



UNIVERSITAS INDONESIA

**STATUS GIZI ANAK USIA SEKOLAH DAN HUBUNGANNYA DENGAN
PENGETAHUAN TENTANG KEBERSIHAN DIRI DI YAYASAN X,
PEJATEN, JAKARTA SELATAN TAHUN 2009**

SKRIPSI

WINSON JOS

0806324601

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UMUM

JAKARTA

MEI 2011



UNIVERSITAS INDONESIA

**STATUS GIZI ANAK USIA SEKOLAH DAN HUBUNGANNYA DENGAN
TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG KEBERSIHAN DIRI
DI YAYASAN X, PEJATEN, JAKARTA SELATAN
TAHUN 2009**

SKRIPSI

**Diajukan untuk Memenuhi Pernyataan Kelulusan
sebagai Sarjana Kedokteran pada
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia**

WINSON JOS

0806324601

**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 : Winson Jos

NPM : 0806324601

Tanda tangan :



Tanggal : 13 Mei 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Winson Jos

NPM : 0806324601

Program Studi : Pendidikan Dokter Umum

Judul Skripsi :

**STATUS GIZI ANAK USIA SEKOLAH DAN HUBUNGANNYA DENGAN
PENGETAHUAN TENTANG KEBERSIHAN DIRI 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 MS, DAP&E, Sp. ParK ()

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 20 Mei 2011

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan atas ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan hidayahnya penulis dapat menyelesaikan tugas skripsi yang berjudul “Status Gizi Anak Usia Sekolah dan Hubungannya dengan Tingkat Pengetahuan Diri Tentang Kebersihan Diri di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan, tahun 2009” ini dengan baik. Skripsi ini untuk diajukan sebagai syarat untuk lulus pendidikan sarjanakedokteran umum di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI). Selain itu, penulis juga berharap penelitian ini dapat berguna untuk siapapun yang memerlukannya, terutama dalam hal pencarian informasi terkait kebersihan diri dan status gizi anak usia sekolah di Indonesia.

Dalam kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dr. dr. Ratna Sitompul, Sp.M (K), sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI);
2. Dr. dr. Saptawati Bardosono, MSc, selaku Ketua Modul Riset FKUI 2008 dan sekaligus sebagai pembimbing riset ini yang telah membekali peneliti dengan kemampuan membuat skripsi dan telah dengan sabar membimbing peneliti dalam menyelesaikan penelitian ini;
3. Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan kepada penulis;
4. Teman-teman satu kelompok riset yang telah berjuang bersama dan banyak membantu peneliti dalam menyelesaikan penelitian ini;
5. Rekan-rekan FKUI khususnya angkatan 2008 dan pihak-pihak lain yang tidak dapat disebutkan seluruhnya yang telah membantu penyelesaian penelitian ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, peneliti berharap segala kritik dan saran mengenai skripsi ini dapat diberikan kepada penulis demi perbaikan ke depannya.

Jakarata, Mei 2011

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Winson Jos
NPM : 0806324601
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Departemen : Gizi
Fakultas : Kedokteran
Jenis karya : Skripsi

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas skripsi saya yang berjudul: **“Status Gizi Anak Usia Sekolah dan Hubungannya dengan Pengetahuan tentang Kebersihan Diri di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan Tahun 2009”** beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). 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 : 13 Mei 2011

Yang menyatakan,



(Winson Jos)

ABSTRAK

Nama : Winson Jos
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Judul : Status Gizi Anak Usia Sekolah dan Hubungannya dengan Pengetahuan Diri Tentang Kebersihan Diri di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan, tahun 2009

Latar belakang: Saat ini kondisi status gizi anak usia sekolah di Indonesia cukup memprihatinkan. Hal ini terlihat dari data Departemen Kesehatan (2004), bahwa pada tahun 2003, bahwa 27,5% anak Indonesia kurang gizi. Untuk mencapai visi Indonesia Sehat 2010, diperlukan perbaikan pada semua aspek kesehatan termasuk status gizi. Program perilaku Hidup Bersih dan Sehat yang berkaitan erat dengan kebersihan diri diharapkan dapat meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang kebersihan diri dan pada akhirnya akan meningkatkan status gizi masyarakat pula. Akan tetapi, belum terdapat bukti yang jelas yang membahas keterkaitan langsung antara tingkat pengetahuan menjelaskan hubungan antara hubungan tingkat pengetahuan mengenai kebersihan diri dengan status gizi khususnya pada kelompok anak usia sekolah. **Metode:** Penelitian ini dilakukan terhadap 78 anak usia sekolah di bawah binaan Yayasan X, penelitian ini menggunakan desain studi *cross-sectional* untuk menilai tingkat pengetahuan responden, kondisi status gizi di Yayasan X, dan mencari hubungan di antara keduanya. **Hasil:** Jumlah subjek laki-laki pada penelitian ini (45 anak) lebih banyak dibanding jumlah subjek perempuan (33 anak) Usia rata-rata anak tersebut adalah 10,10 tahun \pm 1,43 tahun, dengan berat badan rata-rata 26,18kg \pm 5,55kg dan tinggi badan rata-rata 130,67cm \pm 8,32cm. Semua data yang didapat dianalisis dengan menggunakan *Chi-square* test untuk melihat ada tidaknya hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan tentang kebersihan diri dengan status gizi pada anak usia sekolah di Yayasan X. Dari hasil uji tersebut diketahui bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan tentang kebersihan diri dan status gizi yang diukur berdasarkan indikator persenti berat badan terhadap umur ($p=0,212$), tinggi badan terhadap umur ($p = 0,318$), dan persentil *body mass index* ($p = 0,117$). Akan tetapi, dapat dilihat bahwa anak dengan tingkat pengetahuan yang baik cenderung memiliki status gizi yang baik pula. **Kesimpulan:** Tidak terdapat hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan tentang kebersihan diri dengan status gizi pada anak usia sekolah, namun terlihat adanya efek positif dari kebersihan diri dalam kaitannya dengan status gizi.

Kata kunci: Status gizi, anak usia sekolah, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), pengetahuan, kebersihan diri

ABSTRACT

Name : Winson Jos
Study Programme : General Medicine
Title : Nutritional Status of School Aged Children and Its Association with Personal Hygiene Knowledge at X Foundation, Pejaten, South Jakarta, Indonesia in 2009

Background: Nowadays, nutritional status of school-aged children in Indonesia is devastating. According to Ministry of Health (2004), in 2003 27,5% of Indonesia children is undernourished. In order to achieve the vision of Indonesia Sehat 2010, a full sector improvement is required, including improvement of nutritional status in school-aged children. The Healthy and Hygiene Lifestyle Programme (Program Perilaku Hidup bersih dan Sehat) which include personal hygiene improvement is expected to be able to improve the nutritional status in Indonesia. However, there are no sufficient evidence proving the effectiveness of personal hygiene improving nutritional status, especially in school-aged children group. **Methods:** The research was conducted in X Foundation, with 78 school-aged children as the subjects. This research uses cross-sectional designed to identify the personal hygiene knowledge of subjects, nutritional status of subjects, and association between the personal hygiene knowledge and nutritional status. **Result:** The total of male subjects (45 kids) is more than the total of female subjects (33 kids). The average age for the subject is 10,10 years old \pm 1,43 years old, the average weight for the subject is 26,18kg \pm 5,55kg, and the average height for the subject is 130,67cm \pm 8,32cm. The collected data is analyzed using *chi-square* test to prove the association between personal hygiene knowledge and nutritional status in school-aged children in Kampung Kids Foundation. The result shows there is no significant association between personal hygiene knowledge and nutritional status indicators, such as, weight-age-percentils ($p=0,212$), height-age-percentils ($p = 0,318$), dan body mass index percentils ($p = 0,117$). However, school-aged children with better personal hygiene knowledge tend to have better nutritional status. **Conclusion:** There are no significant association between hygiene knowledge and nutritional status of school-aged children in X Foundation. However, personal hygiene knowledge shows positive benefits to improve nutritional status.

Keywords: Nutritional status, school-aged children, Healthy and Hygiene Lifestyle, knowledge, personal hygiene

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISINILITAS.....	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 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan penelitian.....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Status Gizi Anak Usia Sekolah.....	5
2.2 Pengetahuan.....	8
2.3 Hubungan Antara Status Gizi Anak Usia Sekolah Dengan Tingkat Pengetahuan Mengenai Kebersihan diri.....	14
2.4 Yayasan KampungKids.....	15
2.5 Kerangka Konsep.....	16
3. METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian.....	17
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	17
3.3 Populasi Penelitian.....	17
3.4 Sampel Penelitian.....	17
3.5 Kriteria Inklusi, Eksklusi, dan <i>Drop Out</i>	18
3.6 Besar Sampel.....	18
3.7 Identifikasi variabel.....	19
3.8 Pelaksanaan Pengumpulan Data.....	19
3.9 Batasan Operasional.....	20
3.10 Analisis Data.....	21
3.11 Penyajian Data.....	22

3.12 Etika Penelitian.....	22
4. HASIL DAN DISKUSI	
4.1 Karakteristik Sosio-Demografi.....	23
4.2 Sebaran Status Gizi.....	24
4.3 Tingkat Pengetahuan.....	25
4.4 Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Mengenai Kebersihan Diri dengan Status Gizi Berdasarkan Indikator-Indikatornya.....	25
5. KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan.....	31
5.2 Saran.....	31

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Grafik CDC untuk indikator BMI untuk anak usia 2-20 tahun.....	7
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	16

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Interpretasi indikator status gizi dengan menggunakan grafik CDC.....	8
Tabel 4.1 <i>Sebaran karakteristik subyek berdasarkan jenis kelamin, usia, dan ukuran antropometrik.....</i>	23
Tabel 4.2 <i>Sebaran subyek berdasarkan indikator dan status gizi.....</i>	24
Tabel 4.3 <i>Sebaran subyek berdasarkan skor dan tingkat pengetahuan tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat terkait Kebersihan Diri.....</i>	25
Tabel 4.4 <i>antara tingkat pengetahuan mengenai Kebersihan Diri dengan status gizi berdasarkan persentil berat badan terhadap umur.....</i>	26
Tabel 4.5 <i>Hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai kebersihan diri dengan status gizi berdasarkan persentil tinggi badan terhadap umur.....</i>	27
Tabel 4.6 <i>Hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai kebersihan diri dengan status gizi berdasarkan persentil indeks massa tubuh.....</i>	28

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Data Subjek.....	35
Lampiran 2 Informed Consent.....	38
Lampiran 3 Kuesioner Penelitian.....	40
Lampiran 4 Tabel 2x2 untuk Analisis Data Ordinal.....	40

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Malnutrisi merupakan masalah di negara berkembang termasuk di Indonesia. Dalam sepuluh tahun terakhir, diketahui bahwa kondisi ini semakin memburuk yang disebabkan oleh kurangnya perhatian pemerintah dalam menentukan standar asupan gizi yang baik. Menurut Departemen Kesehatan (2004), pada tahun 2003 terdapat sekitar 27,5% anak Indonesia kurang gizi, 19,2% anak Indonesia gizi kurang, dan 8,3% anak Indonesia mengalami gizi buruk. Berdasarkan Riskesdas 2007, anak-anak usia sekolah (6-14 tahun) di provinsi DKI Jakarta yang memiliki status gizi kurang berdasarkan indikator BMI adalah 14,9% untuk anak laki-laki dan 10,6% untuk anak perempuan. Berdasarkan laporan dari *United Nations Development Programme* (UNDP), pada tahun 2010 Indonesia menempati peringkat 108 dari 169 negara berdasarkan kriteria Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Peringkat ini lebih rendah dibandingkan negara lain di Asia Tenggara. Menurut Dinkes (2005), Rendahnya IPM yang ada di Indonesia disebabkan oleh rendahnya status gizi dan kesehatan penduduk Indonesia.

Terdapat bukti yang mengemukakan bahwa malnutrisi dapat menyebabkan efek langsung dan tidak langsung pada kesehatan. Efek malnutrisi mencakup peningkatan mortalitas dan morbiditas, penurunan kemampuan kognitif dan sosial, penurunan kapasitas fisik dan produktivitas sampai akhirnya mempengaruhi pertumbuhan ekonomi suatu negara. Studi prospektif memperlihatkan bahwa anak yang mengalami malnutrisi berat memiliki peningkatan mortalitas delapan kali lebih besar dibanding anak dengan status gizi normal, bahkan seorang anak dengan malnutrisi ringanpun mengalami peningkatan mortalitas dua kali lebih besar daripada anak normal. Sekitar 83% kematian pada anak disebabkan malnutrisi ringan sampai berat. Hal ini terutama berhubungan dengan terjadinya peningkatan risiko terkena penyakit infeksi.

Kebersihan diri merupakan faktor yang penting dalam mencegah terjadinya penyakit infeksi seperti diare. Diketahui bahwa 2,4 juta kematian di dunia setiap tahunnya, terutama kematian akibat diare dan malnutrisi, dapat dicegah dengan perilaku hidup bersih dan sehat, seperti, menjaga kebersihan air minum dan kebersihan diri. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan program yang dicanangkan untuk mencapai Visi Nasional Promosi Kesehatan sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI. No. 1193/MENKES/SK/X/2004 yaitu untuk mengubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat. Salah satu dari Perilaku Hidup Bersih dan Sehat adalah menjaga higienitas diri dengan cara cuci tangan, sikat gigi, dll. Cuci tangan menggunakan sabun telah diyakini sebagai upaya termudah dan termurah dalam menghilangkan kuman bakteri, termasuk bakteri penyebab diare yang dapat mempengaruhi status gizi. Dengan diberlakukannya PHBS untuk mengubah perilaku masyarakat diharapkan akan terbentuk masyarakat dengan status gizi yang baik sesuai dengan program Indonesia Sehat 2010.

Tahap-tahap manajemen program PHBS untuk mewujudkan perilaku hidup bersih dan sehat di setiap tatanan masyarakat mencakup, pengkajian, perencanaan, penggerakan pelaksanaan sampai dengan pemantauan dan penilaian. Sesuai dengan tahapan-tahapan tersebut, peneliti ingin melakukan penelitian untuk mengetahui efektivitas dari PHBS yang telah dicanangkan oleh pemerintah. Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian untuk mencari hubungan antara PHBS terkait kebersihan diri dengan status gizi pada anak-anak khususnya anak usia sekolah. Dengan melakukan penelitian ini peneliti berharap dapat menemukan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan program PHBS dan usaha yang dapat dilakukan untuk meningkatkan keberhasilan program PHBS dalam menciptakan masyarakat Indonesia khususnya anak-anak usia sekolah dengan status gizi yang baik.

1.2 Rumusan Masalah

Dalam penelitian ini ditetapkan rumusan masalah sebagai berikut:

- Bagaimana status gizi anak-anak usia sekolah di Yayasan X?
- Bagaimana tingkat pengetahuan mengenai kebersihan diri anak-anak usia sekolah di Yayasan X?
- Bagaimana hubungan antara status gizi anak-anak usia sekolah dengan tingkat pengetahuan mengenai kebersihan diri di Yayasan X?

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 menemukan solusi dalam mengatasi 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 sosio-demografinya di Yayasan X ,
2. Mengetahui status gizi anak usia sekolah di Yayasan X
3. Mengetahui tingkat pengetahuan anak usia sekolah di Yayasan X tentang PHBS terkait kebersihan diri, dan
4. Mengetahui hubungan antara status gizi anak usia sekolah di Yayasan X dengan tingkat pengetahuan anak usia sekolah di Yayasan X tentang PHBS terkait kebersihan diri.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini dapat bermanfaat bagi masyarakat dalam hal ini anak usia sekolah, 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 perilaku hidup bersih dan sehat di masyarakat dan
2. Memberi masukan dalam bidang pelayanan kesehatan mengenai pengetahuan perilaku 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 dan 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 perilaku hidup bersih dan sehat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1.1 Status Gizi Anak Usia Sekolah

Status gizi merupakan ukuran ketercukupan asupan nutrisi seseorang. Seseorang dikatakan memiliki status gizi optimal ketika asupan nutrisi yang dikonsumsi cukup untuk mendukung kebutuhan tubuh sehari-hari. Status gizi yang optimal ini dapat mendukung tumbuh kembang anak yang baik, aktivitas fisik sehari-hari, dan melindungi diri dari penyakit. Pertumbuhan seorang anak usia sekolah (6-12 tahun) berlangsung lambat tapi pasti dan berbanding lurus dengan asupan makanan yang konstan. Masalah asupan makanan telah teratasi pada usia ini dan biasanya anak-anak usia sekolah makan untuk memuaskan rasa lapar atau untuk kebutuhan sosial. Namun demikian, anak usia sekolah dapat juga mengalami kehilangan berat badan dan gagal tumbuh akibat penyakit kronis, konstipasi, kekurangan makanan, dan lain-lain.

2.1.1 Pengukuran Status Gizi

Pengukuran status gizi adalah evaluasi komprehensif yang dilakukan untuk menentukan status gizi seseorang dengan menggunakan berbagai metode seperti riwayat kesehatan, sosial, dan nutrisi, pemeriksaan fisik, pengukuran antropometri, dan data laboratorium. Berikut akan dijelaskan mengenai metode-metode penilaian untuk menentukan status gizi seseorang,

1. Penilaian dengan menggunakan riwayat kesehatan, sosial, dan asupan gizi
Riwayat adalah informasi yang didapat dari seorang individu atau populasi. Biasanya riwayat yang dipakai untuk menilai status gizi mencakup riwayat kesehatan, sosial, dan asupan gizi. Penilaian riwayat kesehatan mencakup penyakit yang pernah diderita atau pengobatan yang pernah dialami; penilaian riwayat sosial mencakup aspek sosioekonomi seseorang; dan penilaian asupan gizi (*dietary assessment*) adalah evaluasi terkait informasi mengenai asupan makanan seseorang, penggunaan suplemen, gaya hidup dan riwayat medik. Informasi yang terkumpul dapat digunakan untuk menilai dan mengevaluasi status gizi orang tersebut.

2. Pengukuran antropometrik

Pengukuran antropometrik merupakan pengukuran eksternal terhadap morfologi seseorang dan memiliki pengaruh penting dan luas dalam penentuan status gizi. Beberapa skala yang sering diukur dan memiliki kekuatan yang tinggi untuk menilai status gizi adalah berat badan, tinggi badan, dan BMI.

2.1.2 Indikator Pengukuran Antropometrik

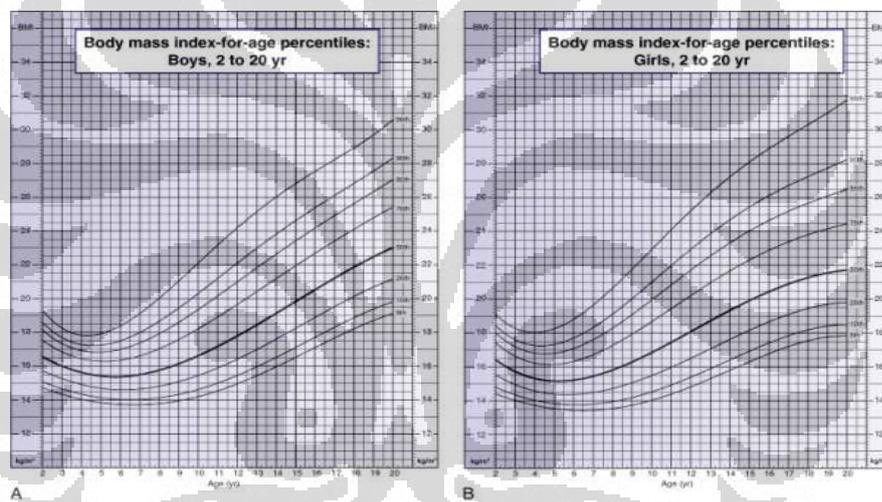
Pengukuran antropometrik mencakup penilaian berat badan, tinggi badan dan BMI. Masing-masing indikator ini nantinya akan disesuaikan dengan pertumbuhan anak berdasarkan usia yang nantinya akan dinyatakan dalam persentil tinggi badan terhadap usia, berat badan terhadap usia, dan berat badan terhadap tinggi badan.

- Pengukuran tinggi badan dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung, secara langsung dapat dilakukan dengan menggunakan meteran, sedangkan pengukuran tidak langsung dapat dilakukan dengan pengukuran panjang lutut. Hasil dari pengukuran tinggi badan dinyatakan dalam *centimeter* (cm).
- Pengukuran berat badan merupakan pengukuran yang mudah dilakukan dan dapat menjelaskan kondisi tubuh seseorang. Untuk anak-anak berat badan merupakan indikator yang paling sensitif dibanding indikator lain dalam menentukan asupan nutrisi jangka pendek dan status gizi akut. Untuk melakukan pengukuran berat badan dapat digunakan timbangan. Hasil dari pengukuran berat badan dinyatakan dalam *kilogram* (kg).
- BMI merupakan hasil dari pembagian tinggi badan terhadap berat badan kuadrat dan dinyatakan dalam kg/m^2 . BMI memiliki korelasi yang besar terhadap sebaran lemak tubuh dan dapat dipakai untuk menilai status gizi seseorang.

2.1.3 Interpretasi Pengukuran Antropometrik Berdasarkan Grafik Pertumbuhan CDC

Pengukuran antropometrik dilakukan dengan menggunakan grafik pertumbuhan dari *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (gambar 1).

Status gizi yang digambarkan oleh grafik CDC dipresentasikan dalam lima indikator pengukuran yang mencakup: berat terhadap umur, tinggi atau panjang terhadap umur, lingkaran kepala terhadap umur, berat badan terhadap tinggi badan, dan indeks massa tubuh. Pada tiap grafik terdapat tujuh atau delapan kurva presentil yang menggambarkan distribusi masing-masing indikator pengukuran pada tiap usia. Persentil ini menggambarkan persentase anak-anak pada usia terkait yang memiliki hasil pengukuran nilai indikator, misalnya pada grafik berat badan terhadap umur CDC untuk anak usia 0-36 bulan, usia 9 bulan berpotongan dengan persentil 25 pada 8,6 kg. Hal ini menunjukkan bahwa 25% anak berusia 9 bulan yang menjadi sampel pada grafik CDC memiliki berat badan kurang dari 8,6 kg.



Gambar 2.1. Grafik CDC untuk indikator BMI untuk anak usia 2-20 tahun
(disadur dari: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao.htm>)

Penggunaan grafik CDC diawali dengan pengukuran antropometrik pada anak sesuai dengan indikator-indikator status gizi yang ada pada grafik CDC. Setelah dilakukan pemeriksaan terhadap indikator status gizi tiap anak, hasil yang didapat dari pemeriksaan indikator tiap-tiap anak kemudian dilakukan *plot* pada posisi anak dengan umur tertentu terhadap hasil indikator yang diperoleh pada saat pemeriksaan. Setelah dilakukan *plot* dilihat berada di persentil berapakan anak tersebut. Tiap-tiap indikator memiliki interpretasinya masing-masing. Pada tabel 1, dapat dilihat interpretasi dari masing-masing indikator.

Anthropometric Index	Percentile Cut-off Value	Nutritional Status Indicator
BMI-for-Age	$\geq 95^{\text{th}}$	Overweight
Weight-for-Length	$> 95^{\text{th}}$	
BMI-for-Age	$\geq 85^{\text{th}}$ and $< 95^{\text{th}}$	At Risk of Overweight
BMI-for-Age		
Weight-for-Length	$< 5^{\text{th}}$	Underweight
Stature/Length-for-Age	$< 5^{\text{th}}$	Short Stature
Head Circumference-for-Age	$< 5^{\text{th}}$ and $> 95^{\text{th}}$	Developmental Problems

Tabel 2.1. Interpretasi indikator status gizi dengan menggunakan grafik CDC

(Disadur dari: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/growthcharts/resources/index>)

2.2 Pengetahuan¹¹

Menurut Benyamin Bloom, perilaku dapat dibagi ke dalam tiga dominan (ranah) yaitu: kognitif, afektif, dan psikomotor. Dalam perkembangan selanjutnya teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil kesehatan yaitu:

1. Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap satu objek tertentu. Pengetahuan (kognitif) merupakan aspek yang sbngat penting dalam membentuk perilaku seseorang. Terdapat enam tingkat pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif, seperti:
 - a. Tahu (*know*) merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah dan didefinisikan sebagai mengingat suat materi yang pernah dipelajari sebelumnya.
 - b. Memahami (*comprehension*) didefinisikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui
 - c. Aplikasi (*application*) didefinisikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari dalam kehidupan sesungguhnya

- d. Analisis (*analysis*) didefinisikan sebagai suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur suatu organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain
 - e. Sintesis (*synthesis*) menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan
 - f. Evaluasi (*evaluation*) berkaitan dengan melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek atau materi.
2. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek
 3. Praktek (*practice*) merupakan tindakan yang akan dilakukan setelah mendapat stimulus dari apa yang diketahui, dipelajari, dan telah dinilai baik.

2.2.1 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pertama kali diluncurkan pada tahun 1996 oleh Pusat Penyuluhan Kesehatan masyarakat yang sekarang ini bernama Pusat Promosi Kesehatan. Definisi dari perilaku sehat adalah pengetahuan, sikap, dan tindakan proaktif untuk memelihara dan mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit dan berperan aktif dalam Gerakan Kesehatan Masyarakat. Program PHBS ini bertujuan untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan atau kelompok dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi, dan melakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku, melalui pendekatan advokasi, *social support*, dan pemberdayaan masyarakat. Hasil yang ingin dicapai dari program PHBS adalah masyarakat yang dapat mengenali dan mengatasi masalahnya sendiri dan dapat menerapkan cara-cara hidup sehat dengan menjaga, memelihara, dan meningkatkan kesehatannya.

Untuk menentukan keberhasilan dari program PHBS digunakan indikator untuk melihat apakah aktifitas pokok yang dijalankan telah sesuai dengan rencana dan menghasilkan dampak yang diharapkan. Indikator yang ada untuk menilai kesuksesan PHBS di antaranya adalah indikator nasional dan indikator lokal spesifik. Indikator nasional terdiri atas: (1) Persentase penduduk tidak merokok, (2) Persentase penduduk yang memakan sayur-sayuran dan buah-buahan, (3) Persentase penduduk yang melakukan aktifitas fisik. Indikator lokal spesifik ini adalah indikator nasional di tambah dengan indikator lokal spesifik yang berlaku untuk masing-masing daerah sesuai dengan kondisi dan situasi daerah. Di antara 16 indikator lokal spesifik tersebut terdapat aspek penduduk minum air bersih yang masak, penduduk menggunakan jamban sehat, penduduk mencuci tangan dengan memakai sabun, dan penduduk menggosok gigi sebelum tidur. Hal ini menunjukkan bahwa program PHBS mencakup aspek kebersihan diri dan lingkungan.

2.2.2 Kebersihan Diri (Higiene)

Higiene merujuk kepada usaha yang dilakukan untuk menjamin kehidupan yang bersih dan sehat. Higiene mencakup usaha kebersihan diri, kebersihan okupasi, dan kesehatan publik. Salah satu di antaranya, yaitu kebersihan diri, mencakup kebersihan rambut, kulit, oral, tangan, kuku, dan kaki.

1. Kebersihan Rambut

Rambut yang kotor dapat menyebabkan berbagai masalah rambut seperti, ketombe dan kutu rambut. Kebersihan rambut dapat diusahakan dengan beberapa cara, antara lain,

- Mencuci rambut paling sedikit seminggu sekali dengan menggunakan sampo atau sabun bebas boraks dan non alkalis. Tiap kali mencuci harus dibilas hingga bersih.
- Menyikat rambut paling sedikit 3-4 kali per hari dengan sikat yang lembut atau sisir dengan gigi yang lebar.
- Meminyaki kulit kepala, paling sedikit seminggu sekali, sejam sebelum mencuci rambut

Beberapa masalah kesehatan yang sering terjadi terkait ketidakbersihan rambut adalah *pediculosis* (akibat kutu rambut) dan ketombe (*pityriasis capitis*).

2. Kebersihan kulit

Kulit adalah lapisan terluar dari tubuh yang terpapar langsung dengan dunia luar. Oleh karena kulit merupakan yang bagian paling luas dari tubuh (berkisar 1,2 - 2,3 m² pada orang dewasa), maka bagian ini paling rentan untuk terkena kotoran dan agen infeksius, misalnya caceng. Kebersihan kulit dapat dijaga dengan cara sebagai berikut:

- Air dan sabun merupakan cara yang paling baik untuk membersihkan kulit. Mandi yang baik direkomendasikan paling sedikit 2 hari sekali, terutama di daerah tropis. Orang yang melakukan aktivitas fisik dan banyak berkeringat disarankan untuk segera mandi setelah menjalankan aktivitas.
- Genital dan anus harus dibersihkan dengan baik karena kondisi ekskresi natural pada bagian ini. Kondisi yang tidak bersih dapat menyebabkan terjadinya infeksi atau iritasi.
- Setelah mandi, bilas dengan bersih dan lap sampai kering dengan handuk yang bersih. Hindari menggunakan handuk dan sabun pada saat yang bersamaan.
- Untuk kulit yang kering disarankan untuk menggunakan *moistourising lotion* pada malam hari untuk melembabkan kulit. Hindari penggunaan *moistourising lotion* pada siang hari karena menyebabkan debu-debu lengket di kulit.

Masalah pada kebersihan kulit biasanya mengakibatkan keringat berlebih dan bau badan yang tidak sedap. Bau badan ini disebabkan oleh aktivitas dari kelenjar keringat pada tubuh. Keringat merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri penyebab bau badan. Mandi dua kali sehari dan menggunakan pakaian dengan bahan penyerap keringat dapat mengatasi masalah bau badan. Dapat juga digunakan deodoran yang

mengandung *hexachlorophene* yang berinteraksi dengan bakteri penyebab bau badan.

3. Kebersihan oral

Kebersihan oral mencakup kebersihan gigi dan mulut. Upaya pembersihan gigi mencakup pembersihan dari plak dan tar untuk menjaga kesehatan gigi. Adapun cara untuk menjaga kebersihan mulut antara lain:

- Menyikat gigi dua kali sehari dan kumur hingga bersih setiap kali gosok gigi atau sesudah makan. Menyikat gigi sebelum tidur merupakan hal yang paling penting.
- Menggunakan gerakan melingkar untuk menggosok gigi hingga bersih, perhatikan plak dan sisa makanan yang menempel agar tidak terlewat untuk dibersihkan.
- Membersihkan sikat gigi setelah dipakai. Gunakan pasta gigi yang tidak bersifat abrasif atau antiseptik kuat.
- Menggunakan *dental floss* untuk membersihkan sela-sela gigi dan *tongue cleaner* untuk membersihkan lidah.

Kegagalan dalam menjaga kebersihan gigi mengakibatkan terjadinya beberapa infeksi gigi seperti gingivitis dan periodontitis yang disertai dengan status gizi buruk pada komunitas rural. Lebih lanjut, infeksi pada gigi, khususnya periodontitis, dapat menyebabkan berbagai penyakit sistemik seperti, kelainan kardiovaskular, bakterial pneumonia, diabetes melitus, dan BBLR.

4. Kebersihan tangan dan kuku

Menjaga kebersihan tangan dan kuku dengan cara mencuci tangan telah menjadi bagian terpenting dalam pencegahan infeksi yang masuk melalui mulut. Cara untuk menjaga kebersihan tangan dan kuku, antara lain:

- Mencuci tangan sebelum dan sesudah makan serta sebelum dan sesudah pergi ke toilet dengan menggunakan sabun. Mencuci tangan

meliputi daerah telapak tangan, punggung tangan, jari, sela jari, dan kuku.

- Apabila menggunakan sabun batang, cuci juga sabun batangnya sebelum dan sesudah digunakan. Hal ini dikarenakan mikroorganisme juga dapat hidup di sabun batang tersebut.
- Penggunaan *hand antiseptic* yang mengandung etanol dapat menghilangkan kuman penyakit dengan efektivitas 60-95%. Akan tetapi, *hand antiseptic* tidak dapat menghilangkan kotoran karena tidak menggunakan air. Penggunaan *hand antiseptic* yang terlalu sering juga menyebabkan kulit kering.
- Jaga agar kuku tetap pendek dengan menggunting secara teratur.
- Jangan mewarnai kuku terlalu sering karena menyebabkan pemecahan keratin pada kuku.

Membersihkan tangan terbukti telah mengurangi dampak dari dua penyakit berbahaya pada anak yaitu diare (penyebab kematian kedua tertinggi pada anak) dan pneumonia.

5. Kebersihan kaki

Menjaga kebersihan kaki sama pentingnya dengan menjaga kebersihan bagian tubuh lainnya karena kaki juga dapat menjadi tempat bersarangnya penyakit. Kebersihan kaki dapat dijaga dengan cara:

- Membersihkan kaki dengan spons atau bahan non-abrasif lainnya saat mandi dan usahakan agar kuku kaki selalu pendek,
- Menggunakan sepatu dan kaus kaki yang bersih dan tidak terlalu ketat untuk mencegah kaki berkeriat dan menimbulkan bau tidak sedap, dan
- Menggunakan alas kaki yang nyaman. Untuk orang yang terbiasa keluar dengan telanjang kaki, telapak kaki harus selalu dibersihkan.

2.3 Hubungan Antara Status Gizi Anak Usia Sekolah dengan Tingkat Pengetahuan Mengenai Kebersihan Diri

Kebersihan yang buruk dapat menyebabkan terjadinya peningkatan resiko penyakit infeksi yang menyebabkan terjadinya kehilangan nutrisi dan peningkatan laju metabolisme. Pengaruh paling mencolok dalam kebersihan diri terhadap status nutrisi seseorang disebabkan oleh penyakit-penyakit infeksi yang terkait erat dengan faktor resiko kebersihan diri dan lingkungan, terutama diare. Diare secara umum didefinisikan sebagai kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan melalui *feses*. Seorang anak normal dikatakan terkena diare apabila berat *feses* yang diproduksi > 5g/kg berat badan/hari. Secara umum, cairan dalam *feses* diserap terutama di usus halus dan kemudian dilanjutkan penyerapan cairan dan pematangan *feses* di usus besar. Penyakit yang menyebabkan terjadinya gangguan pada proses penyerapan di usus halus cenderung menyebabkan terjadinya penyerapan cairan baik di usus halus maupun usus besar ini menyebabkan terjadinya diare. Diare dapat menyebabkan terjadinya penurunan nafsu makan, gangguan fungsi digesti dan absorpsi makanan, disertai dengan penggunaan kalori dalam jumlah besar untuk melawan patogen penyebab diare. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya malnutrisi pada anak yang. Dari riset yang dilakukan untuk mencari hubungan antara diare dan malnutrisi di Mesir, didapat hasil bahwa dari 384 sampel dengan episode diare, sebanyak 19% tumbuh pendek, 3% kurus, dan 7% termasuk status gizi kurang berdasarkan indikator berat badan terhadap umur. Dari uji yang dilakukan untuk melihat adanya hubungan antara diare sebagai predisposisi dari malnutrisi berdasarkan indikator z-score berat badan terhadap umur dengan kategori <-2 standar deviasi, ditemukan bahwa diare memiliki keterkaitan bermakna dengan terjadinya malnutrisi berdasarkan indikator tersebut.

Kebersihan diri yang mencakup kebersihan oral, mencuci tangan dengan benar, dan kebersihan dari air minum diketahui dapat menurunkan kejadian diare pada anak-anak.

2.4 Yayasan KampungKids

Yayasan KampungKids berada di Jalan Pejaten Barat IB no. 22 Jakarta Selatan. Yayasan KampungKids merupakan organisasi yang didirikan dengan tujuan untuk memfasilitasi anak-anak di sekitar Yayasan tersebut untuk memperoleh nutrisi dasar yang adekuat, edukasi yang layak, dan pelayanan kesehatan yang memadai.

Yayasan KampungKids memilih daerah Pejaten Barat sebagai daerah binaan oleh karena kondisi masyarakat yang terdiri atas 74 keluarga dengan penghasilan yang sangat rendah. Berdasarkan sensus penduduk diketahui bahwa warga Pejaten Barat berjumlah 313 orang dengan perkiraan sebanyak 166 orang berusia 16 tahun ke bawah. Beberapa anak di wilayah Pejaten Barat mengalami kerusakan gigi akibat kurangnya asupan nutrisi dan sanitasi yang buruk. Sanitasi merupakan masalah penting di wilayah tersebut dan Yayasan KampungKids telah melakukan edukasi mengenai PHBS. Selain itu, anak-anak di bawah binaan Yayasan KampungKids memiliki gangguan pertumbuhan yang berakibat pada gangguan belajar. Hal ini diduga berhubungan erat dengan asupan nutrisi yang buruk.

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini bersifat analitik deskriptif dan menggunakan desain *cross sectional*. Tujuan dari penggunaan desain studi *cross sectional* adalah untuk mengukur variabel-variabel sebanyak satu kali pada satu waktu tanpa melakukan intervensi pada subjek.

3.2 Tempat dan Waktu Pengambilan Sampel

Pengambilan data dilakukan di Yayasan X, Pejaten, Jakarta Selatan dan dilakukan 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 pada 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 laki-laki dan perempuan berusia 6-14 tahun yang terdaftar sebagai siswa-siswi di bawah bimbingan 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 usia sekolah 6-14 tahun yang tidak bersedia mengisi kuesioner.

3.5.3 Kriteria Drop Out

Subjek yang telah mengikuti penelitian tidak akan digunakan (*drop out*) bila:

1. Subjek tidak kompeten dalam mengisi kuesioner
2. Hasil pengukuran status gizi yang didapat tidak dapat dianalisis oleh *software Epi info 2000*.

3.6 Besar Sampel

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

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

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 di DKI Jakarta ditemukan 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_{α} , P, Q, dan L seperti yang telah ditetapkan ke dalam rumus, maka diperoleh hasil:

$$\begin{aligned} N &= \frac{Z_{\alpha}^2 P Q}{L^2} \\ &= \frac{1,96^2 \cdot 0,1275 \cdot 0,8725}{0,1^2} \\ &= 43 \end{aligned}$$

Untuk mengantisipasi adanya *drop out*, maka ditambahkan 10% 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*. Hal ini disebabkan karena jumlah subjek yang dibutuhkan kurang dari besar sampel yang ditetapkan.

3.7 Identifikasi Variabel

Dalam penelitian ini ditetapkan variabel dependen dan variabel independen.

1. Variabel dependen: status gizi
2. Variabel independen: tingkat pengetahuan responden tentang PHBS terkait kebersihan diri

3.8 Pelaksanaan Pengumpulan Data

Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan dengan mengumpulkan para subjek di Yayasan X dan pengumpulan data diawali dengan wawancara dan observasi terhadap subjek untuk mengumpulkan data jenis kelamin dan usia. Setelah itu, subjek diminta untuk masuk ke ruangan tertutup untuk dilakukan pengukuran antropometri pengukuran antropometri yang dilakukan mencakup pengukuran berat badan dan pengukuran tinggi badan.

Pengukuran berat badan dilakukan dengan menggunakan timbangan Seca dengan ketelitian 0,1kg. Subjek diminta untuk mengenakan pakaian minimal dan kemudian diminta untuk berdiri di atas timbangan Seca untuk kemudian dicatat oleh peneliti. Pemeriksaan dilakukan sebanyak dua kali untuk menghindari kesalahan pembacaan. Pemeriksaan tinggi badan

dilakukan dengan menggunakan *stature meter* yang digantungkan di dinding. Subjek diminta untuk berdiri merapat ke dinding kemudian peneliti menarik *stature meter* sampai kepala subjek. Pengukuran juga dilakukan sebanyak dua kali untuk menghindari kesalahan.

Pengukuran tingkat pengetahuan subjek terkait kebersihan diri dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Subjek diminta untuk mengisi kuesioner yang terdiri atas pernyataan yang dijawab dengan jawaban “benar” atau “salah”, pengerjaan kuesioner oleh subjek dikerjakan di bawah pengawasan peneliti untuk mencegah adanya kesalahan dalam pengisian jawaban pada kuesioner.

3.9 Batasan operasional

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

1. Status gizi adalah ukuran kecukupan asupan gizi seseorang yang diukur berdasarkan indikator persentil berat badan terhadap umur, tinggi badan terhadap umur, dan *body mass index* (BMI). Hasil yang didapat dari pengukuran ini akan diinterpretasikan menggunakan grafik pertumbuhan CDC dan dinyatakan dalam status gizi kurang ($p < 5^{\text{th}}$) atau status gizi normal ($5^{\text{th}} < p < 95^{\text{th}}$)
2. Tinggi badan merupakan panjang badan responden yang diukur dari puncak kepala sampai mata kaki pada saat dilakukan pengumpulan data. Pengukuran tinggi badan menggunakan alat ukur berupa *stature meter* dan hasilnya dinyatakan dalam *centimeter* (cm). Hasil yang didapatkan dari pengukuran tinggi badan akan diinterpretasikan menggunakan grafik pertumbuhan CDC sebagai tinggi badan kurang ($p < 5^{\text{th}}$) atau tinggi badan normal ($5^{\text{th}} < p < 95^{\text{th}}$)
3. Berat badan merupakan ukuran massa tubuh responden yang ditimbang saat pengumpulan data. Berat badan diukur dengan alat berupa timbangan dan dinyatakan dalam *kilogram* (kg). Hasil yang didapatkan dari pengukuran berat badan akan diinterpretasikan menggunakan grafik

pertumbuhan CDC sebagai berat badan kurang ($p < 5^{\text{th}}$) atau berat badan normal ($5^{\text{th}} < p < 95^{\text{th}}$)

4. Usia adalah selisih dari tanggal pemberian kuesioner dengan tanggal lahir yang didapatkan dari hasil kuesioner. Usia dinilai dari wawancara dan menggunakan kuesioner. Hasil dari pengukuran usia dinyatakan dalam tahun
5. Tingkat pengetahuan tentang perilaku hidup bersih dan sehat adalah informasi yang dimiliki oleh responden tentang PHBS terkait kebersihan diri. Tingkat pengetahuan dinilai dengan menggunakan kuesioner dan diinterpretasikan menggunakan skala linkert dengan rincian, skor 1-5 dinyatakan sebagai tingkat pengetahuan kurang, skor 6-7 dinyatakan sebagai tingkat pengetahuan sedang, dan skor 8-10 dinyatakan sebagai tingkat pengetahuan baik
6. Anak usia sekolah adalah anak-anak berusia 6-14 tahun dan sedang menempuh pendidikan formal di sekolah. Untuk mendapatkan usia sekolah dilakukan wawancara dan observasi. Hasil yang didapatkan dinyatakan sebagai anak usia sekolah atau tidak termasuk anak usia sekolah
7. Jenis kelamin adalah gender responden sesuai dengan jenis alat kelamin yang dimilikinya. Jenis kelamin didapat dari wawancara dan observasi. Hasil penilaian jenis kelamin responden dinyatakan dalam laki-laki atau perempuan.

3.10 Analisis Data

Setelah melakukan pengumpulan data, data yang didapatkan kemudian di-*coding* dan dianalisis dengan menggunakan perangkat lunak SPSS v. 11.5. Analisis yang dilakukan mencakup:

- a. Analisis univariat

Analisis univariat mencakup perhitungan proporsi variabel dalam bentuk persentase dan uji normalitas. Proporsi dihitung untuk data jenis kelamin, tingkat pengetahuan dan status gizi. Uji normalitas menggunakan Kolmogorov Smirnov test dilakukan untuk sebaran

usia, berat badan, tinggi badan, status gizi berdasarkan indikator persentil berat badan terhadap umur, persentil tinggi badan terhadap umur, dan persentil BMI. dan tingkat pengetahuan mengenai status gizi. Apabila $p > 0,05$ maka data memiliki distribusi normal sehingga dituliskan dalam bentuk $\text{mean} \pm \text{SD}$. Sedangkan bila $p < 0,05$ maka data memiliki distribusi tidak normal sehingga dituliskan dalam bentuk median (min-max).

b. Analisis bivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mencari hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai kebersihan diri dan status gizi berdasarkan persentil berat badan terhadap umur, persentil tinggi badan terhadap umur, dan persentil BMI menggunakan uji Chi Square test. Apabila uji Chi Square test tidak dapat dilakukan maka tes dilakukan dengan menggunakan Fisher test. Nilai $p < 0,05$ menunjukkan adanya hubungan yang bermakna.

3.11 Penyajian data

Data disajikan dalam bentuk tabel dan disertai dengan penjelasan dan dilaporkan sebagai skripsi.

3.12 Etika peneliti

1. Penelitian ini telah mendapat izin etik dari pembimbing etik modul riset. Dr.dr. Saptawati Bardosono MSc dan
2. Responden sudah mendapat penjelasan singkat mengenai penelitian yang akan dilakukan, setelah itu responden dimintai persetujuannya untuk dilakukan pengambilan data. Hasil dari pengambilan data akan dirahasiakan dan hanya akan digunakan untuk tujuan penelitian. Responden berhak menolak untuk mengikuti penelitian ini.

BAB IV

HASIL DAN DISKUSI

4.1 Karakteristik Sosio Demografi

Penelitian ini dilakukan dengan subjek penelitian 87 anak-anak dari Yayasan X di daerah Pejaten, Jakarta Selatan. Pada saat analisis data, terdapat 9 orang anak yang mengalami *drop-out*. Pada akhirnya terdapat 78 anak yang menjadi subjek penelitian ini. Data umum dari subjek penelitian ini dapat dilihat dari 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 (58,2)
- Perempuan	33 (41,8)
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

Diketahui bahwa jumlah anak laki-laki (58,2%) sedikit lebih banyak dari anak perempuan (41,8%) usia sekolah di Yayasan X. Hal ini sesuai dengan jumlah anak laki-laki dan anak perempuan dengan kelompok usia yang sama di Jakarta berdasarkan Data Statistik Indonesia 2005, jumlah anak laki-laki berusia 10-14 tahun lebih banyak daripada anak perempuan dengan usia yang sama. Rata-rata usia anak-anak tersebut berusia 10 tahun dengan usia termuda 6 tahun dan usia tertua 13 tahun. Rata-rata berat badan anak-anak usia sekolah tersebut sebesar 26,18 \pm 5,55kg. Berdasarkan AKG 2004, diketahui bahwa berat badan normal anak usia 10-12 tahun adalah 35 kg untuk anak laki-laki dan 37 kg untuk anak perempuan. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata anak-anak usia sekolah di Yayasan X memiliki berat badan di bawah normal. Hal yang sama juga terlihat pada tinggi badan anak-anak usia sekolah di Yayasan X yang memiliki rata-rata tinggi badan 130,67 \pm 8,32 cm, di mana berdasarkan AKG 2004 tinggi badan anak laki-laki normal usia 10-12 tahun adalah 138cm dan untuk perempuan adalah 145cm. Hal ini menunjukkan bahwa terjadi masalah status gizi pada anak usia sekolah di Yayasan X. Hal ini dapat disebabkan akibat kurangnya asupan

gizi anak-anak tersebut atau terdapat penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan status gizi.

4.2 Sebaran Status Gizi

Tabel 4.2. *Sebaran subyek berdasarkan indikator dan 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, <p5	40 (51,3)
BB normal, p5-p95	38 (48,7)
3. Persentil TB/U, median (min-max.)	11,11 (0,04-67,76)
4. Status gizi berdasarkan TB/U	
TB kurang, <p5	25 (32,1)
TB normal, p5-95	53 (67,9)
5. Persentil BMI, median (min-max.)	12,68 (0,01-94,14)
6. Status gizi berdasarkan BMI	
Kurus, <p5	30 (38,5)
Normal, p5-95	48 (61,5)

Dari tabel 4.2 diketahui bahwa sebagian besar subjek penelitian (51,3%) memiliki status gizi kurang berdasarkan indikator persentil berat badan terhadap umur. Akan tetapi, sebagian besar subjek penelitian memiliki status gizi normal berdasarkan persentil tinggi badan terhadap umur (67,9%) dan persentil BMI (61,5%).

Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar anak-anak usia sekolah di Yayasan X memiliki masalah akut dengan status gizinya. Berat badan merupakan faktor yang paling mudah dan cepat terpengaruh dibandingkan dengan indikator lainnya, sehingga perubahan pada kondisi fisik secara akut akan mempengaruhi berat badan. Hal ini berbeda dengan tinggi badan yang merupakan indikator status gizi kronis.

4.3 Tingkat Pengetahuan

Tabel 4.3. Sebaran subyek berdasarkan skor dan tingkat pengetahuan tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat terkait Kebersihan Diri (n=78)

Variabel	
1. Skor, median (min-max)	6 (1-10)
2. Tingkat pengetahuan, n(%)	
- Kurang (skor ≤ 5)	28 (35,9%)
- Sedang (skor 6-7)	24 (30,4%)
- Baik (skor ≥ 8)	27 (34,2%)

Tabel 4.3 memperlihatkan bahwa anak yang memiliki pengetahuan terkait kebersihan diri kurang di Yayasan X memiliki jumlah yang paling banyak (35,9%).

Perbedaan yang sedikit sekali antara jumlah anak yang memiliki tingkat pengetahuan baik (34,2%) dengan jumlah anak yang memiliki tingkat pengetahuan kurang (35,9%) menunjukkan adanya ketidakmerataan pendidikan dan pengetahuan tentang PHBS terkait kebersihan diri pada anak-anak di Yayasan X. Hal ini dapat disebabkan beberapa faktor seperti tingkat pendidikan yang berbeda antar sampel dan variasi edukasi yang diberikan terkait kebersihan diri di luar lingkungan sekolah, seperti keluarga dan lingkungan sekitar.

4.4 Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Mengenai Kebersihan Diri dengan Status Gizi Berdasarkan Indikator-Indikatornya

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

Variabel	Status Gizi		Keterangan.
	Kurang, $p \leq 5$ n (%)	Normal, $p 5-95$ n (%)	
Tingkat pengetahuan			$p = 0,212$ (<i>Chi Square test</i>)
- Kurang (skor ≤ 5)	17 (60,7)	11 (39,3)	
- Sedang (skor 6-7)*	14 (58,3)	10 (41,7)	
- Baik (skor ≥ 8)*	9 (34,6)	17 (65,4)	

* Pada analisis untuk mencari hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai kebersihan diri dengan status gizi berdasarkan persentil berat badan terhadap umur dengan menggunakan *Chi Square test* kelompok tingkat pengetahuan sedang dan baik digabungkan

Dari tabel 4.4 terlihat bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan terkait kebersihan diri dengan status gizi berdasarkan indikator persentil berat badan terhadap umur. Akan tetapi, terlihat bahwa anak dengan tingkat pengetahuan kurang cenderung status gizi yang kurang (60,7%), sedangkan anak dengan tingkat pengetahuan baik cenderung memiliki status gizi yang normal (65,4%).

Berdasarkan penelitian Pongou, dkk, diketahui bahwa terdapat efek positif dari sanitasi yang baik dan kebersihan diri terhadap status gizi berdasarkan indikator z-score berat badan terhadap umur (BB/U), namun hasil ini tidak memperlihatkan hubungan yang bermakna. Hal ini sesuai dengan hasil yang didapatkan pada penelitian ini, di mana tidak terlihat adanya hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan anak tentang PHBS terkait kebersihan diri dengan status gizi berdasarkan persentil BB/U ($p = 0,212$). Diketahui bahwa kebersihan diri merupakan faktor resiko terjadinya penyakit infeksi yang dapat menyebabkan penurunan berat badan. Menurut Prentice, dkk terdapat hubungan timbal balik antara status gizi dengan penyakit infeksi. Kurang gizi dapat menyebabkan seseorang menjadi rentan terhadap penyakit infeksi, sebaliknya penyakit infeksi juga dapat menyebabkan seseorang menjadi kurang gizi yang ditandai dengan berkurangnya berat badan. Hal ini dapat terjadi akibat penurunan nafsu makan dan terjadinya gangguan absorpsi nutrisi yang disebabkan oleh aktivitas sitokin-sitokin proinflamasi. Selain itu, menurut Hodges dan Gill, diare akibat infeksi dapat menyebabkan pengurangan berat badan karena terjadi malabsorpsi dari zat makanan dan tingginya frekuensi ekskresi cairan seseorang. Akan tetapi, dari tabel 4.4 terlihat jumlah kelompok anak usia sekolah dengan tingkat pengetahuan baik tentang PHBS terkait kebersihan diri yang memiliki status gizi normal berdasarkan persentil berat badan terhadap umur memiliki persentase lebih tinggi (65,4%) dibandingkan dengan anak dengan tingkat pengetahuan yang baik tentang PHBS terkait kebersihan diri dan memiliki status gizi kurang berdasarkan indikator BB/U (34,6%) . Hal ini menunjukkan adanya kecenderungan anak yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang PHBS terkait kebersihan diri juga memiliki status gizi yang baik pula.

Tabel 4.5 Hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai kebersihan diri dengan status gizi berdasarkan persentil tinggi badan terhadap umur ($n=78$)

Variabel	Status Gizi		Keterangan.
	Kurang, $p \leq 5$ n (%)	Normal, $p 5-95$ n (%)	
Tingkat pengetahuan			$p = 0,318$
· Kurang (skor ≤ 5)	7 (25)	21 (75)	(<i>Chi Square test</i>)
· Sedang (skor 6-7)*	10 (41,7)	14 (58,3)	
· Baik (skor ≥ 8)*	8 (30,8)	18 (69,2)	

* Pada analisis untuk mencari hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai kebersihan diri dengan status gizi berdasarkan persentil berat badan terhadap umur dengan menggunakan *Chi Square test* kelompok tingkat pengetahuan sedang dan baik digabungkan

Dari tabel 4.5 didapatkan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan terkait kebersihan diri dengan status gizi berdasarkan indikator persentil tinggi badan terhadap umur. Hal ini terlihat dari sebagian besar anak yang memiliki pengetahuan kurang tentang kebersihan diri memiliki status gizi yang normal (75%).

Berdasarkan penelitian Shang, dkk, diketahui bahwa terdapat hubungan bermakna antara infeksi *Soil Transmitted Helminthes* (STH) dengan kekerdilan pada anak usia sekolah di China. Tumanggor yang melakukan penelitian untuk melihat hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai kebersihan diri dengan infeksi cacing mengemukakan bahwa terdapat hubungan bermakna antara kebersihan diri yang mencakup kebersihan kuku, kebersihan diri, cuci tangan, dan frekuensi mandi seorang anak usia sekolah dengan resiko terkena infeksi cacing. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan tidak langsung antara tingkat pengetahuan mengenai kebersihan diri dengan tumbuh kerdilnya seorang anak usia sekolah. Pada tabel 4.5, terlihat tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan tentang PHBS terkait kebersihan diri dengan status gizi berdasarkan persentil TB/U ($p = 0,318$). Hal ini dapat disebabkan beberapa faktor, misalnya lingkungan sekitar anak. Selain itu, tinggi badan merupakan indikator penilaian status gizi kronik, sehingga efek infeksi parasit tidak dapat menyebabkan penurunan tinggi badan, melainkan gangguan terhadap pertumbuhan badan jangka panjang.

Tabel 4.6. Hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai kebersihan diri dengan status gizi berdasarkan persentil indeks massa tubuh (n=78)

Variabel	Status Gizi		Keterangan.
	Kurang, p \leq 5 n (%)	Normal, p5-95 n (%)	
Tingkat pengetahuan			$p = 0,117$ (<i>Chi Square test</i>)
- Kurang (skor ≤ 5)	14 (50,0)	14 (50,0)	
- Sedang (skor 6-7)*	9 (37,5)	15 (62,5)	
- Baik (skor ≥ 8)*	7 (26,9)	19 (73,1)	

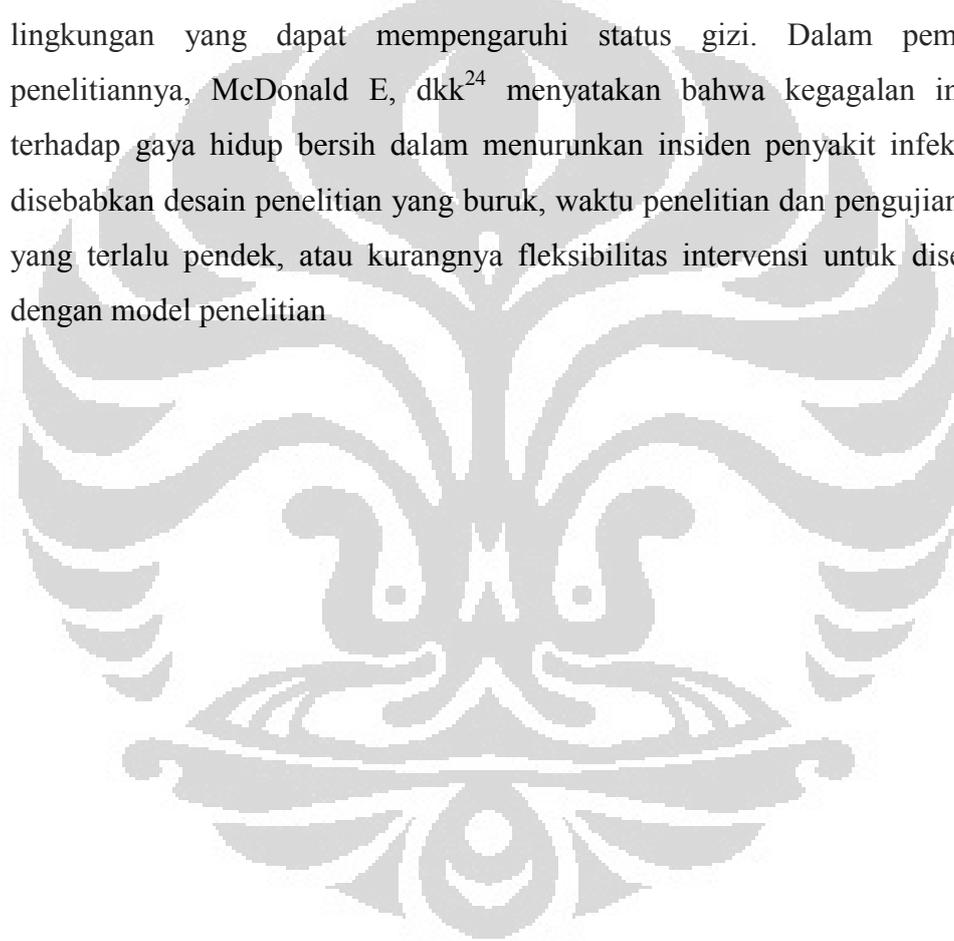
* Pada analisis untuk mencari hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai kebersihan diri dengan status gizi berdasarkan persentil berat badan terhadap umur d menggunakan *Chi Square test* kelompok tingkat pengetahuan sedang dan baik digabungkan

Dari tabel 4.6 terlihat bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan mengenai kebersihan diri dengan status gizi berdasarkan persentil indeks massa tubuh. Hal ini terlihat dari jumlah anak dengan tingkat pengetahuan yang kurang dan memiliki status gizi normal dan status gizi kurang sama banyaknya (masing-masing 50%).

Berdasarkan penelitian Deb, dkk terhadap anak-anak dengan jenjang pendidikan setingkat Sekolah Dasar di India, diketahui bahwa terdapat perbedaan bermakna antara jumlah anak dengan *Body Mass Index* (BMI) yang buruk ($p < 5^{\text{th}}$) antara anak laki-laki (40,78%) dengan anak perempuan (25,93%), sebelumnya pada penelitian yang sama juga ditemukan bahwa jumlah anak perempuan memiliki tingkat pengetahuan mengenai kebersihan diri yang baik lebih banyak secara bermakna dengan jumlah anak laki-laki yang memiliki pengetahuan mengenai kebersihan diri yang baik. Akan tetapi, di riset yang sama juga dinyatakan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara jumlah anak laki-laki dan jumlah anak perempuan yang memiliki BMI normal ($5^{\text{th}} < p < 84^{\text{th}}$). Pada penelitian ini, juga tidak ditemukan adanya hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan anak-anak usia sekolah tentang PHBS terkait kebersihan diri ($p = 0,117$). Dari tabel 4.4.3 juga dapat dilihat bahwa jumlah anak yang memiliki tingkat pengetahuan kurang dengan BMI kurang dan BMI normal sama banyak (masing-masing 17,9%). Akan tetapi, kembali terlihat efek positif dari tingkat pengetahuan yang baik tentang PHBS terkait kebersihan diri terhadap status gizi berdasarkan persentil BMI. Hal ini terlihat pada tabel 4.6, di mana jumlah anak-anak yang memiliki tingkat pengetahuan baik dengan BMI yang

normal (73,1%) lebih banyak dibandingkan dengan jumlah anak dengan tingkat pengetahuan baik tetapi memiliki status gizi yang kurang (26,9%).

Dari penelitian McDonald E, dkk yang dilakukan dengan mengkaji berbagai jurnal mengenai hubungan sanitasi yang buruk dengan penyakit kulit, diare, dan penyakit saluran napas, hanya sedikit bukti yang ditemukan mengenai upaya intervensi terhadap gaya hidup higienis seperti, sanitasi sumber air dan edukasi mengenai kebersihan, memiliki efek bermakna terhadap penurunan insiden penyakit diare yang merupakan faktor utama terkait kebersihan diri dan lingkungan yang dapat mempengaruhi status gizi. Dalam pembahasan penelitiannya, McDonald E, dkk²⁴ menyatakan bahwa kegagalan intervensi terhadap gaya hidup bersih dalam menurunkan insiden penyakit infeksi dapat disebabkan desain penelitian yang buruk, waktu penelitian dan pengujian sampel yang terlalu pendek, atau kurangnya fleksibilitas intervensi untuk disesuaikan dengan model penelitian



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.3 Kesimpulan

Dari penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa:

- Anak-anak usia sekolah di Yayasan X memiliki berat badan dan tinggi badan di bawah normal berdasarkan AKG 2004.
- Rata-rata status gizi anak usia sekolah di Yayasan X adalah normal berdasarkan indikator persentil TB/U dan persentil BMI, tetapi rata-rata anak-anak di Yayasan X memiliki status gizi yang buruk jika dinilai berdasarkan indikator persentil BB/U
- Jumlah anak dengan tingkat pengetahuan mengenai PHBS terkait kebersihan diri yang baik (34,2%) hanya sedikit berbeda dengan jumlah anak-anak dengan tingkat pengetahuan kurang (35,9%).
- Tidak terdapat hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan anak usia sekolah tentang PHBS terkait kebersihan diri dengan status gizi yang diukur berdasarkan indikator persentil BB/U, persentil TB/U, dan persentil BMI.

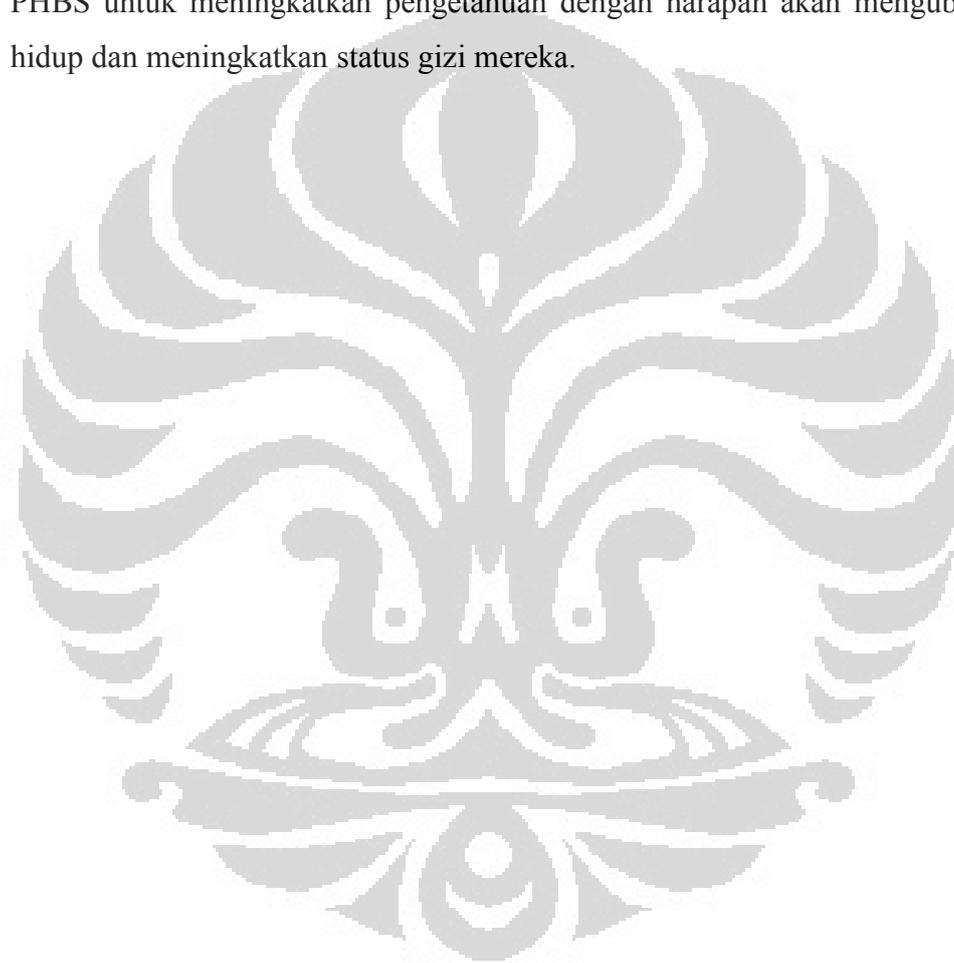
5.4 Saran

Perlu dilakukan penelitian serupa untuk menilai adanya hubungan antara status gizi dengan pengetahuan mengenai kebersihan diri. Penelitian serupa yang akan dilakukan dapat dilakukan baik pada anak-anak di Yayasan X maupun dengan cakupan yang lebih luas dengan jumlah sampel yang lebih banyak pula untuk meningkatkan validitas penelitian.

Peneliti melihat adanya kemungkinan bahwa terdapat faktor-faktor lain selain pengetahuan mengenai kebersihan diri yang dapat mempengaruhi status gizi anak-anak usia sekolah di Yayasan X, antara lain, kondisi lingkungan sekitar yang dapat menjadi media penyebaran infeksi parasit. Oleh karena itu, peneliti berharap agar dilakukan penelitian untuk mengetahui parasit yang hidup di

lingkungan tersebut sehingga dapat dilakukan eradikasi parasit di lingkungan sekitar Yayasan X untuk menurunkan risiko terjadinya penyakit infeksi.

Meskipun tidak terlihat adanya hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan tentang PHBS terkait kebersihan diri dengan status gizi, peneliti melihat adanya kecenderungan anak dengan tingkat pengetahuan yang baik memiliki status gizi yang baik pula. Oleh karena itu, peneliti melihat pentingnya dilakukan edukasi terhadap masing-masing anak usia sekolah mengenai program PHBS untuk meningkatkan pengetahuan dengan harapan akan mengubah gaya hidup dan meningkatkan status gizi mereka.

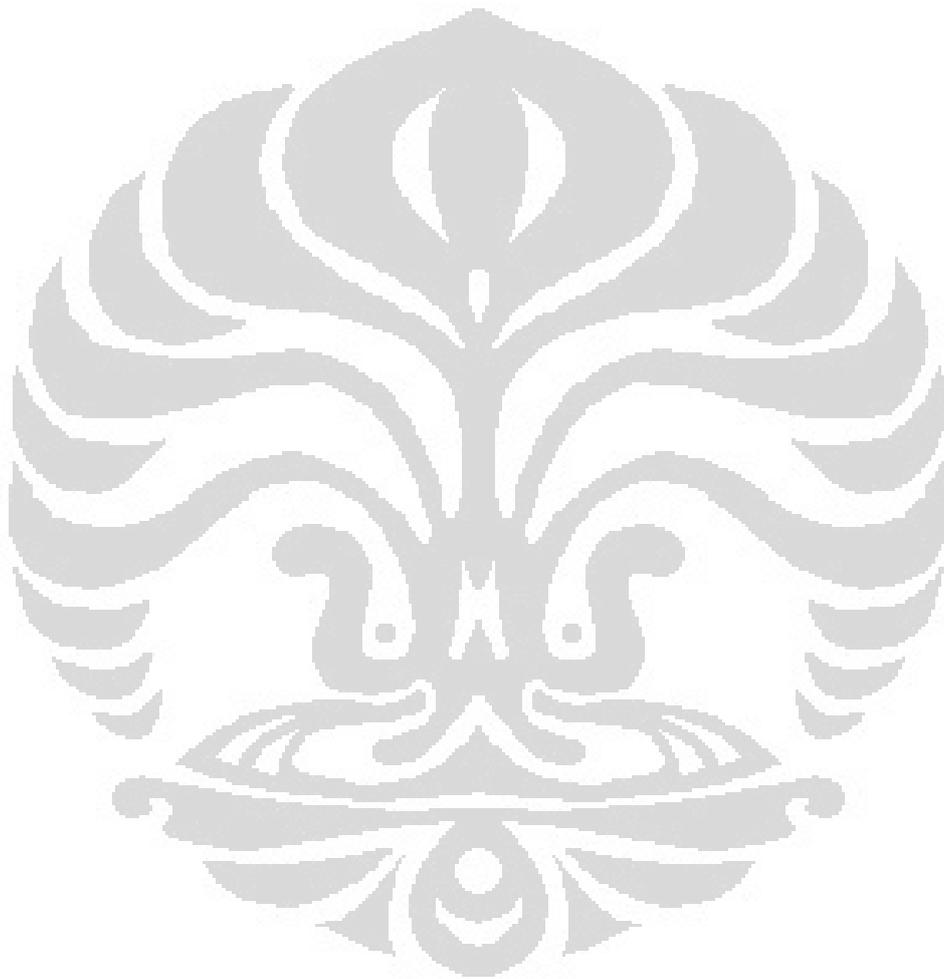


DAFTAR PUSTAKA

1. Usfar AA, Achadi EL, Martorell R, Hadi H, thaha R, Jus I. Expert meeting on child growth and micronutrient deficiencies-new initiatives for developing countries to achieve millennium development goals; executive summary report. *Asia Pac J Clin Nutr* 2009;18 (3):462-469
2. Faizah N, Heryati E. Studi korelasional antara status gizi dengan prestasi akademik pada siswa sekolah dasar Negeri Cilampeni I Kabupaten Bandung. [online] 2007. [cited 28 April 2011]; Available:
<http://file.upi.edu/Direktori/A%20%20FIP/JUR.%20PEND.%20LUAR%20BIASA/197710132005012%20-%20EUIS%20HERYATI/Penelitian%20gizix.pdf>.
3. Indonesia: country profile and human development indicators. [online]. 2010. [cited 28 April 2011]; Available: <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/IDN.html>
4. Behrman RE, Kliegman RM, and Jenson HB. Stanton BF. Nelson: textbook of pediatrics 18ed. USA: Saunders Elsevier Inc. 2007.
5. Bartram J and Cairncross S. Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health. *PLoS Med.* 2010 Nov; 7(11): 157-8
6. Angrainy R. Strategi promosi kesehatan dalam kampanye cuci tangan pakai sabun untuk menurunkan angka diare di daerah istimewa Yogyakarta dalam mendukung proram perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). *Fisipol* 2009 [cited 28 April 2011]; 5(1)
7. Mahan LK, Escott SS. Krause's food and nutrition therapy 12ed. USA: Saunders. 2008
8. Minnesota Department of Health. Dietary Assessment. [Online]. 2009 [cited 2009 Oct11]; Available:
<http://www.health.state.mn.us/cdrr/nutrition/healthyeating/healthyeatingdietaryassessment.html>
9. Ulijaszek SJ, Kerr DA. Anthropometric measurement error and the assessment of nutritional status. *British Journal of Nutrition* 1999; 82(3):165-77.
10. Use and interpretation of CDC growth charts [online]. 2009 November 16 [cited 2011 Mar 25]; Available from:
<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/growthcharts/resources/index.htm#interpretation>
11. Pedoman PHBS [online] [cited 28 April 2011]; Available: <http://www.dinkes-sulsel.go.id/new/images/pdf/pedoman/pedoman%20phbs.pdf>
12. Hygiene Standard Institute (HSI) [online]. 22 Januari 2008 [cited 15 Oktober 2009]; available: [http://www.appropedia.org/Hygiene_Standard_Institute_\(HSI\)](http://www.appropedia.org/Hygiene_Standard_Institute_(HSI))
13. Personal Hygiene [online]. 2009 [cited 15 Oktober 2009]; Available:
http://www.webhealthcentre.com/HealthyLiving/personal_hygiene_index.aspx
14. Junqueira LC, Carneiro J. Histologi dasar: teks dan atlas. 10th ed. Indonesia: Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2004

15. Okolo SN, Chukwu GAA, Egbuonu I, Ezeogu FA, Adeleke OA, Onwuanaku C, et al. Oral hygiene and nutritional status of children 1-7 years in a rural community. *Ghana Med J*. 2006 Mar; 40(1): 22-5.
16. Li X, Kolltveit KM, Tronstad L, Olsen I. Systemic disease cause by oral infection. *Clinical Microbiology Reviews*. 2000; 13(4): 547-58.
17. Beggs CB, Shepherd SJ, Kerr KG. How does healthcare worker hand hygiene behaviour impact upon the transmission of MRSA between patients?: an analysis using a Monte Carlo model. *BMC Infect Dis*. 2009 May; 9:64
18. Hand Washing [online]. 2009 [cited 2009 Oct 15]; Available: <http://medlibrary.org/>
19. Shasidhar HR and Grigsby DG. Malnutrition [online]. 2009 Apr 9 [cited 25 Maret 2011]; Available: <http://emedicine.medscape.com/article/985140-overview>
20. Rosa G and Clasen T. Estimating the scope of household water treatment in low- and medium-income countries. *Am. J. Trop. Med. Hyg* 2010;82(2):289-300
21. Ramzan A, Moorani KN, Shahid A. Assessment of Nutritional Status in Children Attending Basic Health Unit of Shidi Goth. *Pak J Med Res* 2008;47(2)
22. Wierzbica TF et al. The interrelationship of malnutrition and diarrhea in a periurban area outside Alexandria, Egypt. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001 Feb;32(2):189-96.
23. Okolo SN et al. Oral hygiene and nutritional status of children aged 1–7 years in a Rural Community. *Ghana Med J* 2006 Mar;40(1):22–5
24. McDonald E, Bailie R, Brewster D, and Morris P. Are hygiene and public health interventions likely to improve outcomes for Australian Aboriginal children living in remote communities? A systematic review of the literature. *BMC Public Health* 2008;8:153
25. Kampung kids [online]. 2007. [cited 28 April 2011]; Available: <http://www.KampungKids.org/>
26. Sastroasmoro S, Ismael S. *Dasar-dasara metodologi penelitian klinis* 3ed. Jakarta: Sagung Seto. 2008. p. 112
27. Pangou R, Ezzati M, and Salomon JA. Household and community socioeconomic and environmental determinants of child nutritional status in Cameroon. *BMC Public Health*. 2006 Apr; 6: 98.
28. Prentice MA, Gershwin ME, Schaible UE, Keusch GT, Victora CG, Gordon JI. New challenges in studying nutrition-disease interactions in the developing world. *J Clin Invest*. 2008 April 1; 118(4): 1322–9.
29. Hodges K and Ravinder G. Infectious diarrhea: cellular and molecular mechanism. *Gut Microbes*. 2010 Jan–Feb; 1(1): 4–21.
30. Shang Y, Tang LH, Zhou SS, Chen YD, Yang YC, Lin SX. Stunting and soil-transmitted-helminth infections among school-age pupils in rural areas of southern China. *Parasit Vectors*. 2010 Oct; 3: 97.

31. Tumanggor AH. Hubungan perilaku dan higiene siswa SD Negeri 030375 dengan infeksi kecacangan di Desa Juma Teguh Kabupaten Dairi tahun 2008. [online] 5 May 2010 [cited 28April2011]; Available: <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/16807>
32. Deb S, Dutta S, Dasgupta A, Misra R. Relationship of personal hygiene with nutrition and morbidity profile: a study among primary school children in South Kolkata. *Indian J Community Med.* 2010 April; 35(2): 280–4.



LAMPIRAN 1

Data Subjek

No	Nama	JK	Tgl Lahir	Usia	BB	TB	LL	WAP	HAP	BMI	BMIP	P. Kebersihan Diri	WAPstat	HAPstat	BMIPstat	TP Kebersihan
1	Anissa Rozaaq	2	24.06.1998	11.32	31.65	139.85	20.50	14.39	19.43	16.18	25.81	9	2.00	2.00	2.00	3.00
2	Abdul Azis	1	14.02.2002	7.67	18.90	114.00	18.25	1.66	1.53	14.54	19.57	7	1.00	1.00	2.00	2.00
3	Agung Laksono	1	30.04.2000	9.47	30.70	129.15	23.50	54.78	13.91	18.41	80.65	8	2.00	2.00	2.00	3.00
4	Adrian Darma Putra	1	10.05.1999	10.44	22.90	130.35	18.25	0.44	5.88	13.48	0.62	4	1.00	2.00	1.00	1.00
5	Amim Saifan	1	09.06.1998	11.36	41.05	140.05	24.25	67.51	22.65	20.93	87.50	8	2.00	2.00	2.00	3.00
6	Ahmad Kafi Ridho	1	29.01.2001	8.72	21.20	122.20	17.25	2.42	4.91	14.20	8.82	4	1.00	1.00	2.00	1.00
7	Ana Karina	2	28.10.2000	8.97	19.00	120.70	16.80	0.25	2.12	13.04	1.12	6	1.00	1.00	1.00	2.00
8	Eri	1	18.10.2001	8.00	24.60	125.55	20.50	39.24	34.28	15.61	45.89	5	2.00	2.00	2.00	1.00
9	Ferlita Riskyana	2	14.02.1999	10.67	40.80	132.80	25.10	73.34	9.78	23.13	93.97	7	2.00	2.00	2.00	2.00
10	Feri Sandria	1	08.06.1996	13.36	33.65	134.85	22.90	2.34	0.13	18.50	47.05	6	1.00	1.00	2.00	2.00
11	Darwin Setiawan	1	20.11.2000	8.91	28.10	135.20	18.65	49.01	64.41	15.37	32.59	4	2.00	2.00	2.00	1.00
12	Hilmi Febrianto	1	25.02.1998	11.64	23.20	131.45	18.05	0.04	1.41	13.43	0.16	7	1.00	1.00	1.00	2.00
13	Eka Dian Pratiwi	2	21.07.1999	10.25	27.20	135.60	19.25	11.02	29.20	14.79	12.34	6	2.00	2.00	2.00	2.00
14	Ilham Rumdoni	1	15.12.2000	8.84	22.25	121.15	19.00	4.87	2.64	15.16	27.82	8	1.00	1.00	2.00	3.00
15	Devi	2	25.08.1997	12.15	27.45	130.40	20.20	0.52	0.18	16.14	18.54	4	1.00	1.00	2.00	1.00
16	Amisah Fitriah	2	11.05.1998	11.44	32.30	140.55	21.70	15.28	18.91	16.35	27.52	4	2.00	2.00	2.00	1.00
17	Faisal	1	04.06.1999	10.37	23.60	134.00	18.00	1.02	16.75	13.14	0.21	4	1.00	2.00	1.00	1.00
18	Muhammad Aldi Ilham Timur	1	16.05.1998	11.43	30.10	138.05	20.35	9.53	13.94	15.79	19.23	8	2.00	2.00	2.00	3.00
19	Prasetyo	1	19.01.2000	9.75	33.55	135.65	22.05	63.57	39.56	17.89	73.96	8	2.00	2.00	2.00	3.00
20	Arip Maulana	1	09.02.2001	8.69	29.40	120.20	23.25	64.57	2.41	20.35	94.14	8	2.00	1.00	2.00	3.00
21	Bagas Kusuma Putra	1	02.10.2000	9.04	24.80	126.35	18.90	16.76	11.21	15.53	35.22	8	2.00	2.00	2.00	3.00
22	Ade Setiawan	1	30.07.2000	9.22	24.70	127.95	19.00	13.12	13.81	15.09	23.31	8	2.00	2.00	2.00	3.00
23	Angga P	1	18.05.1999	10.42	30.60	139.30	20.25	30.02	42.01	15.77	27.78	5	2.00	2.00	2.00	1.00
24	Siti Fatimah	2	06.07.2000	9.28	31.25	125.00	23.85	58.14	6.44	20.00	88.70	7	2.00	2.00	2.00	2.00
25	K Putri Nabila	2	08.10.2003	6.03	14.80	104.50	16.50	0.43	1.64	13.35	6.71	8	1.00	1.00	2.00	3.00

26	Rian Suhairi	1	29.05.1998	11.39	28.80	141.40	19.00	5.79	28.09	14.40	2.93	2	2.00	2.00	1.00	1.00
27	Maulana Kamal	1	07.02.1998	11.69	25.45	138.05	17.20	0.38	10.07	13.35	0.11	6	1.00	2.00	1.00	2.00
28	Maharani	2	30.07.1998	11.22	33.10	138.10	22.40	21.23	13.90	17.36	45.61	7	2.00	2.00	2.00	2.00
29	Nur Afifa	2	20.04.1999	10.50	28.60	142.50	18.00	13.58	59.75	14.08	4.20	5	2.00	2.00	1.00	1.00
30	Deni Tami	1	05.05.1998	11.46	25.70	129.10	18.05	0.77	0.80	15.42	13.03	5	1.00	1.00	2.00	1.00
31	Siti Rohaya	2	30.06.1999	10.30	23.95	124.45	19.55	1.86	1.11	15.46	22.27	9	1.00	1.00	2.00	3.00
32	Taufik Hidayat	1	27.05.1999	10.40	26.40	130.45	18.30	6.96	6.43	15.51	22.81	7	2.00	2.00	2.00	2.00
33	Santi Sahfitri	2	28.01.1999	10.72	26.30	133.20	19.10	3.81	10.15	14.82	10.26	7	1.00	2.00	2.00	2.00
34	Arih Nurul Hidayat	2	05.08.1999	10.20	20.40	126.70	17.00	0.08	3.06	12.71	0.19	6	1.00	1.00	1.00	2.00
35	Wisnu Anggoro	1	13.04.1998	11.52	28.20	142.10	18.25	3.56	28.31	13.97	0.96	8	1.00	2.00	1.00	3.00
36	Rizki Amanda	1	18.05.2001	8.42	18.90	119.35	16.15	0.25	2.90	13.27	1.04	1	1.00	1.00	1.00	1.00
37	Faizar Pane	1	10.07.1999	10.28	28.90	135.10	19.90	21.72	23.26	15.83	30.51	8	2.00	2.00	2.00	3.00
38	Nur Nazmi Layla	2	18.08.1998	11.17	22.45	130.20	17.10	0.07	2.00	13.24	0.43	9	1.00	1.00	1.00	3.00
39	Manjilah	2	05.05.1998	11.46	28.75	140.05	19.10	4.13	16.74	14.66	5.63	5	1.00	2.00	2.00	1.00
40	Nadia Lufiyama	2	26.06.2003	6.31	15.00	107.80	16.45	0.27	3.50	12.91	1.12	5	1.00	1.00	1.00	1.00
41	Abi Iriantoro	1	05.10.2000	9.03	23.55	126.25	18.10	8.88	11.02	14.78	17.82	7	2.00	2.00	2.00	2.00
42	Maulana Yusuf	1	09.07.1998	11.28	30.55	142.60	19.10	13.28	37.08	15.02	8.80	9	2.00	2.00	2.00	3.00
43	Retno ST	1	06.05.1998	11.45	30.25	138.50	18.80	7.78	12.08	15.77	18.32	6	2.00	2.00	2.00	2.00
44	Laurent Pane Kenan Dimas Putra	1	08.10.2001	8.03	20.40	124.90	16.75	4.06	29.24	13.08	0.59	7	1.00	2.00	1.00	2.00
45	Pamungka	1	21.01.2001	8.74	20.90	123.80	16.75	1.71	7.39	13.70	3.19	5	1.00	2.00	1.00	1.00
46	Nur Hasanah	2	26.09.1997	12.06	29.60	144.80	19.05	0.77	7.15	14.12	0.90	7	1.00	2.00	1.00	2.00
47	Gita Afiliani	2	26.06.1998	11.31	32.35	132.85	19.25	17.51	3.51	18.33	60.05	6	2.00	1.00	2.00	2.00
48	Muhammad Akbar	1	25.01.2000	9.73	27.95	131.05	21.00	26.61	16.51	16.27	45.32	3	2.00	2.00	2.00	1.00
49	Irwan Kurniawan	1	23.10.1999	9.99	28.35	136.05	19.15	23.92	35.13	15.32	22.23	8	2.00	2.00	2.00	3.00
50	Rohana	2	10.10.1999	10.02	39.80	134.10	23.85	81.24	27.33	22.13	93.35	9	2.00	2.00	2.00	3.00
51	M.Ibnu	1	12.11.1999	9.93	20.05	119.15	18.30	0.03	0.12	14.12	4.42	3	1.00	1.00	1.00	1.00
52	Mellisa Wati	2	03.04.2000	9.54	20.00	129.45	16.15	0.24	16.49	11.94	0.01	9	1.00	2.00	1.00	3.00
53	Anisya Veronika	2	07.02.2001	8.69	21.20	123.70	18.60	3.97	9.88	13.85	6.95	5	1.00	2.00	2.00	1.00
54	Marisa	2	05.02.1998	11.70	28.40	140.70	18.75	2.33	12.88	14.38	3.15	2	1.00	2.00	1.00	1.00
55	M.Arif Fadilah	1	12.08.2000	9.18	22.80	128.50	16.90	4.28	16.60	13.81	3.36	4	1.00	2.00	1.00	1.00

56	Uswatun Hassanah	2	10.07.1999	10.28	21.95	131.15	18.15	0.37	10.79	12.76	0.22	6	1.00	2.00	1.00	2.00
57	Satria Kusuma	1	15.02.2001	8.67	23.15	127.30	18.00	11.37	22.97	14.29	10.37	6	2.00	2.00	2.00	2.00
58	Putri Nabila	2	04.03.2000	9.62	21.45	127.35	17.60	0.92	8.50	13.23	1.27	4	1.00	2.00	1.00	1.00
59	Prio JATMIKO	1	09.03.1997	12.61	35.10	139.35	21.00	11.82	3.38	18.08	48.21	9	2.00	1.00	2.00	3.00
60	SAMSUDIN	1	15.11.1998	10.92	30.90	141.50	19.00	21.11	40.71	15.43	17.04	8	2.00	2.00	2.00	3.00
61	Putri	2	30.03.2001	8.55	25.05	125.30	19.75	29.82	18.51	15.96	47.85	1	2.00	2.00	2.00	1.00
62	ahmad Romdoni	1	20.01.1998	11.74	31.45	136.70	19.45	10.54	6.60	16.83	35.35	5	2.00	2.00	2.00	1.00
63	Indra	1	20.02.2000	9.66	23.40	125.85	19.15	3.22	4.08	14.77	14.25	6	1.00	1.00	2.00	2.00
64	burhanuddin	1	18.10.2000	9.00	24.60	126.20	20.50	16.08	11.42	15.45	33.46	4	2.00	2.00	2.00	1.00
66	latifah	2	11.01.1998	11.77	26.40	139.10	18.25	0.56	8.19	13.64	0.69	5	1.00	2.00	1.00	1.00
67	Nurjanah Nadila Rahayu	2	11.08.1998	11.19	19.80	120.75	16.35	0.00	0.04	13.58	0.98	9	1.00	1.00	1.00	3.00
68	indika	2	15.06.1997	12.34	25.95	140.35	18.25	0.09	3.69	13.17	0.10	6	1.00	1.00	1.00	2.00
69	hasan priyatna	1	11.01.2000	9.77	19.30	119.00	16.45	0.01	0.16	13.63	1.57	4	1.00	1.00	1.00	1.00
70	ade sumarno	1	27.03.2000	9.56	20.65	122.00	17.50	0.19	1.01	13.87	3.22	6	1.00	1.00	1.00	2.00
71	rara azhara	2	09.05.2000	9.44	25.15	129.75	19.25	12.68	19.67	14.94	19.55	8	2.00	2.00	2.00	3.00
72	irni	2	15.05.2000	9.43	23.45	131.55	17.50	5.64	29.30	13.54	2.84	9	2.00	2.00	1.00	3.00
73	kriswanto	1	18.10.1999	10.00	21.80	132.25	15.55	0.32	16.21	12.47	0.01	3	1.00	2.00	1.00	1.00
74	mika silvia	2	04.11.1998	10.95	35.10	143.05	22.05	39.48	46.91	17.14	45.33	7	2.00	2.00	2.00	2.00
75	m.syahril	1	14.10.1998	11.01	23.10	131.40	16.90	0.16	3.81	13.38	0.27	8	1.00	1.00	1.00	3.00
76	michael	1	29.08.2002	7.14	22.60	124.50	18.40	40.49	63.43	14.58	22.46	8	2.00	2.00	2.00	3.00
77	widya nigsih	2	23.08.1998	11.15	23.50	126.20	18.75	0.21	0.46	14.76	7.59	7	1.00	1.00	2.00	2.00
78	ahmad renaldi	1	27.08.1999	10.14	35.10	142.40	21.35	66.06	67.76	17.31	61.14	5	2.00	2.00	2.00	1.00
79	yanis	2	17.01.2002	7.75	18.75	120.15	16.50	2.34	14.33	12.99	1.45	10	1.00	2.00	1.00	3.00

LAMPIRAN 2
Informed Consent
(Lembar persetujuan)

Adik-adik sekalian yang kami sayangi,

Kami adalah mahasiswa dari Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang akan melakukan penelitian dengan judul “Status gizi anak sekolah dan hubungannya dengan pengetahuan tentang pola hidup bersih dan sehat”. Dalam penelitian ini, kami mengundang adik-adik sekalian untuk berpartisipasi dalam pengambilan data.

Kami melakukan penelitian ini untuk mengetahui apakah ada hubungan antara status gizi dengan pengetahuan adik-adik sekalian tentang pola hidup bersih dan sehat. Seperti yang adik-adik ketahui, pola hidup yang bersih dan sehat merupakan pola hidup yang bertujuan untuk menciptakan pribadi yang sehat baik secara jasmani maupun mental.

Pola hidup yang bersih dan sehat meliputi banyak hal, antara lain mengkonsumsi gizi yang seimbang, menjaga kebersihan diri, membiasakan sarapan, menghindari kebiasaan jajan, serta rutin melakukan aktifitas fisik. Dengan selalu berpedoman kepada pola hidup yang bersih dan sehat, niscaya adik-adik sekalian akan terbebas dari sakit, sehingga adik-adik sekalian selalu sehat dan bersemangat untuk melakukan aktifitas belajar dan memaksimalkan potensi yang dimiliki.

Kami akan melakukan pengukuran tinggi badan adik-adik sekalian, melakukan penimbangan berat badan, pemeriksaan fisik serta memberikan pertanyaan-pertanyaan mengenai sejauh mana adik-adik mengetahui pola hidup yang bersih dan sehat.

Penelitian ini bermanfaat untuk memberikan informasi kepada adik-adik sekalian mengenai pola hidup yang bersih dan sehat agar adik-adik sekalian sekaligus untuk mengetahui apakah sejauh ini adik-adik sudah mengamalkan pola hidup bersih dan sehat. Tidak ada resiko atau bahaya apapun dalam penelitian ini. Segala data mengenai adik-adik sekalian akan kami rahasiakan dan kami pergunakan hanya untuk keperluan penelitian.

Jika adik-adik berkenan untuk ikut serta dalam penelitian ini, maka kami persilahkan adik-adik untuk menandatangani lembaran berikut. Penelitian ini bersifat sukarela, sehingga adik-adik memiliki hak sepenuhnya untuk ikut serta ataupun menolak berpartisipasi dalam penelitian ini. Apabila ada pertanyaan atau hal yang kurang dimengerti maka dapat ditanyakan langsung kepada kami. Terima kasih dan semoga bermanfaat.

Surat pernyataan

Melalui surat pernyataan ini saya:

Nama :
 Jenis kelamin :
 Tempat tanggal lahir :
 Alamat :
 Nama orangtua :
 Nomor telepon :

menyampaikan bahwa saya sudah memperoleh dan memahami penjelasan yang diberikan sebelum dilakukan penelitian “Status gizi anak usia sekolah dan hubungannya dengan pengetahuan tentang pola hidup bersih dan sehat di Yayasan Kampungkids, Pejaten, Jakarta Selatan”. Saya mengerti manfaat yang akan saya peroleh jika ikut serta dalam penelitian ini, serta memahami bahwa tidak ada resiko apapun jika saya berpartisipasi dalam penelitian ini.

Saya memiliki hak penuh dalam menentukan apakah akan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini atau tidak. Dan pada penelitian ini, saya, tanpa tekanan atau paksaan dari pihak manapun, memutuskan untuk ikut berpartisipasi di dalam penelitian ini.

Pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan seperlunya. Terima kasih.

Jakarta,.....-.....-20...

Mengetahui,

.....
 Peserta penelitian

.....
 Saksi penelitian

.....
 Peneliti

LAMPIRAN 3
Kuesioner penelitian

Nama :

Kelas :

Petunjuk

Bacalah pernyataan di bawah ini dengan seksama dan tanggupilah dengan cara membubuhkan tanda contong (**V**) pada jawaban “Ya”, “Tidak”, atau “Tidak tahu/tidak jawab” yang adik-adik anggap paling tepat.

No	Pernyataan	Jawaban		
		Ya	Tidak	Tidak tahu
1	Keramas tidak dapat mengatasi masalah ketombe			
2	Menyisir rambut paling sedikit 3-4 kali dalam sehari			
3	Deodoran dapat mengatasi masalah bau badan			
4	Sebaiknya setiap anggota keluarga menggunakan handuk sendiri-sendiri			
5	Sikat gigi yang baik adalah setiap sesudah makan dan sebelum tidur			
6	Sikat gigi dengan kepala sikat yang besar lebih baik daripada mengguna kepala sikat yang kecil			
7	Mencuci tangan cukup dengan menggunakan air hangat			
8	Mencuci tangan sebaiknya sebelum dan sesudah makan			
9	Kuku yang panjang adalah sarang penyakit			
10	Kaus kaki dan sepatu yang ketat dapat menyebabkan bau kaki			

LAMPIRAN 4

Tabel 2x2 untuk analisis data ordinal

	Status gizi	
	Gizi baik	Malnutrisi
Tingkat pengetahuan:		
Baik		
Kurang		
Jumlah:		