

**PENGARUH PROMOSI KESEHATAN MELALUI KMS-AS (KARTU MENUJU SEHAT-ANAK SEKOLAH) TERHADAP PENINGKATAN *PERSONAL HYGIENE* DAN STATUS GIZI SISWA SEKOLAH DASAR
DI KOTA YOGYAKARTA**

Laporan Penelitian



Diajukan Oleh

Dr. Titih Huriah, M.Kep.,Sp.Kom, NIK : 173.045

Angga Satria, NIM : 20110320182

Yusuf Al Farisi, NIM : 20110320125

Raka Harki S, NIM : 20110320131

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

2015

HALAMAN PENGESAHAN

1. Judul Penelitian : Pengaruh promosi kesehatan melalui Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS-AS) terhadap peningkatan *personal hygiene* dan status gizi siswa Sekolah Dasar di Kota Yogyakarta
2. Jenis Penelitian : Penelitian eksperimen
3. Bidang Ilmu : Kesehatan
4. Pengusul :
- A. Nama : Titih Huriyah, M.Kep. Sp.Kom
- B. Jenis Kelamin : Perempuan
- C. NIK/NIP : 173 045
- D. Pangkat/Gal : 3C
- E. Jabatan Akademik : Lektor
- F. Pascaltas/Prodi : Kedokteran
- G. Pengalaman Penelitian : 10 kali penelitian, 4 kali pengabdian
- H. Perguruan tinggi : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
- I. Program Studi : Ilmu Keperawatan
- J. Status Dosen : Dosen tetap Yayasan (A)
- K. Masa Kerja : April 2000 – Sekarang
5. Jumlah Tim Penelitian : 3 orang mahasiswa
6. Lokasi Penelitian : Kota Yogyakarta
7. Lama Penelitian : Enam (6) Bulan
8. Biaya Penelitian : Rp. 7.500.000

Yogyakarta, 9 Mei 2016



Sri Sumaryani, M.Kep.,Sp.Mat
NIK. 173.046

Pencelii


Dr. Titih Huriyah, M.Kep.,Sp.Kom
NIK. 173.045

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----|
| Lembar Pengesahan | i |
| Daftar Isi | ii |
| Abstrak | iii |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Perumusan Masalah | 5 |
| C. Tujuan Penelitian | 5 |
| D. Manfaat Penelitian | 6 |
| E. Penelitian Terkait | 6 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Anak Usia Sekolah | 8 |
| B. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia Sekolah | 9 |
| C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan | 9 |
| D. Personal Hygiene | 11 |
| E. Status Gizi Anak Sekolah | 20 |
| F. Promosi Kesehatan | 26 |
| G. Usaha Kesehatan Sekolah | 27 |
| H. KMS-AS | 28 |
| I. Kerangka Konsep | 29 |
| J. Hipotesis | 30 |
| BAB III METODE PENELITIAN | |
| A. Jenis dan Rancangan Penelitian | 30 |
| B. Populasi dan Sampel Penelitian | 31 |
| C. Lokasi dan Waktu Penelitian | 33 |
| D. Variabel Penelitian | 33 |
| E. Definisi Operasional | 33 |
| F. Instrumen Penelitian | 35 |
| G. Cara Pengumpulan Data | 37 |
| H. Uji Validitas dan Reliabilitas | 37 |
| I. Analisis Data | 38 |
| J. Etika Penelitian | 38 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | |
| A. Hasil Penelitian | 39 |
| B. Pembahasan | 45 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | |
| A. Kesimpulan | 51 |
| B. Saran | 52 |
| Daftar Pustaka | |
| Lampiran | |

ABSTRAK

Anak usia sekolah merupakan kelompok usia yang kritis karena pada usia tersebut rentan terkena masalah kesehatan misalnya diare, sakit gigi, penyakit kulit dan sebagainya. Masalah kesehatan fisik tersebut pada umumnya dikarenakan karena kurangnya pengetahuan dan kurang pedulinya anak usia sekolah akan kebersihan diri (*personal hygiene*). Selain masalah *personal hygiene*, salah satu risiko masalah kesehatan yang dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah adalah masalah gizi.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis peningkatan *personal hygiene* dan status gizi pada siswa sekolah dasar di Kota Yogyakarta sebuah penelitian eksperimental dengan perlakuan berupa promosi kesehatan melalui pemantauan KMS-AS selama 2 bulan.

Penelitian yang dilakukan menggunakan kuasi eksperimen dengan rancang *pre test-post test control group design*. Populasi penelitian adalah seluruh siswa sekolah dasar laki – laki dan perempuan kelas 4 dan 5 yang berjumlah 107 responden di SD Negeri Gedong Tengen serta seluruh siswa sekolah dasar laki – laki dan perempuan kelas 4 dan kelas 5 SD Negeri Ngabean yang berjumlah 54 responden pada tahun ajaran 2014/2015. Intervensi promosi kesehatan melalui pemantauan KMS-AS dilakukan dua minggu sekali selama dua bulan. Uji statistik yang dipakai pada analisis ini adalah *t test* dengan taraf kepercayaan 95%.

Hasil penelitian menunjukkan dari hasil bahwa pengetahuan dan perilaku tentang *personal hygiene* pada kelompok intervensi memiliki nilai *p value* 0,000 yang berarti $p < 0,05$ sehingga dapat disimpulkan terdapat peningkatan pengetahuan setelah diberikan intervensi berupa promosi kesehatan melalui pemantauan kartu menuju sehat anak sekolah. Pada kelompok kontrol, pengetahuan dan perilaku tentang *personal hygiene* memiliki nilai 0,097 dan 0,425 yang berarti $p > 0,05$ sehingga pada kelompok kontrol memiliki makna tidak ada peningkatan yang signifikan. Pada variabel status gizi menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terdapat peningkatan nilai *z score*, sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat peningkatan.

Kesimpulan penelitian menunjukkan terdapat peningkatan *personal hygiene* dan status gizi pada siswa sekolah dasar setelah diberikan intervensi promosi kesehatan melalui pemantauan Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS-AS) selama 2 bulan dengan nilai $p < 0,05$.

Saran untuk ilmu keperawatan, hasil penelitian ini diharapkan bisa dikembangkan lebih lanjut terkait *personal hygiene* di lingkungan sekolah, serta dapat menjadi masukan agar dapat mengaplikasikan dalam praktik keperawatan komunitas.

Kata kunci : Promosi kesehatan, KMS-AS, status gizi, *personal hygiene*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak usia sekolah menurut Potter & Perry (2009), adalah anak dengan rentang kehidupan dimulai dari usia 6-12 tahun sedangkan di Indonesia lazimnya anak yang berusia 7-12 tahun. Anak usia sekolah merupakan asset dan generasi penerus bangsa. Sepertiga jumlah penduduk Indonesia diperkirakan anak yang berusia 5 – 19 tahun (Depkes, 2007). Data BKKBN Tahun 2011 menunjukkan anak usia sekolah di Indonesia berjumlah 7.092.049, sedangkan jumlah anak sekolah di Yogyakarta adalah 391.228 jiwa atau 93.59% dibandingkan dengan jumlah anak usia sekolah tetapi tidak sekolah yaitu sebesar 26.801 jiwa atau 6.41%.

Anak sekolah merupakan golongan yang mempunyai karakteristik mulai mencoba mengembangkan kemandirian dan menentukan batasan – batasan norma. Variasi individu mulai lebih mudah dikenali seperti pertumbuhan dan perkembangannya, pola aktivitas, kebutuhan zat gizi, perkembangan kepribadian, serta asupan makanan (Yatim, 2005). Pertumbuhan fisik pada periode anak usia sekolah lebih lambat, dibanding periode bayi, balita dan remaja. Pada periode usia sekolah, perkembangan motorik halus dan kasar dalam proses penyempurnaan, perkembangan mental sangat baik dan kemampuan kognitif menonjol (Edelman & Mandle, 2010). Perkembangan sosial mulai dikembangkan melalui hubungan dengan teman sebaya, menikmati kegiatan dengan kelompok atau tim yang ada (Maurer & Smith, 2005).

Anak usia sekolah merupakan kelompok usia yang kritis karena pada usia tersebut rentan terkena masalah kesehatan misalnya diare, sakit gigi, penyakit kulit dan sebagainya (Ardhiyarini, 2008). Maurer dan Smith (2005) mengatakan bahwa anak usia sekolah dikatakan kelompok berisiko (*at risk*) ketika anak memiliki kondisi biologis, psikologis atau sanitasi lingkungan yang buruk sehingga anak berisiko untuk mengalami gangguan fisik, kognitif, atau perkembangan psikososial. Masalah kesehatan fisik tersebut pada umumnya dikarenakan karena kurangnya pengetahuan dan kurang pedulinya anak usia sekolah akan kebersihan diri (*personal hygiene*).

Masalah kesehatan yang dapat ditimbulkan dari anak yang kurang memperhatikan *personal hygiene* yaitu masalah fisik. Masalah fisik tersebut contohnya adalah kurangnya kesehatan gigi dan mulut, penyakit kulit, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada

kuku. Keadaan kesehatan anak usia sekolah akan mempengaruhi prestasi belajar yang akan dicapai. Oleh sebab itu, permasalahan tersebut dapat diupayakan penanggulangan agar kesadaran akan *personal hygiene* dapat meningkat dan kesehatan juga akan meningkat.

Selain masalah *personal hygiene*, salah satu risiko masalah kesehatan yang dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah adalah masalah gizi. Allender dan Spradley (2005) menjelaskan bahwa masalah gizi merupakan salah satu masalah kesehatan pada anak usia sekolah. Pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah faktor gizi (Edelman dan Mandle, 2010).

Anak usia sekolah yang mengalami masalah gizi rentan terhadap suatu penyakit. Grodner, Long, dan Walkingshaw (2007) menyatakan masalah gizi (*malnutrition*) dikelompokkan menjadi gizi lebih (*overnutrition*) dan gizi kurang (*undernutrition*). Berat badan lebih (*overweight*) dan obesitas merupakan masalah gizi yang utama pada anak – anak dan dewasa di Amerika Serikat (Edelman & Mandle, 2010). Hasil data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, secara nasional prevalensi status gizi pada anak umur 5-12 tahun pada kategori normal 70%. Prevalensi kurus menurut (IMT/U) pada anak umur 5-12 tahun adalah 11,2%, terdiri dari 4% sangat kurus dan 7,2% kurus. Prevalensi status gizi gemuk pada anak umur 5-12 tahun secara nasional masih tinggi yaitu 18,8% yang terdiri dari gemuk 10,8% dan sangat gemuk (obesitas) 8,8%. Pada wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta, prevalensi anak dengan kategori gemuk sebesar 9,1%, kategori sangat gemuk 6,9%, kategori normal 76,5%, kategori kurus 5,8%, dan kategori sangat kurus 1,7%.

Status gizi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya ekonomi keluarga (pekerjaan dari orang tua, produksi pangan, kondisi perumahan (sanitasi perumahan), pendidikan orang tua, ketersediaan pangan, sumber daya alam, fisik dan manusia (Supariasa *et al*, 2002; Depkes, 2005). Masalah gizi dipengaruhi langsung oleh faktor konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola asuh, ketersediaan dan konsumsi pangan beragam, faktor sosial-ekonomi, budaya dan politik (Kemenkes, 2011).

Perilaku gizi pada anak usia sekolah dapat di perbaiki atau ditingkatkan dengan promosi kesehatan tentang gizi. Promosi kesehatan diartikan sebagai suatu usaha memperbaiki, memfasilitasi individu atau masyarakat dalam mengubah perilaku sehingga memungkinkan tercapainya tujuan yang di inginkan, serta meningkatkan kesejahteraan dan menurunkan biaya perawatan. (Pender, Murdaugh dan Parsons, 2006; Edelman dan Mandle, 2010)

Promosi kesehatan di sekolah merupakan hal yang tepat karena dua pertiga anak usia sekolah adalah anak sekolah (Depkes, 2007). Program kesehatan sekolah di Amerika berkoordinasi dengan *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* dengan kegiatan meliputi pendidikan kesehatan, pendidikan jasmani, pelayanan kesehatan, pelayanan gizi, konseling, lingkungan sekolah sehat, promosi kesehatan terhadap staf sekolah, dan keterlibatan keluarga atau masyarakat (Stanhope & Lancaster, 2004).

Bentuk promosi kesehatan di sekolah Indonesia adalah Usaha Kesehatan Sekolah (Notoatmodjo, 2010). Kegiatan UKS meliputi pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat. Ruang Lingkup kegiatan UKS dikenal dengan TRIAS UKS. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara menyeluruh dengan mengutamakan kegiatan promotif dan preventif serta didukung kegiatan kuratif dan rehabilitatif. Pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat meliputi meningkatkan faktor pelindung (gedung, halaman, warung sekolah, keteladanan guru, menciptakan suasana dan hubungan yang akrab dan erat antara sesama warga sekolah dan masyarakat) dan memperkecil faktor risiko meliputi pagar pengaman, bangunan sekolah yang aman, kawasan bebas rokok, bebas pornografi, pengadaan kantin sekolah (Depkes, 2007).

Salah satu program UKS adalah pemantauan *personal hygiene* dan status gizi siswa. Status gizi seorang anak dapat dilihat dari beberapa segi. Secara antropometri penilaian status gizi anak usia sekolah dapat menggunakan indeks BB dan TB. Alat untuk memantau perkembangan status gizi siswa di sekolah adalah KMS anak sekolah.

Kartu Menuju Sehat (KMS) merupakan suatu kartu atau alat penting yang digunakan untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anak (Soetjiningsih, 2010). Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS-AS) adalah kartu yang biasanya digunakan untuk mengukur pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah. KMS-AS berisi tentang catatan hasil pengukuran, grafik KMS, cara mengisi KMS, catatan perkembangan anak, anjuran hidup sehat, catatan imunisasi DT & TT, serta tanda-tanda anak sehat (Depdiknas, 2006).

Berdasarkan studi pendahuluan di SD Negeri Gedong Tengen diketahui bahwa sekolah ini merupakan sekolah negeri milik pemerintah Kota Yogyakarta. Sekolah ini memiliki 325 total populasi siswa dengan pembagian kelas secara paralel A dan B, setiap kelas terdiri dari 27 sampai 28 jumlah siswa. Peneliti memakai kelas 4 dan 5 sebagai sampel dengan total siswa sebanyak 107 orang. Dari hasil survey oleh peneliti terlihat banyak penjual jajanan di depan

sekolah yang tidak diketahui kebersihannya karena sekolah ini berada dipinggir jalan raya, banyak penjaja makanan yang berada di luar pagar sekolah tepatnya dipinggir jalan.

Peneliti tertarik untuk melakukan di SD ini karena dari hasil observasi dengan pemilihan siswa secara acak yang dilakukan oleh peneliti ditemukan 70% *personal hygiene* siswa masih kurang seperti kuku terlihat panjang dan kotor, ditemukan ada karies gigi, dan terdapat kotoran pada telinga, 25% anak laki - laki dan 15% anak perempuan ditemukan berbadan kurus, sedangkan 10% anak laki laki dan 5% anak perempuan terlihat berbadan gemuk. Dari hasil survey lingkungan sekolah para siswa siswi di SD memiliki kebiasaan jajan dipinggir jalan raya tepatnya didepan gerbang sekolah. Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan alasan kondisi lingkungan yang strategis dan temuan kasus dilapangan terkait dengan judul penelitian.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah diatas maka peneliti tertarik untuk meneliti “bagaimana pengaruh promosi kesehatan melalui pemantauan Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah terhadap peningkatan *personal hygiene* dan status gizi anak usia sekolah di Kota Yogyakarta?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis peningkatan *personal hygiene* dan status gizi pada siswa sekolah dasar di Kota Yogyakarta sebuah penelitian eksperimental dengan perlakuan berupa promosi kesehatan melalui pemantauan KMS-AS selama 2 bulan.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis pengaruh pemberian intervensi berupa promosi kesehatan melalui pemantauan KMS-AS selama 2 bulan dengan melihat peningkatan *personal hygiene* dan status gizi siswa sebelum dan sesudah perlakuan pada kedua kelompok (kelompok intervensi dan kelompok kontrol).
- b. Menganalisis pengaruh pemberian intervensi berupa promosi kesehatan melalui pemantauan KMS-AS selama 2 bulan dengan melihat peningkatan *personal hygiene* dan status gizi siswa sebelum dan sesudah perlakuan pada kedua kelompok (antar kelompok intervensi dan kelompok kontrol).

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Dapat mengembangkan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan pengembangan KMS-AS sebagai alat pemantauan *personal hygiene* dan status gizi pada anak usia sekolah.

2. Bagi Dinas Kesehatan

Dapat memberikan informasi untuk perencanaan program penanggulangan gizi kurang dan gizi buruk siswa, pengembangan UKS di sekolah dan masyarakat.

3. Bagi Siswa

Sebagai sarana informasi kepada siswa tentang pentingnya pemantauan Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah dalam peningkatan *personal hygiene* dan status gizi pada anak guna mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang baik.

4. Bagi Sekolah

Memberikan informasi mengenai peningkatan *personal hygiene* dan status gizi dengan pemantauan Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah, sehingga dapat di jadikan gambaran dalam peningkatan kualitas siswa yang cerdas dan berprestasi.

E. Penelitian Terkait

Menurut pengetahuan peneliti, belum di temukan penelitian yang sama tentang peningkatan *personal hygiene* dan status gizi melalui pemantau Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah di Kota Yogyakarta, hanya ada penelitian terdahulu yang terkait mengenai :

1. Ardhiyarini (2008), dalam penelitiannya mengenai perilaku *personal hygiene* pada anak usia sekolah di SD Kadipiro 2 Kasihan Bantul Yogyakarta. Penelitian tersebut merupakan penelitian non eksperimen dengan metode *deskriptif kuantitatif* yang menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian tersebut adalah semua siswa kelas IV sampai V yang berjumlah 65 siswa dan teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling*. Hasil dari penelitian tersebut adalah rata-rata sudah baik, kebersihan mata cukup, kebersihan kuku rata-rata cukup, kebersihan rambut sudah baik dan kebersihan gigi cukup. Perbedaan dengan penelitian tersebut adalah dalam pemilihan desain penelitian yaitu *Quasi Experiment*, pemilihan sampel menggunakan *simple random sampling*, dan tempat pengambilan sampel. Persamaannya adalah sampel yang digunakan merupakan anak usia sekolah dasar.

2. Yuni Pratiwi (2011), dalam penelitiannya mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* pada anak usia sekolah di SD Negeri Pleret Lor. Penelitian tersebut menggunakan desain studi *Cross Sectional* dan teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*, dan sampel yang digunakan yaitu anak SD kelas V dan VI. Hasil penelitian tersebut didapatkan faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* pada anak usia SD Negeri, Pleret Lor, Kulon Progo adalah praktek sosial, status sosial, ekonomi, pengetahuan, kebudayaan, dan kebiasaan.

Perbedaan dengan penelitian yang diatas dalam pemilihan desain penelitian yaitu *Quasi Experiment*, pemilihan sampel menggunakan *simple random sampling*, dan tempat pengambilan sampel. Persamaannya adalah sampel yang digunakan merupakan anak usia sekolah dasar.

3. A. Saifah (2011) dengan penelitian Hubungan Peran Keluarga, Guru, Teman Sebaya dan Media Massa Dengan Perilaku Gizi Anak Usia Sekolah Dasar di Wilayah Kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Hasil penelitian menemukan bahwa terdapat hubungan antara peran keluarga,teman sebaya dan media massa terkait dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar, dan tidak ada hubungan antara guru dengan perilaku gizi.
4. Arie Purwanto (2009) dengan penelitian Hubungan Antara Pola Makan Pagi dan Status Gizi dengan Prestasi Belajar Siswa Kelas 4 Sekolah Dasar di SD Meijing 2 Patukan Gamping Sleman Yogyakarta. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan *crosssectional* menekankan pada hubungan antara pola makan pagi dan status gizi dengan prestasi belajar siswa. Hasilnya tidak ada hubungan antara pola makan dengan prestasi belajar siswa. Perbedaan dengan penelitian ini adalah terkait dengan metode pengambilan data yaitu dengan pemantauan KMS-AS, lokasi penelitian, dan variabel penelitian.
5. Nurina Paramitha Simamora (2007) dengan penelitian Pengaruh Status Gizi Terhadap Angka Kesakitan Pada Anak Kelas 4 SDN No.2 Tegal Rejo, Yogyakarta. Penelitian ini terdiri dari 2 variabel yaitu status gizi dan angka kesakitan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui kaitan antara status gizi dengan tinggi rendahnya angka kesakitan. Hasilnya tidak ada keterkaitan antara status gizi dengan tinggi rendahnya angka kesakitan melalui pengumpulan data hasil evaluasi belajar dalam 6 (enam) bulan terakhir. Perbedaan dengan penelitian ini adalah terkait dengan metode pengambilan data.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah adalah anak yang berada pada usia rentang 6 – 12 tahun. Pada usia ini anak sedang mengalami masa tumbuh kembang dengan berbagai perubahan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual (Aziz, 2005; Ranuh., dkk, 2005). Selama usia sekolah, pertumbuhan dan perkembangan anak relatif stabil dibandingkan masa bayi atau pada saat remaja yang sedang mengalami pertumbuhan cepat. Pada usia ini anak sudah mampu merasakan rangsangan intelektual atau melaksanakan tugas – tugas yang menuntut kemampuan intelektual dan kognitif (seperti membaca, menulis, menghitung). Daya pikir anak usia sekolah sudah berkembang kearah berfikir kognitif dan rasional atau dapat diterima oleh akal. Selain itu, pada akhir masa ini anak sudah memiliki kemampuan memecahkan masalah (*problem solving*) yang sederhana (Yusuf, 2005; Brown, 2005). Anak usia sekolah banyak mengembangkan kemampuan interaksi sosial, belajar tentang nilai moral dan budaya dari lingkungan selain keluarganya. Anak sudah mulai mampu untuk mengambil bagian dari kelompok, belajar tentang nilai sosial dari kelompok (Kamsari, 2008).

B. Pertumbuhan dan Perkembangan anak usia sekolah

Pertumbuhan adalah bertambahnya jumlah dan besar sel disemua bagian tubuh yang dapat diukur (kuantitatif), sedangkan perkembangan merupakan proses pematangan fungsi organ – organ tubuh berbanding lurus dengan bertambahnya usia dan melalui tahapan belajar dan pengalaman serta tidak dapat di ukur (kualitatif). Pertumbuhan ditandai dengan peningkatan jumlah dan ukuran sel sehingga akan berdampak pada kematangan fungsi organ seperti bertambahnya tinggi badan, berat badan, frekuensi jantung dan lain lain. Perkembangan diartikan sebagai perluasan bertahap ke arah lebih kompleks dari lebih rendah ke lebih tinggi sesuai dengan proses pertumbuhan, maturasi, pengalaman dan belajar. Perkembangan tidak dapat diukur karena perkembangan tidak ada nilai mutlak seperti perkembangan kepribadi, mental, dan konsep diri (Hockenberry & Wilson, 2009; Wong, 2009).

Pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia sekolah memiliki karakteristik cenderung lambat dan stabil dibanding masa kanak – kanak awal dan bervariasi pada tiap individunya. Setiap anak akan tumbuh dan berkembang dalam tahapan yang sama namun berbeda laju perkembangan tiap individunya. Sebagian tumbuh dan berkembang lebih cepat, dan yang lain lebih lambat dalam hal maturitas. Selama proses tumbuh kembang akan terjadi perubahan fisik, motorik, kognitif dan emosional (Hockenberry & Wilson, 2009).

C. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia Sekolah

Pencapaian tumbuh kembang yang optimal tergantung pada potensi biologinya, tingkat tercapainya potensi biologi seseorang merupakan hasil interaksi beberapa faktor yang saling berkaitan (Soetjiningsih, 2010). Beberapa faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan seorang anak salah satunya adalah faktor gizi (Hockenberry & Wilson, 2009). Menurut Wong (2009) faktor – faktor yang mempengaruhi perkembangan anak adalah :

1. Keturunan

Keturunan berpengaruh dalam perkembangan anak. Pada masa konsepsi jenis kelamin anak akan terbentuk serta mengarahkan pada pertumbuhan dan perilaku lainnya pada anak. Jenis kelamin dan faktor lain penentu keturunan sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Orang tua dan anak mempunyai ciri – ciri fisik seperti tinggi, berat dan tingkat pertumbuhan yang saling berkaitan.

2. Neuroendokrin

Pola perkembangan anak secara genetik di atur di pusat pertumbuhan yaitu pada bagian *hypothalamus*. Beberapa diantaranya secara fungsional berhubungan dan mempengaruhi pertumbuhan seperti sistem *hypothalamus* dan sistem endokrin. Tiga hormon yang dihasilkan dan diatur oleh sistem – sistem tersebut antara lain hormon pertumbuhan (*growth hormone*), hormon tyroid, dan hormon endrogen yang merangsang metabolisme protein.

3. Nutrisi

Nutrisi merupakan bagian terpenting yang mempengaruhi tumbuh kembang anak. Faktor – faktor yang berhubungan dengan nutrisi mengatur pertumbuhan pada setiap

perkembangan. Selama periode perkembangan prenatal kekurangan nutrisi akan mempengaruhi perkembangan pada implantasi ovum hingga melahirkan. Masa pertumbuhan pada anak – anak membutuhkan kalori yang sangat tinggi, terbukti dengan peningkatan secara cepat tinggi dan berat badan anak.

4. Hubungan antar perseorangan

Hubungan dengan orang lain berperan kritis dalam perkembangan, khususnya perkembangan secara emosi, intelektual dan kepribadian. Orang tua khususnya ibu berpengaruh besar terhadap perkembangan bayinya. Kebutuhan dasar pada anak berupa makanan, kehangatan, kenyamanan dan kasih sayang, melalui orang tua seorang anak belajar mengenal dunia dan perasaan aman untuk memberanikan diri berinteraksi dengan lingkungannya.

5. Tingkat sosial ekonomi

Tingkat sosial ekonomi keluarga mempunyai dampak signifikan terhadap pertumbuhan dan perkembangan pada anak. Pertumbuhan dan perkembangan anak – anak dari keluarga kelas menengah dan atas lebih tinggi dibandingkan dengan anak – anak dari keluarga dengan sosial ekonomi yang rendah. Penyebab perbedaan ini kurang pasti, meskipun kesehatan dan nutrisi dari level sosial ekonomi rendah mungkin terjadi karena faktor – faktor pemenuhan kebutuhan terkait dengan nutrisi. Sumber makanan bernutrisi khususnya protein merupakan sesuatu yang jarang dikonsumsi dan ketidakteraturan dalam pola makan, tidur dan olahraga, merupakan faktor yang berperan penting. Keluarga dari kelompok sosial ekonomi rendah kurang pengetahuan atau sumber – sumber yang dibutuhkan untuk menyediakan lingkungan yang aman, mendukung dan sehat yang bisa mempercepat perkembangan yang optimum pada anak.

6. Penyakit

Perubahan pertumbuhan dan perkembangan adalah salah satu dari manifestasi klinis penyakit keturunan. Pertumbuhan yang terhambat dinilai secara khusus dalam penyakit atau kelainan skeletal, seperti bentuk kekerdilan salah satu dari abnormal kromosom (*syndrome turner*). Ketidakteraturan metabolisme, seperti penyakit vitamin D, kelainan endokrin sejalan dengan pola pertumbuhan normal.

D. *Personal Hygiene*

1. Definisi *personal hygiene*

Tarwoto & Wartonah (2006) menyatakan *personal hygiene* berasal dari bahasa Yunani yaitu *personal* yang artinya perorangan dan *hygiene* berarti sehat. Kebersihan diri (*personal hygiene*) merupakan aspek yang sangat penting dan harus diperhatikan dalam kehidupan sehari-hari karena kebersihan akan mempengaruhi kesehatan dan psikis seseorang. Kebiasaan melakukan *personal hygiene* merupakan kebiasaan seseorang yang dilakukan dalam kehidupan sehari-hari.

Personal hygiene adalah perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan baik secara fisik maupun psikologis (Hidayat, 2006). *Personal hygiene* seseorang berarti memelihara kebersihan dan kesehatan yang berguna untuk kesejahteraan fisik dan psikologis. *Personal hygiene* menjadi sangat penting karena *personal hygiene* yang baik akan meminimalkan pintu masuk (*portal of entry*) mikroorganisme yang ada dimana-mana dan pada akhirnya mencegah seseorang terkena penyakit (Saryono, 2010).

Personal hygiene merupakan sesuatu hal yang sangat penting dilakukan oleh seseorang. Tujuan dari *personal hygiene* adalah meningkatkan derajat kesehatan seseorang, memelihara kebersihan diri seseorang, memperbaiki *personal hygiene* yang kurang, pencegahan penyakit, meningkatkan percaya diri seseorang, dan menciptakan kesehatan (Tarwoto & Wartonah, 2006).

2. Macam-macam *personal hygiene*

a. Kebersihan tangan

Tangan merupakan salah satu anggota tubuh yang paling sering kontak dengan mikroorganisme. Perilaku *personal hygiene* yang buruk pada tangan dapat memindahkan mikroorganisme yang berada di tangan dapat masuk ke dalam tubuh melalui tangan sehingga dapat menimbulkan masalah kesehatan seperti diare. Cara yang dapat dilakukan adalah dengan cuci tangan.

Cuci tangan dapat dilakukan ketika tangan kotor, sebelum dan sesudah mengambil makanan, sebelum dan sesudah buang air besar maupun buang air kecil. Mencuci tangan sebaiknya menggunakan air yang mengalir dan menggunakan sabun,

kalau perlu menggunakan sikat dan menggosok di sela-sela tangan dan lipatan kulit di kuku. Mencuci tangan menggunakan sabun paling lama dilakukan selama 2 menit.

b. Kebersihan kulit kepala dan rambut

Rambut merupakan pelindung kulit kepala dari sengatan matahari dan hawa dingin. Rambut dipengaruhi perubahan hormon, stres emosional dan fisik, penuaan, infeksi, dan penyakit tertentu (Potter & Perry, 2010). Penampilan dan kesejahteraan seseorang tergantung dari cara penampilan dan perasaan mengenai rambutnya. Penampilan akan terlihat menarik apabila rambut dalam keadaan bersih dan sehat. Rambut yang terpelihara dengan sehat akan terlihat tidak kering, tidak berminyak, tidak mudah patah, dan tidak mudah rontok.

Berbagai masalah yang terjadi pada rambut diantaranya kutu, ketombe, *alopecia* (botak), *seborrheic dermatitis* (radang pada kulit di rambut). Tujuan dari perawatan rambut adalah membersihkan kuman-kuman yang ada pada kulit kepala, menambah rasa nyaman, membasmi kutu atau ketombe yang melekat pada kulit, serta memperlancar sistem peredaran darah di bawah kulit.

Cara-cara merawat rambut antara lain, pertama adalah dengan mencuci rambut 2 hari sekali atau sesuai dengan kebutuhan dengan memakai sampo yang cocok. Kedua, dengan menyisir rambut yang bertujuan untuk merapikan rambut dan mencegah rambut menjadi kusut. Selanjutnya, dengan memotong rambut yang dapat dilakukan setelah mandi atau bersampo karena dapat merangsang pertumbuhan rambut yang dilakukan dengan memijat pada waktu membersihkan rambut (Yuni, 2007).

c. Kebersihan mata

Mata merupakan salah satu panca indera yang terpenting karena fungsinya untuk melihat. Mata perlu dijaga kebersihannya untuk mempertahankan kesehatan mata dan mencegah atau menghindari infeksi, penyakit mata, kecacatan (buta), dan kemungkinan penularan kepada orang lain. Mata yang bersih adalah mata yang bebas dari kotoran mata, mata merah, dan mata berair. Mata yang sehat akan tampak jernih dan bersih dari kotoran (Engel, 2009).

Kotoran mata yang menumpuk dapat mengganggu kenyamanan penglihatan dan apabila dibersihkan dengan cara yang salah seperti dikucek atau diambil langsung dengan menggunakan tangan bisa menyebabkan iritasi pada mata dan menyebabkan

konjungtivitis (Johnson, 2010). Membersihkan mata biasanya menggunakan lap basah yang bersih, untuk menghilangkan sekresi kering dengan cara meletakkan kain basah atau kapas yang diberi normal saline dibagian tepi mata (Hidayat, 2005). Bila mata kemasukan benda asing janganlah menggosok, karena dapat menimbulkan iritasi sebaiknya dibasuh dengan air yang mengalir. Menjaga kesehatan mata juga dapat dilakukan dengan menjaga jarak membaca dan menulis dengan benar yaitu dengan jarak 30 cm dan menggunakan cahaya yang terang, jangan membaca dengan tiduran, dan mengistirahatkan mata setiap 2 jam setelah menonton tv atau menggunakan komputer.

d. Kebersihan telinga

Menurut Potter & Perry (2010), pada dasarnya telinga tidak memiliki cara perawatan yang khusus untuk mendapatkan telinga yang bersih namun, seseorang harus tetap membutuhkan perawatan telinga. Untuk mencegah terjadinya masalah pada telinga, maka harus dibersihkan secara rutin dengan cara yang benar. Melakukan perawatan telinga harus dengan hati-hati agar tidak melukai organ yang berada di dalam telinga. Membersihkan telinga juga harus dilakukan di telinga bagian luar yang dapat dilakukan setelah mandi.

Menjaga kesehatan telinga dapat dilakukan dengan cara menghindari suara yang keras dan bising terus menerus dan tidak lebih dari 30 menit, tutup telinga jika mendengar suara yang keras, pada saat melakukan pembersihan pada telinga tidak boleh menggunakan pensil, penjepit rambut, atau benda tajam lainnya karena akan merusak gendang telinga. Pada bagian luar telinga juga harus dibersihkan agar terhindar dari kotoran, debu, dan pasir yang akan mengganggu kesehatan telinga.

e. Kebersihan mulut dan gigi

Personal hygiene mulut mempunyai peranan yang sangat penting dalam kehidupan sehari-hari. *Personal hygiene* mulut dan gigi yang tidak baik akan mengakibatkan berbagai macam penyakit seperti bau mulut, stomatitis, glositis (peradangan lidah), gengikitis (peradangan gusi), yang biasanya terjadi karena *hygiene* mulut yang buruk. Tujuan dari perawatan gigi adalah untuk mempertahankan terjadinya masalah kesehatan pada gigi dan mulut yang disebabkan oleh kuman (Dian, 2014).

Potter & Perry (2010), menjelaskan *hygiene* mulut dan gigi dapat dilakukan dengan cara menggosok gigi yang sempurna dilakukan setidaknya minimal 2 kali sehari (setelah makan dan sebelum tidur) dan menggunakan pasta gigi yang berfluorida. Menggunakan sikat gigi dengan bulu sikat yang lembut, tidak bergantian memakai sikat gigi dengan orang lain termasuk anggota keluarga sendiri. Sikat gigi setelah makan makanan yang manis dan lengket seperti coklat atau permen, dan menghindari makan makanan yang terlalu panas atau dingin.

f. Kebersihan kuku kaki dan tangan

Menjaga kebersihan kuku merupakan salah satu aspek penting dalam mempertahankan perawatan diri karena berbagai kuman dapat masuk ke dalam tubuh melalui kuku. Kuku dan bagian bawah kuku serta kutikula bisa menjadi tempat bersarangnya kuman dan tempat berkembang biak. Tujuan dari perawatan kuku yaitu untuk memelihara kebersihan kuku dan rasa nyaman setiap individu, serta mempertahankan integritas kuku dan mencegah infeksi.

Salah satu kebiasaan yang sering dilakukan oleh anak adalah menggigiti kuku. Menggigiti kuku dapat menyebabkan kuman yang berada di kuku pindah ke dalam mulut dan masuk ke dalam saluran pencernaan yang akan mengakibatkan berbagai masalah pencernaan seperti diare.

Cara yang dapat dilakukan untuk menghindari masalah kesehatan tersebut adalah dengan menjaga kuku tetap pendek untuk mengurangi bersarangnya kuman di bagian bawah kuku. Menggunakan pemotong kuku dengan benar dapat diajarkan ke anak agar menghindari kebiasaan menggigiti kuku. Selain itu, anak juga dapat diajarkan mencuci tangan yang baik dan benar agar tidak ada kuman atau kotoran yang berada di kuku sehingga diharapkan akan meminimalisir perpindahan kuman dari kuku ke dalam tubuh (Schmidt *et al*, 2009).

g. Kebersihan kulit

Kulit mempunyai fungsi sebagai perlindungan, sekresi, pengatur suhu tubuh dan sensasi. Kulit memiliki tiga lapisan utama yaitu epidermis, dermis, dan subkutan. Kulit merupakan bagian yang sering terdapat mikroorganisme terutama di permukaan kulit sehingga *hygiene* pada kulit harus diperhatikan dan dirawat dengan benar.

Gangguan yang biasanya terjadi pada kulit adalah panu, jerawat, kutu air, kurap, dan biang keringat.

Cara yang dapat dilakukan untuk menghindari penyakit kulit adalah dengan dua cara yaitu mandi dan pakaian. Mandi berguna untuk menghilangkan bau yang ada di badan dan dapat juga menghilangkan kotoran-kotoran atau daki yang berada di tubuh. Mandi secara teratur dapat dilakukan yaitu minimal 2 kali sehari dengan menggunakan sabun dan tidak menggunakan handuk dengan bergantian dengan orang lain. Pakaian yang dipakai sehari-hari dapat mempengaruhi kesehatan kulit. Dengan mengganti pakaian 2 kali sehari atau ketika pakaian sudah kotor atau penuh dengan keringat, dan rutin untuk mencuci pakaian dan handuk dapat meminimalkan bakteri berkembang biak pada tubuh.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene*

Faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* seseorang adalah :

a. *Body image*

Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya karena adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya (Tarwoto & Wartonah, 2005). Penelitian yang dilakukan oleh (2012) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* anak usia 7-14 tahun, sikap anak yang peduli berbanding lurus dengan perilaku *personal hygiene* yang baik, dibandingkan dengan sikap anak yang kurang peduli memiliki perilaku *personal hygiene* yang buruk. Hal ini menunjukkan dimana sikap juga berperan penting dalam *personal hygiene* dimana anak tersebut sebagian besar peduli terhadap penampilan dan tertarik untuk menjaga kebersihan diri.

b. Praktik sosial

Kelompok sosial mempengaruhi pilihan *hygiene*, termasuk produk dan frekuensi perawatan pribadi. Pada anak-anak dalam kebiasaan keluarga akan mempengaruhi *hygiene* anak tersebut, misalnya frekuensi mandi, waktu mandi, dan jenis *hygiene* mulut (Potter & Perry, 2010). Pada penelitian yang dilakukan oleh Febri (2012) pola asuh orang tua mempengaruhi perilaku *personal hygiene* anak dengan hasil yang menunjukkan pola asuh orang tua yang menerapkan pola asuh

demokratis anak akan mandiri dalam perilaku *personal hygiene* karena pola asuh demokratis lebih memprioritaskan kepentingan anak seperti membebaskan anak dalam memilih suatu tindakan akan tetapi tetap menerapkan perilaku disiplin. Berbeda dengan pola asuh orang tua yang menerapkan pola asuh permisif. Perilaku *personal hygiene* anak dengan pola asuh orang tua permisif anak cenderung tidak mandiri karena kasih sayang yang diberikan orang tua terlalu berlebihan namun sedikit bimbingan yang diberikan kepada anaknya.

c. Status ekonomi

Status ekonomi akan mempengaruhi jenis dan sejauh mana praktik *hygiene* dilakukan oleh seseorang. *Personal hygiene* memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, sampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya (Tarwoto & Wartonah, 2006).

Dalam penelitian Yuni (2011), hasil tentang pengaruh status ekonomi terhadap *personal hygiene* diketahui rata-rata responden memiliki keluarga dengan status ekonomi yang tinggi sehingga keluarga dapat memenuhi kebutuhan anggota keluarganya termasuk melakukan *personal hygiene*. Semakin tinggi status sosial ekonomi keluarga maka keluarga akan mampu membiayai kebutuhan keluarga termasuk untuk kesehatan.

d. Pengetahuan

Pengetahuan *personal hygiene* sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada pasien penderita Diabetes Melitus ia harus selalu menjaga kebersihan kakinya (Tarwoto & Wartonah, 2006).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Ria & Darwis (2014) tentang kejadian scabies pada anak usia sekolah didapatkan hasil siswa yang mengetahui pengetahuan yang baik tentang *personal hygiene* lebih sedikit menderita scabies dibandingkan dengan siswa dengan pengetahuan kurang tentang *personal hygiene*. Pengetahuan yang baik tentang *personal hygiene* dapat menumbuhkan kesadaran dalam menjaga dan merawat kebersihan diri seseorang.

e. Budaya

Kepercayaan atau budaya seseorang akan mempengaruhi perilaku *hygiene* seseorang tersebut. Di sebagian masyarakat jika individu sakit tertentu maka tidak

boleh dimandikan (Tarwoto & wartonah, 2006). Di Amerika Utara, kebiasaan mandi adalah setiap hari, sedangkan pada budaya lain hal ini dilakukan satu kali seminggu (Potter & Perry, 2010).

Dalam penelitian Allegranzi, *et al* (2009), keyakinan agama dan budaya sangat mempengaruhi perilaku kebersihan tangan dan berpotensi mempengaruhi kesehatan masing-masing individu. Data yang diambil dari 7 agama di seluruh dunia tentang cara mencuci tangan membuktikan bahwa perilaku mencuci tangan dapat berbeda mulai dari gerakan saat mencuci tangan, konsep tangan “terlihat kotor”, dan penggunaan antiseptik berbasis alkohol karena beberapa agama melarang penggunaan antiseptik berbasis alkohol.

f. Pilihan pribadi

Tiap orang memiliki keinginan sendiri dalam menentukan bercukur, mandi, dan mengurus rambut. Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri, seperti penggunaan sabun, sampo, dan lain-lain. Pemilihan tersebut didasarkan pada selera pribadi, kebutuhan dan dana (Potter & Perry, 2010; Tarwoto & Wartonah, 2006).

Pada penelitian Ahmad, Suriah, dan Indra (2013), menunjukkan seseorang melakukan perilaku *personal hygiene* merupakan kebiasaan yang selalu dilakukan dan menjadi rutinitas yang tidak dapat dipisahkan. Seseorang melakukan perilaku *personal hygiene* salah satunya yaitu dorongan dari dirinya sendiri karena kesadaran akan pentingnya perilaku *personal hygiene* yang dilakukannya.

g. Kondisi fisik

Klien dengan keterbatasan fisik biasanya tidak memiliki energi dan ketangkasan untuk melakukan *hygiene*. Contohnya klien dengan traksi atau gips, atau terpasang infus intravena. Penyakit kronis (jantung, kanker, neurologis, psikiatrik) sering melelahkan klien. Genggaman yang melemah akibat artitis, *stroke*, atau kelainan otot menghambat klien untuk menggunakan sikat gigi, handuk basah, atau sisir (Potter & Perry, 2010).

Pada penelitian yang dilakukan Maria (2012), pasien dengan imobilisasi tidak mampu melakukan perawatan kebersihan dirinya, maka pasien memerlukan bantuan dari orang lain untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Dengan memenuhi

kebutuhan *personal hygiene* pasien, akan mempengaruhi kesehatan dan psikis dari seseorang tersebut.

E. Status Gizi Anak Usia Sekolah

1. Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah status kesehatan merupakan hasil dari keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrient. Status gizi seseorang didasarkan pada pengukuran antropometri, biokimia dan riwayat diet (Beck, 2004; Supariasa, 2010). Gizi yang baik adalah gizi yang seimbang. Gizi seimbang harus sesuai dengan kebutuhan tubuh, sehingga tidak terjadi malnutrisi. Kebutuhan gizi setiap orang berbeda – beda tergantung dari metabolisme dan genetik. Status gizi baik atau status gizi optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin (Almatsier, 2004; Supariasa, 2010).

2. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Gizi

Menurut Supariasa *et al*, (2010), status gizi dapat dipengaruhi oleh berbagai macam faktor, diantaranya yaitu :

a. Faktor langsung

Para ahli sependapat bahwa pada umumnya status gizi secara langsung sangat ditentukan oleh asupan makanan dan penyakit, khususnya penyakit infeksi. Banyak faktor yang melatarbelakangi asupan makanan dan penyakit diantaranya yaitu : ekonomi keluarga (pekerjaan dari orang tua), produksi pangan, kondisi perumahan (sanitasi perumahan), ketidaktahuan (pendidikan orang tua) dimana semakin tinggi pendapatan keluarga maka asupan makanan sehari – hari pun memadai tentunya dengan pengetahuan orang tua mengenai gizi, dimana antara pekerjaan dan pendidikan orang tua saling mempengaruhi (Supariasa *et al*, 2010).

b. Faktor tidak langsung

Ketahanan pangan menyangkut tiga hal mendasar yaitu : akses, ketersediaan dan konsumsi pangan. Aspek ketersediaan pangan bergantung pada sumber daya

alam, fisik dan sumber daya manusia. Sementara akses pangan hanya dapat terjadi bila rumah tangga mempunyai penghasilan cukup. Ketahanan pangan dan gizi yang baik merupakan prasyarat dasar bagi pembentukan sumber daya manusia yang berkualitas, yang berpengaruh pada peningkatan produktifitas masyarakat. Status gizi berkaitan erat dengan ketahanan pangan rumah tangga karena keadaan gizi setiap individu sangat dipengaruhi oleh kemampuan penyediaan dan pengelolaan pada masing – masing rumah tangga (Depkes, 2005).

Dikutip dari *Nutrition, health and school children Bulletin* (E. Weichselbaum and J. Buttriss, British Nutrition Foundation, London, UK , 2011) bahwa status gizi pada anak dapat dipengaruhi oleh intake makanan, pola aktivitas anak dan pilihan makanan anak sesuai kebutuhan tubuhnya. Hal ini di perkuat dengan jurnal *Role of Dietary Factors and Food Habits in the Development of Childhood Obesity: A Commentary by the ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition) Committee on Nutrition* (Carlo Agostoni, Christian Braegger, Tamas Decsi, Sanja Kolacek, Berthold Koletzko,& Walter Mihatsch *et al*, 2011) bahwa intake makanan, kebiasaan makan (tidak sarapan, makanan *fast food*, dan frekuensi makan) mempengaruhi terjadinya kejadian obesitas pada anak usia 2 – 18 tahun.

3. Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi dapat dilakukan dengan dua cara yaitu di lakukan secara langsung dan tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung dapat dilakukan dengan pengukuran antropometri, biokimia, klinis, dan biofisik. Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dilakukan dengan survey konsumsi, statistic vital, dan faktor ekologi (Supariasa *et al*, 2010)

a. Penilaian secara langsung

Penilaian status gizi secara langsung menurut Supariasa (2010) terdiri dari antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik.

1) Antropometri

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai

macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Parameter antropometri merupakan dasar dari penilaian status gizi. Kombinasi dari beberapa parameter disebut indeks antropometri. Dalam pengukuran indeks antropometri sering terjadi kerancuan, hal ini akan mempengaruhi interpretasi status gizi yang keliru. Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan yaitu Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB), perbedaan penggunaan indeks tersebut akan memberikan prevalensi status gizi yang berbeda (Supariasa *et al*, 2010).

a) Berat Badan menurut Umur

Berat badan merupakan salah satu parameter yang memberikan gambaran tentang masa tubuh. Masa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan – perubahan yang mendadak, misalnya karena terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau jumlah makanan yang dikonsumsi. Berat badan adalah parameter antropometri yang sangat labil. Dalam keadaan normal, dimana kesehatan baik dan keseimbangan antar konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, maka berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur. Sebaliknya dalam keadaan yang abnormal, terdapat dua kemungkinan perkembangan berat badan yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal. Berdasarkan karakteristik berat badan ini, maka indeks berat badan menurut umur digunakan sebagai salah satu cara pengukuran status gizi dan menggambarkan status gizi seseorang saat ini (Supariasa *et al*, 2010).

Kelebihan indeks BB/U adalah Lebih mudah dan lebih cepat dimengerti oleh masyarakat umum, serta baik untuk mengukur status gizi. Indeks BB/U juga dapat mengikuti perkembangan berat badan yang fluktuatif dan sensitif terhadap perubahan – perubahan kecil. Indeks ini dapat digunakan untuk mendeteksi kegemukan (*overweight*). Namun indeks BB/U memiliki beberapa kelemahan seperti tidak sesuai untuk interpretasi status gizi apabila terdapat edema atau asites, memerlukan data umur yang akurat khususnya untuk anak yang dibawah lima tahun,

dan sering terjadinya kesalahan dalam pengukuran dikarenakan pengaruh pakaian atau gerakan pada anak saat penimbangan.

b) Tinggi Badan menurut Umur

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Keadaan normal tinggi badan sering dengan penambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan yang relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Indeks TB/Umsamping memberikan gambaran status gizi masa lampau, juga lebih erat kaitannya dengan status sosial-ekonomi (Supriasa *et al*, 2010).

Kelebihan indeks TB/U adalah baik untuk menilai status gizi masa lampau (telah lewat) dan ukuran panjang sebagai alat dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa. Kelemahan indeks TB/U ialah tinggi badan tidak cepat naik, bahkan tidak mungkin turun, sehingga akan menghambat dalam interpretasi hasil, pengukuran relatif sulit dilakukan karena anak harus berdiri tegak, sehingga diperlukan dua orang untuk melakukannya dan ketepatan umur sulit didapat.

c) Berat Badan menurut Tinggi Badan

Berat badan memiliki hubungan yang linear dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Indeks BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini dan merupakan indeks yang independen terhadap umur (Supriasa *et al*, 2010).

Indeks ini memiliki kelebihan antara lain: tidak memerlukan data umur serta dapat membedakan proporsi badan (gemuk,normal,kurus). Namun indeks ini juga memiliki kelemahan seperti, Mengukur relatif lebih lama, tidak dapat memberikan gambaran apakah anak tersebut pendek, cukup tinggi badan atau kelebihan tinggi badan menurut umur, karena faktor umur tidak dipertimbangkan dan dalam praktek sering mengalami

kesulitan dalam melakukan pengukuran panjang badan pada kelompok balita.

2) Klinis

Metode ini didasarkan atas perubahan – perubahan yang terjadi yang di hubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel (*superficial epithelial tissues*) seperti kulit, mata, rambut, dan mukosa oral atau pada organ – organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid.

3) Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia merupakan pemeriksaan spesimen yang diuji laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain : darah, urine, tinja, dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot.

4) Biofisik

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan.

b. Penilaian Secara Tidak Langsung

Menurut Supriasa (2010), penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi menjadi tiga seperti survey konsumsi makanan, statistik vital, dan faktor ekologi. Adapun penjelasan masing – masing sebagai berikut:

1) Survei Konsumsi Makanan

Survei konsumsi makanan merupakan metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Pengumpulan data mengenai makanan yang dikonsumsi dapat menggambarkan tentang kelebihan dan kekurangan gizi.

2) Statistik Vital

Pengukuran status gizi melalui statistik vital adalah dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan, angka kematian akibat penyakit tertentu dan data lain yang

berhubungan dengan gizi sehingga dapat menunjang informasi mengenai status gizi.

3) Faktor Ekologi

Menurut Bengoa bahwa malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologi, dan lingkungan budaya, Jumlah makanan yang tersedia tergantung dari keadaan ekologi suatu wilayah seperti iklim, tanah, irigasi dan lain – lain.

4. Angka Kecukupan Gizi

Angka kecukupan gizi adalah nilai yang menunjukkan jumlah zat gizi yang di perlukan tubuh untuk hidup setiap hari bagi hampir semua populasi menurut kelompok umur, jenis kelamin, dan kondisi fisiologi tertentu seperti kehamilan dan menyusui (Muhilal, 2004). Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan beberapa parameter. Parameter merupakan ukuran tunggal dari tubuh manusia antara lain umur, berat badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar pinggul dan tinggi lemak bawah kulit. Indikator antropometri yang digunakan untuk menilai status gizi disajikan dalam bentuk indeks, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U). Pengukuran antropometri adalah pengukuran keadaan sebagai hasil penggunaan bahan makanan di dalam tubuh. Ambang batas dapat disajikan kedalam tiga cara yaitu persen terhadap median, persentil, dan standar deviasi (Supriasa, 2010)

Perhitungan dengan menggunakan cara yang sederhana yaitu dengan IMT sebagai alat untuk memantau status gizi, khususnya yang berkaitan dengan BB dan TB. IMT dapat mengetahui apakah berat badan seseorang dinyatakan normal, kurus, atau gemuk. Untuk mengetahui nilai IMT ini, dapat dihitung dengan menggunakan rumus berikut:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

F. Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan salah satu bentuk usaha dalam meningkatkan kualitas kesehatan yang ditekankan pada perubahan perilaku kesehatan individu, kelompok dan masyarakat. Promosi kesehatan diartikan sebagai tindakan – tindakan dalam usaha perbaikan dan perubahan perilaku dengan cakupan mengubah keadaan sosial, lingkungan serta ekonomi dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat dan individu secara optimal (Mubarak dan Chayatin, 2009; Nursalam dan Efendi, 2008).

Promosi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan pada individu maupun masyarakat melalui pengetahuan terkait intervensi dan strategi pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit serta pengelolaan penyakit secara mandiri. Promosi kesehatan akan menekan biaya terkait perawatan kesehatan sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan dan memfokuskan pada potensi usaha mempertahankan kebutuhan dasar dalam mempertahankan derajat kesehatan (Mubarak dan Chayatin, 2009; Nursalam dan Efendi, 2008). Salah satu *setting* promosi kesehatan adalah sekolah.

G. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

Usaha kesehatan di sekolah (UKS) merupakan salah satu usaha kesehatan pokok yang dilaksanakan oleh puskesmas dan juga usaha kesehatan masyarakat yang dijalankan di sekolah-sekolah dengan anak didik beserta lingkungan sekolahnya sebagai sasaran utama. Usaha kesehatan di sekolah juga berfungsi sebagai lembaga penerangan agar anak tahu dan mengerti bagaimana cara meningkatkan kualitas kesehatan secara mandiri dalam tingkat dasar (Prasasti, 2008). Usaha kesehatan di sekolah merupakan perpaduan dua upaya dasar yaitu, upaya kesehatan dan upaya pendidikan, yang nanti diharapkan UKS dapat dijadikan sebagai usaha dalam peningkatan kesehatan individu sejak dini.

Tujuan umum UKS adalah meningkatkan kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan peserta didik serta menciptakan lingkungan sekolah yang sehat sehingga tercapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal dalam upaya membentuk manusia Indonesia yang berkualitas. Tujuan khusus meliputi : meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan hidup sehat peserta didik; memandirikan peserta didik untuk berperilaku hidup bersih dan sehat seperti tidak merokok, melakukan aktivitas fisik dan makanan gizi seimbang; meningkatkan peran peserta didik dalam usaha peningkatan

kesehatan di sekolah, di rumah tangga dan di lingkungan masyarakat; meningkatkan keterampilan keterampilan hidup sehat peserta didik (Depkes, 2007).

Salah satu program UKS adalah program gizi. Pendidikan kesehatan tentang gizi meliputi mengenal berbagai makanan bergizi, nilai gizi pada makanan, memilih makanan yang bergizi, kebersihan makanan dan penyakit-penyakit akibat kekurangan atau kelebihan gizi. Pendidikan kesehatan melibatkan siswa, guru, tata usaha, petugas kantin dan lain-lain. Pemeliharaan dan pelayanan kesehatan meliputi pemeriksaan kesehatan tentang status gizi secara berkala, usaha perbaikan gizi, mengenal kelainan-kelainan yang mempengaruhi pertumbuhan jasmani melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan, menciptakan lingkungan sekolah yang sehat misalnya tersedia kantin atau warung sekolah yang memenuhi standar kesehatan (Notoatmojo, 2010).

Pendidikan gizi merupakan program utama terhadap perbaikan gizi. Pendidikan gizi yang diberikan adalah memberi pengetahuan tentang gizi yang disesuaikan dengan prinsip gizi seimbang, dapat diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari sehingga dapat meningkatkan status kesehatan anak (Kurniasih dkk, 2010). Allender, Rector, dan Warner (2010) juga mendukung bahwa pendidikan gizi dan pemantauan berat badan adalah hal yang sangat penting dari pelayanan promosi kesehatan. Anak perlu belajar untuk membiasakan makan yang sehat lebih dini dan dapat dipertahankan sepanjang masa.

H. Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS – AS)

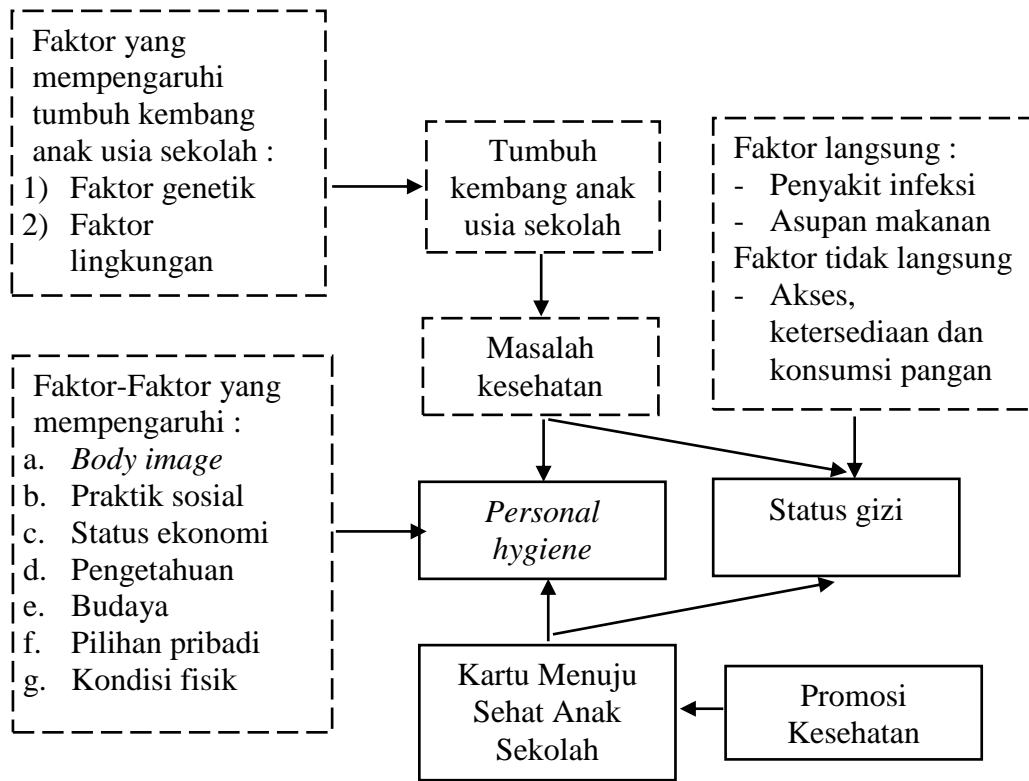
Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS-AS) yaitu kartu yang berisi grafik pertumbuhan tinggi badan, berat badan serta catatan perkembangan kesehatan peserta didik dan imunisasi. KMS-AS merupakan salah satu teknologi sederhana yang dapat dipakai untuk memantau tingkat keadaan gizi peserta didik.

Tujuan penggunaan KMS-AS adalah untuk memantau pertumbuhan dan keadaan gizi peserta didik, media pendidikan gizi dan kesehatan, dan meningkatkan partisipasi guru dan orang tua dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan peserta didik. Cara mengisi KMS-AS : 1) Isilah kolom identitas peserta didik; 2) Ukur tinggi badan menggunakan meteran (microtoise) dengan kapasitas 200 cm, dan berat badan dengan timbangan injak kapasitas 150 kg; 3) Beri titik potong berat badan dan tinggi badan

dalam KMS-AS dan 4) Baca dan intepretasikan hasil pengukuran sesuai dengan KMS pertumbuhan peserta didik.

I. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah rangkuman dari teori-teori saling terkait yang dibuat dalam bentuk diagram untuk menunjukkan hubungan antar variabel yang diteliti (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Berdasarkan uraian di atas dapat dibuat kerangka konsep penelitian sebagai berikut :



Keterangan

: Diteliti

: Tidak diteliti

J. Hipotesis

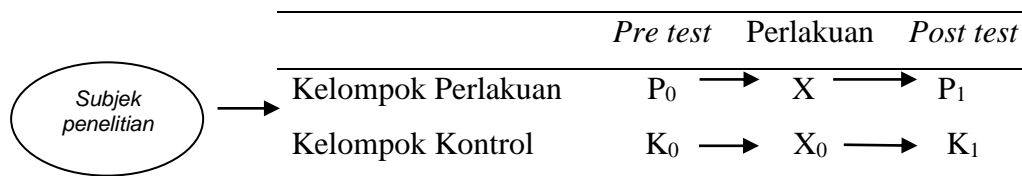
Berdasarkan tinjauan pustaka dan landasan teori, maka hipotesis pada penelitian ini adalah :

1. Terdapat peningkatan *personal hygiene* pada siswa sekolah dasar setelah diberikan intervensi promosi kesehatan melalui pemantauan Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS-AS) selama 2 bulan.
2. Terdapat peningkatan status gizi pada siswa sekolah dasar setelah diberikan intervensi promosi kesehatan melalui pemantauan Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS-AS) selama 2 bulan.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian menggunakan metode penelitian kuantitatif yaitu melihat pengaruh promosi kesehatan melalui pemantauan Kartu Menuju Sekolah Anak Sekolah (KMS – AS) terhadap status gizi di Kota Yogyakarta pada tahun 2015. Penelitian yang dilakukan menggunakan kuasi eksperimen dengan rancang *pre test-post test control group design*. Notasi dari model ini adalah sebagai berikut :



Skema 1. Rancangan penelitian *pre test - post test control group design*
(Campbell and Stanley, 1963)

Keterangan :

- Subjek penelitian : Siswa SD yang memenuhi kriteria inklusi untuk menjadi sampel penelitian.
- P₀K₀ : Pengukuran awal *personal hygiene* dan nilai IMT dengan mengukur BB dan TB pada kedua kelompok sebelum perlakuan.
- X : Perlakuan atau intervensi yang diberikan pada kelompok perlakuan berupa promosi kesehatan melalui pemantauan KMS-AS selama 2 bulan
- X₀: Pemberian intervensi standar pada siswa yaitu pengukuran status gizi secara berkala di UKS
- P₁, K₁ : Pengukuran *personal hygiene* nilai IMT dengan mengukur BB dan TB pada kedua kelompok setelah diberikan perlakuan berupa promosi kesehatan melalui pemantauan KMS-AS pada kelompok intervensi.

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi penelitian adalah seluruh siswa sekolah dasar laki – laki dan perempuan kelas 4 dan 5 yang berjumlah 107 responden di SD Negeri Gedong Tengen serta seluruh siswa sekolah dasar laki – laki dan perempuan kelas 4 dan kelas 5 SD Negeri Ngabean yang berjumlah 54 responden pada tahun ajaran 2014/2015. Kriteria inklusi yang diterapkan pada populasi adalah siswa SD yang saat penelitian aktif sebagai siswa dan dalam kondisi sehat. Kriteria eksklusi adalah siswa SD yang memiliki penyakit kronik yang mengganggu status gizinya seperti sakit TB. Kriteria drop out adalah siswa SD yang tidak mengikuti secara rutin pemantauan status gizi melalui KMS-AS dan sakit pada saat kegiatan penelitian berlangsung.

2. Sampel

Sampel penelitian adalah siswa sekolah dasar kelas 4 dan 5 SD Negeri Gedong Tengen sebagai kelompok intervensi dan SD Negeri Ngabean sebagai kelompok kontrol. Besar sampel ditentukan dengan menggunakan rumus besar sampel penelitian eksperimen yaitu rumus estimasi besar sampel untuk menguji hipotesis beda 2 rerata kelompok independent (Sastroasmoro & Ismael, 2002).

$$n_1 = n_2 = 2 \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta)S}{(X_1 - X_2)} \right]^2$$

Keterangan :

n : Besar sampel minimal

$Z\alpha$: Nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada $\alpha 5\% = 1,96$

$Z_{1-\beta}$: Nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada β (power yang digunakan) yaitu $80\% = 0,84$

$X_1 - X_2$: Beda mean yang dianggap bermakna secara klinik antara kedua kelompok

S : Simpangan baku kedua kelompok yaitu 2,05 (Penelitian A. Hall *et al*, 2013)

Dengan menggunakan rumus diatas maka besar sampel yang digunakan untuk kelompok kontrol dan perlakuan adalah :

$$n_1 = n_2 = 2 \left[\frac{(1,96 + 0,84)2,05}{2} \right]^2$$

$$n_1 = n_2 = 2 \left[\frac{5,74}{2} \right]^2, \quad n_1 = n_2 = 2[2,87]^2, \quad n_1 = n_2 = 32,94 = 33 \text{orang}$$

Hasil perhitungan sampel didapatkan jumlah sampel untuk kelompok intervensi adalah 33 orang dan kelompok kontrol 33 orang, untuk mengantisipasi drop out maka setiap kelompok ditambahkan masing-masing 10%, sehingga jumlah sampel untuk masing-masing kelompok adalah 36 orang. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara acak sederhana (*simple random sampling*).

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di SD Negeri Gedong Tengen dan SD Ngabean dengan alasan SD ini memenuhi kriteria terkait dengan jumlah populasi, sampel dan temuan kasus yang berhubungan dengan penelitian.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan April-Mei 2015

D. Variabel Penelitian

Variabel bebas pada penelitian ini adalah promosi kesehatan melalui pemantauan status gizi melalui Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS – AS). Variabel terikat pada penelitian ini adalah *personal hygiene* dan status gizi siswa SD dengan pengukuran IMT.

E. Definisi Operasional

1. Promosi kesehatan pemantuan *Personal hygiene* anak usia sekolah melalui Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS-AS) adalah promosi kesehatan mengenai *personal hygiene* melalui media berbentuk kartu yang dapat dipakai untuk memantau *personal hygiene* peserta didik, didalam kartu salah satunya berisi tentang tabel untuk memantau kebersihan mata, kuku, kulit, telinga, dan mulut.

Promosi kesehatan melalui pemantauan KMS-AS dilakukan dua minggu sekali dengan materi promosi kesehatan meliputi edukasi *personal hygiene* pada anak sekolah dan pengukuran *personal hygiene* siswa secara berkala dua minggu sekali. Kegiatan ini dilakukan selama dua bulan dimana pada bulan pertama akan dilakukan promosi kesehatan, dan pada satu bulan terakhir adalah pemantauan *personal hygiene* siswa yaitu dilakukan pengukuran dengan menggunakan KMS-AS. Data *personal hygiene* akan diukur sebanyak tiga kali pengukuran yaitu bulan pertama sebanyak dua kali pengukuran dan satu kali dilakukan pada minggu terakhir bulan kedua.

Promosi kesehatan pemantauan status gizi melalui Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS-AS) adalah promosi kesehatan mengenai gizi melalui media berbentuk kartu yang dapat dipakai untuk memantau tingkat keadaan gizi peserta didik, didalam kartu berisi grafik pertumbuhan tinggi badan, berat badan serta catatan perkembangan kesehatan siswa dan siswi. Promosi kesehatan melalui pemantauan KMS-AS dilakukan dua minggu sekali dengan materi promosi kesehatan meliputi edukasi gizi seimbang pada anak sekolah dan pengukuran status gizi siswa secara berkala dua minggu sekali. Kegiatan akan dilakukan selama dua bulan dimana pada bulan pertama akan dilakukan promosi kesehatan, dan pada satu bulan terakhir adalah pemantauan status gizi siswa yaitu dilakukan pengukuran status gizi dengan menggunakan KMS-AS. Data IMT akan diukur sebanyak tiga kali pengukuran yaitu pada bulan pertama sebanyak dua kali pengukuran dan satu kali pengukuran dilakukan pada minggu terakhir bulan kedua.

2. *Personal Hygiene* anak usia sekolah adalah praktek yang dilakukan siswa usia sekolah dalam melaksanakan perawatan diri atau kebersihan diri pada dirinya. *Personal hygiene* siswa dilihat melalui pengetahuan, sikap dan praktek perawatan diri. Pengetahuan tentang *personal hygiene* meliputi definisi, tujuan, macam-macam, dan cara perawatan *personal hygiene*. Sikap tentang *personal hygiene* meliputi kebersihan tangan, kebersihan rambut, kebersihan mulut dan gigi, kebersihan kulit, kebersihan kuku, kebersihan mata, dan kebersihan telinga.

Praktek perawatan diri dilakukan pemantauan melalui KMS-AS. Data yang dihasilkan adalah data berskala rasio. Untuk memudahkan hasil interpretasi, pada analisis univariat akan disajikan pengkategorian untuk variabel pengetahuan, sikap dan perilaku *personal hygiene*. Kategori yang akan digunakan adalah tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang. Kategori baik dengan skor 76%-100%, cukup dengan skor mencapai 56%-75% dan kurang dengan skor mencapai $\leq 55\%$.

Status Gizi adalah pengukuran indeks masa tubuh (IMT) siswa dengan menggunakan *WHO anthro plus* untuk anak usia 5-19 tahun. Data yang dihasilkan berskala rasio dan merupakan data kontinue. Dalam memudahkan presentasi, akan disajikan juga data berupa kategori IMT yaitu pembagian IMT menjadi gemuk, normal dan kurus.

F. Instrumen Penelitian

1. Modul promosi kesehatan yang berisi materi tentang definisi, tujuan, macam-macam, dan cara perawatan *personal hygiene*.
2. Kuesioner digunakan untuk mengukur pengetahuan dan sikap siswa tentang *personal hygiene*. Kuesioner untuk mengukur pengetahuan kuesioner terdiri dari 15 pertanyaan. Pertanyaan dibuat dalam dua tipe yaitu *favorable* dan *unfavorable*. Setiap jawaban pertanyaan *favorable* dijawab dengan benar diberi nilai 1 dan jika jawaban salah atau tidak benar diberi nilai 0 sedangkan setiap pertanyaan *unfavorable* dijawab dengan benar diberi nilai 0 dan jika jawaban salah diberi nilai 1.
 - a. Kuesioner tentang sikap *personal hygiene* siswa terdiri dari 38 pertanyaan. Pertanyaan dibuat dalam dua tipe yaitu *favorable* dan *unfavorable*. Lembar kuesioner menggunakan skala Likert dengan tingkatan selalu, sering, kadang-kadang, dan tidak pernah. Setiap jawaban pertanyaan *favorable* dijawab selalu diberi nilai 4, sering diberi nilai 3, kadang-kadang diberi nilai 2, dan tidak pernah diberi nilai 1 sedangkan setiap pertanyaan *unfavorable* dijawab selalu diberi nilai 1, sering diberi nilai 2, kadang-kadang diberi nilai 3, dan tidak pernah diberi nilai 4. Perilaku *personal hygiene* dipantau melalui KMS-AS.

Tabel 2 Kisi-kisi kuesioner

| Kisi-Kisi | <i>Favourable</i> | <i>Unfavourable</i> | Jumlah pertanyaan |
|------------------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------|
| Pengetahuan : | | | |
| a. Definisi | 1 | - | 1 |
| b. Tujuan | 2 | - | 1 |
| c. Macam-macam | 3 | - | 1 |
| d. Cara perawatan diri | 5,7,9,10,11,12,13, 14,15 | 4,6,8 | 12 |
| Sikap : | | | |
| a. Kebersihan tangan | 1,2,3,4,5,6 | 7 | 7 |
| b. Kebersihan rambut | 1,2,4,5 | 3 | 5 |
| c. Kebersihan mulut dan gigi | 1,3,4,7 | 2,5,6 | 7 |
| d. Kebersihan kulit | 2,4,5 | 1,3 | 5 |
| e. Kebersihan kuku | 1,3,5 | 2,4 | 5 |
| f. Kebersihan mata | 1,2,3,4, | 5 | 5 |
| g. Kebersihan telinga | 1,3,4 | 2 | 4 |

- Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS-AS) merupakan kartu pemantuan kesehatan anak usia sekolah yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI. KMS-AS digunakan salah satunya untuk memantau *personal hygiene* siswa.
- Alat yang digunakan untuk mengukur berat badan adalah timbangan berat badan digital dengan kapasitas 150 kg dan ketelitian 50 gram; menggunakan baterai 3A sebanyak 2 buah. Pengukuran tinggi badan pada responden dilakukan dalam posisi berdiri dengan menggunakan *microtoise* dengan kapasitas ukur 2 meter dan ketelitian 0,1 cm. Data hasil pengukuran status gizi balita kemudian diinterpretasi melalui program WHO Anthro plus untuk mengetahui status gizi siswa.

G. Cara Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data didapatkan dari responden dengan cara pengukuran secara langsung meliputi tinggi badan, dan berat badan serta observasi Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS-AS) secara berkala setiap 2 minggu sekali. Kegiatan akan dilakukan selama dua bulan dimana pada bulan pertama akan dilakukan promosi kesehatan, dan pada satu bulan terakhir adalah pemantauan status gizi siswa yaitu dilakukan pengukuran status gizi dengan menggunakan KMS-AS. Data IMT akan

diukur sebanyak tiga kali pengukuran yaitu pada bulan pertama sebanyak dua kali pengukuran dan satu kali pengukuran dilakukan pada minggu terakhir bulan kedua.

H. Uji Validitas dan Reabilitas

Uji validitas dilakukan sebelum penelitian dimulai untuk menguji tingkat kesahihan atau kevalidan suatu instrumen. Suatu instrumen yang valid atau sah mempunyai validitas tinggi, sebaliknya instrumen yang kurang valid berarti memiliki validitas rendah (Arikunto, 2006). Alat uji yang digunakan adalah kuesioner tentang pengetahuan, sikap dan perilaku *personal hygiene* anak usia sekolah, yang sebelumnya kuesioner tersebut dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas pada penelitian ini menggunakan *Pearson Product Moment*. Rumus *pearson Product Moment* :

$$r_{xy} = \frac{N\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N\sum X^2 - (\sum X)^2\}\{N\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan

r_{xy} : Koefisien korelasi antar variabel X dan Y

$N\sum XY$: Jumlah perkalian X dan Y

$\sum x$: Jumlah skor item (X)

$\sum y$: Jumlah skor total item (Y)

N : Jumlah responden

Jika nilai t hitung > t tabel berarti valid, demikian sebaliknya jika nilai t hitung < t tabel berarti tidak valid. Tabel t = 0,05. Pada penelitian ini uji reliabilitas dihitung dengan teknik analisis variant yang dikembangkan oleh Alfa Cronbach, adapun rumusnya sebagai berikut:

$$r_{11} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \cdot \left[1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Keterangan :

r_{11} : reliabilitas istrumen atau koefisien alfa

k : banyaknya bulir soal

$\sum \sigma_i^2$: jumlah varians bulir

σ^2_t : varian total

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan untuk timbangan berat badan digital dan *microtoise* agar menjaga validitas dan reliabilitas. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan di Balai Meteorologi Yogyakarta.

I. Analisis Data

Analisis pada penelitian ini dilakukan dengan membandingkan keadaan sebelum dan sesudah perlakuan. Selain itu juga dilakukan komparabilitas antara kedua kelompok (perlakuan dan kontrol) dengan melihat perbedaan selisih peningkatan *personal hygiene* dan status gizi keadaan sebelum perlakuan dibandingkan sesudah perlakuan dan juga melihat peningkatan *personal hygiene* dan status gizi antara kedua kelompok. Uji statistik yang dipakai pada analisis ini adalah *t test* dengan taraf kepercayaan 95%. Uji t digunakan untuk tujuan melihat perbedaan dua sampel bebas dengan jumlah besar dengan skala data rasio. Data diolah dengan menggunakan program SPSS 15.

J. Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian. Etika penelitian diproses dan didapatkan dari Komisi Etik dan Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UMY.

Sebelum penelitian dilakukan, peneliti melakukan permohonan dan persetujuan dari instansi, badan/lembaga yang terkait untuk melaksanakan penelitian. Kepada responden penelitian, peneliti memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian, kesediaan menjadi responden dengan menyetujui lembar persetujuan (*Informed Consent*) dan menjaga kerahasiaan responden.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di SD Negeri Gedong Tengen dan SD Negeri Ngabean. SD Negeri Gedong Tengen digunakan sebagai kelompok intervensi dan SD Negeri Ngabean sebagai kelompok kontrol. SD Negeri Gedong Tengen adalah suatu instansi pendidikan yang berada di Yogyakarta yang terletak di jalan Letjen Suprpto 84. SD Negeri Gedong Tengen mempunyai kelas sampai dengan kelas 6 dan setiap kelas memiliki kelas A dan kelas B dengan siswa yang berjumlah 254 siswa.

SD Negeri Gedong Tengen memiliki beberapa fasilitas yang salah satunya yaitu satu ruang UKS. UKS tersebut memiliki luas ruangan yaitu 3,5 meter x 6,5 meter, memiliki 2 kasur, pengukur tinggi badan, timbangan berat badan, beberapa gambar-gambar tentang kesehatan, dan juga buku-buku tentang informasi kesehatan. Dahulu UKS memiliki kegiatan rutin yaitu mengukur tinggi badan dan berat badan setiap pergantian semester tetapi kegiatan tersebut sudah berhenti sejak tahun 2010 dan sekarang tidak ada kegiatan rutin yang diadakan oleh tim UKS. Promosi kesehatan hanya dilakukan ketika ada sponsor yang menawarkan kegiatan tersebut. Puskesmas juga tidak melakukan kegiatan rutin pada sekolah tersebut, puskesmas hanya melakukan kunjungan ketika akan ada lomba tentang dokter kecil yang diadakan oleh Dinas Kesehatan.

Tempat penelitian kelompok kontrol berada di SD Negeri Ngabean. SD Negeri Ngabean adalah suatu instansi pendidikan yang berada di Yogyakarta yang terletak di jalan K.H Ahmad Dahlan. SD Negeri Ngabean memiliki 6 kelas dengan siswa yang berjumlah 154 siswa.

SD Negeri Ngabean juga memiliki fasilitas satu ruangan UKS. UKS tersebut memiliki luas 3 meter x 4 meter, memiliki 1 kasur, pengukur tinggi badan, timbangan berat badan, beberapa gambar-gambar tentang kesehatan, dan juga buku-buku tentang informasi kesehatan. Tim UKS di SD ini memiliki agenda rutin yaitu pengukuran tinggi badan dan berat badan yang dilaksanakan pada saat pergantian

semester dan tidak ada kegiatan rutin tentang promosi kesehatan. Promosi kesehatan di sekolah ini hanya dilakukan ketika ada sponsor yang menawarkan kegiatan tersebut. Kegiatan rutin yang dilakukan Puskesmas yaitu imunisasi sedangkan promosi kesehatan tidak pernah dilakukan di SD Negeri Ngabean.

2. Promosi kesehatan KMS-AS terhadap *personal hygiene* siswa

Promosi kesehatan terhadap *personal hygiene* dilihat dari pengetahuan dan perilaku pemenuhan *personal hygiene* siswa.

Tabel 4.1. Distribusi pengetahuan tentang *personal hygiene* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol (n=72)

| Variabel | Kelompok intervensi (n=36) | | kelompok kontrol (n=36) | |
|--------------------------|----------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|
| | Pre Mean±SD | Post Mean±SD | Pre Mean±SD | Post Mean±SD |
| Pengetahuan siswa | 7,5 ± 2,03 | 9,47 ± 1,18 | 7,69 ± 1,43 | 8,19 ± 1,32 |

Berdasarkan tabel 4.1, dapat dilihat bahwa dari 72 responden yang diteliti, pengetahuan tentang *personal hygiene* siswa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada *pre test* terdapat perbedaan rata-rata 0,19. Pada pengukuran *post test*, kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat perbedaan rata-rata 1,28.

Tabel 4.2. Distribusi perilaku tentang *personal hygiene* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol (n=72)

| Variabel | Kelompok intervensi (n=36) | | Kelompok kontrol (n=36) | |
|-----------------------|----------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|
| | Pre Mean±SD | Post Mean±SD | Pre Mean±SD | Post Mean±SD |
| Perilaku siswa | 81,06 ± 13,19 | 91,72 ± 8,3 | 81,58 ± 9,3 | 83,42 ± 8,23 |

Berdasarkan tabel 4.2, dapat dilihat bahwa dari 72 responden yang diteliti, perilaku tentang *personal hygiene* siswa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada *pre test* terdapat perbedaan rata-rata 0,52. Sedangkan pada *post test* kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat perbedaan rata-rata 8,3.

Tabel 4.3. Uji normalitas *personal hygiene* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol (n=72)

| Variabel | Kelompok intervensi | kelompok kontrol |
|-----------------------------|---------------------|------------------|
| | p* | p* |
| Pengetahuan siswa pre test | 0,000 | 0,001 |
| Pengetahuan siswa post test | 0,008 | 0,000 |
| Perilaku siswa pre test | 0,2 | 0,2 |
| Perilaku siswa post test | 0,2 | 0,07 |

p* < 0,05 based on Kolmogorov smirnov

Berdasarkan tabel diatas, uji normalitas pada variabel pengetahuan menunjukkan distribusi data tidak normal baik pada kelompok kontrol maupun intervensi. Pada variabel perilaku menunjukkan distribusi data normal.

Tabel 4.4. Analisis bivariat tingkat pengetahuan dan perilaku pre test dan post test tentang *personal hygiene*

| No. | Variabel | Pre test | Post Test | P value |
|-----|---------------------------------|---------------|--------------|---------|
| | | Mean ± SD | Mean ± SD | |
| 1. | Pengetahuan kelompok intervensi | 7,5 ± 2,03 | 9,47 ± 1,18 | 0,000* |
| 2. | Pengetahuan kelompok kontrol | 7,69 ± 1,43 | 8,13 ± 1,32 | 0,097* |
| 3. | Perilaku kelompok intervensi | 81,06 ± 13,19 | 91,72 ± 8,3 | 0,000** |
| 4. | Perilaku kelompok kontrol | 81,58 ± 9,32 | 83,42 ± 8,23 | 0,425** |

Ket: *p value based on wilcoxon

**p value based on paired t-test

Berdasarkan tabel 4.4, didapatkan hasil bahwa pengetahuan dan perilaku tentang *personal hygiene* pada kelompok intervensi memiliki dari nilai *p value* 0,000 yang berarti $p < 0,05$ sehingga dapat disimpulkan terdapat peningkatan pengetahuan setelah diberikan intervensi berupa promosi kesehatan melalui pemantauan kartu menuju sehat anak sekolah. Pada kelompok kontrol, pengetahuan dan perilaku tentang *personal hygiene* memiliki nilai 0,097 dan 0,425 yang berarti $p > 0,05$ sehingga pada kelompok kontrol memiliki makna tidak ada peningkatan yang signifikan.

Tabel 4.5. analisis bivariat antar kelompok tingkat pengetahuan dan perilaku tentang *personal hygiene* antar kelompok

| No. | Variabel | z/t | P value |
|-----|-----------------------------|-------|---------|
| 1. | Pengetahuan post intervensi | -3,84 | 0,000* |
| 2. | Perilaku post intervensi | 4,26 | 0,000** |

Ket: **p value based on Mann whitney*

***p value based on independent t test*

Berdasarkan tabel 4.5, distribusi tingkat pengetahuan tentang *personal hygiene* antar kelompok post intervensi di peroleh *p value* 0,000 yang berarti ($P < 0,05$) sehingga mempunyai makna terdapat peningkatan pengetahuan setelah diberikan intervensi berupa promosi kesehatan melalui pemantauan kartu menuju sehat anak sekolah. Pada perilaku tentang *personal hygiene* antar kelompok post intervensi diperoleh *p value* 0,000 ($P < 0,05$) sehingga mempunyai makna terdapat peningkatan perilaku setelah diberikan intervensi berupa promosi kesehatan melalui pemantauan kartu menuju sehat anak sekolah.

3. Promosi kesehatan KMS-AS terhadap status gizi siswa

Tabel 4.6. Distribusi Status Gizi Berdasarkan IMT pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

| Status Gizi | Kelompok Intervensi (n = 33) | | Kelompok Kontrol (n = 35) | | Kelompok Intervensi (n = 33) | | Kelompok Kontrol (n = 35) | |
|-------------|---------------------------------|------|------------------------------|------|---------------------------------|------|------------------------------|------|
| | <i>Pre test</i> | | <i>Post Test</i> | | <i>Pre test</i> | | <i>Post Test</i> | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Kurus | 19 | 57,6 | 20 | 60,6 | 25 | 71,4 | 22 | 62,9 |
| Normal | 5 | 15,2 | 5 | 15,2 | 7 | 20 | 13 | 37,1 |
| Gemuk | 6 | 18,2 | 6 | 18,2 | 3 | 8,6 | 0 | 0 |
| Obesitas | 3 | 9,1 | 2 | 6,1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jumlah | 33 | 100 | 33 | 100 | 35 | 100 | 35 | 100 |

Keterangan : Kurus dengan IMT 18,4

Normal dengan IMT 18,5 – 25,0

Gemuk dengan IMT 25,1 – 27,0

Obesitas dengan IMT > 27,0

(Sumber : *International Obesity Task Force (IOTF)* dan Depkes RI)

Berdasarkan tabel 4.6 dapat diketahui distribusi status gizi berdasarkan IMT pada kelompok kontrol dan intervensi sebelum dan setelah intervensi. Terdapat peningkatan 3% pada kategori kurus di kelompok intervensi setelah dilakukan *post test*, dan penurunan 8,5% pada kelompok kontrol setelah *post test*.

Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Nilai *Z score* Sebelum dan Setelah Intervensi

| Z score | Kelompok Intervensi | Kelompok Kontrol |
|------------------|---------------------|------------------|
| | n = 33 | n = 35 |
| | <i>Mean</i> ± sd | <i>Mean</i> ± sd |
| <i>Pre test</i> | 20,3 ± 5,51 | 17,7±3,98 |
| <i>Post test</i> | 19,13 ± 5,18 | 17,4±3,69 |

Pada tabel 4.7 dapat dilihat dari 68 responden berdasarkan nilai *Z Score* pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol saat *pre test* terdapat perbedaan rata – rata 2,6. Sedangkan setelah dilakukan *post test* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi terdapat selisih rata – rata 1,73. Sebelum dilakukan analisis bivariat, terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data.

Tabel 4.8. Uji *normalitas* status gizi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol (n=68)

| Variabel | Kelompok intervensi p* | Kelompok kontrol p* |
|-----------------------------|---------------------------|------------------------|
| Status gizi siswa pre test | 0,001 | 0,006 |
| Status gizi siswa post test | 0,006 | 0,005 |

**P Value* < 0,05 based on Kolmogorov smirnov

Berdasarkan tabel 4.8, uji normalitas pada status gizi siswa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol saat pre test maupun post test tidak terdistribusi normal, sehingga analisis selanjutnya menggunakan analisis non parametric.

Pada analisis bivariat dilakukan uji beda pada kelompok dan antar kelompok. Pada uji beda pre post test pada kelompok, analisis yang digunakan adalah uji Wilcoxon, sedangkan antar kelompok yaitu menguji perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan uji Mann Whitney.

Tabel 4.9. Uji Analisis bivariat *Z score* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

| Variabel | Kelompok Intervensi | | Kelompok Kontrol | |
|-----------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| | <i>Pre-test</i> <i>Mean ± sd</i> | <i>Post-test</i> <i>Mean ± sd</i> | <i>Pre-test</i> <i>Mean ± sd</i> | <i>Post-test</i> <i>Mean ± sd</i> |
| <i>Z score</i> | 20,30 ± 5,50 | 19,13 ± 5,18 | 17,74 ± 3,99 | 17,40 ± 3,70 |
| <i>*P Value</i> | 0,000 | | 0,068 | |

P Value < 0,05 based on Wilcoxon test

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terdapat peningkatan nilai *z score*, sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat peningkatan.

Tabel 4.10. Analisis Bivariat Antar Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

| Variabel | <i>z/t</i> | <i>P value</i> |
|-----------------------------|------------|----------------|
| Status gizi post intervensi | -1,57 | 0,116 |

Ket: *p value < 0,05 based on Mann whitney*

Tabel 4.10 menunjukkan tidak ada peningkatan status gizi dengan nilai *p > 0,05*.

B. Pembahasan

1. Promosi kesehatan KMS-AS terhadap *personal hygiene* siswa

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan yang signifikan tentang pengetahuan dan perilaku tentang *personal hygiene* dari kelompok intervensi yaitu ditunjukkan dengan nilai *p value < 0,05*, sedangkan pada kelompok kontrol walaupun menunjukkan peningkatan nilai, namun dengan nilai *p value > 0,05* menunjukkan tidak ada peningkatan yang signifikan.

Pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak disengaja dan ini terjadi setelah orang yang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu (Wahit dkk, 2007). Pengetahuan yang diketahui pada anak usia sekolah umumnya berasal dari pengalaman individu, informasi yang diperoleh dari guru,

orang tua, buku, informasi dari tenaga kesehatan, dan lain sebagainya sehingga yang semula anak tidak tahu menjadi tahu. Promosi kesehatan yang diberikan kepada responden berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan.

Hal tersebut didukung oleh Notoatmodjo (2007) bahwa pengetahuan merupakan hasil dari penginderaan terhadap suatu objek tertentu dari tidak tahu menjadi tahu dan sebagian besar pengetahuan diperoleh dari mata dan telinga. Pada penelitian ini pemberian promosi kesehatan yang diberikan pada responden berupa pengertian dari *personal hygiene*, tujuan *personal hygiene*, macam-macam *personal hygiene*, serta cara merawat atau menjaga dari masing-masing jenis *personal hygiene*. Pada saat memberikan edukasi metode yang dipilih adalah dengan menggunakan metode ceramah, diskusi, demonstrasi dan dengan media *booklet*. Pemberian metode dan media tersebut diharapkan hasil dari promosi kesehatan akan lebih maksimal, karena pada saat ceramah, diskusi, dan demonstrasi responden dapat menerima informasi lebih maksimal yang ditambah dengan pemberian *booklet* sehingga responden tetap dapat membaca materi *personal hygiene* di mana saja. Pemilihan metode edukasi merupakan komponen yang sangat penting dalam menyampaikan informasi, sehingga informasi yang disampaikan dapat diterima dan dipahami oleh orang lain.

Dari hasil uji *Mann Whitney* untuk pengetahuan setelah post test pada tabel 4.5 menunjukkan hasil $p = 0,000$ atau $p < 0,05$, yang berarti ada perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat peningkatan yang signifikan *personal hygiene* sebelum dan sesudah diberikan promosi kesehatan. Dengan demikian pemberian edukasi dapat meningkatkan pengetahuan.

Penelitian ini didukung dengan penelitian dari Anggraini (2013) yang terdapat pengaruh promosi kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan *personal hygiene* dan dari penelitian tersebut didapatkan hasil $p = 0,001$. Penelitian lain dari Lisnawati (2012) tentang hubungan pengetahuan dengan promosi kesehatan. Dari penelitian tersebut hasil menunjukkan $p = 0,000$ sehingga ada hubungan pengetahuan dengan promosi kesehatan. Berdasarkan penelitian tersebut hal ini menunjukkan adanya penyuluhan atau edukasi dapat meningkatkan pengetahuan seseorang.

Pada perilaku tentang *personal hygiene* dapat dilihat pada tabel 4.2 dimana terdapat perbedaan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang hasilnya terdapat perbedaan yang signifikan pada kelompok intervensi. Pada kelompok intervensi saat pre test memiliki nilai rata-rata 81,06 dan menunjukkan peningkatan setelah post test dengan nilai rata-rata 91,72. Nilai tersebut dapat dibandingkan dengan kelompok kontrol dimana nilai rata-rata saat pre test 81,58 dan saat post test menunjukkan menunjukkan sedikit peningkatan yang menjadi 83,42.

Berdasarkan data Analisis bivariat pada tabel 4.5 dapat dilihat bahwa pada kelompok intervensi terdapat peningkatan yang signifikan setelah diberikan promosi kesehatan melalui pemantauan kartu menuju sehat anak sekolah. Hal ini dapat ditunjukkan dengan nilai *p value* 0,000. Peningkatan perilaku *personal hygiene* pada kelompok intervensi karena dipengaruhi oleh adanya pemberian intervensi berupa promosi kesehatan melalui pemantauan kartu menuju sehat anak sekolah sehingga siswa setelah mengetahui hasil yang tertera pada kartu menuju sehat anak sekolah responden dapat mengubah perilaku mereka yang semula kurang memperhatikan terhadap *personal hygiene* menjadi lebih baik untuk memperhatikan *personal hygiene* diri sendiri, serta ditambah dengan intervensi berupa metode ceramah, diskusi, dan demonstrasi yang menjadikan faktor peningkatan perilaku responden.

Promosi yang dilakukan tersebut sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Maulana (2009) bahwa strategi perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga cara yaitu dengan tekanan (*enforcement*) adalah mengubah perilaku dengan tekanan, paksaan atau koreksi melalui penggunaan kekuasaan dan kekuatan orang dapat berubah perilakunya. Kedua adalah dengan memberi informasi atau edukasi yaitu mengubah perilaku yang dilaksakan dengan cara persuasi, bujukan, himabauan, ajakan, memberi informasi dan memberi kesadaran melalui kegiatan yang disebut dengan pendidikan atau penyuluhan kesehatan. Upaya ini dilakukan dengan meningkatkan pengetahuan yang akhirnya merubah sikap dan perilakunya. Ketiga adalah dengan diskusi dan partisipasi yang merupakan cara lanjutan setelah memberi informasi dan edukasi. Informasi bersifat dua arah yang memperluas dan memperdalam pemahaman seseorang tentang kesehatan.

Pemberian promosi kesehatan dengan kombinasi berbagai macam media merupakan hal yang dapat mempengaruhi peningkatan perilaku *personal hygiene* anak usia sekolah. Dalam penelitian ini metode yang digunakan adalah ceramah dan diskusi serta ditambah dengan media cetak berupa Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS-AS) yang dapat dijadikan sebagai alat pemantauan perilaku pada responden sehingga menjadi salah satu faktor peningkatan perilaku pada responden. Media dalam pemberian promosi kesehatan dapat juga digunakan dalam bentuk gambar, slide, poster, video, alat peraga dan lain-lain. Menurut Notoatmodjo (2007) dengan pemberian material pembelajaran secara kombinasi sangat efektif untuk membantu dalam merubah perilaku kesehatan seseorang.

Pemberian promosi kesehatan terhadap perilaku tentang *personal hygiene* anak usia sekolah juga didukung oleh penelitian dari Fatim (2012) yang berjudul pengaruh pendidikan kesehatan tentang *personal hygiene* terhadap tingkat pengetahuan dan perilaku *personal hygiene* pada anak usia sekolah. Dari hasil penelitian tersebut didapatkan adanya hasil terdapat pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap perilaku tentang *personal hygiene* pada anak usia sekolah. Promosi kesehatan mengupayakan agar perilaku individu atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

2. Promosi kesehatan KMS-AS terhadap status gizi siswa

Hasil analisis univariat menunjukkan pada saat pretest ditemukan banyak sekali anak dengan kategori kurus atau dengan $IMT \leq 18,4$. Menurut Supriasa (2010) dan UNICEF (1998), banyak faktor yang mempengaruhi masalah gizi. Pertama, faktor langsung berupa asupan pangan, penyakit infeksi yang secara langsung mempengaruhi status gizi. Timbulnya masalah gizi kurang bukan saja karena kurangnya konsumsi pangan tetapi juga karena adanya penyakit. Anak yang mendapat makanan cukup baik namun sering diserang penyakit misalnya seperti diare atau demam dapat menimbulkan masalah gizi. Sebaliknya anak yang makan tidak cukup baik maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan ini memudahkan terserang penyakit infeksi, kurang nafsu makan, dan akhirnya terkena masalah gizi kurang (Soekirman, 2000). Beberapa faktor tidak langsung yaitu ketahanan pangan,

pola asuh anak, pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan WHO (2007). Keempat faktor tersebut saling berkaitan dan berhubungan satu dengan yang lain.

Berdasarkan data Analisis bivariat dapat dilihat bahwa terjadi peningkatan yang signifikan pada kelompok intervensi setelah diberikan promosi kesehatan melalui pemantauan Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah. Hal ini ditunjukkan dengan nilai *p value* 0,000. Peningkatan status gizi pada kelompok intervensi karena dipengaruhi oleh pemberian promosi kesehatan melalui pemantauan Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah sehingga siswa setelah mengetahui hasil pengukuran yang tertera pada Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah responden dapat merubah perilaku dalam pemenuhan nutrisi sehari – hari, ditambah dengan intervensi berupa metode ceramah, diskusi, dan demonstrasi yang menjadikan faktor peningkatan status gizi responden.

Promosi yang dilakukan tersebut sesuai dengan pernyataan Maulana (2009) bahwa strategi perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga cara yaitu dengan tekanan (*enforcement*) adalah mengubah perilaku dengan tekanan, paksaan atau koreksi melalui penggunaan kekuasaan dan kekuatan orang dapat berubah perilakunya. Kedua adalah dengan memberi informasi atau edukasi yaitu mengubah perilaku yang dilaksakan dengan cara persuasi, bujukan, himabauan, ajakan, memberi informasi dan memberi kesadaran melalui kegiatan yang disebut dengan pendidikan atau penyuluhan kesehatan. Upaya ini dilakukan dengan meningkatkan pengetahuan yang akhirnya merubah sikap dan perilakunya. Ketiga adalah dengan diskusi dan partisipasi yang merupakan cara lanjutan setelah memberi informasi dan edukasi. Informasi bersifat dua arah yang memperluas dan memperdalam pemahaman seseorang tentang kesehatan.

Pemberian promosi kesehatan dengan kombinasi berbagai macam media merupakan hal yang dapat mempengaruhi peningkatan status gizi anak usia sekolah. Dalam penelitian ini metode yang digunakan adalah ceramah dan diskusi serta ditambah dengan media cetak berupa Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS-AS) yang dapat dijadikan sebagai alat pemantauan status gizi responden sehingga menjadi salah satu faktor peningkatan status gizi pada responden. Media dalam pemberian promosi kesehatan dapat juga digunakan dalam bentuk gambar, slide, poster, video, alat peraga dan lain-lain. Menurut Notoatmodjo (2007) dengan pemberian material

pembelajaran secara kombinasi sangat efektif untuk membantu dalam merubah perilaku kesehatan seseorang.

Namun, pada analisis bivariat antar kelompok, terlihat tidak terdapat peningkatan yang signifikan dapat dilihat dari nilai *p value* 0,116. Peneliti berasumsi bahwa ada beberapa faktor yang tidak dapat di kendalikan oleh peneliti antara lain faktor internal pertumbuhan anak itu sendiri dan faktor eksternal kehidupan sosial anak di sekolah. Menurut Nelson (2005) anak usia sekolah mengalami pertumbuhan yang lebih lambat, pada masa ini anak mengalami kenaikan berat badan 3 – 3,5 kg (7 lb) dan 6 cm (2,5 in). Hal ini di perkuat oleh Aziz (2005) dan Brown (2005) bahwa pertumbuhan dan perkembangan pada masa sekolah akan melambat dibanding dengan balita, anak akan mengalami peningkatan berat badan 2,5 kg dan ukuran panjang badan sampai 5 cm pertahunnya. Sehingga, dari jarak waktu *pre test* sampai *post test* tidak ditemukan peningkatan yang signifikan karena faktor pertumbuhan anak yang melambat dan akan lebih sulit diukur peningkatannya dalam waktu 1,5 bulan.

Faktor eksternal seperti kehidupan sosial anak di sekolah ternyata berpengaruh secara tidak langsung kepada anak dalam pola makannya. Menurut Aziz (2005) bahwa kebiasaan makan pada anak tergantung pada kehidupan sosial anak di sekolahnya, anak sekolah cenderung suka makan secara bersamaan dengan teman sekolahnya. Hal ini di perkuat oleh pendapat Moehji (2009) dan Brown (2005) bahwa salah faktor lingkungan yang mempengaruhi konsumsi makanan anak adalah pengaruh teman sebaya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Terdapat peningkatan *personal hygiene* pada siswa sekolah dasar setelah diberikan intervensi promosi kesehatan melalui pemantauan Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS-AS) selama 2 bulan.
2. Terdapat peningkatan status gizi pada siswa sekolah dasar setelah diberikan intervensi promosi kesehatan melalui pemantauan Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS-AS) selama 2 bulan.

B. Saran

1. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan bisa dikembangkan lebih lanjut terkait *personal hygiene* di lingkungan sekolah, serta dapat menjadi masukan agar dapat mengaplikasikan dalam praktik keperawatan komunitas.

2. Bagi Sekolah Dasar

Hasil penelitian ini dapat menjadikan promosi kesehatan tentang *personal hygiene* dan status gizi melalui pemantauan KMS-AS menjadi kegiatan rutin di UKS.

3. Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan Puskesmas dapat menerapkan atau melanjutkan kembali program KMS-AS ini di seluruh sekolah khususnya di Sekolah Dasar.

4. Bagi Peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dijadikan referensi atau informasi tentang pengaruh Promosi Kesehatan melalui pemantauan Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah terhadap *personal hygiene* dan status gizi anak sekolah dan juga diharapkan dapat mengembangkan penelitian dengan waktu yang lebih lama.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, Muhammad Iqbal; Suriah; Ibnu, Indra Fajarwati. (2013). Perilaku *personal hygiene* di kelurahan Karema Kecamatan Mamuju Sulawesi Barat. *Jurnal UNHAS*. Universitas Hasanudin
- Allegranzi, Benedetta, *et al.* (2009). Religion and culture: Potential undercurrents influencing hand hygiene promotion in health care. *American journal of infection control*.
- Allender, J.A., Spradley, B.W. (2005). *Community health nursing: promoting and protecting the public health., sixth edition*. Philadelphia: Lippincott
- Allender, J.A., Rector, C., Warner, K.D. (2010). *Community health nursing: promoting & protecting the public health*. 7th edition. China: Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins
- Almatsier, S., (2004). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Umum
- Anwar, Hijriah. (2007). Peran petugas UKS dalam usaha penanganan penyakit ISPA pada anak sekolah dasar yang berada di wilayah kerja Puskesmas Jetis II Kab. Bantul Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah tidak dipublikasikan. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Ardiyarini. (2008). Perilaku *personal hygiene* pada anak usia sekolah di SD Kadipiro 2 Kasihan Bantul. Karya Tulis Ilmiah tidak dipublikasikan. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Aziz Alimul, H.A. (2005). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 2*. Jakarta : Salemba
- Beck, E Mary. (2000). *Nutrition and Dietetics For Nurse*. New York: Aspen Publisher
- BKKBN, (2011). *Jumlah Usia Anak Sekolah yang Sekolah dan Tidak Sekolah Menurut Jenis Kelamin Berdasarkan Tahapan*. (<http://aplikasi.bkkbn.go.id/mdk/MDKReports/Kependudukan/Tabel57.aspx>) di akses pada tanggal 18 Oktober 2014
- Brown, Judith E. et.al. (2005). *Nutrition Through the Life Cycle*. (2nded). Wadsworth: USA.
- Carlo Agostoni, Christian Braegger, Tamas Decsi, Sanja Kolacek, Berthold Koletzko, & Walter Mihatsch *et al.*, (2011). *Role of Dietary Factors and Food Habits in the Development of Childhood Obesity: A Commentary by the ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition) Committee on Nutrition*. Department of Maternal and Pediatric Sciences, University of Milan, Fondazione IRCCS Ca' Granda-Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy.
- Damayanti, Maria Dwi. (2012). Efektifitas tindakan *personal hygiene* terhadap tingkat kepuasan pasien imobilisasi di RS Mardi Rahayu Kudus.

- Departemen Kesehatan. (2013). UKS merupakan salah satu upaya meningkatkan kualitas SDM yang Sehat. Jakarta.
- Depdiknas. (2006). *Pedoman Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)*. Jakarta.
- Depkes.(2005). *Pedoman Umum Gizi Seimbang*. Jakarta. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes.(2007). Kepmenkes RI No.747/Menkes/SK/VI/2007 tentang Pedoman operasional keluarga sadar gizi di desa siaga. www.gizi.net. Diakses pada tanggal 19 Desember 2014
- Depkes.(2007). *Pedoman untuk tenaga kesehatan : Usaha Kesehatan Sekolah di tingkat sekolah lanjutan*. Jakarta
- Depkes.(2013). Laporan Riset Kesehatan Dasar 2013. (http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/Laporan_Riskesdas2013.PDF) di akses tanggal 27 Oktober 2014
- E. Weichselbaum and J. Buttriss. (2011). *Nutrition, health and schoolchildren*. British Nutrition Foundation, London, UK
- Edelman, C.L ., & Mandle, C.L.(2006). *Health Promotion Throughout The Life Span, sixth edition*. St.Louis, Missouri : Mosby
- Edelman, C.L ., & Mandle, C.L.(2010). *Health Promotion Throughout The Life Span, seventh edition*. St.Louis, Missouri : Mosby Inc.
- Engel. (2009). *Seri pedoman praktis pengkajian pediatrik*. Jakarta: EGC.
- Ferry effendi, makhfudli. (2009). *Keperawatan kesehatan komunitas: teori dan praktik dalam keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Grodner. M, Long.S, Walkingshaw.B.C.(2007). *Foundations and clinical applications of nutrition : a Nurdin approach. Fourth edition*. St. Louis Missouri. Mosby Inch.
- Hidayat, A.A. (2006). *Pengantar kebutuhan dasar manusia: apikasi konsep dan proses keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A.A. (2008). *Praktikum keterampilan dasar praktik klinik: aplikasi dasar-dasar praktik kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayati, Listiyani, dkk,. (2009). Peningkatan Keterampilan Dokter Kecil Sebagai Upaya Memajukan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di Madrasah Ibtidaiyah Matholi'ul Falah Desa Buko, Kec. Wedung, Kab. Demak. Diakses tanggal 10 November 2014, dari <http://publikasiilmiah.ums.ac.id>.
- Hockernbery.M.J & Wilson.D. (2009). *Wong's essentials pediatric nursing*. Eight edition. St.Louis Missouri. Mosby. Inc

- Indriawati, Dian. (2014). Faktor-faktor yang berhubungan dengan *personal hygiene* pada anak sekolah dasar di wilayah kelurahan Tamantirto Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah tidak dipublikasikan. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
- Kamsari. (2008). Faktor-faktor yang mempengaruhi frekuensi rawat inap pada anak usia sekolah. Karya tulis ilmiah tidak dipublikasikan. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
- Kementrian Kesehatan RI. (2011). Promosi kesehatan di daerah bermasalah kesehatan. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Raport Kesehatanku : Untuk Peserta Didik Tingkat SD/MI*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Kurniasih,D.,Hilmansyah,H.,Astuti,M.P., & Imam,S. (2010). *Sehat dan bugar berkat gizi seimbang*. Jakarta : Gramedia
- Martunus. (2013). Peran pelaksana usaha kesehatan sekolah dalam kesehatan anak SD negeri No.026 simpang tiga kecamatan loa janan ilir. *eJournal ilmu sosiatri*
- Maulana, Hero D. J. (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Maurer, F.A.,Smith, C.M. (2005). *Community Public Health Nursing Practice : Health for Families and Populations , third edition*.
- Mengga, Sarkiah. s, dkk. (2012). Faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* anak usia 7-14 tahun di SD Inpres Manuruki 2 Daya Makasar. *Journal kesehatan Vol 1*
- Mubarak, Wahit Iqbal., Chayatin, Nurul. (2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas ; Pengantar dan Teori*. Jakarta ; Salemba Medika.
- Muhilal dan Hardinsyah. 2004. *Penentuan Kebutuhan Gizi dan Kesepakatan Harmonisasi di Asia Tenggara*. Prosiding Widya Karya Pangan dan Gizi VII
- Muscari, Mary E. (2005). *Panduan belajar: keperawatan pediatrik*. Jakarta: EGC
- Notoatmojo (2010). *Promosi Kesehatan, teori dan aplikasi*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nurjanah, Anna. (2012). *Personal hygiene* siswa sekolah dasar negeri jatiningor. Jurnal penelitian. Universitas padjadjaran. Diakses pada tanggal 7 november 2014
- Nursalam., Efendi, Ferry. (2008). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta : Medika Salemba.
- Pender,N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons,M.A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. Fifth Edition. New Jersey. Pearson Education Inc.
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental keperawatan edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika

- Pratiwi, Yuni. (2011). Faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* pada anak usia sekolah di SD negeri Pleret Lor Panjatan Kulon Progo. Karya tulis ilmiah tidak dipublikasikan. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
- Putra, Febri Yunanda. (2012). Hubungan pola asuh orang tua dengan tingkat kemandirian *personal hygiene* ana usia prasekolah di desa balung lor kecamatan Balung kabupaten Jember. Karya Tulis Ilmiah Universitas Jember
- Ranuh, I. G. (2005). *Tumbuh kembang anak dan remaja*. Edisi I. Buku Ajar II. Jakarta : CV. Sagung Seto
- Ria & Darwis. (2014). Kejadian scabies pada anak usia sekolah. *Journal of pediatric nursing Vol. 1 (3)*
- Saifah, A., (2011). *Hubungan Peran Keluarga, Guru, Teman Sebaya dan Media Massa Dengan Perilaku Gizi Anak Usia Sekolah Dasar di Wilayah Kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu*. Fakultas Ilmu Keperawatan : Universitas Indonesia
- Saryono. (2010). *Catatan Kuliah kebutuhan dasar manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sastroasmoro,S., & Ismael,S.(2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ke-3. Jakarta : Sagung Seto
- Schmidt, Wolf-Peter, *et all*. (2009). Formative research on the feasibility of hygiene interventions for influenza control in UK primary schools. *BMC Public Health*
- Soejtiningsih. (2012). *Tumbuh kembang anak*. Jakarta : EGC
- Sostroasmoro, Sudigdo. (2011). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: C.V Sagung Seto
- Stanhope,M., Lancaster,J. (2004). *Community and Public Health Nursing. Sixth edition*. St.Louis. Mosby. Inc.
- Suharsimi, Arikunto. (2013). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Supariasa, I Dewa Nyoman.,Bakri, Bachyar.,Fajar, Ibnu., (2010). *Penilaian Status Gizi*, Jakarta: EGC.
- Supratini, Yupi. (2004). *Buku ajar konsep keperawatan anak*. Jakarta: EGC
- Sulistyawati, Ari. (2014). *Deteksi tumbuh kembang anak*. Jakarta: Salemba Medika
- Tarwoto & Wartonah. (2006). *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan, edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika

Wibowo, Setyo., Agus., (2014). *Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah di Sekolah Dasar Negeri Se-Kecamatan Sumberlawang Kabupaten Sragen Tahun 2012/2013*. (<http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/peshr/article/viewFile/3233/2977>) di akses tanggal 17 Desember 2014

Wong, Donna L, dkk. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*, Volume 2. Jakarta : EGC.

Yatim F. (2005). *30 gangguan kesehatan pada anak usia sekolah* Edisi 1. Jakarta: Pustaka Populer Obor.

Yusuf, S. (2007). *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. Cetakan ke 8. Bandung : PT. Remaja Rusda Karya.

PENYUSUN :

**Titih Huriah, M.Kep.,Sp.Kom
Yusuf Al Farisi**



Gizi dan Personal Hygiene Untuk SD

**Program Studi Pendidikan Ners
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
2015**

Modul 1

Status Gizi

Tujuan Umum

Siswa mengetahui tentang pentingnya gizi seimbang

Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan selama 15 menit, siswa diharapkan akan mampu :

- Menyebutkan pengertian gizi untuk anak sekolah
- Menyebutkan kandungan zat gizi yang diperlukan oleh anak sekolah
- Menyebutkan 2 sumber-sumber protein, karbohidrat dan lemak.

Pengertian Gizi

Gizi merupakan zat – zat yang di perlukan tubuh berupa berbagai vitamin, mineral, karbohidrat, protein dan berbagai zat penting lainnya yang berguna dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi di dalam tubuh untuk proses metabolisme.



Gizi Seimbang



Makanan bergizi berguna sebagai sumber tenaga, pengatur dan pembangun tubuh. Tubuhmu membutuhkan makanan yang bergizi karena kamu sedang dalam masa pertumbuhan. Biasakan sarap



Berikut manfaat zat gizi bagi tubuh :

Karbohidrat : untuk sumber energi (energi di butuhkan untuk beraktivitas seperti belajar, bekerja dan lain lain).



Protein : untuk memperbaiki sel – sel dan jaringan tubuh yang rusak dan membangun jaringan tubuh untuk pertumbuhan.



Vitamin dan mineral : Berguna dalam menjaga daya tahan dan kesehatan tubuh vitamin.



ha
n m
ur-sayuran).

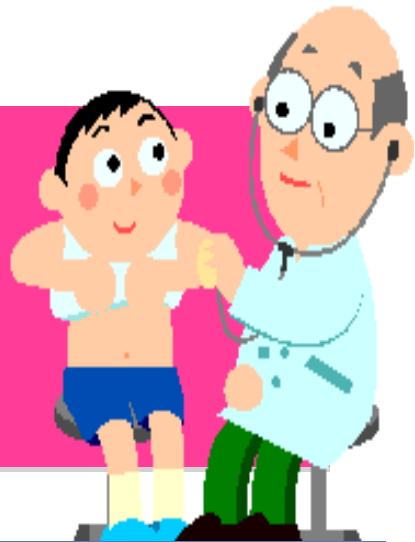
Lemak : untuk pelarut vitamin (A, D, E, K) dan cadangan energi di dalam tubuh.



Serat : Dapat diperoleh dari sayur dan buah, serat bermanfaat untuk menjaga pencernaan dan kesehatan.



Masalah Kesehatan Terkait Dengan Gizi



Gizi merupakan komponen penting penopang tubuh dalam pemenuhan kebutuhan sel – sel untuk bekerja. Oleh karena itu pemenuhan kebutuhan gizi merupakan salah satu faktor penting pada kualitas kesehatan seseorang. Status gizi yang baik tentu memiliki standar tersendiri tidak berlebihan dan tidak mengalami kekurangan zat gizi perhari sesuai dengan yang di perlukan tubuh. Semakin bagus status gizi seseorang maka akan meningkatkan derajat kesehatan individu sehingga mengurangi risiko terkena penyakit infeksi maupun non-infeksi seperti gizi

Kekurangan gizi dapat mempengaruhi pertumbuhanmu, hal ini karena pemenuhan makanan pada tubuh tidak terpenuhi sehingga mengganggu proses metabolisme dan organ organ di dalam tubuh tidak bekerja secara optimal. Oleh karena itu pertumbuhan sel sel terhambat dikarenakan gizi tidak tercukupi maka akan terjadi gangguan pertumbuhan.

Modul II

Personal Hgiene

Tujuan Umum

Siswa mengetahui, memahami, dan mampu melaksanakan perilaku personal hygiene dalam kehidupan sehari-hari.

Tujuan Khusus

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan selama 30 menit, siswa diharapkan akan mampu:

- Menyebutkan pengertian dan tujuan personal hygiene
- Mengetahui dan memahami kebersihan tangan, kuku, rambut, kulit, mata, gigi dan mulut, dan telinga

Pengertian Personal Hygiene

Personal hygiene merupakan suatu tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis.

Tujuan Personal Hygiene



Kebersihan diri bertujuan untuk menjaga agar tidak timbul masalah kesehatan dan gangguan aktivitas kehidupan sehari-hari maupun kegiatan belajar anak di sekolah.

Kebersihan Diri

```
graph TD; A[Kebersihan Diri] --- B[Kebersihan Tangan]; A --- C[Kebersihan Rambut]; A --- D[Kebersihan Kuku]; A --- E[Kebersihan Kulit]; A --- F[Kebersihan Mulut dan Gigi]; A --- G[Kebersihan Telinga]; A --- H[Kebersihan Mata];
```

Kebersihan Tangan

Kebersihan Rambut

Kebersihan Kuku

Kebersihan Kulit

Kebersihan Mulut dan Gigi

Kebersihan Telinga

Kebersihan Mata

Kebersihan Tangan



Menjaga kebersihan tangan dan kuku merupakan aspek penting dalam mempertahankan kesehatan badan perseorangan.

Kuman penyakit dapat terbawa melalui tangan dan kuku. Bibit penyakit dan telur cacing yang mungkin ada dalam tangan dan kuku yang kotor ikut tertelan dan masuk ke dalam tubuh.

Cuci tangan perlu dilakukan setelah buang air besar, sebelum makan, setelah menyentuh binatang, dan memegang benda kotor

Cuci Tangan yang benar



Basahi Tangan seluruhnya dengan air mengalir



Tuangkan sabun secukupnya



Ratakan sabun pada kedua telapak tangan



Gosokan pada punggung tangan dan sela-sela jari



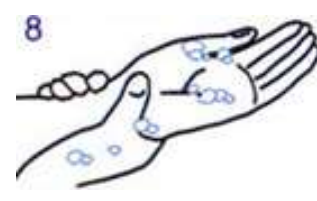
Gosokan kedua telapak tangan dan sela-sela jari



Bersihkan bagian bawah



Gosokan kedua ibu jari



Bersihkan sampai pergelangan



Bilas dengan air mengalir



Keringkan dengan handuk

Kebersihan Kulit

Kulit adalah organ yang berfungsi sebagai proteksi, sekresi, eksresi, pengaturan suhu, dan sensasi. Kulit melindungi tubuh dari infeksi dan benturan benda-benda tumpul yang membahayakan bagian dalam dari tubuh.

Cara Menjaga Kesehatan Kulit



Kebersihan Rambut



Rambut merupakan pelindung kulit kepala dari sinar matahari dan hawa dingin. Penampilan dan kesejahteraan seseorang sangat dipengaruhi dari cara penampilan dan perasaan mengenai rambutnya. Penampilan akan terlihat menarik apabila rambut dalam keadaan bersih dan sehat. Rambut yang terpelihara dengan sehat akan terlihat tidak kering, tidak berminyak, tidak mudah patah, dan tidak mudah rontok.

Cara merawat rambut

- ✓ Mencuci rambut 2 hari sekali atau sesuai dengan kebutuhan dengan memakai sampo yang cocok.
- ✓ Menyisir rambut yang bertujuan untuk merapikan rambut dan mencegah rambut menjadi kusut.
- ✓ Memotong rambut pada waktu membersihkan rambut



Kebersihan Mulut dan Gigi

Kebersihan mulut dan gigi mempunyai peranan penting dalam kehidupan sehari-hari. Jika kebersihan mulut dan gigi kurang maka akan terjadi berbagai masalah kesehatan seperti bau mulut dan gigi berlubang. Cara yang dapat dilakukan untuk perawatan kebersihan mulut dan gigi yaitu dengan menggosok gigi.

Cara Menyikat gigi yang benar



Langkah 1

Untuk permukaan luar gigi, Gunakan gerakan menggosok yang lembut dan pendek, dengan gerakan atas bawah dan memutar

Langkah 2

Untuk membersihkan bahagian dalam gigi belakang, tempatkan bulu sikat bersebelahan dengan permukaan gusi dan sikat secara bulatan.



Langkah 3

Untuk membersihkan bagian dalam gigi depan, gunakan pergerakan lembut ke atas dan ke bawah menggunakan ujung sikat.

Langkah 4

Untuk membersihkan permukaan gigi pengunyah/geraham sikat dengan gerakan maju mundur untuk mencapai bagian belakang gigi.



Langkah 5

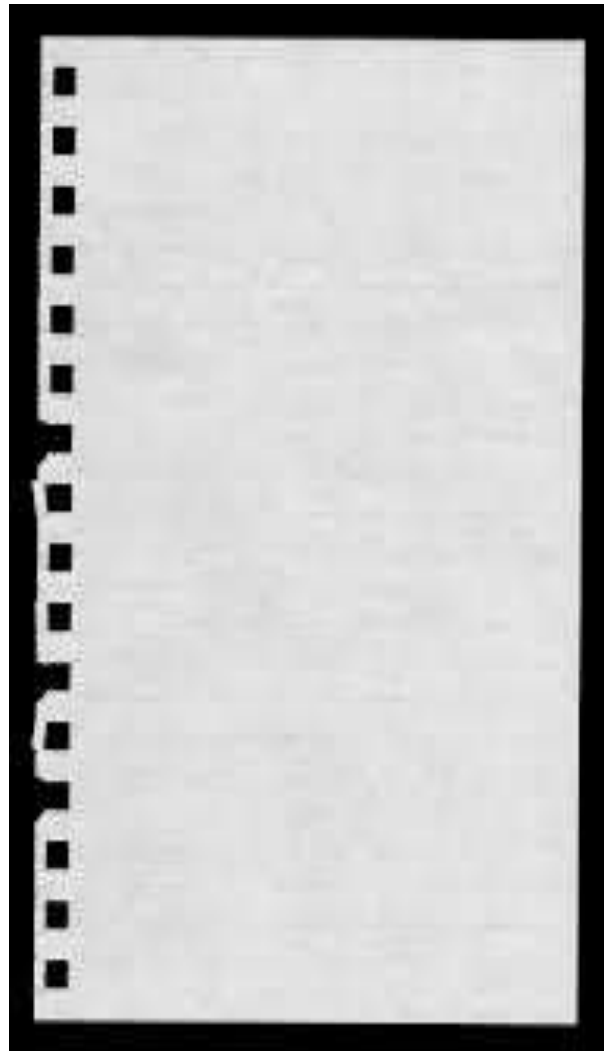
Bersihkan lidah dari belakang sampai ujung lidah

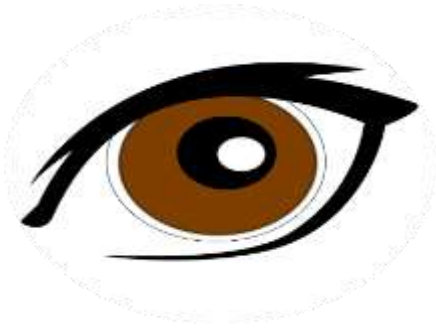


Kebersihan Telinga

Telinga tidak kalah pentingnya dengan mata karena telinga digunakan untuk mendengarkan guru berbicara di depan kelas dan mendengarkan musik kamu butuh telinga. Apa saja yang dialami ketika telingamu bermasalah?

- Keluar cairan dari telinga (encer/jernih/nanah/darah).
- Telinga seperti tersumbat/penuh.
- Tidak mendengar jika dipanggil dengan suara





Kebersihan Mata

Mata adalah bagian yang paling penting dalam tubuh karena tanpa mata kamu tidak dapat melihat. Beberapa masalah kesehatan mata adalah seperti:



Rabun jauh

Mata merah, berair,
dan bengkak



Tidak bisa
membedakan
warna



Cara menjaga kesehatan mata

- Biasakan membaca dan menulis dengan jarak 30cm dan menggunakan cahaya yang terang.
- Istirahatkan matamu setiap 2 jam setelah menonton tv atau menggunakan komputer, dengan memandang ke tempat yang jauh atau pemandangan yang berwarna hijau.
- Jangan membaca sambil tiduran.
- Hindari menonton tv terlalu dekat atau sambil tiduran.
- Jangan menggunakan handuk atau sapu tangan orang lain yang sedang sakit mata.
- Periksakan matamu ke dokter setiap 6 bulan sekali.

REALISASI ANGGARAN PENELITIAN (Kuitansi terlampir)

1. Penyusunan dan penggandaan proposal penelitian Rp 250.000
Total Rp 250.000,-

2. Melakukan kalibrasi alat penelitian Rp. 160.000
Total Rp. 160.000

3. Belanja bahan dan alat penelitian
 - a. Timbangan digital 2 buah @ Rp. 250.000 → Rp. 500.000
 - b. Microtoise 2 buah @ Rp. 50.000 → Rp. 50.000
 - c. Baterei alkaline 2 timbangan @ 4 = 8 @ Rp. 10.000 → Rp. 80.000
 - d. Cetak modul untuk 68 siswa dan 2 peneliti @Rp. 75.000 → Rp. 6.000.000
 - e. Kuesioner pre dan post penelitian : 6 lembar x 68 siswa x Rp 200 → Rp. 81.600**Total Rp. 6.711.600**

4. Penggandaan informed consent, logbook : 3 lembar x 68 siswa x Rp 200 → Rp. 45.300
Total Rp. 45.300

5. Honorarium dan buah tangan
 - a. Honorium ketua penelitia → Rp. 750.000
 - b. Honorarium enumerator 2 orang @Rp. 500.000 → Rp. 1.000.000
 - c. Buah tangan untuk siswa @ 5000 68 siswa → Rp. 340.000**Total Rp. 1.820.000**

Total Keseluruhan : Rp. 7.506.900,-