



UNIVERSITAS INDONESIA

**STATUS GIZI ANAK USIA SEKOLAH DAN HUBUNGANNYA DENGAN
PENGETAHUAN MENGENAI KEBIASAAN JAJAN
DI YAYASAN X, PEJATEN, JAKARTA SELATAN
TAHUN 2009**

SKRIPSI

**RODRY MIKHAEL LUMBAN TOBING
0806324450**

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UMUM
JAKARTA
MEI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**STATUS GIZI ANAK USIA SEKOLAH DAN HUBUNGANNYA DENGAN
PENGETAHUAN MENGENAI KEBIASAAN JAJAN
DI YAYASAN X, PEJATEN, JAKARTA SELATAN
TAHUN 2009**

SKRIPSI

Diajukan untuk Memenuhi Persyaratan Kelulusan
sebagai Sarjana Kedokteran pada
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

**RODRY MIKHAEL LUMBAN TOBING
0806324450**

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UMUM
JAKARTA
MEI 2011**

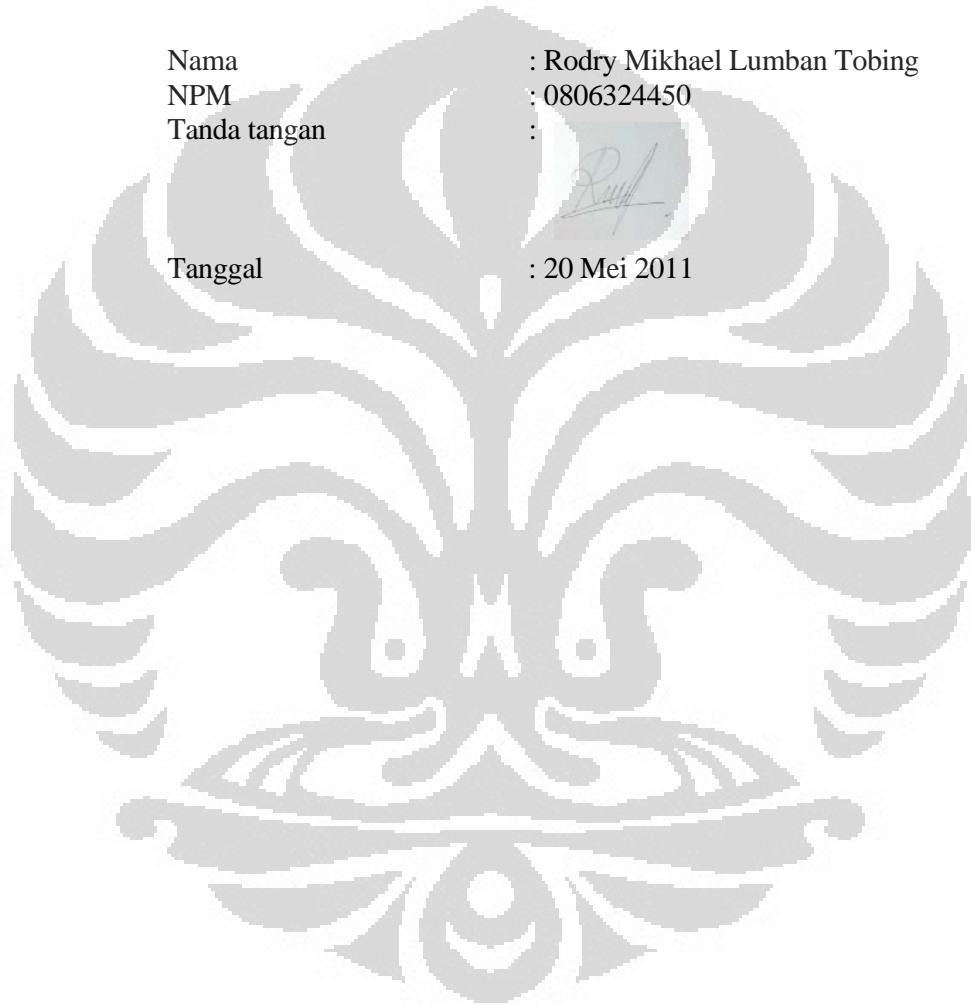
PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Rodry Mikhael Lumban Tobing
NPM : 0806324450
Tanda tangan :



Tanggal : 20 Mei 2011




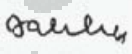
HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Rodry Mikhael Lumban Tobing
NPM : 0806324450
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Judul Skripsi :

STATUS GIZI ANAK USIA SEKOLAH DAN HUBUNGANNYA DENGAN PENGETAHUAN MENGENAI KEBIASAAN JAJAN DI YAYASAN X, PEJATEN, JAKARTA SELATAN TAHUN 2009

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran pada Program Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr. Saptawati Bardosono, MSc ()
Penguji : Prof. Dr. dr. Saleha Sungkar, DAP&E, MS ()

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 20 Mei 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan petunjuk-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Skripsi yang berjudul “ Status Gizi Anak Usia Sekolah dan Hubungannya dengan Pengetahuan Mengenai Kebiasaan Jajan di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan, tahun 2009” ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Besar harapan penulis agar hasil penelitian ini dapat mendukung penelitian-penelitian sebelumnya yang telah ada mengenai status gizi anak usia sekolah yang ada di Indonesia. Kiranya penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi dunia kedokteran, khususnya Ilmu Kedokteran Gizi dan Ilmu Kedokteran Anak.

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. dr. Ratna Sitompul, SpM (K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI);
2. Dr. dr. Saptawati Bardosono, MSc selaku Ketua Modul Riset FKUI 2008-2010 sekaligus pembimbing penelitian yang dengan baik hati bersedia membantu penulis dan tim riset penulis dalam pengolahan statistik data penelitian ini;
3. Prof. Dr. dr. Saleha Sungkar, DAP&E, MS, Sp.ParK selaku penguji riset;
4. Kedua orang tua yang telah memberikan dukungan kepada penulis;
5. Teman-teman dalam satu tim pelaksanaan penelitian ini, yang telah berjuang bersama-sama hingga detik terakhir;
6. Rekan-rekan FKUI angkatan 2008 dan pihak-pihak lain yang telah memberi dukungan dan bantuan dalam pelaksanaan penelitian ini, yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Akhir kata, tiada gading yang tak retak. Demikian pula dengan skripsi ini yang masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang konstruktif sangat penulis harapkan demi perbaikan.

Jakarta, Mei 2011



Rodry Mikhael Lumban Tobing

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Rodry Mikhael Lumban Tobing
NPM : 0806324450
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Departemen : Ilmu Kedokteran Gizi
Fakultas : Kedokteran
Jenis karya : Skripsi

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

”Status Gizi Anak Usia Sekolah dan Hubungannya dengan Pengetahuan Mengenai Kebiasaan Jajan di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan Tahun 2009.”
Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/ mempublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu 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 : Jakarta
Pada Tanggal : 20 Mei 2011

Yang menyatakan,



Rodry Mikhael Lumban Tobing

ABSTRAK

Nama : Rodry Mikhael Lumban Tobing
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Judul : Status Gizi Anak Usia Sekolah dan Hubungannya dengan Pengetahuan Mengenai Kebiasaan Jajan di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan Tahun 2009

Prevalensi status gizi kurang pada anak usia sekolah di Indonesia masih cukup tinggi. Status gizi anak usia sekolah salah satunya ditentukan oleh asupan nutrisi, di mana konsumsi jajanan di sekolah memberikan asupan nutrisi dalam jumlah yang cukup besar. Pengetahuan anak usia sekolah mengenai kebiasaan jajan dapat berimplikasi pada perilaku jajan sehari-hari. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sebaran status gizi berdasarkan indikator BB/U, TB/U, dan IMT/U, tingkat pengetahuan anak usia sekolah mengenai kebiasaan jajan serta hubungan keduanya. Penelitian dilakukan dengan desain *cross sectional* menggunakan data primer yang diambil dari anak sekolah usia 6-14 tahun di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan, pada tanggal 18 Oktober 2009. Sampel diambil menggunakan metode *total sampling*. Data yang diambil berupa data umum, data antropometrik serta data pengetahuan mengenai kebiasaan jajan menggunakan kuesioner. Jumlah subyek penelitian adalah sebanyak 78 orang dengan rata-rata berusia $10,10 \pm 1,43$ tahun. Dari pengukuran antropometrik didapatkan rerata berat badan $26,18 \pm 5,55$ kg dan rerata tinggi badan $130,67 \pm 8,32$ cm. Persentase subyek dengan status gizi kurang berdasarkan BB/U sebanyak 51,3%, berdasarkan TB/U sebanyak 32,1% dan berdasarkan IMT/U sebanyak 38,5%. Nilai tengah skor pengetahuan subyek mengenai kebiasaan jajan adalah 6 (1-10), di mana sebanyak 41% subyek memiliki tingkat pengetahuan yang kurang. Dengan menggunakan uji *Chi Square* antara tingkat pengetahuan mengenai kebiasaan jajan dan status gizi berdasarkan IMT/U, didapatkan nilai probabilitas sebesar 0,026 ($p < 0,05$). Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai kebiasaan jajan dengan status gizi berdasarkan IMT/U pada anak usia sekolah di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan tahun 2009.

Kata kunci: anak usia sekolah, status gizi, tingkat pengetahuan mengenai kebiasaan jajan,

ABSTRACT

Name : Rodry Mikhael Lumban Tobing
Study Programme : General Medicine
Title : Nutritional Status of School-age Children and Its
Association with Knowledge of Snack Consumption at
Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan 2009

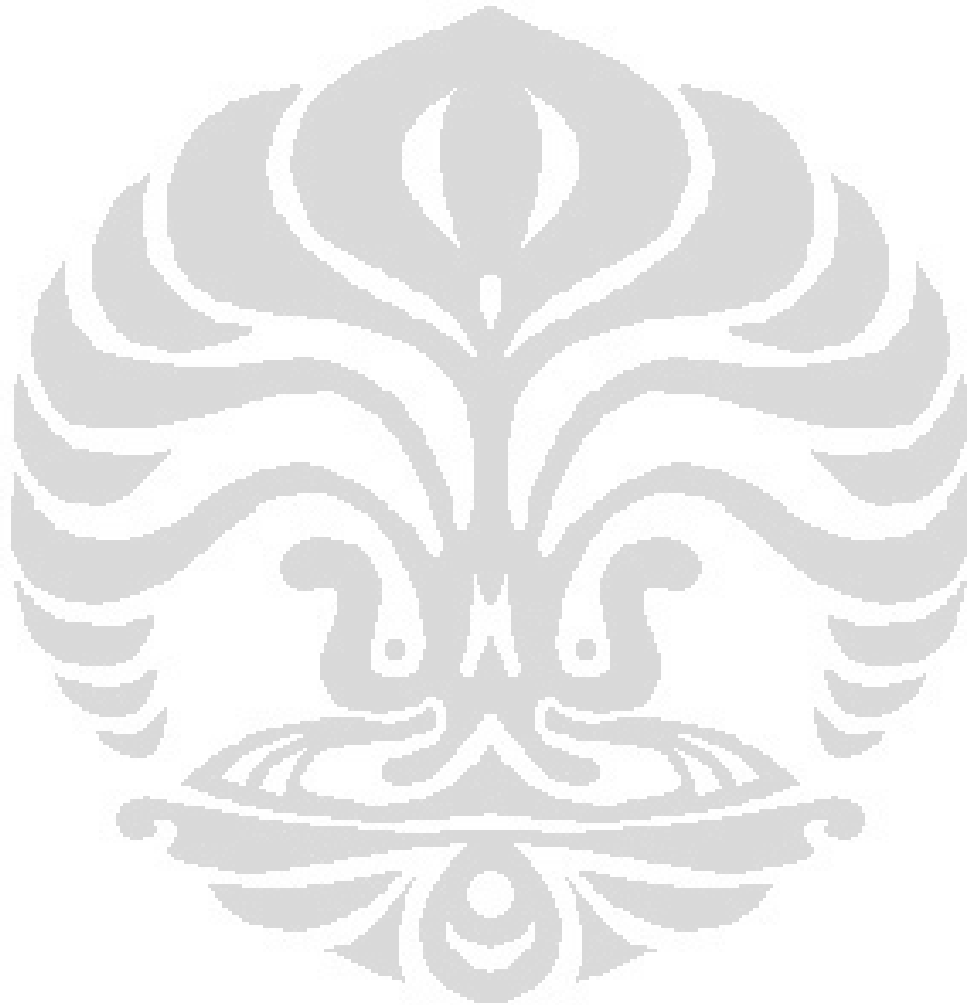
Prevalence of poor nutritional status among school-age children in Indonesia remains high. Nutrient intake is one of factors that determine school-age children nutritional status, and the consumption of snacks at school-environment provides large amount of nutrient intake. Their knowledge about snack habits implicate on their daily snack behavior. This study was conducted to determine the distribution of nutritional status based on indicators WAP, HAP, and BMI, the knowledge of school-age children about snack consumption and their association. This study was conducted with a cross sectional design using data taken from primary school children aged 6-14 years in the Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan, on October 18, 2009. Samples were taken using the total sampling method. Data was taken in the form of common data, anthropometric data and knowledge level about snack consumption using a questionnaire. Total subjects were 78 people with an average age of 10.10 ± 1.43 years. Anthropometric measurements obtained resulted mean weight 26.18 ± 5.55 kg and mean height 130.67 ± 8.32 cm. Percentage of subjects with poor nutritional status based on WAP as much as 51.3%, based on the HAP as much as 32.1% and based on the BMI as much as 38.5%. The mean score of knowledge about snack consumption habits is 6 (1-10), where as many as 41% of subjects had poor knowledge level. The Chi Square test were used to measure the association between the knowledge about the snack consumption and nutritional status. Probability value of 0.026 ($p < 0.05$) was obtained based on BMI and knowledge-level. There is an association between the knowledge snack consumption and nutritional status based on BMI / U on school-age children in the Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan in 2009.

Keywords: school-age children, nutritional status, knowledge of snack consumption

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	v
ABSTRAK	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	x
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat penelitian.....	4
2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Status Gizi	5
2.2 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	13
2.3 Kebiasaan Jajan di Sekolah	16
2.4 Pengetahuan	20
2.5 Hubungan Pengetahuan dengan Status Gizi	21
2.6 Profil Kampungkids	22
2.7 Kerangka Konsep	22
3. METODE PENELITIAN	23
3.1 Desain Penelitian	23
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	23
3.3 Populasi Penelitian.....	23
3.4 Sampel Penelitian.....	23
3.5 Kriteria Inklusi, Kriteria Eksklusi dan Drop Out.....	23
3.6 Besar Sampel.....	24
3.7 Identifikasi Variabel	25
3.8 Pelaksanaan Pengumpulan Data	25
3.9 Batasan Operasional	26
3.10 Analisis Data	28
3.11 Penyajian Data	29
3.12 Etika Penelitian	29

4. HASIL DAN PEMBAHASAN..	30
4.1 Sebaran Karakter Sosio Demografik Subyek	30
4.2 Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dengan Status Gizi	33
5. KESIMPULAN DAN SARAN	39
5.1 Kesimpulan	39
5.2 Saran	39
DAFTAR PUSTAKA	41



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kurva tumbuh kembang CDC 2000 untuk anak laki-laki usia 2-20 tahun, berdasarkan persentil berat badan terhadap umur (BB/U) dan tinggi badan terhadap umur (TB/U)	9
Gambar 2.2 Kurva tumbuh kembang CDC 2000 untuk perempuan usia 2-20 tahun, berdasarkan persentil berat badan terhadap umur (BB/U) dan tinggi badan terhadap umur (TB/U)	10
Gambar 2.3 Kurva tumbuh kembang CDC 2000 untuk anak laki-laki usia 2-20 tahun, berdasarkan persentil Indeks Massa Tubuh terhadap umur (IMT)	11
Gambar 2.1 Kurva tumbuh kembang CDC 2000 untuk anak perempuan usia 2-20 tahun, berdasarkan persentil Indeks Massa Tubuh terhadap umur (IMT)	12
Gambar 2.5 Tahapan manajemen PHBS di tingkat layanan kesehatan	16

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Sebaran karakteristik subyek berdasarkan jenis kelamin, usia, dan ukuran antropometrik	30
Tabel 4.2 Sebaran subyek berdasarkan indikator status gizi	31
Tabel 4.3 Sebaran subyek berdasarkan skor dan tingkat pengetahuan mengenai kebiasaan jajan	32
Tabel 4.4 Hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai kebiasaan jajan dengan status gizi berdasarkan persentil berat badan terhadap umur	33
Tabel 4.5 Hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai kebiasaan jajan dengan status gizi berdasarkan persentil tinggi badan terhadap umur	33
Tabel 4.6 Hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai kebiasaan jajan dengan status gizi berdasarkan persentil indeks massa tubuh	34

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Riset Kesehatan Dasar yang dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan RI pada tahun 2007 di 35 propinsi seluruh Indonesia mendapati bahwa jumlah anak sekolah usia 6-14 tahun dengan kondisi malnutrisi masih relatif banyak. Pada penelitian tersebut didapatkan prevalensi 13,3 % anak laki-laki dan 10,9% anak perempuan usia sekolah di seluruh Indonesia memiliki berat badan kurang (Z -score IMT < -2). Ada 19 propinsi di mana anak usia sekolah rentan mengalami berat badan kurang. Propinsi DKI Jakarta memiliki angka berat badan kurang anak laki-laki usia sekolah di atas prevalensi nasional, yaitu sebanyak 14,9%. Adapun pada anak perempuan sebesar 10,6%, di mana angka ini mendekati rata-rata nasional. Kondisi ini menyebabkan Jakarta sebagai salah satu propinsi di mana anak usia sekolah memiliki kerentanan terhadap malnutrisi.¹

Keadaan malnutrisi yang dialami anak akan berdampak terhadap proses tumbuh kembangnya. Terutama pada anak usia sekolah di mana proses pertumbuhan dan perkembangan sedang berada dalam tahap yang penting.

Anak dengan berat badan kurang berisiko mengalami berbagai macam penyakit, gangguan psikologis, kognitif hingga peningkatan mortalitas. Beberapa penyakit tertentu seperti marasmus dan kwashiorkor berhubungan dengan defisiensi asupan makronutrien karbohidrat dan protein. Disamping itu keadaan malnutrisi juga meningkatkan risiko terjadinya penyakit-penyakit infeksi terkait penurunan kondisi imunitas, seperti infeksi saluran napas, diare dan malaria.² Kemampuan belajar yang rendah (atensi, memori dan kemampuan visuospasial) juga berhubungan dengan kekurangan energi protein.³ Pada akhirnya, keadaan malnutrisi meningkatkan risiko mortalitas khususnya di negara berkembang seperti Indonesia.

Karena itu sangat penting bagi anak untuk memperoleh asupan nutrisi yang adekuat. Asupan nutrisi yang adekuat sangat berpengaruh dalam menentukan status gizi seorang anak.

Berbagai cara ditempuh untuk mengatasi kondisi ini dan mengupayakan agar setiap anak beroleh asupan nutrisi yang adekuat. Penurunan angka kurang gizi melalui bermacam program yang dicanangkan pemerintah akhir-akhir ini mengacu pada visi yang ditetapkan Departemen Kesehatan RI yaitu Visi Indonesia Sehat 2010.

Pada tahun 2010 diharapkan masyarakat Indonesia telah hidup dalam lingkungan yang sehat, mempraktikkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, menyediakan dan menjangkau layanan kesehatan serta memiliki derajat kesehatan yang tinggi.

Dalam penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di lingkungan sekolah, salah satu indikator adalah mengkonsumsi jajanan yang sehat di sekolah. Seorang anak dapat menghabiskan waktu tiga hingga tujuh jam sehari di lingkungan sekolah, bahkan lebih. Asupan nutrisi selama berada di lingkungan sekolah menyumbang 25-30% kebutuhan energi harian.⁴ Oleh karena itu asupan nutrisi selama di sekolah berperan dalam pemenuhan nutrisi anak.

Asupan nutrisi yang benar dan tepat akan berdampak pada pertumbuhan anak yang optimal. Sedangkan asupan nutrisi yang tidak tepat berisiko untuk terjadinya gangguan seperti malnutrisi atau penyakit tertentu. Sebelum mengkonsumsi makanan di sekolah anak sebaiknya mengetahui apa saja makanan yang sehat, baik dan aman untuk dikonsumsi. Diharapkan pemahaman yang baik akan mempengaruhi perilaku asupan jajanan di sekolah.

Yayasan X terletak di daerah Pejaten, Jakarta Selatan, dengan kondisi sosioekonomik masyarakatnya yang sebagian besar tergolong menengah ke bawah. Dilatarbelakangi hal di atas maka timbul pertanyaan: “Apakah terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan tentang kebiasaan jajan dengan status gizi pada anak usia sekolah di daerah Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan tahun 2009?”

1.2 Rumusan Masalah

Dalam penelitian ini ditetapkan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana status gizi anak usia sekolah di Yayasan Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan tahun 2009?
2. Bagaimana tingkat pengetahuan tentang kebiasaan jajan pada anak usia sekolah di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan tahun 2009?
3. Bagaimana hubungan antara tingkat pengetahuan tentang kebiasaan jajan dengan status gizi anak pada usia sekolah di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan tahun 2009?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini dibagi menjadi dua, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus.

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui status gizi anak usia sekolah di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan tahun 2009 dan hubungannya dengan pengetahuan tentang kebiasaan jajan di sekolah sebagai upaya dalam penanggulangan masalah status gizi pada anak usia sekolah di Indonesia.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk:

1. Mengetahui sebaran subyek penelitian berdasarkan karakteristik sosiodemografinya,
2. Mengetahui status gizi anak usia sekolah di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan,
3. Mengetahui tingkat pengetahuan anak usia sekolah di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan mengenai kebiasaan jajan di sekolah, dan
4. Mengetahui hubungan antara status gizi dan tingkat pengetahuan tentang kebiasaan jajan di sekolah.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini dapat bermanfaat bagi masyarakat dalam hal ini anak usia sekolah, bagi institusi pendidikan dalam hal ini Universitas Indonesia, dan bagi peneliti dalam hal ini mahasiswa.

1.4.1 Manfaat Penelitian bagi Masyarakat

1. Menghasilkan data kesehatan untuk menyempurnakan konsep dan sikap terhadap pola hidup bersih dan sehat di masyarakat dan
2. Memberi masukan dalam bidang pelayanan kesehatan mengenai pengetahuan pola hidup bersih dan sehat.

1.4.2 Manfaat Penelitian bagi Institusi Pendidikan

Manfaat penelitian ini bagi institusi pendidikan adalah:

1. Sebagai wujud partisipasi aktif dalam rangka mewujudkan Universitas Indonesia sebagai universitas riset terkemuka dan
2. Sebagai wujud fungsi penelitian pada Tri Dharma Perguruan Tinggi.

1.4.3 Manfaat Penelitian bagi Peneliti

1. Sebagai pemenuhan tugas kuliah di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia,
2. Sebagai sarana untuk mengembangkan daya nalar, minat, dan bakat dalam bidang penelitian,
3. Sebagai sarana pelatihan dan pembelajaran melakukan suatu penelitian dalam bidang kesehatan,
4. Memberi pengalaman bagi peneliti, khususnya dalam bidang penelitian medis dan pencarian literatur,
5. Sebagai sarana untuk menerapkan ilmu gizi, ilmu kesehatan anak dan ilmu kedokteran komunitas untuk mengidentifikasi masalah kesehatan masyarakat,
6. Sebagai sarana untuk meningkatkan kemampuan berpikir analitis dan sistematis dalam mengidentifikasi masalah kesehatan di masyarakat,
7. Sebagai sarana untuk berlatih kerjasama dalam tim peneliti, dan
8. Sebagai sarana untuk mengembangkan pengetahuan secara lebih mendalam mengenai pola hidup sehat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Status Gizi

Status gizi adalah kondisi kesehatan seseorang berkaitan dengan kandungan nutrisi dalam dietnya. Status gizi pada individu merefleksikan kecukupan kebutuhan nutrisi fisiologisnya. Status gizi merupakan istilah global yang mencakup sejumlah komponen spesifik dari hasil penilaian tertentu. Penilaian status gizi meliputi anamnesis/riwayat kesehatan, riwayat nutrisi, riwayat medikasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan antropometrik dan data laboratorium.

Adapun nutrisi ialah zat penyusun bahan makanan yang diperlukan tubuh untuk metabolisme dan sumber energi. Nutrisi yang terkandung di dalam makanan akan diserap melalui saluran cerna kemudian mengalami perombakan (katabolisme) dan penyusunan kembali (anabolisme) dalam tubuh. Terdapat dua golongan utama nutrisi, yaitu makronutrisi dan mikronutrisi. Disebut makronutrisi karena dibutuhkan dalam jumlah yang relatif besar, meliputi karbohidrat, lemak, dan protein. Sedangkan mikronutrisi dibutuhkan dalam jumlah yang relatif lebih kecil namun bersifat penting, yaitu vitamin dan mineral.

Asupan nutrisi dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain keadaan ekonomi, perilaku makan, situasi emosi, pengaruh kultur, efek berbagai penyakit yang mengenai selera makan, serta kemampuan untuk mengabsorpsi berbagai nutrisi. Adapun kebutuhan nutrisi juga dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain stres fisiologis (penyakit infeksi), penyakit akut dan kronis, demam, trauma, keadaan anabolik seperti kehamilan dan rehabilitasi, serta stres psikologis. Ketika kebutuhan nutrisi tubuh terpenuhi melalui konsumsi nutrisi yang adekuat, maka individu memiliki status gizi yang optimal.

Makronutrisi karbohidrat adalah sumber energi utama dalam proses respirasi seluler dan produksi energi. Satu gram karbohidrat menyediakan energi sebesar 4 kkal. Berbagai jenis karbohidrat dalam makanan yaitu monosakarida, disakarida, oligosakarida dan polisakarida. Karbohidrat yang

masuk dalam bentuk kompleks ke dalam tubuh akan diuraikan ke bentuk monosakaridanya (glukosa, galaktosa) agar dapat digunakan dalam reaksi pembentukan energi, kecuali polisakarida tertentu seperti selulosa tidak bisa diabsorpsi. Kelebihan karbohidrat akan disimpan dalam bentuk glikogen di sel otot dan sel hati. Di dalam tubuh kadar glukosa darah harus dipertahankan pada level minimum 70-100 mg/100 ml demi ketersediaan energi bagi otak, sistem saraf pusat, dan organ-organ lainnya. Kekurangan asupan karbohidrat dalam diet menyebabkan terjadinya penguraian glikogen guna menjaga kadar gula yang adekuat dalam darah. Pada level yang lebih berat terjadi penguraian deposit lemak dan protein.

Protein merupakan komponen pembangun tubuh. Peran utama protein dalam tubuh ialah sebagai protein struktural, enzim-enzim, hormon, transport dan imunoprotein. Protein terdiri atas berbagai asam amino yang dihubungkan oleh ikatan peptida. Asam-asam amino ada yang bersifat esensial karena sangat dibutuhkan oleh tubuh namun tidak bisa disintesis sehingga harus diperoleh dari diet. Selain sebagai komponen struktural asam amino juga dapat menyumbang energi melalui reaksi transaminasi. Satu gram protein menyediakan energi sebanyak 4 kkal.

Sedangkan lemak merupakan cadangan energi dalam tubuh. Lemak yang diperoleh dari diet akan diserap dan disimpan dalam jaringan adiposit. Peran lain dari lemak ialah sebagai insulator tubuh (lemak subkutan) dan pelarut vitamin tertentu. Lemak juga dapat menyediakan energi melalui reaksi beta oksidasi asam lemak. Satu gram lemak menyediakan energi sebanyak 9 kkal.

Asupan makronutrien dan mikronutrien yang adekuat dan proporsional sangat dibutuhkan untuk memelihara status gizi yang optimal dalam proses pertumbuhan dan perkembangan anak. Pertumbuhan ialah penambahan besar dalam aspek fisis akibat multiplikasi sel dan bertambahnya jumlah zat interseluler, sedangkan perkembangan digunakan untuk menunjukkan bertambahnya keterampilan dan fungsi yang kompleks.

Kekurangan atau kelebihan asupan makronutrien tertentu dapat menyebabkan gangguan, seperti kwashiorkor, marasmus, atau obesitas. Mikronutrien juga dibutuhkan dalam jumlah yang sesuai. Kekurangan asupan

mikronutrien dapat menimbulkan gejala atau penyakit yang sesuai dengan defisiensi mikronutrien tersebut. Misalnya anemia defisiensi besi, goiter (gondok) defisiensi iodium, dsb. Pada akhirnya keadaan ini mempengaruhi juga status gizi anak.

Kebutuhan energi pada anak dipengaruhi oleh metabolisme basal, laju pertumbuhan dan keluaran (penggunaan) energi. Energi yang diperoleh dari makanan harus mencukupi untuk pertumbuhan, tidak boleh kurang karena akan menyebabkan pemecahan protein untuk pemenuhan energi, namun sebaliknya tidak boleh berlebih karena akan menyebabkan penimbunan lemak di tubuh dan terjadi obesitas. Pada anak usia 4-18 tahun pemenuhan kebutuhan energi disarankan sebanyak 45-65% bersumber dari karbohidrat, 25-35% lemak dan 10-30% protein.⁵

Kekurangan atau kelebihan asupan nutrisi selama usia sekolah dapat menghambat perkembangan fisik dan mental anak. Proporsi tubuh yang pendek (*stunting*) dikaitkan dengan konsekuensi jangka panjang, seperti penurunan kemampuan intelektual dan prestasi belajar di sekolah, juga menurunkan kapasitas kerja. Bila berlanjut hingga dewasa dapat menyebabkan proporsi yang tubuh yang pendek pula, dan pada wanita berkaitan dengan kesulitan obstetrik. Sedangkan badan yang kurus (*thinness*) dapat menyebabkan maturasi terhambat, defisiensi kekuatan muskular dan kapasitas kerja, serta penurunan kepadatan tulang pada usia selanjutnya. Adapun kelebihan berat badan (*obesity*) pada usia sekolah meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular, hipertensi, sindroma metabolik, diabetes tipe-2 dan gangguan psikologis pada usia dewasa.

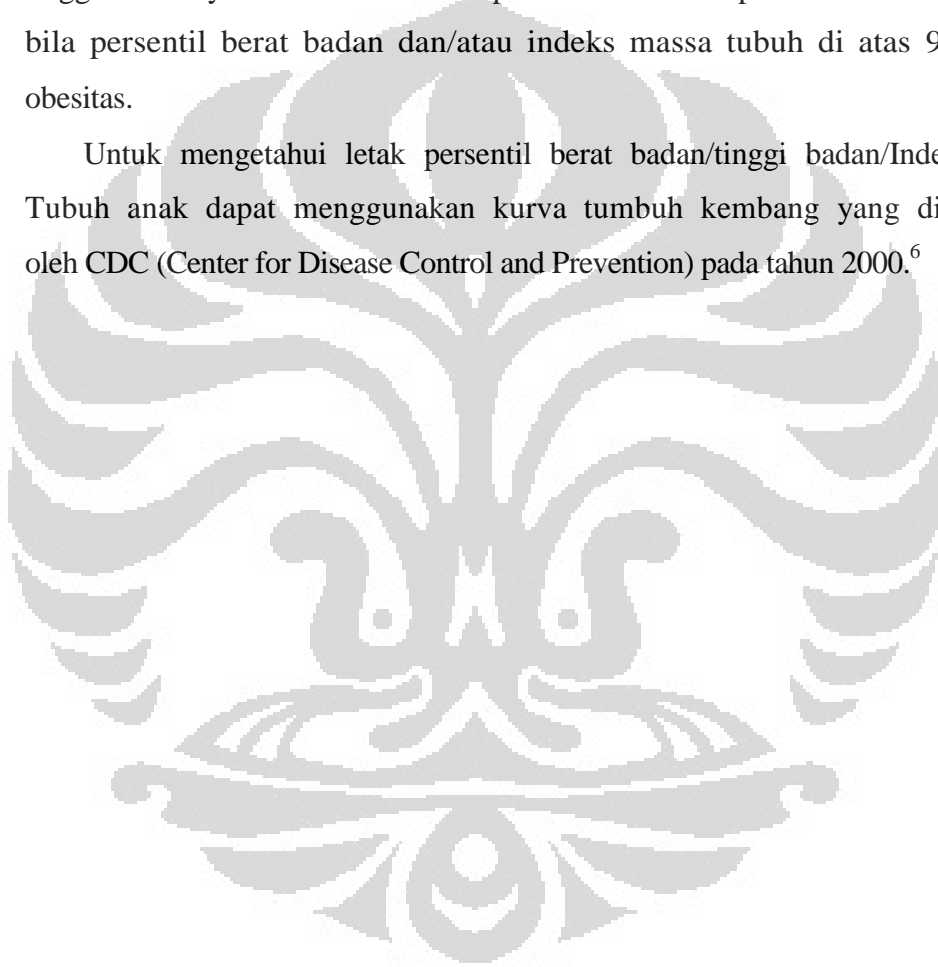
Penilaian status gizi dapat dilakukan melalui berbagai cara. Cara yang paling sederhana dan banyak dilakukan ialah dengan pengukuran antropometrik. Beberapa parameter yang digunakan antara lain berat badan, tinggi badan, lingkar kepala (pada bayi), lingkar lengan atas, tebal lipatan kulit m. triceps dan indeks massa tubuh.

Pengukuran dilakukan dengan menggunakan instrumen alat (timbangan, pita ukur, meteran) dan hasilnya dibandingkan dengan nilai normal yang ideal. Perbandingan tersebut dapat menggunakan kurva pertumbuhan dengan

memplot hasil pengukuran pada kurva tersebut. Pada kurva tersebut dapat dilihat pada persentil atau z-score ke berapa hasil pengukuran antropometrik. Status gizi yang baik berada pada persentil 5 dan 95 sedangkan bila menggunakan z-score status gizi dikatakan baik bila berada selisih kurang dari 2 standar deviasi dari nilai rata-rata.

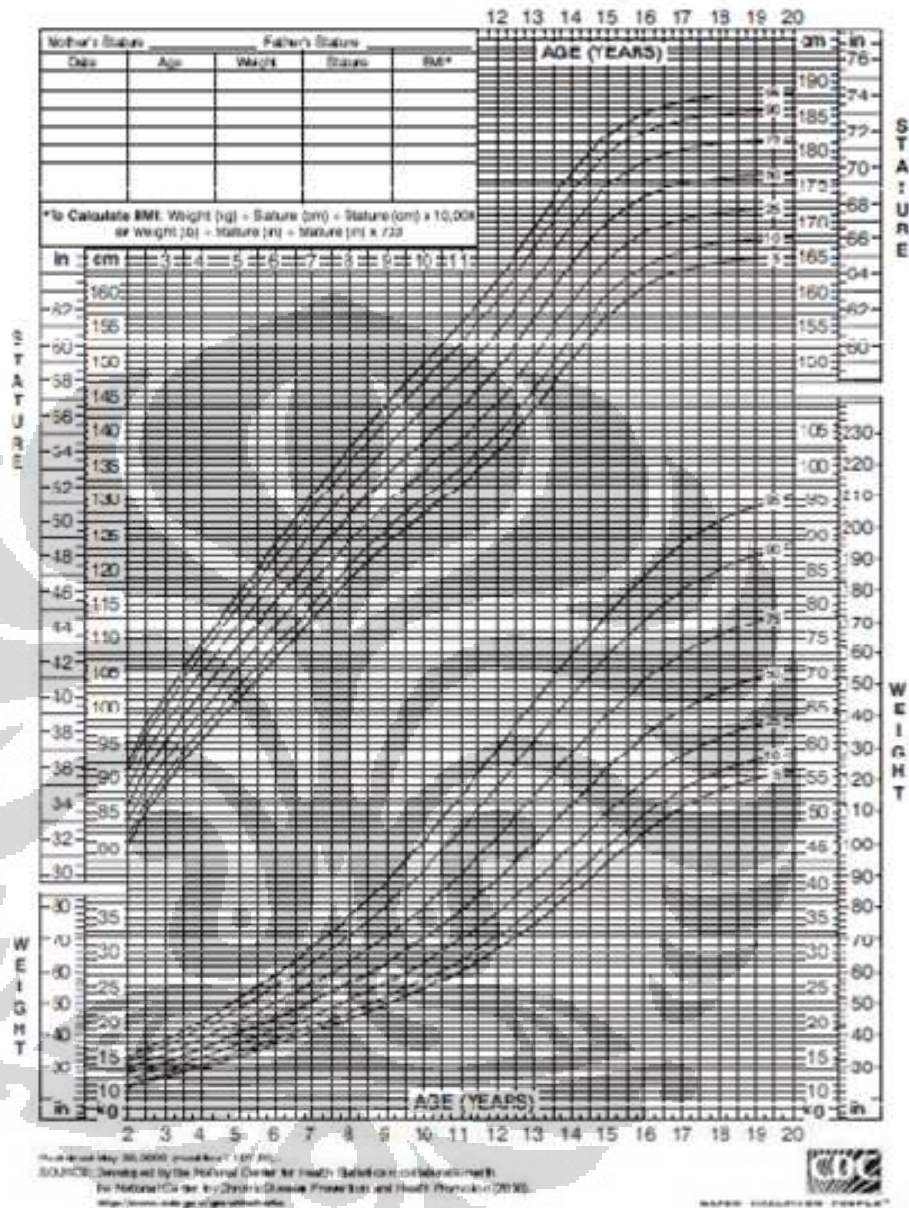
Seorang anak disebut kurus (*wasting*) apabila berat badan dan/atau indeks massa tubuhnya di bawah persentil 5, dan dikatakan pendek (*stunted*) apabila tinggi badannya berada di bawah persentil 5 kurva pertumbuhan. Sedangkan bila persentil berat badan dan/atau indeks massa tubuh di atas 95 disebut obesitas.

Untuk mengetahui letak persentil berat badan/tinggi badan/Indeks Massa Tubuh anak dapat menggunakan kurva tumbuh kembang yang dikeluarkan oleh CDC (Center for Disease Control and Prevention) pada tahun 2000.⁶



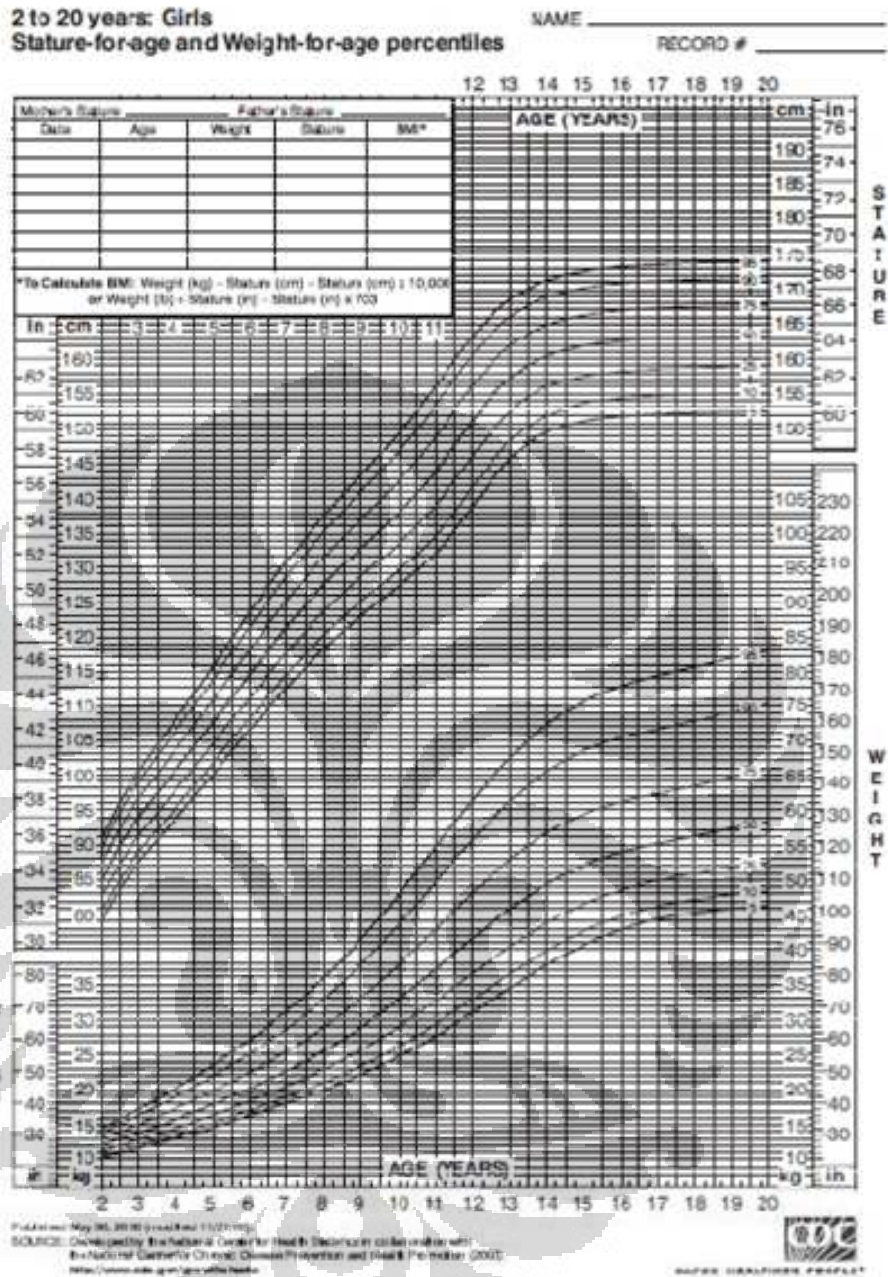
2 to 20 years: Boys
 Stature-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME _____
 RECORD # _____



Gambar 2.1. Kurva tumbuh kembang CDC 2000 untuk anak laki-laki usia 2-20 tahun, berdasarkan persentil berat badan terhadap umur (BB/U) dan tinggi badan terhadap umur (TB/U).

Centers for Disease Control and Prevention. CDC Growth Chart. [Online]. 2010 Sept 9 [cited 2011 March 13]. Available from: URL: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_246.pdf



Gambar 2.2. Kurva tumbuh kembang CDC 2000 untuk anak perempuan usia 2-20 tahun, berdasarkan persentil berat badan terhadap umur (BB/U) dan tinggi badan terhadap umur (TB/U).

Centers for Disease Control and Prevention. CDC Growth Chart. [Online]. 2010 Sept 9 [cited 2011 March 13]. Available from: URL: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_246.pdf

2.2 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI No. 1193/MENKES/SK/X/2004 tentang Promosi Kesehatan, ditetapkan bahwa Perilaku Hidup Bersih dan Sehat 2010 (PHBS 2010) merupakan bagian integral dalam mencapai Visi Nasional Promosi Kesehatan “Indonesia Sehat 2010”. Adapun yang dimaksud dengan “Perilaku Hidup Bersih dan Sehat 2010” ialah keadaan di mana individu-individu dalam rumah tangga (keluarga) masyarakat Indonesia telah melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dalam rangka:

1. Mencegah timbulnya penyakit dan masalah-masalah kesehatan lain
2. Menanggulangi penyakit dan masalah-masalah kesehatan lain, dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan
3. Memanfaatkan pelayanan kesehatan, serta
4. Mengembangkan dan menyelenggarakan upaya kesehatan bersumber masyarakat.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (atau yang disingkat PHBS) merupakan upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku melalui pendekatan pimpinan (*advocacy*), bina suasana (*social support*) dan pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) sebagai suatu upaya untuk membantu masyarakat mengenali dan mengetahui masalahnya sendiri, agar dapat menerapkan cara-cara hidup sehat dalam rangka menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Sasaran dari PHBS ialah tatanan rumah tangga, institusi kesehatan, tempat-tempat umum, sekolah dan di tempat kerja.

Khusus untuk tatanan lingkungan sekolah (institusi pendidikan), sasaran dibagi menjadi tiga:

1. Sasaran primer, yaitu sasaran utama dalam institusi pendidikan yang akan diubah perilakunya, yaitu murid/guru yang bermasalah.
2. Sasaran sekunder, yaitu sasaran yang dapat mempengaruhi individu dalam institusi pendidikan lainnya yang bermasalah, misalnya kepala sekolah, guru, orang tua, petugas kesehatan terkait, tokoh masyarakat, dll.

3. Sasaran tersier, yaitu sasaran yang diharapkan dapat menjadi unsur pembantu dalam menunjang atau mendukung pendanaan, kebijakan dan kegiatan untuk tercapainya pelaksanaan PHBS di institusi pendidikan, misalnya pemerintah setempat dan kepala Puskesmas.

Penerapan PHBS di Rumah Tangga merupakan upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. PHBS di Rumah Tangga meliputi sebagai berikut:

1. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan
2. Memberi ASI eksklusif
3. Menimbang balita setiap bulan
4. Menggunakan air bersih
5. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun
6. Menggunakan jamban sehat
7. Memberantas jentik di rumah sekali seminggu
8. Makan buah dan sayur setiap hari
9. Melakukan aktivitas fisik setiap hari
10. Tidak merokok di dalam rumah

Sedangkan PHBS di sekolah (institusi pendidikan) meliputi sebagai berikut:

1. Mencuci tangan dengan air yang mengalir dan menggunakan sabun
2. ***Mengonsumsi jajanan sehat di kantin sekolah***
3. Menggunakan jamban yang bersih dan sehat
4. Olahraga yang teratur dan terukur
5. Memberantas jentik nyamuk
6. Tidak merokok di sekolah
7. Menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan setiap 6 bulan
8. Membuang sampah pada tempatnya

Menyadari bahwa perilaku tidak hanya menyangkut dimensi kultural melainkan juga dimensi ekonomi, maka upaya promosi kesehatan melalui PHBS diharapkan dapat dilaksanakan melalui strategi yang bersifat komprehensif. Tiga strategi dasar promosi kesehatan PHBS yaitu:

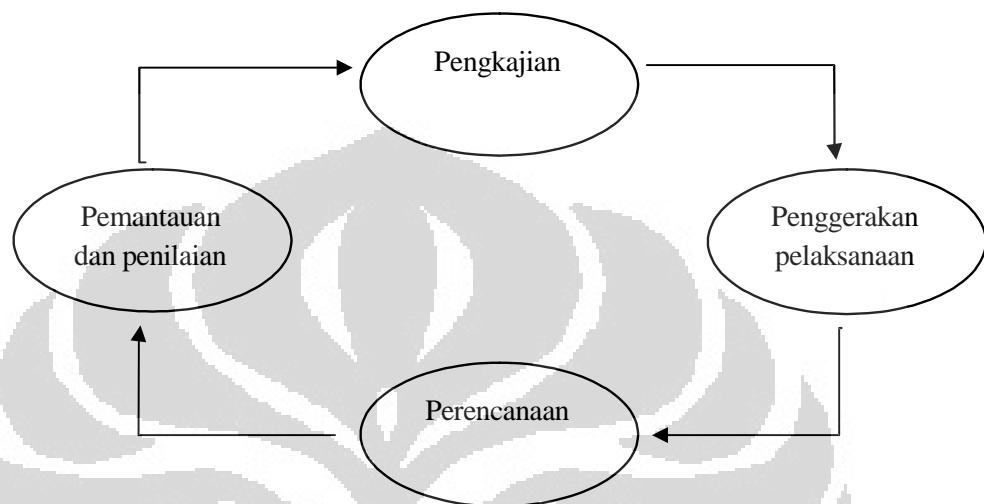
1. Gerakan pemberdayaan, yaitu pemberian informasi secara terus-menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran, serta proses membantu sasaran agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek *knowledge*), dari tahu menjadi mau (aspek *attitude*) dan dari mau menjadi mampu melaksanakan (aspek *practice*).
2. Binasuasana, yaitu upaya menciptakan lingkungan sosial yang mendorong individu mau melakukan perilaku yang diperkenalkan. Seseorang akan terdorong untuk mau melakukan sesuatu apabila lingkungan sosial di mana ia berada menyetujui atau mendukung perilaku tersebut.
3. Advokasi, yaitu upaya strategis dan terencana guna mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak *stakeholders*. Pihak ini bisa berupa tokoh masyarakat formal maupun informal. Komitmen dan dukungan dapat diperoleh apabila sasaran advokasi mengetahui adanya masalah, tertarik dan peduli untuk mengatasi masalah serta sepakat untuk memecahkan dan memutuskan tindak lanjut. Mengenai ini advokasi harus dilakukan secara terencana, cermat dan tepat.

Desentralisasi pelaksanaan promosi kesehatan PHBS menjadikan wilayah kabupaten/kota memiliki andil besar dalam pelaksanaannya. Terdapat tiga sentra koordinasi promosi kesehatan PHBS yaitu Puskesmas, Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sebagai sarana layanan kesehatan Puskesmas dan Rumah Sakit memiliki sasaran individual, keluarga, dan masyarakat yang datang/berada di wilayah sarana kesehatan tersebut khususnya Puskesmas. Adapun Dinas Kesehatan melaksanakan promosi kesehatan guna mendukung PHBS di sarana pelayanan kesehatan.

Manajemen PHBS di tingkat pelayanan kesehatan dilaksanakan secara sederhana guna memudahkan petugas promosi kesehatan atau petugas lintas program dalam pelaksanaan PHBS. Hal itu meliputi empat fungsi tahapan, yaitu:

1. Pengkajian terhadap masalah kesehatan, masalah PHBS dan sumber daya, diikuti dengan pemetaan masalah PHBS dan perumusan masalah.
2. Perencanaan berbasis data untuk menghasilkan rumusan tujuan, rumusan intervensi dan jadwal kegiatan.

3. Penggerakan dan pelaksanaan implementasi dari intervensi masalah terpilih, yang dilakukan oleh petugas promosi kesehatan atau lintas program dan lintas sektor terkait.
4. Pemantauan secara berkala dengan format pertemuan dan penilaian yang sudah ditetapkan sebelumnya.



Gambar 2.5 Tahapan manajemen PHBS di tingkat layanan kesehatan

2.3 Kebiasaan Jajan di Sekolah

Berdasar penelitian sebanyak dua puluh lima hingga tiga puluh persen kebutuhan energi anak diperoleh selama berada di lingkungan sekolah.⁴ Dari konsumsi makanan jajanan seorang anak dapat memperoleh sekitar 134 kalori dan 4,4 gram lemak per harinya.⁷

Jajanan ialah semua makanan yang dapat langsung dimakan yang dibeli dari penjual makanan, baik yang diproduksi langsung oleh penjual tersebut atau diproduksi orang lain tanpa diolah lagi. Adapun makanan yang dimasak di rumah lalu dibawa ke sekolah tidak termasuk sebagai jajanan.

Pangan jajanan di sekolah umumnya dikelompokkan menjadi beberapa kategori yaitu:

- Makanan utama, seperti nasi goreng, nasi soto, mi bakso, mi ayam, gado-gado, siomay dan sejenisnya
- Penganan atau kue-kue, seperti tahu goreng, cilok, martabak telur, kue apem, kripik, jelly dan sejenisnya

- Minuman seperti es campur, es sirup, es teh, es mambo dan sejenisnya
- Buah-buahan segar, seperti pepaya potong, melon potong dan sejenisnya

Terdapat beberapa hal yang menyebabkan jajanan disukai anak usia sekolah. Selain karena harganya relatif murah dan mudah didapat, rasanya yang enak di lidah membuat anak sekolah gemar mengonsumsi jajan. Ketersediaan, strategi promosi yang menarik dan pengaruh teman sekitar turut mendorong anak untuk mengonsumsi jajanan. Kemasan jajanan yang praktis menarik minat anak untuk jajan.⁸ Orang tua yang sibuk bekerja dan pengabaian sarapan di rumah turut membuat anak untuk jajan di luar rumah.⁹ Status sosioekonomik keluarga juga berpengaruh. Anak yang berasal dari golongan ekonomi lemah lebih sedikit jajan dibanding anak yang berasal dari golongan ekonomi yang lebih baik.¹⁰

Pada anak sekolah, konsumsi jajanan menyumbang dua puluh lima hingga tiga puluh persen kebutuhan energi harian.⁴ Angka ini cukup signifikan sehingga dapat dikatakan konsumsi jajanan merupakan salah satu faktor nutrisi yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah.

Namun tidak selamanya kebiasaan jajan berdampak baik untuk anak. Terdapat berbagai bahaya pada makanan jajanan dapat mengganggu kesehatan anak. Bahaya tersebut digolongkan menjadi bahaya fisik, bahaya kimia, dan bahaya biologis yang bila dikonsumsi manusia dapat menimbulkan gangguan terhadap kesehatan. Prosesnya terjadi melalui berbagai cara yaitu mulai dari pekerja, makanan, peralatan, proses pembersihan, higiene pengolah/penyajaji, serta benda asing yang masuk seperti kerikil, pecahan gelas dan kaleng yang dapat mencederai secara fisik.

Berdasarkan survey Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) pada tahun 2005 dan 2006 di 478 sekolah dasar di 26 ibukota propinsi seluruh Indonesia, dari 2903 sampel jajanan yang diteliti hanya sebanyak 50,57% yang memenuhi persyaratan. Sisanya (47,43%) tidak memenuhi persyaratan terhadap satu atau beberapa parameter yang diuji. Zat-zat berbahaya tersebut meliputi:

1. Siklamat (pemanis buatan)
2. Sakarin (pemanis buatan)
3. Nitrosamin (aroma khas pada sosis, keju, kornet, ham dan dendeng)
4. MSG (penyedap rasa)
5. Rhodamin B (pewarna tekstil dan kertas)
6. Metanil Yellow (pewarna tekstil dan cat)
7. Formalin (pengawet non makanan dan disinfektan)
8. Boraks (pengawet non makanan dan pestisida)
9. Natamysin (pengawet)
10. Kalium asetat (pengawet)
11. Butil Hidroksi Anisol (BHA).

Zat-zat kimia yang ditemukan tersebut dapat bersifat karsinogenik pada tubuh manusia dalam jangka waktu yang lama.¹¹ Beberapa zat kimia dapat menyebabkan gangguan pencernaan, seperti muntah-muntah, hingga depresi susunan saraf. Keracunan formalin dapat menyebabkan kejang, kerusakan ginjal hingga kematian.

Selain itu hygiene yang tidak terjamin, yang meliputi cara pengolahan dan cara penyajian menyebabkan jajanan terkontaminasi berbagai mikroba penyebab infeksi. Berdasarkan hasil pengawasan pangan jajanan anak sekolah tahun 2005 yang dilakukan oleh BPOM di 18 propinsi, ditemukan adanya berbagai mikroba seperti Coliform, Kapang/kamir, *Salmonella typhii*, *Staphylococcus aureus* dan *Vibrio cholera*.¹² Bakteri lain seperti *Campylobacter jejuni*, *Shigella* dan *Yersinia* juga dapat ditemukan. Parasit seperti *Entamoeba histolytica*, *Ascaris lumbricoides*, *Enterobius vermicularis*, *Trichuris trichiura* dan *Giardia duodenalis* dapat menular melalui wadah makanan yang tidak dikelola dengan baik.¹³ Kandungan mikroba dan parasit di dalam jajanan ini dapat menimbulkan penyakit infeksius pada anak, yang akhirnya dapat mengganggu tumbuh kembang dan mempengaruhi status gizi pada anak. Penyakit tersebut dapat menyerang beberapa sistem tubuh terutama sistem saluran cerna (gastrointestinal). Beberapa penyakit yang sering disebabkan oleh jajanan yang tidak sehat antara lain diare, disentri, gastroenteritis, demam typhoid hingga intoksikasi.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 942/MENKES/SK/VII/2003 tentang pedoman persyaratan higiene sanitasi makanan jajanan, terdapat beberapa persyaratan yang harus dipenuhi:

- *Pengelola*: penanggung jawab langsung warung sekolah, berbadan sehat, bebas penyakit menular, bersih, rapi, mencuci tangan setiap kali hendak menangani makanan, menjamah makanan dengan menggunakan alat/perlengkapan, tidak sambil merokok/menggaruk/batuk bersin di hadapan makanan, mengerti gizi dan kesehatan.
- *Kantin*: bersih, tidak bocor, menggunakan lantai keramik, konstruksi bangunan kuat, ventilasi dan penerangan memadai, lokasi kantin jauh dari jamban, terdapat sumber air bersih yang memenuhi syarat kesehatan untuk pengelolaan makanan, tersedia tempat pembuangan sampah yang memadai, tempat pembuangan air kotor yang tidak mencemari lingkungan, tersedia tempat pencucian alat makan, tempat cuci tangan, menjaga kebersihan alat makan, higiene perorangan, higiene penjual serta penyaji
- *Pengolahan makanan*: menggunakan air bersih yang memenuhi standar dan dimasak sampai mendidih, bahan makanan yang baik mutunya, segar dan tidak busuk, dalam keadaan terbungkus dengan wadah bersih, tidak mengandung bahan pewarna, pengawet, pemanis buatan, tidak mengandung penguat rasa, tidak kadaluarsa dan tidak terkontaminasi.

Selain higiene makanan yang tidak terjamin, bahaya lain dalam makanan jajanan ialah kandungan nutrien yang tidak seimbang. Berdasarkan penelitian Bowman et al anak-anak yang mengkonsumsi jajanan mendapat kelebihan asupan kalori, lemak, karbohidrat, zat pemanis dan minuman berkarbonasi, serta kekurangan asupan serat sayur, buah dan susu dibandingkan anak yang tidak mengkonsumsi jajanan.¹⁴

Kandungan glukosa, natrium, lemak jenuh dan kalori yang tinggi dalam jajanan dapat menyebabkan obesitas dini, serta meningkatkan risiko terjadinya hipertensi, penyakit kardiovaskular dan dislipidemia. Niemeier et.al melaporkan bahwa peningkatan konsumsi jajanan berhubungan dengan peningkatan Indeks Massa Tubuh pada saat memasuki usia dewasa.¹⁵ Konsumsi minuman dengan pemanis meningkatkan risiko terjadinya

obesitas.¹⁶ Kadar gula yang berlebih pada jajanan juga meningkatkan risiko terkena karies dentis.¹⁷ Kadar mikronutrien (karoten, vitamin A, vitamin C, kalsium dan magnesium) yang rendah ditemukan pada makanan jajanan. Konsekuensi lain dari kebiasaan mengkonsumsi jajanan ialah hilangnya budaya sarapan karena digantikan oleh jajan, selain itu terbentuk kebiasaan penganekaragaman makanan sejak kecil, dan bekurangnya nafsu makan (makanan olahan keluarga) akibat kekenyangan setelah mengkonsumsi jajanan.

Oleh karena itu syarat jajanan yang baik ialah memenuhi triguna makanan (zat sumber energi, zat pembangun dan zat pengatur) secara proporsional, bersih (bebas dari lalat, debu, dsb) dan aman (tidak mengandung kimia berbahaya seperti zat pewarna, zat pengawet dsb) serta halal.

2.4 Pengetahuan

Pengetahuan ialah familiaritas atau pemahaman seseorang terhadap orang lain, sesuatu benda atau situasi-situasi tertentu. Termasuk di dalamnya fakta dan informasi yang diperoleh melalui pengalaman atau pembelajaran. Pengetahuan dapat bersifat implisit dan eksplisit. Implisit bila disertai kemampuan praktikal, sedang eksplisit bila berupa pemahaman teoretis terhadap suatu subjek. Dalam konteks biologik, pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu melalui alat indera yang dimilikinya.

Pengetahuan diperoleh melalui proses kognitif yang kompleks, yaitu persepsi, pembelajaran, komunikasi, asosiasi dan *reasoning*.

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu:

1. Tahu (*know*)

Diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) dari suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Merupakan tingkatan tahu yang paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

Merupakan kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi (*application*).

Merupakan kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Meliputi penggunaan hukumhukum, rumus, metode, prinsip, dsb.

4. Analisis (*analysis*).

Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*synthesis*)

Menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru/penyusunan formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi/objek.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu umur, intelegensi, lingkungan, sosial budaya, tingkat pendidikan, akses informasi dan pengalaman.

2.5 Hubungan Pengetahuan dan Status Gizi

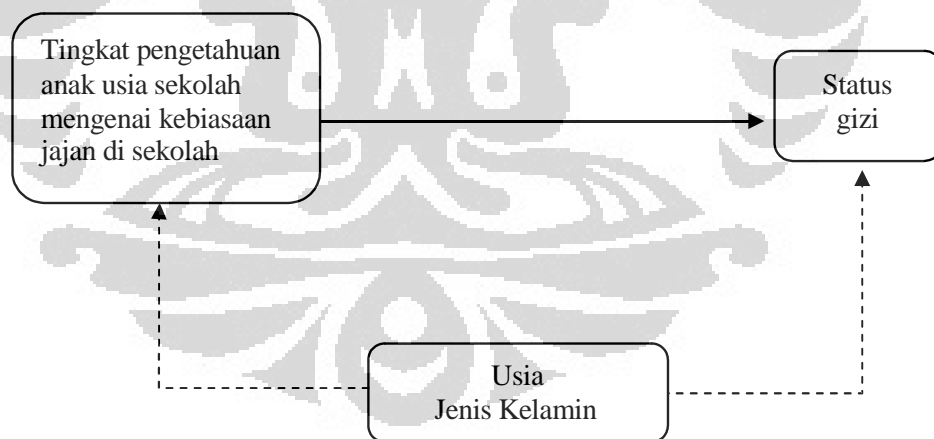
Telah banyak diteliti bahwasanya pengetahuan yang baik akan berdampak terhadap status anak. Termasuk di antaranya pengetahuan mengenai makanan jajanan. Umumnya pengetahuan tentang kebiasaan jajan sering dimasukkan ke dalam kelompok yang sama dengan pengetahuan mengenai pola makan lainnya, seperti asupan gizi seimbang dan sarapan, karena kesemuanya samasama merupakan sumber makro dan mikronutrien. Penelitian menunjukkan bahwa anak dengan tingkat pengetahuan nutrisi yang baik memiliki perilaku yang lebih baik dalam pola dan pemilihan makanan dibandingkan dengan anak dengan tingkat pengetahuan nutrisi yang lebih rendah.¹⁸

2.6 Profil Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan

Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan merupakan sebuah yayasan yang didirikan pada November 1999. Yayasan ini dibina oleh orang Indonesia dan para ekspatriat dengan tujuan memenuhi kecukupan kebutuhan dasar nutrisi, pelayanan kesehatan, dan pendidikan anak-anak di bawah naungannya. Yayasan ini terbentuk sebagai respon terhadap krisis ekonomi pada tahun 1997-1998. Sebelum resmi didirikan, program ini dijalankan oleh sekelompok orang dan berbentuk pembagian sup, susu dan nasi kepada sekitar 150 anak serta ibu hamil dan menyusui di daerah sekitar mereka.

Program utama dari yayasan ini adalah pengembangan Kampung Pejaten Barat IV. Di daerah ini terdapat 74 keluarga dengan rata-rata penghasilan kurang dari Rp. 150.000,- per bulannya. Total penduduk daerah ini adalah 313 orang, di mana 166 orang di antaranya adalah anak-anak berusia 16 tahun ke bawah.¹⁹

2.7 Kerangka Konsep



Keterangan:

- > Merupakan variabel yang mempengaruhi dan dianalisis
- - - -> Merupakan variabel yang mempengaruhi dan tidak dianalisis

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini bersifat analitik deskriptif dan menggunakan desain *cross sectional* dengan tujuan untuk mengetahui prevalensi status gizi dan tingkat pengetahuan anak usia sekolah mengenai kebiasaan jajan dengan melakukan pengukuran pada subyek sebanyak satu kali pada satu waktu tanpa melakukan intervensi.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Pengambilan data dilakukan di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan pada tanggal 18 Oktober 2009.

3.3 Populasi Penelitian

3.3.1 Populasi Target

Populasi target pada penelitian ini adalah anak sekolah usia 6-14 tahun di Indonesia.

3.3.2 Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah anak sekolah usia 6-14 tahun di Jakarta Selatan yang berada di Yayasan X pada tahun 2009.

3.4 Sampel Penelitian

Subjek penelitian ini adalah anak sekolah usia 6-14 tahun di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan tahun 2009 yang memenuhi kriteria penelitian.

3.5 Kriteria Inklusi, Eksklusi, dan Drop-Out

Dalam penelitian ini ditetapkan kriteria inklusi, eksklusi dan *drop out* untuk membatasi ruang lingkup sampel agar data yang terkumpul dapat seakurat dan seobyektif mungkin.

3.5.1 Kriteria Inklusi

Dalam penelitian ini ditetapkan kriteria inklusi sebagai berikut:

1. Anak sekolah usia 6-14 tahun laki-laki dan perempuan yang terdaftar sebagai siswa-siswi di bawah binaan Yayasan X Pejaten Jakarta Selatan dan
2. Berada di Yayasan X pada saat pengambilan data.

3.5.2 Kriteria Eksklusi

Dalam penelitian ini ditetapkan kriteria eksklusi yaitu anak sekolah usia 6-14 tahun yang tidak bersedia mengisi kuesioner

3.5.3 Kriteria Drop Out

1. Subjek yang telah mengikuti penelitian tidak akan dipergunakan (*drop out*) bila tidak kompeten untuk mengisi kuesioner, dan
2. Tidak dapat dianalisis status gizinya menggunakan perangkat lunak Epi Info 2000.

3.6 Besar Sampel

Besar sampel data nominal pada sampel tunggal untuk estimasi proporsi suatu populasi dihitung dengan rumus:

$$n = \frac{Z^2 \alpha P Q}{L}$$

Keterangan:

n = jumlah/besar sampel.

α = tingkat kemaknaan yang ditetapkan peneliti. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan $\alpha = 0,05$ sehingga nilai $Z \alpha$ sebesar 1,96.

p = proporsi status gizi kurang. Pada penelitian sebelumnya didapat proporsi status gizi kurang di DKI Jakarta ialah sebesar 12,75%, maka $p=0,1275$.

$q = 1 - p = 1 - 0,1275 = 0,8725$.

L = tingkat ketepatan absolut yang dikehendaki peneliti. Dalam penelitian ini digunakan $L = 0,1$.

Dengan memasukkan angka $Z \alpha$, P , Q , dan L seperti yang telah ditetapkan ke dalam rumus, maka diperoleh hasil:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,1275 \times 0,8725}{0,1} = 43$$

Untuk mengantisipasi adanya *drop out*, jumlah sampel ditambah sebanyak sepuluh persen menjadi $43 + 4,3 = 47,3 = 48$.

Maka besar sampel yang diperlukan untuk penelitian ini adalah 48 orang. Dalam penelitian ini pemilihan sampel dilakukan dengan metode *total sampling*.

3.7 Identifikasi Variabel

Dalam penelitian ini ditetapkan variabel dependen dan variabel independen sebagai berikut:

1. Variabel dependen: status gizi anak usia sekolah
2. Variabel independen: tingkat pengetahuan responden mengenai kebiasaan jajan di sekolah.

3.8 Pelaksanaan Pengumpulan Data

Pelaksanaan pengumpulan data adalah sebagai berikut:

1. Data sosiodemografik meliputi nama, usia dan jenis kelamin diperoleh melalui proses wawancara langsung.
 - a. Data nama subyek diperoleh dengan cara menanyakannya langsung pada subyek dan hasilnya dituliskan pada lembaran kuesioner yang akan diisi.
 - b. Data usia subyek diperoleh dengan menanyakan tanggal lahir pada subyek. Tanggal lahir yang diperoleh kemudian dikurangkan dari tanggal pengambilan data dengan menggunakan perangkat lunak Epi Info 2000. Hasilnya dituliskan pada lembaran kuesioner dalam satuan tahun.
 - c. Data jenis kelamin subyek diperoleh dengan menanyakan dan mengamati langsung pada subyek. Hasilnya dituliskan pada lembaran kuesioner sebagai berjenis kelamin laki-laki atau perempuan.
2. Data antropometrik meliputi berat badan dan tinggi badan.
 - a. Data berat badan subyek diperoleh melalui pengukuran antropometrik. Caranya subyek diminta untuk melepaskan pakaian, sepatu dan atribut lainnya (kecuali celana) kemudian naik ke atas timbangan. Alat penimbang yang digunakan ialah timbangan digital Seca dengan akurasi 0,1 kg. Pengukur akan membaca hasil penimbangan pada layar timbangan. Hasil pengukuran dituliskan pada kuesioner dalam satuan kilogram.

- b. Data tinggi badan subyek diperoleh melalui pengukuran antropometrik. Subyek diminta untuk melepaskan atribut seperti topi dan sepatu, kemudian berdiri merapat tegak pada tembok. Alat pengukur yang digunakan ialah microtoise staturmeter dengan ketepatan 0,1 cm. Pengukur akan menarik staturmeter hingga pas ubun-ubun kepala subyek dan membaca hasil pengukuran pada jendela microtoise. Hasil pengukuran dituliskan pada kuesioner dalam satuan centimeter.
3. Data tingkat pengetahuan meliputi skor jawaban terhadap pertanyaan yang diajukan. Subyek akan diberi kuesioner yang berisi sepuluh pertanyaan terkait kebiasaan jajan yang harus diisi, setelah sebelumnya mendapat penjelasan (*informed consent*). Kesepuluh pertanyaan tersebut dijawab dengan cara menconteng salah satu dari pilihan jawaban “Ya” “Tidak” atau “Tidak tahu”. Subyek akan mengisi kuesioner sambil diawasi oleh peneliti untuk mencegah terjadinya bias atau kesalahan pengisian.

3.9 Batasan Operasional

Dalam penelitian ini digunakan beberapa istilah yang memiliki batasan sebagai berikut:

1. Status gizi adalah ukuran kecukupan asupan gizi seseorang. Pengukuran status gizi dapat berdasarkan berat badan terhadap umur, tinggi badan terhadap umur dan indeks massa tubuh. Hasilnya diplot kepada kurva tumbuh kembang CDC 2000 dengan menggunakan perangkat lunak Epi Info 2000 dan dinyatakan dalam satuan persentil.
 - Berdasarkan berat badan terhadap umur, status gizi di bawah persentil 5 disebut sebagai “berat badan kurang”, di antara persentil 5 dan 95 sebagai “normal” dan di atas persentil 95 sebagai “berat lebih”.
 - Berdasarkan tinggi badan terhadap umur, status gizi di bawah persentil 5 disebut sebagai “tinggi badan kurang”, di antara persentil 5 dan 95 sebagai “tinggi badan normal” dan di atas persentil 95 sebagai “tinggi badan lebih”.

- Berdasarkan indeks massa tubuh, persentil di bawah 5 disebut sebagai “kurus”, di antara persentil 5 dan 95 sebagai “normal” dan di atas persentil 95 sebagai “obesitas”.

Instrumen yang digunakan adalah timbangan Seca dengan ketepatan 0,1 kg dan microtoise statur meter dengan ketepatan 0,1 cm.

2. Berat badan adalah rata-rata dari hasil dua kali pengukuran massa tubuh yang ditimbang pada saat pengumpulan data. Berat badan diukur dengan menggunakan timbangan digital Seca dan dinyatakan dalam satuan kilogram (kg)
3. Tinggi badan adalah rata-rata dari hasil dua kali pengukuran jarak antara puncak kepala dan telapak kaki yang dilakukan pada saat pengumpulan data. Tinggi badan diukur menggunakan *microtoise* dan hasil dinyatakan dalam satuan centimeter (cm).
4. Anak usia sekolah adalah anak-anak yang berusia 6-14 tahun dan sedang menempuh pendidikan formal di sekolah.
5. Tingkat pengetahuan tentang kebiasaan jajan adalah ukuran pemahaman informasi yang dimiliki oleh responden tentang kebiasaan jajan di sekolah. Tingkat pengetahuan ditentukan berdasarkan jumlah jawaban skor benar pada kuesioner sesuai Skala Pengetahuan Likert, yaitu tingkat pengetahuan kurang (<50% skor benar), tingkat pengetahuan sedang (60-70% skor benar) dan tingkat pengetahuan baik (>80% skor).
6. Usia adalah selisih antara tanggal pengambilan data dan tanggal lahir anak. Pengukuran usia dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak Epi Info 2000, dan hasil dituliskan dalam satuan tahun.
7. Jenis Kelamin adalah gender responden yang ditunjukkan dengan adanya tanda seks sekunder. Jenis kelamin diketahui dengan metode wawancara dan pengamatan langsung, hasil dinyatakan sebagai berjenis kelamin laki-laki atau perempuan.

3.10 Analisis Data

Data yang diperoleh kemudian dianalisis dengan tahapan sebagai berikut:

1. Dilakukan proses penyuntingan dan *coding* data untuk menghasilkan data yang siap diinput ke dalam perangkat lunak.
2. Dilakukan entri data menggunakan perangkat lunak *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* versi 11.5.
3. Dilakukan proses *cleaning* (pembersihan data). Proses *cleaning* dilakukan terhadap subyek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dan/atau memenuhi kriteria eksklusi dan *drop out*.
4. Dilakukan analisis data yang meliputi:

- a. Analisis univariat

Analisis univariat meliputi penghitungan proporsi variabel dalam bentuk persentase dan uji normalitas. Proporsi dihitung untuk data jenis kelamin, skor pengetahuan dan indikator status gizi. Uji normalitas menggunakan Kolmogorov Smirnov test dilakukan untuk sebaran usia, berat badan, tinggi badan, indikator status gizi (menurut persentil berat badan terhadap umur, persentil tinggi badan terhadap umur, dan persentil indeks massa tubuh). dan skor pengetahuan mengenai status gizi. Apabila $p > 0,05$ maka data dianggap memiliki distribusi normal sehingga dituliskan dalam bentuk $\text{mean} \pm \text{SD}$.

Sedangkan apabila $p < 0,05$ maka data dianggap memiliki distribusi tidak normal sehingga dituliskan dalam bentuk median (min-max).

- b. Analisis bivariat

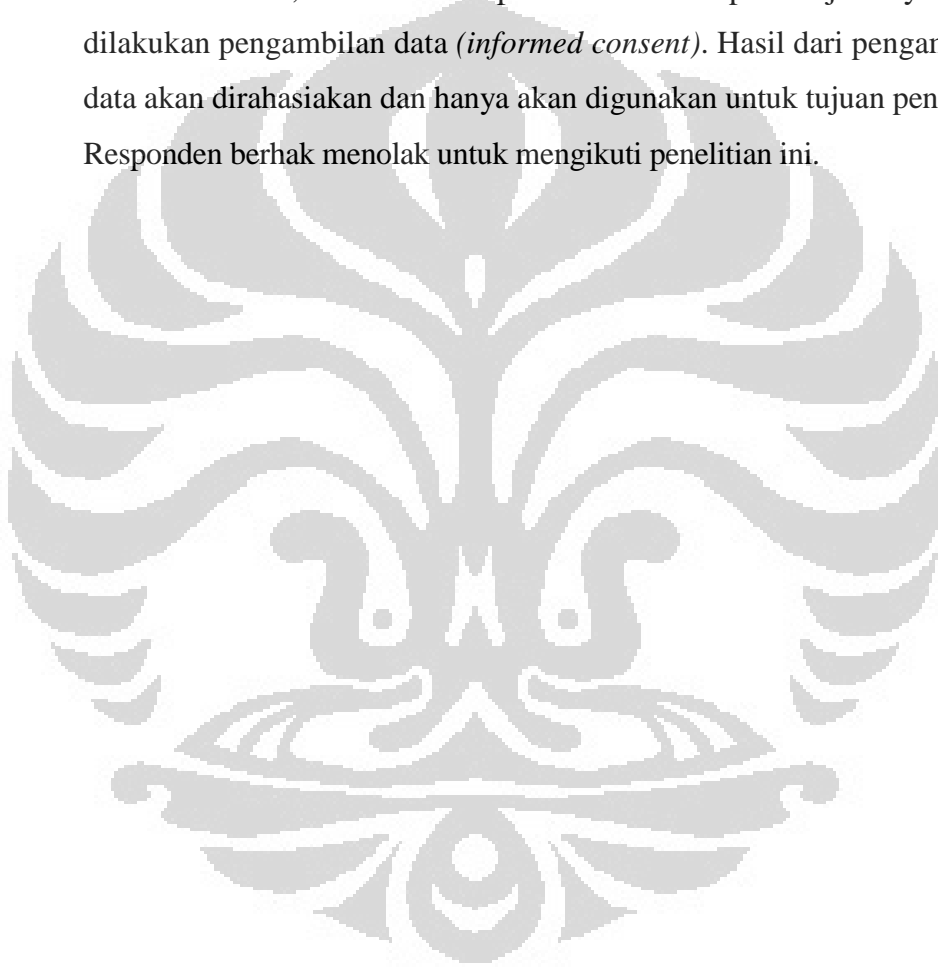
Analisis bivariat meliputi mencari hubungan antara tingkat pengetahuan tentang kebiasaan jajan dan status gizi (berdasarkan indikator persentil berat badan terhadap umur, persentil tinggi badan terhadap umur, dan persentil indeks massa tubuh) menggunakan uji Chi Square test. Apabila uji Chi Square test tidak memenuhi syarat maka diganti menjadi Uji Fisher test. Nilai $p < 0,05$ menunjukkan adanya hubungan yang bermakna.

3.11 Penyajian Data

Data disajikan dalam bentuk narasi dan tabel yang disertai dengan penjelasan deskriptif

3.12 Etika Penelitian

1. Penelitian ini sudah mendapat izin etika dari pembimbing modul riset, dan
2. Responden akan diberikan penjelasan singkat mengenai penelitian yang akan dilakukan, setelah itu responden dimintai persetujuannya untuk dilakukan pengambilan data (*informed consent*). Hasil dari pengambilan data akan dirahasiakan dan hanya akan digunakan untuk tujuan penelitian. Responden berhak menolak untuk mengikuti penelitian ini.



BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

1.1 Sebaran Karakter Sosiodemografik Subyek

Jumlah subyek yang ikut serta dalam penelitian ini berdasarkan metode *total sampling* adalah sebanyak 87 orang. Sembilan di antaranya tidak memenuhi kriteria inklusi, memenuhi kriteria eksklusi serta terkena *drop-out*, sehingga jumlah subyek yang valid untuk diteliti sebanyak 78 orang. Sebaran karakter sosio demografik subyek dapat dilihat pada *Tabel 4.1*

Tabel 4.1 Sebaran karakteristik subyek berdasarkan jenis kelamin, usia, dan ukuran antropometrik (n=78)

Variabel	
1. Jenis Kelamin, n(%)	
Laki-laki	45 (57,7)
Perempuan	33 (42,3)
2. Usia dalam tahun, mean \pm SD	10,10 \pm 1,43
3. Berat badan dlm Kg, mean \pm SD	26,18 \pm 5,55
4. Tinggi badan dlm cm, mean \pm SD	130,67 \pm 8,32

Sebagian besar subyek berjenis kelamin laki-laki dengan usia rata-rata sepuluh tahun. Berat dan tinggi badan rata-rata adalah 26 kg dan 130 cm.

Jika dibandingkan dengan tabel Angka Kecukupan Gizi 2004 bagi orang Indonesia, berat badan ideal untuk anak usia 10 tahun ialah 35-37 kg dan tinggi badan ideal 138-145 cm.²⁰ Sedangkan menurut kurva tumbuh kembang CDC 2000 berat badan ideal usia anak usia sepuluh tahun ialah 32-33 kg dan tinggi ideal 137,5-138,5 cm. Dengan demikian umumnya anak-anak dalam penelitian ini memiliki berat dan tinggi badan di bawah nilai ideal.

Untuk sebaran kelompok status gizi berdasarkan indikator-indikator antropometrik dapat dilihat pada *Tabel 4.2*

Tabel 4.2 Sebaran subyek berdasarkan indikator status gizi (n=78)

Variabel	
1. Persentil BB/U, median (min-max.)	4,57 (0-81,24)
2. Status gizi berdasarkan BB/U, n (%)	
BB kurang	40 (51,3)
BB normal	38 (48,7)
3. Persentil TB/U, median (min-max.)	11,11 (0,04-67,76)
4. Status gizi berdasarkan TB/U, n (%)	
TB kurang	25 (32,1)
TB normal	53 (67,9)
5. Persentil IMT, median (min-max.)	12,68 (0,01-94,14)
6. Status gizi berdasarkan IMT, n (%)	
Kurus	30 (38,5)
Normal	49 (61,5)

Berdasarkan indikator berat badan terhadap umur (BB/U), lebih dari separuh total subyek memiliki status gizi kurang. Demikian juga berdasarkan indikator status gizi lain yang juga dinilai, bahwasanya dalam penelitian ini masih terdapat anak dengan keadaan gizi kurang yang jumlahnya tidak sedikit.

Pada penelitian ini prevalensi gizi kurang berdasarkan indikator BB/U sebanyak 51,3 % total subyek dan berdasarkan IMT sebanyak 38,5% total subyek. Mengacu pada kriteria WHO 1995, prevalensi status gizi kurang dalam penelitian ini termasuk dalam kategori kritis, yaitu lebih besar dari 15% total subyek.²¹ Bahkan berdasarkan indikator BB/U ada lebih banyak anak dengan gizi kurang dibanding yang normal. Oleh karena itu dalam penelitian ini keadaan gizi kurang merupakan permasalahan yang cukup mencolok dan butuh perhatian segera.

Sebagai perbandingan pada hasil Riset Kesehatan Dasar 2007, prevalensi anak usia sekolah berstatus gizi kurang di Indonesia pada laki-laki sebesar 13,3% dan pada perempuan sebesar 10,9% total subyek. Dengan perkataan lain prevalensi status gizi kurang dalam penelitian ini jauh lebih besar dibanding hasil Riskesdas 2007 yang merupakan gambaran prevalensi nasional.

Apabila prevalensi gizi kurang dalam penelitian ini diperbandingkan dengan data status gizi anak usia sekolah di beberapa negara Asia Tenggara

pada tahun 2002-2006, angka yang didapat dalam penelitian ini tidak jauh berbeda. Di beberapa negara kawasan Asia Tenggara prevalensi gizi kurang berkisar antara 29-34%.²²

Besarnya angka kurang gizi pada penelitian ini menandakan perlunya perhatian dan upaya penanganan segera guna meningkatkan status gizi anak-anak tersebut. Misalkan dengan memberikan makanan tambahan di sekolah secara berkala, dengan kandungan nutrien yang adekuat dan proporsional sesuai kebutuhan. Salah satu program pemerintah saat ini, yaitu Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah, ditujukan bagi daerah dengan prevalensi *stunting/wasting* yang cukup besar. Pemberian makanan dilakukan sebanyak 54 kali setahun dengan biaya yang relatif terjangkau.²³

Untuk melihat sebaran variabel tingkat pengetahuan subyek mengenai kebiasaan jajan dapat dilihat pada *tabel 4.3*

Tabel 4.3 Sebaran subyek berdasarkan skor dan tingkat pengetahuan mengenai kebiasaan jajan (n=78)

Variabel	
1. Skor, median (min-max.)	6 (1-10)
2. Tingkat pengetahuan, n (%)	
Kurang	32 (41,0%)
Sedang	27 (34,6%)
Baik	19 (24,4%)

Sebagian besar subyek memiliki tingkat pengetahuan kurang mengenai kebiasaan jajan di sekolah. Maka selain keadaan gizi kurang, tingkat pengetahuan yang rendah mengenai kebiasaan jajan juga merupakan permasalahan yang menjadi perhatian dalam penelitian ini.

1.2. Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dengan Status Gizi

Hubungan antara tingkat pengetahuan tentang kebiasaan jajan dengan status gizi pada anak dapat dilihat dalam tabel 4.4, 4.5 dan 4.6.

Tabel 4.4 Hubungan antara tingkat pengetahuan tentang mengenai jajan dengan status gizi berdasarkan persentil berat badan terhadap umur (n=78).

Variabel	Status Gizi		Keterangan.
	Kurang	Normal	
Tingkat pengetahuan			$p = 0,098$
- Kurang	20 (62,5)	12 (37,5)	<i>(Chi Square test)</i>
- Sedang*	8 (29,6)	19 (70,4)	
- Baik*	12 (63,2)	7 (36,8)	

*Kategori tingkat pengetahuan “sedang” dan “baik” digabung menjadi kategori “baik” saja untuk pengujian Chi-Square test.

Dalam penelitian ini berdasarkan indikator BB/U, anak dengan tingkat pengetahuan kurang lebih banyak yang mengalami gizi kurang dibanding gizi normal. Untuk kelompok status gizi kurang itu sendiri, sebagian besar berasal dari kelompok tingkat pengetahuan yang kurang mengenai kebiasaan jajan. Pada pengujian Chi-Square test tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan tentang kebiasaan jajan dengan status gizi menurut persentil berat badan terhadap umur ($p > 0,05$).

Tabel 4.5 Hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai kebiasaan jajan dengan status gizi berdasarkan persentil tinggi badan terhadap umur (n=78).

Variabel	Status Gizi		Keterangan.
	Kurang	Normal	
Tingkat pengetahuan			$p = 0,899$
- Kurang	10 (31,3)	22 (68,8)	<i>(Chi Square test)</i>
- Sedang*	7 (25,9)	20 (74,1)	
- Baik*	8 (42,1)	11 (57,9)	

*Kategori tingkat pengetahuan “sedang” dan “baik” digabung menjadi kategori “baik” saja untuk pengujian Chi-Square test.

Pada kelompok dengan status gizi kurang berdasarkan TB/U, sebagian besar anak memiliki tingkat pengetahuan kurang. Pada kelompok status gizi kurang, ada lebih banyak anak dengan tingkat pengetahuan kurang dibandingkan tingkat pengetahuan sedang dan baik. Hasil pengujian Chi Square tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan

tentang kebiasaan jajan dengan status gizi menurut persentil tinggi badan terhadap umur ($p > 0,05$).

Tabel 4.6 Hubungan antara tingkat pengetahuan tentang kebiasaan jajan dengan status gizi berdasarkan persentil indeks massa tubuh ($n=78$).

Variabel	Status Gizi		Keterangan.
	Kurang	Normal	
Tingkat pengetahuan			$p = 0,026$
- Kurang (skor ≤ 5)	17 (53,1)	15 (46,9)	<i>(Chi Square test)</i>
- Sedang*	5 (18,5)	22 (81,5)	
- Baik*	8 (42,1)	11 (57,9)	

*Kategori tingkat pengetahuan “sedang” dan “baik” digabung menjadi kategori “baik” saja untuk pengujian Chi-Square test.

Pada kelompok status gizi kurang berdasar IMT, terdapat lebih banyak anak yang memiliki tingkat pengetahuan kurang mengenai kebiasaan jajan. Dalam kelompok tingkat pengetahuan kurang itu sendiri, ada lebih banyak anak yang status gizinya kurang dibanding normal.

Hasil pengujian Chi Square test didapatkan hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan tentang kebiasaan jajan dengan status gizi menurut persentil indeks massa tubuh ($p < 0,05$).

Terdapatnya perbedaan hasil kemaknaan hubungan antara tingkat pengetahuan dengan indikator IMT dan dengan indikator status gizi lainnya dapat dijelaskan sebagai berikut. Penggunaan indikator antropometrik tertentu menggambarkan status gizi pada situasi yang tertentu pula. Indikator tinggi badan menggambarkan kondisi gizi yang bersifat kronis dan dipengaruhi oleh faktor-faktor lampau, seperti genetik, penyakit kronik atau kondisi sosioekonomik yang memprihatinkan. Indikator tinggi badan lebih lambat berespons terhadap perubahan metabolik nutrien dalam tubuh dibanding indikator lainnya. Sedangkan indikator berat badan terhadap umur menggambarkan status gizi pada saat ini, dan dipengaruhi oleh faktor-faktor terkini terutama asupan nutrien. Adapun indikator berat badan menurut tinggi badan (BB/TB, indeks massa tubuh, indeks ponderal) juga menggambarkan status gizi terbaru serta mencerminkan simpanan energi dalam bentuk lemak subkutan. Perubahan metabolisme nutrien secara akut relatif lebih cepat

mempengaruhi indikator indeks massa tubuh dibandingkan indikator status gizi lainnya.²⁴

Menurut WHO penggunaan indikator IMT lebih indikatif dibandingkan indikator berat badan atau tinggi badan menurut umur, terutama untuk menunjukkan adanya insufisiensi asupan energi protein atau mikronutrien tertentu, gangguan absorpsi atau kehilangan nutrien berlebih.²⁵ Oleh karena itu pengetahuan tentang kebiasaan jajan termasuk faktor yang mempengaruhi status gizi secara akut.

Namun demikian status gizi anak tidak semata-mata hanya ditentukan oleh tingkat pengetahuan anak tersebut mengenai kebiasaan jajan. Selain itu, masih terdapat faktor lain yang juga turut berpengaruh terhadap status gizi anak.²⁶ Faktor-faktor tersebut antara lain ialah faktor asupan makanan dan nutrien, faktor psikologik dan sosial, serta faktor fisik.

- Faktor pola asupan nutrien, seperti defisiensi nutrien spesifik (defisiensi kalori, protein, vitamin dan mineral), gangguan saluran cerna (konstipasi, diare), kebiasaan makan yang tidak benar (terlalu membatasi asupan, tidak nafsu makan, dsb)
- Faktor psikologik dan sosial, seperti pendapatan keluarga dan kondisi lingkungan tempat tinggal. Anak yang tinggal di lingkungan kumuh (*slum area*) dan berasal dari keluarga ekonomi lemah rentan mengalami defisiensi asupan kalori dan mengalami *underweight* dibandingkan anak yang tinggal di lingkungan urban dan dari keluarga ekonomi mapan.²⁷ Jumlah anggota keluarga juga mempengaruhi. Semakin banyak jumlah anggota keluarga, yang tidak diimbangi dengan peningkatan kondisi ekonomi yang proporsional menyebabkan asupan nutrisi berkurang pada anak-anak.²⁸ Kenaikan harga bahan pangan menyebabkan peningkatan konsumsi makanan dengan kandungan gizi yang tidak proporsional, yaitu tinggi natrium, tinggi lemak dan rendah protein dan serat. Hal-hal lain seperti depresi dan budaya setempat turut berpengaruh,
- Faktor fisik seperti kondisi berat lahir, penyakit infeksius dan penyakit kronis. Anak dengan kondisi berat badan lahir rendah (<2500gr) berisiko mengalami malnutrisi dalam masa tumbuh kembangnya. Keadaan-

keadaan tertentu seperti imobilisasi, stres katabolik (trauma, sepsis), dan pengobatan medikamentosa (pemakaian kronik, interaksi obat) juga dapat menyebabkan kondisi gizi kurang.

Selain itu perbedaan usia pada subyek penelitian ini dapat membedakan tingkat pengetahuan subyek tentang kebiasaan jajan. Anak yang usianya lebih tua dapat memiliki tingkat pengetahuan yang lebih baik dari anak yang lebih muda, terkait jenjang pendidikannya.

Dengan demikian status gizi merupakan sesuatu yang bersifat multi faktor. Ada banyak hal yang lebih mempengaruhi status gizi seorang anak dibandingkan pengetahuannya saja mengenai kebiasaan jajan. Namun demikian dengan memahami adanya korelasi antara pengetahuan dan status gizi, dapat diupayakan modifikasi tingkat pengetahuan guna memperbaiki status gizi anak usia sekolah.

Telah banyak diteliti bahwa pengetahuan berpengaruh terhadap perilaku hidup sehat, baik pada usia anak-anak maupun dewasa. Kesadaran seseorang dalam memilih pola dietnya sehari-hari akan berdampak pada kondisi kesehatannya. Terkait pemilihan dan asupan nutrisi, tingkat pengetahuan yang baik pada anak memberi efek positif terhadap asupan makanan sehari-hari yang adekuat. Dengan demikian berbagai upaya dapat dilakukan guna meningkatkan kualitas pengetahuan anak sehingga diharapkan akan terjadi perbaikan status gizi. Upaya tersebut di antaranya dengan melakukan penyuluhan tentang pola makan yang sehat atau melalui pengembangan kurikulum terpadu di sekolah dengan memasukkan materi mengenai makanan sehat dan bergizi. Di dalamnya tercakup materi mengenai konsumsi jajanan (*fast food, snack and beverages*).

Penelitian Fahlman et.al terhadap sejumlah siswa sekolah dasar yang dibagi menjadi kelompok intervensi dan kelompok kontrol menemukan bahwa pengetahuan tentang nutrisi yang baik akan mempengaruhi minat anak dalam mengkonsumsi makanan sehat. Pada kelompok intervensi setelah mendapat penyuluhan selama delapan sesi tentang makanan sehat terjadi peningkatan kesadaran untuk mengkonsumsi buah dan sayur lebih tinggi serta mengurangi konsumsi makanan jajanan (*fast food*) dibanding sebelum

mendapat penyuluhan. Anak-anak yang mendapat penyuluhan memiliki kesadaran yang lebih tinggi dalam mengkonsumsi makanan sehat dibanding yang tidak.¹⁸ Hal yang sama juga dikemukakan oleh Eboh et.al bahwasanya penyuluhan di sekolah mengenai nutrisi sebanyak empat kali seminggu masing-masing selama 40 menit dalam kurun 3 minggu dapat meningkatkan pengetahuan anak tentang pola dan pemilihan makanan yang sehat.²⁹

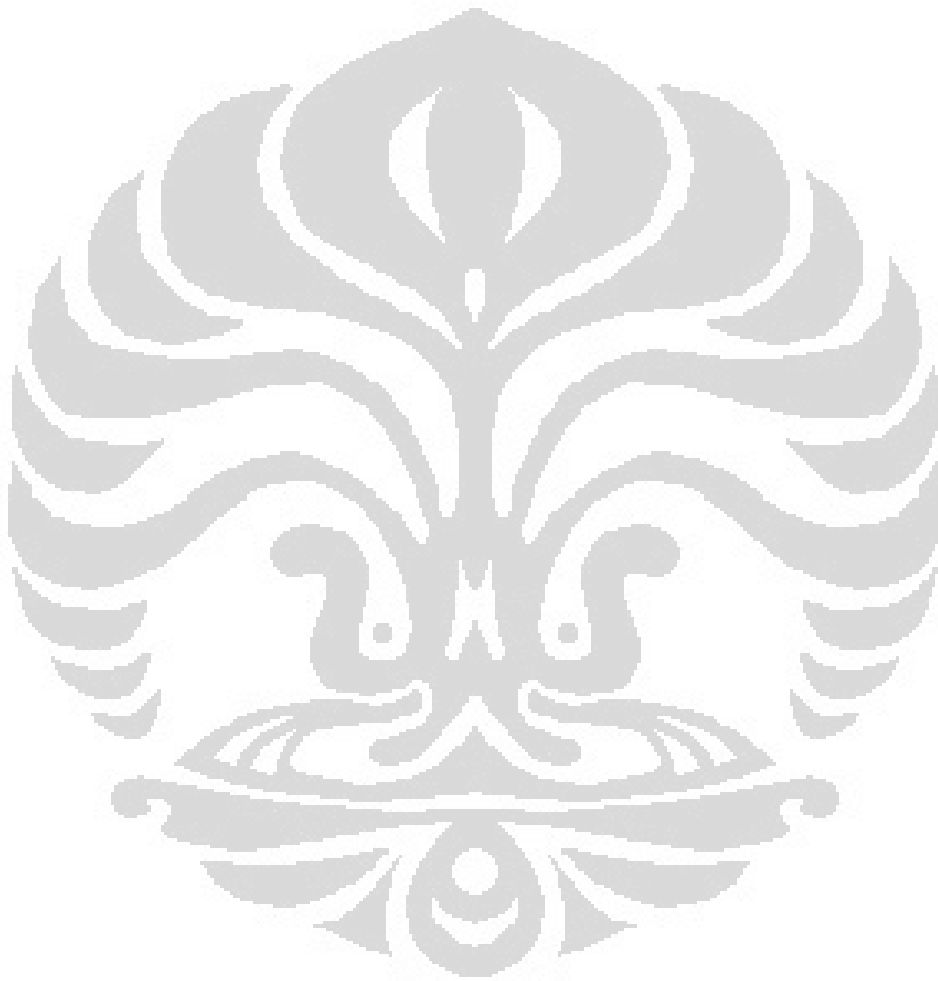
Jenjang pendidikan juga turut berpengaruh terhadap pengetahuan mengenai asupan makanan. Pada penelitian Lin et.al di Taiwan terhadap sejumlah siswa sekolah dasar kelas 1-6 yang dibagi menjadi dua kelompok didapatkan bahwa siswa kelas 4-6 memiliki tingkat pengetahuan nutrisi yang lebih baik dibanding siswa kelas 1-3. Juga terdapat korelasi antara pengetahuan dengan perilaku makan sehari-hari, di mana anak yang memiliki pengetahuan yang baik menunjukkan perilaku dan pemilihan makanan yang baik dan seimbang dibandingkan anak dengan pengetahuan yang kurang.³⁰

Upaya penyuluhan tentang makanan dan jajanan dapat dilakukan melalui penggunaan kurikulum terpadu di sekolah mengenai asupan nutrisi, di mana materi mengenai makanan sehat dan jajanan disisipkan ke dalam mata pelajaran kesehatan jasmani yang telah ada sebelumnya. Shariff et.al mengemukakan bahwa penambahan materi mengenai beberapa hal terkait pola diet termasuk jajanan sehat selama 6 minggu akan meningkatkan pengetahuan anak tentang pola makan yang sehat yang juga diikuti oleh kemauan untuk melakukannya.³¹

Tidak hanya berguna dalam mencegah terjadinya gizi kurang, pengetahuan juga mencegah timbulnya obesitas akibat jajanan. Triches et al melaporkan bahwa pengetahuan dan kebiasaan mengkonsumsi jajanan (*snack and soft drinks*) memiliki hubungan dengan timbulnya obesitas. Anak dengan pengetahuan gizi akan konsumsi jajanan yang rendah cenderung memiliki kebiasaan makan yang tidak tepat (tinggi kalori namun rendah serat dan protein) serta berisiko lima kali untuk mengalami obesitas dibandingkan anak dengan pengetahuan gizi yang baik (OR=5,3).³²

Oleh karena itu untuk mencegah malnutrisi, khususnya kondisi gizi kurang, peningkatan pengetahuan tentang kebiasaan jajan adalah salah satu

solusinya. Edukasi mengenai kebiasaan jajan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki pemahaman yang baik. Edukasi ini harus disampaikan dengan pemahaman akan kebutuhan siswa dan pihak sekolah, disesuaikan dengan apa yang telah diketahui oleh siswa, dapat diterima secara kultural serta dibawakan dengan cara yang mudah dimengerti mengenai apa saja yang diperlukan untuk memperbaiki kebiasaan jajan anak usia sekolah.³³



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Sebagian besar anak usia sekolah di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan tahun 2009 memiliki berat badan dan tinggi badan di bawah nilai ideal,
2. Prevelansi status gizi kurang berdasarkan indikator berat badan, tinggi badan dan indeks massa tubuh pada anak usia sekolah di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan tahun 2009 masih cukup banyak,
3. Sebagian besar anak usia sekolah di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan tahun 2009 memiliki tingkat pengetahuan yang kurang mengenai kebiasaan jajan,
4. Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan anak usia sekolah mengenai kebiasaan jajan dengan status gizi berdasarkan persentil indeks massa tubuh. Anak dengan tingkat pengetahuan kurang lebih banyak memiliki status gizi kurang dibandingkan gizi baik.

5.2 Saran

1. Perlu kiranya dilakukan upaya promosi kesehatan guna meningkatkan status gizi anak usia sekolah di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan. Upaya ini dapat melalui pemberian makanan tambahan anak sekolah (PMTAS) yang cukup mengandung energi dan protein dengan harga terjangkau selama 54 kali dalam setahun,
2. Karena terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dan status gizi menurut IMT, perlu kiranya dilakukan upaya peningkatan pengetahuan tentang kebiasaan jajan bagi anak-anak usia sekolah demi mengurangi prevalensi gizi kurang. Upaya tersebut dapat melalui edukasi di sekolah atau penyuluhan. Edukasi dapat disampaikan oleh guru atau petugas kesehatan terkait, berupa penambahan materi kurikulum di sekolah tentang pola makan dan cara pemilihan sumber nutrisi yang benar dan adekuat termasuk konsumsi jajanan. Materi ini dapat diberikan 4 kali pertemuan setiap minggunya selama 3-6 minggu atau disesuaikan dengan

jadwal pelajaran siswa. Hal-hal yang sebaiknya tercakup dalam materi penyuluhan mengenai jajanan ialah kandungan makanan jajanan dan berbagai efeknya bagi tubuh, penyakit yang dapat ditularkan melalui jajanan serta pentingnya kebiasaan untuk mengkonsumsi sarapan di rumah daripada jajan di sekolah,

3. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut atau pengulangan penelitian dengan jumlah sampel yang lebih besar untuk mendapatkan hasil yang konsisten antara berbagai variabel terikat. Pada penghitungan besar sampel dengan menggunakan proporsi gizi kurang berdasarkan IMT pada penelitian ini (38,5%), sampel yang dibutuhkan untuk penelitian selanjutnya sebanyak 91 orang.



DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar 2007. [Online]. 2007 [cited 2011 Mar 26]; Available from: URL: http://www.litbang.depkes.go.id/ccount/?http://www.litbang.depkes.go.id/LaporanRKD/Indonesia/Riskesdas_2007_English.zip
2. Katona P, Katona-Apte J. The interaction between nutrition and infection. *Clinical Infectious Disease* 2008; 46(10):1582-8.
3. Kar BR, Rao SL, Chandramouli BA. Cognitive development in children with chronic protein energy malnutrition. *Behavior Brain Function* 2008;4;31.
4. Bollella M, Spark A, Boccia L, Nicklas T, Pittman B, Williams C. Nutrient intake of head start children: home vs school. *Journal of the American College of Nutrition* 1999;18(2):108-114.
5. Hammond K. Assessment: Dietary and Clinical Data. In: Mahan LK, Escott-Stump S. *Assessment: dietary and clinical data*. In: Krause's Food & Nutrition Therapy. 12th ed. USA: Saunders; 2008. p. 384-7.
6. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Growth Chart. [Online]. 2010 Sept 9 [cited 2011 March 13]. Available from: URL: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_246.pdf
7. Crooks DL. Trading nutrition for education: Nutritional status and the sale of snack foods in an eastern Kentucky school. *Medical Anthropology Quarterly* 2003;17(2):182-99.
8. Liem DG, Zandstra L. Children's liking and wanting of snack products: Influence of shape and flavour. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2009;6(38).
9. Utter J, Scragg R, Mhurchu C, Schaaf D. At-home breakfast consumption among New Zealand children: Associations with Body Mass Index and Related Nutrition Behaviors. *Journal of the American Dietetic Association* 2007;107:570-6.

10. Macdiarmid J, Loe H, Craig LCA, Masson LF, Holmes B, McNeill G. Meal and snacking patterns of school-aged children in Scotland. *European Journal of Clinical Nutrition* 2009;63:1297-304.
11. Badan Pengawas Obat dan makanan. Food Watch Sistem Keamanan Terpadu Jajanan Anak Sekolah. [Online]. 2007 [cited 2011 Apr 18]; Available from: URL: <http://www.pom.go.id/surv/events/jas2007Vol2.pdf>
12. Badan Pengawas Obat dan Makanan. Keamanan Pangan Jajanan Anak Sekolah (PJAS) [Online]. 2006 Sept 30 [cited 2009 Oct 14]; Available from: URL: http://www.pom.go.id/public/berita_aktual/detail.asp?id=146&q_s_menuid=2
13. Idowu OA, Rowland SA. Oral fecal parasites and personal hygiene of food handlers in Abeokuta, Nigeria. *African Health Sciences* 2006;6(3):160-4.
14. Bowman S, Gortmaker S, Ebbeling C, Pereira M, Ludwig D. Effects of fast-food consumption on Energy Intake and diet quality among children in a national household survey. *Pediatrics* 2004;113:112-8.
15. Niemeier HM, Raynar HA, Lloyd-Richardson EE, Rogers ML, Wing RR. Fastfood consumption and breakfast skipping predictors of weight gain from adolescence to adulthood in a nationally representative sample. *Journal of Adolescent Health* 2006 Dec;39(6):842-9.
16. Ludwig D, Peterson K, Gortmaker S. Relation between consumption of sugar sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *The Lancet* 2001;357:505-8.
17. Sancheti P, Tibdewal H, Jain M, Duraiswamy P, Kulkarnis S. Effect of cariogenic food consumption and tooth cleaning habits on dental caries among fee and non fee-paying school children of Udaipur city, India. *Journal of Oral Health Research* 2010;1(1):33-9.
18. Fahlman M, Dake J, McCaughty N, Martin J. A pilot study to examine the effects of a nutrition intervention on nutrition knowledge, behaviors, and efficacy expectations in Middle School Children. *Journal of School Health* 2008 Apr; 78:216-22.

19. KampungKids Admin. About KampungKids. [Online]. 2007 [cited 13 October 2009]; available from: URL: <http://www.KampungKids.org/info.php?info=about>
20. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1593/MENKES/SK/XI/2005 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan Bagi Bangsa Indonesia. [Online]. Available from: URL: <http://www.gizi.net/kebijakan-gizi/download/sk%20akg2004.pdf>
21. World Health Organization. The management of nutrition in major emergencies. Geneva: World Health Organization; 2000. p.40.
22. Best C, Neufingerl N, Geel L, Briel T, Osendarp S. The nutritional status of school-aged children: why should we care? Food and Nutrition Bulletin 2010;31(3):400-17.
23. Kementerian Pendidikan Nasional Republik Indonesia. Mendiknas luncurkan PMTAS bersama enam menteri lain. [Online]. 2010 Aug 13 [cited 2011 May 5]; Available from: URL: http://jardiknas.kemdiknas.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=1518:mendiknas-luncurkan-pmt-as-bersama-enam-menteri-lain-&catid=70:berita&Itemid=503
24. Medhi GK, Barua A, Mahanta J. Growth and nutritional status of school age children (6-14 years) of ten gader worker of Assam. Journal of Human Ecology 2006;19(2):83-5.
25. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organ Technical Report Series 1995;854:1-452.
26. Heird WC. Nutrition. In: Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton. Nelson textbook of Pediatrics. 18th ed. USA: Saunders; 2007. p.227
27. Kumar D, Mittal PC, Sharma MK. Socio-demographic risk factors of child undernutrition. Journal of Pediatric Sciences 2010;2(1).
28. Mukherjee MR, Chaturvedi LC, Bhalwar C. Determinants of nutritional status of school children. MJAFI 2008;64:227-31.

29. Eboh LO, Boye TE. Nutrition knowledge and food choices of primary school pupils in the Niger-Delta Region Nigeria. *Pakistan Journal of Nutrition* 2006;5(4):308-11.
30. Lin W, Yang HC, Hang CM, Pan WH. Nutrition knowledge, attitude, and behaviour of Taiwanese elementary school children. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* 2007;16(S2):234-46.
31. Shariff Z, Bukhari S, Othman N, Hashim N, Ismail M, Jamil Z et.al. Nutrition education intervention improves nutrition knowledge, attitude and practices of primary school children: A pilot study. *International Electric Journal of Health Education* 2008;11:119-32.
32. Triches RM, Giugliani ER. Obesity, eating habits and nutritional knowledge among school children. *Rev Saude Publica* 2005;39(4).
33. Perez-Rodrigo C, Aracenta J. School based nutrition education: lesson learned and new perspectives. *Public health nutrition* 200;4(1A):131-9.

