energi pada subjek diatas, terlihat peningkatan persentase tingkat konsumsi dengan kategori normal pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukannya Wellnes Program yakni dari 13 orang (32,5%) menjadi 19 orang (47.5%). Sedangkan pada kelompok perlakuan menunjukkan persentase yang sama pada tingkat konsumsi energi dengan kategori normal sebelum dan sesudah dilakukannya Wellnes Program yaitu 11 orang (27,5%). Hasil analisis homogenitas data tingkat konsumsi energi pada kedua kelompok tidak homogen pada $p = 0,04$ ($p < 0,05$). Adapun hasil analisis perbedaan tingkat konsumsi energi pada kedua kelompok berdasarkan uji *Man Whitney* dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3.
Hasil Uji *Man Whitney* Perbedaan Tingkat Konsumsi Energi Pada Kedua Kelompok

Kelompok	n	Tingkat Konsumsi Energi (%)	p
		Sesudah Intervensi	
Perlakuan	40	75.79 ± 18.15	0,001
Kontrol	40	100.10 ± 41.02	

Keterangan :

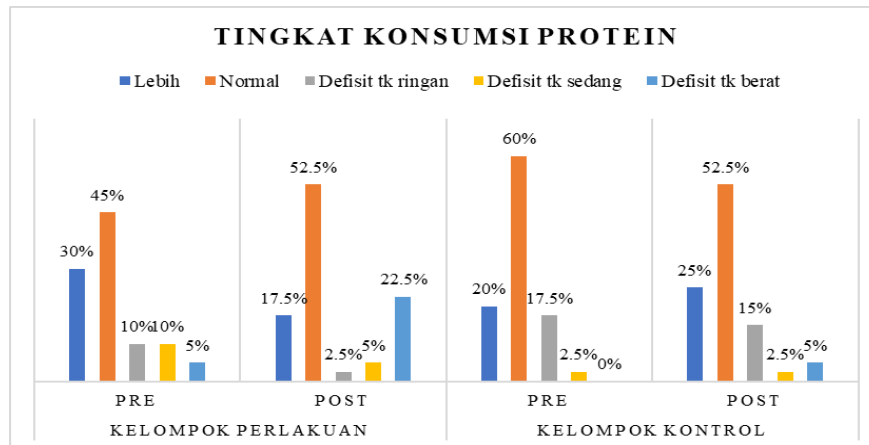
p^* : data berbeda signifikan pada nilai $p < 0,05$.

Berdasarkan analisis perbedaan tingkat konsumsi energi pada kedua kelompok diperoleh nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$). Hasil uji *Man Whitney* menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna tingkat konsumsi energi pada kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol. Hal ini terjadi karena pada kelompok perlakuan menunjukkan tingkat konsumsi energi lebih rendah yang disebabkan karena adanya penurunan konsumsi 500 – 1000 kkal pada subjek yang mengalami overweight dan obesitas untuk penurunan berat badan menuju berat badan normal sebagaimana dampak dari wellness program.

2) Tingkat Konsumsi Protein

Perolehan tingkat konsumsi protein pada subjek didapatkan melalui metode recall 2 x 24 jam secara tidak berturut-turut sebelum dan sesudah

implementasi Wellness Program. Adapun tingkat konsumsi protein baik hewani dan nabati pada kelompok perlakuan dan kontrol seperti pada gambar berikut ini.



Gambar 6. Distribusi Subjek Berdasarkan Tingkat Konsumsi Protein

Berdasarkan gambar diatas, terjadi kenaikan persentase tingkat konsumsi protein dengan kategori normal pada kelompok perlakuan yakni dari 18 orang (45%) menjadi 21 orang (52,5%) dan terjadi penurunan persentase tingkat konsumsi protein dengan kategori lebih pada kelompok perlakuan yakni 12 orang (30%) menjadi 7 orang (17.5%). Sedangkan pada kelompok kontrol terjadi penurunan persentase tingkat konsumsi protein dengan kategori normal yakni dari 24 orang (60%) menjadi 21 orang (52,5%) dan terjadi kenaikan persentase tingkat konsumsi protein dengan kategori lebih yakni dari 8 orang (20%) menjadi 10 orang (25%). Analisis perbedaan rerata tingkat konsumsi protein menggunakan uji t independent karena data terdistribusi homogen $p=0,489$ ($p>0,05$) dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.

Hasil Uji *t-independent* Perbedaan Konsumsi Protein Pada Kedua Kelompok

Kelompok	n	Tingkat Konsumsi Protein (%) Sesudah Intervensi	p
Perlakuan	40	96.02 \pm 23.30	0.048
Kontrol	40	107.37 \pm 27.06	

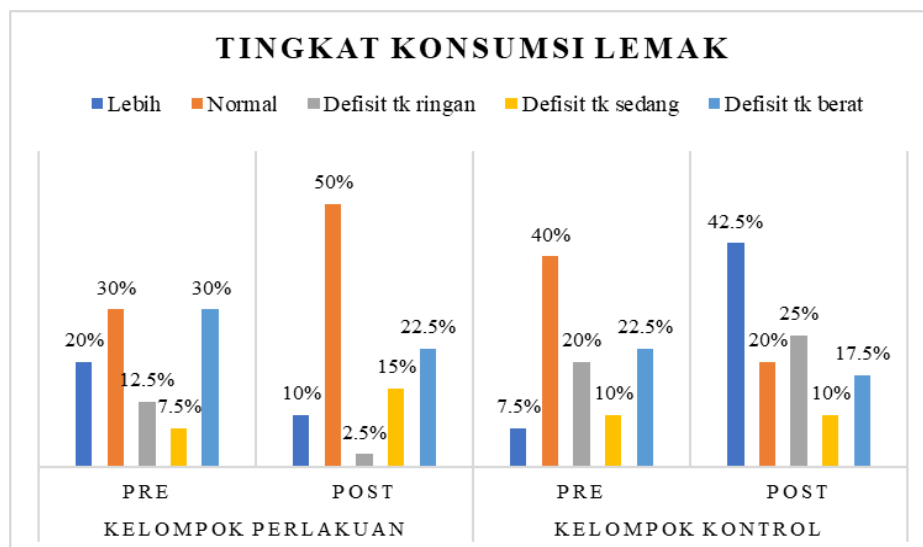
Keterangan :

p^* : data berbeda signifikan pada nilai $p<0,05$.

Berdasarkan analisis perbedaan tingkat konsumsi protein pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol diperoleh nilai $p=0,048$ ($p<0,05$). Hasil uji t-independent menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan tingkat konsumsi energi antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol. Hal ini menandakan implementasi Wellness Program yang salah satunya adalah edukasi gizi secara berkesinambungan efektif dilakukan pada subjek. Edukasi yang diberikan berupa pemilihan jenis dan jumlah protein yang dianjurkan untuk di konsumsi yang mengacu pada penurunan tekanan darah pada sampel hipertensi karena sumber protein yang dikonsumsi dengan pengolahan secara digoreng akan berdampak pada peningkatan tekanan darah.

3) **Tingkat Konsumsi Lemak**

Tingkat konsumsi lemak merupakan jumlah asupan lemak yang telah dikonsumsi dalam sehari, dibagi dengan kebutuhan lemak per individu dikalikan 100%. Data tingkat konsumsi lemak diperoleh dari hasil wawancara menggunakan formulir Recall 2x24 jam. Adapun distribusi sampel menurut tingkat konsumsi lemak dapat dilihat pada gambar 7 dibawah ini.



Gambar 7. Distribusi Subjek Berdasarkan Tingkat Konsumsi Lemak

Berdasarkan diagram diatas, persentase tingkat konsumsi lemak dengan kategori normal pada kelompok perlakuan cenderung terjadi kenaikan yakni dari

12 orang (30%) menjadi 20 orang (50%) dan terjadi penurunan persentase tingkat konsumsi lemak dengan kategori lebih pada kelompok perlakuan yaitu dari 18 orang (20%) menjadi 4 orang (10%). Sedangkan pada kelompok kontrol terjadi penurunan persentase tingkat konsumsi lemak dengan kategori normal yaitu dari 16 orang (40%) menjadi 8 orang (20%) dan terjadi kenaikan persentase tingkat konsumsi lemak dengan kategori lebih yakni dari 3 orang (7,5%) menjadi 17 orang (42,5%).

Adapun hasil analisis perbedaan tingkat konsumsi energi pada kedua kelompok berdasarkan uji *t-independent* test karena data homogen dengan nilai $p=0,518$ ($p>0,05$) dapat dilihat pada tabel berikut. Analisis perbedaan tingkat konsumsi lemak pada kedua kelompok dilakukan dengan menggunakan uji *t-independent* test yang dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.
Hasil Uji *t-independent* Perbedaan Konsumsi Lemak Pada Kedua Kelompok

Kelompok	n	Tingkat Konsumsi Lemak (%)	p
		Sesudah Intervensi	
Perlakuan	40	107.45± 18.15	0,276
Kontrol	40	119.91± 41.02	

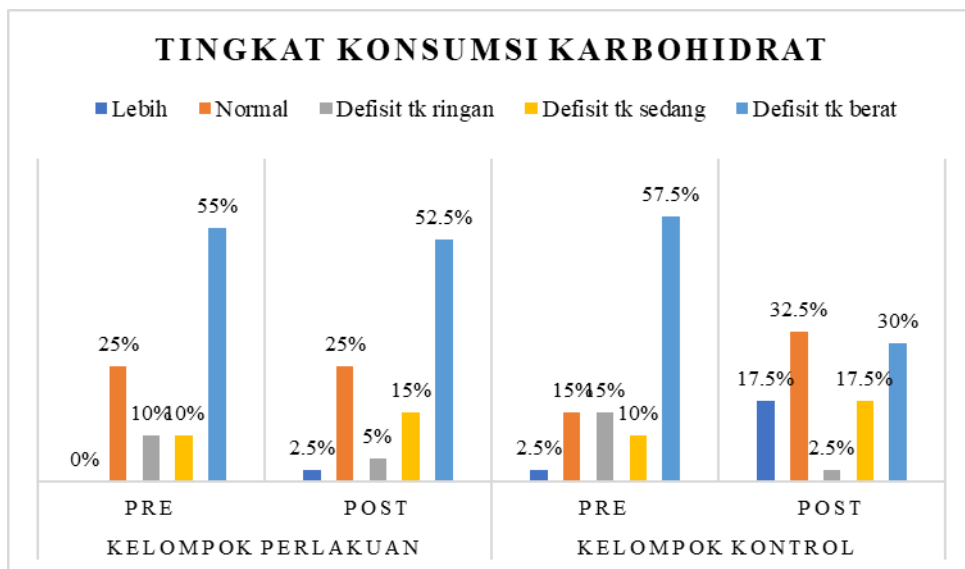
Keterangan :

p^* : data tidak signifikan pada nilai $p>0,05$.

Berdasarkan analisis perbedaan tingkat konsumsi lemak antar kedua kelompok didapatkan nilai $p=0,276$ ($p<0,05$). Hasil uji *t-independent* menunjukkan tidak adanya perbedaan yang bermakna tingkat konsumsi lemak antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol. Dilihat dari rata-rata tingkat konsumsi lemak pada kelompok perlakuan menunjukkan persentase yang lebih baik dibandingkan kelompok kontrol dalam hal ini rata-rata kelompok perlakuan yang lebih mendekati nilai 100%. Selain itu terdapat kenaikan persentase pada kelompok perlakuan dari sebelum dan sesudah Wellnes program dilakukan pada tingkat konsumsi lemak pada kategori normal.

4) **Tingkat Konsumsi Karbohidrat**

Penentuan tingkat konsumsi karbohidrat didapatkan melalui wawancara recall 2x24 jam tidak berturut turut yakni sebelum dan sesudah program Wellnes dijalankan. Tingkat konsumsi karbohidrat pada subjek didapatkan dari rata-rata konsumsi karbohidrat dari sebelum dan sesudah program Wellnes dijalankan lalu dibagi dengan angka kecukupan karbohidrat berdasarkan AKG dan selanjutnya dipersentasekan serta di kategorikan berdasarkan klasifikasi menurut Kusharto & Supriasa, 2014. Adapun distribusi sampel menurut tingkat konusmsi karbohidrat dapat dilihat pada gambar 8 dibawah ini



Gambar 8. Distribusi Subjek Berdasarkan Tingkat Konsumsi Karbohidrat

Berdasarkan gambar diatas, terdapat penurunan persentase pada kelompok perlakuan yang menunjukkan kategori tingkat konsumsi karbohidrat defisit tingkat berat yaitu 22 orang (55%) pada pre program dan 21 orang (52.5%) pada post program. Hal ini juga terjadi pada kelompok kontrol yang menunjukkan penurunan dari 23 orang (57.5%) pada pre program menjadi 12 orang (30%) pada post program dilaksanakan. Analisis perbedaan tingkat konsumsi karbohidrat pada kedua kelompok dilakukan dengan menggunakan uji *t-independent* test yang dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 6.
Hasil Uji *t-independent* Perbedaan Konsumsi Karbohidrat
Pada Kedua Kelompok

Kelompok	n	Tingkat Konsumsi Karbohidrat (%) Sesudah Intervensi	p
Perlakuan	40	83.89 \pm 44.63	0,291
Kontrol	40	93.69 \pm 37.48	

Keterangan :

p^* : data tidak signifikan pada nilai $p > 0,05$.

Berdasarkan analisis perbedaan tingkat konsumsi karbohidrat antar kedua kelompok didapatkan nilai $p=0,291$ ($p < 0,05$). Hasil uji *t-independent* menunjukkan tidak adanya perbedaan yang signifikan tingkat konsumsi karbohidrat antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol. Pada kelompok perlakuan menunjukkan persentase yang cenderung stabil pada pre dan post program dilakukan. Hal ini disebabkan karena adanya pengaturan asupan pada subjek yang mengalami overweight dan obesitas untuk penurunan berat badan menuju berat badan normal sebagaimana dampak dari wellness program.

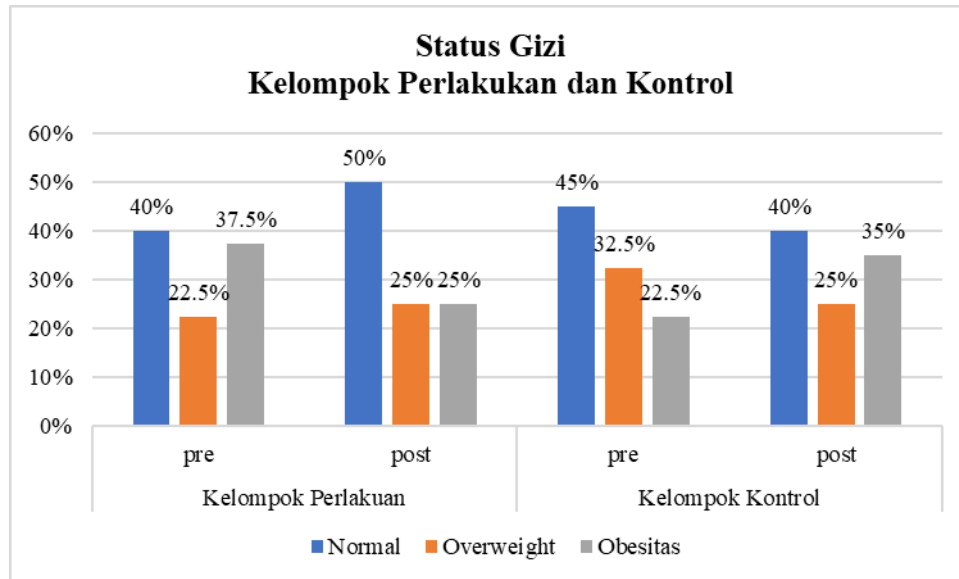
b. Faktor resiko Sindroma Metabolik

Faktor risiko sindrom metabolik pada pekerja khususnya pada ASN merupakan salah satu penyebab penyakit metabolik seperti Penyakit Jantung Koroner (PJK), diabetes melitus tipe 2, dan Stroke. Data faktor resiko sindroma metabolik diperoleh dari data status gizi (overweight dan obesitas), tekanan darah tinggi, kadar gula darah, serta kadar lemak darah tubuh yang bisa dilihat pada kadar kolesterol ataupun trigliserida.

1) Obesitas

Data status gizi diperoleh dengan menggunakan kriteria Indek Massa Tubuh (IMT). Status gizi subjek pada kedua kelompok adalah normal, overweight (kelebihan berat badan) dan obesitas (kegemukan) dan tidak ada status gizi kurang pada kedua kelompok. Berdasarkan hasil pengukuran antropometri yaitu tinggi badan dan berat badan. Sebaran data status gizi sampel dapat dilihat pada gambar berikut

Data status gizi diperoleh dengan menggunakan kriteria Indeks Massa Tubuh (IMT). Status gizi subjek pada kedua kelompok adalah normal, overweight (kelebihan berat badan) dan obesitas (kegemukan) dan tidak ada status gizi kurang pada kedua kelompok. Berdasarkan hasil pengukuran antropometri yaitu tinggi badan dan berat badan. Sebaran data status gizi sampel dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 9. Distribusi Sampel Berdasarkan Status Gizi

Dilihat dari gambar diatas terdapat kecenderungan jumlah penyandang obesitas pada kelompok perlakuan yakni dari 15 orang (37.5%) menjadi 10 orang (25%) sedangkan pada kelompok kontrol terjadi peningkatan jumlah penyandang obesitas yakni dari 9 orang (22.5%) menjadi 14 orang (35%). Pada kelompok perlakuan cenderung terjadi kenaikan subjek yang menunjukkan status gizi normal yaitu dari 16 orang (40%) menjadi 20 orang (50%) sedangkan pada kelompok kontrol terjadi penurunan jumlah subjek yang memiliki status gizi normal yaitu dari 18 orang (45%) menjadi 16 orang (40%). Analisis perberdaan rerata status gizi pada kedua kelompok menggunakan uji *t-independent* test karena sebaran data homogen dengan nilai $p=0,591$ ($p>0,05$). Hasil analisis perbedaan status gizi dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 7.
Hasil Uji *t-independent* Perbedaan Rerata Status Gizi Pada Kedua Kelompok

Kelompok	n	Status Gizi		p
		Sesudah Intervensi		
Perlakuan	40	25.37± 2.98		0,202
Kontrol	40	26.28± 3.35		

Keterangan :

p^* : data tidak signifikan pada nilai $p > 0,05$.

Hasil analisis *t-independent* test menunjukkan nilai $p = 0,202$ ($p > 0,05$) yang menandakan bahwa terdapat perbedaan yang tidak bermakna antara kelompok perlakuan dan kontrol. Data status gizi pada kedua kelompok berada pada kategori overweight nilai IMT 25,1 – 27,0 kg/m², namun pada kelompok perlakuan nilai rata-rata IMT lebih rendah yang mengarah pada kategori IMT normal (nilai IMT 18,5 – 25,0 kg/m²) dibandingkan dengan kelompok kontrol.

2) Faktor Tekanan Darah

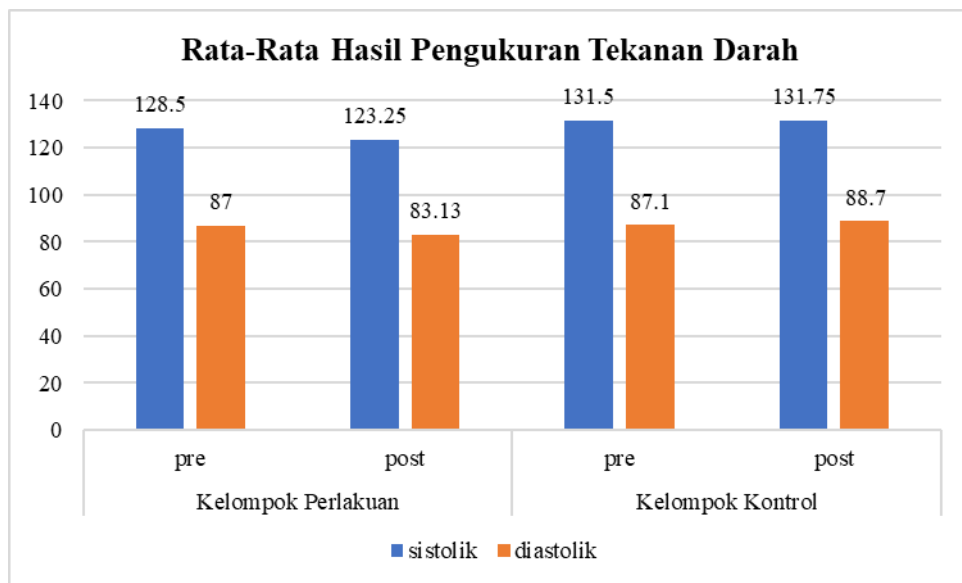
Tekanan darah merupakan salah indikator dalam menentukan seseorang terjadinya terjadinya sindrom metabolik terlebih usia diatas 40 tahun. Faktor obesitas dan tekanan darah tinggi banyak dijumpai pada seseorang yang terjadi gangguan sindroma metabolik. Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah pada kedua kelompok dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 8.
Distribusi Hasil Pengukuran Tekanan Darah

Kategori	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
	Pre		Post		Pre		Post	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Normal	7	17,5	7	17,5	4	10	2	5
Pre Hipertensi	9	22,5	14	35	11	27,5	10	25
Hipertensi Tk. 1	13	32,5	19	47,5	19	47,5	18	45
Hipertensi Tk. 2	11	27,5	0	0	6	15	10	25
Total	40	100	40	100	40	100	40	100

Sumber : Klasifikasi Hipertensi menurut JNC-VII 2003

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan sebagian besar subjek mempunyai tekanan darah kategori hipertensi tingkat 1. Pada kelompok perlakuan kategori hipertensi tingkat 2 terjadi penurunan setelah dilakukan implementasi Wellness Program, sedangkan pada kelompok kontrol kategori hipertensi tingkat 2 terjadi peningkatan. Sedangkan rata-rata tekanan darah pada kelompok perlakuan baik sistolik dan diastoliknya terjadi penurunan. Hal ini berbanding terbalik dengan kelompok kontrol yang menunjukkan terjadi peningkatan rata-rata tekanan darah baik sistolik dan diastolik, seperti yang terlihat pada gambar dibawah ini.

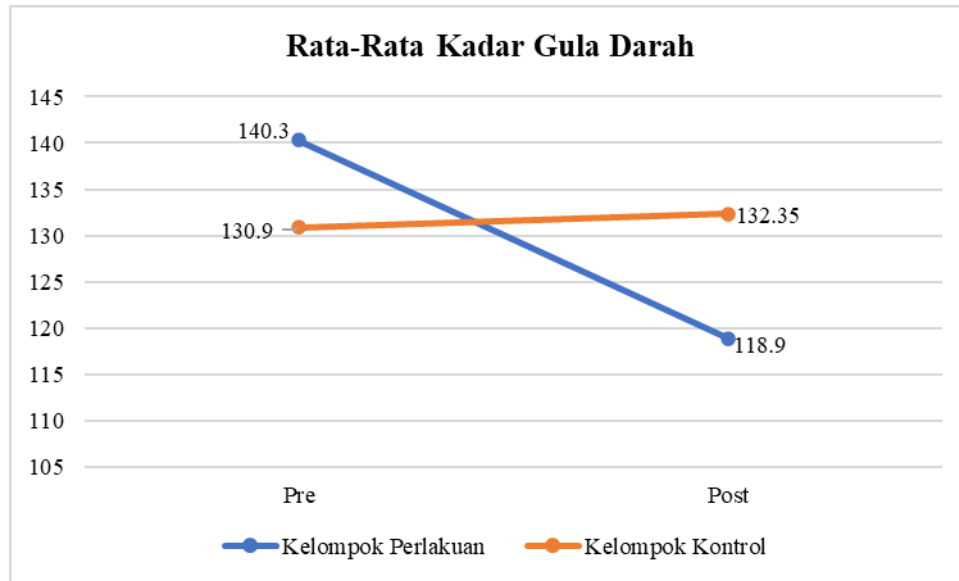


Gambar 10. Distribusi Subjek Menurut Rata-Rata Tekanan Darah

Berdasarkan hasil uji homogenitas pada rata-rata tekanan darah sistolik pada kedua kelompok diperoleh $p=0,86$ ($p>0,05$), hal ini berarti varians data homogen. Untuk mengetahui perbedaan rerata pada tekanan darah setelah perlakuan maka dilanjutkan dengan uji parametrik *t-independent test*. Hasil analisis menunjukkan nilai $p=0,008$ hal ini berarti ada perbedaan signifikan ($p<0,05$) tekanan darah sistolik pada kedua kelompok. Hal ini berkaitan dengan adanya perlakuan pemberian *wellness program* kepada subjek pada kelompok perlakuan.

3) Kadar Gula Darah

Hasil pemeriksaan kadar gula darah acak pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat dilihat pada gambar berikut.



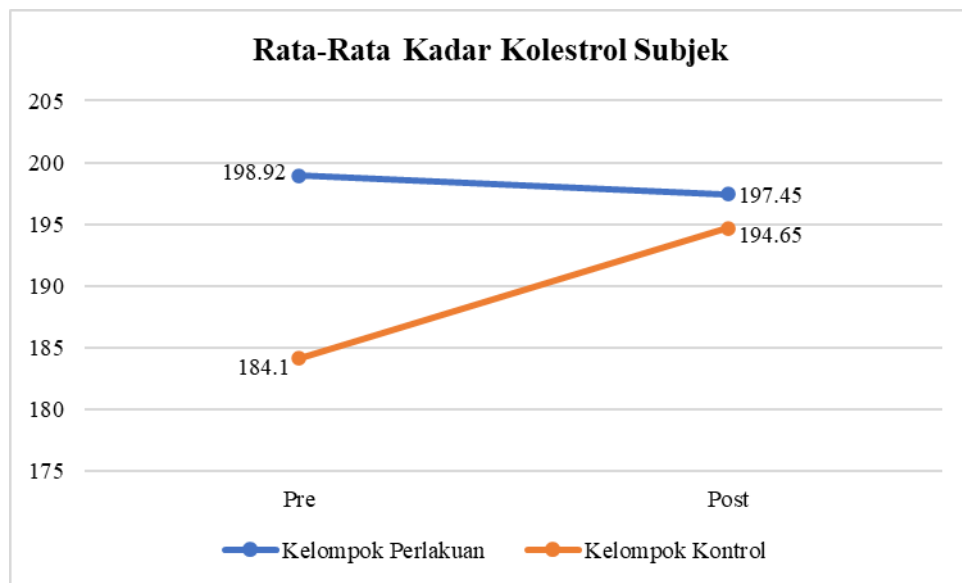
Gambar 11. Distribusi Subjek Menurut Rata-Rata Gula Darah

Berdasarkan gambar diatas terlihat rata-rata kadar gula darah pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan Wellnes program menunjukkan masih kategori lebih dari normal (100 – 140 mg/dl). Namun kadar gula darah pada kelompok perlakuan terjadi penurunan tajam dari $140,3 \pm 82,89$ mg/dl menjadi $118,90 \pm 53,27$ mg/dl yang menandakan terjadi perubahan dari yang awalnya kadar gula darah yang tinggi menjadi normal. Sedangkan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah Wellnes program dilakukan namun masih dalam kategori normal yakni dari $130,9 \pm 56,81$ mg/dl menjadi $132,35 \pm 54,72$ mg/dl.

Untuk mengetahui perbedaan rata-rata kadar gula darah (post test) antar kedua kelompok maka dilakukan Uji t-independent test karena varians data homogen $p=0.821$ ($p>0.05$). Hasil uji t-independent test menunjukkan nilai $p=0,269$ berarti tidak ada perbedaan bermakna rerata kadar gula darah antara kelompok perlakuan dan kontrol ($p>0,05$).

4) Kadar Kolesterol

Rata-rata hasil pengukuran kadar kolesterol pada kedua kelompok menunjukkan berada pada border line yang mengarah pada kadar kolesterol yang normal <200 mg/dl. Rata-rata pada kelompok perlakuan sebesar 198.92 ± 43.19 (pre test) menurun setelah diberikan intervensi wellness program menjadi 197.45 ± 35.22 (post test). Sedangkan rerata pada kelompok kontrol 184.10 ± 35.51 (pre test) meningkat menjadi 194.65 ± 34.44 mg/dl (post tes). Rerata hasil pengukuran kadar kolesterol dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



Gambar 12. Distribusi Subjek menurut Rata-Rata Kadar Kolesterol

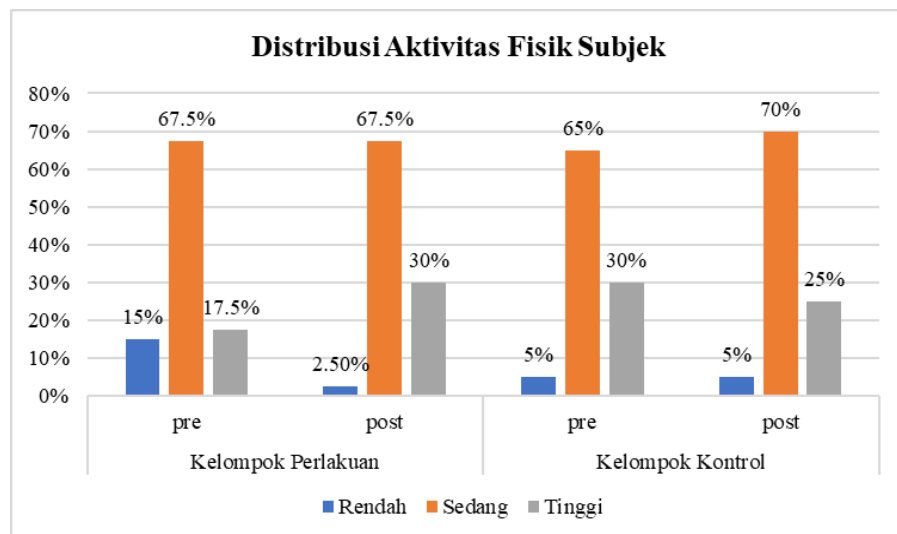
Untuk mengetahui perbedaan kadar kolesterol pada kedua kelompok dilakukan uji t-independent test karena varians data homogen ($p > 0,05$). Hasil uji t-independent test menunjukkan nilai $p = 0,720$ yang berarti tidak ada perbedaan signifikan ($p > 0,05$) rerata kadar kolesterol (post test) pada kedua kelompok.

c. Latihan Fisik

Latihan fisik pada Wellnes program bertujuan untuk mengetahui keberhasilan kebugaran yang ditentukan oleh kualitas latihan yang meliputi: tujuan latihan, pemilihan model latihan, penggunaan sarana latihan serta takaran atau dosis latihan yang dijabarkan dalam konsep FITT; Frequency (frekuensi), Intensity (intensitas), Time (durasi/waktu) dan Type (tipe olahraga) (Sumintarsih, 2012). Latihan fisik pada Wellnes program ini meliputi penilaian menggunakan metode MET (Metabolic Equivalent) dengan bantuan kuesioner GPAQ dan Latihan fisik metode lari 12 menit (jarak tempuh). Latihan fisik pada akhirnya akan berpengaruh pada perubahan komposisi tubuh, dalam hal ini adalah visceral fat dan body fat masing-masing individu.

1) Aktivitas fisik

Aktivitas fisik merupakan gerakan fisik yang dilakukan oleh otot tubuh dan sistem penunjangnya yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi. Data aktifitas fisik diperoleh dari hasil wawancara menggunakan kuisisioner GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire). Adapun distribusi sampel menurut aktifitas fisik dapat dilihat pada gambar 13 dibawah ini.



Gambar 13. Distribusi Subjek menurut Aktivitas Fisik

Dilihat dari gambar diatas, pada kelompok perlakuan cenderung terjadi kenaikan pada kategori aktivitas fisik tinggi yakni dari 7 orang (17,5%) menjadi 12 orang (30%) serta terjadi penurunan pada kategori aktivitas fisik rendah yaitu dari 6 orang (15%) menjadi 1 orang (2,5%). Berbeda dengan kelompok perlakuan, kelompok kontrol menunjukkan penurunan pada aktivitas fisik dengan kategori tinggi yaitu dari 12 orang (30%) menjadi 10 orang (25%).

Berdasarkan hasil uji homogenitas pada rata-rata aktivitas fisik pada kedua kelompok diperoleh $p=0,757$ ($p>0,05$), hal ini berarti varians data homogen. Untuk mengetahui perbedaan rerata nilai aktivitas fisik setelah perlakuan maka dilanjutkan dengan uji parametrik *t-independent test*.

Tabel 9.
Hasil Uji *t-independent* Perbedaan Rerata Nilai Aktivitas Fisik Pada Kedua Kelompok

Kelompok	n	Aktifitas Fisik		p
		Sesudah Intervensi		
Perlakuan	40	<u>2236,79</u>	1747,92	0,580
Kontrol	40	<u>2453,98</u>	1746,03	

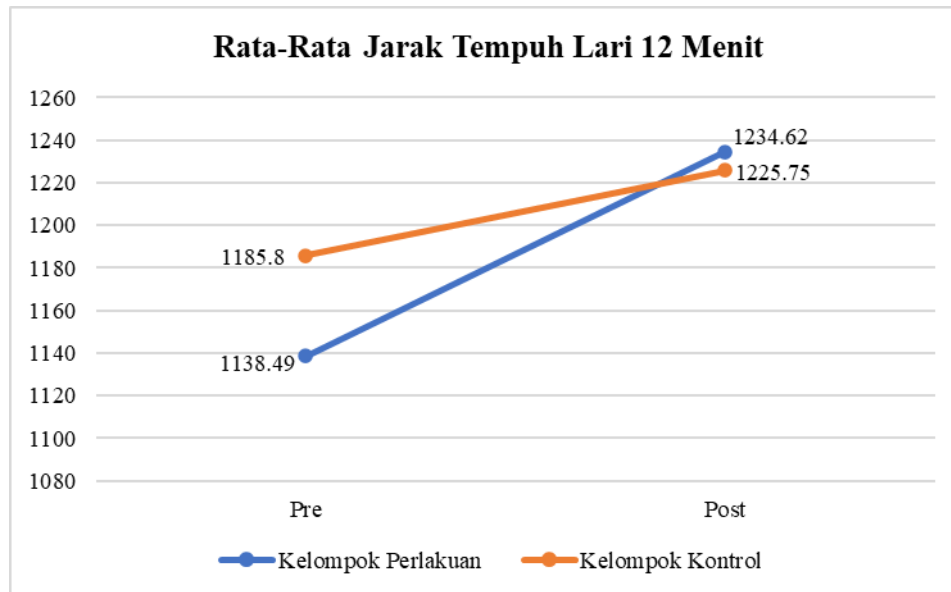
Keterangan :

p^* : data tidak signifikan pada nilai $p>0,05$.

Hasil analisis menunjukkan nilai $p=0,580$ hal ini berarti tidak ada perbedaan signifikan ($p<0,05$) aktivitas fisik pada kedua kelompok. Terlihat pada rata-rata nilai aktivitas fisik pada kelompok perlakuan terlihat lebih kecil dibandingkan kelompok kontrol, namun rata-rata kedua kelompok masih dalam ketegori aktivitas fisik yang sedang.

2) **Latihan fisik metode lari 12 menit (jarak tempuh)**

Latihan fisik dengan metode lari selama 12 menit ini dilakukan oleh kedua kelompok sebelum dan sesudah *Wellness* program dilaksanakan. Adapun hasil distribusi rata-rata jarak tempuh oleh subjek dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 14. Distribusi Subjek menurut Jarak Tempuh

Berdasarkan gambar diatas, kedua kelompok sama sama terjadi peningkatan jarrah tempuh pada lari 12 menit. Namun terlihat peningkatan yang cukup tajam rata-rata jarak tempuh pada kelompok perlakuan yaitu dari 1138,49 + 230,24 meter menjadi 1234,62 + 209,71 meter. Sedangkan pada kelompok kontrol terlihat garis yang landai, yakni dari 1185,8 + 215,31 meter sebelum dijalankan Wellnes program meningkat menjadi 1225,75 + 195,18 meter setelah Wellnes program dijalankan.

Berdasarkan hasil uji homogenitas pada rata-rata jarak tempuh lari 12 menit pada kedua kelompok diperoleh $p=0,877$ ($p>0,05$), hal ini berarti varians data homogen. Untuk mengetahui perbedaan rerata jarak tempuh lari 12 menit setelah perlakuan maka dilanjutkan dengan uji parametrik *t-independent test*.

Tabel 10.

Hasil Uji *t-independent* Perbedaan Rerata Jarak Tempuh Pada Kedua Kelompok

Kelompok	n	Jarak Tempuh	p
		Sesudah Intervensi	
Perlakuan	40	<u>1234,62 + 209,71</u>	0,845
Kontrol	40	<u>1225,75 + 195,18</u>	

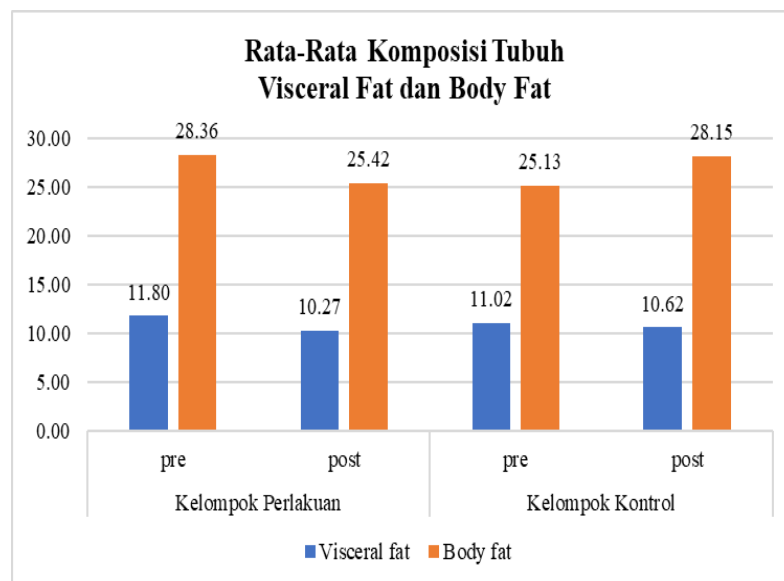
Keterangan :

p^* : data tidak signifikan pada nilai $p>0,05$.

Berdasarkan analisis perbedaan rerata jarak tempuh lari 12 menit antar kedua kelompok didapatkan nilai $p=0,845$ ($p<0,05$). Hasil uji *t-independent* menunjukkan tidak adanya perbedaan yang signifikan jarak tempuh lari 12 menit antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol. Terlihat pada kelompok perlakuan menunjukkan rata-rata jarak tempuh yang lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol.

3) **Komposisi tubuh**

Penilaian komposisi tubuh diantaranya yaitu penilaian visceral fat dan body fat yang didapatkan melalui bantuan alat deteksi komposisi tubuh. Penilaian ini dilakukan 2 kali yakni sebelum dan sesudah Wellnes program dijalankan. Adapun distribusi rata rata *visceral fat* dan *body fat* dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



Gambar 15. Distribusi Subjek menurut Rata-rata *Visceral Fat* dan *Body Fat*

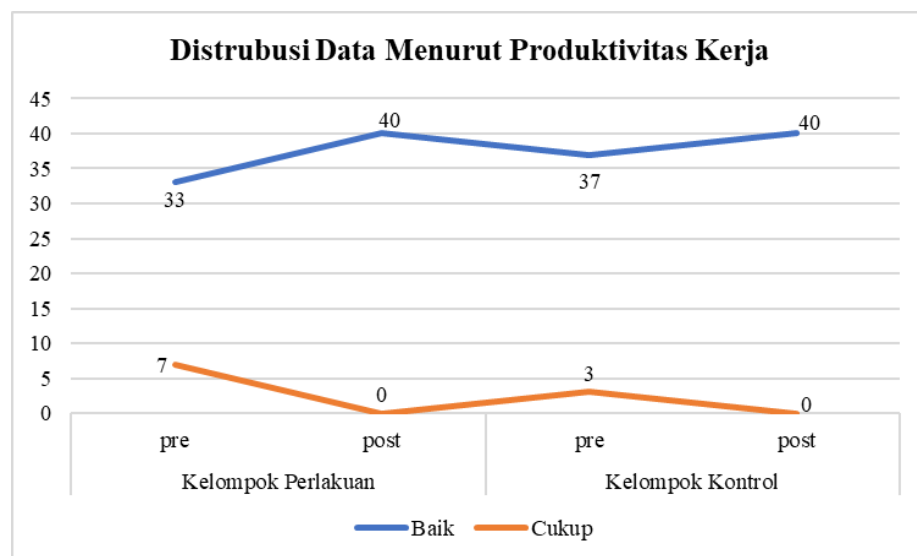
Dilihat dari gambar diatas, pada kelompok perlakuan cenderung menunjukkan penurunan rata-rata kedua komposisi tubuh yakni visceral fat dari $11,80 + 3,30$ menjadi $10,27 + 3,89$ dan body fat dari $28,36 + 7,21$ menjadi $25,42 + 8,33$. Sedangkan terjadi kenaikan rata-rata body fat pada kelompok kontrol yaitu dari $25,13 + 8,31$ menjadi $28,15 + 8,33$. Namun pada rata-rata visceral fat

kelompok kontrol terjadi penurunan yakni dari 11,02 + 3,26 menjadi 10,62 + 3,31. Berdasarkan hasil uji homogenitas pada rata-rata visceral fat dan body fat pada kedua kelompok diperoleh $p=0,225$ ($p>0,05$) dan $p=0,146$ ($p>0,05$), hal ini berarti varians kedua data homogen. Untuk mengetahui perbedaan rerata visceral fat dan body fat setelah perlakuan maka dilanjutkan dengan uji parametrik *t-independent test*.

Berdasarkan hasil uji *t-independent test Visceral fat* menunjukkan nilai $p=0,111$ yang berarti tidak ada perbedaan signifikan ($p>0,05$) rerata *visceral fat* (*post test*) pada kedua kelompok. Sedangkan hasil analisis perbedaan rerata *Body fat* menunjukkan nilai nilai $p=0,666$ yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna ($p>0,05$) rerata *Body fat* (*post test*) pada kedua kelompok.

d. Produktivitas kerja

Produktivitas kerja adalah hasil yang diperoleh dari pekerjaan yang dilaksanakan oleh karyawan. Hasil kerja yang diperoleh oleh pegawai merupakan prestasi kerja pegawai dalam melaksanakan tugas-tugasnya. Penilaian produktifitas kerja ini dilakukan oleh supervisor masing-masing institusi yang menggunakan bantuan kuesioner. Adapun distribusi produktifitas kerja dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



Gambar 16. Distribusi Subjek menurut Produktifitas Kerja

Berdasarkan gambar diatas, dapat dilihat kedua kelompok mengalami peningkatan pada produktifitas kerja dengan kategori baik yakni dari 33 orang (82,5%) menjadi 40 orang (100%) pada kelompok perlakuan. Sedangkan pada kelompok kontrol kenaikan jumlah subjek terjadi dari 37 (92,5%) orang menjadi 40 orang (100%). Pada produktifitas kerja dengan kategori cukup terjadi penurunan yang tajam pada kelompok perlakuan yaitu dari 7 orang (17,5%) menjadi 0% serta pada kelompok kontrol terjadi penurunan yakni dari 3 orang (7,5%) menjadi 0%.

Berdasarkan hasil uji homogenitas pada rata-rata produktivitas kerja pada kedua kelompok diperoleh $p=0,000$ ($p>0,05$), hal ini berarti varians kedua data tidak homogen. Untuk mengetahui perbedaan rerata produktivitas kerja setelah perlakuan maka dilanjutkan dengan uji non-parametrik *Man Whitney* yang dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 11.
Hasil Uji *Man Whitney* Perbedaan Produktivitas Kerja Pada Kedua Kelompok

Kelompok	n	Produktivitas Kerja	
		Sesudah Intervensi	
			p
Perlakuan	40	98,95 + 3,36	
Kontrol	40	94,79 ± 5,23	

Keterangan :

p^* : data berbeda signifikan pada nilai $p<0,05$.

Berdasarkan analisis perbedaan produktivitas kerja pada kedua kelompok diperoleh nilai $p=0,000$ ($p<0,05$). Hasil uji *Man Whitney* menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna produktivitas kerja pada kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol. Hal ini dapat dilihat dari lebih tingginya angka rata-rata produktivitas kerja pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol sesudah dijalankannya *Wellnes* program.

B. Pembahasan

Produktivitas kerja dipengaruhi oleh berbagai faktor salah satunya yakni kualitas dan kemampuan fisik (kebugaran fisik) pegawai. Terdapat upaya

pengendalian kebugaran fisik tersebut berupa Wellnes program yang menekankan pada 3 aspek yaitu edukasi gizi dengan topik gizi seimbang serta konseling diet sesuai resiko sindroma metabolik secara bekersinambungan, pengaturan aktivitas fisik sesuai konsep FITT dan pengendalian merokok yang diharapkan ASN sampai berhenti merokok, serta monitoring produktivitas kerja yang dilakukan oleh atasan ASN pada ruang lingkup kerja masing-masing ASN. Pelaksanaan dan penerapan Wellnes progam dilakukan selama 8 minggu baik di lingkungan kerja maupun di rumah subjek. Hasil penelitian menunjukkan dengan pendekatan *Wellness Program* memberikan hasil yang signifikan pada kebugaran fisik ASN dan produktivitas kerja ASN yang dilihat dari beberapa variabel diantaranya tingkat konsumsi zat gizi makro (energi, protein, lemak, karbohidrat), latihan fisik, pengelolaan aktifitas fisik dan komposisi lemak tubuh, penurunan kebiasaan merokok dan penurunan gula darah, penurunan kolestrol serta pengendalian tekanan darah dan pengendalian status gizi yang salah satu faktor resiko kejadian sindrom metabolik.

Terdapat perbedaan yang bermakna pada tingkat konsumsi energi pada kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol. Hal ini terjadi karena pada kelompok yang mendapatkan perlakuan Wellnes program yakni edukasi serta konseling diet yang sesuai resiko sindroma metabolik. Konseling gizi berperan dalam meningkatkan faktor pendorong dengan pemberian materi dan motivasi untuk berperilaku sehat sekaligus menurunkan faktor penahan dengan meyakinkan subjek bahwa mereka bisa melakukan perubahan perilaku melalui langkah-langkah sederhana (Ranitadewi, Syauqi dan Wijayanti, 2018). Konseling gizi yang diberikan kepada kelompok perlakuan ini yaitu upaya untuk mengarahkan ke status gizi yang menuju angka yang normal melalui penurunan konsumsi energi sebesar 500 – 1000 kkal pada subjek yang mengalami *overweight* dan obesitas. Pada penelitian ini tidak terdapat perbedaan status gizi antara kelompok perlakuan dan kontrol. Namun terdapat peningkatan jumlah subjek dengan status gizi normal dan penurunan subjek dengan status gizi obesitas pada kelompok yang mendapatkan Wellnes program.

Adanya perbedaan yang signifikan pada tingkat konsumsi protein antara kelompok perlakuan dan kontrol dipengaruhi oleh pemberian edukasi berupa pemilihan jenis, jumlah serta pengolahan protein yang dianjurkan untuk dikonsumsi yang mengacu pada penurunan tekanan darah pada sampel hipertensi karena pada saat dilakukan wawancara recall 24 jam pada subjek, sebagian besar subjek mengatakan bahwa pengolahan sumber protein yang dikonsumsi dengan cara digoreng yang mana berdampak pada peningkatan tekanan darah yang merupakan faktor risiko kejadian sindrom metabolik. Asupan lemak yang berlebih dapat menyebabkan tekanan darah meningkat. Konsumsi lemak yang berlebihan akan meningkatkan kadar lemak yang dapat menimbulkan terjadinya arterosklerosis yang selanjutnya dapat menyebabkan terjadinya kenaikan tekanan darah (Castro-Torres & Katholi, 2015).

Tekanan darah subjek pada penelitian ini menunjukkan perbedaan pada kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol yang artinya ada pengaruh dari pengendalian konsumsi dari konseling gizi yang diberikan pada kelompok Wellnes program. Penurunan tekanan darah pada subjek yang mendapat perlakuan tidak lepas dari anjuran melakukan aktivitas fisik secara rutin dan teratur serta pengaturan pola makan. Penerapan aktivitas fisik dapat memberikan dampak positif yakni terjadi penurunan tekanan sirkulasi sistolik dan tekanan diastolik. Aktivitas fisik yang rutin pada orang dewasa dengan hipertensi dapat mempengaruhi semua tingkat tekanan darah sistolik (Simanjuntak dan Hasibuan, 2022). Mekanisme penurunan tekanan darah terjadi setelah individu melakukan olahraga secara teratur maka terjadi penurunan vasopressin, peningkatan efisiensi kerja jantung, dan penurunan aktivitas simpatis. Akibat dari terjadinya penurunan vasopressin dan peningkatan efisiensi kerja jantung tersebut menyebabkan curah jantung menurun diikuti penurunan tekanan darah sistolik. Penurunan aktivitas simpatis menyebabkan terjadinya vasodilatasi pembuluh darah, dan resistensi perifer total diikuti penurunan tekanan darah diastolik (Rohimah dan Dewi, 2022). Selain itu melakukan aktivitas fisik dapat mengurangi kerja saraf simpatis, pembuluh darah lebih sehat terhindar dari stress oksidatif dan peradangan, menekan aktivitas renin sehingga pembuluh darah vasodilatasi dan tekanan darah turun (Wedri, Windayanti dan Ari Rasdini, 2021).

Tidak adanya perbedaan pada aktivitas fisik, Latihan fisik dengan metode lari 12 menit serta komposisi tubuh pada kelompok perlakuan dengan kontrol namun terdapat peningkatan aktivitas fisik dan Latihan fisik pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah program dilaksanakan. Peningkatan aktivitas dan Latihan fisik tersebut akan berpengaruh pada pengendalian tekanan darah. Aktivitas fisik yang teratur membantu meningkatkan efisiensi jantung secara keseluruhan. Individu yang secara fisik aktif umumnya mempunyai tekanan darah yang lebih rendah dan lebih jarang terkena tekanan darah tinggi. Mereka yang secara fisik aktif cenderung untuk mempunyai fungsi otot dan sendi yang lebih baik, karena organ-organ demikian lebih kuat dan lebih lentur. Aktivitas fisik dapat meningkatkan dan mempertahankan kebugaran, ketahanan kardio-respirator (Agung dan Ahmad handayani, 2021). Berdasarkan penelitian Hasniyati dan Ismanilda (2021) risiko hipertensi pada kelompok yang aktif melakukan aktivitas fisik 0,40 kali lebih rendah dibandingkan dengan kelompok yang kurang aktif secara fisik.

Selain itu, aktivitas fisik dan Latihan fisik dapat memberikan pengaruh pada kadar gula darah dan kadar kolestrol. Terjadi penurunan rata-rata kadar gula darah dan kadar kolestrol pada kelompok perlakuan dari sebelum dan sesudah Wellnes program. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Soep (2021) bahwa ada pengaruh latihan fisik pada penderita DM terhadap penurunan glukosa darah, LDL dan peningkatan HDL di Wilayah Kerja Puskesmas Medan Helvetia. Pelaksanaan aktivitas atau latihan fisik yang dilakukan selama 5-30 menit dalam sehari dapat menurunkan kadar gula dalam darah, timbunan lemak, dan tekanan darah (Mamo et al., 2019). Aktivitas fisik akan sangat mempengaruhi kadar gula darah dikarenakan pada saat seseorang melakukan aktivitas fisik akan terjadi peningkatan pemakaian glukosa oleh otot yang aktif sehingga secara langsung dapat menyebabkan penurunan jumlah kadar gula darah dalam tubuh, semakin rutin seseorang melakukan aktivitas fisik maka kadar gula darah pada seseorang juga akan lebih terkontrol (Hariawan et al., 2019)

Hasil dari upaya penerapan konseling gizi yang diberikan pada kelompok perlakuan sebagai bagian dari Wellnes program menunjukkan tidak adanya

perbedaan yang bermakna pada tingkat konsumsi lemak dan karbohidrat antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol. Hal ini berkaitan dengan pengakuan subjek mengenai kebiasaan pola makan yang belum bisa diubah dengan waktu singkat dan perlu dilakukan dengan cara bertahap. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hasniyati dan Ismanilda (2021) bahwa pemberian konseling gizi dapat merubah perilaku makan berdasarkan asupan energi dan tidak dengan konsumsi karbohidrat maupun lemak. Tetapi pada distribusi tingkat konsumsi lemak dan karbohidrat menunjukkan perubahan yang lebih baik, yang menandakan bahwa subjek sudah dapat mengubah pola konsumsi sesuai dengan anjuran pada konseling gizi walaupun dengan perubahan persentase yang kecil.

Pada penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan produktivitas kerja antar kelompok. Kecenderungan peningkatan yang pesat jumlah subjek pada kelompok perlakuan menandakan bahwa ada pengaruh dari perlakuan yang diberikan. Pengaruh ini tiada lain karena keberhasilan *Wellness program* dalam meningkatkan kebugaran fisik dan produktivitas kerja karena menggunakan pendekatan kebersamaan di lingkungan ASN, adanya support atasan dan juga motivasi diri subjek untuk mendukung dan melaksanakan *Program* dengan sangat antusias dalam berbagai kegiatan bagian dari *Wellnes program* yakni konseling gizi yang berkelanjutan serta pemantauan aktivitas fisik serta pengaturan diet yang dilakukan selama 8 minggu pada kelompok perlakuan. Adanya motivasi diri pada subjek menjadikan subjek mau dan rela menggerakkan kemampuan dalam bentuk keahlian atau keterampilan, tenaga dan waktunya untuk menyelenggarakan berbagai kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya dan menunaikan kewajibannya dalam rangka pencapaian tujuan dan berbagai sasaran organisasi yang telah ditentukan (Siagian 2012).

BAB VII

KESIMPILAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Implementasi *Wellness Program* dapat menurunkan resiko sindrom metabolik pada tekanan darah secara signifikan namun belum mampu menurunkan status obesitas, kadar gula darah dan kadar kolesterol pada ASN.
2. Implementasi *Wellness Program* belum mampu meningkatkan kebugaran fisik melalui jarak tempuh lari/jalan selama 12 menit pada kategori baik pada ASN.
3. Implementasi *Wellness Program* dapat meningkatkan produktivitas kerja pada ASN

B. Saran

Adapun saran-saran yang bisa diberikan sehubungan dengan hasil penelitian diantaranya :

1. Implementasi *wellness program* diperlukan waktu lebih dari 12 minggu untuk dapat menurunkan semua resiko sindroma metabolik secara signifikan pada status obesitas, kadar gula darah dan kadar kolesterol
2. Berkenaan dengan manfaat penerapan *wellness program* diharapkan semua ASN menerapkan *wellness program* diseluruh SKPD yang ada di Provinsi Bali khususnya dan di Indonesia pada umumnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Esmailzadeh, Mosug Kimiagar, F. B. HU, Walter Willet. 2007. *Dietary Pattern, Insulin Resistance and Prevalence of the metabolic Syndrome in Women*. *American Journal Clinical Nutrition* : 85;910-8
- Agung, G. syahly dan Ahmad handayani (2021) “Pengaruh Aktivitas Fisik Rumahan Terhadap Tekanan Darah Pada Ibu Rumah Tangga Yang Memiliki Riwayat Hipertensi Di Kelurahan Titi Kuning,” *Jurnal Ilmiah Kohesi*, 5(3), hal. 29–33
- Castro-Torres, Y., & Katholi, R. E. (2015). Natriuretic Peptides, Obesity and Cardiovascular Diseases. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.01.019>
- Carmona, R.H. (2003). *Physical Activity and Good Nutrition*. Atlanta: Center Of Disease Control and Prevention. Tersedia dalam: <<http://www.cdc.gov>> [diakses 3 April 2020].
- Departemen Kesehatan RI. <http://www.depkes.go.id/index.php?option=article> s. 24 September 2019.
- Dwipayana, Suastika, M., Saraswati, IMK., 2011. *Prevalensi Syndroma Metabolik di Bali*, *Jurnal Penyakit Dalam*, Volume 12 Nomor 1, Januari 2011
- Gotera, Wira. Dkk. (2003). *Studi Epidemiologis Obesitas Central dan Síndrome Metabolik Pada penduduk Desa dan Kota di Bali*. *Majalah penyakit Dalam* 4(3). FK UNUD, Denpasar
- Giriwijoyo. 2007. *Ilmu Kesehatan Olahraga (Sport Medicine)*. Bandung: Fakultas Pendidikan Olahraga dan Pendidikan UPI.
- Giugliano, Dario., Antonio Ceriolo, Khaterine E., 2008. Are there sfesific treathment for metabolic syndrome. *American Journal Clinical Nutrition* ;87:8-11
- Hasniyati, R. dan Ismanilda (2021) “Konseling Gizi Terhadap Perubahan Perilaku Makan, Indeks Massa Tubuh Dan Lemak Tubuh Pada Anak Overweight Dan Obesitas,” *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(1), hal. 541–550
- Hariawan, H., Fathoni, A., & Purnamawati, D. (2019). Hubungan Gaya Hidup (Pola Makan dan Aktivitas Fisik) dengan Kejadian Diabetes Melitus di Rumah Sakit Umum Provinsi NTB. *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 1(1), 1. DOI: 10.32807/jkt.v1i1.16
- Johnson, Lori, Turner., Melondie, Carter., Rebecca, Kelly., Patrick J., 2015. *Metabolic Syndrome Prevalence and Correlates in a Worksite Wellness Program*, *Journal Workplace Health & Safety*, vol. 63 no. 6
- Kementerian Kesehatan RI. 2007. *Riset Kesehatan Dasar, 2007: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Laporan Nasional. 2007*

- Kementerian Kesehatan RI. 2007. Riset Kesehatan Dasar, 2007: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Laporan Nasional. 2007
- Kementerian Kesehatan RI, 2013. Riset Kesehatan dasar (Riskesdas), 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Kemenkes RI, 2018. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas). Direktorat Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat. Jakarta Selatan. http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/POSTER-ISI-PIRINGKU-OKE_1010.pdf
- Kemenkes RI, 2016. *Pedoman Kegiatan Keafiatan di Tempat Kerja*. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. ISBN 978-602-416-036-4
- Mamo, Y., Bekele, F., Nigussie, T., & Zewudie, A. (2019). Determinants Of Poor Glycemic Control Among Adult Patients With Type 2 Diabetes Mellitus In Jimma University Medical Center, Jimma Zone, South West Ethiopia: A Case Control Study. *BMC Endocrine Disorders*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0421-0>
- Mayo Clinic. (2007) Metabolic Syndrome . tersedia dalam <http://www.mayoclinic.com>. diakses tanggal 20 Februari 2019 jam 12.10 wita
- Mathur, Ruchi. 2009). *Metabolic Sindrome* tersedia dalam <http://www.medicine.com>. diakses tanggal 20 februari 2019 jam 11.45 wita.
- Mutohir, T. C., and Maksum, A. (2007). *Sport Development Index*. Jakarta: Kemenpora. JOUR.
- Palar, C. M., Wongkar, D., and Ticoalu, S. H. R., 2015. Manfaat Latihan Olahraga Aerobik Terhadap Kebugaran Fisik Manusia. *Jurnal EBiomedik (eBm)*, 3(1), 316–321.
- Pekik, Djoko., (2004). *Pedoman Praktis Berolahraga Untuk Kebugaran & Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Ofset.
- Prakoso, D. P., and Hartoto, S., 2015. *Pengukuran Tingkat Kebugaran Jasmani Terhadap Siswa Yang Mengikuti Ekstrakurikuler Bola Voli di SMA Dr. Soetomo Surabaya*. *Jurnal Pendidikan Olahraga Dan Kesehatan*, 3(1), 9–13.
- Pribadi, A. 2015. *Pelatihan Aerobik Untuk Kebugaran Paru Jantung Bagi Lansia*. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 11(July), 64–76. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ranitadewi, I. N., Syauqi, A. dan Wijayanti, H. S. (2018) “Pengaruh Pemberian Konseling Gizi terhadap Persen Lemak Tubuh Wanita Overweight dan Obesitas Peserta Senam Pilates,” 7(3), hal. 123–132.
- Rohimah, S. dan Dewi, N. P. (2022) “Jalan Kaki Dapat Menurunkan Tekanan Darah Pada Lansia,” *Healthcare Nursing Journal*, 4(1), hal. 157–167.

doi: 10.35568/healthcare.v4i1.1840.

- Sedarmayanti, (2009). Sumber daya manusia dan Produktivitas, Bandung: Alfabeta
- Siagian. P. Sondang. *Kiat Meningkatkan Produktivitas Kerja*. Jakarta:Rineka Cipta. 2009
- Siagian, SP. 2012. Manajemen Stratejik. Jakarta: Bumi Aksara
- Sinungan, M. (2009). Produktivitas, Apa dan Bagaimana. Jakarta: Bumi Aksara
- Simanjuntak, E. Y. dan Hasibuan, S. (2022) “Aktivitas Fisik dan Nutrisi Berhubungan dengan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Pada Masa Pandemi Covid-19,” *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 1(1), hal. 40–48.
- Sumintarsih, 2012. *Prinsip-prinsip dan Program Latihan meningkatkan Kebugaran Jasmani*, Proceeding Seminar Nasional UPN Veteran, Yogyakarta. ISBN : 978-602-8429-61-0
- Sukadiyanto and Dangsina Muluk, 2011. *Pengantar Teori dan Metodologi Melatih Fisik*. Bandung: CV lubuk Agung
- Soep (2021) “Latihan Fisik Penderita DM terhadap Penurunan Konsentrasi Glukosa Darah, LDL dan Peningkatan HDL,” *Jurnal Ilmiah PANNMED (Pharmacist, Analyst, Nurse, Nutrition, Midwivery, Environment, Dentist)*, 16(1), hal. 51–57. doi: 10.36911/panmed.v16i1.997.
- Waspadji, S. (2007). *Diabetes Mellitus: Mekanisme Dasar dan Pengelolaan yang Rasional*. dalam: *Penatalaksanaan Diabetes mellitus Terpadu*. Cet.3 Jakarta: Pusat Diabetes dan Lipid RSUP Nasional Cipto Mangunkusuma dan FKUI,
- Wedri, N. M., Windayanti, K. A. dan Ari Rasdini, I. (2021) “Tingkat Aktivitas Fisik Berhubungan dengan Tekanan Darah Pekerja di Rumah Selama Masa Pandemi COVID-19,” *Jurnal Gema Keperawatan*, 14(1), hal. 16–26. doi: 10.33992/jgk.v14i1.1571.
- Winata, D. K. (2017). Tingkat Kebugaran Rendah Masyarakat Diajak Olahraga. Diakses dari <http://mediaindonesia.com/news/read/116408/tingkat-kebugaranrendah-masyarakatdiajak-olahraga/2017-08-07>.
- WHO, 2006. *Mental Health Policies and Programmes in the Workplace*; Mental Health Policy and Service Guidance Package; World Health Organisation, 2006
- Wiardani and Juniarsana, 2011. *Kejadian Sindroma Metabolik Berdasarkan Status Obesitas Pada masyarakat Perkotaan di Kota Denpasar*, *Jurnal Ilmu Gizi* 2(2); 129 - 138
- Yumaria K, editor, *Bye...Bye...Smoke: Buku Panduan Ampuh Untuk Berhenti Merokok*. Jakarta: A Nexxmedia Book, 2002: 30-31

Zahtamal, Wasilah, R., Yayi, SP., Lientje, KS., 2014. *Prevalensi Sindrom Metabolik pada Pekerja Perusahaan*, Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol.9, No. 2, November 2014

LAMPIRAN

Lampiran 1.**FORMAT SUSUNAN ORGANISASI TIM PENELITI
DAN PEMBAGIAN TUGAS
PENELITIAN TERAPAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI**

No.	Nama Lengkap & Gelar/NIP	Instansi Asal	Bidang Ilmu	Alokasi Waktu	Pembagian Tugas
1.	Dr. I Wayan Juniarsana, SST, M.Fis	Poltekkes Kemenkes Denpasar	Gizi	4	<ol style="list-style-type: none">1. Menjelaskan tujuan penelitian2. Merancang pertemuan dengan sampel3. Membuat model Wellness Program4. Menerapkan model Wellness Program pada sampel5. Mengumpulkan data pada kelompok control dan perlakuan6. Mengolah dan analisis data7. Membuat laporan
2.	Ir. Desak Putu Sukraniti	Poltekkes Kemenkes Denpasar		4	<ol style="list-style-type: none">1. Membantu merancang pertemuan dengan sampel2. . Membantu menerapkan model Wellness Program pada sampel3. Membantu mengumpulkan data pada kelompok control dan perlakuan
3.					
Dst..					

Lampiran 2. BIODATA KETUA DAN ANGGOTA PENELITI

BIODATA KETUA PENELITI

A. Identitas Diri

1.	Nama Lengkap (dengan gelar)	:	Dr. I Wayan Juniarsana, SST, M.Fis
2.	Jenis Kelamin	:	Laki-laki
3.	Jabatan Fungsional	:	Lektor Kepala
4.	NIP.	:	196706071992031004
5.	NIDN	:	4007066702
6.	Tempat/Tanggal Lahir	:	Dawan Klod/ 7 Juni 1967
7.	E-mail	:	wyjuniarsana9@gmail.com
8.	Nomor Telepon/Hp	:	081337969059
9.	Alamat Kantor	:	Jln. Gemitir No. 72 Denpasar
10.	Nomor Telepon/Faks	:	(0361)465232
11.	Mata Kuliah yang diampu	:	1. Gizi Dalam Daur Kehidupan 2. Dietetika 3. Kewirausahaan 4. Bahasa Inggris 5. Gizi Olahraga

B. Riwayat Pendidikan

	DIV/S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	Unibraw	Unud	Fisiologi Olahraga, Unud
Bidang Ilmu	Gizi Klinik	Fisiologi Olahraga	Fisiologi Olahraga
Tahun masuk-lulus	1999-2000	2008-2010	2016-2019

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 Tahun terakhir

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah (juta Rp)
1.	2012	Pelatihan senam dingklik disertai diet rendah energi menurunkan berat badan dan lemak tubuh pada kegemukan	Risbinakes	18.5
2.	2012	Hubungan Kebiasaan Minum Kopi Dan Merokok Terhadap Kejadian Osteoporosis pada Lansia di Denpasar	Swadana	15
3.	2013	Aplikasi 3J Dengan Kadar Gula Darah Penderita Diabetes Melitus Rawat Jalan Di Puskesmas II Denpasar Barat	Swadana	10
4.	2013	Neraca Bahan Makanan, Pola Pangan Harapan, dan Konsumsi Pangan Rumah tangga di Kabupaten Badung Provinsi Bali	Pemerintah Kabupaten Badung bekerjasama dengan Jurusan Gizi	49,632
5.	2014	Pemberian Jus Tomat Lebih Mempercepat Tercapainya Denyut Nadi Pemulihan dan Meningkatkan kebugaran fisik dari pada Minuman Isotonik Kemasan pada Atlet Sepak Bola	Risbinakes	12.5
6.	2015	Pengaruh Konseling terhadap asupan natrium dan serat pada penderita hipertensi posyandu lansia	Risbinakes	17,25
7.	2015	Survey Neraca bahan makanan (NBM) dan Pola Pangan harapan (PPH) Pangan kabupaten Gianyar	Pemerintah Kabupaten Gianyar bekerjasama dengan Jurusan Gizi Poltekkes Denpasar	98,971
8.	2019	Pemberian Jus Pismatom Meningkatkan Kadar kalium dan Mempercepat Pemulihan pada Atlet Lari Jarak Menengah, PASI Kota Denpasar, Bali-Indonesia	Swadana	25

D. Publikasi Artikel Ilmiah dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Vol/Nmr/Tahun
1.	Administration of pismatom juice increasing of potassium serum levels and faster of recovery in middle run athletes PASI Denpasar, Bali-Indonesia	Bali International Medical Journal (BIMJ) (Jurnal Internasional)	Volume 8, Number 2, Agustus 2019
2.	Penggunaan Alat Metronom Dingklik (Metrodink) Pada Latihan Fisik Senam Dingklik Menurunkan Berat Badan dan Meningkatkan Kebugaran Fisik Pada Kegemukan	Jurnal Sangkareang Mataram, ISSN No. 2355-9292 (Jurnal Nasional)	Vol. 3, No.2, Juni 2017
3.	Pemberian Jus Tomat lebih mempercepat Tercapainya Denyut nadi Pemulihan dan meningkatkan Kebugaran Fisik daripada Minuman Isotonik Kemasan (X) (Penulis Pertama)	Jurnal Skala Husada	Vol. 12 No. 2 September 2015
4.	Kontribusi Konsumsi Energi dan Aktifitas Fisik Terhadap Kejadian Obesitas pada Remaja " (penulis utama)	Jurnal Ilmu Gizi	Volume 5 Nomor 2, Agustus 2014
5.	Gambaran Pola Konsumsi Lemak, Protein dan Tekanan darah Pada Pasien di Klinik Sai Bugar (penulis kedua)	Jurnal Skala Husada	Vol. 11 No. 2 September 2014
6.	Kontribusi Konsumsi Energi dan Aktifitas Fisik Terhadap kejadian Obesitas Pada Remaja (Penulis Pertama)	Jurnal Ilmu Gizi	Vol. 5 No. 2, Agustus 2014
7.	Pelatihan Fisik Disertai Diet Rendah Energi Menurunkan Lemak Tubuh Pada Kegemukan" Peneliti utama	Jurnal Ilmu Gizi	Vol. 5. Nomor 1, Februari 2014, hal 35-43

E. Perolehan HKI dalam 5-10 tahun terakhir

No.	Judul Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID
1.	Pembuatan Formula Singkong Ikan Tongkol (Sikantong) Dan Aplikasi Formula Dalam Bentuk Produk Untuk Penanganan Stunting Pada anak balita	2020	Laporan Penelitian	000231190
Dst.				

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila dikemudian hari ternyata dijumpai ketidak sesuaian dengan kenyataan , saya sanggup menerima sanksi

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam Penelitian Terapan Unggulan Perguruan Tinggi

Denpasar, 6 Januari 2022
Ketua Peneliti,

Dr. I Wayan Juniarsana, SST, M,Fis
NIP. 196706071992031004

BIODATA ANGGOTA PENELITI

A. Identitas Diri Anggota Peneliti

Nama	:	Ir. Desak Putu Sukraniti, M.Kes.
NIP	:	19591211 198201 2 001
NIDN	:	4011125901
Tempat dan tanggal Lahir	:	Tabanan, Bali, 11/12/59
Jenis Kelamin	:	Wanita
Status Perkawinan	:	Kawin
Agama	:	Hindu
Golongan/Pangkat	:	IV/c, PembinaUtama Muda
Jabatan Akademik	:	Lektor Kepala
Perguruan Tinggi	:	Politeknik Kesehatan Denpasar
ALamat	:	Jalan Sanitasi No. 1 Sidakarya, Denpasar Selatan
Telp / Faks	:	0361 710447
Alamat Rumah	:	Jl. Gemitir 72 Denpasar Timur
Telp / Faks	:	081 558 080 775
Alamat e-mail	:	SukranitiDesakPutu@yahoo.co.id

B. Riwayat Pendidikan

Tahun Lulus	Program Pendidikan	Perguruan Tinggi	Jurusan/ Program Studi
1981	Akademi Gizi	Akademi Gizi Jakarta	Gizi
1988	Gizi dan Sumber Saya Keluarga	IPB Bogor	Gizi
1996	PSIKM	Pasca Sarjana Unair	PKIP

B. Riwayat Penelitian (Lima Tahun Terakhir)

N0	Judul Penelitian	Jabatan	Tahun
1	Surveilans Pasif dan Surveilans Aktif Kabupaten BADUNG 2015	Anggota	2015
2	Survailans Pangan di Kabupaten Badung Tahun 2016	Anggota	2006
3	Ketahanan Pangan Neraca Bahan Makanan dan Pola Pangan Harapan Kota Denpasar Pangan di Kabupaten Badung tahun 2016	Ketua	2016
4	Ketahanan Pangan , Analisis dan Penyusunan Pola Konsumsi dan Suplai Pangan Kota Denpasar Tahun 2017 .	Ketua	2017

5	Neraca Bahan Makanan (NBM) dan Pola Pangan Harapan (PPH) di wilayah Kabupaten Gianyar	Anggota	2017
6	Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Pemantauan Konsumsi Gizi (PKG) Provinsi Bali 2017	Anggota	2017
7	Hubungan Konsumsi Garam Ber Yodium Dengan Stunting Bagi Murid Taman Kanak-Kanak di Kabupaten Gianyar	Anggota	2018
8	Impementasi Germas Sebagai Prediktor Obesitas dan Dislipidemia	Anggota	2019
9	Survelans Pangan di Kabupaten Badung	Anggota	2019

C. Publikasi Ilmiah (Lima Tahun Terakhir)

No	Judul	Penerbit/Jurnal
1	Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Pola Konsumsi Fast Food Siswa SMA Negeri 8 Denpasar.	Jurnal Ilmu Gizi Vol 7, No 1 (2018), Februari 2018
2	Pengetahuan Ibu Tentang Ikan dan Pola Konsumsi Pada Balita di Desa Kedongan Kabupaten Badung,	Jurnal Ilmu Gizi Vol 7, No 1 (2018), Februari 2018
3	The Effect of Low-Fat Diet and a Low-Carbohydrate Diet with with Aerobic Exercise on Lipid Profile Changes in Adult Women	Menulis pada Jurnal Internasional, 2019

Denpasar, 6 Januari 2022
Ketua Peneliti



Ir. Desak Putu Sukraniti, M.Kes
NIP. 19591211 198201 2 001

Lampiran 3. Surat Pernyataan Ketua Peneliti

SURAT PERNYATAAN KETUA PENELITI

Yang bertandatangan di bawah ini :


Nama : Dr. I Wayan Juniarsana, SST, M.Fis
NIDN/NIP : 40070666702/196706071992031004
Pangkat/Golongan : Pembina/IVa
Jabatan Fungsional : Lektor Kepala

Dengan ini menyatakan bahwa laporan akhir penelitian saya dengan judul “Implementasi Model *Wellness Program* Dalam Upaya Menurunkan Faktor Resiko Sindrom Metabolik Meningkatkan Kebugaran Fisik dan Produktifitas Kerja Pada ASN di Provinsi Bali Implementasi Model *Wellness Program* Dalam Upaya Menurunkan Faktor Resiko Sindrom Metabolik Meningkatkan Kebugaran Fisik dan Produktifitas Kerja Pada ASN di Provinsi Bali” yang diusulkan dalam skema Penelitian Terapan Unggulan Perguruan Tinggi untuk Tahun Anggaran 2022 bersifat original dan belum pernah dibiayai oleh lembaga/sumber dana lain.

Bilamana dikemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses dengan ketentuan yang berlaku dan mengembalikan seluruh biaya penelitian yang sudah diterima ke kas Negara.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar-benarnya.

Mengetahui,
Kepala Pusat Penelitian dan Pengabmas
Poltekkes Kemenkes Denpasar,


Dr. I Putu Sui'aoka, S.ST., M.Kes.
NIP. 197301241995031001

Denpasar, 27 Oktober 2022
Yang Menyatakan,



Dr. I Wayan Juniarsana, SST, M.Fis
NIP.196706071992031004

Mengesahkan,
Plt. Direktur Poltekkes Kemenkes Denpasar,


Gusti Ayu Marhaeni, SKM, M.Biomed
NIP. 196512311986032008

Lampiran 4.

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (*INFORMED CONSENT*)

Yang terhormat Bapak/ Ibu/Saudara/Adik, Kami meminta kesediannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan dari penelitian ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan dibawah dengan seksama dan disilahkan bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul	Implementasi Model <i>Wellness Program</i> Dalam Upaya Menurunkan Faktor Resiko Syndrom Metabolik Meningkatkan Kebugaran Fisik dan Produktifitas Kerja Pada ASN di Provinsi Bali
Peneliti Utama	Dr. I Wayan Juniarsana, SST, M.Fis
Institusi	Jurusan Gizi Poltekkes Denpasar
Peneliti Lain	Ir. Desak Putu Sukraniti, M.Kes
Lokasi Penelitian	Pemda Kabupaten Klungkung
Sumber pendanaan	DIPA Poltekkes Denpasar

Penelitian ini bertujuan untuk Menurunkan Kejadian Sindrom Metabolik, Meningkatkan Kebugaran Fisik dan Produktivitas Pada ASN di Provinsi Bali, jumlah peserta sebanyak 60 orang dengan syaratnya yaitu kriteria inklusi yaitu laki-laki maupun perempuan dewasa berumur 30 tahun sampai 55 tahun, berdomisili di wilayah Kota Denpasar dan Kabupaten Gianyar dan bersedia diteliti. Sampel dibagi dua kelompok yaitu kontrol dan perlakuan. Kelompok Kontrol adalah ASN yang tidak diberikan implementasi *Wellnes Program*, sedangkan Kelompok Perlakuan adalah ASN yang diberikan implementasi *Wellness Program* selama 6 minggu.

Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara langsung memberikan manfaat kepada peserta penelitian. Tetapi dapat memberi gambaran informasi yang lebih banyak tentang kebugaran fisik dan sindrome metabolik kepada sampel serta bentuk *Wellness Program* yang akan dilakukan secara keseharian baik di kantor maupun di rumah sehingga tetap terjaga kebugaran fisik yang yang optimal dan mencegah penyakit degenerative yang ditimbulkan oleh sindrom metabolik sehingga bisa meningkatkan produktivitas sebagai seorang ASN.

Atas kesedian berpartisipasi dalam penelitian ini maka akan diberikan imbalan sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. Kompensasi lain yaitu peneliti akan menanggung biaya perawatan yang diberikan selama menjadi peserta penelitian ini. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kepesertaan Bapak/Ibu/Saudara/Adik pada penelitian ini bersifat sukarela. Bapak/Ibu/Saudara/Adik dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada penelitian atau menghentikan kepesertaan dari penelitian kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Bapak/Ibu/Saudara/Adik untuk berhenti sebagai

peserta penelitian tidak akan mempengaruhi mutu dan akses/ kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara/Adik diminta untuk menandatangani formulir ‘Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Sebagai *Peserta Penelitian/ *Wali’ setelah Bapak/Ibu/Saudara/Adik benar-benar memahami tentang penelitian ini. Bapak/Ibu/Saudara/Adik akan diberi Salinan persetujuan yang sudah ditandatangani ini.

Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu/Saudara/Adik untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu/Saudara/Adik. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti : Dr. I Wayan Juniarsana, SST, M.Fis **dengan no. HP 081337969059**

Tanda tangan Bapak/Ibu/Saudara/Adik dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu/Saudara/Adik telah membaca, telah memahami dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang penelitian ini dan **menyetujui untuk menjadi peserta *penelitian/Wali.**

Peserta/ Subyek Penelitian,

Wali,

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal (wajib diisi): / /

Hubungan dengan Peserta/ Subyek Penelitian:

(Wali dibutuhkan bila calon peserta adalah anak < 14 tahun, lansia, tuna grahita, pasien dengan kesadaran kurang – koma)

Peneliti

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal

Tanda tangan saksi diperlukan pada formulir Consent ini hanya bila

- Peserta Penelitian memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan, tetapi tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta
- Wali dari peserta penelitian tidak dapat membaca/ tidak dapat bicara atau buta
- Komisi Etik secara spesifik mengharuskan tanda tangan saksi pada penelitian ini (misalnya untuk penelitian resiko tinggi dan atau prosedur penelitian invasive)

Catatan:

Saksi harus merupakan keluarga peserta penelitian, tidak boleh anggota tim penelitian.

Saksi:

Saya menyatakan bahwa informasi pada formulir penjelasan telah dijelaskan dengan benar dan dimengerti oleh peserta penelitian atau walinya dan persetujuan untuk menjadi peserta penelitian diberikan secara sukarela.

Nama dan Tanda tangan saksi

Tanggal

(Jika tidak diperlukan tanda tangan saksi, bagian tanda tangan saksi ini dibiarkan kosong)

* coret yang tidak perlu

Lampiran 6. Instrumen Penelitian

Kisi-kisi Kuesioner Produktivitas Kerja

Variabel	Dimensi	Indikator
Produktivitas (Riduwan, 2013)	Lebih dari memenuhi kualifikasi pekerjaan	1. Penyelesaian pekerjaan tepat waktu
		2. Prioritas pekerjaan sesuai dengan job yang ditentukan
		3. Pemahaman pekerjaan sesuai dengan bidangnya
		4. Selalu mencatat pekerjaan yang telah dan akan dikerjakan
	Mempunyai orientasi pekerjaan positif	5. Bersedia memperbaiki kesalahan tanpa diperintah atasan
		6. Pegawai sering terlibat dalam pekerjaan
		7. Cermat, dapat dipercaya dan konsisten dalam pekerjaan
	Kedewasaan	8. Sadar akan kekuatan dan kelemahan diri sendiri
		9. Mampu bekerja secara mandiri
		10. Mantap secara emosional dalam menghadapi permasalahan
	Bergaul dengan efektif	11. Dapat bergaul dengan efektif baik dengan atasan maupun teman sejawat
		12. Sanggup bekerja secara tim untuk meningkatkan produktivitas kerja organisasi

