

SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA KOMIK
TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN OBESITAS SISWA
KELAS 4 SDN KEDUNGDORO V NO. 310 SURABAYA**

PENELITIAN PRA-EXPERIMENTAL

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Pendidikan Ners
pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh:

AYU DYAH LESTARI
NIM: 131011019

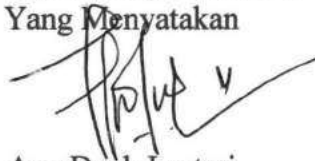
**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 11 Agustus 2014

Yang Menyatakan



Ayu Dyah Lestari

NIM. 131011019


SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA KOMIK
TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN OBESITAS SISWA
KELAS 4 SDN KEDUNGORO V NO. 310 SURABAYA

Oleh:
Ayu Dyah Lestari
NIM. 131011019

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 11 Agustus 2014

Oleh :
Pembimbing I




Dr. Ah Yusuf, S.kp.,M.Kes
NIP. 196701012000031002

Pembimbing II



Hanik Endang N, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK. 139040678

Mengetahui,
an. Dekan
Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA KOMIK
TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN OBESITAS SISWA
KELAS 4 SDN KEDUNGDORO V NO. 310 SURABAYA

Oleh:
Ayu Dyah Lestari
NIM. 131011019

SKRIPSI INI TELAH DIUJI
TANGGAL 11 Agustus 2014

PANITIA PENGUJI:

Ketua : Rizki Fitrvasari, S.Kep. Ns., M.Kep
NIP. 198002222006042001

()


Anggota : 1. Dr. Ah. Yusuf, S.Kep., M.Kes
NIP. 196701012000031002

()

2. Hanik Endang N. S.Kep., Ns., M.Kep
NIK. 139040678

()

Mengetahui,
an. Dekan
Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga


Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

ABSTRACT**THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION THROUGH COMICS MEDIA
TOWARD BEHAVIOR ABOUT OBESITY PREVENTION ON 4th IN SDN
KEDUNGORO V SURABAYA****Pre Experiments****By: Ayu Dyah Lestari**

Introduction: Obesity is a metabolic disease in children and adults with the widest spread is a problem throughout the world. Children need to perform early obesity prevention. Comic media is one medium that is suitable for health education on the prevention of obesity in school-age children. The purpose of this study was to analyze the effect of health education through the medium of comics to preventive behavior obesitas 4th grade students. **Methods:** The study design was a pre-experimental using total sampling. Its population is a 4th grade child as many as 35 students. The independent variable is the health education through the medium of comics and the dependent variable is the behavior of the prevention of obesity. The process of taking and collecting data using questionnaires with a significance level $p \leq 0,05$. **Results:** Statistical test using the Wilcoxon test. Knowledge statistically significant test results obtained $p=0.000$, a significant statistical test attitudes obtained $p=0.006$, a significant statistical test measures obtained $p=0.000$. This value indicates that there is an increase in knowledge, attitudes and actions after a given health education on the prevention of obesity through the comic medium. **Conclusions:** Health education prevention of obesity through the comic medium can improve the behavior of 4th grade students at SDN V Kedungoro Surabaya. Comics medium can be used continuously for medical education to children. It is expected that the researchers conducted a sample extension and the presence of the control group.

Keywords: comics media, behavior, obesity prevention

ABSTRAK

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA KOMIK TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN OBESITAS SISWA KELAS 4 SDN KEDUNGDORO V NO. 310 SURABAYA

Pra Eksperiment
Oleh: Ayu Dyah Lestari

Pendahuluan: Obesitas merupakan penyakit metabolik pada anak dan dewasa dengan penyebaran terluas menjadi masalah di seluruh dunia. Anak perlu melakukan pencegahan obesitas sejak dini. Media komik merupakan salah satu media yang cocok digunakan untuk pendidikan kesehatan mengenai pencegahan obesitas pada anak usia sekolah. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas siswa kelas 4 SD. **Metode:** desain penelitian ini adalah *pra-experimental* dengan menggunakan total sampling. Populasinya adalah anak kelas 4 SD sebanyak 35 siswa. Variabel independen adalah pendidikan kesehatan melalui media komik pada siswa kelas 4 di SDN Kedungdoro V Surabaya dan variabel dependen adalah perilaku pencegahan obesitas pada siswa kelas 4 SD. Proses pengambilan dan pengumpulan data menggunakan kuesioner dengan tingkat kemaknaan $p \leq 0,05$. **Hasil:** uji statistik menggunakan *wilcoxon test*. Hasil uji statistik pengetahuan signifikan didapatkan $p=0,000$ ($p < 0,05$), uji statistik sikap signifikan didapatkan $p=0,006$ ($p < 0,05$), uji statistik tindakan signifikan didapatkan $p=0,000$ ($p < 0,05$). Nilai tersebut mengindikasikan terdapat peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan obesitas melalui media komik. **Kesimpulan:** pendidikan kesehatan pencegahan obesitas melalui media komik dapat meningkatkan perilaku siswa kelas 4 SD di SDN Kedungdoro V Surabaya. Media komik dapat digunakan secara berkesinambungan untuk pendidikan kesehatan pada anak usia sekolah. Diharapkan pada peneliti selanjutnya dilakukan perluasan sampel dan adanya kelompok kontrol.

Kata kunci: media komik, perilaku, pencegahan obesitas

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji syukur kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi dengan judul **“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA KOMIK TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN OBESITAS SISWA KELAS 4 SDN KEDUNGORO V NO. 310 SURABAYA”** merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Dalam penulisan skripsi ini, penulis banyak mendapat bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankanlah penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Prof. Dr. H. Fasich, Apt. selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya.
2. Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas program pembelajaran di bangku kuliah hingga dapat menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
3. Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku dosen pembimbing I, yang telah memberikan bimbingan dan dukungan yang luar biasa untuk dapat menyelesaikan skripsi ini.
4. Hanik Endang N, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Dosen Pembimbing II, yang telah memberikan bimbingan dan dukungan yang luar biasa untuk dapat menyelesaikan skripsi ini.
5. Erna Dwi Wahyuni, S.Kep. Ns. M.Kep selaku dosen penguji I dalam sidang proposal skripsi, yang telah memberikan masukan dan dukungan yang luar biasa untuk dapat menyelesaikan skripsi ini.
6. Rizki Fitriyarsi, S.Kep. Ns., M.Kep selaku Dosen Penguji II dalam sidang proposal skripsi dan dosen penguji dalam sidang skripsi ini, yang telah memberikan masukan dan dukungan yang luar biasa untuk dapat menyelesaikan skripsi ini.
7. Kepala SDN Kedungoro V No. 310 Surabaya serta wali kelas 4 SDN Kedungoro V No. 310 Surabaya yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian skripsi ini.
8. Para siswa kelas 4 SD yang dengan sukarela menjadi responden dan terlibat dalam penelitian.
9. Civitas Akademika Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah mendukung keberlangsungan perkuliahan selama ini.
10. Ibunda Dwi Wulan Septriana tercinta serta ayahanda Mudjiharto, atas semua pengorbanan yang ayah sama ibu yang sangat besar untuk saya. Do'a dan restu kalian sangat berperan penting dalam kesuksesan menempuh pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
11. Arum Fitriyah Miranti dan Agil Tri Setya Nugraha, saudara-saudariku tercinta yang selama ini selalu memberikan do'a, support dan motivasi.

DAFTAR PUSTAKA

Halamn Judul.....	i
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Lembar Motto.....	vi
Lembar ucapan terima kasih.....	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	x
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Lampiran.....	xii
Daftar Singkatan.....	xiii
Daftar Lambang.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	6
1.3 Rumusan Masalah.....	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.4.1 Tujuan umum.....	6
1.4.2 Tujuan khusus.....	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	7
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	7
1.5.2 Manfaat Praktis.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan.....	9
2.1.1 Definisi pendidikan kesehatan.....	9
2.1.2 Tujuan pendidikan kesehatan.....	10
2.1.3 Ruang Lingkup pendidikan kesehatan.....	11
2.1.4 Sasaran pendidikan kesehatan.....	13
2.1.5 Faktor-Faktor pendidikan kesehatan.....	13
2.1.6 Media dalam pendidikan kesehatan.....	14
2.2 Konsep Media Komik.....	17
2.2.1 Definisi komik.....	17
2.2.2 Kelebihan komik.....	18
2.2.3 Kekurangan komik.....	18
2.2.4 Aplikasi Komik dalam Pembelajaran.....	19
2.2.5 Keterbacaan Visual Komik.....	20
2.3 Konsep Perilaku.....	21
2.3.1 Definisi perilaku.....	21
2.3.2 Bentuk perilaku.....	22

2.3.3	Proses adopsi perilaku.....	22
2.3.4	Faktor yang mempengaruhi perilaku.....	26
2.3.5	Perilaku kesehatan.....	26
2.3.6	Domain perilaku kesehatan.....	28
2.4	Konsep Obesitas.....	34
2.4.1	Definisi obesitas.....	34
2.4.2	Tanda dan kriteria obesitas.....	36
2.4.3	Patofisiologi obesitas.....	38
2.4.4	Etiologi obesitas.....	41
2.4.5	Dampak obesitas.....	46
2.4.6	Penatalaksanaan obesitas.....	47
2.4.7	Pencegahan obesitas.....	48
2.5	Konsep Anak Usia Sekolah.....	50
2.5.1	Pengertian dan batasan anak usia sekolah.....	50
2.5.2	Pertumbuhan dan Perkembangan anak usia sekolah.....	50
2.6	Konsep Tumbuh Kembang Anak.....	57
2.7	Tugas Perkembangan Anak Usia Sekolah.....	60
2.8	Keaslian Penulisan.....	61
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....		63
3.1	Kerangka Konseptual.....	63
3.2	Hipotesis Penelitian.....	65
BAB 4 METODE PENELITIAN.....		66
4.1	Desain Penelitian.....	66
4.2	Populasi, Sampel, dan Sampling.....	67
4.2.1	Populasi.....	67
4.2.2	Sampel.....	67
4.2.3	Teknik Sampling.....	68
4.3	Variabel Penelitian dan Definisi Variabel.....	68
4.3.1	Variabel Independen.....	68
4.3.2	Variabel Dependen.....	68
4.4	Definisi Operasional.....	68
4.5	Pengumpulan dan Pengelolaan Data.....	72
4.5.1	Instrumen Penelitian.....	72
4.5.2	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	74
4.5.3	Prosedur Pengambilan dan pengumpulan Data.....	74
4.6	Kerangka Kerja.....	75
4.7	Analisa Data.....	76
4.7.1	Analisis deskriptif.....	76
4.7.2	Analisis statistik.....	79
4.8	Etik Penelitian.....	80
4.8.1	Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	80
4.8.2	Tanpa Nama (<i>Anonymity</i>).....	80

4.8.3 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>).....	81
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	82
5.1 Hasil Penelitian.....	82
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	82
5.1.2 Karakteristik Demografi Responden.....	84
5.1.3 Data Umum Orang Tua.....	84
5.1.4 Data Khusus.....	85
5.2 Pembahasan Hasil Penelitian.....	87
5.2.1 Hasil Penelitian Pengetahuan Anak Usia Sekolah dalam Pencegahan Obesitas.....	87
5.2.2 Hasil Penilaian Sikap Anak Usia Sekolah Dalam Pencegahan Obesitas.....	90
5.2.3 Hasil Penilaian Tindakan Anak Usia Sekolah Dalam Pencegahan Obesitas.....	92
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN.....	95
6.1 Simpulan.....	95
6.2 Saran.....	96
DAFTAR PUSTAKA.....	97
Lampiran 1.....	103

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Identifikasi Masalah Anak yang Mengalami Obesitas di SDN Kedungdoro V No 310 Surabaya.....	6
Gambar 2.1	Klasifikasi IMT (Indeks Massa Tubuh) menurut <i>World Health Organization</i> tahun 1998.....	36
Gambar 3.1	Kerangka konseptual pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya berdasarkan Pendekatan Teori Difusi Inovasi Rogers (2003).....	63
Gambar 4.1	Kerangka kerja penelitian pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya.....	74

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Komplikasi yang Berhubungan dengan Obesitas pada Anak dan Remaja.....	45
Tabel 2.2	Ringkasan Perkembangan Menurut Ahli Teori Pentahapan.....	52
Tabel 2.3	Perbandingan Pola Kognitif Tahap Pra - Operasional dan Tahap Operasional Konkret menurut Piaget.....	54
Tabel 2.4	Ringkasan Perkembangan Menurut Ahli Teori Pentahapan.....	55
Tabel 2.5	Keaslian Penulisan.....	60
Tabel 4.1	Rancangan penelitian pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya.....	66
Tabel 4.2	Definisi operasional pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya.....	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Perijinan Penelitian.....	108
Lampiran 2	Surat Pernyataan Telah Melakukan Penelitian.....	109
Lampiran 3	Penjelasan dan Informasi (<i>Informed Consent</i>).....	110
Lampiran 3	Lembar Persetujuan.....	111
Lampiran 4	Kuesioner Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan melalui Media Komik terhadap Pencegahan Obesitas pada Siswa Kelas 4 di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya.....	112
Lampiran 5	Lembar Kuesioner Sikap.....	115
Lampiran 6	Kuesioner Kebiasaan.....	117
Lampiran 7	Satuan Acara Pembelajaran Obesitas.....	118
Lampiran 8	Materi Komik Pencegahan Obesitas.....	121
Lampiran 9	Contoh Komik tentang Pencegahan Obesitas.....	123
Lampiran 10	Tabulasi pengetahuan siswa.....	127
Lampiran 11	Tabulasi sikap siswa.....	129
Lampiran 12	Tabulasi tindakan.....	131
Lampiran 13	Tabulasi kategori pengetahuan.....	133
Lampiran 14	Tabulasi kategori sikap.....	135
Lampiran 15	Tabulasi kategori tindakan.....	137
Lampiran 16	Uji Wilcoxon pengetahuan.....	145
Lampiran 17	Uji wilcoxon sikap.....	146
Lampiran 18	Uji wilcoxon tindakan.....	147

DAFTAR LAMBANG

Σ	: jumlah
\leq	: lebih kecil sama dengan
\geq	: lebih besar sama dengan
\pm	: kurang lebih
%	: persen

DAFTAR SINGKATAN

AHA	: <i>American Heart Association</i>
BB	: Berat Badan
BMI	: <i>Body Mass Indeks</i>
BPOM RI	: Badan Pengawasan Obat dan Makanan
CDC 2000	: <i>Center for Disease Control and Prevention</i>
DKI	: Daerah Khusus Ibukota
DM	: <i>Diabetes Mellitus</i>
IMT	: Indeks Massa Tubuh
OHP	: <i>Overhead Projector</i>
OR	: <i>Odds Ratio</i>
PUGS	: Pedoman Umum Gizi Seimbang
RDA	: <i>Recommended Daily Allowance</i>
Riskesmas	: Riset Kesehatan Dasar
SAK	: Satuan Acara Kegiatan
SAP	: Satuan Acara Pembelajaran
SD	: Sekolah Dasar
SDN	: Sekolah Dasar Negeri Sedenter
TB	: Tinggi Badan
TLK	: Tingkat Lipatan Kulit
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Obesitas merupakan penyakit metabolik pada anak dan dewasa dengan penyebaran terluas menjadi masalah di seluruh dunia (Lavie *et al.*, 2009). Menurut Yap MA, Tan WL dalam penelitian Kinanthi M (2013), prevalensi obesitas pada anak usia 6-17 tahun di Amerika Serikat meningkat dari 7,6-10,8% menjadi 13-14%. Obesitas pada anak usia sekolah dasar disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain faktor genetik atau keturunan (Maddah & Nikooyeh, 2009), pola makan (Amin, 2008), dan kurangnya aktivitas (Mejia *et al.*, 2007), sosial ekonomi, faktor psikologis dan faktor lingkungan. Anak-anak usia sekolah mempunyai kebiasaan lebih sering mengkonsumsi makanan cepat saji (*fast food* dan *junk food*). Kebiasaan lain yang dimiliki anak usia sekolah adalah mengkonsumsi makanan camilan yang banyak mengandung gula sambil menonton televisi atau bermain. Pilihan jenis makanan camilan dapat dipengaruhi oleh iklan di televisi, dan peningkatan jumlah konsumsi makanan tersebut menyebabkan peningkatan asupan energi (Miller *et al.*, 2004 dalam Wilkinson, 2008). Aktivitas pada anak-anak mulai menurun, anak-anak lebih banyak bermain di dalam rumah dibandingkan di luar rumah, misalnya dengan bermain game komputer atau internet, menonton televisi, dll (Lifshitz & Moses, 1991 dalam Budiyaniti, 2011). Pola makan dan aktivitas anak jika tidak dijaga dengan baik, maka akan menyebabkan berat badan anak bertambah dan terjadi obesitas. Dampak dari obesitas meliputi faktor resiko kardiovaskuler, respirasi, endokrin/metabolik, muskuloskeletal/orthopedik, gastrointestinal, neurologi,

Nusa Tenggara Timur (8,7%) dan tertinggi di DKI Jakarta (30,1%). Sebanyak 15 provinsi dengan prevalensi sangat gemuk diatas nasional, yaitu Kalimantan Tengah, Jawa Timur, Banten, Kalimantan Timur, Bali, Kalimantan Barat, Sumatera Utara, Kepulauan Riau, Jambi, Papua, Bengkulu, Bangka Belitung, Lampung dan DKI Jakarta. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 7 April 2014 terhadap siswa-siswi yang mengalami obesitas maupun yang belum mengalami obesitas di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya pada waktu istirahat, mereka sering mengkonsumsi jajanan di sekitar sekolah. Berdasarkan data siswa-siswi SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya terdapat 37 siswa yang mengalami obesitas. Jika hal tersebut tidak ditangani maka akan menimbulkan dampak menurunnya kualitas kesehatan dan meningkatkan angka obesitas di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya.

Obesitas pada anak usia sekolah (6-12 tahun) saat ini menjadi masalah kompleks. Anak-anak mengalami perubahan pola makan dan aktivitas fisik pada saat memasuki usia sekolah. Aspek kuantitas maupun komposisi asupan juga berperan dalam meningkatkan risiko kejadian obesitas. Faktor penyebab terjadinya obesitas pada anak adalah karena asupan makanan berlebih yang berasal dari jenis makanan olahan serba instan, minuman *soft drink*, makanan jajanan seperti makanan cepat saji dan jajanan yang tersedia di kantin sekolah, tanpa disertai konsumsi sayur dan buah yang cukup sebagai sumber serat. Dalam BPOM RI tahun 2009 dalam Pangan Jajanan Anak Sekolah menunjukkan bahwa makanan jajanan memberikan kontribusi masing-masing sebesar 31,1% dan 27,4% terhadap keseluruhan asupan energi dan protein anak sekolah dasar. Kelebihan asupan juga akan disimpan oleh tubuh berupa simpanan lemak sebesar

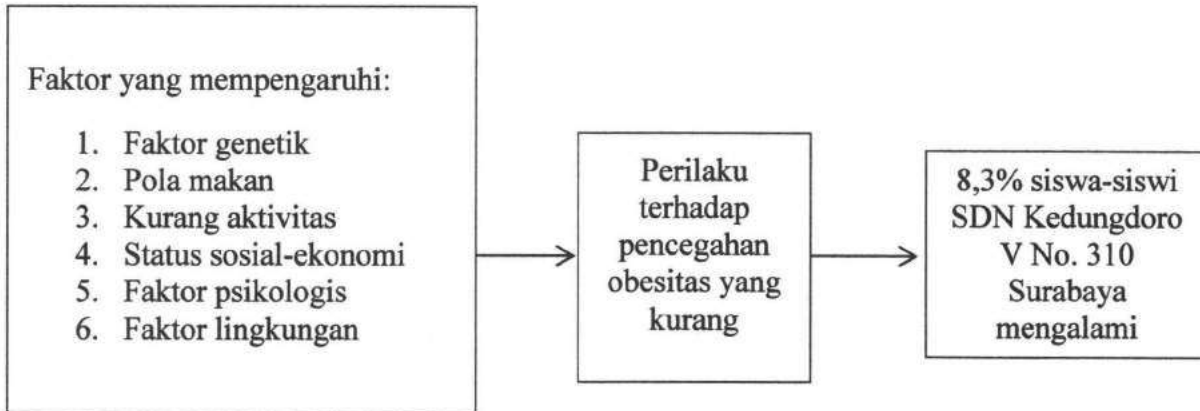
60-80%. Hasil penelitian di Inggris menunjukkan bahwa anak sekolah mengonsumsi lebih dari 90% energi dan 75% lemak dari rekomendasi asupan harian (*Recommended Daily Allowance/RDA*). Penelitian lain menunjukkan waktu yang senggang lebih banyak diisi dengan aktivitas yang kurang disertai mengemil yang mengakibatkan peningkatan asupan energi (Parrde *et al.*, 2007). Jika obesitas tidak dicegah atau ditangani dapat menyebabkan munculnya penyakit tidak menular. Selain itu, juga berisiko untuk menjadi obesitas pada saat dewasa dan berpotensi mengakibatkan gangguan metabolisme glukosa dan penyakit degeneratif seperti penyakit jantung, penyumbatan pembuluh darah dan lain-lain. Selain itu, obesitas pada anak usia sekolah dasar juga dapat menurunkan tingkat kecerdasan karena aktivitas dan kreativitas anak menjadi menurun dan malas akibat kelebihan berat badan. Oleh karena itu, anak usia sekolah perlu mendapat perhatian dari sudut perubahan pola makan sehari-hari karena makanan yang biasa dikonsumsi sejak masa anak akan membentuk pola kebiasaan makan selanjutnya.

Menurut Dale (1969) dalam Arsyad (2009) menyatakan bahwa pemerolehan hasil belajar melalui indera pandang berkisar 75%, melalui indera dengar sekitar 13 % dan melalui indera lainnya sekitar 12 %. Salah satu media yang dapat digunakan untuk pendidikan kesehatan pada anak usia sekolah adalah media komik. Media komik terdiri dari gambar dan tulisan. Anak usia sekolah akan mudah memahami informasi yang diberikan melalui gambar yang menarik dalam komik dengan tujuan dan materi yang akan diajarkan. Gambar yang disajikan dalam komik pencegahan obesitas berbentuk kartun. Hal ini dikarenakan gambar-gambar kartun disukai oleh siswa. Fungsi gambar tersebut hanya sebagai ilustrasi dari cerita yang disajikan sesuai dengan materi yang dibahas. Sedangkan materi

pencegahan obesitas disajikan melalui percakapan dari tokoh-tokoh dalam komik. Cerita dalam komik pencegahan obesitas tidak disajikan secara utuh, melainkan per sub konsep bagian. Meskipun demikian tokoh yang digunakan tetap sama sesuai dengan materi yang disajikan nantinya. Menurut Sudjana dan Rivai, 2002 (dalam Suci L.,dkk, 2009) menyatakan bahwa media komik dalam proses belajar mengajar menciptakan minat para siswa, mengefektifkan proses belajar mengajar, dapat meningkatkan minat belajar dan menimbulkan minat apresiasinya. Media komik dapat menstimulasi indra penglihatan anak, yang pada akhirnya minat, perhatian dan konsentrasi anak menjadi lebih terfokus. Daya imajinasi anak pun menjadi lebih besar untuk mengamati tentang cara pencegahan obesitas yang benar. Media komik dapat meningkatkan perhatian dan konsentrasi anak yang mempengaruhi kemampuan, daya ingat serta imajinasi meningkat. Selanjutnya pengetahuan dan sikap siswa mengenai permasalahan yang disajikan diharapkan meningkat. Oleh sebab itu, pemilihan media dalam pendidikan kesehatan dengan media komik ini diharapkan dapat membantu dalam pendidikan kesehatan.

Berdasarkan latar belakang permasalahan di atas, peneliti ingin mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya. Pendidikan kesehatan ini diharapkan dapat mengubah perilaku anak usia sekolah tentang pencegahan obesitas yang tepat.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi masalah siswa yang mengalami obesitas di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya

Obesitas pada anak usia sekolah dasar disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain faktor genetik atau keturunan (Maddah & Nikooyeh, 2009), pola makan (Amin, 2008), dan kurangnya aktivitas (Mejia *et al.*, 2007), sosial ekonomi, faktor psikologis dan faktor lingkungan. Kurangnya pengetahuan mengenai obesitas menyebabkan perilaku dalam mencegah obesitas kurang. Berdasarkan hasil observasi, terdapat siswa-siswi yang mengalami obesitas di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya sebanyak 8,3% siswa.

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menjelaskan pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya.

1.4.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi pengetahuan terhadap pencegahan siswa kelas 4 di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan media komik.
2. Mengidentifikasi sikap terhadap pencegahan siswa kelas 4 di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan media komik.
3. Mengidentifikasi tindakan terhadap pencegahan siswa kelas 4 di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan media komik.
4. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan komunitas sebagai inovasi media promosi kesehatan untuk anak usia sekolah dasar.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Perawat Komunitas

Sebagai inovasi media dalam memberikan promosi kesehatan perilaku pencegahan obesitas pada anak usia sekolah.

2. Bagi sekolah

Sebagai media meningkatkan frekuensi dan kegiatan UKS (Unit Kegiatan Sekolah) dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya meningkatkan perilaku pendidikan kesehatan tentang pencegahan obesitas.

3. Bagi siswa

Sebagai media pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan obesitas yang benar.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan dijelaskan tentang: konsep pendidikan kesehatan, konsep media komik, konsep perilaku, konsep obesitas dan konsep anak usia sekolah.

2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.1.1 Definisi pendidikan kesehatan

Menurut Nyswander (1974) dalam Siswanto (2010) mengatakan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tercapainya tujuan kesehatan perorangan dan masyarakat. Pendidikan kesehatan adalah usaha atau kegiatan untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan (perilaku) mereka untuk mencapai kesehatan secara optimal (Notoatmodjo, 2003). Pendidikan kesehatan adalah upaya untuk mempengaruhi dan atau mengajak orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat agar melaksanakan perilaku hidup sehat (Notoatmodjo, 2007)

Menurut Tiglaoyang (dalam Herijulianti, 2002), pendidikan kesehatan bukan sekedar memberitahukan kepada orang-orang bagaimana caranya untuk mempertinggi kesehatan tetapi mereka seharusnya menciptakan keadaan untuk mendapatkan kesempatan untuk belajar dengan dan untuk mereka sendiri, akibatnya mereka dapat mengubah cara hidupnya yang kurang baik untuk kesehatan pribadinya dan untuk masyarakat dengan cara hidup sehat. *Committe on health education and promotion terminology* mendefinisikan pendidikan kesehatan sebagai kombinasi apapun dari pengalaman pembelajaran terencana

yang didasarkan pada teori-teori yang logis yang membekali individu, kelompok, masyarakat dengan peluang untuk mendapatkan informasi dan ketrampilan guna membuat keputusan yang bermutu. (McKenzie, 2006)

Dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang didalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik (Suliha, 2002). Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah proses perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan secara terencana pada individu, kelompok, maupun masyarakat sehingga mereka bisa lebih mandiri dalam mengatasi masalah kesehatan serta mampu mencapai hidup sehat yang optimal.

2.1.2 Tujuan pendidikan kesehatan

Menurut WHO, 1984 (dalam Notoatmodjo, 2003), tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan dan mencegah timbulnya penyakit, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan. Menurut Effendi & Makhfudli (2009), pendidikan kesehatan mempunyai tujuan:

1. Peserta didik dapat memiliki pengetahuan tentang ilmu kesehatan, termasuk cara hidup sehat dan teratur
2. Peserta didik dapat memiliki nilai dan sikap yang positif terhadap prinsip hidup sehat

3. Peserta didik dapat memiliki keterampilan dalam melakukan hal yang berkaitan dengan pemeliharaan, pertolongan, dan perawatan kesehatan
4. Peserta didik dapat memiliki kemampuan untuk menalarakan perilaku hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari
5. Peserta didik dapat memiliki pertumbuhan termasuk bertambahnya tinggi badan dan berat badan seimbang
6. Peserta didik dapat mengerti dan menerapkan prinsip-prinsip pengutamaan pencegahan penyakit dalam kaitannya dengan kesehatan dan keselamatan dalam kehidupan sehari-hari
7. Peserta didik dapat memiliki daya tangkal terhadap pengaruh buruk dari luar
8. Peserta didik dapat memiliki tingkat kesegaran jasmani dan derajat kesehatan yang optimal serta mempunyai daya tahan tubuh yang baik terhadap penyakit

2.1.3 Ruang Lingkup pendidikan kesehatan

Mubarak (2006), menjelaskan beberapa ruang lingkup pendidikan kesehatan, antara lain:

1. Dimensi Sasaran
 - 1) Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu
 - 2) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok
 - 3) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat
2. Dimensi Tempat Pelaksanaannya
 - 1) Pendidikan kesehatan di sekolah, di lakukan di sekolah dengan sasaran murid yang pelaksanaannya diintegrasikan dengan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

- 2) Pendidikan kesehatan di pelayanan kesehatan, dilakukan di Pusat Kesehatan Masyarakat, Balai Kesehatan, Rumah Sakit Umum maupun khusus dengan sasaran pasien dan keluarga pasien
 - 3) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan
3. Tingkat Pelayanan Pendidikan Kesehatan (Notoatmodjo, 2003)
- 1) Promosi kesehatan (*Health Promotion*)
Dalam tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan hygiene perorangan dan sebagainya
 - 2) Perlindungan khusus (*Specific Protection*)
Dalam program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan terutama di negara-negara berkembang. Hal ini karena kesadaran masyarakat tentang pentingnya imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya maupun pada anak-anaknya masih rendah.
 - 3) Diagnosa dini dan pengobatan segera (*Early Diagnosis and Prompt Treatment*)
Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka sering sulit mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi di dalam masyarakat, bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal ini menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan sangat diperlukan pada tahap ini.

4) Pembatasan cacat (*Disability Limitation*)

Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, maka sering masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Dengan kata lain mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau ketidakmampuan.

5) Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut kadang-kadang diperlukan latihan-latihan tertentu. Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut, ia tidak atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. Disamping itu orang yang cacat setelah sembuh dari penyakit, kadang-kadang malu untuk kembali ke masyarakat.

2.1.4 Sasaran pendidikan kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan adalah masyarakat atau individu baik yang sehat maupun sakit. Sasaran pendidikan kesehatan tergantung pada tingkat, dan tujuan penyuluhan yang diberikan. Lingkungan pendidikan kesehatan di masyarakat dapat dilakukan melalui berbagai lembaga dan organisasi masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

2.1.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi pendidikan kesehatan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pendidikan kesehatan berperan penting dalam mencapai hasil yang diharapkan. Faktor-faktor tersebut meliputi:

1. Faktor pendidik, meliputi: kurang persiapan, kurang menguasai materi, bahasa yang digunakan sulit dimengerti, suara terlalu kecil dan kurang dapat didengar dan penyampaian materi terlalu monoton sehingga membosankan.
2. Faktor sasaran, meliputi: tingkat pengetahuan, sosial budaya sehingga kurang memperhatikan pesan yang disampaikan, kepercayaan dan adat yang sudah tertanam kuat dan kondisi lingkungan tempat tinggal yang tidak memungkinkan terjadinya perubahan perilaku (Arifianto, 2012)

2.1.6 Media dalam pendidikan kesehatan

Alat bantu pembelajaran adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pengajaran dan biasanya dengan menggunakan alat peraga pengajaran. Alat peraga pada dasarnya dapat membantu sasaran pendidik untuk menerima pelajaran dengan menggunakan panca inderanya. Semakin banyak indera yang digunakan dalam menerima pelajaran semakin baik penerimaan pelajaran (Suliha, 2002). Macam-macam media atau alat bantu tersebut menurut Sanjaya (2008) adalah sebagai berikut:

1. Media *auditif* yaitu media yang hanya dapat didengar saja atau media yang hanya memiliki unsur suara, seperti radio dan rekaman suara.
2. Media *visual* yaitu media yang hanya dapat dilihat saja, tidak mengandung unsur suara, seperti film slide, foto, transparansi, lukisan, gambar dan berbagai bentuk bahan yang dicetak seperti media grafis.
3. Media *audio visual* yaitu jenis media yang selain mengandung unsur suara juga mengandung unsur gambar yang bisa dilihat, misalnya rekaman video, berbagai ukuran film, slide suara. Kemampuan media ini dianggap lebih baik dan lebih menarik

4. Media atau alat bantu berdasarkan pembuatannya
 - a. Alat bantu elektronik yang rumit, contohnya: film, film slide, transparansi. Jenis media ini memerlukan alat proyeksi khusus seperti film projector, slide projector, *overhead projector* (OHP)
 - b. Alat bantu sederhana contohnya: leaflet, model buku bergambar, benda-benda nyata (sayuran, buah-buahan), papan tulis, film chart, poster, boneka, phanthom, spanduk. Ciri-ciri alat bantu sederhana adalah mudah dibuat, mudah memperoleh bahan-bahan, ditulis atau digambar drngan sederhana, memenuhi kebutuhan pengajar, mudah dimengerti serta tidak menimbulkan salah persepsi.

Menurut Notoatmodjo (2005) media dalam pendidikan kesehatan dapat ditinjau dari berbagai aspek, antara lain :

1. Berdasarkan bentuk umum penggunaannya
 - a. Bahan bacaan
Meliputi: modul, buku rujukan/bacaan, folder, leaflet, majalah, bulletin, komik dan sebagainya
 - b. Bahan peragaan
Meliputi: poster tunggal, poster seri, *flip-chart*, transparan, slide, film, dan seterusnya
2. Berdasarkan cara produksinya :
 - a. Media cetak
Media cetak adalah alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan dengan berbagai variasi diantaranya :

- 1) **Komik**, adalah suatu media untuk menyampaikan informasi atau cerita dalam bentuk buku, berupa gambar dan tulisan.
- 2) *Booklet*, adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- 3) *Leaflet*, adalah bentuk penyampaian informasi atau pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat, isi informasi dapat berupa kalimat maupun gambar atau kombinasi dari keduanya.
- 4) *Flyer* (selebaran), bentuknya seperti leaflet, tapi tidak dilipat
- 5) *Flip Chart* (lembar balik), media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik
- 6) **Rubrik** atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan
- 7) **Poster**, yaitu bentuk media cetak yang berisi pesan-pesan/informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, atau di tempat-tempat umum atau di kendaraan umum.
- 8) **Foto-foto** yang mengungkapkan informasi kesehatan

- a. **Media Elektronik**

Media elektronik yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesan kesehatan melalui alat bantu elektronik, yang terdiri dari: televisi, radio, video, slide, dan film strip.

b. Media Luar Ruang

Media luar yaitu media yang menyampaikan pesannya di luar ruang secara umum melalui media cetak dan elektronik secara statis, misalnya: papan reklame, spanduk, pameran, banner, dan TV layar lebar.

2.2 Konsep Media Komik

Berbagai metode telah dikembangkan dunia pendidikan dalam menyampaikan pesan yang bertujuan meningkatkan pengetahuan sikap dan ketrampilan. Ceramah dan tanya jawab adalah metode yang cukup efektif sebagai penyampaian pesan. Salah satu media penyuluhan yang dapat digunakan untuk menarik perhatian siswa adalah gambar. Gambar dapat menimbulkan kreatifitas siswa yang beragam dalam menerjemahkannya.

2.2.1 Definisi komik

Komik adalah suatu bentuk kartun yang mengungkapkan karakter dan memerankan suatu cerita dalam urutan yang erat dihubungkan dengan gambar dan dirancang untuk memberikan hubungan kepada pembaca. Komik punya peranan yang positif yaitu mengembangkan kebiasaan membaca. Dunia anak-anak penuh dengan imajinasi dan kreasi. Itulah sebabnya sebagian besar anak-anak menyukai gambar, sketsa dan komik. Komik adalah salah satu alat media yang menyenangkan untuk anak belajar. Edukasi melalui media komik ini diharapkan mampu membentuk pola pikir yang tepat agar anak mampu memilih jajanan yang sehat dan aman untuk dikonsumsi.

2.2.2 Kelebihan komik

Sebagai salah satu media visual, media komik tentunya memiliki kelebihan tersendiri jika dimanfaatkan dalam kegiatan belajar mengajar. Kelebihan media komik dalam kegiatan belajar mengajar menurut Trimo, 1997 (dalam Suci L.,dkk, 2009), dinyatakan:

1. Komik menambah pembendaharaan kata-kata pembacanya;
2. Dapat memperjelas suatu permasalahannya dengan melihat gambar yang jelas dan sesuai dengan pokok bahasan. Anak akan lebih jelas terhadap suatu pokok bahasan atau materi yang disampaikan guru.
3. Dapat mengembangkan minat baca anak dan salah satu bidang yang lain;
4. Seluruh jalan cerita komik pada menuju hal yakni kebaikan atau studi lain;
5. Komik tidak berbahaya dan tidak merusak minat baca anak-anak.
6. Komik dapat memperkaya kecerdasan visual dan bisa mendorong anak belajar mencocokkan antara latar belakang dengan kejadian yang dipaparkan dalam cerita.

2.2.3 Kekurangan komik

Media komik disamping mempunyai kelebihan juga memiliki kelemahan dan keterbatasan kemampuan dalam hal-hal tertentu. Menurut Trimo, 1997 (dalam Suci L.,dkk, 2009) kelemahan media komik antara lain:

1. Kemudahan orang membaca komik membuat malas membaca sehingga penolakan-penolakan atas buku yang tidak bergambar;
2. Ditinjau dari segi bahasa, komik hanya menggunakan kata-kata kotor ataupun kalimat-kalimat yang tidak dapat dipertanggungjawabkan;

3. Banyak aksi-aksi yang menonjolkan kekerasan ataupun tingkah laku yang kurang baik (*perverted*)
4. Banyak adegan percintaan yang menonjol.

2.2.4 Aplikasi Komik dalam Pembelajaran

Nilai edukatif media komik dalam proses belajar mengajar tidak diragukan lagi. Menurut Sudjana dan Rivai, 2002 (dalam Suci L.,dkk, 2009) menyatakan bahwa media komik dalam proses belajar mengajar menciptakan minat para siswa, mengefektifkan proses belajar mengajar, dapat meningkatkan minat belajar dan menimbulkan minat apresiasinya.

Media komik dalam pembelajaran sebaiknya tidak menggunakan kata-kata kotor, tetapi menggunakan kata-kata yang mengandung pesan-pesan pengetahuan gambar-gambar pelaku kekerasan digganti dengan contoh-contoh perilaku bernuansa moral, adegan percintaan diganti dengan adegan yang mengarahkan rasa cinta dan kasih sayang terhadap sesama makhluk dan penciptanya.

Selain itu, komik yang dikembangkan juga disesuaikan dengan tujuan dan materi yang akan diajarkan. Gambar yang disajikan dalam komik pencegahan obesitas berbentuk kartun. Hal ini dikarenakan gambar-gambar kartun disukai oleh siswa. Fungsi gambar tersebut hanya sebagai ilustrasi dari cerita yang disajikan sesuai dengan materi yang dibahas. Sedangkan materi pencegahan obesitas disajikan melalui percakapan dari tokoh-tokoh dalam komik. Cerita dalam komik pencegahan obesitas tidak disajikan secara utuh, melainkan per sub konsep bagian. Meskipun demikian tokoh yang digunakan tetap sama sesuai dengan materi yang disajikan nantinya.

2.2.5 Keterbacaan Visual Komik

Peranan media komik sebagai media pembelajaran menurut Sudjana dan Rivai, 2002 (dalam Suci L.,dkk, 2009) adalah kemampuannya dalam menciptakan minat belajar siswa. Sebagai media audio visual, agar dapat berfungsi sebagaimana mestinya yaitu mengoptimalkan pembelajaran, maka dalam pengembangan komik harus berpegang pada beberapa hal sebagai berikut (Arsyad, 2006):

a. Bentuk

Pemilihan warna penting untuk diperhatikan agar dapat membangkitkan minat dan perhatian siswa.

b. Garis

Garis digunakan untuk menghubungkan unsur-unsur yang bersifat berurutan. Sehingga dapat dikatakan bahwa unsur garis ini akan membantu dalam kejelasan cerita.

c. Tekstur

Tekstur berfungsi untuk menimbulkan kesan halus atau kasar yang dapat menunjukkan unsur penekanan.

d. Warna

Fungsi penggunaan warna adalah untuk memberikan kesan pemisahan atau penekanan serta membangun keterpaduan dan mempertinggi realitas objek dan menciptakan respon emosional.

Hal yang perlu diperhatikan dalam pemilihan warna adalah sebagai berikut:

- 1) Pemilihan warna khusus;
- 2) Nilai warna, yakni tingkat ketebalan dan ketipisan;

3) Intensitas atau kekuatan warna.

Mengembangkan media yang menggunakan ilustrasi komik penting diperhatikan juga bagian-bagian dari komik itu sendiri. Menurut Susiani (2006), komik mempunyai bagian-bagian sebagai berikut:

- a. Karakter, adalah semua tokoh yang ada dalam komik;
- b. Frame, adalah ruangan yang membatasi adegan cerita yang satu dengan yang lain;
- c. Balon kata, adalah ruangan bagi percakapan yang diucapkan oleh karakter;
- d. Narasi, adalah merupakan kalimat penjelas yang dikemukakan oleh komikus;
- e. Efek suara, adalah efek yang diberikan pada visualisasi kata atau uraian kalimat yang ucapkan oleh karakternya;
- f. Latar belakang, adalah penggambaran suasana penggambaran suasana tempat karakter yang sedang dibicarakan oleh komikus.

2.3 Konsep Perilaku

2.3.1 Definisi Perilaku

Menurut Lewit yang dikutip oleh dikutip oleh Notoatmodjo (1993) dalam Maulana (2009), perilaku merupakan hasil pengalaman dan proses interaksi dengan lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan sehingga diperoleh keadaan seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan. Perilaku adalah faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat (Blum, 1974 dalam Maulana, 2009).

2.3.2 Bentuk Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2007), dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua:

1. Perilaku tertutup (*covert behaviour*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu, disebut *covert behavior*.

2. Perilaku terbuka (*overt behaviour*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behaviour*, tindakan nyata atau praktik (*practice*)

2.3.3 Proses adopsi perilaku

Menurut Rogers (2003), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

1. *Knowledge* (pengetahuan)

Pada tahapan ini suatu individu belajar tentang keberadaan suatu inovasi dan mencari informasi tentang inovasi tersebut. Apa?, bagaimana?, dan mengapa? merupakan pertanyaan yang sangat penting pada tahap ini. Tahap ini individu akan menetapkan “ Apa inovasi itu? bagaimana dan

mengapa ia bekerja?. Pertanyaan ini akan membentuk tiga jenis pengetahuan, yaitu:

- 1) *Awareness knowledge* (pengetahuan kesadaran), yaitu pengetahuan akan keberadaan suatu inovasi. Pengetahuan jenis ini akan memotivasi individu untuk belajar lebih banyak tentang inovasi dan kemudian akan mengadopsinya. Pada tahap ini inovasi mencoba diperkenalkan pada masyarakat tetapi tidak ada informasi yang pasti tentang produk tersebut. Karena kurangnya informasi tersebut maka masyarakat tidak merasa memerlukan akan inovasi tersebut. Rogers menyatakan bahwa untuk menyampaikan keberadaan inovasi akan lebih efektif disampaikan melalui media massa seperti radio, televisi, koran, atau majalah. Sehingga masyarakat akan lebih cepat mengetahui akan keberadaan suatu inovasi.
- 2) *How-to-knowledge* (pengetahuan pemahaman), yaitu pengetahuan tentang bagaimana cara menggunakan suatu inovasi dengan benar. Rogers memandang pengetahuan jenis ini sangat penting dalam proses keputusan inovasi. Untuk lebih meningkatkan peluang pemakaian sebuah inovasi maka individu harus memiliki pengetahuan ini dengan memadai berkenaan dengan penggunaan inovasi ini.
- 3) *Principles-knowledge* (prinsip dasar), yaitu pengetahuan tentang prinsip-prinsip keberfungsian yang mendasari bagaimana dan mengapa suatu inovasi dapat bekerja. Contoh dalam hal ini adalah ide tentang teori kuman, yang mendasari penggunaan vaksinasi dan kakus untuk sanitasi perkampungan dan kampanye kesehatan.

2. *Persuasion* (Bujukan)

Tahap persuasi terjadi ketika individu memiliki sikap positif atau negatif terhadap inovasi. Tetapi sikap ini tidak secara langsung akan menyebabkan apakah individu tersebut akan menerima atau menolak suatu inovasi. Suatu individu akan membentuk sikap ini setelah dia tahu tentang inovasi, maka tahap ini berlangsung setelah tahap pengetahuan dalam proses keputusan inovasi. Tahap pengetahuan lebih bersifat kognitif (tentang pengetahuan), sedangkan tahap kepercayaan bersifat afektif karena menyangkut perasaan individu, karena itu pada tahap ini individu akan terlibat lebih jauh lagi. Tingkat ketidak yakinan pada fungsi-fungsi inovasi dan dukungan sosial akan mempengaruhi pendapat dan kepercayaan individu terhadap inovasi.

3. *Decision* (Keputusan)

Pada tahapan ini individu membuat keputusan apakah menerima atau menolak suatu inovasi. Jika inovasi dapat dicobakan secara parsial, umpamanya pada keadaan suatu individu, maka inovasi ini akan lebih cepat diterima karena biasanya individu tersebut pertama-tama ingin mencoba dulu inovasi tersebut pada keadaannya dan setelah itu memutuskan untuk menerima inovasi tersebut. Walaupun begitu, penolakan inovasi dapat saja terjadi pada setiap proses keputusan inovasi ini. Terdapat dua jenis penolakan, yaitu *active rejection* dan *passive rejection*. *Active rejection* terjadi ketika suatu individu mencoba inovasi dan berfikir akan mengadopsi inovasi tersebut namun pada akhirnya dia

menolak inovasi tersebut. *Passive rejection* individu tersebut sama sekali tidak berfikir untuk mengadopsi inovasi.

4. *Implementation* (Penerapan)

Pada tahap implementasi, sebuah inovasi dicoba untuk dipraktikkan, akan tetapi sebuah inovasi membawa sesuatu yang baru apabila tingkat ketidak pastiannya akan terlibat dalam difusi. Ketidak pastian dari hasil-hasil inovasi ini masih akan menjadi masalah pada tahapan ini. Klien dalam hal ini adalah masyarakat, akan memerlukan bantuan teknis dari agen perubahan untuk mengurangi tingkat ketidak pastian dari akibatnya. Apalagi bahwa proses keputusan inovasi ini akan berakhir. Permasalahan penerapan inovasi akan lebih serius terjadi apabila yang mengadopsi inovasi itu adalah suatu organisasi, karena dalam sebuah inovasi jumlah individu yang terlibat dalam proses keputusan inovasi ini akan lebih banyak dan terdiri dari karakter yang berbeda-beda.

5. *Confirmation* (Penegasan/Pengesahan)

Ketika keputusan inovasi sudah dibuat, maka klien akan mencari dukungan atas keputusannya ini . Menurut Rogers (2003), keputusan ini dapat menjadi terbalik apabila si pengguna ini menyatakan ketidak setujuan atas pesan-pesan tentang inovasi tersebut. Akan tetapi kebanyakan cenderung untuk menjauhkan diri dari hal-hal seperti ini dan berusaha mencari pesan-pesan yang mendukung yang memperkuat keputusan itu. Jadi dalam tahap ini, sikap menjadi hal yang lebih krusial. Keberlanjutan penggunaan inovasi ini akan bergantung pada dukungan dan sikap individu.

Proses pembelajaran yang tidak optimal akan mempengaruhi persepsi seseorang sehingga perubahan untuk berperilaku hidup sehat akan sulit didapatkan. Persepsi proses informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode, dan ingatan (Nursalam, 2008).

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (Notoatmodjo, 2005).

2.3.4 Faktor yang mempengaruhi perilaku

Perilaku merupakan totalitas penghayatan atau aktivitas seseorang yang merupakan hasil gabungan antara faktor internal dan eksternal. Dari sini dapat disimpulkan bahwa faktor internal dan eksternal memiliki pengaruh dalam membentuk perilaku seseorang. Faktor internal merupakan karakteristik yang bersifat bawaan dari orang yang bersangkutan, seperti ras, sifat fisik, kepribadian (pemalu, pemarah, dan penakut), bakat bawaan, tingkat kecerdasan, dan jenis kelamin. Faktor eksternal merupakan faktor yang berasal dari luar diri seseorang, meliputi lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, dan politik (Maulana, 2009).

2.3.5 Perilaku kesehatan

Perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan lingkungan (Maulana, 2009). Menurut Notoatmodjo (1997) seperti yang dikutip Sunaryo (2004), stimulus yang terkait dengan perilaku kesehatan terdiri dari 4 unsur:

1. Perilaku terhadap sehat sakit

Perilaku tentang bagaimana seseorang menanggapi rasa sakit dan penyakit yang bersifat respon internal maupun eksternal, baik respon pasif maupun aktif. Terdapat empat jenis perilaku terhadap sehat sakit berdasarkan tingkat pencegahan penyakit, yaitu:

- 1) Perilaku peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*)
- 2) Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*)
- 3) Perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*)
- 4) Perilaku pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*)

2. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan

Merupakan respon terhadap sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional, meliputi:

- 1) Respon terhadap fasilitas pelayanan kesehatan
- 2) Respon terhadap cara pelayanan kesehatan
- 3) Respon terhadap petugas kesehatan
- 4) Respon terhadap pemberian obat-obatan

3. Perilaku terhadap makanan (*nutrition behavior*)

Merupakan respon individu terhadap makanan dan unsur-unsur yang terkandung di dalamnya (gizi, vitamin), serta pengelolaan makanan sehubungan kebutuhan tubuh.

4. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*environmental behavior*)

Merupakan respon individu terhadap lingkungan sebagai faktor penentu kesehatan manusia. Lingkup perilaku ini meliputi:

- 1) Perilaku terhadap air bersih, meliputi manfaat dan penggunaan air bersih untuk kepentingan kesehatan.
- 2) Perilaku yang berhubungan dengan pembuangan air kotor atau kotoran, termasuk *hygiene*, pemeliharaan, teknik, dan penggunaannya.
- 3) Perilaku yang berhubungan dengan pembuangan limbah (cair maupun padat), termasuk pembuangan sampah dan air limbah yang sehat dan dampak pembuangan limbah yang tidak baik.
- 4) Perilaku yang berhubungan dengan rumah yang sehat, meliputi ventilasi, pencahayaan, lantai, dan sebagainya.
- 5) Perilaku terhadap pembersihan sarang-sarang vektor.

2.3.6 Domain perilaku kesehatan

Bloom (1998) dalam Notoatmodjo (2007), seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu ke dalam tiga domain:

1. Domain Kognitif (Pengetahuan)

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003 dalam Puriantini 2010).

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang

dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (*Comprehention*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan suatu materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya (*riil*). Aplikasi disini dapat diartikan penggunaan hukumhukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks lain.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam kaitannya suatu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merujuk pada suatu kemampuan untuk menjelaskan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Bisa diartikan juga sebagai kemampuan untuk menyusun formasi baru dari formasi-formasi yang ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan penelitian terhadap suatu obyek. Penelitian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2. Domain Sikap

Menurut Campbell (1972) dalam Notoatmodjo (2007) "*An individual's social attitude is a syndrome of response consistency with regard to social object*"

Menurut Berkowitz (1972) dalam Azwar (2008), sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada suatu obyek.

Menurut Notoatmodjo (2007), sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau obyek.

Menurut Notoatmodjo (2003), keyakinan seseorang terhadap suatu obyek, tidak dapat dilihat langsung, menunjukkan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus. Manifestasi terhadap sikap tidak dapat dilihat secara langsung, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup (*covert behaviour*).

Menurut Azwar (2008), struktur sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang yaitu komponen kognitif, afektif dan komponen konatif.

Menurut Middlebrook (1974) dalam Azwar (2008), dengan tidak adanya pengalaman sama sekali dengan suatu obyek, cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap obyek tersebut.

Menurut Roger dalam Notoatmodjo (2003), seseorang menghadapi sikap baru maka dalam diri tersebut terjadi proses berbenturan yaitu mengetahui stimulus, tertarik dengan stimulus, mencoba bersikap baru kemudian mencoba menghadapi sikap baru.

1) Struktur sikap

Struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu kognitif, afektif dan konatif (Azwar, 2008). Komponen kognitif atau pengetahuan merupakan representasi apa yang dipercayai seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap.

Sekali kepercayaan itu telah terbentuk, akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai apa yang diharapkan dari objek tertentu sehingga kepercayaan itu terbentuk karena kurang atau tidak adanya informasi yang benar mengenai objek sikap yang dihadapi (Azwar, 2008).

Sikap merupakan suatu keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi) dan predisposisi tindakan (konasi) terhadap suatu objek di lingkungan sekitarnya. Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subyektif terhadap suatu obyek sikap. Secara umum komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Pada umumnya reaksi emosional yang merupakan komponen afektif ini dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai suatu yang benar dan berlaku bagi obyek tersebut (Azwar, 2008).

Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya. Kaitan ini didasari oleh asumsi kepercayaan dengan perasaan yang mempengaruhi perilaku (Azwar, 2008).

2) Proses perkembangan sikap

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi

atau lembaga agama serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar, 2008). Berikut ini akan diuraikan peranan masing-masing faktor dalam pembentukan sikap manusia:

(1) Apa yang telah dan sedang dialami seseorang ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan seseorang terhadap stimulasi.

(2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Orang lain di sekitar kita merupakan salah satu komponen yang ikut mempengaruhi sikap.

(3) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dimana seseorang hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap seseorang. Individu memiliki pola sikap dan perilaku tertentu dikarenakan mendapat *reinforcement* (penguatan, ganjaran) dari masyarakat untuk sikap dan perilaku tersebut.

(4) Media massa

Media massa sebagai komunikasi yang berupa televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan kepercayaan dan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan berpikir kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Apabila cukup kuat member dasar yang efektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

(5) Lembaga pendidikan dan agama

Lembaga pendidikan dan lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap karena kebudayaan meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu.

(6) Faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang.

Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2007), menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok:

- 1) Kepercayaan (*keyakinan*), ide, dan konsep terhadap suatu obyek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan:

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (*subyek*) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (*obyek*).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab suatu pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti bahwa orang yang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

3. Domain psikomotor (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*).

Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas.

Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan (Notoatmodjo, 2003)

1) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

2) Respon terpimpin (*guided respons*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indicator tingkat dua

3) Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai tingkat tiga.

4) Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.4 Konsep obesitas

2.4.1 Definisi obesitas

Obesitas berasal dari dua kata bahasa latin yaitu '*ob*' yang berarti akibat dari dan '*esum*' adalah makan, dengan demikian obesitas adalah akibat dari makan. Dalam kepustakaan obesitas dibedakan antara *overweight* dapat diterjemahkan

sebagai berat badan lebih (kelebihan berat badan), dan obese adalah kegemukan. Obesitas didefinisikan sebagai suatu kelainan atau penyakit yang ditandai dengan penimbunan jaringan lemak tubuh secara berlebihan (Kral, 2001 dalam Budiyanti, 2011). Menurut Weaver dan Piatek (1999) dalam penelitian Budiyanti (2011), obesitas pada anak didefinisikan sebagai berat badan menurut tinggi badan diatas persentil 90, 120% dibandingkan berat badan ideal.

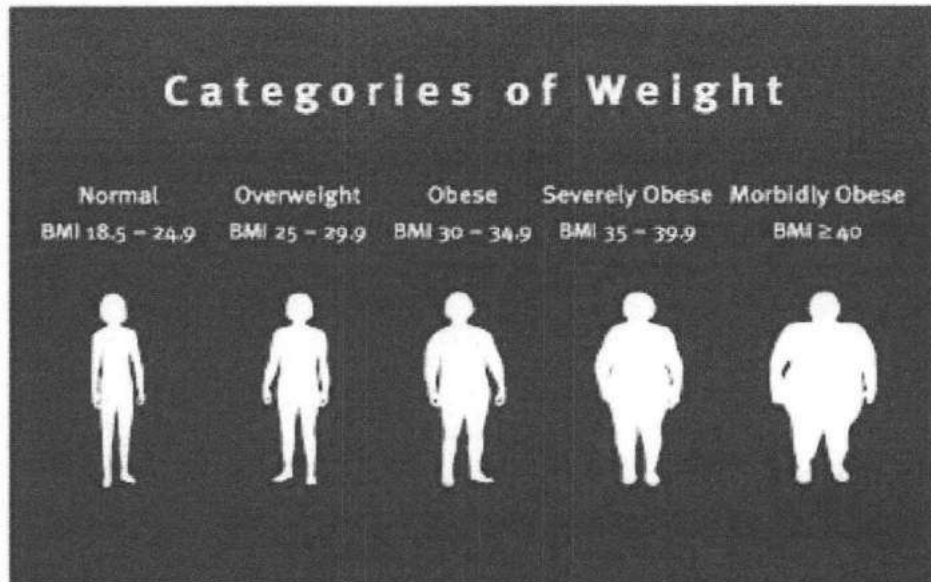
Menurut Wilkinson (2008) dalam penelitian Budiyanti (2011), obesitas pada anak sama dengan obesitas pada dewasa didefinisikan dengan Indek Massa Tubuh (IMT). IMT merupakan pengukuran yang digunakan pada anak dewasa untuk mengetahui status beratnya. Menurut Jansen *et al.*, (2004) dalam penelitian Budiyanti (2011), IMT yaitu perbandingan berat badan (dalam kilogram) dengan kuadrat tinggi badan (dalam meter).

Diagnosis obesitas tergantung pada pengukuran lemak di dalam tubuh. Pengukuran nyata dari komposisi tubuh tidak praktis dan hanya dilakukan pada kondisi klinis. IMT adalah alat skrining untuk mengukur besarnya lemak dalam tubuh pada anak dan dewasa. pada anak usia 2-20 tahun, obesitas ditentukan dengan Indek Massa Tubuh dari CDC 2000 yang dipublikasikan pada bulan Mei tahun 2000. Seorang anak dikatakan obesitas apabila hasil IMT lebih dari persentil 95. Untuk anak umur 0-2 tahun, obesitas ditentukan dengan rasio berat badan dengan tinggi badan. Anak umur 0-2 tahun dikatakan obesitas apabila rasio berat badan dengan tinggi badan lebih dari persentil 95 (Kliegman *et al.*, 2006 dalam Budiyanti 2011).

2.4.2 Tanda dan Kriteria Obesitas

Tanda dan kriteria obesitas dapat dilihat secara klinis dan antropometris. Secara klinis penampilan fisik dari anak obesitas mudah dikenali karena mempunyai tanda dan gejala yang khas antara lain wajah membulat, pipi yang tembem, perut membuncit disertai dinding perut yang berlipat-lipat serta kedua tungkai yang umumnya berbentuk X dengan kedua pangkal paha bagian dalam saling menempel dan bergesekan sehingga menyebabkan laserasi dan ulserasi yang dapat menimbulkan bau yang kurang sedap. Pada anak laki-laki, penis tampak kecil karena tersembunyi di dalam jaringan lemak suprapubik (*burried penis*) (Nassar, 1995 dalam Budiyanti 2011).

Bentuk fisik anak obesitas dapat dibedakan menurut distribusi lemak didalam tubuhnya yaitu apabila lebih banyak lemak bagian atas tubuh (dada dan pinggang) maka disebut *apple shape body (android)*, dan apabila lebih banyak lemak dibagian bawah tubuh (pinggul dan paha) maka disebut *pear shape body (gynoid)*. Sedangkan bentuk yang pertengahan disebut *intermediate*. Bentuk *apple shape* cenderung mempunyai resiko lebih besar mengalami penyakit kardiovaskuler, hipertensi dan *diabetes mellitus* dibandingkan dengan bentuk *pear shape* (Moller *et al.*, 2000; Rimm *et al.*, 1998 dalam Budiyanti, 2011).



Gambar 2.2 Klasifikasi IMT (Indeks Massa Tubuh) menurut *World Health Organisation* tahun 1998

Berdasarkan antropometris, obesitas pada anak ditentukan dengan tiga metode pengukuran yaitu perbandingan yaitu perbandingan berat badan terukur dengan berat badan ideal berdasarkan tinggi badan (BB/TB), pengukuran lemak subkutan secara langsung dengan mengukur tebal lipatan kulit (TLK), dan dengan IMT (Weaver & Piatek, 1999 dalam Budiyaniti, 2011). Menurut Hidayati (2008) untuk menentukan obesitas diperlukan kriteria berdasarkan pengukuran antropometri dan atau pemeriksaan laboratorik, menggunakan:

1. Pengukuran berat badan dibandingkan dengan tinggi badan (BB/TB). Dikatakan obesitas apabila $BB/TB > \text{persentil } 95$ atau $> 120\%$ atau $Z\text{-Score} \pm 2SD$.
2. Pengukuran lemak subkutan dengan mengukur *skinfold thickness* (tebal lipatan kulit/TLK). Indikator obesitas apabila TLK triceps $> \text{persentil } 85$.
3. Pengukuran lemak secara laborik, misalnya densitometri, hidrometri dan sebagainya yang tidak digunakan pada anak karena sulit dan tidak praktis.
4. Variasi lingkar badan, biasanya merupakan rasio dari pinggang dan panggul.

5. Indeks Massa Tubuh (IMT), > persentil 95 sebagai indikator obesitas.

Kriteria obesitas pada anak dapat ditentukan dengan IMT dan *Z-Score* BB/TB. Dengan hasil nilai koefisien *kappa* (k) sebesar 0,747 yang berarti antara metode IMT dan *Z-Score* BB/TB memiliki kesesuaian yang kuat sekali. Kesesuaian antara metode IMT dan *Z-Score* BB/TB membuktikan bahwa kedua metode tersebut dapat digunakan untuk menentukan obesitas pada anak. Anak dikatakan obesitas apabila *Z-Score* BB/TB >2SD, atau apabila skor IMT-nya diatas persentil 95.

IMT (Indek Massa Tubuh) merupakan cara yang paling sering digunakan untuk menentukan anak mengalami obesitas atau tidak. IMT ditunjukkan dengan perhitungan berat badan dalam kilogram dibagi tinggi badan dalam meter kuadrat (kg/m^2), berkorelasi dengan lemak yang terdapat dalam tubuh. Menentukan kriteria obesitas pada anak-anak dalam masa tumbuh kembang, dengan menggunakan grafik Indeks Massa Tubuh dari CDC 2000 yang telah dipublikasikan pada tanggal 30 Mei 2000. Dengan memasukkan data IMT anak sesuai usia dan jenis kelamin ke dalam grafik, maka dapat ditentukan posisi persentilnya. Untuk persentil 85-95 dikategorikan dalam berat badan lebih (*overweight*) untuk persentik >95 dikategorikan dalam obesitas. (Syarif, 2002 dalam Budiyanti 2011)

2.4.3 Patofisiologi Obesitas

Obesitas dapat terjadi apabila terdapat kelebihan energi yang dikonsumsi daripada penggunaan energi oleh tubuh yang rendah. Terdapat 3 periode kritis dalam masa tumbuh kembang anak dalam kaitannya dengan perkembangan lemak dan terjadinya obesitas, yaitu:

1. Periode pranatal.

Sel lemak mulai dibentuk pada minggu ke-16 kehamilan, sedangkan deposit lemak baru terjadi pada minggu ke-30 kehamilan. Berarti antara minggu ke-16 sampai minggu ke-30 pembentukan lemak terjadi terutama melalui hiperplasi sel lemak. Sejak minggu ke-30, sel lemak juga mulai mengalami hipertrofi, sehingga pada trimester ke-3 kehamilan terjadi akumulasi lemak yang cepat. Karena proses hipertrofi melebihi hiperplasi, maka saat lahir pada neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan jumlah lemak merupakan 16% berat badan atau kurang lebih 400 gram.

2. Periode *adiposity rebound* (usia 5 sampai dengan 7 tahun).

Selama 6 bulan pertama lahir, jumlah lemak total meningkat sampai 1500 gram karena terjadinya hipertrofi lemak. Puncak penimbunan lemak dalam tubuh terjadi pada usia 6-8 bulan. Setelah periode tersebut pembentukan lemak mulai menurun dan berhenti pada usia 28 bulan. Penurunan ini terjadi karena pada usia 1 tahun terjadi demobilisasi lemak, sehingga pada usia 5 tahun kandungan lemak dalam tubuh anak sedikit. Setelah periode tersebut akibat pengaruh sistem endokrin masa pubertas, penimbunan sel lemak dimulai kembali. Usia mulai terjadinya rebound ini sangat menentukan untuk terjadinya obesitas yang menetap. Apabila proses *rebound* ini terjadi lebih dini, maka kemungkinan untuk menetapnya obesitas makin besar dan terjadinya *rebound* lebih dini bersifat genetik.

3. Periode *aldoscence*.

Masa ini merupakan masa kritis terakhir dalam terjadinya obesitas. Resiko ini lebih besar terjadi pada anak perempuan daripada anak laki-laki. Sekitar 30%

wanita dewasa yang menderita obesitas berasal dari obesitas yang timbul sejak masa remaja, sedangkan pada laki-laki terjadi sekitar 10%.

Ketiga periode ini ditandai dengan perubahan normal pada pertumbuhan dan distribusi jaringan adiposa. Gizi berlebihan berarti banyaknya asupan kalori yang masuk daripada pengeluaran kalori pada salah satu periode tersebut bisa menyebabkan terjadinya kegemukan yang fisiologis (Rudolph, 2006; Dietz, 1993 dalam Budiyanti 2011).

Obesitas yang terjadi pada anak biasanya akan menjadi obesitas pada dewasa. Resiko obesitas dapat meningkat dengan bertambahnya usia dan pola makan yang tidak terkontrol. Pada anak usia 11 tahun yang obesitas akan mempunyai resiko lebih dari dua kali lipat menjadi obesitas pada usia 15 tahun daripada anak usia 7 tahun yang obesitas (Kliegman *et al.*, 2006 dalam Budiyanti 2011). Pada bayi dan anak yang obesitas, kurang lebih 26,5% akan tetap obesitas untuk 2 dekade berikutnya dan pada remaja yang obesitas 80% akan menjadi obesitas pada masa dewasa (Pi-Sunver, 1994 dalam Hidayati, 2008). Menurut Taitz (1991) dalam Hidayati (2008), 50% remaja yang obesitas sudah mengalami obesitas sejak bayi.

Dalam penelitian di Jepang oleh Fukuda, Takeshita dan Morimoto, (2001) menunjukkan 1/3 dari anak obesitas tumbuh menjadi obesitas dimasa dewasa dan resiko obesitas diperkirakan sangat tinggi dengan *Odd Ratio* (OR) 2,0-6,7. Sedangkan dalam penelitian di Amerika oleh Whitaker, Wrigt, Pepe, Siedel dan Dietz (1997) menunjukkan bahwa obesitas pada anak usia 1-2 tahun dengan orang tua normal, sekitar 8% menjadi obesitas dewasa, dan obesitas pada anak usia 10-

14 tahun dengan salah satu orang tua obesitas, 79% akan menjadi obesitas dewasa (Budiyanti, 2011).

2.4.4 Etiologi Obesitas

Pada dasarnya obesitas terjadi karena banyaknya makanan sehari-hari yang mengandung energi yang melebihi kebutuhan anak (*positive energi balance*). Keseimbangan energi positif, sebagai akibat ketidakseimbangan antara asupan energi dengan keluaran energi, sehingga terjadi kelebihan energi yang disimpan dalam bentuk jaringan lemak (Herid, 2002; Taitz, 1991 dalam Hidayati, 2008).

Sebagian besar gangguan keseimbangan energi disebabkan oleh faktor eksogen/nutrisional (obesitas primer), sedangkan faktor endogen (obesitas sekunder atau non-nutrisional) akibat kelainan hormonal, sindrom atau defek genetik hanya sekitar 10% kasus (Syarif, 2002 dalam Budiyanti, 2011). Obesitas adalah suatu penyakit multifaktorial yang diduga bahwa sebagian besar obesitas disebabkan oleh interaksi antara faktor genetik dan faktor lingkungan, antara lain aktivitas, gaya hidup, sosial ekonomi dan nutrisional yaitu perilaku makan dan pemberian makanan padat terlalu dini pada bayi (Heird, 2002; Tatitz, 1991 dalam Budiyanti, 2011).

Penyebab obesitas adalah multifaktorial. Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap kejadian obesitas pada anak, antara lain faktor genetik atau keturunan (Maddah & Nikooyeh, 2009), pola makan (Amin, 2008), dan kurangnya aktivitas (Mejia *et al.*, 2007), sosial ekonomi, faktor psikologis dan faktor lingkungan.

1. Faktor Genetik

Faktor genetik yang memiliki peranan besar dalam kejadian obesitas pada anak yaitu *parental fatness*. Apabila kedua orang tua obesitas, maka sekitar 80%

anaknya beresiko menjadi obesitas. Jika salah satu orang tua yang obesitas, resiko kejadian obesitas pada anak menjadi 40% dan apabila kedua orang tua tidak obesitas, resiko terjadinya obesitas pada anak akan turun menjadi 14% (Syarif, 2002 dalam Budiyantri, 2011). Peningkatan resiko menjadi obesitas tersebut kemungkinan disebabkan oleh pengaruh gen atau faktor lingkungan dalam keluarga (Ewhitaker *et al.*, 2007; Vanittalia, 1998 dalam Budiyantri, 2011).

Menurut Rubenstein, Wayne dan Bradley (2007), sebagian besar anak yang obesitas memiliki salah satu orang tua yang obesitas. Mungkin terdapat faktor endokrin yang mengendalikan namun masih harus ditentukan, anak yang obesitas memiliki kadar insulin dan kortisol plasma yang lebih tinggi disertai kadar hormon pertumbuhan yang rendah. Obesitas akan semakin parah jika asupan kalori melebihi kebutuhan tubuh, dan akan berkurang dengan menurunkan dan mempertahankan asupan kalori agar tetap seimbang.

Faktor resiko obesitas pada anak akan menjadi obesitas pada dewasa juga ditentukan riwayat dalam keluarga. Jika salah satu orang tua obesitas, maka kejadian obesitas pada anak akan menjadi obesitas dewasa resiko meningkat 3 kali lipat, tetapi resiko obesitas akan meningkat 10 kali jika kedua orang tua mengalami obesitas. Obesitas diturunkan dalam keluarga berhubungan dengan pengaruh genetik atau pengaruh dari kebiasaan dalam lingkungan keluarga. Dalam perbandingan dari saudara kembar yang diadopsi, 80% dari variasi dalam berat dan tinggi atau tebal lemak kulit dapat dijadikan dasar adanya pengaruh genetik. Ada hubungan yang kuat antara IMT dari anak adopsi dan dari kondisi biologis orang tuanya. Tidak ada hubungan yang kuat antara IMT dari anak adopsi dan dari orang tua yang mengadopsi (Kliegman *et al.*, 2006).

Menurut Kopelman (2000) dan Newnham (2002) dalam Hidayati (2008) bahwa perubahan lingkungan nutrisi intrauterin menyebabkan gangguan perkembangan organ-organ tubuh terutama kerentanan terhadap pemrogaman janin yang dikemudian hari bersama-sama dengan pengaruh diet dan stress lingkungan merupakan predisposisi timbulnya berbagai penyakit dikemudian hari. Mekanisme kerentanan genetik terhadap obesitas melalui efek pada *resting metabolic rate*, *thermogenesis non exercise*, kecepatan oksidasi lipid dan kontrol nafsu makan yang jelek. Dengan demikian kerentanan terhadap obesitas ditentukan secara genetik, sedangkan lingkungan menentukan ekspresi fenotipe. (Newnham, 2002 dalam Budiyanti, 2011).

2. Pola makan atau perilaku makan

Diet mempunyai peran yang sangat besar terhadap kejadian obesitas pada anak, terutama diet tinggi kalori yang berasal dari karbohidrat dan lemak (Lichtenstein *et al.*, 1998 dalam Budiyanti, 2011). Masukan energi lebih besar daripada energi yang dikeluarkan. Anak-anak usia sekolah mempunyai kebiasaan lebih sering mengonsumsi makanan cepat saji (*fast food* dan *junk food*), yang umumnya mengandung energi tinggi karena 40-50%.

Kebiasaan lain yang dimiliki anak usia sekolah adalah mengonsumsi makanan camilan yang banyak mengandung gula sambil menonton televisi atau bermain. Pilihan jenis makanan camilan dapat dipengaruhi oleh iklan di televisi, dan peningkatan jumlah konsumsi makanan tersebut menyebabkan peningkatan asupan energi (Miller *et al.*, 2004 dalam Wilkinson, 2008).

Anak-anak yang tidak memiliki kebiasaan makan pagi dapat meningkatkan resiko berat badan lebih dan obesitas. Pada anak-anak yang tidak memiliki

kebiasaan makan pagi dilaporkan 23,5% mengalami berat badan lebih dan 17,0% obesitas dengan ($p < 0,0001$). Melewatkan makan pagi berhubungan dengan mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori selama anak-anak di sekolah, karena rasa lapar sehingga anak-anak cenderung makan makanan yang manis selama di sekolah (Maddah dan Nikooyeh, 2009).

3. Kurangnya aktivitas fisik

Aktivitas fisik sehari-hari menjadi salah satu faktor resiko penyebab obesitas pada anak. Aktivitas pada anak-anak cenderung menurun, anak-anak lebih banyak bermain di dalam rumah dibandingkan di luar rumah, misalnya dengan bermain game komputer atau internet, menonton televisi yang banyak menyajikan acara maupun film anak-anak disamping iklan makanan yang mempengaruhi peningkatan konsumsi makanan camilan yang manis-manis (Lifshitz & Moses, 1991 dalam Budiyanti, 2011).

Menonton televisi akan menurunkan aktivitas keluaran energi, karena anak hanya duduk dalam waktu yang lama, menjadikan aktivitas mereka kurang seperti berjalan, naik turun tangga, bersepeda dan lain-lain. Menonton televisi juga terbukti menurunkan laju metabolisme tubuh (Robinson, 2001 dalam Budiyanti, 2011). Menurut Gortmaker, Must, Sobol & Peterson dari tahun 1986-1990 (dalam Budiyanti, 2011) mengatakan bahwa menonton televisi lebih dari 5 jam dalam sehari meningkatkan prevalensi dan angka kejadian obesitas pada anak usia 6-12 tahun sebesar 18%, serta menurunkan angka keberhasilan sembuh dari terapi obesitas sebanyak 33%.

Sedangkan menurut Utter, Scragg dan Schaaf (2005) dalam Budiyanti (2011) pada anak usia 5-14 tahun yang menonton televisi lebih dari 2 jam setiap

hari sambil makan makanan yang manis dan tinggi kalori mempunyai hubungan yang positif dengan kejadian obesitas pada anak dan remaja di New Zealand. Penelitian ini mengidentifikasi bahwa menonton televisi merupakan faktor resiko yang penting dan mempunyai kontribusi terhadap kejadian obesitas.

4. Sosial ekonomi

Perubahan pengetahuan, sikap, perilaku hidup, gaya hidup dan pola makan serta faktor peningkatan pendapatan mampu mempengaruhi perubahan dalam pemilihan jenis makanan dan jumlah yang dikonsumsi (Latief, 1999; Gortmaker, 2003 dalam Budiyanti, 2011). Di perkotaan banyak ditemukan ibu-ibu yang cenderung berperan ganda yaitu sebagai ibu rumah tangga dan sekaligus sebagai wanita karier atau wanita pekerja. Kondisi ini berpengaruh pada pola makan dan jenis makanan yang dikonsumsi oleh anggota keluarga. Frekuensi makan di luar rumah cenderung meningkat, terutama dilakukan oleh anak-anak usia sekolah. Makanan jajanan yang tersedia dan sering menjadi pilihan para orang tua maupun anak adalah jenis makanan *fast food* atau *junk food* (Syarif, 2002 dalam Budiyanti 2011).

5. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan merupakan faktor penentu pertumbuhan dan perkembangan anak karena penyedia kebutuhan dasar anak. Lingkungan mencakup lingkungan fisik, biologik, dan fisik-bio-psikososial yang meliputi:

- 1) Lingkungan keluarga
- 2) Lingkungan perlindungan kesehatan anak
- 3) Lingkungan masyarakat
- 4) Lingkungan stimulasi

6. Faktor Neuro-psikologik

Nafsu makan dikendalikan oleh stimulasi sensorik yang akan merangsang korteks serebri serta pusat otonom di hipotalamus. Gangguan yang menyebabkan perubahan pada pola makan sangat luas, mulai dari kerusakan di hipotalamus bagian ventromedial yang mengakibatkan peningkatan konsumsi makanan sampai pada reaksi individu dalam menanggapi stimulus. (Dietz WH, 1985 dalam Zinatul F, 2004)

2.4.5 Dampak Obesitas

Dampak dari obesitas meliputi faktor resiko kardiovaskuler, respirasi, endokrin/metabolik, muskuloskeletal/orthopedik, gastrointestinal, neurologi, dermatologi, imunologi, gangguan pertumbuhan dan gangguan psikososial (Kliegman *et al.*, 2006; Rudolph, 2006 dalam Budiyanti, 2011). Komplikasi yang mungkin terjadi pada anak dengan obesitas terangkum dalam tabel 2.4.

Tabel 2.1 Komplikasi yang Berhubungan dengan Obesitas pada Anak dan Remaja (Kliegman *et al.*, 2006; Rudolph, 2006 dalam Budiyanti, 2011)

Dampak/Gangguan	Komplikasi Obesitas
Sistem Kardiovaskuler	Hipertensi, hipokolesterol, hipertrigliserid, peningkatan lipoprotein, penyakit jantung koroner, gagal jantung kongestif, penyakit jantung iskemik, kematian mendadak
Sistem Respirasi	Obstruksi sleep apnea, hipoventilasi alveoli primer.
Sistem Endokrin	Hiperinsulinemia dan resistensi insulin, DM tipe 2, Menarche dini, oligospermia, sindrom ovarium polikistik.
Sistem Muskuloskeletal	Epifisis kaput femoralis tergelincir, penyakit blount, osteoarthritis, gout arthritis, low back pain.
Sistem Gastrointestinal	Kolelithiasis, steatosis hepatic
Sistem Persarafan	Pseudotumor serebri
Sistem Integumen	Akantosis Nigrifikans
Sistem Imunologi	Kerusakan imunitas yang diperantarai sel (<i>cell mediated immunity</i>)

Gangguan Psikososial	Diskriminasi dalam kelompok, menurunkan penerimaan dalam kelompok, isolasi sosial, menurunkan promosi pekerjaan.
Gangguan Pertumbuhan	Pertumbuhan tulang terganggu, meningkatkan tinggi badan, terjadinya menstruasi lebih awal pada anak perempuan.

2.4.6 Penatalaksanaan Obesitas

Prinsip penatalaksanaan adalah mengurangi asupan energi dan meningkatkan pengeluaran energi. Dengan cara pengaturan diet, peningkatan aktivitas fisik, memodifikasi perilaku dan yang terpenting adalah keterlibatan orang tua dan keluarga sebagai terapi (Syarif, 2002 dalam Budiyanti 2011).

Pendekatan yang digunakan dalam pengobatan dan kecepatan dari pengobatan tergantung pada faktor resiko, termasuk umur, tingkat obesitas dan angka kesakitan, riwayat keluarga dan faktor pendukung (Kliegman *et al.*, 2006). Tujuan utama untuk semua anak obesitas yang tidak mengalami komplikasi adalah dengan menerapkan pola makan yang sehat dan meningkatkan aktivitas. Untuk anak obesitas dengan komplikasi, mengatasi komplikasi menjadi tujuan yang penting. Untuk anak umur 2-7 tahun dengan IMT lebih dari atau sama dengan persentil 95 tanpa komplikasi, tujuannya adalah mempertahankan berat badan tetap pada dasar garis berat, untuk anak yang sedang tumbuh akan terus bertambah tinggi dengan IMT akan berada pada rentang normal (Kliegman *et al.*, 2006 dalam Budiyanti 2011).

Untuk anak umur 2-7 tahun dengan IMT lebih dari atau sama dengan persentil 95 dengan komplikasi, maka tujuannya adalah untuk menurunkan berat badan. Untuk anak usia lebih dari 7 tahun dengan IMT antara persentil 85-95 persentil tanpa komplikasi, dengan tujuan berat badan turun 1 kilogram setiap

bulan sampai IMT menjadi kurang dari persentil 85. Karena anak-anak dan remaja awal sedang dalam masa pertumbuhan maka kehilangan atau penurunan berat badan tidak dianjurkan karena akan berkontribusi terhadap garis pertumbuhan dan menjadi kekurangan nutrisi (Kliegman *et al.*, 2006 dalam Budiyanti, 2011).

Program penatalaksanaan obesitas pada anak dan remaja dapat dengan menurunkan berat badan atau menurunkan IMT difokuskan pada perubahan perilaku yang berpusat pada keluarga. Perubahan perilaku dapat dilakukan dengan cara kembali ke pola makan yang sehat.

2.4.7 Pencegahan obesitas

Pencegahan obesitas lebih baik dilakukan sejak dini dan dimulai sejak masa kanak-kanak. Karena etiologi obesitas yang multifaktorial dan banyaknya faktor yang berpengaruh, maka pengelolaan obesitas harus melibatkan semua aspek yang terkait. Pencegahan obesitas dilakukan dengan menggunakan dua strategi pendekatan, yaitu strategi pendekatan populasi untuk mempromosikan cara hidup sehat pada anak usia sekolah dengan orang tua dan keluarganya, serta strategi pendekatan pada kelompok anak yang beresiko tinggi pada obesitas. Anak-anak yang beresiko menjadi obesitas adalah seorang anak yang salah satu atau kedua orangtuanya obesitas dan anak yang memiliki kelebihan berat badan semenjak masa kanak-kanak (Syarif, 2002 dalam Budiyanti, 2011).

Usaha pencegahan dimulai dari lingkungan keluarga, lingkungan sekolah dan di Pusat Kesehatan Masyarakat (Schmitz & Jeffery, 2000 dalam Budiyanti, 2011). Selain itu ada tiga strategi pencegahan terjadinya obesitas pada anak yaitu dengan cara meningkatkan aktivitas fisik anak dengan ikut kegiatan olahraga di sekolah, meningkatkan aktivitas harian seperti berjalan kaki dan aktivitas bermain

di luar rumah. Mengurangi waktu untuk menonton televisi, bermain *games* komputer atau internet. Strategi yang kedua yaitu dengan cara memodifikasi pola makan anak kearah pola makan yang sehat yaitu dengan cara membatasi makanan yang tinggi kalori seperti karbohidrat dan lemak, memperbanyak makanan yang tinggi serat seperti buah dan sayuran, membatasi makan makanan cepat saji dan minuman *softdrink* dan minuman yang mengandung soda. Strategi yang ketiga adalah dengan cara modifikasi perilaku yaitu dengan mengatur pola makan yang sehat dan meningkatkan aktivitas fisik yang mengeluarkan lebih banyak energi (Kliegman *et al.*, 2006 dalam Budiyanti 2011).

Menurut Moran (1999) dalam Budiyanti (2011) menganjurkan orang tua untuk menerapkan dan mengajarkan pola makan yang sehat pada anaknya dengan cara sebagai berikut: menghargai selera makan, jangan memaksa anak untuk menghabiskan setiap porsi makannya, jika memungkinkan menghindari makanan cepat saji dan makanan yang manis-manis, membatasi jumlah makanan berkalori tinggi di rumah, menyajikan makanan menu sehat dengan kandungan lemak kurang dari 30% dari jumlah kalori total, menyajikan makananan berserat untuk anak, menggantikan susu sapi dengan susu skim untuk anak yang sudah berusia 2 tahun, jangan memberikan hadiah atau pujian dengan makanan atau permen, membatasi waktu untuk menonton televisi, mendorong anak agar aktif bermain, menjadwalkan dalam kegiatan keluarga secara teratur utnutk jalan-jalan, bermain bola, berenang dan kegiatan di luar rumah lainnya.

American Heart Association (AHA) merekomendasikan pencegahan obesitas sebagai berikut:

- 1) Mengurangi konsumsi lemak dan kalori tinggi

- 2) Meningkatkan aktivitas fisik, termasuk menciptakan lingkungan yang menyebabkan aktivitas fisik meningkat.
- 3) Melibatkan orang tua dalamn mengubah perilaku anak dalam upaya menurunkan berat badan.

Upaya meningkatkan aktivitas fisik sejak anak-anak termasuk saat usia sekolah, dapat menjaga agar anak-anak tetap memiliki aktivitas fisik yang cukup untuk pencegahan obesitas. Menurut Hillary (2004) di Ohio bahwa lama bermain di luar rumah merupakan alat ukur langsung terhadap aktivitas fisik anak-anak usia sekolah.

2.5 Konsep Anak Usia Sekolah

2.5.1 Pengertian dan Batasan Anak Usia Sekolah

Masa kanak-kanak akhir (*middle childhood*), dapat disebut juga sebagai masa anak usia sekolah, dimana anak akan mengikuti pendidikan di sekolah dasar dengan harapan untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang penting untuk keberhasilan penyesuaian hidup di masa dewasa nanti. Menurut Hockenberry & Wilson (2007), anak usia sekolah merupakan anak yang berusia 6-11 tahun. Periode perkembangan pada anak usia sekolah berpusat pada hubungan dengan teman sebaya. Anak usia sekolah mengalami pertumbuhan dan perkembangan pada fisik, motorik, psikososial, psikoseksual, kognitif dan moral yang kontinu disertai penekanan pada perkembangan kompetensi keterampilan.

2.5.2 Pertumbuhan dan Perkembangan anak usia sekolah

Tugas pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah menurut Muscari (2005):

1. Pertumbuhan Fisik

Menurut Muscari (2005), parameter umum selama periode ini, anak perempuan biasanya tumbuh lebih cepat secara umum tinggi dan berat badan anak perempuan melebihi anak laki-laki.

1) Tinggi badan

- (1) Rata-rata anak usia sekolah bertambah tinggi 5 cm per tahun.
- (2) Rata-rata tinggi anak usia 6 tahun adalah 112,5 cm.
- (3) Rata-rata tinggi anak usia 12 tahun adalah 147,5 cm.

2) Berat badan

- (1) Rata-rata berat badan anak usia sekolah bertambah 2-3 kg per tahun.
- (2) Rata-rata berat badan anak usia 6 tahun mencapai 21 kg.
- (3) Rata-rata berat badan anak usia 12 tahun mencapai 40 kg.

Selama masa praremaja antara 10 dan 13 tahun, anak mengalami pertumbuhan yang pesat. Sistem imun tubuh bekerja lebih efisien, memungkinkan lokalisasi infeksi dan respons antigen-antibodi yang lebih baik. Kebutuhan nutrisi harian anak usia sekolah menurun berhubungan dengan ukuran tubuh. Anak usia sekolah membutuhkan rata-rata 2400 kalori per hari. Orang tua harus tetap menekankan kebutuhan terhadap diet seimbang yang sesuai dengan piramida makanan; tubuh menyimpan cadangan makanan sebagai sumber kebutuhan pertumbuhan yang meningkat saat remaja. Kebutuhan tidur setiap anak pada usia sekolah sangat bervariasi, tetapi biasanya memiliki rentang dari 8 sampai 9,5 jam tiap malam. Laju pertumbuhan anak usia sekolah sedikit melambat dibandingkan dengan masa remaja nantinya sehingga membutuhkan waktu tidur yang relatif

lebih sedikit. Membaca sebelum tidur dapat memudahkan dan membentuk pola waktu tidur yang positif.

2. Pertumbuhan dan perkembangan motorik

Perkembangan motorik pada anak usia sekolah meliputi motorik kasar dan motorik halus. Motorik kasar pada anak usia sekolah misalnya bersepeda, sepatu roda, *rollerbladding*, papan luncur, peningkatan kemampuan berlari dan melompat secara progresif dan berenang. Motorik halus pada anak usia sekolah meliputi menulis tanpa merangkai huruf, menguasai lebih besar keterampilan dan *video games*, dan kemampuan bermain komputer.

3. Perubahan psikososial (Erick Erickson)

Perkembangan psikososial pada anak usia sekolah menurut Erick Erickson dalam Hockenberry & Wilson (2007) berada pada tahap "*industry versus inferiority*". Pada tahap *industry* anak siap untuk memproduksi. Anak mau terlibat dalam tugas dan aktivitas yang dapat mereka lakukan sampai selesai dan menginginkan pencapaian yang nyata serta mulai berkompetisi dan bekerja sama dengan orang lain. Tahap *industry* merupakan tahap pematangan dalam hubungan sosial anak usia sekolah dengan orang lain.

Bahaya yang dapat terjadi pada tahap "*industry versus inferiority*" adalah terjadinya keadaan yang dapat mengakibatkan rasa *inferiority*. Keadaan *inferiority* dapat terjadi jika anak tidak mampu atau tidak dipersiapkan untuk memikul tanggung jawab terkait tahap *industry* atau pencapaian. Perasaan *inferiority* atau kurang berharga dapat diperoleh dari anak itu sendiri atau dari lingkungan sosial mereka. Anak-anak membutuhkan dan menginginkan pencapaian yang nyata namun tidak ada anak yang mampu melakukan segala sesuatu dengan baik

sehingga tugas yang dapat mereka selesaikan meskipun hasilnya tidak sepenuhnya baik anak tetap layak mendapatkan penghargaan agar dapat memperoleh rasa *industry* atau pencapaian.

Tabel 2.2 Ringkasan Perkembangan Menurut Ahli Teori Pentahapan (Potter dan Perry, 1999)

Tahapan	Ciri	Teori
<p><i>Industri vs inferior</i> (6-12 tahun)</p> <p>Bentuk: melakukan dan memproduksi sesuatu.</p> <p>Sifat baik: kompensasi</p>	<p>Anak mendapatkan pengenalan melalui demonstrasi ketrampilan dan produksi benda-benda serta mengembangkan harga diri melalui pencapaian. Anak secara besar dipengaruhi oleh guru dan sekolah.</p>	<p>Ketidaksuksesan di sekolah, perkembangan keterampilan fisik dari mencari teman mengontribusi terjadinya inferior.</p>

4. Perubahan psikoseksual (Freud)

Perubahan psikoseksual anak usia sekolah menurut Freud dalam Hockenberry & Wilson (2007) berada pada *latent period*. Selama *latent period* anak-anak membina hubungan dengan teman sebaya. Anak mulai menerapkan sifat dan keterampilan yang telah diperoleh. Energi fisik dan psikisnya diarahkan untuk bermain dan mendapatkan pengetahuan. Apabila selama *latent period* ini anak tidak diarahkan untuk mendapatkan pengetahuan dengan benar maka anak akan kehilangan kesempatan untuk memperoleh pengetahuan dasar yang seharusnya diperoleh, misalnya tentang kebersihan diri karena pada periode ini anak cenderung memiliki ingatan yang baik.

5. Perkembangan kognitif (Piaget)

Tahap perkembangan kognitif anak usia sekolah pada kemampuan untuk berfikir dengan cara logis tentang disini dan saat ini dan bukan tentang abstraksi, pemikirannya tidak lagi didominasi oleh persepsinya (Potter dan Perry, 1999).

Menurut Piaget dalam Hockenberry & Wilson (2007), berada pada *concrete operational stage*. *Concrete operational stage* dimulai pada usia 9-10 tahun. Pada *concrete operational stage* anak mampu menggunakan proses berpikir untuk menghubungkan serangkaian kejadian saat mengalami suatu peristiwa. *Concrete operational stage* ditandai dengan penalaran induktif, tindakan logis, dan pikiran konkrit yang reversibel. *Concrete operational stage* juga ditandai dengan adanya transisi dari egosentris ke pemikiran objektif, yaitu melihat dari sudut pandang orang lain dan mencari validasi dengan bertanya kepada orang lain.

Pada *concrete operational stage* anak mulai berpikir logis sesuai realita. Anak mengalami kemajuan dari membuat penilaian berdasarkan apa yang mereka lihat. Jika pada *concrete operational stage* anak tidak mendapatkan pendidikan kesehatan dan perilaku tentang kebersihan diri maka anak akan terbiasa tidak menjaga kebersihan diri sehingga perlu pendidikan kesehatan sehingga anak mampu menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat dengan benar.

Karakteristik yang khas pada tahap operasional konkret ini bisa dilihat pada kemampuan:

- 1) *Conservation*, yaitu kemampuan anak untuk mengenali adanya perbedaan, kesamaan atau karakteristik suatu benda atau obyek, yang meliputi panjang, jumlah, massa, luas, berat, maupun volume dari sebuah obyek tersebut, yang sebenarnya tidak mengalami pengurangan ini melainkan hanya berubah pada penampilan bentuknya saja.
- 2) *Classification*, yaitu kemampuan anak untuk mengklasifikasikan atau membagi-bagi beberapa obyek ke dalam kelompok-kelompok dengan tema-

tema tertentu dan memperkirakan bentuk hubungan antara obyek yang satu dengan yang lainnya (Santrock, 2007).

- 3) Seriasi, kemampuan untuk menempatkan obyek berdasarkan tingkatan ukuran (Potter dan Perry, 1999).

Tabel 2.3 Perbandingan Pola Kognitif Tahap Pra-Operasional dan Tahap Operasional Konkret menurut Piaget (dalam Hockenberry & Wilson, 2007)

Tahap Perkembangan Kognitif	Pra-Operasional	Operasional Konkret
Usia	2 sampai 5-7 tahun	5-7 tahun sampai 12 tahun
Pola Pikir	Kaku dan statis <i>Irreversible</i> Terfokus pada disini dan saat ini. Terfokus pada dimensi satu. Egosentris Persepsi berdasar fakta (apa yang terlihat) Intuitif	Fleksibel Reversibel Tidak terbatas pada disini dan saat ini. Berkembang pada dimensi dua. Egosentris berkurang. Kesimpulan dengan logika konkret Mencari hubungan sebab-akibat

Walaupun tahap operasional konkret telah berada pada tahap yang lebih tinggi daripada tahap pra-operasional, pola kognitif pada anak usia sekolah ini masih memiliki beberapa keterbatasan, antara lain:

- 1) Pertama, anak usia sekolah belum mampu berfikir dengan logika yang abstrak. Jadi proses logika hanya bisa dilakukan ketika anak memperoleh representasi atau aplikasi yang konkret dan nyata.
- 2) Kedua, anak usia sekolah memiliki pandangan tentang peraturan, nilai-nilai, dan segala sistem yang ada di sekitarnya sebagai konsep yang sudah terbentuk, tidak dapat diubah, dan harus dipatuhi, sementara manusia dewasa memandang suatu sistem dan aturan masih bisa diganti dengan

sistem dan aturan yang lain (Santrock, 1995 dalam Hockenberry & Wilson, 2007).

Pada masa anak-anak tengah, anak dapat menggunakan keterampilan kognitif yang baru dikembangkan untuk memecahkan masalah. Beberapa individu lebih baik dari yang lain dalam memecahkan masalah karena intelegensi, pendidikan dan pengalaman alami, tetapi tidak semua anak dapat meningkatkan keterampilan ini (Dacey dan Travers, 1991 dalam Potter Perry, 1999). Pembatasan merupakan hal yang akan membuat ketidakmampuan anak untuk memahami abstraksi.

6. Perkembangan moral (Kohlberg)

Menurut Kohlberg dalam Hockenberry & Wilson (2007), perkembangan moral anak usia sekolah berada pada tingkat konvensional tahap konformitas peran. Anak usia sekolah mengalami peningkatan keinginan untuk menyenangkan orang lain. Anak usia sekolah mulai mengamati dan ingin dianggap “baik” oleh orang-orang yang pendapatnya mereka anggap penting.

Tabel 2.4 Ringkasan Perkembangan Menurut Ahli Teori Pertahanan (Potter dan Perry, 1999)

Tahap	Ciri	Teori
Moralitas Konvensional (9-13 tahun)	Usaha dilakukan untuk menyenangkan orang lain. Kontrol didapat dari dalam.	Anak setia dan peduli dengan pemeliharaan pengharapan keluarga tanpa memperhatikan konsekuensinya.
“Anak laki-laki yang baik, anak perempuan yang manis.”	Keinginan untuk menyenangkan dan membantu orang lain merupakan hal yang paling sering. Anak menyesuaikan diri	Hidup dinilai dari seberapa bagus hubungan interpersonal. (mengidentifikasi kepentingan individu secara emosional).
Autoritas mempertahankan moralitas	Anak melakukan kewajiban untuk menghindari kritik oleh yang berwenang.	Identifikasi pergeseran pada agama atau institusi sosial seperti sekolah.

Kebutuhan kode moral dan aturan sosial menjadi lebih nyata sesuai peningkatan kemampuan kognitif dan pengalaman sosial anak usia sekolah. Pada awal tahun sekolah, anak menginterpretasikan secara ketat dan patuh terhadap aturan. Seiring dengan mereka berkembang, mereka menilai lebih fleksibel dan mengevaluasi aturan untuk menerapkan pada situasi yang ada. Anak usia sekolah mempertimbangkan motivasi dan perilaku aktual saat membuat penilaian tentang bagaimana perilaku mereka mempengaruhi mereka sendiri dan orang lain. Kemampuan untuk fleksibel saat menerapkan aturan dan mengambil perspektif orang lain yang esensial dalam mengembangkan penilaian moral (Potter dan Perry, 1999)

7. Perkembangan konsep diri

Pada usia sekolah juga terjadi perkembangan konsep diri dimana anak usia sekolah lebih menyadari perbedaan antara dirinya dengan teman-teman sebayanya, lebih sensitif terhadap tekanan sosial dan lebih sibuk memikirkan kritik diri dan evaluasi diri dari orang lain. Anak usia sekolah sangat dipengaruhi oleh norma budaya masyarakat. Anak yang mempunyai tubuh menyimpang dari normal seringkali dikritik dan ditertawakan. Penerimaan atau umpan balik positif dari orang dewasa maupun kelompok teman sebaya menjadi hal penting bagi anak usia sekolah karena dapat meningkatkan harga diri mereka, sehingga mereka rentan terhadap perasaan tidak berharga dan mencemaskan kegagalan.

2.6 Konsep Tumbuh Kembang Anak

Menurut Hockenberry & Wilson (2007), tumbuh kembang merupakan satu kesatuan yang mencerminkan berbagai perubahan selama masa hidup seseorang. Pertumbuhan merupakan peningkatan jumlah dan ukuran sel sehingga

menghasilkan peningkatan ukuran dan berat seluruh atau sebagian bagian sel. Perkembangan diartikan sebagai perubahan dan perluasan secara bertahap. Proses ini saling berkaitan, terjadi bersamaan dan bersifat kontinu. Tubuh anak menjadi lebih besar dan lebih kompleks, kepribadiannya juga berkembang secara bersamaan dalam hal lingkup dan kompleksitasnya. Dengan sangat sederhana pertumbuhan dianggap sebagai perubahan kuantitatif, dan perkembangan sebagai pertumbuhan kualitatif.

Menurut Hockenberry & Wilson (2007), pertumbuhan dan perilaku anak digolongkan dalam berbagai tahap usia atau disebut dengan kelompok usia. Rentang usia tersebut merupakan cara yang tepat untuk menjelaskan karakteristik mayoritas anak-anak saat munculnya periode perubahan perkembangan dan tugas-tugas perkembangan yang harus dicapai.

Periode usia perkembangan pada anak meliputi:

1. Periode pranatal (konsepsi sampai lahir)

Periode pranatal merupakan periode terpenting dalam proses perkembangan karena pada periode ini terjadi ketergantungan yang bersifat total dan laju pertumbuhan yang cepat. Hubungan antara kesehatan maternal dan manifestasi tertentu pada bayi baru lahir menekankan pentingnya asuhan pranatal yang adekuat demi kesejahteraan bayi.

2. Masa bayi (lahir sampai usia 1 tahun)

Masa bayi merupakan masa perkembangan motorik, kognitif dan sosial yang cepat. Pada masa bayi, bayi dan orang tua membentuk dasar rasa percaya pada dunia dan dasar interpersonal di masa yang akan datang. Pada bulan-bulan

pertama setelah kelahiran terdapat penyesuaian fisik yang besar ke kondisi ekstrauterus dan penyesuaian psikologis orang tua.

3. Masa kanak-kanak awal (1-6 tahun)

Masa kanak-kanak awal dicirikan dengan aktivitas yang tinggi dan penemuan-penemuan yang dilakukan oleh anak. Masa kanak-kanak awal merupakan saat perkembangan fisik dan kepribadian yang besar. Perkembangan motorik berlangsung secara terus menerus. Anak-anak pada periode masa kanak-kanak awal membutuhkan bahasa dan hubungan sosial yang lebih luas, mempelajari standar peran, memperoleh kontrol dan penguasaan diri, semakin menyadari sifat ketergantungan dan kemandirian dan mulai membentuk konsep diri.

4. Masa kanak-kanak pertengahan (6-12 tahun)

Masa kanak-kanak pertengahan sering disebut sebagai usia sekolah. Pada masa kanak-kanak pertengahan, periode perkembangan anak berada pada tahap dimana anak diarahkan menjauh dari kelompok keluarga dan berpusat di hubungan sebaya yang lebih luas. Pada masa kanak-kanak pertengahan ini terjadi perkembangan fisik, mental dan sosial yang kontinu disertai penekanan pada perkembangan kompetensi keterampilan. Pada masa kanak-kanak pertengahan, kerjasama sosial dan perkembangan moral dini lebih penting dan relevan dengan tahap-tahap perkembangan berikutnya. Masa kanak-kanak pertengahan ini merupakan periode kritis dalam perkembangan konsep diri.

5. Masa kanak-kanak akhir (12-19 tahun)

Masa kanak-kanak akhir dikenal sebagai masa remaja. Masa remaja ini ditandai dengan periode maturasi dan perubahan yang cepat pada anak-anak.

Masa remaja dianggap sebagai periode transisi yang dimulai pada masa pubertas dan berakhir pada saat memasuki dunia biasa. Maturasi biologik dan kepribadian pada masa remaja disertai dengan gejolak emosi dan fisik yang tidak menentu dan terdapat redefinisi konsep diri. Pada periode remaja akhir, remaja mulai menginternalisasikan nilai yang telah mereka pelajari sebelumnya dan lebih berfokus pada identitas individu dari pada identitas kelompok.

2.7 Tugas Perkembangan Anak Usia Sekolah

Tugas-tugas perkembangan anak usia sekolah menurut Havighurst dalam Hurlock (2005) sebagai berikut:

1. Mempelajari keterampilan fisik yang diperlukan untuk permainan-permainan yang umum
2. Membangun sikap yang sehat mengenai diri sendiri sebagai makhluk yang sedang tumbuh
3. Belajar menyesuaikan diri dengan teman-teman seusianya
4. Mulai mengembangkan peran sosial pria atau wanita yang tepat
5. Mengembangkan keterampilan-keterampilan dasar untuk membaca, menulis dan berhitung
6. Mengembangkan pengertian-pengertian yang diperlukan untuk kehidupan sehari-hari
7. Mengembangkan hati nurani, pengertian moral, tata dan tingkatan nilai
8. Mengembangkan sikap terhadap kelompok-kelompok sosial dan lembaga-lembaga
9. Mencapai kebebasan pribadi.

2.8 Keaslian Penulisan

Tabel 2.5 Keaslian Penulisan

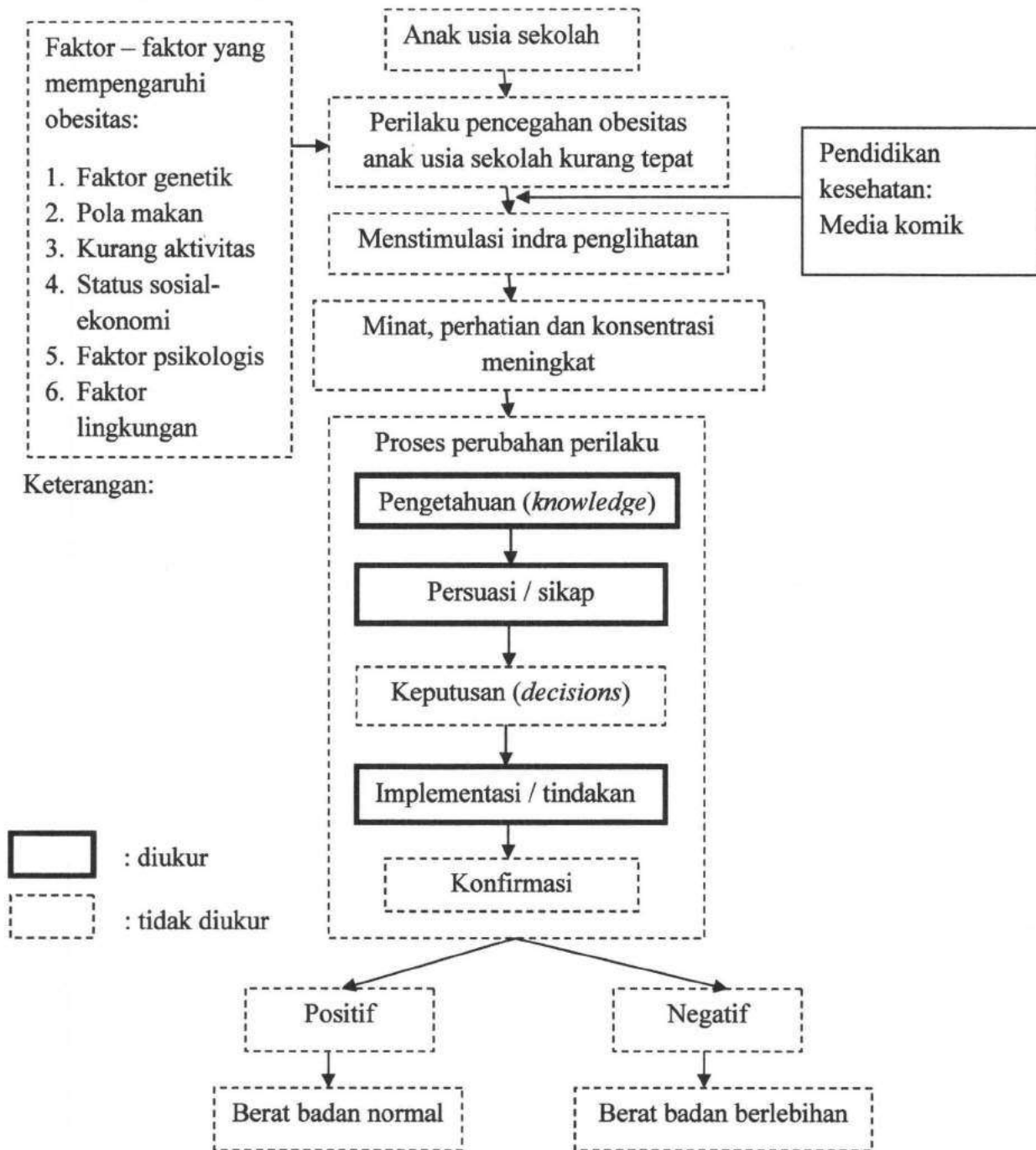
No	Judul	Penelitian	Hasil
1.	Penanganan Kegemukan Pada Anak Sekolah Dasar di Kecamatan Menteng Jakarta Pusat Melalui Usaha Kesehatan Sekolah dan Penyertaan Peran Orangtua (Miharja, 2007)	D : <i>Cross Sectional</i> S : 84 anak kelompok intervensi dan 64 kelompok kontrol V: Metode intervensi langsung di lapangan (<i>field trial</i>) I : observasi A : Uji Statistik t test (non paired) dengan tingkat kemaknaan 0.05	Data menunjukkan kegemukan sudah terjadi sejak dini (masaanak-anak). Intervensi melalui usaha kesehatan sekolah dan penyertaan orangtua dengan menggunakan leaflet tentang gaya hidup yang sehat, penyuluhan makan dan olahraga pada anak dengan berat badan lebih dan obesitas dapat menurunkan lajunya penambahan kegemukan pada tubuh.
2.	Faktor Risiko Obesitas Pada Anak 5-15 tahun di Indonesia (Sartika, 2011)	D : <i>Cross Sectional</i> S : 170.699 anak V : observasi I : kuesioner recall 1x24 jam dan wawancara langsung mengenai makanan yang dimakan oleh subyek selama 24 jam yang lalu A : analisis univariat, bivariat (uji kai-kuadrat) dan multivariat (uji regresi logistik ganda).	Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi responden yang mengonsumsi sayuran 'sering' (≥ 5 kali/minggu) sebesar 57,9%. Bila dikategorikan menurut standar PUGS (Pedoman Umum Gizi Seimbang) diketahui hanya 9,8% yang mengonsumsi sayur >3 porsi/hari. Dilihat dari kebiasaan anak dalam mengonsumsi buah-buahan, didapatkan bahwa sebanyak 61,7% anak 'sering'.
3.	Hubungan Asupan Nutrisi dengan Obesitas Usia Dini pada Anak Usia Sekolah Dasar di SDS Kartika Siliwangi 5 Cimahi (Setiawati, 2009)	D : <i>Cross Sectional</i> S : 32 siswa menggunakan teknik Total Sampling V : observasi dan wawancara I : kuesioner A : analisis univariat, bivariat (uji kai-kuadrat)	Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan nutrisi dengan obesitas ($p=0,222$) pada tingkat kemaknaan $\alpha 0,05$.
4.	Faktor Risiko	D : case control study dengan	Faktor risiko kejadian

Kejadian <i>Overweight</i> pada Anak <i>Stunting</i> Usia Sekolah Dasar di Semarang Timur (Hayuningtyas, 2013)	<p>matching usia, jenis kelamin, dan derajat <i>stunting</i></p> <p>S : 1146 anak pada keempat SD tersebut kemudian dibagi 30 kelompok kasus (<i>overweight</i>) dan 30 kelompok kontrol (tidak <i>overweight</i>) melalui metode <i>purposive sampling</i>.</p> <p>V : kuesioner dan wawancara</p> <p>I : kuesioner modifikasi <i>Physical Activity Questionnaire Children (PAQ-C)</i></p> <p>A : <i>Chi Square</i> dan Uji <i>Fischer Exact</i></p>	<p><i>overweight</i> pada anak <i>stunting</i> adalah kecukupan energi (OR=9,33 95%CI=2,85-30,6), kecukupan lemak (OR=6 95%CI=1,48-24,3), kecukupan protein (OR=3,82 95% CI=1,15-12,71), dan status gizi ibu (OR=4,97 95%CI=1,39-17,82). Tingkat aktivitas fisik (OR=0,88 95%CI=0,32-2,4), status gizi ayah (OR=1 95%CI=0,34-2,92), dan tingkat pendapatan perkapita (OR=3,5 95%CI=0,65-2,67) bukan merupakan faktor risiko kejadian <i>overweight</i> pada anak <i>stunting</i>.</p>
5. Penyuluhan Gizi dengan Media Komik untuk Meningkatkan Pengetahuan tentang Keamanan Makanan Jajanan di SD Muhammadiyah 2 Kauman Surakarta (Hamida, dkk, 2012)	<p>D : Eksperimen semu</p> <p>S : 389 anak</p> <p>V : kuesioner</p> <p>I : <i>Pre-test</i> dan <i>post-test</i></p> <p>A : Uji <i>Wilcoxon</i></p>	<p>Menunjukkan ada peningkatan pengetahuan (p=0,0001) artinya ada pengaruh setelah intervensi.</p>

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 1.1 Kerangka Konseptual Pengaruh Pendidikan Kesehatan melalui Media Komik Terhadap Perilaku Pencegahan Obesitas Siswa Kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya berdasarkan Pendekatan Teori Difusi Inovasi Rogers (2003)

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan mekanisme pengaruh pendidikan kesehatan media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas pada anak usia sekolah. Obesitas pada anak usia sekolah dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor genetik, pola makan, kurang aktivitas, status sosial-ekonomi, faktor psikologis, faktor lingkungan. Kurangnya pengetahuan anak dapat menyebabkan perilaku anak terhadap pencegahan obesitas kurang tepat. Sehingga diberikan pendidikan kesehatan melalui media komik. Media komik adalah suatu media untuk menyampaikan informasi atau cerita dalam bentuk buku, berupa gambar dan tulisan. Menurut Sudjana dan Rivai, 2002 (dalam Suci L.,dkk, 2009) menyatakan bahwa media komik dalam proses belajar mengajar menciptakan minat para siswa, mengefektifkan proses belajar mengajar, dapat meningkatkan minat belajar dan menimbulkan minat apresiasinya. Media komik dapat menstimulasi indra penglihatan anak, yang pada akhirnya minat, perhatian dan konsentrasi anak menjadi lebih terfokus. Karena cenderung menyenangkan, media komik dapat meningkatkan perhatian dan konsentrasi anak yang mempengaruhi kemampuan, daya ingat serta imajinasi meningkat. Selanjutnya pengetahuan, dan sikap siswa mengenai permasalahan yang disajikan diharapkan meningkat.

Menurut Rogers (2003) dalam teori adopsi perilaku, seseorang sebelum mengadopsi sebuah perilaku baru/ inovasi perilaku, dia akan mengalami beberapa tahap, yakni pengetahuan (*knowledge*), persuasif/sikap, keputusan (*decisions*), implementasi/tindakan dan konfirmasi. Beberapa tahap adopsi inovasi tersebut akan menimbulkan perilaku positif, yakni anak dapat mengetahui cara mencegah obesitas dengan benar, atau negatif yakni tidak dapat mengetahui cara pencegahan obesitas yang tepat pada anak sekolah.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1:

1. Ada pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap pengetahuan pencegahan obesitas siswa kelas 4 SDN Kedunggoro V No. 310 Surabaya.
2. Ada pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap sikap pencegahan obesitas siswa kelas 4 SDN Kedunggoro V No. 310 Surabaya.
3. Ada pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap tindakan pencegahan obesitas siswa kelas 4 SDN Kedunggoro V No. 310 Surabaya.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara penyelesaian masalah dengan menggunakan metode ilmiah, dalam bab ini akan diuraikan tentang desain penelitian, kerangka operasional, sampel, variabel penelitian, instrumen penelitian, lokasi penelitian, proses pengumpulan data dan analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, yang memungkinkan pemaksimalan kontrol beberapa faktor yang mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2008). Penelitian ini menggunakan metode *pra-experimental* dengan rancangan *one group pre test and post test* yaitu peneliti mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subyek (Nursalam, 2008). Peneliti mengobservasi tingkat pengetahuan dan sikap siswa terhadap pencegahan obesitas sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan media komik, kemudian tingkat pengetahuan dan sikap siswa terhadap pencegahan obesitas setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media komik.

Tabel 4.1 Rancangan penelitian pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya.

Subyek	Pre test	Perlakuan	Post test
K	O1	X	O2
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Keterangan:

- K : Siswa kelas kelas 4 SD
- O1 : Observasi perilaku anak terhadap pencegahan obesitas pada anak usia sekolah sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan media komik
- X : Intervensi pemberian pendidikan kesehatan tentang pencegahan obesitas dengan menggunakan media komik
- O2 : Observasi tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan anak terhadap pencegahan obesitas pada anak usia sekolah setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media komik

4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah setiap subyek (misalnya, manusia; anak) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah siswa kelas 4 di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya dengan jumlah 35 anak.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2013). Ada 2 syarat yang harus dipenuhi saat menetapkan sampel, yaitu *representative* (mewakili) dan sampel harus cukup banyak.

Peneliti membedakan kriteria sampel menjadi dua bagian, yaitu:

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2013). Dalam penelitian ini, peneliti menetapkan kriteria inklusi sebagai berikut:

- 1) Siswa kelas 4 di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya.
- 2) Berkomunikasi dengan baik
- 3) Siswa mengalami obesitas dan tidak mengalami obesitas
- 4) Telah mendapat persetujuan dari wali kelas

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi digunakan untuk menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari penelitian akibat berbagai sebab (Nursalam, 2013). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Anak dalam kondisi tubuh tidak sehat (misalnya flu, diare, demam)
- 2) Anak tidak menyukai bacaan komik

4.2.3 Teknik Sampling

Sampling merupakan suatu proses dalam menyeleksi sampel yang dipergunakan dalam penelitian dalam populasi yang ada, dengan menggunakan teknik sampling (Aziz A H, 2003). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan cara *Total Sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti. Sesuai kriteria inklusi. Sampel pada penelitian ini yaitu siswa kelas 4 SD dengan jumlah 35 anak.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Variabel

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2013). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan melalui media komik pada siswa kelas 4 di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel lain (Nursalam, 2013). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku pencegahan obesitas pada siswa kelas 4 di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya.

4.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi ketika variabel-variabel penelitian menjadi bersifat operasional. Definisi operasional menjadikan konsep yang masih bersifat abstrak menjadi operasional dimana akan memudahkan pengukuran

variabel tersebut (Wasis, 2008). Definisi operasional dirumuskan untuk kepentingan akurasi, komunikasi dan replikasi.

Tabel 4.2 Definisi operasional pengaruh pendidikan kesehatan dengan media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	PARAMETER	ALAT UKUR	SKALA	SKOR
Variabel independen: Pendidikan kesehatan melalui media komik	Merupakan media pendidikan kesehatan yang terdiri dari gambar dan tulisan yang membahas tentang pencegahan obesitas. Sehingga dapat mempermudah siswa untuk mengingat dan memahami materi yang disampaikan.	Penilaian terhadap: Durasi : ± 15 menit Frekuensi: 2 kali pertemuan dalam 1 minggu	SAP	-	-

Variabel dependen: Pengetahuan	Kemampuan para siswa (responden) mengetahui cara pencegahan obesitas	Penilaian terhadap: Pengetahuan siswa tentang obesitas meliputi: 1. Pengertian obesitas 2. Tanda dan kriteria obesitas 3. Dampak obesitas 4. Penatalaksanaan obesitas 5. Pencegahan obesitas	Kuesioner	Ordinal	Pengetahuan: 0 – 29% = sangat kurang, 30 – 38% = kurang, 39 – 51% = cukup 52 – 60% = baik 61 – 100% = sangat baik
Sikap	Penilaian atau suatu pendapat siswa (responden) terhadap pencegahan obesitas	Pendapat siswa mengenai pentingnya: 1. Pencegahan obesitas 2. Makanan yang dapat menyebabkan obesitas 3. Aktivitas yang dapat menyebabkan obesitas 4. Pola makan yang dapat menyebabkan obesitas	Kuesioner	Ordinal	Sikap positif bila skor $T \geq T \text{ Mean}$ Sikap negatif bila skor $T < T \text{ Mean}$ (Azwar, 2008)
Tindakan	Kegiatan siswa dalam melakukan upaya pencegahan obesitas meliputi pola makan, jenis makanan dan aktivitas sehari-hari	Tindakan siswa yang berkaitan dengan: 1. Pola makan sehari-hari 2. Kebiasaan olah raga 3. Aktivitas sehari-hari	Kuesioner	Ordinal	Tindakan: 0 – 36% = kurang, 37 – 44% = cukup, 45 – 100% = baik

4.5 Pengumpulan dan Pengolahan Data

4.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk memperoleh data tentang status sesuatu dibandingkan dengan standar atau ukuran yang telah ditentukan (Arikunto, 2006). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan instrumen kuesioner dan lembar observasi untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan tindakan.

1. Pengetahuan

Kuesioner pengetahuan terdiri dari 14 pertanyaan dengan pilihan ganda. Skor penilaian: pada nomor soal 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14 bobot jawaban jika benar = 1, jika salah=0. Pada jawaban soal nomor 5 dan 10 bobot jawaban berdasarkan banyak jawaban, misal hanya menjawab 1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4, 5 = 5, 6 = 6. Akumulasi nilai total benar 100% adalah 23. Pada kuesioner pengetahuan ini penilaian menggunakan skala Guttman, yaitu benar = 1 dan salah = 0 dengan kriteria sangat baik (61-100%), baik (52-6%), cukup (39-51%) dan kurang (30-38%), sangat kurang (0-29%). Kriteria kurang ditandai dengan kode 1, kriteria cukup ditandai dengan kode 2 dan kriteria baik ditandai dengan kode 3. Kuesioner diberikan kepada responden sebelum dan setelah selesai promosi kesehatan di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya untuk mengidentifikasi adanya pengaruh media komik terhadap pengetahuan sebelum dan setelah promosi kesehatan.

2. Sikap

Kuesioner sikap terdiri dari 20 pernyataan. Penilaian pada kuesioner sikap menggunakan skala Likert, yaitu sangat setuju = 4, setuju = 3, tidak setuju = 2,

sangat tidak setuju = 1 untuk pernyataan positif dan sangat setuju = 1, setuju = 2, tidak setuju = 3 dan sangat tidak setuju = 4 untuk pernyataan negatif. Kemudian di klasifikasikan dalam kategori sikap positif bila skor $T \geq T \text{ Mean}$ dan kategori sikap negatif bila skor $T < T \text{ Mean}$. Sikap positif ditandai dengan kode 1 dan sikap negatif ditandai dengan kode 0. Kuesioner sikap akan diberikan sebelum dan setelah pendidikan kesehatan. Pernyataan sikap positif terdapat di point 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, dan pernyataan negatif pada point 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20.

3. Tindakan

Kuisisioner tindakan pencegahan obesitas berisi 6 item pertanyaan yang berisi tentang kebiasaan makan, olah raga dan aktivitas sehari-hari dengan skore 1-3. Hasil pengukuran dikategorikan dengan skala ordinal.

- 1) Baik: apabila responden menjawab seluruh pertanyaan terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kebiasaan makan, olah raga dan aktivitas sehari-hari bila didapatkan bobot nilai $\geq 45\%$.
- 2) Cukup: apabila responden menjawab seluruh pertanyaan terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kebiasaan kebiasaan makan, olah raga dan aktivitas sehari-hari bila didapatkan bobot nilai 37% - 44%.
- 3) Kurang: apabila responden menjawab seluruh pertanyaan terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kebiasaan kebiasaan makan, olah raga dan aktivitas sehari-hari bila didapatkan bobot nilai $< 36\%$.

4.5.2 Lokasi dan Waktu penelitian

Penelitian dilakukan di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya. Waktu penelitian selama 1 minggu dilaksanakan pada tanggal 14 – 19 Juli 2014 selama 1 minggu sebanyak 2 kali pertemuan.

4.5.3 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Dalam pelaksanaan penelitian ini, peneliti mendapat rekomendasi dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga untuk melakukan pengumpulan data penelitian. Sebelum dilakukan penelitian ini, peneliti terlebih dahulu meminta ijin kepada Kepala Sekolah Dasar Negeri (SDN) Kedungdoro V/310 Surabaya untuk melakukan penelitian, setelah mendapat ijin dari sekolah peneliti menjelaskan tentang penelitian yang akan dilakukan, selanjutnya peneliti memberi *informed consent* yang ditujukan pada wali kelas dan sebagai tindakan persetujuan untuk dijadikan sampel dalam penelitian, wali kelas memberikan tanda tangannya pada lembar tersebut.

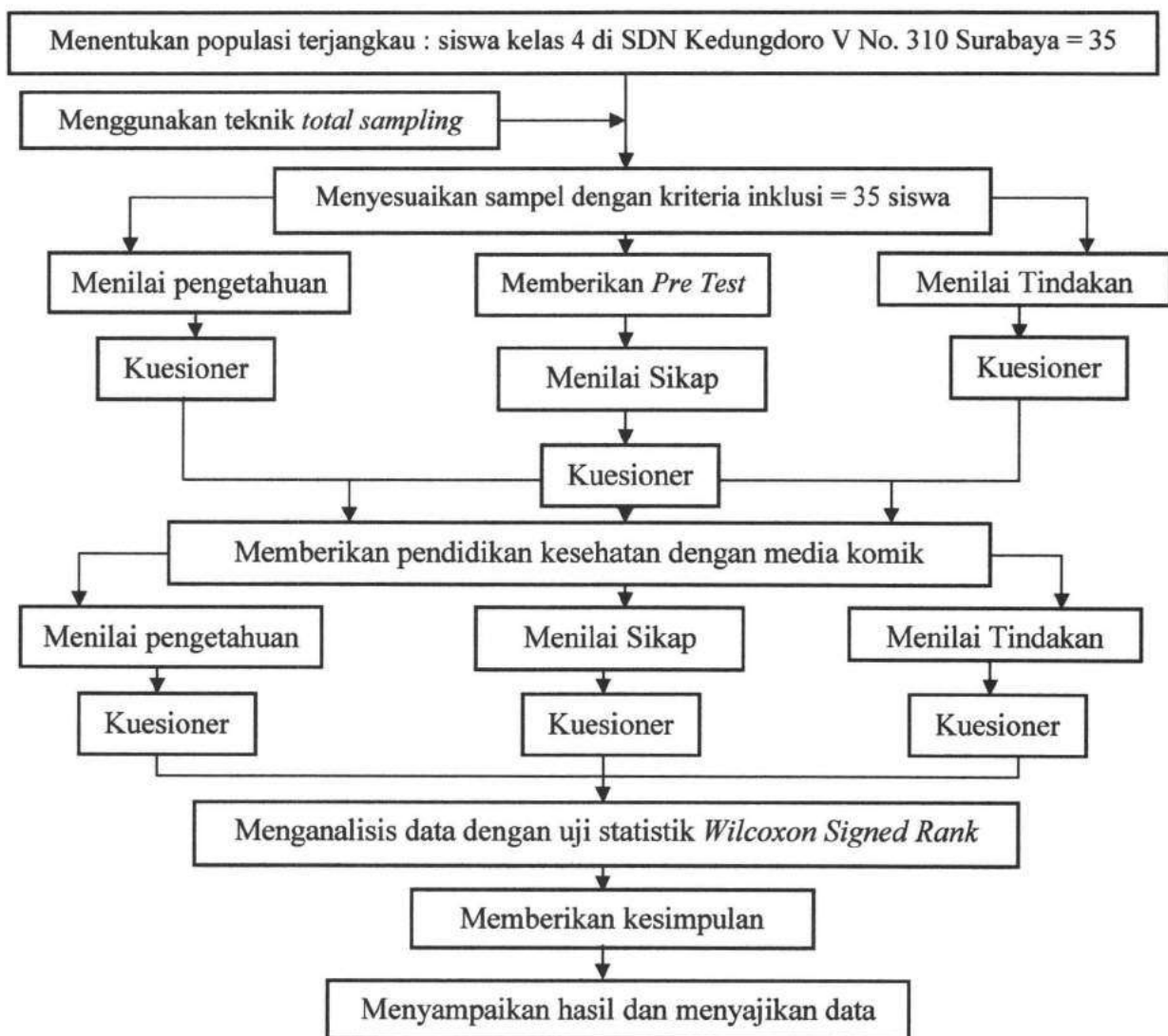
Hari pertama, tanggal 14 Agustus 2014, peneliti membagikan kuesioner yang berisi tentang data demografi, kuesioner pengetahuan, sikap dan tindakan kepada responden untuk mengukur pengetahuan, sikap dan tindakan responden mengenai pencegahan obesitas dengan *Pre Test*. *Pre test* dilakukan selama 30 menit. Dan pada hari kedua, tanggal 17 Agustus 2014 dilakukan penerapan pendidikan kesehatan menggunakan media komik. Sampel berjumlah 35 siswa. Komik dibagikan kepada responden. Kemudian diberikan instruksi untuk membaca komik secara bersamaan selama 15 menit. Materi yang terdapat dalam komik yaitu tentang pengertian obesitas, tanda dan kriteria obesitas, dampak obesitas, penatalaksanaan dan pencegahan obesitas. Setelah itu diberikan *post*

test berupa kuesioner yang berisi tentang kuesioner pengetahuan, sikap dan tindakan pencegahan obesitas dengan alokasi waktu selama 15 menit. Alokasi waktu yang dibutuhkan pada pertemuan kedua adalah 50 menit.

4.6 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan salah satu tahap dalam penelitian. Pada kerangka kerja disajikan alur penelitian, terutama variabel yang akan digunakan (Nursalam, 2003).

Kerangka kerja yang digunakan pada penelitian ini disajikan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan melalui Media Komik Terhadap Perilaku Pencegahan Obesitas Siswa Kelas 4 SDN Kedunggoro V No. 310 Surabaya

4.7 Analisa Data

Kuesioner yang telah diisi responden dan observasi yang telah dilakukan peneliti, selanjutnya dilakukan tabulasi data dan analisis data. Analisa data merupakan suatu proses yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan oleh peneliti dengan tujuan supaya *trends* dan *relationship* bisa di dideteksi (Nursalam, 2003). Tahap-tahap Analisa data, antara lain:

1. *Editing*, yaitu melihat kelengkapan data siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya yang sudah terkumpul
2. *Coding*, yaitu klarifikasi jawaban dari siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya menurut macamnya dengan memberi kode pada masing-masing jawaban
3. Analisis, ada dua macam analisis yaitu analisis deskriptif dan analisis statistik. Analisis deskriptif dengan menggunakan tabel distribusi dan dikonfirmasi dalam bentuk presentase dan narasi.

4.7.1 Analisis deskriptif

Analisa data pada pengetahuan, sikap dan tindakan menggunakan rumus sebagai berikut:

1. Pengetahuan

Untuk mengukur pengetahuan digunakan penilaian menggunakan skala Gutman benar = 1 dan salah = 0. Setelah itu dihitung menggunakan rumus (Azwar, 2007):

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan : P = prosentase
f = jumlah skor yang diperoleh

N = jumlah skor maksimal

Hasil perhitungan skor dan prosentase tersebut diinterpretasikan dengan menggunakan kriteria kualitatif, yaitu :

0 – 29% = Pengetahuan sangat kurang,

30 – 38% = Pengetahuan kurang,

39 – 51% = Pengetahuan cukup

52 – 60% = Pengetahuan baik

61 – 100% = Pengetahuan sangat baik

Rentang nilai kriteria tersebut didapatkan dari hasil perhitungan rumus sebagai berikut :

Tabel 4.3 Rumus perhitungan rentang nilai pengetahuan terhadap pencegahan obesitas pada siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya (14 – 19 Juli 2014).

Sangat Kurang	<i>Mean - 2½ Standart Deviation</i>
Kurang	<i>Mean + 1½ Standart Deviation</i>
Cukup	<i>Mean ± ½ Standart Deviation</i>
Baik	<i>Mean + 1½ Standart Deviation</i>
Sangat Baik	<i>Mean + 2½ Standart Deviation</i>

Tahap selanjutnya yaitu pengujian data, dalam hal ini peneliti menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* untuk membandingkan data ordinal *pre test* dan *post test* intervensi. Keseluruhan uji statistik menggunakan tingkat signifikansi $p \leq 0,05$ (program windows SPSS 16), bila hasil uji statistik menunjukkan nilai $p \leq 0,05$ maka ada perbedaan data sebelum dan setelah dilakukan intervensi melalui media komik terhadap pengetahuan pencegahan obesitas pada siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya.

2. Sikap

Penilaian pada kuesioner sikap menggunakan skala Likert yaitu sangat setuju = 4, setuju = 3, tidak setuju = 2, sangat tidak setuju = 1 untuk pernyataan positif dan sangat setuju = 1, setuju = 2, tidak setuju = 3 dan sangat tidak setuju = 4 untuk pernyataan negatif. Setelah itu di hitung menggunakan rumus (Azwar, 2007):

$$T = 50 + 10 \frac{(X - \bar{X})}{S}$$

Keterangan: X = skor responden
 \bar{X} = nilai rata-rata kelompok
 S = standar deviasi (simpangan baku)

Kemudian di klasifikasikan dalam kategori sikap negatif jika $T < \text{mean data}$ dengan kode 0 dan sikap positif jika $T \geq \text{mean data}$ dengan kode 1.

3. Tindakan

Tindakan di ukur dari lembar observasi dari perilaku pencegahan obesitas. Terdapat 6 pertanyaan yang berisi tentang kebiasaan makan, olah raga dan aktivitas sehari-hari. Pertanyaan dengan pilihan jawaban a,b dan c. Setiap jawaban memiliki bobot skor yang berbeda. Jawaban a skor 3, b skor 2 dan c skor 1. Setelah itu dihitung menggunakan rumus (Azwar, 2007):

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan : P = prosentase
 f = jumlah skor yang diperoleh
 N = jumlah skor maksimal

Hasil perhitungan skor dan prosentase tersebut diintrepetasikan dengan menggunakan kriteria kualitatif, yaitu :

0 – 36% = pengetahuan kurang,

37 – 44% = pengetahuan cukup,

45 – 100% = pengetahuan baik

Rentang nilai kriteria tersebut didapatkan dari hasil perhitungan rumus sebagai berikut :

Tabel 4.3 Rumus perhitungan rentang nilai observasi tindakan terhadap pencegahan obesitas pada siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya (14 – 19 Juli 2014).

Kurang	$Mean + 1\frac{1}{2} \text{ Standart Deviation}$
Cukup	$Mean \pm \frac{1}{2} \text{ Standart Deviation}$
Baik	$Mean + 1\frac{1}{2} \text{ Standart Deviation}$

Tahap selanjutnya yaitu pengujian data, dalam hal ini peneliti menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* untuk membandingkan data ordinal *pre test* dan *post test* intervensi. Keseluruhan uji statistik menggunakan tingkat signifikansi $p \leq 0,05$ (program windows SPSS 16), bila hasil uji statistik menunjukkan nilai $p \leq 0,05$ maka ada perbedaan data sebelum dan setelah dilakukan intervensi melalui media komik terhadap tindakan pencegahan obesitas pada siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya.

4.7.2 Analisis statistik

Data yang telah terkumpul kemudian dihitung dengan uji statistik untuk mengetahui perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan pada *pre test* dan *post test* menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test*. Sehingga dapat diketahui pengaruh variable independen dan dependen. Keseluruhan uji statistik menggunakan tingkat signifikansi $p \leq 0,05$ (program windows SPSS 16), jika hasil

perhitungan $p \leq 0,05$ maka artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan dalam pencegahan obesitas terhadap siswa kelas 4 SDN Kedunggoro V No. 310 Surabaya dengan benar.

4.8 Etik Penelitian

Manusia bila dijadikan sebagai subjek penelitian, hak sebagai manusia harus dilindungi (Nursalam, 2003). Hal pertama sebelum dilakukan pengumpulan data, peneliti terlebih dahulu mengajukan permohonan untuk mendapatkan rekomendasi dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan Kepala Sekolah Dasar Negeri (SDN) Kedunggoro V/310 Surabaya. Persetujuan penelitian sudah didapatkan maka peneliti melaksanakan penelitian dengan menekankan etika sebagai berikut :

4.8.1 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada siswa kelas 4 SD yang menjadi calon responden penelitian. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan, serta pelaksanaan teknis penelitian. Lembar persetujuan ditandatangani oleh wali kelas sebagai perwakilan responden menjadi sampel dalam penelitian ini dan berkenan bekerjasama dalam penelitian ini.

4.8.2 Tanpa Nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, maka nama responden tidak dicantumkan pada lembar kuesioner yang telah diisi tersebut dan hanya diberi kode tertentu (A01-A35).

4.8.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil penelitian.

4.9 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian. Dalam penelitian yang akan dilakukan ini, keterbatasan penelitian antara lain:

1. Pengambilan sampel yang akan digunakan untuk penelitian terbatas, sehingga dimungkinkan kurang representative sehingga tingkat validitas dan reabilitas hasil penelitian belum maksimal.
2. Keterbatasan peneliti dalam memberikan intervensi terkait dengan hal kesabaran.
3. Kemampuan peneliti yang terbatas dalam bidang riset sehingga perlu banyak penyempurnaan.

BAB 5
HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan mengenai hasil penelitian dan pembahasan tentang pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya. Penelitian dilakukan pada tanggal 14 Juli 2014 sampai dengan 19 Juli 2014. Data yang diperoleh disampaikan dalam bentuk diagram, tabel dan narasi meliputi hasil penelitian; gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik data umum, data khusus atau variabel yang diukur dan pembahasan. Penelitian ini dilakukan terhadap 35 siswa yang mengalami obesitas di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya yang dijadikan sebagai responden penelitian.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di ruang kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya yang terletak di jalan Surabayan IV Surabaya. Sekolah didirikan pada tahun 1969 ini memiliki berbagai fasilitas yang terdiri dari 1 ruang kepala sekolah, 1 ruang guru, 6 ruang kelas, 1 ruang perpustakaan, 1 ruang laboratorium, 1 ruang multimedia, 1 ruang kesenian, 1 ruang UKS (Unit Kesehatan Sekolah) dan 1 lapangan.

UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) milik SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya berada dalam binaan Puskesmas Kedungdoro. Berdasarkan keterangan salah satu karyawan bagian tata usaha (TU), UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) belum berjalan maksimal dan belum pernah menjadi juara perlombaan UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) yang pernah diikuti. Pada tahun 2014, Puskesmas

Kedungdoro juga telah melakukan penyuluhan kesehatan tentang kebersihan gigi dan mencuci tangan masih pada kelas 1 dan 2. Strata UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya termasuk dalam strata minimal yaitu dilaksanakan penyuluhan kesehatan, dilaksanakan imunisasi, dan ada penyuluhan kesehatan gigi minimal kelas 1, 2, 3. Puskesmas Kedungdoro atau pihak UKS (Unit Kesehatan Sekolah) SDN Kedungdoro V No. 310 belum pernah memberikan penyuluhan tentang pencegahan obesitas, hanya penyuluhan tentang makanan sehat dan bergizi saja.

Kegiatan belajar mengajar kelas 1 sampai kelas 3 dimulai pada pukul 12.00-16.00 WIB, kelas 4 sampai kelas 6 dimulai pada pukul 06.30-11.00 WIB. Luas lapangan tidak terlalu lebar dan sebagian dari lapangan dijadikan area parkir guru, sehingga anak pada waktu istirahat tidak bisa melakukan kegiatan bermain pada umumnya. Kegiatan ekstrakurikuler yang ada, antara lain pramuka, drum band, menggambar, dan menari. Beberapa penjual jajanan seperti, pentol, kentang goreng, *pizza* mini, pempek, mie, es potong, martabak, es *juice*, dan lain-lain berada di depan lokasi SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya. Kegiatan bermain yang dilakukan siswa-siswi di lokasi penelitian hanya lompat tali dan petak umpet. Para siswa-siswi pada waktu jam kosong lebih banyak mengonsumsi jajanan yang berada di kantin sekolah dan jajanan yang berada di sekitar sekolah.

Kegiatan olahraga siswa-siswi menggunakan lapangan olahraga di tempat lain, sehingga untuk sarana olahraga tidak bisa dilakukan di halaman sekolah. Beberapa siswa-siswi pada saat jam istirahat pulang ke rumah masing-

masing dan ada juga yang bermain *playstation*, nonton *televisi* di rumah maupun bermain *game online* di warnet.

5.1.2 Karakteristik demografi responden

Karakteristik demografi responden menguraikan tentang karakteristik responden meliputi: usia, jenis kelamin.

Tabel 5.1 Karakteristik demografi responden berdasarkan usia, jenis kelamin pada siswa-siswi kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya pada tanggal 14 – 19 Juli 2014.

No	Karakteristik	Kategori	Jumlah	Prosentase (%)
1	Usia	10 tahun	22	62,9
		11 tahun	11	34,3
		12 tahun	1	2,8
Total			35	100
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	22	62,9
		Perempuan	13	37,1
Total			35	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa golongan usia responden paling banyak adalah 10 tahun sejumlah 22 siswa (62,9%). Distribusi responden jenis kelamin didapatkan bahwa jenis kelamin paling banyak adalah laki-laki sejumlah 22 siswa (62,9)

5.1.3 Data umum orang tua

Data umum orang tua pada penelitian ini meliputi:

1. Pekerjaan orang tua

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan orang tua

Pekerjaan	Kelas 4	
	Ayah	
	F (Σ)	%
Karyawan swasta	26	74,3
Wiraswasta	3	8,7
PNS	1	2,8
TNI AL	1	2,8

Lain – lain	4	11,4
Σ responden	35	100

Dari 35 responden di kelas 4, 26 responden memiliki ayah yang bekerja sebagai karyawan swasta, 3 responden memiliki ayah yang bekerja sebagai wiraswasta, 1 responden memiliki ayah yang bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil, 1 responden memiliki ayah yang bekerja sebagai TNI AL dan 4 responden memiliki ayah yang bekerja sebagai tukang parkir, *security*, konsultan, dan *chief*.

5.1.4 Data khusus

Bagian ini menguraikan tentang hasil penelitian yang meliputi hasil observasi perubahan perilaku yang diukur dengan kuesioner sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan dengan menggunakan media komik di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya serta menganalisa pengaruh media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas responden.

1. Identifikasi pengetahuan anak usia sekolah tentang pencegahan obesitas sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media komik

Tabel 5.3 Hasil penilaian pengetahuan anak usia sekolah tentang pencegahan obesitas pada siswa-siswi kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya pada tanggal 14 – 19 Juli 2014.

No.	Kriteria Nilai Pengetahuan	Pretest		Posttest	
		F (Σ)	%	F (Σ)	%
1.	Sangat kurang Baik	2	5,7	-	-
2.	Kurang baik	3	8,6	1	2,9
3.	Cukup baik	25	71,4	9	25,7
4.	Baik	5	14,3	7	20
5.	Sangat baik	-	-	18	51,4
	Σ Responden	35	100	35	100
Uji <i>Wilcoxon Sign Rank Test</i>				p = 0.000	
Nilai Standart Deviasi = 1,53					

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan pengetahuan anak usia sekolah saat *pretest* sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang berada pada kriteria nilai cukup yaitu sebanyak 25 responden (71,4%). Kriteria cukup yaitu siswa mampu menjawab 6 dari 14 pertanyaan dalam kuesioner dengan tepat. Pertanyaan yang mampu dijawab oleh siswa yaitu tentang penyebab obesitas, jenis jajanan sehat, dampak obesitas dan penatalaksanaan obesitas. Sedangkan saat *posttest* sebagian besar responden memiliki pengetahuan dengan kriteria sangat baik yaitu sebanyak 18 responden (51,4%). Kriteria sangat baik yaitu siswa mampu menjawab 12 dari 14 pertanyaan dalam kuesioner dengan tepat. Pertanyaan yang mampu dijawab oleh siswa yaitu tentang pengertian obesitas, tanda-tanda obesitas, penyebab obesitas, dampak obesitas, jajanan sehat dan aktivitas fisik.

Hasil analisis uji *Wilcoxon sign rank test* diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p \leq 0,05$) yang artinya ada perbedaan pengetahuan yang signifikan saat *pretest* dan *posttest* setelah pemberian pendidikan kesehatan tentang pencegahan obesitas melalui media komik.

2. Identifikasi sikap anak usia sekolah tentang pencegahan obesitas sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media komik

Tabel 5.4 Hasil penilaian sikap anak usia sekolah dalam pencegahan obesitas pada siswa-siswi kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya pada tanggal 14 – 19 Juli 2014.

	Sebelum		Setelah	
	Σ Responden	%	Σ Responden	%
Sikap (+)	18	51,4	27	77,1
Sikap (-)	17	48,6	8	22,9
Σ Responden	35	100	35	100
Uji <i>Wilcoxon Sign Rank Test</i>	$p = 0,006$			
Nilai Standart Deviasi = 3,7				

Berdasarkan tabel 5.4 sikap anak usia sekolah saat *pretest* sebagian besar responden bersikap negatif yaitu sebanyak 18 responden (51,4%). Sikap negatif artinya siswa menjawab setuju atau sangat setuju pada pertanyaan yang negatif dalam kuesioner. Sedangkan saat *posttest* sebagian besar responden bersikap positif yaitu sebanyak 27 responden (77,1%). Sikap positif artinya siswa menjawab setuju atau sangat setuju pada pertanyaan positif dalam kuesioner.

Hasil analisis uji *Wilcoxon sign rank test* diperoleh nilai $p = 0,006$ ($p \leq 0,05$) yang artinya ada perbedaan sikap yang signifikan saat *pre* dan *posttest* setelah pemberian pendidikan kesehatan tentang pencegahan obesitas melalui media komik.

3. Identifikasi tindakan anak usia sekolah tentang pencegahan obesitas sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media komik

Tabel 5.5 Hasil penilaian tindakan anak usia sekolah dalam pencegahan obesitas pada siswa-siswi kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya pada tanggal 14 – 19 Juli 2014.

No.	Kriteria Nilai Tindakan	Sebelum		Setelah	
		F (Σ)	%	F (Σ)	%
1.	Kurang Baik	7	20	-	-
3.	Cukup Baik	28	80	14	40
4.	Baik	-	-	21	60
Σ Responden		35	100	35	100
Uji <i>Wilcoxon Sign Rank Test</i>				$p = 0,000$	
Nilai Standart Deviasi = 1,1					

Berdasarkan tabel 5.5 tindakan anak usia sekolah dalam pencegahan obesitas saat *pretest* hampir seluruh responden bertindak cukup baik yaitu sebanyak 28 responden (80%). Kriteria cukup baik yaitu siswa mampu melakukan pencegahan obesitas seperti kebiasaan makan, pola makan, kebiasaan berolah raga dan beraktivitas dengan cukup sesuai pedoman

pengecegan obesitas. Sedangkan saat *posttest* sebagian besar responden bertindak baik yaitu sebanyak 21 responden (60%). Kriteria baik yaitu siswa mampu melakukan pengecegan obesitas seperti kebiasaan makan, pola makan, kebiasaan berolah raga dan beraktivitas dengan tepat sesuai pedoman pengecegan obesitas

Hasil analisis uji *Wilcoxon sign rank test* diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p \leq 0,05$) yang artinya ada perbedaan tindakan yang signifikan saat *pre* dan *posttest* setelah pemberian pendidikan kesehatan tentang pengecegan obesitas melalui media komik.

5.2 Pembahasan Hasil Penelitian

5.2.1 Analisis pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap pengetahuan anak usia sekolah tentang pengecegan obesitas

Berdasarkan tabel 5.3 perbedaan tingkat pengetahuan saat *pretest* dan *posttest* melalui uji *Wilcoxon sign rank test* menunjukkan nilai $p > 0,05$ yang artinya H_1 diterima yaitu ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan media komik terhadap pengetahuan anak usia sekolah dalam pengecegan obesitas di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya. Hasilnya intervensi yang diberikan peneliti efektif terhadap peningkatan pengetahuan anak usia sekolah.

Pengetahuan responden saat *pretest* didapat pengetahuan responden sebagian besar pada kategori cukup. Dapat dilihat pada tabulasi nilai pengetahuan (lampiran 11) saat *pretest*, responden memiliki kategori cukup pada beberapa aspek pengetahuan mengenai penyebab obesitas, jenis jajanan sehat, dampak obesitas dan penatalaksanaan obesitas. Aspek pengetahuan rendah pada responden saat *pretest* ditemukan pada pengetahuan mengenai aktivitas fisik

anak yang dapat menyebabkan obesitas dan tanda-tanda obesitas. Namun pengetahuan tinggi juga didapatkan pada aspek pengetahuan awal mengenai obesitas. Hasil *posttest* pada responden didapatkan pengetahuan responden sebagian besar berada pada kategori sangat baik. Pengetahuan responden saat *posttest* ditemukan pengetahuan responden sangat baik pada semua aspek pengetahuan, seperti definisi obesitas, tanda-tanda obesitas, penyebab obesitas, cara mencegah obesitas dan penatalaksanaan obesitas.

Peningkatan pengetahuan dari hasil *pretest* dan *posttest* dapat diketahui melalui peningkatan kategori yang terjadi pada sebagian besar responden. Perubahan yang sangat signifikan yaitu peningkatan pengetahuan responden dari kategori cukup menjadi sangat baik pada sebagian besar responden (51,4%). Responden tanpa perubahan kategori dari perbandingan hasil *pretest* maupun *posttest* diklasifikasikan menjadi kategori pengetahuan tetap baik sebanyak 6 responden (17,1%)

Fenomena tersebut menunjukkan bahwa telah terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan pada responden setelah diberikan pendidikan kesehatan melalui media komik tentang pencegahan obesitas.

Pengetahuan didefinisikan sebagai pengakuan intelektual dengan fakta kebenaran atau prinsip ditambah dengan pengamatan, pengalaman dan laporan serta merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap sesuatu (Notoadmodjo, 2003). Menurut Notoatmodjo (2010) banyak faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, antara lain faktor umur, pekerjaan, informasi dan pendidikan. Berdasarkan data demografi, responden yang memiliki pengetahuan cukup sebagian besar berusia 10 tahun.

Menurut Notoatmodjo (2010), usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia semakin bertambah pula daya tangkap dan pola pikir seseorang sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin membaik. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Piaget dalam Hockenberry dan Wilson (2007) bahwa tahap perkembangan kognitif anak usia sekolah berada pada *concrete operational stage* dimana anak mampu menggunakan proses berpikir untuk menghubungkan serangkaian kejadian dan mampu membuat penilaian berdasarkan apa yang mereka lihat yang dimulai sejak usia 9-10 tahun. Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar usia responden yang memiliki pengetahuan cukup adalah 10 tahun yang memungkinkan responden memiliki daya tangkap dan pola pikir yang cukup baik terhadap informasi yang diterima sehingga pengetahuan yang diperoleh juga cukup baik.

Pengetahuan seseorang berasal dari tahu, dan terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba (Notoatmodjo, 2007). Peningkatan pengetahuan seseorang dapat dilakukan melalui proses pembelajaran dalam pendidikan kesehatan yang didukung oleh media. Efektifitas suatu media tergantung pada besarnya sasaran promosi kesehatan. Salah satu media yang baik untuk anak usia sekolah kelompok besar adalah komik. Komik adalah suatu bentuk kartun yang mengungkapkan karakter dan memerankan suatu cerita dalam urutan yang erat dihubungkan dengan gambar dan dirancang untuk memberikan hubungan kepada pembaca. Komik punya peranan yang positif yaitu mengembangkan kebiasaan membaca. Dunia anak-anak penuh dengan imajinasi dan kreasi. Itulah

sebabnya sebagian besar anak-anak menyukai gambar, sketsa dan komik. Menurut Trimo, 1997 (dalam Suci L.,dkk, 2009), salah satu keunggulan media komik ini adalah dapat memperjelas suatu permasalahannya dengan melihat gambar yang jelas dan sesuai dengan pokok bahasan. Anak akan lebih jelas terhadap suatu pokok bahasan atau materi yang disampaikan peneliti. Menurut Trimo, 1997 (dalam Suci L.,dkk, 2009), kelemahan media komik adalah membuat peserta didik malas membaca buku yang tidak bergambar.

Peranan media komik sebagai media pembelajaran menurut Sudjana dan Rivai, 2002 (dalam Suci L.,dkk, 2009) adalah kemampuannya dalam menciptakan minat membaca peserta didik. Oleh karena itu peneliti menggunakan media komik yang berisi tulisan dan gambar agar pendidikan kesehatan menjadi lebih menarik dan dapat menstimulasi imajinasi responden. Media komik merupakan salah satu alat media yang menyenangkan untuk anak belajar. Edukasi melalui media komik ini diharapkan mampu membentuk pola pikir yang tepat agar peserta didik mengetahui informasi tentang pencegahan obesitas.

Menurut Sudjana dan Rivai, 2002 (dalam Suci L.,dkk, 2009) menyatakan bahwa media komik dalam proses belajar mengajar menciptakan minat para siswa, mengaktifkan proses belajar mengajar, dapat meningkatkan minat belajar dan menimbulkan minat apresiasinya. Media komik merupakan salah satu bentuk infografis yang diberikan kepada responden agar informasi yang disampaikan lebih menarik dan mudah dipahami. Menurut Imawan (2008), media bergambar dapat membantu dalam meningkatkan pemahaman dan memiliki pengaruh yang besar bagi indera serta lebih mudah untuk dipahami.

Media komik menstimulasi anak usia sekolah untuk mengamati dan memperhatikan mengenai pencegahan obesitas melalui gambar sehingga imajinasi dan minat anak untuk meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan obesitas.

5.2.2 Analisis pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap sikap anak usia sekolah tentang pencegahan obesitas

Berdasarkan tabel 5.3 perbedaan sikap responden pada *pretest* dan *posttest* melalui uji *Wilcoxon* menunjukkan nilai $p > 0,05$ yang artinya H_1 diterima yaitu ada pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap sikap anak usia sekolah dalam pencegahan obesitas di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya. Hubungan ini menunjukkan intervensi yang diberikan peneliti efektif terhadap peningkatan sikap anak usia sekolah terhadap pencegahan obesitas.

Sikap responden saat *pretest* didapatkan sebagian besar berada pada kategori negatif. Sikap negatif responden terlihat saat responden menyikapi pernyataan “saya makan camilan sambil menonton televisi” serta “jika saya gemuk, maka saya akan terlihat sehat dan lucu”. Pada *posttest* sikap responden sebagian besar berada pada kategori positif. Sikap positif responden dapat terlihat dari sikap responden terhadap pernyataan “lebih baik menjaga pola makan sejak dini untuk menghindari kegemukan saat dewasa”, “pencegahan obesitas atau kegemukan sangat penting dalam mencegah terjadinya penyakit” (lampiran 14). Ditemukan setengah responden mengalami peningkatan jumlah responden pada kategori positif antara *pretest* dan *posttest*.

Peningkatan jumlah responden dengan kategori positif berdasarkan data pada tabel 5.4, yaitu terdiri dari sebagian kecil responden yang semula sudah

dalam kategori positif tetap bertahan pada kategori positif, serta terdapat peningkatan pada setengah responden yang sebelumnya dalam kategori negatif menjadi kategori positif. Ditemukan pula perubahan sikap yang tidak sesuai dengan harapan peneliti yaitu terjadi penurunan kategori dari positif menjadi negatif sebanyak 2 responden. Responden yang mengalami penurunan kategori disebabkan karena gaduh saat pemberian intervensi.

Hasil tabulasi data juga menunjukkan bahwa sebagian kecil responden mengalami penurunan skor T sikap. Dari perbandingan hasil pretest dan posttest didapatkan sebagian kecil (A10 dan A14) mengalami penurunan skor T sikap yang diikuti perubahan kategori yaitu dari kategori positif menjadi kategori negatif, dan sebagian besar dari responden tetap berada dalam kategori yang sama yaitu responden A1, A3, A4, A5, A6, A7, A11, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A25, A26, A28, A29, A30, A31, A32, A33, A34, A35. Sebagian kecil responden yang mengalami peningkatan skor T sikap yaitu responden A2, A8, A9, A12, A13, A21, A22, A23, A24, A27 (lampiran 18).

Fenomena ini menunjukkan bahwa pada responden sebelum diberikan perlakuan masih bersikap negatif. Setelah mendapatkan perlakuan berupa pendidikan kesehatan melalui media komik tentang pencegahan obesitas para responden lebih mengerti mengenai pengertian obesitas, penyebab obesitas, dampak obesitas, tanda-tanda obesitas, pencegahan dan penatalaksanaan obesitas sehingga para responden dapat menyikapi pernyataan-pernyataan pada kuesioner dengan lebih positif. Terjadi perubahan sikap yang signifikan pada responden saat *pretest* dan *posttest* sikap.

Menurut Hunclok (1998) dalam Wawan dan Dewi (2010), semakin cukup umur seseorang maka semakin matang pola pikir seseorang dalam mengambil keputusan sebelum melakukan tindakan khususnya terkait masalah kesehatan. Menurut Piaget dalam Hockenberry dan Wilson (2007), tahap perkembangan kognitif anak usia sekolah berada pada *concrete operational stage* dimana anak mampu menggunakan proses berpikir untuk menghubungkan serangkaian kejadian dan mampu membuat penilaian berdasarkan apa yang mereka lihat. Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar responden memiliki pengetahuan cukup tentang pencegahan obesitas, hal ini memungkinkan responden memiliki sikap positif dalam pencegahan obesitas.

Pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap sikap anak usia sekolah dalam pencegahan obesitas menggunakan uji statistik *Wilcoxon Sign Rank Test* yang menunjukkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan media komik terhadap sikap anak usia sekolah dalam pencegahan obesitas. Menurut Dale (1969) dalam Arsyad (2009) menyatakan bahwa pemerolehan hasil belajar melalui indera pandang berkisar 75%, melalui indera dengar sekitar 13 % dan melalui indera lainnya sekitar 12 %. Stimulus yang didapatkan melalui media komik yaitu melalui apa yang dilihat dan dibaca dapat diperoleh hasil belajar sebesar 80% sehingga dapat disimpulkan bahwa media komik mempengaruhi perubahan sikap anak usia sekolah dalam pencegahan obesitas.

5.2.3 Analisis pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap tindakan anak usia sekolah tentang pencegahan obesitas

Berdasarkan tabel 5.5 perbedaan tindakan pada responden pada *pretest* dan *posttest* melalui uji Wilcoxon menunjukkan nilai $p > 0,05$ yang artinya H_1 diterima yaitu ada pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap pencegahan obesitas di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya. Hubungan ini menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan peneliti efektif terhadap peningkatan tindakan baik pada anak usia sekolah.

Tindakan responden saat *pretest* tindakan didapatkan tindakan responden sebagian kecil pada kategori kurang dalam tindakan pola makan sehari-hari dan aktivitas sehari-hari (lampiran 15). Hasil pada *posttest* tindakan didapatkan tindakan anak usia sekolah sebagian besar pada kategori baik. Tindakan responden baik seperti dalam hal frekuensi makan dalam sehari, rentang waktu makan dalam sehari dan kebiasaan jajan. Ditemukan peningkatan kategori pada sebagian besar responden menjadi kategori baik antara *pretest* dan *posttest*.

Peningkatan jumlah responden dengan kategori baik berdasarkan data pada tabel 5.5, yaitu terdiri atas sebagian kecil (20 %) responden yang semula pada kategori kurang dan sebagian besar (80%) responden yang semula pada kategori cukup. Peningkatan tindakan dari hasil *pretest* dan *posttest* dapat diketahui melalui peningkatan kategori yang terjadi pada sebagian besar responden. Perubahan yang sangat signifikan yaitu peningkatan tindakan responden dari kategori kurang menjadi baik pada sebagian besar responden. Diikuti dengan perubahan hampir setengah responden yang mengalami perubahan kategori dari cukup menjadi baik.

Fenomena ini menunjukkan sebelum diberikan intervensi, responden melakukan tindakan kebiasaan pola makan dan aktivitas yang kurang baik dan hal tersebut sangat rentan menimbulkan resiko obesitas yang tinggi. Perubahan tindakan terjadi setelah responden diberikan intervensi yang sebelumnya kurang dan cukup menjadi baik. Hal tersebut menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan melalui media komik efektif dapat menyampaikan informasi kepada responden sehingga dapat menimbulkan perubahan tindakan pada responden.

Tingkatan praktik terdapat empat macam (Azwar, 2009) yaitu (1) Persepsi (*perception*) yaitu mengenal dan memilih sebagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil, (2) Respon terpimpin (*guided respon*) yaitu dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh, (3) Mekanisme (*mechanism*) yaitu apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, (4) Adaptasi (*adaptation*) yaitu suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Menurut teori Hosland (1953) proses perubahan perilaku dalam hal ini tindakan sama dengan proses belajar. Stimulus (rangsangan) yang diberikan pada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus tidak diterima atau ditolak berarti stimulus tidak efektif mempengaruhi perhatian organisme. Tetapi bila stimulus diterima oleh organisme berarti ada perhatian dari organisme dan stimulus tersebut efektif. Apabila stimulus telah mendapat perhatian dari organisme dan diterima, maka ia akan terjadi proses mengerti stimulus tersebut dan dilanjutkan pada proses berikutnya. Setelah organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah

diterimanya (bersikap). Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari organisme.

Menurut Lawrence Green (1991), pengetahuan, sikap dan tindakan saling mempengaruhi satu sama lain, sehingga ketika pengetahuan dan sikap mengalami peningkatan maka tindakan juga ikut meningkat. Secara umum setelah diberikan pendidikan kesehatan melalui media komik sebagian besar responden mengalami peningkatan pengetahuan dan sebagian besar responden mengalami peningkatan sikap. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa dengan meningkatnya pengetahuan dan sikap pada responden maka nilai tindakan responden juga meningkat.

Pendidikan kesehatan melalui media komik dalam pencegahan obesitas memungkinkan responden untuk mempraktekkan secara langsung pendidikan kesehatan pencegahan obesitas yang telah didapatkan. Observasi tindakan anak usia sekolah dalam pencegahan obesitas dengan harapan pendidikan kesehatan tentang pencegahan obesitas tersebut dapat meningkatkan perilaku hidup sehat pada anak usia sekolah.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmojo, 2007). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih optimal daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebagian besar responden mempunyai pengetahuan yang baik setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media komik. Pengetahuan responden yang baik kemudian berdampak pada tindakan yang dilakukan oleh responden. Pendidikan kesehatan dengan menggabungkan media komik dalam

pencegahan obesitas sehingga dapat mencegah berbagai penyakit yang berkaitan dengan dampak obesitas.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini mengemukakan tentang kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan melalui media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V Surabaya.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan pada bab sebelumnya maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut

1. Pendidikan kesehatan pencegahan obesitas melalui media komik meningkatkan terhadap pengetahuan siswa kelas 4 SD di SDN Kedungdoro V Surabaya.
2. Pendidikan kesehatan pencegahan obesitas melalui media komik meningkatkan terhadap sikap siswa kelas 4 SD di SDN Kedungdoro V Surabaya.
3. Pendidikan kesehatan pencegahan obesitas melalui media komik meningkatkan terhadap tindakan siswa kelas 4 SD di SDN Kedungdoro V Surabaya.

6.2 Saran

1. Bagi responden (siswa)
 - 1) Memanfaatkan sumber informasi terkait obesitas seperti orang tua, guru, petugas kesehatan, pendidikan kesehatan maupun buku.
 - 2) Meningkatkan pola hidup sehat semi terhindar dari penyakit tidak menular yang disebabkan karena obesitas.

- 3) Menjadi role model bagi teman-teman yang lain untuk ikut serta menjaga kesehatan diri untuk mendukung pencegahan obesitas di sekolah.

2. Bagi sekolah

- 1) Memasukkan pendidikan kesehatan khususnya obesitas dalam kurikulum pembelajaran. Guru atau petugas kesehatan sebagai fasilitator dapat menerapkan media komik yang sudah tidak asing dalam media pembelajaran di kelas.
- 2) Mengadakan kerjasama dengan puskesmas untuk menyelenggarakan seminar kesehatan tentang jajanan sehat dan aktivitas yang dapat mencegah obesitas di sekolah secara rutin dan berkala.
- 3) Mengaktifkan UKS (Unit Kesehatan Sekolah) dan melatih siswa sebagai dokter kecil yang mampu menjadi kader kesehatan dan nantinya mampu menjadi fasilitator pendidikan kesehatan pencegahan obesitas.

3. Bagi petugas kesehatan

Mengadakan kunjungan secara berkala ke anak usia sekolah khususnya yang beresiko tinggi obesitas seperti sekolah untuk memberikan penyuluhan. Pihak Puskesmas dapat membangun hubungan kerja sama yang lebih intensif dengan pihak sekolah khususnya upaya preventif obesitas pada anak usia sekolah.

4. Peneliti selanjutnya

- 1) Memperhatikan efektivitas waktu dan intensitas pelaksanaan pendidikan kesehatan agar memperoleh *output* perilaku yang diinginkan.
- 2) Membagi peserta menjadi kelompok-kelompok kecil serta ada pendamping kelompok agar lebih efektif dan siswa menjadi lebih fokus mengikuti pendidikan kesehatan pencegahan obesitas melalui media komik.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Adiwinanto, *et al.*, 2004. Pengaruh Intervensi Olahraga di Sekolah Terhadap Indeks Massa Tubuh dan Tingkat Kesegaran Kardiorespirasi Pada Remaja Obesitas. Tesis Universitas Diponegoro: Semarang.
- Amin, T.T., Al-Sultan Al., & Ali A. 2008. *Overweight and obesity and their relation to dietary habits and socio-demographic characteristic among male primary school children in Al-Hassa, Kingdom of Saudi Arabia.* European Journal of Nutrition, 47, (6), 310-318.
- Anam, *et al.*, 2010. Pengaruh Intervensi Diet dan Olah Raga Terhadap Indeks Massa Tubuh, Lemak Tubuh, dan Kesegaran Jasmani pada Anak Obes. *Journal of Sari Pediatri* 2010;12 (1): 36-41.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek.* Edisi Revisi VI. Rineka Cipta: Jakarta.
- Arsyad, A 2009, *Media Pembelajaran.* Raja Grafindo Persada, Jakarta
- _____ 2011, *Media Pembelajaran,* Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Arsyad, Azhar. 2007. *Media Pembelajaran.* Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Azwar, S., 2007. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya Edisi 2.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. (2008), *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Nasional 2007*, [http://www.docstoc.com/docs/19707850/Laporan-Hasil-Riset-Kesehatan-Dasar-\(RISKESDAS\)-Nasional-2007](http://www.docstoc.com/docs/19707850/Laporan-Hasil-Riset-Kesehatan-Dasar-(RISKESDAS)-Nasional-2007). Diakses tanggal 7 Maret 2014 Jam 10.23 WIB
- Budiyanti. 2011. Analisis Faktor Penyebab Obesitas pada Anak Usia Sekolah di SD Islam Al-Azhar 14 Kota Semarang. *Jurnal Fakultas Ilmu Keperawatan: Depok.*
- BPOM. 2009. *Sistem Keamanan Pangan Terpadu Jajanan Anak Sekolah.* <http://bpom.go.id>. Diakses tanggal 6 April 2010
- Cepeda, N.J, *et al.* 2006. *Distributed practice in verbal recall tasks: A review and quantitative synthesis.* Psychological Bulletin, 132, 354-380.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Growth charts for the United States: methods and development.* Washington: Department of Health and Human Services, 2000.

- CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*). 2008. *Kurva Body mass Index*. www.geasy.files.wordpress.com. Diakses pada tanggal 17 April 2013 pukul 20.00 wib.
- Depkes (Departemen Kesehatan) RI., 2000. *Pedoman Umum Gizi Seimbang (panduan untuk petugas)*. Departemen Kesehatan: Jakarta.
- Dietz, W.H. 1993. *Childhood Obesity*. Dalam *Text of Pediatric Nutrition*, 2nd edition, Suskind., R.M., L.L (Eds). New York: Raven Press.
- Effendi YH. 2009. *Manajemen PHBS Menuju Kabupaten/Kota Sehat (diktat)*. Departemen Gizi Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia, Institut Pertanian Bogor.
- Efendi, F & Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Faizah, Z., 2004. *Faktor Risiko Obesitas Pada Murid Sekolah Dasar Usia 6-7 Tahun Di Semarang*. Tesis. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Galcheva *et al.*, 2008. *Television Food Advertising Directed Towards Bulgarian Children*. *Archives Of Disease In Childhood*, 93, 857-861.
- Gortmaker, S.L., Must, A., Sobol, A.M., & Peterson, K. 1996. *Television viewing as a causes of increasing obesity among children in United States, 1986-1990*. *Journal of Arch Pediatric Adolescent and young adulthood*. *Journal of Medical North England*, 329, 1008-1012
- Hidayati, NS., Irawan, R, dan Hidayat, B., 2006. *Obesitas pada Anak*. <http://www.pediatrik.com/> diakses tanggal 7 April 2014
- Herijulianti, E. 2002. *Pendidikan Kesehatan Gigi*. EGC: Jakarta
- Hockenberry, J.M. & Wilson, D. 2007. *Nursing care of infants and children*. (8th Edition) St. Louis: Mosby Elsevier.
- Widiastiti, I. 2012. *Pengaruh Terapi Bermain: Gobak Sodor terhadap Perubahan Antropometri pada Anak Usia Sekolah yang Mengalami Obesitas di SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya (Skripsi)*. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Jahari, A. 2004. *Penilaian Status Gizi Berdasarkan Antropometri*. Bogor: Puslitbang Gizi dan Makanan.
- Jansen, *et al.* 2004. *Associations between overweight and obesity with bullying behaviours in school age children*. *Pediatrics*, 113, (5), 1187-1194.
- John W. Santrock. 2007. *Perkembangan Anak*. Jakarta: Erlangga

- Khasanah. 2011. Kebiasaan Konsumsi Fast Food Masyarakat Kota. Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Kliegman R.M., Jenson H.B., Marcdante, K.J., & Behrman, R.E. 2006. *Essentials of pediatrics*. (5th Edition) Philadelphia: Elsevier Saunder.
- Kopelman, G.D. 2000. *Obesity as s Medical problem*. International Journal of Obesity, 404, 635-643.
- Kral, J.G. 2001. *Morbidity of severe obesity*. Journal of Surgical Clinical North American, 81, 1039-1041.
- Latief, D. 1999. Berbagai masalah gizi sebagai dampak krisis ekonomi di Indonesia. Disampaikan pada Kongres Nasional Ilmu Kesehatan Anak XI, Jakarta 5 Juli 1999
- Lavie, C.J *et al.*, 2009. *Obesity And Cardiovascular Disease: Risk Factor, Paradox, And Impact Of Weight Loss*. J.Am.Coll. Cardiol;53;1925-1932. doi:10.1016/j.jacc.2008.12.068.
- Lichtenstein, A.H., Kennedy, Eileen, & Barrier P. 1998. *Dietary fat consumtions and Health*. Nutrition Review, 56, 23-28
- Maddah, M., & Nikooyeh, B. 2009. *Factors associated with overweight in children in Rasth, Iran: gender, maternal education, skipping breakfast and parental obesity*. Journal of Public Health Nutrition, 13 (2), 196-200.
- Maulana, 2007, *Promosi Kesehatan*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- _____ 2009, *Promosi Kesehatan*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- McKenzie, James F, Neiger, Smeltzer. 2006. *Planning, Implementing, and Evaluating Health Promotion Programs: A Primer*, 4 th Ed, Benjamin Cummings Publishing, USA
- Meilany., 2011. Profil Klinis dan laboratoris obesitas Pada Murid Sekolah Dasar. Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia-RSCM.
- Mejia, A.M.A., Longarcre. M.R., &Gibson J.J. 2007. *Children with a TV in their bedroom at higher risk for being overweight*. International Journal of Obesity, 31, 644-651.
- Miller, J., Rossenbloom, A., & Silverstein, J. 2004. *Childhood obesity*. Journal Clinical Endocrinology Metabolism, 89 (9), 4211-4218.

- Moller, R., Tafeit T.E., Sudi T.K., & Reibnegger, G. 2000. *Quantifying the 'appleness' or 'peariness' of the human body by the subcutaneous adipose tissue distribution*. *Ann Hum Biol.* 27 (1): 47-55.
- Moran, R. 1999. *Evaluation and treatment of childhood obesity*. *American Family Physician.* 59: 859-873.
- Mubarak, 2006, *Ilmu keperawatan komunitas*, Erlangga, Jakarta
- Nasar, S.S. 1995. *Obesitas pada anak. Aspek Klinis dan Pencegahan*. Dalam Samsudin, Nasar S.S, Syarif, D.R. Naskah lengkap PKB-IKA XXXV. Masalah gizi ganda dan tumbuh kembang anak. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Newnham, J.P. 2002. *Nutrition and early origins of adult disease*. *Asia Pasific Journal Clinical Nutrition*, 11, 537-542.
- Notoadmojo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. PT. Rineka Cipta: Jakarta.
- _____. 2005. *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.
- _____. 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman skripsi, tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.
- _____. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 3. Salemba Medika: Jakarta
- Nursalam & Effendi, 2008, *Pendidikan Dalam Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta
- Pardee *et al.*, 2007. *Television Viewing And Hypertension In Obese Children*. *American Journal of Preventive Medicine*, 33: 439-443.
- Pi-Sunver, F.X. 1994. *Obesity*. Dalam *Modern Nutrition in Health and Disease*. Eight Edition, Shils, M.E., Olson, J.A., Shikew, M. (Eds). Tokyo: Lea & Febiger.
- Potter, PA & Perry, AG. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. EGC: Jakarta
- Purtiantini. 2010. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Mengenai Pemilihan Makanan Jajanan dengan Perilaku Anak Memilih Makanan di SDIT Muhammadiyah Al-Kautsar, Gumpang Kartasura (Skripsi)*. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta

- Rimm, A.A., Hartz A.J., & Fischer M.E. 1998. *A weight shape index for assesing risk of disease*. Journal of Clinical Epidemiolog, 41, (5), 458-465
- Rudolph, A.M. 2006. Buku Ajar Pediatri. Alih bahasa Wahab, S., Trastotenojo, M., Pendit, B.U., dkk. Jakarta: EGC
- Robinson, T.N. 2001. *Television viewing and childhood obesity*. Journal of Pediatric Clinical Nort American, 48, 1017-1025
- Rogers, E, M. 2003. *Diffusion of Innovations: Fifth Edition*. New York: Free Press
- Sanjaya, W. 2008. Strategi Pembelajaran Berorientasi Standar Proses Pendidikan. Prenada Media Group: Jakarta
- Sartika, R.A.D. 2011. Faktor Risiko Obesitas Pada Anak 5-15 Tahun Di Indonesia. Jurnal Makara Kesehatan. Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Depok: Indonesia.16424 vol 15 (1): 37-43.
- Siswanto, H 2010. Pendidikan Kesehatan Anak Usia Dini. Pustaka Rihama: Yogyakarta
- Suci, Euinike Sri Tyas. 2009. Gambaran Perilaku Jajan Murid Sekolah Dasar di Jakarta. Jakarta: Psikobuana. Vol. 1. No. 1.29-38.
- Sudjana, Nana dan Ahmad Rivai. 2002. Media Pengajaran. Bandung: Sinar Baru Algasindo.
- Sukanto. 2000. Organisasi Perusahaan, Teori Struktur dan Perilaku. Badan Penerbitan Fakultas Ekonomi Universitas Gajah Mada. Yogyakarta. Edisi 2
- Suliha, U., *et al.* 2002. Pendidikan kesehatan dalam keperawatan. Jakarta: EGC.
- Syarif, D.R. 2002. Obesitas pada anak dan permasalahannya. Dalam Trihono P.P., Purnamawati, S., Syarif, D.R., dkk. Hot Topics in Pediatrics II. PKB IKA XLV FK Universitas Indonesia. RS. DR Cipto Mangunkusumo: Jakarta.
- Taitz, L.S. 1991. *Obesity*. Dalam Textbook of pediatric nutrition. Perbandingan berat badan (dalam kilogram) dengan kuadrat tinggi badan (dalam meter). Third Edition, McLaren, D.S., Burnman, D., Belton, N.R., Williams, A.F. (Eds). London: Churchill Livingstone.

- Utami, S.W. 2009. Hubungan Aktivitas Fisik dan Faktor-Faktor Lain dengan Kejadian Obesitas pada Siswa-Siswi SD Islam Annajah Tahun 2009 (Skripsi). Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Utter, J., Scragg & Schaaf, D. 2005. *Association between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents*. Journal of Public Nutrition, 9, (5), 606-612.
- Vanittalia, T.B., 1998. *Predicting obesity in children*. Nutrition Review, 56, 154-155
- Wasis. 2008. Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat. EGC: Jakarta
- Weaver, K.A., Piatek A. 1999. *Childhood obesity*. Dalam: Samour PQ, Helm KK, Lang CE, Penyunting Handbook of pediatric nutrition. Edisi ke-2. Maryland: Aspen Publisher Inc.szx
- WHO (World Health Organisation). 2010. *Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic*. Report of WHO Consultation on Obesity: Geneva, 3-5 June.
- Wilkinson, K.M. 2008. *Increasing obesity in children and adolescent: An alarming epidemic*. Journal of American Academic Pediatric, 21 (12).
- Yap, M.A., & Tan, W.L. 1994. *Factor associated with obesity in primary-school children in Singapore*. Asia Pasific Journal Clinical Nutrition, 3, 65-68.

LAMPIRAN

Lampiran 1

**UNIVERSITAS AIRLANGGA**
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id>; e-mail: dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 08 Juli 2014

Nomor : 2093 /UN3.1.12/PPd/2014
Lampiran : 1 berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas
Pengambilan Data Penelitian**

Kepada Yth.
Kepala Sekolah SDN Kedungdoro V/310
Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi.

Nama : Ayu Dyah Lestari
NIM : 131011019
Judul Skripsi : Pengaruh Pendidikan Kesehatan melalui Media Komik terhadap Perilaku Pencegahan Obesitas Siswa Kelas 4 SDN Kedungdoro V/310 Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan

Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

Lampiran 2



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS PENDIDIKAN
SEKOLAH DASAR NEGERI KEDUNGDORO V No. 310
 Jl. SURABAYAN IV No.28. TELP (031) 5461286
SURABAYA - 60261

Nomor : 422/142/436.6.4.3.310/2014
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Penelitian Mahasiswa PSIK
 Fakultas Keperawatan Unair

Kepada :
 Yth. Wakil Dekan I Unair
 Fakultas Keperawatan
 di
SURABAYA

Dengan hormat,

Memindaklanjuti Surat Saudara Tanggal 18 Juli 2014 Nomor : 2098/UN3.1.12/PPd/2014 tentang Ijin Pengambilan Data penelitian Mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga di SDN Kedungdoro V/310 d/a Jl. Surabayan IV/28 Surabaya, maka dengan ini kami memberikan ijin kepada :

Nama : Ayu Dyah Lestari
 NIM : I31011019
 Judul Skripsi : Pengaruh Pendidikan Kesehatan melalui Media Komik terhadap Perilaku Pencegahan Obesitas Siswa Kelas 4 SDN Kedungdoro V/310 Surabaya

Untuk Pengambilan data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi di SDN Kedungdoro V/310 Surabaya.

Demikian surat balasan kami, hendaknya dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 19 Juli 2014

Kepala SDN Kedungdoro V/310



Drs. JAINUDIN, M.Si.

Nip 19600206 198201 1 010

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Assalamualaikum Wr. Wb.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ayu Dyah Lestari

NIM : 131011019

Adalah mahasiswa Program Studi S1 Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Melalui Media Komik Terhadap Perilaku Pencegahan Obesitas Siswa Kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya”**.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan dengan media komik terhadap perilaku pencegahan obesitas pada anak usia sekolah. Manfaat yang didapat dari responden dari penelitian ini adalah dapat mengubah pengetahuan dan sikap anak sekolah dalam hal mencegah obesitas dengan benar.

Untuk kepentingan tersebut, maka saya mohon partisipasi saudara/saudari dalam penelitian ini secara sukarela dan apa adanya. Semua jawaban dan data saudara/saudari akan saya gunakan sesuai kepentingan dan akan dijaga kerahasiannya.

Demikian permintaan ini dibuat, atas bantuan dan kerjasama saudara/saudari, saya sampaikan terima kasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Surabaya, Juli 2014

Hormat saya,

(Ayu Dyah Lestari)

Lampiran 4

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai wakil dari responden yaitu siswa SD dalam penelitian yang dilakukan oleh **Ayu Dyah Lestari**, mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Melalui Media Komik Terhadap Perilaku Pencegahan Obesitas Siswa Kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya”**

Dengan menandatangani lembar persetujuan ini menunjukkan bahwa saya telah diberikan informasi tentang penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sadar dan tanpa adanya keterpaksaan.

Surabaya, 2014

Wali Kelas

(.....)

Lampiran 5

KUESIONER PENELITIAN
“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA KOMIK
TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN OBESITAS SISWA
KELAS 4 SDN KEDUNGORO V NO. 310 SURABAYA”

Kode Responden (diisi peneliti) :

A. Data Siswa

- Jenis Kelamin : Perempuan/ Laki-laki
- Tempat/ Tanggal Lahir :
- Umur :
- Kelas :
- Alamat :
- No. Tlp :

B. Data Orang Tua (Ayah)

- Alamat :
- No. Tlp :
- Pekerjaan :
 1. PNS (Pegawai Negeri Sipil)
 2. Pegawai Swasta
 3. Wiraswasta

Pilihlah jawaban yang paling benar**I. Aspek Pengetahuan**

Berilah tanda silang (X) pada huruf a, b, c, atau d di depan jawaban yang paling benar!

1. Apakah pengertian obesitas menurut adik?
 - a. Peningkatan berat badan yang berlebihan
 - b. Peningkatan berat badan sesuai umur
 - c. Peningkatan berat badan yang menunjukkan sehat dan gizi tinggi
2. Apakah pendapat adik mengenai anak obesitas?
 - a. Anak obesitas yang mengalami obesitas waktu kecil menggemaskan, lucu dan tidak berbahaya
 - b. Anak yang mengalami obesitas berisiko mengalami obesitas dimasa dewasa
 - c. Anak yang mengalami obesitas waktu kecil akan berubah dengan sendirinya pada masa dewasa kelak
3. Apakah tanda-tanda anak obesitas menurut adik?
 - a. Pipi tembem, badan gemuk, wajah membulat, perut membuncit, bau badan
 - b. Badan kurus dan tidak sehat
 - c. Badan gemuk dan sehat
4. Apakah penyebab obesitas yang adik ketahui? (boleh jawab lebih dari satu)
 - a. Keturunan
 - b. Pola makan
 - c. Pola aktivitas
 - d. Iklan di TV
 - e. Status ekonomi keluarga
 - f. Lingkungan sekolah dan bermain
5. Apakah kebiasaan menonton TV dan bermain komputer berpengaruh terhadap obesitas?
 - a. Tidak berpengaruh
 - b. Berpengaruh
 - c. Sangat berpengaruh
6. Manakah kegiatan berikut yang bisa menyebabkan obesitas menurut adik?
 - a. Menonton TV sambil makan
 - b. Menonton TV sambil membaca buku
 - c. Makan di meja makan
7. Bagaimana pendapat adik mengenai makanan siap saji jika dikonsumsi?
 - a. Jika terlalu sering dapat menyebabkan badan menjadi gemuk dan tidak sehat
 - b. Makanan siap saji boleh terus diberikan jika nafsu makan meningkat

- c. Jika terlalu sering dapat menyebabkan badan menjadi gemuk dan sehat
8. Manakah menurut adik kegiatan yang lebih tepat untuk dilakukan?
 - a. Bermain games seharian di rumah
 - b. Bermain petak umpet bersama teman sebaya di lapangan
 - c. Menonton TV sepanjang dari asalkan tidak bermain di luar
 9. Manakah dari hal-hal berikut yang menurut adik paling tepat?
 - a. Membeli softdrink
 - b. Tidak membeli jajan setelah makan besar
 - c. Mengganti jajanan dengan sayur dan buah
 10. Apakah dampak obesitas yang adik ketahui? (boleh lebih dari satu)
 - a. Gangguan belajar dan sulit konsentrasi
 - b. Gangguan tidur
 - c. Obesitas pada masa dewasa
 - d. Sulit bergaul
 - e. Kencing manis
 11. Apa yang adik harus lakukan jika mengalami obesitas?
 - a. Tetap makan sesuai keinginan
 - b. Menurangi porsi makan
 - c. Meminta bantuan ibu atau tanya ke dokter
 12. Apa tindakan yang dilakukan adik untuk mencegah obesitas pada anak?
 - a. Mengatur aktivitas dengan tepat
 - b. Membatasi makan dengan ketat
 - c. Membatasi aktivitas dengan tidak bermain di luar rumah
 13. Apa yang adik lakukan jika adik mengalami obesitas?
 - a. Menunggu hingga dewasa baru dilakukan tindakan. Karena gemuk waktu kecil adalah sehat
 - b. Melakukan tindakan sedini mungkin dengan memperbaiki pola makan dan aktivitas
 - c. Membatasi makan dan tidak membeli jajan sama sekali
 14. Apakah tindakan yang menurut adik tepat dilakukan apabila adik mengalami obesitas?
 - a. Membiarkan saja karena sudah keturunan keluarga mengalami obesitas
 - b. Mengurangi frekuensi makan menjadi 2 kali sehari anak tetapi menambah porsi nasi setiap kali makan
 - c. Mengatur jadwal sarapan, makan siang dan makan malam dengan porsi seimbang

Lampiran 6

LEMBAR KUESIONER SIKAP

Petunjuk : Berilah tanda centang (✓) pada kolom yang ada dibawah ini sesuai pendapatmu sendiri.

Keterangan : SS : Sangat Setuju TS : Tidak Setuju
S : Setuju STS : Sangat Tidak Setuju

No.	Pernyataan Sikap	SS	S	TS	STS
1.	Pencegahan obesitas atau kegemukan sangat penting dalam mencegah terjadinya penyakit.				
2.	Saya makan cemilan sambil menonton televisi.				
3.	Saya berangkat ke sekolah jalan kaki bersama teman saya.				
4.	Saya tidak perlu olah raga.				
5.	Sebaiknya saya tidak jajan setelah makan besar				
6.	Saat istirahat sekolah, saya membeli cemilan manis di kantin sekolah.				
7.	Lebih baik menjaga pola makan sejak dini untuk menghindari kegemukan saat dewasa.				
8.	Saya makan 3 kali sehari dalam porsi yang besar.				
9.	Saya senang bersepeda bersama teman saya.				
10.	Pizza, burger dan ice cream adalah makanan yang sehat dan tidak menyebabkan obesitas (gemuk berlebihan)				
11.	Saya membawa bekal makanan yang dibuatkan ibu saat ke sekolah agar tidak membeli jajan di kantin sekolah.				
12.	Saya membeli jajan yang sesuai warnanya bungkusnya.				
13.	Jika saya gemuk, maka saya tidak bisa beraktivitas dengan bebas.				
14.	Sebelum makan saya harus jajan terlebih dahulu.				
15.	Saya harus banyak makan buah dan sayur.				
16.	Jika saya gemuk, maka saya akan terlihat sehat dan lucu.				
17.	Berenang adalah salah satu olahraga				

	yang menyehatkan.				
18.	Sebaiknya saat membeli jajanan di kantin sekolah, saya membeli minuman yang mengandung soda.				
19.	Wajah bulat, pipi tembem, perut membuncit dan berlipat-lipat merupakan tanda-tanda obesitas				
20.	Saat libur sekolah, saya menghabiskan waktu untuk bermain games di komputer daripada bermain di luar rumah.				

Lampiran 7

LEMBAR KUESIONER KEBIASAAN

Petunjuk : Berilah tanda centang (√) pada kolom yang ada dibawah ini sesuai pendapatmu sendiri.

Kebiasaan	
1. Berapa kali adik makan dalam satu hari?	a. 3 kali dalam sehari b. < 3 kali dalam sehari c. > 3 kali dalam sehari
2. Berapa lama rentang waktu adik makan dalam satu hari?	a. 8 jam sekali b. < 8 jam sekali c. > 8 jam sekali
3. Berapa kali adik olahraga dalam seminggu?	a. 3 kali b. 2 kali c. 1 kali
4. Apakah adik sering membeli jajan di kantin sekolah?	a. Tidak pernah b. Jarang c. Sering
5. Apakah adik sering menonton tv sambil mengkonsumsi jajan?	a. Tidak pernah b. Jarang c. Sering
6. Apakah sering mengkonsumsi <i>junk food</i> (burger, pizza, sosis, dll)	a. Tidak pernah b. Jarang c. Sering

Lampiran 8

**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN
OBESITAS**

Topik	: Obesitas
Sasaran	: Siswa kelas 4 SD
Jumlah	: 35 siswa
Hari/Tgl	: 14 Juli – 19 Juli 2014
Tempat	: SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya
Waktu	: 50 menit

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan selama 50 menit, peserta didik mampu mengerti dan memahami tentang obesitas, serta mengaplikasikan pencegahan obesitas pada kehidupan sehari-hari sesuai dengan yang diinformasikan.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan, peserta didik dapat:

- 1) Menjelaskan pengertian obesitas
- 2) Menjelaskan tanda dan kriteria obesitas
- 3) Menjelaskan dampak obesitas
- 4) Menjelaskan penatalaksanaan obesitas
- 5) Menjelaskan pencegahan obesitas

3. Materi

- 1) Menjelaskan pengertian obesitas

- 2) Menjelaskan tanda dan kriteria obesitas
- 3) Menjelaskan dampak obesitas
- 4) Menjelaskan penatalaksanaan obesitas
- 5) Menjelaskan pencegahan obesitas

4. Pelaksanaan

No.	Tahap dan Waktu	Kegiatan Pendidikan	Kegiatan Peserta Didik
1	Pendahuluan 10 menit	Pembukaan : 1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri 2. Mengingatn kontrak pembelajaran 3. Menyampaikan tujuan dan maksud dari pendidikan kesehatan 4. Menyebutkan materi pendidikan kesehatan yang akan diberikan	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan kontrak pembelajaran 3. Mendengarkan tujuan dari pendidikan kesehatan 4. Mendengarkan materi pendidikan kesehatan yang akan diberikan
2	Kegiatan inti 30 menit	Pelaksanaan inti: 1. Membagikan komik kepada masing-masing peserta 2. Menginstruksikan peserta untuk membaca komik secara bersamaan 3. Memberikan waktu peserta untuk membaca komik 4. Memberikan kuis berupa pertanyaan mengenai topik serta mengisi kuisisioner <i>post-test</i>	1. Menerima komik yang diberi oleh pemateri 2. Mendengarkan instruksi dari pemateri 3. Membaca materi melalui media komik 4. Menjawab pertanyaan yang diajukan pemateri, mengisi kuisisioner
3	Penutup 10 menit	Evaluasi: 1. Menanyakan materi pembelajaran kepada peserta didik 2. Mengucapkan terimakasih	1. Menjawab secara lisan 2. Memperhatikan

		3. Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan salam	3. Menjawab salam
--	--	--	-------------------

4. Metode

Ceramah

5. Media

Komik

6. Evaluasi

1. Kriteria struktur

- 1) Peserta hadir di tempat yang telah ditentukan
- 2) Pengorganisasian penyelenggaraan pendidikan kesehatan dilakukan sebelum dan saat pendidikan kesehatan dilaksanakan.

2. Kriteria proses

- 1) Peserta didik antusias terhadap materi pendidikan kesehatan
- 2) Peserta didik mendengarkan dan memperhatikan pendidikan kesehatan

3. Kriteria hasil

- i. Peserta didik mengetahui pengertian obesitas yang benar
- ii. Peserta didik mengetahui tanda dan kriteria obesitas
- iii. Peserta didik mengetahui dampak obesitas
- iv. Peserta didik mengetahui penatalaksanaan obesitas
- v. Peserta didik mengetahui pencegahan obesitas yang tepat

Lampiran 9

MATERI UNTUK KOMIK**1. Pengertian obesitas**

Obesitas diartikan sebagai kelebihan berat badan atau kegemukan.

2. Tanda Obesitas

Tanda – tanda fisik anak yang obesitas (kegemukan) adalah wajah membulat, pipi yang tembem, perut membuncit dan berlipat-lipat, timbul bau badan.

3. Jenis Obesitas

- 1) *Apple shape body (android)* artinya gemuk dibagian atas tubuh (dada dan pinggang)
- 2) *Pear shape body (gynoid)* artinya gemuk dibagian bawah tubuh (pinggul dan paha)

4. Etiologi Obesitas**7. Faktor Genetik**

Disebabkan karena salah satu atau kedua orang tua mengalami obesitas (kegemukan).

8. Pola makan

Mengonsumsi makanan camilan yang banyak mengandung gula sambil menonton televisi atau bermain.

9. Kurangnya aktivitas fisik

Anak lebih banyak bermain di dalam rumah dibandingkan di luar rumah, misalnya dengan bermain game komputer atau internet, menonton televisi yang banyak menyajikan acara maupun film anak-anak disamping iklan makanan yang mempengaruhi peningkatan konsumsi makanan camilan yang manis-manis.

10. Sosial ekonomi

Sering makan di luar rumah , misalnya mengonsumsi makanan *fast food* atau *junk food* (contohnya *fried chicken*, *pizza*, mie instan, ice cream, dll)

11. Faktor lingkungan

Lingkungan rumah yang cenderung dekat dengan pusat perbelanjaan, misalnya toko jajanan, dll.

5. Dampak Obesitas

Jika obesitas tidak ditangani dan dicegah sejak dini, maka akan memberikan dampak sebagai berikut: terbatasnya aktivitas fisik karena badan terlalu gemuk, percaya diri yang berkurang, mudah lelah, konsentrasi dalam belajar berkurang, pertumbuhan dan perkembangan badan terganggu.

6. Penatalaksanaan Obesitas

Dengan cara pengaturan pola makan sehari-hari, mengurangi mengkonsumsi jajanan yang mengandung gula, banyak mengkonsumsi buah dan sayuran, serta lebih banyak olah raga.

7. Pencegahan obesitas

- 1) Meningkatkan aktivitas fisik dengan ikut kegiatan olahraga di sekolah
- 2) Meningkatkan aktivitas harian seperti berjalan kaki dan aktivitas bermain di luar rumah.
- 3) Mengurangi waktu untuk menonton televisi, bermain *games* komputer atau internet.
- 4) Makan makanan yang sehat yaitu dengan cara membatasi makanan yang tinggi kalori seperti karbohidrat (nasi, roti, kentang, dll) dan lemak (goreng-gorengan, dll).
- 5) Memperbanyak makanan yang tinggi serat seperti buah dan sayuran.
- 6) Membatasi makan makanan cepat saji dan minuman *softdrink* dan minuman yang mengandung soda.

Lampiran 10

CONTOH KOMIK TENTANG PENCEGAHAN OBESITAS









DENGAN MEMILIH MAKAN YANG SEHAT DAN OLAH RAGA YANG TERATUR, KITA DAPAT MENJAGA TUBUH AGAR TIDAK GEMUK YANG BERLEBIHAN

Lampiran 11

TABULASI DATA PENGETAHUAN RESPONDEN SEBELUM MENDAPATKAN PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA KOMIK TENTANG PENCEGAHAN OBESITAS

No	KR	No. Soal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Σ	Kategori	Kode	Persentase
		Nilai maks	1	1	1	6	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	23			
1	A1	Pre	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	6	K	1	26%
2	A2	Pre	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	7	K	1	30%
3	A3	Pre	0	1	1	2	0	0	0	0	1	2	1	0	1	0	9	C	2	39%
4	A4	Pre	0	0	0	3	1	1	0	0	1	2	0	0	1	1	10	C	2	43%
5	A5	Pre	0	0	1	2	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	10	C	2	43%
6	A6	Pre	0	0	1	2	1	1	0	0	1	2	0	0	0	1	9	C	2	39%
7	A7	Pre	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	6	K	1	26%
8	A8	Pre	0	1	0	2	0	0	0	0	1	2	1	0	1	0	8	K	1	35%
9	A9	Pre	1	0	1	1	0	1	1	1	0	2	1	1	1	0	11	C	2	48%
10	A10	Pre	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	8	K	1	35%
11	A11	Pre	1	0	1	2	0	1	0	0	1	2	1	0	0	0	9	C	2	39%
12	A12	Pre	0	1	0	2	0	0	0	1	1	2	1	0	1	1	10	C	2	43%
13	A13	Pre	0	1	0	1	0	1	1	1	0	2	1	0	1	1	10	C	2	43%
14	A14	Pre	0	0	1	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11	C	2	48%
15	A15	Pre	0	0	0	3	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0	8	K	1	35%
16	A16	Pre	1	0	1	2	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	11	C	2	48%
17	A17	Pre	1	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	0	1	13	B	3	57%
18	A18	Pre	1	0	0	2	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	10	C	2	43%
19	A19	Pre	1	0	0	2	0	0	1	0	1	2	1	1	1	1	11	C	2	48%
20	A20	Pre	0	1	1	1	1	1	1	0	1	2	0	1	1	0	11	C	2	48%
21	A21	Pre	0	1	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11	C	2	48%
22	A22	Pre	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	9	C	2	39%
23	A23	Pre	1	0	0	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	11	C	2	48%
24	A24	Pre	1	0	0	2	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	10	C	2	43%
25	A25	Pre	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	11	C	2	48%
26	A26	Pre	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	11	C	2	48%
27	A27	Pre	0	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	12	B	3	52%

28	A28	Pre	0	1	0	2	0	1	1	1	0	2	1	1	1	1	12	B	3	52%
29	A29	Pre	1	0	1	2	0	1	1	1	1	2	0	0	1	1	12	B	3	52%
30	A30	Pre	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	11	C	2	48%
31	A31	Pre	1	0	1	1	1	0	1	1	1	2	0	1	1	1	12	B	3	52%
32	A32	Pre	0	1	0	3	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	10	C	2	43%
33	A33	Pre	0	1	0	2	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	9	C	2	39%
34	A34	Pre	1	0	1	3	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	10	C	2	43%
35	A35	Pre	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	11	C	2	48%
Σ			14	17	17	60	10	21	20	15	23	50	25	21	31	26	350			

Keterangan:SK (Sangat Kurang) = $\leq 6 = 0 - 29\%$ K (Kurang) = $7-8 = 30 - 38\%$ C (Cukup) = $9-11 = 39 - 51$ B (Baik) = $12-13 = 52 - 60\%$ Sangat Baik (SB) = $\geq 14 = 61 - 100\%$

SK = 2

K = 3

C = 25

B = 5

SB = 0

Lampiran 12

TABULASI DATA PENGETAHUAN RESPONDEN SESUDAH MENDAPATKAN PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA KOMIK TENTANG PENCEGAHAN OBESITAS

No	KR	No. Soal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Σ	Kategori	Kode	Prosentase
		Nilai maks	1	1	1	6	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1			
1	A1	Post	1	1	1	2	0	1	1	1	1	3	1	1	1	1	16	B	3	70%
2	A2	Post	1	1	1	1	1	0	0	1	0	2	1	0	1	0	10	C	2	43%
3	A3	Post	1	1	1	2	0	1	1	0	1	2	0	1	0	1	12	B	3	52%
4	A4	Post	0	0	1	3	1	1	1	0	1	2	0	1	0	1	12	B	3	52%
5	A5	Post	0	0	1	2	0	1	0	0	1	2	1	1	1	1	11	C	2	43%
6	A6	Post	0	0	1	3	1	1	0	0	1	2	0	1	0	1	11	C	2	48%
7	A7	Post	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	8	K	1	35%
8	A8	Post	1	1	1	2	0	1	1	0	1	2	0	1	0	1	12	B	3	52%
9	A9	Post	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	11	C	2	48%
10	A10	Post	1	0	1	1	0	1	1	1	0	2	1	1	1	1	12	B	3	52%
11	A11	Post	1	0	1	3	0	1	1	1	1	3	1	1	0	0	14	B	3	61%
12	A12	Post	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	10	C	2	43%
13	A13	Post	1	0	1	2	0	1	0	0	1	2	1	0	0	1	10	C	2	43%
14	A14	Post	1	0	1	1	0	1	1	1	0	2	1	1	1	1	12	B	3	52%
15	A15	Post	0	0	0	3	1	1	0	0	0	3	1	1	0	0	10	C	2	43%
16	A16	Post	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	B	3	61%
17	A17	Post	1	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	14	B	3	61%
18	A18	Post	1	0	1	2	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	10	C	2	43%
19	A19	Post	1	0	1	2	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	11	C	2	48%
20	A20	Post	1	1	1	2	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	15	B	3	65%
21	A21	Post	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	B	3	65%
22	A22	Post	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	15	B	3	65%
23	A23	Post	1	1	1	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	B	3	61%
24	A24	Post	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	17	B	3	74%
25	A25	Post	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	B	3	57%
26	A26	Post	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	B	3	61%
27	A27	Post	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	B	3	61%

28	A28	Post	1	1	1	2	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	15	B	3	65%
29	A29	Post	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	16	B	3	70%
30	A30	Post	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	B	3	57%
31	A31	Post	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	15	B	3	65%
32	A32	Post	1	1	1	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	B	3	65%
33	A33	Post	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	16	B	3	70%
34	A34	Post	1	1	1	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	B	3	65%
35	A35	Post	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	15	B	3	65%
Σ			28	24	33	63	18	32	29	22	30	60	29	32	28	29	457			

Keterangan:SK (Sangat Kurang) = $\leq 6 = 0 - 29\%$ K (Kurang) = $7-8 = 30 - 38\%$ C (Cukup) = $9-11 = 39 - 51\%$ B (Baik) = $12-13 = 52 - 60\%$ Sangat Baik (SB) = $\geq 14 = 61 - 100\%$

SK = 0

K = 1

C = 9

B = 7

SB = 18

Lampiran 13

**TABULASI DATA SIKAP RESPONDEN SEBELUM MENDAPATKAN PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA
KOMIK TENTANG PENCEGAHAN OBESITAS**

No	KR	No. Soal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Σ	Kategori	Nilai T	Kode	Prosentase
		Nilai maks	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4					
1	A1	Pre	4	2	4	2	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	4	4	2	4	2	60	B	132	3	
2	A2	Pre	2	2	1	2	2	1	4	2	4	4	4	1	2	1	3	2	4	2	3	1	47	K	-78	1	75%
3	A3	Pre	4	3	4	1	4	3	4	3	4	1	4	2	2	2	4	1	4	1	3	3	57	B	226,2	3	58,75%
4	A4	Pre	4	1	3	1	4	3	4	1	4	1	4	1	1	1	4	1	4	1	4	1	48	K	-852	1	71,25%
5	A5	Pre	3	2	4	1	4	3	4	2	4	1	4	2	3	1	4	3	1	1	4	1	52	C	3	2	60%
6	A6	Pre	4	1	3	1	4	3	4	1	2	1	4	1	3	2	4	3	4	2	4	3	54	C	35,4	2	65%
7	A7	Pre	4	3	4	1	3	3	3	2	4	4	4	1	3	2	4	4	4	1	3	2	59	B	116,4	3	67,50%
8	A8	Pre	3	2	1	1	3	1	2	1	4	3	4	2	4	1	4	2	4	1	4	1	48	K	-852	1	73,75%
9	A9	Pre	2	4	4	1	1	4	4	2	4	1	4	1	1	1	4	4	4	1	2	1	50	C	-29,4	2	60%
10	A10	Pre	2	2	4	1	3	3	4	2	3	3	4	2	4	2	4	2	4	2	3	2	56	B	67,8	3	62,50%
11	A11	Pre	2	3	4	2	3	2	3	1	3	4	4	2	2	2	4	4	4	1	4	2	56	B	67,8	3	70%
12	A12	Pre	3	4	4	2	2	2	1	4	4	1	4	1	2	1	4	2	3	1	2	1	48	K	-852	1	70%
13	A13	Pre	1	2	4	1	3	2	4	1	3	1	4	2	2	2	4	2	4	1	3	2	48	K	-852	1	60%
14	A14	Pre	2	2	4	2	3	4	3	2	3	4	4	2	2	2	3	4	3	2	2	3	56	B	67,8	3	60%
15	A15	Pre	4	3	4	2	2	3	1	2	3	3	4	1	4	2	4	4	4	2	1	4	57	B	226,7	3	70%
16	A16	Pre	2	2	3	2	4	2	4	1	3	1	4	2	2	1	4	1	3	4	1	1	47	K	-78	1	71,25%
17	A17	Pre	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	50	C	-29,4	2	58,75%
18	A18	Pre	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	4	2	2	0	3	3	3	2	2	3	50	C	-29,4	2	62,50%
19	A19	Pre	2	2	4	1	3	2	4	2	3	3	4	2	1	2	4	3	4	1	2	3	52	C	3	2	62,50%
20	A20	Pre	2	2	4	1	4	3	4	3	3	1	4	1	2	2	4	2	4	1	2	3	52	C	3	2	65%
21	A21	Pre	2	2	4	1	4	3	3	2	3	1	4	1	2	1	4	2	4	1	1	3	48	K	-852	1	65%
22	A22	Pre	2	2	4	1	4	3	4	1	3	1	4	2	3	1	4	2	3	1	2	3	50	C	-29,4	2	60%
23	A23	Pre	1	3	3	1	4	3	3	2	3	1	3	2	2	1	4	1	3	2	2	4	48	K	-852	1	62,50%
24	A24	Pre	1	4	4	1	3	3	4	2	3	1	3	3	2	2	4	1	3	2	3	2	51	C	-13,2	2	60%
25	A25	Pre	4	2	3	2	4	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	1	2	2	53	C	19,2	2	63,75%
26	A26	Pre	3	2	3	1	4	3	4	1	3	1	3	2	3	2	3	4	3	2	2	3	52	C	3	2	66,25%
27	A27	Pre	2	4	3	1	3	2	4	3	3	1	4	2	2	1	3	2	4	1	3	3	51	C	-13,2	2	65%

28	A28	Pre	4	2	4	2	3	1	4	2	3	2	3	1	2	2	4	3	4	2	1	4	53	C	19,2	2	63,75%
29	A29	Pre	3	2	3	1	4	2	3	3	3	1	4	1	1	1	4	2	3	1	1	3	46	K	-94,2	1	66,25%
30	A30	Pre	3	2	4	2	2	3	3	1	4	2	3	2	4	2	4	1	4	2	4	4	56	B	67,8	3	57,50%
31	A31	Pre	3	3	4	1	4	2	3	2	3	1	3	3	3	1	4	1	3	2	4	3	53	C	19,2	2	70%
32	A32	Pre	2	3	4	2	3	3	4	2	4	2	3	2	2	1	4	2	4	2	2	3	54	C	35,4	2	66,25%
33	A33	Pre	2	3	4	2	3	2	3	2	4	1	4	1	2	2	3	1	3	1	2	3	48	K	-852	1	67,50%
34	A34	Pre	2	4	4	1	3	3	3	2	4	1	3	3	2	2	3	2	3	1	3	4	53	C	19,2	2	60%
35	A35	Pre	2	3	4	2	3	3	3	2	3	1	4	2	3	1	4	2	3	1	2	3	51	C	-13,2	2	66,25%
Σ			92	86	125	49	112	89	119	68	118	61	131	60	86	52	132	81	123	52	91	87	1814		-5239,3		

Keterangan:SK (Sangat Kurang) = ≤ 43

K (Kurang) = 44-49

C (Cukup) = 50-54

B (Baik) = 55 - 60

Sangat Baik (SB) = ≥ 61

SK = 0

K = 9

C = 17

B = 8

SB = 0

sikap - = 17

sikap + = 18

Lampiran 14

**TABULASI DATA SIKAP RESPONDEN SESUDAH MENDAPATKAN PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA
KOMIK TENTANG PENCEGAHAN OBESITAS**

KR	No. Soal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Σ	Kategori	Nilai T	Kode	Prosentase
	Nilai maks	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	80				
A1	Post	4	2	4	2	4	2	4	2	4	4	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	60	B	132	3	
A2	Post	4	3	2	1	2	3	4	3	4	4	3	2	1	2	4	3	4	2	4	1	56	B	67,8	3	75%
A3	Post	2	2	4	2	3	1	3	4	3	2	4	1	2	1	3	4	4	1	4	2	52	C	3	2	70%
A4	Post	4	1	0	3	4	3	4	1	4	1	4	1	1	1	4	1	4	1	4	1	47	K	-78	1	65%
A5	Post	4	2	4	1	3	4	3	1	4	1	4	2	3	1	4	3	2	1	4	1	52	C	3	2	58,75%
A6	Post	4	1	4	3	4	1	4	1	2	1	4	1	3	2	4	1	4	1	4	3	52	C	3	2	65%
A7	Post	4	3	4	1	3	2	4	2	4	3	3	1	3	2	4	3	4	1	3	1	55	B	51	3	65%
A8	Post	4	3	4	1	4	2	4	1	4	4	4	1	2	2	4	2	4	1	4	3	58	B	100,2	3	70%
A9	Post	4	1	4	1	4	4	4	1	4	1	4	4	4	1	4	1	4	1	1	4	56	B	67,8	3	72,50%
A10	Post	3	2	4	1	3	4	1	4	3	1	3	4	2	2	3	2	4	1	3	1	51	C	-13,2	2	70%
A11	Post	3	4	4	1	3	4	3	2	4	4	4	2	3	1	3	4	3	1	4	3	60	B	132	3	63,75%
A12	Post	3	1	3	1	4	3	3	3	3	2	4	2	3	2	3	2	3	2	3	2	52	C	3	2	75%
A13	Post	3	4	4	1	4	3	3	1	4	3	4	3	0	4	2	3	2	1	2	1	52	C	3	2	65%
A14	Post	3	2	4	1	3	4	3	1	4	2	3	2	1	2	4	2	3	2	1	3	50	C	-29,4	2	65%
A15	Post	4	1	4	2	3	2	4	1	3	2	4	1	3	1	4	3	4	2	1	4	53	C	19,2	2	62,50%
A16	Post	2	2	3	2	4	2	4	2	4	1	4	2	2	1	4	2	4	1	3	1	50	C	-29,4	2	66,25%
A17	Post	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	50	C	-29,4	2	62,50%
A18	Post	4	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	4	3	3	2	3	3	54	C	35,4	2	62,50%
A19	Post	4	2	4	1	3	2	3	2	4	3	4	2	3	2	4	3	4	1	1	3	55	B	51	3	67,50%
A20	Post	4	2	4	2	4	3	4	3	2	1	4	2	2	2	4	2	4	2	2	3	56	B	67,8	3	69%
A21	Post	4	2	4	1	4	3	4	2	4	2	4	2	2	2	4	2	4	2	2	3	57	B	226,2	3	70%
A22	Post	4	2	4	2	4	3	4	2	3	2	4	2	4	1	4	1	4	1	4	3	58	B	100,2	3	71,25%
A23	Post	3	2	4	1	4	3	3	2	3	2	4	2	3	1	4	1	3	2	4	4	55	B	51	3	72,50%
A24	Post	4	2	4	1	4	3	4	2	4	1	4	3	4	2	4	1	4	2	4	2	59	B	116,4	3	68,75%
A25	Post	4	2	3	2	4	3	4	3	4	2	4	2	4	2	4	4	3	1	4	2	61	B	150	3	73,75%
A26	Post	3	2	4	1	4	3	4	1	4	1	3	2	4	2	3	4	3	2	4	3	57	B	226,2	3	76,25%

A27	Post	4	2	3	1	3	2	4	3	3	1	4	2	4	1	4	2	4	1	3	3	54	C	35,4	1	71,25%
A28	Post	4	2	4	2	4	1	4	2	4	2	3	1	2	2	4	3	4	2	4	4	58	B	100,2	3	67,50%
A29	Post	4	2	3	1	4	2	3	2	3	1	4	1	3	1	4	2	3	1	3	3	50	C	-29,4	1	72,50%
A30	Post	3	2	4	2	3	3	3	1	4	2	3	2	4	2	4	1	4	2	4	2	55	B	51	3	62,50%
A31	Post	4	3	4	1	4	2	3	2	3	1	3	3	3	1	4	1	3	2	4	1	52	C	3	2	68,75%
A32	Post	4	1	4	2	3	2	4	2	4	2	3	2	4	1	4	2	4	2	3	2	55	B	51	3	65%
A33	Post	4	2	4	2	4	2	3	2	4	1	4	1	3	2	3	1	3	1	3	1	50	C	-29,4	2	70%
A34	Post	4	3	4	1	3	2	4	2	4	1	3	2	3	2	3	2	4	1	4	2	54	C	35,4	2	62,50%
A35	Post	4	2	4	2	3	1	4	2	3	1	4	2	4	1	4	2	3	1	3	1	51	C	-13,2	2	67,50%
Σ		128	72	128	52	124	87	124	69	125	65	127	67	99	57	131	76	125	50	112	79	1897				

Keterangan:

SK (Sangat Kurang) = ≤ 43

K (Kurang) = 44-49

C (Cukup) = 50-54

B (Baik) = 55 - 60

Sangat Baik (SB) = ≥ 61

SK = 0

K = 1

C = 17

B = 5

SB = 12

sikap - = 17

sikap + = 18

Lampiran 15

TABULASI DATA TINDAKAN RESPONDEN SEBELUM MENDAPATKAN PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA KOMIK TENTANG PENCEGAHAN OBESITAS

No	KR	No. Tindakan	1	2	3	4	5	6	Σ	Kategori	Kode	PROSENTASE
		Nilai maks	3	3	3	3	3	3	24			
1	A1	Pre	1	2	1	2	1	2	9	C	2	37,5%
2	A2	Pre	2	1	1	1	2	1	8	K	1	33,33%
3	A3	Pre	1	3	2	1	2	1	10	C	2	41,67%
4	A4	Pre	1	2	2	2	2	2	11	C	2	45,83%
5	A5	Pre	2	1	1	2	2	1	9	C	2	37,50%
6	A6	Pre	3	1	2	1	1	2	10	C	2	41,67%
7	A7	Pre	1	1	1	2	1	1	7	K	1	29,17%
8	A8	Pre	2	2	2	2	1	2	11	C	2	45,83%
9	A9	Pre	2	2	1	1	2	1	9	C	2	37,50%
10	A10	Pre	1	3	2	1	1	1	9	C	2	37,50%
11	A11	Pre	1	2	2	1	3	1	10	C	2	41,67%
12	A12	Pre	2	1	1	1	3	1	9	C	2	37,50%
13	A13	Pre	3	2	1	1	2	2	11	C	2	45,83%
14	A14	Pre	2	2	1	1	2	2	10	C	2	41,67%
15	A15	Pre	1	2	2	1	3	2	11	C	2	45,83%
16	A16	Pre	1	1	1	1	2	2	8	K	1	33,33%
17	A17	Pre	3	1	2	1	1	1	9	C	2	37,50%
18	A18	Pre	2	1	1	1	2	2	9	C	2	37,50%
19	A19	Pre	1	2	1	2	1	1	8	K	1	33,33%
20	A20	Pre	1	1	1	1	1	2	7	K	1	29,17%
21	A21	Pre	2	1	2	1	2	2	10	C	2	41,67%
22	A22	Pre	2	1	1	1	2	1	8	K	1	33,33%
23	A23	Pre	1	2	2	2	1	2	10	C	2	41,67%
24	A24	Pre	3	1	2	1	1	2	10	C	2	41,67%
25	A25	Pre	3	1	1	2	1	1	9	C	2	37,50%
26	A26	Pre	3	2	2	1	1	2	11	C	2	45,83%

27	A27	Pre	1	1	3	1	2	2	10	C	2	41,67%
28	A28	Pre	1	2	3	2	1	2	11	C	2	45,83%
29	A29	Pre	1	2	1	2	3	1	10	C	2	41,67%
30	A30	Pre	2	1	1	1	3	2	10	C	2	41,67
31	A31	Pre	2	2	2	1	2	1	10	C	2	41,67%
32	A32	Pre	1	1	2	2	1	1	8	K	1	33,33%
33	A33	Pre	2	2	3	1	1	1	10	C	2	41,67%
34	A34	Pre	1	1	2	2	2	1	9	C	2	37,50%
35	A35	Pre	2	2	2	1	1	1	9	C	2	37,50%
Σ			60	55	57	47	59	52	330			

Keterangan:

K (Kurang) = 6-8 0-36% K = 7
 C (Cukup) = 9-10 37-44% C = 28
 B (Baik) = ≥ 11 45-100% B = 0

Lampiran 16

TABULASI DATA TINDAKAN RESPONDEN SESUDAH MENDAPATKAN PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA KOMIK TENTANG PENCEGAHAN OBESITAS

No	KR	No. Soal Tindakan	1	2	3	4	5	6	Σ	Kategori	Kode
		Nilai maks	3	3	3	3	3	3	3		
1	A1	Post	3	3	2	2	2	2	14	B	3
2	A2	Post	2	2	2	2	2	2	12	B	3
3	A3	Post	2	3	1	2	3	1	12	B	3
4	A4	Post	2	2	2	2	2	2	12	B	3
5	A5	Post	2	2	1	2	3	1	11	C	2
6	A6	Post	3	3	2	1	2	2	13	B	3
7	A7	Post	2	3	1	2	1	1	10	C	2
8	A8	Post	3	2	2	2	2	2	13	B	3
9	A9	Post	2	2	1	1	3	1	10	C	2
10	A10	Post	3	3	2	2	1	2	13	B	3
11	A11	Post	2	2	2	2	3	2	13	B	3
12	A12	Post	2	3	1	1	3	1	11	C	2
13	A13	Post	3	2	2	2	2	2	13	B	3
14	A14	Post	3	2	1	2	2	2	12	B	3
15	A15	Post	2	2	2	1	3	2	12	B	3
16	A16	Post	2	3	1	2	2	2	12	B	3
17	A17	Post	3	3	2	2	3	1	14	B	3
18	A18	Post	2	3	1	1	2	2	11	C	2
19	A19	Post	2	3	2	2	1	1	11	C	2
20	A20	Post	3	2	1	1	3	2	12	B	3
21	A21	Post	2	3	2	2	2	2	13	B	3
22	A22	Post	3	1	1	2	2	1	10	C	2
23	A23	Post	2	2	2	2	1	2	11	C	2
24	A24	Post	3	1	2	1	3	2	12	B	3
25	A25	Post	2	3	1	2	1	1	10	C	2
26	A26	Post	3	2	2	1	1	2	11	C	2

27	A27	Post	3	1	3	2	2	2	13	B	3
28	A28	Post	2	3	3	2	1	2	13	B	3
29	A29	Post	3	2	1	2	3	1	12	B	3
30	A30	Post	3	1	1	1	3	2	11	C	2
31	A31	Post	2	3	2	1	2	1	11	C	2
32	A32	Post	2	3	2	2	1	2	12	B	3
33	A33	Post	2	3	3	1	1	1	11	C	2
34	A34	Post	3	2	2	2	2	2	13	B	3
35	A35	Post	2	3	2	1	1	1	10	C	2
Σ			85	83	60	58	71	57	414		

Keterangan:

K (Kurang) = 6-8

K = 0

C (Cukup) = 9-11

C = 14

B (Baik) = 12-14

B = 21

Lampiran 17

TABULASI KATEGORI PENGETAHUAN

Responden							Status nilai <i>post-pretest</i>	Status kategori <i>pre-posttest</i>
Kode Resp.	Pre Test			Post Test				
	Σ Skor	%	Kategori	Σ Skor	%	Kategori		
	23	100		36	100			
A1	6	26%	SK	16	70%	SB	+10	↑
A2	7	30%	K	10	43%	C	+3	↑
A3	9	39%	C	12	52%	B	+3	↑
A4	10	43%	C	12	52%	B	+2	↑
A5	10	43%	C	11	43%	C	+1	↑
A6	9	39%	C	11	48%	C	+2	↑
A7	6	26%	SK	8	35%	K	+2	↑
A8	8	35%	K	12	52%	B	+4	↑
A9	11	48%	C	11	48%	C	0	=
A10	8	35%	K	12	52%	B	+4	=
A11	9	39%	C	14	61%	SB	+5	↑
A12	10	43%	C	10	43%	C	0	=
A13	10	43%	C	10	43%	C	0	=
A14	11	48%	C	12	52%	B	+1	↑
A15	8	35%	K	10	43%	C	+2	↑
A16	11	48%	C	14	61%	SB	+3	↑
A17	13	57%	B	14	61%	SB	+1	↑
A18	10	43%	C	10	43%	C	0	=
A19	11	48%	C	11	48%	C	0	=
A20	11	48%	C	15	65%	SB	+4	↑
A21	11	48%	C	15	65%	SB	+4	↑
A22	9	39%	C	15	65%	SB	+6	↑
A23	11	48%	C	14	61%	SB	+3	↑
A24	10	43%	C	17	74%	SB	+3	↑
A25	11	48%	C	13	57%	B	+2	↑
A26	11	48%	C	14	61%	SB	+3	↑
A27	12	52%	B	14	61%	SB	+2	↑
A28	12	52%	B	15	65%	SB	+3	↑
A29	12	52%	B	16	70%	SB	+4	↑
A30	11	48%	C	13	57%	B	+2	↑
A31	12	52%	B	15	65%	SB	+3	↑
A32	10	43%	C	15	65%	SB	+5	↑
A33	9	39%	C	16	70%	SB	+7	↑
A34	10	43%	C	15	65%	SB	+5	↑
A35	11	48%	C	15	65%	SB	+4	↑
Perubahan <i>pre-posttest</i>	n			%				
Peningkatan Kategori	29			82.86				
Penurunan Kategori	0			0				
Kategori Tetap	6			17.14				

Keterangan:

↑	= Peningkatan kategori
↓	= Penurunan kategori
=	= Kategori tetap
SK	= Sangat kurang
K	= Kurang
C	= Cukup
B	= Baik
SB	= Sangat baik
0 – 29%	= Pengetahuan sangat kurang,
30 – 38%	= Pengetahuan kurang,
39 – 51%	= Pengetahuan cukup
52 – 60%	= Pengetahuan baik
61 – 100%	= Pengetahuan sangat baik

Lampiran 18

TABULASI KATEGORI SIKAP

Responden							Status nilai T post-pretest	Status kategori pre-posttest
Pre Test			Post Test					
Kode Resp.	Σ Skor 80	Nilai T	Kategori Sikap	Σ Skor	Nilai T	Kategori Sikap		
A1	60	132	Positif	60	132	Positif	0	=
A2	47	78	Negatif	56	67,8	Positif	-10,2	↑
A3	57	226,2	Positif	52	3	Positif	229,2	=
A4	48	852	Negatif	47	-78	Negatif	-930	=
A5	52	3	Positif	52	3	Positif	6	=
A6	54	35,4	Positif	52	3	Positif	38,4	=
A7	59	116,4	Positif	55	51	Positif	167,4	=
A8	48	852	Negatif	58	100,2	Positif	-751,8	↑
A9	50	29,4	Negatif	56	67,8	Positif	38,4	↑
A10	56	67,8	Positif	51	13,2	Negatif	54,6	↓
A11	56	67,8	Positif	60	132	Positif	199,8	=
A12	48	852	Negatif	52	3	Positif	-849	↑
A13	48	852	Negatif	52	3	Positif	-849	↑
A14	56	67,8	Positif	50	29,4	Negatif	38,4	↓
A15	57	226,7	Positif	53	19,2	Positif	245,9	=
A16	47	78	Negatif	50	29,4	Negatif	-107,4	=
A17	50	29,4	Negatif	50	29,4	Negatif	-58,8	=
A18	50	29,4	Negatif	54	35,4	Negatif	6	=
A19	52	3	Positif	55	51	Positif	54	=
A20	52	3	Positif	56	67,8	Positif	70,8	=
A21	48	852	Negatif	57	226,2	Positif	-625,8	↑
A22	50	29,4	Negatif	58	100,2	Positif	70,8	↑
A23	48	852	Negatif	55	51	Positif	-801	↑
A24	51	13,2	Negatif	59	116,4	Positif	103,2	↑
A25	53	19,2	Positif	61	150	Positif	169,2	=
A26	52	3	Positif	57	226,2	Positif	229,2	=
A27	51	13,2	Negatif	54	35,4	Positif	22,2	↑
A28	53	19,2	Positif	58	100,2	Positif	119,4	=
A29	46	94,2	Negatif	50	29,4	Negatif	-123,6	=
A30	56	67,8	Positif	55	51	Positif	118,8	=
A31	53	19,2	Positif	52	3	Positif	22,2	=
A32	54	35,4	Positif	55	51	Positif	86,4	=
A33	48	852	Negatif	50	29,4	Negatif	-881,4	=
A34	53	19,2	Positif	54	35,4	Positif	54,6	=
A35	51	13,2	Negatif	51	13,2	Negatif	-26,4	=
Perubahan pre-posttest	N			%				
Peningkatan Kategori	10			28.57				
Penurunan Kategori	2			5.71				
Kategori Tetap	23			65.72				

Keterangan:

↑	= Peningkatan kategori
↓	= Penurunan kategori
=	= Kategori tetap
Positif	= $T \geq \text{mean } T$
Negatif	= $T < \text{mean } T$

Lampiran 19

TABULASI KATEGORI TINDAKAN

Kode Resp.	Responden						Status nilai post-pretest	Status kategori pre-posttest
	Pre Test			Post Test				
	Σ Skor	%	Kategori	Σ Skor	%	Kategori		
	24	100		36	100			
A1	9	37,5	C	14	58,33	B	+5	↑
A2	8	33,33	K	12	50	B	+4	↑
A3	10	41,67	C	12	50	B	+2	↑
A4	11	45,83	C	12	50	B	+1	↑
A5	9	37,5	C	11	45,83	C	+2	↑
A6	10	41,67	C	13	54,17	B	+3	↑
A7	7	29,17	K	10	41,67	C	+3	↑
A8	11	45,83	C	13	54,17	B	+2	↑
A9	9	37,5	C	10	41,67	C	+1	↑
A10	9	37,5	C	13	54,17	B	+4	↑
A11	10	41,67	C	13	54,17	B	+3	↑
A12	9	37,5	C	11	45,83	C	+2	↑
A13	11	45,83	C	13	54,17	B	+2	↑
A14	10	41,67	C	12	50	B	+2	↑
A15	11	45,83	C	12	50	B	+1	↑
A16	8	33,33	K	12	50	B	+4	↑
A17	9	37,5	C	14	58,33	B	+5	↑
A18	9	37,5	C	11	45,83	C	+2	↑
A19	8	33,33	K	11	45,83	C	+3	↑
A20	7	29,17	K	12	50	B	+5	↑
A21	10	41,67	C	13	54,17	B	+3	↑
A22	8	33,33	K	10	41,67	C	+2	↑
A23	10	41,67	C	11	45,83	C	+1	↑
A24	10	41,67	C	12	50	B	+2	↑
A25	9	37,5	C	10	41,67	C	+1	↑
A26	11	45,83	C	11	45,83	C	0	=
A27	10	41,67	C	13	54,17	B	+3	↑
A28	11	45,83	C	13	54,17	B	+2	↑
A29	10	41,67	C	12	50	B	+2	↑
A30	10	41,67	C	11	45,83	C	+1	↑
A31	10	41,67	C	11	45,83	C	+1	↑
A32	8	33,33	K	12	50	B	+4	↑
A33	10	41,67	C	11	45,83	C	+1	↑
A34	9	37,5	C	13	54,17	B	+4	↑
A35	9	37,5	C	10	41,67	C	+1	↑
Perubahan pre-posttest	n			%				
Peningkatan Kategori	34			97.14				
Penurunan Kategori	0			0.00				
Kategori Tetap	1			2.86				

Keterangan:

↑	= Peningkatan kategori
↓	= Penurunan kategori
=	= Kategori tetap
K	= Kurang
C	= Cukup
B	= Baik
0 – 36%	= pengetahuan kurang,
37 – 44%	= pengetahuan cukup,
45 – 100%	= pengetahuan baik

Lampiran 20

**Uji Wilcoxon *pre test* – *post test* pengetahuan siswa kelas 4 SDN
Kedungoro V No. 310 Surabaya terhadap pendidikan kesehatan
mengenai pencegahan obesitas melalui media komik**

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest - Pretest Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
Positive Ranks	29 ^b	15.00	435.00
Ties	6 ^c		
Total	35		

a. Posttest < Pretest

b. Posttest > Pretest

c. Posttest = Pretest

Test Statistics^b

	Posttest - Pretest
Z	-4.724 ^a
Asymp. Sig. (2- tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Lampiran 21

Uji Wilcoxon *pre test* – *post test* sikap siswa kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya terhadap pendidikan kesehatan mengenai pencegahan obesitas melalui media komik

Ranks			
	N	Mean Rank	Sum of Ranks
posttest - pretest Negative Ranks	9 ^a	12.11	109.00
Positive Ranks	22 ^b	17.59	387.00
Ties	4 ^c		
Total	35		

a. posttest < pretest

b. posttest > pretest

c. posttest = pretest

Test Statistics^b

	posttest - pretest
Z	-2.732 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.006

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Lampiran 22

**Uji Wilcoxon *pre test* – *post test* tindakan siswa kelas 4 SDN Kedunggoro V
No. 310 Surabaya terhadap pendidikan kesehatan mengenai pencegahan
obesitas melalui media komik**

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
posttest - pretest Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
Positive Ranks	34 ^b	17.50	595.00
Ties	1 ^c		
Total	35		

a. posttest < pretest

b. posttest > pretest

c. posttest = pretest

Test Statistics^b

	posttest - pretest
Z	-5.123 ^a
Asymp. Sig. (2- tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

dermatologi, imunologi, gangguan pertumbuhan dan gangguan psikososial (Kliegman, *et al.*, 2006; Rudolph, 2006 dalam Budiyanti, 2011). Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti kepada 15 anak yang terdiri dari 9 anak senang membaca komik dan 6 anak senang membaca buku cerita. Anak lebih senang membaca komik karena komik terdiri dari gambar yang menarik dengan sedikit tulisan. Dalam teori adopsi perilaku Roger menyatakan bahwa perubahan perilaku seseorang terdiri dari 5 tahapan, yaitu pengetahuan, bujukan, keputusan, penerapan dan penegasan. Edukasi melalui media komik dapat memberikan pengetahuan, bujukan, keputusan menerima atau menolak, menerapkan pengetahuan yang sudah diperoleh dalam kehidupan sehari-hari dalam memilih jajanan yang sehat dan aman untuk dikonsumsi (Suci L., dkk, 2009).

Prevalensi kejadian obesitas pada anak telah meningkat tidak hanya terjadi di negara-negara berkembang. Dalam penelitian Anam (2010) menentukan kriteria obesitas pada anak dengan indikator yang digunakan adalah *body mass indeks* (BMI). Timbunan lemak yang berlebihan berhubungan erat dengan tingginya BMI pada anak (Faizah, 2004). Menurut Yap MA, Tan WL dalam penelitian Kinanthi M, 2013, prevalensi obesitas pada anak usia 6-17 tahun di Amerika Serikat meningkat dari 7,6-10,8% menjadi 13-14%. Prevalensi obesitas pada anak usia 6-18 tahun di Russia adalah 10% dan di Cina adalah 3,4%, bergantung pada usia dan jenis kelamin. Prevalensi obesitas di Singapura meningkat dari 9% menjadi 19%. Berdasarkan hasil RISKESDAS 2013, masalah gemuk pada anak umur 5-12 tahun masih tinggi yaitu 18,8%, terdiri dari gemuk 10,8% dan sangat gemuk (obesitas) 8,8%. Prevalensi gemuk terendah di

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji syukur kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi dengan judul **“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN MELALUI MEDIA KOMIK TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN OBESITAS SISWA KELAS 4 SDN KEDUNGDORO V NO. 310 SURABAYA”** merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Dalam penulisan skripsi ini, penulis banyak mendapat bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankanlah penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Prof. Dr. H. Fasich, Apt. selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya.
2. Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas program pembelajaran di bangku kuliah hingga dapat menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
3. Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku dosen pembimbing I, yang telah memberikan bimbingan dan dukungan yang luar biasa untuk dapat menyelesaikan skripsi ini.
4. Hanik Endang N, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Dosen Pembimbing II, yang telah memberikan bimbingan dan dukungan yang luar biasa untuk dapat menyelesaikan skripsi ini.
5. Erna Dwi Wahyuni, S.Kep. Ns. M.Kep selaku dosen penguji I dalam sidang proposal skripsi, yang telah memberikan masukan dan dukungan yang luar biasa untuk dapat menyelesaikan skripsi ini.
6. Rizki Fitriyari, S.Kep. Ns., M.Kep selaku Dosen Penguji II dalam sidang proposal skripsi dan dosen penguji dalam sidang skripsi ini, yang telah memberikan masukan dan dukungan yang luar biasa untuk dapat menyelesaikan skripsi ini.
7. Kepala SDN Kedunggoro V No. 310 Surabaya serta wali kelas 4 SDN Kedunggoro V No. 310 Surabaya yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian skripsi ini.
8. Para siswa kelas 4 SD yang dengan sukarela menjadi responden dan terlibat dalam penelitian.
9. Civitas Akademika Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah mendukung keberlangsungan perkuliahan selama ini.
10. Ibunda Dwi Wulan Septriana tercinta serta ayahanda Mudjiharto, atas semua pengorbanan yang ayah sama ibu yang sangat besar untuk saya. Do'a dan restu kalian sangat berperan penting dalam kesuksesan menempuh pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
11. Arum Fitriyah Miranti dan Agil Tri Setya Nugraha, saudara-saudariku tercinta yang selama ini selalu memberikan do'a, support dan motivasi.

- Semoga dengan selesainya pendidikan di bangku kuliah ini, bisa memotivasi kalian untuk terus semangat belajar dan menjadi lebih baik dari kakaknya.
12. Keluarga besar Bronggalan dan Plemahan yang selalu memberikan do'a, support dan motivasi. Semua ini tidak akan terwujud tanpa do'a restu dari kalian semua.
 13. Dulur-dulur 7 ikan (festie, nyak, merry, rahma, selly, ndandu), SOSPOL, Ning Ida, Mbak Puth, Chiya, Andina, Brader Ipeh, Om Fiant, Rio, Dian Laili terima kasih atas do'a dan support kalian selama ini.
 14. Bapak Ari, Ibu Tri, Arvento Yogha Wardana, Dek Risco, Dek Mayank terima kasih buat do'a, support dan motivasi dari kalian selama ini sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
 15. Buat trio gila (neny, cicul, alfian), teman – teman seperjuangan satu dosen pembimbing (ayu permata, inayah, puji, putri, nandya, betsy, lusi, shanti, adhim), kawan KKN 49 Ngringinrejo dan kawan-kawan seperjuangan Program Studi Pendidikan Ners Angkatan 2010. Kebersamaan dan kekompakan selama ini, menjadi kenangan yang indah dan membanggakan.
 16. Buat mas-mas dan mbak-mbak serta banyak pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang selama ini terlibat secara langsung maupun tidak langsung dalam keberhasilan menempa diri di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Kami menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 11 Agustus 2014

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN
PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN
AKADEMIS**

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

Nama : Ayu Dyah Lestari
NIM : 131011019
Program Studi : Pendidikan Ners
Fakultas : Keperawatan
Jenis karya : Skripsi

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

“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Melalui Media Komik Terhadap Perilaku Pencegahan Obesitas Siswa Kelas 4 SDN Kedungdoro V No. 310 Surabaya” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alihmedia/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 11 Agustus 2014
Yang menyatakan



(Ayu Dyah Lestari)
NIM. 131011019