



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH EDUKASI SEBAYA TERHADAP
PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS)
PADA AGREGAT ANAK USIA SEKOLAH
YANG BERESIKO KECACINGAN
DI DESA BARU KECAMATAN
MANGGAR BELITUNG TIMUR**

TESIS

**DIANITA FITRIANI
NPM 0906574625**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK, JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH EDUKASI SEBAYA TERHADAP
PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS)
PADA AGREGAT ANAK USIA SEKOLAH
YANG BERESIKO KECACINGAN DI DESA
BARU KECAMATAN MANGGAR
BELITUNG TIMUR**

TESIS

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

**DIANITA FITRIANI
0906574625**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK, JULI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Dianita Fitriani

NPM : 0906574625

Tanda Tangan : 

Tanggal : 12 Juli 2011

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Dianita Fitriani

NPM : 0906574625

Mahasiswa Program : Magister Keperawatan Komunitas

Tahun Akademik : 2009 / 2010

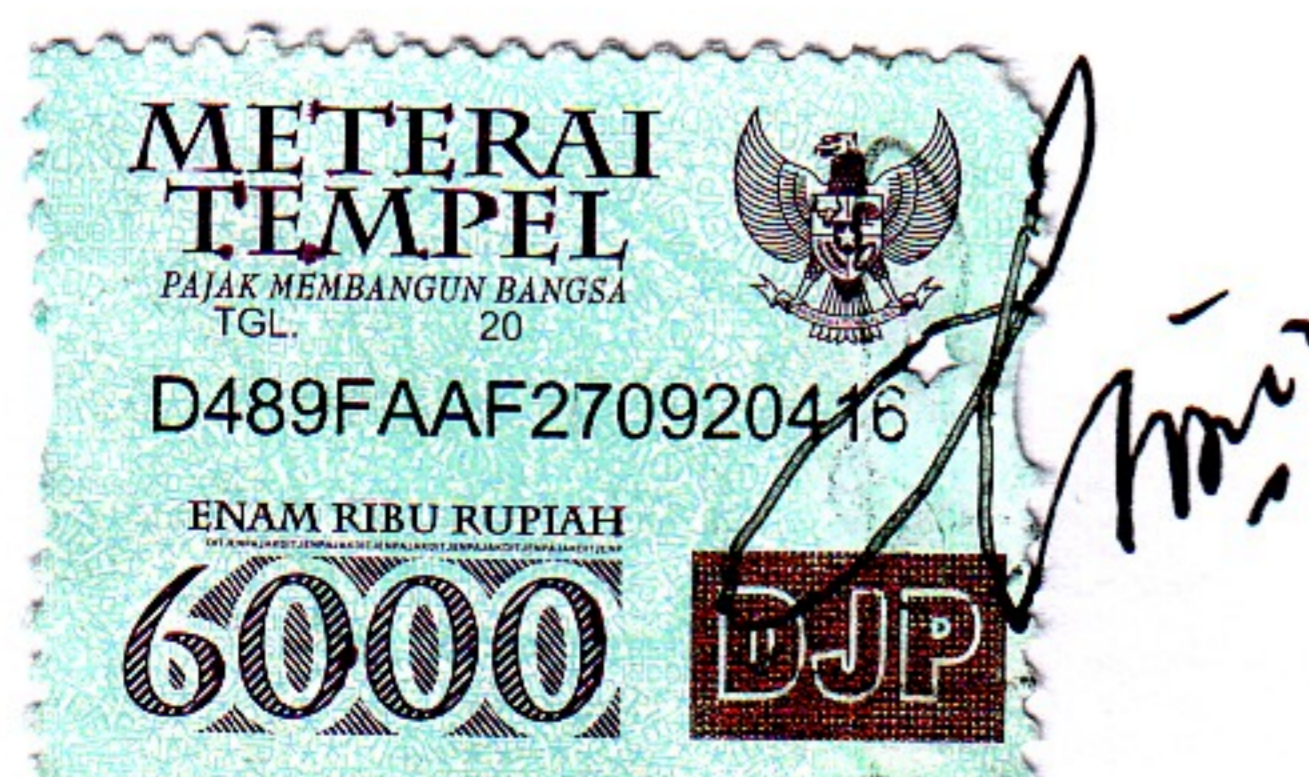
Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

**Pengaruh Edukasi Sebaya Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
pada Agregat Anak Usia Sekolah yang Beresiko Kecacingan di Desa Baru
Kecamatan Manggar Belitung Timur**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 12 Juli 2011



Dianita Fitriani

HALAMAN PENGESAHAN


Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Dianita Fitriani
NPM : 0906574625
Program Studi : Magister Keperawatan Komunitas
Judul Tesis : Pengaruh Edukasi Sebaya Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Agregat Anak Usia Sekolah yang Beresiko Kecacangan di Desa Baru Kecamatan Manggar Belitung Timur

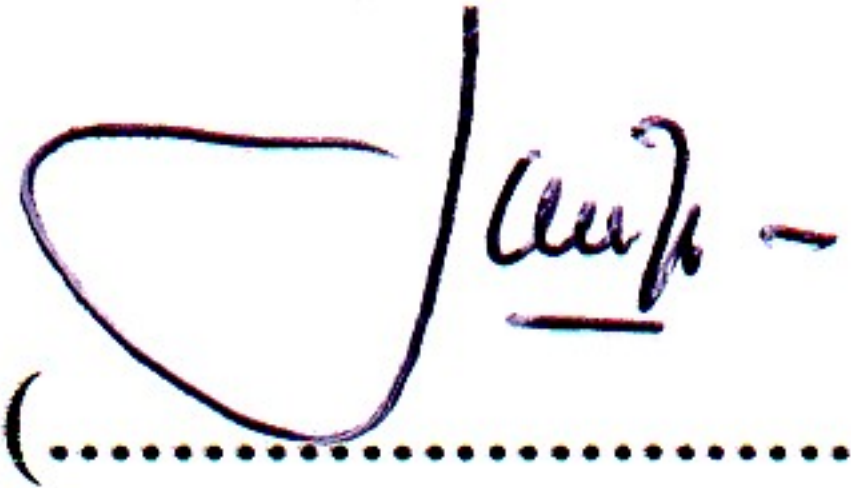
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Komunitas, Program Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN 
(.....)

Pembimbing : Dewi Gayatri, SKp., MKes 
(.....)

Penguji : Wiwin Wiarsih, SKp., MN 
(.....)

Penguji : Ni Putu Ariani, SKp., M.Kep., Sp.Kom 
(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 7 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan proposal tesis dengan judul “ Pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada agregat anak usia sekolah yang beresiko kecacingan di Desa Baru Kecamatan Manggar Kabupaten Belitung Timur ”. Tesis ini merupakan prasyarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penyusunan tesis ini, peneliti banyak mendapat bimbingan, arahan dan dukungan dari berbagai pihak. Dengan demikian, peneliti dalam kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada yang terhormat:

1. Ibu Dewi Irawaty, MA., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN., selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sekaligus selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan banyak bimbingan, arahan dan motivasi selama penyusunan tesis ini.
3. Ibu Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes., selaku pembimbing II yang telah memberikan banyak bimbingan, arahan teknis dan metode penelitian selama penyusunan tesis ini.
4. Ibu Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN, selaku penguji yang telah banyak memberikan masukan dan arahan tesis ini.
5. Bapak, Ibu, ketiga adikku tercinta, *my aunty*, uju dan keluarga besarku, serta Kakak ku yang setia memberikan banyak dukungan baik moril dan materil.
6. Teman-teman seperjuanganku Program Magister Keperawatan Komunitas angkatan 2009, Amah, Kang Nandang, Pak Wayan, Mbak Mia, dan lain-lain, yang tidak bisa disebutkan satu per satu, yang selalu memberikan inspirasi dan semangat selama ini.

7. Para sahabatku Ari, Suryani, Yurni, Bang Iwan, Atun, Nano, Sri, Bu Yuli, Bu Atut dan Yayang, serta rekan-rekanku di Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung Timur dan jajarannya, yang telah banyak membantu secara teknis dalam penyelesaian penelitian ini.
8. Sahabatku Mazly, Ikeu kuadrat dan keluarga Kost Puteri Griya Adzani yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyelesaian tesis ini.
9. Pemerintah Kabupaten Belitung Timur yang telah memberikan dukungan dan kesempatan untuk melakukan penelitian di Kabupaten Belitung Timur.
10. Pihak Sekolah SDN 17 Desa Baru Manggar dan SDN 03 Lenggang Gantung, yang memberikan banyak dukungan demi kelancaran penelitian.
11. Diaz, Ayu dan para murid dan guru SDN 16 Pancur Manggar Belitung yang telah terlibat dalam penggarapan video dank lip lagu
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan dorongan dan bantuan moral selama penyusunan tesis ini.

Peneliti menyadari penelitian ini memiliki keterbatasan dalam metodologi dan teknis penelitian. Besar harapan peneliti semoga tesis ini dapat dijadikan pedoman dalam melakukan penelitian dan bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan pada anak usia sekolah dan perkembangan ilmu keperawatan.

Depok, Juli 2011

Peneliti

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dianita Fitriani
NPM : 0906574625
Program Studi : Pasca Sarjana
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Pengaruh Edukasi Sebaya Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Agregat Anak Usia Sekolah yang Beresiko Kecacangan di Desa Baru Kecamatan Manggar Belitung Timur,

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 12 Juli 2011
Yang menyatakan,



(Dianita Fitriani)

ABSTRAK

Nama : Dianita Fitriani
Program Studi : Magister Keperawatan Peminatan Komunitas
Judul : Pengaruh Edukasi Sebaya Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Agregat Anak Usia Sekolah yang Beresiko Kecacingan di Desa Baru Kecamatan Manggar Belitung Timur

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada agregat anak usia sekolah yang beresiko kecacingan di Desa Baru Manggar Kabupaten Belitung Timur sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kontrol. Penelitian ini quasi eksperimen dengan desain *non equivalent control group, before-after design*. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan bermakna anak usia sekolah sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya. Insidensi kecacingan menurun sesudah diberikan edukasi sebaya. Penelitian ini merekomendasikan kepada pelayanan kesehatan untuk mengembangkan kebijakan edukasi sebaya terintegratif dalam pelayanan keperawatan di sekolah untuk pengendalian kecacingan.

Kata kunci: edukasi sebaya, anak usia sekolah, PHBS, kecacingan

ABSTRACT

Nama : Dianita Fitriani
Program Studi : Post Graduate Program of Community Nursing
Judul : The influence of peer education towards clean and healthy life behavior in the school age aggregate with the risk of helminthes' infection at Manggar Baru Vilage, East Belitung district.

The purpose of this research is to find out the influence of peer education towards clean and healthy life behavior in school age with the risk of helminthes' infection at Manggar Baru Vilage, East Belitung district before- after receiving peer education among intervention and control groups. This research is quasi experiment with non equivalent control group, before-after design. The result of research revealed that there is a meaningful difference at school age children's knowledge, attitude and skill in intervention group before and after they are taken peer education. Helminthes incidence was decreasing in intervention group after they received peer education. Peer education has effectively increased or improved PHBS at school age aggregate. This research recommends health service to develop peer education policy within school health nursing program in handling helminthes' infection.

Keywords: peer education, school age aggregate, clean and healthy life behavior, helminthes' infection.

DAFTAR ISI

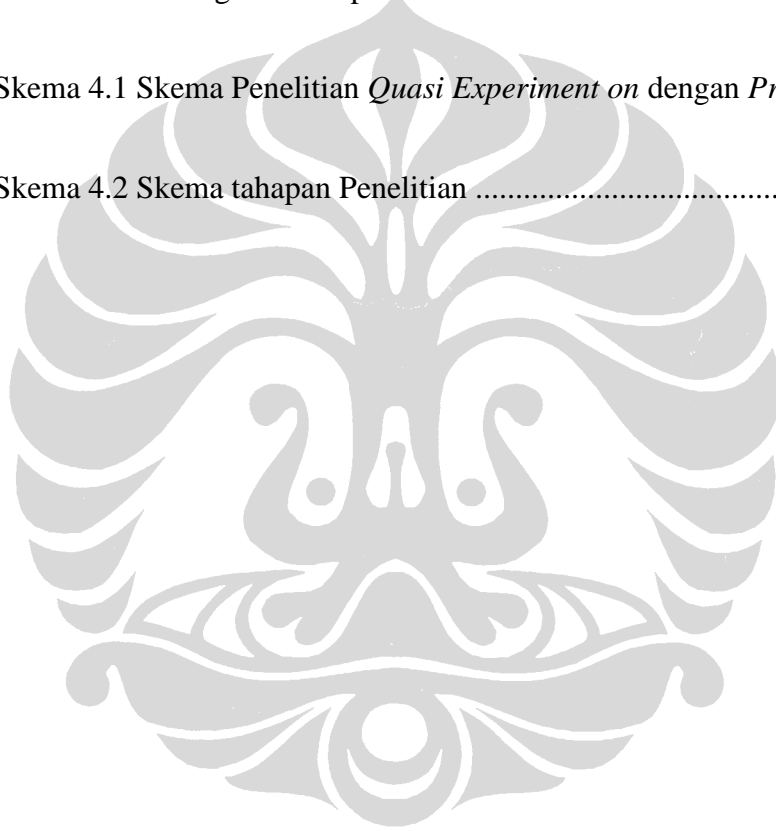
HALAMAN JUDUL	i	
LEMBAR PERSETUJUAN	ii	
ABSTRAK	iii	
KATA PENGANTAR	v	
DAFTAR ISI	vii	
DAFTAR SKEMA	ix	
DAFTAR TABEL	x	
DAFTAR DIAGRAM	xii	
DAFTAR LAMPIRAN	xiii	
BAB I	PENDAHULUAN	
1.1	Latar Belakang	1
1.2	Rumusan Masalah	11
1.3	Tujuan Penelitian	13
1.4	Manfaat Penelitian	14
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA	
2.1	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)	16
2.2	Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia Sekolah	38
2.3	Edukasi Sebaya	46
2.4	Agregat Anak Usia Sekolah Beresiko terhadap Kecacian	68
2.6	Kecacian pada Anak Usia Sekolah	73
2.7	Peran Perawat Komunitas pada Upaya Pengendalian Kecacian	77
BAB III	KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1	Kerangka Konsep	81
3.2	Hipotesis	84
3.3	Variabel dan Definisi Operasional	84
BAB IV	METODE PENELITIAN	
4.1	Desain Penelitian	91
4.2	Populasi dan Sampel	93
4.3	Tahapan Penelitian	96
4.4	Tempat Penelitian	101
4.5	Waktu Penelitian	102
4.6	Etika Penelitian	102
4.7	Alat Pengumpul Data	105
4.8	Uji Coba Instrumen	108
4.9	Prosedur Pengumpulan Data	111
5.1	Pengolahan dan Analisis Data	113

BAB V	HASIL PENELITIAN	
5.1	Analisis Univariat -----	116
5.2	Analisis Bivariat -----	124
BAB VI	PEMBAHASAN	
6.1	Interpretasi Hasil Penelitian dan Diskusi-----	136
6.2	Keterbatasan Penelitian-----	164
6.3	Implikasi Penelitian -----	166
BAB VII	SIMPULAN DAN SARAN	
7.1	Simpulan-----	168
7.2	Saran-----	169
	DAFTAR PUSTAKA -----	174
	LAMPIRAN	



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori Model PRECEDE-PROCEED.....	28
Skema 2.4 Kerangka Teori Penelitian.....	80
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	83
Skema 4.1 Skema Penelitian <i>Quasi Experiment on</i> dengan <i>Pre-Posttest</i>	92
Skema 4.2 Skema tahapan Penelitian	101



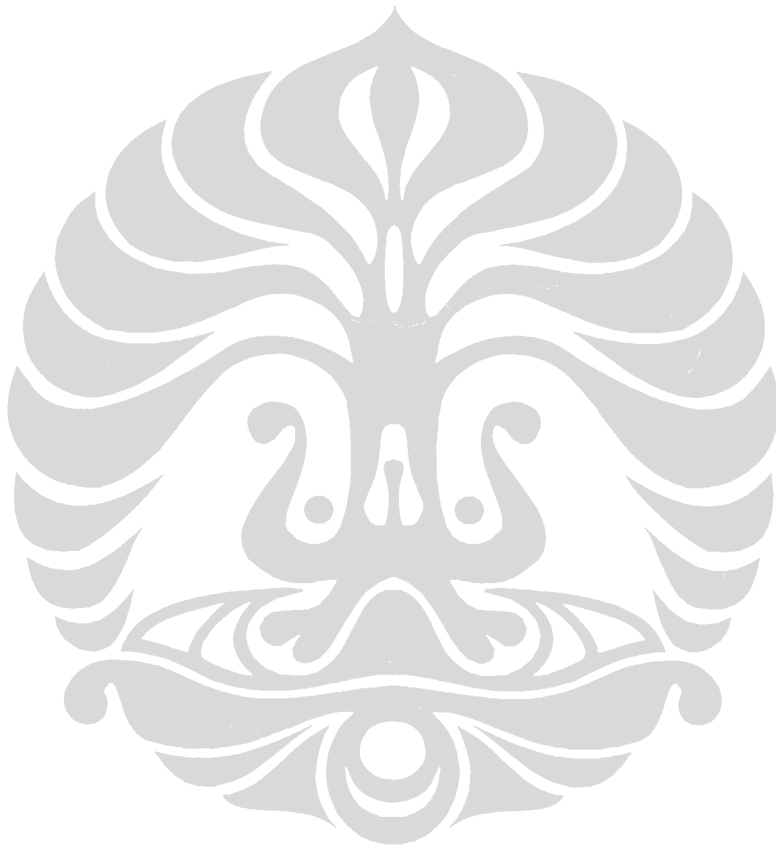
DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	86
Tabel 4.1 Hasil Uji Instrumen Sikap tentang PHBS dalam Mencegah Kecacangan di Kecamatan Manggar Belitung Timur.....	109
Tabel 4.2 Hasil Uji Interater Reliability Observasi Jamban Keluarga Responden Kecamatan Manggar, Belitung Timurob Position.....	111
Tabel 4.3 Uji Homogenitas dan Analisis Bivariat.....	114
Tabel 5.1 Distribusi Keluarga Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan, Tingkat Pendapatan, Ketersediaan Jamban Sehat dan Sumber Air Bersih pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Kecamatan Manggar Belitung Timur.....	117
Tabel 5.2 Hasil Analisis Skor Pengetahuan dan Perilaku Keluarga Responden Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kecamatan Manggar Belitung Timur	119
Tabel 5.3 Hasil Analisis Rata-Rata skor Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Responden pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi di Kecamatan Manggar Belitung Timur.....	120
Tabel 5.4 Hasil Analisis Uji Homogenitas Tingkat Pendidikan, Tingkat Pendapatan, Ketersediaan Jamban Sehat dan Sumber Air Bersih pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kecamatan Manggar Belitung Timur.....	125
Tabel 5.5 Hasil Analisis uji Pengetahuan dan Perilaku Keluarga Responden pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kecamatan Manggar Belitung Timur.....	127
Tabel 5.6 Hasil Analisis Uji Homogenitas Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kecamatan Manggar Belitung Timur.....	128

Tabel 5.7 Hasil Analisis Perbedaan Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Responden Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kecamatan Manggar Belitung Timur.....	129
Tabel 5.8 Hasil Analisis Selisih Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Responden Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kecamatan Manggar Belitung Timur.....	131
Tabel 5.9 Hasil Analisis Perbedaan Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Responden Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kecamatan Manggar Belitung Timur	133
Tabel 5.10 Hasil Analisis Insidensi Kecacangan Responden Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kecamatan Manggar Belitung Timur.....	134
Tabel 5.11 Hasil Analisis Perbedaan Insidensi Kecacangan Responden Sesudah Intervensi Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kecamatan Manggar Belitung Timur.....	135

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 5.1	Distribusi Proporsi Kecacingan Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kecamatan Manggar, Belitung Timur.....	123
-------------	---	-----



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Pengantar Lembar Persetujuan
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Anak Usia Sekolah sebagai Responden
- Lampiran 3 Lembar Persetujuan Keluarga sebagai Responden
- Lampiran 4 Kisi-Kisi Instrumen Anak Usia Sekolah
- Lampiran 5 Kuesioner A
- Lampiran 6 Kuesioner B
- Lampiran 7 Kuesioner C
- Lampiran 8 Kuesioner D
- Lampiran 9 Kisi-Kisi Instrumen Pengetahuan dan Perilaku Keluarga
- Lampiran 10 Kuesioner E
- Lampiran 11 Kuesioner F
- Lampiran 12 Kuesiner G
- Lampiran 13 Lembar Observasi H
- Lampiran 14 Lembar Jawaban
- Lampiran 15 Jadwal Penelitian
- Lampiran 16 Metode Pemeriksaan Feces dengan Reen Eosin 2%
- Lampiran 17 Agenda Kegiatan Pelatihan Edukator Sebaya
- Lampiran 18 Agenda Kegiatan Edukasi Sebaya Oleh Edukator Sebaya
- Lampiran 19 Daftar Responden yang Diambil Sampel Kecacingan

BAB I

PENDAHULUAN

BAB ini menguraikan tentang latar belakang penelitian dilakukan, rumusan masalah penelitian, tujuan umum dan tujuan khusus, serta manfaat penelitian.

1.1 Latar Belakang

Anak usia sekolah dasar atau dikenal dengan anak usia sekolah adalah investasi yang akan menjadi generasi penerus bangsa, sehingga anak perlu disiapkan agar tumbuh dan berkembang secara optimal. Pertumbuhan dan perkembangan yang optimal akan mempengaruhi kualitas hidup anak usia sekolah di masa depan.

Anak usia sekolah adalah kelompok anak yang berumur 6-12 tahun. Anak usia sekolah memiliki pertumbuhan dan perkembangan yang khas yakni perlambatan pertumbuhan fisik jika dibandingkan dengan masa bayi dan remaja. Namun di sisi lain sebenarnya anak usia sekolah mengalami peningkatan keterampilan motorik, mental dan kognitif yang menyebabkan anak mulai belajar untuk membaca, menulis, serta memahami berbagai pengetahuan sesuai dengan sifat ingin tahu anak (Allender & Spradley, 2005). Anak usia sekolah mulai banyak melakukan aktifitas di luar rumah, yaitu untuk belajar di sekolah dan bermain dengan teman sebaya di luar rumah. Kondisi ini menyebabkan anak usia sekolah mulai memiliki hubungan yang erat secara emosional dengan kelompok sebayanya selain keluarga (Edelman & Mandle, 2006).

Anak usia sekolah dalam masa pertumbuhan dan perkembangannya, sering mengalami beberapa masalah kesehatan seperti; penyakit menular, penyakit infeksi kronis, cedera/kecelakaan, dan masalah nutrisi (Edelman & Mandle, 2006). Salah satu penyakit infeksi kronis yang terjadi pada anak usia sekolah adalah infeksi parasit usus berupa kecacingan. Turrel,

et al. (1999, dalam McMurray, 2003) menyatakan bahwa infeksi parasit usus beresiko terjadi pada anak usia sekolah terutama pada anak dengan keluarga yang memiliki status sosioekonomi yang rendah.

Penelitian Wodermann, *et al.* (2006) membuktikan bahwa ada hubungan bermakna antara status sosioekonomi anak usia sekolah dengan terjadinya kecacingan. Keluarga dengan status sosioekonomi yang rendah, memiliki tingkat penghasilan dan pendidikan orang tua yang rendah, hal ini berdampak terhadap buruknya perilaku kesehatan dan kepemilikan fasilitas rumah yang sehat (Nunez *et al.*, 2003, dalam Wordemann *et al.*, 2006).

Pendapat lain dikemukakan Wong (2007) bahwa anak-anak beresiko mengalami kecacingan akibat banyaknya aktifitas yang menyebabkan adanya kontak tangan dan mulut yang tercemar oleh telur cacing. Pernyataan yang sama berasal dari Departemen Kesehatan R.I (2004) bahwa anak usia sekolah adalah kelompok beresiko yang sering terkena kecacingan karena sering berhubungan dengan tanah selama aktifitas bermainnya.

Kecacingan (infeksi cacing usus) adalah suatu infeksi kronis yang paling banyak menyerang anak-anak, terutama anak usia sekolah dasar di Indonesia (Mardiana & Djarismawati, 2008). Kecacingan pada anak usia sekolah dapat berdampak buruk baik pada anak usia sekolah, keluarga, maupun negara. Anak usia sekolah yang menderita kecacingan walaupun tidak menimbulkan kematian secara langsung, namun cacing yang berada dalam usus tersebut akan mengambil zat gizi yang dikonsumsi anak sehingga dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan anak. Cacing juga akan merusak jaringan dan organ yang dimanifestasikan dengan sakit perut, obstruksi usus, anemia, kurang gizi, dan masalah kesehatan lainnya. Dampak kecacingan anak usia sekolah terhadap keluarga adalah dibutuhkannya perhatian, perawatan dan pembiayaan yang relatif besar terutama akibat komplikasi kecacingan

yang ditimbulkan. Begitu pula dampak kecacingan kronik anak usia sekolah terhadap negara dimana dibutuhkannya pembiayaan yang relatif besar untuk pengobatan kecacingan disamping terancamnya kualitas generasi penerus bangsa.

Badan Kesehatan Dunia atau WHO (2006) menyatakan bahwa kejadian penyakit kecacingan di dunia masih tinggi yaitu sekitar 1 miliar orang terinfeksi cacing *Ascaris lumbricoides*, 795 juta orang terinfeksi cacing *Trichuris trichiura* dan 740 juta orang terinfeksi cacing *Hookworm*. Prevalensi penyakit kecacingan pada semua umur di Indonesia pada tahun 2004 juga masih cukup tinggi yaitu 58.15% yang terdiri dari 30.40% *Ascaris lumbricoides*, 21.25% *Trichuris trichiura* serta 6.5% *Hookworm* (Yulianto, 2007). Kejadian kecacingan pada anak usia sekolah secara epidemiologi juga masih tinggi, yaitu mencapai 80%. Kecacingan yang sering terjadi adalah “*Soil Transmitted Helminths*” (STH) yang merupakan infeksi cacing usus yang ditularkan melalui tanah seperti; *Ascaris lumbricoides* (cacing gelang), *Trichuris trichiura* (cacing cambuk), *Ancylostoma duodenale* dan *Necator americanus* (cacing tambang). Survey kecacingan berdasar jenis cacing pada anak sekolah dasar telah dilakukan di 27 Propinsi di Indonesia pada tahun 2006. Hasil survey menunjukkan bahwa prevalensi *Ascaris lumbricoides* (cacing gelang) 17.80%, *Trichuris trichiura* (cacing cambuk) 24.20% dan *Hookworm* 1.0% (Ginting, 2009).

Prevalensi kecacingan yang tinggi juga terjadi pada wilayah pemekaran Kecamatan Manggar Kabupaten Belitung Timur. Survey pemeriksaan tinja telah dilakukan oleh petugas pengelola program kecacingan puskesmas Manggar terhadap sampel anak usia sekolah di 30 sekolah dasar di Kecamatan Manggar dalam tiga tahun terakhir. Hasil survey menunjukkan adanya telur cacing dalam tinja tanpa melihat jenisnya sebesar 21.42% tahun 2008, 31.80% tahun 2009, dan 18.52% tahun 2010. Prevalensi kecacingan di wilayah ini berada di bawah target nasional sebesar 30.31% dan terjadi penurunan di tahun 2010. Namun

angka ini masih bersifat fluktuatif pada setiap tahunnya dan masih berada di bawah target daerah. Prevalensi kecacingan tertinggi terjadi pada sampel anak usia sekolah di sekolah dasar negeri (SDN) yang terletak di Desa Baru yaitu: SDN 03, SDN 19, dan MIN Baru. Prevalensi kecacingan tiga tahun terakhir di SDN 03 sebesar 50% tahun 2007, 64.30% tahun 2008 dan 90% tahun 2009. SDN 19 prevalensi yang diperoleh sebesar 64.3% tahun 2008, sebesar 100% tahun 2009 dan tahun 2010. Prevalensi kecacingan di SD MIN Baru sebesar 64.30% tahun 2007, sebesar 90% tahun 2009 dan tahun 2010. Prevalensi kecacingan pada anak usia sekolah di SDN 03, SDN 19 dan SD MIN Baru Desa Baru tidak mengalami penurunan dibandingkan dengan anak usia sekolah di SDN lainnya, bahkan prevalensi pada tiga tahun terakhir menunjukkan peningkatan prevalensi hingga 100% dari sampel terperiksa.

Program pengendalian kecacingan di Kecamatan Manggar Belitung Timur telah dilaksanakan secara *top down* dari tingkat pusat dan Propinsi Bangka Belitung sejak tahun 2003. Program yang dilaksanakan meliputi: pemeriksaan dan pengobatan kecacingan setiap 6 bulan, pendidikan kesehatan oleh petugas kesehatan di sekolah dasar, serta penataan konstruksi sanitasi kesehatan oleh lintas program berupa penyediaan jamban dan sumber air bersih di sekolah maupun di tatanan masyarakat. Program pengendalian kecacingan yang dilakukan oleh jajarannya kesehatan di wilayah Manggar sebetulnya telah memberikan keberhasilan berupa penurunan prevalensi kecacingan di 28 sekolah dasar lainnya, namun penurunan ini tidak terjadi pada anak usia sekolah di SDN Desa Baru. Program pengendalian kecacingan di wilayah ini lebih berfokus pada pemeriksaan feces dan pengobatan, sedangkan pendidikan kesehatan yang dilakukan belum berkesinambungan serta kurang memperhatikan kebutuhan dan karakteristik anak usia sekolah setempat. Pendidikan kesehatan yang dilakukan menjadi kurang optimal secara kuantitas dan kualitas. Kondisi ini dikarenakan adanya keterbatasan penganggaran program promosi berupa pendidikan kesehatan di sekolah, adanya beban ganda pengelola program kecacingan, belum tersedianya tenaga

penyuluh puskesmas yang professional. Pendidikan kesehatan diberikan oleh petugas sanitasi, laboratorium atau perawat SPK yang belum pernah dilatih sebagai penyuluh kesehatan. Pendidikan kesehatan yang dilakukan tidak terstruktur dan berkala diantara waktu pengobatan. Pendidikan kesehatan hanya dilakukan 2-3 kali dalam 1 tahun dan masih berupa penyuluhan massal yang dilakukan petugas kesehatan, serta penyebaran leaflet atau poster PHBS.

Kecamatan Manggar adalah ibu kota dari Kabupaten Belitung Timur yang menjadi wilayah pusat administratif Pemerintah Kabupaten Belitung Timur. Kecamatan Manggar memiliki luas wilayah 377 km² dengan jumlah penduduk sebesar 44.511 jiwa dengan proporsi anak sekolah dasar sebesar 12.80%, berpenduduk lebih padat jika dibandingkan dengan kecamatan lainnya yaitu 118.07 jiwa/km² (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung Timur, 2009). Kecamatan Manggar secara geografis adalah daerah dataran rendah, terdiri dari pulau-pulau serta terdiri dari wilayah pesisir pantai yang terletak tidak jauh dari pusat kota. Wilayah pesisir pantai tersebut adalah Desa Baru.

Desa Baru memiliki penduduk yang sebagian besarnya adalah pendatang dari berbagai daerah. Penduduk Desa Baru sebagian besar bekerja sebagai nelayan, pedagang, dan sebagian kecil bekerja sebagai penambang timah. Penduduk Desa Baru bermukim tidak jauh di sekitar pesisir pantai, sehingga desa ini sering dikenal dengan perkampungan nelayan atau *kampung juru*. Penduduk Desa Baru secara umum memiliki pekerjaan yang tidak menetap, sehingga sebagian besar waktu mereka digunakan untuk melakukan aktifitas melaut, berdagang dan menambang timah. Umumnya anak usia sekolah di Desa Baru tidak menunjukkan perilaku hidup bersih dan sehat. Mereka cenderung berpenampilan diri tidak rapih dan agak kotor, jarang menggunakan alas kaki ketika bermain, kuku yang kotor, dan perilaku defekasi yang tidak menggunakan jamban sehat.

Hasil komunikasi personal dengan petugas Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung Timur dan petugas Puskesmas Manggar (2010) diketahui bahwa perilaku *personal hygiene* anak sekolah dasar dianggap sebagai resiko terhadap kejadian kecacangan pada anak sekolah dasar yang terus tinggi di wilayah ini. Pemberian pendidikan kesehatan kepada masyarakat di daerah ini dilakukan secara khusus bersamaan dengan pelayanan puskesmas keliling, sebanyak 1-2 minggu sekali. Namun upaya ini juga belum memberikan dampak yang bermakna terhadap upaya penurunan prevalensi penyakit menular termasuk kecacangan.

Prevalensi kecacangan yang terus tinggi dapat dicegah dengan memutus mata rantai penularan cacang di luar tubuh manusia melalui pengendalian faktor-faktor resiko dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) (Kepmenkes tentang pedoman Pengendalian Kecacangan, 2006).

PHBS merupakan salah satu cara hidup sehat yang penting untuk dilakukan.

PHBS adalah “Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil dari pembelajaran yang menjadikan seseorang dapat menolong diri sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakatnya (Depkes RI, 2003).

Indikator PHBS meliputi antara lain indikator kebersihan perorangan (mencuci tangan secara benar, kebersihan badan dan pakaian, serta kebersihan kuku), penggunaan air bersih, dan penggunaan jamban yang sehat (Depkes RI, 2007). PHBS dapat mempengaruhi kesehatan anak sekolah itu sendiri, karena PHBS dapat mencegah terjadinya penularan penyakit, termasuk terjadinya kecacangan dan reinfeksi pada anak usia sekolah.

Hasil beberapa penelitian menunjukkan bahwa perilaku kebersihan diri yang belum baik dan sanitasi lingkungan bermain, tempat tinggal maupun

sekolah yang tidak sehat menjadi faktor resiko kejadian kecacingan pada anak usia sekolah. Phiri, *et al.* (2000) melakukan penelitian pada anak usia sekolah yang tinggal di daerah urban yang kumuh di Malawi dengan perilaku defekasi di sembarang tempat dan tidak menggunakan alas kaki. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sampel memiliki prevalensi kecacingan yang lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang tinggal di daerah rural yang kumuh. Yulianto (2007) juga menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan mencuci tangan, kebiasaan memotong kuku, kebiasaan mengkonsumsi makanan mentah, dan kepemilikan jamban dengan kejadian kecacingan pada anak usia sekolah dasar. Namun pada penelitian yang sama diperoleh bahwa jenis lantai rumah dan ketersediaan air bersih tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian kecacingan. Hubungan yang signifikan antara *personal hygiene* dan makan obat cacing dengan kejadian kecacingan pada anak usia sekolah dasar ditemukan oleh Ginting (2009). Dengan demikian faktor *personal hygiene* atau perilaku hidup yang buruk menjadi faktor resiko yang dominan dalam meningkatkan resiko kecacingan pada anak usia sekolah.

Intervensi dasar yang dapat dilakukan dalam mengendalikan risiko kecacingan pada anak usia sekolah menurut WHO (1996) meliputi: pemberian obat cacing, pendidikan kesehatan dan penataan sanitasi, yang ditujukan langsung pada agregat beresiko yaitu, anak usia sekolah dasar. WHO menyatakan bahwa penyelenggaraan pengendalian kecacingan dinilai efisien dan efektif jika dilakukan di sekolah, dikarenakan jumlah sekolah lebih banyak ditemukan di komunitas daripada fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, penyelenggaraan di sekolah memudahkan dalam menjangkau populasi anak usia sekolah yang beresiko dan anak dengan infeksi kecacingan secara lebih luas, sehingga penurunan kejadian kecacingan anak usia sekolah di sekolah juga akan menurunkan kejadian kecacingan anak usia sekolah di komunitas.

Luong (2003) mengemukakan bahwa pengendalian kecacingan di sekolah dengan intervensi obat *anti helmint* bukan intervensi utama, namun

pendidikan kesehatan jauh lebih efektif dalam pengendalian prevalensi kecacingan untuk jangka waktu yang panjang. Pendidikan kesehatan merupakan penyampaian fakta, ide dan keterampilan untuk mengubah pengetahuan, perilaku, sikap, nilai dan praktik orang lain (Manddle & Edelman, 2007). Pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan seseorang. Pendidikan kesehatan dinilai sebagai metode intervensi yang sederhana, murah, dan secara budaya dapat diterima dengan baik oleh anak usia sekolah. Pendidikan kesehatan melalui metode yang sesuai, dapat meningkatkan keterampilan anak usia sekolah dalam pencegahan penularan penyakit, termasuk kecacingan (WHO, 1996). Pendapat ini didukung hasil penelitian dari Anantaphruti, *et al.* (2008) tentang program pendidikan kesehatan di sekolah dasar yang dilaksanakan selama 3 tahun di Thailand.

Program pendidikan kesehatan yang dilakukan melibatkan 30 orang guru pada 4 sekolah dasar di Kanchanaburi Thailand. Sebelumnya guru sekolah dibekali pengetahuan dasar tentang infeksi cacing dan pencegahannya dengan *personal hygiene* melalui kegiatan seminar. Guru yang telah dibekali pengetahuan dasar tersebut dibekali pula dengan media berupa: pedoman pengajaran, poster, video dan lagu. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa prevalensi kecacingan menurun secara bermakna pada kelas 6, 5 dan 4, namun pada kelas 1,2 dan 3, penurunan kecacingan tidak bermakna.

Pendidikan kesehatan melalui pemberdayaan guru sekolah di Indonesia juga pernah dilakukan dalam rangka mengoptimalkan pelayanan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), akan tetapi upaya ini mengalami kendala akibat tingginya beban tugas guru sekolah, sehingga guru tidak memiliki banyak waktu untuk menyelenggarakan pendidikan kesehatan sebagai pelajaran tambahan bagi peserta didik secara berkesinambungan, sehingga pemberdayaan masyarakat sekolah lainnya perlu dipertimbangkan. WHO (1996) menambahkan bahwa pendidikan kesehatan yang dilakukan dalam pengendalian kecacingan dapat

dilakukan melalui pemberdayaan dari komponen sekolah seperti: guru dan murid. Pendidikan kesehatan yang diberikan hendaknya dilakukan dengan metode yang sesuai dengan karakteristik anak usia sekolah, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan, nilai, sikap dan keterampilan positif anak usia sekolah.

Perawat komunitas memiliki peran yang strategis dalam upaya pengendalian kecacingan. Peran perawat komunitas dalam pencegahan kecacingan pada anak usia sekolah tentunya tidak terlepas dari peran tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya. Helvie (1998) menjelaskan beberapa peran perawat komunitas yang salah satunya adalah peran sebagai pendidik (*educator*). Perawat komunitas sebagai *educator* dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada individu, keluarga dan kelompok masyarakat yang beresiko mengalami masalah kesehatan, dalam rangka upaya pencegahan penyakit dan peningkatan status kesehatan masyarakat termasuk kelompok anak usia sekolah.

Intervensi keperawatan komunitas berfokus pada tiga level pencegahan yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier, dengan salah satu strateginya adalah pemberdayaan masyarakat (*empowerment*). Kreisberg (1992, dalam Helvie, 1998) menyatakan bahwa pemberdayaan masyarakat merupakan proses dari pembentukan pengetahuan dan keterampilan yang dapat meningkatkan penguasaan seseorang atas keputusan yang mempengaruhi hidupnya. Pemberdayaan masyarakat sekolah dalam upaya pengendalian kecacingan dapat dilakukan salah satunya melalui pemberdayaan murid sekolah berupa pemberdayaan edukator sebaya dalam pendekatan edukasi sebaya.

Edukasi sebaya dapat diidentifikasi sebagai berbagi (*sharing*) pengalaman dan saling belajar dari sekelompok orang yang memiliki kesamaan seperti umur, jenis kelamin, budaya ataupun tempat tinggal yang efektif dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku positif (McDonald, *et al.*, 2003). Edukasi sebaya yang dilakukan pada anak usia sekolah lebih

efektif dilakukan di sekolah dibandingkan dengan institusi lainnya, dikarenakan sekolah terorganisir dengan baik, mudah dalam menjangkau kelompok target dikarenakan secara legal anak harus hadir di sekolah dan melakukan evaluasi.

Edukasi sebaya melingkupi pemberdayaan anggota sebaya yang terlibat di dalamnya, sehingga dianggap dapat memberikan model peran yang akurat bagi anak usia sekolah (Bleeker, 2001). Kelompok sebaya merupakan sebuah sistem sosial yang baru bagi anak usia sekolah, yang berpengaruh besar terhadap perilaku seperti: gaya hidup, kebiasaan, dan pola bicara, serta pembentukan standar perilaku dan penampilan antar anggota kelompok sebaya anak usia sekolah (Edelman & Mandle, 2006). Pender, Mardaugh dan Parsons (2001) menyatakan bahwa anak usia sekolah mulai memiliki autonomi untuk membuat keputusan dalam berperilaku sehat sebagai dampak meningkatnya keterampilan sosial dan kognitif. Selain itu edukasi sebaya di sekolah dianggap lebih praktis daripada pengajaran yang sekadar dituangkan dalam kurikulum kesehatan, dikarenakan kelompok sebaya memberikan tekanan atau pengaruh terhadap adopsi perilaku sehat pada anak.

Hasil review penelitian dari Mellanby, Rees, dan Tripp tahun 2000 menyatakan bahwa pendidikan kesehatan pada anak usia sekolah melalui edukasi sebaya lebih efektif dibandingkan dengan edukasi yang diarahkan orang dewasa. Fakta yang sama juga ditunjukkan dari hasil penelitian Hayati (2009) tentang pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajan sehat di Lhokseumawe tahun 2009. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) anak usia sekolah yang signifikan dalam menentukan jajan sehat pada kelompok intervensi sesudah diberikan edukasi sebaya, dan terdapat perbedaan perilaku anak usia sekolah dalam menentukan jajan sehat yang lebih baik pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol sesudah diberikan edukasi sebaya.

Pendidikan kesehatan tentang PHBS dan kecacangan yang dilakukan di Kecamatan Manggar selama ini hanya diberikan dalam bentuk penyuluhan, penyebaran leaflet dan poster. Pendidikan kesehatan dengan metode lain, termasuk edukasi sebaya belum pernah diterapkan. Stanhope dan Lancaster (2004) menyatakan bahwa metode pendidikan kesehatan yang digunakan pada anak usia sekolah hendaknya melibatkan peran aktif anak, sehingga anak belajar bertanggung jawab dalam menentukan pilihan perilaku sehat yang harus dilakukannya. Hal ini dapat dilakukan dengan edukasi sebaya melalui pemberdayaan anggota sebaya anak usia sekolah di sekolah dasar.

Berdasarkan fenomena yang ada dan didukung dengan hasil penelitian tentang edukasi sebaya, maka peneliti tertarik untuk melihat bagaimana pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku hidup bersih dan sehat pada agregat anak usia sekolah yang beresiko kecacangan di Kecamatan Manggar Belitung Timur.

1.2 Rumusan Masalah

Anak usia sekolah merupakan kelompok yang beresiko terhadap infeksi kronis kecacangan. Prevalensi kecacangan anak usia sekolah di Indonesia masih tinggi, yaitu mencapai 30.31%. Kondisi ini juga terjadi di Desa Baru Kecamatan Manggar Kabupaten Belitung Timur. Prevalensi kecacangan tertinggi diperoleh dari sampel anak usia sekolah di tiga sekolah dasar negeri (SDN) antara lain; SDN 03, SDN 19 dan SD MIN Baru, yang terletak di Desa Baru mencapai angka 60 % hingga 100%. Kecacangan tidak menimbulkan kematian langsung pada anak usia sekolah, namun berdampak buruk terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah, maupun pengeluaran pembiayaan yang besar bagi keluarga dan negara.

Sejumlah penelitian telah memberikan fakta bahwa *personal hygiene* yang buruk menjadi faktor resiko terhadap terjadinya kecacangan pada anak usia sekolah, sehingga diperlukan suatu upaya pencegahan berupa

perubahan *personal hygiene* anak usia sekolah yang baik melalui peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). PHBS pada anak usia sekolah dapat ditingkatkan salah satunya melalui pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan yang dilakukan selama ini di Desa Baru belum optimal, disebabkan adanya keterbatasan anggaran, keterbatasan tenaga penyuluh kesehatan baik dari segi kuantitas maupun kualitas, sehingga untuk meningkatkan kesinambungan kegiatan dibutuhkan pemberdayaan atau peran serta masyarakat sekolah sebagai pelaku aktif dalam pengendalian resiko kecacangan. Selain itu pendidikan kesehatan yang dilakukan masih berupa penyuluhan masal, penyebaran leaflet dan poster yang diberikan oleh petugas kesehatan. Padahal hasil review penelitian dari Mellanby, Rees dan Tripp (2000) menyatakan bahwa pendidikan kesehatan yang dilakukan anak usia sekolah lebih efektif dilakukan melalui pemberdayaan kelompok sebaya dibandingkan dengan pendidikan yang diarahkan oleh orang dewasa.

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat komunitas dalam upaya pengendalian dan pencegahan kecacangan pada anak usia sekolah. Pendidikan kesehatan melalui pemberdayaan kelompok sebaya (*peer education*) belum banyak dilakukan di Indonesia, padahal hasil penelitian menunjukkan fakta bahwa edukasi sebaya efektif dalam mengubah perilaku anak usia sekolah. Fenomena ini juga terjadi di Kecamatan Manggar Kabupaten Belitung Timur, pendidikan kesehatan tentang PHBS dalam mencegah kecacangan pada anak usia sekolah selama ini hanya dilakukan oleh petugas kesehatan melalui penyuluhan dan penyebaran leaflet dan poster yang belum bersifat interaktif dan memperhatikan karakteristik anak usia sekolah setempat secara memadai.

Berdasarkan fenomena yang ada dan didukung dari hasil penelitian, peneliti tertarik untuk melihat “Apakah ada pengaruh edukasi sebaya

terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada agregat anak usia sekolah yang beresiko kecacangan di Kecamatan Manggar Belitung Timur?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini meliputi:

- 1.3.1 Mengetahui pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada agregat anak usia sekolah yang beresiko kecacangan di Desa Baru Kecamatan Manggar Belitung Timur.
- 1.3.2 Membandingkan insidensi kecacangan sebelum dan sesudah edukasi sebaya antara kelompok yang mendapatkan intervensi dan kelompok yang tidak mendapatkan intervensi.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah teridentifikasi:

- 1.3.2.1 Karakteristik keluarga responden berupa: tingkat pendidikan keluarga, tingkat pendapatan keluarga, ketersediaan jamban sehat dan sumber air bersih, serta pengetahuan dan perilaku keluarga.
- 1.3.2.2 Perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) tentang PHBS meliputi: kebersihan personal dan penggunaan jamban pada agregat anak usia sekolah yang beresiko kecacangan sebelum dilakukan edukasi sebaya.
- 1.3.2.3 Perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) tentang PHBS meliputi: kebersihan personal dan penggunaan jamban pada agregat anak usia sekolah yang beresiko kecacangan sesudah dilakukan edukasi sebaya.

1.3.2.4 Perbedaan perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) tentang PHBS meliputi: kebersihan personal dan penggunaan jamban pada agregat anak usia sekolah yang beresiko kecacingan sebelum dan sesudah dilakukan edukasi sebaya pada masing-masing kelompok intervensi dan kontrol.

1.3.2.5 Perbedaan perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) tentang PHBS meliputi: kebersihan personal dan penggunaan jamban pada agregat anak usia sekolah yang beresiko kecacingan sebelum dan sesudah dilakukan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kontrol.

1.3.2.6 Perbedaan insidensi kecacingan sebelum dan sesudah dilakukan edukasi sebaya pada masing-masing kelompok intervensi dan kontrol.

1.3.2.7 Perbedaan insidensi kecacingan sebelum dan sesudah dilakukan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kontrol.

3.4 Manfaat Penelitian

3.4.1 Institusi Pelayanan Kesehatan

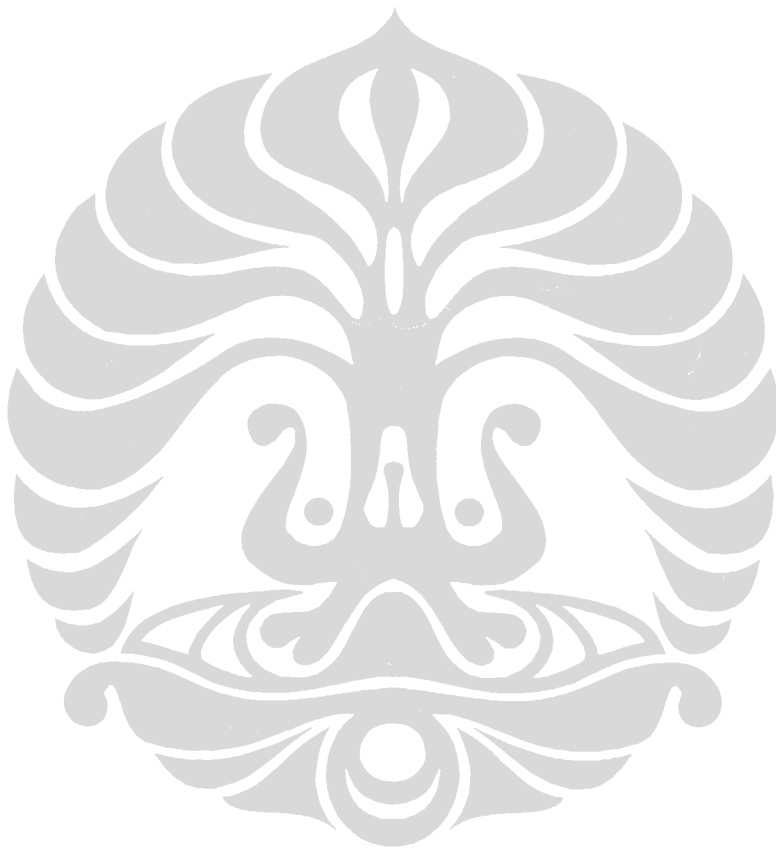
Penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi institusi pelayanan kesehatan sebagai landasan dalam menyusun dan mengembangkan program pengendalian kecacingan di sekolah dasar, melalui edukasi sebaya dalam menentukan PHBS.

3.4.2 Pelayanan Keperawatan Komunitas

Penelitian ini dapat memberikan masukan kepada perawat komunitas untuk dapat mengembangkan strategi promosi kesehatan melalui edukasi sebaya pada anak usia sekolah melalui program pelayanan keperawatan di sekolah yang belum banyak dikembangkan pada anak usia sekolah dasar.

3.4.3 Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi peneliti selanjutnya yang serupa dengan area yang berbeda dari penelitian ini.



BAB II

TINJAUAN TEORI

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada agregat anak usia sekolah yang beresiko kecacangan. Bab ini akan menguraikan teori tentang perilaku hidup bersih dan sehat, pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah, edukasi sebaya, anak usia sekolah dengan resiko kecacangan, serta peran dari peran perawat komunitas dalam pengenalan kecacangan.

2.1 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

2.1.1 Konsep Perilaku dan Perilaku Sehat

Perilaku adalah suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi, dan tujuan, baik yang disadari maupun tidak disadari (Wawan & Dewi, 2010). Konsep lain dari Notoatmodjo (2010) yang menyatakan bahwa perilaku adalah sebuah aktifitas seseorang yang dapat diamati baik secara langsung maupun tidak langsung, yang dibentuk dari dua faktor utama yaitu, faktor internal (perhatian, pengamatan, persepsi, motivasi, dan sebagainya) dan faktor eksternal (lingkungan fisik dan non fisik dalam bentuk sosial, budaya, politik dan sebagainya). Berdasarkan ketiga pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa perilaku bersifat kompleks, dibentuk oleh berbagai faktor yang ada di dalam diri seseorang maupun dari lingkungannya, yang diwujudkan dalam bentuk tindakan. Tindakan yang dihasilkan dapat diamati secara langsung maupun tidak secara langsung.

Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) mengungkapkan bahwa perilaku sehat merupakan rangkaian aktifitas yang dilakukan seseorang dalam kehidupan sehari-hari yang berhubungan dengan kebutuhan fisik

dan mental seperti; makan makanan bergizi, olahraga secara teratur, istirahat, manajemen stress, dan aktifitas ibadah. Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa perilaku kesehatan adalah semua aktifitas yang dilakukan oleh seseorang, baik yang dapat diamati maupun tidak dapat diamati, yang berhubungan dengan upaya pemeliharaan termasuk pencegahan, perlindungan diri dari penyakit/masalah kesehatan dan mencari penyembuhan, serta peningkatan kesehatan. Clark (1965, dalam Edelman & Mandle, 2006) menambahkan bahwa perilaku kesehatan dikategorikan dalam tingkatan pencegahan primer. Perilaku kesehatan merupakan sebuah proses atau perilaku yang diarahkan untuk meningkatkan kesehatan seseorang berupa pengendalian faktor-faktor resiko melalui pendidikan kesehatan termasuk identifikasi gejala dan perlindungan khusus terhadap penyakit.

Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa aktifitas perilaku kesehatan yang dilakukan seseorang agar terhindar dari penyakit dan meningkatkan kesehatannya meliputi, sekurang-kurangnya makan dengan menu seimbang, aktifitas fisik yang teratur, tidak mengkonsumsi makanan dan minuman yang mengandung zat adiktif, mampu mengelola stress, menjaga kebersihan diri (*personal hygiene*) dan lingkungan, serta melakukan rekreasi. Selanjutnya Wawan dan Dewi (2010) menambahkan tindakan atau perilaku sehubungan dengan pencegahan penyakit (*health prevention behavior*) salah satunya seperti perilaku untuk mencegah gigitan nyamuk malaria dengan cara tidur dengan kelambu, menggunakan lotion anti nyamuk dan perilaku untuk tidak menularkan penyakit kepada orang lain.

Berdasarkan uraian sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa perilaku adalah respon atau reaksi dari seseorang terhadap stimulus atau rangsangan internal dan eksternal yang saling berinteraksi. Perilaku seseorang diwujudkan melalui tindakan atau aktifitas dalam kehidupan sehari-hari yang dapat diamati oleh orang lain maupun yang

tidak dapat diamati, yang berhubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan termasuk pencegahan penyakit.

Perilaku dapat mengalami perubahan yang relatif menetap. Kondisi ini ditunjukkan melalui penerapan atau latihan yang dilakukan seseorang secara sengaja/sadar sehingga menjadi perilaku yang menetap dan positif sesuai yang diharapkan. Para ahli perilaku menyatakan bahwa dibutuhkan waktu yang lama (*long period*) untuk melihat perubahan perilaku seseorang yang menetap, namun belum ada batasan secara pasti tentang periode waktu yang dibutuhkan oleh seseorang untuk berubah. Sirajuddin (2011) mengungkapkan bahwa perubahan perilaku seseorang dapat dilihat paling cepat setelah 2 sampai dengan 3 bulan setelah diberikan intervensi/tindakan dengan pertimbangan adanya beberapa faktor lain yang saling berinteraksi di dalamnya. Penelitian Minnerath tahun 2008, menyatakan bahwa perubahan perilaku makan sehat anak sekolah kelas 5 dan 6, telah dapat dilihat setelah 7 minggu dilakukan pendidikan (edukasi) nutrisi selama 10-11 jam di sekolah.

Budiharto (1999, dalam Hayati, 2009) menyatakan bahwa pengukuran pengetahuan antara evaluasi awal dan akhir berkisar 2 minggu, sedangkan untuk sikap dan perilaku sekitar 1 bulan. Pendapat ini telah dibuktikan oleh penelitian Hayati (2009) bahwa perubahan perilaku jajan anak usia sekolah telah dapat dilihat setelah 1 bulan dilakukan edukasi sebaya. Penelitian lain tentang pengaruh pendidikan nutrisi terhadap pengetahuan, perilaku dan pengharapan dari kemandirian diri pada anak sekolah dasar. Penelitian ini dilakukan berupa pendidikan kesehatan yang diberikan oleh guru dengan menggunakan Kurikulum Michigan Model/MM selama 1 bulan. Perubahan perilaku makan pada anak usia sekolah telah dapat dilihat setelah 2 minggu dilakukan intervensi.

Perubahan perilaku menyangkut perubahan dari domain pengetahuan, sikap dan keterampilan yang saling berinteraksi. Ketiga domain tersebut

dapat dipengaruhi/berubah melalui suatu proses belajar, latihan dan pengalaman, termasuk pada anak usia sekolah. Belajar di sekolah merupakan kegiatan yang fundamental dalam mengembangkan perilaku positif pada anak usia sekolah (Riyanti & Eriska, 2010). Para ahli pendidikan menyatakan bahwa anak usia sekolah memiliki waktu efektif atau rentang konsentrasi penuh dalam belajar hanya sekitar 20 menit, sehingga perlu memberikan jeda istirahat bagi anak. Anak usia sekolah memiliki cara belajar dominan untuk menyerap materi yang diajarkan yaitu, meliputi; mendengarkan (*auditory*), melihat (*visual*) dan fisik (*kinesthetic*).

2.1.2 Domain Perilaku Sehat

Taksonomi tentang proses belajar dari Bloom (1956, dalam Allender & Spradley, 2005) menunjukkan pembagian domain perilaku menjadi tiga aspek, yaitu; kognitif, afektif, dan psikomotor. Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa ketiga domain dari Bloom tersebut kemudian diterjemahkan menjadi cipta (kognitif), rasa (afektif), dan karsa (psikomotor). Pembagian domain ini dalam perkembangan selanjutnya dan untuk kepentingan pendidikan praktis, dikembangkan menjadi 3 (tiga) domain atau ranah, meliputi; pengetahuan, sikap, dan perilaku, begitu juga dengan domain perilaku sehat yang meliputi, pengetahuan tentang kesehatan, sikap terhadap kesehatan, dan praktik (keterampilan) kesehatan. Berikut akan dijelaskan ketiga domain tersebut.

2.1.2.1 Domain Pengetahuan tentang Kesehatan

Domain pengetahuan terdiri dari pikiran dan proses berpikir. Domain pengetahuan meliputi proses mengingat dan mengenali pengetahuan yang dapat meningkatkan kemampuan dan keterampilan seseorang (Bloom, 1956, dalam Allender & Spradley, 2005). Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa pengetahuan adalah hasil penginderaan seseorang, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya), yang tentunya sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi

terhadap objek tersebut. Pengetahuan adalah salah satu faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku seseorang, karena dari pengalaman dan penelitian, perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan menetap lebih lama pada seseorang daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Purwanto, 1999).

Penelitian dari Rogers (1978, dalam Notoatmodjo, 2003) menyatakan bahwa sebelum terjadi perubahan perilaku akan terjadi lima proses adopsi perilaku berupa: *awareness* (kesadaran), terjadi ketika seseorang mengetahui tentang stimulus (objek) yang menimbulkan kesadaran; *interest* (merasa tertarik), terjadi ketika seseorang mulai menaruh perhatian (tertarik) terhadap stimulus tertentu; *evaluation* (menimbang-nimbang), terjadi ketika seseorang berproses untuk mempertimbangkan baik buruknya tindakan akibat stimulus tertentu terhadap dirinya; *trial*, terjadi ketika seseorang mencoba perilaku baru sesuai dengan yang dikehendaki stimulus; dan *adoption*, terjadi ketika seseorang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikap terhadap stimulus. Proses adopsi perilaku yang dikemukakan oleh Rogers tersebut menunjukkan bahwa pengetahuan adalah salah satu hal mendasar yang akan meningkatkan kesadaran dan sikap yang positif dari seseorang untuk menampilkan perilaku baru yang bersifat langgeng (*long lasting*), namun begitu juga sebaliknya perubahan perilaku tanpa didasari oleh pengetahuan dan kesadaran perubahan perilaku yang terjadi hanya akan bersifat sementara.

Perubahan perilaku dari seseorang, kelompok, atau masyarakat, memiliki peluang yang besar untuk terjadi, ketika seseorang memiliki keinginan untuk berubah. Hal ini dikarenakan manusia mempunyai kemampuan berupa; pengetahuan, mengatur diri, membuat keputusan, dan mencari solusi dari masalah yang dihadapinya. Begitu pula dengan pengetahuan tentang kesehatan, yang dapat meningkatkan kekuatan dan kemampuan seseorang untuk menampilkan perilaku

sehat atau memodifikasi gaya hidup sehat (Pender, Mardaugh, & Parson, 2001).

Pengetahuan dibagi menjadi 6 (enam) tingkatan meliputi; tahu, memahami (*comprehension*), aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi (Notoatmodjo, 2010; Gronlund, 1970, dalam Allender & Spradley, 2005). Keenam tingkatan tersebut menunjukkan tingkat kemampuan atau tahapan seseorang dalam proses berpikir, yang akan dijelaskan sebagai berikut:

1) Tahu

Tahu diartikan hanya sebagai proses *recall* (memanggil atau mengingat kembali) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati atau mempelajari sesuatu. .

2) Memahami

Tahapan ini menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat kembali yang disertai dengan kemampuan untuk memahami alasannya. Seseorang dikatakan berada pada tingkatan memahami apabila seseorang mampu untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan dari apa yang telah dipelajari dengan benar.

3) Aplikasi

Tahapan ini menunjukkan kemampuan seseorang untuk paham dan mampu menerapkan apa yang telah dipahami dalam berbagai situasi.

4) Analisis

Tahapan ini menunjukkan kemampuan seseorang untuk menjabarkan/memisahkan, memahami hubungan antar bagian/komponen objek yang diketahui sebelumnya. Seseorang dikatakan mampu menganalisis apabila mampu membedakan, memisahkan, dan mengelompokkan kembali pengetahuan dari objek yang dipelajari.

5) Sintesis

Kemampuan seseorang dalam tahap ini, tidak hanya mampu memisahkan dan memahami bagian-bagian dari komponen yang dipelajari, tetapi juga membentuk bagian-bagian dari komponen tersebut dalam bentuk satu kesatuan yang baru. Sintesis merupakan puncak kumpulan semua tingkatan domain pengetahuan yang menghasilkan kemampuan membuat rencana tertentu atau solusi. Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

6) Evaluasi

Tahapan ini mengharuskan seseorang untuk mampu menilai atau melakukan justifikasi terhadap objek tertentu. Seseorang akan menilai dan membandingkan hasil yang diperolehnya dengan tujuan yang telah disusun atau kriteria tertentu, yang ditentukan oleh dirinya sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat. Evaluasi merupakan tingkatan pengetahuan yang lebih tinggi dari sintesis, sehingga seseorang secara otomatis telah memiliki kemampuan untuk membuat solusi yang adekuat berdasarkan penilaian yang dilakukannya.

Berdasarkan uraian-uraian sebelumnya dapat disimpulkan bahwa domain pengetahuan tentang kesehatan memiliki enam tahapan atau tingkatan yang menunjukkan tingkat kemampuan seseorang dalam proses berpikir. Wawan dan Dewi (2010) menyatakan bahwa faktor-faktor seperti; tingkat pendidikan, pekerjaan, umur dan lingkungan fisik dan non fisik dapat mempengaruhi proses berpikir atau tingkatan pengetahuan seseorang. Setiap orang menempuh cara yang berbeda-beda dalam mendapatkan atau meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan, mulai dari cara kuno seperti: *trial and eror*, kekuasaan (otoritas), dan pengalaman pribadi; hingga cara modern dengan penelitian ilmiah dan pendidikan.

Pengukuran pengetahuan kesehatan seseorang dapat dilakukan melalui metode wawancara dan angket/kuesioner (*self administered*) dengan menanyakan materi tentang pengetahuan kesehatan yang ingin diukur dari seseorang. Indikator yang digunakan berupa “tingginya pengetahuan” seseorang tentang kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

2.1.2.2 Domain Sikap terhadap Kesehatan

Domain sikap merupakan konsep penting yang digunakan untuk memahami dan memprediksi perilaku seseorang terhadap suatu objek atau perubahan, termasuk bagaimana perilaku seseorang tersebut dipengaruhi. Sikap adalah hasil evaluasi terhadap objek yang diekspresikan ke dalam proses-proses kognitif, afektif (emosi), dan perilaku. Sikap sebagai hasil evaluasi merupakan totalitas yang disimpulkan dari berbagai pengamatan terhadap objek yang diekspresikan dalam bentuk respon kognitif, afektif maupun perilaku (Eagly.et.al., 1993, dalam Wawan & Dewi, 2010).

Notoatmodjo (2010) juga menyatakan bahwa sikap merupakan respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan seperti perasaan senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010). Newcomb (1969), seorang ahli psikologi sosial yang dikutip oleh Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan seseorang untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu, sikap bukan merupakan tindakan (belum dapat diamati dari luar), akan tetapi menjadi predisposisi dari tindakan yang dilakukan.

Sikap sangat berhubungan dengan nilai seseorang, dimana nilai yang membentuk komponen sikap seseorang dipelajari secara bertahap, dirasakan sebagai sebuah cara yang dirasakan seseorang dan respon

yang ditampilkan dari keluarga, teman sebaya, pengalaman dan pengaruh sosial (Bigge, 1992, dalam Allender Spradley, 2005). Purwanto (1999) menyatakan bahwa sikap dapat bersifat positif dan negatif. Sifat sikap positif memiliki kecenderungan dari seseorang untuk mendekati, menyenangkan, dan mengharapkan objek tertentu. Sifat sikap negatif terdapat kecenderungan seseorang untuk menjauhi, menghindari, atau tidak menyukai objek tertentu. Sikap juga merupakan kerangka kerja awal dari seseorang yang membantu dirinya menemukan cara yang sehat dalam pemenuhan kebutuhan hidup. Seseorang yang tahu kondisinya, akan berperan aktif dalam meningkatkan kondisi kesehatannya melalui intervensi yang tepat (Rawlins, Williams & Beck, 1993, dalam Koziar, 2004). Usoro (2000) menyatakan bahwa sikap memiliki karakteristik, berupa: sesuatu yang kompleks, dapat diperoleh melalui pembelajaran secara terus menerus, dan merupakan bagian dari sistem kognitif dan afektif yang dapat berubah-ubah yang melatarbelakangi terjadinya tindakan positif dan negatif seseorang terhadap suatu objek atau stimulus.

Dengan demikian berdasarkan uraian-uraian tersebut, disimpulkan bahwa sikap merupakan respon seseorang yang masih bersifat tertutup, berhubungan dengan nilai, proses berfikir dan perasaan yang melatarbelakangi terjadinya perilaku. Sikap didapatkan dari pengalaman belajar dan dapat digunakan untuk meramalkan perilaku seseorang termasuk perilaku sehat.

Pengukuran sikap dapat secara kuantitatif dapat dilakukan melalui wawancara atau kuesioner. Skala yang pada umumnya digunakan untuk mengukur sikap berupa: skala Thurstone, Likert, *Unobstrusive measure*, *multidimensional scaling* dan pengukuran *involuntary behavior* (Wawan & Dewi, 2010).

2.1.2.3 Domain Praktik/Keterampilan/Tindakan Kesehatan

Domain praktik meliputi kemampuan seseorang untuk menampilkan tindakannya melalui koordinasi dengan sistem neuromuskular yang dapat terlihat secara nyata (Allender & Spradley, 2005). Tiga kondisi yang harus diperhatikan atau menjadi pertimbangan perawat komunitas dalam mengajarkan praktik kesehatan kepada seseorang (klien), meliputi:

- 1) Seseorang diyakini memiliki kemampuan secara fisik, emosi dan intelektual untuk melakukan keterampilan yang diajarkan, sehingga derajat kompleksitas dari kemampuan yang diajarkan seharusnya sesuai dengan keberfungsian/kemampuan seseorang. Tahap perkembangan menjadi pertimbangan yang harus diperhitungkan dalam mengajarkan keterampilan pada seseorang.
- 2) Seseorang harus memiliki kemampuan imajinasi sensorik tentang bagaimana keterampilan tersebut ditampilkan. Kemampuan imajinasi sensorik tersebut meliputi melihat, mendengar, meraba, mencium, dan merasa. Imajinasi sensorik melihat biasanya diperoleh melalui demonstrasi. Keterbatasan imajinasi seseorang tentunya akan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menampilkan suatu keterampilan.
- 3) Seseorang harus memiliki kemampuan untuk mempraktikkan keterampilan yang dipelajari.

Domain praktik memiliki derajat tingkatan keterampilan sederhana hingga tingkatan keterampilan yang sulit (komplek). Seseorang membutuhkan latihan dan proses aplikasi keterampilan yang didapat secara konsisten untuk mencapai tingkatan keterampilan yang kompleks.

Nototmodjo (2010) menyatakan 3 (tiga) tingkatan praktik menurut kualitasnya, yaitu: praktik terpimpin (*guided respon*), apabila seseorang telah melakukan sesuatu namun masih tergantung pada pedoman atau panduan; praktik secara mekanisme (*mechanism*), apabila seseorang telah mempraktikkan sesuatu secara otomatis, tanpa panduan; adopsi (*adoption*) apabila seseorang melakukan tindakan atau praktik bukan hanya sekedar rutinitas saja akan tetapi sudah melakukan modifikasi, atau praktik/tindakan yang berkualitas. Selanjutnya Notoatmodjo (2010) menambahkan hasil dari beberapa pengalaman dan hasil observasi yang terjadi di lapangan (masyarakat) bahwasanya perilaku seseorang termasuk terjadinya perilaku kesehatan, diawali dengan adanya pengalaman-pengalaman seseorang serta adanya faktor eksternal (lingkungan fisik dan non fisik). Pengalaman dan lingkungan tersebut kemudian diketahui, dipersepsikan atau diyakini seseorang sehingga menimbulkan motivasi/niat untuk bertindak yang akhirnya diwujudkan berupa perilaku, termasuk perilaku sehat.

Berdasarkan uraian-uraian sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa perilaku adalah wujud nyata dari totalitas pengetahuan dan sikap. Perilaku dipengaruhi oleh kemampuan fisik, emosi dan kognitif seseorang dalam menampilkan tindakan. Begitupula dengan perilaku kesehatan yang akan dipengaruhi pengetahuan dan sikap terhadap kesehatan yang ditampilkan dalam bentuk perilaku sehat.

Hasil penelitian Zhu *et al.* (2005) tentang pengetahuan, sikap, dan perilaku *oral hygiene* (perawatan kebersihan mulut) pada penduduk Cina, menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan perawatan kebersihan mulut yang rendah, menunjukkan sikap dan tindakan yang negatif untuk melakukan perawatan kebersihan mulut termasuk utilisasi pelayanan kesehatan.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan dengan beberapa metode, seperti: metode langsung berupa, observasi/pengamatan dengan *check list* ; atau dengan metode tidak langsung melalui, recall, menggunakan pihak ketiga yang dekat dengan subjek yang akan diamati, dan melalui indikator hasil perilaku.

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Sehat Menurut Teori Model “PRECEDE-PROCEED”

Perilaku sehat adalah variabel yang penting dalam hubungannya dengan fokus intervensi tenaga kesehatan profesional, termasuk perawat komunitas dalam rangka meningkatkan pencapaian hasil status kesehatan masyarakat yang optimal. Banyak teori model yang dapat digunakan untuk mengembangkan kerangka intervensi dalam meningkatkan perilaku sehat, yang salah satunya adalah teori model PRECEDE-PROCEED.

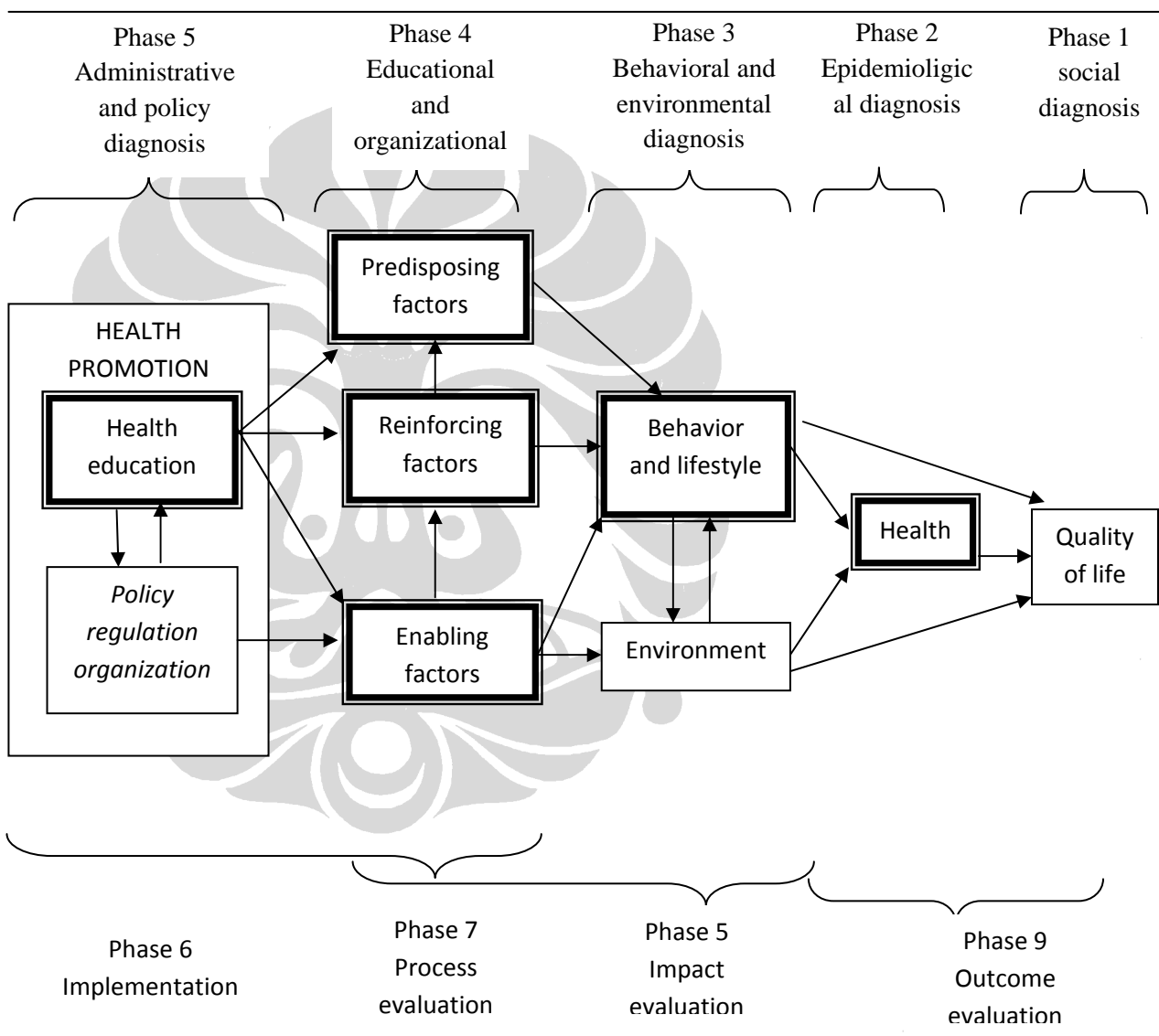
Teori model “PRECEDE-PROCEED” dikembangkan oleh Green dan Kreuter mulai tahun 1980. Teori model “PRECEDE-PROCEED” sering digunakan untuk mengarahkan proses promosi kesehatan/pendidikan kesehatan secara komprehensif dengan memadukan sudut pandang sasaran dan pemegang kebijakan. Green dan Kreuter (2000) menggambarkan bahwa kesehatan dan faktor resiko kesehatan dari masyarakat disebabkan oleh berbagai faktor, baik faktor perilaku (*behavioral causes*) maupun faktor di luar perilaku (*non-behavioural causes*).

PRECEDE merupakan kerangka yang memberikan strategi dan sumber-sumber yang dibutuhkan untuk mempengaruhi faktor predisposisi, (*predisposing*), pemungkin (*enabling*) dan penguat (*reinforcing*), yang akan mempengaruhi/mendukung penampilan perilaku sehat termasuk perubahan lingkungan. PRECEDE merupakan fase diagnosis masalah yang dapat membantu memberikan arahan kepada perencana program

dalam menganalisis (mendiagnosis) dan mengevaluasi perilaku terhadap intervensi pendidikan kesehatan. Kerangka model “PROCEED” terdiri dari beberapa langkah tambahan untuk mengembangkan kebijakan dan pelaksanaan program serta proses evaluasi.

2.1 Skema Teori Model PRECEDE-PROCEED

PRECEDE



PROCEED

(halaman 125, Green & Kreuter, 2000)

Berdasarkan skema teori model PRECEDE-PROCEED yang ditampilkan, bahwa kerangka model promosi (pendidikan kesehatan) ini bersifat komprehensif terdiri dari sembilan fase pengkajian yaitu: I) diagnosis sosial, II) diagnosis epidemiologi, III) diagnosis perilaku dan lingkungan, IV) diagnosis edukasional dan organisasional, V) diagnosis kebijakan dan administratif, VI) implementasi, VII) proses evaluasi, VIII) dampak evaluasi, IX) hasil evaluasi.

Pengkajian fase I, II, dan III, merupakan fase untuk mengidentifikasi permasalahan sosial dan epidemiologi serta keterkaitan antara perilaku dan lingkungan yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Fase IV merupakan fase diagnosis edukasional dan organisasional untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang harus diubah dalam mendukung perubahan perilaku sehat dan lingkungan yang ditemukan pada fase III. Jenis diagnosis yang berhubungan dengan edukasional dan organisasional dalam promosi kesehatan difokuskan pada faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku dan kondisi kehidupan kelompok/masyarakat yang beresiko untuk mengalami masalah kesehatan. Green dan Kreuter (2000) mengelompokkan tiga kategori dari faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan termasuk hubungannya terhadap lingkungan, meliputi:

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*); merupakan faktor yang menjadi motivasi perilaku seseorang yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai, dan persepsi kebutuhan dan kemampuan seseorang. Faktor-faktor predisposisi berhubungan dengan motivasi seseorang atau kelompok untuk mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat, termasuk perilaku sehat dalam mencegah kecacangan. Pendapat ini didukung oleh penelitian Jalaluddin (2009)

yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap anak usia sekolah tentang perilaku hidup sehat untuk mencegah kecacangan yang buruk, dengan kejadian kecacangan.

Hasil penelitian lain dilakukan oleh Sari (2007) juga menunjukkan fakta yang sama bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara faktor-faktor predisposisi seperti pengetahuan, sikap, usia, nilai, dan tradisi, dengan penerapan perilaku sehat pada anak jalanan. Anak jalanan dengan pengetahuan, sikap, usia, nilai, dan tradisi, yang semakin tinggi dan atau semakin baik, maka akan memiliki perilaku sehat yang semakin baik pula.

- b. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*); merupakan faktor yang memfasilitasi motivasi seseorang untuk mempraktikkan perilaku sehat, yang terwujud dalam bentuk kondisi lingkungan, seperti: ketersediaan sumber-sumber kesehatan, ketersediaan dan keterjangkauan sumber pelayanan kesehatan, aturan, prioritas dan komitmen pemerintah/masyarakat terhadap kesehatan, serta keterampilan baru yang dibutuhkan untuk mengubah perilaku atau lingkungan.

Faktor pemungkin merupakan faktor yang akan mempengaruhi penerapan perilaku seseorang termasuk perilaku hidup bersih dan sehat dalam mencegah kecacangan. Hal ini didukung oleh penelitian dari Nurlila (2002) yang membuktikan bahwa anak usia sekolah yang tidak memiliki jamban di rumah memiliki resiko 5,57 kali mengalami kecacangan dibandingkan anak usia sekolah yang memiliki jamban di rumah. Faktor kepemilikan jamban di rumah tidak berhubungan langsung dengan

kejadian kecacangan pada anak usia sekolah, namun kejadian kecacangan merupakan dampak dari penerapan perilaku defekasi di sembarang tempat akibat fasilitas jamban yang tidak tersedia. Selanjutnya anak usia sekolah yang tidak memiliki akses sumber air bersih di rumah beresiko 5,09 kali terkena kecacangan dibandingkan dengan anak yang memiliki akses sumber air bersih di rumah, meskipun faktor ini tidak berhubungan langsung dengan kejadian kecacangan pada anak usia sekolah. Penelitian lain dari Jalaluddin (2009) menunjukkan fakta bahwa selain faktor sanitasi berupa ketersediaan jamban dan air bersih di rumah, sanitasi sekolah berupa, ketersediaan jamban (toilet) yang baik, akses air bersih, menjadi faktor pemungkin yang juga dapat meningkatkan penerapan perilaku sehat anak usia sekolah terhadap pencegahan dan reinfeksi kecacangan. Penelitian Nurlila (2002) juga membuktikan bahwa anak usia sekolah yang memiliki keluarga dengan tingkat sosial ekonomi yang rendah beresiko 4,75 kali terkena kecacangan dibandingkan dengan anak usia sekolah yang memiliki keluarga dengan status ekonomi yang tinggi. Nurlila menyatakan bahwa pada analisis lebih lanjut, tingkat sosial ekonomi keluarga bukan faktor yang berhubungan langsung terhadap kejadian kecacangan, namun faktor ini akan berdampak pada kemampuan keluarga dalam menyediakan fasilitas yang mendukung terlaksananya perilaku hidup bersih dan sehat pada anak usia sekolah.

- c. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*); merupakan konsekuensi dari tindakan yang menentukan apakah seseorang sebagai pelaku kesehatan menerima umpan balik yang positif atau negatif, yang mana dalam hal ini didukung secara sosial setelah praktik perilaku sehat dilakukan. Faktor penguat akan mempertahankan kesinambungan atau

pengulangan dari perilaku sehat seseorang. Faktor-faktor penguat tersebut seperti: dukungan sosial, dukungan keluarga, pengaruh kelompok sebaya atau anjuran/saran dari petugas kesehatan.

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor penguat yang menjadi determinan perilaku kesehatan seseorang atau anak usia sekolah. Hal ini ditunjukkan dari hasil penelitian dari Nurlila (2002) yang mengungkapkan fakta bahwa anak yang memiliki ibu dengan pengetahuan tentang pencegahan kecacangan yang rendah beresiko 6,95 kali terkena kecacangan dibandingkan anak dengan ibu yang memiliki pengetahuan tentang pencegahan kecacangan yang tinggi. Selanjutnya pada riset yang sama juga dibuktikan bahwa anak yang memiliki ibu dengan tingkat pendidikan yang rendah beresiko 4,28 kali terkena kecacangan dibandingkan anak dengan ibu yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi, meskipun tingkat pendidikan ibu tidak berhubungan secara langsung dengan kecacangan. Pendidikan ibu yang rendah berhubungan dengan rendahnya tingkat pengetahuan ibu dalam upaya meningkatkan perilaku sehat pada anak serta kemampuan untuk menata kondisi lingkungan rumah yang bersih dan sehat bagi keluarga (Nurlila, 2002). Anak usia sekolah memiliki kepekaan untuk mempelajari sesuatu dan mengadopsi perilaku yang dilihatnya sehingga, peran model (perilaku) orang tua/keluarga dan teman sebaya menjadi hal yang berpengaruh terhadap penerapan perilaku sehat (Stanhope & Lancaster, 2004). Penelitian lain dari Tarigan (2007) menyatakan bahwa terdapat pengaruh signifikan dari peran penyuluh kesehatan masyarakat yang aktif terhadap peningkatan perilaku masyarakat dalam menggunakan jamban.

Fase V dari teori model ini adalah diagnosis terhadap administrasi dan kebijakan. Fase diagnosis ini dilakukan untuk menganalisis kebijakan, regulasi dan organisasi dari sumber-sumber daya yang dinilai dapat memfasilitasi atau menghambat program promosi kesehatan yang akan dikembangkan. Kebijakan diidentifikasi sebagai seperangkat tujuan dan aturan yang digunakan untuk mengarahkan aktifitas dari suatu organisasi dan administrasi. Regulasi diidentifikasi sebagai tindakan dari pelaksanaan kebijakan dan aturan atau hukum. Sedangkan organisasi diidentifikasi sebagai tindakan dari penyusunan dan pengkoordinasian sumber-sumber daya yang penting untuk pelaksanaan program. Identifikasi kebijakan, regulasi dan organisasi dilakukan untuk memudahkan dalam mengintegrasikan perencanaan program pendidikan kesehatan. Analisis ketiga aspek tersebut dilakukan dengan mempertimbangkan, isu loyalitas, konsistensi dan fleksibilitas kebijakan, serta keleluasaan dari pelaksana kebijakan/administrasi (*policy maker/professional*).

Analisis kebutuhan dan ketersediaan sumber daya meliputi: waktu, personil, dan dana juga dilakukan pada fase ini. Identifikasi kebutuhan dan ketersediaan sumber-sumber daya tersebut akan berhubungan dengan penentuan metode dan materi yang sesuai dengan tujuan pendidikan kesehatan yang direncanakan.

Fase VI merupakan implementasi program berupa pendidikan kesehatan dengan memadukan kebijakan, regulasi dan organisasi yang ditetapkan. Selanjutnya fase VII, VIII, dan IX adalah fase evaluasi yang terdiri: evaluasi proses yaitu, evaluasi terhadap proses pelaksanaan program; evaluasi dampak yaitu, perubahan perilaku dan lingkungan, serta komponen edukasional dan organisasional (*predisposing, enabling* dan

reinforcing); dan evaluasi hasil yaitu, evaluasi perubahan jangka panjang terkait status kesehatan atau kualitas hidup.

2.1.4 Konsep Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

PHBS adalah suatu upaya pemberian pengalaman belajar atau penciptaan dari kondisi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat, melalui komunikasi, informasi dan edukasi (KIE), untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku, dengan pendekatan kepemimpinan (*advokasi*), bina suasana (*social support*) dan pemberdayaan masyarakat (*empowering*) sebagai suatu cara untuk membantu masyarakat dalam mengenali dan mengatasi masalahnya sendiri, dalam tatanan masing-masing, sehingga dapat menerapkan cara-cara hidup sehat dalam mencapai kondisi pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Dachroni, 2002).

Departemen Kesehatan R.I (Depkes R.I) (2003) menyatakan bahwa PHBS adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran, sehingga setiap anggota keluarga atau rumah tangga dapat menolong dirinya sendiri dalam bidang kesehatan dan dapat ikut berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan masyarakat. Tujuan dari PHBS secara umum adalah untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat agar dapat berperilaku hidup bersih dan sehat, dan meningkatkan peran serta aktif dari masyarakat, swasta, maupun dunia usaha, dalam rangka mewujudkan kesehatan masyarakat yang optimal.

Strategi PHBS meliputi; bina suasana, pemberdayaan dan advokasi. Strategi PHBS bina suasana merupakan upaya menciptakan lingkungan sosial yang mendorong individu, kelompok atau anggota masyarakat untuk mau melakukan PHBS. Strategi bina suasana dilakukan untuk mendukung

proses pemberdayaan masyarakat, melalui pendekatan individu, kelompok atau masyarakat. Sedangkan strategi PHBS berupa pemberdayaan dilakukan dengan pemberian informasi secara terus-menerus dan berkesinambungan. Pemberdayaan individu, kelompok atau anggota masyarakat ditunjukkan dengan adanya keterlibatan aktif dari setiap individu, kelompok, maupun masyarakat. Keterlibatan aktif tersebut dapat diaplikasikan salah satunya dalam bentuk memberdayakan anggota kelompok atau masyarakat untuk saling berbagi atau saling belajar melalui edukasi sebaya. Selanjutnya strategi PHBS berupa advokasi merupakan upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan para *stakeholders*.

PHBS hendaknya dapat diaplikasikan oleh setiap individu mulai sejak dini dalam berbagai tatanan seperti; rumah tangga, institusi pendidikan/sekolah, tempat-tempat umum dan institusi kesehatan untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit. Depkes RI (2003) menyatakan bahwa PHBS pada anak usia sekolah adalah perilaku yang dipraktekkan oleh anak usia sekolah, atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, sehingga memiliki kemandirian dalam upaya peningkatan kesehatan dan berperan aktif untuk mewujudkan lingkungan sehat, serta pencegahan penyakit.

Anak usia sekolah sering terpapar dengan agen biologi seperti; bakteri, virus, dan agen biologis lainnya, yang mengancam dan meningkatkan resiko terhadap penyakit. Penyakit terbanyak berupa ISPA yang terjadi pada anak-anak disebabkan oleh buruknya perilaku mencuci tangan yang benar dan ketidakmampuan untuk menghindari teman sebayanya yang sedang sakit (Edelman & Mandle, 2006). Aplikasi PHBS pada anak usia sekolah merupakan faktor penting untuk mencegah

munculnya berbagai penyakit yang sering menyerang anak usia sekolah, terutama penyakit yang sangat terkait dengan PHBS, salah satunya adalah penyakit kecacangan.

Beberapa hasil penelitian menunjukkan fakta bahwa anak usia sekolah yang tidak memiliki kebiasaan perilaku hidup bersih dan sehat, beresiko untuk terkena kecacangan. Pendapat ini didukung oleh penelitian Phiri et.al. (2000) bahwa perilaku anak usia sekolah yang tidak menggunakan sepatu menjadi salah satu faktor resiko yang dapat meningkatkan prevalensi kecacangan pada anak usia sekolah di daerah urban di Malawi. Hasil penelitian dari Traub *et al.* (2004) mengungkapkan hal yang sama, bahwa perilaku tidak menggunakan alas kaki, defekasi di sembarang tempat adalah faktor resiko yang dapat meningkatkan prevalensi kecacangan masyarakat di India.

Penelitian serupa yang dilakukan di Indonesia menunjukkan fakta bahwa ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan mencuci tangan, kebiasaan memotong kuku, kebiasaan mengkonsumsi makanan mentah, dan kepemilikan jamban dengan kejadian kecacangan pada anak usia sekolah dasar, sedangkan jenis lantai rumah dan ketersediaan air bersih tidak ada hubungan yang signifikan dengan kejadian kecacangan (Yulianto, 2007). Penelitian lain dari Ginting (2009) menunjukkan kondisi yang hampir sama bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara *personal hygiene* yang baik dan makan obat cacung dengan penurunan kejadian kecacangan pada anak usia sekolah dasar. Penelitian Nurlila (2002) juga mengungkapkan fakta yang sama bahwa anak yang memiliki perilaku sehat yang buruk akan beresiko 22, 41 kali terkena kecacangan dibandingkan anak yang memiliki perilaku sehat yang buruk. Anak usia sekolah yang tidak melakukan kebiasaan mencuci tangan dengan air bersih dan sabun

sebelum makan beresiko 9,21 kali terkena kecingan dibandingkan anak yang melakukan kebiasaan mencuci tangan dengan air bersih dan sabun sebelum makan. Selanjutnya penelitian dari Jalaluddin (2009) menambahkan bahwa anak usia sekolah yang memiliki kuku kotor beresiko 2,73 kali terkena kecacangan dibandingkan dengan anak yang tidak memiliki kuku yang kotor. Anak yang tidak memiliki kebiasaan tidak menggunakan alas kaki di luar rumah beresiko 2,79 kali terkena kecacangan dibandingkan dengan anak yang memiliki kebiasaan menggunakan alas kaki di luar rumah.

Depkes R.I (2003) menyatakan bahwa PHBS bagi anak sekolah hendaknya dilakukan pada tatanan sekolah maupun rumah tangga. Indikator berupa pesan perilaku hidup bersih dan sehat yang dinilai relevan dengan upaya pencegahan kecacangan/reinfeksi yaitu, antara lain:

- a. Kebersihan Perorangan: badan dan pakaian bebas dari kotoran, tidak ada kotoran hitam di sekitar kuku dan kuku tersebut pendek, mencuci tangan dengan air dan sabun.
- b. Penggunaan air bersih: air bersih untuk diminum (sudah dimasak) dan cuci tangan untuk siswa dan guru.
- c. Penggunaan jamban sehat: Melakukan buang air besar di jamban.

Kementrian Kesehatan dan Kementrian Pendidikan, Ilmu dan Teknologi Kenya (2004) menyatakan beberapa perilaku hidup yang tidak sehat yang dapat menyebabkan terjadinya kecacangan pada anak usia sekolah, meliputi;

- a. Perilaku tidak sehat yang menyebabkan telur cacing masuk ke dalam mulut berupa; tidak mencuci tangan dengan air bersih dan sabun sebelum makan, tidak mencuci sayuran dan buah dengan air bersih, dan tidak memotong kuku.

- b. Perilaku tidak sehat seperti; berjalan di tanah tanpa alas kaki dan kontak sumber air yang tercemar oleh larva cacing menyebabkan larva cacing menembus (penetrasi) kulit.
- c. Perilaku tidak sehat yang menyebabkan telur atau larva cacing mengkontaminasi lingkungan seperti; defekasi di sembarang tempat (tanpa menggunakan jamban yang sehat).
- d. Perilaku yang memungkinkan terjadinya transmisi infeksi secara berkelanjutan seperti; tidak melakukan pengobatan cacing secara adekuat, gagal dalam meningkatkan kebersihan/ kesehatan lingkungan, dan buruknya penanganan (manajemen) pembuangan kotoran (feces).

Konsep dan penelitian PHBS yang telah diuraikan sebelumnya, menunjukkan bahwa PHBS berhubungan atau berpengaruh terhadap kejadian kecacingan pada anak usia sekolah. Aplikasi PHBS yang baik akan menurunkan resiko penularan kecacingan pada anak usia sekolah, dikarenakan PHBS dapat memutus mata rantai hidup cacing. WHO (1996) juga menyatakan bahwa peningkatan perilaku sehat berupa perilaku hidup bersih dan sehat merupakan salah satu tujuan dari intervensi dasar pendidikan kesehatan, yang dilakukan untuk menanggulangi masalah kecacingan pada anak usia sekolah.

2.2 Pertumbuhan dan Perkembang Anak Usia Sekolah

2.2.1 Batasan dan Istilah Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah adalah anak yang memiliki umur 6 sampai 12 tahun, sering dimaknai sebagai periode tenang sebelum memasuki periode yang lebih penuh tekanan di masa remaja (Edelman & Mandle, 2006). Batasan yang sama diungkapkan oleh Hockenbery dan Wilson (2009) bahwa rentang kehidupan anak usia sekolah dimulai sejak anak memasuki umur 6 sampai 12 tahun yang memiliki berbagai label yang menggambarkan

karakteristik yang penting dari setiap periode tersebut. Batasan umur pada anak usia sekolah sering diistilahkan sebagai usia sekolah atau tahun untuk bersekolah.

Istilah usia sekolah menunjukkan bahwa pada periode ini anak mulai masuk bersekolah hingga mencapai pubertas, dimana anak mencapai umur 10 sampai 12 tahun. Anak usia sekolah mulai masuk ke lingkungan sekolah, menghabiskan sebagian harinya untuk belajar di sekolah, dan mulai memiliki hubungan yang kuat dengan kelompok sebaya/teman-temannya di sekolah. Kondisi ini memberikan dampak yang signifikan terhadap perkembangan dan hubungan sosial pada anak usia sekolah (Hockenbery & Wilson, 2009; Stanhope & Lancaster, 2004).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa anak usia sekolah adalah anak yang memiliki umur 6 sampai 12 tahun, dimana anak mulai memasuki bangku sekolah dan memiliki berbagai perkembangan dan sistem sosial berupa teman sebaya di sekolah.

2.2.2 Proses Perumbuhan dan Perkembangan Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah mengalami proses pertumbuhan dan perkembangan secara berkesinambungan sampai berakhirnya masa pubertas. Anak usia sekolah memiliki karakteristik pertumbuhan dan perkembangan yang khas sesuai dengan umurnya, sehingga anak usia sekolah berbeda dengan kelompok umur lainnya.

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran, jumlah sel, dan jaringan interselular, yang ditunjukkan dengan bertambahnya ukuran, fisik, dan struktur tubuh, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat. Perkembangan adalah bertambahnya

struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks, yang ditunjukkan dengan kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian. Pertumbuhan terjadi secara simultan dengan perkembangan. Pertumbuhan berbeda dengan perkembangan, dimana perkembangan merupakan hasil interaksi kematangan susunan saraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya (Rusmil, 2008).

Proses tumbuh kembang anak usia sekolah dimulai saat anak berumur 6 sampai 12 tahun, dimana terjadi berbagai perubahan fisik, psikologi/mental, motorik, dan kognitif yang khas (Hockenbery & Wilson, 2009; Edelman & Mandle, 2006). Anak usia sekolah mengalami pertumbuhan yang sedikit lambat dibandingkan dengan masa bayi dan remaja (Stanhope & Lancaster, 2004; Edelman & Mandle, 2006). Anak usia sekolah mengalami perkembangan psikologi/mental, motorik, dan kognitif yang ditunjukkan dengan peningkatan kemampuan anak usia sekolah dalam berbahasa/berkomunikasi, belajar tentang pengetahuan dan berhitung, serta mulai memiliki kemampuan motorik dan sosial yang lebih kompleks (Hockenbery & Wilson, 2009; Stanhope & Lancaster, 2004).

Berikut akan dijelaskan pertumbuhan dan perkembangan fisik, psikologi, kognitif, moral, spiritual dan sosial pada anak usia sekolah:

1) Perkembangan Fisik (Biologis)

Anak usia sekolah mengalami penambahan tinggi dan berat badan lebih lambat dibandingkan pada masa tumbuh kembang balita sebelumnya. Anak usia sekolah akan mengalami penambahan tinggi badan sekitar 5 cm dan penambahan berat badan 2- 3 kg per tahunnya. Anak usia dengan umur 6 tahun rata-rata memiliki tinggi badan sekitar 116 cm dan berat badan sekitar 21 kg. Anak usia

sekolah saat mencapai umur 12 tahun rata-rata memiliki tinggi badan 150 cm dan berat badan 40 kg. Periode ini menunjukkan ukuran yang sedikit berbeda antara anak laki-laki dengan anak perempuan. Anak laki-laki memiliki tinggi dan berat badan yang lebih besar dibandingkan perempuan, namun setelah masa usia sekolah berakhir berat badan wanita melebihi berat badan laki-laki sehingga membuat sering menyebabkan ketidaknyamanan (Hockenberry & Wilson, 2009).

Perkembangan proporsi dan kematangan fisik pada anak usia sekolah menyebabkan peningkatan kekuatan dan kemampuan fisik yang berdampak terhadap aktifitas yang dilakukan. Kondisi yang sama terjadi pada sistem imun yang lebih kompeten dalam melokalisasi infeksi dan memproduksi antibodi terhadap antigen, meskipun dalam dua tahun pertama anak sering terpapar infeksi dari teman bermainnya. Anak usia sekolah tampak mudah dalam memanjat, bersepeda, mengangkat benda-benda berat, sehingga anak mulai memiliki mobilitas yang tinggi termasuk aktifitas bermain.

2) Perkembangan Psikososial

Freud menggambarkan periode anak usia sekolah sebagai periode laten, sebuah periode tenang antara periode odipus yaitu pada pertengahan umur masa kanak-kanak dan periode erotis pada masa remaja (Hockenberry & Wilson, 2009). Tahap awal periode ini menunjukkan anak lebih senang berhubungan dengan kelompok sebayanya yang berjenis kelamin sama. Tiga tahapan yang penting dari perkembangan psikososial anak usia sekolah dalam mencapai kesehatan pribadi, yaitu; mencintai lingkungan termasuk stabilitas unit keluarga (anak usia sekolah

disiapkan untuk bersosialisasi dengan teman sebayanya di luar keluarga inti), memiliki kemampuan personal dan interpersonal yang responsif terhadap budaya, dan mengembangkan kepandaian/keahlian yang bermanfaat agar mampu berkontribusi dalam komunitas sosial. Anak usia sekolah mulai mampu untuk bekerjasama dan memiliki hasrat berkompetisi antar sesama. Anak usia sekolah menyerap nilai dari orang-orang yang ada di sekitarnya termasuk kelompok sebayanya, dan terbukti memberikan motivasi yang kuat terhadap hal tersebut.

3) Perkembangan Kognitif

Piaget (1980, dalam Hockenbery & Wilson, 2009) menggambarkan anak usia sekolah sebagai periode operasional konkrit, dimana anak usia sekolah mulai mampu melakukan proses berfikir terhadap suatu kejadian dan tindakan yang mereka lihat. Anak usia sekolah mulai memiliki pemahaman dan ide-ide yang ditunjukkan berupa kemampuan anak usia sekolah untuk memberikan pendapat atau justifikasi terhadap suatu kejadian (*perceptual thinking*) dan memberikan justifikasi terhadap alasan pendapat yang diberikan (*conceptual thinking*).

Anak usia sekolah memiliki perkembangan secara verbal, simbolis dan mulai belajar menghargai perbedaan pendapat orang lain (tidak egosentris). Perkembangan tersebut menjadikan anak usia sekolah belajar banyak hal terutama di sekolah, seperti ilmu pengetahuan alam, berhitung, membaca, keterampilan berkomunikasi dan klasifikasi, sehingga anak mulai memiliki kemandirian untuk bereksplorasi, berimajinasi dan mengembangkan kepandaian yang mereka miliki melalui membaca (Hockenbery & Wilson, 2009). Selanjutnya Pender,

Margdaugh dan Parson (2001) menambahkan bahwa anak usia sekolah merupakan periode perkembangan kritis, dimana anak mulai belajar banyak hal, termasuk mengadopsi perilaku dan gaya hidup sehat. Adopsi perilaku sehat tersebut salah satunya dipengaruhi oleh adanya tekanan kelompok sebaya di sekolah.

4) Perkembangan Moral

Anak usia sekolah mengalami perubahan pola pikir egosentris menjadi logis serta meningkatnya kesadaran dan standar moral. Anak usia sekolah meyakini bahwa standar moral yang diperolehnya berasal dari orang-orang di sekitarnya yang dianggap sebagai sebuah aturan yang harus ditaati. Penghargaan dan sanksi berperan penting pada tahap awal periode tumbuh kembang anak usia sekolah. Anak usia sekolah yang berumur 6 sampai 7 tahun memiliki rasa takut dan bersalah jika tidak menjalankan apa yang diajarkan terutama oleh orang tuanya, meskipun dalam periode ini anak usia sekolah belum memiliki pemahaman atau justifikasi terhadap aturan moral yang diterima. Perkembangan anak usia sekolah selanjutnya mengantarkan pemahaman terhadap standar moral yang mereka peroleh, anak usia sekolah mulai memiliki standar moral sendiri dan mulai memahami justifikasi terhadap keputusan moral yang dilakukannya.

5) Perkembangan Spiritual

Anak usia sekolah merupakan tahapan berpikir konkrit, namun mereka mulai memiliki keinginan yang kuat untuk mempelajari tentang tuhan. Anak usia sekolah menggambarkan tuhan sebagai sosok manusia yang bersifat penolong dan penuh kasih sayang. Anak usia sekolah mulai mengenal konsep tentang neraka dan surga

yang dihubungkan dengan aturan-aturan perilaku yang harus dijalani. Perilaku yang salah akan mendapat hukuman, begitupula sebaliknya. Kondisi sakit sering dianggap anak usia sekolah sebagai hukuman dari Tuhan. Perkembangan spiritual pada anak usia sekolah lebih banyak dipengaruhi oleh keyakinan, nilai dan ide dari keluarga atau tokoh agama dibandingkan dari kelompok sebayanya.

6) Perkembangan Sosial

Perkembangan sosial yang terjadi pada anak usia sekolah pesat, dimana kelompok sebaya menjadi agen utama yang berpengaruh terhadap perkembangan sosial tersebut. Kelompok sebaya memberikan sejumlah informasi penting pada anak usia sekolah selain orang tua dan guru. Kelompok sebaya memiliki tata cara, budaya dan kebiasaan yang akan mengikat para anggota di dalamnya, yang selanjutnya terjadi proses saling belajar untuk menghargai, memimpin, dan mengeksplorasi ide serta lingkungan. Kelompok sebaya adalah salah satu faktor yang diidentifikasi dapat meningkatkan kemandirian anak dari keluarganya.

Anak usia sekolah dalam kesehariannya banyak belajar dan bermain dengan teman sebayanya baik di sekolah, maupun di rumah. Aktifitas ini pada akhirnya meningkatkan keterampilan dan memperluas kesempatan anak untuk terlibat dalam aktifitas dalam satu atau lebih kelompok sebaya yang menerima dirinya dan kondisi tersebut disertai menurunnya pengawasan orang tua dalam berinteraksi sosial. Stanhope dan Lancaster (2006) menyatakan bahwa terdapat tiga hal yang bermakna dari

proses interaksi sosial anak usia sekolah dengan kelompok sebayanya yaitu:

- a) Meningkatnya kemampuan anak untuk memberikan apresiasi terhadap pandangan yang berbeda dari teman-teman sebayanya. Anak usia sekolah belajar mengungkapkan pendapatnya melalui pandangannya masing-masing. Pandangan tersebut akan mempengaruhi satu dengan lainnya dan pada akhirnya anak usia sekolah tanpa terpaksa menerima pandangan yang diutarakan oleh teman sebayanya. Proses ini menjadikan anak usia sekolah belajar untuk mengungkapkan pendapat, melakukan tawar-menawar (negosiasi), berkompromi dan bekerja sama untuk mempertahankan hubungan persahabatan.
- b) Meningkatnya sensitivitas anak usia sekolah terhadap aturan dan tekanan dari kelompok sebayanya. Anak usia sekolah sedemikian rupa memodifikasi perilakunya agar dapat diterima oleh kelompok sebaya yang diharapkan. Anak usia sekolah belajar tentang cara berpenampilan, berbicara dan bertingkah laku seperti yang diharapkan oleh kelompok sebayanya.
- c) Meningkatnya rasa persahabatan dan solidaritas yang tinggi terutama pada teman sebaya berjenis kelamin yang sama. Anak usia sekolah mulai memiliki sahabat terbaik sebagai tempat menceritakan sesuatu yang rahasia, bersenda gurau, belajar dan bermain/berpetualang, meskipun terkadang terjadi perselisihan, perasaan terancam yang diakhiri dengan persahabatan kembali.

2.3 Edukasi Sebaya

2.3.1 Batasan dan Keuntungan Edukasi Sebaya

Edukasi sebaya dalam keperawatan komunitas merupakan salah satu bentuk aktifitas pemberian informasi kesehatan melalui pendekatan kelompok sebaya. Banyak ahli yang mengungkapkan tentang batasan dan keuntungan dari edukasi sebaya. Edukasi sebaya merupakan pendekatan edukasi melalui kelompok sebaya. Edukasi sendiri dimaknai sebagai pengembangan pengetahuan, sikap, nilai, dan keterampilan yang diperoleh dari proses belajar, sedangkan kelompok sebaya adalah sekelompok orang yang memiliki kesamaan dalam status sosial seperti; kesamaan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status kesehatan dan lain-lain (Zielony, *et al.*, 2000). Shinner (1999, dalam McDonald, *et al.*, 2003) menambahkan bahwa kelompok sebaya mencakup sekelompok orang yang memiliki kesamaan karakteristik, seperti: kesamaan umur, jenis kelamin, budaya, tempat tinggal, pengalaman, latar belakang pendidikan, merupakan kelompok perkumpulan tertentu, sekelompok orang yang saling bersahabat, atau memiliki kesamaan dalam minat. Lebih lanjut edukasi sebaya diartikan sebagai sebuah pendekatan yang sering digunakan untuk mempengaruhi perubahan pengetahuan, sikap, keyakinan dan perilaku pada tingkatan individu, kelompok, atau masyarakat, dengan cara memodifikasi norma dan menstimulus sekumpulan tindakan yang berkontribusi terhadap perubahan kebijakan dan program (Population Council, 2000).

Robins (1994, dalam McDonald, *et al.*, 2003) menyatakan bahwa edukasi sebaya adalah berbagi (*sharing*) pengalaman dan saling belajar dari sekelompok orang yang memiliki kesamaan. Pendapat yang sama dikemukakan Bleeker (2001) bahwa edukasi sebaya adalah proses berbagi informasi antara anggota kelompok masyarakat tertentu untuk mencapai hasil

yang positif termasuk peningkatan gaya hidup sehat di antara jaringan sosialnya. Pemberdayaan anak-anak atau remaja dalam edukasi sebaya dapat dilakukan, dimana mereka diberikan kesempatan untuk berpartisipasi dalam kegiatan untuk saling mempengaruhi dan mengakses informasi atau pelayanan untuk melindungi kesehatan (Carnegie, 1998, dalam Bleeker, 2001).

Edukasi sebaya merupakan kombinasi dari batasan edukasi dan kelompok sebaya, yang dimaknai sebagai sebuah proses untuk melatih dan memotivasi sekelompok anak melalui aktifitas pendidikan informal maupun formal yang dilakukan dalam satu kelompok sebaya (memiliki kesamaan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, status kesehatan, minat dan lain-lain) dalam jangka waktu tertentu, yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, keyakinan, dan keterampilan, sehingga anak-anak mampu untuk bertanggung jawab dan menjaga kesehatan dirinya (McDonald *et al.*, 2003). Turner dan Shepherd (1999, dalam Bleeker 2001) menyatakan bahwa terdapat sepuluh alasan penggunaan intervensi edukasi sebaya, meliputi:

- a. Edukasi sebaya secara pembiayaan lebih murah (efektif). Hal ini dikarenakan edukasi dalam kelompok sebaya dapat terjadi secara spontan, tidak membutuhkan bayaran yang besar dibandingkan dengan tenaga profesional.
- b. Kelompok sebaya adalah sumber informasi (informan) yang akurat. Pemberdayaan anggota sebaya sebagai pemberi edukasi dapat menjadi *role model* dalam kelompok sebayanya.
- c. Edukasi sebaya melingkupi pemberdayaan anggota sebaya yang terlibat di dalamnya. Edukasi yang diberikan menggunakan bahasa dan gaya dalam kelompok sebayanya.
- d. Edukasi sebaya sangat praktis digunakan untuk berbagi informasi dan pemberian anjuran.

- e. Edukasi yang diberikan oleh anak-anak atau remaja untuk kelompok sebayanya memberikan rasa aman dan nyaman dibandingkan edukasi yang diberikan oleh orang dewasa. Penelitian membuktikan bahwa remaja / anak merasa lebih aman menceritakan masalahnya kepada teman sebayanya dibandingkan dengan orang dewasa, dikarenakan orang dewasa sering tidak menghargai kerahasiaan permasalahan yang diceritakannya (Prendergast & Miller, 1996, dalam McDonald *et al.*, 2003).
- f. Pendekatan pemberian informasi kesehatan melalui kelompok sebaya dapat lebih sukses daripada edukasi melalui tenaga profesional, dikarenakan anggota dalam kelompok sebaya saling berinteraksi dan saling mempengaruhi dengan kuat.
- g. Edukator sebaya adalah *role model* yang bagus untuk kelompok sebayanya yang dapat berpengaruh kuat terhadap perilaku anggota kelompoknya.
- h. Pendidikan kesehatan yang dipresentasikan oleh anggota sebaya mungkin dapat diterima oleh anggota ketika metode lainnya tidak mungkin untuk dilakukan, terutama untuk hal-hal yang sensitif.
- i. Edukasi sebaya dapat digunakan untuk mengedukasi sekelompok orang yang sulit untuk dijangkau dengan metode konvensional lainnya.
- j. Edukator sebaya memiliki kesempatan untuk kontak dengan kelompok sebayanya secara berkelanjutan dalam interaksi sosial sehari-hari sehingga dapat menguatkan proses pembelajaran, meningkatkan peluang tambahan untuk berbagi informasi, serta menjadi model peran dari perilaku yang diharapkan.

Alasan-alasan yang diungkapkan sebelumnya menunjukkan bahwa edukasi sebaya adalah sebuah pendekatan dalam

pemberian informasi termasuk informasi kesehatan yang efektif dalam mempengaruhi peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku pada tingkatan individu atau kelompok sebaya secara efektif. Hal ini didukung oleh hasil penelitian berupa meta analisis dari 143 orang remaja yang mengikuti program pencegahan penyalahgunaan NAPZA. Hasil penelitian menunjukkan bahwa program edukasi sebaya memiliki hasil kesehatan yang positif dalam lima aspek, yaitu; pengetahuan, sikap, penggunaan obat, keterampilan dan perilaku (Bleeker, 2001).

Penelitian lain dari Hayati (2009) mengungkapkan fakta yang sama bahwa terdapat perbedaan pengetahuan, sikap, dan keterampilan (perilaku) yang signifikan terhadap perilaku jajan pada anak usia sekolah di kelompok intervensi dan terdapat perbedaan bermakna rata-rata nilai pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang lebih tinggi pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi edukasi sebaya tentang jajan sehat. Dengan demikian edukasi sebaya efektif dalam meningkatkan perilaku positif pada anak usia sekolah.

2.3.2 Teori-Teori yang Mendasari Edukasi Sebaya

Efektifitas edukasi sebaya dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku seseorang, dapat dijelaskan melalui beberapa teori promosi kesehatan, dan psikologi kesehatan/sosial, yang mendasari konsep pelaksanaan edukasi sebaya (Pender, Murdaugh & Parson, 2001; Zioleny *et al.*, 2000, McDonald *et al.*, 2003).

Teori-teori tersebut menjelaskan tentang sejumlah faktor yang ada dalam diri seseorang, faktor kognitif, dan lingkungan sosial, yang berperan terhadap perubahan perilaku seseorang.

Adapun teori-teori tersebut secara singkat dijelaskan, sebagai berikut:

1) *Social Learning Theory* (Albert Bandura, 1977)

Social Learning Theory menggambarkan tentang bagaimana pengaruh lingkungan sosial terhadap perilaku seseorang. Teori ini menekankan bahwa model peran (*role model*) dalam menampilkan perilaku dipahami sebagai perilaku sosial. Perilaku sosial dipelajari seseorang melalui pengamatan perilaku yang kemudian akan diadopsi sebagai sebuah perilaku baru. Penampilan perilaku akan dipengaruhi oleh persepsi seseorang terhadap keuntungan yang diperoleh serta konsekuensi yang diterima berupa *reward* atau *punishment* dari lingkungan sosial.

Berdasarkan perspektif teori ini, kelompok sebaya merupakan lingkungan sosial dimana terjadi kontak/interaksi secara terus menerus antar satu dan yang lainnya. Interaksi ini akan mengakibatkan terjadinya penyerapan pengetahuan dan nilai yang akan mempengaruhi persepsi seseorang, sehingga akan berdampak terhadap penampilan perilaku seseorang. Edukator sebaya adalah model peran (*role model*) bagi anggota kelompok sebaya.

2) *Social Identity Theory* (Wilder, 1990)

Social Identity Theory digunakan untuk mengaplikasikan konsep pengaruh *in-group* dan *out-group* terhadap perubahan perilaku. Seseorang akan mudah dipengaruhi oleh orang lain yang memiliki kesamaan dalam identitas sosial atau karakteristik dengan dirinya (seperti, jenis kelamin, budaya, pekerjaan, dan lain-lain) atau disebut dengan konsep *in-group*. Konsep *in-group* menggambarkan adanya rasa kepemilikan dan keterikatan yang kuat pada sekelompok orang yang memiliki

karakteristik yang sama, sedangkan *out-group* menggambarkan adanya rasa keterikatan yang rendah pada sekelompok orang yang memiliki karakteristik yang berbeda.

Anggota kelompok akan saling mempengaruhi perilaku melalui dua hal yaitu, pengaruh sosial (norma dan harapan) dan pengaruh informasi. Konsep *in-group* menunjukkan sekelompok orang dengan karakteristik yang sama akan mengindikasikan adanya kesesuaian keyakinan, sikap dan perilaku. Pengaruh sosial mencakup frekwensi kontak dan perbandingan perilaku antar anggota kelompok sesuai yang diharapkan. Anggota suatu kelompok akan berupaya mematuhi norma kelompoknya agar diterima (*reward*) dan berupaya menghindari terjadinya penolakan kelompok (*punishment*). Pengaruh informasi adalah sumber kekuatan kedua dari pengaruh kelompok. Kekuatan pengaruh informasi terhadap perubahan perilaku seseorang sangat berhubungan dengan konten dan pembawa pesan (informasi). Pembawa pesan yang berasal dari kelompok itu sendiri memiliki pengaruh yang kuat dalam menarik perhatian kelompok (Mackie *et al.*, 1990 dalam McDonald, *et al.*, 2003). Perspektif teori ini relevan dengan edukasi sebaya yang mempertimbangkan karakteristik dan harapan kelompok target sebaya, memilih edukator sebaya secara tepat, dan menggunakan edukator sebaya sebagai pemberi informasi bagi anggota kelompok sebayanya.

3) *Diffusion Innovation Theory* (Rogers, 1999-2002; Larkey, et al., 1999)

Diffusion Innovation Theory menggambarkan bahwa pengaruh sosial berperan penting dalam perubahan perilaku. Elemen kunci dari teori ini adalah opini atau pandangan dari tokoh-tokoh penting di komunitas. Opini tersebut bertindak sebagai agen perubah perilaku, yang akan mempengaruhi nilai atau kebiasaan kelompok melalui hasil pertukaran dari satu orang ke orang lainnya dan diskusi. Berdasarkan perspektif teori ini, pemilihan edukator sebaya dari kelompok sebayanya, dapat meningkatkan kredibilitas dari opini yang akan diberikan dalam mempengaruhi opini dan perilaku anggota kelompok sebayanya.

4) *Social Comparisson Theory* (Festinger, 1954)

Social Comparisson Theory mengandung konsep bahwa seseorang akan meyakini kemampuan dan opini tentang dirinya dengan cara, membandingkan dirinya dengan orang lain, yang secara relevan memiliki karakteristik yang sama dengan dirinya. Hal ini sering disebut dengan evaluasi diri (*self evaluation*), meskipun beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa konsep perbandingan sosial ini dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas atau kemandirian diri (*self enhancement/self efficacy*). Anggota kelompok sebaya sering membandingkan dirinya dengan kelompok sebayanya, sehingga perspektif teori ini digunakan untuk membangun konsep edukasi sebaya dalam menarik motivasi seseorang untuk berubah sesuai dengan kemampuan/perilaku kelompok.

5) *Cognitive Dissonance Theory* (Festinger et al., 1954)

Cognitive Dissonance Theory menggambarkan bahwa disonan kognitif (ketidakcocokan dalam pikiran/kognisi) terjadi ketika seseorang menerima informasi yang tidak konsisten/tidak sesuai dengan pengetahuan, sikap, dan keyakinan yang dimilikinya, sehingga menimbulkan perasaan tidak nyaman (konflik) atau perasaan bersalah, rendah diri, dan menurunkan kemanjuran diri (*self efficacy*). Seseorang pada dasarnya akan berusaha untuk menghindari perasaan tidak nyaman tersebut dengan cara menerima atau menghindari informasi yang diberikan. Penerimaan informasi dimaknai sebagai perubahan keyakinan dan sikap yang relevan dengan informasi yang diperoleh, sedangkan penghindaran terjadi ketika seseorang tidak mau mengubah sikap dan keyakinannya akibat informasi yang tidak terpercaya atau seseorang dapat juga berpura-pura berubah. Perspektif teori ini digunakan pada edukasi sebaya dalam membangun konsep pemberian informasi yang sesuai dengan harapan, pengalaman, dan karakteristik kelompok target.

6) *Theory of Planned Behaviour* (Ajzen, 1991)

Theory of Planned Behaviour digunakan untuk menjelaskan kecenderungan (hasrat) dari perilaku seseorang, yang akan mempengaruhi tindakan aktual. Kecenderungan/hasrat dari perilaku seseorang akan ditentukan oleh sikap, norma keyakinan dan persepsi terhadap kontrol perilaku dirinya. Berdasarkan model ini sikap ditentukan oleh adanya interaksi antara keyakinan tentang konsekuensi dan nilai yang akan diterima dari perilaku yang ditampilkan. Norma keyakinan seseorang ditentukan oleh relevansi norma dirinya dengan kelompok

(diterima atau tidak diterima), yang akan berdampak terhadap motivasi untuk melakukan tindakan (perilaku) sesuai yang diharapkan kelompok. Selanjutnya persepsi terhadap kontrol perilaku, ditentukan oleh tingkatan kontrol diri dari perasaan seseorang terhadap perilaku yang dilakukan. Konsep ini mempertimbangkan adanya pengaruh persepsi internal (keterampilan, pengetahuan, motivasi, dan lain-lain) dan eksternal (peluang, dukungan orang lain, otoritas, dan lain-lain) yang mempengaruhi perilaku seseorang. Perspektif teori ini digunakan dalam aplikasi edukasi sebaya untuk menginterasikan berbagai faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam kelompok.

7) *Health Belief Model/HBM* (Godfrey Hochbaum, Stephen Kegels, & Irwin Rosenstock, 1950)

HBM adalah teori promosi kesehatan yang digunakan untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku seseorang yang berhubungan dengan kesehatan sebagai respon terhadap penyakit. Berdasarkan teori HBM, terdapat 4 (empat) jenis persepsi yang mempengaruhi seseorang untuk menghindari perilaku negatif dan melaksanakan perilaku positif sebagai respon terhadap ancaman (penyakit). Persepsi tersebut meliputi: persepsi terhadap kerentanan (resiko seseorang terhadap penyakit), persepsi seseorang terhadap keseriusan penyakit (konsekwensi yang diperoleh dari kondisi sakit), serta persepsi terhadap hambatan dan keuntungan perubahan perilaku. Model ini menyatakan bahwa jika seseorang memiliki keinginan untuk menghindari suatu penyakit dan meyakini bahwa tindakan kesehatan tertentu akan mencegah penyakit maka, perubahan perilaku akan terjadi. Kondisi ini terjadi

apabila, persepsi terhadap ancaman penyakit tinggi dan keuntungan dari perilaku lebih besar dari hambatan.

Model ini tidak memperhitungkan tentang kebiasaan, sikap dan emosi seseorang, namun secara adekuat memperhitungkan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seperti budaya, pengaruh sosial dan demografi (pengaruh *peer*, status sosial ekonomi, pengalaman, pengetahuan, dan lain-lain/ faktor yang dapat dimodifikasi). Berdasarkan perspektif teori ini interaksi kelompok sebaya dalam konteks *sharing*, diskusi dan pengajaran dapat meningkatkan bantuan dalam mempengaruhi persepsi positif seseorang yang meningkatkan perilaku sehat.

8) *Trans-Theoretical Model of Change* (Prochaska dan DiClemente, 1982)

Trans-Theoretical Model of Change menggambarkan 5 (lima) tahapan perubahan. Seseorang yang mengalami perubahan akan memasuki setiap tahapan perubahan secara progresif, meskipun pada setiap tahapnya terdapat peluang berupa kembalinya seseorang ke tahap perubahan sebelumnya (*relapse*). Adapun tahap perubahan secara singkat dijelaskan, sebagai berikut:

- a) *Precontemplation*; seseorang tidak ingin merubah perilaku dan berpikir untuk mengadopsi perilaku tertentu. Seseorang tidak menganggap bahwa perilakunya sebagai masalah.
- b) *Contemplation*; Seseorang mulai sadar dan peduli dengan masalah dan mulai berpikir untuk merubah dan mengadopsi perilaku tertentu.

- c) *Preparation*; seseorang mulai membuat rencana dan mengambil langkah untuk mengadopsi perilaku positif dalam melakukan perubahan perilaku.
- d) *Action*; seseorang melaksanakan rencana perubahan perilaku.
- e) *Maintenance*; seseorang berupaya untuk mempertahankan /menjaga keberlanjutan perubahan perilaku dan melawan adanya kemungkinan kembali ke perilaku awal.

Teori model ini juga menjelaskan bagaimana pengetahuan dan sikap berdampak pada perubahan perilaku di setiap tahap perubahan. Perubahan pengetahuan berlangsung ketika berpindahannya seseorang dari tahap *precontemplation* ke tahap *contemplation*, perubahan pengetahuan akan berdampak pada perubahan sikap di tahap *preparation*. Dukungan dan penguatan yang dilakukan secara terus menerus akan memfasilitasi terjadinya tindakan perubahan perilaku pada tahap *action* dan *maintenance* (perubahan perilaku menetap). Berdasarkan perspektif teori ini, pemberian pengetahuan oleh edukator sebaya dapat mempengaruhi terjadinya perubahan sikap dan perilaku anggota kelompoknya.

9) *Theory of Participatory Education*

Zioleny *et al.* (2000) menyatakan bahwa teori ini mengandung konsep pemberdayaan dan pengikutsertaan seseorang untuk berpartisipasi aktif dalam proses pendidikan. Hal ini menjadi kunci penting dalam mempengaruhi perubahan sebagai hasil dari proses pembelajaran.

2.3.3 Tahapan Edukasi Sebaya

Ford dan Collier (2006) selanjutnya menyatakan mekanisme atau tahapan kegiatan edukasi sebaya, yaitu, antara lain:

a. Perencanaan (*planning*)

Perencanaan edukasi sebaya adalah komponen penting yang harus dilakukan untuk kesuksesan pelaksanaan edukasi sebaya. Perencanaan edukasi sebaya meliputi beberapa tahapan aktifitas, berupa: tahap pertama yaitu, mengidentifikasi isu yang berkenaan dengan masalah, menentukan kelompok target dan menentukan tujuan yang jelas; tahap kedua yaitu, menentukan edukator sebaya; tahap ketiga yaitu, merancang kegiatan edukator sebaya dalam kelompok sebaya; dan tahap keempat yaitu, merencanakan strategi untuk monitoring dan evaluasi (Ford & Collier, 2006).

Identifikasi isu, kelompok target dan tujuan edukasi sebaya, berkontribusi terhadap keputusan tentang konten (isi materi/pembahasan), pemberian dan tempat pelaksanaan edukasi sebaya, termasuk rencana pemilihan dan pelatihan untuk edukator sebaya. Umur, tempat tinggal secara geografis atau tempat bersekolah, jenis kelamin, tingkat pendidikan, adalah menjadi karakteristik yang harus diperhatikan dalam mengidentifikasi kelompok sebaya target. Beberapa penelitian melaporkan bahwa pengaruh/dampak edukasi sebaya tampak lebih kuat pada kelompok umur 10-13 tahun (Bloor *et al.*, 1999 dalam McDonald *et al.*, 2003).

Tujuan dari edukasi harus dinyatakan secara spesifik dan objektif, yang dikembangkan dari hasil pengkajian kebutuhan dan situasi kelompok target serta data-data pendukung yang ada (McDonald *et al.*, 2003). Tujuan

pelaksanaan edukasi sebaya pada umumnya adalah untuk mempengaruhi pengetahuan, sikap, dan keterampilan dan atau norma-norma budaya kelompok target atau untuk memberdayakan kelompok target agar mampu membuat keputusan secara mandiri.

Hal lain yang harus direncanakan sebelum pelaksanaan edukasi sebaya adalah memilih edukator sebaya (*peer educator*). Edukator sebaya adalah seseorang yang berasal dari kelompok sebaya, memiliki karakteristik yang sama dengan kelompoknya, terpercaya dan memiliki pengaruh, dan telah mengikuti pelatihan (training) edukator sebaya (McDonald, *et al.*, 2003). Edelstain, *et.al*, (1993) menyatakan bahwa kesuksesan program edukasi sebaya sangat dipengaruhi oleh kemampuan edukator sebaya dalam penyampaian informasi edukasi, berkredibilitas, dan mampu melaksanakan supervisi. Edukator sebaya harus memiliki potensi untuk dikembangkan berupa keterampilan yang baik dalam komunikasi, interpersonal, serta dalam perencanaan dan organisasi (McDonald *et al.*, 2003).

Edukator sebaya dapat memiliki peran sebagai fasilitator, konselor, sumber informasi atau tutor (McDonald *et al.*, 2003). Peran edukator sebaya dapat dikategorikan sebagai peran sebagai pendukung atau peran sebagai pemimpin dalam kelompok sebaya.

Peran sebagai pendukung menempatkan edukator sebaya dengan anggota sebayanya memiliki kedudukan yang sama, seperti, mempengaruhi anggota kelompok sebaya secara spontan (*role model*) atau berdiskusi dalam interaksi sehari-hari. Peran edukator sebaya sebagai pemimpin menempatkan edukator sebaya memiliki kedudukan yang lebih tinggi dari anggota kelompok sebaya lainnya, artinya

edukator sebaya diposisikan sebagai ahli atau pemimpin yang dapat berperan secara langsung terhadap kelompoknya secara mandiri. Peran formal ini secara umum digunakan dalam membangun konsep pelaksanaan edukasi sebaya (Zioleny et.al, 2000).

Dengan demikian pada tahap perencanaan edukasi sebaya, seorang tenaga profesional (perawat komunitas) hendaknya membuat rencana edukasi sebaya yang dituangkan dalam pedoman pelatihan, pelaksanaan dan strategi evaluasi, serta perlu melakukan identifikasi kelompok sebaya termasuk untuk memilih edukator sebaya, yang secara alami memiliki pengaruh besar di kelompok sebayanya, sering memimpin, membantu teman-teman sebayanya, serta memiliki pengalaman/wawasan yang luas dan kemampuan berkomunikasi dalam memberikan informasi yang baik (Wisst & Snider, 1991, dalam McDonald *et al.*, 2003).

b. Pelatihan (*training*)

Pelatihan edukator sebaya adalah tahap awal yang harus dilakukan sebelum kegiatan edukasi sebaya berjalan. Fokus dari pelatihan ini adalah memberikan tekanan terhadap metode partisipasi dalam kegiatan kelompok kecil dan bermain peran. Cripps (1997) menyatakan bahwa pelatihan edukator sebaya dirancang untuk memberikan pengetahuan yang dibutuhkan oleh edukator sebaya, termasuk keterampilan dalam melaksanakan dan memfasilitasi diskusi, menyajikan informasi dan mengatasi teman kelompok yang sulit diatur. Pelatihan yang diberikan untuk edukator sebaya adalah seputar informasi/issue permasalahan yang akan ditangani dan keterampilan dalam

memfasilitasi pemberian edukasi, penyediaan informasi, dan atau mempengaruhi norma-norma sosial yang ada.

Kurikulum pelatihan edukator sebaya yang adekuat, dapat mengarahkan dan memfasilitasi pelaksanaan pelatihan edukator sebaya untuk meningkatkan kredibilitas seorang edukator sebaya di mata kelompok target (McDonald, *et al.*, 2003).

Beberapa faktor yang harus diperhatikan dalam melakukan pelatihan edukator sebaya adalah; tempat pelaksanaan training, lama waktu training, pelatih (*trainer*) edukator sebaya, persiapan *pre-training*, konten (isi materi), dan pemberian/pelaksanaan training. Tempat training edukator sebaya dapat dilakukan di sekolah atau di masyarakat, namun akan lebih baik jika dilakukan di tempat pelaksanaan edukasi sebaya.

Waktu pelaksanaan training sangat ditentukan dari tujuan dari edukasi sebaya, karakteristik edukator sebaya yang ingin dicapai, dan sumber daya yang ada. Waktu yang ditentukan harus dapat memenuhi kebutuhan untuk penyampaian isi materi melalui interaksi, diskusi, dan praktik, yaitu berkisar 2 s/d 3 hari (sesi panjang) atau 10 s/d 20 jam dalam seminggu (sesi pendek).

Konsep pelatihan selama 3 hari digunakan oleh Bintarti (2000) dalam melatih edukator tentang HIV/AIDS. Hayati (2009) menyatakan bahwa pelatihan edukasi sebaya dilaksanakan selama 30-40 menit secara berkala dengan menggunakan metode yang tepat/sesuai untuk memotivasi kelompok dalam setiap sesi yang diberikan.

McDonald *et al.*, (2003) menyatakan pelatihan edukator sebaya bertujuan untuk memampukan seseorang dalam berkomunikasi secara efektif dalam diskusi dan kepemimpinan, bekerja dalam tim secara efektif, menjadi pendengar yang baik, mampu menanggapi kelompok atau teman sebaya secara efektif, memiliki pengetahuan untuk mendukung sistem kelompok sebaya dalam mengatasi permasalahannya, mampu menerapkan hasil pelatihan edukasi sebaya dalam berbagai setting, dapat menghargai anggota sebayanya, dan memiliki pengetahuan yang baik dan benar di seputar topik yang diangkat. Perencanaan atau perumusan tujuan edukasi sebaya yang sesuai akan memudahkan dalam pelaksanaan pelatihan edukasi sebaya dengan berbagai metode yang bervariasi dan sesuai dengan konteks yang ingin diajarkan.

c. Implementasi/Pelaksanaan

Implementasi dari edukasi sebaya meliputi beberapa aktifitas yang dilakukan oleh edukator sebaya dan kelompok sebaya. Implementasi edukasi sebaya meliputi beberapa aktifitas kelompok yang dilakukan dalam bentuk kegiatan sesi kelompok, dengan berbagai macam metode, seperti: diseminasi informasi kesehatan, *role play* atau bermain peran, diskusi interaktif, praktik (demonstrasi/simulasi), *modelling*, musik populer, dan interaksi spontan dalam keseharian dalam kelompok sebaya. Aktifitas edukasi sebaya sering digambarkan dalam bentuk kegiatan formal atau informal. Aktifitas edukasi sebaya formal harus terencana dan terstruktur, biasanya dapat dilakukan berupa edukasi sebaya di ruang kelas (sekolah) berupa pemberian informasi kepada kelompok sebaya oleh edukator sebaya yang diposisikan sebagai “ahli” (McDonlad, *et al.*, 2003). Edukasi informal

meliputi aktifitas: grup diskusi yang tidak terstruktur; diseminasi sumber-sumber dan saran (anjuran); aktifitas melalui budaya populer, seperti, musik, drama, kesenian; serta percakapan atau interaksi yang terjadi secara spontan dalam kehidupan sehari-hari.

McDonald et, al., (2003) menyatakan bahwa edukator sebaya memiliki tanggung jawab dalam menyiapkan pelaksanaan edukasi sebaya mulai dari mengidentifikasi, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi aktifitas edukasi sebaya dengan dukungan atau pendampingan *trainer* profesional. Edukator sebaya dalam merencanakan aktifitas edukasi sebaya didasarkan pada hasil identifikasi karakteristik, harapan dan kebutuhan kelompok target, pengalokasian sumber daya, negosiasi kepada pihak terkait, dan merencanakan konten edukasi, metode dan evaluasi.

Aktifitas edukasi sebaya dapat dilakukan di berbagai tempat seperti; institusi pendidikan, masyarakat (klub, tempat kerja, tempat perkumpulan remaja, dan sebagainya), dan sosial. Blekeer (2001) menyatakan bahwa institusi pendidikan atau sekolah adalah pilihan tempat yang paling sesuai untuk dilakukannya edukasi sebaya pada anak usia sekolah, dikarenakan dapat menjangkau sejumlah besar target kelompok sebaya, di samping itu keterpaparan anak sangat erat dengan lingkungan sekolah yang secara legal memiliki kekuatan dan kemudahan dalam mengorganisir atau operasional.

Aktifitas edukasi sebaya dari berbagai penelitian, efektif dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku positif, meskipun secara operasional keefektifan

pelaksanaan aktifitas edukasi sebaya dipengaruhi oleh: karakteristik partisipan (kelompok sebaya yang menjadi target) meliputi, jenis kelamin dan umur; rancangan implementasi dan dukungan; cara pelaksanaan/metode (efektif jika berupa aktifitas interaktif); waktu pelaksanaan edukasi sebaya (sebanyak 10 sesi atau lebih atau disesuaikan dengan karakteristik kelompok dan tujuan); dan pemilihan edukator sebaya yang tepat.

Penelitian Bantarti (2000) menunjukkan bahwa pendidikan sebaya tentang HIV/AIDS yang dilakukan selama 3 bulan, dapat memberikan dampak terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap siswa tentang HIV/AIDS, sedangkan penelitian. Hayati (2009) tentang pengaruh *peer* edukasi jajan sehat yang dilakukan selama 2 (dua) minggu, telah memberikan dampak terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan anak sekolah dasar dalam menentukan jajan sehat.

d. Evaluasi

Tahapan/mekanisme kegiatan dari edukasi sebaya yang terakhir adalah evaluasi atau sering disebut oleh para ahli edukasi sebaya sebagai supervisi. Tahapan evaluasi dilakukan selain untuk mengetahui/mengukur tingkat keberhasilan, juga memberikan dukungan yang berkelanjutan bagi edukator sebaya dalam menjalankan perannya. Evaluasi merupakan aktifitas yang dilakukan untuk memperoleh informasi dan menilai dampak dari sesuatu (McDonald *et al.*, 2003). Informasi dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan akibat, apakah intervensi edukasi sebaya yang dilakukan diikuti oleh pencapaian hasil sesuai yang diharapkan atau sesuai tujuan (Zioleny,*et al.*, 2003)

McDonald *et al.*, (2003) menyatakan bahwa terdapat 3 (tiga) elemen kunci dari tahapan evaluasi edukasi sebaya, yaitu: evaluasi proses (*strategies*), evaluasi dampak (*objective*) dan evaluasi hasil (*aim*). Evaluasi proses dilakukan untuk menilai dan menganalisis strategi edukasi sebaya yang telah dilakukan, evaluasi dampak untuk menilai dan menganalisis pencapaian dari tujuan jangka pendek edukasi sebaya dan evaluasi hasil untuk menilai dan menganalisis tujuan jangka panjang dari edukasi sebaya yang telah dilakukan.

Green (1997, dalam McDonald *et al.*, 2003) menyatakan bahwa pengaruh intervensi edukasi sebaya yang diamati dari beberapa hasil implementasi edukasi sebaya, secara nyata menunjukkan dampak terhadap perilaku yang dapat menempati salah satu kategori, yaitu:

- 1) *Sleeper effect*: pengaruh intervensi edukasi sebaya mulai tampak dalam beberapa waktu setelah edukasi sebaya dilakukan.
- 2) *Bacsliding effect*: pengaruh intervensi edukasi sebaya terjadi dengan cepat tetapi dalam jangka waktu yang pendek.
- 3) *Trigger effect*: pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku berlangsung secara progresif .
- 4) *Historical effect*: pengaruh edukasi sebaya dapat diamati dalam jangka waktu yang panjang. Pengaruh yang dihasilkan tidak berhubungan dengan edukasi sebaya.
- 5) *Bacslash effect*: pengaruh edukasi sebaya tampak berlawanan dengan tujuan yang direncanakan. Kondisi ini dapat terjadi akibat pelaksanaan edukasi sebaya yang tidak adekuat misal, edukasi sebaya yang dilaksanakan

tidak sesuai dengan pengalaman hidup partisipan atau pelaksanaan dihentikan secara tiba-tiba (*premature*).

Variasi kategori pengaruh edukasi sebaya yang diuraikan tersebut mengidentifikasi bahwa perolehan hasil yang lebih akurat diperoleh jika data yang dikumpulkan sebagai bahan evaluasi melalui pelaksanaan edukasi sebaya. Ketersediaan sumber daya dan waktu dapat membatasi frekwensi dan area/bidang kajian yang diukur.

Dua hal yang harus diperhatikan dalam memperoleh dampak atau hasil dari pengaruh intervensi edukasi sebaya, yaitu:

- 1) Penentuan waktu pengumpulan data secara strategis; dilakukan sebelum, dan selama dan atau sesudah kegiatan edukasi sebaya (meliputi pelatihan edukator sebaya dan pelaksanaan edukasi sebaya). Untuk mengukur perubahan perilaku dalam jangka panjang dilakukan sesudah 2 bulan, atau 6 bulan atau 1 tahun setelah edukasi sebaya dilaksanakan.
- 2) Pengontrolan terhadap faktor-faktor yang mungkin berhubungan atau berpengaruh terhadap perubahan perilaku dalam jangka waktu yang panjang.

Rancangan evaluasi edukasi sebaya hendaklah disiapkan sejak awal, dengan tahapan berupa; rancangan strategi monitoring dan evaluasi, pengumpulan data, analisa data, intepretasi temuan, laporan temuan dan diseminasi dari aktifitas edukasi sebaya yang dilakukan (Zioleny, *et al.*, 2003).

Berdasarkan tahapan-tahapan edukasi sebaya yang telah diuraikan, maka dapat disimpulkan bahwa untuk mencapai tujuan yang optimal, hendaknya dilakukan tahapan edukasi

sebaya secara adekuat, mulai dari tahap perencanaan, pelatihan, implementasi dan evaluasi, dengan mempertimbangkan strategi yang sesuai dengan tujuan, ketersediaan waktu dan sumber daya yang ada.

2.3.4. Metode dalam Edukasi Sebaya

McDonald *et al.* (2003) menyatakan bahwa ada beberapa metode yang sering digunakan dalam edukasi sebaya. Metode-metode tersebut disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik partisipan (kelompok sebaya) yaitu, meliputi:

1. Planned Group Sessions

Planned group sessions lebih dikenal dengan forum diskusi atau sesi tanya jawab dalam kelompok yang terencana. Sesi kelompok ini dipimpin oleh edukator sebaya dan bersifat lebih interaktif, partisipatif dan praktis dibandingkan dengan sesi kelompok yang dipimpin oleh guru atau tenaga profesional. Sesi kelompok pada umumnya digunakan untuk menggali nilai atau pendapat serta penyampaian informasi oleh edukator sebaya. Penelitian ini akan menggunakan metode sesi kelompok dalam menggali nilai, pendapat dan mengembangkan keterampilan PHBS melalui diskusi dan demonstrasi.

2. Dissemination of Resources and Information

Metode ini dilakukan dalam bentuk pemberian informasi melalui berbagai sumber seperti: leaflet, poster, booklet, balon berisikan pesan kesehatan, dan sebagainya. Edukator sebaya juga memiliki peluang untuk melakukan komunikasi, memberikan penjelasan, serta anjuran kepada anggota kelompok sebaya secara interaktif dengan menggunakan sumber yang ada. Selain itu penggunaan model atau objek tambahan yang relevan dalam memberikan penjelasan akan meningkatkan interaksi spontan dan partisipasi yang lebih

besar dari anggota kelompok sebaya. Penelitian ini akan menggunakan booklet sebagai sumber tambahan edukator sebaya dalam memandu anggota kelompok sebayanya.

3. *Opportunistic Interactions*

Metode ini bersifat informal, berupa pemberian edukasi oleh edukator sebaya secara spontan yang terjadi dalam interaksi sehari-hari. Edukator sebaya akan memberikan informasi yang diperoleh dari pelatihan kepada kelompok sebayanya. Proses dari metode ini diidentifikasi sebagai difusi budaya berupa penyebaran pengetahuan, sikap dan keterampilan melalui jaringan sosial.

Metode ini sering digunakan untuk menjangkau kelompok beresiko yang sulit dijangkau dalam suatu komunitas. Metode ini diperkirakan akan terjadi secara spontan dalam penelitian ini, namun tidak akan diperhitungkan dikarenakan setting edukasi sebaya akan dilaksanakan di ruang kelas sekolah dan dibutuhkan evaluasi terhadap proses edukasi yang dilaksanakan. Pemilihan sekolah sebagai tempat pelaksanaan edukasi sebaya dinilai efektif untuk anak usia sekolah dikarenakan secara legal anak akan hadir di sekolah serta mudah dalam mengevaluasi proses dan dampak pelaksanaan edukasi sebaya (McDonald *et al.*, 2003). Namun metode ini akan digunakan pada lingkungan sekolah dari kelompok sebaya, dimana peneliti akan terus mendukung dan memotivasi edukator sebaya untuk menjalankan perannya secara spontan untuk mengajarkan, memotivasi dan mengingatkan teman-temannya tentang PHBS dalam mencegah kecacingan di luar sesi formal di dalam kelas.

4. Pendekatan kreatif dengan budaya populer

Pendekatan kreatif dengan budaya populer dalam edukasi sebaya sangat diperlukan untuk menarik minat anggota kelompok sebaya. Bentuk dari metode ini antara lain, seperti: permainan interaktif, musik, bermain peran (*role play*), seni gambar/*visual art*, video drama, majalah serta pemanfaatan *web site* dalam pengembangan jaringan kelompok. Penelitian ini akan menggunakan metode permainan interaktif, musik, *role play*, video drama, serta seni gambar dalam penyampaian pesan PHBS dan kecacingan. Metode-metode ini digunakan karena dianggap praktis, mudah dipahami dan menyenangkan bagi anak usia sekolah.

2.4. Agregate (Kelompok) Anak Usia Sekolah Beresiko Terhadap Kecacingan

Kelompok “beresiko” (*at risk*) adalah sejumlah orang yang memiliki kecenderungan untuk mengalami kondisi tertentu. Pemikiran tentang kelompok beresiko dalam waktu terakhir telah diganti di dalam literatur kesehatan berupa identifikasi yang lebih spesifik dari perilaku-perilaku beresiko (*risky behaviours*) yang dapat disimpulkan dari data-data kesakitan dan kematian (McKie at al, 1993, dalam McMurray, 2003). Anak usia sekolah adalah salah satu kelompok yang memiliki perilaku-perilaku beresiko tertentu, sehingga anak usia sekolah dapat saja menjadi kelompok beresiko terhadap masalah-masalah kesehatan.

Anak usia sekolah “beresiko” (*children at risk*) adalah anak yang memiliki kondisi biologis atau psikologis atau yang situasi lingkungannya menempatkan anak beresiko untuk mengalami gangguan fisik, kognitif, atau perkembangan psikososial (Maurer & Smith, 2005). Anak usia sekolah

beresiko secara epidemiologi diartikan sebagai kecenderungan anak untuk mengalami kemungkinan sakit/cidera dibandingkan anak yang lainnya. Kondisi beresiko diakibatkan adanya faktor resiko yang meningkatkan potensi anak usia sekolah untuk mengalami masalah kesehatan. Faktor resiko adalah atribut atau paparan yang dihubungkan dengan kemungkinan peningkatan dari hasil tertentu, seperti kejadian penyakit (AIHW, 2000, dalam McMurray, 2003). Faktor resiko adalah aktifitas atau karakteristik yang meningkatkan seseorang untuk mengalami masalah kesehatan (Stone, McGuire, dan Eigsti, 1998).

Stanhope dan Lancaster (1996) membagi kategori faktor resiko (“beresiko” atau *at risk*) menjadi 5 (lima) kategori, meliputi: resiko biologis, adalah faktor genetik (karakteristik yang dibawa sejak lahir) atau kondisi fisik seseorang; resiko sosial adalah faktor kehidupan / kondisi lingkungan sosial seperti, ketidakadekuatan tempat rekreasi, sumber pelayanan kesehatan, lingkungan dengan sanitasi buruk, dan zat polutan, termasuk adanya diskriminasi sosial serta budaya; resiko ekonomi adalah ketidakadekuatan antara sumber penghasilan dan kebutuhan, berdampak pada ketidakmampuan memenuhi berbagai kebutuhan yang berhubungan dengan kesehatan, seperti, tempat tinggal, pakaian, makanan, pendidikan dan kesehatan; resiko gaya hidup (perilaku), adalah pola perilaku (kebiasaan) atau gaya hidup yang tidak sehat seperti, kebersihan diri yang buruk, pola tidur yang buruk, ketidakseimbangan aktifitas fisik, pola makan yang tidak sehat, dan sebagainya; resiko kejadian hidup (*life event risk*) berhubungan dengan transisi dalam kehidupan, perpindahan dari satu tahap/kondisi ke tahap yang lain seperti, pindah tempat tinggal, hadirnya anggota baru dalam keluarga, kehilangan anggota keluarga, dan sebagainya.

Health Canada (1996, dalam McMurray, 1999) menyatakan hal yang serupa bahwa ada beberapa kunci penting sebagai penentu kesehatan dalam populasi yang berkenaan dengan faktor resiko pada suatu kelompok atau populasi “beresiko/at risk”, seperti; faktor biologis, perilaku, respon individu, lingkungan fisik dan sosial, kondisi kehidupan ekonomi, serta aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan. Meskipun pelayanan kesehatan adalah hal penting dalam menentukan status kesehatan seseorang, perilaku (*non medical care factors*), lingkungan, kondisi biologis dan status sosial ekonomi adalah faktor-faktor yang paling dominan dalam mempengaruhi kesehatan kelompok (Lee & Paxman, 1997, dalam McMurray, 2003).

Beberapa penelitian dunia dan di Indonesia membuktikan bahwa kelompok anak usia sekolah merupakan kelompok yang memiliki prevalensi kecacangan yang lebih tinggi dibandingkan kelompok umur lainnya (Rebecca, 2004). Hal ini berhubungan dengan adanya beberapa faktor yang meningkatkan resiko anak usia sekolah untuk mengalami kecacangan.

Faktor resiko lingkungan fisik dan sosial yang buruk dibuktikan sebagai faktor-faktor resiko yang dapat meningkatkan anak usia sekolah terkena kecacangan. Faktor resiko lingkungan keluarga seperti, rendahnya pendidikan dan pengetahuan ibu tentang perilaku pencegahan kecacangan, menjadi faktor resiko anak usia sekolah untuk terkena kecacangan (Phiri *et al.*, 2000; Nurlila, 2002). Pendidikan dan pengetahuan ibu yang rendah akan berhubungan dengan ketidakmampuan dalam menampilkan PHBS secara adekuat dalam keluarga termasuk anak usia sekolah. Anak usia sekolah adalah periode kritis untuk belajar dan mengadopsi perilaku dari lingkungannya, termasuk mengadopsi penampilan PHBS dari ibunya/keluarga

(Pender, Mardaugh & parson, 2001; Stanhope & Lancaster, 2006).

Faktor resiko lingkungan fisik berupa sanitasi rumah dan sanitasi sekolah seperti, tidak tersedianya jamban dan akses air bersih, juga dibuktikan menjadi faktor resiko yang meningkatkan kejadian kecacangan pada anak usia sekolah (Jalaluddin, 2009; Nurlila, 2002; Phiri *et al.*, 2000). Kondisi ini adalah faktor pemungkin yang dapat meningkatkan perilaku sehat anak usia sekolah (Green & Kreuter, 2001). Selain itu, faktor resiko ekonomi (pendapatan) keluarga yang rendah dibuktikan oleh penelitian Nurlila (2002) sebagai salah satu faktor resiko yang dapat meningkatkan resiko anak usia sekolah untuk terkena cacangan. Hal ini dihubungkan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menyediakan fasilitas untuk hidup bersih dan sehat.

Faktor resiko perilaku merupakan faktor resiko yang secara langsung berhubungan dengan kecacangan, selain tingkat pengetahuan ibu yang rendah (Nurlila, 2002). Wongs (2007) menyatakan bahwa anak-anak beresiko mengalami kecacangan akibat banyaknya aktifitas anak yang menyebabkan adanya kontak tangan dan mulut yang tercemar oleh telur cacing. Departemen Kesehatan R.I (2004) juga menyatakan bahwa anak usia sekolah adalah kelompok beresiko yang sering terkena kecacangan, karena perilaku bermain anak sering berhubungan dengan tanah. Pendapat ini didukung oleh penelitian dari Nurlila (2002) menyatakan bahwa anak yang memiliki kebiasaan melakukan permainan yang kontak dengan tanah beresiko 2,92 kali mengalami kecacangan dibandingkan anak yang tidak memiliki kebiasaan melakukan permainan yang kontak dengan tanah, meskipun faktor ini tidak berhubungan secara langsung dengan kecacangan.

Penelitian di dunia dari Phiri *et al.*, (2000) menunjukkan bahwa anak usia sekolah yang berperilaku tidak menggunakan alas kaki di luar rumah akan beresiko mengalami kecacingan. Penelitian yang sama dilakukan oleh Rebecca *et al.* (2004) menunjukkan bahwa anak yang berperilaku tidak menggunakan alas kaki di luar rumah beresiko dua kali lebih tinggi untuk mengalami kecacingan dibandingkan anak yang menggunakan alas kaki. Penelitian serupa dari Wodermann (2006) menunjukkan bahwa perilaku tidak mencuci tangan dan defekasi di sembarang tempat akan meningkatkan resiko kecacingan.

Penelitian-penelitian serupa di Indonesia juga menunjukkan hal yang. Proporsi reinfeksi kecacingan anak usia sekolah lebih banyak terjadi pada kelompok anak yang pengetahuan dan praktek kesehatannya buruk dibanding kelompok anak yang pengetahuan dan praktek kesehatan baik (Shuartono, Rahfiludin & Budiyo, 2001). Penelitian Yulianto (2007) membuktikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan mencuci tangan, kebiasaan memotong kuku, kebiasaan mengkonsumsi makanan mentah, dan kepemilikan jamban dengan kejadian kecacingan pada anak usia sekolah dasar. Selanjutnya penelitian Nurlila (2002) dan Jalaluddin (2009) juga membuktikan bahwa anak usia sekolah yang memiliki kebiasaan perilaku hidup sehat yang buruk seperti: tidak mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, memiliki kuku yang kotor, tidak menggunakan alas kaki di luar rumah akan meningkatkan resiko untuk terkena kecacingan. Faktor resiko perilaku PHBS yang rendah berhubungan dengan tingkat perkembangan kognitif anak yang masih terbatas, sehingga pengajaran pengetahuan, nilai dan keterampilan, serta pembiasaan PHBS secara dini, diperlukan.

2.5 Kecacingan pada Anak Usia Sekolah

Kecacingan yang sering terjadi pada anak usia sekolah adalah “*Soil Transmitted Helminths*” (STH). STH adalah infeksi cacing usus yang ditularkan melalui tanah. Infeksi cacing usus yang banyak terjadi di Indonesia disebabkan oleh parasit cacing seperti; *Ascaris lumbricoides* (cacing gelang), *Trichuris trichiura* (cacing cambuk), *Ancylostoma duodenale* dan *Necator americanus* (cacing tambang). Faktor terpenting dalam penyebaran cacing-cacing tersebut adalah adanya kontaminasi tanah oleh tinja yang mengandung telur cacing (tidak membutuhkan hospes perantara) (Yulianto, 2007).

Kecacingan pada anak usia sekolah jarang menimbulkan kematian secara langsung, namun sangat mempengaruhi kualitas hidup penderitanya, terutama akibat dari dampak kronis dan komplikasi yang ditimbulkannya. Kecacingan berupa infeksi cacing gelang yang berat/kronik akan menimbulkan malnutrisi dan gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak, sedangkan infeksi cacing tambang akan menimbulkan anemia (defisiensi zat besi). Infeksi cacing cambuk akan menimbulkan angka kesakitan (morbiditas) yang tinggi pada anak usia sekolah (Rampegan, 1997). Penegakkan diagnosis dari ketiga jenis cacing tersebut ditentukan melalui pemeriksaan tinja segar di laboratorium dengan menggunakan menggunakan metode *Kato-Katz* atau reagen eosin.

Berikut akan dijelaskan karakteristik dari siklus hidup dan proses infeksi dari ketiga jenis cacing tersebut:

1) *Ascaris lumbricoides* (Cacing Gelang)

Cacing gelang adalah salah satu jenis cacing yang sering menginfeksi anak usia sekolah. Cacing gelang hidup pada kondisi lingkungan tanah yang lembab, hangat, dan teduh.

Secara anatomis cacing gelang jantan berukuran lebih dari 35 cm, sedangkan betina dapat mencapai lebih 40 cm dengan diameter 3-6 mm. Hospes cacing gelang adalah manusia. Cacing betina bertelur sekitar 100.000-200.000 butir sehari yang akan dikeluarkan bersama feces manusia. Telur cacing gelang yang dihasilkan akan tumbuh menjadi bentuk yang infeksi dalam waktu kurang lebih 3 (tiga) minggu di dalam tanah. Telur cacing infeksi didalam tanah dapat bertahan hidup selama berbulan-bulan dan dapat bertahan hidup di cuaca dingin (5-10 °C) selama dua tahun. Apabila telur infeksi ini tertelan manusia, maka telur infeksi tersebut akan masuk ke usus halus dan menetas menjadi larva. Selanjutnya larva tersebut akan ke dalam kelenjar getah bening dan aliran darah hingga terbawa sampai ke paru-paru. Larva akan mengalami pendewasaan di dalam paru-paru yang memakan waktu sekitar 10-14 hari, kemudian larva ini akan menembus alveoli, masuk ke saluran pernafasan dan tertelan kembali hingga masuk ke usus halus dan berkembang menjadi cacing dewasa. Siklus hidup cacing gelang mulai dari telur infeksi hingga menjadi cacing gelang dewasa membutuhkan waktu sekitar 2 sampai 3 bulan (Bruckner, 1996).

Gejala klinis infeksi cacingan ascaris sering asimtomatik. Gejala klinis yang muncul sangat bervariasi, dimulai dengan gangguan abdomen, gangguan pulmonal yang ringan maupun berat bahkan dapat menyebabkan kematian. Gejala yang timbul sesuai dengan organ yang dilalui oleh larva atau cacing dewasa. Kebanyakan gejala klinis *ascariasis* yang ditimbulkan adalah pneumonitis, obstruksi intestinal, obstruksi biliaris, obstruksi pankreas dan malnutrisi. Sindroma klinis akibat adanya larva di dalam parenkim

paru dan reaksi hipersensitivitas yang ditimbulkannya disebut *Loeffler's syndrome* (Soedarto, 1991).

2) *Trichuris trichuria* (Cacing Cambuk)

Cacing cambuk adalah salah satu jenis cacing yang paling sering menginfeksi anak-anak termasuk anak usia sekolah. Manusia adalah hospes utama dari cacing cambuk. Cacing cambuk secara umum memiliki siklus hidup yang sama dengan cacing gelang. Telur cacing cambuk yang berisi embrio jika tertelan manusia akan menetas menjadi larva di usus halus dan masuk ke usus besar hingga menjadi dewasa. Cacing cambuk dewasa ini akan hidup menetap selama beberapa tahun di usus besar hospes (manusia) tersebut. Cacing cambuk akan menimbulkan kelainan patologis akibat kerusakan mekanik di bagian usus dan respon alergi yang selanjutnya akan menimbulkan anemia, diare darah dan penurunan berat badan / malnutrisi (Rampengan, 1997).

3) *Ancylostoma duodenale* dan *Necator americanus* (Cacing Tambang)

Cacing tambang adalah salah satu jenis cacing yang sering menginfeksi anak usia sekolah. Manusia merupakan hospes dari cacing tambang. Cacing tambang jantan secara anatomis memiliki panjang sekitar 0,8 cm, sedangkan cacing betina memiliki panjang sekitar 1 cm. Cacing betina menghasilkan telur 9000-10.000 butir sehari.

Siklus hidup cacing tambang hampir sama dengan cacing gelang dan cacing cambuk, yaitu dimulai sejak keluarnya telur cacing bersama feces. Telur cacing yang dikeluarkan masuk ke dalam tanah dan sekitar 1-15 hari akan menetas menjadi larva rhabditiform. Larva rhabditiform akan mengalami pertumbuhan menjadi larva filariform setelah 3

hari. Larva filariform akan hidup di dalam tanah sekitar 7-8 minggu dan dapat menembus kulit.

Infeksi oleh larva filariform dapat melalui penetrasi kulit atau ikut tertelan bersama makanan. Larva filariform akan ikut masuk ke dalam aliran darah ke jantung, kemudian ke paru-paru dan menembus pembuluh darah hingga masuk ke bronchus. Selanjutnya larva akan masuk ke trakea dan laring hingga ikut tertelan dan masuk ke dalam usus halus dan menjadi cacing dewasa. Cacing tambang dikenal sebagai penghisap darah. Cacing tambang dapat menghisap darah sekitar 0,2 ml per hari. Kecacingan cacing tambang dapat menyebabkan anemia berat dan malnutrisi pada anak-anak

Berdasarkan uraian-uraian yang telah dikemukakan dapat disimpulkan bahwa kecacingan pada anak usia sekolah disebabkan oleh jenis cacing yang berbeda-beda dan menghasilkan dampak yang spesifik. Meskipun demikian, perbedaan tersebut tidak berdampak pada perbedaan sumber masalah yang salah satunya berupa buruknya perilaku hidup bersih dan sehat pada anak usia sekolah. WHO (1996) telah menetapkan strategi intervensi dasar penurunan kecacingan pada anak usia sekolah berupa, pendidikan kesehatan, sanitasi dan pengobatan dengan obat cacing. Pendidikan kesehatan dianggap sebagai intervensi jangka panjang untuk mengubah perilaku anak usia sekolah, hingga saat ini metode yang digunakan masih berupa pendidikan kesehatan oleh petugas kesehatan atau guru di sekolah.

2.6 Peran Perawat Komunitas Pada Upaya Pengendalian Kecacingan

Helvie (1998) menyatakan bahwa ada beberapa peran perawat komunitas dalam upaya pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Peran-peran tersebut meliputi: *care provider, educator, counselor, role model, client advocate, case manager, discharge planner, case finder, change agent dan leader*. Peran perawat komunitas sebagai *educator* diwujudkan dengan pemberian edukasi kesehatan kepada individu, kelompok atau masyarakat yang beresiko dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan. Agregat anak usia sekolah merupakan kelompok beresiko terhadap kecacingan, sehingga menjadi salah satu sasaran pelayanan keperawatan komunitas.

Pelayanan keperawatan komunitas dapat diwujudkan salah satunya melalui strategi intervensi pemberdayaan (*empowerment*). Rapport (1987, dalam Helvie, 1998) menyatakan pemberdayaan individu atau kelompok sebagai suatu proses yang dapat meningkatkan penguasaan atas kehidupan individu atau kelompok itu sendiri. Pemberdayaan mengandung makna suatu proses memandirikan individu atau kelompok untuk mampu berperan dalam memprediksi, mengontrol, dan berpartisipasi di lingkungannya sendiri. Konsep ini telah diadopsi pemerintah sejak tahun 1996 sebagai operasionalisasi paradigma sehat berupa strategi pemberdayaan individu, kelompok dan masyarakat dalam penerapan PHBS.

Intervensi keperawatan komunitas berfokus pada tiga tingkatan pencegahan. Leavell dan Clark (1965, dalam Edelman & Mandle, 2006) meliputi; pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer berupa: upaya

promosi kesehatan; pencegahan sekunder berupa: upaya pencegahan penyakit dan deteksi dini/diagnosis masalah kesehatan; sedangkan pencegahan tersier berupa: upaya rehabilitasi dan pemulihan penyakit. Tahapan pencegahan ini sejalan dengan program pengendalian kecacingan di sekolah dasar yang dilakukan oleh pemerintah, yaitu meliputi: kegiatan pengobatan, pendidikan kesehatan dan penataan sanitasi sekolah/lingkungan. Berdasarkan program pengendalian kecacingan tersebut perawat komunitas memiliki peran utama dalam peningkatan atau promosi kesehatan melalui perannya sebagai *educator*. Perawat komunitas merupakan bagian dari provider pelayanan kesehatan profesional, tentunya memiliki kewajiban moral dalam upaya pelaksanaan pendidikan kesehatan bagi anak usia sekolah dasar yang beresiko kecacingan.

Pelaksanaan pendidikan kesehatan dapat dilakukan melalui strategi pemberdayaan anak usia sekolah untuk terlibat aktif sebagai pendidik kesehatan di dalam kelompoknya. Strategi ini sejalan dengan strategi pemerintah dalam upaya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang melibatkan peran aktif kelompok atau masyarakat dalam mencapai kemandirian. Perawat komunitas dalam perannya tersebut, dapat melakukan pendidikan kesehatan dengan pendekatan edukasi sebaya. Edukasi sebaya melingkupi pemberdayaan anggota sebaya untuk terlibat di dalam kelompoknya sebagai *educator* yang akan mengajarkan dan mendukung peningkatan PHBS dalam mencegah kecacingan pada agregat anak usia sekolah.

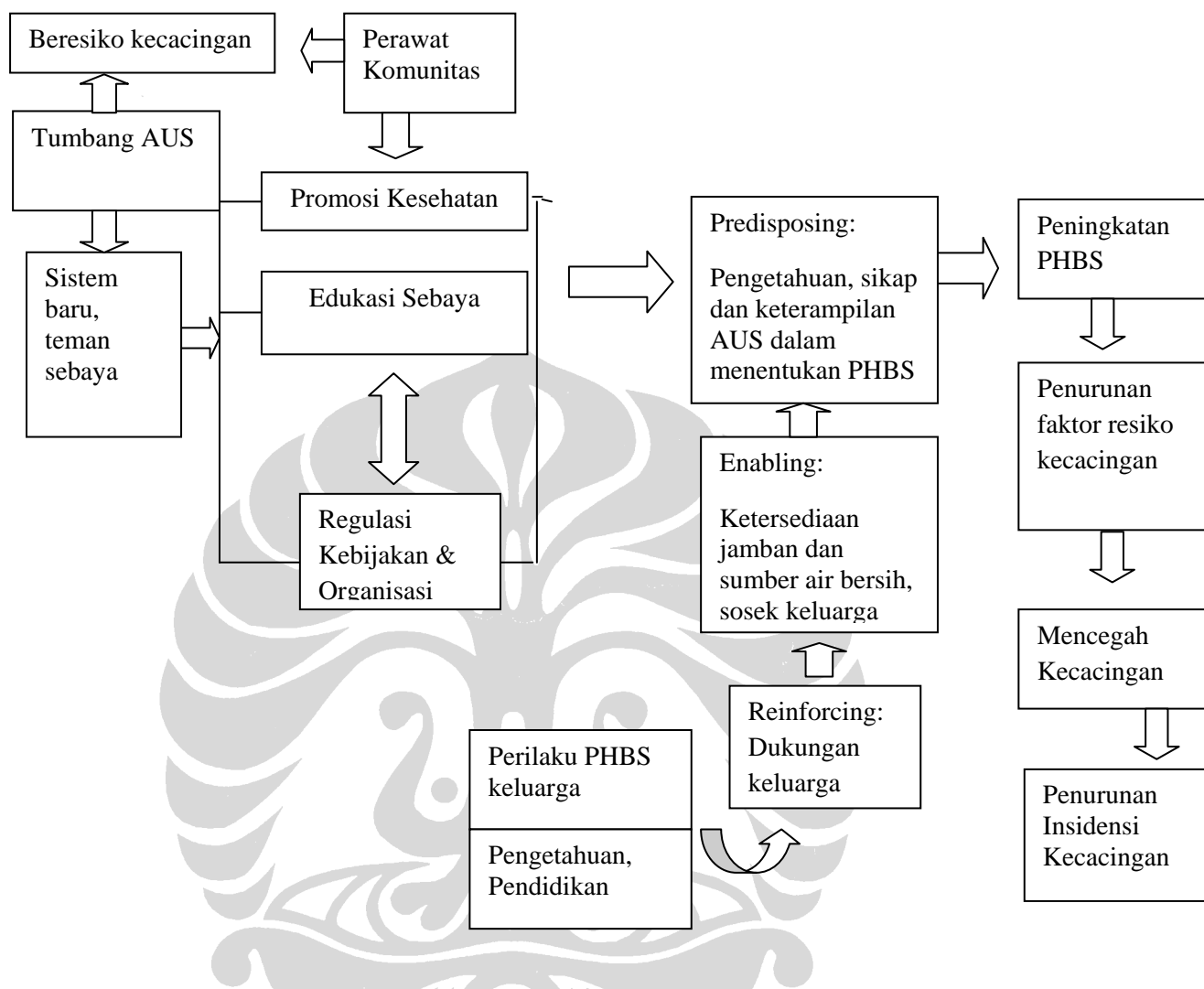
Selain itu, perawat komunitas juga berperan sebagai *case finder* berkolaborasi bersama petugas kesehatan lainnya, serta berperan dalam membantu pemantauan pelayanan pengobatan

kecacingan pada anak usia sekolah. Pengobatan kecacingan diberikan setelah *screening* sampel feces dilakukan. Pengobatan ini hanya diberikan bagi anak yang terinfeksi yaitu, terdapatnya telur cacing pada feces yang diperiksa.

WHO (1998) merekomendasikan beberapa jenis obat cacing yang terbukti efektif dalam menurunkan gejala atau gangguan akibat cacing, mencegah transmisi dan bahkan berhasil dalam menurunkan morbiditas berupa penyembuhan atau dikenal dengan *cure rate* (CR). Adapun obat-obat tersebut, meliputi; obat albendazole, levamisole, mebendazole, pyrantel, praziquantel dan oxamniquine, yang diberikan dalam dosis tunggal. Jenis obat mebendazole/albendazole (500mg/oral/dosis tunggal) atau pyrantel pamoate (10mg/KgBB/oral/dosis tunggal) saat ini sering digunakan pemerintah dalam memberikan pelayanan pengobatan misal kecacingan pada anak usia sekolah. Kedua jenis obat cacing ini efektif dalam membunuh atau menyebabkan ekspulsi cacing dewasa, menghambat perkembangan telur dan mengubah morfologi telur, sehingga dapat menurunkan transmisi telur cacing yang dikeluarkan bersama feces setelah pengobatan. Efektifitas kedua obat cacing ini dapat dapat berlangsung sekitar 1 bulan. Penelitian Lubis, C.P (2004) menunjukkan bahwa pengobatan cacing dengan mebendazole berhasil memberikan kesembuhan sebesar 97.6% dan pyrantel pamoate sebesar 93.2%. Sedangkan angka penurunan telur cacing yang diamati sesudah pemberian obat, antara minggu kedua dan ketiga sebesar 99.8% untuk mebendazole dan sebesar 99.3% untuk pyrantel pamoate.

Teori-teori yang telah diuraikan sebelumnya dapat dituangkan dalam bentuk skema kerangka teori penelitian, sebagai berikut:

Skema 2.4 Kerangka Teori Penelitian



Sumber: Modifikasi dari Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2000); Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2009); Helvie, C.O.(1998); Stanhope, M., & Lancaster, J. (2004); Notoatmodjo, S. (2010); WHO (1996).

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, VARIABEL PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesis, variabel, dan definisi operasional penelitian.

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

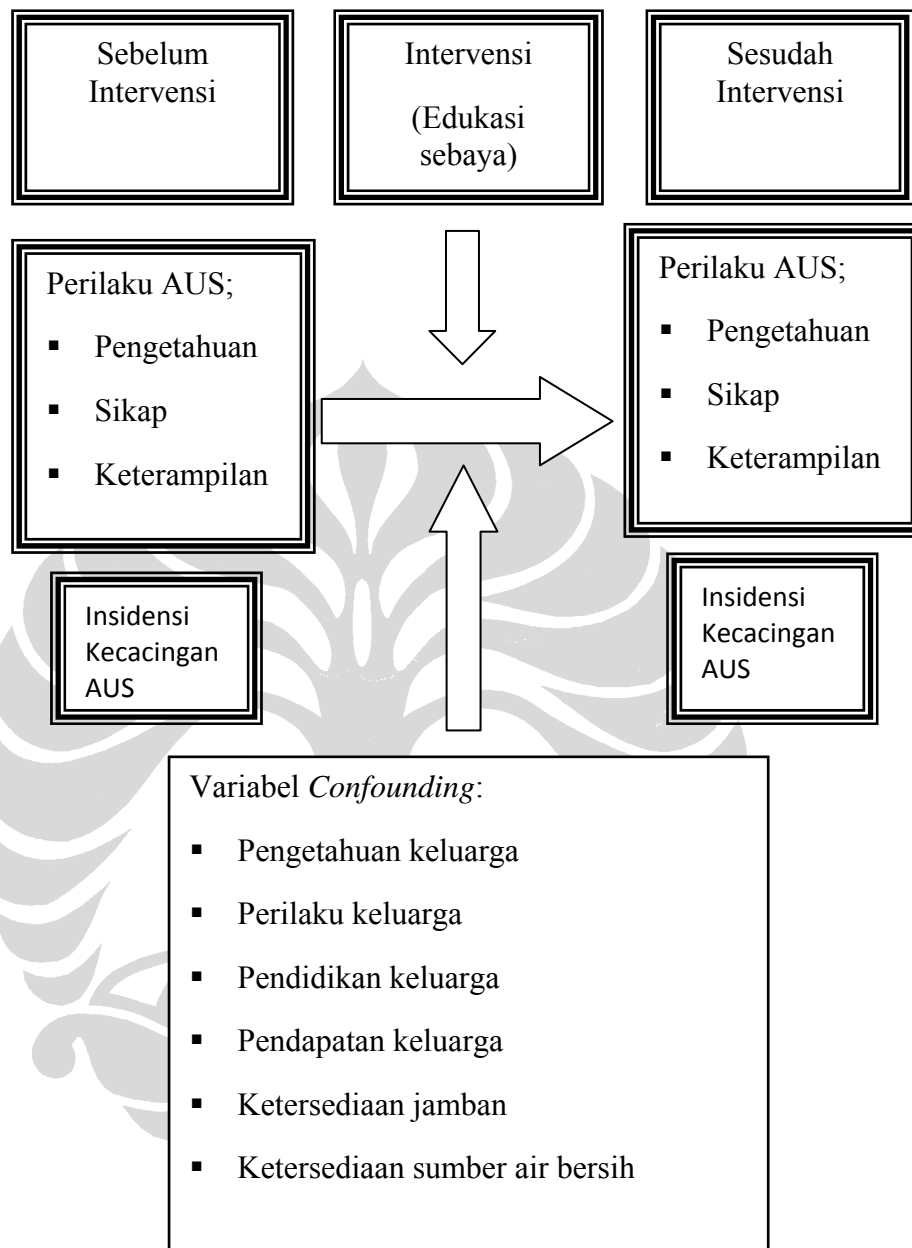
Kerangka konsep penelitian adalah landasan bekerja dari penelitian yang akan dilakukan, dikembangkan berdasarkan kerangka teori yang telah dibahas pada bab sebelumnya. Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada agregat anak usia sekolah yang beresiko kecacingan, yang akan diukur sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*) intervensi dan dibandingkan pada kedua kelompok yaitu, antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. PHBS yang diberikan meliputi: kebersihan perorangan berupa: mencuci tangan, memotong kuku, dan menggunakan alas kaki sandal/sepatu, serta menggunakan jamban dalam defekasi (buang air besar/BAB).



WHO (2006) menyatakan bahwa keberhasilan edukasi kesehatan pada anak usia sekolah ditentukan oleh pemilihan metode edukasi yang sesuai dengan karakteristik anak usia sekolah, serta faktor yang akan dipengaruhi sebagai hasil dari edukasi yang dilakukan. Edukasi dengan metode ceramah, demonstrasi, simulasi, *role play*, berbagi pengalaman, adalah beberapa pilihan metode yang dapat diterapkan pada anak usia sekolah. Edelman dan Mandle (2006) menambahkan bahwa untuk mencapai tujuan edukasi yang optimal pada anak usia sekolah dibutuhkan petunjuk tertulis berupa pedoman atau *booklet*, demonstrasi/simulasi, dan video terkait bila memungkinkan, dikarenakan edukasi melalui instruksi verbal berupa penjelasan/ceramah akan sulit diserap dan diingat oleh anak usia sekolah.

Tenaga profesional, termasuk perawat komunitas yang salah satunya berperan sebagai *educator*, dapat melakukan pendekatan edukasi yang komprehensif berupa pelaksanaan edukasi sebaya. Edukasi sebaya adalah sebuah pendekatan yang dapat memadukan berbagai metode pengajaran sesuai konteks dan hasil yang ingin dicapai. Edukasi sebaya yang dilakukan tentunya harus memperhatikan karakteristik edukator sebaya dan kelompok sebaya yang menjadi target intervensi untuk mencapai keberhasilan yang optimal (McDonald et al, 2003).

Beberapa hasil kajian literatur dan hasil penelitian yang telah dilakukan, edukasi sebaya efektif dalam meningkatkan perilaku positif (perilaku sehat) pada anak usia sekolah. Edukasi sebaya yang dilakukan pada penelitian ini ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan anak usia sekolah dalam menentukan PHBS untuk mencegah kecacingan termasuk reinfeksi. Penelitian ini juga menghitung insidensi kecacingan anak usia sekolah melalui pemeriksaan laboratorium sebelum dan sesudah edukasi sebaya dilaksanakan. Adapun kerangka konsep penelitian tentang pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada agregat anak usia sekolah (AUS) yang beresiko kecacingan digambarkan pada skema 3.1.

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan:  Diteliti
 Tidak diteliti

3.2 Hipotesis

3.2.1 Hipotesis Mayor

Ada pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada agregat anak usia sekolah (AUS) yang beresiko kecacangan.

3.2.2 Hipotesis Minor

3.2.2.1 Ada perbedaan pengetahuan AUS antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi.

3.2.2.2 Ada perbedaan sikap AUS antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi.

3.2.2.3 Ada perbedaan keterampilan AUS antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi.

3.2.2.4 Ada perbedaan pengetahuan AUS sebelum dan sesudah diberikan intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

3.2.2.5 Ada perbedaan sikap AUS sebelum dan sesudah diberikan intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

3.2.2.6 Ada perbedaan keterampilan AUS sebelum dan sesudah diberikan intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

3.2.2.7 Ada perbedaan pengetahuan AUS antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah diberikan edukasi sebaya.

3.2.2.8 Ada perbedaan sikap AUS antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah diberikan edukasi sebaya.

3.2.2.9 Ada perbedaan keterampilan AUS antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah diberikan edukasi sebaya.

3.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.3.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah sifat atau karakteristik yang akan dipelajari dari suatu penelitian. Variabel penelitian merupakan atribut seseorang atau obyek, yang mempunyai “variasi” antara satu orang dengan orang yang lainnya atau satu obyek dengan obyek lainnya.

Variabel penelitian pada penelitian ini adalah:

3.3.1.1 Variabel Bebas (*Independen*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah edukasi sebaya yang diberikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tanpa intervensi (perlakuan).

3.3.1.2 Variabel Terikat (*Dependen*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah anak usia sekolah dengan kecacangan dalam menentukan PHBS yang terdiri dari; pengetahuan, sikap, dan keterampilan. Pengetahuan, sikap, dan keterampilan anak usia sekolah tersebut diukur sebanyak dua kali yaitu sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol hanya dilakukan *pretest* dan *posttest* tanpa diberikan intervensi.

3.3.1.3 Variabel *Confounding* (Perancu)

Variabel *confounding* dalam penelitian ini adalah pengetahuan, perilaku, pendidikan dan pendapatan keluarga, ketersediaan jamban sehat dan sumber air bersih di rumah.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional variabel penelitian akan diuraikan pada tabel 3.1.

Tabel 3.1
Definisi Operasional

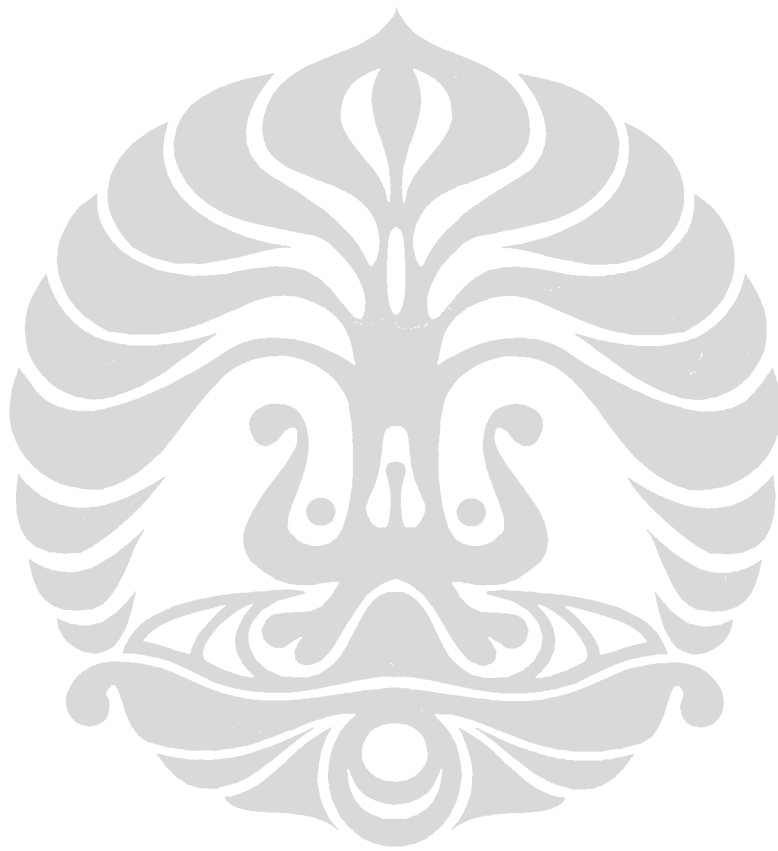
No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
I.Variabel Terikat					
1	PHBS AUS dengan kecacangan yang terdiri;	Keterampilan hidup bersih dan sehat yang dilakukan oleh anak usia sekolah dalam mencegah kecacangan/re-infeksi.			
1.1	Pengetahuan AUS	Pemahaman responden tentang: pengertian PHBS, manfaat PHBS, jenis-jenis PHBS, AUS beresiko kecacangan, jenis-jenis dan tempat hidup cacang, gejala dan akibat kecacangan, cara penularan kecacangan, dan cara mencegah kecacangan dengan PHBS.	Kuesioner untuk menggali pengetahuan responden, yang terdiri 20 pertanyaan dalam bentuk pilihan ganda, dengan skor jawaban: 1: benar 0: salah	Skor total seluruh jawaban responden dengan rentang skor 0-20. Nilai akan disajikan dalam bentuk mean, median dan SD.	Interval
1.2	Sikap AUS	Pandangan/ tanggapan responden terhadap PHBS untuk mencegah kecacangan	Kuesioner untuk menggali sikap responden dalam menentukan PHBS, yang terdiri 18 pernyataan dalam bentuk skala Likert (1-4). Pernyataan	Skor total keseluruhan jawaban responden dengan rentang skor 18-72. Nilai akan	Interval

		pada anak usia sekolah	positif (<i>favorable statement</i>); Sangat setuju (nilai 4), setuju (nilai 3), tidak setuju (nilai 2) dan sangat tidak setuju (nilai 1). Sedangkan untuk pernyataan negatif (<i>unfavorable statement</i>): Sangat setuju (nilai 1), setuju (nilai 2), tidak setuju (nilai 3) dan sangat tidak setuju (nilai 4).	disajikan dalam bentuk mean, median dan SD.	
1.3	Keterampilan AUS	Tindakan/praktik yang dilakukan oleh responden dalam menentukan PHBS untuk mencegah kecacangan.	Kuesioner untuk mengetahui tindakan atau praktik anak usia sekolah dalam menentukan PHBS terdiri dari 12 item pernyataan. Untuk pernyataan tindakan positif nilai 1 (jika iya), nilai 0 (jika tidak) dan untuk pernyataan negatif nilai 1 (jika tidak), nilai 0 (jika ya).	Skor total keseluruhan jawaban responden dengan rentang skor 0-12. Nilai akan disajikan dalam bentuk mean, median dan SD.	Interval
II. Variabel Bebas					
1	Edukasi sebaya	Suatu kegiatan penyampaian informasi kesehatan yang diberikan oleh edukator sebaya pada kelompok sebaya anak usia sekolah selama 20-30 menit di dalam ruang kelas yang terdiri dari 10 sesi pertemuan.	Membagi responden menjadi dua kelompok, yaitu kelompok yang diberikan edukasi sebaya dan yang tidak diberikan edukasi sebaya.	Dinyatakan dalam: 0: Tidak diberikan edukasi sebaya 1: Diberikan edukasi sebaya	Nominal

III. Variabel Confounding					
1	Pengetahuan keluarga	Pemahaman tentang PHBS dan kecacingan dari anggota keluarga yang paling sering melakukan interaksi dalam pemenuhan kebutuhan responden sehari-hari.	Kuesioner, item pertanyaan terdiri 17 buah dalam bentuk pilihan ganda, dengan skor: 1: benar 0: salah	Skor total seluruh jawaban responden, dengan rentang skor 0-17. Nilai akan disajikan dalam bentuk mean, median dan SD.	Interval
2	Perilaku keluarga	Tindakan PHBS dalam mencegah kecacingan dari anggota keluarga yang paling sering melakukan interaksi dalam pemenuhan kebutuhan responden sehari-hari.	Kuesioner untuk mengetahui tindakan atau praktik anak usia sekolah dalam menentukan PHBS terdiri dari 13 item pernyataan. Untuk pernyataan tindakan positif nilai 1 (jika iya), nilai 0 (jika tidak) dan untuk pernyataan negatif nilai 1 (jika tidak), nilai 0 (jika ya).	Skor total seluruh jawaban responden, dengan rentang skor 0-13. Nilai akan disajikan dalam bentuk mean, median dan SD.	Interval
3	Pendidikan keluarga	Pendidikan formal terakhir dari anggota keluarga yang paling sering melakukan interaksi dalam pemenuhan kebutuhan responden sehari-hari.	Item pertanyaan dalam kuesioner tentang tingkat pendidikan terakhir	Dinyatakan dalam tingkatan pendidikan berupa: 1: Tidak sekolah/tidak tamat SD 2: SD 3: SMP 4: SMU/akademik/ perguruan tinggi (PT)	Ordinal

4	Pendapatan keluarga	Jumlah seluruh penghasilan keluarga responden per bulan	Item pertanyaan dalam kuesioner tentang pendapatan keluarga per bulan	Dinyatakan dalam kategori tingkat pendapatan berdasarkan UMR Belitung Timur, berupa: 1: Rendah (\leq Rp.1000.000,-) 2: Tinggi ($>$ Rp.1000.000,-)	Ordinal
5	Ketersediaan jamban sehat	Ketersediaan jamban keluarga responden yang digunakan untuk melakukan buang air besar (BAB) sehari-hari dengan kondisi sehat.	Item pernyataan dalam lembar observasi ketersediaan jamban.	Ketersediaan jamban dengan kategori: 1: Tersedia jamban sehat (apabila jamban memiliki: (lantai kakus kedap air, memiliki tempat duduk/jongkok, mempunyai <i>septic tank</i> , tersedia air penyiram dan sabun untuk membasuh tangan, jamban dalam kondisi bersih, memiliki rumah kakus dan jarak jamban 10 m dari sumber air). 0: Tidak tersedia jamban atau tersedia jamban yang tidak sehat (jika ada salah satu syarat jamban dengan kondisi baik tidak terpenuhi).	Nominal
6	Ketersediaan sumber air bersih	Ketersediaan sumber air yang bersih untuk digunakan keluarga responden dalam	Item pernyataan dalam lembar observasi tentang ketersediaan sumber air bersih.	Dinyatakan dengan ketersediaan sumber air bersih dengan kategori: 1: Tersedia sumber air bersih (tidak berwarna/keruh, tidak berbau dan	Nominal

		minum, masak, mandi dan mencuci.		berasa). 0: Tidak tersedia sumber air atau tidak tersedia sumber air bersih (jika salah satu syarat air bersih tidak terpenuhi).	
--	--	---	--	---	--



BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

BAB ini menguraikan tentang metodologi penelitian, meliputi: desain penelitian, pelaksanaan intervensi edukasi sebaya, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data, serta pengolahan dan analisis data.

4.1 Desain Penelitian

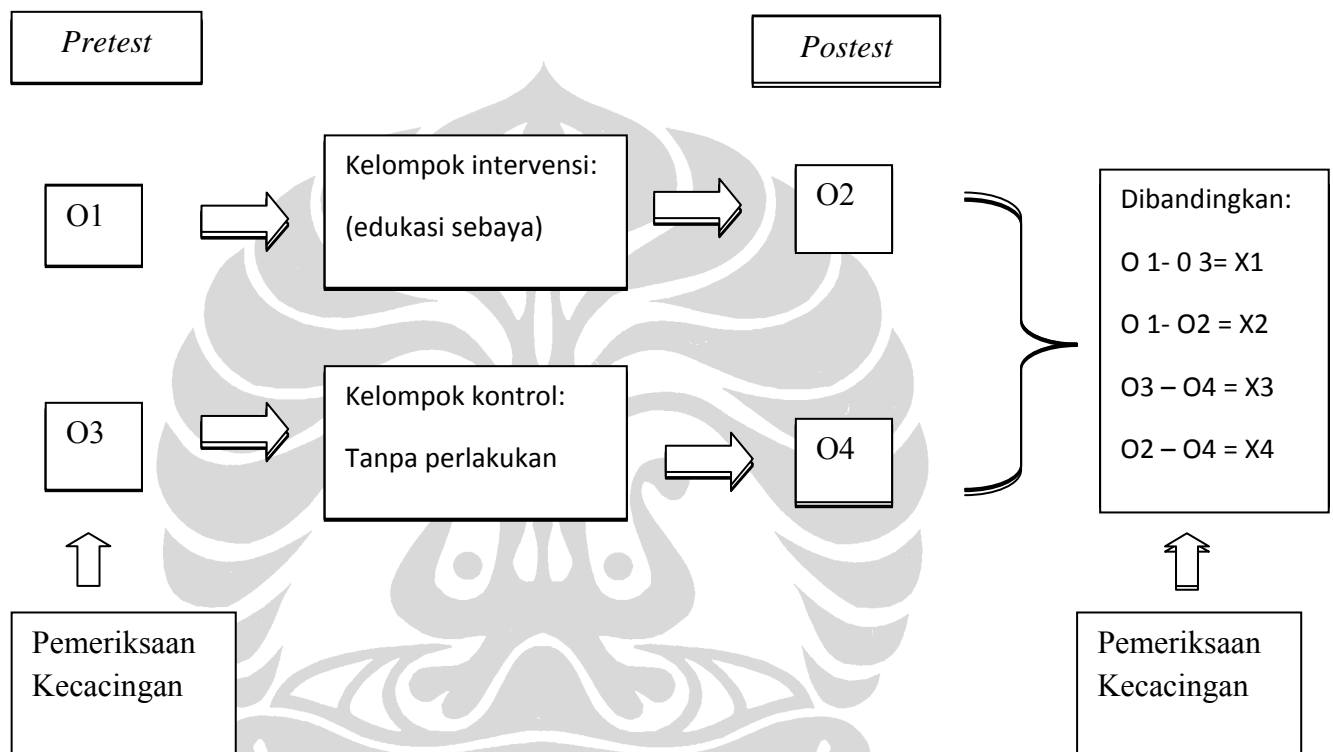
Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain quasi eksperimen dengan *non equivalent control group, before-after design*, yaitu untuk mengukur pengaruh (efek) dari suatu intervensi yang dilakukan terhadap subyek penelitian, tanpa adanya randomisasi penentuan kelompok intervensi dan kelompok kontrol (Polit & Hungler, 1999).

Desain penelitian ini digunakan untuk melihat pengaruh intervensi edukasi sebaya anak usia sekolah yang beresiko kecacingan dalam menentukan PHBS. Subyek penelitian dibagi dalam kelompok intervensi (eksperimen) dan kelompok kontrol tanpa adanya randomisasi. Selanjutnya dilakukan pengukuran sebanyak dua kali sebelum dan sesudah intervensi (*pre-postest*) pada kedua kelompok. Pengaruh intervensi didapatkan dengan cara mengukur perbedaan hasil *pre-postest* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Sebagai penunjang hasil penelitian, peneliti juga melakukan perhitungan insidensi kecacingan dengan menggunakan reagen eosin 2% sebelum dan sesudah intervensi dilakukan pada kelompok intervensi dan kontrol.

Budiharto (1999, dalam Hayati, 2009) menyatakan bahwa pengukuran pengetahuan antara evaluasi awal dan akhir berkisar 2 (dua) minggu, sedangkan untuk sikap dan perilaku sekitar 1 (satu) bulan. Penelitian lain tentang efektifitas penggunaan kurikulum Michigan Model dari Fahlman, M.M etal.(2008) menyatakan bahwa perubahan perilaku anak usia sekolah dapat dilihat 2 minggu

sesudah pemberian intervensi selama 1 bulan. Penelitian ini melakukan pengukuran pengetahuan, sikap dan perilaku 2 (dua) minggu sesudah edukasi sebaya diberikan. Adapun gambaran desain penelitian yang dilakukan dapat dilihat pada skema 4.1.

Skema 4.1
Desain Penelitian *Quasi Eksperiment Non equivalent* dengan Pre-Posttest



Keterangan:

- O1: Merupakan perilaku (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) anak usia sekolah dengan kecacingan sebelum intervensi (*pretest*) pada kelompok intervensi.
- O2: Merupakan perilaku (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) anak usia sekolah dengan kecacingan sesudah intervensi (*posttest*) pada kelompok intervensi.
- O3: Merupakan perilaku (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) anak usia sekolah dengan kecacingan sebelum intervensi (*pretest*) pada kelompok kontrol.

- O4: Merupakan perilaku (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) anak usia sekolah dengan kecacingan tanpa dilakukan sesudah intervensi (*posttest*) pada kelompok kontrol.
- X1: Merupakan perbedaan perilaku (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) anak usia sekolah dengan kecacingan sebelum intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- X2: Merupakan perbedaan perilaku (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) anak usia sekolah dengan kecacingan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi.
- X3: Merupakan perbedaan perilaku (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) anak usia sekolah dengan kecacingan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok kontrol.
- X4: Merupakan perbedaan perilaku (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) anak usia sekolah dengan kecacingan sebelum dan sesudah intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian (Arikunto, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh siswa sekolah dasar di Desa Baru Kecamatan Manggar, sebanyak 662 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel penelitian adalah sebagian populasi yang akan diteliti (Arikunto, 2010). Besar sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus uji hipotesis beda 2 proporsi menurut Ariawan (1998), yaitu:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel minimal

$Z_{1-\alpha/2}$ = nilai Z pada derajat kemaknaan tertentu (90%,95%,99%=1.64, 1,96, 2,58)

$Z_{1-\beta}$ = nilai Z pada kekuatan uji power tertentu (80%, 90%, 95%, 99% = 0.84, 1.28, 1.64, 2.33)

P1 = Proporsi efek standar (dari kepustakaan)

P2 = Proporsi efek yang diteliti

P = Rata-rata P1 dan P2 = $(P1+P2)/2$

Peneliti menggunakan nilai proporsi rata-rata peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan anak usia sekolah dari penelitian Hayati (2009). Efektifitas edukasi terhadap peningkatan perilaku anak usia sekolah sebesar 51,9%. Estimasi dilakukan pada derajat kemaknaan 5% dan kekuatan uji 80%, dengan perbedaan rata-rata proporsi terkecil yang dianggap penting ditetapkan peneliti sebesar 30%. Maka diketahui:

$$\begin{aligned} Z_{1-\alpha/2} &= 1.96 \\ Z_{1-\beta} &= 0.84 \\ P1 &= 0.50 \\ P1-P2 &= 0.30 \\ P2 &= 0.30+0.50=0.80 \\ P &= (0,5+0,75)/2 = 0.63 \end{aligned}$$

Besar sampel minimal didapatkan:

$$n = \frac{[1,96\sqrt{2(0,65)(1-0,65)} + 0,84\sqrt{0,50(1-0,50)} + 0,80(1-80)]^2}{(0,50-0,80)^2}$$

$$n = 38,35$$

$$n = 38 \text{ per kelompok}$$

Perhitungan besar sampel dari rumus di atas didapatkan hasil besar sampel minimal sebanyak 38 orang. Untuk mengantisipasi adanya responden yang *drop out* maka dilakukan koreksi terhadap besar sampel yang dihitung dengan menambah sejumlah responden agar sampel tetap terpenuhi dengan rumus:

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

Keterangan:

n^* : koreksi besar sampel yang dihitung

n : besar sampel yang dihitung

f : Perkiraan proporsi drop out (10%)

(Sastroasmoro & Ismael, 2002)

Hasil perhitungan jumlah sampel yang diperoleh dari rumus koreksi sampel yaitu 42 orang, maka jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 42 responden pada kelompok intervensi di SDN 17 dan 42 responden pada kelompok kontrol di SDN 03 di Desa Lenggang Gantung. Tidak ada responden yang *drop out* pada kedua kelompok.

Kriteria inklusi yang menjadi karakteristik umum responden dalam penelitian ini, yaitu:

1. Terdaftar secara resmi pada sekolah yang diteliti.
2. Anak usia sekolah yang duduk di kelas 4 dan 5.
3. Tidak memiliki jumlah absensi yang banyak.
4. Mengikuti kegiatan edukasi sebaya dari tahap awal hingga tahap akhir.
5. Mendapatkan persetujuan dari orang tua untuk terlibat sebagai responden penelitian ini.
6. Mendapatkan persetujuan dari orang tua jika terpilih sebagai edukator untuk kelasnya di penelitian ini.

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini berupa teknik *simple random sampling* dengan cara mengundi (Budiarto, 2010). Adapun tahapan yang telah dilakukan dalam pengambilan sampel sebagai berikut:

- 1) Peneliti membuat daftar semua unit sampel berupa nama responden, disusun dan diberi nomor secara berurutan.
- 2) Semua nama responden ditulis pada gulungan kertas dengan bentuk dan warna yang sama kemudian dimasukkan ke dalam kotak dan diaduk sampai rata.

- 3) Gulungan kertas diambil sesuai dengan jumlah sampel yang diinginkan kemudian dicocokkan dengan nomor urut daftar unit sampel yang telah dibuat pada langkah no 1.

4.3 Tahapan Penelitian

Tahapan penelitian pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dalam waktu sekitar 8 (delapan) minggu, meliputi:

4.3.1. Pelaksanaan Pelatihan Edukasi Sebaya

Pelaksanaan pelatihan edukasi sebaya hanya dilakukan pada kelompok intervensi yang telah dilakukan pada minggu I, meliputi tahapan sebagai berikut:

- 1) Peneliti melakukan berupa persiapan tujuan, bahan dan materi berupa pedoman pelatihan edukator sebaya. Tujuan yang dibuat peneliti mengacu kepada tujuan penelitian ini, yaitu berupa perubahan pengetahuan, sikap dan keterampilan yang positif. Tujuan tersebut dijadikan landasan dalam menyusun panduan kegiatan pelatihan edukator sebaya. Peneliti juga menyiapkan bahan dan materi yang dibutuhkan mulai dari pembuatan video lagu, drama tentang PHBS pada anak usia sekolah, video cara pemberian informasi yang benar di depan kelas, membuat booklet PHBS, booklet edukasi sebaya, serta menyiapkan materi dan bahan untuk permainan dan praktik/simulasi, yang digunakan pada setiap sesi kegiatan.
- 2) Peneliti dibantu oleh guru kelas melakukan seleksi 4 (empat) responden dari sampel terpilih untuk menjadi calon edukator sebaya dengan kriteria: menduduki 5 peringkat tertinggi di kelasnya, penampilan yang rapih dan bersih, mudah dalam bergaul, disukai kelompok sebayanya, memiliki kepekaan dalam membantu teman sebayanya dan komunikatif.
- 3) Peneliti dibantu oleh guru kelas melakukan pengukuran pengetahuan, sikap, dan keterampilan calon edukator sebaya dengan menggunakan kuesioner sebelum pelatihan dimulai. Hal ini dilakukan untuk mengetahui

gambaran awal tentang pengetahuan, sikap dan keterampilan calon edukator sebaya tentang PHBS dan kecacangan.

- 4) Peneliti difasilitasi oleh guru dan dibantu oleh asisten teknis dalam menyelenggarakan pelatihan edukator sebaya. Pelatihan edukator sebaya dilakukan dalam waktu 4 hari berturut-turut sekitar 3 jam di setiap pertemuan. Pelatihan yang dilakukan memberikan gambaran yang jelas kepada peneliti tentang karakteristik kelompok target edukasi sebaya. Pelatihan di hari pertama memberikan pengalaman kepada peneliti tentang pentingnya menggunakan bahasa/istilah yang digunakan sehari-hari, gaya dan cara penyampaian yang sesuai dengan karakteristik keempat edukator sebaya yang terpilih. Pengalaman dari kegiatan pelatihan yang telah dilakukan memberikan gambaran bahwa anak usia sekolah menyukai dan tampak mudah mengingat/memahami pesan yang disampaikan jika menggunakan metode yang interaktif dan sederhana.

Tahap awal pelatihan peneliti mengajarkan tentang peran edukator sebaya melalui metode ceramah, diskusi, demonstrasi/simulasi dengan menggunakan media booklet, video, bahan untuk permainan, serta hadiah yang disiapkan sebagai stimulator. Selanjutnya peneliti mengajarkan seputar PHBS dalam mencegah kecacangan dengan berbagai metode dan media sesuai dengan panduan kurikulum yang dibuat. Metode yang memudahkan dalam penyampaian PHBS pada anak usia sekolah berupa metode ceramah dalam bentuk cerita dan diskusi dengan media pendukung booklet, gambar atau video. Selanjutnya metode berupa bernyanyi bersama, metode demonstrasi dan simulasi juga dapat memudahkan peneliti dalam menyampaikan pesan PHBS kepada keempat edukator. Namun metode dengan menggunakan budaya populer berupa bermain peran (psikodrama) mengalami kendala yaitu, dibutuhkan waktu yang lama dan anak usia sekolah tampak bingung dalam memahami substansi pesan yang disampaikan. Oleh karena itu peneliti hanya melakukan psikodrama satu kali saja dan melakukan perubahan kurikulum pada sesi kegiatan di edukasi sebaya. Begitu juga dengan

games yang digunakan, peneliti segera melakukan perubahan *games* menjadi lebih sederhana dan energik. Peneliti juga memberikan motivasi kepada keempat edukator sebaya yang harus mampu menjadi tauladan (*role model*) untuk teman-temannya, dan responsif dalam mendukung PHBS teman sebayanya di sekolah.

- 5) Edukator yang belum terampil dalam menyampaikan edukasi, melakukan redemonstrasi yang salah, dilatih ulang oleh peneliti pada waktu yang sama sampai seluruhnya mencapai indikator evaluasi yang ditetapkan dalam pedoman pelatihan edukasi sebaya di setiap sesinya.
- 6) Peneliti menawarkan rancangan jadwal kegiatan yang sebelumnya telah disepakati dengan pihak sekolah pada hari keempat. Kegiatan edukasi sebaya dilakukan selama 10 sesi pertemuan dengan agenda kelompok yang berbeda-beda di setiap sesinya dan dilakukan 20-30 menit di setiap sesinya setelah kegiatan belajar efektif di sekolah selesai (agenda kegiatan di setiap sesi terlampir). Edukator sebaya yang dilatih tampak memahami dan menyetujui terhadap peran yang akan dilakukannya selama 10 sesi dalam waktu sekitar 4 minggu.

4.3.2 Pemeriksaan Kecacangan

Pemeriksaan kecacangan telah dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada minggu I seiring dengan pelaksanaan kegiatan pelatihan edukator sebaya yaitu selama 3 hari. Pemeriksaan kecacangan dilakukan di laboratorium puskesmas dibantu oleh petugas laboratorium yang telah memiliki keahlian di bidang tersebut. Pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan responden yang positif mengalami kecacangan dan responden yang negatif mengalami kecacangan. Hasil pemeriksaan ini akan digunakan untuk menghitung insidensi kecacangan. Pemeriksaan kecacangan yang dilakukan di laboratorium puskesmas menggunakan reagen eosin 2% (prosedur pemeriksaan terlampir).

4.3.3 Pengobatan Kecacingan

Pengobatan kecacingan dilakukan di minggu III setelah 1 minggu kegiatan edukasi sebaya berlangsung. Pengobatan kecacingan dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Responden yang negatif diberikan vitamin B₆ 1 (satu) tablet, sedangkan responden yang positif diberikan obat cacing *pyrantel pamoat* dengan dosis tunggal (10 mg/1 Kg BB), diminum sebelum tidur di waktu malam. Tindakan ini dilakukan untuk meningkatkan efektifitas kerja obat cacing dan mengurangi rasa tidak nyaman akibat efek samping yang mungkin timbul. Pengobatan dilakukan untuk menjamin bahwa penelitian dimulai pada kondisi responden tanpa kecacingan dan menempatkan responden sebagai kelompok beresiko kecacingan. Setelah obat diberikan peneliti menanyakan kembali kepada responden apakah obat telah diminum atau belum diminum. Terdapat beberapa responden mengaku belum meminum obat dikarenakan takut. Untuk mengatasi hal tersebut peneliti memberikan penjelasan ulang dan meyakinkan responden bahwa obat yang diberikan tidak berbahaya dan harus diminum dikarenakan akan memberikan kesembuhan terhadap kecacingan. Peneliti meminta kader kesehatan sebagai asisten penelitian di lapangan untuk mengunjungi keluarga agar mendukung anaknya untuk minum obat. Pengobatan dinyatakan telah diminum keseluruhann oleh responden setelah 4 hari pemberian obat dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

4.3.4 Pelaksanaan Edukasi Sebaya dan *Pretest*

Edukasi sebaya hanya diberikan pada kelompok intervensi pada minggu II s/d minggu VI. Edukasi sebaya telah dilaksanakan oleh edukator sebaya dalam kelompok sebaya di sekolah yang dibagi dalam 10 sesi kegiatan (terlampir). Pengukuran pengetahuan, sikap, serta perilaku (*pretest*) dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum edukasi sebaya dilakukan. Adapun tahapan kegiatan sebagai berikut:

- 1) Peneliti difasilitasi oleh tim guru dalam melakukan pengukuran pengetahuan, sikap, dan keterampilan seluruh responden dengan menggunakan kuesioner sebelum edukasi sebaya dilaksanakan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

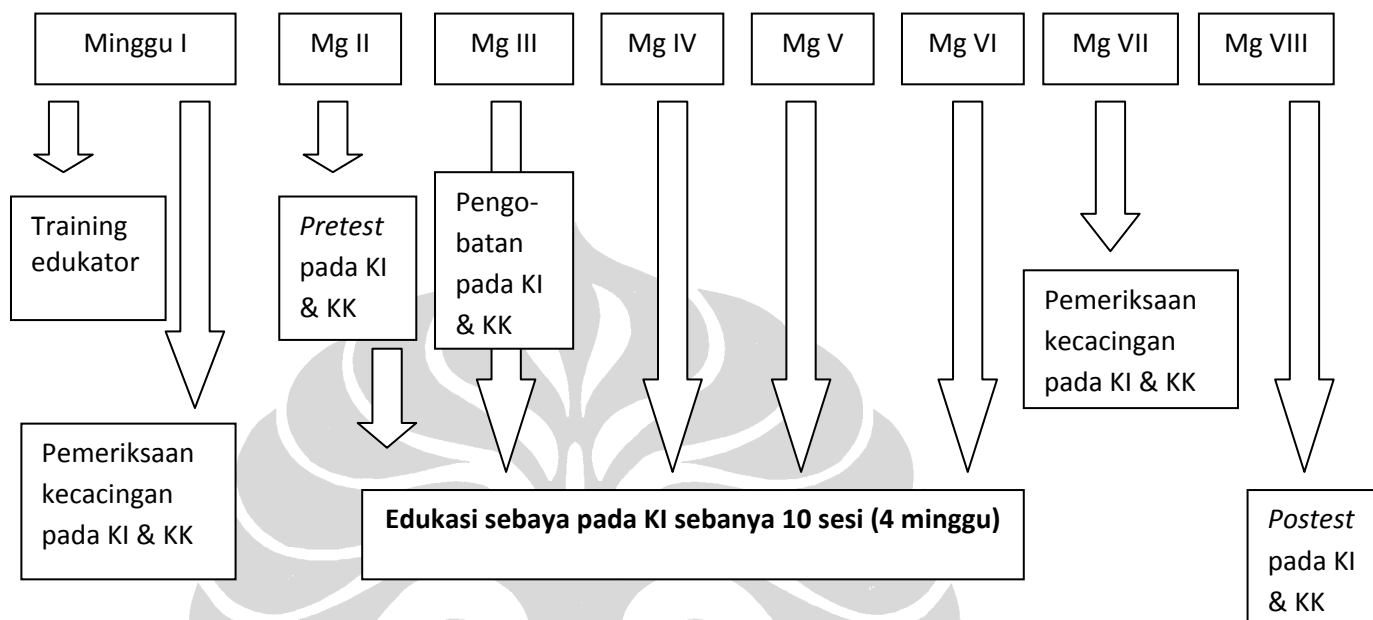
- 2) Peneliti dibantu oleh tim guru untuk membagi responden dalam kelompok intervensi menjadi 4 (empat) kelompok sebaya yang akan diberikan edukasi tentang PHBS di ruang kelas. Pembagian anggota kelompok sebaya dilakukan peneliti sebanyak 9-12 orang di setiap kelompoknya. Edukator sebaya kelas 5 laki-laki mengajarkan kelompok sebaya kelas 5 dan edukator sebaya kelas 4 mengajarkan kelompok sebaya kelas 4. Peneliti juga membagi kelompok berdasarkan jenis kelamin, karena secara kebetulan jumlah berimbang antara murid laki-laki dengan murid perempuan, sehingga gaya pemberian informasi menjadi lebih sesuai.
- 3) Peneliti dan tim guru memfasilitasi edukator sebaya untuk menjalankan perannya dalam menyampaikan PHBS untuk mencegah kecacangan melalui ceramah, games, bernyanyi, diskusi, demonstrasi dan simulasi, dengan menggunakan media visual, *booklet*, materi yang permainan selama 4 minggu yang dibagi dalam 10 sesi pertemuan dengan waktu 20-30 menit di setiap sesinya, sesuai dengan materi pelatihan dan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya.
- 4) Peneliti melakukan pengukuran kembali pengetahuan, sikap, dan perilaku seluruh responden dengan menggunakan kuesioner sesudah 2 minggu edukasi sebaya dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yaitu pada minggu VIII.

4.3.5 Pemeriksaan Kecacangan dan *Postest*

Pemeriksaan kecacangan dan pengukuran pengetahuan, sikap dan perilaku, dilakukan kembali setelah edukasi sebaya dilaksanakan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada minggu ke VII selama 4 hari dinyatakan data terkumpul lengkap.

Tahapan penelitian dapat dilihat pada skema berikut ini:

Skema 4.2 Tahapan Penelitian pada Kelompok Intervensi (KI) dan Kelompok Kontrol (KK)



4.4 Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di SDN 17 di Desa Baru Kecamatan Manggar dan di SDN 03 di Desa Lenggang Kecamatan Gantung Kabupaten Belitung Timur. Pertimbangan penentuan tempat penelitian di SDN 17 di Desa Baru Kecamatan Manggar sebagai kelompok intervensi, dikarenakan prevalensi kecacingan di SDN 17 masih tinggi di setiap tahunnya dan memiliki prevalensi kecacingan yang tertinggi dibandingkan dengan sekolah dasar di wilayah lainnya, meskipun telah dilakukan kegiatan penyuluhan kesehatan dan pengobatan. Murid yang bersekolah di SDN tersebut secara umum adalah anak nelayan dan pedagang yang bermukim di sekitar pantai di Desa Baru. Selanjutnya berdasarkan hasil pengamatan, perilaku beberapa anak tersebut memiliki kuku panjang/kotor, tidak menggunakan sandal ketika bermain di tanah, dan tampak BAB di sekitar rumah atau selokan.

Tempat penelitian yang digunakan sebagai kelompok kontrol yaitu, SDN 03 Desa Lenggang Kecamatan Gantung. Pertimbangan pengambilan lokasi SDN di kecamatan yang berbeda adalah untuk menghindari bias kontaminasi berupa edukasi sebaya yang dilakukan secara spontan (informal) diantara responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Di samping itu peneliti meyakini bahwa karakteristik wilayah dan perilaku anak-anak sekolah di tempat ini adalah serupa dan berdasarkan data sekunder prevalensi kecacangan wilayah ini sebesar 65.3% pada tahun 2009.

4.5 Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai dengan penyusunan proposal, pengumpulan data, pemberian intervensi, pengolahan hasil dan penyusunan laporan penelitian sejak Bulan Januari 2011 sampai dengan Bulan Juli 2011 (jadwal terlampir).

4.6 Etika Penelitian

4.7.1 Pertimbangan Etik

Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia telah mengkaji dan menyetujui penelitian ini untuk dilaksanakan. Penelitian ini juga menggunakan pertimbangan etik. Pertimbangan etik digunakan untuk mencegah munculnya masalah etik selama penelitian berlangsung, untuk itu peneliti berupaya untuk mengantisipasi dan mengatasinya. Masalah etik yang muncul adalah terpaksa menjadi partisipan, *privacy* terganggu, merasa tidak nyaman dan malu apabila nama dan informasi-informasi yang diberikan diketahui oleh orang lain dan dipublikasikan. Komisi nasional etik penelitian kesehatan (2003) menyatakan ada 3 (tiga) prinsip etik umum berupa *beneficence*, *respect to person* dan *justice*. Polit dan Hungler (1999) juga menyatakan 3 prinsip etik penelitian yaitu, sebagai berikut:

1. Beneficence

Pertimbangan etik ini meliputi kebebasan responden dari kemungkinan terluka, eksploitasi dan memperoleh kemanfaatan penelitian. Penelitian ini untuk melihat pengaruh edukasi sebaya terhadap PHBS anak usia sekolah

yang beresiko kecacingan. Penelitian ini terdiri dari beberapa tahapan kegiatan berupa: pemeriksaan kecacingan pada anak usia sekolah, memberikan obat dan pemberian intervensi edukasi sebaya. Kegiatan pemeriksaan kecacingan dengan pengumpulan feces menimbulkan rasa malu pada anak-anak dan mengindikasikan bahwa dirinya mengalami kecacingan oleh teman-temannya. Kecacingan sering dianggap sebagai penyakit akibat perilaku buruk (jorok) yang dianggap memalukan. Untuk menghindari eksploitasi, peneliti yang difasilitasi guru kelas dan dibantu tim teknis menggunakan waktu dan ruangan tersendiri dalam menjelaskan, mengumpulkan feces dan pemberian obat sesuai dengan anjuran medis dan dibawah pengawasan dokter puskesmas setempat. Selain itu seluruh informasi yang didapat dari penelitian, hanya digunakan untuk kepentingan penelitian saja dan tidak dipublikasikan. Pertimbangan kemanfaatan penelitian diwujudkan oleh peneliti melalui pemberian obat cacing sesuai dengan dosis anjuran medis, sehingga membantu penyembuhan infeksi kecacingan secara langsung, sedangkan sebagai upaya pencegahan reinfeksi peneliti memberikan edukasi sebaya melalui edukator sebaya dalam rangka meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan responden dalam menerapkan PHBS untuk mencegah kecacingan.

2. Respect for human dignity

Prinsip etik ini menunjukkan keharusan peneliti untuk menghargai autonomi responden. Penelitian ini membutuhkan partisipasi anak usia sekolah dan keluarga. Peneliti dalam hal ini menjelaskan tahapan penelitian secara lengkap serta dampak dan manfaat yang ditimbulkan. Peneliti memberikan kebebasan pada keluarga dan anak untuk berpikir dan memutuskan secara sadar dan tanpa memberikan tekanan atau paksaan untuk berpartisipasi atau untuk menolak berpartisipasi dalam penelitian yang akan dilakukan. Peneliti juga sangat menghargai keputusan responden apabila pada kemudian hari responden memutuskan untuk mengakhiri keikutsertaannya dan menolak memberikan informasi dalam penelitian. Keluarga responden secara umum meyakini bahwa penelitian ini akan bermanfaat bagi anak usia sekolah di wilayahnya, sehingga dari penjelasan

yang diberikan peneliti, secara umum keluarga responden tampak kooperatif dan secara sadar menentukan haknya untuk turut serta dan mengizinkan anaknya berpartisipasi pada penelitian ini.

3. *Justice*

Prinsip etik ini menunjukkan keharusan peneliti untuk menghargai kesamaan hak responden untuk menerima perlakuan yang sama dan hak terhadap kerahasiaan responden. Penelitian ini menggunakan dua kelompok penelitian, yaitu kelompok yang diberikan intervensi sebaya (kelompok intervensi) dan kelompok yang tidak diberikan intervensi edukasi sebaya (kelompok kontrol). Peneliti memperlakukan setiap responden secara sama (tanpa ada diskriminasi), menggunakan bahasa yang dimengerti oleh semua responden, dan melakukan aktifitas penelitian yang sama pula pada awal dan akhir penelitian kecuali tahapan edukasi sebaya, dimana kelompok intervensi diberikan edukasi sebaya sesudah *pretest*, sedangkan kelompok kontrol akan diberikan edukasi sebaya setelah *posttest* (setelah penelitian berakhir). Begitupula untuk pemberian obat diberikan kepada setiap responden sesuai dengan indikasinya masing-masing. Selain itu peneliti memberikan kesempatan yang sama untuk setiap responden untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari tenaga kompeten yang sama apabila ditemukan masalah yang serius terkait dengan intervensi yang diberikan, yang sebelumnya telah diupayakan pada tenaga kesehatan di puskesmas setempat. Untuk menjamin kerahasiaan responden peneliti menggunakan nama responden saat melakukan intervensi saja, sedangkan nama pada kuesioner dibuat dalam bentuk kode responden (kodefikasi). Kodefikasi ini juga dilakukan oleh peneliti dalam pendokumentasian dan pengolahan data penelitian.

4.7.2 Informed Consent

Informed consent dimaknai bahwa responden penelitian telah mendapatkan informasi penelitian yang adekuat, sehingga mampu untuk memahami penelitian yang akan dilakukan dan memiliki kekuatan dari kebebasan

memilih serta mampu memutuskan partisipasinya dalam penelitian secara sadar (Polit & Hungler, 1999).

Penelitian ini akan melibatkan peran aktif anak usia sekolah dan keluarga. Peneliti didampingi kader kesehatan memberikan penjelasan secara lengkap tentang tahapan penelitian dan memberikan kesempatan kepada calon responden untuk bertanya, memahami segala aspek yang akan dilakukan dalam penelitian. Setelah penjelasan diberikan, peneliti menanyakan kesediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian. Terdapat 2 (dua) orang keluarga responden di kelompok intervensi yang menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian dikarenakan alasan tidak bisa membaca dan sibuk melaut. Peneliti menghargai keputusan kedua keluarga responden tersebut dan tidak memaksa. Keluarga responden yang setuju untuk berpartisipasi diminta peneliti untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) yang telah disiapkan. Polit dan Hungler (1999) menyatakan bahwa anak-anak belum memiliki kemampuan yang memadai untuk menentukan pilihannya sendiri secara adekuat. Kondisi ini menyebabkan pemberian *informed consent* untuk memperoleh persetujuan responden dianggap tidak legal dan etis. Pemberian *informed consent* untuk mendapatkan persetujuan anak (responden), diperoleh peneliti dari orang tua responden.

4.7 Alat Pengumpul Data

4.7.1 Instrumen Pengumpul Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang meliputi variabel pengetahuan, sikap, dan keterampilan responden, serta kuesioner yang meliputi pengetahuan, perilaku, pendidikan dan pendapatan keluarga responden, sedangkan ketersediaan jamban dan sumber air bersih di rumah digunakan instrumen berupa lembar observasi. Instrumen yang digunakan secara rinci dijelaskan sebagai berikut:

- a. Kuesioner (A) merupakan instrumen pembuka yang terdiri dari pertanyaan terbuka tentang umur dan alamat responden, serta pertanyaan tertutup berbentuk *checklist* tentang jenis kelamin, pengalaman berdiskusi tentang PHBS dengan teman sebaya.

- b. Kuesioner (B) merupakan instrumen untuk mengukur pengetahuan dan pemahaman responden tentang PHBS dalam mencegah kecacangan (*pre-postest*). Kuesioner B terdiri dari 20 pertanyaan dalam bentuk pilihan berganda terkait dengan pengetahuan anak sekolah tentang PHBS dalam mencegah kecacangan. Cara penilaian instrumen ini berupa pemberian nilai 1 untuk jawaban yang benar dan nilai 0 untuk jawaban yang salah.
- c. Kuesioner (C) merupakan instrumen untuk mengukur sikap responden tentang PHBS dalam mencegah kecacangan (*pre-postest*). Instrumen ini menggunakan Skala *Likert*, berbentuk 18 pernyataan tertutup dengan *checklist*, yang berisikan pandangan atau pendapat responden terkait PHBS dalam mencegah kecacangan. Skala *Likert* yang digunakan memiliki rentang 1-4, yaitu: sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), dan sangat tidak setuju (STS). Cara penilaian yang diberikan untuk pernyataan positif (*favorable statement*): SS = 4, S = 3, TS = 2, dan STS = 1; sedangkan untuk pernyataan negatif: SS = 1, S = 2, TS = 3, dan STS = 4.
- d. Kuesioner (D) merupakan instrumen untuk mengukur perilaku/keterampilan responden tentang PHBS dalam mencegah kecacangan (*pre-postest*). Instrumen ini menggunakan Skala *Guttman*, terdiri dari 12 pernyataan tertutup dengan *checklist* berupa praktik/tindakan PHBS yang dilakukan responden dalam 1 minggu terakhir. Kuesioner menggunakan 2 pilihan jawaban “YA “ (jika dilakukan) atau “TIDAK” (jika tidak dilakukan). Cara penilaian untuk pernyataan positif, yaitu: “YA” = 1 dan “TIDAK” = 0; sedangkan untuk pernyataan negatif “YA” = 0 dan “TIDAK” = 1.
- e. Kuesioner (E) merupakan instrumen yang berisikan data umum keluarga responden. Kuesioner E terdiri dari pertanyaan terbuka tentang umur, alamat responden dan pendapatan per bulan, serta pertanyaan tertutup berbentuk *checklist* tentang jenis kelamin, pendidikan, dan pendapatan keluarga.

- f. Kuesioner (F) merupakan instrumen untuk mengukur pemahaman keluarga responden tentang PHBS dalam mencegah kecacangan. Kuesioner F terdiri dari 17 pertanyaan dalam bentuk pilihan berganda terkait dengan pengetahuan orang tua responden tentang PHBS dalam mencegah kecacangan. Cara penilaian instrumen ini berupa pemberian nilai 1 untuk jawaban yang benar dan nilai 0 untuk jawaban yang salah.
- g. Kuesioner (G) merupakan instrumen untuk mengukur perilaku keluarga responden berupa tindakan PHBS untuk mencegah kecacangan yang dilakukan sehari-hari. Instrumen ini menggunakan Skala Guttman, berbentuk 13 pernyataan tertutup dengan *checklist* berupa praktik/tindakan PHBS yang dilakukan responden dalam 1 minggu terakhir. Kuesioner menggunakan 2 pilihan jawaban “YA “ (jika dilakukan) atau “TIDAK” (jika tidak dilakukan). Cara penilaian untuk pernyataan positif, yaitu: “YA” = 1 dan “TIDAK” = 0; sedangkan untuk pernyataan negatif “YA” = 0 dan “TIDAK” = 1.
- h. Lembar observasi (H) merupakan instrumen untuk menilai ketersediaan jamban sehat dan sumber air bersih keluarga reponden yang digunakan oleh kader kesehatan yang telah dilatih dan diuji sebagai asisten pengambil data di keluarga. Cara penilaian dilakukan melalui observasi kondisi jamban dan sumber air bersih yang tersedia. Kondisi jamban meliputi 12 pernyataan *checklist* berupa kriteria jamban sehat, dengan nilai : 1 (apabila jamban yang tersedia: memiliki lantai kakus (kedap air), mempunyai tempat duduk/jongkok, mempunyai lubang penampung tinja (*septic tank*), memiliki air penyiram dan sabun pembersih tangan, jamban dalam keadaan bersih, jamban terletak dalam rumah kakus, jarak jamban 10 m dari sumber air) dan 0 (apabila tidak tersedia jamban atau tersedia jamban dengan kondisi yang tidak memenuhi seluruh kriteria jamban sehat). Ketersediaan sumber air bersih meliputi 4 pernyataan *checklist* berupa kriteria air bersih, dengan nilai: 1 (memiliki sumber air bersih yang tidak berbau, tidak berwarna dan tidak berasa) dan 0 (tidak memiliki sumber air bersih).

4.8 Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen penelitian dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas instrumen penelitian yang telah dibuat. Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau kesahihan, yang mana instrumen dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur, sedangkan reliabilitas menunjukkan tingkat kepercayaan instrumen yang apabila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek, maka akan menghasilkan data yang sama (Arikunto, 2010; Sugiyono, 2010).

Uji coba instrumen pada penelitian ini menggunakan uji validitas muka untuk variabel pengetahuan, sikap dan keterampilan dengan cara merefleksikan ketiga variabel tersebut dalam bentuk pertanyaan atau pernyataan yang mudah dipahami oleh responden. Selain itu, variabel pengetahuan, sikap dan keterampilan diuji dengan validitas isi dengan cara melihat relevansi pertanyaan atau pernyataan yang dibuat dengan materi edukasi sebaya yang akan diberikan, yang kemudian dituangkan dalam bentuk kisi-kisi instrumen yang berisi variabel dan indikator penelitian secara sistematis. Selanjutnya instrumen tersebut dikonsultasikan kepada para pembimbing yang dianggap sesuai dengan area yang diteliti, serta melakukan konsultasi kepada guru bahasa Indonesia (berstrata pendidikan S-1) di SDN yang akan diteliti, untuk memberikan pertimbangan tentang bentuk kalimat maupun istilah yang digunakan agar dapat dipahami oleh anak usia sekolah setempat. Peneliti melakukan revisi (perbaikan) instrumen berdasarkan masukan yang diberikan oleh para pembimbing.

Instrumen sikap juga diuji validitas konstruksi dengan menggunakan uji korelasi *person product mommen* (r), yaitu membandingkan antara skor nilai setiap item pernyataan dengan skor total instrumen. Nilai korelasi setiap pernyataan signifikan didapatkan dengan cara membandingkan nilai r hitung dengan nilai r tabel dengan tingkat kemaknaan 5%. Jika r hitung lebih besar dari r tabel, maka pernyataan dinyatakan valid atau dengan kata lain pernyataan dinyatakan valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya, begitupula sebaliknya jika r hitung lebih kecil

dari r tabel, maka pernyataan dinyatakan tidak valid. Selanjutnya pernyataan dari instrumen sikap yang dinyatakan valid dilanjutkan dengan uji reliabilitas berupa *internal consistency* dengan cara hanya mengujicobakan instrumen sekali saja (*one shot*). Teknik yang digunakan yaitu, membandingkan nilai r hasil (*alpha cronbach*) dengan r tabel, dengan ketentuan bila r *alpha cronbach* $>$ r tabel.

Uji coba instrumen pengetahuan, sikap dan keterampilan telah dilaksanakan pada 30 responden di SDN MIN Baru Kecamatan Manggar Belitung Timur yang memiliki karakteristik yang sama dengan responden penelitian. Adapun hasil uji instrumen sikap dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.1
Hasil Uji Validitas Instrumen Sikap tentang PHBS dalam Mencegah
Kecacingan di Kecamatan Manggar Belitung Timur,
April 2011 (n=30)

Variabel	Jumlah Pernyataan	Jumlah Pernyataan yang Tidak Valid	Validitas (nilai $r < r$ tabel)	Reliabilitas (<i>Alpha Cronbach</i>)
Sikap	20	4 (nomor 3, 5, 7 & 12)	0.048, -0.338, 0.294, 0.344.	0.802

Pernyataan yang tidak valid ada 5 pernyataan yaitu nomor 3, 5, 7, dan 12 yang mana nilai r hasil $<$ r tabel (r tabel = 0.361), dengan demikian untuk meningkatkan nilai r maka pernyataan yang memiliki nilai r terkecil (nomor 3) dan nilai r negatif (nomor 5) dihilangkan.

Selanjutnya pernyataan dari instrumen sikap yang dinyatakan valid dilanjutkan dengan uji reliabilitas dengan cara membandingkan nilai r hasil (*alpha cronbach*) dengan r tabel, dengan ketentuan bila r *alpha cronbach* $>$ r tabel. Berdasarkan tabel 4.1 terlihat bahwa nilai *alpha cronbach* $>$ r tabel (r = 0.361), sehingga disimpulkan bahwa pernyataan tersebut reliable.

Selain itu, peneliti juga melakukan uji *Interrater reliability*. *Inter rater reliability* (konsistensi antar-pengamat) digunakan untuk menguji konsistensi/kesamaan persepsi antara hasil pengukuran seorang pengamat dengan pengamat lainnya, terhadap subyek penelitian yang sama dan dengan instrumen yang sama (Polit & Hungler, 1999).

Peneliti dibantu oleh 2 (dua) orang kader kesehatan yang pernah diikutsertakan kegiatan Dinas Kesehatan berupa survey rumah sehat. Kader kesehatan tersebut diminta untuk membantu peneliti dalam melakukan observasi ketersediaan jamban sehat dan sumber air bersih. Sebelum pengukuran, peneliti menjelaskan tentang cara penilaian kriteria-kriteria yang terdapat dalam instrumen, untuk menghindari kesalahan atau bias akibat kesalahan persepsi dalam pengukuran. Kemudian peneliti dan 2 orang kader yang telah dilatih tersebut melakukan pengukuran berupa observasi jamban sehat bersama peneliti di wilayah Manggar. Hasil pengukuran tersebut dianalisa dengan menggunakan uji statistik *Cohen's Kappa*.

Kesepakatan/persamaan persepsi antara peneliti dan pengumpul data dikatakan sepakat (sama) apabila pada alpha 0,05, didapatkan koefisien Kappa > 0,06. Semakin tinggi nilai koefisien kappa berarti persepsi antara peneliti dan pengumpul data semakin sama. Apabila nilai koefisien kappa masih rendah maka perlu dilakukan konsolidasi ulang terhadap pengumpul data. Adapun hasil uji *inter rater reliability* dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.2
Hasil Uji Interrater Reliability Observasi Jamban Keluarga Responden
Kecamatan Manggar, Belitung Timur, April 2011

Numerator	Jumlah sampel	Nilai Kappa
1	10	0.615
2	10	0.737

Tabel 4.2 di atas menunjukkan bahwa kedua numerator yang merupakan kader kesehatan dan telah memiliki kesepakatan atau kesamaan persepsi dalam menentukan kategori jamban sehat atau tidak. Nilai Kappa yang diperoleh

numerator1 yaitu 0.615 dan numerator 2 yaitu 0.737 (nilai kappa pada alpha 0.05 yaitu > 0.06).

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data penelitian ini meliputi langkah-langkah sebagai berikut:

1. Peneliti melakukan penelitian setelah proposal dinyatakan lulus kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan/Kesehatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Peneliti mengajukan izin penelitian kepada Dinas Pendidikan Kabupaten Belitung Timur, yang kemudian dilanjutkan dengan koordinasi ke pihak sekolah yang menjadi tempat penelitian yaitu, SDN 17 Desa Baru Manggar dan SDN 03 Lenggang Gantung Belitung Timur. Peneliti juga meminta bantuan guru kelas dalam pelaksanaan penelitian. Selanjutnya peneliti juga mengajukan ijin penelitian kepada Kecamatan Manggar dan Gantung untuk melakukan penelitian di masyarakat (keluarga).
3. Peneliti juga melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung Timur dan UPTD Puskesmas Manggar dan Puskesmas Gantung selaku instansi penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat berkenaan dengan upaya promosi dan prevensi melalui peningkatan PHBS dalam menurunkan prevalensi kecacingan. Peneliti meminta bantuan tenaga laboratorium dan pengelola program kecacingan puskesmas dalam mendampingi pemeriksaan telur cacing dan pemberian obat cacing.
4. Peneliti telah melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian di Kecamatan Manggar.
5. Peneliti menjelaskan maksud, tujuan, manfaat penelitian kepada pihak sekolah, guru dan orang tua responden, dampak dari penelitian yang dilakukan, serta jaminan kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan responden selama penelitian berlangsung.

6. Peneliti menjelaskan arti *informed consent* sebelum orang tua responden menandatangani. Orang tua/keluarga yang bersedia terlibat dan melibatkan anaknya dalam penelitian diminta untuk menandatangani *informed consent* di bagian yang telah disediakan, bila orang tua berkeberatan untuk mengikutsertakan responden maka, peneliti tidak memaksa dan tidak mengikutsertakan responden dalam penelitian. Orang tua atau keluarga yang bersedia terlibat diminta untuk mengisi kuesioner data umum, pendidikan, pendapatan, pengetahuan, perilaku dan pengisian lembar observasi ketersediaan jamban dan sumber air bersih oleh pengumpul data.
7. Peneliti didampingi oleh guru kelas dalam memperkenalkan diri, menjelaskan maksud, tujuan, dan tahapan penelitian dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh responden. Kemudian peneliti meminta responden untuk mengisi data umum pada halaman depan kuesioner, bagi responden yang belum mengerti, peneliti mempersilahkan responden untuk bertanya.
8. Responden dalam kelompok intervensi dan kelompok kontrol mengisi kuesioner (*pretest*) yang dibagikan. Kuesioner yang telah diisi oleh responden dicek kelengkapannya oleh peneliti dan tim guru yang kemudian akan dianalisis.
9. Responden kelompok intervensi diberikan edukasi sebaya tentang PHBS dalam mencegah kecacangan sesuai tahapan yang sebelumnya telah disusun. Selanjutnya responden diminta kembali untuk mengisi kuesioner (*posttest*) terhadap kelompok kontrol dan intervensi.
10. Peneliti dibantu oleh asisten teknis peneliti dan petugas laboratorium puskesmas melakukan pemeriksaan kecacangan sesudah intervensi edukasi sebaya selesai dilaksanakan pada kelompok intervensi dan kontrol.

5.1 Pengolahan dan Analisis Data

5.1.1 Pengolahan Data

Pengolahan data dimulai pada saat pengumpulan data telah selesai. Selanjutnya data yang terkumpul dalam bentuk kuesioner yang telah diisi secara lengkap oleh responden diolah dengan tahapan sebagai berikut:

- a. *Editing*; peneliti melakukan pengecekan isian kuesioner, apakah jawaban yang ada lengkap, jelas, relevan dan konsisten. Pengecekan ini juga sebelumnya dilakukan saat pengambilan data di lapangan sehingga tidak menimbulkan kendala ketika proses editing semua kuesioner dalam kondisi lengkap dan terisi seluruhnya.
- b. *Coding*; peneliti mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk bilangan/angka sesuai dengan definisi operasional dan kebutuhan analisis.
- c. *Processing*; peneliti melakukan pemrosesan data yang dengan cara *mengentry* data dari kuesioner ke program komputerisasi /SPSS versi 17.
- d. *Clearing*; peneliti membersihkan data dengan melakukan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* untuk melihat adanya kesalahan/*missing* atau tidak.

5.1.2 Analisis Data

Analisis data penelitian menggunakan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Analisis univariat dalam penelitian ini meliputi: variabel pengetahuan, sikap, dan keterampilan responden dalam menentukan PHBS untuk mencegah kecacangan; karakteristik pendidikan, pendapatan, pengetahuan, perilaku keluarga, ketersediaan jamban sehat dan sumber air bersih di rumah, serta insidensi kecacangan. Jenis data numerik disajikan dalam bentuk mean, standar deviasi (SD), median, *range*, min-max. Semua data dianalisis dengan tingkat kemaknaan 95% ($\alpha=0.05$). Data kategorik disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan proporsi/persentase.

Analisis bivariat digunakan untuk melihat distribusi responden pada variabel sebelum dan sesudah intervensi, menguji variabel-variabel penelitian meliputi,

variabel terikat dan variabel bebas, serta melihat perbandingan proporsi insidensi kecacangan sebelum dan sesudah intervensi. Analisis ini juga digunakan untuk menguji atau membuktikan hipotesis penelitian komparatif dua sampel yang tidak berkorelasi (sampel independen/tidak berpasangan) dengan skala interval. Analisis bivariat dilakukan setelah uji homogenitas (uji kesetaraan) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan. Uji homogenitas digunakan untuk melihat apakah kedua kelompok penelitian ini (kelompok intervensi dan kelompok kontrol) dalam keadaan setara. Analisis antar variabel dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.3 Uji Homogenitas dan Analisis Bivariat

Uji Homogenitas		
Uji Homogenitas Variabel	Kelompok	Jenis Uji
<ul style="list-style-type: none"> • Tingkat pendidikan keluarga • Tingkat pendapatan keluarga • Ketersediaan jamban sehat • Ketersediaan sumber air bersih 	Intervensi dan kontrol	<i>Chi square</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Pengetahuan keluarga • Perilaku keluarga • Pengetahuan, sikap dan keterampilan responden 	Intervensi dan kontrol	<i>t test independent</i>
Analisis Bivariat		
Variabel	Kelompok	Jenis Uji
<ul style="list-style-type: none"> • Pengetahuan • Sikap • Keterampilan 	Sebelum dan sesudah intervensi pada masing-masing kelompok.	<i>Paired t test</i>

Variabel	Kelompok	Jenis Uji
<ul style="list-style-type: none"> • Pengetahuan • Sikap • Keterampilan 	Sebelum dan sesudah intervensi antar kelompok intervensi dan kelompok kontrol.	<i>Pooled t test</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Insidensi kecacingan 	Sebelum dan sesudah intervensi pada masing-masing kelompok intervensi dan kelompok kontrol.	<i>McNemar</i>
	Sebelum dan sesudah intervensi antar kelompok intervensi dan kelompok kontrol.	<i>Chi square</i>

Insidensi kecacingan digunakan sebagai parameter yang menunjukkan taksiran probabilitas (risiko) anak usia sekolah untuk terkena kecacingan dalam suatu jangka waktu tertentu. Insidensi kecacingan pada penelitian ini menggunakan rumus insidensi kumulatif (CI), sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi. Rumus CI menurut Kleinbaum et al., (1982), Rothman (1986) dan Hennekens & Buring (1987), yaitu:

$$CI = \frac{\sum \text{orang yang terkena penyakit dalam suatu jangka waktu}}{\sum \text{orang dalam risiko terkena penyakit dalam waktu tertentu}}$$

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil analisis data penelitian tentang pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada agregat anak usia sekolah yang beresiko kecacangan di Kecamatan Manggar Belitung Timur yang meliputi gambaran karakteristik keluarga responden berupa: tingkat pendidikan keluarga, tingkat pendapatan keluarga, ketersediaan jamban sehat dan sumber air bersih, serta pengetahuan dan perilaku keluarga; analisis perbedaan perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol; serta analisis insidensi kecacangan sebagai data pendukung hasil intervensi. Penelitian ini telah dilaksanakan sekitar 8 minggu yang dimulai pada tanggal 11 April 2011 s/d 31 Mei 2011, dengan melibatkan partisipasi aktif murid SD kelas 4 dan 5 di kelompok intervensi dan kontrol dari awal hingga penelitian selesai. Adapun analisa data hasil penelitian akan disajikan dengan menggunakan tabel dan diagram yang dilengkapi interpretasi data.

5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat pada penelitian ini berupa gambaran karakteristik keluarga responden, meliputi: tingkat pendidikan keluarga, tingkat pendapatan keluarga, ketersediaan jamban sehat dan sumber air bersih di rumah, serta pengetahuan dan perilaku keluarga. Di samping itu juga akan digambarkan tentang analisis pengetahuan, sikap dan keterampilan responden, seta insidensi kecacangan. Hasil analisis univariat tersebut disajikan dalam bentuk tabel dan diagram.

1. Karakteristik keluarga responden berdasarkan tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, ketersediaan jamban sehat dan sumber air bersih

Hasil analisis karakteristik keluarga responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol berdasarkan tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, ketersediaan jamban sehat dan sumber air bersih digambarkan pada tabel berikut.

Tabel 5.1
Distribusi Keluarga Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan,
Tingkat Pendapatan, Ketersediaan Jamban Sehat dan Sumber Air
Bersih pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Kecamatan
Manggar Belitung Timur, Mei 2011

Karakteritik	Kelompok Keluarga Responden				Total f
	Intervensi		Kontrol		
	f	%	f	%	
Tingkat Pendidikan:					
a. Tidak sekolah/tidak tamat SD	10	23.8	5	11.9	15
b. Tamat SD	21	50.0	17	40.5	38
c. Tamat SMP	8	19.0	8	19.0	16
d. Tamat SMU/akademi/perguruan tinggi	3	7.1	12	28.6	15
Total	42		42		84
Tingkat Pendapatan:					
a. Rendah (\leq Rp.1000.000,-)	27	64.3	23	54.83	50
b. Tinggi ($>$ Rp.1000.000,-)	15	35.7	19	45.2	36
Total	42		42		84
Ketersediaan jamban sehat:					
a. Tidak tersedia/tersedia jamban yang tidak sehat	39	92.9	34	81.0	73
b. Tersedia jamban sehat	3	7.1	8	19.0	11
Total	42		42		84
Ketersediaan sumber air bersih:					
a. Tidak tersedia sumber air atau tidak tersedia sumber air bersih	39	92.9	33	78.6	72
b. Tersedia sumber air bersih	3	7.1	9	21.4	12
Total	42		42		84

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa distribusi proporsi tingkat pendidikan keluarga responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak terlalu berbeda. Proporsi tingkat pendidikan pada kelompok intervensi yang paling banyak adalah tamat SD yaitu sebesar 50.0% (21 responden). Selanjutnya yang tidak sekolah/tidak tamat SD sebesar 23.8% (10 responden), tamat SMP 19.0% (8 responden), tamat SMU/akademi/perguruan tinggi 7.1% (3 responden). Proporsi tingkat pendidikan pada kelompok kontrol yang paling banyak adalah tamat SD yaitu sebesar 40.5% (17 responden). Selanjutnya yang tamat SMU/akademi/perguruan tinggi sebesar 28.6% (21 responden), tamat SMP sebesar 19.0% (8 responden), tidak sekolah/tidak tamat SD sebesar 11.9% (5 responden).

Distribusi proporsi tingkat pendapatan keluarga responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol juga tidak terlalu berbeda. Proporsi tingkat pendapatan pada kelompok intervensi yang terbanyak terdapat pada tingkat pendapatan rendah (\leq Rp.1000.000,-) yaitu sebesar 64.3% (27 responden) dan tingkatan pendapatan tinggi ($>$ Rp.1000.000,-) sebesar 35.7% (15 responden). Kondisi yang sama juga ditunjukkan pada kelompok kontrol. Proporsi tingkat pendapatan yang paling banyak terdapat pada tingkat pendapatan rendah yaitu sebesar 54.8% (23 responden) dan tingkat pendapatan tinggi sebesar 45.2%.

Distribusi proporsi ketersediaan jamban sehat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak terlalu berbeda. Proporsi ketersediaan jamban sehat pada kelompok intervensi yaitu sebesar 7.1% (3 responden) dan yang tidak tersedia jamban sehat/tidak memiliki jamban sebesar 92.9% (39 responden). Proporsi ketersediaan jamban sehat pada kelompok kontrol yaitu sebesar 19.0% (8 responden) dan yang tidak tersedia jamban sehat/tidak memiliki jamban sebesar 81.0% (34 responden).

Proporsi ketersediaan sumber air bersih pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol juga tidak terlalu berbeda. Proporsi ketersediaan sumber air bersih pada kelompok intervensi yaitu, sebesar 92.9% (39 responden) tidak tersedia sumber air atau sumber air bersih, sedangkan sisanya sebesar 7.1% (3 responden) tersedia sumber air bersih. Sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 78.6% (33 responden) tidak tersedia sumber air atau sumber air bersih, sedangkan sisanya sebesar 21.4% (9 responden) tersedia sumber air bersih.

2. Karakteristik keluarga responden berdasarkan pengetahuan dan perilaku

Hasil analisis karakteristik keluarga responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol berdasarkan kepemilikan jamban sehat dan air bersih digambarkan pada tabel berikut.

Tabel 5.2
Hasil Analisis Skor Pengetahuan dan Perilaku Keluarga Responden
pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kecamatan
Manggar Belitung Timur, Mei 2011

Variabel	Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Pengetahuan	Intervensi	42	7.93	8.00	2.15	4-13	7.26-8.59
	Kontrol	42	7.60	8.00	2.29	2-13	6.89-8.31
Perilaku	Intervensi	42	11.41	12.00	4.90	5-13	10.81-11.99
	Kontrol	42	11.19	12.00	1.76	6-13	10.64-11.74

Hasil analisis yang digambarkan pada tabel 5.2, menunjukkan bahwa rata-rata total skor pengetahuan keluarga responden pada kelompok intervensi adalah 7.923 dengan standar deviasi (SD) 2.15. Total skor pengetahuan terendah adalah 4 dan tertinggi 13. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata total skor pengetahuan keluarga responden pada kelompok intervensi antara 7.26 sampai dengan 8.59. Kondisi yang tidak terlalu berbeda pada kelompok kontrol. Rata-rata total skor pengetahuan keluarga responden pada kelompok kontrol adalah 7.560 dengan standar deviasi (SD) 2.29. Total skor pengetahuan terendah adalah 2 dan tertinggi adalah 13. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata total skor pengetahuan keluarga responden pada kelompok kontrol antara 6.89 sampai dengan 8.31 .

Rata-rata total skor perilaku keluarga responden pada kelompok intervensi 11.41 dengan standar deviasi (SD) 4.90. Skor terendah adalah 5 dan tertinggi 13. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata total skor perilaku keluarga responden pada kelompok intervensi antara 10.81 sampai dengan 11.99. Sedangkan rata-rata skor perilaku keluarga responden pada kelompok kontrol sedikit lebih rendah yaitu sebesar 11.19 dengan standar deviasi (SD) 1.76. Skor terendah adalah 6 dan tertinggi 13. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata total skor perilaku keluarga responden pada kelompok intervensi antara 10.64 sampai dengan 11.73.

3. Rata-rata skor pengetahuan, sikap dan keterampilan responden sebelum dan sesudah edukasi sebaya pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Rata-rata skor pengetahuan, sikap dan keterampilan responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.3
Hasil Analisis Rata-Rata Skor Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Responden pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi di Kecamatan Manggar Belitung Timur, Mei 2011

Kelompok	Variabel	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Intervensi	Pengetahuan:						
	a. Sebelum	42	12.95	13.00	3.08	5-19	11.99-13.91
	b. Sesudah	42	16.76	17.00	2.15	12-20	16.09-17.43
	Sikap:						
	a. Sebelum	42	55.12	55.00	4.64	46-65	53.67-56.57
	b. Sesudah	42	61.74	62.00	5.82	50-72	59.93-63.55
Kontrol	Keterampilan:						
	a. Sebelum	42	9.98	10.50	2.10	6-12	9.32-10.63
	b. Sesudah	42	10.88	12.00	1.67	4-12	10.36-11.41
	Pengetahuan:						
	a. Sebelum	42	13.05	13.00	2.35	5-17	12.22-13.68
	b. Sesudah	42	13.00	14.00	2.83	16-19	12.12-13.88
Kontrol	Sikap:						
	a. Sebelum	42	55.88	55.00	4.30	48-66	54.88-54.54
	b. Sesudah	42	55.74	56.50	8.34	16-65	53.14-58.34
Kontrol	Keterampilan:						
	a. Sebelum	42	10.38	11.00	1.86	4-12	9.80-10.96
	b. Sesudah	42	9.14	9.00	1.35	5-12	8.72-9.57

Hasil analisis yang digambarkan oleh tabel di 5.3 di atas, menunjukkan bahwa rata-rata total skor pengetahuan responden pada kelompok intervensi sebelum diberikan intervensi adalah 12.95 dengan standar deviasi (SD) 3.08. Total skor pengetahuan terendah adalah 5 dan tertinggi 19. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata total skor pengetahuan responden pada kelompok intervensi sebelum diberikan intervensi antara 11.99 sampai dengan 13.91. Rata-rata total skor pengetahuan responden sesudah diberikan intervensi meningkat menjadi 16.76 dengan SD

2.15. Total skor terendah 12 dan tertinggi 20. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor pengetahuan responden pada kelompok intervensi sesudah diberikan intervensi antara 16.09 sampai dengan 17.43.

Kondisi yang tidak terlalu berbeda pada kelompok kontrol sebelum penelitian. Rata-rata total skor pengetahuan responden pada kelompok kontrol adalah 13.05 dengan standar deviasi (SD) 2.35. Total skor pengetahuan terendah adalah 5 dan tertinggi adalah 17. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata total skor pengetahuan keluarga responden pada kelompok kontrol antara 12.22 sampai dengan 13.68. Rata-rata total skor pengetahuan kelompok kontrol sesudah penelitian tanpa diberikan intervensi juga meningkat menjadi 13.00 dengan SD 2.83. Total skor sikap terendah adalah 16 dan tertinggi 19. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor pengetahuan responden pada kelompok kontrol sesudah penelitian tanpa diberikan intervensi antara 12.12 sampai dengan 13.89.

Rata-rata total skor sikap responden pada kelompok intervensi sebelum diberikan intervensi adalah 55.12 dengan standar deviasi (SD) 4.64. Total skor sikap terendah adalah 46 dan tertinggi 65. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata total skor sikap responden pada kelompok intervensi sebelum diberikan intervensi antara 53.67 sampai dengan 56.57. Sedangkan rata-rata total skor sikap sesudah intervensi meningkat menjadi 61.74 dengan SD 5.82. Total skor sikap terendah adalah 50 dan tertinggi adalah 72. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor sikap responden kelompok intervensi sesudah diberikan intervensi terletak antara 59.93 sampai dengan 63.56. Rata-rata total skor sikap responden pada kelompok kontrol sebelum penelitian adalah 55.88 dengan standar deviasi (SD) 4.30. Total skor sikap terendah adalah 48 dan tertinggi adalah 66. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata total skor sikap responden pada kelompok kontrol antara 54.88 sampai dengan 54.54. Sedangkan rata-rata total

skor sesudah penelitian tanpa diberikan intervensi pada kelompok kontrol sedikit lebih rendah yaitu 55.74. Total skor sikap terendah adalah 16 dan tertinggi 65. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor sikap responden kelompok kontrol sesudah diberikan intervensi terletak antara 53.14 sampai dengan 58.34.

Rata-rata total skor keterampilan responden pada kelompok intervensi sebelum diberikan intervensi adalah 9.98 dengan standar deviasi (SD) 2.10. Total skor keterampilan terendah adalah 6 dan tertinggi 12. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata total skor keterampilan responden pada kelompok intervensi sebelum diberikan intervensi antara 9.32 sampai dengan 10.63. Sedangkan rata-rata total skor keterampilan sesudah intervensi meningkat menjadi 10.88 dengan SD 1.67. Total skor keterampilan terendah adalah 4 dan tertinggi 12. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor sikap responden kelompok intervensi sesudah diberikan intervensi terletak antara 10.36 sampai dengan 11.40. Rata-rata total skor keterampilan responden pada kelompok kontrol sebelum penelitian tanpa diberikan intervensi adalah 10.38 dengan standar deviasi (SD) 1.86. Total skor keterampilan terendah adalah 4 dan tertinggi adalah 12. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata total skor keterampilan responden pada kelompok kontrol antara 9.80 sampai dengan 10.96. Sedangkan rata-rata total skor keterampilan pada kelompok kontrol sesudah penelitian tanpa diberikan intervensi lebih rendah yaitu sebesar 9.14 dengan SD 1.35. Rata-rata total skor terendah adalah 5 dan tertinggi 12. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata skor keterampilan responden kelompok intervensi sesudah diberikan intervensi terletak antara 8.72 sampai dengan 9.57.

4. Insidensi Kecacangan sebelum dan sesudah edukasi sebaya pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Insidensi kecacangan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya dihitung dengan rumus insidensi

kumulatif (CI) dan *Cummulative Incidence Ratio* (CIR). Data insidensi kumulatif kecacingan diperoleh melalui pemeriksaan feces sebelum edukasi sebaya diberikan dan sesudah 1 bulan pengobatan kecacingan diberikan. Responden yang diperiksa feces sebelum dan sesudah penelitian sebanyak 42 responden pada kelompok intervensi dan 42 reponden pada kelompok kontrol. Adapun insidensi kumulatif kecacingan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya secara deskriptif disajikan dalam bentuk diagram batang dan tabel berikut.

Diagram 5.1
Distribusi Proporsi Kecacingan Sebelum dan Sesudah Intervensi pada
Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kecamatan
Manggar Belitung Timur, Mei 2011

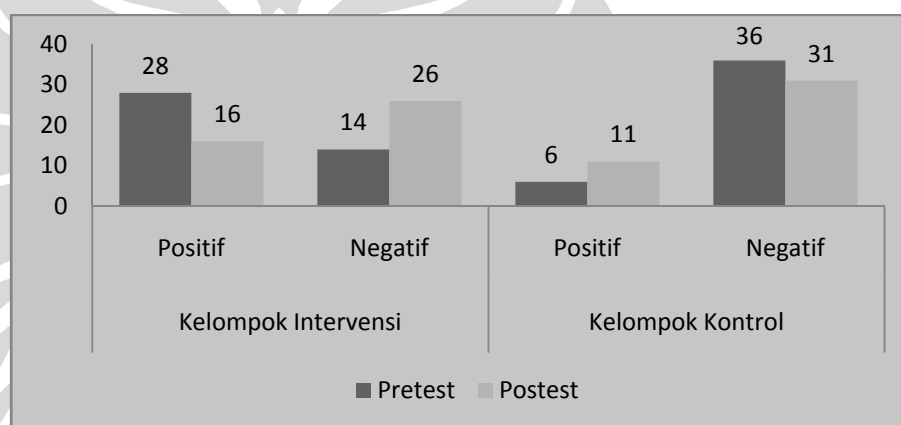


Diagram 5.1 tersebut menggambarkan bahwa dari 42 responden yang diperiksa feces sebelum diberikan edukasi sebaya terdapat 28 responden yang menderita kecacingan (positif) dan 14 responden yang tidak menderita kecacingan (negatif) pada kelompok intervensi. Responden yang menderita kecacingan lebih besar daripada responden yang tidak menderita kecacingan sebelum diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi. Sedangkan sesudah diberikan edukasi sebaya terdapat 16 responden yang positif dan 26 responden yang negatif pada kelompok intervensi. Responden yang menderita kecacingan lebih kecil daripada responden yang tidak menderita kecacingan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi.

Berbeda dengan kelompok kontrol, dari 42 responden yang diperiksa feces sebelum penelitian terdapat 6 responden yang menderita kecacangan (positif) dan 36 responden yang tidak menderita kecacangan (negatif) pada kelompok intervensi. Responden yang menderita kecacangan lebih kecil daripada responden yang tidak menderita kecacangan sebelum penelitian pada kelompok kontrol. Sedangkan sesudah penelitian terdapat 11 responden yang positif dan 31 responden yang negatif pada kelompok intervensi. Responden yang menderita kecacangan lebih kecil daripada responden yang tidak menderita kecacangan sesudah penelitian tanpa diberikan edukasi sebaya pada kelompok kontrol.

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan setelah dilakukan uji homogenitas (kesetaraan) terhadap karakteristik keluarga responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol (tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, ketersediaan jamban sehat dan sumber air bersih, pengetahuan dan perilaku keluarga), serta pengetahuan, sikap, dan keterampilan responden sebelum dilakukan penelitian pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Analisis bivariat pada penelitian ini bertujuan untuk melihat perbedaan perilaku (pengetahuan, sikap dan perilaku) sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya tentang PHBS dalam mencegah kecacangan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya tentang PHBS dalam mencegah kecacangan pada agregat anak usia sekolah di Kecamatan Manggar Belitung Timur. Adapun hasil uji homogenitas dan analisis bivariat disajikan sebagai berikut.

1. Uji homogenitas karakteristik keluarga responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Uji homogenitas karakteristik keluarga responden berupa variabel tingkat pendidikan keluarga, tingkat pendapatan keluarga, ketersediaan jamban sehat dan sumber air bersih antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis dengan uji statistik *chi square*. Sedangkan untuk variabel pengetahuan keluarga dan perilaku keluarga dianalisis dengan uji statistik

independent t test antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kedua kelompok dikatakan homogen (setara) apabila $P \text{ value} > 0,05$.

a. Uji homogenitas tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, ketersediaan jamban sehat dan sumber air bersih keluarga responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Uji homogenitas tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, ketersediaan jamban sehat dan sumber air bersih keluarga responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan untuk melihat apakah kedua karakteristik variabel tersebut homogen (setara) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Adapun hasil uji tersebut pada tabel 5.4.

Tabel 5.4
Hasil Analisis Uji Homogenitas Tingkat Pendidikan, Tingkat Pendapatan, Ketersediaan Jamban Sehat dan Sumber Air Bersih pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kecamatan Manggar Belitung Timur, Mei 2011

Karakteristik	Intervensi n= 42		Kontrol n= 42		P value
	N	%	n	%	
Tingkat Pendidikan:					
a. Tidak sekolah/tidak tamat SD	10	23.8	5	11.9	0.058
b. Tamat SD	21	50.0	17	40.5	
c. Tamat SMP	8	19.0	8	19.0	
d. Tamat SMU/akademi/perguruan tinggi	3	7.1	12	28.6	
Tingkat Pendapatan:					
a. Rendah (\leq Rp.1000.000,-)	27	64.3	23	54.83	0.374
b. Tinggi ($>$ Rp.1000.000,-)	15	35.7	19	45.2	
Ketersediaan jamban sehat:					
a. Tidak tersedia/tersedia jamban yang tidak sehat	39	92.9	34	81.0	0.106
b. Tersedia jamban sehat	3	7.1	8	19.0	
Ketersediaan sumber air bersih:					
a. Tidak tersedia sumber air atau tidak tersedia sumber air bersih	39	92.9	33	78.6	0.061
b. Tersedia sumber air bersih	3	7.1	9	21.4	

Keterangan: * bermakna pada $\alpha < 0.05$

Tabel 5.4 sebelumnya, menunjukkan bahwa karakteristik keluarga responden menurut tingkat pendidikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol homogen (P value 0.058, $\alpha= 0.05$). Begitupula untuk karakteristik keluarga responden menurut tingkat pendapatan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol homogen (P value 0.374, $\alpha= 0.05$). Berdasarkan hasil uji homogenitas tersebut disimpulkan bahwa karakteristik keluarga responden baik untuk tingkat pendidikan maupun tingkat pendapatan untuk kedua kelompok adalah homogen atau setara (P value > 0.05).

Karakteristik keluarga responden menurut ketersediaan jamban sehat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol homogeny (P value 0.106, $\alpha= 0.05$). Begitupula untuk karakteristik keluarga responden menurut ketersediaan sumber air bersih antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol homogeny (P value 0.061, $\alpha= 0.05$). Berdasarkan hasil uji homogenitas tersebut disimpulkan bahwa karakteristik keluarga responden baik untuk ketersediaan jamban sehat maupun ketersediaan sumber air bersih untuk kedua kelompok adalah homogen atau setara (P value > 0.05).

b. Uji homogenitas pengetahuan dan perilaku keluarga responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Uji homogenitas pengetahuan dan perilaku keluarga responden tentang PHBS dalam mencegah kecacangan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan untuk melihat apakah kedua karakteristik variabel tersebut homogen (setara) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Adapun hasil uji homogenitas tersebut digambarkan pada tabel berikut.

Tabel 5.5
Hasil Analisis Uji Homogenitas Pengetahuan dan Perilaku Keluarga
Responden pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di
Kecamatan Manggar Belitung Timur, Mei 2011

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	<i>P value</i>
Pengetahuan	Intervensi	42	7.93	2.15	0.33	0.493
	Kontrol	42	7.60	2.29	0.35	
Perilaku	Intervensi	42	11.40	4.90	0.29	0.593
	Kontrol	42	11.19	1.76	0.27	

*Keterangan: * bermakna pada alpha < 0.05*

Tabel 5.5 di atas menunjukkan bahwa karakteristik keluarga responden menurut pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol homogen (*P value* 0.493, *alpha*= 0.05). Begitupula untuk karakteristik keluarga responden menurut perilaku (PHBS) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol homogen (*P value* 0.593, *alpha*= 0.05). Setelah dianalisis lebih lanjut maka disimpulkan bahwa karakteristik keluarga responden baik untuk pengetahuan maupun perilaku untuk kedua kelompok adalah homogen atau setara (*P value* > 0.05).

c. Uji homogenitas pengetahuan, sikap dan keterampilan responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Uji homogenitas pengetahuan, sikap dan keterampilan responden tentang PHBS dalam mencegah kecacingan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan untuk melihat apakah kedua karakteristik variabel tersebut homogen (setara) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Adapun hasil uji homogenitas tersebut digambarkan pada tabel berikut.

Tabel 5.6
Hasil Analisis Uji Homogenitas Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan
pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kecamatan
Manggar Belitung Timur, Mei 2011

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	<i>P value</i>
Pengetahuan	Intervensi	42	12.95	3.08	0.48	1.00
	Kontrol	42	13.05	2.35	0.36	
Sikap	Intervensi	42	55.12	4.64	0.72	0.44
	Kontrol	42	55.88	4.30	0.66	
Keterampilan	Intervensi	42	9.98	2.10	0.32	0.35
	Kontrol	42	10.38	1.86	0.29	

*Keterangan: * signifikan (bermakna) pada $\alpha < 0.05$*

Tabel 5.6 di atas menunjukkan bahwa pengetahuan responden sebelum diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol homogen (*P value* 1.00, $\alpha = 0.05$). Selanjutnya sikap responden sebelum diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol juga homogen (*P value* 0.44, $\alpha = 0.05$). Begitupula dengan keterampilan responden sebelum diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol homogen (*P value* 0.44, $\alpha = 0.05$).

2. Perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan responden sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya tentang PHBS dalam mencegah kecacingan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Analisis perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan (perilaku) responden sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi dilakukan dengan menggunakan uji statistik *paired t test*. Adapun hasil analisis tersebut dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.7
Hasil Analisis Perbedaan Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan
Responden Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok
Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kecamatan
Manggar Belitung Timur, Mei 2011

Variabel	Kelompok	Mean	SD	SE	N	t	P value	
Intervensi	Pengetahuan:							
	a. Sebelum	12.95	3.08	0.48	42	-980	0.000*	
	b. Sesudah	16.76	2.15	0.33	42			
	Selisih	3.81	0.93					
	Sikap:							
	a. Sebelum	55.12	4.64	0.72	42	-8.17	0.000*	
	b. Sesudah	61.74	5.82	0.89	42			
	Selisih	6.62	5.25					
	Keterampilan:							
	a. Sebelum	9.98	2.10	0.32	42	-2.39	0.022*	
	b. Sesudah	10.88	1.67	0.24	42			
	Selisih	0.91	2.46					
Kontrol	Pengetahuan:							
	a. Sebelum	13.05	2.35	0.36	42	-1.43	0.887	
	b. Sesudah	13.00	2.83	0.44	42			
	Selisih	0.05	0.48					
	Sikap:							
	a. Sebelum	55.88	4.30	0.66	42	0.12	0.909	
	b. Sesudah	55.74	8.34	1.29	42			
	Selisih	0.14	4.04					
	Keterampilan:							
	a. Sebelum	10.38	1.86	0.29	42	4.26	0.000*	
	b. Sesudah	9.14	1.35	0.21	42			
	Selisih	1.24	0.51					

Keterangan: * bermakna pada $\alpha < 0.05$

Hasil analisis pada tabel 5.7 terlihat bahwa rata-rata skor pengetahuan responden kelompok intervensi sebelum diberikan edukasi sebaya sebesar 12.95 dan rata-rata skor pengetahuan sesudah diberikan edukasi sebaya adalah 16.76. Terdapat perbedaan rata-rata skor pengetahuan 3.81 dengan standar deviasi 2.54. Berdasarkan hasil analisis lebih lanjut maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang bermakna pengetahuan responden sesudah diberikan edukasi sebaya lebih baik dari sebelum diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi (P value 0.000, $\alpha = 0.05$).

Rata-rata skor sikap responden sebelum diberikan edukasi sebaya sebesar 55.12 dan rata-rata skor sikap sesudah diberikan edukasi sebaya adalah 61.74. Terdapat perbedaan rata-rata skor pengetahuan sebesar 6.62 dengan standar deviasi 5.25. Berdasarkan hasil analisis lebih lanjut, maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang bermakna sikap responden sesudah diberikan edukasi sebaya lebih baik dari sebelum diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi (P value 0.000, $\alpha= 0.05$).

Rata-rata skor keterampilan responden sebelum diberikan edukasi sebaya sebesar 9.98 dan rata-rata skor keterampilan sesudah diberikan edukasi sebaya adalah 10.88. Terdapat perbedaan rata-rata skor pengetahuan sebesar 0.91 dengan standar deviasi 2.46. Berdasarkan hasil analisis lebih lanjut dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang bermakna keterampilan responden sesudah diberikan edukasi sebaya lebih baik dari sebelum diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi (P value 0.000, $\alpha= 0.05$).

Hasil analisis pada kelompok kontrol terlihat bahwa rata-rata skor pengetahuan responden kelompok kontrol sebelum penelitian sebesar 13.05 dan rata-rata skor pengetahuan sesudah penelitian tanpa diberikan edukasi sebaya adalah 13.00. Terdapat perbedaan rata-rata skor pengetahuan sebesar 0.05 dengan standar deviasi 0.48. Berdasarkan hasil analisis lebih lanjut dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna pengetahuan responden yang tidak diberikan edukasi sebaya sebelum dan sesudah penelitian pada kelompok kontrol (P value 0.887, $\alpha= 0.05$).

Kondisi yang sama dari hasil analisis skor sikap pada kelompok kontrol. Rata-rata skor sikap responden kelompok kontrol sebelum penelitian sebesar 55.88 dan rata-rata skor sikap sesudah penelitian tanpa diberikan edukasi sebaya adalah 55.74. Terdapat perbedaan rata-rata skor sikap sebesar 0.14 dengan standar deviasi 4.04. Berdasarkan analisis lebih lanjut disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna sikap responden

yang tidak diberikan edukasi sebaya sebelum dan sesudah penelitian pada kelompok kontrol (P value 0.909, $\alpha= 0.05$).

Selanjutnya hasil analisis rata-rata skor keterampilan pada kelompok kontrol sebelum penelitian sebesar 10.38 dan rata-rata skor keterampilan sesudah penelitian tanpa diberikan edukasi sebaya adalah 9.14. Terdapat perbedaan rata-rata skor keterampilan sebesar 1.24 dengan standar deviasi 0.51. Hasil analisis lebih lanjut dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang bermakna keterampilan responden yang tidak diberikan edukasi sebaya lebih buruk sesudah penelitian pada kelompok kontrol (P value 0.000, $\alpha= 0.05$).

3. Perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan responden sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya tentang PHBS dalam mencegah kecacingan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Analisis perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan (perilaku) responden sebelum dan sesudah intervensi antara kelompok kontrol dan intervensi dilakukan dengan uji statistik *pooled t test*. Adapun hasil analisis tersebut dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.8
Hasil Analisis Selisih Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan
Responden Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok
Kontrol di Kecamatan Manggar
Belitung Timur, Mei 2011

Variabel	Kelompok	Mean	SD	SE	t	P value
Pengetahuan	Intervensi	3.76	2.57	0.39	7.53	0.000*
	Kontrol	-0.14	2.16	0.33		
Sikap	Intervensi	6.62	5.25	0.81	4.56	0.000*
	Kontrol	0.14	8.06	1.24		
Keterampilan	Intervensi	0.90	2.46	0.38	4.48	0.000*
	Kontrol	1.24	0.51	1.88		

Keterangan: * bermakna pada $\alpha < 0.05$

Hasil analisis dari tabel 5.8 tersebut, menggambarkan bahwa selisih rata-rata total skor pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi sebesar 3.76 dengan standar deviasi 2.57

dan selisih rata-rata total skor pada kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya 0.14 dengan standar deviasi 2.16. Setelah dianalisis lebih lanjut maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna rata-rata skor pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya (P value 0.000, $\alpha=0,05$).

Selisih rata-rata total skor sikap responden antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi sebesar 6.62 dengan standar deviasi 5.25 dan rata-rata skor pada kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya 0.14 dengan standar deviasi 8.06. Setelah dianalisis lebih lanjut maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna rata-rata skor sikap responden sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya (P value 0.000, $\alpha=0,05$).

Hasil analisis terhadap selisih rata-rata skor keterampilan responden antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi sebesar 0.91 dengan standar deviasi 2.46 dan selisih rata-rata skor pada kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya sebesar 1.24 dengan standar deviasi 0.51. Setelah dianalisis lebih lanjut maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna rata-rata skor keterampilan responden sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya (P value 0.000, $\alpha=0,05$).

4. Perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan responden sesudah diberikan edukasi sebaya tentang PHBS dalam mencegah kecacingan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Analisis perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan (perilaku) responden sesudah intervensi antara kelompok kontrol dan intervensi dilakukan dengan uji statistik *pooled t test*. Adapun hasil analisis tersebut dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.9
Hasil Analisis Perbedaan Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan
Responden Sesudah Intervensi Antara Kelompok Intervensi
dan Kelompok Kontrol di Kecamatan Manggar
Belitung Timur, Mei 2011

Variabel	Kelompok	Mean	SD	t	P value
Pengetahuan	Intervensi	16.76	2.15	6.86	0.000*
	Kontrol	13.00	2.83		
Sikap	Intervensi	61.74	5.82	3.82	0.000*
	Kontrol	55.74	8.34		
Keterampilan	Intervensi	10.88	1.67	5.24	0.000*
	Kontrol	9.14	1.35		

*Keterangan: * bermakna pada alpha < 0.05*

Hasil analisis dari tabel 5.9 tersebut, menggambarkan bahwa rata-rata total skor pengetahuan responden sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi sebesar 16.76 dengan standar deviasi 2.151 dan rata-rata total skor pada kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya 13.00 dengan standar deviasi 2.83. Berdasarkan hasil analisis lebih lanjut maka disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna rata-rata skor pengetahuan responden sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya (*P value* 0.000, *alpha*= 0,05). Hasil analisis ini menunjukkan bahwa edukasi sebaya efektif untuk meningkatkan pengetahuan anak usia sekolah.

Rata-rata total skor sikap responden sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi sebesar 61.74 dengan standar deviasi 5.82 dan rata-rata skor pada kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya 55.74 dengan standar deviasi 8.34. Berdasarkan hasil analisis lebih lanjut, maka disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna rata-rata skor sikap responden sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya (*P value* 0.000, *alpha*= 0.05). Hasil analisis ini menunjukkan bahwa edukasi sebaya efektif untuk meningkatkan sikap anak usia sekolah.

Hasil analisis terhadap rata-rata skor keterampilan responden sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi sebesar 10.88 dengan standar deviasi 1.67 dan rata-rata skor pada kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya sebesar 9.14 dengan standar deviasi 1.35. Berdasarkan hasil analisis lebih lanjut maka disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna rata-rata skor keterampilan responden sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya (P value 0.000, $\alpha=0,05$).

5. Perbandingan insidensi kecacingan sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya

Perbandingan insidensi kecacingan sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada masing-masing kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 5.10 dan 5.11 berikut.

Tabel 5.10
Hasil Analisis Insidensi Kecacingan Responden Sebelum dan Sesudah
Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
di Kecamatan Manggar Belitung Timur, Mei 2011

Kelompok	Insidensi		Total	P value
	(+) kecacingan	(-) kecacingan		
Intervensi:				
Sebelum	28	14	42	0.017*
Sesudah	16	26	42	
Kontrol:				
Sebelum	6	36	42	0.227
Sesudah	11	31	42	

Keterangan: *) Bermakna pada $\alpha < 0.05$

Tabel 5.10 tersebut menggambarkan bahwa insidensi kecacingan sebelum diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi sebesar 28/42 (0.67) dan sesudah diberikan edukasi sebaya sebesar 16/42 (0.38). Jika dilakukan analisis lebih lanjut, terdapat perbedaan penurunan proporsi insidensi kecacingan secara bermakna antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi (P value 0.017, $\alpha=0.05$). Sedangkan insidensi kecacingan sebelum penelitian pada kelompok kontrol sebesar 6/42 (0.14) dan sesudah penelitian tanpa diberikan edukasi sebaya sebesar 11/42

(0.26). Jika dilakukan analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak terdapat peningkatan proporsi insidensi kecacangan secara bermakna antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok kontrol (P value 0.227, $\alpha=0.05$).

Selanjutnya tabel berikut menunjukkan analisis perbedaan proporsi insidensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dan peluang resiko kejadian kecacangan pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Tabel 5.11
Hasil Analisis Perbedaan Insidensi Kecacangan Responden Sesudah
Intervensi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
di Kecamatan Manggar Belitung Timur, Mei 2011

Kelompok	(+)		(-)		Total		RR (95% CI)	X ²	P Value
	f	%	f	%	F	%			
Intervensi	16	38.1	26	61.9	42	100	1.455 0.686-4.386	1.365	0.243
Kontrol	11	26.2	31	73.8	42	100	1		

Keterangan: *) Bermakna pada $\alpha < 0.05$

Tabel 5.11 tersebut menggambarkan bahwa proporsi insidensi kecacangan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi sebesar 38.1% dan sebesar 26.2 % pada kelompok kontrol. Hasil analisis lanjut menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna proporsi insidensi kecacangan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (P value 0.243, $\alpha=0.05$). Berdasarkan hasil analisis diperoleh pula resiko (RR) terjadinya kecacangan pada kelompok intervensi sebesar 1.455 kali dibandingkan dengan kelompok kontrol.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang interpretasi hasil penelitian dan diskusi, keterbatasan penelitian, serta implikasi penelitian terhadap pelayanan keperawatan. Interpretasi hasil dan diskusi hasil penelitian mencakup pembahasan tentang perbedaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) berupa pengetahuan, sikap dan keterampilan, sebelum dan sesudah edukasi sebaya pada masing-masing kelompok intervensi dan kelompok kontrol, serta antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Selain itu juga akan dibahas tentang perbandingan insidensi kecacangan sebelum dan sesudah edukasi sebaya pada masing-masing kelompok dan antara masing-masing kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Interpretasi hasil penelitian tersebut akan disesuaikan dengan hasil penelitian sebelumnya serta konsep/teori yang terkait. Sedangkan keterbatasan penelitian mencakup pembahasan tentang keterbatasan dalam metodologi penelitian. Implikasi penelitian akan membahas tentang manfaat penelitian di bidang pelayanan keperawatan, pelayanan kesehatan serta penelitian selanjutnya.

6.1 Interpretasi Hasil Penelitian dan Diskusi

Penelitian tentang pengaruh edukasi sebaya terhadap PHBS anak usia sekolah yang beresiko kecacangan memiliki dua tujuan. Tujuan pertama penelitian ini seperti yang diuraikan pada bab I adalah untuk mengetahui pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada agregat anak usia sekolah yang beresiko kecacangan dan membandingkan insidensi kecacangan sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok yang tidak mendapatkan intervensi (kelompok kontrol) di Desa Baru Kecamatan Manggar Belitung Timur. Berikut akan diuraikan interpretasi hasil penelitian yang akan diintegrasikan dengan hasil penelitian dan teori yang telah dituangkan pada BAB II.

6.1.1 Perbedaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil analisis karakteristik keluarga responden dan analisis pengetahuan, sikap dan keterampilan responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara sebelum penelitian (P value >0.05). PHBS dibentuk oleh 3 (tiga) domain berupa pengetahuan, sikap dan keterampilan. Adapun interpretasi hasil penelitian dari ketiga domain tersebut sebagai berikut.

6.1.1.1 Perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat peningkatan rata-rata skor pengetahuan yang bermakna antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi (P value 0.000, $\alpha=0.05$). Sedangkan pada kelompok kontrol hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata skor pengetahuan sebelum dan sesudah penelitian tanpa diberikan edukasi sebaya (P value 0.887, $\alpha=0.005$).

Peningkatan rata-rata skor pengetahuan yang bermakna pada kelompok intervensi dipengaruhi oleh adanya pemberian edukasi sebaya. Pemberian edukasi sebaya pada penelitian ini diberikan oleh edukator sebaya yang sebelumnya dilatih selama 4 hari untuk diseminasi informasi dengan metode ceramah, diskusi, bermain, dan demonstrasi. Berbagai media seperti booklet, video, materi permainan digunakan. Pelatihan edukator sebaya dilakukan sebanyak 10 sesi pertemuan dalam waktu 4 minggu.

Hasil penelitian yang diperoleh sesuai dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Hayati (2009), menunjukkan bahwa terjadi peningkatan rata-rata skor pengetahuan tentang jajanan sehat yang bermakna pada kelompok murid SD yang diberikan edukasi

sebaya (*P value* 0.000, *alpha*= 0.005). Sedangkan pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan bermakna rata-rata skor pengetahuan antara sebelum dan sesudah penelitian (*P value* 0.48, *alpha*= 0.05). Pemberian edukasi sebaya pada penelitian Hayati dilakukan oleh edukator sebaya yang sebelumnya dilatih selama 3 hari dengan metode ceramah, diskusi dan demonstrasi terkait dengan jajanan sehat selama 1 bulan. Bleeker (2001) juga menyatakan bahwa dari hasil penelitian meta analisis tentang penyalahgunaan NAPZA, teridentifikasi peningkatan aspek pengetahuan yang bermakna pada 143 orang remaja yang mengikuti program edukasi sebaya.

Edukasi sebaya merupakan salah satu pendekatan yang sering digunakan untuk mempengaruhi perubahan pengetahuan pada tingkatan kelompok (Population Council, 2000). Perubahan pengetahuan yang terjadi dipengaruhi oleh konten dan pembawa pesan. Pembawa pesan yang berasal dari kelompok itu sendiri memiliki pengaruh yang kuat dalam menarik perhatian kelompok (Mackie *et al.*, 1990 dalam McDonald *et al.*, 2003). Jika pembawa pesan adalah orang dewasa akan dapat menimbulkan kesenjangan dalam penggunaan bahasa, istilah, dan gaya bicara yang dapat menghambat pemahaman arti pesan yang disampaikan serta menimbulkan kondisi belajar yang kurang interaktif. Kondisi ini juga ditunjukkan oleh hasil review riset dari Mellanby, Rees dan Tripp (2000) yang menyatakan bahwa pendidikan kesehatan yang dilakukan anak usia sekolah lebih efektif dilakukan melalui pemberdayaan kelompok sebaya, dibandingkan dengan pendidikan yang diarahkan oleh orang dewasa. Hal ini dikarenakan anak usia sekolah menggunakan gaya yang sesuai dengan anggota kelompoknya dan lebih interaktif, sehingga lebih menarik dan lebih mudah untuk dipahami oleh anggota kelompoknya.

Penelitian ini telah mempertimbangkan karakteristik kelompok, pemilihan dan penyiapan edukator sebaya sebagai pembawa pesan

secara tepat dan pemanfaatan edukator sebaya sebagai pemberi informasi dan pendukung bagi kelompok sebayanya, agar dapat memberikan pengaruh terhadap peningkatan pengetahuan. Selain itu penggunaan berbagai metode dan media pengajaran dapat mendukung keberhasilan edukasi sebaya pada penelitian ini. Hal ini didukung oleh Edelman dan Mandle (2006) yang menyatakan bahwa untuk mencapai tujuan edukasi yang optimal pada anak usia sekolah dibutuhkan petunjuk tertulis berupa pedoman atau booklet, demonstrasi dan simulasi serta video, dikarenakan instruksi verbal berupa penjelasan/ceramah akan sulit diserap dan diingat oleh anak usia sekolah. Pendapat ini juga didukung Zioleny, *et al.* (2000) yang menyatakan bahwa pemanfaatan media seperti booklet, video serta pendekatan budaya populer dengan permainan dan bernyanyi dalam pelaksanaan sesi kelompok edukasi sebaya dapat meningkatkan ketertarikan dan penyerapan materi lebih baik pada anak-anak.

Kondisi ini tentu sangat berhubungan dengan tahap perkembangan kognitif anak usia sekolah menurut Piaget (1980, dalam Hockenbery & Wilson, 2009), yaitu berupa periode operasional konkrit. Periode ini menggambarkan bahwa anak usia sekolah mulai mampu melakukan proses berfikir terhadap suatu kejadian dan tindakan yang mereka lihat secara nyata, namun anak usia sekolah sulit untuk memberikan ide untuk hal yang abstrak. Metode dengan media pengajaran yang praktis, sederhana, energik yang digunakan dalam penelitian ini, tampak lebih meningkatkan pemahaman dan kondisi interaktif proses edukasi dalam kelompok anak usia sekolah dibandingkan dengan metode permainan yang rumit atau dengan bermain peran.

Dengan demikian, uraian-uraian hasil penelitian dan teori terkait tersebut menunjukkan bahwa hipotesis penelitian yang menyatakan ada perbedaan pengetahuan anak usia sekolah antara sebelum dan

sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi dapat diterima.

6.1.1.2 Perbedaan sikap sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat peningkatan rata-rata skor sikap yang bermakna antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi (P value 0.000, $\alpha= 0.05$). Sedangkan pada kelompok kontrol, hasil analisis menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna rata-rata skor sikap antara sebelum dan sesudah penelitian (P value 0.909, $\alpha= 0.05$). Peningkatan rata-rata skor sikap yang bermakna pada kelompok intervensi dipengaruhi oleh adanya pemberian edukasi sebaya oleh edukator sebaya dalam bentuk *sharing*, bermain dengan menggunakan media video dan materi permainan.

Hasil yang sama juga diperoleh pada penelitian Hayati (2009). Menurutnya terdapat peningkatan skor sikap yang bermakna pada kelompok murid SD antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya (P value 0.000, $\alpha= 0.05$). Sebaliknya pada kelompok kontrol terjadi penurunan rata-rata skor sikap yang bermakna antara sebelum dan sesudah penelitian (P value 0.00, $\alpha= 0.05$).

Penelitian lain yang serupa dilakukan oleh Ergene *et al.* (2008) yang bertujuan melihat perubahan pengetahuan dan sikap mahasiswa di Turkey. Penelitian tersebut juga menunjukkan hasil yang sama, berupa peningkatan sikap positif yang bermakna dalam pencegahan HIV/AIDS pada kelompok yang diberikan edukasi sebaya dan kelompok dengan satu sesi ceramah, namun tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi pada $\alpha 0.05$.

Perubahan sikap yang terjadi dalam penelitian ini, diperoleh sebagai dampak perubahan pengetahuan anak usia sekolah dari proses edukasi

sebaya yang diperoleh. Proses edukasi sebaya yang dilakukan selama 4 minggu tersebut meningkatkan kontak atau interaksi yang terus menerus antar satu dan yang lainnya dalam anggota kelompok sebaya terutama di lingkungan sekolah, yang akhirnya mempengaruhi nilai anak usia sekolah. Perubahan nilai yang terjadi berhubungan dengan perkembangan moral anak sekolah di kelas 4 dan 5 yang mulai memiliki keputusan untuk memiliki standar moral tersendiri dan mulai memahami justifikasi terhadap keputusan moral yang dilakukannya. Berbeda dengan anak usia sekolah yang berusia 6-7 tahun yang masih sangat tergantung dengan orang tua (Hockenbery & Wilson, 2009). Perubahan nilai yang dipengaruhi oleh adanya pemberian edukasi sebaya memberikan pengalaman belajar antara satu dengan lainnya pada kelompok anak usia sekolah. Kondisi ini didukung pendapat dari Bigge (1992, dalam Allender Spradley, 2005) yang menyatakan bahwa sikap yang dibentuk oleh nilai tertentu dapat dipelajari secara bertahap, dirasakan sebagai sebuah cara dan respon yang ditampilkan keluarga, teman sebaya, dan pengaruh sosial.

Hasil penelitian dan dukungan beberapa konsep ahli tersebut menunjukkan bahwa hipotesa yang menyatakan terdapat perbedaan sikap sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi dapat diterima.

6.1.1.3 Perbedaan keterampilan sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat peningkatan rata-rata skor keterampilan yang bermakna antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi (P value 0.022, $\alpha=0.05$). Berbeda dengan kelompok kontrol yang menunjukkan hasil analisis berupa penurunan rata-rata skor keterampilan yang bermakna sebelum dan sesudah penelitian (P value 0.000, $\alpha=0.05$).

Hasil penelitian Hayati (2009) yang menunjukkan terjadinya peningkatan yang bermakna untuk rata-rata skor keterampilan tentang jajan sehat pada kelompok murid SD yang mendapat edukasi sebaya (*P value* 0.000, *alpha*= 0.005) sesuai dengan hasil penelitian ini. Sedangkan gambaran hasil kelompok kontrol pada penelitian Hayati (2009) berbeda dengan penelitian ini yaitu tidak terdapat perbedaan rata-rata skor keterampilan yang bermakna antara sebelum dan sesudah penelitian (*P value* 0.000, *alpha*= 0.05).

Penelitian lain dengan kelompok umur target yang berbeda dilakukan Campbell *et al.* (2008) tentang program edukasi sebaya dengan sesi pertemuan informal di sekolah pada murid SMP. Hasil menunjukkan bahwa edukasi sebaya yang dilakukan berupa sesi pertemuan di ruang kelas dapat meningkatkan keterampilan yang bermakna pada murid SMP dalam mencegah merokok.

Penelitian-penelitian tersebut menunjukkan bahwa edukasi sebaya dapat meningkatkan keterampilan dalam tingkatan kelompok. Edukasi sebaya sering dilakukan untuk mempengaruhi pengetahuan, sikap dan keterampilan (perilaku) atau untuk memberdayakan kelompok target agar mampu membuat keputusan secara mandiri (McDonald *et al.* 2003). Hal ini sejalan pula dengan pendapat dari Pender, Murdaugh dan Parson (2001) yang menyatakan bahwa peningkatan pengetahuan kesehatan dapat meningkatkan pula kekuatan dan kemampuan seseorang untuk menampilkan perilaku sehat dan memodifikasi perilaku.

Pemberian edukasi sebaya oleh edukator sebaya berupa sesi kelompok di ruang kelas pada penelitian ini, memberikan dampak yang positif terhadap peningkatan keterampilan. Peningkatan ini diperoleh dari proses edukasi yang melibatkan edukator sebaya sebagai tutor dalam kelompoknya dalam mengajarkan “Rumus 5 biasakan” untuk mencegah kecacingan serta mendemonstrasikan dan melatih teman

sebayanya dalam mencuci tangan dan memotong kuku yang benar. Proses pengajaran edukasi sebaya ini juga meningkatkan rasa keterikatan anggota kelompok, sehingga menimbulkan rasa saling peduli, saling mengajarkan dan mengingatkan serta ingin tampil sama dengan edukator sebaya dan teman kelompoknya. Kondisi ini dikuatkan dengan review penelitian dari Zioleny *et al.* (2000) yang menyimpulkan bahwa edukator sebaya yang berperan sebagai tutor, motivator, serta adanya saling mempengaruhi perilaku antara anggota kelompok secara spontan antara edukator sebaya dengan anggota kelompok dalam kesehariannya di sekolah dapat meningkatkan keterampilan kelompok sebaya.

Berbeda dengan kelompok kontrol yang menunjukkan perbedaan skor keterampilan justru menurun secara bermakna dalam penelitian ini. Penurunan skor keterampilan dikarenakan tidak terjadinya proses saling belajar yang dapat meningkatkan minat anak, rasa keterikatan dan kepedulian dalam mempraktikkan PHBS. Kondisi ini juga terjadi akibat tidak adanya pemberian edukasi sebaya yang dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap positif anak secara bermakna, sehingga kemampuan keterampilan atau praktik anak sekolah untuk menerapkan PHBS tidak menunjukkan peningkatan. Kondisi ini sesuai dengan penelitian dari Zhu *et al.* (2005) yang menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan dan sikap terhadap kebersihan mulut yang rendah memiliki praktik/keterampilan perawatan kebersihan mulut yang rendah pula. Pengetahuan dan sikap dapat meningkatkan keterampilan yang secara sinergis membentuk perilaku positif seseorang.

Hasil penelitian dan beberapa konsep terkait membuktikan hipotesis adanya perbedaan keterampilan anak usia sekolah antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi dapat diterima.

6.1.2 Perbedaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

5.1.2.1 Perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan selisih rata-rata total skor pengetahuan responden yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya (*P value* 0.000, *alpha* < 0,05).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Bantarti (2000) tentang pengaruh pendidikan kelompok sebaya terhadap pengetahuan dan sikap HIV AIDS pada anak remaja SMU. Penelitian ini mengungkap perbedaan bermakna rata-rata skor pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kelompok sebaya (*P value* 0.000, *alpha*= 0.05).

Perbedaan skor pengetahuan sebelum dan sesudah edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dipengaruhi adanya perlakuan edukasi sebaya atau pendidikan sebaya terhadap kelompok sebaya. McDonald *et al.* (2003) menyatakan bahwa berdasarkan review penelitian telah menunjukkan bahwa edukasi sebaya efektif dalam meningkatkan pengetahuan. Pengetahuan merupakan proses berpikir, mengingat dan mengenali pengetahuan yang dapat meningkatkan kemampuan dan keterampilan seseorang (Bloom, 1956, dalam Allender & Spradley, 2005).

Kegiatan pendidikan sebaya yang dilakukan Bantarti (2000) dalam rangka meningkatkan pengetahuan remaja SMU pada kelompok intervensi, berupa sesi pertemuan formal (terstruktur) selama 20 menit sebanyak 2 kali selama 2 minggu di sekolah dan sisanya berupa pertemuan informal (tidak terstruktur) yang dilakukan atas kesepakatan pendidik kelompok sebaya dengan anggota kelompok di luar sekolah. Metode yang digunakan meliputi; ceramah, diskusi, *role*

play dan pemutaran slide. Kegiatan pendidikan sebaya ini dilakukan selama 3 bulan, dan dilakukan pengukuran pengetahuan kembali setelah 1 minggu kegiatan berakhir.

Konsep pelaksanaan penelitian Bantarti (2000) tersebut dan pelaksanaan edukasi sebaya dalam penelitian ini hampir sama, hanya saja agak berbeda dalam metode dan jenis sesi pertemuan yang digunakan. Edukasi sebaya yang diterapkan untuk remaja oleh Bantarti (2000) salah satunya menggunakan metode *role play*, sedangkan pada penelitian ini penggunaan *role play* banyak mengalami kendala, dikarenakan anak usia sekolah yang menjadi kelompok target penelitian belum pernah memiliki pengalaman *role play* sebelumnya dan *role play* tidak menjadi gaya pengajaran di sekolah, sehingga anak-anak merasa bingung dan kesulitan dalam menangkap pesan PHBS yang terkandung di dalamnya.

Selain itu pada penelitian Bantarti (2000) pelaksanaan edukasi sebaya lebih banyak dilakukan dalam bentuk pertemuan tidak terstruktur di luar kelas, sedangkan pada penelitian ini pertemuan tidak terstruktur belum memungkinkan untuk dilakukan, dikarenakan kelompok anak usia sekolah masih memiliki pengontrolan diri dan inisiatif lebih rendah dibandingkan remaja. Pelaksanaan edukasi sebaya dengan pertemuan terstruktur di dalam kelas pada anak usia sekolah, tampak memudahkan edukator sebaya dalam mengendalikan situasi dan mengatur kelompok sebayanya.

Perbedaan pengetahuan yang bermakna antara sebelum dan sesudah penelitian pada kelompok kontrol dalam penelitian ini tidak terjadi. Kondisi ini dikarenakan tidak adanya paparan pengetahuan melalui edukasi sebaya pada penelitian ini, sedangkan pada penelitian Bantarti (2000) kelompok kontrol diberikan informasi tentang HIV/AIDS melalui penyuluhan massal dan tidak dengan edukasi sebaya. Edukasi sebaya efektif dalam meningkatkan pengetahuan. Edukasi sebaya

merupakan suatu metode pemberdayaan kelompok, sehingga pada anak usia sekolah yang memiliki sistem baru berupa teman sebaya juga memiliki minat ketertarikan yang sama dengan remaja, apabila informasi yang diberikan berasal dari kelompok sebayanya (Mackie *et al.*, 1990 dalam McDonald, *et al.*, 2003). Hal ini juga didukung oleh pendapat Wawan dan Dewi (2010) yang menyatakan bahwa peningkatan pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh karakteristik lingkungan fisik dan non fisik seperti keluarga, teman sebaya, yang berinteraksi dengan anak secara spontan dan berkesinambungan. Karakteristik non fisik berupa teman sebaya pada kelompok intervensi mendapat perlakuan edukasi sebaya yang akan saling berinteraksi dan mempengaruhi antara anggota kelompok, sehingga menghasilkan perubahan pengetahuan. Berbeda dengan karakteristik teman sebaya di kelompok kontrol, kelompok sebaya tidak mendapatkan edukasi sebaya, sehingga tidak mengalami perubahan pengetahuan yang bermakna tentang PHBS dan tidak terjadi kondisi saling mempengaruhi pengetahuan tentang PHBS antara anggota kelompok.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diuraikan dan beberapa konsep yang mendukung, maka hipotesis yang menyatakan ada perbedaan pengetahuan anak usia sekolah sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kontrol dapat diterima.

6.1.2.2 Perbedaan sikap sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan selisih rata-rata total skor sikap responden yang bermakna antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (*P value* 0.000, *alpha*= 0,05).

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Bantarti (2000) tentang HIV AIDS, dimana terjadi perbedaan bermakna rata-rata skor sikap antara kelompok yang diberikan edukasi sebaya dan tidak mendapatkan edukasi sebaya (P value 0.000, $\alpha= 0.05$). Selain itu penelitian dari Ergene *et al.* (2008) sebelumnya yang bertujuan melihat perubahan pengetahuan dan sikap mahasiswa di Turkey juga menunjukkan hasil berupa peningkatan sikap positif terhadap pencegahan HIV/AIDS yang bermakna pada kelompok yang diberikan edukasi sebaya dan kelompok dengan satu sesi ceramah, namun tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi pada α 0.05.

Perbedaan yang bermakna rata-rata skor sikap sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi, dipengaruhi oleh adanya proses peningkatan pengetahuan dan nilai melalui edukasi sebaya pada kelompok intervensi. Hal ini sejalan dengan pendapat Usoro (2000) yang menyatakan bahwa perubahan sikap dapat diperoleh dari proses pembelajaran secara terus menerus dan dapat berubah-ubah, sehingga pada kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya dapat mengalami penurunan rata-rata skor sikap, meskipun tidak bermakna.

Edukasi sebaya dianggap sebagai sebuah pendekatan pemberian informasi kesehatan melalui kelompok sebaya terkadang dapat lebih sukses daripada edukasi melalui tenaga profesional, dikarenakan anggota dalam kelompok sebaya saling berinteraksi dan saling mempengaruhi dengan kuat (Turner & Shepherd, 1999 dalam Bleeker, 2001). Edukasi sebaya dapat berlangsung secara interaktif sehingga dapat meningkatkan minat anggota kelompok dalam mengikuti proses edukasi. Hal ini ditunjukkan dengan bertambahnya anggota kelompok sebaya di luar kelompok yang diteliti setelah beberapa sesi edukasi sebaya berjalan. Peningkatan minat dan kekonsistenan anak usia sekolah dalam mengikuti kegiatan edukasi

sebaya pada penelitian ini, menunjukkan bahwa cara dan pesan yang disampaikan menarik bagi anak usia sekolah. Kondisi ini juga terjadi pada penelitian Garcia dan Zok (2003) yang menunjukkan adanya peningkatan sikap positif terhadap pentingnya membuat pilihan makanan sehat pada anak di komunitas. Penelitian ini juga membuktikan adanya peningkatan partisipasi anggota kelompok dari 35% menjadi 50%, peningkatan anak menjadi edukator dari 2 menjadi 35 orang. Kondisi ini diakibatkan adanya interaksi dan pengaruh anggota kelompok sebaya yang sebelumnya telah mengikuti edukasi sebaya kepada teman-teman sebayanya yang lain.

Dengan demikian penelitian-penelitian yang telah diuraikan sebelumnya dan didukung oleh teori terkait maka hipotesis yang menyatakan ada perbedaan sikap anak usia sekolah sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kontrol dapat diterima.

6.1.2.3 Perbedaan keterampilan sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan selisih rata-rata skor keterampilan responden yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya (P value 0.000, $\alpha = 0,05$).

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian meta analisis dari Medley *et al.* (2009) terhadap 30 riset tentang keefektifan edukasi sebaya dalam mencegah HIV yang telah dilakukan di negara berkembang. Hasil analisisnya menunjukkan bahwa kelompok yang mendapatkan intervensi sebaya berpeluang mengalami peningkatan pengetahuan tentang HIV sebesar 2.28 kali dibandingkan kelompok yang tidak mendapatkan edukasi sebaya, berpeluang 10.37 kali untuk tidak berbagi jarum diantara sesama pemakai, dan berpeluang

menggunakan kondom 1.92 kali dibandingkan kelompok yang tidak mendapatkan edukasi sebaya. Medley *et al* (2009) menyimpulkan bahwa edukasi sebaya yang telah dilakukan efektif dalam meningkatkan keterampilan atau praktik dalam mencegah penyebaran HIV, namun tidak berdampak pada kondisi biologis seperti penyebaran PMS. Selain itu Bleeker (2001) juga menyatakan bahwa program edukasi sebaya dapat meningkatkan kesehatan antara lain dalam aspek pengetahuan, sikap, keterampilan dan perilaku dalam mencegah penggunaan NAPZA.

Kegiatan edukasi sebaya yang diberikan edukator sebaya berupa demonstrasi dan diberikan secara langsung pada responden pada penelitian ini, sangat membantu proses pencapaian peningkatan keterampilan pada kelompok anak usia sekolah. Selain itu ketersediaan fasilitas sekolah yang mendukung praktik PHBS juga mendukung aplikasi keterampilan yang diajarkan melalui edukasi sebaya di sekolah. Peningkatan keterampilan membutuhkan latihan dan proses aplikasi yang didapatkan secara konsisten agar mencapai keterampilan positif yang diharapkan (Allender & Spradley, 2005).

Hasil penelitian yang telah diuraikan di atas dan didukung oleh teori terkait maka hipotesis yang menyatakan ada perbedaan keterampilan anak usia sekolah sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kontrol dapat diterima.

6.1.3 Perbedaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

6.1.3.1 Perbedaan pengetahuan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata skor pengetahuan responden yang bermakna sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak

diberikan edukasi sebaya (P value 0.000, $\alpha= 0,05$). Hasil pengukuran ini didapatkan setelah 2 minggu edukasi sebaya diberikan pada kelompok intervensi.

Hasil penelitian ini didukung pula oleh penelitian dari Hayati (2009) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan berupa peningkatan pengetahuan tentang jajanan sehat yang bermakna sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya (P value 0.000, $\alpha= 0.005$). Pengukuran pengetahuan dilakukan 1 bulan setelah edukasi diberikan.

Perbedaan waktu pengukuran pengetahuan antara penelitian Hayati dengan penelitian ini dikarenakan adanya perbedaan teknis dalam pelaksanaan penelitian. Namun berdasarkan periode waktu pengukuran yang digunakan dianggap sebagai dampak jangka pendek dari pemberian edukasi sebaya.

Webster *et al.* (2002, dalam McDonald *et al.*, 2003) menyatakan bahwa dampak edukasi sebaya terhadap pengetahuan dalam jangka pendek secara umum menunjukkan hal yang positif, yaitu diukur segera edukasi sebaya selesai dilaksanakan hingga dua bulan. Webster *et al.* menambahkan bahwa penelitian dengan pengukuran pengetahuan remaja tentang NAPZA setelah 6 bulan edukasi sebaya diberikan tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan jika dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan edukasi sebaya. Kondisi ini diduga akibat terjadinya ketertarikan responden untuk mempelajari isu atau pengetahuan baru dan cenderung melupakan materi edukasi sebaya yang telah diberikan.

Hasil penelitian lain dari Achjar (2006) juga menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi yang diberikan melalui kelompok sebaya pada remaja di Kemiri Muka Depok. Pelaksanaan pendidikan melalui kelompok sebaya yang dilakukan pada penelitian ini dilakukan sebanyak 3 kali dalam 3 minggu dengan menggunakan

media buku pedoman atau booklet dengan pendampingan peneliti yang berbeda-beda di setiap kelompok. Pelaksanaan pendidikan melalui kelompok sebaya pada penelitian Achjar (2006) melibatkan 24 edukator yang dilatih dan dibagi untuk bertanggung jawab pada kelompok di wilayah yang disepakati. Pembagian tugas dan mekanisme kerja berbeda dengan edukasi sebaya yang dilakukan di sekolah yang tampak lebih mudah dan sederhana, sehingga penelitian edukasi sebaya yang serupa dengan *setting* di luar sekolah tentunya dibutuhkan pengaturan dan penyiapan pelatihan edukator sebaya yang lebih komprehensif, sehingga memiliki kemampuan dan kredibilitas yang memadai dalam menggerakkan dan mempengaruhi kelompok sebaya di wilayahnya.

Penelitian-penelitian tersebut dan hasil penelitian ini telah menunjukkan bahwa edukasi sebaya efektif dalam meningkatkan pengetahuan. Edukasi sebaya merupakan suatu pendekatan yang memiliki keuntungan berupa pemberdayaan kelompok dimana adanya *role model* terpercaya yang memberikan edukasi secara interaktif dan menggunakan gaya dalam kelompoknya (Turner & Shepherd, 1999, dalam Bleeker, 2001). Edukasi sebaya yang diberikan oleh edukator sebaya secara interaktif tersebut dapat meningkatkan pengetahuan berupa PHBS pada anak usia sekolah, selain didukung oleh tahap perkembangan anak sekolah yang mulai banyak belajar dan memiliki keingintahuan yang besar terhadap hal-hal baru (Hockenbery & Wilson, 2009). Pengetahuan PHBS dalam mencegah kecacangan dianggap sebagai hal yang baru dan menarik untuk diketahui pada anak usia sekolah dalam penelitian ini, sehingga pemberian informasi cenderung lebih mudah diterima.

Selain itu, Hockenbery & Wilson, (2009) menambahkan bahwa perkembangan sosial anak usia sekolah yang pesat menunjukkan munculnya sistem baru berupa kelompok sebaya. Kelompok sebaya mulai dianggap anak sekolah sebagai bagian yang penting selain

keluarga, dan memiliki keterikatan emosional yang kuat. Kelompok sebaya dapat memberikan sejumlah informasi penting selain orang tua dan guru, sehingga kelompok sebaya dapat menjadi agen utama yang berpengaruh terhadap perkembangan pengetahuan anak.

Edukasi sebaya tentang PHBS yang disampaikan oleh edukator sebaya dapat berlangsung selaras dengan tata cara, budaya dan kebiasaan anak usia sekolah yang menjadi kelompok sebayanya, sehingga memudahkan dalam penerimaan dan pemahaman informasi PHBS yang diberikan. Informasi PHBS yang diberikan edukator sebaya, dianggap hal yang bermakna dan penting untuk diterima dan dipahami oleh anggota kelompok, sehingga meningkatkan keterikatan antara anggota kelompok untuk bertanggung jawab dalam meningkatkan pengetahuan dan pemahaman anggota kelompok sebayanya.

Hasil-hasil penelitian dan konsep yang telah diuraikan, mendukung hipotesis yang menyatakan ada perbedaan pengetahuan anak usia sekolah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah diberikan edukasi sebaya untuk dapat diterima.

6.1.3.1 Perbedaan sikap sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata skor sikap responden yang bermakna sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya (*P value* 0.000, *alpha*= 0,05).

Hasil penelitian ini didukung pula oleh penelitian dari Hayati (2009) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan berupa peningkatan sikap tentang jajanan sehat yang bermakna sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya (*P value* 0.000, *alpha*= 0.005). Begitupula dengan penelitian Bantarti (2000) yang menyatakan bahwa terdapat

peningkatan sikap sesudah diberikan pendidikan sebaya pada kelompok intervensi. Intervensi berupa pendidikan sebaya dilakukan selama 3 bulan dan dilakukan pengukuran setelah 1 minggu dilakukan intervensi.

Penelitian ini juga menghasilkan kondisi yang sama berupa peningkatan sikap, hanya saja pengukuran yang dilakukan 2 minggu sesudah edukasi sebaya dilakukan. Hasil pengukuran yang diperoleh berupa dampak jangka pendek. Webster *et al.* (2002, dalam McDonald *et al.* 2003) menyatakan bahwa edukasi sebaya tidak mempengaruhi sikap responden terhadap alkohol dan rokok di sepanjang waktu yaitu setelah 6 bulan edukasi diberikan. Hal ini dimungkinkan adanya perubahan minat yang mempengaruhi nilai atau sikap responden ketika edukasi sebaya berakhir. Hal ini juga didukung oleh pendapat Usoro (2000) yang menyatakan bahwa sikap diperoleh melalui pembelajaran secara terus menerus dan dapat berubah-ubah.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diuraikan maka hipotesis yang menyatakan ada perbedaan sikap anak usia sekolah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah diberikan edukasi sebaya dapat diterima.

6.1.3.2 Perbedaan keterampilan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata skor keterampilan responden sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak diberikan edukasi sebaya (*P value* 0.000, *alpha* = 0,05).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Hayati (2009) yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan berupa peningkatan keterampilan tentang jajanan sehat yang bermakna sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang

tidak diberikan edukasi sebaya (P value 0.000, $\alpha= 0.005$). Pengukuran perubahan keterampilan pada penelitiannya dilakukan 1 bulan sesudah edukasi sebaya diberikan. Sedangkan penelitian ini mengukur perubahan keterampilan anak usia sekolah setelah 2 minggu edukasi sebaya diberikan.

Perubahan keterampilan pada penelitian ini, merupakan suatu keberhasilan yang diperoleh dari pelaksanaan edukasi sebaya yang dilakukan dengan berbagai macam metode dan media yang dianggap relevan dengan perkembangan anak usia sekolah. Di samping itu pelaksanaan edukasi sebaya berupa sesi pertemuan terstruktur di sekolah memudahkan dalam mendukung perubahan keterampilan anak usia sekolah dikarenakan adanya saling mengingatkan, mengajarkan dan saling mendukung antara anggota kelompok. Hal ini menunjukkan bahwa sesi pertemuan edukasi sebaya yang dilakukan di sekolah merupakan pilihan yang tepat, karena di samping dapat menjangkau sejumlah besar target kelompok sebaya anak usia sekolah, keterampilan anak sangat erat dengan lingkungan sekolah terutama teman sebayanya (Bleeker, 2001). Pendapat yang sama juga dinyatakan oleh Stanhope dan Lancaster (2006) bahwa anak usia sekolah dalam kesehariannya banyak belajar dan bermain dengan teman sebayanya di sekolah dan terjadi beberapa hal bermakna dari proses interaksi sosial anak usia sekolah dengan teman sebayanya tersebut. Pertama meningkatnya kemampuan anak untuk memberikan apresiasi terhadap pandangan yang berbeda dari teman-teman sebayanya. Pandangan anak usia sekolah yang berbeda-beda tentang PHBS dapat difasilitasi dan dipengaruhi oleh edukator sebaya sebagai suatu pandangan baru, dimana anggota kelompok dapat menerimanya tanpa terpaksa. Kedua, meningkatnya sensitifitas anak usia sekolah terhadap aturan dan tekanan dari kelompok sebayanya. Edukasi sebaya yang dilakukan dapat meningkatkan motivasi anak untuk berlaku sama seperti edukator sebaya, hal ini tampak dari adanya perhatian anggota sebaya terhadap penampilan edukator sebaya di kelompoknya, anggota

kelompok tampak malu jika memiliki kuku kotor saat pemeriksaan, tampak tampil lebih bersih dibandingkan sebelum penelitian dimulai.

Hal tersebut juga didukung oleh terjadinya perkembangan sosial anak usia sekolah yang pesat, dimana meningkatnya keterikatan emosional anak usia sekolah dengan kelompok sebayanya. Hockenbery dan Wilson (2009) mengidentifikasi bahwa kelompok sebaya dapat meningkatkan kemandirian anak usia sekolah dari keluarganya. Aktifitas sosial anak yang mulai tinggi, dapat meningkatkan keterampilan dan memperluas kesempatan anak untuk terlibat dalam kegiatan di kelompok sebayanya, yang disertai dengan penurunan pengawasan orang tua. Edukasi sebaya tentang PHBS yang diberikan pada anak usia sekolah dalam penelitian ini menunjukkan bahwa keterikatan kelompok sangat erat, anak tampak berlomba-lomba untuk saling mengingatkan dan mengetahui apakah teman-temannya telah memiliki kuku yang bersih, selalu bersepatu dan mencuci tangan dengan sabun. Penerapan PHBS dalam mencegah kecacangan tampak menjadi budaya, tata cara atau kebiasaan baru pada kelompok anak usia sekolah yang mendapatkan edukasi sebaya.

Peningkatan rata-rata skor keterampilan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol juga terjadi secara selaras dengan peningkatan rata-rata skor pengetahuan dan sikap antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pelaksanaan edukasi sebaya pada penelitian ini memperhatikan karakteristik dan kebutuhan anak usia sekolah terhadap peningkatan PHBS dalam mencegah kecacangan, sehingga metode dan media yang digunakan sesuai dengan tahap perkembangan dan budaya/kebiasaan anak usia sekolah setempat. Pemahaman terhadap karakteristik kelompok target hendaknya dipahami sejak awal merencanakan kegiatan edukasi sebaya, sehingga semua metode dan media yang akan diterapkan tidak mengalami kendala, serta pencapaian hasil edukasi sebaya terhadap perubahan PHBS dapat optimal. WHO (2006) menyatakan bahwa

keberhasilan edukasi kesehatan pada anak usia sekolah ditentukan oleh pemilihan metode edukasi yang sesuai dengan karakteristik anak usia sekolah, serta faktor yang akan dipengaruhi sebagai hasil dari edukasi yang dihasilkan.

Perubahan keterampilan merupakan wujud nyata dari totalitas pengetahuan dan sikap yang diperoleh melalui proses belajar. Totalitas pengetahuan, sikap dan keterampilan akan membentuk perilaku seseorang. Pengetahuan kesehatan yang didapat oleh anak usia sekolah meningkatkan kesadaran diri yang akhirnya menimbulkan ketertarikan atau sikap positif, yang akan diikuti dengan pertimbangan untuk berubah, dan dengan dukungan yang terus menerus anak akan mencoba tindakan yang dianjurkan dan dalam waktu tertentu akan mengadopsi tindakan tersebut menjadi perilaku baru (Rogers, 1978, dalam Notoatmodjo, 2003).

Perubahan perilaku menurut Sirajuddin (2011) dapat terlihat dari penelitiannya tentang penerapan model tungku dalam pendampingan gizi di Kabupaten Selayar. Perubahan perilaku pengasuhan positif keluarga dalam peningkatan status gizi dapat terlihat paling cepat 2 sampai dengan 3 bulan setelah intervensi diberikan dengan pertimbangan adanya beberapa faktor lain yang saling berinteraksi di dalamnya. Sedangkan perubahan perilaku yang muncul sebagai dampak edukasi sebaya menurut McDonald *et al.* (2003) secara ideal dapat terlihat 2 bulan hingga 1 tahun sesudah edukasi sebaya diberikan. Namun di sisi lain McDonald *et al.* (2003) menyatakan bahwa beberapa penelitian serupa telah melakukan pengukuran perubahan perilaku sebagai dampak edukasi sebaya dalam jangka pendek.

Penelitian lain dari Fahlman *et al.* (2008) menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh guru dengan menggunakan Michigan Model selama 1 bulan, telah dapat mengukur perubahan

perilaku makan anak usia sekolah setelah 2 minggu intervensi. Kondisi ini sejalan dengan penelitian ini, yang mengukur perubahan perilaku sesudah 2 minggu edukasi sebaya diberikan. Green (1997, dalam McDonald *et al.*, 2003) menyatakan bahwa pengaruh intervensi edukasi sebaya yang diamati dari beberapa hasil penelitian dapat menempati kategori *sleeper effect*, *bascliding effect*, *trigger effect*, *historical effect*, dan *basclash effect*. Pengukuran yang dilakukan dalam jangka waktu pendek dapat menempati kategori *sleeer effect* (pengaruh edukasi sebaya mulai tampak dalam beberapa waktu setelah edukasi sebaya dilakukan) atau *bascliding effect* (pengaruh edukasi sebaya terjadi dengan cepat tetapi dalam jangka waktu yang pendek, sedangkan pengaruh edukasi sebaya yang diamati dalam jangka panjang dikategorikan sebagai *historical effect* dan perubahan yang terjadi biasanya sudah tercampur dengan faktor lain bahkan tidak berhubungan dengan edukasi sebaya. Perubahan perilaku berupa PHBS dalam penelitian ini dianggap sebagai dampak jangka pendek sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lama untuk melihat apakah anak usia sekolah dapat mempertahankan perilakunya sebagai dampak edukasi sebaya. Selain itu perlu dilakukan pula analisis lebih lanjut terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan edukasi sebaya terhadap peningkatan perilaku (PHBS) pada anak usia sekolah yang belum dilakukan pada penelitian ini.

Perubahan PHBS yang positif sebagai dampak dari proses pembelajaran melalui edukasi sebaya ini tentu membutuhkan penguatan berupa dukungan keluarga. Keluarga akan memberikan penguatan positif jika memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan PHBS, sehingga perlu dilakukan edukasi sebaya pada kelompok orang tua dengan anak usia sekolah dalam meningkatkan PHBS.

Dengan demikian berdasarkan hasil penelitian dan teori terkait yang diuraikan hipotesis yang menyatakan terdapat perbedaan keterampilan

anak usia sekolah antara kelompok intervensi dan kontrol dapat diterima.

6.3.1 Insidensi Kecacangan

Tujuan kedua dari penelitian ini adalah membandingkan insidensi kecacangan sebelum dan sesudah edukasi sebaya pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Insidensi kecacangan digunakan sebagai parameter yang menunjukkan taksiran peluang risiko responden untuk terkena kecacangan dalam suatu jangka waktu tertentu.

6.3.1.1 Perbandingan insidensi kecacangan sebelum dan sesudah edukasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Angka insidensi merupakan salah satu data kesakitan yang dapat mengindikasikan adanya perilaku-perilaku beresiko (*risky behaviour*) pada anak usia sekolah yang memperbesar peluang terjadinya penyakit kecacangan pada anak usia sekolah (McKie *et al.* 1993 dalam McMurray, 1999). Angka insidensi yang diperoleh dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terjadi penurunan insidensi kecacangan secara bermakna sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi. Sedangkan pada kelompok kontrol, insidensi kecacangan sebelum dan sesudah penelitian tanpa diberikan edukasi sebaya mengalami peningkatan meskipun tidak bermakna.

Hasil analisis tersebut menunjukkan bahwa peningkatan resiko kecacangan pada kelompok kontrol kemungkinan berhubungan dengan peningkatan resiko berupa perilaku tidak sehat, dikarenakan pada kelompok kontrol hanya diberikan pengobatan dan tidak diberikan perlakuan berupa edukasi sebaya PHBS dalam mencegah kecacangan seperti yang dilakukan pada kelompok intervensi. Kondisi ini sejalan dengan penelitian dari Suhartono, Rahfiludin dan Budiyo (2001) yang menunjukkan bahwa proporsi reinfeksi kecacangan anak usia sekolah lebih banyak terjadi pada kelompok anak usia sekolah yang pengetahuan dan praktik kesehatannya buruk dibandingkan

dengan dengan kelompok anak yang pengetahuan dan praktik kesehatannya baik. Beberapa penelitian lain juga menyatakan bahwa tingginya kejadian kecacingan pada anak usia sekolah diakibatkan oleh perilaku anak yang sering kontak dengan tanah, tidak mencuci tangan, tidak menggunakan alas kaki saat bermain di tanah, memiliki kuku yang kotor/panjang dan defekasi di sembarang tempat yang dapat menyebabkan perluasan infeksi kecacingan (Phiri *et al.* 2000; Nurlila, 2002; Rebecca *et al.* 2004; Wodermann, *et al.*, 2006).

Hasil penelitian juga menunjukkan peluang resiko kecacingan pada kelompok intervensi sebesar 1.455 kali lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hasil ini jika dibandingkan dengan proporsi insidensi di masing-masing kelompok tampak kurang selaras, dikarenakan proporsi insidensi di kelompok intervensi mengalami penurunan secara bermakna dan proporsi insidensi di kelompok kontrol terjadi peningkatan meskipun tidak bermakna, sehingga edukasi sebaya yang diberikan pada kelompok intervensi berhubungan dengan pencegahan kecacingan. Kondisi ini kemungkinan diakibatkan insidensi pada kelompok intervensi di tahap awal penelitian jauh lebih besar dibandingkan kelompok kontrol, sehingga kondisi yang tidak setara ini menunjukkan hasil perbandingan kedua kelompok tersebut tidak sepadan. Keterbatasan ini terjadi kurang akuratnya data sekunder Puskesmas yang diperoleh peneliti dan digunakan sebagai salah satu dasar pemilihan kelompok kontrol.

Hasil penelitian terhadap insidensi kecacingan pada kelompok intervensi menunjukkan penurunan jumlah positif kecacingan dari 28 responden menjadi 16 responden, artinya 12 orang responden masih positif kecacingan, dan angka penyembuhan berkisar 57.1%. Responden yang masih mengalami kecacingan tersebut kemungkinan hanya mengalami penurunan telur cacing (feces tetap positif mengandung telur cacing) atau mengalami reinfeksi. Begitu juga

kondisi yang terjadi pada kelompok kontrol menunjukkan peningkatan jumlah positif kecacingan dari 6 responden menjadi 11 responden. Penambahan jumlah responden yang masih mengalami kecacingan tersebut kemungkinan juga hanya mengalami penurunan telur cacing (feces tetap positif mengandung telur cacing) atau mengalami reinfeksi.

Kondisi yang terjadi tentunya dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti pengobatan atau karakteristik keluarga dan lingkungan responden yang menjadi faktor resiko reinfeksi kecacingan. Pengobatan kecacingan yang dilakukan dalam penelitian ini telah mengikuti anjuran dosis dan tata cara yang sesuai. Peneliti membagikan obat pyrantel pamoate dengan dosis sesuai berat badan anak dan melakukan penjelasan lisan dan tertulis tentang tata cara peminuman obat. Namun, beberapa anak ditemui mengaku tidak meminum obat setelah 1x24 jam obat diberikan dengan alasan takut cacing akan keluar. Peneliti meminta kader setempat untuk mengunjungi keluarga responden terkait untuk memberikan dukungan kepada anak dalam peminuman obat sesuai dengan penjelasan penelitian yang diberikan oleh peneliti sebelumnya. Obat pyrantel yang dibagikan efektif dalam memberikan penyembuhan (CR) 93.2% dan penurunan telur cacing 99.3% (Lubis, 2004). Kondisi yang digambarkan menunjukkan bahwa adanya kemungkinan anak tidak jujur dalam meminum obat dan tidak adanya dukungan keluarga karena terputusnya komunikasi peneliti dengan keluarga secara langsung atau obat diminum dengan cara yang salah. Oleh karena itu, pemantauan peminuman obat yang dilakukan seharusnya betul-betul dilakukan secara adekuat. Peminuman obat secara serentak di sekolah mungkin lebih efektif untuk menjamin ditelannya obat cacing oleh anak usia sekolah, yang tentunya diimbangi dengan upaya mencegah rasa ketidaknyamanan dan serta pemantauan kemungkinan munculnya efek samping.

Selain itu kemungkinan reinfeksi pada kelompok intervensi dan terinfeksinya kecacingan pada kelompok kontrol mungkin juga diakibatkan oleh faktor lain dalam penelitian ini yang belum dianalisis. Penelitian Nurlila (2002) menunjukkan bahwa selain perilaku yang tidak sehat, karakteristik keluarga seperti tingkat sosial ekonomi, pendidikan dan pengetahuan ibu juga berhubungan dengan kejadian kecacingan. Karakteristik keluarga pada penelitian ini sebagian besar memiliki tingkat sosial ekonomi yang rendah serta tidak memiliki fasilitas jamban sehat dan air bersih. Selain itu pendidikan keluarga terutama ibu, sebagian besar adalah tamat SD, SMP bahkan tidak sekolah, dan sedikit sekali yang tamat SMU/akademi/perguruan tinggi, sehingga dari rentang skor pengetahuan keluarga responden tampak kesenjangan nilai yang besar yaitu skor 2 s/d 13 (skor total 17).

Karakteristik keluarga tersebut mungkin berpengaruh terhadap penampilan perilaku yang tidak sehat dari orang tua dan diadopsi oleh anak sekolah, yang berimplikasi secara tidak langsung terhadap kejadian kecacingan pada anak usia sekolah, meskipun penelitian ini belum melakukan analisis lebih lanjut tentang pengaruh faktor resiko karakteristik keluarga terhadap peningkatan PHBS, sehingga masih sulit untuk disimpulkan apakah penurunan insidensi betul-betul dipengaruhi oleh PHBS saja atau karena menurunnya faktor resiko di kelompok intervensi atau meningkatnya faktor resiko di kelompok kontrol. Selain itu promosi kesehatan dengan strategi yang sama perlu dilakukan dalam rangka meningkatkan PHBS keluarga terutama ibu dalam rangka mendukung pencegahan kecacingan pada anak usia sekolah di komunitas.

Karakteristik keluarga responden secara umum merupakan pendatang dari berbagai daerah dengan pekerjaan sebagai nelayan, pedagang dan penambang timah yang hidup di sekitar pesisir pantai memiliki gambaran PHBS yang khas, sehingga dibutuhkan kajian lebih lanjut

tentang kebiasaan baru yang dibentuk dan bagaimana keluarga memaknai PHBS dalam kehidupan mereka untuk memperoleh gambaran yang jelas terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian telah membuktikan bahwa edukasi sebaya merupakan pendekatan dari promosi kesehatan yang terbukti dapat meningkatkan PHBS anak usia sekolah dan menunjukkan penurunan insidensi kecacingan pada kelompok intervensi dalam jangka waktu 1 bulan. Pencapaian pada penelitian ini menunjukkan dampak yang sama dengan penelitian dari Anantaphruti *et al.* (2008), yang menunjukkan bahwa program pengendalian kecacingan yang dilakukan di sekolah pada kelas 4, 5 dan 6 memberikan implikasi berupa fluktuasi insidensi kecacingan setelah 3 tahun program tersebut berjalan. Penelitian yang dilakukannya berupa pendidikan kesehatan dan pengobatan cacing berdasarkan hasil pemeriksaan tinja setiap 6 bulan. Penelitian Anantaphruti *et al.* (2008) berbeda dengan penelitian ini yang memiliki periode evaluasi yang pendek, sehingga perlu melakukan penelitian lanjutan dalam periode yang lama lebih dari 6 bulan untuk melihat efektifitas edukasi sebaya terhadap insidensi kecacingan pada anak usia sekolah yang beresiko dengan tahapan kegiatan yang sama.

Selanjutnya program pengendalian kecacingan yang berfokus pada promosi kesehatan dengan strategi edukasi sebaya tentu membutuhkan keterlibatan dukungan kebijakan yang kondusif dari pemegang kebijakan setempat, sehingga perubahan perilaku sehat dapat terjadi secara optimal seiring dengan penataan faktor-faktor pendukung, pemungkin dan penguat dalam meningkatkan PHBS pada anak usia sekolah (Green & Kreuter, 2000). Ketersediaan fasilitas di sekolah diperlukan dalam mendukung perilaku sehat. Penelitian Jalaluddin (2009) menunjukkan fakta bahwa faktor sanitasi berupa ketersediaan jamban yang baik/sehat, akses air bersih yang mudah bagi anak sekolah dapat berpengaruh dalam meningkatkan perilaku sehat anak usia sekolah. Hal ini juga terjadi pada penelitian ini,

ketersediaan jamban sehat dan air pencuci tangan yang bersih serta sabun di sekolah, meningkatkan minat anak untuk menerapkan PHBS sebagai hasil pembelajaran yang diperoleh pada edukasi sebaya. Akan tetapi dukungan kebijakan dalam pemantauan penerapan PHBS di sekolah masih dirasakan kurang, seperti tidak mengharuskan anak sekolah bersepatu ketika bermain atau berolah raga di luar kelas, tidak adanya pemeriksaan kuku secara berkala, sehingga dapat menurunkan minat anak dalam mempertahankan perubahan positif PHBS, dikarenakan kurangnya penguatan dari para guru setempat.

Uraian-uraian sebelumnya menggambarkan pula bahwa program pengendalian kecacingan pada anak usia sekolah hendaknya dilakukan secara komprehensif, meliputi: pemberian obat cacing, pendidikan kesehatan dan penataan sanitasi (WHO, 1996). Program pengendalian kecacingan selama ini masih berfokus pada pengobatan, dan belum mengoptimalkan pelayanan promosi kesehatan berupa pendidikan kesehatan dengan metode yang sesuai dan berkesinambungan, sebagai investasi jangka panjang. Di samping itu program pengendalian tersebut juga seharusnya tidak terlepas dari peran strategis dari perawat komunitas sebagai *educator* melalui pendekatan edukasi sebaya, peran *case finder* secara kolaboratif dengan tenaga kesehatan lain, serta peran sebagai pemantau pengendalian pengobatan kecacingan pada anak usia sekolah melalui pelayanan keperawatan masyarakat (Perkesmas).

Perkesmas diwujudkannyatakan salah satunya melalui strategi intervensi pemberdayaan yang difokuskan pada tingkatan pencegahan primer dan sekunder. Pemberdayaan dilakukan untuk meningkatkan kemandirian individu atau kelompok masyarakat beresiko dalam memprediksi, mengontrol dan berpartisipasi di lingkungannya sendiri (Rapport, 1987, dalam Helvie, 1998). Pemberdayaan yang dilakukan oleh perawat komunitas dalam hal ini berupa upaya peningkatan peran

serta keluarga sebagai pelaku aktif dalam penerapan PHBS untuk mencegah kecacingan melalui pelayanan keperawatan keluarga.

Pelayanan keperawatan keluarga ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan, dan kemauan keluarga untuk hidup bersih dan sehat, termasuk pemberdayaan keluarga dalam penataan sanitasi lingkungan yang kondusif, seperti; penyediaan jamban sehat, pengelolaan saluran pembuangan air limbah yang sehat dan penyediaan sumber air bersih. Keluarga diharapkan memiliki kemampuan untuk memperoleh informasi tentang kecacingan dan cara pencegahannya, menyadari kecacingan pada anak usia sekolah dapat merugikan sehingga mau menerapkan PHBS, serta mampu mengoptimalkan pelayanan kesehatan setempat.

Perawat kesehatan masyarakat juga dapat memfasilitasi peningkatan partisipasi lintas sektor termasuk swasta, dalam upaya penataan sanitasi berupa *sharing* pembiayaan pemerintah, swasta dan masyarakat, melalui pemberdayaan kelompok kerja peduli kesehatan masyarakat Desa Baru, yang dikembangkan sebagai lembaga swadaya kesehatan masyarakat setempat, sehingga pembangunan kesehatan termasuk upaya pengendalian kecacingan pada anak usia sekolah, sepenuhnya menjadi tanggung jawab bersama.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari adanya keterbatasan penelitian, meliputi:

- 6.2.1 Perencanaan kurikulum yang dibuat sendiri oleh peneliti dengan mengadopsi beberapa sumber dan belum diujicobakan, sehingga belum sepenuhnya sesuai dengan karakteristik kelompok sebaya anak usia sekolah dalam penelitian ini. Hal ini mengakibatkan munculnya beberapa kendala dalam pelaksanaan pelatihan edukator sebaya. Dengan demikian peneliti melakukan perubahan beberapa metode dalam kurikulum yang telah dibuat menjadi metode yang lebih

sederhana dan interaktif sesuai dengan karakteristik anak usia sekolah saat proses berlangsung.

6.2.2 Penelitian ini hanya melibatkan kelas 4 dan 5, dikarenakan kelas 6 sedang dalam proses persiapan ujian, sehingga tidak diikutsertakan meskipun secara konsep direkomendasikan sebagai kelompok umur responden yang sesuai dengan metode edukasi.

6.2.3 Pengobatan dalam penelitian ini dirasakan belum adekuat dalam menyembuhkan kecacangan, dikarenakan masih memungkinkan anak untuk tidak meminum obat, anak meminum obat dengan cara yang salah, tidak adanya dukungan/kepedulian keluarga dan peneliti tidak mengkomunikasikan dengan keluarga secara langsung hanya melalui kader kesehatan yang menjadi tim teknis di lapangan, sehingga kemungkinan tidak sembuh atau reinfeksi dapat terjadi.

6.2.4 Evaluasi pengukuran perilaku dalam penelitian ini masih bersifat jangka pendek, sehingga belum dapat melihat seberapa jauh perubahan perilaku tersebut dapat bertahan sesuai dengan tujuan edukasi sebaya yang telah dilakukan.

6.2.5 Jangka waktu pengukuran insidensi kecacangan sebelum dan sesudah penelitian relatif singkat, sehingga penurunan insidensi yang terjadi sulit dibedakan apakah sebagai pengaruh edukasi sebaya atau pengaruh obat yang diberikan pada kelompok intervensi.

6.2.6 Penelitian ini hanya berfokus pada analisis pengaruh edukasi sebaya terhadap PHBS anak usia sekolah dalam mencegah kecacangan, sehingga perubahan PHBS yang terjadi belum memperhitungkan pengaruh karakteristik keluarga terhadap PHBS anak usia sekolah. Selain itu, penelitian-penelitian terkait dengan PHBS anak usia sekolah sangat terbatas sehingga pembahasan lebih membandingkan dan menganalisis hasil dengan penelitian-penelitian terkait HIV/AIDS dan NAPZA.

6.2.7 Data sekunder kecacangan yang diperoleh dari puskesmas sebelum penelitian pada kelompok kontrol tidak menggambarkan kondisi yang sama ketika peneliti melakukan pemeriksaan kecacangan, sehingga kondisi tidak setara ini menimbulkan kesenjangan yang besar terhadap

insidensi kecacingan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum penelitian dimulai.

6.2.8 Tempat penelitian sangat kondusif dalam penyediaan fasilitas PHBS, namun belum memiliki kebijakan yang memadai dalam menguatkan penerapan PHBS anak usia sekolah, sehingga peneliti kesulitan dalam mengkondisikan sekolah agar dapat mendukung penerapan PHBS yang terjadi secara berkesinambungan.

6.3 Implikasi Penelitian

Penelitian ini bermanfaat dalam memberikan masukan kepada institusi pelayanan kesehatan, pelayanan keperawatan komunitas dan penelitian selanjutnya.

6.3.1 Institusi pelayanan kesehatan

Hasil penelitian edukasi sebaya ini berdampak positif terhadap PHBS anak usia sekolah, jika metode yang digunakan sesuai dengan karakteristik dan kebutuhan anak usia sekolah. Edukasi sebaya dalam meningkatkan PHBS perlu diintegrasikan ke dalam kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang menjadi bagian dari kebijakan pelayanan kesehatan pada anak usia sekolah, sehingga kegiatan edukasi sebaya dapat berlangsung berkesinambungan dan mampu mempertahankan perubahan perilaku sehat pada anak usia sekolah. Selain itu perlu dilakukan optimalisasi pelayanan keperawatan masyarakat dalam meningkatkan pemberdayaan keluarga dan kelompok masyarakat beresiko.

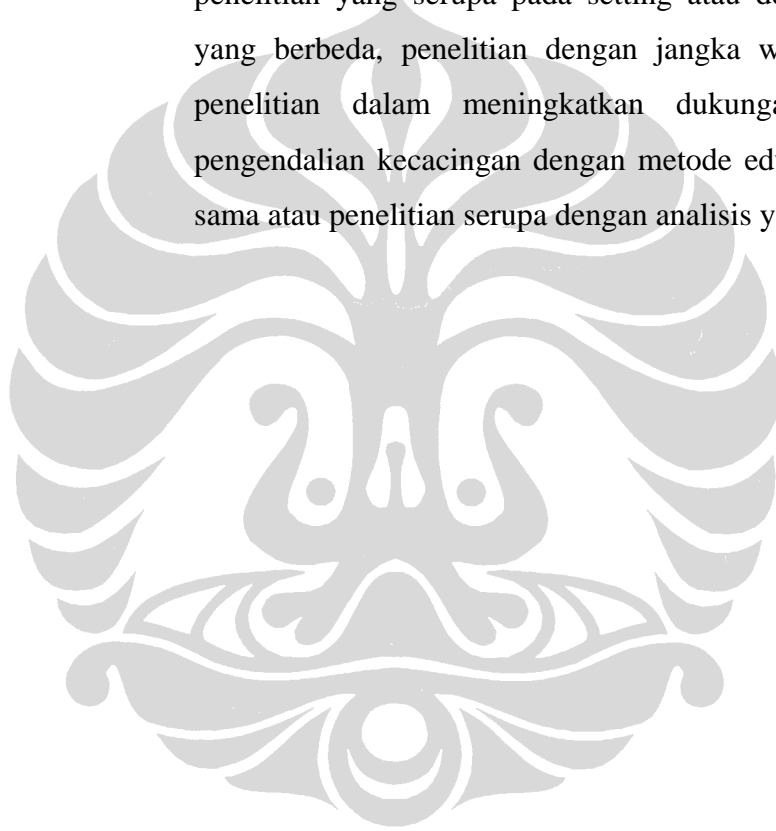
6.3.2 Pelayanan keperawatan komunitas

Implementasi edukasi sebaya saat ini banyak dilakukan pada remaja, sehingga dengan adanya hasil penelitian ini dapat mendukung perawat komunitas untuk mengembangkan aplikasi edukasi sebaya pada tatanan anak usia sekolah dasar. Perawat komunitas perlu melakukan eksplorasi secara berkelanjutan dalam mengembangkan metode dan media yang sesuai dalam pelaksanaan edukasi sebaya bagi anak usia

sekolah dasar. Selain itu diperlukan pengembangan rancangan pelaksanaan edukasi sebaya bagi anak usia sekolah dalam setting sekolah atau masyarakat, dikarenakan dibutuhkan persiapan dan teknis yang berbeda.

6.3.3 Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi dasar bagi peneliti yang berminat untuk melakukan penelitian lanjutan dari penelitian ini dalam melakukan penelitian yang serupa pada setting atau dengan desain penelitian yang berbeda, penelitian dengan jangka waktu yang lebih lama, penelitian dalam meningkatkan dukungan keluarga terhadap pengendalian kecacingan dengan metode edukasi dan tahapan yang sama atau penelitian serupa dengan analisis yang lebih kompleks.



BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menguraikan simpulan hasil pembahasan dan saran dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Adapun simpulan dan saran diuraikan sebagai berikut:

7.1 Simpulan

Simpulan hasil penelitian ini diuraikan sesuai dengan tujuan dan hipotesa penelitian. Adapun simpulan hasil penelitian ini adalah:

- 7.1.1 Karakteristik keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol berupa: tingkat pendidikan keluarga paling banyak tamat SD, tingkat pendapatan keluarga paling banyak berada pada tingkat pendapatan rendah, keluarga paling banyak tidak memiliki jamban sehat dan sumber air bersih. Pengetahuan dan perilaku keluarga setara antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- 7.1.2 Terdapat peningkatan rata-rata skor pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang bermakna antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi.
- 7.1.3 Terdapat peningkatan rata-rata skor pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kontrol.
- 7.1.4 Terdapat peningkatan rata-rata skor pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang bermakna sesudah diberikan edukasi sebaya antara kelompok intervensi dan kontrol.
- 7.1.5 Terdapat penurunan insidensi kecacangan yang bermakna antara sebelum dan sesudah diberikan edukasi sebaya pada kelompok intervensi.
- 7.1.6 Terdapat peningkatan insidensi kecacangan yang tidak bermakna antara sebelum dan sesudah penelitian tanpa diberikan edukasi sebaya pada kelompok kontrol.

7.2 Saran

Hasil penelitian ini menunjukkan dampak yang positif berupa peningkatan PHBS anak usia sekolah dalam mencegah kecacangan. Dengan demikian hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan kepada berbagai pihak yang memiliki tanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan anak usia sekolah. Adapun saran dari hasil penelitian ini sebagai berikut:

7.2.1 Dinas Kesehatan Kabupaten

Edukasi sebaya memberikan pengaruh positif terhadap peningkatan PHBS, sehingga diharapkan kepada dinas kesehatan untuk melakukan inovasi program pelayanan pengendalian kecacangan pada anak usia sekolah secara lintas program dan lintas sektor termasuk pemberdayaan sektor swasta. Berdasarkan hasil penelitian ini maka peneliti merekomendasikan beberapa hal yang dapat dipertimbangkan dalam mengembangkan kebijakan pelayanan anak usia sekolah dasar, yaitu:

- Revitalisasi pelayanan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) secara lintas program dan lintas sektor, yang berfokus pada peningkatan pelayanan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit kecacangan, serta diperlukannya upaya pemantauan pemberian obat cacing. Pelibatan peran serta perawat dalam pemberian obat cacing diperlukan untuk memastikan bahwa anak telah menelan obat cacing tanpa mengalami efek samping.
- Pelayanan promosi kesehatan yang diterapkan hendaknya berbasis kepada karakteristik tumbuh kembang dan kebutuhan anak usia sekolah dengan memperhatikan kebutuhan spesifik lokal yang dapat dipenuhi melalui pendekatan edukasi sebaya.
- Pelayanan promosi kesehatan melalui pendekatan edukasi sebaya direkomendasikan sebagai salah satu bagian kebijakan program pelayanan kesehatan anak usia sekolah yang diselenggarakan di tingkat Puskesmas secara berkesinambungan.
- Penyiapan sumber daya yang kompeten seperti perawat komunitas atau tenaga kesehatan yang dianggap memiliki kemampuan setara dalam melaksanakan edukasi sebaya. Hal ini menjadi penting karena

edukasi sebaya merupakan strategi yang cukup komprehensif, yang terdiri dari beberapa tahapan untuk mengidentifikasi isu masalah, merumuskan tujuan yang sesuai, merancang kegiatan pelatihan dan kegiatan edukasi sebaya sesuai karakteristik kelompok anak usia sekolah, melatih dan menyiapkan edukator sebaya sebagai informan, tutor dan motivator bagi kelompoknya, dan melakukan monitoring dan evaluasi program.

- Perencanaan pedoman rancangan pendidikan edukasi sebaya bagi anak usia sekolah secara spesifik lokal bagi petugas Puskesmas setempat yang meliputi: kegiatan pelatihan edukator sebaya dan petugas puskesmas terpusat, SOP teknis persiapan dan pelaksanaan edukasi sebaya di sekolah, serta teknis monitoring dan evaluasi.
- Revitalisasi pelayanan perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) di tatanan puskesmas dalam rangka meningkatkan dukungan keluarga dan masyarakat untuk ber-PHBS melalui pelayanan keperawatan keluarga dan keperawatan komunitas bagi kelompok beresiko.

7.2.2 Dinas Pendidikan Kabupaten

Edukasi sebaya dapat mendekatkan akses pelayanan kesehatan di sekolah, sehingga berdasarkan hasil penelitian ini peneliti merekomendasikan beberapa hal yang dapat dipertimbangkan oleh dinas pendidikan dalam mewujudkan pencapaian sekolah sehat, yaitu:

- Perlu melakukan peningkatan pembinaan, pemantauan dan revitalisasi pelayanan UKS secara terpadu dengan dinas kesehatan kabupaten dalam menggalakkan upaya peningkatan PHBS pada anak usia sekolah sejak dini di tatanan sekolah.
- Kegiatan edukasi sebaya bersifat interaktif dan sangat bermanfaat dalam meningkatkan perilaku sehat, sehingga edukasi sebaya dapat dijadikan salah satu kegiatan intrakurikuler atau ekstra kurikuler di sekolah.

- Pencapaian perubahan perilaku pada anak sekolah hendaknya didukung dengan kebijakan untuk ber-PHBS di sekolah seperti pemeriksaan kuku secara rutin, pembiasaan cuci tangan dengan sabun sebelum makan, penggunaan sepatu ketika berolah raga di luar kelas. Selain itu perlu penataan sanitasi pendukung yang adekuat melalui swadaya Badan Penyantun Pendidikan (BP3) seperti; penyediaan tempat cuci tangan dengan air mengalir yang memadai, penyediaan sabun untuk cuci tangan dan pengering yang bersih, penyediaan sumber air di sekolah yang bersih, serta penyediaan jamban yang sehat. Pembangunan konstruksi gedung sekolah hendaknya memperhatikan aspek-aspek kesehatan yang dapat memudahkan terwujudnya PHBS pada seluruh komponen sekolah (murid, guru, dan lain-lain) seperti, kemudahan untuk membuat sumber air mengalir di beberapa tempat di dalam dan di luar kelas.
- Dalam penyelenggaraan edukasi sebaya, guru sebagai mitra edukator sebaya, bertugas untuk memfasilitasi, mendukung dan melakukan pengawasan atas kelancaran kegiatan edukasi sebaya di dalam kelas. Namun guru tidak diharapkan melakukan pendampingan secara penuh atau selalu menghadiri setiap kegiatan edukasi sebaya karena akan menurunkan sifat interaktif dan spontanitas yang merupakan hal penting dalam edukasi sebaya.

7.2.3 Puskesmas

Edukasi sebaya dapat dilakukan untuk meningkatkan PHBS pada anak usia sekolah sehingga bagi puskesmas yang akan melakukan kegiatan edukasi sebaya, direkomendasikan untuk:

- Menyiapkan rancangan kegiatan edukasi sebaya sesuai dengan SOP edukasi sebaya yang ditetapkan oleh pengelola program dinas kesehatan dan mengkoordinasikan dengan pihak pengelola program dinas kesehatan setempat.

- Merekomendasikan petugas yang kompeten untuk melakukan edukasi sebaya sesuai dengan kebijakan yang diberikan oleh dinas kesehatan setempat dalam rangka peningkatan kompetensi pengelolaan dan pemantauan edukasi sebaya bagi anak usia sekolah.
- Melakukan edukasi sebaya pada anak usia sekolah dengan memperbanyak pertemuan terstruktur dalam bentuk rancangan agenda kegiatan yang telah disepakati bersama pihak sekolah. Kegiatan edukasi sebaya hendaknya dilakukan secara berkesinambungan sesuai dengan tujuan.
- Melakukan seleksi edukator sebaya dari setiap kelas, dengan kriteria: memiliki peringkat yang baik di kelas, berpenampilan rapi dan bersih, mudah dalam bergaul, disukai oleh kelompok sebayanya, dan komunikatif .
- Melakukan pembagian anggota kelompok 8 -13 orang anak dari kelas yang sama dan jika memungkinkan dikelompokkan menurut jenis kelamin yang sama.
- Melaksanakan edukasi sebaya dengan metode yang interaktif sederhana seperti: ceramah atau diskusi dengan media pendukung booklet, gambar atau video, bernyanyi bersama, diskusi makna lagu, metode bermain yang bersifat sederhana dan energik.
- Melakukan pemberdayaan/revitalisasi dokter kecil di beberapa sekolah dasar yang telah dibentuk, untuk dapat berperan sebagai edukator sebaya secara optimal dalam peningkatan PHBS.
- Mengoptimalkan perluasan diseminasi informasi tentang PHBS yang dapat mencegah kecacingan dengan leaflet atau poster di tempat-tempat umum, tatanan sekolah dan pelayanan kesehatan.

7.2.4 Penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa edukasi sebaya dapat meningkatkan PHBS pada anak usia sekolah. Namun dari berbagai keterbatasan penelitian maka disarankan kepada peneliti selanjutnya yang berminat untuk melakukan penelitian, berupa:

- Penelitian tentang pengaruh program edukasi sebaya terhadap insidensi kecacangan pada anak usia sekolah dengan desain kohort dalam jangka waktu lebih dari 6 bulan.
- Penelitian tentang pengaruh edukasi sebaya terhadap PHBS dengan desain kuasi eksperimen dengan jangka waktu penelitian lebih panjang yaitu sekitar 2-3 bulan.
- Penelitian pengaruh edukasi sebaya terhadap PHBS pada agregat anak usia sekolah yang beresiko kecacangan dengan memasukkan analisis multivariat dari faktor-faktor karakteristik keluarga dalam penelitian ini.
- Penelitian tentang pengaruh edukasi sebaya terhadap PHBS anak usia sekolah pada kelompok ibu di komunitas.
- Penelitian serupa yang dilakukan pada area atau setting yang berbeda.
- Penelitian kualitatif tentang makna dukungan keluarga dalam menunjang program pengendalian kecacangan pada anak usia sekolah melalui PHBS di Desa Baru Manggar Belitung Timur.

DAFTAR PUSTAKA

- Allender, J.A., & Spradley, B.W. (2005). *Communnity health nursing: Promoting and protecting the public's health*. (6th Ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, E.T., & McFarlane, J. (2000). *Community as partner:theory and practice in nursing*. (3th Ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Anantaphruti, M.T., Waikagul, J., Maipanich, W., Nuamtanong, S., Watthanakulpanich, D., Pubampen, S., et al. (2008). *School health based education for the control of soil transmitted helminthiases in Kanchanaburi province Thailand. Analisis of tropical medicine & parasitology*, vol. 102, no. 6 ,521-528. (<http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh tanggal 18 Desember 2010).
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian: Suatu pendekatan praktik*. Edisi ke-14. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Depok: FKM UI.
- Achjira, K.A.H. (2006). *Pengaruh penyampaian pendidikan kesehatan reproduksi oleh kelompok sebaya (peer grup) terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di Kelurahan Kemiri Muka depok*. Tesis. Depok: Tidak dipublikasikan.
- Bleeker, A. (2001). *Presentation for the second international drugs and young people conference*. (<http://www.peer.ca/ableeker.pdf>, diperoleh tanggal 6 Februari 2011).
- Bantarti, W. (2000). *Pengaruh pendidikan kelompok sebaya terhadap pengetahuan dan sikap tentang HIV/AIDS pada siswa siswi SMU di Kotamadya Depok*. Tesis. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat UI.
- Bruckner,(1996). *Diagnostik parasitologi kedokteran*. Alih bahasa Mahmin. Cetakan 1. Jakarta: EGC.
- Budiarto, E. (2001). *Biostatistika untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat*. Cetakan I. Jakarta: EGC.
- Campbell, CP., Stratkey, F., Holiday, J., & Audrey,S.(2008). *An informal school-based intervention for smoking prevention in adolescence: A cluster randomized trial*. Vol 371. (<http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh tanggal 28 Februari 2011).

- Dahlan, S. (2008). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Dachroni (2002). *Pedoman pembinaan program perilaku hidup bersih dan sehat di tatanan tempat-tempat umum*. (<http://repository.usu.ac.id/>, diperoleh tanggal 6 Februari 2011).
- Depkes R.I. (1998). *Pedoman program pemberantasan penyakit kecacangan*. Jakarta.
- _____. (2006). *Pedoman pengendalian kecacangan 2006*. Jakarta: Depkes R.I.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung Timur. *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung Timur tahun 2009*. Belitung Timur.
- Edelman & Mandle. (2006). *Health promotion; Thought the lifespan*. (6th Ed.). Mosby : St Louis.
- Egger, G., Donovan, R.J., & Spark, R. (1993). *Health and media: Principles and Practices for health promotion*. Australia: McGraw Hill Book Company.
- Ergene, T., Cok, F., Tuner, A., & Unal, S. (2005). *A controlled-study of preventive effects of peer education & single session lectures on HIV/AIDS knowledge and attitudes among university students in Turkey*. Vol 17. (<http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh tanggal 25 Juni 2011).
- Ford, C., & Collier, G. (2006). *How to use peer education for sustainability*. (<http://www.tissues.com.au/slippery.pdf>, diperoleh tanggal, 27 Februari, 2011).
- Fahlman, MM., Dake, J., McCaughtry, N., & Martin, J. (2008). *A pilot study to examine the effects of a nutrition knowledge, behavior, and efficacy expectations in middle school children*.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2000). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. (2th Ed.). London: Mayfield Publishing Company.
- Ginting, A. (2009). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kecacangan pada anak sekolah dasar di desa tertinggal kecamatan Pangururan Kabupaten samosir tahun 2008*. (<http://repository.usu.ac.id/>, diperoleh tanggal 12 Desember 2010).
- 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 29 Juni 2011)
- Hitchcock, J.E., Schubert, P.E., & Thomas, S.A. (1999). *Community health nursing: Caring in action*. Albani: Delmas Publisher.

- Helvie,C.O. (1998). *Advanced practice nursing in the community*. Sage Publication: New Delhi.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing*.(8th Ed.). St Louis: Mosby.
- Hayati, M. (2009). *Pengaruh peer edukasi tentang jajanan sehat terhadap perilaku anak usia sekolah di Kota Lhokseumawe Provinsi Naggroe Aceh Darussalam*.Tesis. Depok: Tidak dipublikasikan.
- Jalaluddin. (2009). *Pengaruh sanitasi lingkungan, personal hygiene dan karakteristik anak terhadap infeksi kecacingan murid sekolah dasar di Kecamatan Blang Mangat Kota Lhokseumawe*. (<http://repository.usu.ac.id/>, diperoleh tanggal 4 Januari 2011).
- Kozier, E, Blais and Wilkinson. (2004). *Fundamental of nursing concepts, process, practice*. St.Louis ; The Mosby Year Book Inc.
- Kasjono, H.S., & Yasril. (2009). *Teknik sampling untuk penelitian kesehatan*.Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Kabatereine, N. B., Brooker, S., Koukounari, A., Kazibwe, F., et al. (2007). *Impact o national programme on infection and morbidity in Uganda school children: Buletion of WHO*. (<http://web.ebscohost.com/ehost>, diperoleh tanggal 30 Desember 2010).
- Kenyan Ministry of Health and Ministry of Education, Science and Technology. (2004). *Knowledge, attitudes and practices to reduce helminth infection*. (http://www.who.int/wormcontrol/education_materials/guide_district_level.pdf, diperoleh tanggal 18 Desember 2011).
- Luong, T. V. (2003). *De-worming school children and hygiene intervention: International journal of environmental health research*. (<http://web.ebscohost.com/ehost>, diperoleh tanggal 19 Desember 2010).
- Lubis, Chairuddin.P. (2004).*Uji klinis acak tersamar ganda mebendazole 500 dengan oxantel pirantel pamoate pada infestasi tunggal trichuris trichuria*. (<http://repository.usu.ac.id/>, diperoleh tanggal 14 Februari 2011).
- McGuire and Eigsti, D.G (2002) *Comprehensif community health nursing: Family, aggregate, & community practice* (6th . Ed.). St. Louis: Mosby.

- McMurray, A. (2003). *Community health and wellness. A sociology approach.* (2th Ed.). St Louis: Mosby.
- Maureer, F.A., & Smith, C.M. (1995). *Community Health Nursing: Theory and Practice.* Philadelphia : WB. Saunders Company
- Murti, B. (1997). *Prinsip dan metode riset epidemiologi.* Edisi ke-1. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- McDonald, J., Roche, A. M., Durbridge, M., et al. *Peer education forom evidenced to practice: An alcohol & other drugs primer.* (2003; <http://www.nceta.flinders.edu.au/pdf/peer-education/entire-monograph.pdf>, diperoleh tanggal 5 Februari 2011).
- Magdalena, T. M. (1997). *Hubungan penyuluhan pemberantasan kecacangan dengan pengetahuan, sikap, & praktek tentang kecacangan ibu-ibu murid kelas 3 SD di Kecamatan Cilandak, Jakarta Selatan.* Tesis. Depok: Tidak dipublikasikan.
- Mardiana & Djarismawati. (2008). *Prevalensi cacang usus pada murid sekolah dasar wajib belajar pelayanan gerakan terpadu pengentasan kemiskinan daerah kumuh di wilayah DKI Jakarta.* Jurnal ekologi kesehatan, vol.7 no.2: 769-774. (<http://www.ekologi.litbang.depkes.go.id/>, diperoleh tanggal 13 September 2010).
- Mellanby, A. R., Newcomb, R.G., Rees, J., et al. (2001). *A comparative study of peer-led & adult-led school sex study education.* (<http://her.oxfordjournals.org/content/16/4/481.full>, diperoleh tanggal 17 Januari 2011).
- Minnerath, K.,L. (2008). *An analysis of the effects of a multilevel, school-based intervention on elementary school children.* Dissertation. (<http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh tanggal 12 Mei 2011).
- Medley, A., Kennedy, C., O'Relly, K., & Sweat, M. (2009). *Effectiveness of peer education interventions for HIV pervation in developing countries: Systematic review & meta analysis.* Vol. 21. (<http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh tanggal 28 Juni 2011).
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurlila. (2002). *Faktor-faktor yang mempengaruhi infeksi kecacangan murid SDN Rawa Badak Utara 23 dan 24 Jakarta Utara.* Tesis. Depok: Tidak dipublikasikan.
- 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., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. (4th ed.). Philadelphia : Lippincott.
- Population Council.(2000). *Peer education and HIV/AIDS: Past experience, future direction*. (http://www.popcouncil.org/pdfs/peer_ed.pdf, diperoleh tanggal 2 Februari 2011).
- Purwanto, H. (1999). *Pengantar perilaku manusia untuk keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Phiri, K., Whitty, C. J., Graham, S.M., et al. (2000). *Ural/rural differences in prevalence and risk factors for intestinal helminth infection in southern Malawi: Annals of tropical medicine & parasitology*, vol. 94 no. 4. 381-387. (<http://web.ebscohost.com/ehost>, diperoleh tanggal 20 Januari 2011).
- Pasaribu, H. ER. (2004). *Perbandingan penyuluhan kesehatan metode ceramah Tanya jawab dengan penyuluhan kesehatan menggunakan buku kecacingan dalam mencegah reinfeksi Ascarislumbricoides pada anak sekolah dasar*. (<http://repository.usu.ac.id/>, diperoleh tanggal 11 Februari 2011).
- Rusmil, K. (2008). *Pertumbuhan dan Perkembangan Anak*. (<http://www.aqilaputri.rachdian.com/>, diperoleh tanggal 1 Februari 2011).
- Rampengan. (1997). *Penyakit infeksi tropik pada anak*. Jakarta: EGC.
- Smith, C.M and Maureer,F.A (1995) *Community Health Nursing: Theory and Practice*. Philadelphia : WB. Saunders Company
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2004). *Community and public health nursing*. (6th Ed). Mosby : St Louis.
- Stones, S.C., McGuire, S.L., & Eigsti, D. G. (2002). *Comprehensive community health nursing: Family, aggregate, & community practice*, (6th . Ed). St. Louis: Mosby.
- Soedarto. (1991). *Helmintologi kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. (2010). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R & D*.Edisi ke-11. Bandung: Alfabeta.
- Sabri, L., & Hastono, S.,P. (2009). *Statistik kesehatan*. Edisi revisi. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sastroasmoro dan Ismali. (2002). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara.

- Sutanto, S.,P. (2007). *Analisis data kesehatan: Basic data analysis for health research training*. Depok: FKM UI.
- Sopiyudin, D. (2006). *Besar sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Edisi I. Jakarta: PT. Arkans.
- Suhartono, Rahfiludin, M. Z., & Budiyono.(2001). *Beberapa faktor resiko terjadinya reinfeksi kecacingan pada murid SD (studi intervensi di SDN Bandarharjo 02-04 Semarang)*. Laporan Penelitian. FKM UNDIP.
- Sari, S.P. (2007). *Hubungan faktor predisposisi dengan perilaku personal hygiene anak jalanan bimbingan rumah singgah YMS Bandung*. Bandung: Tidak dipublikasikan.
- Sirajuddin (2011). *Mengapa ragu pendekatan positive deviance*. (<http://human-nutrition.net/mengapa-ragu-pendekatan-positive-deviance/>), diperoleh tanggal 2 April 2011)
- Traub, R.J., Roberston, I. D., Irwin, P., Mencke, N., et al (2004). *The prevalence, intensities and risk factors associated with geohelminth infection in tea-growing communities of Assam, India: Tropical Medecine and International Health*. (<http://web.ebscohost.com/ehost>, diperoleh tanggal 11 Januari 2011).
- Tarigan, E. (2007). *Faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi keluarga dalam penggunaan jamban di Kota Kabanjahe tahun 2007*. (<http://repository.usu.ac.id/>, diperoleh tanggal 26 Februari 2011).
- Usoro, Abel. (2000). *Attitudes as a factor for the use of information and communication technology for global planning*. Computing and information system, 7 (2000). (www.uws.ac.uk/schoolsdepts/computing/.../abel-usoro-publications.pdf, diperoleh tanggal 16 Maret 2011)
- Wawan. A., & Dewi, M. (2010). *Teori dan pengukuran pengetahuan, sikap, dan perilaku*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- WHO. (1997). *WHO information series on school health: strengthening interventions to reduce helminth infection*. (http://www.who.int/school_youth_health/media/en/95.pdf, diperoleh tanggal 15 Januari 2011).
- WHO. (2010). *Soil transmitted parasites: Roundworms, hookworms, whipworms. Teacher's guide* (http://www.who.int/wormcontrol/education_materials/lao/en/, diperoleh tanggal 25 Februari 2011).

- WHO. (1998). *Monitoring helminth control programmes: Guidelines for monitoring the impact of control programmes aimed at reducing morbidity caused by soil transmitted helminths and schistosomes, with particular reference to school age children.* (http://www.who.int/school_youth_health/media/en/95.pdf, diperoleh tanggal 29 Januari 2011).
- Wordemann, M., Polman, K., Lenina., Heredia, T.M., Diaz. R.J, Collado. A. M., et al. *Prevalence and risk factors of intestinal parasites in Cuban children: Tropical Medicine and international health.*, vol. II no.12, (2006, <http://web.ebscohost.com/ehost>, diperoleh tanggal 11 Januari 2011).
- Walgito, B. (2003). *Pengantar Psikologi Umum.* (<http://digilib.unimus.ac.id/files/> diperoleh tanggal 31 Januari 2010).
- Yulianto, E. (2007). *Hubungan hygiene sanitasi dengan kejadian penyakit cacangan pada siswa SDN Rawasari Kecamatan Tembalang Kota Semarang tahun 2006/2007.* (<http://repository.usu.ac.id/>, diperoleh tanggal 10 Oktober 2010).
- Zioleny, R., Kimzeke, G., Stakic, S., Bruyn, M.D., et al (2000). *Peer education training of trainers manual: Youth peer education elektronik resources.* (<http://www.aidsmark.org/ipc.en/pdf>, diperoleh tanggal 5 Februari 2011).
- Zhu, L., Petersen, P. E., Zhang, B. X., et al. (2005). *Oral health knowledge, attitudes & behavior of adults in China.* (http://www.who.int/oral_health/publications/, diperoleh tanggal 24 Februari 2011).

PENGANTAR LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

=====

Belitung Timur, April 2010

Perihal : *Informasi Penelitian* Kepada Yth.

Lampiran : 1 (satu) berkas

di

Tempat

Dengan hormat,

Saya, Dianita Fitriani, mahasiswa Program Magister Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, akan mengadakan penelitian dengan judul “Pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada kelompok anak usia sekolah yang berisiko kecacangan di Kecamatan Manggar Belitung Timur”.

Hasil penelitian ini akan digunakan sebagai bahan rujukan dalam memberikan asuhan pelayanan keperawatan (kesehatan) yang profesional dan berkualitas pada anak usia sekolah dan keluarga serta masyarakat. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif (kerugian) bagi anak sekolah, keluarga maupun masyarakat.

Peneliti menghargai pandangan dan pendapat Bapak/Ibu, menjamin dan mempertahankan kerahasiaan data yang diperoleh dalam proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data, serta tetap menjunjung tinggi Bapak/Ibu yang tidak mengizinkan putera/puterinya dan tidak bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Penelitian ini akan dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut:

1. Peneliti dan tim kesehatan akan melakukan pemeriksaan kecacangan melalui pemeriksaan tinja pada anak sekolah dan akan dilakukan pengobatan bagi anak sekolah yang positif kecacangan.

2. Peneliti akan melatih 4 orang anak dan dibekali pengetahuan tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di sekolah selama 4 hari, dimana tiap pertemuan dilakukan selama 3x45 menit.
3. Peneliti akan meminta anak sekolah mengisi kuesioner (pertanyaan) tentang pengetahuan, sikap dan keterampilan PHBS selama 30 menit.
4. Peneliti dan guru kelas akan mendampingi anak sekolah yang telah dilatih, untuk mengajarkan teman-temannya di kelas selama 20 menit selama 4 minggu. Kegiatan ini akan dilakukan sebanyak 2-3 kali per minggunya.
5. Peneliti akan meminta kembali anak sekolah untuk mengisi kuesioner (pertanyaan) tentang pengetahuan, sikap dan keterampilan PHBS selama 30 menit, setelah 2 minggu kegiatan no 4 dilaksanakan.
6. Peneliti dan tim kesehatan akan melakukan pemeriksaan kecacingan kembali setelah kegiatan no 4 dilaksanakan.
7. Peneliti juga akan meminta kesediaan Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner (pertanyaan) pengetahuan tentang PHBS selama 20 menit dan bersedia dilakukan pengamatan terhadap jamban serta sumber air di rumah.

Peran serta anak-anak dan Ibu/Bapak adalah sangat berharga dalam mendukung keberhasilan penelitian ini, sehingga sudilah kiranya kepada Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dan mengizinkan anak-anak untuk turut serta dalam kegiatan penelitian ini.

Atas kesediaan dan kerjasamanya saya ucapkan banyak terima kasih.

Hormat saya,
Peneliti

Dianita Fitriani

PENGANTAR LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

=====

Belitung Timur, April 2010

Perihal : *Informasi Penelitian* Kepada Yth.

Lampiran : 1 (satu) berkas

di

Tempat

Dengan hormat,

Saya, Dianita Fitriani, mahasiswa Program Magister Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, akan mengadakan penelitian dengan judul “Pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada kelompok anak usia sekolah yang berisiko kecacangan di Kecamatan Manggar Belitung Timur”.

Hasil penelitian ini akan digunakan sebagai bahan rujukan dalam memberikan asuhan pelayanan keperawatan (kesehatan) yang profesional dan berkualitas pada anak sekolah dan keluarga serta masyarakat. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif (kerugian) bagi anak sekolah, keluarga maupun masyarakat.

Peneliti menghargai pandangan dan pendapat Bapak/Ibu, menjamin dan mempertahankan kerahasiaan data yang diperoleh dalam proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data, serta tetap menjunjung tinggi Bapak/Ibu yang tidak mengizinkan putera/puterinya dan tidak bersedia untuk berpartisipasi pada penelitian ini. Penelitian ini akan dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut:

1. Peneliti dan tim kesehatan akan melakukan pemeriksaan kecacangan melalui pemeriksaan tinja pada anak sekolah dan akan dilakukan pengobatan bagi anak sekolah yang positif kecacangan.

2. Peneliti akan meminta anak sekolah mengisi kuesioner (pertanyaan) tentang pengetahuan, sikap dan keterampilan PHBS selama 30 menit.
3. Peneliti akan kembali meminta anak sekolah mengisi kuesioner (pertanyaan) tentang pengetahuan, sikap dan keterampilan PHBS selama 30 menit setelah 6 minggu.
4. Peneliti dan tim kesehatan akan melakukan pemeriksaan kecacingan kembali setelah kegiatan selesai.
5. Peneliti juga akan meminta kesediaan Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner (pertanyaan) pengetahuan tentang PHBS selama 20 menit dan bersedia dilakukan pengamatan terhadap jamban serta sumber air yang dimiliki di rumah.

Peran serta anak-anak dan Ibu/Bapak adalah sangat berharga dalam mendukung keberhasilan penelitian ini, sehingga sudilah kiranya kepada Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dan mengizinkan anak-anak untuk turut serta dalam kegiatan penelitian ini.

Atas kesediaan dan kerjasamanya saya ucapkan banyak terima kasih.

Hormat saya,
Peneliti

Dianita Fitriani

LEMBAR PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Alamat rumah :

Menyatakan bahwa saya, selaku orang tua murid:

Nama :

Jenis Kelamin :

Kelas>Nama SDN :

Menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami lembar informasi penelitian. Dengan penuh kesadaran serta tanpa ada paksaan dari pihak manapun, Saya bersedia untuk mengikutsertakan anak saya tersebut di atas, untuk menjadi responden penelitian yang berjudul “Pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada kelompok anak usia sekolah yang beresiko kecacangan di Kecamatan Manggar Belitung Timur,” yang akan dilaksanakan Bulan April – Juni 2011.”

Belitung Timur,.....2011

Peneliti,

Yang menyatakan,
Orang Tua Responden

Dianita Fitriani

()

Saksi,

()

LEMBAR PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Alamat rumah :

Menyatakan bahwa Saya telah membaca dan memahami lembar informasi penelitian yang diberikan. Dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan saya menyatakan bahwa saya bersedia untuk berpartisipasi mengisi kuesioner dan bersedia dilakukan observasi jamban serta sumber air yang dimiliki, dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh edukasi sebaya terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada kelompok anak usia sekolah yang beresiko kecacangan di Kecamatan Manggar Belitung Timur,” yang akan dilaksanakan bulan April – Juni 2011.”

Belitung Timur,.....2011

Peneliti,

Yang menyatakan,
Keluarga Responden

Dianita Fitriani

()

Saksi,

()

KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN ANAK USIA SEKOLAH

No.	Variabel	Sub Variabel	Sub-Sub Variabel	Nomor Pertanyaan/ Pernyataan
1	Pengetahuan	Kecacian	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penyebab ▪ Jenis cacing yang sering menyerang AUS ▪ Tempat hidup cacing ▪ Gejala kecacian ▪ Cara penularan kecacian ▪ Cara penyebaran kecacian ▪ Cara mencegah kecacian 	1 2 3 6 4 5 7
		PHBS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengertian ▪ Manfaat ▪ Contoh PHBS yang dapat mencegah kecacian ▪ Waktu dan tempat untuk menerapkan PHBS ▪ Cara melakukan PHBS yang benar, meliputi; cuci tangan yang benar, memotong kuku, menggunakan alas kaki dan BAB dengan menggunakan jamban. ▪ Fungsi/manfaat melakukan cuci tangan yang benar, memotong kuku, menggunakan alas kaki dan BAB dengan menggunakan 	8 9 10 11,12 13,14,16, 18,20 17,15,19

			jamban terhadap kecacingan.	
2	Sikap	PHBS untuk mencegah kecacingan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contoh PHBS <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Unfavorable</i> ▪ Manfaat menerapkan PHBS terhadap pencegahan kecacingan <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Unfavorable</i> ▪ Waktu dan tempat untuk menerapkan PHBS <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Favorable</i> ▪ Cara melakukan PHBS yang benar, meliputi; cuci tangan yang benar, memotong kuku, menggunakan alas kaki dan BAB dengan menggunakan jamban. <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Favorable</i> ○ <i>Unfavorable</i> ▪ Pendapat tentang penyakit kecacingan <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Unfavorable</i> 	<p style="text-align: center;">2,7</p> <p style="text-align: center;">3,5</p> <p style="text-align: center;">9,10,11</p> <p style="text-align: center;">4,6,8,14, 15,17</p> <p style="text-align: center;">1,12,13,16</p> <p style="text-align: center;">18</p>
3.	Perilaku	PHBS anak usia sekolah dalam mencegah kecacingan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Praktik PHBS positif yang dilakukan 1 minggu terakhir ▪ Praktik PHBS negatif yang dilakukan 1 minggu terakhir 	<p style="text-align: center;">3,4,7,9,10,12</p> <p style="text-align: center;">1,2,5,6,8,11</p>

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 :(tahun)

2. Alamat :
.....

3. Jenis Kelamin : Laki-laki
 Perempuan

4. Pernahkah adik-adik membicarakan atau mendiskusikan perilaku hidup bersih dan sehat sesama teman-teman di sekolah?

Tidak pernah

Pernah

5. Jika pernah, sudah berapa kali?

Satu kali

Lebih dari satu kali

KUESIONER B

PETUNJUK:

1. Pilihlah satu jawaban yang paling 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 buah , mohon semua soal dikerjakan.

WAKTU : 25 MENIT

1. Salah satu penyakit yang sering dialami oleh anak sekolah karena perilaku yang tidak sehat di tanah, adalah....
 - a. sakit kepala
 - b. demam
 - c. kecacingan (cacingan)
 - d. sakit mata
2. Nama cacing yang sering menyebabkan penyakit pada anak-anak adalah....
 - a. Cacing pita, cacing tambang dan cacing cambuk
 - b. Cacing gelang, cacing cambuk dan cacing pita
 - c. Cacing gelang, cacing cacing tambang dan cacing tanah
 - d. Cacing gelang, cacing cambuk dan cacing tambang
3. Cacing yang sering menyebabkan penyakit pada anak terdapat di....
 - a. tanah dan perut sapi
 - b. perut sapi
 - c. tanah dan perut manusia
 - d. perut manusia dan perut babi

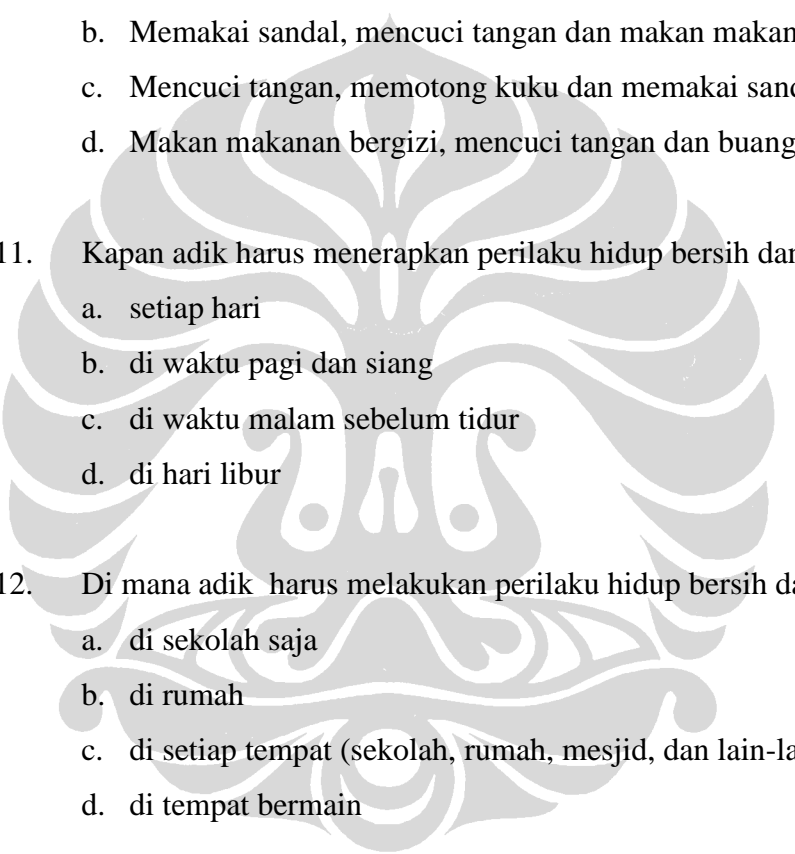
4. Cara anak sekolah tertular atau terkena penyakit kecacingan, adalah....
 - a. Menghirup udara yang mengandung kuman
 - b. Telur cacing ikut tertelan melalui tangan yang kotor
 - c. Buang air besar di kakus
 - d. Memakan daging yang masih mentah

5. Penyebaran penyakit kecacingan pada anak sekolah diakibatkan karena....
 - a. Buang air besar di tanah (sembarangan)
 - b. Makan makanan yang mengandung kuman
 - c. Tidak suka makan sayur dan buah
 - d. Buang air besar di kakus umum

6. Gejala atau tanda anak yang kecacingan adalah....
 - a. Badan kurus dan banyak makan
 - b. Lesu, tidak nafsu makan, kurus dan pucat
 - c. Sering merasa lelah dan malas makan
 - d. Mudah capek dan susah tidur

7. Tindakan yang dilakukan untuk mencegah kecacingan adalah....
 - a. Minum obat cacing
 - b. Melakukan hidup bersih dan sehat
 - c. Makan makanan yang bergizi
 - d. Melakukan olah raga dan makan makanan yang bergizi

8. PHBS anak usia sekolah adalah singkatan dari....
 - a. Perilaku hidup sehat dan cerdas
 - b. Perilaku hidup bersih dan sehat
 - c. Perilaku hidup berolahraga dan sehat
 - d. Perilaku hidup bersih dan semangat

- 
9. Salah satu manfaat melakukan PHBS dengan mencuci tangan adalah....
 - a. Melindungi tubuh dari kecacingan
 - b. Menjaga tubuh agar tetap kuat
 - c. Meningkatkan prestasi belajar
 - d. Melindungi tubuh dari serangan penyakit jantung

 10. Contoh perilaku hidup sehat agar terhindar dari cacingan adalah....
 - a. Mencuci tangan, memotong kuku dan rajin berolah raga
 - b. Memakai sandal, mencuci tangan dan makan makanan bergizi
 - c. Mencuci tangan, memotong kuku dan memakai sandal saat di tanah
 - d. Makan makanan bergizi, mencuci tangan dan buang air besar di kakus

 11. Kapan adik harus menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat?
 - a. setiap hari
 - b. di waktu pagi dan siang
 - c. di waktu malam sebelum tidur
 - d. di hari libur

 12. Di mana adik harus melakukan perilaku hidup bersih dan sehat?
 - a. di sekolah saja
 - b. di rumah
 - c. di setiap tempat (sekolah, rumah, mesjid, dan lain-lain)
 - d. di tempat bermain

 13. Cara mencuci tangan yang benar adalah....
 - a. Menggunakan air bersih
 - b. Menggunakan air bersih dan sabun
 - c. Menggunakan air bersih yang mengalir dan sabun
 - d. Menggunakan air dan dikeringkan dengan lap yang bersih

14. Kapan adik harus mencuci tangan?
 - a. Sebelum makan dan sebelum tidur
 - b. Sebelum makan dan sesudah buang air besar (BAB)
 - c. Setelah bermain
 - d. Sesudah buang air besar saja

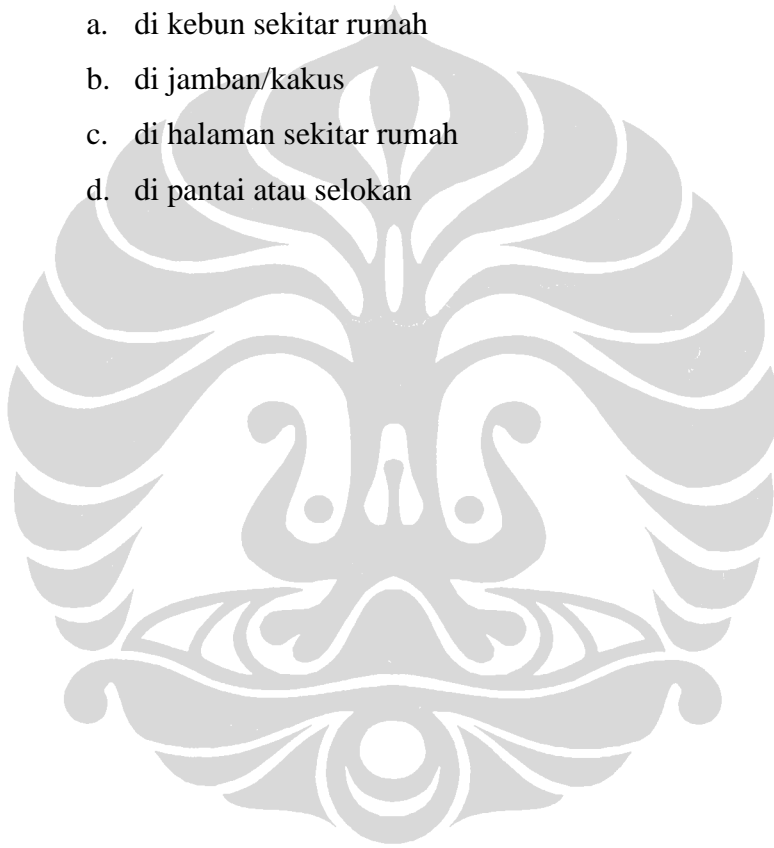
15. Manfaat mencuci tangan dengan benar terhadap pencegahan kecacingan adalah....
 - a. Membuat kulit menjadi bersih
 - b. Menjaga agar tubuh selalu sehat
 - c. Melindungi tubuh dari penyakit
 - d. Membasmi kuman dan telur cacing yang menempel di tangan

16. Waktu yang tepat untuk memotong kuku adalah....
 - a. setiap hari
 - b. ketika kuku pendek dan kotor
 - c. seminggu sekali dan di saat kuku terlihat panjang atau kotor
 - d. ketika hari libur

17. Manfaat memotong kuku terhadap pencegahan kecacingan adalah....
 - a. Menjaga kebersihan dan keindahan kuku
 - b. Memusnahkan kuman dan telur cacing yang terselip pada kuku
 - c. Melindungi tubuh dari penyakit
 - d. Menjaga penampilan agar bersih dan sehat

18. Kapan kita harus memakai sandal atau sepatu?
 - a. Ketika akan jalan-jalan
 - b. Ketika berada di sekolah
 - c. Saat bermain di tanah dan di rumah
 - d. Saat bermain di tanah

19. Untuk menjaga kesehatan, kita harus menggunakan sandal atau sepatu, agar....
- a. cacing mati dan tidak dapat masuk ke kaki
 - b. telur cacing tidak dapat menembus telapak kaki
 - c. menjaga kaki selalu bersih
 - d. terlihat bersih dan rapi
20. Tempat buang air besar (BAB) yang sehat adalah....
- a. di kebun sekitar rumah
 - b. di jamban/kakus
 - c. di halaman sekitar rumah
 - d. di pantai atau selokan



KUESIONER C

PETUNJUK:

Di bawah ini terdapat pernyataan yang berkaitan dengan pandangan anak sekolah terhadap PHBS dalam mencegah kecacingan. 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.	Mencuci tangan sebelum makan dilakukan jika diingatkan ibu atau bapak.				
2.	Buang air besar (BAB) di sekitar rumah merupakan tindakan yang baik untuk dicontoh oleh anak-anak.				
3.	Alasan memotong kuku yang panjang dan kotor dikarenakan ada pemeriksaan kuku di sekolah.				
4.	Sebelum memegang makanan, harus cuci tangan terlebih dahulu				
5.	Memakai sepatu atau sandal saat bermain di tanah membuat tidak nyaman meskipun bermanfaat terhadap kesehatan.				
6.	Buang air besar (BAB) di tanah atau di pantai lebih nyaman daripada BAB di kakus.				
7.	Tidak memotong kuku yang panjang adalah hal yang biasa dilakukan.				

8.	Buang air besar harus di kakus atau di jamban.				
9.	Perilaku hidup bersih dan sehat (mencuci tangan, memiliki kuku pendek dan bersih, dan lain-lain) harus dilakukan anak-anak di sekolah dan di rumah.				
10.	Perilaku hidup bersih dan sehat hendaknya dilakukan setiap saat				
11.	Perilaku hidup bersih dan sehat (mencuci tangan, memiliki kuku pendek dan bersih, dan lain-lain) harus dilakukan di mana saja.				
12.	Buang air besar (BAB) biasa dilakukan di sekitar rumah atau pantai.				
13.	Setelah buang air besar (BAB), cuci tangan dengan air bersih saja.				
14.	Mencuci tangan sebaiknya menggunakan air bersih dan sabun.				
15.	Mencuci tangan sesudah BAB hendaknya menggunakan air dan sabun.				
16.	Tidak perlu memakai sandal saat bermain di tanah, karena malu dengan teman-teman.				
17.	Memotong kuku segera dilakukan saat kuku tampak hitam atau kotor				
18.	Kecacingan adalah penyakit biasa yang tidak berbahaya untuk anak-anak.				

KESIONER D

PETUNJUK:

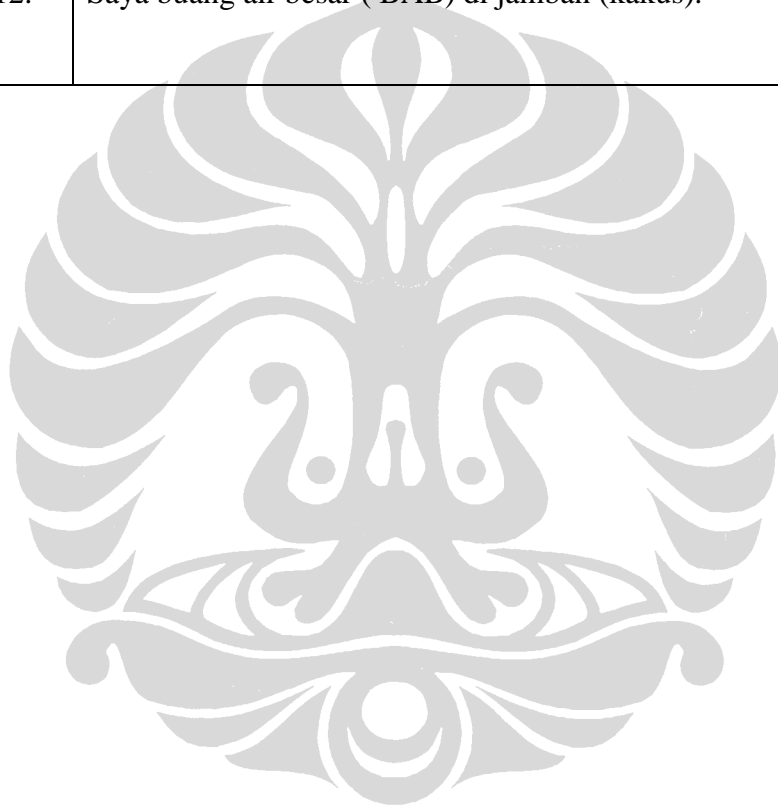
Di bawah ini terdapat pernyataan-pernyataan yang berkaitan dengan keterampilan/praktik anak sekolah dalam menerapkan PHBS untuk mencegah kecacangan. Berikan pendapat adik-adik secara jujur pada kolom yang tersedia dengan memberikan tanda *checklist* (√) sesuai yang telah dilakukan.

Jawab Ya : Bila melakukan tindakan di dalam pernyataan dalam 1 minggu terakhir.

Jawab Tidak : Bila tidak melakukan tindakan di dalam pernyataan dalam 1 minggu terakhir

No.	Pernyataan Praktik/Tindakan	YA	TIDAK
1.	Sebelum makan, Saya mencuci tangan dengan air saja.		
2.	Sesudah buang air besar (BAB), Saya mencuci tangan dengan air saja.		
3.	Sebelum makan, Saya mencuci tangan dengan air bersih dan sabun.		
4.	Sesudah buang air besar (BAB), Saya mencuci tangan dengan air dan sabun.		
5.	Saya tidak mencuci tangan sebelum makan.		
6.	Saya tidak mencuci tangan sesudah buang air besar (BAB).		
7.	Saya memotong kuku yang panjang.		

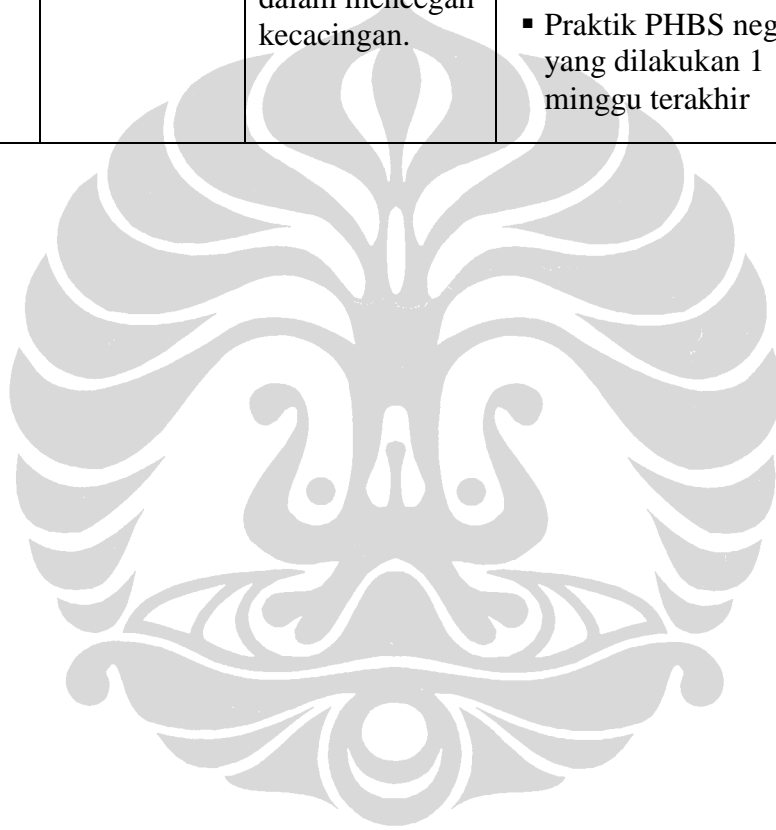
No.	Pernyataan Praktik/Tindakan	YA	TIDAK
8.	Saya tidak memotong kuku yang kotor, dikarenakan masih pendek.		
9.	Saya memotong kuku yang kotor.		
10.	Saya memakai sandal saat bermain di tanah.		
11.	Saya buang air besar (BAB) di pantai atau di sekitar rumah.		
12.	Saya buang air besar (BAB) di jamban (kakus).		



KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN
PENGETAHUAN DAN PERILAKU KELUARGA

No.	Variabel	Sub Variabel	Sub-Sub Variabel	Nomor Pertanyaan/ Pernyataan
1	Pengetahuan Keluarga	Kecacingan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengertian ▪ Penyebab ▪ Jenis cacing yang sering menyerang AUS ▪ Tempat hidup cacing ▪ Gejala kecacingan ▪ Cara penularan kecacingan ▪ Cara penyebaran kecacingan ▪ Dampak lanjut kecacingan ▪ Cara mencegah kecacingan 	<p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>7,14,16</p> <p>6</p> <p>17</p> <p>8</p>
		PHBS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengertian ▪ Contoh PHBS yang dapat mencegah kecacingan ▪ Cara melakukan PHBS yang benar, meliputi; cuci tangan yang benar, memotong kuku, menggunakan alas kaki dan BAB dengan menggunakan jamban. ▪ Fungsi/manfaat melakukan cuci tangan yang benar, memotong 	<p>9</p> <p>11</p> <p>12,15</p> <p>10,13</p>

No.	Variabel	Sub Variabel	Sub-Sub Variabel	Nomor Pertanyaan/ Pernyataan
			kuku, menggunakan alas kaki dan BAB dengan menggunakan jamban terhadap kecacingan.	
2	Perilaku keluarga	Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) keluarga dalam mencegah kecacingan.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Praktik PHBS positif yang dilakukan 1 minggu terakhir ▪ Praktik PHBS negatif yang dilakukan 1 minggu terakhir 	<p>3,4,5,9,10,11</p> <p>3,4,5,9,10,11</p>



KUESIONER E

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 :(tahun)

2. Hubungan dengan anak :

2. Alamat Lengkap :
.....

3. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki
 2. Perempuan

3. Pendidikan : 1. Tidak sekolah/tidak tamat SD
 2. Tamat SD
 3. Tamat SMP
 4. Tamat SMU
 5. Tamat akademi/perguruan tinggi

4. Total pendapatan Keluarga per bulan : Rp.

KUESIONER F

PETUNJUK:

1. Pilihlah satu jawaban yang paling 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. Mohon semua soal dikerjakan.
-

1. Salah satu penyakit yang sering dialami anak-anak sekolah karena perilaku bermain yang tidak sehat di tanah adalah....
 - a. demam
 - b. kecacangan
 - c. penyakit kaki gajah
 - d. masuk angin
2. Kecacangan adalah....
 - a. penyakit turunan dan sering terjadi pada anak sekolah
 - b. penyakit tidak menular dan diakibatkan oleh perilaku tidak sehat
 - c. penyakit menular dan diakibatkan perilaku yang tidak sehat
 - d. penyakit menular dan dapat dicegah dengan minum obat cacing
3. Nama jenis cacing yang sering menyebabkan penyakit pada anak sekolah adalah....
 - a. cacing tambang, cacing pita dan cacing gelang
 - b. cacing pita, cacing gelang dan cacing cambuk
 - c. cacing gelang, cacing cambuk dan cacing tambang
 - d. cacing gelang, cacing cambuk, dan cacing tanah

4. Tempat hidup cacing yang sering menyebabkan penyakit pada anak sekolah adalah....
 - a. air kotor
 - b. tanah
 - c. perut babi dan tanah
 - d. tanah dan manusia

5. Gejala atau tanda anak yang kecacingan adalah....
 - a. gatal-gatal, lesu, dan malas makan
 - b. perut buncit, banyak makan, dan malas belajar
 - c. kurus, pucat, dan lesu
 - d. sakit perut, mudah capek, dan mengantuk

6. Cara penyebaran penyakit kecacingan, melalui....
 - a. udara yang mengandung kuman
 - b. nyamuk yang mengandung cacing
 - c. tanah dicemari oleh kotoran hewan yang mengandung cacing
 - d. tanah dicemari oleh kotoran manusia yang mengandung telur cacing

7. Salah satu perilaku yang menyebabkan anak sekolah tertular kecacingan adalah....
 - a. buang air besar di sembarang tempat
 - b. tidak cuci tangan sebelum makan
 - c. tidak minum obat cacing secara rutin
 - d. kurang makan makanan bergizi

8. Salah satu perilaku untuk mencegah anak tertular kecacingan adalah...
 - a. makan makanan yang bergizi
 - b. menggunakan sandal ketika bermain di tanah
 - c. buang air besar di kakus
 - d. minum obat cacing secara teratur

9. PHBS anak sekolah merupakan....
- Perilaku hidup sehat yang harus diterapkan di sekolah
 - Perilaku hidup bersih dan sehat yang dilakukan oleh anak sekolah
 - Perilaku hidup bersih dan sehat yang dilakukan di rumah
 - Perilaku hidup sehat dalam mencapai prestasi belajar pada anak sekolah
10. Salah satu keuntungan langsung dari pelaksanaan perilaku hidup sehat oleh anak sekolah terhadap kecacingan adalah....
- membuat tubuh anak menjadi kuat
 - terhindarnya anak dari penyakit kecacingan
 - membasmi atau membunuh cacing
 - mencegah penyebaran cacing dan terhindarnya anak dari penyakit kecacingan
11. Contoh perilaku hidup sehat pada anak sekolah agar terhindar dari penularan kecacingan adalah....
- mencuci tangan sebelum makan dan BAB di jamban
 - makan makanan bergizi dan memakai sandal ketika bermain di tanah
 - memotong kuku dan mencuci tangan sebelum makan
 - buang air besar (BAB) di jamban dan minum obat cacing setiap 6 bulan sekali
12. Mencuci tangan yang benar adalah...
- sebelum dan sesudah makan dengan air dan sabun
 - sebelum makan dan sesudah BAB dengan air dan sabun
 - sebelum makan dengan air mengalir saja
 - sesudah BAB dengan menggunakan air bersih yang mengalir
13. Keuntungan mencuci tangan dengan benar terhadap cacing adalah:
- meningkatkan daya tahan tubuh
 - menghilangkan telur cacing yang menempel di tangan
 - mencegah tangan kotor
 - meningkatkan kesehatan anak

14. Cara cacing tanah masuk ke tubuh anak adalah....
- a. melalui udara
 - b. menembus kulit telapak kaki
 - c. melalui air yang diminum
 - d. melalui gigitan nyamuk
15. Kapan seharusnya orang tua meminta anaknya memotong kuku?
- a. setiap seminggu sekali
 - b. saat kuku anak tampak panjang atau hitam
 - c. kadang-kadang
 - d. saat anak meminta kukunya dipotongkan
16. Penyakit kecacingan yang sering dialami anak sekolah terjadi akibat tertelannya telur cacing bersama makanan. Hal ini dikarenakan perilaku anak berupa....
- a. memiliki kuku yang panjang dan sering mencuci tangan
 - b. memiliki kuku yang kotor dan tidak mencuci tangan dengan benar
 - c. tidak memotong kuku dan tidak menggunakan sendok di waktu makan
 - d. tidak mencuci tangan dengan benar dan makan makanan di pinggir jalan
17. Anak yang mengalami kecacingan dalam waktu lama akan mengalami gangguan perkembangan berupa....
- a. penurunan nafsu makan
 - b. penurunan prestasi belajar
 - c. penurunan berat badan dan prestasi sekolah
 - d. penurunan berat badan disertai perut buncit

KUESIONER G

PETUNJUK:

Di bawah ini terdapat pernyataan yang berkaitan dengan perilaku hidup bersih dan sehat dalam mencegah kecacingan. Berikan tanda *checklist* (√) pada salah satu kolom yang tersedia sesuai dengan kebiasaan yang Bapak/Ibu lakukan sehari hari.

No.	Pernyataan	YA	TIDAK
1	Saya jarang mencuci tangan sebelum makan.		
2	Saya mencuci tangan dengan air saja sesudah Buang Air Besar (BAB).		
3	Saya BAB di jamban atau di kakus.		
4	Saya memotong kuku sebanyak 1-2 kali seminggu.		
5	Saya selalu menggunakan sandal saat berjalan di tanah.		
6	Saya senang memiliki kuku yang panjang.		
7	Saya sering memiliki kuku yang kotor atau hitam.		
8	Saya mencuci tangan dengan air saja sebelum makan.		
9	Saya BAB di kebun atau di hutan.		
10	Saya BAB di sungai atau pantai.		
11	Saya mencuci tangan dengan air dan sabun sesudah buang air besar (BAB).		
12	Saya tidak memotong kuku yang belum terlalu panjang, meskipun kuku tampak kotor.		
13	Saya selalu mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun sebelum makan.		

LEMBAR OBSERVASI H

PETUNJUK:

1. Isilah titik-titik dengan jawaban yang sejujurnya.
 2. Berilah tanda *check list* (√) pada pilihan jawaban yang tersedia sesuai kondisi yang diamati. Berikan checklist pada kolom “YA” jika kondisi sesuai pernyataan dan “TIDAK” jika kondisi tidak sesuai dengan pernyataan.
-

Nomor Responden:(Diisi oleh petugas)

Lembar Observasi Ketersediaan Jamban dan Sumber Air Keluarga

No.	Pernyataan	YA	TIDAK
1.	Tersedia jamban keluarga untuk Buang Air Besar (BAB).		
2.	Jamban mempunyai lantai kakus.		
3.	Jamban mempunyai tempat duduk atau jongkok.		
4.	Jamban mempunyai lubang penampung tinja (<i>septic tank</i>).		
5.	Jamban dilengkapi air penyiram dan sabun untuk membasuh tangan.		
6.	Jamban dalam keadaan bersih.		
7.	Jamban terletak dalam rumah kakus.		
8.	Jarak jamban sekitar 10 meter dari sumber air bersih.		
9.	Tersedia sumber air di rumah.		
10.	Sumber air berwarna bening (tidak berwarna).		
11.	Sumber air tidak berbau.		
12.	Sumber air tidak berasa.		

LEMBAR JAWABAN

a. Kuesioner variabel pengetahuan anak (lampiran 6)

- | | |
|-------|-------|
| 1. c | 11. a |
| 2. d | 12. c |
| 3. c | 13. c |
| 4. b | 14. b |
| 5. a | 15. d |
| 6. b | 16. c |
| 7. b | 17. b |
| 8. b | 18. d |
| 9. a | 19. b |
| 10. c | 20. b |

b. Kuesioner variabel sikap anak (lampiran 7)

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Mencuci tangan sebelum makan perlu dilakukan jika diingatkan ibu atau bapak.	1	2	3	4
2.	Buang air besar (BAB) di sekitar rumah merupakan tindakan yang baik untuk dicontoh oleh anak-anak.	1	2	3	4
3.	Alasan memotong kuku yang panjang dan kotor dikarenakan ada pemeriksaan kuku di sekolah.	1	2	3	4
4.	Tindakan mencuci tangan sebaiknya dilakukan sebelum memegang makanan.	4	3	2	1

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
5.	Memakai sepatu atau sandal saat bermain di tanah membuat tidak nyaman meskipun bermanfaat terhadap kesehatan.	1	2	3	4
6.	Buang Air Besar (BAB) di tanah atau pantai lebih nyaman daripada BAB di kakus.	1	2	3	4
7.	Tidak memotong kuku yang panjang adalah hal yang biasa dilakukan.	1	2	3	4
8.	Buang air besar harus di kakus atau jamban.	4	3	2	1
9.	Perilaku hidup bersih dan sehat (mencuci tangan, memiliki kuku pendek dan bersih, dan lain-lain) harus dilakukan anak-anak di sekolah dan di rumah.	4	3	2	1
10.	Perilaku hidup bersih dan sehat (mencuci tangan, memiliki kuku pendek dan bersih, dan lain-lain) hendaknya dilakukan setiap hari.	4	3	2	1
11.	Perilaku hidup bersih dan sehat (mencuci tangan, memiliki kuku pendek dan bersih, dan lain-lain) dilakukan di mana saja.	4	3	2	1
12.	BAB biasa dilakukan di sekitar rumah atau di pantai.	1	2	3	4
13.	Sesudah buang air besar (BAB), cuci tangan dengan air bersih saja.	1	2	3	4
14.	Mencuci tangan sebaiknya menggunakan air bersih dan sabun.	4	3	2	1
15.	Mencuci tangan sesudah BAB hendaknya menggunakan air dan sabun.	4	3	2	1
16.	Tidak perlu memakai sandal saat bermain di tanah, karena malu dengan teman-teman.	1	2	3	4
17.	Memotong kuku segera dilakukan saat kuku tampak hitam atau kotor.	4	3	2	1

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
18.	Kecacingan adalah penyakit biasa yang tidak berbahaya.	1	2	3	4

c. Kuesioner variabel perilaku anak (lampiran 8)

No.	Pernyataan Praktik/Tindakan	YA	TIDAK
1.	Sebelum makan, Saya mencuci tangan dengan air saja.	0	1
2.	Sesudah buang air besar (BAB), Saya mencuci tangan dengan air saja.	0	1
3.	Sebelum makan, Saya mencuci tangan dengan air bersih dan sabun.	1	0
4.	Sesudah buang air besar (BAB), Saya mencuci tangan dengan air dan sabun.	1	0
5.	Saya tidak mencuci tangan sebelum makan.	0	1
6.	Saya tidak mencuci tangan sesudah buang air besar (BAB).	0	1
7.	Saya memotong kuku yang panjang.	1	0
8.	Saya tidak memotong kuku yang kotor, dikarenakan masih pendek.	0	1
9.	Saya memotong kuku yang kotor.	1	0
10.	Saya memakai sandal saat bermain di tanah.	1	0
11.	Saya buang air besar (BAB) di pantai atau di sekitar rumah.	0	1

No.	Pernyataan Praktik/Tindakan	YA	TIDAK
12.	Saya buang air besar (BAB) di jamban (kakus).	1	0

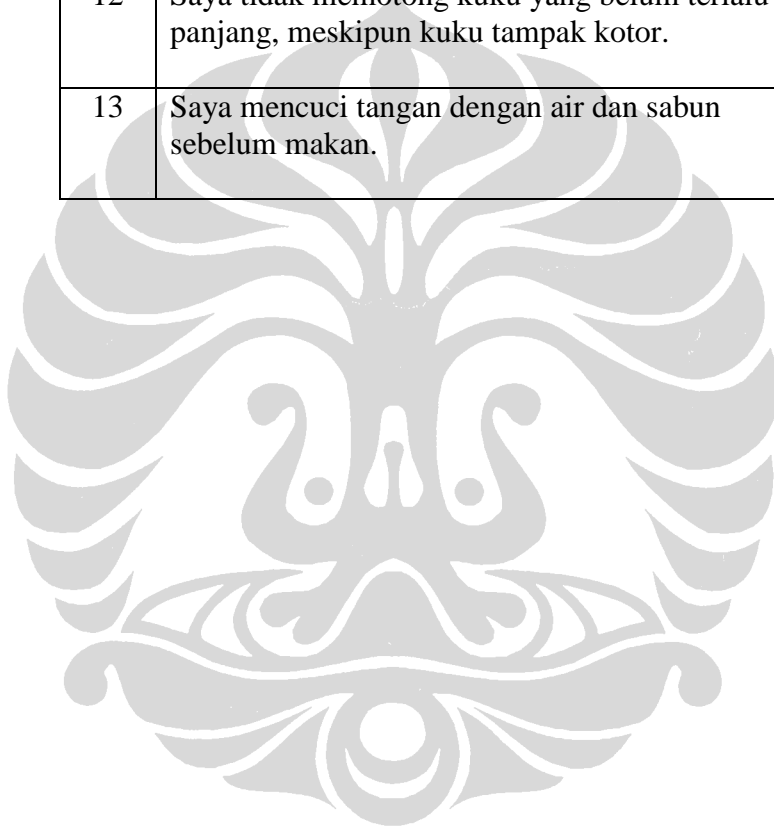
d. Kuesioner variabel pengetahuan keluarga (lampiran 11)

- | | |
|-------|-------|
| 1. b | 11. c |
| 2. c | 12. b |
| 3. c | 13. b |
| 4. d | 14. b |
| 5. c | 15. b |
| 6. d | 16. b |
| 7. b | 17. b |
| 8. b | |
| 9. b | |
| 10. b | |

e. Kuesioner variabel perilaku keluarga (lampiran 12)

No.	Pernyataan	YA	TIDAK
1	Saya tidak mencuci tangan sebelum makan.	0	1
2	Saya mencuci tangan dengan air saja sesudah buang air besar (BAB).	0	1
3	Saya melakukan BAB di jamban/kakus.	1	0
4	Saya memotong kuku sebanyak 1-2 kali seminggu.	1	0
5	Saya menggunakan sandal saat berjalan di tanah.	1	0
6	Saya memiliki kuku yang panjang.	0	1
7	Saya memiliki kuku yang kotor atau hitam.	0	1

No.	Pernyataan	YA	TIDAK
8	Saya mencuci tangan dengan air saja sebelum makan.	0	0
9	Saya melakukan BAB di kebun atau hutan.	0	1
10	Saya melakukan BAB di sungai.	0	1
11	Saya mencuci tangan dengan air dan sabun sesudah BAB.	1	0
12	Saya tidak memotong kuku yang belum terlalu panjang, meskipun kuku tampak kotor.	0	1
13	Saya mencuci tangan dengan air dan sabun sebelum makan.	1	0



JADUAL KEGIATAN PENELITIAN DALAM MINGGU

KEGIATAN	PEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Penyelesaian Bab I s.d IV																												
Ujian Proposal																												
Perizinan																												
Pengumpulan Data																												
Analisis Data																												
Penulisan laporan																												
Penulisan draft Artikel																												
Ujian Hasil Penelitian																												
Perbaikan Tesis																												
Sidang Tesis																												
Perbaikan Tesis																												
Jilid Hard Cover																												
Pengumpulan Laporan																												

METODE PEMERIKSAAN FECES DENGAN REAGEN EOSIN

A. Bahan/alat yang dibutuhkan dalam pemeriksaan kecacingan

- 1) Pot feces untuk tinja segar
- 2) Kaca *object glass*
- 3) Kaca penutup
- 4) Tuuk sate/lidi
- 5) Mikroskop
- 6) Reagen: larutan eosin 2%

B. Tahapan kerja pemeriksaan dengan reagen eosin 2%:

- 1) Tetesi kaca objek disebelah kiri dengan 1 tetes larutan eosin 2% di atas *object glass* yang bersih.
- 2) Letakkan tinja sebesar biji kacang kedelai/± seujung lidi (100 mg)
- 3) Aduk sampai rata pada larutan eosin
- 4) Tutup tinja yng sudah tercampur reagen dengan kaca penutup
- 5) Periksa dibawah mikroskop, mula- mula dengan pembesaran 100x kemudian 400x. Amati apakah ada telur cacing atau tidak.
- 6) Hasil positif, jika ditemukan telur cacing atau hasil negatif, jika tidak ditemukan telur cacing.

AGENDA KEGIATAN PELATIHAN EDUKATOR SEBAYA

AGENDA HARI I

No	KEGIATAN	TUJUAN	WAKTU (MENIT)
1.	Pembukaan(Perkenalan <i>Trainer –Tim/Co Trainer-</i> Peserta Pelatihan)	Menciptakan hubungan yang saling percaya dan suasana yang akrab antara trainer-tim/co trainer dan peserta pelatihan edukator sebaya.	10
2.	Pre test (Kuesioner)	Memperoleh data dasar pengetahuan, sikap dan keterampilan peserta tentang edukasi sebaya terhadap PHBS dalam mencegah kecacangan .	15
3.	<i>Stretching</i> (Peregangan Otot)	Memberikan kondisi relaks pada peserta	5
4.	Penjelasan Kurikulum Pelatihan dan Pembuatan Komitmen	1) Memberikan pengetahuan dan pemahaman tentang, tujuan, aturan, dan tahapan kegiatan pelatihan yang akan dilakukan. 2) Melatih tanggung jawab dan komitmen peserta untuk mengikuti pelatihan dengan baik.	20

No	KEGIATAN	TUJUAN	WAKTU (MENIT)
5.	Pemberian Materi Edukasi Sebaya	Peserta memahami dan menerapkan tentang <i>teori dan praktik edukasi sebaya dalam meningkatkan perilaku sehat.</i>	35
6.	Pemberian Materi (Teori dan Praktik <i>Public Speaking</i>)	Seluruh peserta mengetahui, memahami dan mampu menerapkan praktik komunikasi massa dengan penuh percaya diri.	35
7.	Bernyanyi Lagu PHBS	1) Memberikan informasi PHBS mencegah kecacingan melalui lagu jingle. 2) Menciptakan suasana pelatihan yang santai dan menyenangkan.	10
8.	Evaluasi Kegiatan Hari I	Mendapatkan <i>feedback</i> berupa perasaan dan harapan peserta tentang kegiatan yang telah dilaksanakan.	5
	TOTAL WAKTU	3x45 menit	

AGENDA HARI II

No	KEGIATAN	TUJUAN	WAKTU (MENIT)
1.	Bernyanyi Lagu PHBS	Meningkatkan motivasi dan semangat peserta sebelum memulai pelatihan.	5
2.	Review Ringkasan Materi Hari I	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mendapatkan gambaran penyerapan materi yang telah disampaikan pada hari I. 2) Meningkatkan internalisasi materi yang telah diajarkan. 3) Menumbuhkan motivasi dan semangat kompetisi dalam mencapai suatu keberhasilan. 	10
3.	Eksplorasi Nilai dan Sikap Terhadap PHBS	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memberikan pengalaman kepada peserta tentang mengenal dan memahami tentang nilai dan sikap dirinya terhadap PHBS. 2) Memberikan pengalaman kepada peserta tentang cara mengenal dan memahami tentang nilai dan sikap teman sebayanya terhadap PHBS. 3) Menanamkan pemahaman tentang nilai dan sikap positif peserta terhadap PHBS. 	25
4.	<i>Ice Breaking (Games Do You Agree?)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menciptakan suasana santai dan relaks. 2) Meningkatkan internalisasi 	15

No	KEGIATAN	TUJUAN	WAKTU (MENIT)
		nilai dan sikap peserta terhadap penerapan PHBS.	
5.	Penyampaian Materi PHBS	Peserta memahami tentang PHBS dan cara melakukan PHBS dengan benar.	30
6.	<i>Ice Breaking Team Building (Games Puzzle PHBS)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menciptakan suasana santai dan relaks. 2) Meningkatkan internalisasi peserta untuk memahami dan mengaplikasikan tentang PHBS. 3) Membangun kemampuan kerjasama (<i>team building</i>) antar peserta. 	15
7.	Penyampaian Materi Kecacingan	Peserta memahami tentang infeksi cacing tanah dan kerugiannya.	30
8.	Evaluasi Kegiatan Hari II	Mendapatkan feedback berupa perasaan dan harapan peserta tentang kegiatan yang telah dilaksanakan.	5
	TOTAL WAKTU	3x45 menit	

AGENDA HARI III

No	KEGIATAN	TUJUAN	WAKTU (MENIT)
1.	Bernyanyi Jingle Edukator Sebaya	1) Menciptakan suasana pelatihan yang santai dan menyenangkan. 2) Memudahkan penyerapan informasi tentang peran edukator sebaya lewat lagu.	15
2.	Review Ringkasan Materi Hari II	1) Mendapatkan gambaran penyerapan materi yang telah disampaikan pada hari II. 2) Meningkatkan internalisasi materi yang telah diajarkan. 3) Menumbuhkan motivasi dan semangat kompetisi dalam mencapai suatu keberhasilan.	15
3.	Simulasi Penyampaian Materi: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam Mencegah Kecacingan	1) Memberikan pengetahuan dan pemahaman tentang PHBS adalah cara untuk mencegah kecacingan. 2) Memberikan pengalaman mengajar kepada peserta tentang bagaimana PHBS mencegah kecacingan.	35
4.	<i>Ice Breaking Building Life Skill (Face Mask)</i>	Menanamkan pemahaman kepada peserta tentang kebutuhannya keterampilan yang baik dalam menghindari	15

No	KEGIATAN	TUJUAN	WAKTU (MENIT)
		kecacangan dan mencapai kesehatan.	
5.	Psikodrama (Bermain Peran) <i>Bagaimana Edukasi Sebaya Berperan dalam Mencegah Kecacangan?</i>	Menanamkan pentingnya edukasi sebaya dalam mencegah kecacangan.	35
6.	<i>Ice Breaking Building Trust</i>	Menumbuhkan pemahaman peserta tentang perlunya membangun rasa saling percaya antar teman dalam mengajarkan tentang PHBS.	15
7.	Evaluasi Hari III	Mendapatkan <i>feedback</i> berupa perasaan dan harapan peserta tentang kegiatan yang telah dilaksanakan.	5
	TOTAL	3x45 menit	

AGENDA HARI IV

No	KEGIATAN	TUJUAN	WAKTU (MENIT)
1.	Bernyanyi Lagu PHBS dan Edukator Sebaya	Meningkatkan motivasi dan semangat peserta dalam melaksanakan pelatihan.	10
2.	Review Ringkasan Materi Hari III	1) Mendapatkan gambaran penyerapan materi yang telah disampaikan pada hari III. 2) Meningkatkan internalisasi materi yang telah diajarkan. 3) Menumbuhkan motivasi dan semangat kompetisi dalam mencapai suatu keberhasilan. 4) Seluruh peserta dapat menjawab pernyataan secara benar minimal 75 % dari total soal yang diberikan.	15
3.	Simulasi edukator Sebaya dalam Setting Sekolah	Memberikan pengalaman kepada peserta untuk melakukan perannya sebagai edukator sebaya berupa keterampilan memberikan edukasi pada kelompok sebaya di sekolah.	60

No	KEGIATAN	TUJUAN	WAKTU (MENIT)
4.	Penyusunan Rencana Kegiatan Edukasi Sebaya oleh Edukator Sebaya	Memberikan pengalaman kepada peserta untuk menyusun rencana kegiatan edukasi sebaya sebanyak 2 x 30 menit dalam seminggu selama 1-2 bulan.	15
5.	<i>Postest</i>	Memperoleh data pengetahuan, sikap dan keterampilan peserta tentang edukasi sebaya terhadap PHBS dalam mencegah kecacingan .	15
6.	Evaluasi Kegiatan Hari IV	Mendapatkan hasil evaluasi harian	10
7.	Penutupan	-	10
	TOTAL WAKTU	3x45 menit + penutupan 10 menit	

AGENDA KEGIATAN EDUKASI SEBAYA OLEH EDUKATOR SEBAYA

Sesi	Waktu	Kelompok			
		I	II	III	IV
I	20-30 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Games “Apakah Kamu Setuju?” dan penjelasan tentang hal yang baik dan yang buruk. • Periksa kuku (mengingatkan kawan untuk memotong kuku) 	<ul style="list-style-type: none"> • Games “Apakah Kamu Setuju?” dan penjelasan tentang hal yang baik dan yang buruk. • Periksa kuku (mengingatkan kawan untuk memotong kuku) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bernyanyi bersama “Bersih Itu Sehat” • Diskusi (cerita) tentang isi lagu (perilaku sehat untuk mencegah kecacingan) • Evaluasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Bernyanyi bersama “Bersih Itu Sehat” • Diskusi (cerita) tentang isi lagu (perilaku sehat untuk mencegah kecacingan) • Evaluasi
II	20-30 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Bernyanyi bersama “Bersih Itu Sehat” • Diskusi (cerita) tentang isi lagu (perilaku sehat untuk mencegah 	<ul style="list-style-type: none"> • Bernyanyi bersama “Bersih Itu Sehat” • Diskusi (cerita) tentang isi lagu (perilaku sehat untuk mencegah 	<ul style="list-style-type: none"> • Games “Apakah Kamu Setuju?” dan penjelasan tentang hal yang baik dan yang buruk. • Periksa kuku 	<ul style="list-style-type: none"> • Games “Apakah Kamu Setuju?” dan penjelasan tentang hal yang baik dan yang buruk. • Periksa kuku

Sesi	Waktu	Kelompok			
		I	II	III	IV
		kecacangan) • Evaluasi	kecacangan) • Evaluasi	(mengingatn kawan untuk memotong kuku)	(mengingatn kawan untuk memotong kuku)
III	20-30 menit	• Diskusi (cerita) tentang PHBS dan 5 rumus biasakan yang terdapat dalam booklet • Evaluasi • Bernyanyi bersama	• Diskusi (cerita) penerapan PHBS dengan bantuan video drama PHBS. • Evaluasi dan periksa kuku	• Bernyanyi bersama • Diskusi tentang kecacangan dan 5 rumus biasakan • Evaluasi dan periksa kuku	• Demonstrasi potong kuku dan cuci tangan • Evaluasi • Bernyanyi bersama
IV	20-30 menit	• Bernyanyi bersama • Diskusi tentang kecacangan dan 5 rumus biasakan • Evaluasi dan periksa	• Demonstrasi potong kuku dan cuci tangan • Evaluasi • Bernyanyi bersama	• Diskusi (cerita) tentang PHBS dan 5 rumus biasakan yang terdapat dalam booklet	• Diskusi (cerita) penerapan PHBS dengan bantuan video drama PHBS. • Evaluasi dan periksa

		Kelompok			
		I	II	III	IV
	Waktu				
		kuku		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi • Bernyanyi bersama 	kuku
V		<ul style="list-style-type: none"> • Diskusi (cerita) penerapan PHBS dengan bantuan video drama PHBS. • Evaluasi dan periksa kuku 	<ul style="list-style-type: none"> • Bernyanyi bersama • Diskusi tentang kecacingan dan 5 rumus biasakan • Evaluasi dan periksa kuku 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrasi potong kuku dan cuci tangan • Evaluasi • Bernyanyi bersama 	<ul style="list-style-type: none"> • Diskusi (cerita) tentang PHBS dan 5 rumus biasakan yang terdapat dalam booklet • Evaluasi • Bernyanyi bersama
VI	20-30 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrasi potong kuku dan cuci tangan • Evaluasi • Bernyanyi bersama 	<ul style="list-style-type: none"> • Diskusi (cerita) tentang PHBS dan 5 rumus biasakan yang terdapat dalam booklet • Evaluasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Diskusi (cerita) penerapan PHBS dengan bantuan video drama PHBS. • Evaluasi dan periksa 	<ul style="list-style-type: none"> • Bernyanyi bersama • Diskusi tentang kecacingan dan 5 rumus biasakan • Evaluasi dan periksa

Sesi	Waktu	Kelompok			
		I	II	III	IV
VII	20-30 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Games “Benar atau Salah” dan penjelasan tentang hal yang baik dan buruk. • Bernyanyi bersama • Periksa kuku 	<ul style="list-style-type: none"> • Games “Benar atau Salah” dan penjelasan tentang hal yang baik dan buruk. • Bernyanyi bersama • Periksa kuku 	<ul style="list-style-type: none"> • Games “Apakah Aku” • Cerita pengalaman berperilaku PHBS di sekolah dan rumah. • Evaluasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Games “Apakah Aku” • Cerita pengalaman berperilaku PHBS di sekolah dan rumah. • Evaluasi
VIII	20-30 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Games “Apakah Aku” • Cerita pengalaman berperilaku PHBS di sekolah dan rumah. • Evaluasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Games “Apakah Aku” • Cerita pengalaman berperilaku PHBS di sekolah dan rumah. • Evaluasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Games “Benar atau Salah” dan penjelasan tentang hal yang baik dan buruk. • Bernyanyi bersama • Periksa kuku 	<ul style="list-style-type: none"> • Games “Benar atau Salah” dan penjelasan tentang hal yang baik dan buruk. • Bernyanyi bersama • Periksa kuku

Sesi	Waktu	Kelompok			
		I	II	III	IV
IX	20-30 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Pengulangan diskusi tentang PHBS dan kecacingan yang ada di dalam booklet • Evaluasi • Bernyanyi bersama 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengulangan diskusi tentang PHBS dan kecacingan yang ada di dalam booklet • Evaluasi • Bernyanyi bersama 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengulangan diskusi tentang PHBS dan kecacingan yang ada di dalam booklet • Evaluasi • Bernyanyi bersama 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengulangan diskusi tentang PHBS dan kecacingan yang ada di dalam booklet • Evaluasi • Bernyanyi bersama
X	20-30 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Games <i>Puzzle</i> PHBS • Ceritakan tentang 5 rumus biasakan (apakah teman-teman sudah melaksanakan rumus 5 biasakan?) • Evaluasi dan periksa kuku 	<ul style="list-style-type: none"> • Games <i>Puzzle</i> PHBS • Ceritakan tentang 5 rumus biasakan (apakah teman-teman sudah melaksanakan rumus 5 biasakan?) • Evaluasi dan periksa 	<ul style="list-style-type: none"> • Games <i>Puzzle</i> PHBS • Ceritakan tentang 5 rumus biasakan (apakah teman-teman sudah melaksanakan rumus 5 biasakan?) • Evaluasi dan periksa 	<ul style="list-style-type: none"> • Games <i>Puzzle</i> PHBS • Ceritakan tentang 5 rumus biasakan (apakah teman-teman sudah melaksanakan rumus 5 biasakan?) • Evaluasi dan periksa

DAFTAR RESPONDEN YANG DIAMBIL SAMPEL KECACINGAN

SD: 17 Manggar dan 03 Gantung

Postest

NO responden	Jenis cacing				Dosis Obat *)
	Asc	Ae	Tricho	Lain-lain	
1	-	-	-	-	
2	3	-	1	-	
3	1	2	-	-	
4	-	-	-	-	
5	2	-	1	-	
6	1	-	5	-	
7	1	-	2	-	
8	-	-	-	-	
9	-	-	-	-	
10	-	-	-	-	
11	3	-	-	-	
12	-	-	-	-	
13	-	-	-	-	
14	-	-	-	-	
15	-	-	-	-	
16	-	-	-	-	
17	-	-	-	-	
18	-	-	-	-	
19	-	-	-	-	
20	-	-	-	-	
21	-	-	-	-	
22	-	-	-	-	
23	1	-	1	-	
24	-	-	-	-	
25	-	-	-	-	
26	1	3	-	-	
27	-	-	-	-	
28	-	-	-	-	
29	-	-	2	-	
30	5	-	-	-	
31	-	-	-	-	
32	-	1	1	-	
33	-	-	1	-	
34	-	-	-	-	
35	-	-	-	-	
36	-	-	-	-	
37	-	-	8	-	
38	-	-	-	-	
39	-	-	-	-	
40	-	-	-	-	
41	-	-	2	-	
42	1	-	1	-	
43	-	-	-	-	
44	-	-	10	-	
45	-	-	-	-	
46	-	-	-	-	
47	-	-	-	-	
48	-	-	-	-	
49	-	-	-	-	
50	2	-	-	-	
51	-	-	-	-	
52	-	-	-	-	
53	-	-	-	-	
54	-	-	-	-	
55	-	-	-	-	
56	-	-	-	-	
57	3	-	2	-	
58	-	-	-	-	
59	-	-	-	-	
60	-	-	-	-	
61	-	-	4	-	
62	-	-	1	-	
63	-	-	-	-	
64	2	-	-	-	
65	-	-	2	-	
66	-	-	-	-	
67	2	-	1	-	
68	-	-	-	-	
69	-	-	-	-	
70	-	-	-	-	
71	-	-	-	-	
72	-	-	3	-	
73	5	-	1	-	
74	-	-	-	-	
75	-	-	-	-	
76	-	-	-	-	
77	-	-	1	-	
78	-	-	-	-	
79	-	-	-	-	
80	-	-	-	-	
81	-	-	-	-	
82	-	-	-	-	
83	2	-	3	-	
84	-	-	-	-	

Ket*): Dosis obat diberikan 1mg/10Kg BB bagi yang terinfeksi
Dihitung berdasarkan jumlah telur cacing

DAFTAR RIWAYAT HIDUP PENELITI

Nama : Dianita Fitriani
Tempat/Tanggal Lahir : Belitung/2 Agustus 1981
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Staf Perencanaan Program Kesehatan
Dinas Kesehatan Kabupaten Belitung Timur
Alamat Instansi : Jl. Raya Gantung Manggar Belitung Timur
Alamat Rumah : Jl. Numpang Empat no 100 Manggar Belitung Timur

Riwayat Pendidikan

- SD Negeri 20 Tanjung Pandan Belitung : Lulus tahun 1993
- SMP Negeri 8 Tanjung Pandan Belitung : Lulus tahun 1996
- SMU Negeri 4 Bandung : Lulus tahun 1999
- PSIK-FK UNPAD Bandung : Lulus tahun 2005

Riwayat Pekerjaan

- Staf pelayanan kesehatan dasar Dinkes Kab. Belitung Timur: 2005-2006
- Staf Perencanaan progkes Dinkes Kab. Belitung Timur: 2006 s/d sekarang
- Penyiar Radio Ozon Belitung Timur: 2006-2007
- Penyiar RBT Belitung Timur: 2007-2008



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1037/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

30 Maret 2011

Yth. Kepala
Dinas Pendidikan
Kabupaten Belitung Timur

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:


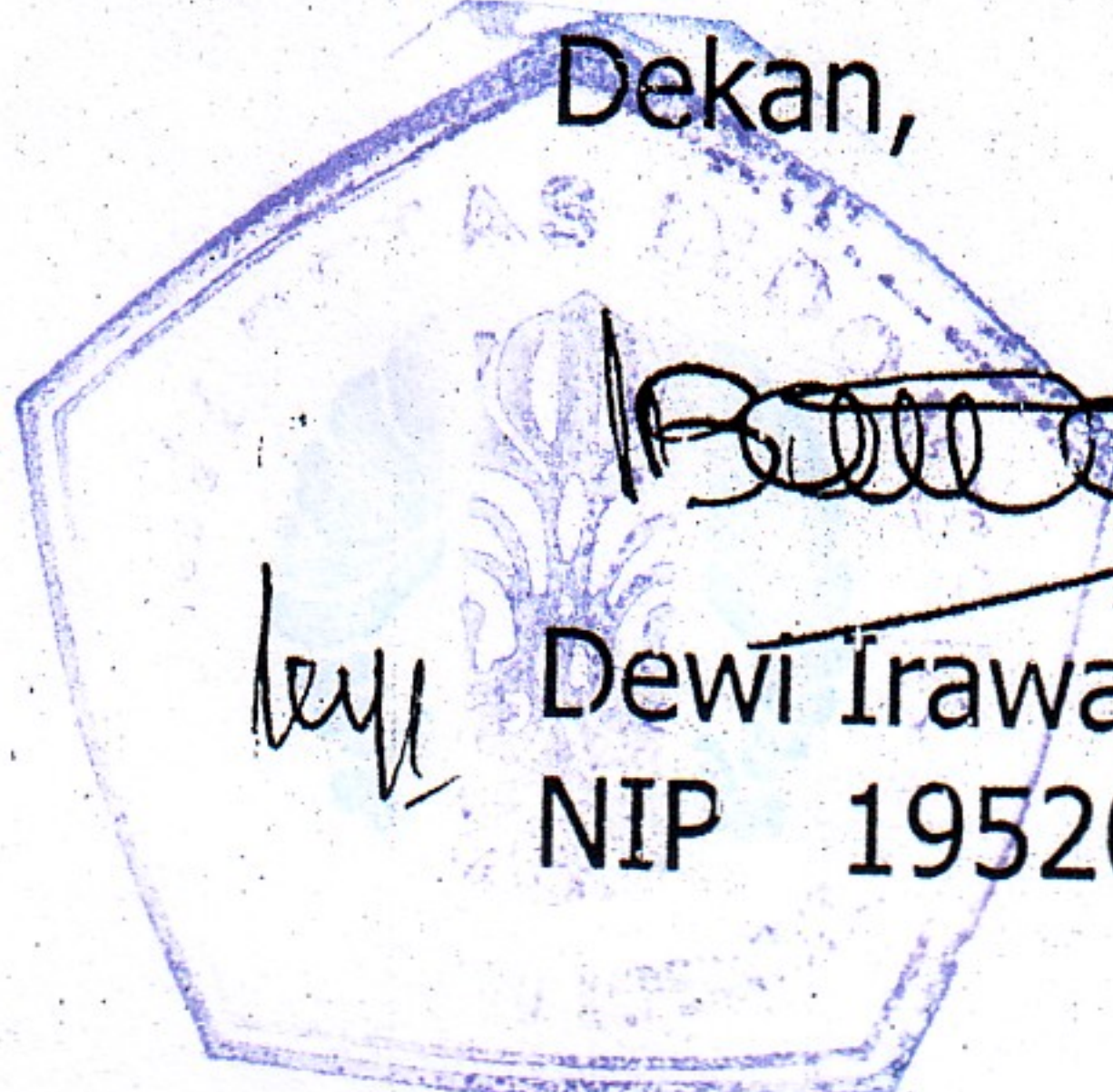
Sdr. Dianita Fitriani
0906574625

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Pengaruh Edukasi Sebaya Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Agregat Anak Usia Sekolah yang Berisiko Kecacingan di Kecamatan Manggar Belitung Timur"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji instrument penelitian di Kecamatan Manggar Belitung Timur.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Camat Manggar Kabupaten Belitung Timur
3. Camat Gantong Kabupaten Belitung Timur
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Peringgal



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh Edukasi Sebaya Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Agregat Anak Usia Sekolah yang Beresiko Kecacingan di Kecamatan Manggar Belitung Timur.

Nama peneliti utama : **Dianita Fitriani**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 4 April 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



PEMERINTAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR
DINAS PENDIDIKAN

Alamat : Komplek Perkantoran Terpadu Manggarawan
Jalan Raya Manggar-Gantung Telp/Faks (0719) 91751 Email: dindik_belitungtimur@yahoo.co.id

Manggar, 04 April 2011

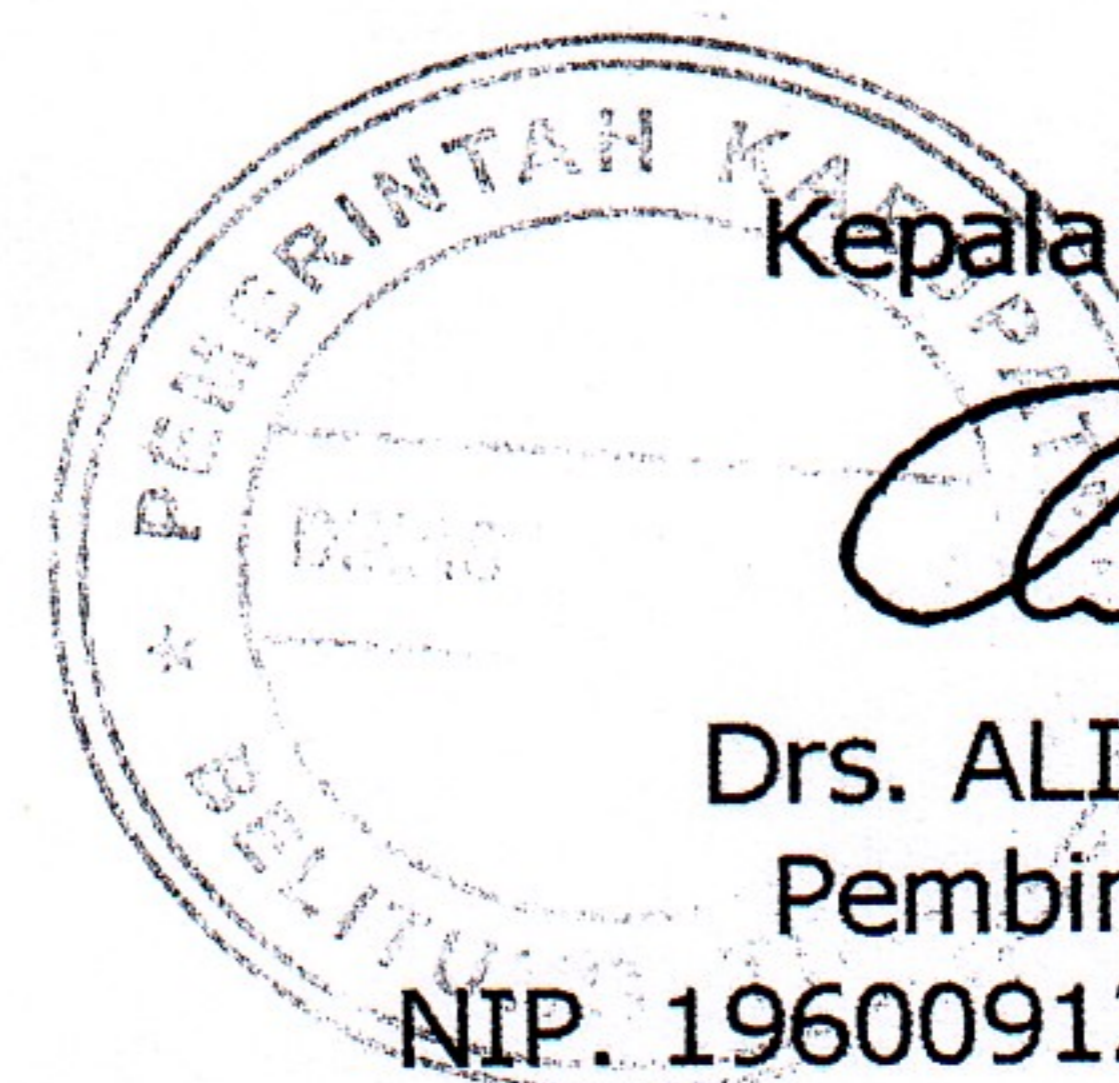
Kepada

Nomor : 423.4 / 520 / DINDIK / I / 2011
Lampiran : -
Prihal : Izin penelitian

Yth. Dekan Fakultas Ilmu
Keperawatan Universitas
Indonesia
di-
Jakarta

Sehubungan dengan surat saudara nomor : 1037/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 tanggal 30 Maret 2011 perihal permohonan izin penelitian nama Dianita Fitriani NIM. 0906574625 mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan judul penelitian "Pengaruh Edukasi Sebaya Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Agregat Anak Usia Sekolah yang Beresiko Kecacingan di Kecamatan Manggar Belitong Timur" yang akan dilaksanakan mulai tanggal 05 April sampai dengan bulan Juni 2011, pada prinsipnya kami tidak keberatan yang bersangkutan melakukan penelitian di SD Negeri 17 Manggar, SD Negeri 3 Gantung dan MIN Baru Manggar (untuk uji instrument). Untuk teknis pelaksanaan agar berkoordinasi dengan kepala sekolah yang bersangkutan.

Demikian surat ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan seperlunya.

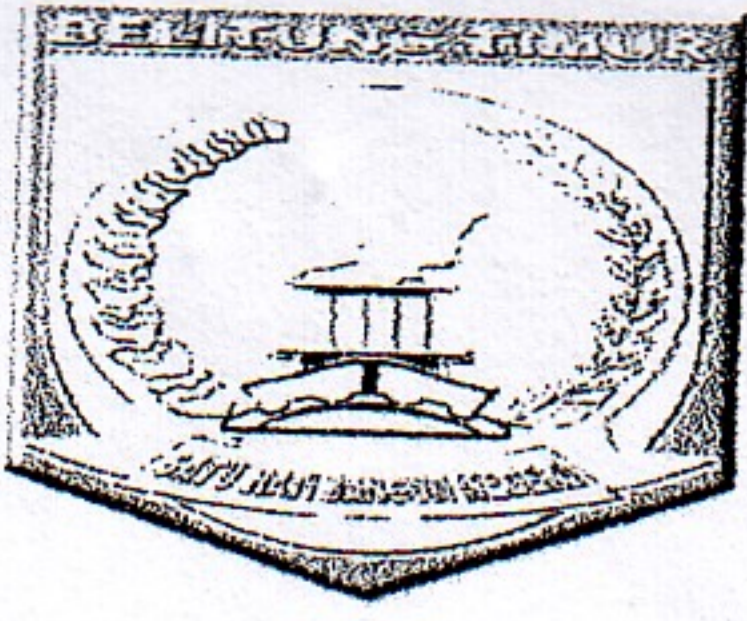


Kepala Dinas,

Drs. ALI IMRON
Pembina Tk.I
NIP. 19600912 198803 1 005

Tembusan :

1. Kepala SD Negeri 17 Manggar.
2. Kepala SD Negeri 3 Gantung.
3. Kepala MIN Baru Manggar.
4. Sdr. Dianita Fitriani.



PEMERINTAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR

KECAMATAN MANGGAR

KANTOR KEPALA DESA BARU

Alamat : Jln Jend Sudirman No. 22 ☎ (0719) 91282

SURAT KETERANGAN

Nomor : 150 /01.2007/2011

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Desa Baru Kecamatan Manggar Kabupaten Belitung Timur, menerangkan bahwa :

Nama : DIANITA FITRIANI S. Kep. Ners
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat/Tgl.lahir : Belitung, 02 Agustus 1981
Kewarganegaraan : Indonesia
A g a m a : Islam
Pekerjaan : PNS
Status Perkawinan : Belum Kawin
N I K : 190201420891005
A l a m a t : Desa/Kelurahan Dukong, RT.005/RW.002
Kecamatan TanjungPandan

Bahwa yang bersangkutan tersebut di atas benar akan mengadakan Penelitian Pengaruh Edukasi Sebaya Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Agregat Anak Usia Sekolah yang Berisiko Kecacangan di Desa Baru Kec. Manggar Kab. Belitung Timur. Dan Penelitian tersebut di mulai sejak tanggal 05 April sampai dengan 30 Juni 2011.

Demikianlah surat Keterangan ini diberikan untuk dimaklumi dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



Tembusan :

1. Yth. Bapak Camat Manggar
2. Yth. Ketua BPD Desa Baru
3. Arsip



**PEMERINTAH KABUPATEN BELITONG TIMUR
KECAMATAN GANTUNG
KEPALA DESA GANTUNG**

Alamat Jalan.Jend.Sudirman Nomor : 181 Gantung 33462 No.Telp. 086812201314

Nomor : 470/14 /Ds.Gtg/ IV / 2011
Sifat : Biasa
Derajat : Biasa
Lamp : -
Perihal : Mohon Bantuan

Gantung, 13 April 2011.

Kepada Yth :

1. Kep.Sek SDN 03 Gantung
2. Masyarakat Dusun Baru

di -

Gantung.-

Berdasarkan surat dari Dekan Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan nomor : 1036/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 tanggal 30 Maret 2010 perihal permohonan izin penelitian, atas nama Sdr. Dianita Fitriani dalam rangka pelaksanaan tesis mahasiswa program Magister Ilmu Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) , yang direncanakan penelitiannya di lokasi SDN 03 Gantung dan beberapa rumah penduduk di Dusun Baru Desa Gantung.

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya pihak Pemerintah Desa Gantung tidak berkeberatan / mengizinkan pelaksanaan penelitian tersebut.

Dan dimohon kepada pihak-pihak yang terkena tempat penelitian agar dapat membantu pelaksanaannya.

Demikianlah permohonan ini dibuat, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih

KEPALA DESA GANTUNG

MUHARDINATA

Tembusan :

Disampaikan dengan hormat kepada :

1. Kepala Dusun Baru
2. Sdr Dianita Fitriani




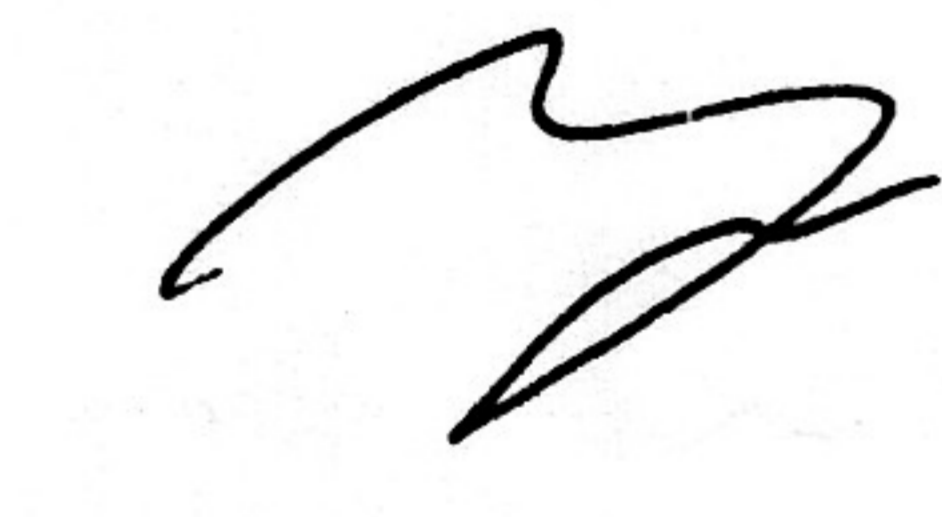



LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama Pembimbing : Astuti Yuni Nursasih, SKp.,MN

Nama Mahasiswa : Dianita Fitriani

NPM : 0906574625

Judul : Pengaruh Edukasi Sebaya Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Agregate Anak Usia Sekolah dengan Kecacingan di Desa Baru Manggar Kabupaten Belitung Timur

No.	Hari/Tanggal	Masukan Pembimbing	Paraf Pembimbing
01.	13 Januari 2011	Perbaiki cara penulisan & penvangan Ide pikiran utama/ setiap paragraf agar terlihat hubungan yg saling mendukung. Ide sudah baik, pertajam fenomena	
02.	28 Januari 2011	Perbaiki cara penulisan. Rumusan masalah bukan pengulangan & hindari pengulangan kata depan di awal kalimat	
03.	31 Januari 2011	Perhatikan cara penulisan kutipan langsung tambahkan konsep per AUS	
04.	14 Februari 2011	Perbaiki BAB I, lanjutkan BAB II	
05.	15 Februari 2011	Utamakan sumber primer, Tuliskan Basis teori yg jelas, Hindari kalimat yang ambigu. Perbaiki konsep At risk AUS. perkuat konsep PHBS.	
06.	26 Februari 2011	Kontrolan training sudah baik hanya ada beberapa bagian yang dirinci seperti, metode beres yang	
07.	5 Maret 2011	Kalimat instrumen belum selesai, karna masih banyak pengumuman pertanyaan formal.	



LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama Pembimbing : Astuti Yuni Nursasih, SKp.,MN

Nama Mahasiswa : Dianita Fitriani

NPM : 0906574625

Judul : Pengaruh Edukasi Sebaya Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Agregate Anak Usia Sekolah dengan Kecacangan di Desa Baru Manggar Kabupaten Belitung Timur

No.	Hari/Tanggal	Masukan Pembimbing	Paraf Pembimbing
08	12 Maret 2011	Penggunaan istilah yg konsisten & benar u/ kecacangan.	
09	15 Maret 2011	perbaiki tulisan, beberapa konsep dihilangkan dahulu u/ pembahasan ACC untuk ujian	

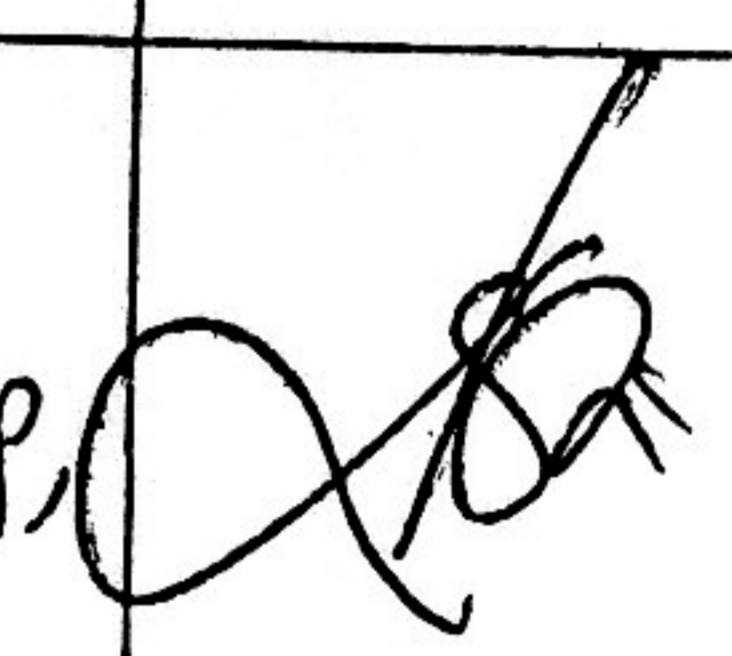
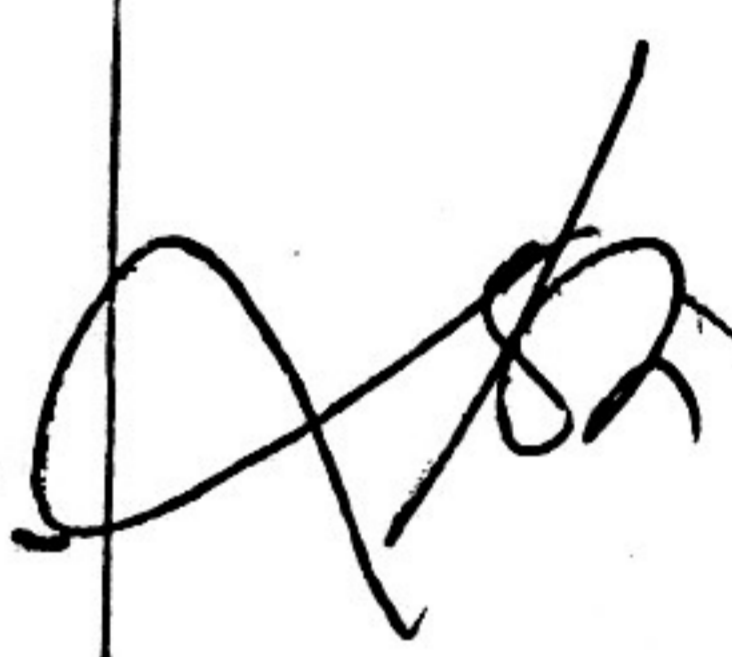
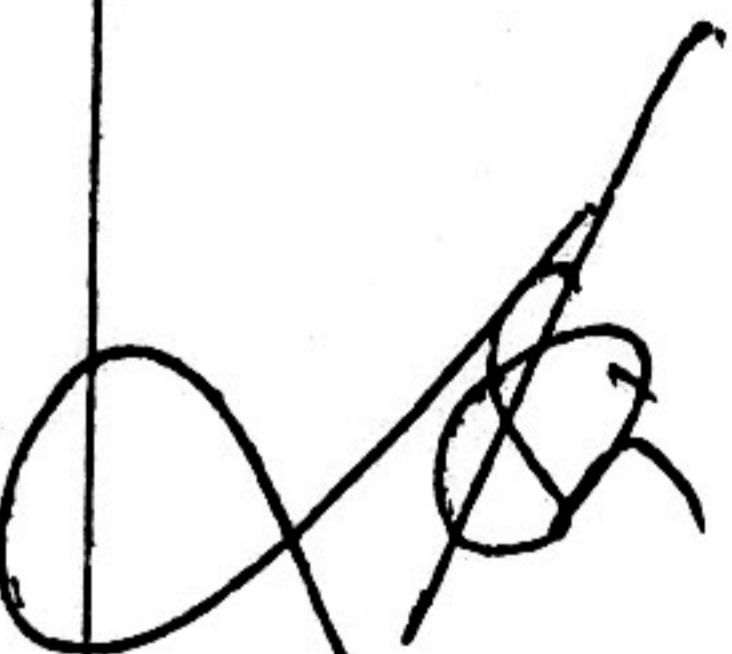
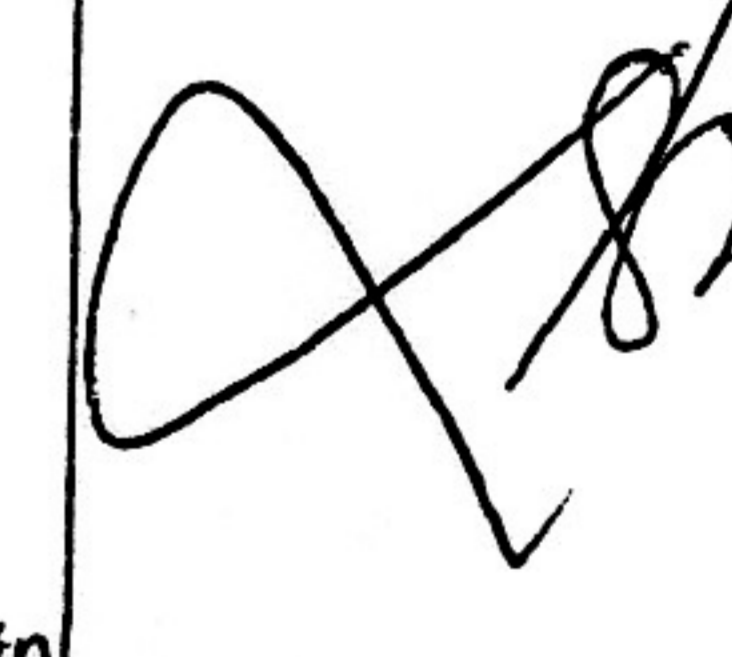
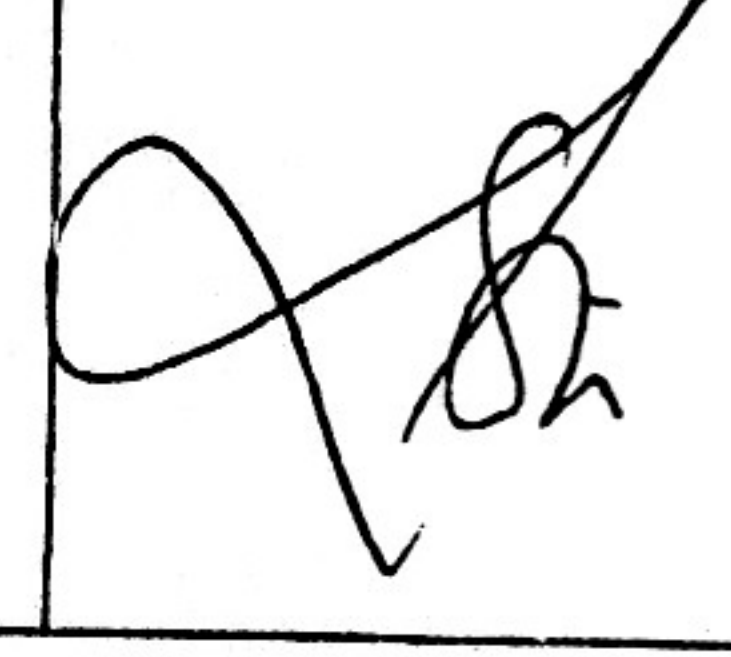
LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama Pembimbing : Astuti Yuni Nursasi, SKp.,MN

Nama Mahasiswa : Dianita Fitriani

NPM : 0906574625

Judul : Pengaruh Edukasi Sebaya Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Agregate Anak Usia Sekolah dengan Kecacangan di Desa Baru Manggar Kabupaten Belitung Timur

No.	Hari/Tanggal	Materi	Masukan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Selasa / 14 Juni 2011	BAB VI	Revisi BAB IV, Perbaiki cara penulisan, kritikan konsep, Jurnal & hasil analisis.	
2.	Senin / 20 Juni 2011	BAB VI - BAB VII	Revisi BAB VI, ^{ditinjau} penelitian & buat lebih operasional/teknis.	
3.	Rabu / 22 Juni 2011	BAB VI - BAB VII Abstrak	- Acc sidang hasil	
4.	Kamis / 30 Juni 2011	BAB VI - VII	- Revisi pembahasan (beberapa kalimat belum efektif, sudah ada opini pribadi (mahasiswa) yang terkait dengan hasil penelitian & riset terkait.	
5.)	Jumat / 2 Juli 2011	BAB UE - VII	Acc sidang tesis	


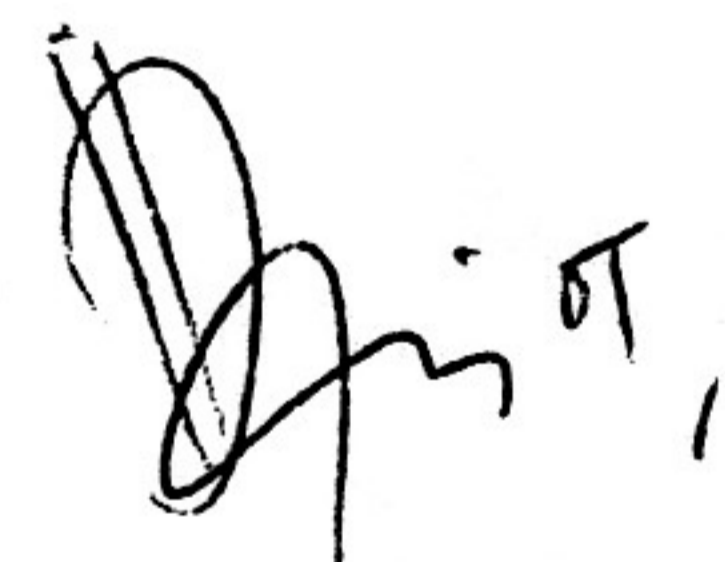
LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama Pembimbing II : Dewi Gayatri, SKp, M.Kes

Nama Mahasiswa : Dianita Fitriani

NPM : 0906574625

Judul : Pengaruh Edukasi Sebaya Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Agregate Anak Usia Sekolah yang Beresiko Kecacingan di Desa Baru Manggar Kabupaten Belitung Timur

No.	Hari/Tanggal	Masukan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Rabu / 2 Maret 2011	<ul style="list-style-type: none"> - perbaiki Bab II (tambahkan konsep teori green w/ melengkapi Confounding factor). - Tambahkan kerangka konsep - Tentukan populasi & jumlah sampel (perhatikan karakteristik desa, bias kontaminasi yang mungkin terjadi) 	
2.	Kamis / 10 Maret 2011	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan Confounding control dng jenis kelamin anak, penggunaan jamban - Kriteria inklusi ; responden mengikuti intervensi edukasi sebaya dari awal s/d selesai - Tahapan penelitian diuraikan untuk kelompok kontrol. - perbaiki analisis data 	


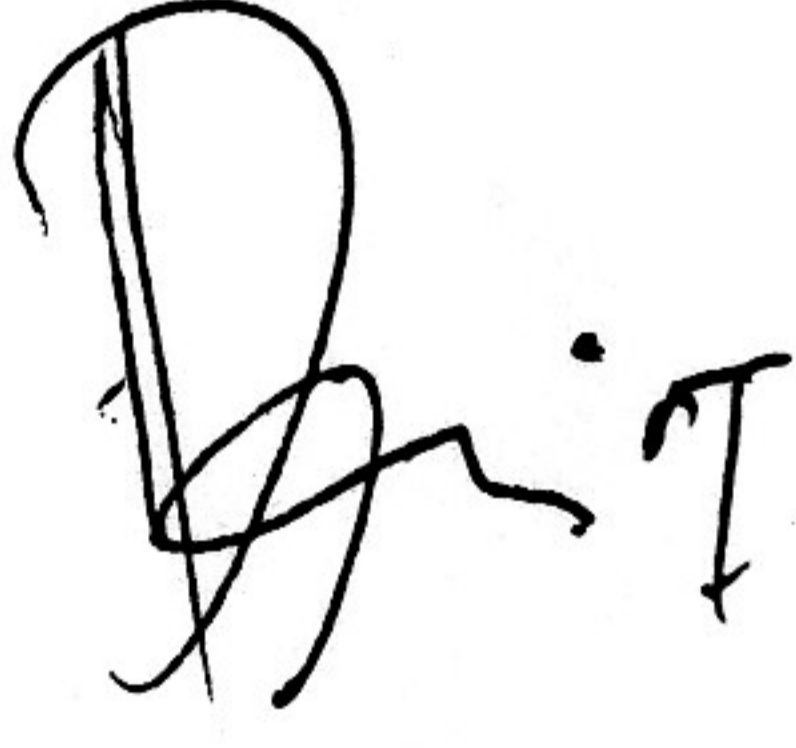
LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama Pembimbing : Dewi Gayatri, SKp.,M.Kes

Nama Mahasiswa : Dianita Fitriani

NPM : 0906574625

Judul : Pengaruh Edukasi Sebaya Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Agregate Anak Usia Sekolah dengan Kecacingan di Desa Baru Manggar Kabupaten Belitung Timur

No.	Hari/Tanggal	Masukan Pembimbing	Paraf Pembimbing
3.	15 Maret 2011	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Tahapan penelitian - Uji validitas perbaikan - Tambahkan tujuan penelitian (t. umum). - Acc ujian proposal 	
4.	10 Juni /2011 (Jum'at)	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki BAB I : ~ Tabel univariat disatukan penyajiannya ~ χ^2 yg ada cell 0, dikalops (merge) ~ insidensi kecacangan disajikan dengan diagram bar & analisis dengan χ^2 ~ selah pre - pos edukasi sebaya diuji dengan 't test' 	




LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama Pembimbing : Dewi Gayatri, SKp., M.Kes

Nama Mahasiswa : Dianita Fitriani

NPM : 0906574625

Judul : Pengaruh Edukasi Sebaya Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Agregate Anak Usia Sekolah dengan Kecacangan di Desa Baru Manggar Kabupaten Belitung Timur

No.	Hari/Tanggal	Materi	Masukan Pembimbing	Paraf Pembimbing
5.	Rabu / 15.06. 2011 CI	BAB V	- Hitung RR - Perbaiki penulisan Interpretasi data - Lanjutkan BAB VI	
6.	Senin / 20.06 2011	BAB V	- ACE v/ hasil wawancara v/ sidang jika BAB VI - VII Plesai	
7.	Kamis / 30.06 2011	BAB V	- Perbandingan lah identifi kecacangan cacikan dug uji MC-Wemar	
8.	Jumat / 1.07 2011	BAB V	- Penyajian tabel diringkas, tambahkan nilai RR (+) v/ post intervensi, ACE sidang tesis	