



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *PEER* EDUKASI TENTANG JAJANAN SEHAT
TERHADAP PERILAKU ANAK USIA SEKOLAH
DI KOTA LHKSEUMAWE
NANGGROE ACEH
DARUSSALAM**

OLEH :

Mawar Hayati
0706256631

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK, 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

TESIS

**PENGARUH *PEER* EDUKASI TENTANG JAJANAN SEHAT
TERHADAP PERILAKU ANAK USIA SEKOLAH
DI KOTA LHOKSEUMAWE
NANGGROE ACEH DARUSSALAM**

Tesis ini Diajukan Sebagai Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar
Magister Ilmu Keperawatan

Oleh :

**Mawar Hayati
0706256631**

Pembimbing I : Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, Ph.D

Pembimbing II : Dr. Luknis Sabri, SKM

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK, 2009**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis
Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juli 2009

Pembimbing I

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

Pembimbing II

(Dr. Luknis Sabri, SKM)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, Juli 2009

Mawar Hayati

PROGRAM PASCASARJANA
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2009
Mawar Hayati

Pengaruh *peer* edukasi tentang jajanan sehat terhadap perilaku anak usia sekolah di Kota Lhokseumawe – Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, 2009.
Xii + 134 hal + 14 tabel + 3 skema + 6 lampiran

Abstrak

Peer edukasi tentang jajanan sehat anak usia sekolah merupakan pendidikan kelompok sebaya yang diberikan untuk meningkatkan dan mempertahankan derajat kesehatan anak usia sekolah. *peer* edukasi yang selama ini ada di masyarakat lebih banyak ditemukan pada kelompok usia remaja. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat pengaruh *peer* edukasi tentang jajanan sehat terhadap perilaku anak usia sekolah di kota Lhokseumawe, Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam. Jenis penelitiannya yaitu eksperimen semu, desain *non-equivalent pretest-posttest with control group*, dengan intervensi *peer* edukasi anak usia sekolah. Proses penelitian telah dilaksanakan pada bulan April-Mei 2009 di Kota Lhokseumawe. Metode pengambilan sampel dengan menggunakan *multistage random sampling*, jumlah sampel 224 (112 responden kelompok intervensi, dan 112 responden kelompok kontrol). Hasil penelitian menunjukkan Pengetahuan, sikap dan keterampilan anak usia sekolah setelah mengikuti *peer* edukasi lebih baik secara bermakna dari sebelum mengikuti *peer* edukasi. Pengetahuan, sikap dan keterampilan anak usia sekolah pada kelompok intervensi yang mengikuti *peer* edukasi lebih baik secara bermakna dari pengetahuan, sikap dan keterampilan anak usia sekolah pada kelompok kontrol yang tidak mengikuti *peer* edukasi. Ada hubungan signifikan antara umur dengan peningkatan pengetahuan. Tidak ada hubungan yang signifikan antara umur terhadap sikap dan keterampilan. Tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan. Tidak ada hubungan yang signifikan antara jumlah uang jajan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan. Berdasarkan hasil tersebut perlu mengoptimalkan kegiatan kelompok sebaya melalui kegiatan UKS yang terintegrasi dalam mata pelajaran reguler.

Kata kunci : Jajanan sehat, anak usia sekolah, *peer* edukasi
Daftar Pustaka : 42 (1995 – 2009)

POST GRADUATE PROGRAM
DEPARTMENT OF COMMUNITY NURSING
NURSING FACULTY
UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, July 2009

Mawar Hayati

The Impact of Peer Education on Healthy Food Toward School Age Children Behavior at Lhokseumawe of Nanggroe Aceh Darussalam in 2009

xii + 134 pages + 14 tables + 3 schemes + 6 appendices

Abstract

Peer education on healthy food among school age children is an education group for the same age which is provided to improve and maintain health level of school age children. Peer education which is in community today is found on adolescent group. The purpose of this study to find the impact of peer education on healthy food toward school age children behavior at Lhokseumawe in province of Nanggroe Aceh Darussalam. This study used a quasi-experimental, design of non-equivalent pretest posttest with control group by the intervention of peer education for school age children. Study process was conducted on April until May 2009 in Lhokseumawe. Sampling method used a multistage random sampling, the number of samples were 224 respondents (112 respondents were in intervention group and 112 respondents were in control group). From study result indicated knowledge, attitudes and skills of school age children after peer education were better significantly compared before peer education. Knowledge, attitudes and skills of school age children in intervention groups which followed peer education were better significantly compared with knowledge, attitudes and skills of school children in control group who did not follow peer education. There was a significant relationship between age and knowledge improvement. There was no significant relationship between age and the attitudes and skills. There was no significant relationship between sex and knowledge improvement, attitudes and skills. There was no significant relationship between the amount of pocket money and knowledge improvement, attitudes and skills. Based on the needs above, it needs to optimize group activities of UKS which is integrated in regular lesson at school.

Keywords: healthy food, school age children, peer education

References: 42 (1995 - 2009)

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas Rahmat dan Karunia Nya penulis dapat menyelesaikan proposal tesis yang berjudul “Pengaruh *Peer* Edukasi Tentang Jajanan Sehat Terhadap Perilaku Anak Usia Sekolah Di Kota Lhokseumawe Nanggroe Aceh Darussalam”, sebagai persyaratan untuk melakukan penelitian pada Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Pada proses penyusunan tesis ini, penulis sangat menyadari banyak mendapat hambatan, namun berkat bantuan dan bimbingan semua pihak, maka tesis ini dapat terselesaikan. Pada kesempatan ini perkenankan penulis untuk menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawati, MA, Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, M.App.Sc, Ph.D, selaku wakil dekan dan pembimbing I yang dengan penuh keikhlasan telah membimbing dengan cermat, memberikan masukan-masukan, dan motivasi, inspirasi, perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya tesis ini.
3. Krisna Yetty, S.Kp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Dr. Luknis Sabri, SKM, selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, saran terkait metodologi penelitian

5. Sigit Mulyono, MN selaku penguji dan turut serta dalam memberi saran, motivasi, inspirasi dalam proses penyempurnaan tesis
6. Seluruh dosen dan staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
7. Dinas Pendidikan Nasional Kota Lhokseumawe yang telah memberikan kesempatan pada peneliti untuk melakukan penelitian di SD Negeri 3Banda Sakti, SD Negeri 1 Muara Satu dan SD Negeri 1 Cunda Kota Lhokseumawe.
8. Kepala SD Negeri 3 Banda Sakti beserta staf, kepala SD Negeri 1 Muara Satu beserta staf dan SD Negeri 1 Cunda di Kota Lhokseumawe
9. Suami tercinta “Irwan Ali” yang senantiasa memberikan dukungan bagi penulis dalam segala hal, keikhlasan yang sungguh luar biasa.
10. Ayahanda tercinta “Rusli Raden”, yang selalu memberikan motivasi dan doa demi kelancaran, kesuksesan serta ketulusan dan keikhlasannya
11. Seluruh keluarga besar Rusli Raden dan Keluarga Besar Ali Radmy yang senantiasa memberikan motivasi.
12. Rekan-rekan seangkatan kekhususan keperawatan komunitas yang senantiasa membantu dan memotivasi serta kebersamaan dalam suka dan duka
13. Rekan-rekan kerja di Akademi kesehatan Pemerintah Kabupaten Aceh Utara yang selalu memberi motivasi
14. Semua pihak yang telah memberikan dukungan pada penyelesaian tesis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas segala kebaikan yang telah diberikan dan mudah-mudahan tesis ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

Jakarta, Juli 2009

Mawar Hayati

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	11
C. Tujuan Penelitian	12
D. Manfaat Penelitian	14
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Perilaku Kesehatan	15
1. Konsep perilaku	15
2. Domain Perilaku Sehat	17
a. Pengetahuan Tentang Kesehatan	18
b. Sikap Terhadap Kesehatan	23
c. Praktik kesehatan	24
3. Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan	24
B. Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah	29
1. Istilah dan Batasan anak usia sekolah	29
2. Proses Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah	30
C. Nutrisi Anak Usia Sekolah	37
D. Peran Perawat Komunitas	41

1. Pencegahan Primer	41
2. Pencegahan Sekunder	41
3. Pencegahan Tersier	42
E. Peer Edukasi	42
1. Program Peer edukasi	43
2. Elemen Peer Edukasi	46
a) Persiapan	47
b) Pelatihan (training)	47
c) Aktifitas Program	48
d) Monitoring dan Evaluasi	49
F. Faktor Karakteristik Yang Mempengaruhi Anak Usia Sekolah Menentukan Jajanan Sehat	52
1. Umur	53
2. Jenis kelamin	53
3. Jumlah uang jajan	54
 BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
A. Kerangka Konsep	51
B. Hipotesis	52
C. Definisi Operasional	53
 BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian	58
B. Populasi dan Sampel	60
C. Tempat Penelitian	64
D. Waktu Penelitian	66
E. Etika Penelitian	66
F. Alat Pengumpulan Data	67
G. Prosedur Pengumpulan Data	69
H. Analisis Data	71
 BAB V HASIL PENELITIAN	
A. Analisa Univariat	82

B. Analisa Bivariat	88
---------------------------	----

BAB VI PEMBAHASAN

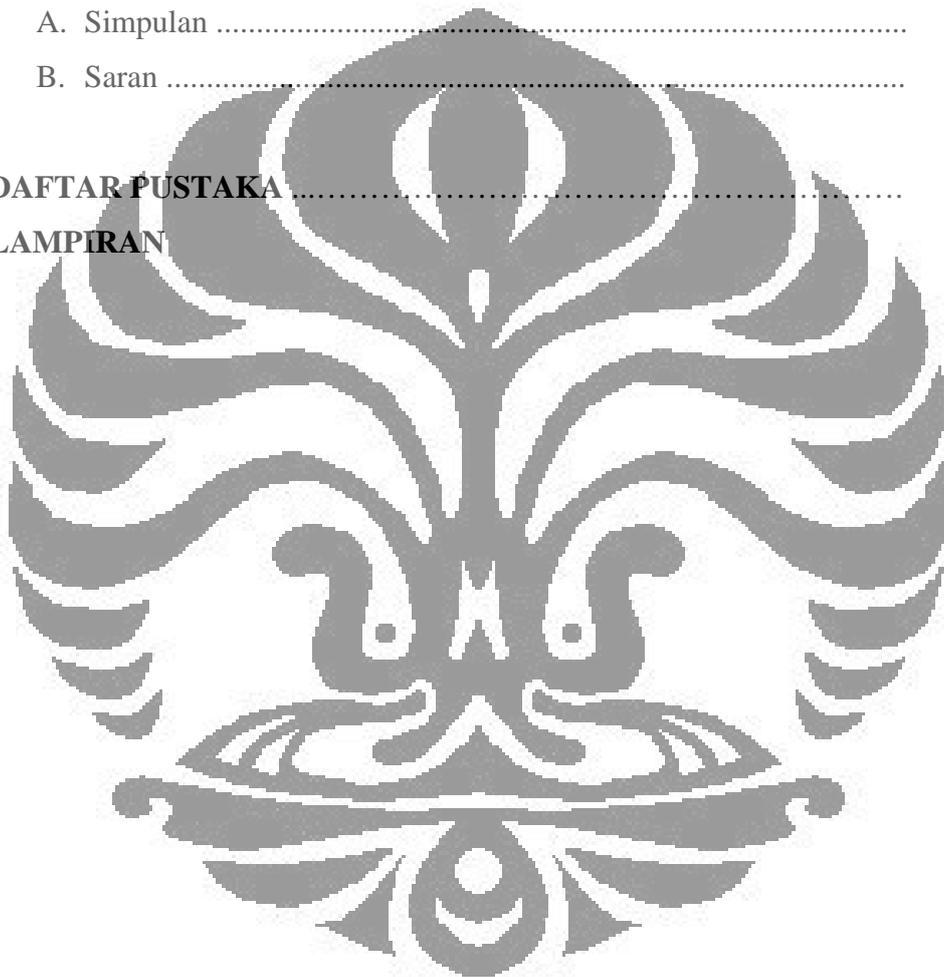
A. Interpretasi Dan Diskusi Hasil	106
B. Keterbatasan Penelitian	122
C. Implikasi Terhadap Pelayanan, Pendidikan Dan Penelitian	124

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan	128
B. Saran	129

DAFTAR PUSTAKA	132
-----------------------------	-----

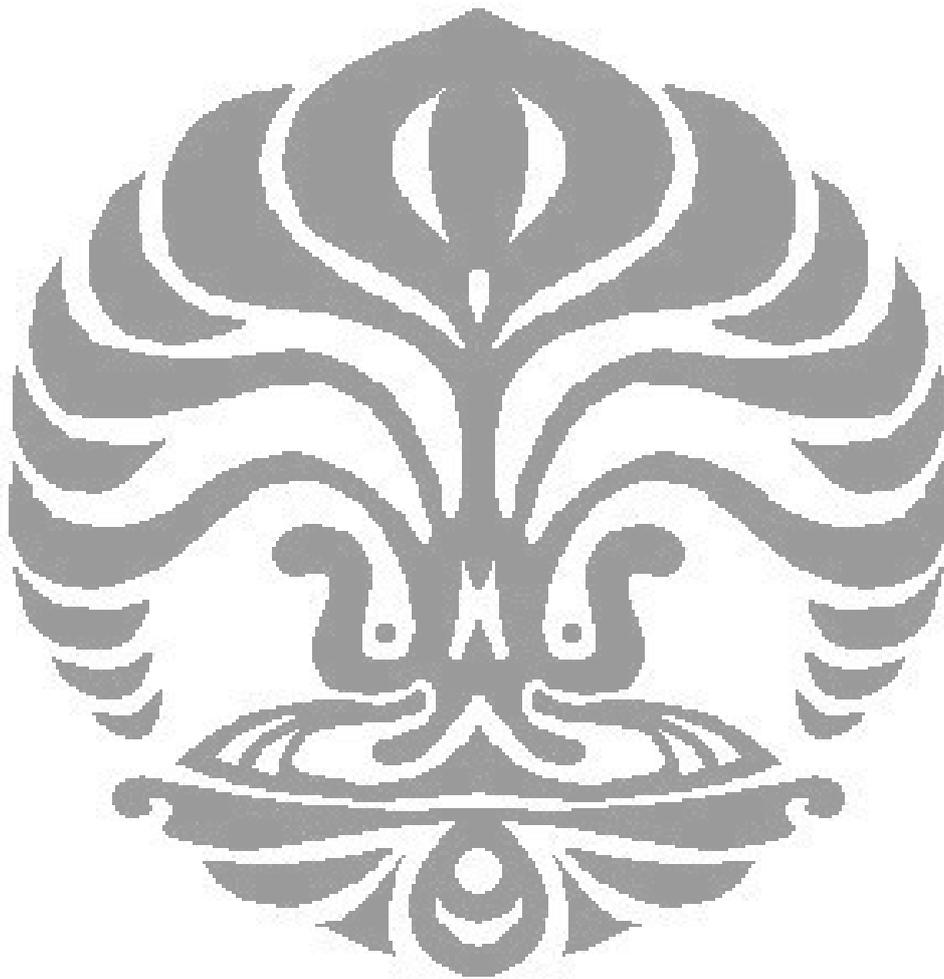
LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

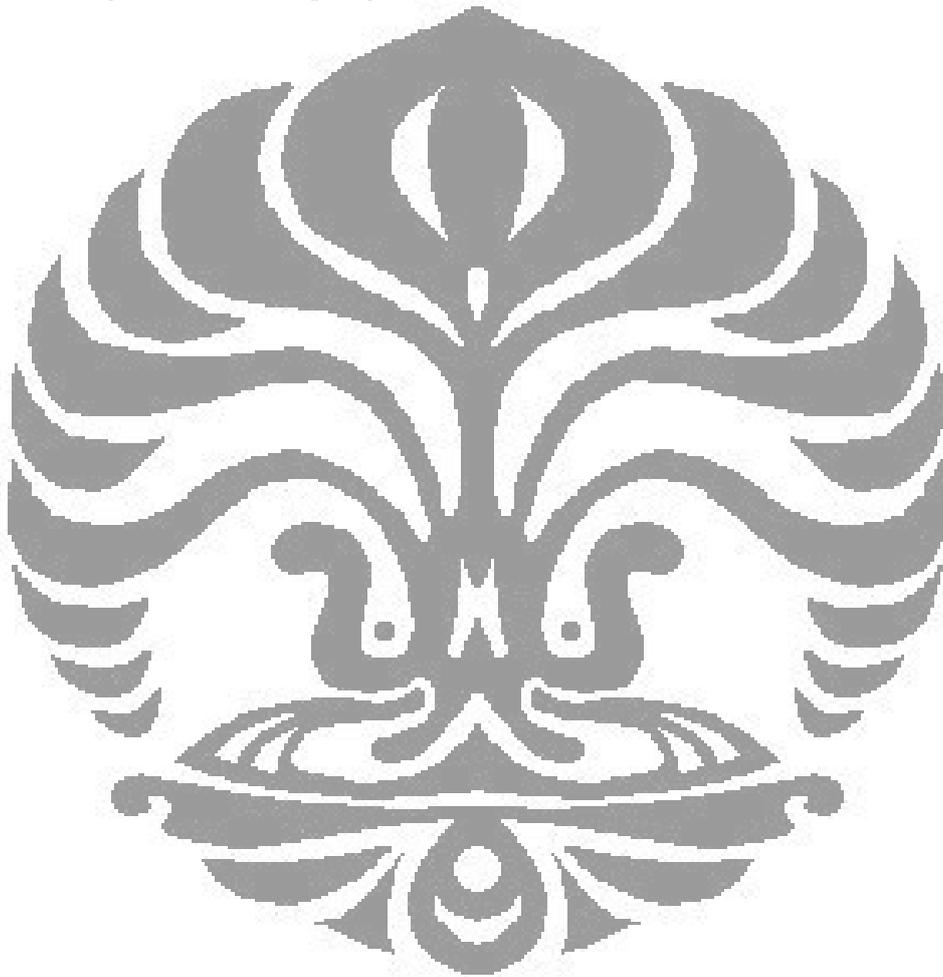
Tabel 3.1 Definisi Operasional	53
Tabel 4.1 Hasil Uji Instrumen	77
Tabel 5.1 Hasil Analisis Umur Responden Di Sekolah Dasar Kota Lhokseumawe, April – Mei 2009 (n=224)	83
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Dan Jumlah Uang Jajan Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok kontrol Di Kota Lhokseumawe, April – Mei 2009 (n = 221)	83
Tabel 5.3 Rata-Rata Pengetahuan Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol, sebelum Intervensi dan Setelah Intervensi Di Kota Lhokseumawe April – Mei 2009 (n=224)	84
Tabel 5.4 Rata-Rata Sikap Responden Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol, Sebelum Intervensi Dan Setelah Intervensi Di Kota Lhokseumawe, April – Mei 2009 (n=224)	86
Tabel 5.5 Rata-Rata keterampilan Responden Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol, Sebelum Intervensi Dan Setelah Intervensi Di Kota Lhokseumawe, April – Mei 2009 (n=224)	87
Tabel 5.6 Analisis Uji Kesetaraan Karakteristik Responden menurut Umur Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di Kota Lhokseumawe, April 2009 (n=224)	89
Tabel 5.7 Analisis Uji Kesetaraan Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Dan Status Sosial Ekonomi Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di Kota Lhokseumawe, April 2009 (n=224)	89
Tabel 5.8 Hasil Analisis Uji Kesetaraan Pengetahuan, Sikap dan Pengetahuan Responden Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Sebelum Intervensi Di Kota Lhokseumawe, April 2009 (n=224)	90
Tabel 5.9 Hasil Analisis Perbedan Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Responden Sebelum Dan Setelah Intervensi Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di Kota Lhokseumawe, April 2009. (n=224)	92
Tabel 5.10 Hasil Analisis Perbedan Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Responden Setelah Intervensi Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di Kota Lhokseumawe, April 2009. (n=224)	95

Tabel 5.11 Hasil Analisis Hubungan Karakteristik responden berdasarkan Umur dengan Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di Kota Lhokseumawe, Mei 2009 (n=224)	97
Tabel 5.12 Hasil Analisis Perbedaan Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Menurut Jenis Kelamin dan jumlah uang jajan Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di Kota Lhokseumawe, Mei 2009 (n=224)	100



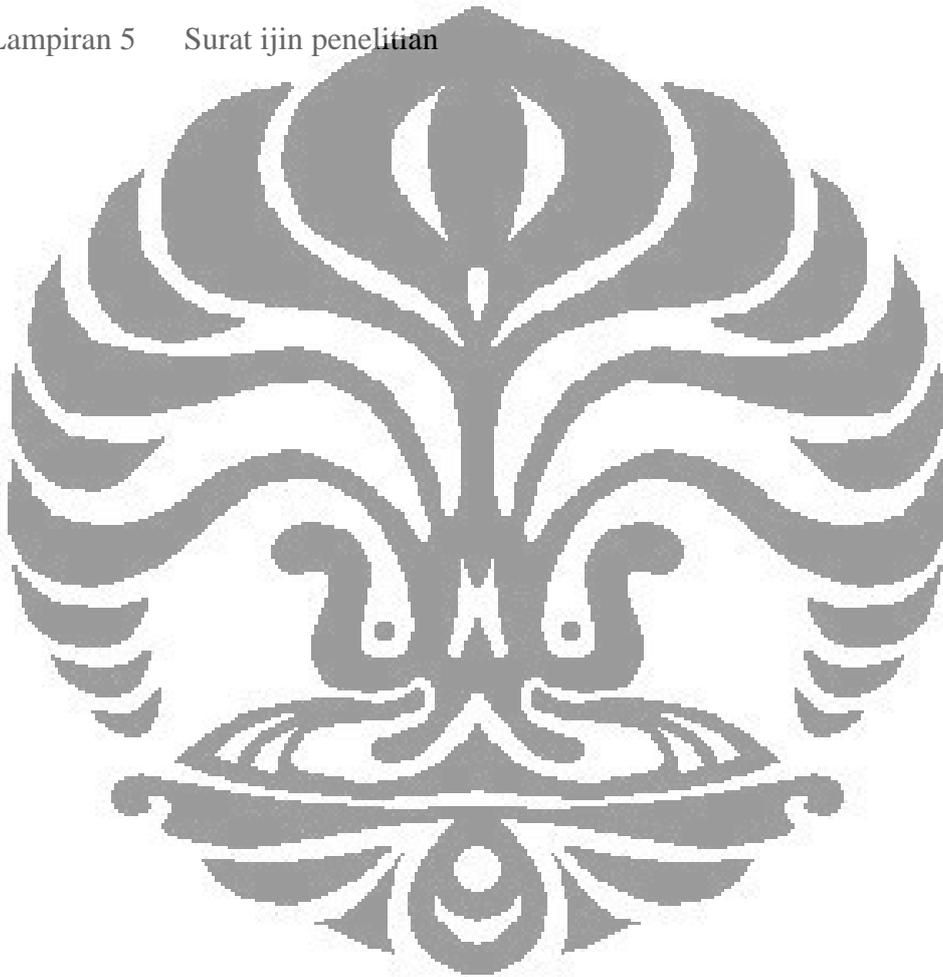
DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	57
Skema 4.1 Desain Penelitian Quasi Experimen Pendekatan <i>Pre-Post Test Design</i>	64
Skema 4.2 Prosedur Pengambilan Sampel bertahap (<i>Multistage Random Sampling</i>)	62



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Jadwal Kegiatan Penelitian.
- Lampiran 2. Lembar *informed consent*.
- Lampiran 3. Kisi-kisi instrumen dan instrumen penelitian.
- Lampiran 4. Booklet informasi tentang jajanan sehat
- Lampiran 5 Surat ijin penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak usia sekolah merupakan generasi penerus bangsa sebagai sumber daya manusia pada masa yang akan datang. Kualitas bangsa di masa depan ditentukan oleh kualitas anak-anak saat ini. Anak usia sekolah sering disebut sebagai periode peralihan antara masa pra-sekolah dengan masa remaja. Pada kondisi ini akan terjadi banyak perubahan pada diri anak usia sekolah (AUS), baik dari kondisi fisik, mental, sosial serta terjadi peningkatan kemampuan dan keterampilan terutama keterampilan motorik. Hal ini semua tentunya akan mempengaruhi tumbuh kembang dan kesehatan AUS (Edelman & Mandel, 1996; Koziar: 2004).

Indonesia dengan jumlah penduduk 219.205.029 jiwa, sepersepuluh bagiannya adalah anak usia sekolah, sedangkan berdasarkan data dari Biro Pusat Statistik (BPS) Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam (2005), jumlah penduduk Nanggroe Aceh Darussalam sebanyak 4.449.222 Jiwa, jumlah anak usia sekolah (7-12 tahun) 542.588 jiwa sedangkan jumlah penduduk Kota Lhokseumawe sebanyak 158.169 jiwa, anak usia sekolah 19.478 jiwa. Berdasarkan data tersebut jelas terlihat bahwa populasi AUS memiliki jumlah lebih dari sepuluh persen dari keseluruhan jumlah penduduk baik di tingkat nasional, provinsi, maupun kota. Hal ini sangat disayangkan jika kesehatan anak usia sekolah tidak diperhatikan,

karena jika pada masa ini anak mengalami gangguan terutama gangguan kesehatan, akan berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan tahap selanjutnya.

WHO (2005) memperkirakan sekitar 3 triliun penduduk dunia, 2 milyar diantaranya menderita penyakit infeksi. Jumlah tersebut didominasi oleh populasi anak usia sekolah. salah satu penyebab sakit pada populasi ini oleh karena; kurangnya asupan nutrisi yang menyebabkan gangguan pertumbuhan fisik, gangguan perkembangan intelektual serta terjadinya gangguan fungsi kognitif (WHO, 2005, <http://www.who.int>, diperoleh tanggal 11 Februari 2009). Lebih lanjut WHO (dalam Winarno, 2007) mengemukakan, setiap tahun menerima ratusan ribu laporan kasus penyakit akibat *foodborne disease* dari seluruh dunia, walaupun kasus yang dilaporkan jumlahnya besar, namun keadaan tersebut hanya sebagian kecil dari yang dilaporkan diketahui berawal dari makanan yang terkontaminasi. Di negara sedang berkembang, diantara kasus nyata dan yang dilaporkan rasionya 100:1, sedangkan di negara maju, diperkirakan kurang dari 10% dari keseluruhan kasus yang sebenarnya.

Menurut Depkes RI, pada tahun 2008 dari 31 juta anak-anak usia sekolah, 10 juta diantaranya menderita anemia yang salah satunya disebabkan oleh kurang nutrisi (Saepudin & Fasabeni, 2009, <http://kesehatan.kompas.com/read/xml>, diperoleh tanggal 20 maret 09). Menurut WHO (dalam Winarno, 2007) tingginya proporsi penyakit diare dan infeksi lainnya terutama di negara sedang berkembang disebabkan oleh kontaminasi mikrobiologi pada makanan. Diare yang diakibatkan oleh kontaminasi makanan merupakan penyebab utama

malnutrisi. Lebih lanjut WHO mengemukakan sebanyak 15 dari 1000 anak mati karena diare, dan di negara berkembang 70% angka kesakitan penyakit diare berawal dari makanan yang terkontaminasi (Winarno, 2007).

Masalah diare yang disebabkan karena kontaminasi makanan dapat menimbulkan berbagai dampak seperti kurang nutrisi, hal ini merupakan masalah paling dominan pada anak usia sekolah. Kota Lhokseumawe yang memiliki 19.483 jumlah anak usia sekolah, terdapat 45% menderita gizi kurang. Keadaan tersebut belum diketahui penyebabnya, namun jenis makanan atau jajanan di sekolah ikut berperan dalam masalah tersebut, bahkan berdasarkan laporan dari Dinas Kesehatan Kota Lhokseumawe (2008) tercatat 19 siswa sekolah menengah pertama keracunan makanan setelah mengonsumsi jajanan bakso di sekolah, setelah diadakan pemeriksaan terhadap sampel makanan oleh BPOM, ditemukan adanya kandungan borax dalam bakso. Kondisi ini akan berpengaruh terhadap kualitas makanan yang dimakan sehingga akan mempengaruhi tumbuh kembang anak.

Tumbuh dan berkembangnya anak usia sekolah yang optimal sangat tergantung pemberian nutrisi dengan kualitas dan kuantitas yang baik serta benar. pemenuhan kebutuhan nutrisi atau gizi anak usia sekolah dasar sangat bergantung pada salah satunya perilaku keluarga terutama ibu dalam menyiapkan dan memberi makan pada anak usia sekolah. Perilaku atau kebiasaan keluarga merupakan titik penting terciptanya sumber daya manusia yang berkualitas dan kompetitif. Salah satu perilaku penting yang harus terus dibudayakan adalah

kebiasaan sarapan anak sekolah karena sarapan terbukti mampu membuat anak – anak lebih konsentrasi saat belajar di sekolah (Makmur, 2008)

Menurut Judarwanto (2008) kebiasaan sarapan pagi anak sangat penting untuk diperhatikan karena selain untuk memenuhi kebutuhan nutrisi anak juga untuk mengurangi anak terpapar oleh jajanan yang tidak sehat yang dapat menyebabkan gangguan susunan saraf pusat yang disebut juga dengan gangguan perut otak (*Gut Brain Axis*) yang dapat menyebabkan perubahan perilaku seperti autisme melalui *hipermeabilitas Intestinal* atau dikenal dengan *Leaky Gut Syndrome*. Lebih lanjut sindrom tersebut dapat mengakibatkan kekurangan enzim *Dipeptidylpeptidase IV* (DPP IV) yang menghasilkan zat caseo morfin dan glutathione morfin (semacam morfin atau neurotransmitter palsu) yang mengganggu dan merangsang otak. Teori pelepasan opioid ikut berperan dalam proses di atas. Hal tersebut juga sudah dibuktikan penemuan seorang ahli pada binatang anjing. Setelah dilakukan stimulasi tertentu, ternyata didapatkan kadar opioid yang meningkat disertai perubahan perilaku pada binatang tersebut (Judarwanto, 2006, terapi diet untuk gangguan perilaku anak, ¶5, <http://forums.joouser.com/134680>, diperoleh tanggal 25 Feb 09)

Sarapan pagi bagi anak usia sekolah sangat penting, karena aktifitas di sekolah membutuhkan energi dan kalori yang cukup besar, oleh sebab itu kebutuhan kalori harus benar-benar diperhatikan. Pemenuhan kebutuhan nutrisi anak sekolah tidak selalu dapat dilaksanakan dengan sempurna. Sering timbul masalah terutama dalam pemberian makanan yang tidak benar dan menyimpang. Penyimpangan ini mengakibatkan gangguan pada banyak organ dan sistem tubuh

anak. Masalah yang timbul sering disebut dengan *Foodborne diseases* atau penyakit bawaan makanan, merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama di banyak negara seperti salah satunya akan menimbulkan masalah gangguan pencernaan (Wulansari, 2008, pentingkah pendidikan nutrisi di sekolah, rumah dan di masyarakat, ¶2, www.wordpress.com, diperoleh tanggal 23 Februari 2009).

Gangguan pencernaan yang disebabkan oleh penyimpangan makanan yang terjadi pada anak usia sekolah disebabkan oleh kebiasaan jajan yang tidak sesuai, baik dari keamanan, kebersihan dan kebutuhan. Kebiasaan makan yang sering menjadi masalah adalah kebiasaan makan di kantin atau warung di sekitar sekolah dan kebiasaan makan *fast food* serta makanan jajanan yang dijual oleh pedagang kaki lima yang langsung dimakan atau dikonsumsi tanpa pengolahan atau persiapan lebih lanjut. Disisi lain jajanan kaki lima dapat menjawab tantangan masyarakat terhadap makanan yang murah, mudah, menarik dan bervariasi, bahkan tidak jarang memiliki risiko bagi pembelinya (Judarwanto, 2006)

Berdasarkan Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) yang pernah melakukan penelitian di 10 propinsi, dari 163 sampel jajanan anak yang diuji, sebanyak 80 sampel (lebih dari 50%) tidak memenuhi baku mutu keamanan. Kebanyakan jajanan yang bermasalah itu mengandung boraks, formalin, zat pengawet, zat pewarna, zat pemanis, dan garam yang digunakan tidak beryodium (Alfurqan, 2006, ¶3, <http://www.alfurqan.or.id>, diperoleh tanggal 09 Februari 2009). Kondisi yang membahayakan anak ini terjadi akibat kebiasaan jajan yang kurang terkontrol.

Masalah anak usia sekolah yang sering dilupakan namun sangat krusial adalah masalah jajan saat anak berada di sekolah, dimana seperempat waktunya dihabiskan saat disekolah dan anak berada diluar pengawasan keluarga yang memiliki kebebasan untuk menggunakan uang jajan untuk memilih makanan dan minuman sesuai selera mereka. Menurut Bappenas (2008), dari sejumlah anak yang ada di Indonesia, kurang lebih hanya 5% anak yang membawa bekal dari rumah dan lebih menarik lagi, makanan jajan sekolah menyumbang asupan energi bagi anak sekolah.

Makanan jajan anak sekolah sangat berperan terhadap pertumbuhan dan prestasi anak sekolah, namun keamanan makanan tersebut baik dari segi mikrobiologis maupun kimiawi masih diragukan. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh dinas kesehatan Jawa Tengah (2008) terhadap makanan jajan di sekolah yang dilakukan di beberapa sekolah ditemukan adanya makanan yang tercemar mikrobiologis dan kimiawi, paling umum ditemukan adalah penggunaan bahan tambahan pangan (BTP). Bahan-bahan ini dapat terakumulasi pada tubuh manusia dan bersifat karsinogenik yang dalam jangka waktu panjang dapat menyebabkan berbagai penyakit seperti kanker dan tumor pada organ tubuh manusia sedangkan efek yang ditemukan untuk jangka waktu singkat berupa sakit perut, diare, insomnia, mudah lupa, konsentrasi belajar menurun yang berdampak pada penurunan prestasi belajar anak (Suryani, 2008, ¶3, <http://dinkesjatengprov.go.id>, diperoleh tanggal 04 Februari 2009)

Penelitian yang dilakukan oleh Gonzalez, Jones dan Frongilo (2008) menyatakan bahwa kesehatan anak usia sekolah sangat dipengaruhi oleh jajan yang

disediakan oleh kantin sekolah. Anak sekolah di Amerika Serikat mempunyai diet makanan yang buruk karena mengkonsumsi makanan manis dan tinggi lemak secara berlebihan namun mengkonsumsi buah dan sayur secara tidak adekuat yang berpengaruh pada pertahanan tubuh anak kurang baik. *Institute of medicine's* di negara tersebut merekomendasikan bahwa sebaiknya sekolah membuat kebijakan untuk tidak menyediakan atau membatasi menyediakan jajanan manis dan mengandung banyak lemak di kantin sekolah, namun perlu menyediakan lebih banyak jajanan seperti buah – buahan dan sayuran dengan berbagai variasi yang menarik untuk dikonsumsi oleh anak sekolah (Gonzalez, Jones & frongilo, 2009. conclusion section, ¶ 1, <http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh tanggal 05 Februari 2009).

Kebijakan pemerintah terkait membatasi penyediaan jenis jajanan manis dan berlemak di lingkungan sekolah di Indonesia belum ditemukan, masih banyak makanan yang di jajakan di lingkungan sekolah tidak terjamin kebersihan dan keamanannya. Menurut Wulandari (2006) badan POM belum sepenuhnya menjalankan fungsi kontrol terhadap produk makanan yang ditawarkan di sekolah dan minimnya perhatian pihak sekolah terhadap kualitas dan keamanan jajanan anak usia sekolah (Wulandari, 2006, ¶ 3, <http://www.kapanlagi.com>, diperoleh tanggal 03 Februari 2009). Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa ancaman kesehatan yang diakibatkan oleh penyimpangan pemilihan jenis makanan sangat potensial terjadi pada anak usia sekolah.

Kenyataan diatas menunjukkan bahwa banyak sekali ancaman kesehatan pada kelompok anak usia sekolah baik di lingkungan sekolah maupun lingkungan

rumah, terutama dalam hal mengkonsumsi makanan tidak sehat. Disamping itu peran keluarga dalam memantau jenis makanan yang dikonsumsi anak sangat penting, namun sangat sedikit keluarga yang membekali anak dengan makanan dari rumah. Untuk mengurangi paparan anak usia sekolah terhadap makanan jajanan yang tidak sehat dan tidak aman, perlu dilakukan promosi kesehatan terhadap keamanan pangan baik kepada sekolah, orangtua murid, pedagang bahkan pada anak usia sekolah itu sendiri (Febrihartanty & Iswarawanti, 2004).

Promosi kesehatan tentang makanan sehat yang diberikan untuk membantu anak usia sekolah dalam menentukan jenis jajanan, sangat efektif diberikan dengan menggunakan metode *peer* edukasi (Garcia & Zok, 2003, *peer education in nutrition for students*, ¶1, <http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh tanggal 11 Februari 2009). *Peer* edukasi (pendidikan sebaya) adalah suatu proses komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) yang dilakukan untuk kalangan sebaya, yaitu kalangan satu kelompok, dapat berarti kelompok sebaya pelajar, sesama rekan profesi atau jenis kelamin. Kegiatan sebaya dipandang sangat efektif dalam rangka KIE jajanan sehat dan bergizi, karena penjelasan yang diberikan pada kelompok sebaya dengan metode yang menarik akan mudah dipahami (Perez & Escamilla, 2008, ¶2, <http://www.ars.usda.gov/research/publication>, diperoleh tanggal 11 Februari 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Tesmau (2007) menyatakan bahwa adanya peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap terhadap siswa SMA yang diberikan *peer* edukasi tentang seks bebas dikalangan remaja setelah diberikan *peer* edukasi selama dua bulan pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. *Peer* edukasi sangat efektif diberikan dengan penjelasan tehnik yang menarik dan mudah dipahami untuk

meningkatkan perilaku sehat anak usia sekolah dalam menentukan jenis jajanan sehat.

Model intervensi dengan menggunakan *peer education* untuk meningkatkan aspek pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat khususnya anak usia sekolah dalam menentukan jenis jajanan sehat menjadi hal yang perlu dikembangkan, mengingat modelnya lebih efektif dan efisien. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Garcia dan Zok (Canadian Journal of Dietetic Practice and Research) peer edukasi tentang jenis makanan sehat yang diberikan pada anak usia sekolah sangat bermanfaat, hal ini dapat dibuktikan dari keberhasilan program yang dapat dilihat dari banyaknya permintaan anak usia sekolah yang ingin ikut serta dalam kegiatan *peer* edukasi serta terjadi peningkatan keterampilan dalam menentukan makanan sehat.

Pendekatan *peer* edukasi mempunyai sejumlah keuntungan, diantaranya adalah kelompok target merasa lebih nyaman berdiskusi dengan teman sebaya, memberikan pelayanan besar dan efektif dengan biaya sedikit (Lezin, 2008, *Characteristic of peer education programs*, <http://www.adobe.com/prodindex/acrobat/readstep>, diperoleh tanggal 11 Februari 2009). *Peer* edukasi tentang pentingnya jajanan sehat dan bergizi sangat penting di berikan pada anak sekolah, mengingat banyaknya jajanan yang di jajakan baik di lingkungan sekolah maupun lingkungan sekitar sekolah tidak terjamin baik dari segi keamanan maupun kebersihannya yang dapat mengancam kesehatan anak sekolah seperti yang telah dijelaskan sebelumnya.

Peningkatan perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat perlu mendapat perhatian semua pihak. Kepedulian perawat komunitas sebagai salah satu tenaga kesehatan yang profesional sangat dibutuhkan untuk turut berkontribusi dalam menyelesaikan masalah kesehatan terutama kesehatan anak usia sekolah untuk mengurangi atau mencegah keterpaparan makanan tidak sehat dan membahayakan (WHO, 2007). Peran perawat komunitas dalam upaya peningkatan perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat tidak terlepas dari peran perawat secara umum pada semua tatanan.

Menurut Edelman (2006) perawat komunitas mempunyai kesempatan sebagai konsultan dalam menyelesaikan masalah yang timbul serta berperan aktif sebagai penyedia layanan keperawatan. Beberapa peran perawat komunitas yang dapat dilakukan berupa penyediaan program pelayanan yang dapat diakses oleh keluarga, masyarakat, guru, pengelola sekolah serta anak usia sekolah itu sendiri dalam memenuhi kebutuhan, membangun jaringan kerjasama dalam pemberian pelayanan, melakukan advokasi untuk perubahan aturan dan kebijakan yang berpihak pada kelompok anak usia sekolah, melakukan dan meningkatkan penelitian untuk pengembangan pengetahuan terkait dampak negatif dari lingkungan terutama lingkungan sekolah terhadap kesehatan serta melakukan pemberdayaan masyarakat (Stanhope & Lancaster, 2004; Allender & Spradley, 2005)

Pemberdayaan masyarakat terkait hal tersebut diatas dapat diberikan melalui peran penting yang dilakukan oleh perawat komunitas, baik terhadap pengelola sekolah, masyarakat bahkan anak usia sekolah itu sendiri dengan membantu

mereka memiliki keterampilan dan pengetahuan tentang pentingnya makanan sehat, aman, cukup gizi bagi anak sekolah dan dampak atau bahaya yang akan timbul jika mengkonsumsi makanan/jajanan tidak sehat bagi tubuh, dan khususnya bagi masyarakat penjaja makanan baik di lingkungan sekolah maupun disekitar sekolah agar mampu menjajakan makanan sehat dan menjadi pengguna jasa yang efektif (Stanhope & Lancaster, 1996).

Berdasarkan keadaan tersebut penulis tertarik ingin melakukan penelitian terkait "Pengaruh *Peer* Edukasi Tentang jajanan sehat terhadap Perilaku Anak Usia Sekolah Dasar Di Kota Lhokseumawe Provinsi Nangroe Aceh Darussalam".

B. Rumusan Masalah

Masalah anak usia sekolah yang sering dilupakan namun sangat krusial adalah masalah jajanan saat anak berada di sekolah. Menurut Bappenas (2008), dari sejumlah anak yang ada di Indonesia, kurang lebih hanya 5% anak yang membawa bekal dari rumah, karenanya mereka lebih terpapar pada jajanan kaki lima (Suryani, 2008, ¶1, <http://dinkesjatengprov.go.id>, diperoleh tanggal 30 November 2008). Penelitian yang dilakukan di Bogor pada sejumlah sampel makanan dan minuman tercemar oleh mikrobiologis dan kimiawi. Cemaran kimiawi dapat terakumulasi pada tubuh manusia dan bersifat karsinogenik. (Februhartanty & Iswarawanti, 2004; SEAMEO-TROPMED RCCN Univ. Indonesia; Koordinator Forum Pemerhati Komunikasi Gizi dan Kesehatan, ¶4, <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi>, diperoleh tanggal 30 November 2008)

Kasus yang ditemukan di kota Lhokseumawe sejumlah 19 orang anak usia sekolah mengalami mual, muntah dan diare yang hebat setelah mengkonsumsi jenis jajanan bakso yang dijual oleh pedagang kaki lima disekitar sekolah. Dari sampel makanan yang di periksa oleh BPOM, ditemukan zat boraks dalam bakso yang menyebabkan kejadian tersebut. Hal ini disebabkan karena kurang terkontrolnya komposisi dan jenis makanan yang di jual. Disisi lain AUS kurang terpapar dengan pengetahuan tentang makanan dan cara memilih makanan yang baik.

Tidak tersedianya informasi tentang jajanan sehat yang mudah diakses oleh anak usia sekolah akibat kurang optimalnya kegiatan UKS di sekolah. Promosi kesehatan tentang makanan sehat pada anak usia sekolah dengan menggunakan pendekatan metode *peer* edukasi dapat diberikan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan anak usia sekolah dalam menentukan jenis jajanan sehat. (Gonzalez, Jones & Frongilo, 2009, conclusion section, ¶ 4, <http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh tanggal 05 Februari 2009). Berdasarkan gambaran tersebut, maka dapat dirumuskan pertanyaan penelitian :” Adakah pengaruh *peer* edukasi terhadap perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajanannya?”.

C. Tujuan Penelitian :

1. Tujuan Umum

Diperoleh gambaran tentang pengaruh *peer* edukasi tentang jajanan sehat terhadap perilaku anak usia sekolah di Kota Lhokseumawe Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus pada penelitian ini adalah teridentifikasi:

- a. Gambaran karakteristik (usia, jenis kelamin, jumlah uang jajan) anak usia sekolah di Kota Lhokseumawe Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam.
- b. Pengetahuan, sikap dan keterampilan anak usia sekolah tentang jenis jajanan sehat sebelum diberikan *peer* edukasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- c. Pengetahuan, sikap dan keterampilan anak usia sekolah tentang jenis jajanan sehat setelah diberikan *peer* edukasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- d. Perbedaan tingkat pengetahuan, sikap dan keterampilan anak usia sekolah sebelum dan setelah diberikan *peer* edukasi tentang jajanan sehat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- e. Hubungan karakteristik anak usia sekolah terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

D. Manfaat Penelitian

1. Pada pelayanan kesehatan dan keperawatan

Hasil penelitian ini memberikan implikasi pada upaya peningkatan kesehatan anak usia sekolah di Kota Lhokseumawe Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam. Pemberi pelayanan kesehatan dapat melihat efektifitas promosi kesehatan yang diberikan dengan menggunakan pendekatan metode *peer* edukasi terhadap peningkatan keterampilan anak usia sekolah dalam menentukan jenis jajanan sehat terkait upaya meningkatkan derajat kesehatan

anak usia sekolah. Dalam upaya peningkatan status kesehatan pada setiap *aggregate*, metode *peer* edukasi dapat menjadi bahan pertimbangan serta dijadikan rekomendasi program pelaksanaan komunikasi, informasi, edukasi serta bahan pertimbangan untuk menjadikan *peer* edukasi sebagai salah satu bentuk intervensi alternatif keperawatan yang dapat ditempuh.

2. Pada perkembangan ilmu pengetahuan

Hasil penelitian ini mempunyai implikasi memberikan sumbang saran terhadap khasanah ilmu pengetahuan mengenai peranan *peer* edukasi tentang jajanan sehat terhadap perilaku anak usia sekolah, memberikan kontribusi teoritik dan kajian pustaka untuk menambah teori tentang *peer* edukasi tentang jajanan sehat bagi anak usia sekolah, memberikan informasi untuk penelitian lebih lanjut terkait jajanan sehat anak usia sekolah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh *peer* edukasi terhadap perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajanan, berikut akan diuraikan beberapa teori terkait perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajanan, *peer* edukasi, dan *peer* edukasi anak usia sekolah sebagai salah satu bentuk intervensi promosi kesehatan.

A. Perilaku Kesehatan

1. Konsep perilaku

Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan baik disadari maupun tidak (pusat kesehatan kerja DepKes RI, 2008, <http://www.depkes.go.id>; diperoleh tanggal 18 Maret 2009). Perilaku manusia merupakan perbuatan yang selalu ada kelangsungan atau kontinuitas antara satu perbuatan dengan perbuatan selanjutnya (Purwanto, 1999). Lebih lanjut Notoadmodjo (2007) mengemukakan perilaku sebagai aktifitas dari manusia baik yang dapat diamati secara langsung maupun secara tidak langsung yang dipengaruhi oleh faktor genetik dan faktor lingkungan. Faktor genetik atau keturunan adalah konsepsi dasar atau modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup itu untuk selanjutnya. Sedangkan

lingkungan adalah kondisi atau lahan untuk perkembangan perilaku tersebut. Mekanisme pertemuan antara kedua faktor dalam rangka terbentuknya perilaku disebut proses belajar (*learning process*)

Menurut Skinner (1938, dalam Notoatmodjo, 2007) perilaku seseorang merupakan respon terhadap stimulus yang ada, baik stimulus sebagai faktor internal dari perilaku maupun stimulus sebagai faktor eksternal dari perilaku. Perilaku tersebut, dapat berupa perilaku tertutup (*covert behavior*) dan perilaku terbuka (*overt behavior*). Perilaku tertutup merupakan perilaku yang belum dapat diamati oleh orang lain, seperti pengetahuan, sikap, perhatian, persepsi, dan perasaan. Bentuk perilaku tertutup yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap. Perilaku terbuka merupakan perilaku yang sudah dapat diamati oleh orang lain, seperti tindakan atau praktek kesehatan (Purwanto, 1999).

Perilaku kesehatan dimotivasi oleh hasrat untuk melindungi diri dengan mencegah sakit atau hasrat untuk meningkatkan derajat kesehatan yang dikenal dengan dua istilah yaitu promosi kesehatan (*health promotion*) dan proteksi kesehatan (*health protection*) (Stones, McGuire & Eigsti, 2002). Promosi kesehatan secara langsung mengarah pada upaya meningkatkan derajat kesehatan dan aktualisasi diri baik oleh individu maupun kelompok yang berfokus pada upaya pendekatan kearah situasi positif dalam meningkatkan derajat kesehatan dan sejahtera. Sedangkan proteksi kesehatan adalah upaya untuk menurunkan kemungkinan timbulnya masalah kesehatan dengan melakukan perlindungan secara aktif terhadap sumber stres atau melakukan deteksi dini tanpa ada gejala yang berfokus pada upaya untuk

menghindari situasi negatif yang dapat menyebabkan sakit. Perilaku kesehatan merupakan perpaduan antara keduanya yakni pendekatan situasi positif dan menghindari dari situasi negatif yang menjadi motivasi manusia untuk berperilaku (Pender, Murdaugh & Parson, 2001).

Menurut Hitchcock, Schubert & Thomas (1999) perilaku sehat merupakan serangkaian aktifitas yang dilakukan dalam kehidupan sehari-hari yang berhubungan erat dengan kebutuhan fisik dan mental manusia seperti konsumsi makanan bergizi, olahraga teratur, istirahat cukup, manajemen stress dan aktifitas ibadah. Perilaku kesehatan seseorang cenderung dipengaruhi oleh kepercayaan terhadap kondisi kesehatan yang diinginkan dan kurang mendasarkan pada pengetahuan biologi. Setiap individu mempunyai cara yang berbeda dalam mengambil keputusan terhadap tindakan penyembuhan atau pencegahan penyakit berdasarkan penilaian individu maupun dengan bantuan orang lain terhadap gangguan yang menstimulasikan dimulainya suatu proses sosial psikologis (Notoatmodjo, 2007)

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku manusia merupakan suatu hasrat terhadap respon stimulus yang ada, baik stimulus internal dari perilaku maupun stimulus eksternal dari perilaku. Perilaku manusia direfleksikan dalam bentuk aktifitas, baik aktifitas yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung yang berhubungan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Menurut Kozier et al (2004) mengelompokkan kegiatan upaya pemeliharaan kesehatan mencakup upaya

promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Menurut Edelman dan Mandle (2006) perilaku kesehatan merupakan kegiatan individu yang dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, deteksi dini dan mengontrol terhadap gejala penyakit yang timbul.

2. Domain Perilaku sehat.

Bloom (1908, dalam Bastable, 2002) membagi domain perilaku menjadi tiga aspek yaitu pengetahuan, sikap dan praktik (keterampilan), demikian pula perilaku seseorang terhadap kesehatan mencakup tiga domain yaitu pengetahuan kesehatan, sikap terhadap kesehatan dan praktik kesehatan. Berikut akan dijelaskan masing-masing domain :

a. Pengetahuan tentang kesehatan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*) sebagai hasil tahu yang diperoleh setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2007). Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan menetap abadi pada diri seseorang daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Purwanto, 1999). Penelitian yang dilakukan oleh Rogger (1974, dalam Notoatmodjo 2007) mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, dalam diri individu tersebut akan mengalami proses yang berurutan yakni : *awareness* (kesadaran), artinya seseorang menyadari dan mengerti terhadap stimulus (objek); *interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut; *trial*, subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki

oleh stimulus; serta *adoption* yaitu subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap stimulus. Ketiga proses tersebut akan dilalui oleh individu untuk melakukan perubahan perilaku sehat.

Menurut Pender, Murdaugh dan Parson (2002) proses perubahan perilaku manusia didasarkan atas 3 faktor esensial yang mempengaruhi, yaitu kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko gangguan kesehatan; adanya dorongan dalam lingkungan individu untuk melakukan perubahan perilaku; dan perilaku dari individu itu sendiri. Lebih lanjut mereka menyatakan ketiga faktor di atas dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu, serta pengalaman berhubungan dengan sarana & petugas kesehatan. Hal ini didukung oleh (Edelman & Mandle, 2006) bahwa peran petugas kesehatan dan ketersediaan sarana kesehatan dalam merubah perilaku sehat individu sangat berpengaruh.

Menurut Depkes RI (2008) Kesiapan individu terhadap perubahan perilaku sehat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil kerentanan terhadap penyakit, adanya kepercayaan bahwa perubahan perilaku akan memberi keuntungan. Faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku dipengaruhi oleh karakteristik individu, penilaian individu terhadap perubahan yang ditawarkan,

interaksi dengan petugas kesehatan yang merekomendasikan perubahan perilaku, dan pengalaman mencoba merubah perilaku yang sama (Depkes RI; pusat kesehatan kerja, 2008, <http://www.depkes.go.id/index>, diperoleh tanggal 18 Maret 2009)

Perubahan perilaku baik oleh individu maupun kelompok mempunyai peluang dan kekuatan besar untuk berubah, hal ini sangat tergantung dari keinginan individu untuk berubah yang disebabkan karena manusia mempunyai kemampuan dalam pengetahuan, mengatur diri, membuat keputusan dan mencari solusi pemecahan masalah yang memungkinkan untuk berubah. Perubahan tersebut dapat didefinisikan sebagai suatu perilaku baru, manusia mempunyai keinginan untuk melakukan sesuatu untuk mencapai tujuan atau hasil sesuai yang diharapkan. Manusia mempunyai kekuatan dan kemampuan untuk mengubah perilaku sehat atau melakukan modifikasi gaya hidup sehat (Pender, Murdaugh & Parson, 2001).

Bloom (1975, dalam Winkel, 1996; Notoatmodjo, 2007) membagi 6 tingkatan pengetahuan yaitu: tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*sinthesis*), dan evaluasi (*evaluation*)

1). Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu objek atau materi yang telah dipelajari sebelumnya dan disimpan dalam ingatan. Tahu sifatnya

mengingat kembali (*recall*) atau mengenal kembali (*regocnition*) sesuatu yang khusus dari keseluruhan yang dipelajari. Tahu merupakan tingkatan yang paling rendah dari pengetahuan.

2). Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan menjelaskan dan menginterpretasikan dengan benar objek atau materi yang diketahuinya. Dijelaskan juga oleh Winkel (1996) memahami merupakan kemampuan menangkap makna dan arti dari materi yang dipelajari. Lebih lanjut Winkel mengemukakan bahwa seseorang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan kembali terhadap objek atau materi yang dipelajari.

3). Aplikasi (*application*)

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

4). Analisis (*analysis*)

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

5). Sintesis (*synthesis*)

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

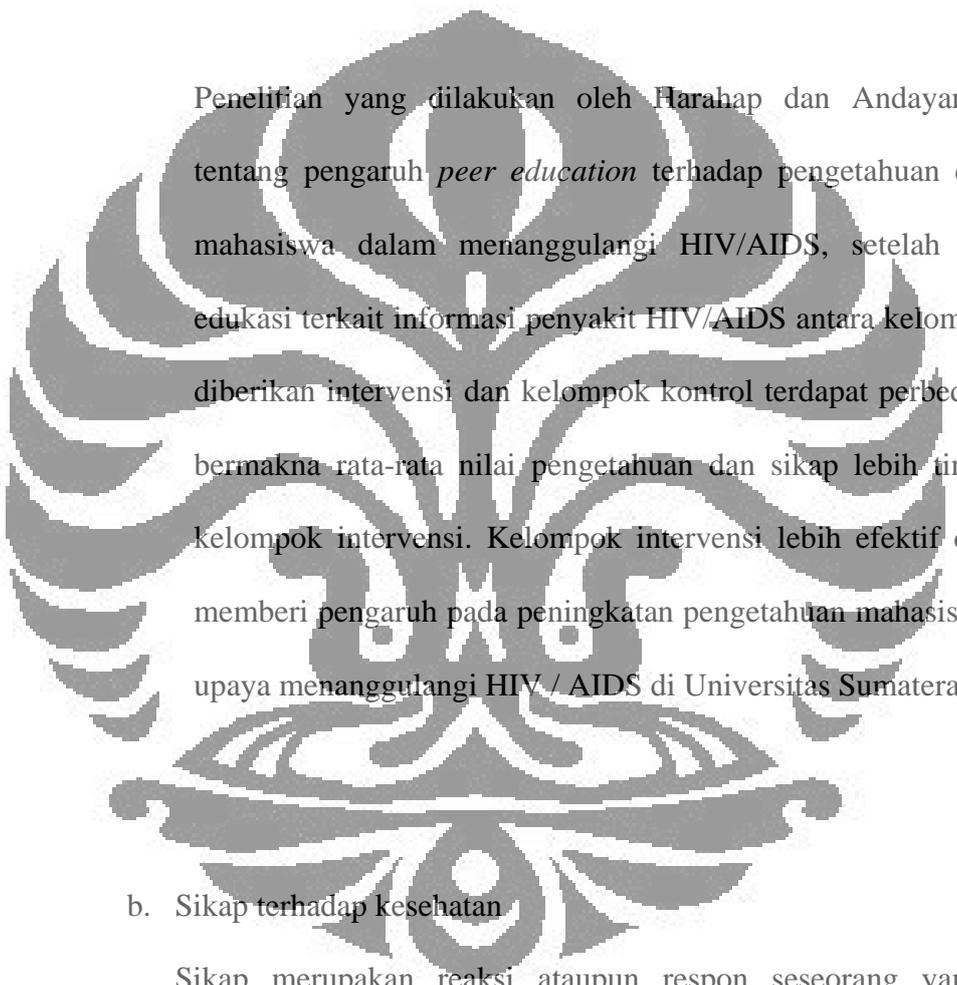
6). Evaluasi (*evaluation*).

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

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

Pengukuran pengetahuan kesehatan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket dengan menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman

pengetahuan yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkat-tingkat yang telah dijelaskan sebelumnya. Indikator yang digunakan adalah "tingginya pengetahuan" responden tentang kesehatan, atau besarnya persentase kelompok responden atau masyarakat tentang variabel-variabel kesehatan (Notoatmodjo, 2007).



Penelitian yang dilakukan oleh Harahap dan Andayani (2004) tentang pengaruh *peer education* terhadap pengetahuan dan sikap mahasiswa dalam menanggulangi HIV/AIDS, setelah diberikan edukasi terkait informasi penyakit HIV/AIDS antara kelompok yang diberikan intervensi dan kelompok kontrol terdapat perbedaan yang bermakna rata-rata nilai pengetahuan dan sikap lebih tinggi pada kelompok intervensi. Kelompok intervensi lebih efektif dan dapat memberi pengaruh pada peningkatan pengetahuan mahasiswa dalam upaya menanggulangi HIV/AIDS di Universitas Sumatera Utara.

b. Sikap terhadap kesehatan

Sikap merupakan reaksi ataupun respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Menurut Krech dkk (1982, dalam Notoatmodjo, 2007) menyatakan bahwa sebuah sistem evaluasi yang abadi baik itu bersifat positif maupun negatif, emosional, dan atau untuk kecenderungan hubungan akan berespon pada objek sosial. Menurut Rawlins, Williams dan Beck (1993 dalam Kozier, 2004)

sikap yang dimiliki klien atau individu merupakan kerangka kerja awal untuk membantu klien menemukan cara yang sehat dalam rangka memenuhi kebutuhannya. Lebih lanjut mereka mengemukakan klien sebagai orang yang paling tahu atas kondisi kesehatannya akan berperan aktif dalam upaya meningkatkan kesehatan, dimana klien terlibat dalam menentukan intervensi yang tepat

Cardno (1955, dalam Notoatmodjo, 2007) menyatakan sikap yang diperlihatkan oleh seseorang merupakan kecenderungan terhadap respon dari objek sosial dimana interaksi dengan situasi dan variabel watak lainnya, petunjuk, perilaku langsung dari individu. Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa sikap merupakan suatu hal yang tidak dapat dilihat secara langsung, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari manifestasi perilaku.

Komponen sikap menurut Allport, (1935, dalam Azwar, 2005) ada tiga yaitu: komponen kognitif; berupa kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek. Komponen afektif; menyangkut kehidupan emosional atau evaluasi terhadap objek yang merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin akan merubah sikap seseorang, dan komponen konatif; merupakan kecenderungan untuk bertindak atau bereaksi (*tend to behave*) terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu. Sikap individu tentang kesehatan akan terwujud dalam bentuk praktik kesehatan.

c. Praktik kesehatan

Praktik atau keterampilan merupakan konsep penting yang mengacu pada kemampuan untuk melakukan pergerakan otot atau tubuh yang diperlukan untuk tindakan efisien dan efektif (Obermann & Reilly, 2002). Sikap belum bisa sepenuhnya dapat diwujudkan dalam tindakan, untuk mewujudkannya memerlukan faktor pendukung (*support*) atau suatu kondisi yang memungkinkan seperti fasilitas.

Notoatmodjo (2007) membagi praktek kedalam 4 tingkatan; 1) Persepsi (*Perception*) yaitu individu mulai mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil merupakan praktik tingkat pertama. 2) Respon terpimpin (*Guided Respons*); pada tahap ini individu sudah mampu melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar. 3) Mekanisme (*Mecanism*) yaitu apabila individu sudah melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka individu tersebut sudah mencapai praktik tingkat tiga. 4) Adaptasi (*Adaptation*); suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenarannya tersebut. Menurut Pender, Murdaugh dan Parson (2002) ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku sehat yang akan di bahas berikut ini

3. Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan

Upaya yang dilakukan individu untuk meningkatkan derajat kesehatan mencakup berbagai upaya baik itu dalam bentuk mencegah terjadinya

penyakit (*health Prevention*) maupun melindungi diri dari berbagai masalah kesehatan (*Health Protection*) (Pender, Murdaugh dan Parson, 2002). Menurut Edelman, (2006, Green & Kreuter, 2000) ada tiga faktor yang mempengaruhi individu maupun kelompok dalam berperilaku yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*).

Faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang mampu mempermudah untuk berperilaku sehat disebut sebagai faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terdiri dari pengetahuan, sikap dan keyakinan atau persepsi tentang kesehatan, hal ini didukung oleh Bastable (2002) yang menyatakan bahwa perilaku sehat seseorang sangat dipengaruhi oleh faktor predisposisi. Faktor lain yang berpengaruh terhadap perilaku sehat seseorang adalah faktor pemungkin

Faktor pemungkin (*enabling factors*) individu berperilaku sehat harus didukung oleh ketersediaan dan keterjangkauan dari sumber-sumber kesehatan seperti puskesmas, posyandu serta ketersediaan tenaga kesehatan. Menurut Erikson (1950, dalam Hockenberry, 2007) kebiasaan yang terbentuk sebagai wujud perilaku sehat pada anak usia sekolah merupakan hasil dari proses pikir konkrit dan pada usia ini mereka sudah mampu mempertimbangkan benar dan salah. Lebih lanjut Erikson mengemukakan untuk mewujudkan perilaku sehat anak usia sekolah, tidak cukup hanya dengan memiliki pengetahuan dan sikap saja, namun dibutuhkan sarana prasarana kesehatan untuk mendukung terbentuknya perilaku sehat. Hal ini di

dukung oleh Pender, Murdaugh dan Parson (2002) untuk merubah perilaku sehat individu harus didukung oleh sarana dan tenaga kesehatan sebagai pemberi layanan.

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

Penelitian yang dilakukan oleh Dacey (1989) di Inggris terhadap orangtua yang mempunyai anak berprestasi dan kreatif. Dari 56 jumlah sampel orangtua anak, 28 orangtua yang dipilih karena mempunyai kinerja sangat kreatif dalam profesinya berdasarkan penilaian anggota profesi tersebut, selebihnya dilibatkan dalam sampel penelitian karena salah satu anak dari keluarga tersebut dinilai paling kreatif oleh staff pengajar serta dinominasi oleh pakar dalam bidangnya. Penelitian tersebut meliputi pengetesan terhadap sampel anak, dilanjutkan dengan wawancara terhadap anggota keluarga tentang berbagai topik mengenai gaya hidup keluarga. Untuk menentukan tingkat kreatifitas, setiap orang diminta untuk menggambarkan dan bila mungkin menunjukkan bukti dari produksi kreatifitas diri sendiri dan dari anggota keluarga yang lain. Kesimpulan yang dapat ditarik dari penelitian ini adalah peran faktor lingkungan dan pola asuh orangtua serta iklim keluarga sangat berpengaruh terhadap prestasi anak (Munandar, 2004)

Berdasarkan uraian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa ketiga faktor : *predisposing factors*, *enabling factors* dan *reinforcing factors* saling terkait dan saling mendukung untuk terbentuknya perilaku sehat. Pengetahuan, sikap keyakinan dan keterjangkauan sarana dan prasarana kesehatan belum bisa mewujudkan perilaku sehat jika tidak didukung oleh faktor penguat seperti pengaruh keluarga, teman sebaya (*peers*), pendidik, lingkungan serta adanya dukungan tokoh masyarakat dan pejabat pemerintah. Perilaku yang diharapkan tidak terbatas pada peningkatan pengetahuan tentang kesehatan, namun menciptakan sikap positif tentang kesehatan dan akhirnya dipraktikkan menjadi masyarakat yang berperilaku hidup sehat (*healthy life style*). Perilaku hidup sehat masyarakat akan memberi dampak positif terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah.

B. Tumbuh kembang Anak Usia Sekolah

1. Istilah dan batasan anak usia sekolah

Anak usia sekolah merupakan individu yang berusia antara 5-12 tahun dan merupakan masa peralihan antara masa anak-anak dengan masa remaja, sedangkan anak usia sekolah dasar adalah anak yang berusia 6-13 tahun yang masih duduk dibangku sekolah dasar (Stanhope & Lancaster, 2003; Steward, 2003). Rentang kehidupan anak usia sekolah dimulai dari usia 6 sampai 12 tahun yang mempunyai berbagai label, dan mempunyai gambaran terhadap sebuah karakteristik penting. Lingkungan mempunyai pengaruh yang besar terhadap perkembangan anak pada periode ini (Hockenberry, 2006).

Anak usia sekolah merupakan periode tenang sebelum beralih pada masa remaja yang lebih keras, perubahan yang terjadi pada masa ini dapat dilihat pada ukuran dan keahlian selama umur 6 sampai 12 tahun. Pertumbuhan terhadap tinggi badan dan berat badan berlangsung perlahan dibandingkan dengan masa bayi dan remaja (Edelman & Mandle, 2006). Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa anak usia sekolah merupakan masa peralihan antara masa prasekolah dan masa remaja yang dimulai sejak usia 6 tahun sampai 12 tahun, pada masa ini terjadi pertumbuhan yang sedikit lambat dibandingkan masa remaja serta lingkungan mempunyai pengaruh yang besar terhadap pertumbuhan dan perkembangannya.

2. Proses tumbuh kembang anak usia sekolah

Proses tumbuh kembang anak usia sekolah dimulai dari usia 6 tahun sampai 12 tahun, pada masa ini anak akan mengalami beberapa perubahan baik dari aspek fisik maupun emosional (Hockenberry & Wilson, 2007). Hal ini didukung oleh pernyataan Stanhope dan Lancaster (1996) pertumbuhan pada anak usia sekolah berjalan sedikit lambat dibandingkan dengan masa anak-anak dan masa remaja. Namun pada periode ini mengalami beberapa perkembangan yaitu : perkembangan biologi, kognitif, psikologis, mental, spiritual, bahasa dan sosial yang akan dijelaskan sebagai berikut :

1) Perkembangan Biologi

Pertumbuhan yang terjadi selama masa anak lebih lambat namun pasti bila dibandingkan dengan masa sebelum atau setelahnya. Pada umur 6 sampai 12 tahun terjadi penambahan tinggi badan rata – rata 5 cm (2

Inches) per tahun dan bisa lebih 30cm sampai 60 cm serta terjadi penambahan berat badan sekitar 2 sampai 3 kg pertahun. Rata-rata anak usia 6 tahun mempunyai tinggi badan 116 cm dan berat badan 21 kg. Umur 12 tahun mempunyai standar tinggi badan 150 cm dan berat badan kira – kira 40 kg. selama periode usia ini laki-laki lebih terlihat besar baik terjadap berat badan maupun tinggi badan dibandingkan wanita, namun setelah masa usia sekolah berakhir berat badan wanita melebihi berat badan laki-laki sehingga membuat rasa ketidaknyamanan (Hockenberry & Wilson, 2007).

Menurut Ball dan Bindler (2003), anak usia sekolah lebih anggun dan tenang dibandingkan masa sebelumnya. Terjadi perubahan terhadap postur tubuh, lebih kurus dan ekstremitas lebih panjang membuat mereka lebih senang melakukan aktifitas fisik seperti jalan kaki, bersepeda, dan aktifitas lainnya yang mudah. Selain itu juga terjadi kematuran sistem seperti pada sistem *gastrointestinal*, meningkatnya kapasitas lambung, kebutuhan kalori lebih rendah dibandingkan masa pra sekolah dan masa remaja.

Kebutuhan nutrisi untuk pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah tidak harus lebih banyak, lebih sering atau lebih khusus, namun pada masa ini dibutuhkan asupan nutrisi yang baik dan benar sesuai kebutuhan (Makmur, 2008). Menurut Judarwanto (2006) dalam memberikan makanan yang benar pada anak usia sekolah harus dilihat dari banyak aspek, antara lain aspek ekonomi, sosial, budaya, agama,

disamping aspek medik dari anak itu sendiri. Lebih lanjut Judarwanto mengemukakan makanan pada anak usia sekolah harus serasi, selaras dan seimbang. Serasi artinya sesuai dengan tingkat tumbuh kembang anak, sedangkan selaras; sesuai dengan kondisi ekonomi, sosial budaya serta agama dari keluarga. Seimbang artinya nilai gizinya harus sesuai dengan kebutuhan berdasarkan usia dan jenis bahan makanan seperti karbohidrat, protein dan lemak.

Penelitian yang dilaporkan oleh Judarwanto (2006) persentase anak sekolah Amerika yang kelebihan berat badan bertambah hampir tiga kali lipat dalam 20 tahun terakhir. Kecenderungan tersebut diduga akibat kesalahan dalam mengkonsumsi makanan seperti *fast food* (*junk food*) dan kurang olahraga, sehingga dibuat kebijakan untuk meniadakan penyediaan minuman ringan di mesin-mesin penjaja dan kafetaria, kemudian menggantikannya dengan air putih, susu dan buah-buahan dan olahraga. Hal ini menunjukkan suatu kepedulian terhadap kesehatan anak usia sekolah (Judarwanto, 2006, ¶ 11, <http://kesulitanmakan.bravehost.com>, diperoleh tanggal 5 februari 2009).

Pemberian nutrisi pada anak usia sekolah harus sesuai kebutuhan, ditinjau dari berbagai aspek baik aspek ekonomi, sosial, budaya dan agama dengan tidak mengenyampingkan aspek medik dari anak. Pada usia ini kebutuhan kalori lebih rendah dibandingkan masa prasekolah dan masa remaja, hal ini disebabkan karena proses pertumbuhan yang sedikit lambat dibandingkan dengan kedua masa tersebut (Makmur, 2008).

Kebutuhan nutrisi anak usia sekolah dibutuhkan tidak hanya untuk perkembangan biologis, akan tetapi diikuti juga dengan perkembangan kognitif (Pender, Murdaugh & Parson, 2002)

2) Perkembangan Kognitif

Tahap operasional konkrit berlangsung selama masa usia sekolah, pada masa ini anak sudah mengembangkan sebuah pengertian yang dikaitkan antara benda dan ide-idenya kemudian membuat persepsi dasar terhadap apa yang dilihat (*perceptual thinking*) dan membuat pendapat sebagai suatu alasan (*conceptual thinking*) serta mampu meningkatkan kemampuan pemahaman terhadap simbol-simbol, menyimpan ingatan terhadap pengalaman yang pernah terjadi dan mampu menceritakan kembali dengan baik (Piaget, dalam Hockenberry, 2007)

Menurut Erikson (1950, dalam Friedman, 2002) menyatakan bahwa anak usia sekolah melakukan aktifitas untuk mengembangkan *sense of industry* berupa kapasitas untuk menikmati pekerjaan dan berupaya untuk mengurangi atau mencegah perasaan rendah diri. Menurut Ball dan Bindler (2003) klasifikasi keahlian pada masa usia sekolah meliputi kemampuan untuk memahami terhadap sekelompok objek, membuat pemikiran logika baik dalam kelompok maupun perseorangan yang menjadikan pemikiran logika tersebut sebagai sebuah konsep.

Menurut Hockenberry & Wilson (2007) perkembangan kemampuan kognitif terjadi pada masa anak usia sekolah, pada masa ini anak sudah

mampu membuat *perceptual thinking* dan *conceptual thinking* terhadap hasil pengamatan, mengingat, serta mampu menceritakan kembali apa yang pernah diketahuinya. Anak juga telah mampu mengembangkan *sense of industry* sebagai wujud aktualisasi diri. Lebih lanjut mereka mengemukakan selain perkembangan kognitif, masa anak usia sekolah juga diikuti oleh perubahan terhadap perkembangan psikososial.

3) Perkembangan Psikologis

Masa petengahan anak disebut sebagai periode perkembangan psikoseksual oleh sigmeund freud menyatakan sebagai periode laten, sebuah masa ketenangan antara periode odipus yaitu pada pertengahan umur masa kanak-kanak dan periode erotis pada masa remaja. Untuk mencapai derajat kesehatan seseorang secara optimal dapat dicapai melalui tiga tahap perkembangan psikososial (Erickson, 1963 dalam Hockenberry & Wilson, 2007), yaitu : mencintai lingkungan termasuk stabilitas keluarga untuk memberikan kesempatan anak usia sekolah untuk bersosialisasi dengan teman sebaya, berespon terhadap budaya, dan mengembangkan keahlian yang bermanfaat serta turut berkontribusi dalam komunitas sosial.

Pencapaian keterampilan pada masa anak usia sekolah akan dicapai, jika anak diberikan kebebasan dalam mengeksplorasikan kemampuannya dan berpartisipasi dengan lingkungan sosial. Kesuksesan pada tahap ini akan menambah aktualisasi anak jika lingkungan memberikan penghargaan, hadiah, *support* terhadap apa yang telah diraih. Hal yang dapat membuat

anak menjadi sulit berkembang atau tidak optimal perkembangannya jika tidak diberikan kebebasan dalam berkarya, selalu dianggap tidak mampu sehingga menimbulkan rasa rendah diri anak (Stanhope & Lancaster, 1996)

Rasa rendah diri anak akan terlihat pada temperamen yang diperlihatkan. Hockenberry dan Wilson (2007) membagi temperamen anak dalam 3 kategori yaitu mudah, tenang, dan pemarah. Menurut Edelman dan Mandle (2006) guru dan orangtua mempunyai peranan penting dalam membentuk temperamen anak. Lebih lanjut mereka mengatakan peran keduanya dibutuhkan untuk mengatasi atau mencegah timbulnya perilaku mudah marah, sebaiknya anak lebih sering diajak mendengar cerita, mengunjungi tempat-tempat yang disenangi serta harus lebih memahami secara khusus perilaku anak tersebut. Perilaku anak akan terus berkembang sesuai dengan respon yang diterima, selain itu anak usia sekolah juga mengalami perkembangan moral.

4) Perkembangan Moral

Anak usia sekolah akan mengalami perubahan perilaku, dari egosentris akan berubah menjadi pemikiran yang lebih logis, pada masa ini mereka juga mengalami perkembangan pertimbangan terhadap sesuatu yang salah dan benar sesuai standar moral. Menurut Kohlberg (dalam Hockenberry & Wilson, 2007) anak usia 6-7 tahun mengetahui apa yang menjadi aturan yang harus mereka lakukan, namun mereka belum mengetahui alasan dibalik itu. Biasanya mereka menentukan suatu

kegiatan dengan konsekuensi, jika berbuat salah akan mendapat hukuman, dan jika benar akan mendapat penghargaan. Mereka memiliki persepsi tentang apa yang mereka lakukan akan salah dan akan mendapat hukuman, dibandingkan dengan orang dewasa yang selalu benar dan mereka akan mendapat penghargaan atau hadiah. Konsekuensinya anak usia 6-7 tahun lebih suka memperlihatkan kejadian dan ketidakberuntungannya sebagai suatu hukuman terhadap kesalahan.

Anak usia di atas 7 tahun telah memahami dan memiliki kemampuan pertimbangan moral dari apa yang mereka lakukan, mampu memahami dan menerima sebuah konsep atas aturan atau norma-norma yang berlaku (Hockenberry & Wilson, 2007). Hal ini didukung oleh Ball dan Bindler (2003) masa awal usia sekolah telah mempunyai kemampuan untuk mempertimbangkan, baik dan buruk suatu aturan terhadap dirinya yang didukung oleh adanya perkembangan spiritualnya.

5) Perkembangan Spiritual

Perkembangan spiritual terjadi pada masa anak usia sekolah berupa anak sudah mulai berfikir konkrit dan memiliki hasrat yang kuat untuk mengetahui tentang Tuhannya, keyakinannya tentang Tuhan yang bisa membantu, mencintai dan dicintai (Hockenberry & Wilson, 2007). Lebih lanjut Mereka megemukakan AUS sudah mulai belajar membedakan antara natural dan supernatural, namun memiliki kesulitan dalam memahami arti dari simbol-simbol, sehingga membuat mereka cenderung melakukan diskusi tentang apa yang mereka rasakan dan mereka tidak

pahami. Mereka merasa lebih nyaman jika sudah melakukan kegiatan ritual keagamaan, seperti berdoa, membaca kitab dan sebagainya. Praktik berdoa yang dilakukan, seiring adanya upaya dari anak untuk menyempurnakan bahasa yang digunakan.

6) Perkembangan Bahasa

Kemampuan bahasa yang dimiliki anak usia sekolah sudah mulai teratur dan menggunakan intonasi yang baik. Anak sudah mulai memcermati keteraturan kata yang dipakai baik dalam situasi formal saat guru berbicara maupun dalam acara lainnya yang kemudian dipraktikkan dalam berbicara sehari-hari (Stanhope & Lancaster, 1996). Hasrat yang timbul untuk terus belajar bicara teratur seperti orang-orang disekitar, membuat mereka terus berupaya berlatih bersama sesama teman yang menyebabkan terjadinya perubahan terhadap perkembangan sosial (Ball & Bindler, 2003).

7) Perkembangan sosial

Hubungan antara teman sebaya merupakan hal yang penting untuk interaksi sosial anak usia sekolah. Anak harus diberi kebebasan berperan aktif dalam kelompok tanpa harus dikekang dan selalu diawasi (Edelman & Mandle, 2006). Lebih lanjut mereka mengamukakan dampak positif terhadap kebebasan anak melakukan sosialisasi dengan teman sebaya adalah dapat dilihat dengan kemampuan dalam mengurangi sifat egosentris saat adanya perbedaan dalam kelompok sebaya. Anak lebih menonjolkan kemampuannya dalam berargumentasi, meyakinkan

temannya, kooperatif dan saling kompromi serta lebih peka terhadap lingkungan sosial. Kemampuan lain yang dimiliki adalah memodifikasi perilaku dalam kelompok, kemampuan mengontrol emosi saat ada perbedaan pendapat, berupaya menciptakan rasa nyaman, lebih berani, cerdas dan menciptakan hubungan harmonis antar sesama (Ball & Bindler, 2003). Untuk mencapai suatu perkembangan yang optimal, dibutuhkan nutrisi yang adekuat sesuai dengan kebutuhannya (Winarno, 2004).

C. Nutrisi Anak Usia Sekolah

Salah satu upaya yang berdampak sangat penting bagi peningkatan kualitas sumberdaya manusia adalah upaya peningkatan status gizi masyarakat yang dipengaruhi oleh konsumsi nutrisi setiap individu. Kebutuhan nutrisi setiap individu akan berbeda-beda sesuai umur, jenis kelamin, dan aktifitas atau pekerjaan. Menurut Judarwanto (2006) anak laki-laki lebih banyak melakukan aktivitas fisik sehingga memerlukan kalori yang lebih banyak dibandingkan anak perempuan. Pada usia ini biasanya anak perempuan sudah mengalami masa haid sehingga memerlukan lebih banyak protein, zat besi dari usia sebelumnya (Judarwanto, 2006, perilaku makan anak sekolah, ¶2, <http://kesulitanmakan.bravehost.com> diperoleh tanggal 03 Februari 2009).

Anak usia sekolah membutuhkan keseimbangan diet nutrisi yang baik, seperti kebutuhan kalori, protein, mineral, lemak perhari untuk pertumbuhannya. Anak usia sekolah membutuhkan sekitar 2400 kalori perhari untuk kebutuhan pertumbuhan yang dikonsumsi selama 3 kali makan nasi, dan 1 atau 2 kali

makan ringan. Pada masa ini anak sudah mencoba makan makanan baru seperti sayuran, makanan berkuah, kaserol, dan lainnya yang sebelumnya belum pernah dicoba dan anak biasanya akan memperlihatkan rasa tidak suka, serta lebih memilih makanan seperti roti kacang, coklat pada setiap waktu makannya. Anak lebih menyukai jajanan disekolah sehingga dibutuhkan pengawasan yang baik dari anggota keluarga (Edelman, 1994)

Menurut Winarno (2007) makanan jajanan adalah jenis makanan yang dimakan sepanjang hari, sebagai hiburan, tidak terbatas pada suatu waktu, tempat dan jumlah yang dikonsumsi. Lebih lanjut Winarno menambahkan makanan jajanan dikategorikan sehat jika terjamin aspek *hygiene* dan sanitasi, zat kimia berbahaya seperti formalin, boraks, pestisida dan sebagainya. Hal ini dikuatkan oleh Tanziha (2007) pada jajanan anak sekolah banyak ditemukannya produk makanan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan yang menyebabkan banyaknya kasus keracunan makanan, di samping masih rendahnya pengetahuan pangan dan tanggung jawab produsen serta rendahnya kepedulian konsumen tentang mutu dan keamanan pangan. Lebih lanjut Tanziha mengemukakan makanan yang aman secara fisik yaitu tidak dicampur rambut, logam, debu, tanah, pecahan kaca, bahan tambahan pangan, residu pestisida, racun hama (HCN) dan unsur biologi berbahaya; lalat, kecoa, tikus dan sebagainya serta unsur mikro yakni jamur dan bakteri, juga aspek agama yaitu : halal (Tanziha, 2007, jajanan anak sekolah cenderung gunakan pengawet, <http://www.waspada.co.id>, diperoleh tanggal 28 Januari 2009)

Anak sekolah sangat berisiko terpapar oleh makanan tersebut diatas, hal ini disebabkan karena kebiasaan makan di kantin atau warung di sekitar sekolah dan kebiasaan makan fast food. Jajanan kaki lima dapat menjawab tantangan masyarakat terhadap makanan yang murah, mudah, menarik dan bervariasi. Keamanan jajanan tersebut baik dari segi mikrobiologis maupun kimiawi masih dipertanyakan (Judarwanto, 2006, perilaku makan anak sekolah, ¶3, <http://kesulitanmakan.bravehost.com> diperoleh tanggal 03 Februari 2009).

Menurut Februhartanty dan Iswarawanti (2004) untuk mengurangi paparan anak sekolah terhadap makanan jajanan yang tidak sehat dan tidak aman, perlu dilakukan usaha promosi keamanan pangan baik kepada pihak sekolah, guru, orang tua, murid, serta pedagang. Secara berkesinambungan, sekolah dan pemerintah perlu menggiatkan kembali UKS (Usaha Kesehatan Sekolah). Materi komunikasi tentang keamanan pangan yang sudah pernah diproduksi salah satunya oleh Badan POM dan Departemen Kesehatan dapat ditingkatkan penggunaannya sebagai alat bantu penyuluhan keamanan pangan di sekolah-sekolah (Suryani, 2008, Waspadailah Jajanan Anak Sekolah, <http://dinkesjatengprov.go.id>, diperoleh tanggal 04 Februari 2009)

Pemenuhan kebutuhan nutrisi anak usia sekolah harus mendapat pengawasan khusus. Menurut (Edelman & Wilson, 2006) anak usia sekolah lebih banyak mengonsumsi makanan yang manis, asin, lemak dan mengandung zat tambahan kimia yang dalam waktu singkat akan memberi efek berupa reaksi alergi dan efek jangka panjang berupa penyakit jantung, hipertensi dan kanker. Studi penelitian makanan jajanan yang hasilnya telah dilaporkan oleh berbagai

lembaga penelitian diberbagai negara mengungkapkan bahwa sekitar 62% dari zat pewarna makanan artifisial yang terdapat dalam makanan yang dijual dipinggiran kota dan pedesaan, ternyata terdiri dari zat pewarna yang tidak diizinkan yang dapat mengancam kesehatan konsumen, bahkan makanan yang menggunakan zat pewarna yang diizinkan, telah diteliti 6,6% memiliki ambang batas jauh lebih tinggi (730 ppm) dari ambang batas penggunaan yang diizinkan yaitu 220 ppm. Untuk itu dibutuhkan pengawasan tidak hanya terhadap penggunaan zat pewarna yang terlarang akan tetapi dosis zat pewarna yang diizinkan juga harus dimonitor (Winarno, 2004).

Penelitian yang dilakukan di Bogor oleh Februhartanty dan Iswarawanti dari tim *SEAMEO-TROPED RCCN* Universitas Indonesia, mengungkapkan bahwa dari sejumlah sampel makanan yang diperiksa ditemukan salmonella Paratiphi A di 25%-50% sampel minuman yang dijual di kaki lima. Bakteri ini diduga berasal dari es batu yang proses pembuatannya tidak dimasak terlebih dahulu, selain itu ditemukan penggunaan bahan Tambahan Pangan (BTP) illegal seperti boraks (pengempal yang mengandung logam berat boron), formalin, rhodamin B (pewarna merah pada tekstil) dan methanil yellow (pewarnakuning pada tekstil). Bahan-bahan ini dapat terakumulasi pada tubuh manusia dan bersifat karsinogenik dalam jangka panjang sementara pengaruh jangka pendek menimbulkan gejala-gejala yang sangat umum seperti pusing dan mual. (Februhartanty & Iswarawanti, 2004 ¶4 <http://www.gizi.net/cgi-bin>, diperoleh 03 Februari 2009)

Penelitian yang dilakukan oleh Waturangi, Lay dan Soka (2007) menemukan dari sampel makanan dan minuman yang diperiksa di 15 SD di tiga wilayah Jakarta terdapat paling banyak bakteri patogen yaitu jenis *Eschericia coli*, *Vibrio cholerae*, dan *Salmonella typhi* yang dapat menyebabkan diare, kolera dan typhus. Hal yang lebih membahayakan, bakteri kontaminan minuman jajanan sudah resisten terhadap beberapa jenis antibiotik, lebih dari 70 persen *Salmonella* yang mencemari minuman jajanan anak resisten terhadap antibiotik ampicilin dan streptomisin, lebih dari 50 persen *Vibrio* resisten terhadap ampicilin dan streptomisin dan lebih dari 50 persen *Eschericia* resisten terhadap trimetoprim. Selain resisten, bakteri-bakteri patogen itu mempunyai sifat integron, atau mampu menularkan sifat resistennya kepada bakteri yang lain, bahkan beberapa diantaranya berasosiasi dengan integron kelas satu yang memungkinkan penyebaran gen resistensi terhadap antibiotik semakin cepat (Waturangi, Lay & Soka 2008, minuman jajanan anak sekolah terkontaminasi bakteri patogen <http://www.suaramedia.com/gaya-hidup/kesehatan>, diperoleh tanggal 03 Februari 2009)

Cemaran bakteri yang terdapat pada makanan dan minuman, dapat mengancam kesehatan tidak hanya kesehatan anak usia sekolah, namun juga pada semua kelompok usia, dan masyarakat belum menyadari akan bahaya yang ditimbulkan. Berbagai jenis penyakit dapat terjadi seperti diare, kolera dan typhus serta dalam jangka waktu panjang bisa menimbulkan kanker sebagai akibat tidak terjaminnya makanan tersebut dari segi kebersihan dan keamanan dalam penggunaan bahan tambahan pangan (Winarno, 2004). Untuk

mengurangi atau mencegah berlanjutnya keadaan tersebut diatas, peran aktif perawat komunitas sangat dibutuhkan.

D. Peran Perawat Komunitas

Perawat komunitas sebagai salah satu tenaga profesional mempunyai keterlibatan untuk berperan aktif dalam upaya pencegahan dan penanggulangan penyimpangan makanan anak usia sekolah. Adapun peran perawat komunitas menurut Leavell dan Clark (1958, dalam Anderson dan McFarlan, 2000; Nies dan McEwen, 2001; Stanhope dan Lancaster, 2004) berfokus pada tiga level pencegahan yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tertier.

1. Pencegahan Primer

Upaya pencegahan primer dalam bentuk promosi kesehatan untuk meningkatkan kesadaran individu, keluarga, kelompok ataupun masyarakat terutama anak usia sekolah berupa kesalahan dalam menentukan jajanan dapat mengakibatkan berbagai ancaman kesehatan (Garcia & Zok, 2003,

Peer Education in Nutrition for Childrents,
<http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh tanggal 09 Februari 2009).

Selanjutnya mereka mengemukakan intervensi promosi kesehatan berupa pendidikan kesehatan pada anak usia sekolah dan keluarganya sangat penting diberikan, supaya mereka mempunyai pengetahuan tentang makanan sehat bergizi serta dampak yang timbul akibat mengkonsumsi jajanan yang salah melalui pendidikan kelompok sebaya.

2. Pencegahan Sekunder

Upaya pencegahan sekunder dengan melakukan diagnosis dini untuk mengidentifikasi adanya gangguan pertumbuhan dan perkembangan seperti menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan, jenis penyakit infeksi yang diderita tiga bulan terakhir, yang terintegrasi dalam kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) serta merujuk anak usia sekolah yang menderita sakit (Depkes RI, 2003).

3. Pencegahan Tertier

Upaya pencegahan tertier berupa rehabilitasi terhadap anak usia sekolah yang mengalami gangguan pertumbuhan dengan pemberian makanan tambahan oleh pihak sekolah serta penyediaan makanan sehat di lingkungan sekolah, penyediaan sarana cuci tangan dengan harapan mengembalikan kesehatan anak usia sekolah sebagai generasi penerus bangsa yang cerdas (Depkes, 2007).

Intervensi yang diberikan oleh perawat komunitas lebih difokuskan pada upaya pencegahan primer tanpa mengesampingkan pencegahan sekunder dan tersier (Pender, Murdaugh & Parson, 2002). Promosi kesehatan merupakan bentuk intervensi primer yang diberikan sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan baik kesehatan individu, kelompok maupun masyarakat. Adapun upaya pencegahan primer yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan *peer* edukasi pada anak usia sekolah.

E. *Peer* edukasi

Kehidupan sehari – hari anak usia sekolah tidak terlepas dari manusia sebagai makhluk sosial yang satu sama lainnya saling berhubungan dan ketergantungan. Menurut Hockenberry (2007) lingkungan sosial sangat berpengaruh terhadap perkembangan anak usia sekolah, kemampuannya dalam interaksi antar teman sebaya (*peer*) memberi kesempatan besar untuk dapat berapresiasi, saling memahami, menerima perbedaan dan menekan perilaku egosentris serta membiasakan anak untuk berargumentasi terhadap suatu hal.

Menurut Bomar (2004) bentuk transaksi interpersonal terhadap teman sebaya adalah dalam bentuk perhatian emosional (empati), bantuan (jasa, informasi), dan pernyataan (umpan balik konstruktif, pengakuan). Hal ini di dukung oleh Frankle dan Owen (1993) pendidikan sebaya memberi banyak keuntungan terhadap anggotanya, seperti saling memberi dukungan, saling memotivasi dan saling menghargai antar sesama. Anak usia sekolah dalam bersosialisasi terhadap kelompok sebaya membuat aturan-aturan yang harus di patuhi oleh anggotanya dan mereka belajar untuk saling menghargai pendapat, memperhatikan kemampuannya, memelihara reputasi anggotanya, saling membantu dalam menyelesaikan masalah (Ball & Bindler, 2003). Menurut Fleming dan Parker (2001; Pender, Murdaugh & Parso. 2002) Dukungan kelompok dicirikan dengan berbagi perhatian terhadap masalah sosial, membina keakraban, mencegah rasa keterasingan, saling menghormati, dan bertindak sebagai suatu agen pemberi dan penyedia bantuan.

1. Program *Peer* Edukasi

Peer edukasi merupakan pendidikan yang diberikan pada kelompok sebaya, pada mulanya digunakan sebagai mekanisme dukungan (*support mechanism*) terhadap program perawatan penyalahgunaan obat dan alkohol. Program peer edukasi muncul sebagai upaya untuk menyelesaikan masalah yang mempengaruhi remaja khususnya terhadap penyakit HIV, penyakit menular seksual dan pencegahan kehamilan (Lezin, 2008, <http://www.adobe.com/prodindex/acrobat/readstep>, diperoleh tanggal 09 Februari 2009)

Program *peer* edukasi menurut Mckinley (2008) di rancang untuk mempromosikan kepemimpinan bagi pelajar dengan menggunakan pelajar sebagai pemberi edukasi kesehatan dan memberi kesejahteraan bagi anggota kelompoknya. Lebih lanjut McKinley mengemukakan pelajar yang dilibatkan dalam kegiatan *peer* edukasi bertujuan untuk meningkatkan kemampuan berbicara, kemampuan dalam membuat perencanaan dan meningkatkan kemampuan sebagai pemimpin serta meningkatkan pengetahuan terhadap kesehatan dan kesejahteraan (Mckinley, 2008, 12, *peer education program*, <http://www.Mckinley.uiuc.edu/units/HealthEd/peer.html>, diperoleh tanggal 09 Februari 2009)

Peningkatan kesehatan dan kesejahteraan individu tidak terlepas dari salah satunya adalah asupan nutrisi yang dikonsumsi, dan nutrisi merupakan bagian dari topik edukasi yang menarik pada kelompok sebaya (Garcia &

Zok, 2003). Bahaya makanan atau penyimpangan makanan adalah sebuah program populer yang disediakan oleh nutrisi kelompok sebaya (*Nutrition Peers*). Penelitian yang dilakukan oleh McKinley terhadap nutrisi pada kelompok sebaya diawali dengan memberikan pelatihan pada edukator terkait informasi dan demonstrasi nutrisi sesuai kebutuhan, kemudian dilanjutkan dengan pemberian pendidikan tersebut oleh edukator. Hasilnya, anggota kelompok sebaya mampu; mengatur nutrisi selama satu bulan dengan baik dan benar, pola makan sehat, mengidentifikasi adanya diet yang salah, mengetahui nutrisi dasar untuk olahraga dan menjadikan anggota kelompok sebagai ahli nutrisi (*nutritionist*) (McKinley, 2008, ¶4, *peer education program*, [http://www.Mckinley .uiuc.edu/units/HealthEd /peer .html](http://www.Mckinley.uiuc.edu/units/HealthEd/peer.html), diperoleh tanggal 09 Februari 2009)

Peer edukasi merupakan pendidikan yang diberikan pada kelompok sebaya yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan bagi anggota kelompok terutama dalam bidang kesehatan termasuk didalamnya kebutuhan nutrisi bagi tubuh meliputi gizi seimbang, pola makan sehat, pencegahan penyimpangan makanan, pengaturan menu seimbang serta nutrisi yang tepat saat berolahraga. *Peer* edukasi tentang nutrisi bagi anak sekolah meliputi : kebutuhan nutrisi, cara menentukan makanan jajanan sehat dan bergizi, waktu makan untuk mencegah timbulnya penyakit akibat kesalahan dalam mengkonsumsi jenis makanan (Lezin, 2008, [www.adobe.com/prodindex/acrobat /readstep](http://www.adobe.com/prodindex/acrobat/readstep), diperoleh tanggal 09 Februari 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Garcia dan Zok (2003) pada anak sekolah tentang nutrisi bagi anak sekolah menghabiskan waktu selama 9 bulan, meliputi; 1 bulan proses persiapan termasuk persiapan modul dan pelatihan edukator, kemudian penyampaian informasi pendidikan nutrisi setiap bulannya pada 2 sampai 7 rumah yang mempunyai anak usia sekolah. Setelah 2 bulan kemudian dilakukan evaluasi terhadap keberhasilan yang dicapai. Dari 35% jumlah anak yang mengikuti program pendidikan sebaya, meningkat jumlahnya menjadi 50% untuk ikut serta dan terjadi peningkatan pengetahuan serta sikap anak dalam memilih jenis makanan sehat untuk dikonsumsi sehari-hari sesuai kebutuhan. Pada penelitian ini tidak menjelaskan secara rinci bentuk perubahan dari masing-masing komponen perilaku.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Escamilla (2008) tentang edukasi nutrisi dengan menggunakan metode demonstrasi dan menggunakan pendekatan *peer* edukasi yang bertujuan untuk merubah perilaku diit pada masyarakat pribumi Amerika. Untuk kegiatan tersebut dibutuhkan seorang edukator nutrisi dalam kelompok sebaya untuk memberikan pendidikan sebagai sistem perawatan kesehatan dengan menggunakan kerangka kerja model perawatan kronik perawat komunitas (*Community Health Worker/ CHW*).

Mereka memberikan edukasi tentang nutrisi pada kelompok sebaya populasi masyarakat yang berkulit hitam dan kulit putih Amerika latin. Hasilnya adanya pengaruh positif terhadap manajemen diri penyakit

diabetes, dan terjadi peningkatan pengetahuan tentang nutrisi secara umum serta adanya perubahan perilaku terhadap diit makanan. (Escamilla, 2008, *Peers important for nutrition education among Latinos-Direct Impact on Diabetes self management and breastfeeding*, <http://www.pressrelease@medicalnewstoday.com>, diperoleh tanggal 09 February 2009). Pada penelitian ini tidak menjelaskan kelompok umur yang terlibat dalam penelitian ini dan belum ditemukan penelitian tentang pengaruh peer edukasi tentang nutrisi pada anak usia sekolah.

2. Elemen *Peer* Edukasi

Setiap program kegiatan yang akan dilakukan selalu berpedoman pada tujuan yang akan dicapai, seperti halnya program *peer* edukasi. Untuk membuat sebuah program *peer* edukasi menjadi efektif selalu terikat dengan tujuan khusus program tersebut. Menurut Lezin (2008) dalam mengembangkan elemen penting terhadap keberhasilan sebuah program *peer* edukasi :

a) Persiapan (*preparation*)

Pelaksanaan program *peer* edukasi membutuhkan persiapan yang baik termasuk mengembangkan program secara spesifik dan objektif serta menerima anggota baru dalam kelompok sebaya dan membuat koordinasi program tersebut. Agar program lebih efektif, maka beberapa kondisi yang harus diperhatikan yakni : pemimpin kelompok sebaya harus memahami sepenuhnya tentang teori program, mempunyai komitmen terhadap tujuan yang akan dicapai, mempertimbangkan kebutuhan program yang akan dijalankan, serta

mempunyai kemampuan dalam mengatasi masalah yang mungkin timbul. Menurut Edelstein dan Gonyer (1993), Gould dan Lomax (1993) keberhasilan program *peer* edukasi sangat dipengaruhi oleh kemampuan *peer* edukator dalam penyampaian informasi edukasi, mempunyai kredibilitas serta mampu melakukan supervisi (Parkin, 2006, <http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh tanggal 09 Februari 2009)

b) Pelatihan (*training*)

Pelatihan merupakan hal utama bagi pemberi pendidikan dalam kelompok sebaya untuk berkontribusi terhadap tugas yang akan dijalankan, meliputi memberikan tekanan terhadap metode partisipasi dalam kegiatan diskusi kelompok kecil dan bermain peran. Pelatihan lebih khusus diberikan selama 30 sampai 40 menit secara terus menerus dan menentukan tehnik yang tepat untuk memotivasi anggota kelompok dalam setiap sesi yang diberikan.

Menurut Edelstein dan Gonyer (1993), Gould dan Lomax (1993, dalam Parkin, 2006) pelatihan yang diberikan pada *peer* edukator harus sesuai dengan topik atau isu yang sedang berkembang serta menarik. Lebih lanjut mereka mengemukakan *peer* edukator harus mampu mempengaruhi anggotanya untuk berperilaku sehat dan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan (Parkin, 2006, <http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh tanggal 09 Februari 2009). Pendapat ini didukung oleh Pender, et al (2002) kesuksesan coping seseorang adalah suatu kepercayaan sebagai sumber dukungan sebaya

c) Aktifitas program (*program activities*)

Aktifitas program *peer* edukasi disesuaikan dengan batasan dan tujuan yang telah di sepakati meliputi diadakan kegiatan *workshop*, membaca fenomena masalah yang sering terjadi di masyarakat seperti pendidikan tentang penggunaan kondom, teater remaja, pertunjukan radio, bermain peran serta terlibat dalam berbagai aktifitas. Menurut Parkin (2006) keberhasilan program *peer* edukasi dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti; pendekatan terstruktur dan tidak terstruktur (supervisi dan *support mechanism* untuk *peer* edukator), menentukan parameter akhir untuk peran edukator, merencanakan proses pembelajaran, menentukan tujuan yang akan dicapai serta menetapkan waktu yang tepat untuk proses pembelajaran. Lincoln dan McAllister (1993) mengingatkan, dalam memilih *peer* edukator harus lebih berhati-hati, sebuah program mempunyai kemungkinan gagal karena *peer* edukator tidak memperoleh bayaran. (Parkin, 2006, <http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh tanggal 09 Februari 2009).

d) Monitoring dan evaluasi.

Keberhasilan suatu program dapat diketahui apabila dilakukan kegiatan monitoring dan evaluasi, meliputi bagaimana pemahaman edukator dalam menjalankan program dan mengetahui perubahan yang terjadi baik dari segi pengetahuan, sikap dan perilaku antara *peer educators* dan anggotanya. Keberhasilan program *peer* edukasi tidak terlepas dari peran edukator kelompok sebaya dalam memberikan pesan-pesan pendidikan. Menurut Lezin (2008) seorang edukator harus memiliki kemampuan dalam berespon terhadap sesuatu, percaya diri, mampu

bersikap bijaksana, memiliki kemampuan kepemimpinan dalam melakukan kegiatan demonstrasi, memiliki hasrat dan keinginan untuk membantu orang lain, memahami perbedaan ras, *gender*, sosial dan budaya setempat, bersifat terbuka serta mampu berkontribusi dalam setiap kegiatan. (Lezin, 2008, www.adobe.com/prodindex/acrobat/readstep, diperoleh tanggal 09 Februari 2009). Pendapat tersebut didukung oleh Pender, et al (2002) *peer* edukasi sebagai program promosi kesehatan memberdayakan individu dengan terus meningkatkan harapan, dukungan, untuk dapat mempraktikkan pola hidup sehat dalam kehidupan sehari – hari.

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

Penjelasan konsep-konsep diatas memberi kesimpulan bahwa salah satu cara untuk merubah perilaku sehat anak usia sekolah dapat dilakukan dengan promosi kesehatan melalui tehnik *peer* edukasi anak usia sekolah. Keberadaan *peer education* anak usia sekolah dengan kegiatannya, diharapkan dapat merubah perilaku anak dalam menentukan jajanan sehat, tidak membiasakan jajan sembarang tempat, tanpa memikirkan keamanan dan kebersihan dari makanan tersebut. Adapun perilaku yang dimaksud dalam penelitian ini meliputi tiga aspek yaitu pengetahuan, sikap, dan ketrampilan anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat.

F. Faktor-faktor karakteristik yang mempengaruhi anak usia sekolah menentukan jajanan sehat

Promosi kesehatan yang dilakukan pada anak sekolah bertujuan untuk memelihara atau meningkatkan derajat kesehatan baik bagi anggota kelompok maupun bagi orang-orang disekitar mereka dan topik yang menjadi fokus pembicaraan harus merupakan isu yang menarik (George & Alleyne, 2001). Hal ini dikuatkan oleh Bursher, Rasmusser dan Rivert (2007) yang menyatakan bahwa promosi kesehatan pada anak sekolah bertujuan untuk mencapai gaya hidup sehat masyarakat sekolah. Lebih lanjut mereka mengemukakan bahwa untuk memudahkan anak dalam memahami topik yang dibahas, maka pemilihan topik harus sesuai dengan isu yang sedang berkembang dan merupakan hal yang menarik bagi anak seperti jenis makanan yang baik untuk dikonsumsi anak. Penentuan jenis makanan yang akan dikonsumsi anak dipengaruhi oleh diantaranya; umur, jenis kelamin, jumlah uang jajan yang

diberikan orangtua kepada anak selama disekolah (Februhartanty & Iswarawanti, 2004 <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi>, diperoleh tanggal 18 November 2008). Berikut akan dijelaskan beberapa hubungan karakteristik seperti umur, jenis kelamin dan jumlah uang jajan

1. Umur

Davis dan Newton (1996, dalam Siagian, 2001) menyatakan terdapat hubungan antara penambahan umur dengan kematangan pengambilan keputusan. Dengan semakin meningkatnya umur diharapkan pemberian edukasi dapat ditransformasi secara optimal. Semakin bertambah umur, semakin matang seseorang, sehingga dapat dikatakan bahwa umur dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Hasil penelitian Huclok (1998, dalam Nursalam, 2000) menyatakan bahwa semakin cukup umur maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang, baik itu dalam berfikir maupun dalam bekerja semakin baik. Dapat disimpulkan umur yang matur akan memberi dampak positif bagi individu baik terhadap transformasi edukasi maupun pengambilan keputusan. Selain pengaruh umur berikut akan dijelaskan tentang pengaruh jenis kelamin terhadap kematangan dan perilaku anak sekolah dalam menentukan jajanan.

2. Jenis Kelamin

Havighurst (2002, <http://re-searchingines.com/agusruslan30-5>, diperoleh tanggal 27 Juni 2009) menyatakan dalam proses transformasi informasi baik secara formal maupun informal pada anak sekolah tidak berbeda secara signifikan antara anak laki-laki dengan anak perempuan. Lebih lanjut ia mengemukakan perilaku anak laki-laki cenderung memperlihatkan kekuatan

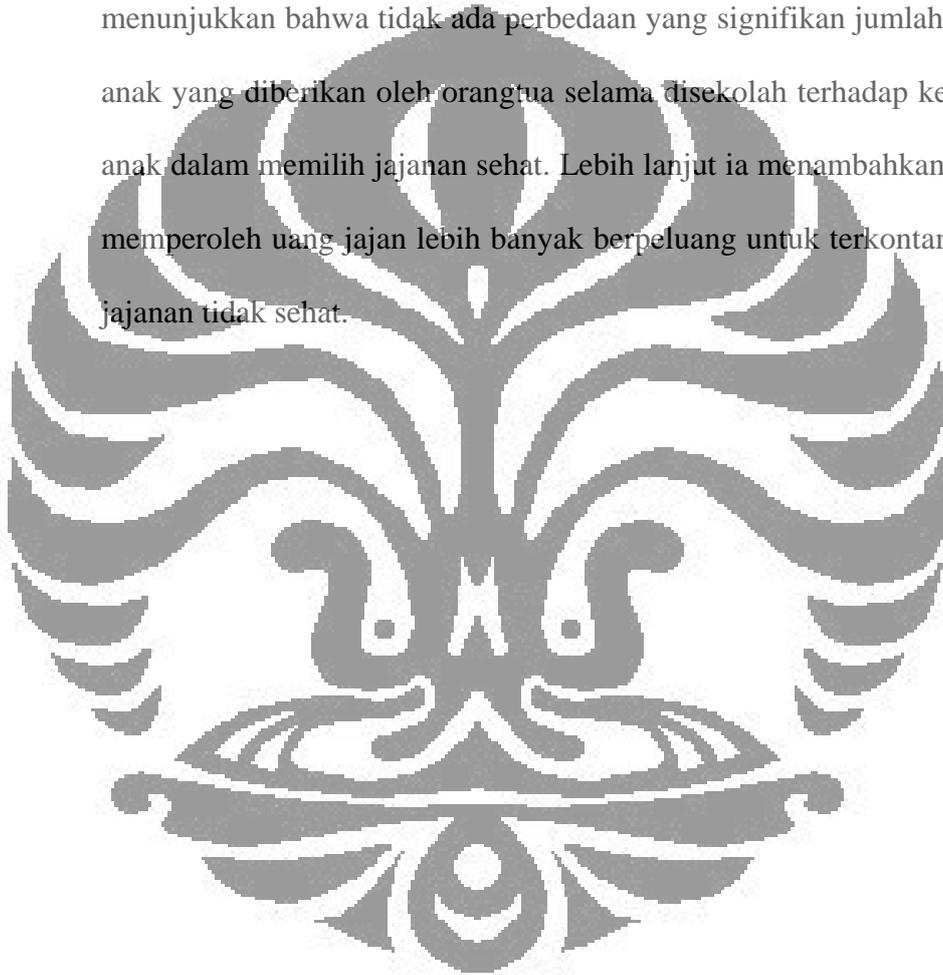
fisik, logika dan lebih aktif sementara anak perempuan cenderung lebih disiplin dan dewasa. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Coleman (2001, dalam Ruslan, 2008) menyatakan bahwa tidak ada perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan antara anak laki-laki dengan anak perempuan pada anak usia sekolah (P value $> 0,05$).

3. Jumlah uang jajan

Keadaan sosial ekonomi keluarga mempunyai peran penting terhadap perkembangan anak, dukungan materil yang cukup memberi peluang bagi anak untuk memperoleh berbagai keterampilan, dan keadaan status sosial ekonomi keluarga memungkinkan keluarga memberikan sejumlah uang yang bisa dimanfaatkan selama anak berada dilingkungan sekolah (Ruslan, 2008).

Menurut Warned (2007) yang melakukan penelitian pada anak sekolah terhadap hubungan status sosial ekonomi keluarga terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan. Sebelum melakukan penelitian ia membagi kelas sosial ekonomi masyarakat Amerika kedalam 5 tingkatan, yaitu 1) kelas atas, 2) kelas menengah, 3) kelas menengah kebawah, 4) kelas tingkat bawah, 5) kelas paling bawah. Atas dasar pembagian tersebut ia melakukan penelitian dan menghasilkan pada masyarakat kelas sosial ekonomi kelas atas mempunyai kesempatan untuk memberikan nutrisi yang baik bagi anak sekolah, namun ditemukan tidak ada perbedaan yang signifikan pengetahuan, sikap dan keterampilan anak sekolah berdasarkan tingkat sosial ekonomi keluarga.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Februhartanty dan Iswarawanti, (2004, dalam <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi>, diperoleh tanggal 18 November 2008) menyatakan bahwa rata-rata jumlah uang jajan yang diterima anak selama berada disekolah berkisar antara Rp2000 sampai dengan Rp7000. Perbedaan jumlah uang jajan yang diterima tidak membuat anak terampil dalam menentukan jajanan sehat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan jumlah uang jajan anak yang diberikan oleh orangtua selama disekolah terhadap keterampilan anak dalam memilih jajanan sehat. Lebih lanjut ia menambahkan anak yang memperoleh uang jajan lebih banyak berpeluang untuk terkontaminasi oleh jajanan tidak sehat.



BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS

DAN DEFINISI OPERASIONAL

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

A. Kerangka Konsep

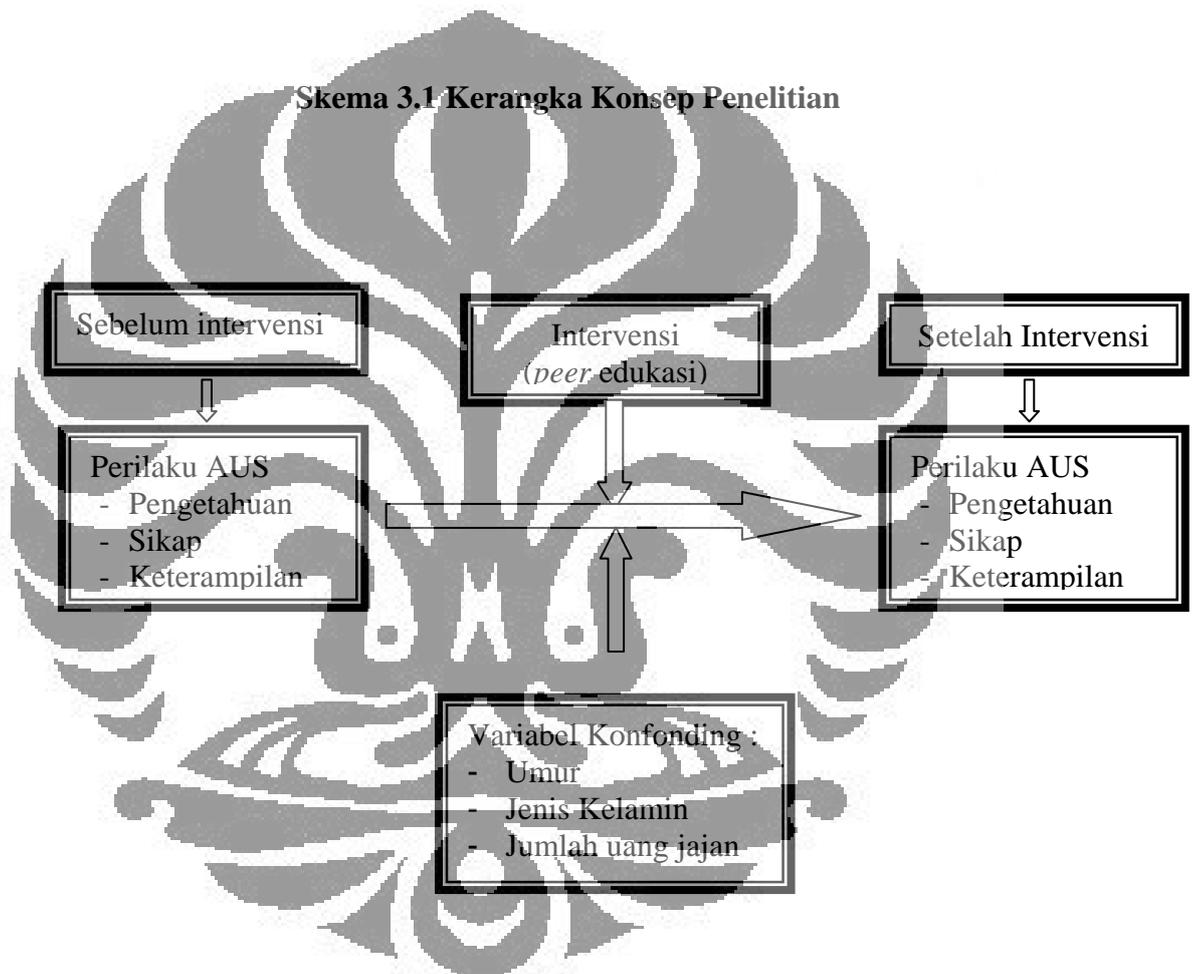
Kerangka konsep penelitian merupakan landasan berfikir untuk melakukan penelitian, yang dikembangkan berdasarkan kerangka teori yang sudah dibahas pada bab sebelumnya. Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk melihat pengaruh *peer* edukasi terhadap perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat, yang akan diukur setelah intervensi dan dibandingkan pada kedua kelompok yaitu antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Dalam perencanaan strategi penyampaian edukasi, perawat perlu mempertimbangkan kemampuan peserta didik, baik sebagai edukator dalam menyampaikan informasi maupun sebagai anggota kelompok sebagai penerima informasi (Mckinley, 2008, ¶4, *peer education program*, <http://www.Mckinley.uiuc.edu/units/HealthEd/peer.html>, diperoleh tanggal 09 Februari 2009).

Menurut Edelman dan Mandel (2006), intruksi verbal berupa penjelasan dengan ceramah akan sulit diserap dan diingat oleh anak usia sekolah, untuk itu perlu petunjuk tertulis atau buku pedoman atau *booklet*, demonstrasi, dan video

terkait bila memungkinkan. *Peer* edukasi tentang jajanan sehat merupakan variabel independen yang akan mempengaruhi perilaku anak usia sekolah sebagai variabel dependen.

Kerangka konsep penelitian tentang pengaruh *peer* edukasi tentang jajanan sehat terhadap perilaku anak usia sekolah digambarkan dalam skema 3.1

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



B. Hipotesis

1. Hipotesis Mayor

Peer edukasi meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat.

2. Hipotesis Minor

- a. Pengetahuan AUS setelah diberikan *peer* edukasi lebih baik dari sebelum diberikan *peer* edukasi pada kelompok intervensi.
- b. Sikap AUS setelah diberikan *peer* edukasi lebih baik dari sebelum diberikan *peer* edukasi pada kelompok intervensi.
- c. Keterampilan AUS setelah diberikan *peer* edukasi lebih baik dari sebelum diberikan *peer* edukasi pada kelompok intervensi.
- d. Pengetahuan AUS pada kelompok intervensi lebih baik dari kelompok kontrol.
- e. Sikap AUS pada kelompok intervensi lebih baik dari kelompok kontrol.
- f. Keterampilan AUS pada kelompok intervensi lebih baik dari kelompok kontrol.
- g. Ada hubungan karakteristik anak usia sekolah terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

C. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

1. Variabel Penelitian

- a. Variabel Bebas (*Independent*)

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

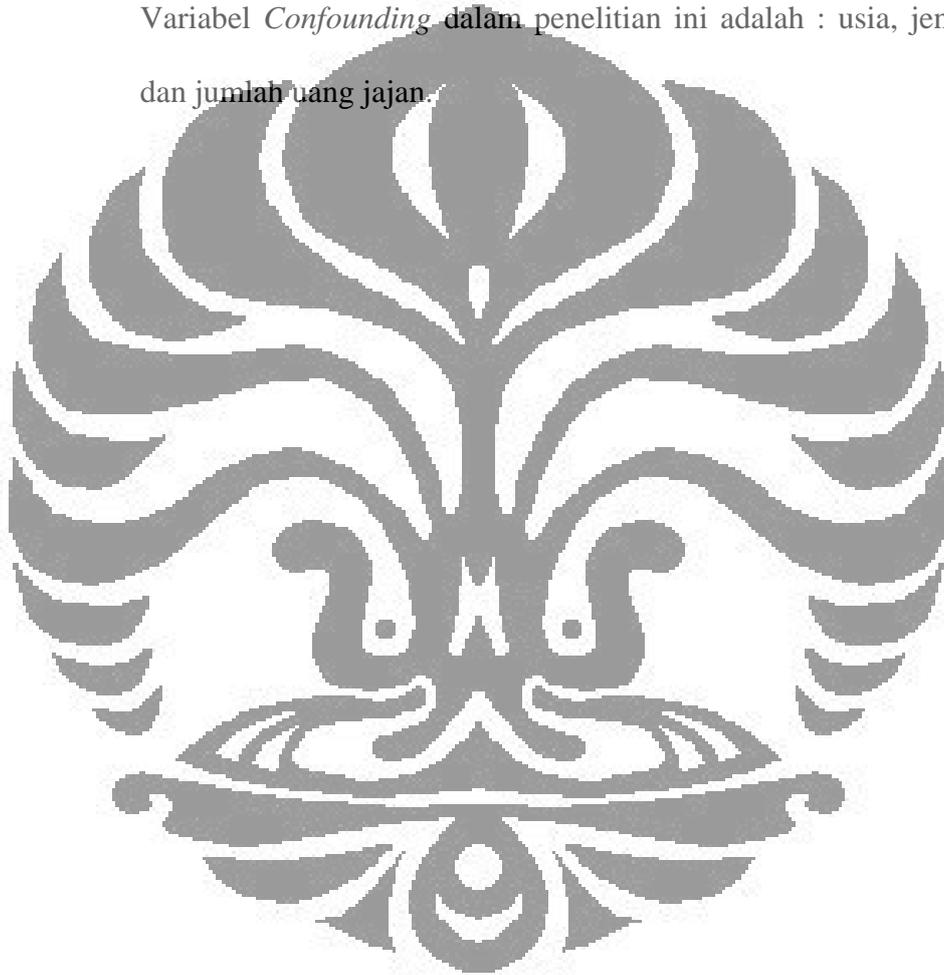
- b. Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat yang terdiri dari pengetahuan, sikap,

dan ketrampilan. Dimana pengetahuan, sikap dan ketrampilan AUS ini diukur dua kali, yaitu sebelum intervensi (*pretest*) dan setelah intervensi (*posttest*) pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol hanya dilakukan *pretest* dan *posttest* tanpa diberikan perlakuan.

c. Variabel *Confounding*

Variabel *Confounding* dalam penelitian ini adalah : usia, jenis kelamin dan jumlah uang jajan.



2. Definisi Operasional

Tabel 3.1.
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	Variabel <i>Confounding</i>				
1	Umur	Lama hidup seseorang sampai ulang tahun terakhir	Item pertanyaan dalam kuesioner A	Umur dalam tahun	Interval
2	Jenis kelamin	Kondisi perbedaan seks seseorang	Item pertanyaan dalam kuesioner A	Jenis kelamin responden : 1. laki-laki 2. perempuan	Nominal
3	Jumlah uang jajan	Banyaknya uang jajan yang diterima responden dalam satu hari diluar <i>transport</i> .	Item pertanyaan dalam kuesioner A	Dinyatakan dalam satuan rupiah : 1. < Rp 1000 2. Rp 1000- <Rp3000 3. Rp 3000-Rp 5000 4. > Rp 5000	Rasio/ Ordinal
4	Independen <i>Peer</i> edukasi	Suatu kegiatan penyampaian informasi kesehatan yang diberikan pada kelompok sebaya anak usia sekolah selama 2x45 menit	Keterlibatan AUS dalam kegiatan <i>peer</i> edukasi dengan menggunakan daftar hadir	Dinyatakan dengan kehadiran : 1. intervensi 2. kontrol	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
5	Dependen perilaku AUS dalam menentukan jajanan sehat	Kegiatan/ aktivitas yang dilakukan AUS dalam menentukan jajanan sehat			
5.1	Pengetahuan AUS	Pemahaman responden tentang gizi, meliputi : jenis jajanan sehat yang baik dikonsumsi oleh tubuh, dampak yang timbul akibat kesalahan mengkonsumsi makanan jajanan	Kuesioner, item pertanyaan dalam bentuk pilihan ganda, yaitu bila jawaban benar skor 1, dan untuk jawaban salah skor 0 serta terdiri dari 17 item pertanyaan.	Skor total keseluruhan jawaban responden. Nilai akan disajikan dalam bentuk mean, SD. Rentang skor 0-17	Interval
5.2	Sikap AUS	Pandangan/resp on responden terhadap makanan sehat dan respon anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat.	Kuesioner untuk menggali sikap responden dalam menentukan jajanan sehat, dalam bentuk skala likert (1-4) pernyataan positif : sangat setuju (nilai 4), setuju (nilai 3), tidak setuju (nilai 2), sangat tidak setuju (nilai 1) dan untuk	Skor total keseluruhan jawaban responden. Nilai akan disajikan dalam bentuk mean, SD. Rentang nilai 18-72	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
			<p>pernyataan negatif : sangat setuju (nilai 1), setuju (nilai 2), tidak setuju (nilai 3), sangat tidak setuju (nilai 4)</p>		
5.3	Keterampilan AUS dalam menentukan jajanan sehat	Tindakan/perbuatan yang dilakukan responden dalam menentukan jajanan sehat	Kuesioner untuk mengetahui keterampilan atau tindakan AUS dalam menentukan jajanan sehat yang terdiri dari 19 item pernyataan. Untuk pertanyaan positif nilai 1 (jika ya), nilai 0 (jika tidak) dan untuk pertanyaan negatif nilai 1 (jika tidak), nilai 0 (jika ya).	Skor total keseluruhan jawaban responden. Nilai akan disajikan dalam bentuk mean, SD. Rentang nilai 0-19	Interval

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

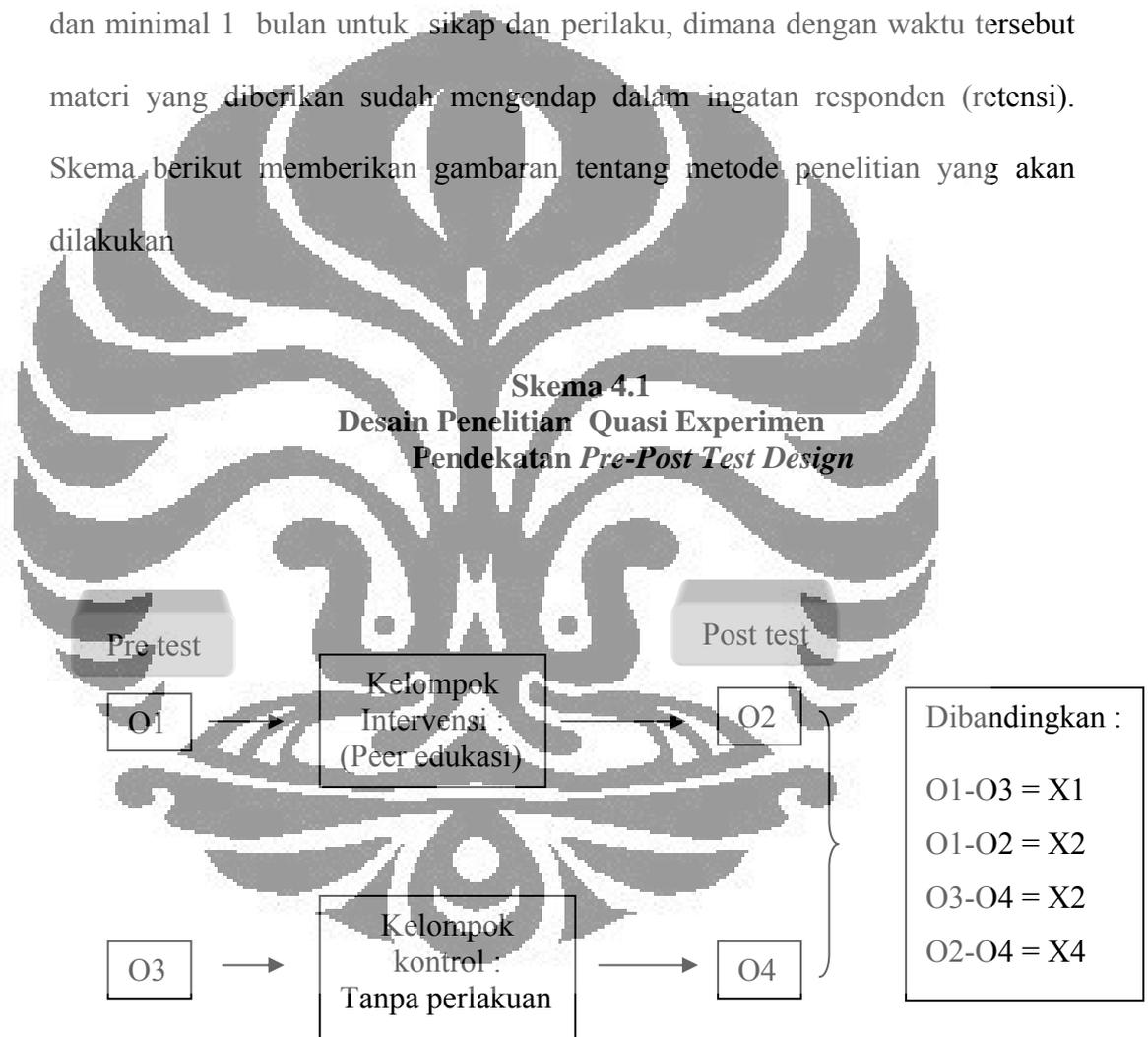
Pada BAB IV ini akan diuraikan tentang metodologi penelitian, termasuk rancangan penelitian yang digunakan, populasi dan sampel penelitian, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data dan rencana analisis data.

A. Rancangan Penelitian

Desain atau rancangan penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Burn & Grove, 1991; Notoatmodjo, 2005). Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, dengan desain penelitian menggunakan metode *quasi experiment with pre-post control group*, yaitu memberikan perlakuan atau intervensi pada subyek penelitian, kemudian efek perlakuan tersebut diukur dan dianalisis (Polit & Hungler, 2006; Sastroasmoro, 2006).

Desain penelitian ini digunakan untuk membandingkan hasil intervensi *peer* edukasi pada suatu kelompok, yang diukur sebelum dan setelah diberikan intervensi serta melihat pengaruhnya terhadap perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Pengukuran dilakukan sebanyak dua kali, yaitu sebelum dan setelah intervensi. Pengukuran yang dilakukan sebelum intervensi disebut *pretest*, dan pengukuran yang dilakukan setelah intervensi disebut *posttest*. Menurut Budiharto (1999, dalam Ernawati, 2008) jarak waktu pengukuran pengetahuan antara evaluasi awal dan akhir berkisar 2 (dua) minggu. Hal ini sesuai dengan teori evaluasi bahwa jarak antara dua pengukuran minimal 2 (dua) minggu untuk pengetahuan dan minimal 1 bulan untuk sikap dan perilaku, dimana dengan waktu tersebut materi yang diberikan sudah mengendap dalam ingatan responden (*retensi*). Skema berikut memberikan gambaran tentang metode penelitian yang akan dilakukan



Keterangan :

O1 : Adalah perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) anak usia sekolah pada tahap awal pada kelompok intervensi

O2 : Adalah perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) anak usia sekolah pada tahap akhir setelah diberikan intervensi pada kelompok intervensi

O3 : Adalah perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) anak usia sekolah pada tahap awal pada kelompok kontrol

O4 : Adalah perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) anak usia sekolah pada tahap akhir pada kelompok kontrol

X1 : Adalah perubahan perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) anak usia sekolah pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi

X2 : Adalah perubahan perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) anak usia sekolah pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi

X3 : Adalah perbedaan perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) anak usia sekolah pada tahap awal antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

X4 : Adalah perbedaan perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) anak usia sekolah pada tahap akhir antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

B. *Peer* Edukasi

Tahap Intervensi Program *Peer* Edukasi :

Tahapan intervensi *peer* edukasi pada kelompok intervensi adalah sebagai berikut : 1) Peneliti dibantu oleh guru kelas/wali kelas memilih 4 orang responden untuk menjadi edukator pada masing-masing kelas yang direkomendasikan oleh wali kelas sesuai kriteria yaitu memiliki nilai rata-rata kelas yang baik. 2) Peneliti dibantu oleh guru kelas melakukan pengukuran

awal (*pre test*) terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan dengan menggunakan kuesioner yang sudah tersedia. 3) Peneliti memberikan materi kepada seluruh edukator terpilih terkait jajanan sehat dengan menggunakan metode ceramah, diskusi dan demonstrasi menggunakan waktu selama 3 hari secara berturut-turut. 4) Pada pertemuan berikutnya, edukator diminta untuk mengisi kuesioner sebagai *posttest* yang telah tersedia. 5) Peneliti melatih edukator terkait tehnik penyampaian informasi, merangkul teman untuk terlibat aktif dan menggunakan media, kemudian masing-masing edukator diminta untuk melakukan redemonstrasi terhadap apa yang telah diberikan, yang disaksikan oleh guru kelas.

Edukator yang belum terampil dilatih ulang sampai seluruhnya mempunyai keterampilan yang baik. Tahap selanjutnya, peneliti dibantu oleh guru kelas membagikan kuesioner sebagai bentuk tes awal (*pre test*) kepada seluruh responden secara sekaligus, baik terhadap responden yang duduk di kelas 4 maupun kelas 5. Kemudian peneliti dibantu oleh guru kelas membagi masing-masing kelas menjadi 4 kelompok, masing-masing edukator ditunjuk untuk memberikan perannya dalam penyampaian *peer* edukasi pada 1 kelompok dengan menggunakan metode ceramah, diskusi dan demonstrasi terkait jajanan sehat. Setelah 1 bulan intervensi, responden diminta untuk mengisi kembali kuesioner akhir (*posttest*) sebagai tolak ukur keberhasilan program intervensi.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang akan diteliti (Arikunto, 2000; Notoatmodjo, 2007). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak usia sekolah dasar yang tercatat sebagai siswa SD di Kota Lhokseumawe.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2006; Notoadmodjo, 2007; Supriyanto, 2007). Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh siswa sekolah dasar yang duduk di bangku kelas 4 dan 5 di wilayah Kota Lhokseumawe. Karena populasi penelitian ini mencakup area yang luas dan menyebar, maka metode pengambilan sampel menggunakan *multi stage random sampling* yaitu cara pengambilan sampel secara acak yang pelaksanaannya dilakukan dengan membagi populasi menjadi beberapa fraksi kemudian diambil sampelnya. Sampel fraksi yang dihasilkan dibagi lagi menjadi fraksi-fraksi yang lebih kecil dan diambil sampelnya. Pembagian menjadi fraksi ini dilakukan terus sampai pada unit sampel yang diinginkan (Budiarto, 2002).

Unit sampel pertama (*Primary Sampling Unit/PSU*) dalam penelitian ini adalah kecamatan yang berada di wilayah kota Lhokseumawe sebanyak 4 kecamatan, kemudian sampel tersebut dipilih secara sederhana (*simple*

random sampling) sebanyak 2 kecamatan yaitu kecamatan Banda Sakti dan kecamatan Muara Dua. Masing-masing kecamatan akan dipilih 1 SD secara *simple random sampling*.

Menurut Notoadmodjo (2002) untuk menentukan besar sampel dalam suatu populasi menggunakan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

Keterangan :

N = besar populasi (8303)

n = besar sampel

d = tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan (0,1)

Hasil perhitungan besar sampel diperoleh 100 responden, untuk mengantisipasi kemungkinan responden terpilih *droup out*, maka perlu dilakukan koreksi terhadap besar sampel yang dihitung dengan menambah sejumlah responden agar besar sampel tetap terpenuhi dengan menggunakan rumus : (Sastroasmoro & Ismael 2002)

$$n^* = \frac{n}{(1-f)}$$

Keterangan :

n * : koreksi besar sampel yang dihitung

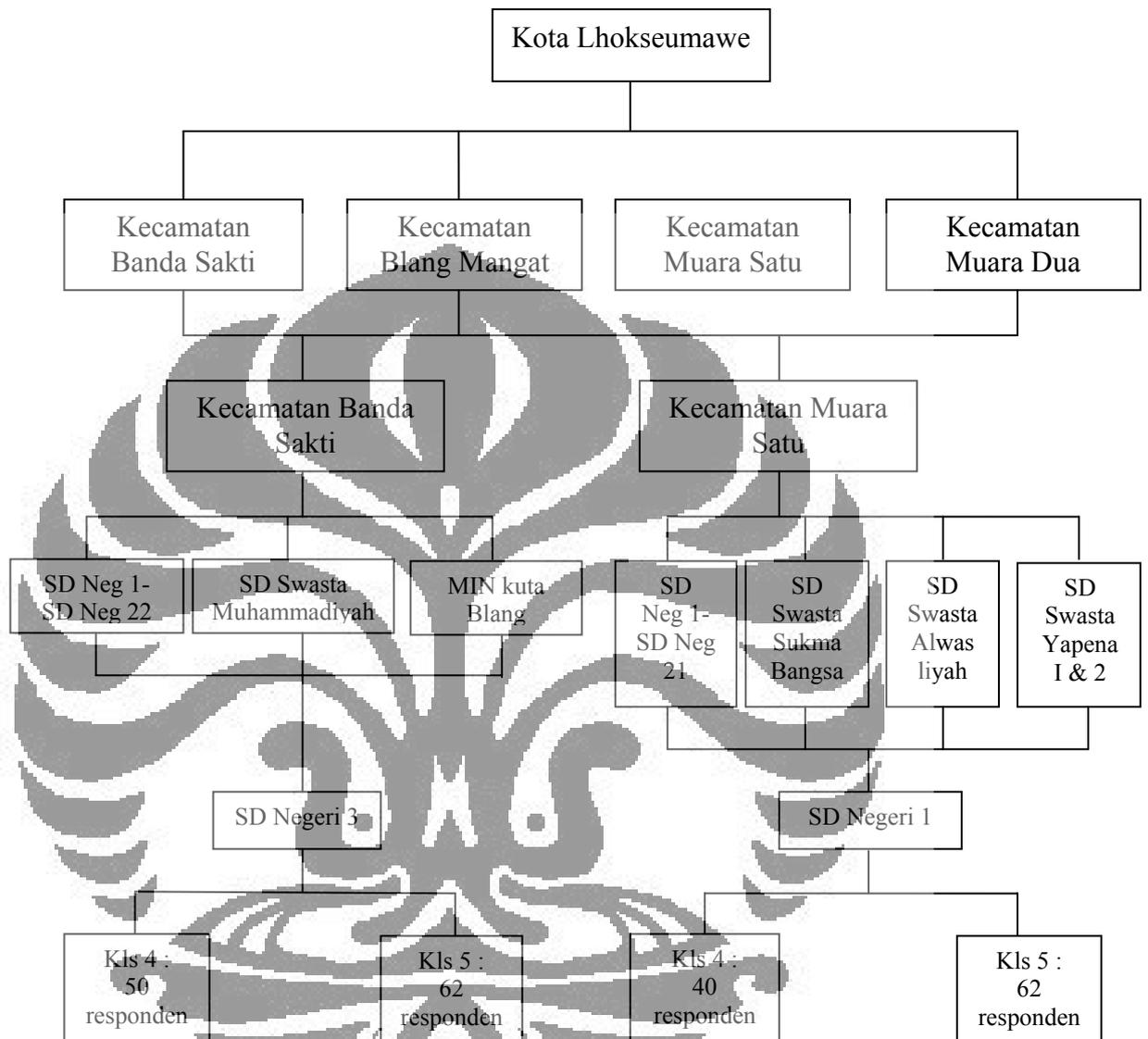
n : besar sampel yang dihitung (100 responden)

f : perkiraan proporsi drop out (10%)

Hasil perhitungan terhadap koreksi besar sampel yaitu 112, maka jumlah responden untuk kelompok intervensi sebanyak 112 responden dan untuk kelompok kontrol sebanyak 112 responden, sehingga jumlah keseluruhan untuk kedua kelompok tersebut sebanyak 224 responden

Prosedur dalam pemilihan sampel meliputi 3 tahapan yaitu untuk tahap pertama memilih 2 kecamatan dari 4 kecamatan yang berada di wilayah Kota Lhokseumawe, diperoleh Kecamatan Banda Sakti dan Kecamatan Muara Satu. Tahap selanjutnya memilih secara random masing-masing 1 SD yang berada di kecamatan tersebut yaitu SD Negeri 3 untuk Kecamatan Banda Sakti dan SD Negeri 1 untuk Kecamatan Muara satu. Tahap akhir yaitu menentukan SD yang menjadi kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dan terpilih SD Negeri 3 untuk kelompok intervensi serta SD Negeri 1 untuk kelompok kontrol. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada skema berikut;

Skema 4.2
Prosedur Pengambilan Sampel bertahap
(Multistage Random Sampling)



Perencanaan awal penelitian ini akan dilakukan pada murid kelas 4, 5 dan 6 dengan alasan pada murid yang duduk dibangku kelas 4, 5 dan 6 sudah memiliki tingkat pemahaman yang lebih baik jika dibandingkan dengan kelas dibawahnya. namun pada saat penelitian akan dimulai, murid kelas enam tidak memungkinkan untuk ikut terlibat, hal ini disebabkan oleh waktu penelitian dengan persiapan murid untuk kegiatan ujian akhir

nasional bersamaan, sehingga penelitian ini hanya dilakukan pada murid kelas 4 dan kelas 5. Untuk menentukan jumlah responden pada masing-masing kelas, dengan jumlah sampel untuk masing-masing kelompok (kelompok intervensi dan kelompok kontrol) sebanyak 112 responden, maka penentuannya dengan membagi rata keseluruhan sampel menjadi 2, sehingga diperoleh masing-masing kelas 62 responden. Karena jumlah murid masing-masing kelas sebanyak 50, maka untuk kelas empat diambil sebanyak 50 responden sedangkan selebihnya adalah murid yang duduk di kelas 5 sebanyak 62 orang (2 kelas), dengan alasan kelas tersebut memiliki tingkat pemahaman yang lebih baik dari kelas sebelumnya.

Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subjek penelitian pada populasi yang diteliti (Sastroasmoro & Ismael, 2002). Kriteria inklusi sebagai responden dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Anak usia sekolah yang duduk di bangku kelas 4 dan 5 Sekolah Dasar.
- b. Terdaftar secara resmi pada Sekolah yang bersangkutan
- c. Tidak mengalami gangguan pendengaran
- d. Bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
- e. Bersedia jika terpilih menjadi edukator untuk kelasnya
- f. Memperoleh uang jajan dari orangtua

D. Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di Kota Lhokseumawe provinsi Nanggroe Aceh Darussalam. Pertimbangan penentuan tempat penelitian, karena adanya peningkatan kasus keracunan yang terjadi pada siswa yang mengkonsumsi

jajanan yang di jajakan di lingkungan sekitar sekolah dan tersedianya berbagai variasi jajanan di lingkungan sekolah. Adapun alasan lain dilakukan penelitian *peer* edukasi anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat, diharapkan dengan adanya penelitian ini, mampu merubah perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat untuk mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatannya

E. Waktu penelitian

Penelitian ini dimulai dengan penyusunan proposal, pengumpulan data, pemberian intervensi, pengolahan hasil dan penulisan laporan penelitian sejak bulan Februari sampai dengan bulan Juli 2009 dengan jadwal terlampir.

F. Etika Penelitian

Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia telah mengkaji dan menyetujui penelitian ini untuk dilaksanakan. Penelitian ini juga telah memenuhi prinsip etik dan formulir *informed consent* yang diberikan pada anak usia sekolah sebelum dilakukan penelitian (lampiran 6).

Etika dalam melaksanakan penelitian perlu untuk diperhatikan. Sebelum melaksanakan penelitian, peneliti terlebih dahulu menjelaskan tujuan penelitian, manfaat yang timbul baik secara langsung maupun tidak langsung dari penelitian ini. Bila responden merasa tidak nyaman atau takut ketika mengisi kuesioner, maka peneliti tidak akan memaksa dan akan menanyakan kembali kesediaan responden. Responden bebas menentukan keterlibatannya

dalam penelitian ini. Hal ini bertujuan untuk menghindari rasa ketidaknyamanan responden baik secara fisik maupun secara psikologis, bebas dari eksploitasi dan memberi pemahaman pada responden tentang manfaat dan risiko yang mungkin timbul sesuai prinsip *beneficence*.

Tahap selanjutnya peneliti meminta kesediaan responden menjadi subjek penelitian. Responden yang bersedia ikut terlibat dalam penelitian kemudian menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). *Informed consent* diberikan sebagai pertimbangan etik penelitian. Saat pelaksanaannya, peneliti menjelaskan bahwa responden terlindungi dengan aspek:

- 1). *Self determination*, peneliti menjelaskan kepada responden bahwa responden mempunyai kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau menolak mengikuti penelitian tanpa paksaan dari pihak manapun dengan menandatangani lembar persetujuan.
- 2). *Privacy*, peneliti menjelaskan kerahasiaan responden terjaga dan hanya menggunakan informasi dari responden untuk kepentingan penelitian ini.
- 3). *Anonymity*, peneliti menjelaskan bahwa nama responden hanya digunakan dalam proses intervensi penelitian untuk selanjutnya peneliti menggunakan kode nomor (nomor responden) dalam kuesioner yang digunakan selama kegiatan penelitian.
- 4). *Confidentiality*, peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikan hanya digunakan dalam keperluan penelitian ini. Data yang diperoleh peneliti didokumentasikan dengan menjamin kerahasiaan subjek penelitian dan data yang telah diperoleh akan dicatat dan

dimasukkan ke dalam file arsip selama penelitian dan akan dimusnahkan setelah 5 tahun proses penelitian berakhir.

5). *Protecting from discomfort*, peneliti juga menjaga dan mempertahankan kenyamanan responden selama kegiatan penelitian. Yang dilakukan peneliti selama kegiatan berlangsung adalah dengan menunjukkan sikap positif, memberikan *reward* psikologis dan selalu melakukan komunikasi dengan bahasa yang mudah dipahami sehingga memberikan kenyamanan bagi responden.

6) *Justice*, peneliti berupaya memberikan perlakuan yang sama pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Untuk memenuhi tujuan penelitian ini, maka kelompok kontrol akan diberikan intervensi setelah dilakukan *posttest* (Polit & Hungler, 1999). Lembar *Informed consent* dapat dilihat pada lampiran 2.

G. Alat Pengumpul data

1. Instrumen

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah kuesioner meliputi ;

- a. Kuesioner pertama (A) terdiri dari 6 pertanyaan yakni; umur, jenis kelamin, kelas, jumlah uang jajan yang digunakan perhari selain transport dan pengalaman berdiskusi tentang makanan jajanan dengan teman sebaya. Item pertanyaan tersebut berbentuk *check list* sebagai instrumen pembuka.
- b. Kuesioner kedua (B) berisi tentang pengetahuan anak usia sekolah tentang makanan jajanan sehat yang diberikan saat *pretest* dan *posttest*

sebanyak 17 pertanyaan dalam bentuk pilihan berganda terkait pengetahuan anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat. Kisi-kisi soal dijelaskan pada lampiran 3. Adapun cara menilainya adalah setiap jawaban yang benar mendapat nilai 1 dan untuk jawaban yang salah mendapat nilai 0 dan total skor jumlah soal 0-17.

c. Kuesioner ketiga tentang sikap (*pre* dan *posttes*) terdiri dari 18 pernyataan yang meliputi pandangan dan pendapat responden terkait perilaku dalam menentukan jajanan sehat. (kisi-kisi dijelaskan pada lampiran 3). Alat ukur ini menggunakan skala likert yang terdiri dari 4 skala yaitu: sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), dan sangat tidak setuju (STS). Pemberian nilai untuk pernyataan positif: SS (nilai 4), S (nilai 3), TS (nilai 2), STS (nilai 1); sedangkan untuk pernyataan negatif: SS (nilai 1), S (nilai 2), TS (nilai 3), STS (nilai 4). Rentang skor 17-72.

d. Kuesioner keempat tentang tindakan atau keterampilan anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat yang terdiri dari 19 item pernyataan tentang jajanan yang dilakukan selama 1 minggu terakhir saat dilakukan *pre* dan *posttest* pada kedua kelompok. Kuesioner yang terdiri dari 19 item tindakan atau keterampilan dengan menggunakan *check list*. Menurut Notoadmodjo (2002) untuk mengetahui gejala yang terjadi pada responden dapat menggunakan *check list* baik terhadap individu maupun kelompok. Kuesioner menggunakan dua alternatif jawaban yaitu "Ya" (bila dilakukan) dan "Tidak" (bila tidak dilakukan) dan cara penilaiannya adalah menjelaskan jawaban ya atau tidak yang kemudian dikalikan dengan 1 (jika ya) dan nilai 0 (jika tidak) pada

pernyataan positif; sedangkan pernyataan negatif nilai 1 (jika tidak) atau nilai 0 (jika ya), sehingga rentang nilai kuesioner ini adalah 0-19 (kisi-kisi pada lampiran 3).

2. Uji Coba Instrumen

Instrumen penelitian yang telah disusun terlebih dahulu dilakukan uji coba kuesioner agar data yang dikumpulkan akurat dan objektif. Uji coba penelitian bertujuan agar instrumen yang digunakan sebagai alat ukur mempunyai nilai validitas dan reliabilitas yang tinggi (Burn & Grove, 1993; Hastono, 2006). Uji coba kuesioner telah dilaksanakan pada 30 responden, dengan asumsi jumlah tersebut mendekati kurva normal. Uji coba tersebut telah dilakukan pada SD Negeri Cunda kecamatan Muara dua Kota Lhokseumawe dan dilakukan pada karakteristik yang sama dari responden penelitian.

Uji validitas dilakukan dengan menggunakan uji korelasi *pearson product momen* (r) yaitu membandingkan antara skor nilai setiap item pertanyaan dengan skor total kuesioner. Untuk melihat nilai korelasi tiap-tiap pertanyaan signifikan, maka nilai r hitung dibandingkan dengan nilai r tabel pada tingkat kemaknaan 5%, bila r hitung lebih besar dari r tabel maka instrumen dikatakan valid atau dengan kata lain suatu pertanyaan dikatakan valid jika skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Untuk kuesioner pengetahuan dan observasi ketrampilan, dilakukan uji validitas koefisien korelasi biserial antara skor butir soal dengan skor total tes, kemudian membandingkan antara r butir

dengan r tabel. Setelah uji coba dilakukan kemudian dilakukan revisi item pertanyaan yang dinyatakan tidak valid.

Uji reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007; Arikunto, 2006). Uji reliabilitas dilakukan setelah hasil uji validitas dinyatakan valid. Uji reliabilitas dengan membandingkan nilai r hasil dengan r tabel, pada uji ini nilai r hasil adalah nilai *alpha cronbach*, dengan ketentuan bila r alpha lebih besar dari r tabel, maka pertanyaan tersebut reliabel (Hastono, 2007). Hasil uji instrumen dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1
Hasil Uji Instrumen Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Tentang
Jajanan Sehat Anak Usia Sekolah Di Kota Lhokseumawe, April 2009
(N=30)

No	Variabel	Jumlah pertanyaan	Jumlah pertanyaan tidak valid	Validitas (nilai r)	Reliabilitas (Alpha Cronbach)
1	Pengetahuan	17	3 (1,2,3)	0,192-0,022-0,204	0,920
2	Sikap	18	2 (4,8)	0,048	
3	Keterampilan	19	1(3)	0,201	

Pertanyaan yang tidak valid sebanyak 5 pertanyaan, (r hasil < r tabel) mengingat masing-masing pertanyaan tersebut dirasakan tidak begitu penting kaitannya terhadap perilaku anak dalam menentukan jajanan sehat, maka item pertanyaan yang tidak valid tersebut dihilangkan.

H. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data terkait penelitian yang akan dilakukan meliputi langkah-langkah sebagai berikut :

1. Peneliti mengajukan izin kepada kepala Dinas Pendidikan Nasional kota Lhokseumawe. Setelah memperoleh izin, peneliti melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kota Lhokseumawe dalam upaya peningkatan pelaksanaan program UKS di masing-masing sekolah terkait penelitian yang dilakukan sehubungan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan meliputi perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat, serta melakukan koordinasi dengan SD yang menjadi sasaran kegiatan dalam penelitian ini.
2. Sebelum melakukan penelitian, peneliti menjelaskan maksud penelitian kepada responden dan jaminan kerahasiaan atas jawaban yang diberikan serta tidak memiliki dampak negatif bagi responden serta cara pengisian kuesioner.
3. Responden diminta untuk membaca dan mengisi *informed consent* sebagai tanda kesediaan responden untuk menjadi subjek dalam penelitian ini.
4. Responden diminta mengisi data yang tercantum dalam kuesioner penelitian, apabila ada pertanyaan yang tidak jelas dapat menanyakan langsung pada peneliti.
5. Pengumpulan data sebelum intervensi (*pre test*) dilakukan dengan membagi langsung kuesioner kepada responden, setelah diisi peneliti mengumpulkan kembali kuesioner tersebut dan memeriksa kelengkapan kuesioner serta menganalisisnya.

6. Kelompok intervensi diberikan perlakuan yaitu *peer* edukasi tentang pentingnya gizi, kemudian setelah 1 bulan dilakukan penilaian (*posttest*) terhadap kedua kelompok dan melihat perbandingan pada kedua kelompok tersebut terkait pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam menentukan jajanan sehat.

I. Pengolahan Data dan Analisis data

1. Pengolahan Data

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

- a. *Editing* dilakukan setelah kegiatan pengumpulan data. Pada tahap ini dilakukan pengecekan terhadap isian kuesioner baik dari aspek kelengkapan jawaban, kejelasan, relevansi, dan konsistensinya dari masing-masing pertanyaan.
- b. *Coding*, merupakan tahap pemberian kode pada hasil jawaban responden untuk memudahkan pada tahap selanjutnya yaitu entry data dan pengolahan data. Kode diberikan berdasarkan hasil ukur yang tercantum dalam definisi operasional.
- c. *Entry data*, memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. Proses data dilakukan dengan cara melakukan *entry* data dengan menggunakan paket program computer. Untuk memudahkan dalam proses memasukkan data ke program computer, maka peneliti memberikan nama masing-masing variabel.
- d. *Cleaning*, merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* dengan mengetahui *missing* data, variasi data, dan konsistensi data. Guna mengetahui *missing* data peneliti melakukan pengecekan

(distribusi frekuensi) dari masing-masing variabel penelitian. Guna melihat variasi data, peneliti melakukan deteksi dengan mengeluarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel penelitian. Sedangkan untuk mengetahui konsistensi data peneliti melakukannya dengan menghubungkan dua variabel penelitian.

2. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti dalam penelitian. Analisis univariat dalam penelitian ini adalah variabel karakteristik responden (usia, jenis kelamin dan jumlah uang jajan) dan variabel perilaku yang meliputi pengetahuan, sikap dan ketrampilan responden dalam menentukan jajanan sehat. Untuk jenis data numerik, maka akan disajikan dalam bentuk mean, SD, median, min-max. Sedangkan untuk data kategorik akan disajikan dalam bentuk frekuensi (jumlah) dan persentase.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat sebaran responden pada variabel penelitian sebelum dan setelah intervensi serta menguji variabel-variabel penelitian meliputi variabel terikat dengan variabel bebas guna membuktikan atau menguji hipotesis komparatif dua sampel yang tidak berkorelasi (sampel independen) dengan skala interval.

Sebelum dilakukan analisis bivariat, dilakukan uji kesetaraan untuk melihat homogenitas antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, apakah kedua kelompok setara atau sebanding. Uji kesetaraan dilakukan untuk karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin dan jumlah uang jajan yang dianalisis menggunakan uji *independent sample t test* untuk karakteristik usia. Karakteristik jenis kelamin dianalisis dengan uji chi square dan untuk karakteristik jumlah uang jajan dianalisis menggunakan uji *anova*.

Tahapan selanjutnya melakukan analisis komparasi yang dilakukan dengan menggunakan (uji beda) :

- 1) Uji beda 2 mean sampel berpasangan (dependen)

Tujuan pengujian ini adalah untuk menguji perbedaan mean antara dua kelompok data yang dependen (Sabri & Hastono, 2007). Pada penelitian ini dilakukan analisis untuk menguji kemaknaan perbedaan mean variabel penelitian sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi. Data pada semua variabel berdistribusi normal maka menggunakan analisis komparatif sebelum dan setelah intervensi pada kelompok berpasangan (uji T *paired*).

2) Uji beda 2 mean sampel tidak berpasangan (independen).

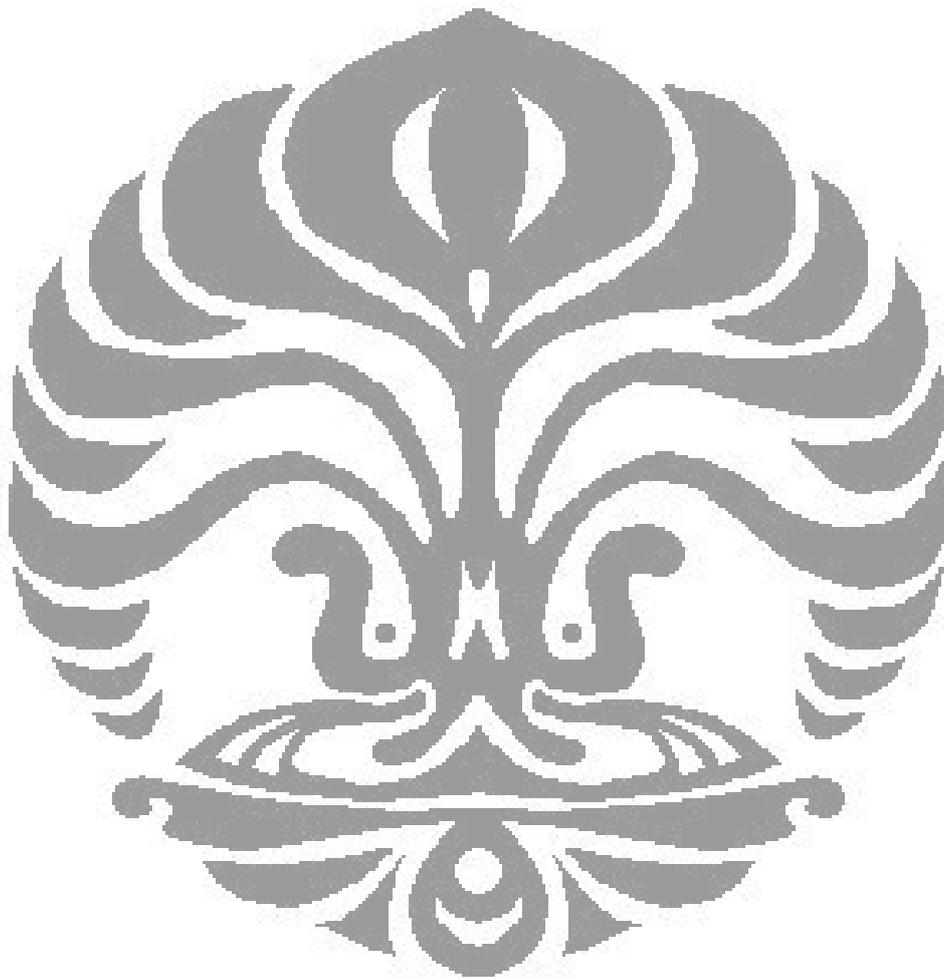
Analisis ini untuk menguji kemaknaan perbedaan mean variabel penelitian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. (Sabri & Hastono, 2007). Data yang telah terkumpul berdistribusi normal, maka untuk analisisnya menggunakan analisis komparatif dua mean (uji T *pooled*) pada kelompok data tidak berpasangan.

3) Uji beda lebih dari 2 mean (anova)

Prinsip uji anova adalah melakukan telaah variabilitas data menjadi dua sumber variasi yaitu variasi dalam kelompok (*within*) dan variasi antar kelompok (*between*). Bila variasi *within* dan *between* sama (nilai perbandingan kedua varian sama dengan 1), maka mean-mean yang dibandingkan tidak ada perbedaan (P value > alpha), sebaliknya jika hasil perbandingan tersebut menghasilkan lebih dari 1, maka mean yang dibandingkan menunjukkan ada perbedaan (P value < alpha).

Peneliti juga menganalisis hubungan variabel *confounding* karakteristik responden yaitu usia, jenis kelamin dan jumlah uang jajan. Hubungan karakteristik responden berdasarkan usia terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan dianalisis dengan menggunakan regresi linier sederhana, sedangkan untuk karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin terhadap

pengetahuan, sikap dan keterampilan dianalisis menggunakan *independent sample t test*. karakteristik responden berdasarkan jumlah uang jajan terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan dianalisis dengan menggunakan uji anova.



BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menyajikan hasil analisis data penelitian tentang pengaruh *peer* edukasi tentang jajanan sehat terhadap perubahan perilaku anak usia sekolah yang meliputi gambaran karakteristik responden; gambaran pengetahuan, sikap, dan ketrampilan; analisis hubungan karakteristik (usia, jenis kelamin dan jumlah uang jajan) dengan pengetahuan, sikap, ketrampilan; analisis perbedaan pengetahuan, sikap, ketrampilan sebelum dan setelah intervensi; analisis perbedaan pengetahuan, sikap, ketrampilan antara kelompok intervensi dan kontrol; serta analisis pengaruh *peer* edukasi terhadap pengetahuan, sikap, dan ketrampilan. Penelitian ini telah dilaksanakan selama 6 minggu yang dimulai pada tanggal 20 April sampai 30 Mei 2009. Data akan disajikan dengan menggunakan tabel dan dengan interpretasi data.

A. Analisis Univariat : Gambaran Karakteristik Responden

Analisis univariat yang akan digambarkan meliputi umur, jenis kelamin dan jumlah uang jajan yang diterima dari orangtua diluar transport. Berikut penyajian data karakteristik responden yang disajikan dalam tabel.

1. Karakteristik responden berdasarkan umur

Hasil analisis karakteristik responden pada penelitian ini menggambarkan distribusi responden berdasarkan umur, jenis kelamin dan status sosial ekonomi dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.1
Hasil Analisis Umur Responden
Di Sekolah Dasar kota Lhokseumawe, April – Mei 2009
(n=224)

Variabel	Kelompok	n	Mean (tahun)	Median (tahun)	SD	Min-Maks	95% CI
Umur	Intervensi	112	10,44	10,00	0,720	9 – 13	10,30-10,57
	Kontrol	112	10,71	11,00	0,718	9 - 13	10,57-10,84

Berdasarkan tabel 5.1 terlihat bahwa perbedaan umur responden antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol tidak terlalu berbeda, rata-rata umur kelompok intervensi adalah 10,44 dengan standar deviasi 0,720 dan rata-rata umur kelompok kontrol 10,77 dengan standar deviasi 0,718. Umur termuda untuk kedua kelompok adalah sama yaitu 9 tahun dan tertua 13 tahun.

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Dan Jumlah Uang Jajan

Tabel 5.2
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Dan Jumlah Uang Jajan Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok kontrol
Di Kota Lhokseumawe, April – Mei 2009
(n = 221)

Karakteristik	Kelompok Responden			
	intervensi		Kontrol	
	n	%	n	%
Jenis Kelamin :				
a. Laki-laki	57	50,9	53	47,3
b. Perempuan	55	49,1	59	52,7
Jumlah uang jajan				
a. < Rp 1000	7	6,3	17	15,2
b. Rp 1000-<3000	43	38,4	56	50,0
c. Rp 3000-5000	34	30,4	29	25,9
d. > Rp 5000	28	25	10	8,9
Jumlah	112	100	112	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi responden berdasarkan jenis kelamin pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa jenis kelamin laki-laki sebanyak 50,9% (57 responden) sedang jenis kelamin perempuan 49,1 (55 responden) sedangkan pada kelompok kontrol jenis kelamin laki-laki 47,3% (53 responden) dan jenis kelamin perempuan 52,7% (59 responden). Proporsi responden berdasarkan jumlah uang jajan memperlihatkan bahwa responden yang mendapatkan uang jajan antara Rp 1000 - <3000 baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol lebih banyak jumlahnya. Pada kelompok intervensi terdapat 43 responden (38,4%), sedangkan pada kelompok kontrol 56 responden (50%). jumlah responden paling sedikit pada kelompok intervensi adalah yang mendapatkan uang jajan kurang dari Rp 1000 adalah 7 responden (6,3%) sedangkan pada kelompok kontrol adalah yang mendapatkan uang jajan lebih dari Rp 5000 yaitu 10 responden (8,9%)

3. Rata-rata skor pengetahuan, sikap dan keterampilan kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum intervensi dan setelah intervensi

Tabel 5.3

Hasil Analisis Rata-rata Skor Pengetahuan Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol, sebelum Intervensi dan Setelah Intervensi Di Kota Lhokseumawe April – Mei 2009 (n=224)

Kelompok		Mean	Median	SD	Min-Maks	95%CI
Intervensi	Sebelum	10,60	11	2,67	3-16	10,10-11,10
	Setelah	14,20	15	2,06	8-17	13,82-14,59
Kontrol	Sebelum	10,67	11	2,87	3-17	10,13-11,21
	Setelah	10,39	11	2,77	2-16	9,88-10,91

Hasil analisis menunjukkan rata-rata skor pengetahuan kelompok intervensi sebelum intervensi dan setelah intervensi terjadi peningkatan. Rata-rata skor pengetahuan kelompok intervensi sebelum intervensi adalah 10,60 dengan standar deviasi 2,67. Skor pengetahuan terendah adalah 6 dan tertinggi 16. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata pengetahuan responden sebelum intervensi adalah antara 10,10 sampai dengan 11,10. Peningkatan rata-rata skor pengetahuan responden setelah intervensi yaitu 14,20 dengan standar deviasi 2,06 dan skor terendah 8 serta skor tertinggi 17. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata pengetahuan responden setelah intervensi antara 13,82 sampai dengan 14,59.

Jika dilakukan pengkategorian berdasarkan mean sebagai *cut of point*, maka rata-rata skor pengetahuan lebih dari 10,60 yaitu kategori pengetahuan baik dan dibawah 10,60 kategori pengetahuan kurang. Berdasarkan analisa lebih lanjut, maka diperoleh jumlah responden dengan kategori pengetahuan baik sebelum intervensi 61 (54,46%) dan setelah intervensi menjadi 104 (92,86%).

Hasil analisis pada kelompok kontrol terhadap rata-rata skor pengetahuan tidak jauh berbeda antara sebelum intervensi dan setelah intervensi. Rata-rata skor pengetahuan sebelum intervensi adalah 10,67 dengan standar deviasi 2,87. skor terendah 3 dan skor tertinggi 17. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor pengetahuan responden kelompok kontrol sebelum intervensi antara 10,13 sampai dengan 11,21 sedangkan rata-rata pengetahuan responden setelah intervensi adalah 10,39

dengan standar deviasi 2,77. Nilai terendah 2 dan tertinggi 16. Hasil estimasi interval lebih lanjut dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata pengetahuan antara 9,88 sampai dengan 10,91.

Jika dilakukan pengkatagorian berdasarkan mean sebagai *cut of point*, maka rata-rata skor pengetahuan lebih dari 10,67 termasuk katagori pengetahuan baik dan kurang dari 10,67 termasuk katagori pengetahuan kurang. Jumlah responden dengan katagori pengetahuan baik sebelum intervensi 59 (52,68%) dan setelah intervensi 63 (56,25%).

Tabel 5.4
Hasil Analisis Rata-rata skor Sikap Responden
Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol
Sebelum Intervensi Dan Setelah Intervensi Di Kota Lhokseumawe
April – Mei 2009 (n=224)

Kelompok		Mean	Median	SD	Min-Maks	95%CI
Intervensi	Sebelum	51,88	52	4,85	41-62	50,97-52,79
	Setelah	59,27	59,50	3,68	50-69	58,58-59,96
Kontrol	Sebelum	51,46	52	4,67	39-63	50,58-52,33
	Setelah	48,78	48	4,59	38-61	47,92-49,64

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa rata-rata skor sikap responden sebelum intervensi kelompok intervensi terjadi peningkatan, Rata-rata skor sikap sebelum intervensi menunjukkan 51,88 dengan standar deviasi 4,85. Skor terendah 41 dan skor tertinggi 62. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor sikap responden berada antara 50,97 sampai dengan 52,79, sedangkan rata-rata skor sikap responden setelah intervensi adalah 59,27 dengan standar deviasi 3,68. Skor terendah 50 dan skor tertinggi 69. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95%

diyakini rata-rata skor sikap responden antara 58,58 sampai 59,96. Jika dilakukan pengkategorian berdasarkan mean sebagai *cut of point*, maka rata-rata skor sikap lebih dari 51,88 yaitu kategori sikap baik dan kurang dari 51,88 kategori sikap kurang baik. berdasarkan analisis lebih lanjut maka jumlah responden dengan kategori sikap baik sebelum intervensi 57 (50,89%) dan setelah intervensi meningkat menjadi 110 (98,21%).

Hasil analisis rata-rata skor sikap responden saat sebelum intervensi dan setelah intervensi pada kelompok kontrol terjadi penurunan. Rata-rata skor sikap responden sebelum intervensi adalah 51,46 dengan standar deviasi 4,67, skor terendah 39 dan skor tertinggi 63. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata sikap responden antara 50,58 sampai 52,33 sedangkan setelah intervensi rata-rata skor sikap responden 48,78 dengan standar deviasi 4,59 dan skor terendah 38 serta skor tertinggi 61. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor sikap responden antara 47,92 sampai dengan 49,64.

Jika dilakukan pengkategorian berdasarkan mean sebagai *cut of point*, maka rata-rata skor sikap lebih dari 51,46 termasuk kategori sikap baik dan kurang dari 51,46 kategori sikap kurang baik. Berdasarkan analisis lebih lanjut maka jumlah responden dengan kategori sikap baik sebelum intervensi 61 (54,46%) dan setelah intervensi berkurang menjadi 30 (26,79%).

Tabel 5.5
Hasil Analisis Rata-rata Skor keterampilan Responden
Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol
Sebelum Intervensi Dan Setelah Intervensi Di Kota Lhokseumawe
April – Mei 2009 (n=224)

Kelompok		Mean	Median	SD	Min-Maks	95%CI
Intervensi	Sebelum	11,36	11	2,86	5-18	10,82-11,89
	Setelah	14,92	15	2,11	8-18	14,53-15,32
Kontrol	Sebelum	10,28	10	2,36	4-16	9,83-10,72
	Setelah	10,07	10	2,59	3-16	9,59-10,56

Tabel 5.5 memperlihatkan rata-rata skor keterampilan responden setelah intervensi pada kelompok intervensi terjadi peningkatan dibandingkan rata-rata skor saat sebelum intervensi. Rata-rata skor keterampilan sebelum intervensi adalah 11,36 dengan standar deviasi 2,86 dan skor terendah 5 serta skor tertinggi 18. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor keterampilan responden antara 10,82 sampai 11,89 sedangkan rata-rata skor keterampilan responden setelah intervensi 14,92 dengan standar deviasi 2,11. Skor terendah adalah 8 dan Skor tertinggi 18. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor keterampilan responden antara 14,53 sampai 15,32.

Jika dilakukan pengkatagorian berdasarkan mean sebagai *cut of point*, maka rata-rata skor keterampilan lebih dari 11,36 katagori keterampilan baik dan kurang dari 11,36 katagori keterampilan kurang. Berdasarkan analisis lebih lanjut maka jumlah responden dengan katagori keterampilan baik sebelum intervensi 45 (40,18%) dan setelah intervensi meningkat menjadi 103 (91,96%).

Hasil analisis rata-rata skor keterampilan responden setelah intervensi pada kelompok kontrol tidak terlalu berbeda jika dibandingkan dengan sebelum intervensi. Rata-rata skor keterampilan responden saat sebelum intervensi adalah 10,28 dengan standar deviasi 2,36 dan skor terendah 4 sedangkan skor tertinggi 16. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor keterampilan responden berada antara 9,83 sampai 10,72 sedangkan rata-rata skor keterampilan responden setelah intervensi adalah 10,07 dengan standar deviasi 5,29 dan nilai terendah 3 serta nilai tertinggi 16. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata keterampilan responden antara 9,59 sampai 10,56.

Jika dilakukan pengkatagorian berdasarkan mean sebagai *cut of point*, maka rata-rata skor keterampilan lebih dari 10,28 termasuk katagori keterampilan baik dan kurang dari 10,28 katagori keterampilan kurang. Berdasarkan analisis lebih lanjut, maka jumlah responden berdasarkan katagori keterampilan baik sebelum intervensi 48 (42,86) dan setelah intervensi 43 (38,39%)

B. Analisis Bivariat

Sebelum analisis bivariat dilakukan, terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan responden berdasarkan karakteristik (usia, jenis kelamin, jumlah uang jajan) dan uji kesetaraan pengetahuan, sikap dan keterampilan responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Analisis bivariat dalam penelitian ini bertujuan melihat perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan responden sebelum dan setelah mendapatkan intervensi *peer* edukasi tentang jajanan sehat pada kelompok

intervensi dan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan intervensi *peer* edukasi pada sekolah dasar di Kota Lhokseumawe. Hubungan karakteristik responden dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan secara lengkap dapat dilihat pada hasil analisis berikut ini:

1. Uji Kesetaraan Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Uji kesetaraan karakteristik klien (usia, jenis kelamin, jumlah uang jajan) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis menggunakan uji statistik *independent sample t-Test (Pooled t-test)* dan analisis *Chi Square*. Uji kesetaraan pengetahuan, sikap dan keterampilan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan uji statistik *independent sample t-test (Pooled t-test)*. Kedua kelompok setara atau homogen bila $p\text{-value} > 0.05$. Hasil analisis sebagai berikut:

a. Uji Kesetaraan Karakteristik Responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Uji kesetaraan karakteristik umur responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol secara rinci dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.6
Hasil Analisis Uji Kesetaraan Umur Responden
Pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol
Di Kota Lhokseumawe, April 2009
(n=224)

Variabel	Kelompok	Mean	SD	SE	n	P value
Usia	Intervensi	10,44	0,72	0,07	112	0,7
	Kontrol	10,71	0,72	0,07	112	

Berdasarkan tabel 5.6 dapat disimpulkan bahwa karakteristik responden menurut umur setara atau tidak ada perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Analisis uji kesetaraan karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dan jumlah uang jajan dapat dilihat pada tabel 5.7

Tabel 5.7
Hasil Analisis Uji Kesetaraan Jenis Kelamin Dan Jumlah Uang Jajan
Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol
Di Kota Lhokseumawe, April 2009 (n=224)

Karateristik	Intervensi n=112		Kontrol n=112		P value
	n	%	n	%	
Jenis Kelamin					
▪ Laki-laki	57	50,9	53	47,3	0,69
▪ Perempuan	55	49,1	59	52,7	
Jumlah uang jajan					
▪ < Rp 1000	7	6,3	17	15,2	0,20
▪ Rp 1000 - < 3000	43	38,4	56	50	
▪ Rp 3000 - < 5000	34	30,4	29	25,9	
▪ > Rp 5000	28	25	10	8,9	

Berdasarkan tabel 5.7 menunjukkan bahwa karakteristik responden menurut jenis kelamin antara kelompok yang mendapat intervensi *peer* edukasi dengan kelompok tanpa intervensi *peer* edukasi setara atau homogen dengan P value 0,69, demikian juga untuk karakteristik jumlah uang jajan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setara dengan P value 0,20. Kesimpulan dari kedua karakteristik baik untuk jenis kelamin maupun jumlah uang jajan untuk kedua kelompok setara dengan P value > 0,05

b. Uji Kesetaraan Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Responden kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol

Uji kesetaraan pengetahuan, sikap dan keterampilan responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *independent sample t test (pooled t test)*. Hasil uji kesetaraan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.8
Hasil Analisis Uji Kesetaraan Pengetahuan, Sikap dan Pengetahuan Responden Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Sebelum Intervensi Di Kota Lhokseumawe, April 2009 (n=224)

Variabel	kelompok	Mean	SD	SE	N	P value
Pengetahuan	Intervensi	10,60	2,67	0,27	112	0,87
	Kontrol	10,67	2,87	0,25	112	
Sikap	Intervensi	51,88	4,86	0,46	112	0,50
	Kontrol	51,46	4,67	0,44	112	
Keterampilan	Intervensi	11,36	2,86	0,27	112	0,23
	Kontrol	10,28	2,36	0,22	112	

Berdasarkan tabel 5.8 pengetahuan, sikap dan keterampilan responden baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol sebelum dilakukan penelitian adalah setara dengan dengan P value pengetahuan adalah 0,87, P value sikap 0,50 dan P value keterampilan adalah 0,23. Kesimpulannya adalah pengetahuan, sikap dan keterampilan antara kedua kelompok adalah setara (P value > 0,05)

Tahapan selanjutnya melakukan analisis perbedaan pengetahuan, sikap, dan keterampilan sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol serta melakukan analisis hubungan karakteristik responden dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi.

2. Perbedaan Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Responden Sebelum Dan Setelah Intervensi Pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol

Analisis perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan responden sebelum dan setelah intervensi baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan *uji dependen sample t test (paired t test)*. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.9
Hasil Analisis Perbedan Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan
Responden Sebelum Dan Setelah Intervensi Pada Kelompok
Intervensi Dan Kelompok Kontrol
Di Kota Lhokseumawe, April 2009. (n=224)

Kelompok	Variabel	Mean	SD	t	P value
Intervensi	Pengetahuan				
	a. Sebelum	10,60	2,67	-12,467	0,000
	b. Setelah	14,21	2,06		
	Selisih	3,61	3,06		
	Sikap				
	a. Sebelum	51,88	4,86	-12,746	0,000
	b. Setelah	59,27	3,68		
	Selisih	7,38	6,13		
	Keterampilan				
a. Sebelum	11,36	2,86	10,971	0,000	
b. Setelah	14,93	2,11			
Selisih	3,57	3,45			
Kontrol	pengetahuan				
	a. Sebelum	10,67	2,87	0,714	0,48
	b. Setelah	10,39	2,77		
	Selisih	-0,28	4,10		
	Sikap				
	a. Sebelum	51,46	4,67	4,223	0,000
	b. Setelah	48,78	4,59		
	Selisih	-2,68	6,71		
	Keterampilan				
a. Sebelum	10,28	2,36	0,631	0,53	
b. Setelah	10,07	2,59			
Selisih	-0,21	3,44			

Hasil analisis pada tabel 5.9 terlihat rata-rata skor pengetahuan responden kelompok intervensi sebelum intervensi *peer* edukasi 10,60 dan rata-rata skor pengetahuan setelah intervensi *peer* edukasi adalah 14,21. Terdapat perbedaan rata-rata skor pengetahuan antara sebelum dan setelah intervensi *peer* edukasi 3,61 dengan standar deviasi 3,06. Hasil uji statistik didapatkan P value < 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan signifikan pengetahuan responden setelah diberikan *peer* edukasi lebih baik dari sebelum diberikan *peer* edukasi pada kelompok intervensi.

Rata-rata skor sikap responden sebelum intervensi *peer* edukasi pada kelompok intervensi adalah 51,88 dan setelah intervensi *peer* edukasi 59,27, terdapat perbedaan rata-rata skor sikap antara sebelum dan setelah intervensi *peer* edukasi 7,38 dengan standar deviasi 6,13. Hasil uji statistik didapatkan nilai P value 0,000, maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan signifikan sikap responden setelah intrvensi *peer* edukasi lebih baik dari sebelum intervensi *peer* edukasi pada kelompok intervensi.

Rata-rata skor keterampilan responden pada kelompok intervensi setelah intervensi *peer* edukasi terjadi peningkatan. Rata-rata skor keterampilan responden sebelum intervensi *peer* edukasi 11,36 dan rata-rata skor keterampilan responden setelah intervensi *peer* edukasi adalah 14,93. Terdapat perbedaan rata-rata skor keterampilan responden antara sebelum intervensi *peer* edukasi dengan setelah intervensi *peer* edukasi adalah 3,57 dengan standar deviasi 3,45. Hasil uji statistik didapatkan nilai P value 0,000 maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan signifikan signifikan keterampilan responden setelah intervensi *peer* edukasi lebih baik dari sebelum intervensi *peer* edukasi pada kelompok intervensi

Hasil analisis pada kelompok kontrol terlihat rata-rata skor pengetahuan sebelum penelitian tanpa mengikuti intervensi *peer* edukasi 10,67 dan rata-rata skor pengetahuan setelah penelitian tanpa mengikuti intervensi *peer* edukasi adalah 10,39. Terdapat rata-rata skor perbedaan pengetahuan responden sebelum dan setelah penelitian tanpa mengikuti intervensi *peer* edukasi 0,28 dengan standar deviasi 4,10. Hasil uji statistik didapatkan

nilai P value 0,48, maka kesimpulan yang dapat diambil adalah tidak ada perbedaan signifikan pengetahuan kelompok kontrol sebelum penelitian tanpa intervensi *peer* edukasi dan setelah penelitian.

Terlihat rata-rata skor sikap responden pada kelompok kontrol sebelum penelitian 51,46 dan rata-rata skor sikap responden setelah penelitian tanpa intervensi *peer* edukasi 48,78. Terlihat adanya penurunan rata-rata skor sikap setelah penelitian dan perbedaan rata-rata skor sikap sebelum dan setelah penelitian tanpa intervensi *peer* edukasi 2,68 dengan standar deviasi 6,71. Hasil uji statistik didapatkan nilai P value 0,000, maka kesimpulannya ada perbedaan signifikan sikap responden pada kelompok kontrol setelah penelitian tanpa intervensi *peer* edukasi lebih rendah jika dibandingkan sebelum penelitian.

Rata-rata skor keterampilan responden pada kelompok kontrol sebelum penelitian adalah 10,28 dan setelah penelitian tanpa intervensi *peer* edukasi 10,07. Perbedaan rata-rata skor keterampilan sebelum dan setelah penelitian tanpa intervensi *peer* edukasi adalah 0,21 dengan standar deviasi 3,44. Hasil uji statistik didapatkan nilai P value 0,53, maka kesimpulannya tidak ada perbedaan signifikan keterampilan responden antara sebelum penelitian dan setelah penelitian tanpa intervensi *peer* edukasi pada kelompok kontrol.

3. Perbedaan Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Responden Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Setelah Intervensi Peer Edukasi

Perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan responden pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah intervensi *peer* edukasi dianalisis dengan menggunakan *uji independen sample t test* (*pooles t test*). Hasil analisis lebih rinci dapat dilihat pada tabel 5.10

Tabel 5.10
Hasil Analisis Perbedan Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Responden Setelah Intervensi Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di Kota Lhokseumawe, April 2009.
 (n=224)

Variabel	Kelompok	Mean	SD	SE	N	P value
Pengetahuan setelah intervensi	Intervensi	14,21	2,77	1,26	112	0,000
	Kontrol	10,39	2,06	0,19	112	
Sikap setelah intervensi	Intervensi	59,24	3,68	0,35	112	0,000
	Kontrol	48,78	4,59	0,43	112	
Keterampilan setelah intervensi	Intervensi	14,93	2,11	0,25	112	0,000
	Kontrol	10,07	2,59	0,20	112	

Hasil analisis tabel 5.10 terlihat rata-rata skor pengetahuan responden setelah intervensi *peer* edukasi pada kelompok intervensi 14,21 dengan standar deviasi 2,77 dan rata-rata skor pengetahuan kelompok kontrol yang tidak mengikuti intervensi *peer* edukasi 10,39 dengan standar deviasi 2,06. Hasil uji statistik didapatkan nilai P value 0,000, maka kesimpulan yang diambil adalah ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor pengetahuan responden setelah intervensi *peer* edukasi antara kelompok intervensi yang mengikuti *peer* edukasi dengan kelompok kontrol yang tidak mengikuti intervensi *peer* edukasi (P value < alpha 0,05). Pengetahuan responden kelompok intervensi lebih baik setelah mengikuti

intervensi *peer* edukasi. Berdasarkan analisis dapat disimpulkan bahwa *peer* edukasi dapat meningkatkan pengetahuan anak usia sekolah.

Rata-rata skor sikap responden setelah mendapatkan intervensi *peer* edukasi pada kelompok intervensi 59,24 dengan standar deviasi 3,68 dan rata-rata skor sikap responden setelah penelitian yang tanpa intervensi *peer* edukasi 48,78 dengan standar deviasi 4,59. Terlihat sikap kelompok yang mengikuti intervensi *peer* edukasi lebih baik dibandingkan dengan kelompok yang tidak mengikuti intervensi *peer* edukasi. Hasil uji statistik didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor sikap kelompok yang mengikuti intervensi *peer* edukasi dengan kelompok yang tidak mengikuti intervensi *peer* edukasi (P value < alpha 0,05). Berdasarkan analisis dapat disimpulkan bahwa *peer* edukasi dapat meningkatkan sikap anak usia sekolah.

Hasil analisis terhadap rata-rata skor keterampilan responden setelah mengikuti intervensi *peer* edukasi pada kelompok intervensi 14,93 dengan standar deviasi 2,11 dan rata-rata skor keterampilan responden setelah penelitian dan tidak mengikuti intervensi *peer* edukasi pada kelompok kontrol 10,07 dengan standar deviasi 2,59. Kesimpulannya adalah keterampilan kelompok yang mengikuti intervensi *peer* edukasi lebih baik dibandingkan dengan kelompok yang tidak mengikuti intervensi *peer* edukasi. Hasil uji statistik didapatkan ada perbedaan yang signifikan rata-rata skor keterampilan kelompok yang mengikuti intervensi *peer* edukasi dengan kelompok yang tidak mengikuti intervensi *peer* edukasi (P value <

alpha 0,05). Berdasarkan analisis dapat disimpulkan bahwa *peer* edukasi dapat meningkatkan keterampilan anak usia sekolah.

4. Pengaruh Karakteristik Responden Terhadap Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Setelah Mengikuti *Peer* Edukasi.

Pengaruh karakteristik responden berdasarkan usia dianalisis dengan menggunakan regresi linear sederhana. Pengaruh karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dianalisis menggunakan *independent sample t test (pooled t-test)* sedangkan pengaruh karakteristik responden berdasarkan jumlah uang jajan dianalisis dengan menggunakan uji *Anova*. Hasil analisis secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.11 dan tabel 5.12

Tabel 5.11
Hasil Analisis Hubungan Umur responden terhadap Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di Kota Lhokseumawe, Mei 2009 (n=224)

Karakteristik	Kelompok	Variabel	r	R ²	Persamaan Garis	P value
Umur	Intervensi	Pengetahuan	0,31	0,095	Pengetahuan = 23,59+0,91*umur	0,001
		Sikap	0,14	0,018	Sikap = 66,59+0,71*umur	0,157
		Keterampilan	0,29	0,032	Keterampilan = 23,99-0,28*umur	0,354
	Kontrol	Pengetahuan	0,53	0,032	Pengetahuan= 8,179+0,211*umur	0,017
		Sikap	0,12	0,013	Sikap = 40,76+0,77*umur	0,223
		Keterampilan	0,06	0,004	Keterampilan = 12,389-0,221*umur	0,533

Hasil analisis tabel 5.11 menunjukkan hubungan karakteristik responden menurut umur pada kelompok intervensi terhadap pengetahuan menunjukkan hubungan sedang ($r=0,31$) dan berpola positif artinya semakin bertambah umur semakin tinggi pengetahuannya. Nilai koefisien determinasi 0,095 artinya, persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan 9,5%, maka setiap peningkatan usia satu tahun, pengetahuan akan meningkat 9,5%. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan antara umur dengan pengetahuan ($p=0,001$) di populasinya.

Hasil analisis kelompok kontrol, hubungan karakteristik responden menurut umur terhadap pengetahuan menunjukkan hubungan kuat ($r=0,53$) dan berpola positif artinya semakin bertambah umur semakin meningkat pengetahuannya. Nilai koefisien determinasi 0,032 artinya, persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan 3,2%, maka setiap peningkatan usia satu tahun, pengetahuan akan meningkat 3,2%. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan antara umur dengan pengetahuan responden pada kelompok kontrol ($p=0,017$) di populasinya.

Hasil analisis hubungan karakteristik responden pada kelompok intervensi menurut umur terhadap sikap menunjukkan hubungan lemah ($r=0,14$) dan berpola positif artinya semakin bertambah umur semakin baik sikapnya. Nilai koefisien determinasi 0,018 artinya, persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan 1,8%, maka setiap peningkatan usia satu tahun, sikap responden akan bertambah 1,8%. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan antara umur dengan sikap responden pada kelompok intervensi ($p=0,157$) di populasinya.

Hasil analisis kelompok kontrol, hubungan karakteristik responden menurut umur terhadap sikap menunjukkan hubungan yang lemah ($r=0,12$) dan berpola positif artinya semakin bertambah umur semakin meningkat sikapnya. Nilai koefisien determinasi 0,013 artinya, persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan 1,3%, maka setiap peningkatan usia satu tahun, sikap akan meningkat 1,3%. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan antara umur dengan sikap responden pada kelompok kontrol ($p=0,223$) di populasinya.

Hasil analisis hubungan karakteristik responden menurut umur terhadap keterampilan pada kelompok intervensi menunjukkan hubungan sedang ($r=0,29$) dan berpola negatif artinya semakin bertambah umur semakin menurun keterampilannya. Nilai koefisien determinasi 0,032 artinya, persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan 3,2%, maka setiap peningkatan usia satu tahun, keterampilan akan menurun 3,2%. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan antara umur dengan keterampilan responden pada kelompok intervensi ($p=0,354$) di populasinya.

Hasil analisis hubungan karakteristik responden menurut umur terhadap keterampilan pada kelompok kontrol menunjukkan hubungan lemah ($r=0,06$) dan berpola negatif artinya semakin bertambah umur semakin menurun keterampilannya. Nilai koefisien dengan determinasi 0,004 artinya, persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan 0,4%, maka setiap peningkatan usia satu tahun, keterampilan akan menurun 0,4%. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan antara umur dengan keterampilan responden pada kelompok kontrol ($p=0,533$) di populasinya.

Pengaruh karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dan jumlah uang jajan terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol akan dijelaskan secara rinci pada tabel berikut ini :

Tabel 5.12
Hasil Analisis Perbedaan Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan
Menurut Jenis Kelamin dan jumlah uang jajan
Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
Di Kota Lhokseumawe,
Mei 2009 (n=224)

Ke Lom Pok	Karakteristik	Variabel								
		Pengetahuan			Sikap			Keterampilan		
		Mean	SD	P value	Mean	SD	P Value	Mean	SD	P value
I n t e r v e n s i	1. jenis kelamin									
	a. laki-laki	14,81	2,22	0,121	58,81	3,73	0,131	14,59	2,02	0,062
	b. perempuan	15,00	2,11		59,81	3,56		15,40	2,16	
	2. jumlah uang jajan			0,173			0,411			0,311
	▪ < Rp 1000	14,25	2,22		59,00	3,65		15,25	1,71	
▪ Rp 1000 < 3000	13,42	2,12	57,47		4,03	15,32		2,11		
▪ Rp 3000 < 5000	14,52	1,97	60,00		3,38	15,03		1,81		
▪ > Rp 5000	13,85	2,18	58,50	3,85	14,15	2,98				
K o n t r o l	1. jenis kelamin									
	a. laki-laki	10,78	2,21	0,462	48,20	3,99	0,233	9,92	2,63	0,583
	b. perempuan	10,87	2,28		49,22	4,99		10,19	2,57	
	2. jumlah uang jajan			0,167			0,442			0,968
	▪ <Rp 1000	10,42	2,25		49,75	6,00		9,92	2,39	
▪ Rp 1000-3000	11,04	2,33	49,00		4,67	10,19		2,52		
▪ Rp 3000-5000	10,95	2,28	47,98		4,31	9,95		2,83		
▪ > Rp 5000	11,07	2,28	50,11	3,22	10,22	2,33				

Hasil analisis tabel 5.12 didapatkan rata-rata skor pengetahuan responden pada kelompok intervensi yang berjenis kelamin laki-laki adalah 14,81 dengan standar deviasi 2,22, sedangkan responden yang berjenis kelamin perempuan

rata-rata skor pengetahuannya adalah 15,00 dengan standar deviasi 2,11. Hasil uji statistik didapatkan nilai P value = 0,121 pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata skor pengetahuan responden yang berjenis kelamin laki-laki dengan pengetahuan responden yang berjenis kelamin perempuan (P value > 0,05). Pada kelompok kontrol rata-rata skor pengetahuan responden yang berjenis kelamin laki-laki 10,78 dengan standar deviasi 2,21 sedangkan rata-rata skor pengetahuan responden berjenis kelamin perempuan 10,87 dengan standar deviasi 2,28. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value 0,462 pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata skor pengetahuan responden yang berjenis kelamin laki-laki dengan responden yang berjenis kelamin perempuan (P value > 0,05)

Hasil analisis rata-rata skor sikap responden pada kelompok intervensi yang berjenis kelamin laki-laki adalah 58,81 dengan standar deviasi 3,73, sedangkan responden yang berjenis kelamin perempuan rata-rata skor pengetahuannya adalah 59,81 dengan standar deviasi 3,56. Hasil uji statistik didapatkan nilai P value = 0,131 pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata pengetahuan responden yang berjenis kelamin laki-laki dengan responden yang berjenis kelamin perempuan (P value > 0,05). Pada kelompok kontrol rata-rata skor sikap responden yang berjenis kelamin laki-laki 48,20 dengan standar deviasi 3,99 sedangkan rata-rata skor sikap responden yang berjenis kelamin perempuan 49,22 dengan standar deviasi 4,99. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value 0,233 pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata skor pengetahuan responden yang berjenis kelamin laki-laki dengan jenis kelamin perempuan (P value > 0,05)

Hasil analisis rata-rata skor keterampilan responden pada kelompok intervensi yang berjenis kelamin laki-laki adalah 14,59 dengan standar deviasi 2,02, sedangkan responden yang berjenis kelamin perempuan rata-rata skor keterampilan adalah 15,40 dengan standar deviasi 2,16. Hasil uji statistik didapatkan nilai P value = 0,062 pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata skor pengetahuan responden yang berjenis kelamin laki-laki dengan responden yang berjenis kelamin perempuan (P value > 0,05). Pada kelompok kontrol rata-rata skor keterampilan responden yang berjenis kelamin laki-laki 9,92 dengan standar deviasi 2,63 sedangkan rata-rata skor keterampilan responden yang berjenis kelamin perempuan 10,19 dengan standar deviasi 2,57. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value 0,583 pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata skor keterampilan responden yang berjenis kelamin laki-laki dengan jenis kelamin perempuan (P value > 0,05).

Rata-rata skor pengetahuan responden pada kelompok intervensi yang mempunyai uang jajan kurang dari Rp 1000 adalah 14,25 dengan standar deviasi 2,22. Rata-rata skor pengetahuan responden yang mempunyai uang jajan Rp 1000 sampai dengan kurang dari Rp 3000 adalah 13,42 dengan standar deviasi 2,12 dan rata-rata pengetahuan responden yang mempunyai uang jajan Rp 3000 sampai dengan kurang dari Rp 5000 adalah 14,52 dengan standar deviasi 1,97 serta rata-rata skor pengetahuan responden yang mempunyai uang jajan diatas Rp 5000 adalah 13,85 dengan standar deviasi 2,18. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value 0,173 pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan

antara rata-rata skor pengetahuan dengan jumlah uang jajan pada kelompok intervensi (P value $> 0,05$).

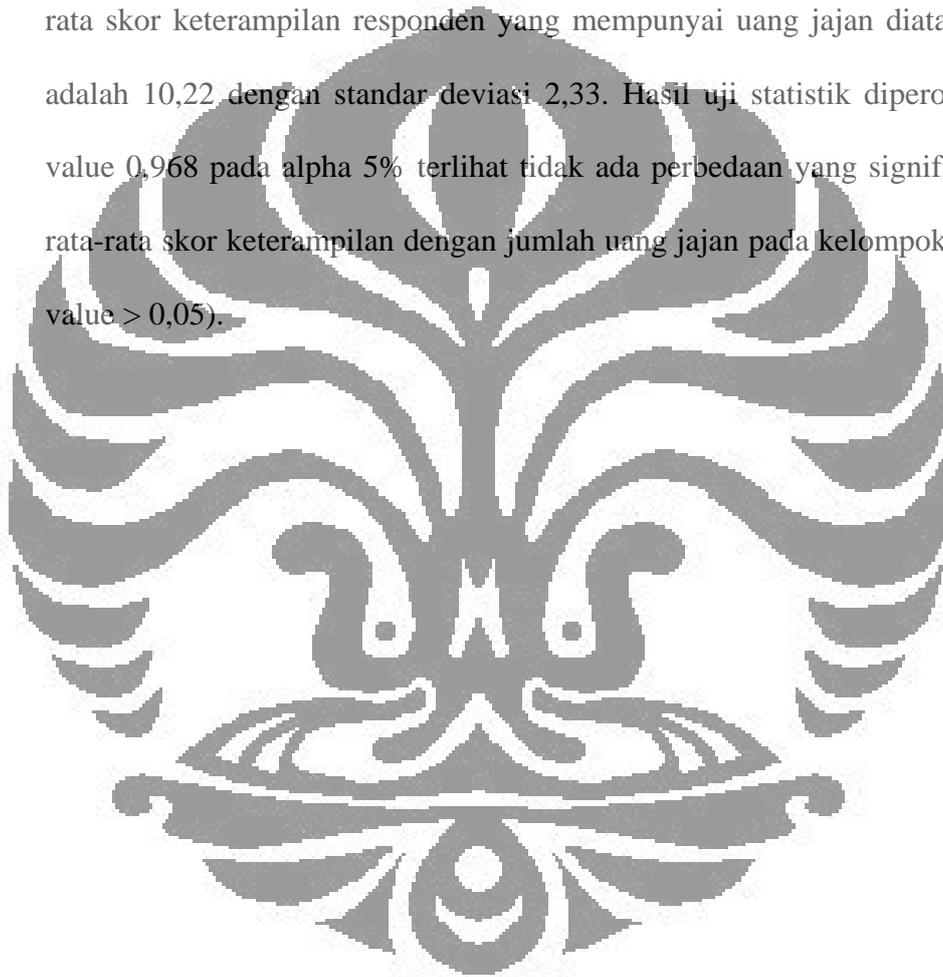
Rata-rata skor pengetahuan responden pada kelompok kontrol yang mempunyai uang jajan kurang dari Rp 1000 adalah 10,42 dengan standar deviasi 2,25. Rata-rata skor pengetahuan responden yang mempunyai uang jajan Rp 1000 sampai dengan kurang dari Rp 3000 adalah 11,04 dengan standar deviasi 2,33 dan rata-rata skor pengetahuan responden yang mempunyai uang jajan Rp 3000 sampai dengan kurang dari Rp 5000 adalah 10,95 dengan standar deviasi 2,28 serta rata-rata skor pengetahuan responden yang mempunyai uang jajan diatas Rp 5000 adalah 11,07 dengan standar deviasi 2,28. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value 0,167 pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata skor pengetahuan dengan jumlah uang jajan pada kelompok kontrol (P value $> 0,05$).

Rata-rata skor sikap responden pada kelompok intervensi yang mempunyai uang jajan kurang dari Rp 1000 adalah 59,00 dengan standar deviasi 3,65. Rata-rata skor sikap responden yang mempunyai uang jajan Rp 1000 sampai dengan kurang dari Rp 3000 adalah 59,47 dengan standar deviasi 4,03 dan rata-rata skor sikap responden yang mempunyai uang jajan Rp 3000 sampai dengan kurang dari Rp 5000 adalah 60,00 dengan standar deviasi 3,38 serta rata-rata skor sikap responden yang mempunyai uang jajan diatas Rp 5000 adalah 58,50 dengan standar deviasi 3,85. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value 0,411 pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata skor sikap dengan jumlah uang jajan pada kelompok intervensi (P value $< 0,05$).

Rata-rata skor sikap responden pada kelompok kontrol yang mempunyai uang jajan kurang dari Rp 1000 adalah 49,75 dengan standar deviasi 6,00. Rata-rata skor sikap responden yang mempunyai uang jajan Rp 1000 sampai dengan kurang dari Rp 3000 adalah 49,00 dengan standar deviasi 4,67 dan rata-rata skor sikap responden yang mempunyai uang jajan Rp 3000 sampai dengan kurang dari Rp 5000 adalah 47,98 dengan standar deviasi 4,31 serta rata-rata skor sikap responden yang mempunyai uang jajan diatas Rp 5000 adalah 50,11 dengan standar deviasi 3,22. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value 0,442 pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata skor sikap dengan jumlah uang jajan pada kelompok kontrol ($P \text{ value} > 0,05$).

Rata-rata skor keterampilan responden pada kelompok intervensi yang mempunyai uang jajan kurang dari Rp 1000 adalah 15,25 dengan standar deviasi 1,71. Rata-rata skor keterampilan responden yang mempunyai uang jajan Rp 1000 sampai dengan kurang dari Rp 3000 adalah 15,32 dengan standar deviasi 2,11 dan rata-rata skor keterampilan responden yang mempunyai uang jajan Rp 3000 sampai dengan kurang dari Rp 5000 adalah 15,03 dengan standar deviasi 1,81 serta rata-rata skor keterampilan responden yang mempunyai uang jajan diatas Rp 5000 adalah 14,15 dengan standar deviasi 2,98. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value 0,311 pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata skor keterampilan dengan jumlah uang jajan pada kelompok intervensi ($P \text{ value} > 0,05$).

Rata-rata skor keterampilan responden pada kelompok kontrol yang mempunyai uang jajan kurang dari Rp 1000 adalah 9,92 dengan standar deviasi 2,39. Rata-rata skor keterampilan responden yang mempunyai uang jajan Rp 1000 sampai dengan kurang dari Rp 3000 adalah 10,19 dengan standar deviasi 2,52 dan rata-rata skor keterampilan responden yang mempunyai uang jajan Rp 3000 sampai dengan kurang dari Rp 5000 adalah 9,95 dengan standar deviasi 2,83 serta rata-rata skor keterampilan responden yang mempunyai uang jajan diatas Rp 5000 adalah 10,22 dengan standar deviasi 2,33. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value 0,968 pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata skor keterampilan dengan jumlah uang jajan pada kelompok kontrol (P value > 0,05).



BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini menjelaskan hasil penelitian yang meliputi interpretasi, diskusi dan keterbatasan penelitian serta implikasi penelitian terhadap keperawatan. Adapun aspek yang akan dijelaskan adalah perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan anak usia sekolah yang mengikuti kegiatan *peer* edukasi dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan anak usia sekolah yang tidak mengikuti kegiatan *peer* edukasi di kota Lhokseumawe serta kesenjangan maupun kesesuaian antara hasil penelitian yang dilakukan dengan hasil penelitian terkait disertai dengan studi pustaka yang mendasarinya. Keterbatasan penelitian membahas tentang keterbatasan terhadap penggunaan metodologi penelitian dan implikasi penelitian membahas tentang pengaruh atau manfaat hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan dan penelitian berikutnya.

A. Interpretasi Dan Diskusi Hasil

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh *peer* edukasi tentang jajan sehat terhadap perilaku anak usia sekolah di Kota Lhokseumawe. Perilaku anak usia sekolah pada kelompok intervensi yang telah mengikuti *peer* edukasi akan dibandingkan dengan perilaku anak usia sekolah pada kelompok kontrol yang tidak mengikuti *peer* edukasi.

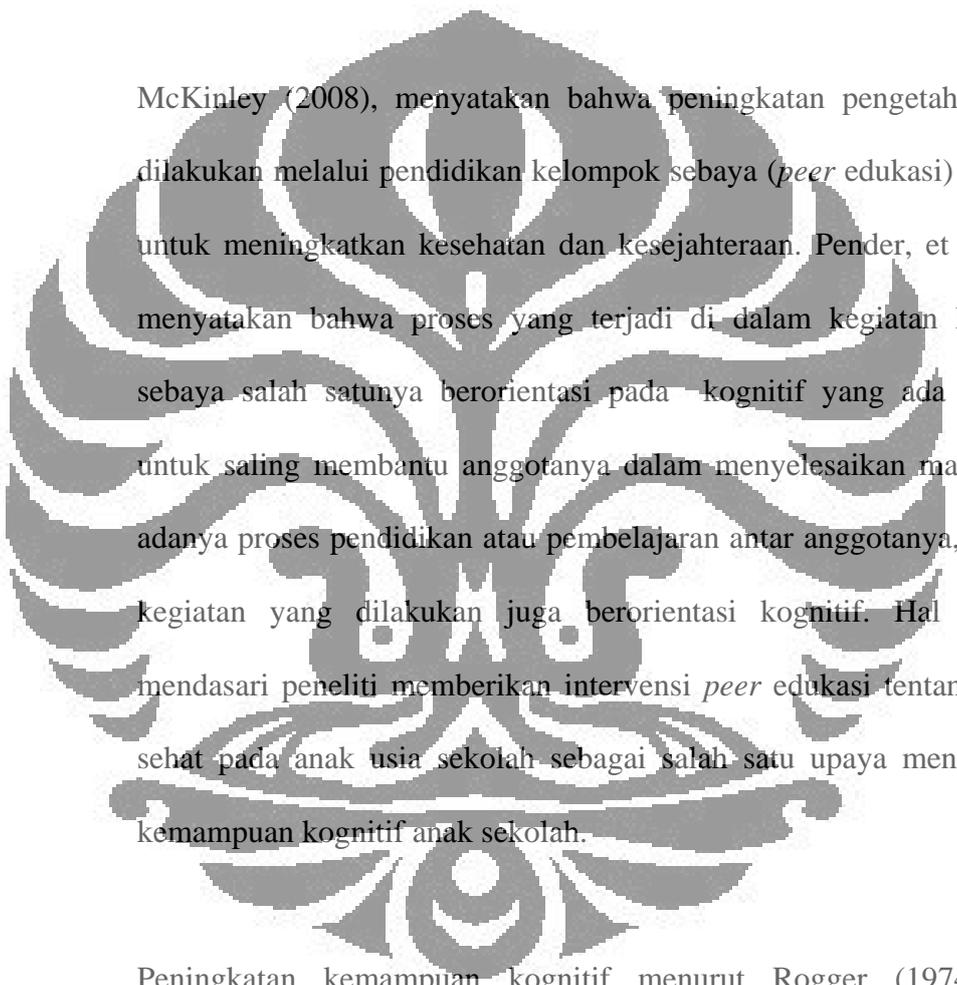
1. Pengaruh Peer Edukasi tentang jajanan sehat terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan anak usia sekolah

a. Pengaruh Peer edukasi Tentang Jajanan Sehat Terhadap Pengetahuan Anak Usia Sekolah

Hasil analisis menunjukkan rata-rata pengetahuan anak usia sekolah sebelum penelitian adalah setara ($P > 0,05$) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, namun terjadi peningkatan rata-rata skor pengetahuan secara bermakna pada anak usia sekolah yang mengikuti *peer* edukasi ($P \text{ value} < 0,05$), sedangkan rata-rata pengetahuan anak usia sekolah setelah penelitian tanpa mengikuti *peer* edukasi tidak terjadi perubahan ($P \text{ value} > 0,05$). Hal ini sesuai dengan teori bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang sebagai hasil tahu yang diperoleh setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

Penginderaan yang dilakukan terhadap suatu objek akan meningkatkan pengetahuan seseorang. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Hussein et al (2008, <http://www.iom.edu/cms>, diperoleh tanggal 27 Juni 2009) tentang pendidikan kesehatan (nutrisi) melalui pendekatan *peer* edukasi pada anak sekolah yang dilakukan selama 6 minggu dengan waktu 30 menit perminggu, jumlah sampel 335 responden untuk kedua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol memperlihatkan hasil yang signifikan. Terdapat perbedaan yang signifikan pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan intervensi ($P \text{ value} 0,001$), begitu juga terhadap

variabel sikap, terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi yang telah mengikuti *peer* edukasi dengan kelompok kontrol tanpa mengikuti *peer* edukasi (P value 0,01) dan terdapat perbedaan signifikan keterampilan antara kelompok intervensi yang telah mengikuti *peer* edukasi dengan kelompok kontrol tanpa mengikuti *peer* edukasi (P value 0,001).



McKinley (2008), menyatakan bahwa peningkatan pengetahuan yang dilakukan melalui pendidikan kelompok sebaya (*peer* edukasi) bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan. Pender, et al (2002) menyatakan bahwa proses yang terjadi di dalam kegiatan kelompok sebaya salah satunya berorientasi pada kognitif yang ada bertujuan untuk saling membantu anggotanya dalam menyelesaikan masalah dan adanya proses pendidikan atau pembelajaran antar anggotanya, sehingga kegiatan yang dilakukan juga berorientasi kognitif. Hal ini yang mendasari peneliti memberikan intervensi *peer* edukasi tentang jajanan sehat pada anak usia sekolah sebagai salah satu upaya meningkatkan kemampuan kognitif anak sekolah.

Peningkatan kemampuan kognitif menurut Rogger (1974, dalam Notoatmodjo, 2007) terjadi jika individu telah mengerti, menyadari pentingnya stimulus yang dirasakan serta merasa tertarik terhadap stimulus tersebut. Hal ini terbukti dengan hasil penelitian yang telah dilakukan yaitu *peer* edukasi berpengaruh dalam meningkatkan kemampuan kognitif. peningkatan tersebut dapat terlihat dari rata-rata

nilai pengetahuan anak sekolah pada kelompok yang diberikan intervensi *peer* edukasi lebih baik dibandingkan dengan anak usia sekolah yang tidak diberikan intervensi *peer* edukasi. Peningkatan pengetahuan tentang jajanan sehat pada kelompok sebaya didukung oleh peran edukator dari anggota teman sebaya yang mampu menyampaikan materi dengan baik, memotivasi anggota untuk terlibat aktif dan mampu mendemonstrasikan jenis jajanan.

Hasil penelitian lain yang mendukung penelitian ini adalah studi yang dilakukan oleh Baranowski, *et al*, (2008, *Peers important for nutrition education among latinos*, pressrelease@medicalnewstoday.com, diperoleh tanggal 05 Februari 2009) tentang *nutrition* pada kelompok etnik amerika anak usia sekolah yang dilakukan dengan pendekatan metode *peer* edukasi. Terdapat 10 kelompok yang terdiri dari 10 anak untuk masing-masing kelompok. Penelitian dilakukan selama 8 bulan termasuk persiapan modul dan edukator. Sebelum edukator melakukan kegiatan, seluruh responden diukur pengetahuannya untuk melihat kesetaraan pengetahuan. Hasilnya pengetahuan responden setara (P value $> 0,05$) dan setelah seluruh kegiatan selesai dinyatakan ada perbedaan yang signifikan pengetahuan responden sebelum dan setelah intervensi *peer* edukasi (P value $< 0,05$). Hal ini membuktikan bahwa metode *peer* edukasi mampu meningkatkan pengetahuan anak.

Hasil penelitian yang telah dilakukan diatas dan didukung oleh hasil penelitian sebelumnya membuktikan hipotesis yang menyatakan

pengetahuan anak usia sekolah setelah mengikuti *peer* edukasi lebih baik dari pengetahuan anak usia sekolah yang tidak mengikuti *peer* edukasi dapat diterima. Perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah mengikuti intervensi *peer* edukasi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol tanpa mengikuti intervensi *peer* edukasi terlihat dari hasil bivariat juga bermakna. Meningkatnya pengetahuan pada kelompok intervensi karena adanya informasi yang diberikan oleh teman sebaya (edukator) serta adanya demonstrasi langsung jenis-jenis jajanan sehat, juga kemampuan edukator dalam memotivasi anggota kelompok untuk terlibat aktif saat kegiatan berlangsung. Hal ini terlihat dari antusias anggota kelompok saat mendengar, melihat dan bertanya tentang hal-hal yang kurang dimengerti serta ikutserta dalam memberikan pendapat.

b. Pengaruh Peer Edukasi Tentang Jajanan Sehat Terhadap Sikap Anak Usia Sekolah

Hasil analisis menunjukkan bahwa sikap anak usia sekolah setelah mengikuti *peer* edukasi lebih baik sebelum mengikuti *peer* edukasi pada kelompok intervensi dan sikap anak usia sekolah yang mengikuti intervensi *peer* edukasi lebih baik dari sikap anak usia sekolah yang tidak mengikuti *peer* edukasi (P value $< 0,05$). Sikap anak usia sekolah yang tidak mengikuti intervensi *peer* edukasi pada kelompok kontrol terjadi penurunan rata-rata sikap jika dibandingkan dengan rata-rata sikap saat evaluasi awal. Penurunan rata-rata Sikap anak usia sekolah pada kelompok kontrol disebabkan karena pada saat mengikuti *pretest* responden merasa ada sesuatu yang baru, lebih bersemangat saat mengisi

kuesioner, konsentrasi, mampu memahami kuesioner. Namun setelah mereka tahu selanjutnya tidak ada sesuatu yang mereka dapatkan dan saat diberikan kuesioner sebagai pengukuran akhir (*post test*) dengan soal yang sama, maka timbul kebosanan dan sikap acuh tidak acuh serta menurunnya konsentrasi saat mengisi kuesioner. Keadaan ini juga disebabkan karena tidak adanya pemberian informasi terkait isi kuesioner serta tidak adanya stimulus dari teman sebaya.

Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Garcia dan Zok, (2003) menyatakan *peer* edukasi mampu meningkatkan sikap anak usia sekolah dalam menentukan jenis makanan sehat dan dapat dibuktikan dari persentase jumlah anggota yang ikut dalam kegiatan *peer* edukasi dari 35% menjadi 50%. Penambahan jumlah anggota tersebut terjadi karena adanya pengaruh teman sebaya yang telah terlebih dahulu ikut terlibat. Fenomena ini juga terjadi saat penelitian yang peneliti lakukan, dimana anggota kelompok yang telah terlibat sebagai anggota bukan sebagai edukator menginginkan terpilih untuk menjadi edukator serta kelas yang tidak terlibat menginginkan untuk bisa ikut kegiatan seperti yang pernah dilakukan. dan Hal ini didukung oleh pendapat Lezin, (2008) yang menyatakan program *peer* edukasi merupakan program pendidikan kelompok sebaya yang digunakan sebagai mekanisme *support* bagi sesama anggotanya dalam mendapatkan informasi, memecahkan masalah serta mencari alternatif pemecahan masalah.

Penelitian yang mendukung yang dilakukan oleh Drake et al (2000) yang melihat pengaruh *peer* edukasi pada anak usia 5 tahun sampai usia 14 tahun terhadap pencegahan anemia yang disebabkan oleh infeksi cacing (*helminth Infection*). Setelah diberikan intervensi *peer* edukasi terkait topik yang diteliti selama 10 minggu dinyatakan ada perbedaan signifikan sikap anak sebagai respon untuk merubah kebiasaan hidup sehat antara sebelum mengikuti *peer* edukasi dengan setelah mengikuti *peer* edukasi (P value < 0,05). Pada penelitian yang telah dilakukan selama 6 minggu terhadap sikap anak usia sekolah, setelah dilakukan penilaian dengan jarak waktu 4 minggu setelah intervensi memperlihatkan perbedaan signifikan, yaitu sikap anak sekolah yang mengikuti *peer* edukasi lebih baik dari sikap anak sekolah yang tidak mengikuti *peer* edukasi (P value < 0,05)

Hasil penelitian yang telah dilakukan dan didukung oleh penelitian terdahulu membuktikan *peer* edukasi berpengaruh dalam meningkatkan sikap anak usia sekolah dibandingkan dengan anak usia sekolah yang tidak mengikuti intervensi *peer* edukasi secara bermakna. Peningkatan sikap anak usia sekolah pada kelompok intervensi terjadi karena peran edukator yang ada dapat memberikan dukungan informasi, penghargaan serta bimbingan kepada anggota kelompoknya. Hal ini sejalan dengan pendapat Pender, et al (2002) dan Bomar (2004) bentuk transaksi interpersonal yang ada di dalam kelompok sebaya adalah perhatian emosional (ungkapan kepedulian, dorongan, empati), bantuan (jasa,

materi, atau informasi), dan pernyataan (umpan balik konstruktif, pengakuan) yang mudah dipahami oleh teman sebaya.

Terkait dengan penelitian yang telah dilakukan, intervensi *peer* edukasi tentang jajanan sehat diharapkan dapat membantu sikap anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya. Hal ini didukung oleh Gracia dan Zok, (2003) peningkatan kesehatan dan kesejahteraan individu tidak terlepas dari salah satunya asupan nutrisi yang dikonsumsi dan nutrisi merupakan bagian dari topik yang menarik pada kelompok sebaya, sedangkan pada penelitian yang telah dilakukan terkait topik jajanan sehat merupakan topik yang menarik bagi anak usia sekolah yang menjadi responden penelitian ini. Hal ini terbukti dari sikap antusias yang diperlihatkan anak serta banyaknya pertanyaan yang ditanyakan saat kegiatan berlangsung. Bukti lain dari ketertarikan topik ini adalah adanya peningkatan pengetahuan dan sikap yang signifikan antara sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi

c. Pengaruh Peer Edukasi Tentang Jajanan Sehat Terhadap Keterampilan Anak Usia Sekolah

Hasil analisis menunjukkan keterampilan anak usia sekolah pada kelompok intervensi lebih baik dari keterampilan anak usia sekolah pada kelompok kontrol yang tidak mengikuti intervensi. keterampilan anak usia sekolah setelah setelah mengikuti *peer* edukasi lebih baik dari sebelum mengikuti *peer* edukasi (P value < 0,05). Keterampilan anak

usia sekolah yang tidak mengikuti *peer* edukasi tidak mengalami peningkatan (P value $> 0,05$). Peningkatan keterampilan pada kelompok intervensi disebabkan karena kemampuan edukator yang baik dalam melakukan demonstrasi jenis-jenis jajanan sehat dan memberikan kesempatan kepada anggota kelompok untuk melakukan demonstrasi tersebut. Hasil penelitian ini membuktikan hipotesa ke 3 yaitu ketrampilan AUS setelah diberikan *peer* edukasi lebih baik dari sebelum diberikan *peer* edukasi pada kelompok intervensi dapat diterima dan pembuktian pada hipotesa ke 6 yaitu ketrampilan AUS pada kelompok intervensi lebih baik dari kelompok kontrol dapat diterima.

Notoatmodjo (2007) membagi tahapan keterampilan dalam 4 tingkatan yaitu: pertama individu mulai mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil, kemudian individu sudah mampu melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar. Tahap selanjutnya jika individu sudah mampu melakukan sesuatu dengan benar, maka secara otomatis sesuatu itu akan menjadi kebiasaan dan pada tahap akhir individu telah beradaptasi dengan keterampilan atau praktik yang sudah berkembang dengan baik. Pada penelitian yang telah dilakukan, anak usia sekolah sudah mengenal dan mampu memilih jenis jajanan sehat dengan benar dan dapat dibuktikan pada evaluasi akhir terjadi peningkatan sikap dan keterampilan anak usia sekolah secara signifikan. Untuk mempertahankan keadaan ini sangat dibutuhkan adanya kelanjutan penelitian ini seperti evaluasi dari guru uks setelah 3 bulan dan 6 bulan mendatang.

Terjadinya peningkatan ketrampilan pada kelompok intervensi yang diberikan intervensi *peer* edukasi sangat relevan dengan jenis kegiatan yang berorientasi pada perilaku kesehatan. Hal ini sejalan dengan pendapat McCuen (1993, dalam Hitchcock, et al, 1999) kegiatan kelompok sebaya mencakup pemberian dukungan dari suatu jaringan yang kompleks dari hubungan pertalian interpersonal. Sumber daya yang disediakan di dalam kelompok sebaya seperti kasih sayang, indikasi keikutsertaan, dukungan emosional, dan materi ketika diperlukan, telah ditunjukkan serta menjadi dasar untuk kesehatan. Keadaan ini juga ditemukan pada saat penelitian yaitu adanya jalinan kasih sayang antar sesama anggota kelompok, ikatan emosional serta indikasi keikutsertaan yang terlihat dari saling menghargai, memberi pujian kepada sesama teman yang mampu menjawab atau menjelaskan dengan benar, saling menjaga situasi lingkungan yang kondusif.

Hasil penelitian lain yang mendukung penelitian ini adalah studi yang dilakukan oleh Mckinley (2008) tentang *nutrition peers* pada anak usia sekolah yang diawali dengan memberikan pelatihan pada edukator terkait informasi dan demonstrasi nutrisi. Selain pemberian informasi dan demonstrasi nutrisi, edukator juga dilatih untuk melakukan aktifitas fisik. Hasilnya dilaporkan anggota kelompok sebaya mampu mengatur nutrisi selama satu bulan dengan baik dan benar, mengatur pola makan sehat, mengidentifikasi adanya diet yang salah, mengetahui nutrisi dasar untuk olahraga dan menjadikan kelompok sebagai ahli nutrisi serta mampu melakukan latihan aktifitas fisik secara rutin setiap minggu.

Peningkatan keterampilan anak usia sekolah yang mendapatkan intervensi *peer* edukasi juga didukung oleh variasi kegiatan yang diberikan seperti memilih jajanan sehat diantara berbagai macam jajanan tidak sehat, memotivasi anggota kelompok untuk memberikan alasan jenis jajanan tersebut termasuk kategori tidak sehat serta memberi pujian bagi anggota kelompok yang mampu melakukan demonstrasi dengan baik dan mampu menjawab pertanyaan dengan benar. Hal ini didukung oleh Bastable (2002) dan Suciati (2005) yang menyatakan penerimaan informasi melalui penginderaan hanya dapat diserap 20% sehingga ketrampilan atau tindakan sangat dibutuhkan dalam suatu pembelajaran. Berdasar hal tersebut maka intervensi penelitian ini juga menekankan pada ketrampilan atau tindakan anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat dengan harapan diperoleh internalisasi yang mendalam dari anak usia sekolah sehingga dapat menerapkan gaya hidup sehat dan dapat meraih cita-cita.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap variabel pengetahuan, sikap dan keterampilan pada kelompok intervensi, dapat dilihat peningkatan yang paling besar terjadi pada variabel sikap. Hal ini disebabkan karena informasi yang didukung oleh booklet yang mereka terima tentang jenis-jenis jajanan sehat serta dampak yang timbul akibat kesalahan dalam memilih jajanan yang disertai dengan gambar yang menarik. Pendapat ini didukung oleh Rawlins, Williams dan Beck (1993, dalam Kozier, 2004) Sikap yang dimiliki individu merupakan kerangka kerja awal dalam membantu individu menemukan cara yang sehat dalam

rangka memenuhi kebutuhannya. Lebih lanjut mereka mengatakan untuk memenuhi kebutuhannya, individu akan berperan aktif dalam upaya meningkatkan kesehatan, serta terlibat dalam menentukan intervensi yang tepat.

2. Hubungan Karakteristik Responden Terhadap Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan

Responden sebanyak 224 orang yang terbagi dalam 2 kelompok yaitu kelompok intervensi sebanyak 112 orang dan kelompok kontrol sebanyak 112 orang. Karakteristik responden terdiri dari umur, jenis kelamin dan jumlah uang jajan. Hasil analisis hubungan karakteristik terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan secara rinci akan dibahas sebagai berikut :

a. Umur

Hasil analisis univariat karakteristik responden berdasarkan umur pada kelompok intervensi disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata umur responden kelompok intervensi adalah 10,30-10,57. Pada kelompok kontrol hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata umur responden antara 10,57 sampai 10,84. Hasil analisis regresi linier sederhana yang dilakukan baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol disimpulkan ada hubungan signifikan antara umur terhadap peningkatan pengetahuan ($P \text{ value} < 0,05$)

Adanya hubungan peningkatan umur terhadap peningkatan pengetahuan sesuai dengan pernyataan Wong (1995, dalam Potter, Patricia A, 2005) bahwa usia menunjukkan perkembangan kemampuan belajar dan bentuk

perilaku yang dibutuhkan. Peningkatan pengetahuan sangat dipengaruhi oleh tahap perkembangan usia seseorang (Edelman & Mandle 1994, dalam potter & patricia, 2005). Pernyataan ini juga didukung oleh Davis & Newton (1996, dalam Siagian, 2001) semakin meningkat umur semakin meningkat pengetahuan seseorang dalam berperilaku.

Hasil penelitian ini didukung oleh Hasil penelitian Huclok (1998, dalam Nursalam, 2000) menyatakan bahwa semakin cukup umur seseorang, baik itu dalam berfikir maupun dalam bekerja semakin baik. Berdasarkan hasil penelitian yang sudah ada dapat disimpulkan bahwa pengetahuan, anak usia sekolah sangat dipengaruhi oleh umur. Hal ini dikuatkan oleh hasil analisis pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ada hubungan yang signifikan antara umur terhadap pengetahuan (P value < 0,05)

Hasil analisis responden berdasarkan umur terhadap sikap dan keterampilan baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur terhadap sikap dan keterampilan (P value > 0,05). Berdasarkan pernyataan diatas, sikap dan keterampilan kesehatan seseorang tidak dipengaruhi oleh umur. Hasil penelitian ini didukung oleh pernyataan Edelman (2006, Green & Kreuter, 2000) perilaku kesehatan individu sangat dipengaruhi oleh faktor predisposisi (pengetahuan individu, keyakinan atau persepsi tentang kesehatan), faktor pemungkin (ketersediaan dan keterjangkauan sarana) dan faktor penguat (keluarga,

teman sebaya, guru dan lainnya). Hal ini dapat disimpulkan bahwa sikap individu tidak dipengaruhi oleh umur, namun dipengaruhi oleh ketiga faktor tersebut diatas.

Pernyataan diatas dikuatkan oleh Pidarta (2000, dalam Redjeki, 2005) keterampilan dan sikap individu akan menurun dengan berjalannya waktu terhadap suatu pekerjaan dan kebosanan yang menyebabkan berkurangnya rangsangan intelektual yang pada akhirnya akan menyumbangkan sikap dan keterampilan individu, semakin berkurang. Terkait dengan sikap dan keterampilan anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat sangat dipengaruhi oleh faktor pengetahuan anak terhadap jajanan sehat, keyakinan tentang jenis jajanan serta ketersediaan keterjangkauan jenis jajanan sehat baik dilingkungan sekolah maupun di lingkungan rumah serta peran orang-orang disekitar anak yang dapat mempengaruhi sikap dan keterampilan anak dalam menentukan jajanan sehat. Jika tidak adanya ketersediaan variasi jajanan sehat, maka akan menimbulkan kebosanan anak yang pada akhirnya lebih memilih jajanan yang menarik walaupun jenis jajanan tersebut tidak sehat. Berdasarkan pernyataan diatas dan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap dan keterampilan.

b. Jenis Kelamin

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa proporsi jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan tidak terlalu jauh berbeda. Hasil analisis

bivariat memperlihatkan rata-rata pengetahuan, sikap dan keterampilan responden berdasarkan jenis kelamin baik laki-laki maupun perempuan, pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak terjadi perubahan yang bermakna. Hasil uji statistik yang dilakukan pada kedua kelompok tidak ada perbedaan yang signifikan antara jenis kelamin laki-laki dan jenis kelamin perempuan (P value $> 0,05$) artinya jenis kelamin tidak mempengaruhi pengetahuan, sikap dan keterampilan responden dalam menentukan jajanan sehat.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Courtney et al (2004) tentang pendidikan nutrisi terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan anak di sekolah atletik yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam mengatur kebutuhan diet sehari-hari. Hal ini didukung oleh pernyataan Havighurst, (2002) yang menyatakan bahwa proses transformasi informasi baik secara formal maupun informal pada anak usia sekolah tidak berbeda antara laki-laki dan perempuan serta perilaku kesehatan kedua jenis kelamin tersebut tidak berbeda secara bermakna. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dan penelitian pendukung dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan anak sekolah dalam menentukan jajanan sehat.

c. Jumlah uang jajan

Analisis univariat menunjukkan bahwa proporsi uang jajan terbesar adalah antara Rp 1000-3000 baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Hasil analisis bivariat memperlihatkan tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata pengetahuan, sikap dan keterampilan terhadap jumlah uang jajan anak usia sekolah (P value $> 0,05$). Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Warned (2007) terhadap keluarga yang mempunyai status sosial ekonomi keatas mempunyai kesempatan untuk memenuhi kebutuhan anak terhadap nutrisi, namun dari hasil penelitiannya dinyatakan tidak ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan, sikap dan keterampilan anak sekolah berdasarkan status ekonomi keluarga.

Penelitian lain yang mendukung penelitian yang dilakukan oleh Februhartanty dan Irwarawanti (2004) yang menyatakan rata-rata uang jajan anak sekolah dasar berkisar antara Rp 2000-7000. Besarnya jumlah uang jajan yang diterima anak tidak membuat anak lebih terampil dalam menentukan jenis jajanan, bahkan anak-anak yang mempunyai uang jajan yang lebih besar lebih beresiko terpapar oleh jenis jajanan tidak sehat. Hasil penelitian menyatakan tidak ada perbedaan yang signifikan antara jumlah uang jajan yang diberikan oleh orangtua selama disekolah terhadap keterampilan anak dalam menentukan jenis jajanan.

Hasil penelitian yang telah dilakukan dan didukung oleh penelitian terdahulu membuktikan tidak ada hubungan yang bermakna antara

jumlah uang jajan dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan anak dalam menentukan jajanan sehat.

B. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari adanya keterbatasan saat penelitian, seperti ;

1. Instrumen Penelitian

- a. Kuesioner yang peneliti gunakan saat penelitian belum mempunyai nilai baku. Instrumen disusun berdasarkan studi literatur yang ada. Uji validitas instrumen baru dilakukan satu kali uji coba. Setelah dilakukan uji coba ditemukan 3 item pertanyaan yang tidak valid untuk instrumen pengetahuan dan 2 item pernyataan untuk instrumen sikap serta 1 item pernyataan untuk keterampilan. Peneliti merasa item pertanyaan yang tidak valid kurang berpengaruh terhadap hal yang ingin diketahui dari responden sehingga item pertanyaan dan pernyataan tersebut diabaikan. Keterbatasan penelitian lain terkait adanya kesamaan instrumen yang digunakan saat *pre test* dan *post test* akan mempengaruhi hasil penelitian artinya adanya perubahan perilaku anak usia sekolah tidak semata-mata disebabkan oleh perlakuan atau intervensi penelitian saja, akan tetapi kemungkinan juga karena pengaruh instrumen yang digunakan kembali sehingga memungkinkan anak usia sekolah mengingat kembali pertanyaan dan pernyataan yang ditanyakan. Penilaian perubahan keterampilan tidak dilakukan melalui observasi melainkan dengan menggunakan instrumen yang berisi sejumlah item pernyataan yang di *checklist* yang memungkinkan jenis keterampilan tersebut tidak ada dalam

kuesioner sehingga data yang diperoleh kurang bervariasi karena skala nilai yang digunakan adalah ya/tidak, walaupun secara teori skala ini boleh digunakan (Arikunto, 2005).

- b. Modul yang digunakan untuk membantu pelaksanaan *peer* edukasi pada penelitian ini, peneliti menyusun sendiri dengan mengacu pada berbagai literatur dan belum diuji coba pada anak usia sekolah diluar area penelitian ini.

2. Proses Pelaksanaan Penelitian

- a. Tahap awal perizinan penelitian pada anak usia sekolah yang duduk di bangku kelas 6 mendapat kesulitan, mengingat waktu dilakukan penelitian bertepatan dengan persiapan anak untuk mengikuti ujian akhir nasional sehingga pihak pengambil kebijakan memberikan kesempatan penelitian hanya pada kelas 4 dan 5. Penentuan jumlah kelas yang akan digunakan pada penelitian, langsung ditentukan pada saat perizinan berlangsung. Peneliti menggunakan kelas 5 sebanyak 2 kelas dan kelas 4 sebanyak 1 kelas dengan alasan kelas 5 lebih banyak digunakan karena tingkat pemahaman anak yang duduk dikelas 5 lebih baik dari anak yang duduk di kelas 4 dan diharapkan dengan pemahaman yang baik, anak usia sekolah yang duduk di bangku kelas 5 mampu mempengaruhi perilaku kesehatan teman yang lain termasuk kelas dibawahnya.
- b. Tahap selanjutnya memilih dan melatih edukator yang akan menjadi sasaran intervensi, namun saat pelatihan tidak tersedianya ruangan

yang memberi kenyamanan untuk proses belajar mengajar, terdengar suara kebisingan sehingga membuat konsentrasi belajar berkurang dan harus memberi penjelasan serta diskusi yang berulang.

- c. Pembagian kelompok masing-masing kelas tidak memungkinkan untuk tiap-tiap kelompok intervensi berjumlah sesuai yang diinginkan yaitu 8-10 orang, karena keterbatasan waktu dan tempat. maka kelompok beranggotakan 12-13 orang. Hal ini akan memberi dampak pada hasil akhir, selain jumlahnya lebih banyak juga suasana kelompok sedikit kurang kondusif.

3. Variabel Penelitian

Penelitian ini hanya meneliti pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen serta variabel karakteristik terkait anak usia sekolah sebagai variabel konfounding. Status pendidikan orangtua dan kebijakan sekolah dalam menyediakan jajanan termasuk variabel konfounding, namun hal ini tidak menjadi bagian penelitian.

C. Implikasi Terhadap Pelayanan, Pendidikan Dan Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh *peer* edukasi terhadap perilaku anak usia sekolah di Kota Lhokseumawe. Berikut ini akan diuraikan manfaat hasil penelitian terhadap :

1. Pelayanan kesehatan dan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan berdampak positif dan dapat menjadi masukan bagi pelayanan kesehatan umumnya dan pelayanan

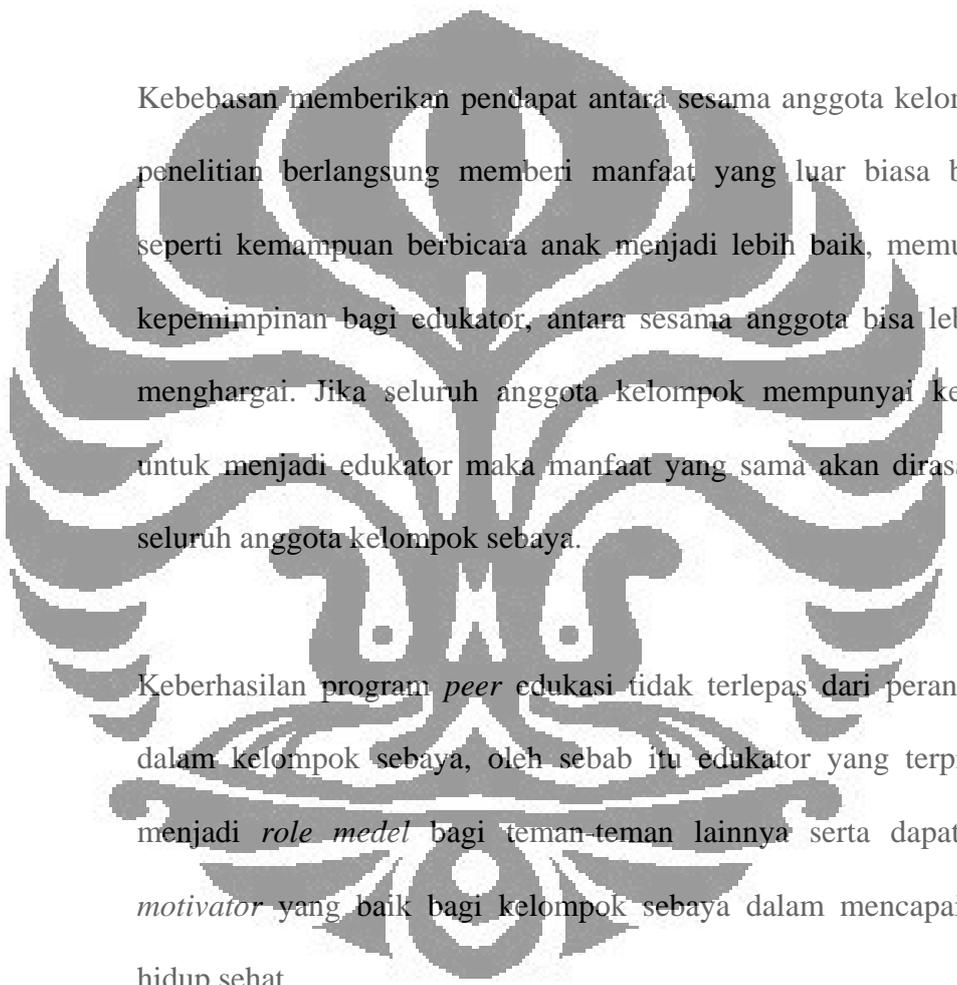
keperawatan khususnya dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan anak usia sekolah di Kota Lhokseumawe. Perilaku hidup sehat anak usia sekolah dapat terwujud melalui promosi kesehatan dengan menggunakan pendekatan metode *peer* edukasi. Peneliti merasa kegiatan tersebut sangat bermanfaat pada anak usia sekolah, maka kelanjutan dari kegiatan ini dapat dilaksanakan melalui program UKS yang ada di sekolah.

Peneliti berpendapat bahwa masa usia sekolah merupakan masa yang sangat rentan terhadap ancaman penyakit serta pada usia ini pula pengetahuan anak tentang kesehatan masih kurang sehingga perilaku kesehatan belum bisa terwujud tanpa pengetahuan yang baik. Hal ini sesuai dengan pendapat Edelman (2006, Green & Kreuter, 2000) perilaku kesehatan individu sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya pengetahuan individu, oleh karenanya untuk mewujudkan perilaku sehat anak usia sekolah perlu diberikan pengetahuan kesehatan melalui promosi kesehatan dengan menggunakan pendekatan metode *peer* edukasi. Hal ini sudah dibuktikan dari hasil penelitian bahwa ada pengaruh pendidikan teman sebaya (*peer* edukasi) terhadap perilaku kesehatan anak usia sekolah serta pendidikan teman sebaya banyak memberikan dampak positif seperti yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya.

2. Pendidikan

Peneliti merasa metode *peer* edukasi sangat baik diberikan pada anak usia sekolah mengingat dampak yang timbul dari penelitian ini terlihat

bahwa selama berlangsungnya penelitian, timbul motivasi anak untuk ingin tahu lebih jauh terhadap informasi yang telah disampaikan. Secara tidak disadari hal ini memupuk keinginan anak untuk belajar. Rimm (2007) mengatakan motivasi belajar anak akan timbul dari suatu hal yang dirasakan menarik, kemudian ketertarikan terhadap suatu hal akan bertambah sesuai berjalannya waktu.



Kebebasan memberikan pendapat antara sesama anggota kelompok saat penelitian berlangsung memberi manfaat yang luar biasa bagi anak seperti kemampuan berbicara anak menjadi lebih baik, memupuk jiwa kepemimpinan bagi edukator, antara sesama anggota bisa lebih saling menghargai. Jika seluruh anggota kelompok mempunyai kesempatan untuk menjadi edukator maka manfaat yang sama akan dirasakan oleh seluruh anggota kelompok sebaya.

Keberhasilan program *peer* edukasi tidak terlepas dari peran edukator dalam kelompok sebaya, oleh sebab itu edukator yang terpilih dapat menjadi *role model* bagi teman-teman lainnya serta dapat menjadi *motivator* yang baik bagi kelompok sebaya dalam mencapai perilaku hidup sehat.

Peneliti merasa kegiatan tersebut sangat memberi keuntungan yang besar pada anak usia sekolah, maka alangkah lebih baik jika murid yang duduk diibangku kelas 6 juga ikut dilibatkan dalam kegiatan dengan harapan

informasi yang didapatkan dapat diteruskan di rumah atau lingkungan disekitar mereka.

3. Penelitian Lanjutan

Penelitian ini dapat menjadi data dasar penelitian bagi peneliti yang lain yang berminat untuk meneliti pengaruh *peer* edukasi terhadap perilaku kesehatan anak usia sekolah dengan kerangka konsep yang lebih kompleks dan spesifik. Penelitian ini dapat dilanjutkan dengan meneliti hubungan variabel perancu yang belum diteliti pada penelitian ini seperti status pendidikan orang tua, kebijakan sekolah dalam upaya penyediaan jajan sehat di lingkungan sekolah serta aspek-aspek lain yang mempengaruhi perilaku sehat anak usia sekolah.

Selain itu peneliti berpendapat masih banyak faktor lain yang belum bisa diungkapkan khususnya terkait perilaku sehat anak usia sekolah, perlu penelitian kualitatif tentang perilaku sehat terkait dengan lingkungan disekitar anak sekolah, seperti peran orangtua/kebiasaan keluarga dalam menyediakan sarapan atau makanan di rumah, pendidik/guru, pengambil kebijakan dan lain sebagainya yang belum diungkapkan secara mendalam.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini berisi simpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan, secara rinci akan diuraikan sebagai berikut :

A. Simpulan

1. Perilaku Anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat setelah mengikuti *peer* edukasi lebih baik dari perilaku anak usia sekolah sebelum mengikuti *peer* edukasi pada kelompok intervensi.
2. Perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat setelah mengikuti *peer* edukasi pada kelompok intervensi lebih baik dari kelompok kontrol tanpa mengikuti *peer* edukasi, secara substansi perbedaan tersebut sangat bermakna dan mempengaruhi kemungkinan terjadinya perubahan perilaku kesehatan tentang jajanan sehat pada anak usia sekolah.
3. Umur anak usia sekolah baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol adalah setara. Hasil penelitian memperlihatkan ada hubungan yang signifikan antara umur seseorang terhadap pengetahuan, namun tidak ditemukan adanya hubungan antara umur terhadap sikap dan keterampilan seseorang.
4. Tidak ditemukan hubungan, baik pada variabel jenis kelamin maupun pada variabel jumlah uang jajan terhadap perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat.

Artinya perubahan perilaku kesehatan anak usia sekolah setelah mengikuti *peer* edukasi pada kelompok intervensi murni disebabkan karena intervensi *peer* edukasi.

B. Saran

Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan oleh berbagai pihak untuk meningkatkan pelayanan keperawatan, pendidikan dan ilmu keperawatan serta penelitian keperawatan. Berikut dijelaskan secara rinci :

1. Dinas Kesehatan Kota dan Dinas Pendidikan

Perlu melakukan pembinaan, pemantauan dan peningkatan kegiatan UKS pada anak usia sekolah dan terus menggiatkan upaya promosi kesehatan melalui pendekatan metode *peer* edukasi dan menjadikannya sebagai bagian dari pengembangan program kerja Puskesmas terkait perilaku sehat anak usia sekolah.

2. Pengelola Sekolah :

- a. Perlu melakukan pemberdayaan guru UKS yang sudah ada dan menjadikan promosi kesehatan menjadi materi pelajaran yang terintegrasikan kedalam mata pelajaran regular serta mengaktifkan kembali kegiatan UKS yang pernah ada, membuat kegiatan perawat kecil yang bekerja sama dengan pihak puskesmas dan yang paling penting adalah menyediakan kantin sekolah yang bersih beserta jajanan sehat serta sarana cuci tangan. Mengingat perilaku hidup sehat anak usia sekolah tidak akan tercapai jika tidak didukung oleh ketersediaan sarana yang memadai dan keterjangkauan dari sumber-sumber kesehatan.

- b. Perlu menyediakan sarana kantin sehat di lingkungan sekolah yang menyediakan berbagai variasi jajanan sehat untuk mencegah anak usia sekolah melakukan jajan sembarang tempat.
- c. Perlu melanjutkan kegiatan promosi kesehatan dengan menggunakan pendekatan metode *peer* edukasi, mengingat dampak positif yang timbul sangat besar pada anak usia sekolah terhadap perilaku kesehatan dan diharapkan dengan adanya kegiatan tersebut mampu mempengaruhi perilaku kesehatan lingkungan disekitar mereka.
- d. Hendaknya dalam pelaksanaan kegiatan *peer* edukasi selanjutnya, perlu melibatkan murid yang duduk dibangku kelas 6 mengingat metode ini merupakan sarana untuk saling tukar pendapat, meningkatkan kemampuan berbicara anak, menumbuhkan jiwa kepemimpinan bagi anak, kemampuan dalam membuat perencanaan serta meningkatkan kesehjateraan.

3. Staf Puskesmas

Perlu lebih menggalakkan kegiatan UKS melalui upaya promosi kesehatan dengan menggunakan pendekatan *peer* edukasi di sekolah, dilakukan melalui wadah yang sudah ada seperti dokter kecil atau perawat kecil, dengan melibatkan guru UKS yang ada disekolah dan melakukan pemeriksaan kesehatan anak sekolah secara berkala.

4. Penelitian lanjutan :

- a. Peneliti lain diharapkan dapat mendukung kesempurnaan hasil penelitian ini dengan melakukan penelitian lanjutan terhadap variabel konfounding seperti status sosial ekonomi keluarga, status pendidikan orangtua serta faktor-faktor lain yang berkontribusi terhadap perilaku kesehatan anak usia sekolah.
- b. Peneliti telah melakukan evaluasi terhadap keterampilan anak usia sekolah dengan menggunakan daftar *checklist* yang diisi langsung oleh responden, namun observasi ketrampilan atau tindakan/ praktek sebaiknya langsung diamati oleh peneliti atau tim yang terlibat dalam penelitian. Hal ini dimaksudkan supaya peneliti mendapatkan informasi yang lebih akurat.



DAFTAR PUSTAKA

- Allender dan Spradley (2005), *Communnity Health Nursing Concepts and Practice*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Arikunto, Suharsini (2002), *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*, edisi revisi V, cetakan ke-12. Jakarta, PT.Rineka Cipta
- Azwar, S. (2005). *Sikap manusia, teori dan pengukurannya*. Edisi ke-2. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Ball, J.W dan Bindler, C.R (2003) *Pediatric Nursing Caring for Children*. Pearson Education Inc; New Jersey
- Bomar, P.J. (2004). *Promoting health in families: Applying family research & theory to nursing practice*. (3rd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Budiharto (1999). *Metodologi penelitian* (dengan contoh dibidang ilmu kedokteran gigi, Universitas Indonesia)
- Courtney et al, (2004), *Nutrition-related knowledge, attitude, and dietary intake of college track athletes*, malinauskasb@ecu.edu <http://docs.schoolnutrition.org/newsroom>, diperoleh tanggal 26 Juni 2009
- Djulianus Tes Mau (2007), *Promosi Kesehatan dengan Methode Peer Education Terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswa SMU Dalam Upaya Pencegahan Penularah HIV- AIDS di Kabupaten Belu NTT*, Thesis UGM ; www.tesmau@ugm.ac.id, diperoleh tanggal 04 Februari 2009).
- DepKes RI; Pusat Kesehatan Kerja (2008) *Advokasi sebagai alat perubahan*, <http://www.depkes.go.id/index>, diperoleh tanggal 18 Maret 2009
- Depkes RI (2003), *Pedoman Untuk Tenaga Kesehatan, Usaha Kesehatan Sekolah Ditingkat Sekolah Dasar*, Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat, Jakarta.
- DepKes RI (1995), *Panduan 13 Pesan Dasar Gizi Seimbang*, Ditjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat; Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Jakarta
- Edelman, C.L and Mandle, C. L (1994). *Health promotion Trhought the lifespan*. (3rd Ed) The Mosby : St Louis.
- _____ (2006). *Health Promotion throughout the lifespan*. (6th ED) The Mosby : St Louis.

- Ernawati, (2008), *Efektifitas Edukasi Dengan Menggunakan Panduan Panduan Pencegahan Osteoporosis Terhadap Pengetahuan Wanita Yang Berisiko Osteoporosis Di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta*, Tesis Magister tidak dipublikasikan,, FIK-UI
- Escamilla, S.P (2008), *Peers Important For Nutrition Education Among Latinos-Direct Impact On Diabetes Self Management And Breastfeeding, USA* ;
<http://www.pressrelease@medicalnewstoday.com>. Diperoleh tanggal 09 Februari 2008
- Februhartanty dan Iswarawanti, (2004) *Amankah makanan jajanan anak sekolah di Indonesia*,
<http://www.gizi.net/cgi-bin/berita>, diperoleh tanggal 18 November 2008).
- Frankle, R.T and owen, A.L (1993), *Nutrition in the Community; The Art of Delivering services*, St Louis; Mosby Company Inc.
- Garcia, AC and Zock, A. (2003), *Peer Education In Nutrition For Childrents: Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, <http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh tanggal 11 Februari 2009
- Gonzales,w., Jones, S.J., & Frongilo, E.A (2009), *Restricting Snack in U.S. Elementary School is Associated with higher frekuensi of Fruit and Vegetable Comsumption; The Journal of Nutrition.*, <http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh 05 Februari 2009.
- Hastono, S.P. (2007). *Basic data analysis for health research*. FKM UI.
- Hitchcock, J.E., Schubert, P.E., & Thomas, S.A. (1999). *Community health nursing: caring in action*. Albani: Delmas Publisher.
- Hockenberry, M.J and Wilson, D, (2007) *Nursing Care of Infants and Children* (8th Ed) The Mosby : St Louis.
- Kozier, E, Blais and Wilkinson. (2004). *Fundamental of Nursing Concepts, Process, Practice*. St.Louis ; The Mosby Year Book Inc
- Makmur A (2008), *Upaya Perbaikan Gizi Anak dimulai Dari Rumah*, <http://www.mgyasni.Niriah.com/2008/08/10>, diperoleh tanggal 18 Desember 2008.
- McGuire and Eigsti, D.G (2002) *Comprehensif Communnity Health Nursing: Family, Aggregate, & Community Practice* (6th Ed). St. Louis: C.V Mosby.
- Munandar,U, Prof.Dr (2004) *Pengembangan kreatifitas anak berbakat*, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, S,Prof, Dr (2007) *Kesehatan Masyarakat ; Ilmu Dan Seni*, Jakarta, Pt. Rineka Cipta
- Obermann, M.H., & Reilly, D.E. (2002). *Clinical teaching in nursing education*. Alih bahasa Enie Novieastari. Jakarta: EGC.

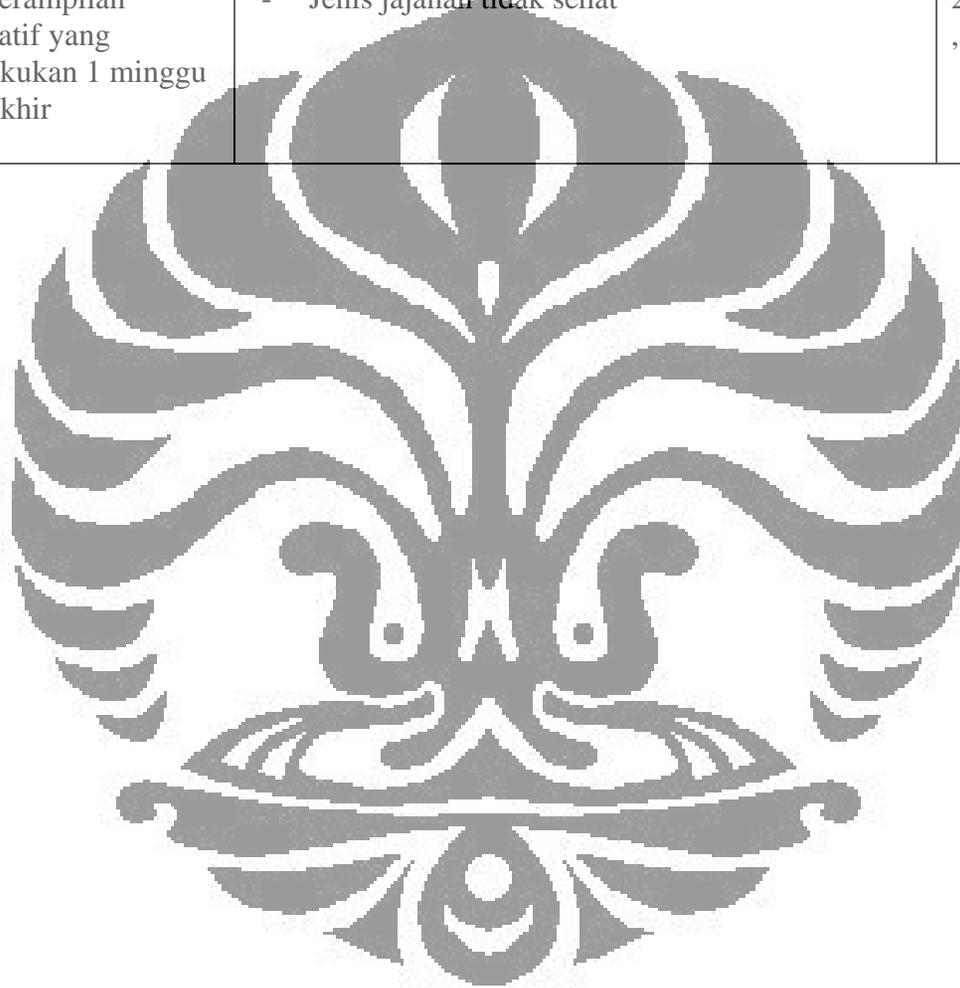
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. (4th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Pollit, D.F. and Hungler, B.P. (2005), *Nursing research: Principles and methods*, Philadelphia : Lippincott.
- Purwanto, H. (1999). *Pengantar perilaku manusia untuk keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Saepudin, E dan Fasabeni, M (2009), *Agar si Kecil tidak kurang gizi*, <http://kesehatan.kompas.com/read>, diperoleh tanggal 20 maret 2009).
- Smith, C.M and Maureer, F.A (1995) *Community Health Nursing: Theory and Practice*. Philadelphia : WB. Saunders Company
- Stanhope and Lancaster (2004) *Community Health Nursing Promoting Health of Aggregate, Families and Individuals*. St.Louis : Mosby
- Stones, S.C, RN, MPH, McGuire, S.L, RN, EdD and Eigsti, D, G, RN, MS (2002), *Comprehensive Community Health Nursing ; Family, Aggregate, & Community Practice*, (6th. Ed). St. Louis: C.V Mosby
- _____ (1996) *Community Health Nursing Promoting Health of Aggregate, Families and Individuals*. St.Louis. Mosby
- Sugiyono (2008) *Statistika Untuk Penelitian*, Bandung, Alfabeta
- Suryani, T (2008), *Waspadailah Jajanan Anak Sekolah*, <http://dinkesjatengprov.go.id>, diperoleh tanggal 30 November 2008.
- Tanziha, I (2007), *Jajanan anak sekolah cenderung gunakan pengawet*, <http://www.waspada.co.id>, diperoleh tanggal 28 Januari 2009
- Tinjauan Hukum Perlindungan Konsumen Atas Jajanan Anak Sekolah Dasar Dan Sekolah Menengah Pertama Di Jakarta*, (2006, <http://www.kapanlagi.com>, diperoleh 03 Februari 2009).
- WHO *Global Database on Body Mass Index (BMI) : an Interactive Surveillance Tool For Monitoring Nutrition Transition*, WHO (2007; www.bmidata@whp.int, diperoleh tanggal 18 desember 2008)
- Winarno, F.G (2004), *keamanan Pangan*, jilid 1, M-Brio Press, Bogor

KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN

No	Variabel	Sub Variabel	Sub-sub Variabel	Nomor Pertanyaan/ pernyataan	Jumlah Pertanyaan
1	Pengetahuan	1. Gizi	- Jenis makanan sumber karbohidrat	1	3
			- Jenis makanan sumber protein	2	
			- Jenis makanan sumber vitamin	3	
		2. gizi kurang	- Penyebab gizi kurang	18	4
			- Ciri-ciri gizi kurang	6	
			- Akibatnya	9	
			- Tindakan pencegahan	10	
		3. Gizi lebih	- Ciri-ciri gizi lebih	7	2
			- Dampak gizi lebih	8	
		4. jajanan sehat	- Pengertian jajanan sehat	11	6
			- Dampak penggunaan bahan tambahan pangan	12	
			- Dampak jangka waktu pendek	13	
			- Dampak jangka waktu panjang	14	
			- Jenis jajanan sehat	15	
			- Manfaat jajanan sehat	16	

No	Variabel	Sub Variabel	Sub-sub Variabel	Nomor Pertanyaan/ pernyataan	Jumlah Pertanyaan
2	Sikap	a. Kognitif - <i>Favorable</i> - <i>Unfavorable</i> b. Afektif - <i>Favorable</i> - <i>Unfavorable</i> c. Konatif - <i>Favorable</i> - <i>Unfavorable</i>	- Gizi seimbang - Kebutuhan gizi berdasarkan jenis kelamin - Dampak kurang gizi - Semua jenis makanan baik bagi tubuh - Jenis makanan kemasan - Guna sarapan sebelum ke sekolah - Kriteria memilih jajanan - Manfaat minum susu bagi tubuh - Sikap untuk menjaga agar tubuh tetap sehat - Dampak memilih makanan tidak sehat - Pola makan - Mencuci tangan menggunakan air dan sabun - Gizi kurang - Kebiasaan melakukan jajanan - Ciri-ciri sehat	1,6,15 20 17 2 11 3 9 18 6 8 10,11 14 4 12 17	5 2 1 5 3
3	Keterampilan	a. Keterampilan positif yang dilakukan selama 1 minggu terakhir	- Jenis jajanan sehat	1,5,9,10,12 14,15,17,18, 19	10

No	Variabel	Sub Variabel	Sub-sub Variabel	Nomor Pertanyaan/ pernyataan	Jumlah Pertanyaan
		b. Keterampilan negatif yang dilakukan 1 minggu terakhir	- Jenis jajanan tidak sehat	2,3,4,6,7,8,11, 13,16	9



PENGANTAR LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

Kepada
Yth. Murid SD Negeri 3
di
Lhokseumawe

Lhokseumawe, April 2009

Dengan hormat,

Sebelumnya perkenalkan saya,

Nama : Mawar Hayati

NPM : 0706256631

Mahasiswa Program Magister Keperawatan Komunitas FIK – UI.

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul “Pengaruh *peer* edukasi pentingnya gizi terhadap perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajanan sehat di Kota Lhokseumawe”. Sudilah kiranya anak-anak dapat menjadi responden dalam penelitian ini.

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

Peran serta anak-anak dalam kegiatan penelitian ini sangat berharga. Atas kesediaan dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,
Peneliti

Mawar Hayati

PENGANTAR LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

Kepada
Yth. Murid SD Negeri 1 Muara Satu Lhokseumawe
di
Lhokseumawe

Lhokseumawe, April 2009

Dengan hormat,

Sebelumnya perkenalkan saya,

Nama : Mawar Hayati

NPM : 0706256631

Mahasiswa Program Magister Keperawatan Komunitas FIK – UI.

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul “Pengaruh *peer* edukasi pentingnya gizi terhadap perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajan sehat di Kota Lhokseumawe”. Sudilah kiranya anak-anak dapat menjadi responden dalam penelitian ini.

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

Peran serta anak-anak dalam kegiatan penelitian ini sangat berharga. Atas kesediaan dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,
Peneliti

Mawar Hayati

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

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama :

Jenis kelamin :

SD :

Menyatakan bahwa saya telah membaca pengantar lembar persetujuan (*informed consent*) dan telah memahami maksud lembar persetujuan tersebut. Dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan saya menyatakan bersedia menjadi responden dan bersedia mengisi kuesioner serta berpartisipasi dalam kegiatan penelitian yang berjudul ” Pengaruh *peer* edukasi tentang pentingnya gizi terhadap perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajan sehat di Kota Lhokseumawe yang akan dilaksanakan bulan April – Juni 2009”.

Lhokseumawe,2009

Peneliti,

Yang menyatakan,

Mawar Hayati

(.....)

Nama lengkap

KUESIONER A
DATA DEMOGRAFI ANAK USIA SEKOLAH

PETUNJUK:

1. Isilah titik-titik dengan jawaban yang sejujurnya.
 2. Berilah tanda *check list* (✓) pada pilihan jawaban yang tersedia.
-

Nomor Responden :(Diisi oleh petugas).

1. Umur Responden :(tahun)
2. Jenis Kelamin : Laki-laki
 Perempuan
3. Kelas Empat (4)
 Lima (5)
 Enam (6)
4. Jumlah uang jajan yang diterima setiap hari diluar transport :
 < Rp 1000
 Rp 1000- < Rp3000
 Rp Rp 3000 – Rp 5000
 > Rp 5000
5. Pernahkah anak-anak membicarakan atau mendiskusikan tentang jajanan sehat dengan sesama teman-teman?
 Tidak pernah
 Pernah
6. Jika pernah, sudah berapa kali
 Satu kali
 Lebih dari satu kali

KUESIONER B

PETUNJUK:

1. Pilihlah satu jawaban yang benar dari soal-soal di bawah ini, dengan memberikan tanda silang (X) pada pilihan yang tersedia.
2. Mohon dikerjakan sesuai dengan pengetahuan dari pemikiran sendiri.
3. Jumlah soal sebanyak 18, mohon semua soal dikerjakan.

WAKTU : 30 MENIT

1. Zat makanan yang dibutuhkan tubuh seperti Nasi, roti, ubi, jagung dan kentang merupakan jenis makanan sumber utama :
 - a. Karbohidrat
 - b. Protein
 - c. Lemak
 - d. Benar semua
2. Tempe, Tahu, Telur, ayam dan daging merupakan sumber utama
 - a. Karbohidrat
 - b. Protein
 - c. Lemak
 - d. Benar semua
3. Sayur dan buah-buahan merupakan sumber utama
 - a. Protein
 - b. Vitamin
 - c. Mineral
 - d. Tidak tahu
4. Untuk memenuhi kebutuhan gizi, sebaiknya sebelum berangkat ke sekolah :
 - a. Selalu sarapan terlebih dahulu
 - b. Tidak perlu sarapan
 - c. Hanya minum susu saja tanpa makan
5. Menurut adik-adik, gizi buruk pada anak usia sekolah adalah:
 - a. Penyakit yang sering terjadi pada anak sekolah
 - b. Keadaan tubuh kurang zat makanan
 - c. Penyakit anak sulit makan
 - d. Bukan suatu penyakit
6. Ciri-ciri anak sekolah kurang gizi :
 - a. kurus, mudah terkena penyakit dan sulit mengikuti pelajaran
 - b. Bandel
 - c. Malas makan

- d. kreatif
7. Menurut adik-adik, status gizi itu ada gizi kurang dan juga ada gizi lebih, ciri-cirinya gizi lebih seperti :
- a. Porsi makan lebih banyak
 - b. Makan makanan yang mahal
 - c. Berat badan lebih besar dari umur
 - d. Anak terlihat lebih pintar dari yang lain
8. Akibat gizi lebih :
- a. Lebih kuat
 - b. Mudah terkena penyakit, seperti sakit jantung, sesak dll
 - c. Mudah marah
 - d. Penakut
9. Akibat anak kurang gizi yaitu :
- a. Mudah terkena penyakit infeksi : seperti flu, demam
 - b. Mudah marah
 - c. Penakut
 - d. Pemalu
10. Tindakan yang dilakukan untuk mencegah kurang gizi adalah :
- a. Makan makanan dengan gizi seimbang
 - b. Banyak jajan
 - c. Olahraga teratur
 - d. Banyak makan sayur
11. Makanan atau jajanan dikatakan sehat bila :
- a. Di beli / dijual di supermarket
 - b. Makanan yang mahal
 - c. Makanan yang mengenyangkan
 - d. Benar cara memasaknya, bersih dan tidak mengandung bahan tambahan pangan
12. Bahan tambahan pangan seperti pewarna, penyedap rasa, dan sari gula tidak baik digunakan karena :
- a. Dapat menimbulkan penyakit bagi tubuh kita
 - b. Menyebabkan kematian
 - c. Pingsan
 - d. Rambut rontok

13. Jika kita makan makanan tidak sehat (mengandung bahan tambahan pangan) dalam waktu singkat bisa menimbulkan :
 - a. sakit kepala, sakit perut, mual, muntah dan mencret (diare)
 - b. Tidak bisa tidur
 - c. Demam
 - d. Gangguan belajar

14. Akibat makan makanan tidak sehat dalam jangka waktu panjang :
 - a. Bisa menimbulkan penyakit, seperti kanker usus
 - b. Demam
 - c. Sakit perut, muntah
 - d. Mual

15. Jenis jajanan sehat :
 - a. Permen, coklat
 - b. Roti atau sejenisnya, susu
 - c. Es sirup warna-warni
 - d. Bakso tusuk atau siomay

16. Manfaat kita memilih dan makan makanan sehat :
 - a. Agar tubuh tetap sehat
 - b. Membuat badan gemuk
 - c. Membuat pikiran tenang
 - d. Mengurangi uang jajan

17. Si Ani porsi makannya selalu besar, namun badannya sangat kurus, hal ini bisa karena :
 - a. Makanan yang si Ani makan harganya murah
 - b. Makanan yang si Ani makan gizinya tidak seimbang
 - c. Si Ani merupakan keturunan kurus
 - d. Si Ani tidak pernah tidur siang

KUESIONER C

PETUNJUK:

Di bawah ini terdapat pernyataan yang berkaitan dengan pandangan anak sekolah terhadap perilaku dalam menentukan jajanan sehat. Berikan pendapat adik-adik pada kolom yang tersedia dengan memberikan tanda *checklist* (√).

SS : Bila adik-adik **sangat setuju** dengan pernyataan tersebut.

S : Bila adik-adik **setuju** dengan pernyataan tersebut.

TS : Bila adik-adik **tidak setuju** dengan pernyataan tersebut.

STS : Bila adik-adik **sangat tidak setuju** dengan pernyataan tersebut.

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Gizi seimbang diperlukan oleh tubuh				
2	Makanan apa saja baik untuk tubuh				
3	Sebelum berangkat ke sekolah, sarapan terlebih dahulu adalah hal yang baik				
4	Kurang gizi hal yang biasa terjadi pada anak sekolah				
5	Makanan yang dimakan setiap hari mengandung gizi yang dibutuhkan tubuh.				
6	Untuk menjaga tubuh tetap sehat dengan mengurangi membeli jajanan sembarangan				
7	Sebelum kita menentukan jenis jajanan yang akan kita makan, sebaiknya memperhatikan kebersihan dan keamanan makanan				
8	kesalahan memilih makanan yang akan kita makan akan menimbulkan penyakit				
9	Makanan atau minuman kemasan baik untuk tubuh.				
10	Pola makan yang baik anak sekolah 3 kali sehari				
11	Setiap hari sebaiknya kita makan harus selalu tepat waktu				
12	Membiasakan jajan merupakan hal yang baik				
13	Anak sekolah membutuhkan gizi yang cukup untuk belajar				
14	Sebelum menyentuh makanan, mencuci tangan dengan air dan sabun adalah lebih baik				
15	Jika tubuh kekurangan gizi, akan mudah kena penyakit				
16	Anak sekolah tidak perlu minum susu setiap hari karena akan mengakibatkan badan gemuk				
17	Anak gemuk menandakan sehat				
18	Kebutuhan gizi anak laki-laki berbeda dengan anak perempuan				

KESIONER D

PETUNJUK:

Di bawah ini terdapat pernyataan yang berkaitan dengan keterampilan/tindakan anak sekolah dalam menentukan makanan jajanan. Berikan pendapat adik-adik pada kolom yang tersedia dengan memberikan tanda *checklist* (√).

Jawab Ya : Bila melakukan ketrampilan/ tindakan selama 1 minggu terakhir

Jawab Tidak : Bila tidak melakukan ketrampilan/tindakan selama 1 minggu terakhir

Nomor Responden : _____ (diisi petugas)

Kelas

SD

No	Ketrampilan/ tindakan/ praktik	Ya	Tidak
1	Memilih makanan jajanan bersih, bebas debu yang dijual tertutup		
2	Makanan sejenis kerupuk seperti chiki, taro dan sebagainya		
3	Bakso goreng		
4	Martabak telur pakai saus		
5	Burger, roti, mie		
6	Memilih minuman es sirup, teh pakai es		
7	Siomai		
8	Memilih makanan sejenis agar-agar (minuman jeli)		
9	Memilih makanan kue (donat, bakwan dan sejenisnya)		
10	Lontong sayur		
11	Sosis Goreng		
12	Telur puyuh rebus		
13	Kerupuk mie pakai saus		
14	Bakpau		
15	Pisang molen, pisang goreng, tempe		
16	Pop ice		
17	kacang kacangan dalam kemasan		
18	Bubur kacang hijau		
19	Roti creckers seperti biskuat, goodtime, wafer tanggo dan sejenisnya		
	Jumlah		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP PENELITI

Nama : Mawar Hayati

Tempat/Tanggal lahir : Blang oi, Aceh Besar/04 September 1970

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Staf Pengajar Akademi Kesehatan Pemkab Aceh Utara

Alamat Instansi : Jln Medan – Banda Aceh, Bukit Rata Kota Lhokseumawe

Alamat Rumah : Jl Kenari Lr 2 No 2 Komplek gudang Kesehatan Banda Masen
Kota Lhokseumawe

Riwayat Pendidikan

SD Negeri I Banda Aceh : Lulus tahun 1983

SMP Negeri 3 Banda Aceh : Lulus tahun 1986

SMA Negeri 5 Banda Aceh : Lulus tahun 1989

Akper Depkes Banda Aceh : Lulus tahun 1992

FK-PSIK UNSYIAH Banda Aceh : Lulus tahun 2004

Riwayat Pekerjaan

Staf Pengajar SPK Muhammadiyah Lhokseumawe : Tahun 1994 – 2000

Staf Pengajar Akademi Kesehatan Pemkab Aceh Utara : Tahun 2000 - sekarang