

TESIS

**PENDEKATAN *CALGARY FAMILY INTERVENTION MODEL*
(CFIM) TENTANG PENCEGAHAN *FOOD BORNE DISEASE* DAN *SELF
CARE AGENCY ANAK***

PENELITIAN *PRA EXPERIMENT*



**WIWIT DWI N
NIM. 131314153023**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2015**

TESIS

**PENDEKATAN CALGARY FAMILY INTERVENTION MODEL (CFIM)
TENTANG PENCEGAHAN FOOD BORNE DISEASE DAN SELF CARE
AGENCY ANAK**

PENELITIAN PRA EXPERIMENT

Untuk memperoleh Gelar Magister Keperawatan (MLKep)

Dalam Program Studi Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan UNAIR

Oleh:

**WIWIT DWI N
NIM. 131314153023**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2015**

PERNYATAAN ORISINILITAS

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

Nama : Wiwit Dwi Nurbadriyah

NIM : 131314153023

Tanda tangan:

Tanggal : Juli 2015

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS
PENDEKATAN CALGARY FAMILY INTERVENTION MODEL (CFIM)
TENTANG PENCEGAHAN FOOD BORNE DISEASE DAN SELF CARE
AGENCY ANAK

Nama: Wiwit Dwi Nurbadriyah

NIM: 131314153023

TESIS INI TELAH DISETUJUI

PADA TANGGAL: 2015

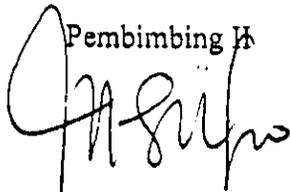
Oleh:

Pembimbing I



DR. Pudji Lestari, dr. M.Kes
NIP.19700129 199702 2 002

Pembimbing II

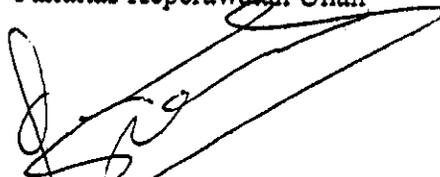


Yuni Sufvanti Arief, S.Kp. M.Kes
NIP.19780600 200112 2 001

Mengetahui

Ketua Program Studi Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan Unair



Prof. Dr. Suharto, dr. M.Sc. MPDK, DTH & H.Sp. PD-KTL, FINASIM
NIP.19470812 197412 1 001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Wiwit Dwi Nurbadriyah

NIM : 131314153023

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) tentang Pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* anak

tesis ini telah diuji dan dinilai

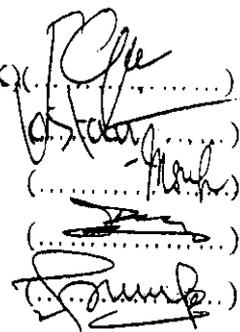
oleh panitia penguji

Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Pada tanggal 10 Juli 2015

Panitia penguji:

1. Ketua : Dr. IGM. Reza Gunadi Ranuh, dr., Sp. A (K) (.....)
2. Penguji I : Dr. Pudji Lestari., dr. M.Kes (.....)
3. Penguji II : Yuni Sufyanti Arief, S.Kp, M.Kes (.....)
4. Penguji III : Esti Yunitasari., S.Kp., M.Kes (.....)
5. Penguji IV : dr. Budiono., M.Kes (.....)



Mengetahui

Ketua Program Studi Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan Unair



Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., M.PDK, DTH&H, Sp.PD-KTI, FINASIM
NIP.19470812 197412 1 001

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang. Puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas segala Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penyusunan tesis yang berjudul pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) tentang pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* anak dapat terselesaikan. Penulisan tesis ini sebagai syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Dalam penyusunan tesis ini tidak lepas dari bimbingan dan bantuan dari semua pihak, untuk itu penulis menyampaikan banyak terima kasih kepada:

1. Ibu Dr. Pudji Lestari, dr.,M.Kes, selaku pembimbing I yang memberikan bimbingan, pengarahan, motivasi, masukan serta banyak membantu peneliti dalam penyusunan tesis ini dengan penuh kesabaran dan keikhlasan guna terselesainya tesis ini.
2. Ibu Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes, selaku pembimbing II yang memberikan bimbingan, pengarahan, motivasi, masukan serta banyak membantu peneliti dalam penyusunan tesis ini dengan penuh kesabaran dan keikhlasan guna terselesainya tesis ini.
3. Prof. Dr. Moh. Nasih, SE, MT, Ak, CMA, CA selaku rektor Universitas Airlangga yang memberikan kesempatan menjadi mahasiswa magister keperawatan.
4. Ibu Purwaningsih,S.Kp, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas dalam penyusunan tesis ini.

5. Prof.Dr.Suharto,dr.,M.Sc.,MPDK,DTH&H,Sp.PD-KTI, FINASIM, selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan yang telah memberikan fasilitas dan motivasi untuk menyelesaikan tesis ini.
6. Dr. IGM. Reza Gunadi Ranuh, dr., Sp. A (K), Esti Yunitasari., S.Kp., M.Kes, dr. Budiono, M.Kes selaku penguji yang telah memberikan masukan dan arahan.
7. Kepala Sekolah SDN Jatirejoyoso Kepanjen dan segenap staf pengajar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
8. Keluarga yang telah memberikan motivasi, semangat, bantuan moril, material serta do'a dalam penyusunan tesis ini.
9. Bapak ibu dosen pengajar dan staf di Program Studi Magister Keperawatan yang telah memberikan ilmu dan bantuan demi kelancaran penyusunan tesis.
10. Teman-teman Magister enam dan semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu dalam lembaran ini.

Peneliti menyadari dalam penyusunan tesis ini banyak terdapat kesalahan dan kekurangan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan saran dan kritik yang membangun guna sempurnanya tesis ini.

Peneliti berharap semoga tesis ini bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan peneliti pada khususnya serta pengembangan ilmu pengetahuan.

Malang, Juli 2015

Penulis

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

Sebagai civitas akademika Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Wiwit Dwi Nurbadriyah

NIM : 131314153023

Program Studi : Magister keperawatan

Fakultas : Keperawatan

Jenis karya : tesis

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: pendekatan ***Calgary Family Intervention Model (CFIM)*** tentang pencegahan ***food borne disease*** dan ***self care agency*** anak beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Malang

Pada tanggal: Juli 2015

Yang menyatakan

Wiwit Dwi Nurbadriyah

NIM 131314153023

RINGKASAN PENELITIAN

Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) tentang pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* anak

Oleh: Wiwit Dwi Nurbadriyah, S.Kep,Ns

Food borne disease (penyakit bawaan makanan) adalah penyakit melalui konsumsi makanan terkontaminasi. Contoh penyakit ini adalah diare, *typhoid* dan kecacingan. Masalah yang terjadi saat ini, *food borne disease* rentan menyerang anak sekolah karena kurang kebersihan diri dan sanitasi lingkungan. Penyebab terbanyak adalah kontaminasi makanan rumah tangga sebanyak 38,68% (InfoPOM, 2010). Data tersebut mengindikasikan *hygiene* dan sanitasi keluarga sebagai *food handler* utama (ibu) yang menyiapkan makanan anak sekolah masih perlu peningkatan. Keadaan ini didukung kurangnya kemandirian anak (*self care agency*) dalam perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di sekolah. Pencegahan dalam keluarga dan kemandirian anak sangat penting. Keluarga sangat berperan dalam menanamkan nilai perilaku anak, termasuk perilaku kesehatan. Jika *food borne disease* tidak dicegah akan berdampak negatif bagi status kesehatan anak, sering izin sakit dan berpengaruh dalam prestasi.

CFIM (*Calgary Family Intervention Model*) merupakan intervensi yang sesuai dalam upaya mengubah domain kognitif, afektif dan perilaku. CFIM dipilih dalam penelitian ini karena lebih rinci dalam melakukan pengkajian keluarga dan pendampingan melalui kunjungan rumah. Pengkajian CFAM (*Calgary Family Assessment Model*) terdiri dari struktural, perkembangan dan fungsional. Intervensi sebanyak 4 sesi, setiap sesi sekitar 50 menit dengan metode ceramah, diskusi, konseling, demonstrasi, menonton video cuci tangan.

Penelitian ini menggunakan rancangan *pre eksperiment one group pre post test design*. Sampel penelitian 35 responden yaitu orangtua beserta siswa kelas 4 (17 orang) dan 5 (18 orang) di SDN. Jatirejoyoso Kepanjen. Teknik *sampling purposive* pada responden yang memenuhi kriteria inklusi. Data yang diambil demografi, pengkajian Calgary, pengetahuan, sikap, praktik keluarga dan *self care agency* (kemandirian) anak dalam melakukan PHBS di sekolah. Analisa data menggunakan *Wilcoxon Sign Rank Test* dengan α 0.05.

Hasil uji statistic menunjukkan peningkatan pengetahuan dan sikap keluarga dengan p value=0.00, sedangkan praktik keluarga dan *self care agency* anak tidak mengalami perubahan setelah dilakukan intervensi dengan p value masing-masing $p=1$ dan 0.796. CFAM pada komponen fungsional merupakan pengkajian fungsi keluarga yang merujuk pada aktivitas kehidupan sehari-hari didapatkan sebagian besar kurang. Hal ini berperan dalam perilaku responden yang tidak mengalami perubahan setelah dilakukan CFIM. Selain itu *self care agency* (kemandirian) dalam PHBS anak, dipengaruhi oleh lingkungan sekolah seperti keterjangkauan jajanan. CFIM efektif meningkatkan pengetahuan dan sikap pada keluarga dalam melakukan pencegahan *food borne disease*, namun belum meningkatkan praktik keluarga dan *self care agency* anak.

Tenaga kesehatan diharapkan mengoptimalkan program UKS (Unit Kesehatan Sekolah) untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang PHBS kepada komunitas sekolah (murid, guru dan karyawan) dan pendampingan keluarga melalui kader. Sedangkan sekolah diharapkan menerapkan kebijakan sebagai upaya peningkatan kesehatan.

ABSTRAK**Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) tentang pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* anak****Oleh: Wiwit Dwi Nurbadriyah, S.Kep,Ns**

Food borne disease (FBD) adalah penyakit melalui konsumsi makanan terkontaminasi. Masalah yang terjadi, FBD rentan menyerang anak sekolah karena kontaminasi makanan rumah tangga. Hal ini mengindikasikan *hygiene* keluarga sebagai *food handler* utama (ibu) yang menyiapkan makanan masih perlu peningkatan. Keadaan ini didukung kemandirian anak (*self care agency*) dalam perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di sekolah. Keluarga berperan dalam menanamkan nilai perilaku kesehatan. FBD perlu dicegah untuk meningkatkan status kesehatan anak.

Rancangan penelitian *pre eksperiment one group pre post test design* dengan sampel 35 responden yaitu orangtua beserta siswa kelas 4 (17 orang) dan 5 (18 orang) di SDN. Jatirejoyoso Kapanjen melalui teknik *sampling purposive*. Data yang diambil demografi, CFAM (*Calgary Family Assessment Model*), pengetahuan, sikap, praktik keluarga dan *self care agency* anak dalam PHBS di sekolah. Analisa data *Wilcoxon Sign Rank Test* dengan α 0.05.

Hasil penelitian ada peningkatan pengetahuan dan sikap keluarga dengan p value=0.00, praktik keluarga dan *self care agency* anak tidak mengalami perubahan setelah dilakukan intervensi CFIM selama 4 sesi dengan p value masing-masing $p=1$ dan 0.796. CFAM pada komponen fungsional tentang aktivitas sehari-hari sebagian besar kurang sehingga mempengaruhi praktik yang tidak mengalami perubahan. Sedangkan *self care agency* anak dipengaruhi lingkungan sekolah seperti keterjangkauan jajanan.

Tenaga kesehatan diharapkan mengoptimalkan program UKS (Unit Kesehatan Sekolah) untuk memberikan pendidikan tentang PHBS kepada komunitas sekolah (murid, guru dan karyawan) dan pendampingan keluarga melalui kader. Sedangkan sekolah diharapkan menerapkan kebijakan sebagai upaya peningkatan kesehatan.

Kata kunci: model *Calgary*, penyakit bawaan makanan, kemandirian anak

ABSTRACT

Approach Calgary Family Intervention Model (CFIM) on the prevention of food borne disease and self-care agency child

By: Wiwit Dwi Nurbadriyah, S.Kep, Ns

Food borne disease (FBD) is a disease caused by consumption of contaminated food. The problem is, school aged children are vulnerable Food borne disease because of household food contamination. This indicates the family hygiene as a food handler mainly mother during preparing the food still need to be improved. This condition is supported by child autonomy (*self care agency*) in a clean and healthy living behaviors at school. The family plays a role in instilling the value of health behavior. FBD should be prevented to improve the health status of children.

The study design used *pre experiment one group pre and post test design* with a sample of 35 respondents namely, 4th grade students with their parents (17 people) and 5th grade students with their parents (18 people) in Jatirejoyoso Kepanjen Primary School. *Purposive sampling* technique was used. Demographic data, CFAM (*Calgary Family Assessment Model*), knowledge, attitudes, practices family and children's self-care agency in PHBS at school were used. Data analysis used *Wilcoxon Sign Rank Test* with α 0,05.

Results of the study, there was an increase in knowledge and attitudes of families with p value = 0.00, family practice and self child care agency did not change after the intervention CFIM for 4 sessions with each of the p value were 1 and 0.796. CFAM on the functional components of the daily activity was lacking mostly, thus affecting the unchanged practice. While children *self-care agency* was affected by school environment such as affordability of snacks.

Health professionals are expected to optimize School Health Unit program to provide education about clean and healthy living behaviors at the school community (students, teachers and school employees) and family assistance through a cadre. Whereas school are expected to implement policy as an effort to improve health.

Keywords: model of Calgary, food borne disease, child's self care agency

DAFTAR ISI

	Hal
SAMPUL DALAM.....	i
PERSYARATAN GELAR.....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	viii
RINGKASAN PENELITIAN.....	ix
ABSTRAK.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
DAFTAR SINGKATAN.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Identifikasi Penelitian.....	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.6 Keaslian Penelitian.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1 Konsep <i>Food borne disease</i>	12
2.1.1 Pengertian <i>Food borne disease</i>	12
2.1.2 Jenis dan penyebab <i>Food borne disease</i>	12
2.1.3 Patogenesis <i>Food borne disease</i>	15
2.1.3.1 <i>Food borne disease</i> disebabkan bakteri.....	16
2.1.3.2 <i>Food borne disease</i> disebabkan parasit.....	20
2.1.3.3 <i>Food borne disease</i> disebabkan virus.....	22
2.1.4 Anak usia sekolah sebagai kelompok rentan.....	23
2.1.4.1 Pengertian dan Karakteristik anak usia sekolah.....	23
2.1.4.2 Perkembangan anak usia sekolah.....	23
2.1.4.3 Faktor yang mempengaruhi perkembangan anak usia sekolah.....	25
2.1.4.4 Masalah anak usia sekolah.....	26
2.1.5 Pencegahan <i>food borne disease</i>	26
2.1.5.1 Aspek pencegahan <i>food borne disease</i>	40
2.2 <i>Self Care Agency</i>	41
2.2.1 Teori <i>Self Care</i>	45
2.3 Model keluarga Calgary.....	51
2.3.1 Konsep keluarga.....	51
2.3.2 Tipe keluarga.....	51
2.3.3 Fungsi keluarga.....	52
2.3.4 Tugas keluarga.....	53
2.3.5 Tugas keluarga di bidang kesehatan.....	55
2.3.6 Konsep mendasari Calgary.....	56

2.3.7 Model Pengkajian Calgary.....	60
2.3.8 Model intervensi Calgary.....	69
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	77
3.1 Kerangka Konseptual.....	77
3.2 Hipotesis	78
BAB 4 METODE PENELITIAN	80
4.1 Rancangan Penelitian.....	80
4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling.....	80
4.2.1 Populasi.....	81
4.2.2 Sampel	81
4.2.3 Besar Sampling dan teknik sampling.....	82
4.3 Identifikasi Variabel	84
4.3.1 Variabel Penelitian.....	84
4.3.2 definisi Operasional.....	85
4.4 Instrumen Penelitian	90
4.5 Lokasi dan Waktu penelitian	91
4.6 Prosedur Pengumpulan Data.....	92
4.7 Kerangka Operasional.....	95
4.8 Analisis Data.....	96
4.9 Masalah Etika	96
BAB 5 ANALISA HASIL	97
5.1 Gambaran Umum Penelitian.....	97
5.2 Karakteristik Data Umum.....	99
5.3 Karakteristik Data Khusus.....	104
BAB 6 PEMBAHASAN	109
6.1 Pengetahuan keluarga tentang pencegahan <i>food borne disease</i>	109
6.2 Sikap keluarga tentang pencegahan <i>food borne disease</i>	112
6.3 Praktek keluarga tentang pencegahan <i>food borne disease</i>	114
6.4 <i>self care agency</i> anak tentang pencegahan <i>food borne disease</i>	118
6.5 Implikasi Penelitian	122
6.6 Keterbatasan Penelitian.....	122
BAB 7 KESIMPULAN SARAN	123
DAFTAR PUSTAKA	125
LAMPIRAN	130

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Jenis <i>Food borne disease</i>	13
Gambar 2.2 Peranan makanan dalam penularan <i>fekal oral</i>	16
Gambar 2.3 Siklus hidup <i>Ascariasis</i>	22
Gambar 2.4 Langkah ke-1 cuci tangan	30
Gambar 2.5 Langkah ke-2 cuci tangan	30
Gambar 2.6 Langkah ke-3 cuci tangan	30
Gambar 2.7 Langkah ke-4 cuci tangan	31
Gambar 2.8 Langkah ke-5 cuci tangan	31
Gambar 2.9 Langkah ke-6 cuci tangan	31
Gambar 2.10 Struktur <i>Self care Agency</i>	43
Gambar 2.11 <i>Basic nursing system (Orem)</i>	50
Gambar 3.1 Kerangka konsep	77
Gambar 4.7 Kerangka kerja	95
Diagram 5.1 Data umum keluarga	99
Diagram 5.2 Data umum anak	100
Diagram 5.3 Pengkajian struktural	101
Diagram 5.4 Pengkajian perkembangan	102
Diagram 5.5 Pengkajian fungsional	103
Diagram 5.6 Pengetahuan keluarga tentang pencegahan <i>food borne disease</i> ..	105
Diagram 5.7 Sikap keluarga tentang pencegahan <i>food borne disease</i>	106
Diagram 5.8 Praktik keluarga tentang pencegahan <i>food borne disease</i>	106
Diagram 5.9 <i>Self care agency</i> tentang pencegahan <i>food borne disease</i>	107
Diagram 5.10 Hasil analisis <i>Wilcoxon</i>	108

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	8
Tabel 2.1 <i>Food borne disease</i> karena bakteri	14
Tabel 2.2 <i>Food borne disease</i> karena virus	14
Tabel 2.3 <i>Food borne disease</i> karena parasit	15
Tabel 2.4 <i>Food borne disease</i> karena jamur	15
Tabel 2.5 Kepercayaan tentang masalah kesehatan	69
Tabel 2.6 <i>Intersect</i> domain dari fungsi keluarga dan intervensi	71
Tabel 4.1 Rancangan penelitian	80
Tabel 4.2 Definisi operasional	85
Tabel 4.3 Jadwal penelitian	92

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Lembar penjelasan kepada keluarga	130
Lampiran 2 Lembar penjelasan kepada anak	132
Lampiran 3 <i>Informed consent</i>	134
Lampiran 4 Kuisisioner penelitian	135
Lampiran 5 Lembar observasi dan wawancara <i>self care agency</i>	141
Lampiran 6 Kisi – kisi CFAM (<i>Calgary Family Aessment Model</i>).....	144
Lampiran 7 Kisi – kisi kuisisioner.....	146
Lampiran 8 Kuisisioner Australian Food savety standart	148
Lampiran 9 Satuan acara kegiatan.....	151
Lampiran 10 Uji validitas reliabilitas	155
Lampiran 11 <i>Wilcoxon sign rank test</i>	157
Lampiran 12 Keterangan kelaikan etik	163
Lampiran 13 Surat keterangan penelitian	164
Lampiran 14 <i>Booklet</i>	169
Lampiran 15 Data responden.....	184
Lampiran 16 Dokumentasi penelitian.....	191

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
BAK/BAB	: Buang Air Kecil/Buang Air Besar
BHSP	: Bina Hubungan Saling Percaya
BPOM	: Badan Pengawas Obat dan Makanan
BTP	: Bahan Tambahan Pangan
CFAM	: <i>Calgary Family Assesment Model</i>
CFIM	: <i>Calgary Family Intervensi Model</i>
DEPKES	: Departemen Kesehatan
FBD	: <i>Food Borne Disease</i>
IOS	: <i>International Orem Society</i>
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih Sehat
SCDNT	: <i>Self Care Deficit Nursing Theory</i>
SDN	: Sekolah Dasar Negeri
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Food borne disease adalah penyakit bawaan makanan yang disebabkan oleh agen penyakit yang masuk ke dalam tubuh melalui konsumsi makanan yang terkontaminasi. Serangan akut paling banyak disebabkan oleh mikroba dan parasit (WHO, 2005). Penyakit diare adalah contoh penyakit paling sering ditularkan melalui makanan dan minuman. Penyakit lainnya adalah *typhoid* dan kecacingan. Masalah yang terjadi saat ini adalah *food borne disease* rentan menyerang anak sekolah. Salah satu penyebab karena kurang kebersihan diri dan sanitasi lingkungan (Barakki et al, 2005). Data BPOM RI tahun 2001-2009 menunjukkan penyebab terbanyak *food borne disease* karena kontaminasi makanan rumah tangga sebanyak 38,68% (InfoPOM, 2010). Data tersebut mengindikasikan bahwa praktek hygiene dan sanitasi oleh keluarga sebagai *food handler* utama (ibu) yang menangani dan menyiapkan makanan pada anak usia sekolah masih perlu upaya peningkatan (Widoyono, 2011; Sari, 2009).

Keadaan ini didukung oleh kurangnya kemandirian anak (*self care agency*) dalam upaya pencegahan *food borne disease*. Kebiasaan hidup bersih dan sehat (PHBS) di tatanan sekolah yang masih kurang seperti kebiasaan tidak mencuci tangan sebelum makan atau melakukan cuci tangan tapi teknik kurang benar (tidak menggunakan air mengalir, tidak menggunakan sabun). Sedangkan yang melakukan cuci tangan dengan benar hanya 47,2% (Antara, 2014; Riskesdas, 2013). Salah satu upaya pencegahan *food borne disease* adalah program informasi dan edukasi keamanan pangan kepada keluarga dan perilaku hidup

bersih dan sehat pada anak sekolah. Namun sampai saat ini pencegahan *food borne disease* dan kemandirian anak usia sekolah (*self care agency*) dalam perilaku hidup bersih dan sehat melalui pendekatan intervensi keluarga masih belum jelas.

Di Indonesia *food borne disease* terbanyak adalah diare, hingga saat ini diare masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Hasil Riskesdas (2013) menunjukkan prevalensi diare sekitar 7% dan angka kejadian di Jawa Timur lebih tinggi dari rata-rata nasional yaitu 7,4%. Kejadian diare anak usia sekolah menempati urutan terbanyak setelah bayi dan lansia yaitu sebesar 6,2%. Data Kemenkes RI (2012) menunjukkan angka kesakitan diare masih tinggi, meskipun ada penurunan yaitu 423/1.000 penduduk pada tahun 2006 menurun menjadi 411/1.000 penduduk pada tahun 2010. Angka CFR (*Case Fatality Rate*) diare selama tahun 2011-2012 meningkat, yaitu 0,40% menjadi 1,45%.

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Malang tahun 2014 kejadian diare usia 5-14 tahun sebanyak 21,8% dan yang mengalami dehidrasi sedang dan berat sekitar 14%. Hal ini menunjukkan bahwa *food borne disease* rentan terjadi pada anak usia sekolah. Jika hal ini tidak dapat dicegah, akan berdampak negatif bagi status kesehatan anak usia sekolah. Anak akan sering ijin sakit dan hal ini sangat berpengaruh dalam prestasi belajar yang dicapai (Effendy 1998 dalam Solikhah, 2012). Hasil studi pendahuluan didapatkan angka kesakitan berdasarkan absensi semester ganjil (Juli-Desember 2014) didapatkan: 0,2% pada anak kelas V. Sedangkan wawancara pada 4 keluarga didapatkan prosedur 5 kunci keamanan pangan ada 25% ibu yang tidak menjaga kebersihan (mencuci tangan sebelum memasak), 50% tidak memisahkan bahan

mentah dan matang, 25% tidak memasak dengan benar, 25% tidak menjaga suhu aman dan semua ibu menggunakan air/bahan baku aman.

Pencegahan *food borne disease* dalam keluarga dan kemandirian anak dalam perilaku hidup bersih dan sehat sangat penting. Hal ini disebabkan keluarga merupakan unit terkecil yang memberikan fondasi primer pada perkembangan anak. Peran keluarga sangat besar dalam menanamkan nilai yang dianut dan memberi pengaruh secara langsung pada perilaku anak, termasuk perilaku kesehatan (Kartono dalam Puspitasari (2006). Dukungan keluarga (dukungan informasi, penilaian dan emosional) memiliki pengaruh terhadap pencegahan penyakit pada anak sekolah (Sembiring, 2011). Indikator dalam tatanan keluarga yaitu menggunakan air bersih, mencuci tangan, menggunakan jamban serta menjaga makanan dari kontaminan melalui 5 kunci keamanan makanan atau *Ten Golden Rules for save food production* (Depkes, 2008; WHO, 2006).

Kemandirian anak (*self care agency*) yang kurang dalam perilaku hidup bersih dan sehat di sekolah karena beberapa faktor, antara lain pendekatan yang kurang sesuai (media dan penyusunan pesan) dalam memberikan informasi kesehatan serta orangtua yang mengizinkan anak untuk jajan dan tidak membawakan bekal ke sekolah. Perilaku yang dapat dilakukan anak sekolah meliputi pemeliharaan kesehatan diri dan lingkungan. Pemerintah menetapkan indikator PHBS pada anak sekolah dasar yang terkait dengan pencegahan *food borne disease* meliputi: mencuci tangan, mengkonsumsi jajanan sehat, menggunakan jamban yang bersih dan membuang sampah pada tempatnya. Hal ini sinergi dengan intervensi yang disarankan WHO, 2007 yaitu meningkatkan akses masyarakat terhadap sanitasi dasar (32%), perilaku

mencuci tangan pakai sabun (45%), perilaku pengelolaan air minum yang aman (39%). Jika ketiga intervensi digabungkan dapat menurunkan penularan penyakit sebanyak 94% (Masyuni, 2010 dalam Edo, 2014).

Upaya dalam meningkatkan perilaku kesehatan anak usia sekolah melalui *health promoting school*. Sasarannya adalah komunitas sekolah (murid, guru dan karyawan sekolah) dengan tujuan memberikan pengetahuan tentang prinsip dasar hidup sehat, menimbulkan sikap dan perilaku hidup sehat, dan membentuk kebiasaan hidup sehat. Kesehatan anak usia sekolah juga ditentukan oleh tatanan atau tempat seseorang menghabiskan waktunya, yaitu di rumah dan sekolah (Rokhimah, 2009; Notoatmojo, 2010).

Anak berada di lingkungan sekolah paling lama 8 jam/hari, selebihnya akan kembali ke rumah atau keluarga. Anak usia 10-12 tahun sudah dapat bertanggungjawab untuk memenuhi kebutuhan *personal hygien* nya tapi masih perlu peningkatan untuk melakukannya (Wong, 2009). Keterlibatan keluarga dalam proses *health promoting school* diharapkan dapat membawa perubahan perilaku positif tentang pencegahan penyakit. Namun demikian, belum banyak penelitian yang menemukan adanya keterkaitan atau hubungan antara keterlibatan keluarga dengan kemandirian anak dalam pencegahan *food borne disesase*.

Pada permasalahan anak sekolah dalam pencegahan *food borne disease* perlu dilakukan pengkajian menyeluruh pada sistem dan sub sistem yang mempengaruhi anak termasuk unit keluarga, pengkajian tidak hanya pada individu namun lebih pada interaksi dalam keluarga. *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) merupakan intervensi yang sesuai dalam upaya mengubah domain kognitif, afektif dan perilaku dari permasalahan fungsional

keluarga termasuk yang dialami salah satu anggota keluarga (individu). Perubahan pada satu individu dapat berpengaruh pada anggota yang lain. Wright & Leahey (2009) mendefinisikan bahwa intervensi keperawatan meliputi tindakan terapeutik pada konteks hubungan perawat-klien yang berdampak pada individu dan keluarga. Intervensi tersebut untuk mempengaruhi perubahan klien dan keluarga, namun keefektifan dipengaruhi oleh kesesuaian intervensi yang dilakukan dengan keyakinan dari klien/keluarga.

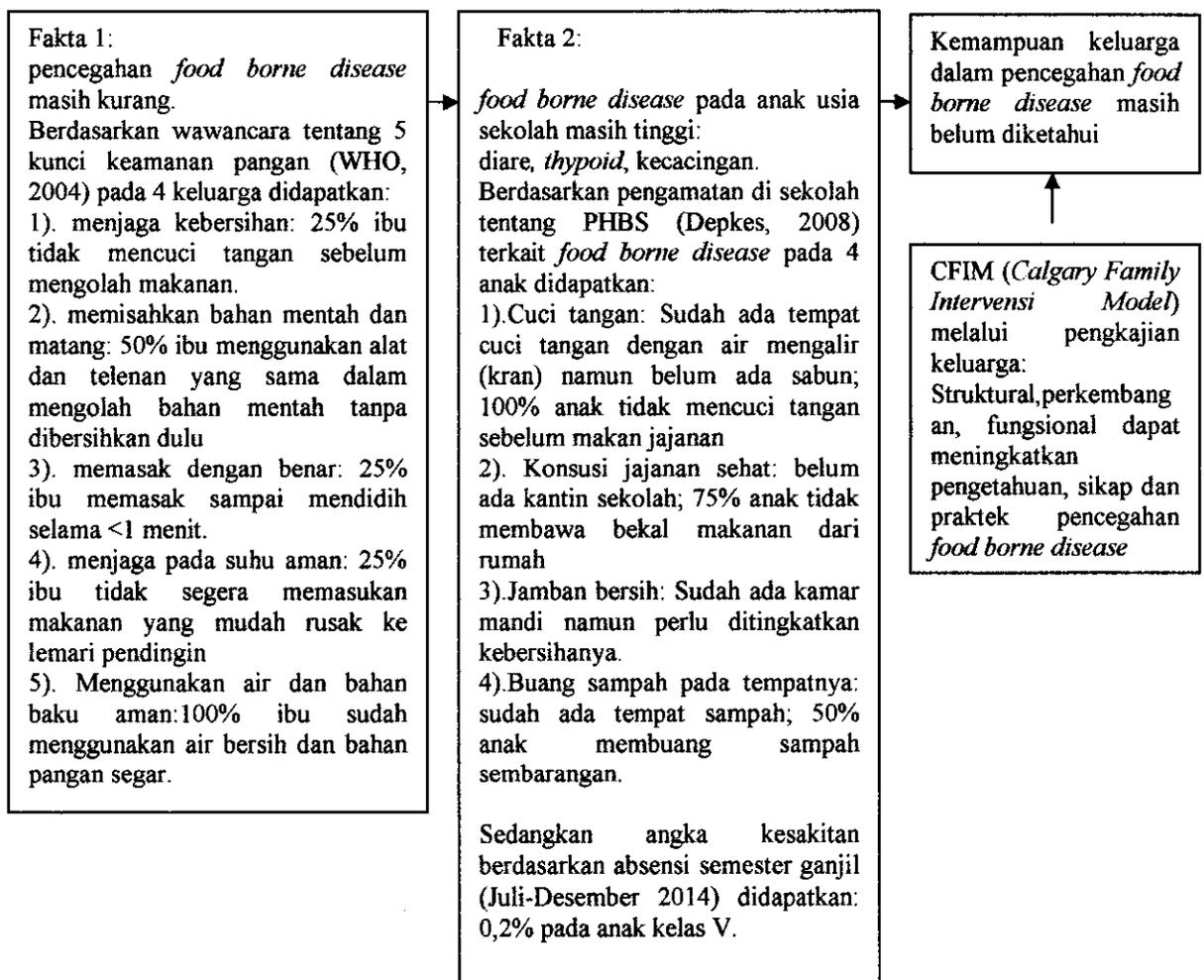
Intervensi keperawatan menggunakan pendekatan model intervensi keluarga Calgary belum pernah diterapkan dalam pencegahan *food borne disease* pada keluarga dengan anak usia sekolah di wilayah kecamatan Kepanjen Kabupaten Malang. Menurut petugas Puskesmas Kepanjen, pemeriksaan PHBS di tatanan sekolah sudah dilakukan namun tindak lanjut dan konseling terkait pencegahan *food borne disease* belum diikuti dengan kunjungan rumah. CFIM dipilih sebagai intervensi dalam penelitian ini karena lebih rinci dalam melakukan pengkajian keluarga menggunakan CFAM (*Calgary Family Assessment Model*), intervensi disesuaikan dengan hasil pengkajian tersebut dengan pendampingan kepada keluarga melalui kunjungan rumah. Setiyorini (2012) menyatakan bahwa ada pengaruh CFIM pada praktik manajemen asma dan derajat kontrol asma, namun masih perlu penelitian lebih lanjut jika CFIM diterapkan pada penyakit lain. Berdasarkan uraian diatas maka diperlukan kajian tentang pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) tentang pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* anak.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti merumuskan masalah penelitian, yaitu:

1. Apakah pendekatan CFIM dapat meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan *food borne disease* pada keluarga dengan anak usia sekolah?
2. Apakah pendekatan CFIM dapat meningkatkan sikap tentang pencegahan *food borne disease* pada keluarga dengan anak usia sekolah?
3. Apakah pendekatan CFIM dapat meningkatkan praktek tentang pencegahan *food borne disease* pada keluarga dengan anak usia sekolah?
4. Apakah pendekatan CFIM dapat meningkatkan *self care agency* anak tentang pencegahan *food borne disease*?

1.3 Identifikasi masalah



Berdasarkan fakta pencegahan *food borne disease* masih rendah pada anak usia sekolah, dibuktikan dengan masih ada penyakit bawaan makanan seperti diare, *typhoid* dan kecacingan. Penurunan status kesehatan anak sekolah akan mempengaruhi proses belajar anak. Fakta lain menunjukkan bahwa pelaksanaan pencegahan *food borne disease* masih kurang. Pembentukan perilaku pada anak dipengaruhi oleh keluarga. Namun gambaran keterlibatan dukungan keluarga dalam pencegahan *food borne disease* belum diketahui. Selain itu perlu diketahui pula ada atau tidak hubungan antar faktor keluarga dengan *self care agency* (kemandirian) anak dalam pencegahan *food borne disease*. Perawat dapat merencanakan solusi intervensi berbasis keluarga dalam upaya meningkatkan pencegahan dalam ranah kognitif, afektif dan psikomotor. Perubahan pada satu individu berpengaruh pada semua anggota keluarga. Fokus *assessment* keluarga tidak hanya pada individu saja namun pada interaksi semua individu dalam keluarga, sehingga informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan intervensi yang tepat.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik tentang pencegahan *food borne disease* pada keluarga dengan anak usia sekolah dan *self care agency* anak

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pendekatan CFIM terhadap pengetahuan tentang pencegahan *food borne disease* pada keluarga dengan anak usia sekolah

2. Mengidentifikasi pendekatan CFIM terhadap sikap tentang pencegahan *food borne disease* pada keluarga dengan anak usia sekolah
3. Mengidentifikasi pendekatan CFIM terhadap praktik tentang pencegahan *food borne disease* pada keluarga dengan anak usia sekolah
4. Menganalisis pendekatan CFIM terhadap *self care agency* anak tentang pencegahan *food borne disease*

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Memperkuat teori model keperawatan keluarga Calgary dalam memfokuskan intervensi pada keluarga dengan anak usia sekolah dalam pencegahan *food borne disease* serta sebagai sumber rujukan yang berhubungan dengan CFIM pada area keperawatan komunitas (keluarga).

1.5.2 Manfaat Praktis

- 1).Keluarga: dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik tentang pencegahan *food borne disease*.
- 2).Tenaga kesehatan: Sebagai upaya meningkatkan perilaku keluarga tentang pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* anak
- 3).Sebagai masukan bagi pihak institusi pendidikan dan pelayanan kesehatan sehingga dapat bekerjasama membangun komitmen dan kekuatan untuk mewujudkan lingkungan sehat baik di rumah atau sekolah.
- 4).Anak sekolah: Belajar tentang kemandirian (*self care agency*) dalam mencegah *food borne disease*.

1.6 Keaslian Penelitian

1.1 Tabel Keaslian Penelitian

No	Judul Karya Ilmiah Dan Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
1	Gambaran Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Tentang <i>food Borne Disease</i> Pada Anak Usia Sekolah Di SDN Babat Jerawat I Kecamatan Pakal Kota Surabaya (Sholikhah dan Sustini, 2013)	D: cross sectional study S: kelas 5, SDN Babat Jerawat I (112 siswa) V: Perilaku hidup bersih dan sehat tentang <i>food borne disease</i> I: kuesioner, checklist observasi dan pedoman wawancara A: deskriptif	Non Random	PHBS tentang <i>food borne disease</i> sebagian besar baik (51,8%), namun perlu memperhatikan faktor yang mempengaruhi antara lain ketersediaan fasilitas, keterjangkauan jajanan di luar sekolah dan contoh perilaku tidak sehat di lingkungan keluarga.
2	<i>Attitudes of women towards food safety</i> (Talas, Canan et al, 2010)	D: Praeksperimen S: 250 wanita yang menikah (ibu) V: pendidikan kesehatan tentang keamanan pangan sikap wanita yang bertugas menyiapkan makanan di rumah I: kuisisioner, wawancara A: one way anova	Non random	Ada perbedaan signifikan ($p < 0.01$) Sikap keamanan pangan wanita bervariasi sesuai pendidikan dan usia. Sikap paling tinggi pada wanita dengan gelar sarjana dan usia paling tinggi 40-49 tahun.
3	<i>Bacterial contamination of hands increases risk of cross-contamination among low-income Puerto Rican meal preparers.</i> (Dharod et al, 2009)	D: Korelasional S: 60 wanita Puerto Rico V: Kontaminasi bakteri dari tangan Resiko kontaminasi silang I: observasi A: tes bivariat dan regresi log ganda	Pra experiment	Bakteri dari tangan dapat menjadi sarana penularan pathogen selama proses penyiapan makanan
4	<i>Food safety beliefs and barriers to safe food handling among WIC (woman, infant, children) program clients, Miami, Florida</i> (Trepka, 2006)	D: deskriptif kualitatif S: 32 wanita V: keyakinan tentang keamanan pangan yang baik (hambatan dan motivasi dalam praktek keamanan pangan I: field note A: Triangulasi data	Studi fenomenologi	Partisipan tidak menganggap <i>food borne disease</i> sebagai masalah yang besar, meyakini bahwa penularan melalui penanganan makanan yang tidak sesuai standart di rumah. Motivasi terbaik untuk pencegahan

No	Judul Karya Ilmiah Dan Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
				<i>food disease</i> kesehatan mereka <i>borne disease</i> adalah bayi
5	<i>Food safety knowledge and behavior of expanded food and nutrition education program participants in Arizona</i> (Meer and Misner, 2000)	D:deskriptif analitik S:268 responden V: Pendidikan konsumen Perilaku kemandirian pangan (Pengetahuan dan praktek tentang <i>food borne disease</i>) I: kuisisioner A:cross sectional	Survey	67% responden yakin menginginkan makanan dalam suhu ruangan dulu sebelum di inginkan. 32% tidak yakin punya pendidikan keamanan makanan secara resmi. 50% mendapat info dari TV
6	<i>Identification of unique food handling practices that could represent food safety risks for minority consumers</i> (Henley et al,2012)	D:kualitatif S:3 kelompok grup diskusi (Afrika Amerika, Hispanik, asia) V:Mengeksplorasi perilaku penanganan makanan pada konsumen sesuai etnis I: <i>indepth interview</i> A:triangulasi data	etnografi	Penanganan makanan yang berpotensi tidak aman (mengelola daging unggas) Menggunakan air panas (Asia, Hispanik), menggunakan larutan asam (Amerika, Afrika) Melakukan pemasakan semalaman dan memotong kecil daging yang akan diolah
7	<i>Evaluation of Food Hygiene Knowledge Attitudes and Practices of Food Handlers in Food Businesses in Accra, Ghana</i> (Annor, George et al, 2011)	D: survey S: pengelola makanan V: Kebersihan makanan (pengetahuan, sikap, praktek) pada industry pengelola makanan kadar mikrobiologis makanan yang dijual I:kuisisioner dan hasil laboratorium A:uji <i>chi square</i>	<i>Non Random</i>	Pengetahuan dan sikap dalam pengelolaan makanan baik tapi tindakan kurang baik. Jenis kelamin, tingkat pendidikan tidak berpengaruh pada praktek kebersihan pengelolaan makanan.
8	<i>Food storage and disposal: consumer practices and knowledge</i> (Terpstra et al 2005)	D: survey S:33konsumen keluarga yang beresiko (9 keluarga dengan anak balita) (12 keluarga dengan anak usia sekolah) (12 keluarga dengan lansia)	<i>Non Random</i>	Konsumen dalam mengolah daging dan produk susu relative higienis, namun produk lain lebih beresiko dalam penyimpanan

No	Judul Karya Ilmiah Dan Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
		V: Perilaku konsumen (pengetahuan tentang penyimpanan makanan) Hasil mikrobiologi I: wawancara, observasi A: distribusi frekuensi		makanan
9	<i>Safe Food Handling: Knowledge, Perceptions, and Self-Reported Practices of Turkish Consumers</i> (Aygen, F Gul, 2012)	D: cross sectional S: 440 konsumen V: persepsi dan pengetahuan tentang praktek penanganan makanan yang aman I: kuisisioner A: statistic deskriptif (distribusi frekuensi dan tabulasi silang)	<i>Systematic random sampling</i>	Ada beda persepsi, pengetahuan dan praktek oleh responden yang pernah mengalami <i>Food borne disease</i> pada 12 bulan terakhir
10	<i>The mass media and food hygiene education</i> (Griffith et al, 1994)	D: survey cross sectional S: 84 pengelola makanan V: Penggunaan media masa dalam pendidikan kesehatan Pengetahuan dan praktek dalam pencegahan penyakit <i>Food borne disease</i> I: wawancara terstruktur A: statistic deskriptif (distribusi frekuensi)	<i>Random</i>	Pendidikan kesehatan melalui media massa memberi dampak terhadap pengetahuan dan tindakan kebersihan makanan
11	<i>Food safety in home: what does the food handler in the home know about Salmonellosis and food safety?</i> (Gauci, Charmaine et al, 2005)	D: kualitatif S: konsumen terbagi dalam 3 kelompok fokus dan kontrol V: pengetahuan konsumen local dan sikap tentang penanganan makanan yang aman di rumah I: <i>indepth interview</i> A: triangulasi data		Strategi pendidikan konsumen perlu menekankan dampak penyakit, membuat penanganan makanan yang aman bagi konsumen. Penguatan pesan berkelanjutan efektif dalam memberdayakan konsumen untuk mendorong perubahan perilaku

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

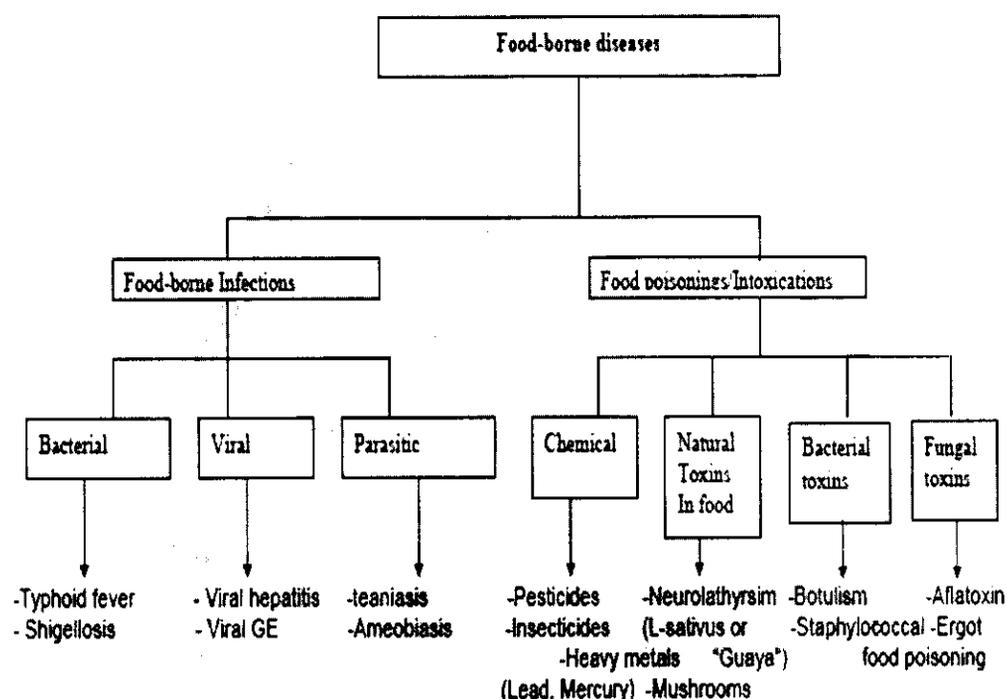
2.1 Konsep *Food Borne Disease* (Penyakit bawaan Makanan)

2.1.1 Pengertian

Food borne disease merupakan penyakit yang disebabkan oleh makanan yang terkontaminasi. Menurut Agustin (2009) kontaminasi makanan adalah terdapatnya bahan atau organisme yang berbahaya dalam makanan secara tidak sengaja. *Food borne disease* biasanya bersifat toksik maupun infeksius disebabkan oleh agen penyakit yang masuk kedalam tubuh melalui konsumsi makanan yang terkontaminasi. Istilah makanan yang digunakan disini juga mencakup air minum dan air yang dipakai untuk memasak makanan (WHO, 2005).

2.1.2 Jenis dan Penyebab *Food borne disease*

Menurut Widoyono, 2011 Penyakit diare adalah contoh penyakit paling sering ditularkan melalui makanan dan minuman. Penyakit lainnya adalah typhoid dan parasit cacing yang masuk melalui makanan yang terkontaminasi. Sedangkan menurut WHO, 2005 *Food borne disease* serangan akut paling banyak disebabkan oleh mikroba dan parasit. Di Negara berkembang yang sering terjadi antara lain: kolera, *gastroenteritis E.coli*, *salmonellosis*, *shigelosis*, demam tifoid, *amoebiasis*. *Food borne disease* dikategorikan 2. yaitu keracunan makanan dan infeksi. Infeksi disebabkan agen organisme patogen yang ikut bersama makanan dan membentuk infeksi.

2.1 Diagram jenis *Food Borne Disease*

Sumber: Barakki, Negga et al (2005)

Penyakit bawaan makanan merupakan permasalahan kesehatan yang banyak dijumpai khususnya bayi dan anak-anak yang menderita dan meninggal setiap tahunnya (WHO, 2005). Keamanan makanan khususnya kebutuhan akan pendidikan keamanan makanan bagi konsumen dan penjamah makanan kerap kali mendapat prioritas yang rendah dalam program kesehatan nasional. Salah satu faktor yang menyebabkan kecilnya perhatian terhadap permasalahan ini mungkin kurangnya kesadaran pihak pembuat kebijakan kesehatan serta petugas kesehatan tentang konsekuensi kontaminasi makanan (WHO, 2005)

Lingkungan yang tercemar dan kekurangan sarana penyiapan makanan yang aman merupakan faktor yang saling berkaitan yang dapat mempengaruhi keamanan makanan. Kekurangan air bersih, sanitasi buruk, kurangnya sarana penyimpanan makanan dingin dapat menimbulkan kondisi yang memudahkan

munculnya penyakit bawaan makanan. Faktor paling penting yang menentukan prevalensi penyakit bawaan makanan adalah kurangnya pengetahuan di pihak penjamah atau konsumen makanan dan ketidakpedulian terhadap pengelolaan makanan yang aman (WHO,2005).

Tabel 2.1 Food borne disease karena bakteri

Penyakit	Organism penyebab	Jenis makanan yang terkait
Demam <i>typhoid</i> dan <i>paratyphoid</i>	<i>Salmonella typhi</i> dan <i>paratyphi</i>	Sayur dan buah segar,salad, susu segar yang tidak terpasteurisasi dan produk susu,daging
<i>Shigellosis</i>	<i>Spesies shigella</i>	Semua makanan yang diolah oleh pekerja yang kurang bersih, sayuran segar
<i>Cholera</i>	<i>Vibrio cholera</i>	Buah dan sayur yang dicuci dengan air terkontaminasi
<i>Salmonellosis non typhoid</i>	Spesies <i>salmonella</i> seperti <i>Salmonella typhimurium</i>	Telur, daging kurang matang,produk yang tidak terpasteurisasi dengan baik, <i>seafood</i> , sosis
<i>Brucellosis</i>	Spesies <i>brucella</i> , kebanyakan <i>Brucella militensis</i>	Susu dan produk dari hewan yang terinfeksi
<i>Antraks</i>	<i>Bacillus antracis</i>	Rumput yang terkontaminasi dan daging yang kurang matang
<i>Bovine TB</i>	<i>M. Bovis</i>	Susu yang tidak terpasteurisasi atau produk yang berasal dari sapi yang terkena tuberculosis,daging
Infeksi <i>E.coli</i>	<i>E.coli</i>	Daging sapi,produk segar,produk tanah/akar (kentang,bawang),salad
<i>Listeriosis</i>	<i>Listeria monocytogeneses</i>	Susu, keju, es krim, daging merah

Sumber: Barakki, Negga et al. (2005)

Tabel 2.2 Food borne disease karena Virus

Penyakit	Organism penyebab	Jenis makanan yang terkait
<i>Gastroenteteritis</i>	Virus <i>rota</i> , virus <i>astro</i>	Makanan yang kurang kebersihannya
Hepatitis	Hepatitis virus A dan E	Ikan yang hidup di air yang terpolusi, <i>sandwich</i> , salad, <i>dessert</i>
<i>Poliomyelitis</i>	Virus polio	Beberapa makanan yang kebersihannya kurang
Demam <i>Rift valley</i>	Virus demam <i>rift valey</i>	Beberapa makanan yang terkontaminasi dengan darah atau aerosol dari hewan lokal yang terkontaminasi

Sumber: Barakki, Negga et al. (2005)

Tabel 2.3 Food borne disease karena Parasit

Penyakit	Organisme penyebab	Jenis makanan yang terkait
<i>Taeniasis</i>	<i>Spesies taenia</i>	Daging kambing/sapi, daging babi
<i>Amoebiasis</i>	<i>Entamoeba histolytica</i>	Beberapa makanan yang terkena feses
<i>Trichinosis</i>	<i>Trichnella spiralis</i>	Daging babi yang kurang matang dan produk daging babi
<i>Ascariasis</i>	<i>Ascaris lumbricoides</i>	Makanan yang terkontaminasi oleh tanah, salad, sayuran
<i>Giardiasis</i>	<i>Giardia lamblia</i>	Beberapa makanan yang terkontaminasi
<i>Toxoplasmosis</i>	<i>Toxoplasma gondii</i>	Daging yang kurang matang dan beberapa makanan yang terkontaminasi kotoran kucing
<i>Cryptosporidiosis</i>	<i>Cryptosporidium parvum</i>	Jus apel, beberapa makanan yang terkontaminasi
<i>Hydatid</i>	<i>Echinococcus granulosus</i>	beberapa makanan yang terkontaminasi
<i>Diphyllobothriasis</i>	<i>Diphyllobothrium latum</i>	Ikan yang kurang matang
<i>Trichuriasis</i>	<i>Trichuris trichuria</i>	Beberapa makanan yang terkontaminasi tanah

Sumber: Barakki, Negga et al. (2005)

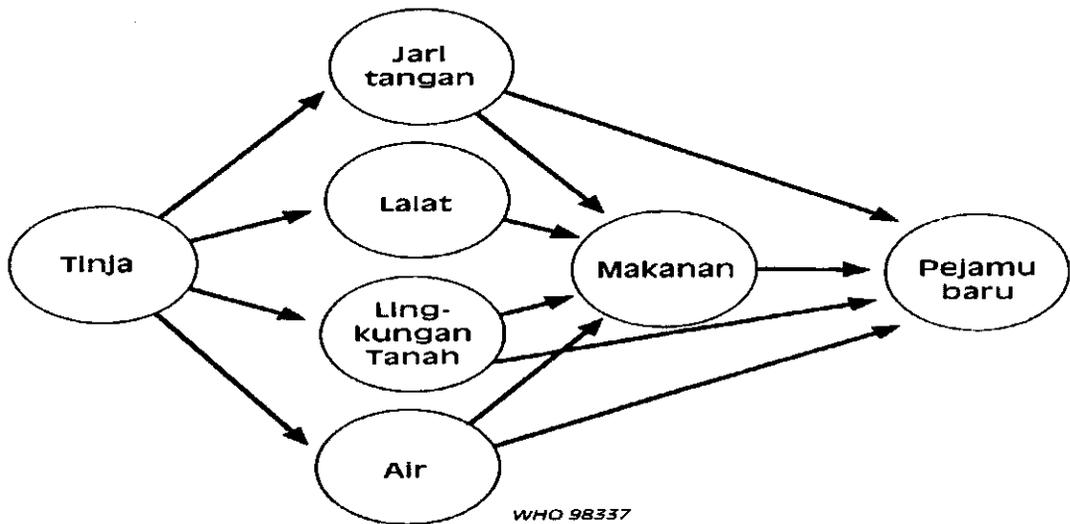
Tabel 2.4 Food borne disease karena jamur

Penyakit	Organisme penyebab	Jenis makanan yang terkait
Infeksi jamur	<i>Aspergillus</i> <i>Penicillium</i> <i>Yeast</i>	<i>Cereal, grains</i> , tepung, roti, tepung jagung, popcorn, mentega, produk apel, makanan <i>expaied</i> , keju, daging kering

Sumber: Barakki, Negga et al. (2005)

2.1.3 Patogenesis Food borne disease

Penyakit bawaan makanan (*food borne disease*) disebabkan oleh agens penyakit yang masuk ke dalam tubuh melalui konsumsi makanan yang terkontaminasi.



Sumber: WHO (2005)

Gambar 2.2 peranan makanan dalam penularan pathogen fekal oral

2.1.3.1 *Food borne disease* karena infeksi bakteri:

1. Demam tifoid

Demam tifoid adalah infeksi akut pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh *Salmonella typhi*. Demam paratipoid adalah penyakit sejenis disebabkan oleh *Salmonella paratyphi* A, B, C. gejala dan tanda kedua penyakit hampir sama tapi manifestasi klinis paratipoid lebih ringan. Kedua penyakit tersebut disebut tifoid. Terminologi lain yang sering digunakan adalah typhoid fever, paratyphoid fever, typhus dan paratyphus abdominalis atau demam enteric. Penyebab bakteri *Salmonella typhi*, jenis bakteri gram negative, tidak berkapsul, punya flagella dan mati pada suhu 57°C selama beberapa menit. Menurut nomenklatur yang baru, Salmonella terdiri dari 2 spesies yaitu *Salmonella bongori* dan *Salmonella enterica*. (Widoyono, 2011).

Menurut Arisman 2009 bahan makanan potensial sebagai sumber mikroba *Salmonella* adalah daging ternak, daging unggas mentah, susu segar dan telur. Telur bisa tercemar baik dari dalam maupun luar. Infeksi dari dalam biasanya

terjadi karena infeksi kronik saluran genital ayam, dan dari luar akibat makanan yang terkontaminasi.

Mikroorganisme dapat ditemukan pada tinja dan urin setelah 1 minggu demam (hari ke 8 demam). Jika penderita diobati dengan benar maka kuman tidak akan ditemukan pada tinja dan urin pada minggu ke-4. Jika masih terdapat kuman melalui kultur tinja maka penderita dinyatakan sebagai *carrier*. Kuman *Salmonella* bersembunyi dalam kandung empedu Saat *carrier* mengkonsumsi makanan berlemak maka cairan empedu akan dikeluarkan kedalam saluran pencernaan untuk mencerna lemak bersama kuman *Salmonella* dan akan dibuang melalui tinja menjadi sumber penularan penyakit. Jadi, prinsip penularan penyakit ini melalui fekal oral. Kuman berasal dari tinja atau urin penderita atau *carrier* (pembawa penyakit yang tidak sakit) yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui air dan makanan (Widoyono, 2011).

Sedangkan *Non typhoid Salmonellosis* penjelasannya adalah sebagai berikut:

Patogenesis: setelah proses pencernaan, *non-typhoid* organisme *Salmonella* mencapai usus dimana mereka menyebabkan kerusakan pada mukosa usus menyebabkan diare inflamasi.

Gambaran klinis: 1) kotoran tidak berdarah dengan volume moderat, mual, muntah, demam dan kram perut yang terlihat setelah masa inkubasi 6-48 jam. 2) diare atau disentri juga bisa terjadi (Barakki et al,2005).

2. *Shigellosis*

Shigella merupakan bakteri berbentuk batang, gram negative dan tidak membentuk spora. Kurang dari 10% kasus keracunan makanan disebabkan *Shigella* (*shigellosis*). Organisme ini sering ditemukan dalam air yang tercemar kotoran manusia dan mudah ditularkan melalui jalur faecal-oral. Gejala

Shigellosis antar lain sakit perut, kram, diare, demam, muntah, darah atau lendir di dalam kotoran, tenesmus (rasa sakit pada rektum saat buang air besar). Waktu timbulnya gejala - 12 sampai 50 jam setelah infeksi (FDA, 2014).

Patogenesis penyakit ini timbul apabila organisme *Shigella* yang menimbulkan penyakit melekat pada dinding usus dan masuk ke dalam sel epitel pada lapisan mukosa usus lalu berkembang biak di dalam sel, menyebar pada sel epitel di sekitarnya, mengakibatkan kerusakan jaringan. Makanan seperti salad sayur mentah, susu/produk susu, daging, air yang terkontaminasi kotoran dan penanganan makanan dengan sanitasi yang kurang seringkali merupakan sumber kontaminasi (FDA, 2014).

Pencegahan melalui pemanasan merata (di atas 70°C) karena *Shigella* peka terhadap panas. Sumber infeksi bakteri ini adalah makanan mentah atau kurang matang dan kontaminasi silang, yaitu apabila makanan yang sudah dimasak bersentuhan dengan bahan mentah atau peralatan yang terkontaminasi (misalnya alas pemotong). Karena itu, pemasakan dengan benar dan penanganan makanan secara higienis dapat mencegah infeksi *Shigella* (FDA, 2014).

3. Kolera

Menurut Barakki, et al (2005) Kolera adalah infeksi usus yang disebabkan oleh konsumsi makanan atau air yang tercemar dengan bakteri *Vibrio Cholerae*. Penyakit ini digolongkan tahap yang sangat akut pada saat timbulnya diare cair secara tiba-tiba yang dapat menyebabkan kematian karena kekurangan cairan. Penularan penyakit ini pada saat minum air atau makan makanan yang tercemar.

4. *Escherichia coli* Infection

Diare adalah defekasi encer lebih dari 3x/hari dengan atau tanpa darah dan lendir dalam feses. Secara epidemiologik biasanya diare didefinisikan sebagai

feses lunak atau cair 3x atau lebih dalam satu hari. Penyebaran kuman secara *orofekal* melalui makanan/minuman yang tercemar oleh feses dan atau kontak langsung dengan feses penderita (Sodikin, 2011). Meskipun kebanyakan kasus diare anak adalah ringan, namun pada kasus diare akut dapat menyebabkan hilangnya cairan signifikan dan menyebabkan dehidrasi. Hal ini yang menyebabkan kematian pada anak (WHO, 2009).

5. *Brusellosis*

Brusellosis ialah penyakit yang ditandai dengan demam yang naik turun. Penyakit ini ditularkan oleh bakteri *Brucella* spp.: *B. Melitensis*, *B. Abortus*, *B. Suls*, *B. canis*. Kuman ditularkan oleh manusia dari ternak yang terinfeksi (sapi, biri-biri, babi, dan kambing). Penularan melalui kuman masuk ke dalam tubuh lewat luka di kulit, menghirup debu yang sudah terkontaminasi dengan kotoran binatang atau memakan daging, meminum susu atau produk dari susu yang sudah terkontaminasi. Masa inkubasi penyakit ini biasanya sekitar dua minggu (bisa juga antara 1-7 minggu), dengan gejala demam naik turun (suhu tubuh tinggi di waktu malam), berkeringat, pusing, nyeri otot dan sendi. Gejala berangsur hilang, lalu muncul kembali setelah beberapa minggu kemudian, episode seperti terjadi sekali atau beberapa kali (Barakki, et al 2005).

6. *Anthraks*

Anthraks adalah penyakit infeksi gawat yang disebabkan bakteri *Bacillus antracis*. Anthraks bisa menyerang manusia karena terekspos oleh hewan yang terjangkiti, jaringan hewan yang tertular atau terhirup Anthraks ada 3 jenis yaitu antraks kulit, inhalasi dan *gastro intestinal*. Penyakit antraks yang berhubungan dengan makanan adalah antraks gastrointestinal yang menular melauai daging yang terkontaminasi (Khelana, 2013). Bentuk gambaran klinis antraks *gastrointestinal*

berupa demam, mual, muntah, sakit perut, diare masif atau berdarah. Sedangkan antraks orofaringeal berupa demam, sakit tenggorokan dan sulit menelan dan gangguan pernapasan (Barakki et al, 2005).

2.1.3.2 Food borne disease karena infeksi parasit

1. Amoebiasis

Amoebiasis adalah keadaan terdapatnya *Entamoeba histolytica* dengan atau tanpa manifestasi klinik. *Entamoeba histolytica* juga dapat menyebabkan *Dysentery amoeba*, banyak dijumpai pada daerah tropis dan subtropis terutama pada daerah yang sosio ekonomi lemah dan hygiene sanitasinya jelek. Pada tingkat keadaan sosio ekonomi rendah sering terjadi infeksi karena: 1). Penyediaan air bersih, sumber air sering tercemar 2). Tidak adanya jamban, memungkinkan amoeba dapat dibawa oleh lalat 3). Pembuangan sampah yang jelek merupakan tempat pengembangbiakan lalat yang berperan sebagai vektor mekanik (Rasmaliah, 2001).

2. Giardiasis

Disebabkan oleh *Giardia lamblia*. Patogenesis melalui kista yang tertelan melepaskan *trophozoites* di usus kecil dan membelah diri. Mekanisme diare giardiasis masih belum jelas. Gejala yang timbul berupa diare, nyeri perut, kembung, anoreksia, penurunan berat badan dan mual muntah (Barakki et al, 2005).

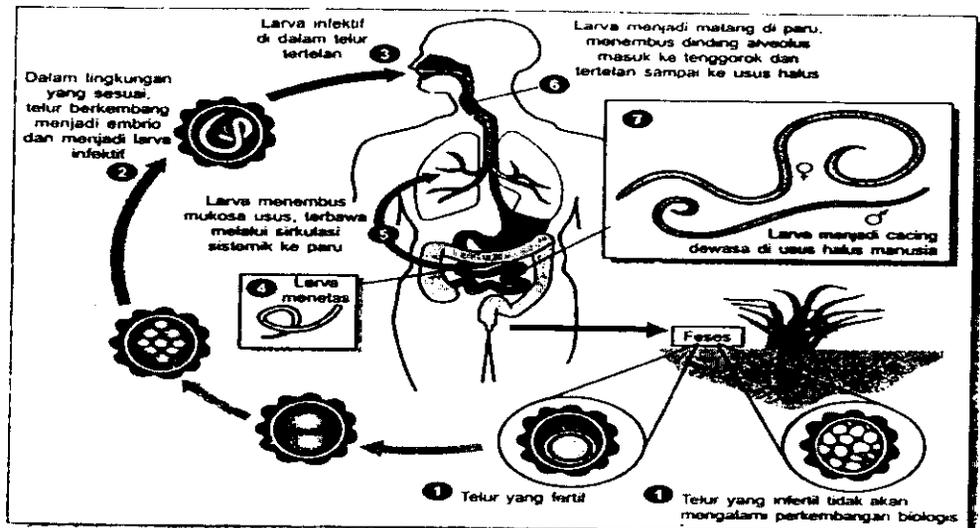
3. Taeniasis

Taeniasis disebut juga cacing pita atau cestoda. Menurut Widoyono, 2011 jenis cacing pita ada 3 yaitu: 1). Cacing pita daging. Jenis ini ada *Taenia solium* dan *Cysticercus cellulosae* (pada babi), *Taenia saginata* (pada sapi). Terdapat pada daging yang tidak dimasak atau kurang matang. Siklus hidup dari cacing

dewasa dalam usus halus manusia, cacing bertelur dan keluar melalui tinja. Jika telur termakan babi atau sapi, telur akan menetas menjadi larva dalam usus. Larva masuk ke pembuluh darah dan menuju ke otot atau daging. Jika daging termakan manusia maka larva akan menetap di usus halus. Gejala berupa gangguan saluran cerna karena massa cacing dan anemia jika sudah parah. Pencegahan dengan memotong rantai penularan, memasak daging sampai matang, sanitasi yang baik juga bisa menurunkan penyebaran telur pada tanah. 2). Cacing pita ikan. Disebabkan oleh *Diphyllobothrium latum* yang sering terdapat pada ikan mentah. Pencegahan melalui pengawasan pada pengolahan ikan. 3). Cacing pita tikus. Penyebab adalah *Hymenolepis* dan *Drepanidotaenia*. Sumber penularan adalah tikus. Cacing ini terdapat pada air dan makanan yang terkontaminasi *dwarf worm*. Pencegahan melalui *hygiene* perseorangan, pembuangan feses di jamban, penyediaan air bersih dan pengendalian tikus.

4. *Ascariasis* (cacing gelang)

Askariasis adalah penyakit cacing yang paling besar prevalensinya diantara penyakit cacing yang lain. Hal ini karena banyaknya telur dan daya tahan telur yang mengandung larva cacing pada tanah yang kondusif (Widoyono, 2011). Infeksi terjadi karena tertelanya telur cacing yang mengandung larva infeksi melalui makanan dan minuman yang tercemar. Sayuran mentah yang mengandung telur cacing bersal dari kotoran manusia merupakan salah satu media penularan. Vektor serangga seperti lalat dapat menularkan telur pada makanan yang tidak disimpan dengan baik.



Sumber: Widoyono (2011)

Gambar 2.3 Siklus hidup *Ascariasis*

Proses penularan berdasarkan siklus hidup cacing. (1) Telur dikeluarkan cacing melalui tinja (2) dalam lingkungan yang sesuai akan berkembang menjadi embrio dan larva infeksi dalam telur. (3) Jika telur tertelan manusia (4) larva menetas (5) keluar menembus dinding usus halus menuju system peredaran darah dan paru (6) tertelan ke esophagus melalui faring (7) sehingga masuk ke usus halus dan menjadi dewasa. Perjalanan hidup cacing berlangsung selama 65-70 hari (Widoyono, 2011).

2.1.3.3 *Food borne disease* karena infeksi virus

1). Viral hepatitis. Hepatitis A dan E penularanya melalui *fekal oral*. Imunitas dari berperan penting dalam penyembuhan penyakit ini. Gambaran klinis diawali masa inkubasi virus, gejala *prodormal* termasuk anoreksia, mual, muntah, mudah lelah, *mialgia*, sakit kepala, demam ringan dan selanjutnya pengembangan penyakit kuning klinis yang kadang disertai penurunan berat badan ringan, pembesaran hati dan nyeri tekan. 2). Viral gastroenteritis. *Rota virus* menyebabkan diare osmotic karena malabsorpsi.

Gambaran klinis infeksi *Rota virus* muntah tiba-tiba diikuti diare ringan sampai parah bercampur lendir dan mengalami demam (Barakki et al,2005).

2.1.4 Anak Usia Sekolah sebagai kelompok rentan

2.1.4.1 Pengertian dan Karakteristik Anak Usia Sekolah

Menurut WHO (*World Health Organization*) Anak sekolah adalah golongan anak yang berusia antara 7-15 tahun, sedangkan di Indonesia lazimnya anak yang berusia 7-12 tahun. Pada masa ini anak mengalami pertumbuhan fisik dan perkembangan psikologis, anak akan belajar untuk mengenal lingkungannya (keluarga, masyarakat, sekolah). Seiring dengan bertambahnya usia, pengetahuan anak dan ketrampilannya pun akan semakin bertambah, banyak ketrampilan mulai dikuasai dan kebiasaan tertentu mulai dikembangkan Anak suka hal yang bersifat dinamis sehingga cenderung untuk melakukan aktivitas yang akan berguna pada proses perkembangannya kelak dan sudah dapat menentukan keinginan sesuai dengan kemampuan untuk memilih (Jatmika, 2005 dalam Edo, 2014).

2.1.4.2 Perkembangan Usia Sekolah

Menurut Suprajitno (2004), perkembangan usia sekolah ada beberapa aspek diantaranya : 1). Perkembangan biologis .Pertumbuhan anak rata-rata naik 5 cm /tahun untuk tinggi badan dan berat badan meningkat 2-3 kg /tahun. Pembentukan jaringan lemak lebih cepat perkembangannya dari pada otot. 2)Perkembangan psikososial. Menurut Ericson berada dalam tahap industri inferior yaitu mampu melakukan dan menguasai ketrampilan yang bersifat teknologi dan sosial. Tahap ini dipengaruhi faktor instrinsik (motivasi, kemampuan, tanggung jawab, interaksi dengan lingkungan dan teman sebaya) dan faktor ekstrinsik (penghargaan yang didapat, stimulus dan keterlibatan orang

lain). 3).Temperamen. Pada usia ini temperamen sering muncul sehingga peran orang tua dan guru sebagai *role model* sangat besar perannya, yang perlu diperhatikan orang tua adalah menjadi figur dalam kehidupan sehari-hari.Sifat temperamen yang dialami sebelumnya merupakan faktor terpenting dalam perilaku pada masa ini. 4).Perkembangan kognitif. Anak berada dalam tahap operasional konkret yaitu mampu mengekspresikan apa yang dilakukan dengan verbal dan simbol. Selama periode ini kemampuan anak belajar konseptual mulai meningkat pesat dan memiliki kemampuan belajar dari benda, situasi/pengalaman yang dijumpai (Piaget dalam Supartini 2004).5). Perkembangan moral. Pada masa akhir kanak-kanak dikategorikan oleh Kohlberg berada dalam tahap konvensional. Anak mulai belajar tentang peraturan yang berlaku dan menerimanya.6).Perkembangan spiritual. Anak lebih menginginkan segala sesuatu yang konkret/ nyata dari pada belajar tentang agama. Ketertarikan mereka terhadap surga akan cenderung melakukan atau mematuhi peraturan, karena mereka takut apabila masuk neraka. 7). Perkembangan bahasa. Anak menggunakan pembicaraan sebagai komunikasi karena dari pembicaraan itu akan membuat hidup lebih terseleksi dan terkendali. 8).Perkembangan sosial. Anak cenderung berkelompok, ditandai dengan minat terhadap aktivitas teman-teman dan keinginan kuat untuk diterima sebagai anggota kelompok. 9).Perkembangan psikoseksual . Menurut Freud masa ini adalah masa anak untuk mengeksplorasi pengetahuan dan pengalamannya melalui aktifitas fisik dan sosialnya. Kecenderungan anak lebih menyukai teman dengan jenis kelamin yang sama dan anak mulai belajar tentang seksualnya.10). Perkembangan konsep diri. Mutu atau kualitas hubungan dengan orang tua, saudara dan keluarga sangat berpengaruh

dalam perkembangan konsep diri anak. Saat ini anak membentuk konsep diri yang ideal.

2.1.4.3 Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak

Menurut Wong dalam Supartini (2004) setiap individu akan berbeda dalam proses pertumbuhan dan perkembangannya karena adapun faktor-faktor yang mempengaruhinya yaitu: 1). Faktor Herediter. Faktor pertumbuhan yang dapat diturunkan seperti jenis kelamin dan ras. 2).Faktor Lingkungan: a).Prenatal yaitu keadaan ibu saat hamil dan akan berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin. b).Budaya. Berpengaruh dalam mempersepsikan dan memahami kesehatan serta berperilaku hidup sehat. c). Status sosial dan ekonomi keluarga. d). Nutrisi. e).Iklim atau cuaca. Iklim dapat mempengaruhi status kesehatan anak, apabila status kesehatan anak terganggu tentunya akan berdampak pada proses pertumbuhan dan perkembangannya.f). Olahraga. g).Posisi anak dalam keluarga. Posisi anak dalam keluarga akan dapat mempengaruhi perkembangan anak terutama dalam hal pola asuh dan pendidikan dari keluarga. Anak pertama akan cenderung mendapat banyak perhatian dan kasih sayang dari orang tuanya sehingga mempunyai perkembangan intelektual yang baik tetapi anak menjadi kurang mandiri karena tergantung kepada orang tuanya. Anak berikutnya akan lebih mudah untuk melakukan adaptasi dengan lingkungannya dan lebih mandiri.

3). Faktor internal: a).Kecerdasan, b).pengaruh hormon. Hormon yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak yaitu hormon somatotropik (hormon pertumbuhan), hormon tiroid (untuk menstimulasi metabolisme tubuh), dan hormon *gonadotropin* (untuk menstimulasi pertumbuhan sel interstisial dari testis untuk memproduksi *testosterone*, dan dari ovum untuk memproduksi estrogen). c). Pengaruh emosi. Tingkat pematangan kepribadian anak dipengaruhi

lingkungan keluarga sehingga orangtua harus lebih berhati-hati dalam memberikan contoh perilaku emosionalnya.

2.1.4.4 Masalah Anak Usia Sekolah

Masalah yang sering terjadi pada anak usia sekolah antara lain penyakit fisik. Penyakit infeksi pada usia ini jarang sekali terjadi yang sering ditemui adalah penyakit yang berhubungan dengan kebersihan diri anak. Salah satunya adalah penyakit bawaan makanan. Faktor yang dapat memperburuk kondisi tersebut pada anak usia sekolah adalah: a) sering salah memilih makanan karena sudah bisa memilih dan menentukan makanan apa yang disukai dan tidak. b). Anak senang jajan karena kebiasaan di rumah atau pengaruh teman. Kadang anak menolak makan pagi di rumah sehingga cenderung meminta uang jajan. Jajan yang dibeli biasanya berupa makanan yang kurang nilai gizinya atau yang kurang higienis. c). Anak sering tidak mau makan di rumah karena lelah bermain di sekolah atau sudah makan jajanan di sekolah (Moehji, 2003; Soeprajitno, 2004)

2.1.5 Pencegahan *Food borne disease*

Pencegahan *Food borne disease* di sekolah bisa dilakukan melalui Program Perilaku Hidup bersih dan Sehat (PHBS) Departemen Kesehatan (2008) PHBS di sekolah merupakan sekumpulan perilaku yang dipraktikan oleh peserta didik, guru dan masyarakat lingkungan sekolah atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran sehingga secara mandiri mampu mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya serta berperan aktif dalam mewujudkan lingkungan sehat.

Pencegahan yang bisa dilakukan oleh anak di sekolah sesuai dengan indikator PHBS Departemen Kesehatan (2008) yaitu: 1). Mencuci tangan dengan air yang mengalir menggunakan sabun. 2). Mengonsumsi jajanan sehat di kantin

sekolah. 3). Menggunakan jamban yang bersih dan sehat. 4). Olah raga teratur dan terukur. 5). Memberantas jentik nyamuk. 6). Tidak merokok di sekolah. 7). Menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan. 8). Membuang sampah pada tempatnya. Sedangkan indikator PHBS Departemen Kesehatan (2008) di tatanan rumah tangga yaitu: 1). Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. 2). Bayi diberi ASI eksklusif. 3). Menimbang bayi atau balita. 4). Menggunakan air bersih. 5). Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun. 6). Menggunakan jamban sehat. 7). Memberantas jentik nyamuk di rumah. 8). Makan buah dan sayur setiap hari. 9). Melakukan aktivitas fisik setiap hari. 10). Tidak merokok.

Indikator tersebut yang berhubungan dengan penularan *Food borne disease* pada anak sekolah yaitu: mencuci tangan, mengkonsumsi jajanan sehat, menggunakan jamban yang bersih dan membuang sampah pada tempatnya.

1. Mencuci tangan dengan air mengalir

1). Pengertian

Menurut Depkes (2007), mencuci tangan adalah proses yang secara mekanis melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun biasa dan air agar dapat terhindar dari penularan infeksi.

Tangan merupakan bagian tubuh yang lembab dan yang paling sering berkontak dengan kuman yang menyebabkan penyakit dan menyebarkannya. Cara terbaik untuk mencegahnya adalah dengan membiasakan mencuci tangan dengan memakai sabun (Kamaruddin, 2009 dalam Bagus, 2014).

Mencuci tangan adalah teknik yang sangat mendasar dalam mencegah dan mengendalikan infeksi, dengan mencuci tangan dapat menghilangkan sebagian besar mikroorganisme yang ada di kulit (Wati, 2011).

Mencuci tangan adalah dapat menghilangkan sejumlah besar virus dan bakteri yang menjadi penyebab berbagai penyakit, terutama penyakit yang menyerang saluran pencernaan, seperti diare dan saluran pernapasan seperti influenza. Hampir semua orang mengerti pentingnya mencuci tangan pakai sabun, namun masih banyak yang tidak membiasakan diri untuk melakukannya dengan benar pada saat yang penting (Umar, 2009 dalam Edo, 2014).

Mencuci tangan dengan menggunakan sabun, jangan meletakkan sabun di tempat yang kotor, dan bilas kembali sabun setelah digunakan untuk menghindari kontaminasi (karena saat mencuci tangan, sabun jadi kotor). Gosok sela-sela jari, bersihkan kuku, telapak tangan sampai pergelangan dengan cermat (Wati, 2011).

2). Tujuan Cuci Tangan

Tujuan dilakukannya cuci tangan menurut Wati, (2011) yaitu : mengangkat mikroorganisme yang ada di tangan, mencegah infeksi silang, menjaga kondisi steril, memberikan perasaan segar dan bersih

3). Manfaat Cuci Tangan

Menurut Depkes (2007) tindakan mencuci tangan dapat membasmi kuman penyakit, sehingga dapat mencegah penularan penyakit infeksi. Penularan ini biasanya melalui orang yang terinfeksi dan tidak mencuci tangan dengan benar kemudian ia langsung menyentuh atau mengolah makanan yang akan dikonsumsi oleh orang lain.

4). Waktu Cuci Tangan

Saat bersentuhan dengan orang lain, permukaan atau benda, kuman akan semakin bertambah di tangan. Dengan kuman yang menempel di tangan, kemungkinan seseorang dapat menginfeksi diri sendiri. Meskipun tidak membunuh kuman, tindakan cuci tangan dapat membatasi penyebaran kuman,

bakteri, dan virus. Berikut waktu mencuci tangan yang disarankan memakai sabun, (Umar, 2009 dalam Edo,2014) yaitu: 1). Sebelum menyiapkan makan dan sebelum makan, 2). Sesudah buang air besar atau buang air kecil di toilet. 3). Setelah anak-anak bermain dengan tanah. 4). Mengobati luka, memberikan obat, merawat orang yang terluka. 5). Menyentuh binatang / sampah. 6). Membuang sampah. 7). Membuang ingus, bersin, atau batuk yang mengenai tangan.

5). Persiapan alat cuci tangan

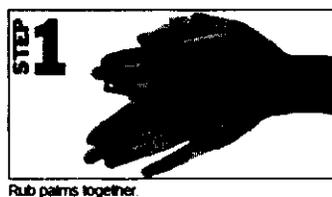
Untuk melakukan prosedur cuci tangan diperlukan alat-alat, diantaranya :

1. Sabun (Jika yang digunakan untuk mencuci tangan adalah sabun batangan, perlu dipastikan agar sabun menyentuh seluruh permukaan kulit. Jika yang digunakan untuk mencuci tangan adalah sabun cair, gunakan sebanyak 1 sendok teh)
2. Air mengalir untuk cuci tangan
3. Handuk atau lap tangan

6). Cara Mencuci Tangan

Cara cuci tangan 6 langkah pakai sabun yang baik dan benar menurut WHO (2005).

1. Basahi kedua telapak tangan setinggi pertengahan lengan memakai air yang mengalir, ambil sabun kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut.



Gambar 2.4 Langkah pertama

2. Gosok punggung tangan dan sela-sela jari tangan kiri dan tangan kanan secara bergantian.



Gambar 2.5 Langkah kedua

3. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari tangan.



Gambar 2.6 Langkah ketiga

4. Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan mengatupkan (kedua tangan saling mengunci).



Gambar 2.7 Langkah keempat

5. Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian.



STEP 5
Rub thumb in a rotating manner followed by the area between index finger and thumb for both hands.

Gambar 2.8 Langkah kelima

6. Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan dengan memutar.



STEP 6
Rub fingertips on palm for both hands.

Gambar 2.9 Langkah keenam

Sumber: WHO, 2005

Penggunaan sabun khusus cuci tangan baik berbentuk batang maupun cair sangat disarankan untuk kebersihan tangan yang maksimal. Pentingnya mencuci tangan secara baik dan benar memakai sabun adalah agar kebersihan terjaga secara keseluruhan serta mencegah kuman dan bakteri berpindah dari tangan ke tubuh anda. Mencuci tangan di atas umumnya membutuhkan waktu 15-20 detik.

7). Jenis-jenis Cuci tangan

1. Cuci tangan dengan air mengalir

Mencuci tangan menggunakan air sudah umum dilakukan di masyarakat tetapi pada dasarnya mencuci tangan yang dianjurkan adalah menggunakan air yang mengalir karena jika menggunakan air dalam keadaan diam mengandung

kotoran yang banyak terdapat kuman penyakit di satu tempat dan menempel lagi saat tangan diangkat dari wadah air tersebut.

2. Cuci tangan dengan air panas

Banyak yang berpendapat jika mencuci tangan menggunakan air panas efektif untuk membersihkan kotoran, minyak, zat-zat kimia bahkan membunuh kuman tetapi pendapat ini tidak terbukti karena tidak disertai dengan pembuktian ilmiah. Tangan manusia memiliki batasan suhu yang nyaman untuk cuci tangan yaitu 45 derajat celcius, pada suhu ini tidak cukup untuk membunuh mikro organisme apapun, mikro organisme dapat terbunuh dengan rata-rata suhu 100 derajat celcius, namun hal ini sangat membahayakan bila penggunaan air dengan suhu 100 derajat celcius untuk cuci tangan.

3. Cuci tangan dengan sabun

Mencuci tangan menggunakan sabun sudah umum dilakukan dimasyarakat selain mencuci tangan dengan air biasa. Tujuan mencuci tangan dengan sabun ini adalah untuk memutus mata rantai kuman. Selain itu mencuci tangan dengan sabun dilakukan juga untuk berbagai hal diantaranya untuk meningkatkan status sosial dan supaya tangan menjadi wangi.

4. Cuci tangan dengan cairan

Cairan pertama yang diperkenalkan untuk mencuci tangan adalah cairan alkohol. Cairan alkohol ini biasanya dicampurkan dengan kandungan pengental seperti *karbomer*, *gliserin*, dan menjadikannya seperti jelly, cairan, atau busa untuk memudahkan penggunaan dan menghindari perasaan kering karena penggunaan alkohol. Cairan ini mulai populer digunakan karena penggunaannya lebih mudah dan praktis karena tidak membutuhkan air dan sabun. Dari penelitian yang telah dilakukan mencuci tangan dengan cairan dapat mengurangi kasus diare.

5. Cuci tangan dengan tisu basah

Mencuci tangan dengan tisu basah lebih praktis dilakukan karena tidak memerlukan air. Beberapa tisu basah bahkan mengandung wewangian beralkohol, anti bakteri ataupun minyak almond untuk menjaga kulit tangan agar tidak kering. Beberapa pendapat mengatakan bahwa mencuci tangan dengan tisu basah dapat membunuh bakteri yang termasuk bakteri dirumah, misal bakteri *Salmonella* dan *E. Coli*.(Wati, 2011).

2. Mengonsumsi jajanan sehat di kantin sekolah

Menurut Dikjen Pendidikan dasar Kementrian pendidikan Nasional, (2011), penyediaan makanan sehat di kantin sekolah antara lain:

- 1). Penyediaan makanan sepinggan dan camilan basah. Syarat menyiapkan makanan dengan menganut kaidah 5 kunci keamanan pangan.
- 2). Penyediaan makanan camilan kering. Makanan dalam kemasan harus memenuhi syarat: kemasan tidak bocor, tanggal kadaluarsa belum terlewati, memiliki ijin edar dari BPOM atau diketahui jelas produsennya.
- 3). Penyediaan minuman. Minuman bisa berupa air putih yang dididihkan sendiri atau dalam kemasan yang belum melewati tanggal kadaluarsa. Minuman ringan dalam kemasan atau yang disiapkan sendiri oleh pihak kantin dengan ketentuan: menggunakan air matang, tidak menggunakan bahan tambahan pangan (BTP) yang dilarang seperti pewarna dan pemanis buatan.
- 4). Penyiapan buah. Buah harus dicuci sebelum disajikan, baik dipotong atau bentuk utuh. Buah potong dibungkus dengan kantong plastik bersih dan bisa disimpan di lemari pendingin/termos es.
- 5). Penyimpanan dan Penyajian. Makanan matang dan mudah rusak disimpan pada suhu dingin ($<5^{\circ}\text{C}$) namun jangan terlalu lama menyimpannya dan memanaskan kembali pangan yang akan disajikan serta

menghindari terlalu sering membuka lemari pendingin. Kantin sekolah harus memiliki sarana prasarana antara lain: sumber air bersih, tempat penyimpanan, tempat pengolahan, tempat penyajian dan ruang makan, fasilitas sanitasi, perlengkapan kerja dan tempat pembuangan sampah.

Food handler yang menangani dan menyiapkan makanan harus memenuhi Lima kunci keamanan pangan (BPOM, 2010) yaitu:

a. Jagalah kebersihan

Salah satu cara menghindari kontaminasi silang adalah: 1). mencuci tangan, karena tangan yang kotor merupakan media perpindahan mikroba. Kondisi mengharuskan cuci tangan sebelum menangani pangan adalah: sesudah dari toilet, setelah menangani daging/unggas mentah, setelah mengganti popok bayi, setelah bersin, setelah merokok, setelah memegang hewan, sampah, pestisida atau bahan kimia lain. 2). Pastikan tidak ada komponen yang mencemari makanan berasal dari tubuh / sesuatu yang dipakai. 3). Pembersihan kotoran pada peralatan yang kontak langsung dengan pangan (talenan, pisau) menggunakan detergen atau sanitasi peralatan dengan air panas (suhu $>70^{\circ}\text{C}$ selama 30 detik) 4).menyimpan pangan dalam wadah tertutup

b. Pisahkan pangan mentah dan matang

Pangan mentah (daging, unggas, ikan) mengandung mikroba yang bisa berpindah ke bahan lain selama persiapan, pengolahan dan penyimpanan (kontaminasi silang). Saat pengolahan makanan, pisahkan peralatan untuk bahan mentah dan matang. Jika menggunakan peralatan yang sama, harus dibersihkan dan dikeringkan untuk menghindari kontaminasi silang.

c. Masak dengan benar

Memasak sampai panas merata dapat membunuh kuman patogen (suhu 70°C), untuk bahan daging harus direbus sampai mendidih. Jika dipanaskan kembali harus menyeluruh.

d. Jaga pangan pada suhu aman

Suhu sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan mikroba. Pada suhu ruang pertumbuhan mikroba relative cepat dan relatif terhambat pada suhu 5°C atau >60°C. Jangan membiarkan makanan matang pada suhu ruang > 2 jam, segera simpan dalam lemari pendingin untuk makanan yang mudah rusak namun jangan terlalu lama.

e. Gunakan air dan bahan baku yang aman

Bahan baku termasuk air dan es dapat terkontaminasi mikroba atau bahan kimia. Racun bisa terdapat pada makanan yang rusak atau berjamur. Pilih bahan baku yang aman dengan mencuci atau mengupas bahan baku dapat mengurangi resiko pada pangan. Cara menjadikan bahan aman dengan perebusan untuk air, pilih bahan yang segar, cuci berkali-kali jika buah/sayur dikonsumsi mentah, pilih makanan kemasan dengan wadah yang bagus (tidak berubah bentuk) serta perhatikan tanggal kadaluarsa.

Lima kunci keamanan pangan (WHO (2004) dalam Susanto (2014)

1. Menjaga kebersihan. a). Mencuci tangan dengan sabun dan air bersih pada saat: sebelum mengolah pangan, sebelum dan setelah menyentuh pangan, sesudah dari toilet, setelah menyentuh bahan mentah, setelah memegang benda kotor. b). Merawat kuku tetap pendek dan bersih. c). Membersihkan dan mensanitasi seluruh permukaan yang kontak dengan pangan dan alat untuk pengolahan pangan. d). Jaga area dapur dan pangan dari serangga, hama dan binatang lain. e). Meletakkan peralatan yang tidak dipakai menghadap ke

- bawah dan membilas kembali peralatan dengan air sebelum dipakai. f). Membuang sampah teratur. g). Membersihkan lantai dan dinding secara teratur h). Menjaga pangan dalam keadaan tertutup
2. Memisahkan makanan mentah dan matang: a). Pisahkan daging sapi, unggas dan *seafood* dari bahan makanan lain. b). Gunakan peralatan yang terpisah seperti pisau dan telenan untuk mengolah pangan mentah. c). Simpan pangan dalam wadah untuk menghindari kontak antara pangan mentah dan matang d). Gunakan lap berbeda untuk mengeringkan peralatan masak dan makan, membersihkan meja dan mengeringkan tangan
 3. Memasak dengan benar. a). Masak dengan benar terutama daging sapi, unggas, telur dan *seafood*. b). Rebuslah pangan sampai mendidih selama minimal 1 menit . Untuk daging usahakan cairannya bening, tidak berwarna merah muda. c). Panaskan kembali pangan secara benar sampai mendidih menyeluruh.
 4. Menjaga makanan pada suhu aman. a). Jangan biarkan pangan matang pada suhu ruang lebih dari 2 jam. b). Simpan segera semua pangan yang cepat rusak dalam lemari pendingin, sebaiknya disimpan di bawah suhu 5 C. c). Jangan menyimpan makanan terlalu lama dalam lemari pendingin. d) Jangan biarkan makanan beku mencair pada suhu ruang. e). Menjaga makanan dalam keadaan tertutup
 5. Menggunakan air dan bahan baku yang aman. a). Gunakan air yang tidak berwarna dan tidak berbau. b). Pilih bahan pangan yang segar dan utuh. c). Cucilah buah-buahan atau sayuran, terutama yang dimakan mentah. d). Jangan mengkonsumsi pangan yang sudah kadaluarsa.

Lima kunci keamanan makanan tersebut sesuai dengan “*Ten Golden Rules for save food production*” menurut WHO (2006), yaitu: masak makanan mentah secara

menyeluruh, makan makanan yang baru dimasak, siapkan makanan hanya untuk sekali makan, pisahkan bahan makanan mentah dan matang, pilih bahan makanan yang aman (kualitas baik), sering mencuci tangan, siapkan peralatan masak yang bersih, gunakan air bersih, berhati-hati jika membeli makanan dari luar, simpan dengan baik makanan untuk bayi dan anak-anak.

3. Menggunakan jamban yang bersih dan sehat

Jamban yang digunakan oleh siswa dan guru adalah jamban yang memenuhi syarat kesehatan (leher angsa dengan *septic tank*, cemplung tertutup) dan terjaga kebersihannya. Jamban yang sehat adalah yang tidak mencemari sumber air minum (letak lubang penampungan kotoran paling sedikit 10 m dari sumber air minum), tidak berbau kotoran, tidak dijajah oleh hewan, tidak mencemari tanah disekitarnya, mudah dibersihkan dan aman digunakan, dilengkapi dinding dan atap pelindung, cukup penerangan, ventilasi cukup baik dan tersedia air dan alat pembersih (Depkes RI, 2008).

4. Membuang sampah pada tempatnya

1) Pengertian

Sampah adalah suatu bahan yang terbuang atau dibuang dari sumber hasil aktivitas manusia maupun alam. Sampah ditampung dan dibuang setiap hari ditempat pembuangan yang memenuhi syarat karena membuang sampah tidak pada tempatnya akan dapat mengakibatkan penyakit dan akan mencemari udara disekitarnya. Mendidik anak untuk selalu membuang sampah pada tempatnya akan dapat menekan angka penyakit yang dapat muncul di lingkungan sekolah.

2) Jenis Sampah

Sampah dibedakan menjadi 3 jenis yaitu: a) Sampah anorganik/kering yaitu tidak dapat mengalami pembusukan secara alami seperti logam, besi, kaleng plastik,

karet, atau botol. b) Sampah organik/basah dapat mengalami pembusukan secara alami seperti sisa makanan, sayuran, sampah dapur, dan lain sebagainya.

c) Sampah berbahaya yaitu sampah yang dapat menimbulkan gangguan pada kesehatan seperti botol racun nyamuk, jarum suntik, batere, dan lain sebagainya.

3) Pengelolaan Sampah

Pengelolaan sampah meliputi penyimpanan, pengumpulan, dan pemusnahan sampah sehingga sampah tidak mengganggu lingkungan: a) Penyimpanan sampah

yaitu penyimpanan sampah sementara sebelum sampah dimusnahkan. Oleh karena itu dibutuhkan tempat sampah dengan syarat yang memadai antara lain: (1)

Konstruksinya kuat untuk mencegah kebocoran dan berseraknya sampah. (2)

Tempat sampah memiliki tutup dan mudah dibuka sehingga tidak mengotori tangan. (3) Ukuran sampah disesuaikan agar mudah untuk diangkut.b)

Pengumpulan sampah. Sampah ditampung di tempat yang memadai kemudian diangkut serta dibuang ke tempat pembuangan akhir. c) Pemusnahan sampah

(1) Dibakar (*incenarator*) yaitu memusnahkan sampah dengan cara membakar sampah, kerugian dari cara ini adalah dapat menyebabkan polusi udara serta jika

dilakukan di dekat pemukiman dapat terjadi kebakaran. (2) Pengomposan

(*composting*) yaitu pengolahan sampah menjadi pupuk (kompos), khususnya untuk sampah organik daun-daunan, sisa makanan, dan sampah lain yang dapat

membususk. (3) Ditanam (*landfill*). Sampah dimusnahkan dengan cara membuat lubang ditanah kemudian sampah dimasukkan dan ditimbun dengan tanah.

4) Dampak Pengelolaan Sampah yang Negatif

a) Terhadap Kesehatan (1) Pengelolaan sampah yang tidak baik merupakan media yang subur untuk berkembangnya vektor-vektor penyakit seperti serangga, tikus, dan binatang lainnya untuk berkembang biak sehingga dapat menyebabkan

timbulnya penyakit. (2) Sampah menjadi sumber polusi seperti pencemaran tanah, air, serta udara. (3) Sampah menjadi tempat hidup mikroorganisme berbahaya yang dapat membahayakan kesehatan. (4) Sampah dapat menimbulkan kecelakaan dan kebakaran. b) Terhadap Lingkungan (1) Dapat mengganggu estetika dan polusi udara akibat pembusukan sampah oleh mikroorganisme. (2) Debu-debu yang berterbangan dapat mengganggu mata dan pernafasan. (3) Jika terjadi proses pembakaran yang dekat dengan sekolah maupun pemukiman asapnya akan mengganggu penglihatan, pernafasan, serta mencemari udara. (4) Pembuangan sampah ke saluran air menyebabkan pendangkalan saluran dan mengurangi daya aliran saluran. (5) Dapat menyebabkan banjir jika sampah dibuang di sembarang tempat. Terutama ke saluran yang daya serapnya sudah menurun. (6) Membuang sampah ke selokan dapat mengotori badan air.

5) Perilaku Membuang Sampah yang Benar

a) Sarana membuang sampah. Membuang sampah yang benar adalah dengan memisahkan sampah menjadi 3 bagian yaitu: (1) Sampah organik seperti buah atau makanan yang cepat busuk. (2) Sampah non organik seperti botol plastik, kaleng minuman, pecahan kaca, dan sebagainya. (3) Sampah yang mudah terbakar seperti kertas atau plastik. b) Media Promosi. Media promosi membuang sampah di sekolah dapat berupa: poster, slogan tentang kebersihan lingkungan dan anjuran membuang sampah pada tempatnya yang dipasang di setiap kelas, video tentang pengelolaan sampah yang baik dan benar di sekolah, aturan atau Tata Tertib

Untuk menjaga agar lingkungan agar selalu terjaga dari sampah maka tindakan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut: (1) Guru memberi contoh pada siswa-siswi membuang sampah selalu pada tempatnya. (2) Guru wajib menegur dan menasehati siswa yang membuang sampah di sembarang tempat. (3) Mencatat

siswa-siswi yang membuang sampah di sembarang tempat pada buku/kartu pelanggaran. (4) Membuat tata tertib baru yang isinya tentang pemberian denda terhadap siswa-siswi yang membuang sampah di sembarang tempat (Kristia, 2011)

2.1.5.1 Aspek kontrol pencegahan *Food borne disease*

Pencegahan *Food borne disease* pada diare dan *Thypoid* adalah kebersihan makanan dan minuman sangat penting. Hal yang harus dilakukan yaitu: 1). Penyediaan sumber air minum yang baik. 2). Penyediaan jamban yang sehat. 3). Sosialisasi budaya cuci tangan. 4). Merebus air minum sampai mendidih. 5). Pemberantasan lalat. 6). Pengawasan kepada penjual makan dan minuman. Sedangkan pada cacangan, aspek kontrol yang dilakukan adalah 1). Mengurangi penyebab, untuk penyakit menular sasaran terhadap agent/ penyebab kausal dengan usaha antara lain : Desinfeksi (Pemberian obat cacangan), mencuci tangan sesudah BAB atau BAK, mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah makan, mengurangi/menghilangkan sumber cacangan, mengurangi/menghindari setiap perilaku yang memperbesar resiko. 2). Mengatasi/modifikasi lingkungan: a). Perbaikan fisik : air minum, sanitasi lingkungan. b). Perbaikan lingkungan yang biologis : Pemberantasan cacangan. c). Perbaikan Lingkungan sosial kepadatan rumah tangga, hubungan antar anggota rumah tangga, anggota masyarakat. 3). Meningkatkan daya tahan host. Tindakan yang bisa dilakukan yaitu perbaikan status gizi, pemberian obat cacang, pencarian penderita secara dini (pemeriksaan berkala usia 6-12 tahun) (Widoyono, 2011).

Menurut Nadesul (2007) dalam Sholikhah (2012) perilaku yang dapat mencegah penyakit cacangan, antara lain: a). Biasakan mencuci tangan sebelum makan atau memegang makanan, gunakan sabun dan bersihkan kuku yang kotor,

b). biasakan menggunting kuku secara teratur seminggu sekali, c). tidak membiasakan diri menggigit kuku jari tangan, d). tidak membiasakan anak bermain di tanah, e). tidak membuang kotoran di kebun, parit atau sungai. Biasakan membuang kotoran di jamban, f). biasakan tidak membeli makanan yang tidak tertutup atau terpegang - pegang tangan, g). biasakan membasuh tangan dengan sabun sehabis dari jamban, h). di wilayah yang banyak terjangkit penyakit cacangan, periksakan diri ke puskesmas terlebih ada tanda gejala kecacingan, i). segera mengobati penyakit sampai tuntas. j). Biasakan makan daging yang sudah benar-benar matang dan bukan yang mentah atau setengah matang, k). Biasakan berjalan kaki dengan memakai alas kaki, l). Obat cacing hanya diberikan kepada orang yang benar-benar mengidap penyakit kecacingan m). Biasakan mencuci lalapan mentah yang telah dicuci dengan air bersih yang mengalir

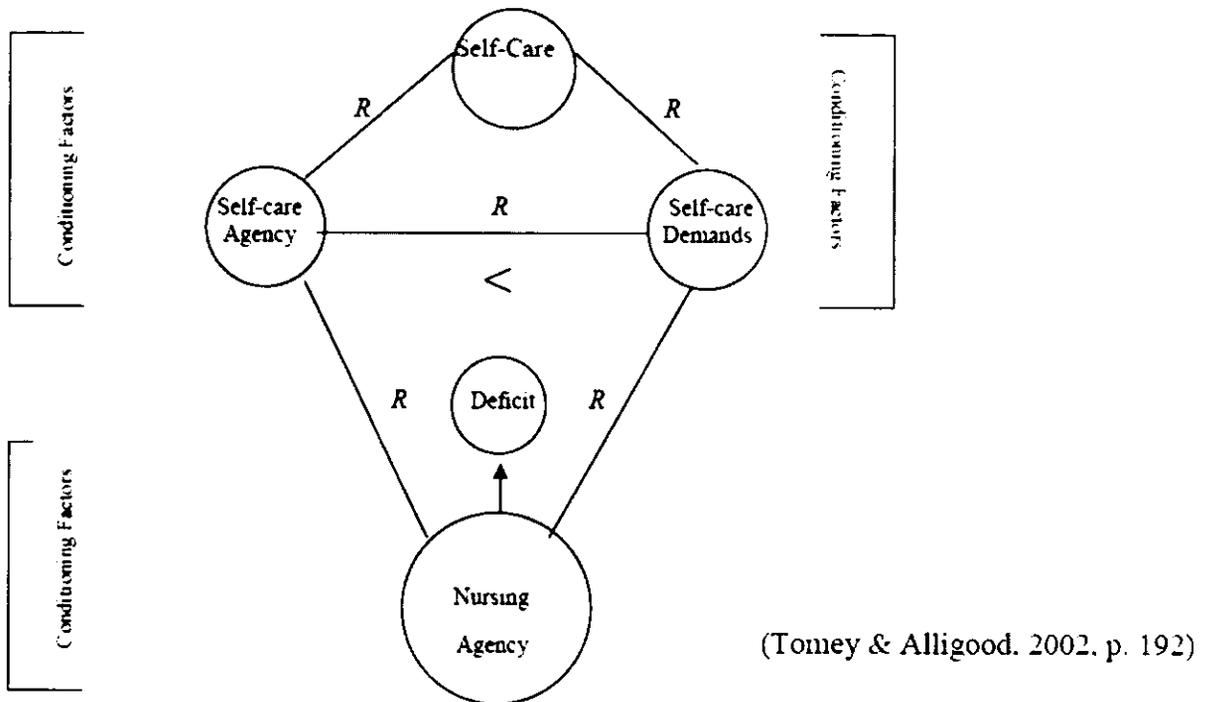
2.2 *Self Care Agency*

Self care agency adalah kemandirian atau kekuatan yang dimiliki oleh seseorang individu untuk mengidentifikasi, menetapkan, mengambil keputusan dan melaksanakan *self care*.

Kemandirian adalah kemampuan untuk melakukan kegiatan atau tugas sehari-hari sesuai dengan tahapan perkembangan dan kapasitasnya (Lie dan Prasasti, 2004 dalam Herlina 2013). Jadi kemandirian dalam penelitian ini adalah kemampuan anak dalam melakukan kegiatan aktivitas fisik sesuai tahapan tumbuh kembang usia sekolah dalam melaksanakan pencegahan *food borne disease*.

Kemandirian anak dirasakan dimana lingkungan rumah cukup besar sehingga beberapa masalah sudah mampu diatasi sendiri dan anak mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan yang ada karena tahap perkembangan anak sudah menunjukkan kematangan pada masa ini. Upaya yang dilakukan untuk mengembangkan kemandirian anak melalui peran keluarga dalam menciptakan lingkungan yang mendukung bagi anak (Alimul, 2005 dalam Herlina, 2013).

Orem mengidentifikasi sepuluh faktor dasar yang mempengaruhi *self care agency (basic conditioning factor)* yaitu usia, gender, tahap perkembangan, tingkat kesehatan, pola hidup, system pelayanan kesehatan, system keluarga dan lingkungan eksternal (Alligood & Tomey 2006 dalam Nursalam 2013). Perawat harus bisa mengidentifikasi *self care therapeutic demand* dan perkembangan serta tingkat *self care agency* dari seorang individu karena *self care therapeutic* dan *self care agency* berubah secara dinamis (Parker, 2001 dalam Nursalam 2013). Ketidakseimbangan antara *self care therapeutic demand* dan *self care agency* berdampak *self care deficit* pada seorang individu. Interaksi antara perawat dengan klien akan dapat terjadi jika klien mengalami *self care deficit*, disinilah muncul suatu *nursing agency*.

Gambar 2.10 Struktur *Self Care Agency*

Self care agency perlu ditingkatkan oleh individu karena pelaksanaan *Self care* membutuhkan pembelajaran, pengetahuan, motivasi dan skill (Taylor & Reppening, 2011 dalam Nursalam, 2013). *Self care agency* mengacu pada kemampuan kompleks dalam melaksanakan *self care*. Contoh dari *Self care agency* antara lain pengetahuan tentang jenis makanan, pengetahuan tentang cara mencegah suatu penyakit (Baker & Denyes, 2008 dalam Nursalam 2013). Kesadaran akan kebutuhan mendapatkan pengetahuan dan kemampuan untuk mencari pengetahuan akan mempengaruhi tindakan yang diambil oleh seorang individu.

Struktur *self care agency* terdiri atas tiga karakteristik manusia yang saling berhubungan, namun berbeda secara hierarki yaitu: 1) *foundational capabilities and disposition* (kemampuan dasar), 2) *power component* (komponen kekuatan), 3) *capabilities to perform self care operation* (kemampuan melaksanakan *self*

care). *Foundational capabilities and disposition* merupakan pondasi dari *self care agency*, sedangkan pengetahuan tentang *conditioning factors* serta komponen power berasal dari berbagai ilmu dan penelitian. *Self care operation* merupakan proses pelaksanaan *self care*, terdiri atas 1) *estimate operation* yang merupakan kegiatan identifikasi atau infestigasi; 2) *transitional operation* yaitu proses penilaian dan pengambilan keputusan; 3) *productive operation* yaitu proses pelaksanaan *self care*, termasuk didalamnya proses kognitif dan kemampuan psikomotor (Taylor & reppening, 2011 daam Nursalam, 2013).

Contoh dari karakteristik kemampuan dasar yang dimaksud dalam struktur *self care agency* salah satunya adalah intelegensia seseorang, sedangkan contoh karakteristik *power* adalah kemampuan seseorang untuk mengambil keputusan dalam melaksanakan *self care* (baker & Denyes,2008 dalam Nursalam, 2013). Orem menjelaskan tindakan seseorang dipengaruhi oleh penilaian mereka tentang hal yang tepat untuk suatu situasi dan keadaan. Seseorang yang melaksanakan tindakan harus mempunyai "*sensory knowledge*" dan "*awareness*" tentang situasi tersebut sehingga mengacu pada pengetahuan tersebut maka seorang dapat mengambil keputusan untuk bertindak (Meleis,2011 dalam Nursalam, 2013). Bagi yang menderita penyakit kronis, tindakan *self care operation* tercermin dalam aktivitas mereka dalam mentaati terapi medis dan gaya hidup yang direkomendasikan, melaksanakan aktivitas sehari-hari yang disarankan, melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran serta melakukan kegiatan yang menyenangkan (Larsen & Lubkin, 2009 dalm Nursalam, 2013).

2.2.1 Teori *Self Care*

Teori ini dikemukakan oleh Dorothea Orem pada tahun 1971 dan dikenal dengan teori *self care deficit nursing theory* (SCDNT) (Ladner,2002). Pada tahun 1971 Orem memunculkan teori *Self Care Deficit Theory of Nursing*

Self care adalah fungsi regulasi manusia yang berdasarkan pada kemampuan individu untuk melakukan perawatan dirinya. Hal tersebut digambarkan dalam hubungan antara *self care*, *self care agency* dan *therapeutic demand* (tuntutan terapeutik).ketika klien tidak mampu melakukan perawatan diri, maka deficit perawatan diri terjadi dan perawat akan membantu klien untuk melakukan tugas perawatan dirinya. *Self care*: tindakan yang matang dan mematangkan orang lain yang mempunyai potensi untuk berkembang, atau mengembangkan kemampuan yang dimiliki agar dapat digunakan secara tepat, nyata dan valid untuk mempertahankan fungsi dan berkembang dengan stabil dalam perubahan lingkungan. *Self care* digunakan untuk mengontrol atau faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi aktivitas seseorang untuk menjalankan fungsinya dan berproses untuk mencapai kesejahteraannya. *Self care agency* : Agen Perawatan Sendiri adalah kekuatan individu yang berhubungan dengan perkiraan dan esensial tindakan untuk perawatan mandiri. Ada 3 aspek yakni : a) Agen (Orang yang mengambil tindakan), b) *Self care agent* (Penyedia perawatan mandiri), c)*Dependent care agent* (Penyelenggara perawatan yang tidak mandiri) *Therapeutic Self care demands* : Tuntutan perawatan diri harus seimbang dengan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Untuk itu dilakukan upaya dengan cara menggunakan metode untuk mengembalikan kemampuan tersebut.

Nursing Agency :Merupakan upaya keperawatan untuk dapat memenuhi kebutuhan perawatan diri individu dan mencapai kemandirian yang dapat dilakukan dengan cara : mengenali kebutuhannya, memenuhi kebutuhan, melatih kemampuannya.

Conditioning factor : Merupakan kondisi atau situasi di sekitar individu yang dapat mempengaruhi individu dalam memenuhi kebutuhan *self care*-nya. Teori keperawatan *self care deficit* sebagai grand teori keperawatan terdiri dari tiga teori terkait yaitu teori *self care*, *self care deficit*, dan system keperawatan. Teori ini mempunyai beberapa elemen konsep yaitu *self care*, *agency/agen*, dan keperawatan. Dalam teorinya orem menetapkan empat konsep yang pada akhirnya bersama theory keperawatan yang lain membentuk metaparadigma keperawatan, yaitu: *human being*, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan (NHS, 2010).

Teori ini memandang bahwa seorang individu akan selalu menginginkan adanya keterlibatan dirinya terhadap perawatan diri, dan bahwa individu tersebut juga mempunyai keinginan untuk dapat merawat dirinya secara mandiri. Kebutuhan seorang individu untuk terlibat dan merawat dirinya sendiri inilah yang disebut sebagai *self care therapeutic demand* atau disebut juga *self care requisites* (Parker, 2001 dalam Nursalam,2013). *Self care* merupakan sesuatu yang dapat dipelajari dan kemampuan individu untuk menentukan tindakan yang diambil sebagai respon dari adanya kebutuhan.

Self care requisite terdapat tiga macam yaitu: *universal self care requisite*, *developmental self care requisite*, dan *health deviation self care requisite* (Ladner, 2002).

Universal self-care requisites adalah kebutuhan dasar setiap manusia yaitu kebutuhan akan: udara, makanan, air, eliminasi, keseimbangan aktivitas dan istirahat, keseimbangan untuk menyendiri dan berinteraksi sosial, bebas dari

ancaman, dan pengembangan pribadi dalam kelompok sesuai dengan kemampuan masing-masing individu (Alligood, 2010).

Developmental self-care requisites terbagi atas tiga bagian yaitu: penurunan kondisi yang memerlukan suatu pengembangan, keterlibatan dalam pengembangan diri, perlindungan terhadap kondisi yang mengancam pengembangan diri (Alligood, 2010). *Health deviation of self-care requisites* adalah kebutuhan akan *self-care* yang muncul karena seseorang dalam keadaan sakit atau terluka, mempunyai bentuk patologis yang spesifik termasuk ketidakmampuan dan berada pada diagnose dan penatalaksanaan medis tertentu (Alligood, 2010).

Kebutuhan *self-care* yang harus dipenuhi dalam jangka waktu tertentu disebut dengan *therapeutic self-care demand*. Untuk memenuhi *therapeutic self-care demand* digunakan 2 metode yaitu: mengatur faktor yang diidentifikasi mengalami kekurangan yang akan mengganggu fungsi seorang manusia (air, udara, makanan), dan memenuhi elemen aktifitas (*maintenance*, promosi, preventif, dan *provision*).

Seorang individu mempunyai kekuatan untuk melaksanakan perawatan diri sendiri, kekuatan tersebut dinamakan *self care agency*. *Self care agency* dapat berubah setiap waktu dipengaruhi oleh kondisi kesehatan seorang individu. Ketika terjadi ketidakseimbangan antara *self care agency* dengan *therapeutic self-care demand*, maka terjadilah *self care deficit* (Parker, 2001 dalam Nursalam, 2013). Seseorang yang mempunyai kemampuan untuk melakukan tindakan *self-care* disebut sebagai agen. Seorang manusia dewasa yang dapat memenuhi *therapeutic self-care demand* bagi dirinya maupun orang lain yang tergantung padanya disebut dengan *dependent-care agent*.

2.2.2 Teori *Self Care Deficit*

Self Care Defisit merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum di mana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan. Keperawatan dibutuhkan seseorang pada saat tidak mampu atau terbatas untuk melakukan *self care* nya secara terus menerus. *Self care defisit* dapat diterapkan pada anak yang belum dewasa, atau kebutuhan yang melebihi kemampuan serta adanya perkiraan penurunan kemampuan dalam perawatan dan tuntutan dalam peningkatan *self care*, baik secara kualitas maupun kuantitas. Dalam pemenuhan perawatan diri sendiri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, Orem memiliki metode untuk proses tersebut diantaranya bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi support, meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik pada orang lain.

2.2.3 Teori Sistem Keperawatan

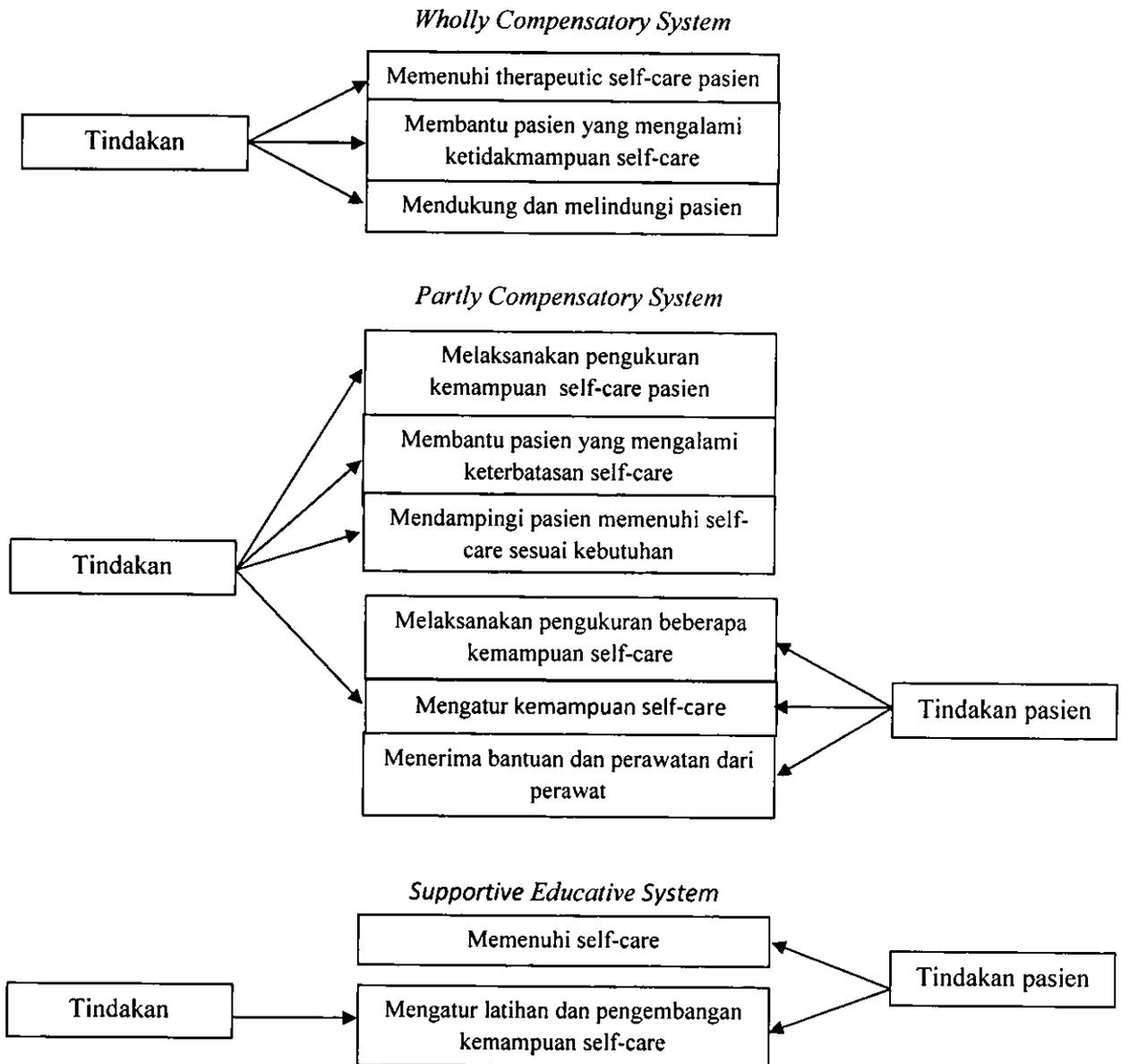
Kemampuan yang berkembang dari seseorang yang mempunyai pendidikan perawat untuk membantu pemenuhan *therapeutic self-care demand* dan melatih kemampuan *self-care* dari seseorang yang mempunyai penurunan kemampuan *self-care*. Komponen dari *self-care* dan *self-care defisit* tergabung dalam teori sistem keperawatan. Teori sistem keperawatan inilah yang menghubungkan antara tindakan dan peran perawat dengan tindakan dan peran pasien. Sistem keperawatan adalah serangkaian tindakan keperawatan yang berkoordinasi dengan pasien untuk mengenali dan memenuhi kebutuhan akan *therapeutic self-care* serta menjaga kemampuan pasien untuk melaksanakan *self-care* (Alligood, 2010).

Teori sistem keperawatan ingin menyatakan bahwa keperawatan adalah suatu tindakan manusia; sistem keperawatan adalah sistem tindakan yang direncanakan dan dihasilkan oleh perawat. Sistem keperawatan tersebut dihasilkan melalui pengalaman mereka merawat orang dengan penurunan kesehatan atau ketidakmampuan berhubungan dengan kesehatan dalam merawat diri sendiri, atau orang yang mengalami ketergantungan (Alligood, 2010).

Peran profesional yang dilaksanakan perawat sebelum dan sesudah menegakkan diagnosa dan melaksanakan tindakan keperawatan yang terdiri dari penilaian praktik tentang kondisi klien disebut sebagai *nursing design*. *Nursing design* dimaksudkan untuk memandu perawat mencapai tujuan tertentu melalui tindakan keperawatan (Alligood, 2010).

Identifikasi dalam sistem pelayanan keperawatan diantaranya: (1). Sistem Bantuan Secara Penuh (*Wholly Copensatory System*). Merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan secara penuh pada pasien dikarenakan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan perawatan secara mandiri yang memerlukan bantuan dalam pergerakan, pengontrolan, dan ambulansi serta adanya manipulasi gerakan. Contoh: pemberian bantuan pada pasien koma. (2). Sistem bantuan Sebagian (*Partially Compensatory System*). Merupakan sistem dalam pemberian perawatan diri sendiri secara sebagian saja dan ditujukan kepada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal. Contoh: perawatan pada pasien post operasi abdomen di mana pasien tidak memiliki kemampuan untuk melakukan perawatan luka. (3). Sistem *Supportif* dan *Edukatif*. Merupakan sistem bantuan yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien mampu memerlukan perawatan secara mandiri. Sistem ini

dilakukan agar pasien mampu melakukan tindakan keperawatan setelah dilakukan pembelajaran.



Sumber: Tomey, Alligod (2006)

Gambar 2.11. Basic Nursing System(from Orem, D. E. (2001).

Orem mempunyai menciptakan konsep umum tentang keperawatan. Konsep umum tersebut memungkinkan pemikiran induktif dan deduktif dalam keperawatan. Bentuk dari teori disajikan dalam berbagai model yang dikembangkan oleh Orem dan ahli lain. Orem mendeskripsikan model dan

pentingnya model tersebut untuk pengembangan dan pemahaman terhadap realitas yang ada. Model konsep umum diatas secara operasional dapat dilaksanakan untuk membangun system keperawatan dan system keperawatan bagi individu, unit perawatan dependen atau komunitas (Alligood, 2010)

Teori *self-care deficit* atau di negara barat sering disingkat sebagai SCDNT (*Self-Care Deficit Nursing Theory*) telah banyak diterima oleh komunitas keperawatan pada bidang praktik atau pelayanan, pendidikan, dan penelitian (Alligood, 2010). *International Orem Society for Nursing Science and Scholarship* (IOS) didirikan di Missouri USA pada tahun 1991 yang bertujuan untuk mengembangkan dan mendistribusikan teori SCDNT ke seluruh dunia (IOS, 2010).

2.3 Calgary Family Model / Model Keluarga Calgary

2.3.1 Konsep Keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan, emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dengan anaknya (Friedman, 1998 dalam Suprajitno, 2004).

2.3.2 Tipe Keluarga

Friedman (1998) menyatakan bahwa tipe-tipe keluarga dibagi atas keluarga inti, keluarga orientasi, keluarga besar. Keluarga inti adalah yang sudah menikah, sebagai orang tua, atau pemberi nafkah. Keluarga inti terdiri dari suami istri dan anak mereka baik anak kandung ataupun anak adopsi. Keluarga orientasi (keluarga asal) yaitu unit keluarga yang didalamnya seseorang dilahirkan. Keluarga besar

yaitu keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah seperti kakek dan nenek, paman dan bibi (Suprajitno, 2004)

2.3.3 Fungsi Keluarga

Ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga sebagai berikut:

1). Fungsi biologis : untuk meneruskan turunan, memelihara dan membesarkan anak dan memenuhi kebutuhan gizi keluarga serta memelihara dan merawat keluarga. 2). Fungsi psikologis : memberikan kasih sayang dan aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga, memberikan identitas keluarga. 3). Fungsi sosialisasi : membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai tingkat perkembangan anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. 4). Fungsi ekonomi : mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, pengatur penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang misal pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya. 5). Fungsi pendidikan: menyekolahkan anaknya untuk memberikan pengetahuan, keterampilan dan membentuk perilaku anak sesuai bakat dan minat yang dimilikinya, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa, mendidik anak sesuai tingkat perkembangannya.

Bailon dan Maglaya (1978) dalam Suprajitno,2004 keluarga yang berfungsi sehat juga harus mampu melaksanakan tugas kesehatan keluarga, yaitu antara lain : mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit,

mempertahankan suasana lingkungan rumah yang sehat, menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

2.3.4 Tugas Keluarga

Tugas keluarga berdasarkan tahap perkembangan keluarga menurut Duvall (1977) dalam Setiyorini (2012) adalah sebagai berikut :

Tahap 1 : keluarga pemula yaitu dimulai saat individu membentuk keluarga melalui perkawinan. Tugas perkembangannya yaitu : membina hubungan intim yang memuaskan kehidupan baru, membina hubungan dengan teman lain, keluarga lain, membina keluarga berencana. Masalah kesehatan yang biasa muncul pada tahap ini, diantaranya : masalah seksual, peran perkawinan, kehamilan yang kurang direncanakan.

Tahap 2 : keluarga dengan kelahiran anak pertama lahir berusia 30 bulan. Tugas perkembangannya yaitu : perubahan peran orang tua, adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangannya. Masalah kesehatan pada tahap ini adalah : pendidikan maternitas, perawatan bayi yang baik, pengenalan dan penanganan masalah kesehatan fisik secara dini, imunisasi, tumbuh kembang dan lain-lain.

Tahap 3 : keluarga dengan anak pra sekolah : dimulai anak pertama usia 2,5 tahun sampai dengan 5 tahun. Tugas perkembangannya yaitu : memenuhi kebutuhan keluarga, membantu anak bersosialisasi, beradaptasi dengan lingkungan, beradaptasi dengan anak yang baru lahir sementara kebutuhan anak yang lain juga harus dipenuhi, mempertahankan hubungan yang sehat baik di dalam maupun di luar keluarga, pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak-anak, pembagian tanggung jawab anggota keluarga, kegiatan dan waktu

untuk stimulasi tumbuh dan kembang anak. Masalah kesehatan pada tahap ini adalah : masalah kesehatan fisik : penyakit menular pada anak, masalah kesehatan psikososial : hubungan perkawinan, perceraian, persaingan antara kakak adik, pengasuh anak.

Tahap 4 : keluarga dengan anak usia sekolah : dimulai pada saat anak pertama berusia 6 tahun sampai 13 tahun. Tugas perkembangannya pada tahap ini yaitu : membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan, mempertahankan hubungan perkawinan bahagia, memenuhi kebutuhan dan biaya hidup yang semakin meningkat, meningkatkan komunikasi terbuka.

Tahap 5 : keluarga dengan anak remaja yaitu dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun sampai 19-20 tahun. Tugas perkembangannya adalah : memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab, meningkatkan otonominya, mempererat hubungan yang intim dalam keluarga, mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, perubahan sistem peran dan peraturan tumbuh kembang keluarga. Masalah kesehatannya adalah penyalahgunaan obat-obatan dan penyakit jantung.

Tahap 6 : keluarga dengan anak dewasa dimulai saat anak pertama meninggalkan rumah sampai anak terakhir, lamanya tergantung dengan jumlah anak atau banyaknya anak belum menikah dan tinggal dalam rumah. Tugas perkembangannya adalah : memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar, mempertahankan keintiman pasangan, membantu orang tua yang sedang sakit dan memasuki masa tua, membantu anak untuk mandiri di masyarakat, penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga. Masalah kesehatan yang muncul yaitu : masa komunikasi dewasa muda dengan orang tua tidak lancar, transisi peran suami

istri, memberi perawatan, kondisi kesehatan kronis, masalah menopause, efek dari obat-obatan, merokok, diet dan lain-lain.

Tahap 7 : keluarga dengan usia pertengahan yaitu dimulai saat anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Tugas perkembangannya yaitu : mempertahankan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak, meningkatkan keakraban pasangan. Masalah kesehatan yang muncul yaitu : promosi kesehatan, masalah hubungan dengan perkawinan, komunikasi dan hubungan dengan anak cucu dan lain-lain, masalah hubungan dengan perawatan.

Tahap 8: keluarga dengan usia lanjut yaitu dimulai salah satu meninggal atau pensiun sampai dengan dua-duanya meninggal.

2.3.5 Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Suprajitno (2004) menyatakan bahwa fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dilakukan, meliputi :1). Mengenal masalah kesehatan keluarga. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang/keluarga, apabila menyadari adanya perubahan keluarga, perlu dicatat terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya. 2). Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat. Tugas ini merupakan upaya keluarga mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan. Tindakan dilakukan diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi, jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan tempat tinggal.

3). Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. 4). Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. 5). Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga

2.3.6 Konsep yang mendasari Calgary

Calgary mengembangkan konsep dan teori sistem, komunikasi dan konsep berubah. Teori sistem memberikan kerangka kerja bahwa keluarga merupakan bagian dari supra sistem dan terdiri dari subsistem. Konsep berubah menjadikan kerangka kerja bahwa perubahan pada salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi kesehatan anggota keluarga yang lainnya.

Wright, M & Leahey M (2009) menyatakan bahwa tiga konsep yang mendasari teori Calgary, yaitu :

1. Teori sistem.

Ada beberapa konsep yang mendasari keluarga sebagai suatu sistem didenifisikan sebagai elemen-elemen yang kompleks dan saling melengkapi saat berinteraksi, yaitu: (1). Suatu system keluarga merupakan bagian dari suatu suprasistem yang lebih besar dan juga lebih besar dan juga terdiri banyak subsistem. (2). Keluarga sebagai suatu keutuhan yang lebih besar dari pada komponen-komponennya.(3). Perubahan pada suatu keluarga mempengaruhi semua anggota keluarga. (4). Keluarga mampu untuk membuat keseimbangan antara perubahan dan stabilitas.(5). Perilaku anggota keluarga sangat mudah dipahami dengan melihat kausalitas secara sirkuler dibanding linear.

Kelima konsep di atas mempunyai makna yang inklusif untuk semua konsep system tetapi merefleksikan bahwa ini sangat penting dan bermakna terhadap pelayanan saat bekerja dengan keluarga. *Cybernetics*, merupakan ilmu

tentang teori komunikasi dari teori kontrol. Beer (1974) dalam Wright dan Leahey (2009), *cybernetics* dan teori system umum merupakan co-ekstensif. Perbedaan kedua teori ini adalah system umumnya menekankan pada perubahan konsep dari sebagian ke menyeluruh, sedangkan *cybernetics* berfokus pada perubahan dari substansi ke bentuk. Konsep-konsep *cybernetics*: (1). Kemampuan mengatur diri sendiri dalam proses keluarga melalui proses umpan balik. Sistem interpersonal terutama keluarga yang dapat dilihat pada umpan balik yang terjadi akibat pelaku seseorang yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh perilaku orang lain. (2). Proses umpan balik dapat terjadi secara simultan pada beberapa tingkatan yang berbeda dengan keluarga. Sistem interpersonal terutama keluarga yang dapat dilihat pada umpan balik yang terjadi akibat pelaku seseorang yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh perilaku orang lain. Aplikasi konsep *cybernetics* dalam kerja keluarga dimulai dengan mengobservasi gejala yang sederhana.

2. Teori komunikasi

Berfokus terhadap bagaimana individu berinteraksi dengan orang lain. Konsep yang dikembangkan oleh Bavelas 1992, dalam Wright & Leahay (2009) adalah: (1) Semua komunikasi non verbal bermakna. Konsep ini membantu merealisasikan bahwa bila tidak berkomunikasi di antara orang lain karena semua komunikasi non verbal membawa pesan. Komponen pentingnya adalah isi. Perilaku akan relevan dan bermakna ketika isi segera dipertimbangkan. (2). Semua komunikasi yang memiliki 2 saluran utama untuk transmisi yaitu digital dan analogis. Komunikasi digital menunjuk pada komunikasi verbal yang terdiri dari isi pesan aktual. Komunikasi analogis bukan hanya terdiri dari penggunaan komunikasi non verbal seperti bahasa tubuh, ekspresi wajah dan tekanan suara tapi juga musik, puisi dan menggambar. (3). Suatu hubungan kelekatan yang memiliki

derajat variasi dalam hal komplementari dan kesimetrisan. Kondisi ini sangat berguna untuk mengidentifikasi tipe pola interaksi keluarga. Namun suatu hubungan komplementari atau simetris bukan indikator hubungan profesional kesehatan. Penekanan dalam hubungan profesional kesehatan adalah isi. Pada banyak situasi terdapat hubungan yang sesuai antara komplementari dan simetris dengan kesehatan, dalam hubungan keluarga, perilaku predominan komplementari dan simetris biasanya terdapat pada masalah. Kedua hal tersebut membutuhkan pengalaman untuk menyeimbangkan antara situasi dan pengalaman sehingga pada saat tersebut komplementari dan simetris sangat berguna. (4). Semua komunikasi terdiri atas dua tingkatan; isi dan hubungan. Komunikasi bukan hanya terdiri dari apa yang dikatakan (isi) tapi juga informasi yang menggambarkan keadaan hubungan antara interaksi.

3. Teori perubahan

Perubahan merupakan fenomena dan sebagai suatu variasi gagasan yang mantap tentang keputusan untuk berubah dalam system keluarga. Wujud system hubungan akan memiliki kecenderungan untuk berubah secara progresif (Bateson, 1979 dalam Wright & Leahay (2009) ada dua tipe yang berbeda atau dua level berubah. Pertama, perubahan pada kuantitas, bukan kualitas. Penggunaan *problem solving* yang terus menerus. Solusi untuk suatu masalah sulit ditemukan maka strategi lama bisa digunakan. Kedua, perubahan seseorang yang terjadi dalam sistemnya sendiri.

Perubahan dalam keluarga bisa terjadi secara spontan dalam kehidupan sehari-hari dan maju sesuai dengan tahap perkembangan individu dan keluarga. Perubahan dalam keluarga meliputi domain kognitif, afektif dan perilaku, perubahan dalam satu domain akan mempengaruhi domain yang lainnya. Peran

perawat sangat penting (melaksanakan perspektif sistem) untuk mengobservasi hubungan antara sistem (Lancaster, 1982 dalam M.Lorraine & Leahay, Maureen (2009). Beberapa konsep berubah: (1). Perubahan bergantung pada persepsi terhadap masalah. Salah satu hambatan yang paling umum dalam bekerja dengan keluarga adalah untuk menerima persepsi satu anggota keluarga sebagai sesuatu “sesungguhnya” atau untuk menentukan yang “benar”. Tidak ada satupun kebenaran atau realita atau mungkin lebih tepatnya selalu mempertimbangkan sejumlah variabel penting dalam konteks. Intervensi harus direncanakan sesuai dengan pengetahuan tentang hambatan kontekstual dan sumber yang ada. Perawat perlu menyadari bahwa posisinya dalam system pemberian pelayanan kesehatan kepada keluarga, maka perawat harus menunjukkan perannya berbeda dengan professional kesehatan lainnya. (2). Perubahan tergantung konteks. Upaya untuk meningkatkan perubahan dalam suatu system keluarga harus selalu mempertimbangkan sejumlah variabel yang penting dari konteks. Intervensi harus direncanakan sesuai dengan pengetahuan tentang hambatan kontekstual dan sumber yang ada. Perawat perlu menyadari bahwa posisinya dalam system pemberian pelayanan kesehatan kepada keluarga, maka perawat harus menunjukkan peran yang berbeda dengan professional kesehatan lainnya. (3). Perubahan bergantung pada pengembangan tujuan untuk pengobatan. Perubahan mengharuskan tujuan dikembangkan antara perawat dan keluarga dalam rentang waktu yang nyata. Salah satu alasan utama kegagalan bekerja dengan keluarga adalah setting tujuan yang tidak realities atau tidak tepat. Diskusi yang jujur dan terbuka dengan anggota keluarga tentang tujuan pengobatan dapat menghindari kesalah pahaman dan kekecewaan. (4). Memahami saja bukan sebagai petunjuk untuk berubah. Perubahan dalam pekerjaan keluarga jarang terjadi melalui

peningkatan pemahaman keluarga tentang masalah tetapi lebih melalui keyakinan dan perilaku. Tenaga profesional sering mengamsusikan bahwa memahami suatu masalah akan memberikan solusi bagi keluarga. (5). Perubahan tidak perlu terjadi bersamaan dalam semua anggota keluarga. Perubahan dalam system keluarga dalam menghadapi masalah, ada anggota keluarga berespon lebih cepat dibanding anggota keluarga lainnya. (6). Memfasilitasi perubahan adalah tanggung jawab perawat. Keyakinan kita bahwa perawat bertanggung jawab untuk memfasilitasi perubahan dalam berkolaborasi dengan setiap keluarga. Memfasilitasi perubahan bukan berarti perawat dapat memperkirakan hasil dan perawat tidak seharusnya menginvestasikan dalam suatu hasil tertentu. Ada perbedaan yang memisahkan anatar memfasilitasi perubahan dengan keahlian dalam menyelesaikan masalah keluarga. Perawat harus menghindari bagaimana keluarga seharusnya berfungsi. Hasil yang dicapai dalam system keluarga bukan dilihat pada kepuasan perawat tetapi kepuasan keluarga. (7). Perubahan dapat dihubungkan dengan berbagai penyebab. Perubahan dipengaruhi oleh berbagai variabel yang berbeda dan biasanya sulit untuk diketahui terutama apa pencetus atau hambatan untuk berubah. Diperoleh dari penyelidikan masalah keluarga. Membuat pertanyaan intervensi bisa meningkatkan perubahan diri dan oleh dirinya sendiri.

2.3.7 Model Pengkajian Calgary

The Calgary Family Assessment Model (CFAM) merupakan integrasi dari kerangka multidimensional berdasar system, *cymbernetics*, komunikasi dan perubahan teori mendasar

Indikasi pengkajian keluarga yang diadaptasi oleh Clarkin, Frances dan Moodie (1979) dalam Wright dan Leahey, 2009 adalah : keluarga dengan

pengalaman gangguan emosi disebabkan oleh krisis keluarga (misalnya penyakit akut, luka atau kematian). Keluarga dengan pengalaman gangguan emosi disebabkan oleh perkembangan (misalnya kelahiran, pernikahan atau anak terkecil meninggalkan rumah). Keluarga dengan masalah isu keluarga dan disana ada motivasi untuk pengkajian keluarga (misal efek dari penyakit kronis pada keluarga), anak atau dewasa diidentifikasi sebagai pasien. Keluarga dengan isu pengalaman serius yang membahayakan hubungan keluarga (misal penyakit terminal, atau kekerasan seksual atau fisik) anggota keluarga di rumah sakit dengan pengobatan psikiatrik.

Beberapa kontra indikasi dari pengkajian keluarga : individualitas dari anggota keluarga yang tidak berkompromi dengan pengkajian keluarga, contoh : jika remaja baru pertama kali meninggalkan rumah, kemudian keluarga *interview* kemungkinan tidak bersedia, konteks dari situasi keluarga member ijin atau tanpa pengaruh. Keluarga memiliki kepercayaan yang kuat bahwa perawat bekerja sebagai wakil dari institusi lain (misalnya:pengadilan)

CFAM terdiri dari tiga kategori mayor, yaitu : structural, perkembangan, fungsional. Setiap kategori terdiri dari beberapa sub kategori. Perawat menentukan sub kategori yang relevan dan sesuai untuk mengeksplorasi dan mengkaji dengan setiap keluarga pada suatu waktu. Tidak semua sub kategori dikaji pada pertemuan dan beberapa sub kategori yang diperlukan tidak pernah dikaji. Penggunaan sub kategori yang terlalu banyak membuat perawat kewalahan terhadap data.

1) Pengkajian struktural

- a. Struktur internal, meliputi 5 sub kategori: (1). Komposisi keluarga. Hal yang perlu dikaji dalam kategori ini adalah anggota dan tipe keluarga, kepemilikan keluarga tentang anggotanya, perubahan dalam komposisi keluarga. Ada lima

hal penting dalam konsep keluarga, antara lain : keluarga adalah sistem atau unit, anggota bisa saling berhubungan atau tidak, dan bisa tinggal bersama-sama atau tidak, terdapat kehadiran anak atau tidak, memiliki komitmen dan ikatan diantara anggota keluarga untuk pencapaian tujuan masa depan, fungsi dari unit *caregiving*, meliputi proteksi, pemenuhan kebutuhan keluarga, dan makanan sosialisai dari anggota. (2). Jenis kelamin, merupakan kepercayaan /harapan mengenai perilaku dan pengalaman pria dan wanita. Kepercayaan tersebut berkembang karena budaya, agama dan pengaruh keluarga. Jenis kelamin sangat penting diketahui perawat karean perbedaan pengalaman laki-laki dan perempuan di dunia ini adalah inti komunikasi terapeutik. Pengkajian subkategori ini termasuk pandangan keluarga terhadap maskulinitas dan femininitas.(3). Urutan komposisi, yang dimaksud adalah posisi anak-anak dalam keluarga sesuai usia dan jenis kelamin. Poin penting dalam pengkajian subkategori ini adalah urutan kelahiran, jenis kelamin dan jarak kelahiran antara *sibling*.(4) Sub sistem, digunakan untuk menandai tingkat system diferensiasi keluarga. Keluarga menjalankan fungsinya melalui subsistem yang dimiliki. Masing-masing orang memiliki tingkatan kekuasaan dan penggunaan yang berbeda. Pengkajian subkategori ini meliputi adanya subgroup dalam keluarga serta pengaruhnya. (5). Batasan, berhubungan dengan peraturan “mendenifisikan siapa yang terlibat atau termasuk dan berapa banyak”. Sistem dan sub system keluarga memilki batasan, yang fungsinya untuk melindungi proses diferensiasi dari system atau sub system. Batasan-batasan itu cenderung berubah seiring waktu. Gaya atau jenis batasa keluarga dapat memfasilitasi atau bahkan memberikan ketidakleluasan dari fungsi keluarga. Batasan cenderung berubah seiring waktu.

- b. Eksternal. (1). Keluarga besar, adalah keluarga asli dan keluarga prokreasi generasi sekarang. Pengkajian dalam subkategori ini termasuk pentingnya keluarga inti dan pengaruhnya.(2). Sistem luas, mengacu pada agen-agen social dan personal yang memiliki hubungan berarti dengan keluarga. Seperti system yang umum secara luas meliputi, system kerja, dan untuk beberapa keluarga mencakup keselamatan atau kesejahteraan umum, keselamatan anak, perawatan perkembangan, dan klinik pengobatan untuk klien yang rawat jalan. Sistem secara luas juga didesain untuk populasi khusus. Dalam pengawasan klinik yang perlu diperhatikan adalah makna luas bagi keluarga.
- c. Konteks, dijelaskan sebagai situasi keseluruhan atau latar belakang yang relevan pada beberapa kejadian atau personalitas. Setiap sistem keluarga itu sendiri bersarang pada sistem yang lebih luas yaitu tetangga, kelas, bagian dan Negara dipengaruhi oleh sistem ini. (1). Etnik untuk konsep kebangsaan keluarga yang berasal dari kombinasi dari kebudayaan, ras dan agama. Etnis menjelaskan secara umum dari kesadaran dan ketidaksadaran proses yang ditransmisikan oleh keluarga keseluruhan dan selalu dikuatkan oleh komunitas yang ada disekelilingnya. Etnis adalah faktor penting yang mempengaruhi interaksi keluarga. Perbedaan etnis dalam keluarga dan pengaruhnya terhadap keluarga perlu dikaji. Perawat perlu mengetahui perbedaan nilai dan kepercayaan dalam keluarga. (2). Ras, dipengaruhi oleh diri individu dan identifikasi kelompok. Hal ini merupakan perluasan yang terdiri dari berbagai variabel seperti kelas, agama dan etnisitas. Tingkah laku rasisme, *stereotype*, dan bila hal tersebut tidak dapat dikenali maka akan berdampak negatif terhadap keeluasaan hubungan antara keluarga dan perawat.(3). Kelas sosial, ini terbentuk dari pendidikan yang dicapai,

penghasilan, dan pekerjaan. Pengelompokan kelas sosial berdasarkan nilai, gaya hidup dan perilaku yang berpengaruh pada interaksi keluarga. Kelas social juga berhubungan dengan system nilai dan kepercayaan. (4). Religi, ini mempengaruhi nilai, ukuran keluarga, pelayanan kesehatan dan praktek social. Spiritualitas adalah kepercayaan konvensional yang berpikir linier yang menyebabkan dan mempengaruhi pemikiran. Pengkajian untuk subkategori ini meliputi pengaruh agama dan aspek spiritual serta pengaruhnya terhadap perilaku kesehatan. (4). Lingkungan, meliputi aspek komunitas yang lebih luas, tetangga dan lingkungan rumah. Faktor lingkungan seperti area yang adekuat dan bersifat pribadi serta akses menuju sekolah, pelayan kesehatan, rekreasi dan transport umum yang mempengaruhi fungsi keluarga. Hal penting yang perlu dikaji adalah layanan masyarakat serta penggunaannya oleh keluarga dan pengaruhnya terhadap keluarga.

Alat pengkajian struktur :

Genogram dan *ecomap* adalah dua alat yang sangat membantu perawat dalam merencanakan struktur keluarga internal dan eksternal. Alat ini dikembangkan dalam pengkajian, perencanaan dan intervensi. (1). Genogram, adalah diagram susunan keluarga. Bagan genogram menggambarkan hubungan genetic dan bagan geneologi. Menggambarkan kurang lebihnya 3 generasi. Anggota keluarga digambarkan dengan garis horizontal, anak digambarkan dengan garis vertical, urutan posisi anak digambarkan dari kiri ke kanan dimulai dari yang paling tua, setiap individu di beri symbol sesuai jenis kelamin. Nama dan usia dicantumkan, jika dalam keluarga ada yang meninggal (dia pria/wanita) disimbolkan garis pada sudut symbol. (b). *Ecomap*, adalah diagram kontak keluarga dalam lingkungan. Tujuan *ecomap* adalah untuk menunjukkan hubungan

anggota keluarga dengan system yang lebih besar. *Ecomap* menunjukkan sebuah gambaran dari keluarga dalam situasinya : menggambarkan perhatian penting atau konflik hubungan anatar keluarga dan lingkungan.

Genogram dan *ecomap* dapat digunakan dalam semua setting perawatan kesehatan untuk meningkatkan kepedulian perawat pada seluruh keluarga dan interaksi keluarganya dengan system yang lebih besar dan keluarga besarnya (*extended family*)

2) Pengkajian *developmental*

Pengkajian development untuk memenuhi struktur keluarga, perawat perlu memahami siklus perkembangan kehidupan dari masing-masing keluarga. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, pengkajian *developmental* terdiri dari tugas dan kasih sayang dalam keluarga.

Dalam CFAM ddijelaskan tahapan siklus kehidupan keluarga, proses transisi emosional dan perubahan kedua yang selanjutnya terjadi. Isu ini dapat menyempurnakan tugas di setiap tahapan. Dalam usaha untuk menjelaskan keanekaragaman perkembangan keluarga, salah satu contoh tipe siklus kehidupan keluarga dalah *middle – class North American family life cycles*.

Tahapan dan tugas perkembangan *middle – class North American family life cycles* dalam *Calgary Family Assessment Model* terdapat 6 tahap (Wright & Leahay, 2009) : (1). Tahap meninggalkan rumah (Dimulainya Kehidupan Dewasa Muda). Tugas keluarga meliputi : memisahkan diri dari keluarga inti, mengembangkan hubungan intim dengan teman sebaya, mengembangkan diri dalam hubungan pekerjaan dan kebebasan finansial. (2). Menikah. Tugas keluarga yaitu : membentuk system keluarga / pernikahan, memantapkan hubungan dengan keluarga besar termasuk suami istri, merencanakan menjadi orang tua. (3).

Keluarga dengan anak muda. Tugas keluarga yaitu : pengaturan jarak anak / kelahiran, ikut serta dalam memandirikan anak, tugas financial dan rumah tangga, memantapkan hubungan dengan keluarga besar. (4). Keluarga dengan anak remaja. Tugas keluarga yaitu : perubahan dari hubungan orang tua – anak dengan mengizinkan remaja untuk diam di rumah / keluar, memfokuskan kembali kepada isu keluarga dari karir, memulai ikut terlibat dalam perawatan generasi tua. (5). Melepas anak. Tugas keluarga yaitu : merundingkan kembali mengenai pernikahan, perkembangan hubungan yang lebih dewasa antara anak dan orang tuanya, memantapkan hubungan mertua, mengurus kematian kakek / nenek. (6). Keluarga pada tahap akhir. Tugas keluarga yaitu : mempertahankan fungsi diri dan pasangan yang mengalami kemunduran fisiologis, tertarik kegiatan peran sosial, memberikan dukungan peran sentral generasi menengah, membuat ruangan yang mendukung lansia, adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, saudara dan mempersiapkan kematian.

3) Pengkajian fungsional

Lebih fokus terhadap bagaimana individu menjalani hubungan satu dengan yang lainnya.

- a. Instrumental, mengacu pada *activity daily living* (ADL) seperti : makan, tidur, memasak, melakukan pengobatan, mengganti pakaian dan sebagainya. Keluarga dengan masalah kesehatan merupakan masalah yang sangat penting. Aktifitas instrumental kehidupan sehari-hari biasanya lebih banyak, lebih sering terjadi, memiliki arti yang lebih besar karena sakitnya anggota keluarga.

- b. Ekspresif, mengacu pada 9 kategori : komunikasi emosional, komunikasi verbal, komunikasi non verbal, komunikasi sirkular, pemecahan masalah, peran, pengaruh, kepercayaan, aliansi / koalisi.

Kebanyakan keluarga telah menghadapi sebuah kombinasi antara masalah instrumental seputar perubahan balutan dan program latihan. Masalah ekspresif atau afektif mungkin berpusat pada peran atau penyelesaian masalah. Sebuah keluarga yang tidak menanggulangi masalah instrumental dengan baik, kemudian masalah ekspresif juga hampir selalu ada, bagaimanapun sebuah keluarga dapat menghadapi dengan baik masalah instrumental dan masih memiliki masalah ekspresif atau emosional. Perawat sangat penting untuk menggambarkan instrumental dari masalah ekspresif. Keduanya memerlukan penyelidikan dalam pengkajian keluarga dengan cermat.

Bentuk interaksi adalah tujuan utama dari kategori pengkajian fungsional. Keluarga secara jelas tersusun atas individu-individu, tetapi fokus dari pengkajian keluarga tidak hanya pada individu tetapi lebih pada interaksi seluruh anggota keluarga. Keluarga dilihat sebagai sebuah system interaksi anggota keluarga. Perawatan dalam memimpin pengkajian keluarga, berasumsi bahwa individu memiliki pemahaman terbaik dalam konteks social sekitar mereka.

Keterangan 9 kategori sebagai berikut :a). Komunikasi emosi. Sub kategori ini menunjukkan rentang dan tipe emosi atau perasaan yang diekspresikan atau ditunjukkan atau keduanya. Pada umumnya keluarga mengekspresikan spectrum luas perasaannya dari senang, sedih, sampai ke marah, dimana keluarga dengan kesulitan sering memiliki bentuk yang cukup kaku dalam rentang ekspresi emosional yang sempit. b). Komunikasi verbal, fokus pada hubungan yang diekspresikan oleh isi verbal, dan hanya secara tidak langsung dari makna kata.

c). Komunikasi non verbal, fokus pada variasi pesan non verbal dan para verbal pada saat anggotanya berkomunikasi. Pesan non verbal meliputi posisi tubuh, kontak mata, sentuhan, gesture dan seterusnya. Kedekatan atau jarak diantaranya anggota keluarga merupakan sebuah komunikasi non verbal yang penting. Para verbal meliputi gaya bahasa, nada bahasa, menagis, gagap dan lain-lain. Pengkajian perawat seharusnya menyertakan *timing* komunikasi non verbal yang digunakan.

d). Komunikasi sirkular, meliputi komunikasi timbal balik antar orang. Ini merupakan untuk isu hubungan. Komunikasi sirkular bersifat adaptif. e). Pemecahan masalah, merujuk pada kemampuan keluarga untuk memecahkan masalahnya sendiri dengan efektif. Hal ini penting untuk dikaji adalah siapa yang mengidentifikasi permasalahan pertama kali dan apakah dia berasal dari dalam atau luar keluarga, pola penyelesaian masalah keluarga. f). Peran, merujuk kepada pembangunan pola tingkah laku anggota keluarga. Peran adalah perilaku yang konsistensi pada sebuah situasi tertentu. Pesan bersifat tidak statis tetapi berkembang melalui interaksi individu dengan yang lain. Peran itu dipengaruhi orang lain, sanksi dan norma. Pesan yang formal adalah peran yang disetujui secara luas oleh masyarakat ada pada norma, misalnya peran ibu, suami dan anak. Peran yang informal berhubungan dengan pola pembentukan perilaku yang idiosinkratik pada sebagian individu, pada situasi tertentu. Hal penting yang perlu dikaji perawat adalah bagaimana anggota keluarga menguasai dan menjalankan perannya. g). Pengaruh, merupakan metode dalam mempengaruhi kebiasaan orang lain. Pengaruh atau *control instrument* adalah penggunaan objek atau hak sebagai imbalan (seperti uang, nonton TV, menggunakan computer atau telepon, permen, rekreasi dan lain-lain). Pengaruh psikologis adalah penggunaan komunikasi dan perasaan untuk mempengaruhi perilaku. Kontrol badaniah adalah

hubungan badan secara nyata misalnya pelukan, tamparan, dan lain-lain. Pengaruh positif maupun negatif terhadap keluarga sangat penting untuk dikaji. h). Kepercayaan adalah sesuatu yang mendasari ide, pendapat dan asumsi yang dimiliki individu dan keluarga. Kepercayaan dan perilaku memiliki hubungan yang sangat dekat.

Tabel 2.5 Kepercayaan tentang masalah kesehatan

A. Kepercayaan tentang :
a. Penyebab
b. Pengobatan
c. Prognosis
d. Peran professional <i>healthcare</i>
e. Peran keluarga
f. Derajat kontrol keluarga pada masalah kesehatan
b. Pengaruh keluarga pada masalah kesehatan
1. Penggunaan sumber :
a. Internal
b. Eksternal
2. Medikasi dan penatalaksanaan
c. Pengaruh masalah kesehatan pada keluarga
1. Respon klien terhadap penyakit
2. Respon anggota keluarga pada penyakit
3. Persepsi kesulitan / perubahan berhubungan dengan masalah kesehatan
d. Kekuatan berhubungan dengan munculnya masalah kesehatan
e. Perhatian berhubungan dengan munculnya masalah kesehatan

Sumber : Loraine M. Wright & Maureen Leahey, 2009

2.3.8 Model Intervensi Keluarga Calgary

Calgary Family Intervention Model (CFIM) adalah suatu kerangka kerja untuk mengkonsepkan persimpangan antara domain tertentu dari fungsi keluarga dan intervensi khusus yang ditawarkan oleh perawat. Elemen CFIM meliputi tiga domain yaitu : domain kognitif, afeksi, dan perilaku. Desain untuk beberapa domain untuk semua domain tapi perubahan pada satu domain bisa mempengaruhi domain lainnya.

Dari ketiga domain tersebut, perubahan yang mendalam dan akan cenderung bertahan adalah domain kognitif. Perubahan afektif dan perilaku dapat

diperantarai melalui perubahan pengetahuan. Kemampuan tenaga kesehatan dalam menggali permasalahan dan melakukan interaksi sangat mempengaruhi perubahan domain yang diinginkan, selain dari factor keluarga sendiri.

Ada banyak sekali intervensi kesehatan yang dapat dipilih, tetapi intervensi harus dibuat khusus untuk setiap keluarga dan sesuai dengan domain fungsi keluarga. Intervensi tertentu akan berbeda setiap keluarga walaupun mungkin ada juga kesamaannya. Perlu ditekankan bahwa setiap keluarga adalah unik. Dalam memberikan intervensi 1) Intervensi harus berkaitan dengan masalah kesehatan yang telah ditentukan oleh tenaga kesehatan dan keluarga dan keluarga telah melakukan kesepakatan dengan tenaga kesehatan untuk berupaya mengubahnya, 2) Intervensi seharusnya dimunculkan berdasarkan hipotesis tentang masalah dan domain fungsi keluarga, 3) Intervensi harus sesuai dengan gaya keluarga / *family style*, 4) Intervensi harus sesuai dengan kekuatan keluarga dan strategi solusi yang digunakan sebelumnya, 5) Intervensi harus konsisten dengan etnis dan agama / keyakinan keluarga, 6) Tenaga kesehatan seharusnya merencanakan beberapa intervensi yang dapat digunakan oleh keluarga, 7) Tidak ada satu intervensi yang paling benar, tetapi beberapa yang penting adalah kemanfaatannya dan keefektifannya, 8) Intervensi harus mempertimbangkan waktu dan semua anggota keluarga harus terlibat. Keberhasilan intervensi tergantung tahap awal (*engagement*) dan tahap pengkajian.

Perawatan dalam intervensinya hanya dapat memaparkan intervensi pada keluarga, bukan instruksi, mengatur, meminta atau memaksa pada satu bentuk perubahan tertentu. Perawat menggunakan model tersebut untuk menentukan domain fungsi keluarga yang perlu berubah dan selanjutnya menentukan intervensi yang paling tepat yang menjadi target dalam domain tersebut. Perawat mencari

input dari keluarga tentang intervensi apa yang paling bermanfaat secara kolaboratif, sebagai contoh jika masalah yang sudah diidentifikasi adalah kurangnya informasi, perawat dapat menentukan bahwa domain fungsi keluarga yang perlu diubah adalah domain kognitif. Perawat menawarkan intervensi seperti memberikan informasi perawat dapat membantu keluarga belajar cara yang lebih baik dalam mengatasi masalah.

Perawat perlu untuk mencoba beberapa intervensi, evaluasi berkelanjutan untuk keberhasilan intervensi. Hal ini bertujuan untuk menentukan ketepatan antara domain yang perlu diubah dan intervensi yang dipilih.

Tabel 2.6 CFIM : *Intersect* domain dari fungsi keluarga dan intervensi

Domain dari fungsi keluarga	Intervensi yang ditawarkan oleh perawat
Kognitif	Cocok atau efektif
Afektif	
Behavioral	

Sumber : Loraine M. Wright & Maureen Leahey, 2009

Intervensi Calgary yang dapat dilakukan perawat berdasarkan domain dari fungsi keluarga adalah :

1) Domain kognitif

Domain kognitif atau pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmojo, 2003). Tanpa pengetahuan, seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang ada internal (dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensia, minat, kondisi fisik) dan eksternal (dari luar diri, misalnya keluarga, masyarakat, sarana). Tingkatan domain pengetahuan yaitu : a). Tahu (*know*): Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu

materi yang telah dipelajari sebelumnya. b). Memahami (*comprehension*): Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. c). Aplikasi: Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya. d). Analisis: kemampuan untuk menjabarkan materi / objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu unsur struktur organisasi dan ada kaitannya. e). Sintesa: kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan baru. f). Evaluasi: kemampuan untuk melaksanakan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi.

Intervensi Calgary domain kognitif fungsi keluarga melalui memberi ide, pendapat, informasi tentang masalah / resiko kesehatan tertentu. Anggota keluarga mengubah perilaku komunikasi mereka pertama sangat bergantung pada persepsi mereka terhadap masalah. Perawat harus membantu keluarga untuk memperoleh pandangan yang berbeda tentang masalah mereka, apabila ada masalah. Topik penting yang lain untuk didiskusikan dengan anggota keluarga tentang perbedaan persepsi individu anggota keluarga tentang situasi yang memerlukan pengambilan keputusan, persepsi anggota keluarga mengenai suatu situasi seharusnya dipahami dan dipertimbangkan, guna menghindari upaya untuk membenarkan secara subyektif.

Langkah-langkahnya adalah : *commending family and individual strength*, menawarkan informasi / opini, *reframing*, menawarkan edukasi eksternalisasi masalah. Intervensi untuk mengubah domain kognitif: (1). Memberikan pujian keluarga dan kekuatan keluarga. Contoh :Keluarga anda sangat loyal / setia antara satu dengan yang lain”, atau “Anda sangat memuji anak anda hari ini . Dengan mengubah pandangan mereka tentang diri mereka sendiri, keluarga sering dapat

melihat masalah kesehatan yang berbeda dan dengan itu akan didapatkan arah solusi yang lebih efektif. (2). Menawarkan informasi / pendapat. Kebutuhan keluarga yang salah satu anggota keluarganya masuk rumah sakit, prioritas intervensinya adalah informasi seperti memberikan informasi tentang dampak penyakit kronis pada keluarga, memberi kuasa kepada keluarga untuk memperoleh sumber-sumber.

Media yang bisa digunakan dalam pemberian informasi antara lain: (1). *Leaflet* dan *pamphlet*: kertas berisi tulisan tentang masalah khusus dengan sasaran orang yang bisa membaca, terdiri 200-400 kata kadang berseling dengan gambar, ukuran 20x30 cm disajikan bentuk berlipat, biasanya diberikan saat atau setelah pemberian materi untuk memperkuat pesan yang diberikan. (2). *Booklet*: media berbentuk buku kecil berisi tulisan dan gambar atau keduanya, sasaran masyarakat yang bisa membaca. (3). *Flyer*: selebaran seperti *leaflet* tapi tidak terlipat. (4). *Flip chart*: Lembar balik seperti kalender balik bergambar, lembaran disusun sesuai urutan tertentu dan dibendel pada satu sisinya. Dibawah gambar, dituliskan pesan yang dapat dibaca dan digunakan untuk pertemuan kelompok dengan jumlah maksimal 30 orang (Efendi, 2009).

2). Domain efektif

Afektif atau sikap merupakan suatu reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Allport (1954) dalam Setiyorini, 2013. Sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan yaitu: 1). Menerima (*receiving*): bahwa orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan. 2). Merespon (*responding*): memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap. 3). Menghargai (*valuing*): Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau

mendiskusikan suatu masalah adalah indikasi sikap tingkat tiga. 4). Bertanggung jawab (*responsible*): Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Intervensi yang ditujukan untuk membantu keluarga yang memiliki respon emosi yang tinggi sehingga dapat menghentikan upaya penyelesaian masalah mereka. Intervensi yang dilakukan perawat dengan memvalidasi atau menormalisasi respon emosional, menganjurkan untuk mengungkapkan atau mendeskripsikan penyakit, menggambarkan dukungan keluarga.

Intervensi dalam area afektif diarahkan pada perubahan ekspresi emosi anggota keluarga baik dengan meningkatkan kemampuan maupun menurunkan tingkat komunikasi emosional atau memodifikasi emosional. Tujuan keperawatan spesifik, di dalam konteks kebudayaan keluarga, membantu anggota keluarga mengepresikan dan membagi perasaan mereka satu sama lain sehingga a) kebutuhan emosional mereka dapat disampaikan dan ditanggapi dengan lebih baik, b) terjadi komunikasi yang lebih selaras dan jelas, c) upaya penyelesaian masalah keluarga difasilitasi.

Intervensi untuk mengubah domain afektif : (1). Validasi dan normalisasi respon emosional. Kegiatan ini menghilangkan perasaan kesendirian / terisolasi anggota keluarga dan menjadi alat penghubung antara anggota satu dengan anggota lain. (2). Menceritakan pengalaman sakit. Melalui komunikasi petugas kesehatan dapat menciptakan lingkungan yang terapeutik sehingga anggota akan terbuka untuk menceritakan perasaan ketakutan, kemarahan, kesedihan, dan pengalaman tentang penyakit kita. (3). Memberikan dukungan keluarga. Mengajak anggota keluarga untuk mendengarkan keprihatinan dan perasaan anggota keluarga yang lain,

bermanfaat ketika ada anggota keluarga yang meninggal, dan satu dengan yang lain saling memberikan support.

Strategi diarahkan untuk membantu anggota keluarga untuk berinteraksi / berperilaku secara berbeda antar satu dengan yang lain serta dengan orang lain di luar keluarga. Area intervensi perubahan perilaku, bukannya mencari penyebab yang melatar belakangi dan alasan munculnya masalah tetapi menayakan tentang apa permasalahan yang dihadapi. Perawat menolong anggota keluarga cara komunikasi baru yang lebih sehat, ia juga akan membantu anggota keluarga untuk mengubah persepsi mereka atau membangun realitas tentang suatu situasi.

Intervensi pendidikan kesehatan dan konseling dirancang untuk mengubah komunikasi keluarga meliputi : mengidentifikasi keinginan perubahan perilaku spesifik anggota keluarga dan menyusun rencana kolaborasi untuk suatu perubahan; mengakui, mendukung dan membimbing anggota keluarga ketika mereka mulai mencoba untuk berkomunikasi secara jelas dan selaras; memantau perubahan perilaku yang telah menjadi sasaran sejak pertemuan dahulu. Menanyakan perilaku komunikasi yang baru, dan apakah ada masalah yang terjadi serta jika mereka mempunyai pertanyaan atau hal penting tentang perubahan tersebut.

3). Domain perilaku

Tindakan (*practice*) merupakan suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan factor pendukung / suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas dan faktor dukungan (*support*). Tindakan ini mempunyai beberapa tingkatan yaitu: 1). Persepsi (*perception*): Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil (merupakan tindakan tingkat

pertama). 2). Respon terpimpin (*guide response*): Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh (merupakan indikator tindakan tingkat dua). 3). Mekanisme (*mechanism*): Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis. 4). Adopsi (*adoption*): adalah suatu tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

Sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam dirinya terjadi proses berurutan yakni :1). Kesadaran (*awareness*) : Orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus. 2). Tertarik (*interest*) : Orang mulai tertarik dengan stimulus. 3) Evaluasi (*evaluation*) : Menimbang-nimbang dengan baik / tidaknya stimulus tersebut bagidirinya, hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi. 4). Mencoba (*trial*) : Orang telah mulai mencoba perilaku baru 5). Menerima (*adoption*) : subjek telah berperilaku sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Intervensi Calgary kepada keluarga dapat dilakukan dengan:

(1). Perawat mengundang beberapa atau seluruh anggota keluarga penjelas tentang tugas yang harus dikerjakan / perilaku khusus.

(2).Keluarga melaksanakan kegiatan rutin yang tidak bertentangan dengan perilaku kesehatan disarankan untuk tetap dilakukan agar hubungan antar keluarga tetap terjaga.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL &
HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian *pra experiment* dengan desain penelitian *one group pre test - post test design*. Pada desain ini melibatkan satu kelompok subjek yaitu kelompok subyek diobservasi sebelum melakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi. Kesimpulan hasil penelitian diperoleh dengan cara membandingkan data *pretest-posttest* pada kelompok perlakuan (Dharma, 2011).

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) tentang pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* pada anak usia sekolah (*one group pre test - post test design*)

Kelompok	Pretest	Perlakuan	Posttest
Kelompok perlakuan	O1	X	O2

(Dharma, 2011)

Keterangan :

- O1 : Observasi awal (*pretest*) pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* pada anak usia sekolah kelompok perlakuan
- O2 : Observasi akhir (*posttest*) pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* pada anak usia sekolah kelompok perlakuan
- X : Perlakuan/Eksperimen berupa pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM)

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah orangtua yang memiliki anak klas IV (20 orang) dan V (24 orang) yang sedang menempuh pendidikan di SDN. Jatirejoyoso Kepanjen.

4.2.2 Sampel

Pada penelitian ini sampel yang diambil adalah sebagian orang tua yang memiliki anak usia sekolah kelas IV dan V. Sampel terdiri dari kelompok perlakuan. Alasan dipilih kelas IV dan V karena rentang usia sekolah 10-12 tahun: 1). Menurut teori perkembangan moral Kohlberg (1968) anak sudah masuk dalam tahap moral (konvensional) dimana kesadaran diri anak sudah mulai tumbuh sehingga kontrol perilaku sudah didapat dari dalam diri anak, anak juga mulai peduli akan pemeliharaan dan pengharapan keluarga. 2). Berdasarkan teori perkembangan kognitif sudah masuk tahap *konkrit operasional*, anak usia sekolah sudah mampu memahami masalah konkrit, dapat memahami alasan dan mulai berpikir rasional. Dalam penelitian ini tidak dipilih kelas VI karena anak sudah masuk ke tahap perkembangan *formal operasional* (sudah mampu berpikir rasional lebih baik dibandingkan tahap sebelumnya) serta kelas VI dalam persiapan ujian sehingga dikhawatirkan mengurangi keleluasaan peneliti dalam mencari waktu yang tepat untuk proses penelitian. 3). Fase *middle childhood*, anak usia sekolah 10-12 tahun sudah mampu membangun perilaku yang sehat dan pencapaian kemandirian, sehingga *self care agency* dalam pencegahan *food borne disease* bisa diukur.

Penentuan sampel berdasar kriteria inklusi sebagai berikut: keluarga inti, anak tinggal bersama orangtua, keluarga yang dapat membaca dan menulis, bersedia berpartisipasi dalam penelitian, ibu sebagai *food handler* utama, suku Jawa. Sedangkan kriteria eksklusi: Terdapat keterbatasan baik fisik, mental atau kognitif yang dapat mengganggu penelitian (contoh: gangguan penglihatan (buta), pendengaran (tuli), dan *dimensia*), Tidak dapat mengikuti secara penuh saat

pelaksanaan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) dengan berbagai alasan (*drop out*)

4.2.3 Besar sampel dan teknik pengambilan sampel

Dalam penelitian ini jumlah sampel adalah 35 orang mahasiswa dengan rincian sebagai berikut: Jumlah siswa kelas IV sebanyak 17 orang dan kelas V sebanyak 18 orang. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini secara *Purposive Sampling*, yaitu pemilihan sampel berdasarkan kriteria yang ditentukan oleh peneliti.

Pertama kali peneliti mencari data angka kejadian *food borne disease* usia sekolah yang terdapat di Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, disana terdapat 39 puskesmas. Kemudian dilakukan pemilihan berdasar rekomendasi dari Dinas kesehatan untuk diambil Puskesmas Kepanjen karena merupakan Puskesmas perawatan dan pelaksanaan program PHBS (Perilaku Hidup Bersih Sehat) yang baik. Pemilihan sekolah dasar berdasarkan skor pedoman PHBS tatanan institusi pendidikan wilayah kerja Puskesmas Kepanjen tahun 2014, didapatkan SDN Jatirejoyoso sebagai skor PHBS terendah dari 53 sekolah dasar di kecamatan Kepanjen.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel penelitian

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel, yaitu variabel *independent* (bebas) dan variabel *dependent* (tergantung). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM). Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* pada anak usia sekolah.

4.3.2 Definisi operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) tentang pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* pada anak usia sekolah

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Instrumen	Skor	Jenis Data
Variabel penelitian (intervensi <i>Calgary Family Intervention Model</i>)	Intervensi dengan pendekatan keluarga pada ranah kognitif,afektif dan psikomotor yang ditujukan pada pengetahuan,sikap dan praktik dalam pencegahan <i>food borne disease</i> melalui kunjungan rumah dalam bentuk pendampingan sebanyak 4x dengan metode ceramah,diskusi,video dan demonstrasi ketrampilan	Materi yang diberikan yaitu: Pertemuan-1: -Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP) -Pengkajian CFAM (<i>Calgary Family Assessment Model</i>) Pertemuan ke-2: Hasil Pengkajian CFAM Konsep dasar <i>Food borne disease</i> -pengertian <i>food borne disease(FBD)</i> -klasifikasi dan etiologi FBD -Patogenesis FBD Pertemuan ke-3: Pencegahan <i>food borne disease</i> : 1.kebersihan diri a.mencuci tangan dengan sabun dan kebersihan kuku	SAP Buku panduan (<i>Booklet</i>). Lembar catatan kunjungan rumah. Waktu 4x pertemuan dilakukan dengan kunjungan rumah,tiap pertemuan 50menit.metode diskusi, demonstrasi,menonton video. Responden diberi kebebasan untuk mengekspresikan pengalaman dalam pencegahan <i>food borne disease</i> , bila ada kesenjangan akan dikoreksi dan dimotivasi dalam melakukan pencegahan <i>food borne disease</i>	-	-

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Instrumen	Skor	Jenis Data
		<p>2.Kebersihan makanan/minuman berdasarkan 5 kunci keamanan pangan (WHO, 2004)</p> <p>a.jaga kebersihan</p> <p>b.pisahkan makanan mentah dan matang</p> <p>c.masak dengan benar</p> <p>d.jaga pada suhu aman</p> <p>e. bahan baku yang aman</p>			
		<p>3.kesehatan lingkungan:</p> <p>a.jamban bersih</p> <p>b.membuang tempat sampah pada tempatnya</p> <p>c.sumber air bersih</p>			
		<p>Pertemuan ke-4: -<i>self care agency</i> (kemandirian) anak dalam melakukan perilaku hidup bersih sehat (mencuci tangan dan kebersihan kuku, konsumsi jajanan sehat, jamban bersih, membuang</p>			

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Instrumen	Skor	Jenis Data
		sampah pada tempatnya -kesimpulan hasil pengkajian keluarga dan kemampuan yang bisa dikuasai oleh keluarga dalam pencegahan <i>food borne disease</i>	Kuisisioner (diadaptasi dari <i>Australian food safety standards</i>)	Benar=1 Salah=0 Baik= $x \geq \text{median}$ Kurang= $x < \text{median}$	Ordinal
Variabel <i>dependen</i> : Pencegahan <i>food borne disease</i> ranah Pengetahuan	Kemampuan keluarga dalam menjawab pertanyaan yang berkaitan dengan pencegahan <i>food borne disease</i>	Pengetahuan ini tentang: pengertian <i>food borne disease (FBD)</i> -klasifikasi dan etiologi FBD -Patogenesis FBD -Pencegahan <i>food borne disease</i> : 1.kebersihan diri a.mencuci tangan dengan sabun 2.Kebersihan makanan/minuman berdasarkan 5 kunci keamanan pangan (WHO, 2004) a.jaga kebersihan b.pisahkan makanan mentah dan matang c.masak dengan benar			

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Instrumen	Skor	Jenis Data
Pencegahan <i>food borne disease</i> ranah Sikap	Penilaian keluarga yang berkaitan dengan pencegahan <i>food borne disease</i>	d.jaga pada suhu aman e. bahan baku yang aman 3.kesehatan lingkungan: a.jamban bersih b.membuang tempat sampah pada tempatnya c.sumber air bersih	Kuisisioner	Pernyataan <i>favorable</i> : Sangat Tidak setuju (STS)=1 Tidak setuju (TS)=2 Setuju (S)=3 SangatSetuju (SS)=4 Pernyataan <i>unfavorable</i> : Sangat Tidak setuju (STS)=4 Tidak setuju (TS)=3 Setuju (S)=2 SangatSetuju (SS)=1 Positif jika nilai T \geq 50 Negatif jika nilai T < 50	Ordinal

P - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Instrumen	Skor	Jenis Data
Pencegahan <i>food borne disease</i> keluarga dalam Pencegahan ranah Praktik <i>food borne disease</i>	Kegiatan yang dilakukan keluarga dalam Pencegahan <i>food borne disease</i>	Praktek orang tuadalam Pencegahan <i>food borne disease</i> : 1.kebersihan diri a.mencuci tangan dengan sabun 2.Kebersihan makanan/minuman berdasarkan 5 kunci keamanan pangan (WHO, 2004) a.jaga kebersihan b.pisahkan makanan mentah dan matang c.masak dengan benar d.jaga pada suhu aman e. bahan baku yang aman 3.kebersihan lingkungan: a.jamban bersih b.membuang tempat sampah pada tempatnya c.sumber air bersih	Lembar observasi dan wawancara (diadaptasi <i>Australian food safety standards</i>)	Ya=1 Tidak=0 Baik= $x \geq$ median Kurang= $x <$ median	Ordinal
<i>Self care agency</i> anak	Aktivitas kemandirian anak dalam pencegahan <i>food borne disease</i> sesuai indikator	a.mencuci tangan dengan sabun 6 langkah 6 langkah (WHO, 2005)	Lembar observasi dan wawancara	Dilakukan=1 Tidak =0	Ordinal

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Instrumen	Skor	Jenis Data
	PHBS (Depkes 2008), diukur setelah 4 tahap CFIM	b.konsumsi jajanan sehat di kantin c.jamban bersih d.membuang tempat sampah		Klasifikasi: Baik= $x \geq$ median Kurang= $x <$ median	

4.4 Instrumen Penelitian dan Uji Instrumen

4.4.1 Instrumen penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1). Kuisisioner data demografi

Data demografi terdiri dari data orang tua (ayah dan ibu) dan data anak, data orang tua meliputi: nama, jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan. Data anak meliputi nama anak, usia

2). Kuisisioner pengkajian keluarga Calgary (CFAM)

Pengkajian struktural terdiri dari suku, tipe keluarga, jumlah anggota keluarga, agama, penghasilan. Pengkajian perkembangan keluarga meliputi tahap perkembangan keluarga, hubungan antar anggota keluarga, hubungan keluarga dengan system luar, lingkungan rumah yang berhubungan dengan *food borne disease*. Pengkajian fungsional meliputi *Activity Daily Living* (ADL) keluarga dalam pencegahan *food borne disease*, cara pemecahan masalah, penanggung jawab anak sakit, keyakinan kondisi anak, pola komunikasi antar anggota keluarga, pengambil keputusan dalam keluarga.

3). Kuisisioner pengetahuan, sikap dan praktek pencegahan *food borne disease*

Sebelum digunakan, instrumen diuji cobakan terlebih dahulu untuk mengetahui tingkat validitas (kesahihan) dan reliabilitas (keajegan) instrumen yang digunakan. Tingkat validitas diuji dengan korelasi *product momen Pearson*, sedangkan reliabilitasnya diuji dengan *Cronbach alpha*.

4). Instrumen *self care agency* anak

Instrumen yang digunakan berupa ceklist lembar observasi. Kategori dibagi menjadi mandiri, memerlukan bantuan dan tergantung (Nursalam, 2013).

4.4.2 Uji coba Instrumen

1) Uji validitas

Validitas menunjuk kepada sejauh mana alat pengukur itu mengukur apa yang dimaksudkan untuk diukur. Menurut Dharma (2011) uji validitas dapat menggunakan uji korelasi dengan cara membandingkan antara skor setiap pernyataan dengan skor totalnya. Uji korelasi yang digunakan adalah *Pearson Product Moment* dengan membandingkan nilai *p value* dengan α (0,05). Jika *p value* $< \alpha$ (0,05) maka pernyataan dikatakan valid.

2) Uji reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan kejelasan seandainya alat pengukur yang sama itu digunakan oleh orang yang sama dalam waktu yang berlainan atau digunakan oleh orang yang berlainan dalam waktu yang bersamaan ataupun berlainan, yang secara implisit juga mengandung objektivitas. Tingkat reliabilitas umumnya dinyatakan dalam bentuk koefisien korelasi. Nilai koefisien korelasi 1 (satu) menunjukkan reliabilitas sempurna, dan nilai 0 (nol) menunjukkan tidak reliabel. Untuk instrumen yang sudah dikembangkan dengan baik, tingkat koefisien korelasi yang bisa diterima adalah 0,80. Untuk instrumen yang baru dikembangkan, nilai reliabilitas 0,70 masih dianggap reliabel (Dahlan, 2012).

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama 4 minggu melalui kunjungan rumah ke keluarga dengan anak usia sekolah kelas V SDN. Jatirejoyoso Kepanjen dan PHBS anak di sekolah SDN. Jatirejoyoso Kepanjen . Berikut ini adalah jadwal penelitian yang akan dilakukan.

Tabel 4.3 Jadwal Penelitian Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) tentang pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* pada anak usia sekolah

No	Kegiatan	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
1	Pengumpulan bahan dan materi	■						
2	Studi pendahuluan		■					
3	Pengajuan usulan penelitian		■	■				
4	Ujian proposal dan revisi proposal			■				
5	Uji kelaikan etik dan revisi				■	■		
5	Pelaksanaan penelitian					■	■	
6	Analisa data dan penyusunan hasil						■	■
7	Ujian hasil							■
8	Revisi dan pengumpulan tesis							■

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

Tahap persiapan :

- 1) Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan ijin kepada Kepala Bakesbangpol (Badan Kesatuan bangsa dan Politik) Kabupaten Malang dengan tembusan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang , Puskesmas Kapanjen dan Kepala Sekolah SDN. Jatirejoyoso Kapanjen melalui surat pengantar dari Dekan Fakultas Keperawatan.
- 2) Setelah mendapatkan ijin dan mendapatkan surat pengantar, peneliti melakukan koordinasi dengan Kepala Sekolah kemudian mulai melakukan pengumpulan data responden sesuai teknik sampling yang ditentukan dan alamat lengkap untuk dilakukan kunjungan rumah.

- 3) Peneliti memberikan *informed consent* dan lembar persetujuan menjadi responden.

Tahap pelaksanaan :

- 1) Penelitian dilakukan selama 4 minggu (4 kali pertemuan). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Siu (2006) perubahan perilaku dapat dilihat segera setelah pelaksanaan suatu intervensi dan dapat dilihat setelah 1-2 minggu setelah pelaksanaan intervensi.
- 2) Penelitian diawali dengan pengisian kuesioner tentang data demografi atau data umum responden pada kelompok perlakuan serta *pre-test* untuk pencegahan *food borne disease* (ranah pengetahuan, sikap dan praktik keluarga) dan *self care agency* anak.
- 3) Peneliti melaksanakan intervensi pendekatan CFIM pada kelompok perlakuan sebanyak 4 kali selama 4 minggu. Masing-masing sesi dilakukan selama 50 menit dengan metode ceramah, diskusi, konseling, demonstrasi, menonton video. Ceramah dengan rata-rata waktu 20 menit dan sesi diskusi 30 menit. Dalam setiap sesi dapat langsung diberikan intervensi domain kognitif, afektif dan psikomotor. Keluarga dipersilahkan bertanya jika ada yang belum jelas dan mendiskusikan kemungkinan hambatan yang ditemui saat penerapan pencegahan *food borne disease*
- 4) Kegiatan intervensi dibagi 4 pertemuan yaitu:
Sesi ke-1: Melakukan BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya) dan melakukan pengkajian keluarga (*Calgary Family Assessment Model*).
Sesi ke-2: Menjelaskan hasil pengkajian keluarga (*Calgary Family Assessment Model*) dan menjelaskan konsep *food borne disease* melalui pemberian informasi dan opini (*reframing*) dan memberikan pujian terhadap keluarga

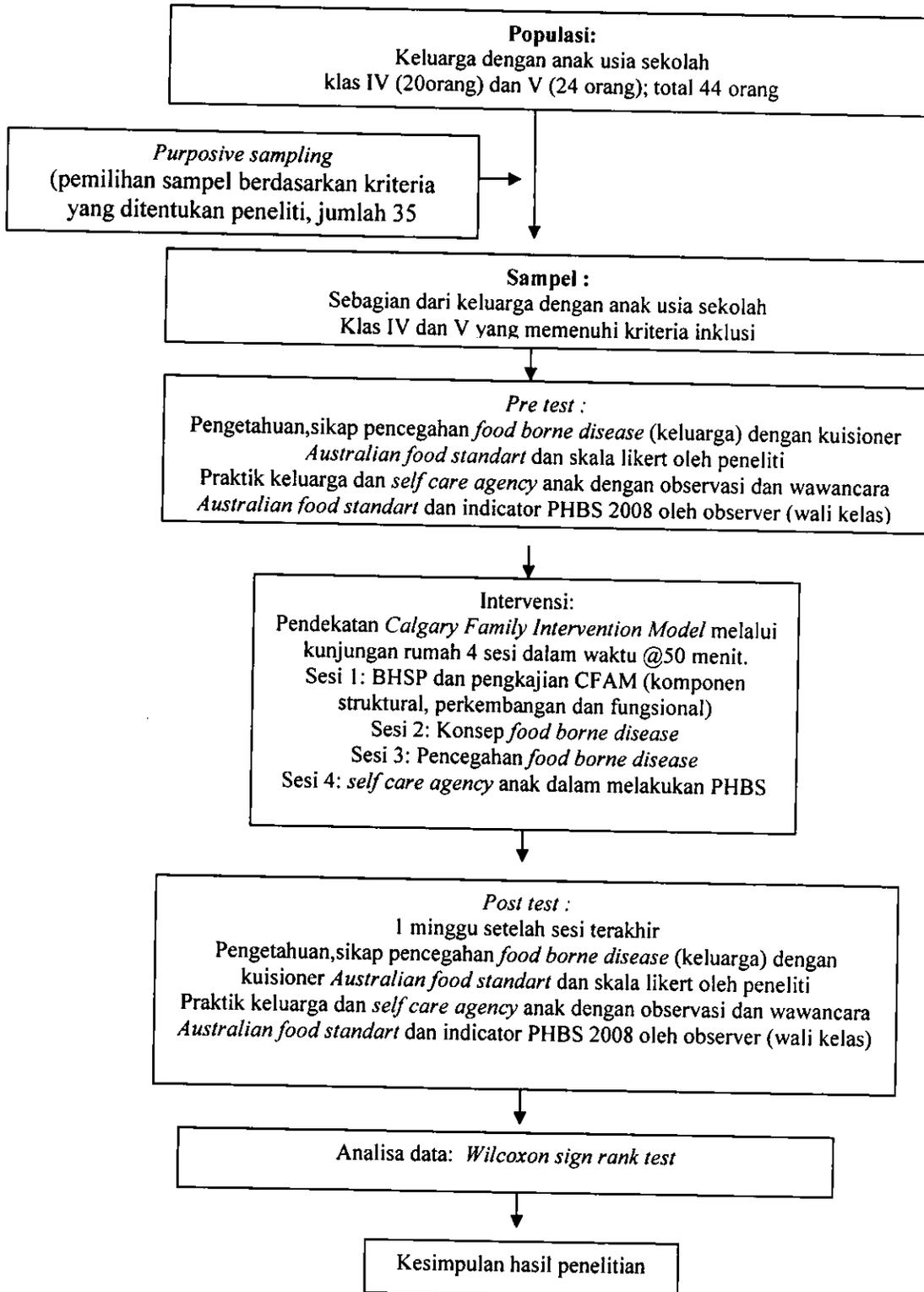
terhadap kekuatan yang dimiliki (*commending family and individual strength*).

Sesi ke-3: Menjelaskan cara pencegahan *food borne disease*, bisa dilakukan dengan validasi terhadap pencegahan yang telah dilakukan, menceritakan pengalaman sakit dan mengumpulkan anggota keluarga yang lain untuk saling memberikan dukungan.

Sesi ke-4: Menjelaskan tentang perilaku hidup bersih dan sehat anak dalam mencegah *food borne disease* melalui pemberian informasi dan opini (*reframing*) dan pemberian motivasi terhadap kekuatan keluarga (*commending family and individual strength*).

- 5) Pelaksanaan dilakukan melalui kunjungan rumah 5 responden/hari, sehingga dalam 1 minggu (7 hari) seluruh responden mendapat intervensi 1 kali. Waktu sesuai dengan kontrak sebelumnya.
- 6) Data *pre test* dan *post test* melalui instrument yang terkumpul dilakukan analisis dan diolah
- 7) Pengambilan data melalui observasi dan wawancara dilakukan oleh orang lain yang sudah disosialisasikan sebelumnya oleh peneliti (wali kelas IV dan V), observasi sebanyak 3 responden/hari dalam 1 minggu (6 hari).

4.7 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) tentang pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* pada anak usia sekolah

4.8 Pengolahan dan Analisa Data

4.8.1 Pengolahan data

Kegiatan pengolahan data meliputi: memeriksa data yang terkumpul dan koreksi kelengkapan instrumen (*editing*), memberi kode untuk mempermudah pengolahan data (*coding*), dan menyusun data agar mudah dianalisis (*tabulating*).

4.8.2 Analisa data

1) Analisis deskriptif

Analisa ini digunakan untuk mendeskripsikan karakter responden dan variabel penelitian. Variabel yang berbentuk kategorik (jenis kelamin, kelas) disajikan dalam bentuk proporsi. Variabel yang berbentuk numerik (umur) disajikan berupa nilai tendensi sentral dalam bentuk mean, median, modus.

2) Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang digunakan adalah *Wilcoxon test*. Analisis menggunakan bantuan *soft ware* SPSS. Hipotesis alternatif diterima jika $p < 0,05$.

4.9 Masalah Etika

1) *Informed Consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian, setelah responden setuju harus menandatangani surat persetujuan. Peneliti tidak akan memaksa jika responden menolak diteliti.

2) *Anonymity* (tanpa nama)

Nama responden dalam kuisioner ditulis dengan inisial atau kode, hal ini untuk menjaga kerahasiaan dan privasi dari masing-masing responden.

3) *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang diperoleh dari responden dijamin oleh peneliti.

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

Pada bab ini menguraikan tentang hasil penelitian, yang meliputi gambaran umum lokasi penelitian, data demografi responden, data anak, pengkajian keluarga Calgary dan data khusus penelitian mengenai pengetahuan, sikap, praktik keluarga serta *self care agency* (kemandirian) anak dalam pencegahan *food borne disease*. Data yang disajikan dalam bentuk diagram batang dan *scatter*.

5.1 Gambaran umum penelitian

5.1.1 Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan pada keluarga dengan anak sekolah dasar kelas IV dan V. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat siswa dilakukan di SDN Jatirejoyoso, alamat Jl.Nusa 04 Jatirejoyoso Kepanjen Malang. Gedung SDN Jatirejoyoso terdiri 1 lantai dengan batas wilayah sebelah utara dan selatan adalah perumahan penduduk, sebelah barat dan selatan berbatasan dengan sungai.

Sarana yang ada di SDN Jatirejoyoso antara lain 6 ruang kelas, 1 ruang kepala sekolah, 1 ruang guru, UKS, perpustakaan, tempat parkir kendaraan dan lapangan olah raga. Kegiatan penyuluhan kesehatan UKS dari Puskesmas Kepanjen sudah dilakukan di semua sekolah dalam wilayah kerja puskesmas ini, termasuk SDN. Jatirejoyoso Kepanjen Malang. Sarana kebersihan ada sapu, 3 kamar mandi/WC siswa (tidak dibedakan antara kamar mandi laki-laki dan perempuan), 1 kamar mandi guru, sarana cuci tangan berupa 3 kran air mengalir, tempat sampah setiap kelas, sedangkan kantin sekolah belum disediakan. Siswa sebagian besar tidak membawa bekal, namun banyak penjual makanan dari luar yang menjual jajanan saat istirahat sekolah. Sampai saat ini belum ada peraturan dari pihak sekolah untuk melarang pedagang masuk

halaman sekolah sehingga siswa bebas untuk membeli makanan. Jenis makanan bervariasi seperti makanan kemasan pabrik dan tanpa kemasan seperti pentol, gorengan, es dan lain-lain. Disekitar tempat jualan cukup banyak sampah plastik dan bungkus jajan berserakan. Namun ada petugas kebersihan sekolah yang membersihkan sampah tersebut dan membuangnya dengan cara dibakar di belakang sekolah.

5.1.2 Proses penelitian

Populasi 40 keluarga dengan anak usia sekolah, yang menjadi responden penelitian sebanyak 35 siswa. Jumlah siswa kelas IV sebanyak 17 orang dan kelas V sebanyak 18 orang. Kriteria inklusi sebagai berikut: keluarga inti, anak tinggal bersama orangtua, keluarga yang dapat membaca dan menulis, bersedia berpartisipasi dalam penelitian, ibu sebagai *food handler* utama. Siswa yang tidak bisa menjadi responden sebanyak 5 orang karena tidak tinggal bersama orang tua (3 orang) dan sisanya karena keluarga tidak utuh (orangtua bercerai/meninggal). Selama penelitian berlangsung tidak ada responden yang mengalami *drop out*.

Intervensi melalui kunjungan rumah pada 15 Maret sampai 11 April 2015 (4 minggu), dilakukan di desa Jatirejoyoso yang tersebar dalam 4 dukuh yaitu: dukuh Dawuhan, Balong, Mergosingo, Wonoayu. *Post test* dan observasi dilakukan 1 minggu setelahnya yaitu 13-18 April 2015 kemudian dilanjutkan proses tabulasi dan pengolahan data. Intervensi pendekatan CFIM sebanyak 1 kali seminggu selama 4 kali, setiap sesi sekitar 50 menit dengan metode ceramah, diskusi, konseling, demonstrasi, menonton video cuci tangan. Ceramah sekitar 20 menit dan sisanya diskusi dan keluarga dipersilahkan bertanya jika ada yang belum jelas.

Sesi ke-1 (15-21 Maret 2015): Melakukan BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya) dan melakukan pengkajian keluarga (*Calgary Family Assessment Model*), pengisian kuesioner data umum dan *pre-test* tentang pencegahan *food borne disease*. Sesi ke-2 (22-28 Maret 2015):

Menjelaskan hasil pengkajian keluarga dan menjelaskan konsep *food borne disease* menggunakan media *booklet*. Sesi ke-3 (29 Maret-4 April 2015): Menjelaskan cara pencegahan *food borne disease*. Sesi ke-4 (5-11 April 2015): Menjelaskan tentang perilaku hidup bersih dan sehat pada anak. Pelaksanaan dilakukan melalui kunjungan rumah 5 responden/hari, sehingga dalam 1 minggu (7 hari) seluruh responden mendapat intervensi 1 kali dengan waktu sesuai dengan kontrak sebelumnya. Pengambilan data melalui observasi dan wawancara dilakukan oleh orang lain yang sudah disosialisasikan sebelumnya oleh peneliti yaitu wali kelas IV dan V, observasi sebanyak 3 responden/hari dalam 1 minggu (6 hari).

5.2 Karakteristik Data Umum

5.2.1 Distribusi data umum keluarga

Diagram 5.1 Distribusi data umum keluarga dengan anak usia sekolah klas IV dan V SDN. Jatirejoyoso Kapanjen bulan Maret-April 2015

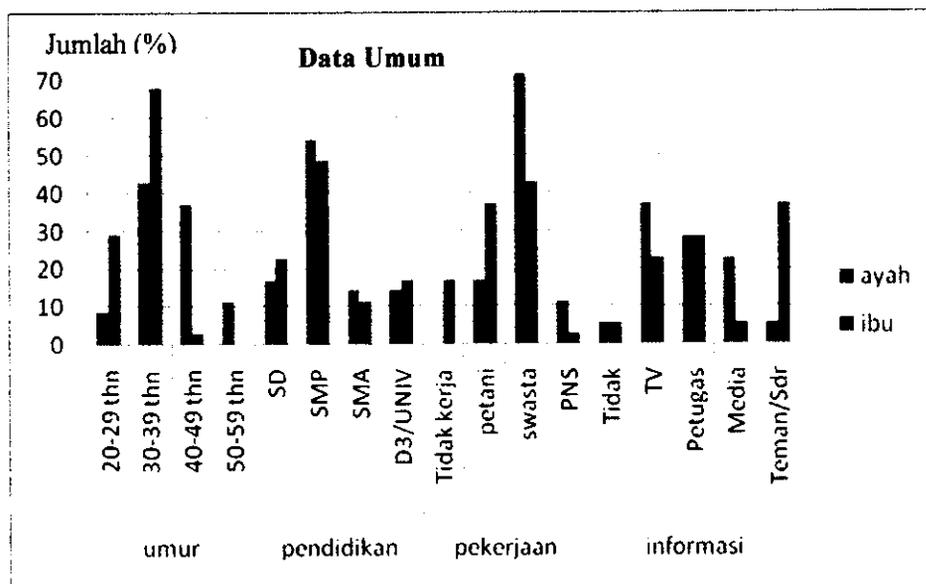


Diagram 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar usia 30-39 tahun, ayah sebanyak 15 orang (42.9%) dan ibu sebanyak 24 orang (68.1%). Pendidikan terakhir ayah dan ibu sebagian besar adalah SMP sebanyak 19 orang (54.3%) dan 17 orang (48.7%). Pekerjaan sebagian besar adalah

swasta untuk ayah dan ibu sebanyak 25 orang (71.5%) dan 15 orang (42.9%). Sebagian besar responden pernah mendapat informasi (94.3%), sumber informasi dari petugas kesehatan (saat berobat ke pelayanan kesehatan) tentang kebersihan diri (mencuci tangan) dan kebersihan lingkungan tapi tidak termasuk kebersihan makanan (28.6%). Kebersihan lingkungan tentang pentingnya jamban dan kebersihan sekitar (buang sampah pada tempatnya). Petugas kesehatan yang menjadi sumber informasi tidak ada yang melakukan kunjungan rumah. Sumber informasi dari kegiatan lain berupa PKK tentang informasi kesehatan lingkungan: cara pemilahan sampah dan menjual sampah yang bisa di daur ulang.

5.2.2 Data anak

Diagram 5.2 Distribusi data anak usia sekolah klas IV dan V SDN. Jatirejoyoso Kepanjen bulan Maret-April 2015

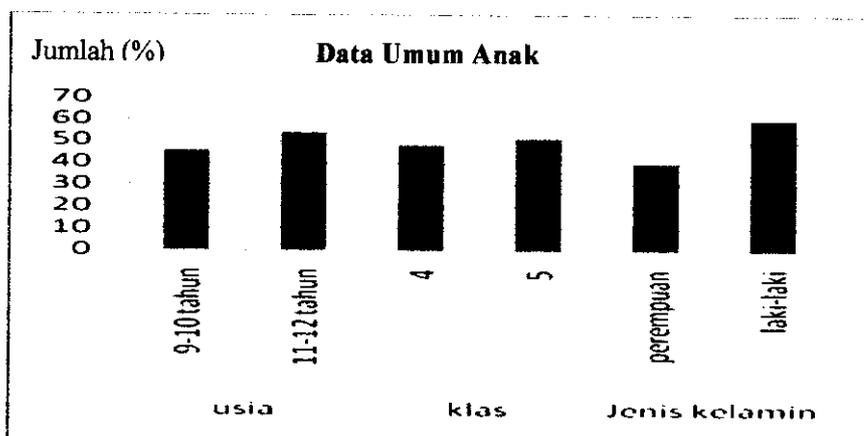


Diagram 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar anak usia sekolah yaitu usia 11-12 tahun sebanyak 19 orang (54.3%). Klas V sebanyak 18 orang (51.4%) dengan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki sebanyak 21 orang (60%).

5.2.3 Pengkajian keluarga Calgary

Pengkajian Calgary ini terdiri dari komponen struktural, perkembangan dan fungsional.

Diagram 5.3 Distribusi pengkajian struktural keluarga Calgary pada keluarga dengan anak usia sekolah klas IV dan V SDN. Jatirejyoso Kepanjen bulan Maret-April 2015

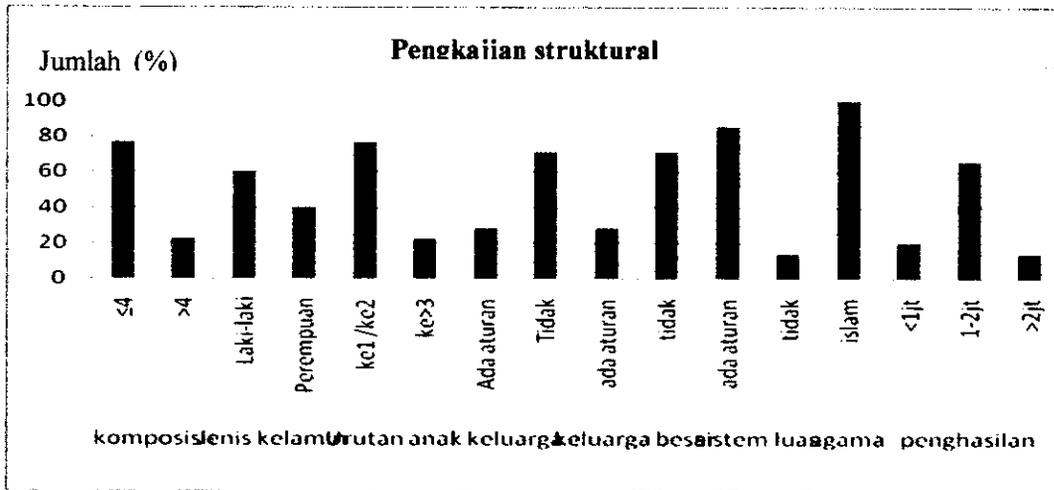
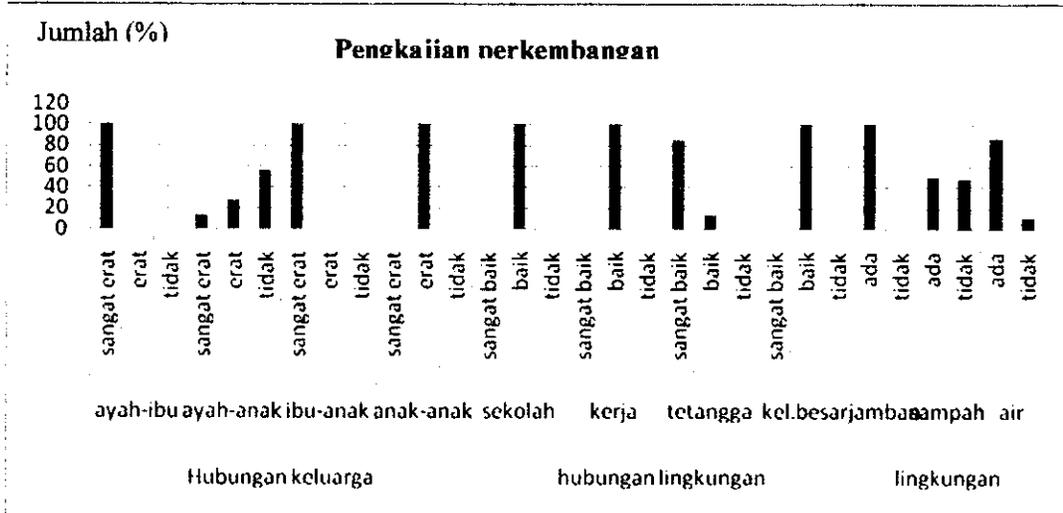


Diagram 5.3 diatas menunjukkan hasil pengkajian komponen struktural yang terdiri dari: jumlah anggota keluarga inti, jenis kelamin, urutan posisi anak, batasan keluarga, keluarga besar, sistem lebih luas, agama, penghasilan. Jumlah anggota keluarga inti sebagian besar ≤ 4 orang (ayah, ibu, anak) sebanyak 27 orang (77.1%). Jenis kelamin: tidak ada perbedaan harapan keluarga terhadap kebiasaan pencegahan *food borne disease*, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (60%). Urutan posisi anak ke-1 atau ke-2 sebanyak 27 orang (77.1%).

Batasan keluarga dan keluarga besar berupa ada atau tidaknya aturan dalam melakukan pencegahan *food borne disease*, didapatkan sebagian besar (71.4%) tidak ada aturan. Maksudnya adalah tidak ada pemberian *reward* dan *punishment* bagi anak yang patuh atau tidak dalam melakukan pencegahan *food borne disease*. Dukungan keluarga besar dalam bentuk mengingatkan, memberi contoh langsung, menegur jika tidak mau menjaga kebersihan. Dukungan keluarga besar dari kakek, nenek, paman dan saudara yang lain. Sistem lebih luas sebanyak 30 orang (85.7%) sudah ada aturan pencegahan *food borne disease* dari tokoh masyarakat tentang PHBS tentang kebersihan lingkungan secara umum misal kegiatan kerja bakti RT/RW.

Diagram 5.4 Distribusi pengkajian perkembangan keluarga Calgary pada keluarga dengan anak usia sekolah klas IV dan V SDN. Jatirejoso Kepanjen bulan Maret-April 2015

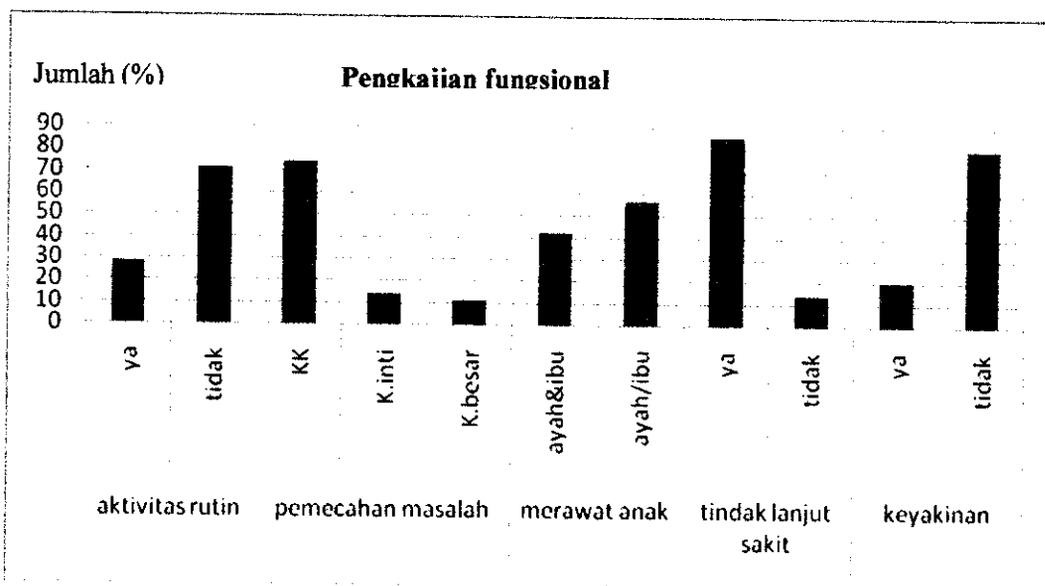


Komponen perkembangan terdiri dari: hubungan anggota keluarga (ayah-ibu, ayah-anak, ibu-anak, anak dengan anak), hubungan keluarga dengan lingkungan (sekolah, lingkungan kerja, tetangga, keluarga besar), sarana di lingkungan (jamban, tempat sampah, sumber air bersih). Responden merupakan keluarga tahap perkembangan ke3 (keluarga dengan anak muda), yaitu menerima anggota baru dalam sistem, dimana didalamnya ada anak yang dalam masa pertumbuhan dan perkembangan (anak sekolah). Hubungan ayah-ibu, ibu-anak dan anak dengan anak semuanya sangat erat (100%), ayah-anak sebagian besar tidak erat (57.1%). Hubungan antar anggota keluarga merupakan ikatan kasih sayang melalui kebersamaan dalam keluarga. Indikator dilihat dari kegiatan makan bersama, rekreasi bersama, momen komunikasi yang terbuka. Hubungan ayah/ibu ke anak ini merupakan kekuatan keluarga dalam memberikan *support* (motivasi) antar anggota keluarga dalam mencegah *food borne disease*.

Hubungan keluarga dengan lingkungan merupakan keterikatan keluarga dengan lingkungan luar seperti sekolah, tempat kerja dan keluarga besar didapatkan hubungan yang baik (100%), hubungan keluarga dengan tetangga sebagian besar sangat baik (85.7%). Ketersediaan

sarana kebersihan dalam pencegahan *food borne disease* didapatkan semua responden mempunyai fasilitas jamban (100%), fasilitas tempat sampah dan sumber air bersih sebagian besar tersedia sebanyak 51.4% dan 88.5%. Pengadaan tempat sampah merupakan salah satu program PKK dan pembuangan sampah ke TPS (Tepat Pembuangan Sementara) yang disediakan oleh desa.

Diagram 5.5 Distribusi pengkajian fungsional keluarga Calgary pada keluarga dengan anak usia sekolah klas IV dan V SDN. Jatirejyoso Kepanjen bulan Maret-April 2015



Komponen fungsional merupakan pengkajian fungsi keluarga yang merujuk pada aktivitas kehidupan sehari-hari, terdiri dari aktivitas rutin, pemecahan masalah, penanggungjawab dalam merawat anak, tindak lanjut jika sakit, keyakinan/kepercayaan keluarga. *Activity Daily Living* atau aktivitas rutin/kebiasan dalam 1 bulan terakhir oleh keluarga dalam pencegahan *food borne disease* sebagian besar tidak dilakukan secara rutin sebanyak 25 orang (71.4%). Aktivitas rutin terdiri dari 3 kegiatan yaitu menjaga kebersihan diri (mencuci tangan dengan sabun), menjaga kebersihan pengelolaan makanan minuman dan menjaga kebersihan lingkungan.

Cara pemecahan masalah merupakan kemampuan keluarga untuk memecahkan masalah sendiri dengan efektif. Idealnya pemecahan masalah dilakukan melalui musyawarah oleh semua

anggota keluarga inti, bukan hanya oleh kepala keluarga. Hasil pengkajian fungsional didapatkan ebagian besar pemecahan masalah ditentukan oleh kepala keluarga sebanyak 26 orang (74.3%). Penanggungjawab merawat anak sakit merupakan pembentukan peran anggota keluarga. Tugas merawat anak merupakan tanggungjawab orangtua dan bukan kewajiban salah satu orangtua saja (ibu). Hasil pengkajian pada sub komponen tugas merawat anak sebagian besar oleh salah satu orangtua saja (ayah/ibu) sebanyak 20 orang (57.2%).

Tindak lanjut terhadap *food borne disease* merupakan kegiatan yang dilakukan keluarga melalui upaya pengobatan (kuratif) dan pencegahan (preventif) agar tidak terjangkit atau terkena kembali penyakit tersebut. Upaya yang dilakukan sebaiknya berupa tindakan preventif, namun hasil pengkajian didapatkan data sebagian besar melakukan upaya pengobatan (kuratif) dengan membawa anak berobat ke dokter jika sakit sebanyak 85.7%. Keyakinan merupakan sesuatu yang mendasari keluarga dalam melakukan pencegahan penyakit. Sebagian besar responden (80%) menganggap bahwa penyakit bawaan makanan bukan merupakan masalah besar karena bisa dicegah dan tidak seberat penyakit lain seperti *stroke* atau kanker.

5.3 Karakteristik data khusus

5.3.1 Hasil pengetahuan keluarga tentang pencegahan *food borne disease* sebelum dan sesudah pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM).

Hasil pengetahuan keluarga sebelum dan setelah dilakukan intervensi CFIM selama 4 sesi akan ditampilkan pada diagram 5.6.

Diagram 5.6 pengetahuan keluarga tentang pencegahan *food borne disease* sebelum dan sesudah pendekatan *Calgary Family Intervention Model (CFIM)* bulan Maret-April 2015

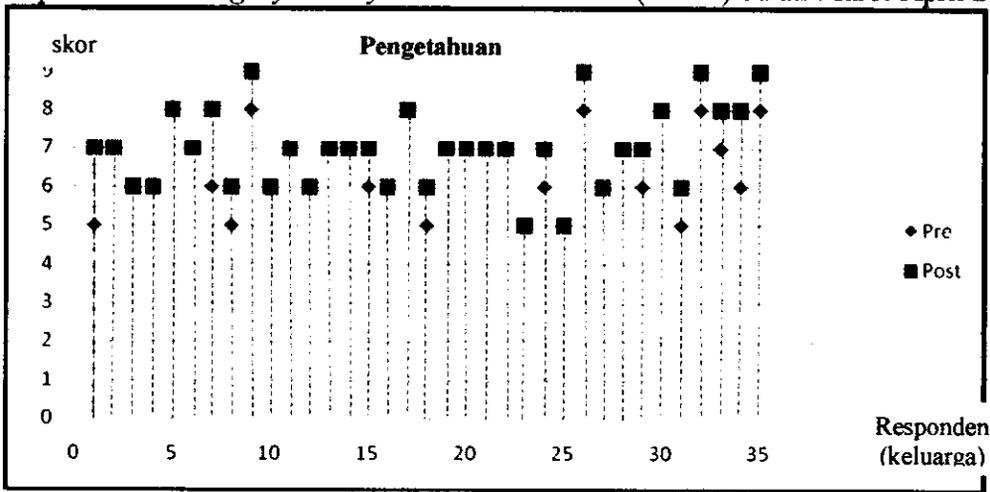


Diagram 5.6 menunjukkan sebelum diberikan intervensi (*pre test*) sebagian besar pengetahuan baik sebanyak 18 orang (51.4%) dengan median 7, setelah diberikan intervensi (*post test*) meningkat menjadi 24 orang (68.8%). Peningkatan setelah diberikan intervensi sebanyak 17.4%. Perubahan pengetahuan didapatkan dengan uji statistik *Wilcoxon sign rank test* $p=0.00$ yang menunjukkan ada pengaruh yang signifikan pada pengetahuan sesudah dilakukan CFIM.

5.3.2 Hasil sikap keluarga tentang pencegahan *food borne disease* sebelum dan sesudah pendekatan *Calgary Family Intervention Model (CFIM)*.

Hasil pengetahuan keluarga sebelum dan setelah dilakukan intervensi CFIM selama 4 sesi akan ditampilkan pada diagram 5.7

Diagram 5.7 sikap keluarga tentang pencegahan *food borne disease* sebelum dan sesudah pendekatan *Calgary Family Intervention Model (CFIM)* bulan Maret-April 2015

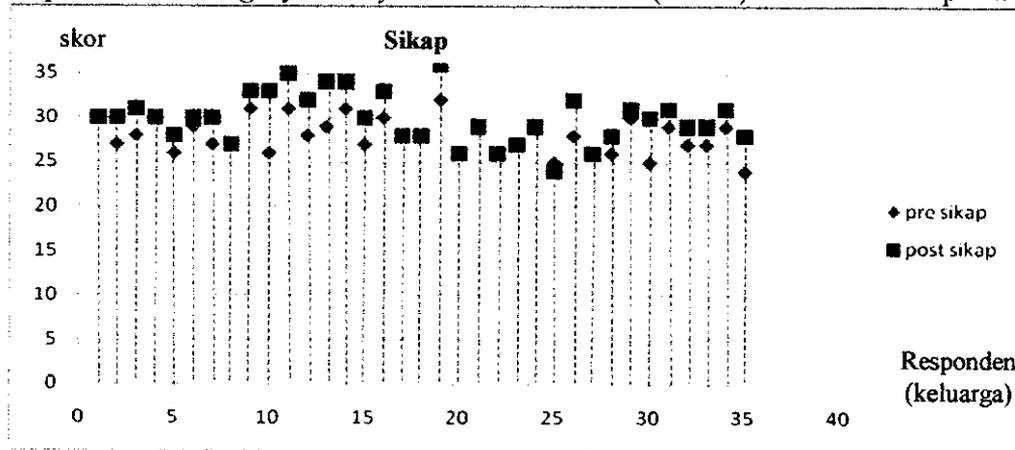


Diagram 5.7 menunjukkan data bahwa sebelum intervensi sebagian besar responden mempunyai sikap positif sebanyak 19 orang (54.3%) dengan median 28, kemudian diberikan intervensi (*post test*) meningkat menjadi 20 orang (57.1%) dengan median 30. Peningkatan median sebelum dan sesudah intervensi sebanyak 2 poin. Hasil uji statistic *Wilcoxon sign rank test* $p=0.00$ yang menunjukkan ada pengaruh yang signifikan pada sikap sesudah dilakukan intervensi CFIM.

5.3.3 Hasil praktik keluarga tentang pencegahan *food borne disease* sebelum dan sesudah pendekatan *Calgary Family Intervention Model (CFIM)*

Diagram 5.8 Praktik keluarga tentang pencegahan *food borne disease* sebelum dan sesudah pendekatan *Calgary Family Intervention Model (CFIM)* bulan Maret-April 2015

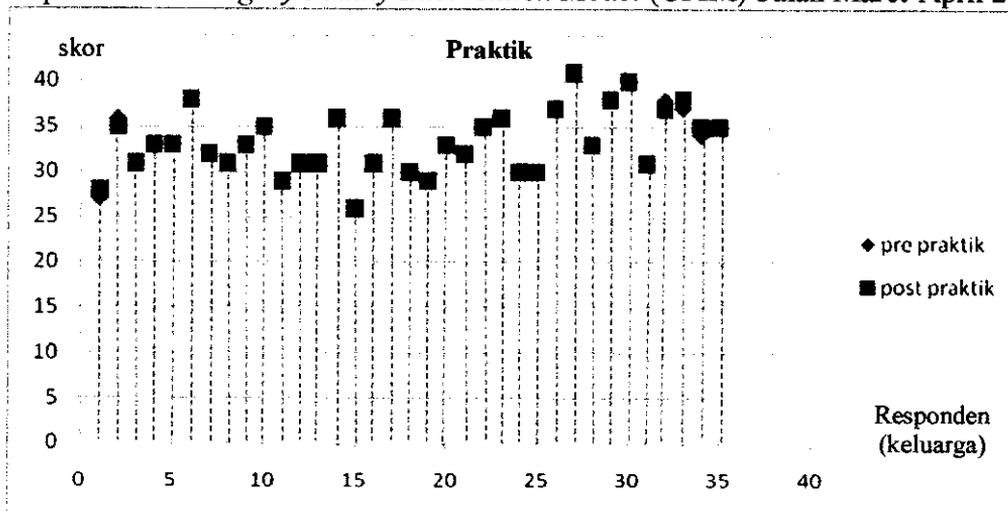


Diagram 5.8 didapatkan data sebelum dan sesudah pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) tidak ada kenaikan median sebelum dan sesudah intervensi. Sebelum dan sesudah dilakukan intervensi sebagian besar praktik responden baik 57.1% (20 orang) dengan median 33. Uji statistic *Wilcoxon sign rank test* $p=1$ yang menunjukkan tidak ada pengaruh yang signifikan pada praktik sesudah dilakukan intervensi CFIM.

5.3.4 Hasil *self care agency* (kemandirian) anak dalam pencegahan *food borne disease* sebelum dan sesudah pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM)

Diagram 5.9 *self care agency* (kemandirian) anak dalam pencegahan *food borne disease* sebelum dan sesudah pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) bulan Maret-April 2015

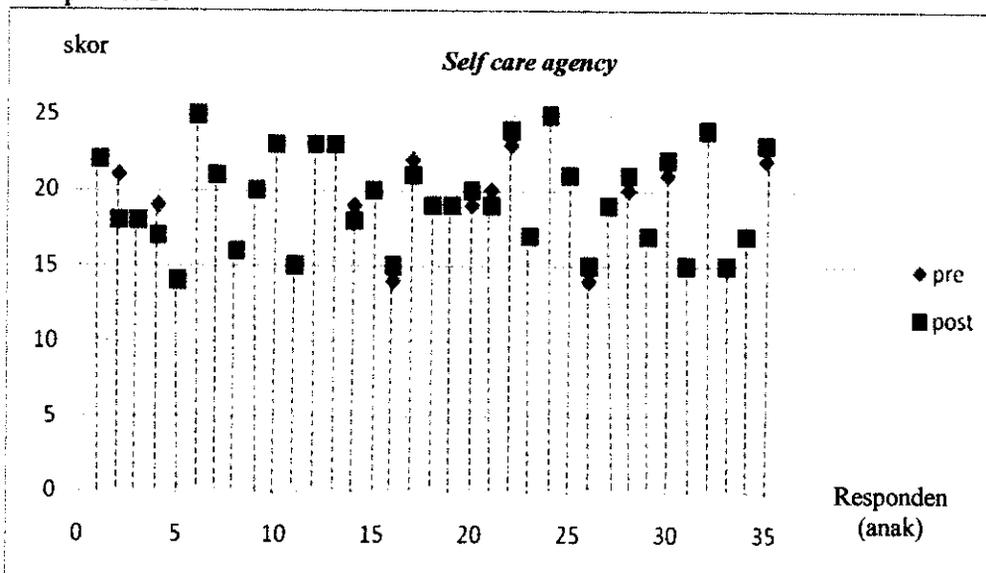


Diagram 5.9 menunjukkan *self care agency* (kemandirian) anak dalam pencegahan *food borne disease* sebelum dilakukan intervensi sebagian besar kurang (51.4%) dan sesudah dilakukan pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) juga tetap. Median sebelum dan sesudah intervensi adalah 20. Uji statistic *Wilcoxon sign rank test* didapatkan $p=0.796$ yang menunjukkan tidak ada pengaruh yang signifikan pada kemandirian sesudah dilakukan intervensi CFIM.

5.3.5 Statistik Inferensial

Data dalam penelitian ini adalah skala ordinal sehingga menggunakan uji statistik Wilcoxon.

Hasil perbedaan *pre test* dan *post test* disajikan dalam diagram 5.10.

Tabel 5.1 Hasil analisis uji Wilcoxon tentang pencegahan *food borne disease* sebelum dan sesudah pendekatan CFIM bulan Maret-April 2015

No		<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>	<i>Uji Wilcoxon</i>	
		%	%	Sig (p)	Interpretasi
1	Pengetahuan baik	51.4	68.6	0.00	Ada beda
	Pengetahuan kurang	48.6	31.4		
2	Sikap Baik	54.3	57.1	0.00	Ada beda
	Sikap Kurang	45.7	42.9		
3	Praktik Baik	57.1	57.1	1	Tidak ada beda
	Praktik Kurang	42.9	42.9		
4	<i>Self care agency</i> Baik	48.6	48.6	0.796	Tidak ada beda
	<i>Self care agency</i> Kurang	51.4	51.4		

Hasil uji *Wilcoxon* diperoleh data signifikansi: pengetahuan dan sikap ($p=0.00$), lebih kecil dari α (0.05) sehingga ada perbedaan yang bermakna secara statistik pada responden dalam pencegahan *food borne disease* setelah dilakukan CFIM. Sedangkan praktik ($p=1$) dan *self care agency* /kemandirian anak dalam melakukan PHBS ($p=0.796$) tidak ada perbedaan yang bermakna secara statistik setelah dilakukan intervensi.

BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Pengetahuan keluarga tentang pencegahan *food borne disease*

Setelah dilakukan intervensi *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) tentang pencegahan *food borne disease* selama 4 sesi, didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden mengalami peningkatan pengetahuan (diagram 5.6). Hasil tersebut membuktikan bahwa terjadi peningkatan skor kuisioner pengetahuan yang diadaptasi dari *Australian food safety standart*. Hal ini sejalan dengan penelitian Annor, George et al (2011) bahwa pengetahuan dan sikap dalam pengelolaan makanan didapatkan hasil baik setelah diberikan pendidikan tentang kebersihan makanan, dalam penelitian tersebut jenis kelamin dan tingkat pendidikan tidak berpengaruh pada praktek kebersihan pengelolaan makanan.

Pengetahuan kesehatan (*health knowledge*) mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara pemeliharaan kesehatan. Pengetahuan merupakan faktor predisposisi yang mempermudah terjadinya perubahan perilaku, termasuk perilaku kesehatan (Green, 1980 dalam Taufik, 2007). Pengetahuan dapat disebarkan melalui media pembelajaran dan pemilihan metode yang sesuai. Media pembelajaran merupakan sarana fisik untuk menyampaikan isi pembelajaran sehingga dapat membantu memahami informasi yang diberikan, dengan kata lain keberhasilan proses edukasi dipengaruhi oleh alat bantu (Kholid, 2015). Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) menggunakan media *booklet* dan video cuci tangan. Media *booklet* berbentuk buku berisi tulisan atau gambar atau keduanya dengan sasaran masyarakat yang bisa membaca. *Booklet* dalam penelitian ini termasuk media rancangan (*media by design*) karena

perlu dirancang sesuai maksud dan tujuan pembelajaran tertentu, dalam hal ini adalah tentang pencegahan *food borne disease* (Maulana, 2013; Efendi, 2013).

Penelitian ini memanfaatkan beberapa metode dalam menyampaikan pesan pencegahan *food borne disease* yaitu: ceramah, diskusi, konseling dan demonstrasi cuci tangan. Metode merupakan cara atau pendekatan dalam menyampaikan informasi. Jenis metode dalam penelitian ini menggunakan kombinasi metode didaktif dan sokratik. Metode didaktif dilakukan satu arah (*one way methode*) berupa ceramah dan metode sokratik secara 2 arah (*two ways methode*) berupa diskusi dan demonstrasi cara melakukan cuci tangan. Metode pembelajaran perlu dikombinasikan karena tidak ada metode yang paling baik dan bisa berdiri sendiri agar bisa diterapkan sesuai dengan sasaran yang diharapkan (Maulana, 2013).

Ruang lingkup dalam penelitian ini adalah keluarga dengan jenis intervensi melalui kunjungan rumah. Menurut Mubarak (2007) dimensi sasaran kepada individu, kelompok, dan masyarakat luas. Intervensi CFIM melalui kunjungan rumah termasuk metode pembelajaran individu, umumnya dengan berhadapan langsung sehingga materi yang diberikan berfokus pada masing-masing keluarga. Hal ini memungkinkan responden akan lebih paham materi yang diberikan dan lebih leluasa bertanya jika ada hal yang belum dimengerti. CFIM diberikan sebanyak 4 sesi dengan waktu 50 menit. Taufik (2007) menyatakan bahwa belajar adalah proses yang menimbulkan terjadinya perubahan atau dalam tingkah laku atau kecakapan. Perubahan tersebut tergantung dari faktor individu (kematangan, kecerdasan, motivasi) dan sosial (dukungan keluarga dan lingkungan).

Pengetahuan responden yang sejak awal sudah baik sebelum dilakukan intervensi bisa mempengaruhi tingkat keberhasilan intervensi CFIM secara umum. Berdasarkan data umum keluarga didapatkan sebagian besar responden sudah pernah mendapat informasi sebelumnya,

sumber informasi dari berbagai media, televisi, petugas kesehatan, teman/kegiatan lain. Media merupakan metode pendidikan massa untuk memberikan pesan kepada masyarakat, bersifat umum dan bertujuan menggugah kesadaran masyarakat. Hasil yang dicapai dalam komunikasi massa adalah sekedar tahu (*awareness*), jika berulang bisa mencapai minat (*interest*) dalam keadaan tertentu bisa mencapai adopsi (Maulana, 2013; Sudiharto, 2012). Penelitian Griffith, et al (1994) didapatkan bahwa pendidikan kesehatan pada 84 pengelola makanan melalui media massa memberi dampak terhadap pengetahuan dan tindakan kebersihan makanan.

Usia juga mempengaruhi pengetahuan seseorang. Sebagian besar usia ayah dan ibu adalah 30-39 tahun (diagram 5.1). Usia tersebut termasuk usia dewasa dimana seseorang akan bertanggungjawab menjalankan perannya. Kedewasaan merupakan faktor internal individu yang mempengaruhi proses belajar. Semakin dewasa seseorang pengalamannya semakin banyak dan mempengaruhi pola pikirnya. Selain faktor individu, ada faktor sosial seperti pekerjaan. Sebagian besar responden bekerja swasta (diagram 5.1). Peningkatan pengetahuan pada keluarga dapat dipengaruhi lingkungan sosial karena setiap anggota keluarga selalu berinteraksi dengan oranglain sehingga dimungkinkan mendapatkan pemahaman baru (Taufik, 2007).

Pengkajian keluarga Calgary untuk intervensi kognitif tujuannya adalah untuk memberikan informasi, gagasan dan saran kepada keluarga sebagai target asuhan keperawatan keluarga (Wright&Leahay (2009). Perubahan pengetahuan ini didahului persepsi positif keluarga tentang keyakinan/kepercayaan bahwa intervensi CFIM mempunyai manfaat dalam peningkatan perilaku kesehatan keluarga. Hal ini bisa dicapai melalui upaya BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya) pada tahap awal (*engagement*) sehingga keluarga bisa menerima intervensi yang akan diberikan. Pengetahuan tentang *food borne disease* akan membuat anak dan keluarga mengerti

sehingga termotivasi untuk berusaha mencegah penyakit tersebut. Perubahan dalam keluarga pada domain kognitif menurut teori Calgary akan mempengaruhi pada domain yang lainnya.

Pengetahuan tentang pencegahan *food borne disease* diberikan kepada keluarga, untuk mengoptimalkan fungsi keluarga dalam bidang kesehatan. Proses intervensi dengan pendekatan Calgary dalam domain kognitif, afektif dan psikomotor dapat berjalan dengan lancar karena melibatkan anggota keluarga, persepsi yang positif sebelumnya bahwa nilai-nilai pencegahan yang ditanamkan di keluarga akan berpengaruh terhadap *self care agency* (kemandirian) anak dalam melakukan PHBS di sekolah.

Pengetahuan pada responden yang tidak mengalami peningkatan (diagram 5.6) bisa dipengaruhi oleh kondisi internal dan eksternal individu. Faktor eksternal meliputi lingkungan keluarga (kondisi sosial ekonomi, hubungan kurang harmonis), lingkungan sekitar (pengaruh teman, organisasi), dan instrumental (kondisi tempat dan waktu). Sedangkan faktor internal adalah psikologis dan fisiologis seperti tingkat perhatian, minat, daya konsentrasi, emosi dan kelelahan (Maulana, 2013). Pada aplikasi pendekatan CFIM terdapat beberapa hal yang dapat mengganggu tingkat konsentrasi keluarga dalam mempelajari pencegahan *food borne disease* diantaranya adalah anak yang masih kecil rewel dan keluarga dalam kondisi lelah.

6.2 Sikap Keluarga dalam pencegahan *food borne disease*

Penelitian ini didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden mempunyai sikap positif setelah dilakukan CFIM (diagram 5.7). Hasil tersebut membuktikan bahwa terjadi peningkatan skor kuisioner sikap keluarga dalam melakukan pencegahan *food borne disease*. Peningkatan sikap dalam penelitian ini karena pendekatan CFIM yang diterapkan melalui beberapa tahap, tahap awal adalah *engagement* untuk membina hubungan saling percaya dengan keluarga sehingga didapatkan data pengkajian yang valid. Penelitian yang berjudul *Attitudes of woman*

towards food safety didapatkan hasil ada perbedaan sikap pada wanita terhadap keamanan pangan setelah dilakukan pendidikan kesehatan dengan $p\text{ value} < 0.01$. Sikap wanita bervariasi sesuai pendidikan dan usia. Sikap paling tinggi pada wanita dengan pendidikan di perguruan tinggi dan usia 40-49 tahun (Talas, Canan et al, 2010).

Menurut Wright & Leahay (2009) untuk merubah sikap dilakukan dengan menceritakan pengalaman sakit melalui komunikasi terapeutik serta memberi dukungan/motivasi. CFIM dilakukan sebanyak 4 sesi dengan waktu 50 menit/sesi sehingga terjadi interaksi kontinyu selama intervensi. Hal ini memungkinkan terjadi peningkatan sikap responden karena sudah ada ikatan emosi dan pemberian motivasi kepada keluarga dalam mengaplikasikan pencegahan *food borne disease*.

Wright & Leahay (2009) menyebutkan bahwa sikap dan tindakan bisa diperantarai oleh pengetahuan. Hasil penelitian ini didapatkan peningkatan pengetahuan sehingga sikap secara tidak langsung juga ikut meningkat. Selain itu pembentukan sikap juga dipengaruhi lingkungan dan kebudayaan dimana seseorang dibesarkan (Azwar, 2010). Pengkajian Calgary (CFAM) pada komponen perkembangan (*developmental*) menunjukkan tentang hubungan responden dengan lingkungan dan hubungan antar anggota keluarga. Hubungan antar anggota keluarga merupakan ikatan kasih sayang melalui kebersamaan dalam keluarga melalui kegiatan yang dilakukan bersama dan komunikasi yang terbuka. Interaksi ini merupakan kekuatan keluarga dalam memberikan *support* (motivasi) antar anggota keluarga dalam mencegah *food borne disease*. Sedangkan hubungan keluarga dengan lingkungan luar seperti sekolah, tempat kerja dan keluarga besar didapatkan hubungan yang baik, hubungan keluarga dengan tetangga sebagian besar sangat baik (diagram 5.4). Interaksi yang baik ini dimungkinkan muncul pemahaman dan sikap yang mendukung pencegahan *food borne disease*.

Sikap dipengaruhi oleh kebudayaan seseorang. Pengkajian kebudayaan terdapat pada CFAM (*Calgary Family assessment Model*) komponen struktural yaitu batasan keluarga, keluarga besar dan sistem yang lebih luas (diagram 5.3). Batasan berupa ada atau tidaknya aturan dalam melakukan pencegahan *food borne disease*, didapatkan sebagian besar tidak ada aturan. Maksudnya adalah tidak ada pemberian *reward* dan *punishment* bagi anak yang patuh atau tidak dalam melakukan pencegahan *food borne disease*. *Reward* berupa pujian, jalan-jalan, dibelikan benda yang disukai. *Punishment* berupa hukuman, dimarahi/dimomong, ditegur, dinasehati, dikurangi uang jajan, tidak ada yang beri hukuman fisik karena melanggar aturan, pembuat aturan adalah orangtua. Dukungan keluarga besar dalam bentuk mengingatkan, memberi contoh langsung, menegur jika tidak mau menjaga kebersihan. Dukungan keluarga besar dari kakek, nenek, paman dan saudara yang lain. Sedangkan aturan dalam sistem yang lebih luas sudah ada, namun hanya secara umum dilingkungan RT/RW berupa kebersihan lingkungan melalui kegiatan kerja bakti. Aturan yang longgar inilah memungkinkan terbentuknya sikap yang tidak mendukung, dalam pencegahan *food borne disease* (Azwar, 2010).

6.3 Praktik keluarga dalam pencegahan *food borne disease*

Penelitian ini didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden mempunyai praktik pencegahan *food borne disease* yang baik, namun tidak ada kenaikan setelah dilakukan intervensi selama 4 sesi (diagram 5.8). Hasil tersebut membuktikan bahwa tidak terjadi peningkatan skor hasil observasi yang diadaptasi dari *Australian food safety standart*. Tindakan pencegahan *food borne disease* salah satunya melalui kebersihan makanan berdasar 5 kunci keamanan WHO (2004) yaitu menjaga kebersihan, memisahkan makanan mentah dan matang, memasak dengan benar, menjaga pada suhu aman dan memilih bahan. Responden mengungkapkan bahwa belum bisa melaksanakan semua kunci keamanan pangan tersebut karena

kendala prasarana, antara lain tidak mempunyai fasilitas lemari pendingin (kulkas). Kebersihan makanan merupakan hal yang sangat penting dalam mencegah *food borne disease*. Penelitian Dharod, et al (2009) didapatkan bahwa bakteri dari tangan bisa menjadi sarana penularan patogen selama proses penyiapan makanan dan mengalami resiko kontaminasi silang. Selain itu penelitian oleh Annor, George et al (2011) didapatkan hasil bahwa pengetahuan dan sikap yang baik dalam pengelolaan makanan namun tindakan pengelolaannya kurang baik.

Praktik kesehatan (*health practice*) merupakan tindakan untuk hidup sehat atau semua aktivitas dalam memelihara kesehatan. Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan karena perlu faktor lain yaitu sarana prasarana dan faktor penguat seperti contoh/peraturan dari tokoh masyarakat (Taufik, 2007). Pengetahuan dan sikap merupakan *predisposing factor* (faktor pemudah) terjadinya perilaku. Pengetahuan yang sudah baik akan memunculkan respon berupa sikap positif. Sikap positif akan tercermin dalam tindakan individu dalam menerapkan pencegahan *food borne disease*. Hal ini berarti pengetahuan dan sikap merupakan dasar membentuk perilaku, namun pengetahuan dan sikap yang baik belum menjamin baik pula praktik yang dilaksanakan keluarga. Sikap bisa menjadi tindakan nyata diperlukan kondisi yang memungkinkan seperti fasilitas dan faktor dukungan keluarga (Azwar, 2010).

Fasilitas sarana prasarana keluarga untuk kebersihan diri dan lingkungan hampir semua tersedia seperti jamban, tempat sampah, sumber air bersih. Kran mengalir air bersih (walaupun tidak selalu untuk cuci tangan) sudah ada, namun sabun khusus cuci tangan tidak disediakan. Sabun yang tersedia masih bercampur untuk mandi atau cuci piring. Fasilitas kebersihan makanan dalam hal penyimpanan makanan sebagian besar tidak memiliki lemari pendingin (kulkas) untuk menjaga makanan pada suhu aman. Hal inilah yang dimungkinkan hasil observasi tindakan pencegahan *food borne disease* tidak mengalami peningkatan setelah dilakukan

intervensi. Penelitian Trepstra, et al (2005) didapatkan hasil bahwa pada 33 konsumen keluarga dengan balita, anak sekolah dan lansia dalam mengolah daging dan produk susu relatif higienis, namun beresiko dalam penyimpanan makanan.

Hasil pengkajian Calgary pada komponen fungsional merupakan pengkajian fungsi keluarga yang merujuk pada aktivitas kehidupan sehari-hari. Faktor ini juga berperan dalam perilaku responden yang tidak mengalami perubahan setelah dilakukan CFIM, terdiri dari aktivitas rutin, pemecahan masalah, penanggungjawab dalam merawat anak, tindak lanjut jika sakit, keyakinan/kepercayaan keluarga (diagram 5.5). *Activity Daily Living* atau aktivitas rutin/kebiasan dalam keluarga dalam pencegahan *food borne disease* sebagian besar tidak dilakukan secara rutin dalam 1 bulan terakhir. Aktivitas rutin terdiri dari 3 kegiatan yaitu menjaga kebersihan diri (mencuci tangan dengan sabun), menjaga kebersihan pengelolaan makanan minuman dan menjaga kebersihan lingkungan.

Cara pemecahan masalah merupakan kemampuan keluarga untuk memecahkan masalah sendiri dengan efektif. Sebagian besar didapatkan pembuatan keputusan keluarga oleh kepala keluarga (diagram 5.5). Idealnya pemecahan masalah dilakukan melalui musyawarah oleh semua anggota keluarga inti, bukan hanya oleh kepala keluarga (Wright & Leahay, 2009). Penanggungjawab merawat anak sakit merupakan pembentukan peran anggota keluarga. Tugas merawat anak merupakan tanggungjawab orangtua dan bukan kewajiban salah satu orangtua saja (ibu). Hasil pengkajian pada sub komponen tugas merawat anak sebagian besar oleh salah satu orangtua saja (diagram 5.5). Selain itu tahap perkembangan keluarga dengan anak muda. Tugas perkembangan keluarga adalah pengaturan jarak anak, memandirikan anak, tugas finansial dan memantapkan hubungan dengan keluarga besar. Pada tahap ini sistem lebih kompleks

dibandingkan tahap sebelumnya, sehingga orangtua biasanya mempunyai area kekuasaan dan pembagian tugas sendiri. Ibu bertugas mengurus anak dan rumah sedangkan ayah bekerja.

Tindak lanjut terhadap *food borne disease* merupakan kegiatan yang dilakukan keluarga melalui upaya pengobatan (kuratif) dan pencegahan (preventif) agar tidak terjangkit atau terkena kembali penyakit tersebut. Upaya yang dilakukan sebaiknya berupa tindakan preventif, namun hasil pengkajian didapatkan data sebagian besar melakukan upaya pengobatan (kuratif) dengan membawa anak berobat ke pelayanan kesehatan jika sakit (diagram 5.5). Upaya kuratif saja tidak dapat mengurangi angka kesakitan secara signifikan. Upaya pencegahan preventif (*primary prevention*) merupakan usaha agar masyarakat berada dalam tahap kesehatan yang optimum dan tidak jatuh ke tahap yang lebih buruk (Kholid, 2012).

Keyakinan merupakan sesuatu yang mendasari keluarga dalam melakukan pencegahan penyakit. Sebagian besar responden menganggap bahwa penyakit bawaan makanan bukan merupakan masalah besar (diagram 5.5), karena penyakit tersebut bisa dicegah dan tidak seberat penyakit lain seperti *stroke* atau kanker. Keyakinan tersebut menyebabkan persepsi bahwa dampak *food borne disease* tidak berbahaya sehingga tidak perlu dilakukan upaya pencegahan. Keyakinan merupakan hal yang mendasar untuk merubah perilaku, karena perubahan yang didasari kesadaran dari dalam individu akan lebih bertahan lama daripada perubahan yang disebabkan dari luar. Hal ini sejalan dengan penelitian Trepka (2006) bahwa studi fenomenologi pada 32 wanita di Miami Florida tidak menganggap *food borne disease* sebagai masalah kesehatan yang besar karena penularan melalui makanan bisa dicegah dengan praktik keamanan pangan yang sesuai standart di rumah. Motivasi terbaik dalam pencegahan tersebut adalah kesehatan bayi mereka.

Perilaku sehat sulit berubah tergantung motivasi seseorang, bagaimana persepsinya terhadap ancaman sebuah penyakit sehingga memunculkan nilai dari perilaku pencegahan, dalam hal ini adalah pencegahan *food borne disease* (Taufik, 2007). Penelitian Gauci, Charmaine et al (2005) tentang pengetahuan dan sikap dalam penanganan makanan yang aman dirumah didapatkan hasil bahwa strategi pendidikan perlu menekankan dampak penyakit dan penguatan pesan berkelanjutan dalam memberdayakan konsumen untuk mendorong perubahan perilaku.

Tindakan yang diharapkan belum bisa meningkat juga dipengaruhi faktor psikologis dan fisiologis seperti tingkat perhatian, minat, daya konsentrasi, emosi dan kelelahan (Maulana, 2013). Pada aplikasi pendekatan CFIM terdapat beberapa hal yang dapat mengganggu tingkat konsentrasi keluarga dalam mempelajari pencegahan *food borne disease* diantaranya adalah anak yang masih kecil rewel dan keluarga dalam kondisi lelah. Kondisi ini sangat berpengaruh terhadap keberhasilan proses penerimaan informasi oleh responden, sehingga dampak selanjutnya adalah proses internalisasi menjadi sebuah tindakan juga akan kurang berhasil sesuai harapan yang diinginkan. Profil ibu sebagai *food handler* utama sebaiknya dilakukan pemilihan kriteria inklusi yang lebih ketat agar proses selama intervensi bisa berjalan lancar.

Pelaksanaan CFIM yang sudah dilakukan belum mampu meningkatkan praktik keluarga dalam pencegahan *food borne disease* bisa disebabkan karena fleksibilitas intervensi belum diterapkan sesuai hasil pengkajian CFAM masing-masing keluarga, sehingga strategi intervensi yang berbeda sesuai hasil pengkajian perlu disiapkan. Pelaksanaan CFIM berdasarkan kebutuhan keluarga diharapkan bisa meningkatkan praktik keluarga dalam pencegahan *food borne disease*.

6.4 Self care agency anak dalam melakukan PHBS (Perilaku Hidup Bersih Sehat).

Self care agency (kemandirian) anak dalam melakukan PHBS (Perilaku Hidup Bersih Sehat) merupakan salah satu gambaran hasil belajar anak sekolah. Hasil penelitian didapatkan

sebagian besar kurang (diagram 5.9). Hasil tersebut membuktikan bahwa setelah dilakukan intervensi CFIM) tidak terjadi peningkatan skor observasi PHBS pada anak. Perilaku anak yang diobservasi antara lain: kebersihan diri (cuci tangan dan kebersihan kuku), kebersihan makanan dan kebersihan lingkungan. Hasil penelitian sebelumnya tentang Pengaruh Intervensi Promosi kesehatan terhadap Pengetahuan, sikap dan praktik PHBS di SDN Kembaran Purworejo didapatkan hasil ada perbedaan bermakna antara pengetahuan, sikap tapi pada variabel praktik tidak ada perbedaan bermakna (p value 0.052). Hal ini disebabkan karena perubahan perilaku diperlukan waktu yang lebih lama.

Faktor dasar yang mempengaruhi *self care agency* (*basic conditioning factor*) yaitu usia, gender, tahap perkembangan, tingkat kesehatan, pola hidup, sistem pelayanan kesehatan, sistem keluarga dan lingkungan eksternal. *Self care agency* perlu ditingkatkan oleh individu karena pelaksanaannya membutuhkan pembelajaran, pengetahuan, motivasi dan skill serta mengacu pada kemampuan dalam melaksanakan *self care*. Kesadaran akan kebutuhan mendapatkan pengetahuan dan kemampuan untuk mencari pengetahuan mempengaruhi tindakan yang diambil oleh individu. Kemandirian dalam melakukan PHBS termasuk dalam identifikasi sistem *supportif* dan *edukatif*, sistem bantuan yang diberikan berupa dukungan pendidikan dengan harapan klien mampu melakukan perawatan secara mandiri setelah dilakukan pembelajaran (Alligood & Tomey, 2006).

Tatanan PHBS di tatanan institusi pendidikan, siswa merupakan sasaran primer (sasaran yang mempunyai masalah dan diharapkan mau berperilaku sesuai harapan), guru dan karyawan sebagai sasaran sekunder (kelompok yang berpengaruh dan diharapkan mampu mendukung pesan yang disampaikan, kepala sekolah sebagai sasaran tersier sebagai pengambil kebijakan (Maulana, 2013).

Pengetahuan tentang pencegahan *food borne disease* pada anak belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan dalam melakukan PHBS di sekolah, untuk mewujudkan pengetahuan menjadi perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung/pemungkin (*enabling factor*) seperti fasilitas dan dukungan keluarga (Taufik, 2007). Fasilitas sarana sekolah sudah tersedia seperti jamban, tempat sampah, kran mengalir air bersih, namun sabun khusus cuci tangan tidak disediakan. Selain fasilitas, faktor yang berpengaruh adalah dukungan keluarga. Pengkajian dukungan keluarga terdapat pada CFAM komponen struktural yaitu batasan keluarga didapatkan hasil bahwa sebagian besar tidak ada batasan dalam keluarga (diagram 5.3). Dukungan keluarga berupa ada atau tidaknya aturan dalam melakukan pencegahan *food borne disease*, maksudnya adalah tidak ada pemberian *reward* dan *punishment* bagi anak yang patuh atau tidak dalam melakukan pencegahan *food borne disease*. Dukungan keluarga bisa dalam bentuk mengingatkan, memberi contoh langsung, menegur jika tidak mau menjaga kebersihan.

Self care agency (kemandirian) anak dalam melakukan PHBS pada komponen kebersihan diri sebagian besar kurang. Berdasarkan hasil wawancara observer didapatkan bahwa anak tidak melakukan cuci tangan karena malas, masih asik bermain, tidak ada orang yang melihat dan teman yang lain tidak melakukan cuci tangan. Menurut penelitian Solikhah, 2012 PHBS anak bisa dipengaruhi oleh faktor instrinsik: sosio demografi (uang saku, jarak rumah sekolah, sarana di sekolah) dan motivasi. Sedangkan faktor ekstrinsik adalah lingkungan keluarga dan sekolah, teman sebaya, ketersediaan dan keterjangkauan jajanan.

PHBS dalam melakukan kebersihan makanan sebagian besar kurang. Menurut Judarwanto (2008), jajanan lebih digemari anak sekolah dan diperkirakan meningkat seiring semakin terbatasnya anggota keluarga mengolah makanan sendiri. Faktor lain seperti praktis, harga terjangkau, warna menarik, beragam dan kebersamaan dengan teman sebaya sehingga tren

jajan adalah hal yang wajar bagi anak. Ketersediaan jajanan juga ikut berpengaruh. Berdasarkan pengamatan di sekolah tersedia penjaja makanan diluar sekolah, belum ada aturan melarang penjual masuk area sekolah, sehingga siswa lebih mudah mengakses walaupun hanya saat jam istirahat. Penelitian tentang Pola Jajanan Sehat dan Konsumsi Buah sayur di SD Athira Makassar didapatkan data bahwa hamper seluruhnya (97.2%) responden memiliki kebiasaan jajan di sekolah (Ayu, Endha 2013).

Faktor ketesediaan penjual jajanan di sekolah didukung oleh orangtua memberikan uang saku kepada anak sehingga cenderung berperilaku jajan sembarangan dengan uang saku yang dimiliki. Orangtua atau guru punya keterbatasan mengontrol setiap hari perilaku tersebut. Orangtua juga menjadi faktor penentu jajan yang kurang sehat karena memberi uang saku, mengizinkan anak jajan dan tidak membawakan bekal sekolah. Penelitian Syafitri (2009), uang saku sebagian besar digunakan membeli jajan. Terdapat hubungan antara alokasi uang saku dengan frekuensi jajan dan jumlah makanan yang dibeli, artinya semakin besar uang saku maka semakin banyak jajanan yang dibeli dan frekuensi membeli jajan.

Usaha promosi keamanan pangan kepada pihak sekolah, guru, orang tua murid dan pedagang. Upaya yang bisa dilakukan dengan memberi makanan ringan/siang di sekolah oleh orangtua (bekal) dan pengadaan kantin sehat agar anak tidak jajan sembarangan. Selain itu penting sekali penting mengontrol kehadiran penjual makanan sekitar sekolah dengan edukasi berkelanjutan, memfasilitasi upaya penyediaan jajanan bersih dan sehat (BPOM, 2010).

Self care agency (kemandirian) anak dalam melakukan PHBS kebersihan lingkungan dalam bentuk membuang sampah serta menggunakan jamban bersih. Selain faktor ketersediaan sarana fisik dan informasi di sekolah, kegiatan membuang sampah merupakan hal yang tampak nyata. Jika ada yang membuang akan kelihatan. Ada teguran dari guru namun belum ada tugas

sesama siswa untuk melaporkan temanya jika membuang sampah sembarangan. Selain itu juga karena guru punya keterbatasan mengontrol setiap hari perilaku tersebut. Tugas kebersihan lingkungan sekolah selama ini dilakukan oleh petugas kebersihan, sehingga tanggung jawab menjaga kebersihan dari siswa masih kurang. Perlu perhatian serius karena dampak yang muncul adalah penyakit diare, kecacingan dan *typhoid*.

Upaya yang dilakukan melalui pendekatan keluarga untuk meningkatkan *self care agency* anak dalam melakukan PHBS sangat dipengaruhi oleh peran anggota keluarga yang lain. Peran orangtua sangat berpengaruh terhadap keberhasilan intervensi terhadap anak karena anak usia sekolah masih belum bisa melakukan pengambilan keputusan sendiri. Pengambil keputusan dalam keluarga dan pembagian tugas merawat anak tidak terlepas dari faktor budaya Jawa. Ibu memiliki kekuasaan yang lebih rendah daripada ayah sehingga pengambilan keputusan dilakukan oleh ayah dan tugas merawat anak (termasuk membawakan bekal anak ke sekolah) adalah tugas ibu (Sudiharto, 2012). Kondisi ini sangat berpengaruh terhadap keberhasilan proses perubahan kemandirian anak kurang berhasil sesuai harapan yang diinginkan. Profil ayah sebagai pengambil keputusan utama sebaiknya dilibatkan selama proses intervensi selama 4 sesi CFIM agar bisa mempunyai persepsi yang sama terhadap perlunya peningkatan *self care agency* anak.

Selain itu, CFIM yang dilakukan sudah menggunakan metode kombinasi 1 arah (ceramah) dan 2 arah (diskusi, demonstrasi dan menonton video cuci tangan) namun belum mampu meningkatkan *self care agency* anak. Metode pembelajaran kepada anak dalam penelitian ini masih belum memperhatikan kebutuhan bermain sesuai usia anak dan penggunaan alat bantu (media) video cuci tangan belum dikombinasikan sesuai usia anak. Video dapat dikreasikan sendiri dengan lagu agar meningkatkan motivasi anak mengikuti pembelajaran sesuai tujuan yang diharapkan.

Pelaksanaan CFIM yang sudah dilakukan belum mampu meningkatkan *self care agency* anak dalam melakukan PHBS di sekolah. Hal ini karena pengaruh lingkungan selain keluarga yaitu sekolah dan teman sebaya yang lebih besar, sehingga dalam upaya merubah kemandirian anak diperlukan upaya perubahan lingkungan. Dukungan dari lingkungan sekolah dan teman sebaya diharapkan bisa meningkatkan kemandirian anak dalam pencegahan *food borne disease*.

6.5 Implikasi Penelitian

CFAM dan CFIM merupakan sistem terpadu yang berfokus pada keluarga yang mengalami masalah kesehatan atau meningkatkan derajat kesehatan. Pengkajian CFAM untuk mengidentifikasi kekuatan keluarga, sedangkan intervensi untuk membantu keluarga memberdayakan dirinya sendiri (Friedman, 2013).

CFIM selain untuk pencegahan *food borne disease* juga bisa diterapkan untuk upaya promotif dan preventif masalah kesehatan lain seperti: penyakit pada salah satu anggota keluarga yang berdampak pada anggota keluarga lain, anggota keluarga yang pertama kali didiagnosis penyakit, anggota keluarga dengan penyakit kronik yang pindah dari rumah sakit ke komunitas. CFIM menekankan hubungan keluarga dan perawat berfokus pada peningkatan dan pemeliharaan fungsi keluarga dalam domain kognitif, afektif dan perilaku. Perawat menerapkan pengalaman dan pengetahuannya untuk merencanakan intervensi bersama keluarga tapi tidak dapat memaksakan (Wright and Leahay, 2009), sehingga diperlukan penelitian lebih lanjut apakah CFIM bisa berpengaruh terhadap masalah kesehatan lain tersebut.

Tujuan utama mengintervensi keluarga adalah membuat perubahan seperti mengurangi kesakitan dan atau meningkatkan kesehatan keluarga. Intervensi bisa diberikan dalam waktu yang lebih lama (6 minggu) agar sesuai dengan tujuan yang diharapkan (Siu, 2006). Pemantauan lanjutan observasi tindakan sebanyak 5 kali selama 2-3 bulan (Bentley, 1994 ; Gardner, 2012).

6.6 Keterbatasan Penelitian

- (1). Perubahan praktik keluarga dalam melakukan 5 kunci keamanan pangan (penyimpanan makanan pada suhu aman) dipengaruhi oleh faktor ketersediaan sarana (lemari pendingin).
- (2). Perubahan *self care agency* anak dalam melakukan PHBS dipengaruhi faktor lain diluar keluarga yaitu teman sebaya dan ketersediaan jajanan di sekolah

BAB 7

KESIMPULAN & SARAN

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

1. Pendekatan CFIM dapat meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan *food borne disease* pada keluarga dengan anak usia sekolah di SDN. Jatirejoyoso Kepanjen Malang.
2. Pendekatan CFIM dapat meningkatkan sikap positif tentang pencegahan *food borne disease* pada keluarga dengan anak usia sekolah di SDN. Jatirejoyoso Kepanjen Malang.
3. Pendekatan CFIM belum dapat meningkatkan praktik tentang pencegahan *food borne disease* pada keluarga dengan anak usia sekolah di SDN. Jatirejoyoso Kepanjen Malang.
4. Pendekatan CFIM belum dapat meningkatkan *self care agency* (kemandirian) anak dalam melakukan PHBS di sekolah di SDN. Jatirejoyoso Kepanjen Malang.

7.2 Saran

1. Keluarga:

- (1). Ibu dengan anak usia sekolah diharapkan meningkatkan pemahaman tentang pencegahan *food borne disease* melalui kebersihan diri, makanan dan lingkungan dengan aktif bertanya pada petugas atau kader kesehatan setempat, mencari informasi secara mandiri melalui televisi, internet dan media lain.
- (2). Keluarga menjadi *role model* bagi anak dalam melakukan pencegahan *food borne disease* serta memberikan *reward dan punishment* sebagai salah satu bentuk dukungan keluarga dan motivasi kepada anak.
- (3). Keluarga (ibu) membawakan bekal ke sekolah dan memberi uang saku secukupnya kepada anak untuk mengurangi resiko jajan sembarangan selama di sekolah.

- (4). Keluarga yang tidak memiliki sarana penyimpanan makanan pada suhu aman sebaiknya menyiapkan makanan dalam porsi sesuai kebutuhan agar tidak menyimpan makanan dalam suhu ruang terlalu lama.

2. Tenaga kesehatan:

- (1). Pengoptimalan program UKS (Unit Kesehatan Sekolah) untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang PHBS kepada komunitas sekolah (murid, guru dan karyawan).
- (2). Pendidikan kesehatan dengan topik mencuci tangan (6 langkah) dengan sabun, konsumsi jajan sehat di kantin, jamban bersih, membuang sampah di tempatnya menggunakan media seperti *leaflet/booklet* yang bisa dibagikan ke murid dan pihak sekolah.
- (3). Pendampingan kepada keluarga melalui kader kesehatan tentang praktek pencegahan *food borne disease*: kebersihan diri, kebersihan makanan (berdasarkan 5 kunci keamanan pangan WHO, 2004), dan kebersihan lingkungan.
- (4). Kerja sama dengan dinas kesehatan terkait program edukasi berkelanjutan kepada penjual makanan di sekitar sekolah tentang keamanan pangan.

3. Institusi pendidikan:

- (1). Pembuatan kantin sekolah serta larangan berjualan bagi pedagang jajanan dari luar untuk memudahkan dalam pengontrolan kebersihan makanan.
- (2). Pemberian peraturan dalam melakukan PHBS terkait kebersihan lingkungan dan perbaikan fasilitas seperti tempat pembuangan sampah sementara.

4. Anak sekolah:

Pembentukan kelompok sebaya (*peer group*) yang dapat membantu anak untuk saling mendukung dalam melakukan PHBS di sekolah

5. Penelitian selanjutnya

- (1).Penelitian lebih lanjut tentang CFIM diterapkan pada penyakit lain dengan intervensi lebih lama dan dilakukan observasi berulang untuk mengetahui perubahan tindakan.
- (2).Pengambilan sampel keluarga yang lebih homogen: ketersediaan sarana kesehatan dalam keluarga dan profil ibu
- (3).Metode pembelajaran kepada anak memperhatikan kebutuhan bermain sesuai usia dengan media yang menarik (misal: video cuci tangan hasil kreasi sendiri disertai dengan lagu).

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, Nur Indah. (2009). *Identifikasi Hazard Pada Makanan Jajanan Serta Gangguan Kesehatan Siswa Sekolah Dasar*. Skripsi Universitas Airlangga (Tidak Dipublikasikan)
- Annor, George Et Al (2011). *Practices Of Food Handlers in Food Businesses in Accra, Ghana*. *Food And Nutrition Sciences*, 2, 830-836. Proquest
- Antara, Antok. (2014). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Pendekatan Hpm Terhadap Perilaku Pencegahan Diare Pada Murid Kelas 5 SDN Sidotopo Wetan 1 Surabaya*. Tesis. Universitas Airlangga (Tidak Dipublikasikan)
- Arisman. (2009). *Buku Ajar Ilmu Gizi Keracunan Makanan*. Jakarta: EGC
- Aygen , F Gul (2012). *Safe Food Handling: Knowledge, Perceptions, And Self-Reported Practices Of Turkish Consumers*. *International Journal Of Business Dan Management* 7.24 (2012) : 1-11 Proquest.
- Ayu, Endha, dkk (2013). *Pola Jajanan Sehat dan Konsumsi Buah Sayur Siswa SD Islam Athira Makassar*. Skripsi. Universitas Hasanuddin (karya tidak dipublikasikan).
- Azwar, Saifuddin. (2010). *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Bagus, Angga. (2014). *Gambaran Peran Orang Tua Dalam Membiasakan Mencuci Tangan Pada Anak Usia 5-6 Tahun Di TK Muslimat Hasan Ahmad Dilem – Kepanjen*. KTI Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kepanjen Pemerintah Kabupaten Malang (Tidak Dipublikasikan)
- Barakki, Negga et al. (2005). *Food Borne Disease*. Haramaya University, Usaid In Collaboration Wiyh The Ethiopia Public Health Training Initiative, The Carter Center, The Ethiopia Ministry Of Health And Education. Module. Ethiopia
- Bentley, Margaret et al. (1994). *The Use Structured Observations in the Study of Health Behaviour*. The Hague The Netherland: IRC International Water and Sanitation Centre
- BPOM. (2010). *Info POM Badan Pengawas Obat Dan Makanan Republik Indonesia Volume XI, No 3. Mei-Juni 2010, ISSN 1829-9334*
- Dahlan, Sopiyyuddin. (2012). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Depkes RI. (2007). *Mencuci Tangan*. ([Http://Depkes.go.id/2007/10/Mencuci-Tangan.html](http://Depkes.go.id/2007/10/Mencuci-Tangan.html)). Diakses Tanggal 12 November 2014 Pukul 14.00 WIB
- Depkes RI. (2008). [Http://www.Library.upnvj.ac.id/Pdf/4s1kesmas/207313019/Bab%20ii.Pdf](http://www.Library.upnvj.ac.id/Pdf/4s1kesmas/207313019/Bab%20ii.Pdf). Diakses Tanggal 12 November 2014 Pukul 14.00 WIB

- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan Dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans Info Media
- Dharod, (2009). Bacterial Contamination Of Hands Increases Risk Of Cross-Contamination Among Low-Income Puerto Rican Meal Preparers. *Jurnal Nutrisi Edu Behavior Nov-Dec;41(6):389-97. Doi: 10.1016/J.Jneb.2008.11.001.Pubmed*
- Dinas Kesehatan Jawa Timur (2012). *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur 2012*. Surabaya
- Direktorat Jendral Pendidikan Dasar Kementrian Pendidikan Nasional (2011). [Http://UKS-Kobar.Com/Pedoman_UKS/Menuju%20kantin%20sehat.Pdf](http://UKS-Kobar.Com/Pedoman_UKS/Menuju%20kantin%20sehat.Pdf). Diakses Tanggal 12 November 2014 Pukul 15.00 WIB
- Edo, Priyo. (2014). *Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Tentang Cuci Tangan Terhadap Kemampuan Cuci Tangan Yang Benar Di SDN Donomulyo3*. Skripsi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kapanjen Pemerintah Kabupaten Malang (Tidak Dipublikasikan)
- Efendi, Ferry. (2013). *Keperawatan Kesehatan Komunitas, Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Fatimah, Siti (2012). *Pengaruh Intervensi Promosi Kesehatan terhadap Pengetahuan, Sikap dan Praktik PHBS di SDN Kembaran Purworejo*. Skripsi. Universitas Indonesia (karya tidak dipublikasikan).
- FDA. (2014). *Shigellosis*. [Http://www.Food-Info.Net/Id/Bact/Shige.Htm](http://www.Food-Info.Net/Id/Bact/Shige.Htm), Diakses 25 September 2014.Jam 12.00 WIB
- Friedman, Marilyn.et al. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga, Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC
- Gauci, Charmaine et al .(2005). Food Safety In Home: What Does The Food Handler In The Home Know About Salmonellosis And Food Savety. *The Journal Of The Royal Society For The Promotion Of Heath. May 2005.Vol 125 No 3*
- Gardner, Benjamin et al. (2012). Making Health Habitual: The Psychology of Habit Formation and General Practice. *British Journal of General Practice: December 2012. Proquest*
- Griffith,et al (1994). *The Mass Media And Food Hygiene Education*. British Food Journal 96.9 : 16.Proquest
- Henley Et Al. (2012) Identification Of Unique Food Handling Practices That Could Represent Food Safety Risks For Minority Consumers. *J Food Prot Nov;75(11):2050-4. Doi: 10.4315/0362-028x.Jfp-12-146.Pubmed*
- Herlina. (2013). *Hubungan Pola Asuh Keluarga dengan Kemandirian Perawatan Diri anak Usia Sekolah di kelurahan Cisalak Pasar Cimanggis Depok*. Tesis. Universitas Indonesia (Tidak Dipublikasikan)

- IOS (2009). *International Orem Society Biography*. [Http://www.orem-society.com](http://www.orem-society.com). Diakses 20 November 2014. Jam 10.00 Wib
- IOS (2010). *International Orem Society For Nursing Science And Scholarship*. [Http://www.orem-society.com](http://www.orem-society.com) . Diakses 20 November 2014. Jam 10.00 Wib
- Judarwanto, Widodo, <http://gizi.depkes.go.id>. *Perilaku Makan Anak Sekolah*. Diakses 24 Mei 2015. Jam 10.00 WIB
- Kemendes RI, (2012) .*Profil Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta
- Khelana, Yoga.(2013). http://www.academia.edu/5293869/27_Anthrax_Bacillus_Anthraxis_
Diakses 25 September 2014. Jam 12.00 WIB
- Kholid, Akhmad. (2015). *Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Kristia, Ike.(2011). Indikator PHBS di Sekolah. <http://digilib.unimus.ac.id>. Diakses 25 September 2014. Jam 13.00 WIB
- Ladner (2002) *Fundamentals Of Nursing: Standards & Practice 2nd Ed*. New York: Delmar-Thomson Learning
- Maulana, Heri. (2013). *Promosi Kesehatan*. Jakarta:EGC
- Meer And Misner, (2000). Food Safety Knowledge and Behavior of Expanded Food And Nutrition Education Program Participants in Arizona. *J Food Prot Dec*;63(12):1725-31
- Moehji, S. 2003. *Ilmu Gizi*. Jakarta: Papan Sinai.
- Mubarak, Wahid. et al. (2007). *Promosi Kesehatan, Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- NHS (2010) *Your Nhs Guide To Long-Term Conditions And Self Care*. [Http://www.nhs.uk/Planners/Yourhealth/Pages/Yourhealth.aspx](http://www.nhs.uk/Planners/Yourhealth/Pages/Yourhealth.aspx) Diakses 20 November 2014. Jam 10.05 WIB
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Promosi Kesehatan: teori dan Aplikasi*. Jakarta. Rineka Cipta
- Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis. Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika
- Nuryadin A, (2010), *Karakteristik Anak Sekolah*. ([Http://Adinna.Com](http://Adinna.Com)) Diakses 19 November 2014 Jam 14.00 WIB
- Puspitasari, Herien (2006). Pengaruh Sosial Ekonomi, dukungan keluarga terhadap kenakalan remaja di kota Bogor. Disertasi Institut Pertanian Bogor (Karya tidak dipublikasikan)

- Rasmaliah.(2011).[Http://Repository.usu.ac.id](http://Repository.usu.ac.id). Diakses 25 September 2014.Jam 12.00 WIB
- Riskesdas, (2013). Riset Kesehatan Dasar. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI: Jakarta
- Rokhimah, T.H.N (2009). Evaluasi Pelaksanaan Kampanye Sosial Perilaku Hidup Bersih untuk menurunkan angka diare di kabupaten kulon Progo. Diakses 25 September 2014. Jam 13.00 WIB.<http://www.umi.ac.id/fakultas-ilmu-sosial-ilmu-politik/wp-content/uploads/2010/05/jurnal-uajy-2009.pdf>
- Sembiring, EABR (2011).Pengaruh Sosio Budaya dan Dukungan Keluarga terhadap Pencegahan Infeksi Kecacangan Pada Anak Sekolah Dasar Negeri 050602 Kabupaten langkat. Diakses 25 september 2014. Pukul 15.00 WIB.Tesis Universitas Sumatera Utara (Karya tidak dipublikasikan)
- Setiyorini, Erni (2012).*Pengaruh Pendekatan Model Intervensi Keluarga Calgary Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap Dan Praktik Manajemen Asma Dan Derajat Kontrol Asma Anak Di Poli Anak RSD. Mardi Waluyo Blitar*.Tesis. Universitas Airlangga (karya tidak dipublikasikan).
- Siu, Andrew et al. (2006). Evaluation of The Chronic Disease Self-Management Program in A Chinese Population. *Patient Education and Counseling*, 65, 42-50
- Sodikin, (2011). Keperawatan Anak (Gangguan Pencernaan). Jakarta: EGC
- Solikhah, Hidayad (2013). Gambaran Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Tentang *Food Borne Disease* Pada Anak Usia Sekolah Di SDN Babat Jerawat I Kecamatan Pakal Kota Surabaya.
- Suci, Eurike Sri Tyas (2009).Gambaran Perilaku Jajan Murid sekolah dasar di Jakarta. *Jurnal Psikobuana-jurnal ilmiah psikologi*, vol 1, no.1, 29-38. Universitas Katolik Atma Jaya Jakarta, ISSN 2085-1242
- Sudiharto. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta. EGC
- Supartini, Yupi (2004).Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak. Jakarta: EGC
- Suprayitno, 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi Dalam Praktek*. Jakarta: EGC
- Susanto, Aris.2014. Pengetahuan Keluarga Dalam Pencegahan Penyakit Diare Di Dusun Sonosari Desa Kebon Agung. Karya Tulis Ilmiah Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kepanjen Pemerintah Kabupaten Malang (Tidak Dipublikasikan)
- Syafitri, Yunita. dkk (2009). *Kebiasaan Jajan Siswa Sekolah Dasar di SDN Lawanngitung 01 Bogor* .Skripsi. IPB (karya tidak dipublikasikan).
- Taufik, M. (2007). *Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan dalam Bidang Keperawatan*. Jakarta: Infomedika

- Talas, Canan Et Al (2010). *Attitudes Of Women Towards Food Safety*. *British Food Journal* 112.10 (2010): 1115-1123. Proquest
- Tomey A.M. Dan Alligood M. R. (2006). *Nursing Theorists And Their Work*. 6th Ed. Usa: Mosby Elsevier
- Trepka, Et Al (2006). *Food Safety Beliefs And Barriers To Safe Food Handling Among Wic Program Clients, Miami, Florida.* *Jneb Nov-Dec*;38(6):371-7. Pubmed
- Terpstra Et Al (2005). *food Storage And Disposal: Consumer Practices And Knowledge*. *British Food Journal*. 107, 7. Proquest P 526s
- Wati, Ratna. (2011). *Pengaruh Pemberian Penyuluhan Phbs Tentang Mencuci Tangan Pada Siswa Kelas V. : Universitas Sebelas Maret Fakultas Kedokteran Surakarta*
- WHO, (2009). *Diarrhoea :Why Children Are Still Dying And What Can Be Done*. Unicef
- WHO,(2005). *Penyakit Bawaan Makanan; Fokus pendidikan Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Widoyono.(2011). *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan Dan Pemberantasannya Edisi 2*. Jakarta: Erlangga
- Wong, Donna L. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatric Edisi 6*. Jakarta: PT. Indeks
- Wright, M And Leahey, M (1994). *Nurses And Families A Guide To Family Assessment And Intervention, Second Edition*, Ta. Davis Company, Philadelphia
- _____, [Http://E-journal.uajy.ac.id/4841/3/2bl01118.Pdf](http://E-journal.uajy.ac.id/4841/3/2bl01118.Pdf) . *Ten Golden Rules For Safe Food Production*. From Who, If Followed Can Keep Us Healthy And Free From Food Borne Disease. Diakses 20 November 2014. Jam 10.00 WIB
- _____, [Http://www.keepfoodsafecom](http://www.keepfoodsafecom). *The Professional Food Handlers Guide (in compliance with new Australian Food Safety Standards)*: Kimberly Clark Profesional Australia. Diakses 2 Februari 2015. Jam 10.00 WIB

LAMPIRAN

Lampiran 1

**LEMBAR PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN
BAGI RESPONDEN (KELUARGA)**

Ibu calon responden yang saya hormati, saya akan menjelaskan beberapa hal terkait dengan penelitian yang mengikutsertakan Anda sebagai peserta penelitian. Ada beberapa hal yang perlu saya jelaskan yaitu:

1. Judul Penelitian : Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) tentang pencegahan *Food Borne Disease* dan *self Care Agency* anak
2. Nama peneliti: Wiwit Dwi N, S.Kep,Ns merupakan mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya.
3. Tujuan penelitian ini untuk membuktikan pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, praktik tentang pencegahan penyakit yang disebabkan oleh makanan pada keluarga dan kemandirian pada anak usia sekolah
4. Manfaat dari penelitian ini akan mendapatkan pengetahuan dan tindakan tentang pencegahan penyakit yang disebabkan oleh makanan melalui *booklet*.
5. Prosedur pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

Pertemuan ke-1

Kegiatan: Peneliti melakukan perkenalan/BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya) dan ibu diberikan kuesioner data umum dan *pre-test* pencegahan penyakit yang disebabkan oleh makanan yang dilakukan oleh pengamat.

Waktu : ±50 menit

Pertemuan ke-2

Kegiatan: Ibu dijelaskan konsep penyakit yang disebabkan oleh makanan melalui pemberian *booklet* dengan metode ceramah dan diskusi.

Waktu: ±50 menit (20 menit ceramah dan 30 menit diskusi).

Pertemuan ke-3

Kegiatan: Ibu dijelaskan cara pencegahan penyakit yang disebabkan oleh makanan melalui *booklet* dengan metode ceramah, diskusi dan melihat video tentang cuci tangan.

Waktu: ±50 menit (20 menit ceramah dan melihat video, 30 menit diskusi).

Pertemuan ke-4

Ibu dijelaskan tentang perilaku hidup bersih dan sehat anak dalam mencegah penyakit yang disebabkan makanan melalui *booklet* dengan metode ceramah, diskusi, melihat video tentang cuci tangan.

Waktu: ±50 menit (20 menit ceramah dan melihat video, 30 menit diskusi).

Pengambilan data *post test* dilakukan 1 minggu setelah intervensi selesai melalui pengisian kuisisioner tentang pengetahuan, sikap serta observasi/ wawancara tentang tindakan pencegahan penyakit yang disebabkan makanan oleh pengamat.

6. Dalam penelitian ini kami menekankan bahwa keikutsertaan Anda dalam penelitian ini berdasarkan sukarela dan tidak ada paksaan. Apabila selama penelitian Anda tidak berkenan meneruskan keikutsertaan dalam penelitian ini, maka Anda dapat mengundurkan diri tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden.
7. Data dalam penelitian ini saya jamin kerahasiaan identitas, data dan semua informasi yang terkait dengan responden. Data akan disimpan selama 1 tahun.
8. Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh penelitian ini, karena perlakuan pada penelitian ini tidak mempengaruhi secara fisik.
9. Sebagai bentuk terimakasih atas partisipasi Anda dalam penelitian ini, kami akan memberikan cinderamata berupa peralatan dapur sebagai kenang-kenangan dan ucapan terimakasih.
10. Apabila ada sesuatu yang ditanyakan lebih lanjut tentang penelitian ini, Anda dapat menghubungi saya atas nama Wiwit Dwi N, No Hp 081331118957, Alamat: Sembujosukoraharjo-Kepanjen.

Lampiran 2

**LEMBAR PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN
BAGI ANAK**

Adik-adik calon responden yang saya sayangi, saya akan menjelaskan beberapa hal terkait dengan penelitian yang mengikutsertakan anda sebagai peserta penelitian. Ada beberapa hal yang perlu saya jelaskan yaitu:

1. Judul Penelitian : Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) tentang pencegahan *Food Borne Disease* dan *self Care Agency* anak
2. Nama peneliti: Wiwit Dwi N, S.Kep,Ns merupakan mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya.
3. Tujuan penelitian ini untuk membuktikan pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, praktik tentang pencegahan penyakit yang disebabkan oleh makanan pada keluarga dan kemandirian pada anak usia sekolah
4. Manfaat dari penelitian ini akan mendapatkan pengetahuan dan tindakan tentang pencegahan penyakit yang disebabkan oleh makanan melalui *booklet*.
5. Prosedur pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

Pertemuan ke-1

Kegiatan: Peneliti melakukan perkenalan/BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya) dan adik dilakukan *pre-test* tindakan pencegahan penyakit yang disebabkan oleh makanan yang dilakukan oleh pengamat.

Waktu : ±50 menit

Pertemuan ke-2

Kegiatan: Adik dijelaskan konsep penyakit yang disebabkan oleh makanan melalui pemberian *booklet* dengan metode ceramah dan diskusi.

Waktu: ±50 menit (20 menit ceramah dan 30 menit diskusi).

Pertemuan ke-3

Kegiatan: Adik dijelaskan cara pencegahan penyakit yang disebabkan oleh makanan melalui *booklet* dengan metode ceramah, diskusi dan melihat video tentang cuci tangan.

Waktu: ±50 menit (20 menit ceramah dan melihat video, 30 menit diskusi).

Pertemuan ke-4:

Adik dijelaskan tentang perilaku hidup bersih dan sehat anak dalam mencegah penyakit yang disebabkan makanan melalui *booklet* dengan metode ceramah, diskusi, melihat video tentang cuci tangan.

Waktu: ±50 menit (20 menit ceramah dan melihat video, 30 menit diskusi).

Pengambilan data *post test* dilakukan 1 minggu setelah intervensi selesai melalui observasi dan wawancara tentang tindakan pencegahan penyakit yang disebabkan makanan, dilakukan di sekolah oleh pengamat.

6. Dalam penelitian ini kami menekankan bahwa keikutsertaan adik dalam penelitian ini berdasarkan sukarela dan tidak ada paksaan. Apabila selama penelitian adik tidak berkenan meneruskan keikutsertaan dalam penelitian ini, maka adik dapat mengundurkan diri tanpa konsekuensi yang merugikan.
7. Data dalam penelitian ini saya jamin kerahasiaan identitas, data dan semua informasi yang terkait dengan responden. Data akan disimpan selama 1 tahun.
8. Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh penelitian ini, karena perlakuan pada penelitian ini tidak mempengaruhi secara fisik.
9. Sebagai bentuk terimakasih atas partisipasi adik dalam penelitian ini, kami akan memberikan cinderamata berupa alat tulis sebagai kenang-kenangan dan ucapan terimakasih.
10. Apabila ada sesuatu yang ditanyakan lebih lanjut tentang penelitian ini, Anda dapat menghubungi saya atas nama Wiwit Dwi N, No Hp 081331118957, Alamat: Sembujosukoraharjo-Kepanjen.

Lampiran 3**INFORMED CONSENT****(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama ibu :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Nama anak :

Umur anak :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) tentang pencegahan *Food Borne Disease* dan *self Care Agency* anak
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Hak undur diri
6. Cideramata yang akan diberikan
7. Kerahasiaan data
8. Nama dan no hp peneliti

Responden mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Kepanjen, April 2015

Peneliti,

Responden,

(.....)

(.....)

Saksi,

(.....)

*) Coret salah satu

Lampiran 4

KUESIONER PENELITIAN

Petunjuk Pengisian Jawaban

1. Pilihlah jawaban yang sesuai menurut anda dengan memberi tanda (√) pada salah satu jawaban yang telah disediakan
2. Silahkan bertanya pada peneliti apabila ada yang kurang jelas

A. DATA DEMOGRAFI

Data Orang Tua

Nama ayah :	Nama ibu :
Pendidikan :	Pendidikan :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Umur :	Umur :

Ayah pernah mendapatkan informasi tentang penyakit bawaan makanan (Ya / Tidak)

Melalui : () TV () Media cetak
 () Petugas kesehatan () Teman / saudara

Ibu pernah mendapatkan informasi tentang penyakit bawaan makanan (Ya / Tidak)

Melalui : () TV () Media cetak
 () Petugas kesehatan () Teman / saudara

Data Anak

Nama anak :
 Usia anak :
 Jenis kelamin :
 Pendidikan :

Pernah menderita penyakit bawaan makanan (diare, *typhoid*, cacangan) (Ya/Tidak)

B. PENGKAJIAN KELUARGA CALGARY PADA KELUARGA DENGAN ANAK USIA SEKOLAH

STRUKTURAL (Internal, eksternal, konteks)

a. Komposisi keluarga, jenis kelamin, tingkat urutan

Nama anak	Jenis kelamin	Urutan kelahiran anak

Batasan keluarga

	Ya	Tidak
Apakah ibu menyiapkan sendiri makanan dalam keluarga		
Apakah ada aturan agar anak berperilaku hidup bersih dan sehat (misal: mencuci tangan sebelum makan)		

b. Keluarga besar dan system yang lebih luas

	Ya	Tidak
Apakah kerabat/keluarga besar mengajarkan/memberi contoh tentang berperilaku hidup bersih dan sehat		

Apakah tetangga/tokoh masyarakat/petugas kesehatan terdekat mengajarkan/memberi contoh tentang berperilaku hidup bersih dan sehat		
---	--	--

c. Agama

<input type="checkbox"/>	Islam	<input type="checkbox"/>	Kristen	<input type="checkbox"/>	Hindu	<input type="checkbox"/>	Budha
--------------------------	-------	--------------------------	---------	--------------------------	-------	--------------------------	-------

Penghasilan

<input type="checkbox"/>	<1 jt	<input type="checkbox"/>	1-2 jt	<input type="checkbox"/>	>2 jt
--------------------------	-------	--------------------------	--------	--------------------------	-------

PERKEMBANGAN

Hubungan antar anggota keluarga

Hubungan	Ayah-Ibu	Ayah-Anak	Ibu-Anak	Anak-anak
Sangat Erat				
Erat				
Tidak Erat				

Hubungan keluarga lingkungan dengan luar:

Hubungan	Sangat baik	Baik	Tidak baik
Sekolah			
Lingkungan Kerja			
Tetangga			
Keluarga Besar			

Lingkungan rumah berhubungan dengan pencegahan penyakit bawaan makanan/*food borne disease*

Deskripsi	Ya	Tidak
a. Penyediaan air bersih		
b. Terdapat jamban		
c. Pembuangan sampah		

PENGAJIAN FUNGSIONALa. Aktifitas rutin dalam pencegahan penyakit bawaan makanan/*food borne disease*

Kegiatan	Ya	Tidak
a. Menjaga kebersihan diri: mencuci tangan dengan sabun		
b. Menjaga kebersihan pengolahan makanan/minuman		
c. Menjaga kebersihan lingkungan		

b. Cara pemecahan masalah keluarga

Pemecahan Masalah	Ya	Tidak
a. Kepala keluarga mengambil keputusan		
b. Musyawarah dengan keluarga inti		
c. Musyawarah dengan keluarga besar		

c. Penanggung jawab merawat anak sakit : () Ayah () Ibu

d. Tindak lanjut terhadap penyakit bawaan makanan

Tindakan	Ya	Tidak
a. Jika sakit dibawa ke pelayanan kesehatan (pengobatan)		
b. menghindari penyebab penyakit (pencegahan)		

e. Kepercayaan/keyakinan

Deskripsi	Ya	Tidak
a. Penyakit bawaan makanan adalah masalah kesehatan yang besar		

C. KUESIONER TINGKAT PENGETAHUAN PENCEGAHAN PENYAKIT BAWAAN MAKANAN (*FOOD BORNE DISEASE*) KELUARGA

Petunjuk pengisian : Jawablah pilihan Anda dengan ceklist (√) jawaban yang anda anggap sesuai dengan anda

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Tugas dari ibu sebagai pengelola makanan dalam keluarga adalah mencegah terjadinya penyakit bawaan makanan (seperti: diare, cacangan, <i>typhoid</i>)		
2	Penyakit bawaan makanan sering terjadi pada anak usia sekolah		
3	Penyakit bawaan makanan dapat disebabkan oleh bakteri pada makanan		
4	Bakteri bisa tumbuh pada makanan yang dibiarkan pada suhu ruang terlalu lama		
5	Penggunaan alat masak yang sama dalam mengolah daging dan sayuran dapat menyebabkan kontaminasi silang		
6	Penggunaan lap/kain yang berbeda dapat membantu mencegah kontaminasi (untuk mengeringkan tangan, membersihkan meja dan mengeringkan peralatan)		
7	Cara menjaga kebersihan dengan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir		
8	Menggunakan talenan yang sama untuk menangani makanan mentah dan matang dapat menyebabkan kontaminasi		
9	Menjaga kebersihan saat memasak dapat mengurangi peluang pertumbuhan kuman dan munculnya hewan lain seperti serangga		
10	Makanan yang mudah basi/rusak dapat disimpan dalam lemari es agar lebih tahan lama		

D. SIKAP KELUARGA TERHADAP PENCEGAHAN PENYAKIT BAWAAN MAKANAN (*FOOD BORNE DISEASE*)

1) Petunjuk pengisian : Berilah tanda ceklist (√) pada jawaban yang Anda pilih di kotak yang tersedia

2) Keterangan :

STS : Sangat tidak setuju

TS : Tidak setuju

S : Setuju

SS : Sangat setuju

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Saat mencuci tangan sebaiknya menggunakan air mengalir dan sabun untuk menjaga kebersihan				
2	Menjaga kebersihan dalam mengolah makanan sebaiknya dengan kondisi kuku yang panjang dan kotor				
3	Saat mencuci tangan sebaiknya dilakukan sebelum dan setelah mengolah pangan				
4	Saat mengolah bahan mentah dari daging sebaiknya menggunakan peralatan yang sama (seperti telenan/pisau) tanpa dibersihkan dulu sebelumnya				
5	Saat memasak makanan sebaiknya sampai mendidih agar bebas dari kuman berbahaya				
6	Saat menyimpan makanan yang mudah rusak sebaiknya dalam suhu ruangan agar tidak cepat basi				
7	Saat memilih bahan pangan yang aman sebaiknya dilihat dari kemasan luar yang bagus (tidak berubah bentuk) dan belum kadaluarsa				
8	Setelah membuang air besar/kecil sebaiknya jamban dibersihkan kembali agar tetap bersih dan tidak berbau				
9	Saat membuang sampah sebaiknya dipisahkan lebih dulu sesuai jenisnya (organik dan non organik)				
10	Saat mencuci sayur atau peralatan dapur bisa menggunakan air sungai				

E. TINDAKAN

LEMBAR OBSERVASI dan WAWANCARA (diisi oleh *observer*)

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Kebersihan diri: Mencuci tangan dengan benar dan menjaga kebersihan kuku		
	Observasi: ibu melakukan prinsip cara cuci tangan sebagai berikut (WHO, 2005)		
	1. Tampak cuci tangan dengan sabun		
	2. Tampak mencuci tangan menggunakan air bersih (mengalir)		
	3. Tampak menggosok kedua telapak tangan		
	4. Tampak menggosok punggung tangan dan sela jari bergantian		
	5. Tampak menggosok kedua telapak tangan dan sela jari		
	6. Tampak membersihkan ujung jari bergantian dengan mengatupkan (kedua tangan saling mengunci)		
	7. Tampak menggosok dan memutar ibu jari bergantian		
	8. Tampak meletakkan jari ke telapak tangan dan digosok memutar		
	wawancara: kapan anda biasanya mencuci tangan dalam 1 bulan terakhir ini?		
	1. cuci tangan sebelum memasak		
	2. cuci tangan sebelum/setelah menyentuh pangan		
	3. cuci tangan setelah mengolah bahan mentah		
	4. cuci tangan setelah dari toilet		
	5. cuci tangan setelah memegang benda kotor (uang, piring kotor)		
	Menjaga kebersihan kuku		
	Observasi: melihat kondisi kuku ibu		
	a. Kuku tampak bersih		
	b. Kuku tampak pendek		
2	Kebersihan makanan/minuman berdasar (Australian food safety standart)		
	wawancara: Apakah anda biasanya dalam menyiapkan makanan 1 bulan terakhir ini, melakukan ini:		
	a. Menjaga makanan pada suhu yang tepat		
	1. memperhatikan suhu dalam mengolah makanan misal memasak makanan sampai mendidih		
	2. menyimpan makanan yang mudah rusak di lemari es		
	3. menyimpan bahan makanan di kulkas pada atau di bawah 5 ° C		
	4. menaruh makanan di suhu ruangan tidak lebih dari 2 jam		
	5. memeriksa suhu lemari es untuk menjaga kestabilan suhu		
	6. memasak makanan sampai mendidih		
	7. menyimpan makanan di lemari pendingin jangan terlalu lama		
	8. memanaskan kembali makanan dari lemari pendingin sampai mendidih atau pada suhu di atas 60 ° C		
	b. Mencegah kontaminasi		
	1. mencuci buah dan sayuran mentah		
	2. menyimpan makanan mentah dan matang secara terpisah		
	3. menggunakan peralatan terpisah untuk bahan daging dan bahan mentah yang lain		

	4. menjaga kebersihan lap pembersih atau menggunakan tisu sekali pakai		
	5. menggunakan kain yang berbeda untuk mengeringkan peralatan memasak dan untuk membesihkan meja dapur		
	6. memperhatikan kebersihan pribadi dalam memasak		
	7. mengendalikan serangga atau hewan lain dari peralatan masak		
	c. Menjaga kebersihan		
	1. mencuci tangan menggunakan sabun dan mengeringkan tangan		
	2. memakai masker saat sakit pada waktu memasak		
	3. menggunakan baju yang bersih saat memasak		
	4. menjaga kebersihan dalam memasak seperti membersihkan peralatan menggunakan detergen dan air bersih		
	5. mencuci tangan dengan teknik yang benar (6 langkah)		
	6. mencuci tangan menggunakan air bersih dan mengalir		
	d. Menjaga dapur tetap bersih		
	1. menjaga peralatan tetap bersih, meletakkan peralatan menghadap ke bawah		
	2. mensanitasi permukaan meja/tempat bahan pangan diletakan dan dimasak (meja, lantai) dengan detergen dan air bersih		
	3. membersihkan lantai dan dinding dapur secara teratur		
	e. Bebas serangga dan hewan lain		
	1. membuang sampah secara teratur agar dapur agar bebas dari serangga, tikus dan hewan lain dengan		
	2. menjaga pangan dalam keadaan tertutup agar tidak terjangkau serangga/hewan lain		
	3. menggunakan kapur anti serangga (jika diperlukan) dengan menjauhkan serangga dari jangkauan makanan		
3	Kebersihan lingkungan		
	a. jamban bersih		
	Observasi:		
	1. Jamban tampak bersih, tidak berbau		
	2. Tampak air, sabun dan alat pembersih		
	b. Membuang sampah pada tempatnya		
	Observasi: tampak tempat sampah di rumah		
	wawancara: Dalam 1 bulan terakhir jika akan membuang sampah apakah dipilah sesuai jenisnya?		
	c. sumber air bersih		
	Observasi: tampak sumber air bersih		
	wawancara: Dalam 1 bulan terakhir dalam melakukan kegiatan pengolahan makanan termasuk mencuci peralatan memasak apakah menggunakan air bersih?		

Lampiran 5

LEMBAR OBSERVASI dan WAWANCARA *SELF CARE AGENCY ANAK* (diisi oleh *observer*)

No	Pernyataan	Ya	Tidak	Keterangan
1	Mencuci tangan dengan benar dan menjaga kebersihan kuku			
	Observasi: anak melakukan prinsip cara cuci tangan sebagai berikut (WHO, 2005)			
	1.Tampak cuci tangan dengan sabun			
	2.Tampak mencuci tangan menggunakan air bersih (mengalir)			
	3.Tampak menggosok kedua telapak tangan			
	4.Tampak menggosok punggung tangan dan sela jari bergantian			
	5.Tampak menggosok kedua telapak tangan dan sela jari			
	6.Tampak membersihkan ujung jari bergantian dengan mengatupkan (kedua tangan saling mengunci)			
	7.Tampak menggosok dan memutar ibu jari bergantian			
	8.Tampak meletakkan jari ke telapak tangan dan digosok memutar			
	Pertanyaan: kapan kamu biasanya mencuci tangan dalam 1 bulan terakhir ini?			
	1.cuci tangan sebelum makan makanan/jajan a. Ya b. Tidak			
	2.cuci tangan setelah buang air besar dan buang air kecil a. Ya b.Tidak			
	3.cuci tangan setelah bermain kotor a. Ya b.Tidak			
	Menjaga kebersihan kuku			
	Observasi: melihat kondisi kuku anak			
	c. Kuku tampak bersih			
	d. Kuku tampak pendek			
	e. Anak tidak tampak menggigit atau menghisap jari/kuku			
	Pertanyaan: 1.Berapa kali kamu memotong kuku dalam 1 bulan terakhir? a.memotong kuku setiap 1 minggu sekali b.memotong kuku jika sudah panjang dan kotor (ujungnya hitam)			
	2. Apakah kamu sering melakukan hal dibawah ini dalam 1 bulan terakhir?			

	a. Tidak menggigit atau menghisap kuku/jari b. menggigit atau menghisap kuku/jari			
2	Makan makanan yang bersih			
	Observasi: Anak tampak membawa bekal dari rumah			
	Pertanyaan: 1. Dalam 1 bulan terakhir, kamu lebih sering memilih jenis jajan yang mana? a. jajan yang terbungkus atau ada kemasan b. jajan yang tidak terbungkus			
	2. Dalam 1 bulan terakhir, kamu lebih sering memilih jenis jajan yang mana (jenis yang tidak terbungkus)? a. jajan yang tidak terpegang atau pakai penjepit/alat saat mengambilnya b. jajan yang banyak terpegang-pegang tangan banyak orang			
	3. Dalam 1 bulan terakhir, manakah yang paling sering kamu lakukan? a. makan jajanan sehat bekal dari rumah b. makan jajanan di sekolah			
	4. Dalam 1 bulan terakhir, apa yang sering kamu lakukan jika makan buah? a. mencuci sampai bersih b. langsung memakanya			
	5. Selama ini di rumah, minumannya menggunakan apa? a. menggunakan air sumur yang dimasak/air isi ulang/air PDAM yang dimasak/Air mineral kemasan b. Air (sumur/PDAM) yang tidak dimasak			
	6. Dalam 1 bulan terakhir, apakah di sekolah kamu sering jajan es yang berwarna-warni? a. Tidak b. Ya			
3	BAB dan BAK di jamban bersih			
	Observasi: Anak tampak menggunakan fasilitas jamban di sekolah			
	Pertanyaan: 1. Dimana biasanya kamu Buang air besar atau buang air kecil a. jamban (toilet, WC, kamar mandi) b. Selain di kamar mandi			
	2. Dimana biasanya kamu Buang air kecil a. jamban (toilet, WC, kamar mandi) b. Selain di kamar mandi			
	3. Setelah buang air di kamar mandi, yang paling sering kamu lakukan adalah? a. menyiram sampai bersih b. sekedar menyiram tapi tidak sampai bersih/tidak menyiram			
4	Membuang sampah pada tempatnya			

	Observasi: Saat selesai makan jajan berkemasan anak membuang sampah pada tempatnya			
	Pertanyaan: 1. Dalam 1 bulan terakhir jika selesai makan/jajan, yang paling sering kamu lakukan adalah? a. mencari tempat sampah terdekat dan membuangnya b. membuang disekitar tempat duduk/berdiri saya (sembarangan)			
	2. Dalam 1 bulan terakhir jika akan membuang sampah pada tempatnya, yang paling sering kamu lakukan adalah? a. memilah sampah sesuai jenisnya b. asal membuang tanpa memilah			

Lampiran 6

Kisi-Kisi Kuesioner CFAM (*Calgary Family Assessment Model*)

No	Komponen	Definisi	Skoring
1	Struktural	Hasil kumulatif sub komponen pengkajian komposisi, jenis kelamin, urutan kelahiran anak, batasan keluarga, keluarga besar/system yang lebih luas, agama	
	Komposisi	Jumlah anggota keluarga inti (ayah, ibu, anak)	≤4 skor 1 >4 skor 0
	Jenis kelamin	Ada atau tidak harapan keluarga terhadap kebiasaan pencegahan <i>food borne disease</i>	Ada perbedaan=0 Tidak ada perbedaan=1
	Urutan posisi anak	Urutan kelahiran anak berpengaruh terhadap pelaksanaan pencegahan <i>food borne disease</i>	Anak kelatau ke-2=1 Anak ≥3 bukan terakhir=0 Anak terakhir=1 Anak tunggal=2
	Batasan keluarga	Ada atau tidak aturan dalam melakukan pencegahan <i>food borne disease</i> di keluarga	Ada=1 Tidak=0
	Keluarga besar	Ada atau tidak aturan dalam melakukan pencegahan <i>food borne disease</i> di keluarga besar	Ada=1 Tidak=0
	Sistem yang lebih luas	Ada atau tidak aturan dalam melakukan pencegahan <i>food borne disease</i> di lingkungan/tetangga	Ada=1 Tidak=0
	Agama	Keadaan spiritual yang dikaitkan dalam pencegahan <i>food borne disease</i>	Ada=1 Tidak =0
	Penghasilan	Keadaan sosial ekonomi yang dikaitkan dalam pencegahan <i>food borne disease</i>	<1 jt=0 1-2 jt=1 >2 jt=2
2	Perkembangan	Hasil kumulatif sub komponen pengkajian hubungan antar anggota keluarga, hubungan keluarga dengan lingkungan, sarana di lingkungan	
	hubungan antar anggota keluarga	Ikatan kasih sayang melalui kebersamaan dalam keluarga	Sangat erat=2 Erat=1 Tidak erat=0 (4 kelompok antar anggota keluarga)
	hubungan keluarga dengan lingkungan	Keterikatan keluarga dengan lingkungan luar	Sangat baik=2 Baik=1 Tidak baik=0 (4 kelompok lingkungan)
	sarana di lingkungan	Ketersediaan sarana dalam pencegahan <i>food borne disease</i>	Ya=1 Tidak=0
3	Fungsional	Hasil kumulatif sub komponen pengkajian aktivitas rutin, cara pemecahan masalah keluarga, penanggungjawab merawat anak sakit, tindak lanjut dalam pencegahan <i>food borne disease</i> , kepercayaan	
	Aktivitas rutin	Kebiasaan dalam 1 bulan terakhir oleh keluarga dalam pencegahan <i>food borne disease</i>	Ya=1 Tidak =0 (3 kegiatan)
	Cara pemecahan masalah keluarga	Kemampuan keluarga untuk memecahkan masalah sendiri dengan efektif	Keluarga inti=3 Kepala keluarga=2 Keluarga besar=1

	Penanggungjawab merawat anak sakit	Pembentukan peran anggota keluarga jika anak sakit	2 orang tua=2 Salah satu orang tua=1
	Tindak lanjut jika mengalami <i>food borne disease</i>	Pelaksanaan kegiatan yang dilakukan keluarga jika mengalami <i>food borne disease</i>	Ya=1 Tidak=0 (2 kegiatan)
	Kepercayaan/keyakinan	Sesuatu yang mendasari pencegahan <i>food borne disease</i>	Ya=1 Tidak=0

Lampiran 7

Kisi-Kisi Kuesioner dan lembar observasi

Variabel Penelitian	No	Kisi-kisi	Jenis soal		Jumlah Soal
			Benar	salah	
Pengetahuan	1-10	Kuisisioner diadaptasi dari <i>The Profesional food Handlers Guide (in compliance with new Australian food safety standards)</i>	1	0	10
Jumlah		Benar=1 salah=0 Skor total 10			10
Sikap	No	Kisi kuisisioner	Positif	Negatif	Jumlah
		a. kebersihan diri:			
	1	Mencuci tangan	✓		1
	2	Menjaga kebersihan kuku		✓	1
		b.kebersihan makanan/minuman (5 kunci keamanan pangan):			
	3	Menjaga kebersihan	✓		1
	4	Pisahkan makanan mentah dan matang		✓	1
	5	Masak dengan benar	✓		1
	6	Jaga pada suhu aman		✓	1
	7	Bahan baku aman	✓		1
		c.kebersihan lingkungan:			
8	Jamban bersih	✓		1	
9	Buang sampah pada tempatnya	✓		1	
10	Sumber air bersih		✓	1	
Jumlah		Skor total 10x4=40			10
		Positif jika nilai $T \geq 50$ Negatif jika nilai $T < 50$ $T = 50 + 10 \cdot \frac{(X-\bar{x})}{s}$ Keterangan : X: Skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi skor T. \bar{x} : Mean Skor kelompok. s : Deviasi standar skor kelompok.			
Praktik	A	Kebersihan diri	Ya	tidak	Jumlah
		Observasi mencuci tangan dan kebersihan kuku	1		15
	B	Kebersihan makanan dan minuman (diadaptasi dari <i>Australian</i>	Ya	Tidak	Jumlah

		<i>food safety standards)</i>			
		1. Menjaga makanan pada suhu yang tepat	1		8
		2. Mencegah kontaminasi	1		7
		3. Menjaga kebersihan	1		6
		4. Menjaga dapur tetap bersih	1		3
		5. Bebas serangga dan hewan lain	1		3
	c	Kebersihan lingkungan	Ya	Tidak	Jumlah
		1. jamban bersih	1		2
		2. membuang sampah pada tempatnya	1		2
		3. sumber air bersih	1		2
Jumlah		Skor total			48
Lembar observasi dan wawancara <i>Self care agency</i> anak		a. Mencuci tangan 6 langkah (WHO, 2005)	Dilakukan	Tidak	Jumlah
	1	Mencuci tangan dan menjaga kebersihan kuku			
		Observasi mencuci tangan	1		8
		Wawancara mencuci tangan	1		3
		Observasi menjaga kebersihan kuku	1		3
		Wawancara menjaga kebersihan kuku	1		2
	2	Konsumsi jajanan sehat			
		Observasi jajanan sehat	1		1
		Wawancara jajanan sehat	1		6
	3	Menggunakan jamban bersih			
		Observasi	1		1
		Wawancara	1		3
	4	Membuang sampah pada tempatnya			
		Observasi	1		1
	Wawancara	1		2	
Jumlah		Dilakukan=1 Tidak=0 Skor maksimal 30			30

Lampiran 8***Australian Food Safety Standart*****How does your business rate?**

Here is a quick food safety test you can do on your business. These questions are the kinds of questions that an Environmental Health Officer or auditor would ask you.

If you answer "yes" to all the questions – congratulations!

If you answer "no" to any questions – you have probably found a problem in your workplace that needs to be fixed.

Yes No

1. We keep food at the right temperature

We check the temperature of incoming food items

We calibrate the temperature gauges in our cold rooms and fridges

We store fresh items at or below 5°C and frozen food at or below -18°C

We rotate stock on a First In First Out basis

We check the temperature of fridges and freezers twice a day

We cook food to the right temperature

We check hot and cold holding temperatures every two hours

We hold hot food at or above 60°C and cold food at or below 5°C

2. We prevent contamination

We wash raw fruit and vegetables

We store raw and cooked food separately

We use separate equipment for raw and cooked foods



We use single-use cloths instead of tea towels or rags

We use colour-coded cloths, buckets and mops for different cleaning tasks

Staff follow personal hygiene procedures

We control vermin

3. We follow personal hygiene procedures

Staff wash hands using an anti-bacterial soap and single-use paper towels

Staff report illnesses and do not work with food when sick

Staff wear the right uniform

Staff follow hygienic procedures when working with food

"How to wash your hands" charts & stickers are above hand wash stations

Hand wash stations contain no-touch taps and no-touch soap dispensers

4. We keep our workplace clean

We keep our work area and equipment clean

We use a sanitiser

We follow a cleaning schedule

5. We control vermin

We keep vermin out

Staff report all pest sightings

We use a professional pest control contractor

How does your food safety knowledge rate?

Here is a quick quiz to test your knowledge of hygienic food practices. Answer true or false to each question.

- 
1. Part of my responsibilities include spotting and stopping hazards
 2. Every day 11,500 Australians suffer from food poisoning
 3. To grow, bacteria need food, time, the right temperature and moisture
 4. Bacteria grow fastest in the "Danger Zone" – between 0°C and 5°C
 5. Tea towels can readily lead to cross contamination
 6. Colour-coded wiping cloths can help prevent contamination
 7. It is best to dry hands on disposable paper towels
 8. Using the same cutting board for handling raw and cooked food can cause contamination
 9. To prevent contamination it is important to wipe thermometers with anti-bacterial wipes
 10. Always store raw food above cooked food in the refrigerator

Lampiran 9

**SATUAN KEGIATAN
INTERVENSI KELUARGA CALGARY**

Waktu Pertemuan : 4 x 50 menit

Nara Sumber : Wiwit Dwi N

A. Masalah keperawatan keluarga dengan anak usia sekolah dasar yang diintervensi :

1. Keluarga kurang memahami tentang pencegahan *food borne disease*
2. Keluarga dengan anak usia sekolah yang memiliki *self care agency* (kemandirian) : mandiri, memerlukan bantuan dan tergantung

B. Tujuan Intruksional

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan intervensi keluarga Calgary, anggota keluarga dapat memahami konsep pencegahan *food borne disease* serta mengoptimalkan peran serta keluarga dalam pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* (kemandirian) anak.

2. Tujuan Khusus

1. Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang pencegahan *food borne disease*
2. Meningkatkan sikap keluarga tentang pencegahan *food borne disease*
3. Meningkatkan praktik keluarga tentang pencegahan *food borne disease*
4. Meningkatkan *self care agency* (kemandirian) anak

C. Pokok Bahasan

Konsep pencegahan *food borne disease*

D. Sub Pokok Bahasan

1. Konsep dasar *food borne disease*
2. Konsep pencegahan *food borne disease*
3. Konsep Perilaku Hidup Bersih dan sehat pada anak sekolah

E. Strategi Pelaksanaan

Materi / Alat : Booklet, laptop, video, alat tulis

Metode : Ceramah. Diskusi, demonstrasi

Sasaran : Keluarga dengan anak usia sekolah dasar

Waktu : 50 menit setiap sesi pertemuan, sebanyak 4 kali

F. Kegiatan

Pertemuan	Kegiatan	Uraian Kegiatan	Responden	Peneliti	Waktu
I	Perkenalan (intervensi 1)	Setelah kelompok intervensi ditentukan, peneliti melakukan:			
		- BHSP (bina hubungan saling percaya) dengan keluarga.	-Menjawab pertanyaan peneliti	-Melakukan BHSP dengan keluarga	10'
		-Menjelaskan maksud dan tujuan penelitian, menjelaskan tujuan, manfaat, keuntungan peneliti.	-Memperhatikan	-Memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian	5'
		-Memberikan <i>informed consent</i> untuk ditandatangani keluarga jika setuju untuk menjadikan responden peneliti.	-Mengisi <i>informed consent</i>	-Menjelaskan cara pengisian <i>informed consent</i>	5'
		-Melakukan pengkajian keluarga Calgary yang berfokus pada keluarga anak sekolah.	-Mengisi pengkajian Calgary	-Menjelaskan cara pengisian pengkajian Calgary	25'
-Membuat kontrak pertemuan selanjutnya.	-Menyepakati kontrak pertemuan selanjutnya	-Menyepakati kontrak pertemuan selanjutnya	5'		
II	Kunjungan rumah (intervensi 2)	-Menyampaikan hasil pengkajian dan intervensi yang diberikan kepada keluarga sesuai dengan kebutuhan keluarga.	-Memperhatikan penyampain hasil pengkajian	-Menjelaskan hasil pengkajian keluarga	5'
		-Menjelaskan konsep <i>food borne disease</i> (pengertian, klasifikasi, etiologi dan pathogenesis)	-Merperhatikan penjelasan tentang konsep <i>food borne disease</i>	-Memberikan penjelasan tentang konsep <i>food borne disease</i>	20'
		-Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya pada saat penjelasan	-Bertanya jika ada yang kurang dimengerti	-Memberikan kesempatan bertanya	2'
		-Akui kekuatan yang ada pada keluarga bila sudah mengetahui tentang <i>food borne disease</i> dan pencegahannya dengan memberikan pujian dan motivasi	-Menjelaskan tentang pengetahuan keluarga tentang <i>food borne disease</i> dan pencegahannya	-Memberikan pujian dan motivasi kepada keluarga	3'
		-Libatkan anak dalam pertemuan dengan keluarga saat intervensi	-Anak memperhatikan	-Mengajak anak untuk ikut aktif saat intervensi	5'
		-Dorong untuk mengungkapkan rasa	-Menceritakan tentang pengalaman	-Memperhatikan cerita tentang	10'

		<p>pengalaman keluarga dalam mencegah <i>food borne disease</i></p> <p>-Membuat kontrak waktu pertemuan selanjutnya</p>	<p>tentang pencegahannya <i>food borne disease</i></p> <p>-Menyepakati kontrak pertemuan selanjutnya</p>	<p>pengalaman keluarga</p> <p>-Menyepakati kontrak pertemuan selanjutnya</p>	5'
III	Kunjungan rumah (intervensi 3)	<p>-Kaji kemampuan keluarga menyediakan sarana dan prasana dan pengalaman mencegah <i>food borne disease</i></p> <p>-Ajarkan keluarga dalam kebersihan diri, makanan dan lingkungan: -cara cuci tangan dengan teknik yang benar -cara menjaga kebersihan makanan dan minuman berdasarkan 5 kunci keamanan pangan: jaga kebersihan, pisahkan makanan mentah dan matang, masak dengan benar, jaga pada suhu aman, bahan baku aman (WHO, 2004) -cara menjaga kebersihan lingkungan (jamban bersih, membuang sampah pada tempatnya, sumber air bersih)</p>	<p>-Menjelaskan tentang kemampuan keluarga</p> <p>-Memperhatikan penjelasan yang diberikan</p>	<p>-Memberikan pertanyaan tentang kemampuan keluarga</p> <p>-Menjelaskan tentang kebersihan diri, makanan dan lingkungan -Mempraktekan tentang cuci tangan yang benar</p>	5'
		<p>-Mengajarkan tindak lanjut ketika terjadi kejadian <i>food borne disease</i></p>	<p>-Memperhatikan penjelasan yang diberikan</p>	<p>-Memberikan penjelasan</p>	5'
		<p>-Memberikan pujian jika memahami cara pencegahan <i>food borne disease</i></p>	<p>-Menceritakan pengalaman keluarga</p>	<p>-Memberikan pujian</p>	5'
		<p>-Memotivasi keluarga saling mengingatkan kebiasaan pencegahan sesama anggota keluarga</p>	<p>-Memperhatikan motivasi yang diberikan</p>	<p>-Memberikan motivasi</p>	5'
		<p>-Mendiskusikan perencanaan pertemuan selanjutnya</p>	<p>-Menyepakati kontrak pertemuan selanjutnya</p>	<p>-Menyepakati kontrak pertemuan selanjutnya</p>	5'
IV	Kunjungan rumah (intervensi 4)	<p>-Kaji kemampuan anak dalam melakukan perilaku hidup bersih sehat</p>	<p>-Menceritakan pengalaman</p>	<p>-Mengkaji kemampuan anak dalam PHBS</p>	5'
		<p>-Mengajarkan tentang <i>self care agency</i> (kemandirian) anak dalam melakukan perilaku hidup bersih sehat (mencuci tangan dan kebersihan kuku, konsumsi jajanan sehat, jamban)</p>	<p>-Memperhatikan penjelasan</p>	<p>-Memberikan penjelasan dan mempraktekan cuci tangan</p>	25'

	bersih, membuang sampah pada tempatnya) -Memotivasi keluarga bahwa <i>food borne disease</i> dapat dicegah dan pujian terhadap tindakan yang sudah dilakukan	-Memperhatikan arahan yang diberikan	-Memberikan motivasi	5'
	-Menyimpulkan bersama keluarga kemampuan yang sudah dikuasai oleh keluarga	-Memperhatikan	-Memberikan kesimpulan	10'
	-Terminasi dengan keluarga dan menyepakati evaluasi sesuai kontrak yang disepakati	-Menyepakati kontrak pertemuan selanjutnya	-Berpamitan dan menyepakati kontrak pertemuan selanjutnya	5'

G. Evaluasi

Post test (pengetahuan, sikap, praktik pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* /kemandirian anak)

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Sig. (2-tailed)	N
Item_1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1 20	.150 20	.091 20	1.000 20	-.043 20	.705 20	.396 20	-.043 20	.079 20		20
Item_2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.150 20	1 20	.098 20	.150 20	.257 20	.396 20	.098 20	.122 20	.119 20		20
Item_3	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.091 20	-.098 20	1 20	.298 20	.163 20	.192 20	.298 20	.541 20	.049 20		20
Item_4	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1.000 20	.150 20	.091 20	1 20	.705 20	-.043 20	-.043 20	.079 20	-.031 20		20
Item_5	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.043 20	.098 20	.298 20	1 20	.187 20	.266 20	1.000 20	-.022 20	.114 20		20
Item_6	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.705 20	.257 20	.163 20	.705 20	1 20	.336 20	.187 20	-.091 20	-.074 20		20
Item_7	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.396 20	.396 20	.192 20	.266 20	.336 20	1 20	.266 20	.027 20	.058 20		20
Item_8	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.043 20	.098 20	.298 20	-.043 20	.187 20	.266 20	1 20	-.022 20	.114 20		20
Item_9	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.079 20	.122 20	.541 20	.079 20	-.091 20	.027 20	-.022 20	1 20	-.016 20		20
Item_10	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.031 20	.119 20	.049 20	-.031 20	-.074 20	.058 20	.114 20	-.016 20	1 20		20

Excluded ^a	0	.0
Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.713	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item_1	25.70	8.853	.605	.640
item_2	25.25	11.566	.254	.709
item_3	25.50	11.526	.304	.701
item_4	25.70	8.853	.605	.640
item_5	24.70	11.484	.315	.700
item_6	25.55	9.829	.605	.646
item_7	26.00	11.158	.315	.677
item_8	24.70	11.484	.315	.700
item_9	25.80	12.168	.130	.726
item_10	26.25	12.618	.040	.734

Lampiran 11

NPAR TESTS

```

/WILCOXON=kognitif_pre sikap_pre psikomtr_pre SCA_pre WITH kognitif_post
sikap_post psikomtr_post SCA_post (PAIRED)
/STATISTICS DESCRIPTIVES QUANTILES
/MISSING ANALYSIS.

```

NPar Tests

[DataSet0]

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
kognitif_pre	35	6.54	1.010	5	8
sikap_pre	35	27.94	1.955	24	32
psikomtr_pre	35	33.37	3.573	26	41
SCA_pre	35	19.49	3.184	14	25
kognitif_post	35	7.03	1.071	5	9
sikap_post	35	29.83	2.802	24	36
psikomtr_post	35	33.37	3.507	26	41
SCA_post	35	19.51	3.193	14	25

Descriptive Statistics

	Percentiles		
	25th	50th (Median)	75th
kognitif_pre	6.00	7.00	7.00
sikap_pre	26.00	28.00	29.00
psikomtr_pre	31.00	33.00	36.00
SCA_pre	17.00	20.00	22.00
kognitif_post	6.00	7.00	8.00
sikap_post	28.00	30.00	32.00
psikomtr_post	31.00	33.00	36.00
SCA_post	17.00	20.00	22.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
kognitif_post - kognitif_pre	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	14 ^b	7.50	105.00
	Ties	21 ^c		
	Total	35		
sikap_post - sikap_pre	Negative Ranks	1 ^d	2.00	2.00
	Positive Ranks	22 ^e	12.45	274.00
	Ties	12 ^f		
	Total	35		
psikomtr_post - psikomtr_pre	Negative Ranks	3 ^g	3.50	10.50
	Positive Ranks	3 ^h	3.50	10.50
	Ties	29 ⁱ		
	Total	35		
SCA_post - SCA_pre	Negative Ranks	5 ^j	7.20	36.00
	Positive Ranks	7 ^k	6.00	42.00
	Ties	23 ^l		
	Total	35		

- a. kognitif_post < kognitif_pre
b. kognitif_post > kognitif_pre
c. kognitif_post = kognitif_pre
d. sikap_post < sikap_pre
e. sikap_post > sikap_pre
f. sikap_post = sikap_pre
g. psikomtr_post < psikomtr_pre
h. psikomtr_post > psikomtr_pre
i. psikomtr_post = psikomtr_pre
j. SCA_post < SCA_pre
k. SCA_post > SCA_pre
l. SCA_post = SCA_pre

Test Statistics^c

	kognitif_post - kognitif_pre	sikap_post - sikap_pre	psikomtr_post - psikomtr_pre	SCA_post - SCA_pre
Z	-3.494 ^a	-4.165 ^a	.000 ^b	-.258 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	1.000	.796

- a. Based on negative ranks.
b. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.
c. Wilcoxon Signed Ranks Test

GET

```
FILE='F:\spss\data_pre_post.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
FREQUENCIES VARIABLES=kognitif_pre kognitif_post sikap_pre sikap_post psik
omtr_pre psikomtr_post SCA_pre SCA_post
/STATISTICS=MEDIAN
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

[DataSet1] F:\spss\data_pre_post.sav

Statistics

		kognitif_pre	kognitif_post	sikap_pre	sikap_post	psikomtr_pre
N	Valid	35	35	35	35	35
	Missing	0	0	0	0	0
Median		7.00	7.00	28.00	30.00	33.00

Statistics

		psikomtr_post	SCA_pre	SCA_post
N	Valid	35	35	35
	Missing	0	0	0
Median		33.00	20.00	20.00

Frequency Table

kognitif_pre

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	6	17.1	17.1	17.1
	6	11	31.4	31.4	48.6
	7	11	31.4	31.4	80.0
	8	7	20.0	20.0	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

kognitif_post

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	2	5.7	5.7	5.7
	6	9	25.7	25.7	31.4
	7	14	40.0	40.0	71.4
	8	6	17.1	17.1	88.6
	9	4	11.4	11.4	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

sikap_pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 24	1	2.9	2.9	2.9
25	2	5.7	5.7	8.6
26	6	17.1	17.1	25.7
27	7	20.0	20.0	45.7
28	5	14.3	14.3	60.0
29	6	17.1	17.1	77.1
30	4	11.4	11.4	88.6
31	3	8.6	8.6	97.1
32	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

sikap_post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 24	1	2.9	2.9	2.9
26	3	8.6	8.6	11.4
27	3	8.6	8.6	20.0
28	5	14.3	14.3	34.3
29	5	14.3	14.3	48.6
30	5	14.3	14.3	62.9
31	4	11.4	11.4	74.3
32	2	5.7	5.7	80.0
33	3	8.6	8.6	88.6
34	2	5.7	5.7	94.3
35	1	2.9	2.9	97.1
36	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

psikomtr_pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 26	1	2.9	2.9	2.9
27	1	2.9	2.9	5.7
29	2	5.7	5.7	11.4
30	3	8.6	8.6	20.0
31	6	17.1	17.1	37.1
32	2	5.7	5.7	42.9
33	5	14.3	14.3	57.1
34	1	2.9	2.9	60.0
35	3	8.6	8.6	68.6
36	4	11.4	11.4	80.0
37	2	5.7	5.7	85.7
38	3	8.6	8.6	94.3
40	1	2.9	2.9	97.1
41	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

psikomtr_post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 26	1	2.9	2.9	2.9
28	1	2.9	2.9	5.7
29	2	5.7	5.7	11.4
30	3	8.6	8.6	20.0
31	6	17.1	17.1	37.1
32	2	5.7	5.7	42.9
33	5	14.3	14.3	57.1
34	1	2.9	2.9	60.0
35	4	11.4	11.4	71.4
36	3	8.6	8.6	80.0
37	2	5.7	5.7	85.7
38	3	8.6	8.6	94.3
40	1	2.9	2.9	97.1
41	1	2.9	2.9	100.0
Total	35	100.0	100.0	

SCA_pre

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	14	3	8.6	8.6	8.6
	15	3	8.6	8.6	17.1
	16	1	2.9	2.9	20.0
	17	3	8.6	8.6	28.6
	18	1	2.9	2.9	31.4
	19	6	17.1	17.1	48.6
	20	4	11.4	11.4	60.0
	21	4	11.4	11.4	71.4
	22	3	8.6	8.6	80.0
	23	4	11.4	11.4	91.4
	24	1	2.9	2.9	94.3
	25	2	5.7	5.7	100.0
Total		35	100.0	100.0	

SCA_post

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	14	1	2.9	2.9	2.9
	15	5	14.3	14.3	17.1
	16	1	2.9	2.9	20.0
	17	4	11.4	11.4	31.4
	18	2	5.7	5.7	37.1
	19	4	11.4	11.4	48.6
	20	4	11.4	11.4	60.0
	21	4	11.4	11.4	71.4
	22	2	5.7	5.7	77.1
	23	4	11.4	11.4	88.6
	24	2	5.7	5.7	94.3
	25	2	5.7	5.7	100.0
Total		35	100.0	100.0	



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH AIRLANGGA UNIVERSITY**

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"**

No : 108-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

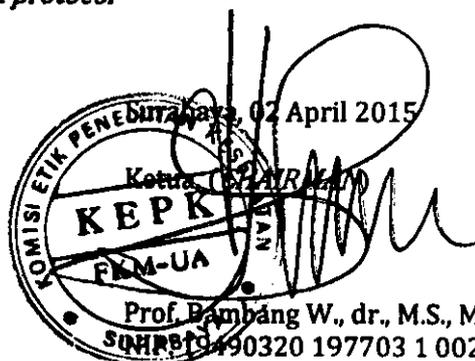
The Ethics Committee of the Faculty of Public Health Airlangga University, with regards of the protection of Human Rights and welfare In medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

**"PENDEKATAN CALGARY FAMILY INTERVENTION MODEL (CFIM) TENTANG
PENCEGAHAN FOOD BORNE DISEASE DAN SELF CARE AGENCY ANAK"**

Peneliti utama : Wiwit Dwi N, S.Kep.,Ns.
Principal Investigator

Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
And approved the above-mentioned protocol





UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031)5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax (031)5913257, 5913752
 Website <http://ners.unair.ac.id> | email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Surabaya, 18 Desember 2014

Nomor : 357 /UN3.1.12/PPd/S2/2014
 Lampiran : 1 (Satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair**

Kepada Yth.
 Kepala Bakesbangpol Linmas Kab. Malang
 di –
 Tempat

Dengan hormat,
 Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Wiwit Nurbadriyah, S.Kep.Ns
 NIM : 131314153023
 Judul Penelitian : Pendekatan CFIM (*Calgary Family Intervention Model*) dalam Pencegahan *food borne disease self care agency* anak

Tempat : Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Malang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



a/n. Dekan

Wakil Dekan I

Mira Triharini, SKp.M.Kep

NIDN.: 197904242006042002

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Malang
2. Kepala Dinas Pendidikan Kab. Malang
3. Kepala Puskesmas Kepanjen Kab. Malang
4. Kepala Sekolah SDN Jatirejoyoso Kepanjen
5. Kepala MI Miftahul Huda Kepanjen



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan KH. Agus Salim No. 7 Telp. (0341)366260 Fax. 366260
MALANG - 65119

168

SURAT KETERANGAN

Nomor : 072/ 135 /421.205/2014

Untuk melakukan Survey / Research / Penelitian / KKN / PKL / Magang

Menunjuk : Surat dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga (UNAIR) No:
 357/UN3.1.12/PPd/S2/2014 tanggal 18 Desember 2014; Perihal: Permohonan
 Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal

Dengan ini kami **TIDAK KEBERATAN** dilaksanakannya kegiatan Ijin Studi oleh :

Nama / Instansi : Wiwit Dwi N, S.Kep, Ns / Pelaksana

Alamat : Jl. Trunojoyo No. 16

Thema/Judul/Survey/Research : Pendekatan Calgary Family Intervention Model (CFIM)
 dalam pencegahan Food Borne Disease (Penyakit Bawaan Makanan) dan Self Care Agency Anak Usia Sekolah Dasar

Daerah/tempat kegiatan : Di SDN Jati Rejoso 1 Kapanjen

Lamanya : Desember 2014

Pengikut : -

Dengan Ketentuan .

1. Mentaati ketentuan - ketentuan / Peraturan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat supaya melapor kepada Pejabat setempat
3. Setelah selesai mengadakan kegiatan harap segera melapor kembali ke Bupati Malang Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Malang ;
4. Surat Keterangan ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut di atas

Malang, 19 Desember 2014

An. **KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK**
KABUPATEN MALANG
 Kabid Ideologi, Politik dan WASBANG

BUDIANTO HERMAWAN, SH.Msi

Pembina

NIP : 19671204 199303 1 007

TEMBUSAN :

Yth.

1. Sdr. Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Kapanjen
2. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Malang
3. Sdr. Kepala Dinas Pendidikan Kab. Malang
4. Sdr. Kepala Puskesmas Kapanjen Kab. Malang
5. Sdr. Kepala Sekolah SDN Jati Rejoso 1 Kapanjen Kab. Malang
6. Sdr. Ybs
7. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
 DINAS KESEHATAN

Jl. Panji No.120 Kapanjen Telepon (0341) 391621, Fax. (0341) 393731
MALANG

Malang, 10 Nopember 2014

Nomor : 072/450/421.103/2014
 Lampiran : -
 Sifat : Biasa
 Perihal : Studi Pendahuluan

Kepada :
 Yth. Plh Ketua Stikes Kapanjen

Di -

TEMPAT

Menunjuk Surat dari Plh Ketua Stikes Kapanjen, Nomor 072/2311.A/421.103.140/2014, tanggal 13 Oktober 2014 tentang Studi Pendahuluan Mahasiswa, dengan ini kami TIDAK KEBERATAN dilaksanakan Kegiatan tersebut oleh :

Nama : Wiwit Dwi N, S.Kep, Ns
 NIM : 131314153023
 Judul : *Pendekatan Calgary Family Intervention Model (CFIM) dalam pencegahan Food Borne Disease (Penyakit bawaan makanan) dan Self Care Agency anak usia Sekolah Dasar*
 Tempat Kegiatan : Puskesmas Kapanjen Kab. Malang
 Waktu Kegiatan : 07 Nopember 2014 - 31 Desember 2014

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati peraturan / ketentuan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat kegiatan untuk melaporkan dan berkoordinasi kepada Pejabat yang terkait.
3. Melakukan *inform consent* secara tertulis sebelum dilakukan kegiatan kepada yang bersangkutan
4. Harus memegang azas rahasia (tanpa nama / identitas responden)
5. Mempresentasikan dan menyampaikan hasil penelitian di tempat penelitian
6. Setelah selesai melaksanakan kegiatan untuk melaporkan kembali kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang Cq. Diklat Litbang Dinas Kesehatan Kab Malang.
7. Surat ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

an. KEPALA DINAS KESEHATAN



mbusan.Yth:

Kepala Dinas Kesehatan (Sebagai Laporan)

Kepala Puskesmas Kapanjen Kab. Malang

M. MOCHAMMAD ICHWAN
 Pembina TK.1



PEMERINTAHAN KABUPATEN MALANG
DINAS PENDIDIKAN
SEKOLAH DASAR NEGERI JATIREJOYOSO

Il. Nusa No. 04 Telp (0341) 5427912 Jatirejoyoso Kepanjen Malang 65163

Kepanjen, Januari 2015

Kepada Yth:

Ketua Program Studi Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya

Di Tempat

Dengan Hormat,

Menanggapi surat permohonan bantuan fasilitas penelitian bagi mahasiswa Magister keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, maka dengan ini kami menyampaikan tidak keberatan akan memberikan kesempatan kepada mahasiswa:

Nama : WIWIT DWI N
NIM : 131314153023
Judul : Pendekatan Calgary Family Intervention Model dalam pencegahan food borne disease dan self care agency anak usia sekolah.

Untuk mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian.

Demikian surat keterangan ini dibuat sesuai dengan keadaan yang sebenar-benarnya agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kepanjen, Januari 2015
Kepala Sekolah SDN Jatirejoyoso



[Signature]
SUPRANTIYO, S.Pd
NIP : 1962 12031985041004



PEMERINTAHAN KABUPATEN MALANG
DINAS PENDIDIKAN
SEKOLAH DASAR NEGERI JATIREJOYOSO

Jl. Nusa No. 04 Telp (0341) 5427912 Jatirejoyoso Kapanjen Malang 65163

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : WIWIT DWI N
NIM : 131314153023
Status : Mahasiswa Magister UNAIR Surabaya

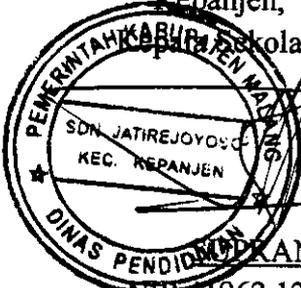
Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Mahasiswa yang bersangkutan telah melakukan pengambilan data di SDN Jatirejoyoso Kapanjen dengan judul Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* tentang pencegahan *food borne disease* dan *self care agency* anak usia sekolah.

Demikian surat keterangan ini dibuat sesuai dengan keadaan yang sebenar-benarnya agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kapanjen, April 2015

Kepala Sekolah SDN Jatirejoyoso



KANTIYO, S.Pd
NIP. 1962 12031985041004

PENCEGAHAN PENYAKIT

BAWAAN MAKANAN

TESIS

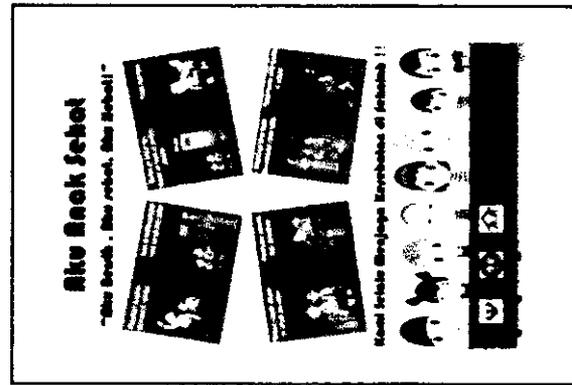
Panduan Pencegahan Penyakit Bawaan Makanan

Dengan Pendekatan Model Intervensi Keluarga Calgary



Ayo! Lakukan
Hidup Bersih dan Sehat

PENDOKUMENTASIAN INTERVENSI KELUARGA CALGARY



OLEHE:
WIWIT DWI N

Segala puji dan syukur saya haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan booklet panduan pencegahan penyakit bawaan makanan anak dengan pendekatan model intervensi keluarga Calgary sebagai salah satu media pembelajaran keluarga.

Booklet panduan pencegahan penyakit bawaan makanan anak dengan pendekatan model intervensi keluarga Calgary ini dapat digunakan oleh seluruh anggota keluarga, dikembangkan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, motivasi, praktik pencegahan penyakit bawaan makanan untuk membantu keluarga dan meningkatkan kemandirian anak untuk mencegah penyakit bawaan makanan.

Booklet ini berfokus pada konsep penyakit (pengetahuan penyebab, klasifikasi), pencegahan penyakit bawaan makanan: kebersihan diri, kebersihan makanan dan minuman, kebersihan lingkungan.

Saya mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan booklet ini. Saya mohon maaf atas segala kekurangan dan mohon semoga booklet ini bermanfaat. Amin.

Malang, 2015

Penulis

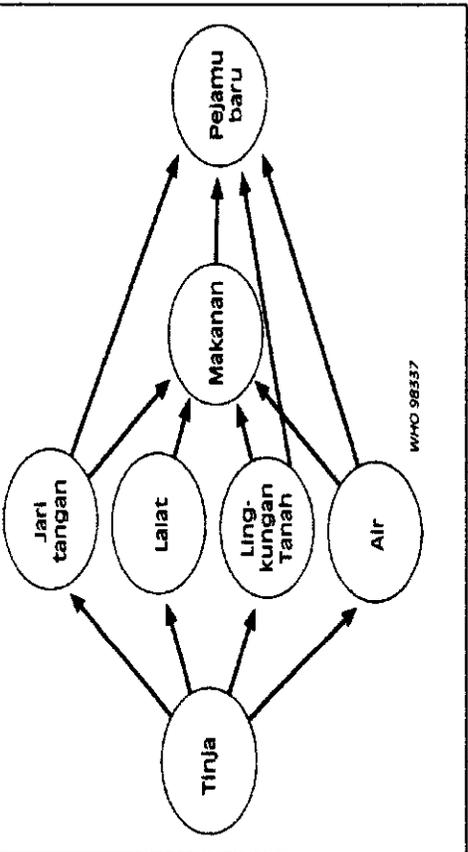
" Penyakit Radang Usus yang disebabkan kuman typhus yang penularannya lewat mulut bersama makanan dan minuman

Mengetahui cara pencegahan timbulnya typhoid.

- Jaga kebersihan lingkungan
- Jaga kebersihan diri
- Jaga kebersihan alat-alat makan
- Jaga kebersihan makanan
- Minum air yang sudah dimasak.

Kuman terdapat dalam makanan, minuman, tangany yang kotor tertelan lalu berkembang biak di dalam sehingga usus menjadi radang

Pada awal penyakit suhu tubuh (panas badan) meningkat perlahan, mencret atau sukar berak, kemudian suhu tinggi terus- menerus atau rendah pada pagi hari dan naik pada siang hari lebih dari 5 hari. Badan lemah, nafsu makan menurun, perut kembung.



Penyakit bawaan makanan (food borne disease) disebabkan oleh agens penyakit yang masuk ke dalam tubuh melalui konsumsi makanan yang terkontaminasi

Bakterinya mana??



Disebabkan oleh:

- bakteri
- Parasit
- virus

selama 65-70 hari (Widoyono, 2011).

VIRUS

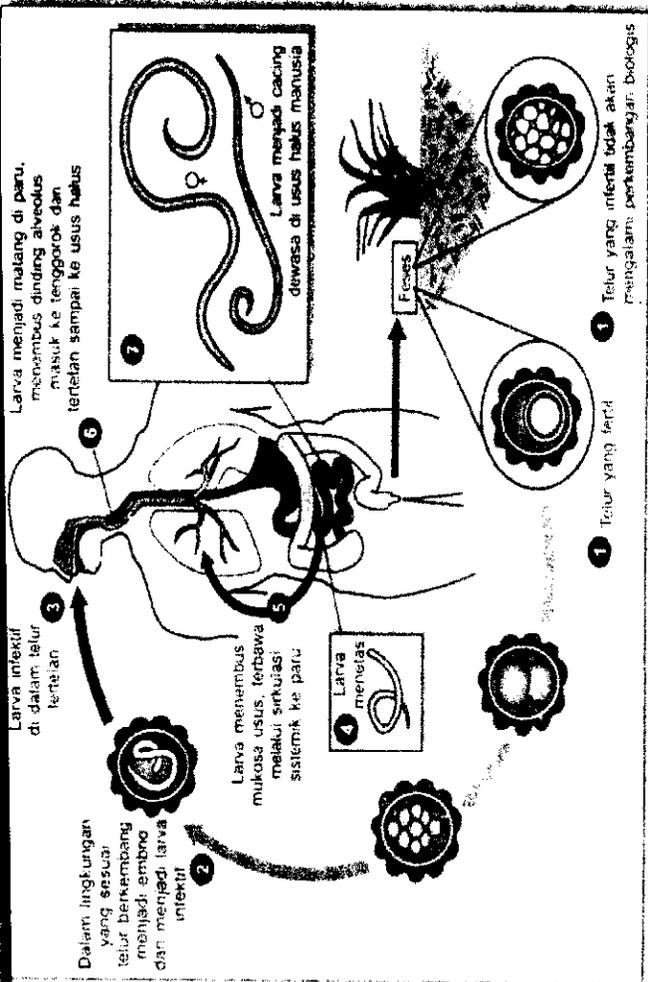
Hepatitis A dan E:

- Penularanya melalui *fekal oral*.
- Imunitas dari berperan penting dalam penyembuhan penyakit
- Gambaran klinis diawali masa inkubasi virus, gejala mual, muntah, mudah lelah, *mialgia*, sakit kepala, demam ringan dan selanjutnya pengembangan penyakit kuning klinis yang kadang disertai penurunan berat badan ringan, pembesaran hati dan nyeri tekan



DIARE

- Buang air besar > 3x



Proses penularan:

- (1) Telur dikeluarkan cacing melalui tinja (2) dalam lingkungan yang sesuai akan berkembang menjadi embrio dan larva infeksi dalam telur. (3) Jika telur tertelan manusia (4) larva menetas (5) keluar menembus dinding usus halus menuju system peredaran darah dan paru (6) tertelan ke esophagus melalui faring (7) sehingga masuk ke usus halus



Kekurangan Cairan/Lemas Mengakibatkan

Kehabisan Cairan dan Meninggal

BAGAIMANA PENCEGAHANYA?

1. KEBERSIHAN DIRI

Mencuci tangan dengan seksama menggunakan sabun dan air bersih:

- sebelum memasak atau menyiapkan pangan.
- sebelum atau setelah menyentuh pangan.
- setelah menyentuh bahan mentah
- setelah dari toilet dan
- setelah memegang benda yang kotor (uang, piring kotor dan lain-lain)

Merawat kuku tetap pendek dan menjaga kuku tetap bersih. Penggunaan sabun yang baik membantu membersihkan kuku.

satu tanda :

- Diare terus menerus
- Muntah berulang - ulang
- Rasa haus yang nyata
- Makan/Minum sedikit
- Demam
- Ada darah dalam tinja

Cegahlah DJARE Dengan :

Peningkatan Kesehatan Perorangan dan Lingkungan :

- Gunakan Air Bersih Yang Cukup
- Cuci Tangan Dengan Sabun dan Air Bersih
- Bersih di Jamban
- Ruang Tinjo Bayi di Jamban



Rub palms together



2 Rub the back of both hands



3 Rub between fingers and rub thumbs together



4 Rub back fingers and rub the back of fingers of both hands



5 Rub thumbs in a rotating motion. Rubbed in the area between index finger and thumb for both hands



6 Rub fingertips on palm for both hands

tangan setinggi lengan pertengahan mengambil air yang mengalir, ambil sabun kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan.

2. Gosok punggung tangan dan sela-sela jari tangan kiri dan tangan kanan secara bergantian

3. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari tangan

4. Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan mengatupkan (kedua tangan saling mengunci).

5. Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian

6. Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok dengan perlahan dengan memutar.

Lima kunci

IPST/IN/1904/110300111
Peningkatan
keselamatan

aman



Kebersihan

Apa yang harus dilakukan untuk menjaga kebersihan?

- Membersihkan dan mensanitasi permukaan tempat / meja dimana bahan pangan akan diletakkan dan dimasak (meja dapur, lantai, dan sebagainya) dengan menggunakan deterjen/sabun dan air bersih dengan benar.

- Membersihkan dan mensanitasi semua peralatan termasuk pisau, sendok, panci, piring setelah dipakai dengan menggunakan deterjen/sabun dan air.
- Meletakkan peralatan yang tidak dipakai dengan menghadap ke bawah
- Membilas kembali peralatan dengan air sebelum mulai memasak.
- Menjaga kebersihan ketika memasak sehingga tidak ada peluang untuk pertumbuhan mikroba.

Bakteri

Virus

- Menjaga dapur dan kantin agar bebas dari tikus, kecoa, lalat, serangga dan hewan lain.

- Membuang sampah secara teratur.
- Membersihkan lantai dan dinding secara teratur
- Menjaga pangan dalam keadaan tertutup.



Pisahkan panganan Mentah dan pangan matang

Pangan mentah terutama daging, unggas, dan pangan asal laut, serta cairannya mengandung mikroba berbahaya yang mungkin berpindah ke pangan lain selama persiapan dan penyimpanan pangan (terjadi pencemaran atau kontaminasi silang).



IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS LANANGA



Apa yang harus dilakukan untuk mencegah kontaminasi silang ?

- Mencuci tangan setelah menangani pangan mentah.
- Menggunakan peralatan yang terpisah, seperti pisau, talenan, dan cobek, untuk menangani pangan mentah dan pangan matang. Jika digunakan peralatan yang sama, maka peralatan yang telah digunakan untuk pangan mentah harus segera dibersihkan dan dikeringkan sebelum digunakan untuk pangan siap santap/matang.
- Menggunakan lap yang berbeda untuk mengeringkan peralatan masak dan makan, dan untuk membersihkan meja dan mengeringkan tangan
- Menyimpan pangan dalam wadah yang terpisah untuk menghindari kontak antara pangan mentah dan pangan yang sedang disiapkan.
- Memisahkan daging, unggas, pangan asal laut mentah dan pangan lain.

benar

Bagaimana cara memasak dengan benar ?

- Memasak pangan dengan seksama sampai seluruhnya terpapar panas. Pemasakan yang tepat dapat membunuh hampir semua mikroba berbahaya



Bagaimana cara memasak dengan benar

- Masak pangan terutama daging, unggas, telur dan pangan asal laut dengan seksama sampai seluruhnya terpapar panas. Untuk daging dan unggas, pastikan bahwa semua bagian daging tidak berwarna merah muda lagi.
- Masak pangan seperti sup dan pangan lain yang direbus sampai mendidih selama sedikitnya satu menit.
- Jika harus memanaskan kembali, panaskan kembali pangan matang sampai panasnya menyeluruh.



- Menjaga semua pangan dalam keadaan tertutup untuk menghindari hinggapnya lalat. Lalat dapat menyebarkan penyakit menular.
- Jika pangan matang dibuat dari pangan berisiko tinggi seperti daging dan ikan, maka jangan menyimpan makanan tersebut pada suhu ruang lebih dari dua jam karena pada kondisi ini mikroba dapat memperbanyak diri sampai pada jumlah yang menyebabkan pangan tidak aman dikonsumsi.
- Menyimpan semua pangan matang dan yang mudah rusak pada suhu dingin (lebih baik <math><5^{\circ}\text{C}</math>)
- Menjaga makanan tetap panas pada suhu lebih tinggi dari 60°C , jika makanan yang disajikan panas. Sebagian besar mikroba penyebab penyakit tidak dapat bertahan pada suhu tinggi.



- Menggunakan air yang tidak berwarna dan tidak berbau. Air harus bebas dari mikroba dan bahan kimia yang dapat membahayakan kesehatan seseorang.
- Memilih pangan segar dan utuh
- Jangan menggunakan bahan pangan setelah tanggal kadaluarsanya
- Mencuci sayuran dan buah-buahan sebelum disajikan atau digunakan, serta membuang bagian yang busuk atau memar

3. KEBERSIHAN LINGKUNGAN

a. Jamban bersih

Bagaimana jamban yang sehat?

- Jarak antara sumber air minum dengan resapan jamban lebih dari 10 meter agar sumber air tidak tercemar.
- Tidak berbau.
- Kotoran tidak dapat dijamah oleh serangga dan tikus.
- Tidak mencemari tanah sekitarnya.
- Mudah dibersihkan dan aman digunakan.
- Dilengkapi dinding dan atap pelindung.
- Penerangan dan ventilasi cukup.
- Lantai kedap air dan luas ruangan memadai.
- Tersedia air, sabun dan alat pembersih.
- Saluran pembuangan tidak bocor/ rusak.



Gunakan sumber air bersih untuk kegiatan sehari-hari

Bagaimana cara memilah sampah ?



- Pisahkan sampah sesuai jenisnya:
- sampah basah (organik) seperti sisa makanan, daun untuk diolah menjadi pupuk kompos
- sampah kering (non organik) seperti plastik untuk di daur ulang

APA ITU PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS)?

Kebiasaan/perilaku sehat yang dilakukan oleh setiap siswa, guru, penjaga sekolah, petugas kantin atau warung sekolah, orang tua siswa dan lain-lain yang dengan kesadarannya untuk mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya serta aktif dalam menjaga lingkungan sehat di sekolah secara mandiri.



Mengapa PHBS perlu dilakukan di sekolah?

Agar siswa, guru, penjaga sekolah, petugas kantin atau warung sekolah, orang tua siswa dan lain-lain terlindungi dari berbagai gangguan dan ancaman penyakit, sekolah menjadi bersih dan sehat sehingga meningkatkan semangat proses belajar-mengajar dan akhirnya meningkatkan prestasi belajar siswa.



KITA JAJAN DI
KANTIN SEKOLAH
YUK!

Mengapa kita harus mencuci tangan dengan air bersih yang mengalir dan memakai sabun?

- Air bersih yang mengalir membersihkan kotoran dan kuman-kuman.
- Sabun dapat membersihkan kotoran dan memburuh kuman, karena tanpa sabun, kotoran dan kuman masih tertinggal di tangan.
- Air kotor banyak mengandung kuman dan bakteri penyebab penyakit antara lain disentri/ Diare, cacangan, Typhus, Flu Burung, dan lain-lain.

Kapan Kita CTPS?

- Sebelum dan setelah makan.
- Sebelum memegang makanan.
- Sebelum melakukan kegiatan apapun yang memasukkan jari-jari ke dalam mulut atau mata.
- Setelah bermain/berolahraga.
- Setelah buang air kecil dan buang air besar.
- Setelah buang ingus.
- Setelah buang sampah.
- Setelah menyentuh hewan/unggas termasuk hewan peliharaan.
- Sebelum mengobati luka.



Apa manfaat jajanan sehat?

- Jajan adalah membeli makanan di luar rumah.
- Jajanan sehat adalah jajanan yang bersih, aman, sehat dan mengandung zat gizi seperti karbohidrat, protein dan vitamin.
- Contoh jajanan sehat: gado-gado, pisang goreng, lempeng, tahu isi, singkong, bakwan, buah-buahan dan lain-lain.
- Kebiasaan jajan tidak selalu buruk karena kita memerlukan energi untuk belajar dan aktif bergerak yang didapat dari makanan.

Mengapa kita harus jajan di kantin sekolah?

- Makanan dan minuman yang dijual cukup bergizi, terjamin kebersihannya dan bebas dari zat-zat berbahaya.
- Petugas kantin bersih dan sehat.
- Tersedianya air bersih yang mengalir dan sabun untuk mencuci tangan dan peralatan makan.
- Tersedianya tempat sampah yang tertutup.
- Tersedianya saluran pembuangan air kotor.
- Adanya pengawasan terhadap kantin sekolah secara teratur oleh guru, siswa dan Komite Sekolah.

KITA JAJAN DI
KANTIN SEKOLAH
YUK!

Mengapa kita tidak boleh jajan sembarangan?

- Bila jajan sembarangan, kita tidak dapat memastikan apakah jajanan tersebut bersih, bergizi, sehat dan aman.
- Jajanan tidak bersih dapat berdampak kuman.
- Jajan sembarangan tidak amannya kita tidak tahu apakah bahan makanan tambahan yang digunakan seperti zat pewarna, zat pengawet, bumbu penyedap apakah aman bagi kesehatan kita.
- Jenis makanan cenderung menggunakan zat pewarna tekstil, formalin, boraks dan lain-lain yang beracun.

KAKAO BUANG AIR KECIL DAN BUANG AIR BESAR DI JAMBAN YA!



Mengapa harus di jamban buang air kecil dan buang air besar?

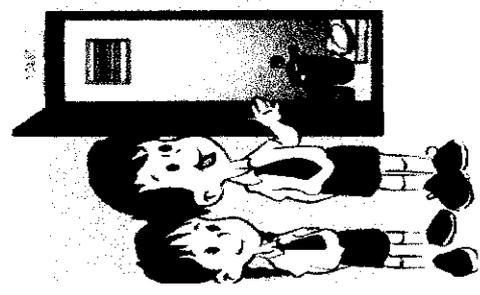
- Untuk menjaga lingkungan agar selalu bersih, sehat dan tidak berbau.
- Supaya tidak mencemari sumber air yang ada di sekitarnya.
- Agar tidak menimbulkan datangnya lalat atau serangga yang dapat menjadi penular penyakit seperti Diare, Kolera, Disentri, Tipus, cacangan, penyakit infeksi saluran pencernaaan, penyakit kulit dan keracunan.

Bagaimana jamban yang sehat?

- Jarak antara sumber air minum dengan resapan jamban lebih dari 10 meter agar sumber air tidak tercemar.
- Tidak berbau.
- Kotoran tidak dapat dijamah oleh serangga dan tikus.
- Tidak mencemari tanah sekitarnya.
- Mudah dibersihkan dan aman digunakan.
- Dilengkapi dinding dan atap pelindung.
- Penerangan dan ventilasi cukup.
- Lantai kedap air dan luas ruangan memadai.
- Tersedia air, sabun dan alat pembersih.
- Saluran pembuangan tidak bocor / rusak.

- Buang air kecil dan air besar di jamban dengan benar, yaitu bila menggunakan jamban duduk jangan berjongkok karena kaki/alas kaki akan mengotori jamban.
- Menyiram hingga bersih setelah buang air kecil dan buang air besar.
- Tidak membuang sampah pada lubang jamban agar jamban tidak tersumbat dan penuh dengan sampah.
- Mengingatnkan semua warga seketah agar jamban selalu dijaga kebersihannya.

Bagaimana cara memelihara



- Membersihkan lantai jamban dan menghindari terjadi genangan air.
- Membersihkan jamban secara teratur sehingga ruang jamban dalam keadaan bersih dan tidak ada kotoran di dalam jamban, tidak ada serangga (kecoa, lalat) dan tikus yang berkeluaran.
- Selalu tersedia alat pembersih (sabun, sikat dan air bersih).
- Apabila ada kerusakan segera diperbaiki.

Apakah Sampah itu?

Sampah adalah suatu bahan yang terbuang atau dibuang dari sumber hasil aktivitas manusia maupun alam.

TESIS

Karena Kita perlu menilah-milah sampah?

Karena sampah tidak sama jenisnya. Sampah dibedakan menjadi tiga jenis yaitu:

- Sampah organik/kering yang tidak dapat mengalami pembusukan secara alami, contoh logam, besi, kaleng, plastik, karet, atau botol.
- Sampah organik/basah yang dapat mengalami pembusukan secara alami, contoh: sampah dapur, sampah restoran, sisa sayuran, rempah-rempah atau sisa buah.



- Sampah berbahaya, contoh: baterai, botol racun nyamuk, atau jarum suntik bekas.

Mengapa kita harus membuang sampah di tempatnya?

- Sampah adalah sarang kuman dan bakteri penyakit. Membuang sampah pada tempatnya menghindari tubuh supaya tidak tertular penyakit, juga menjaga kebersihan lingkungan sekitar.
- Sampah menjadi tempat berkembangbiak dan sarang serangga dan tikus.
- Sampah menjadi sumber polusi dan pencemaran tanah, air dan udara.
- Sampah menjadi sumber dan tempat hidup kuman-kuman yang membahayakan kesehatan.
- Sampah dapat menimbulkan kecelakaan dan kebakaran.

Apakah sampah dapat dimanfaatkan?

- Sampah dapur atau sisa restoran, sampah pepohonan dan kotoran hewan dapat dijadikan pupuk.
- Bungkus kemasan detergen, sabun, dan pembersih ruangan dapat menjadi kerajinan tangan alat-alat rumah-tangga seperti tas, variasi bunga-bunga plastik, tempat pensil dll)
- Kaleng bekas cat dan botol biasanya bisa dijadikan pot bunga dan hiasannya.
- Kerfias, besi dan kawat dapat dilebur ulang menjadi benda baru.

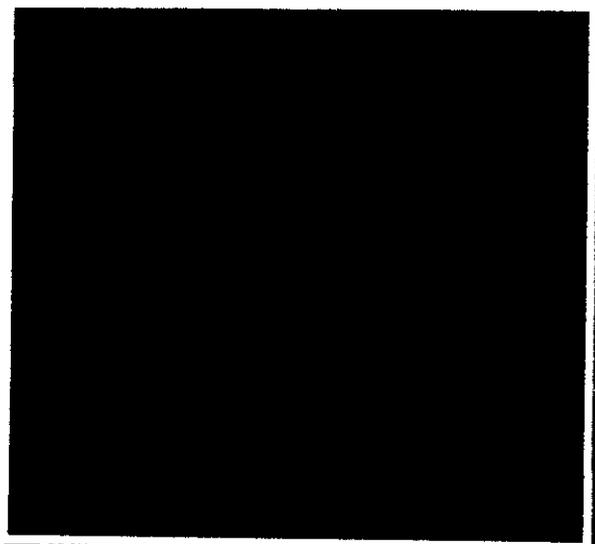
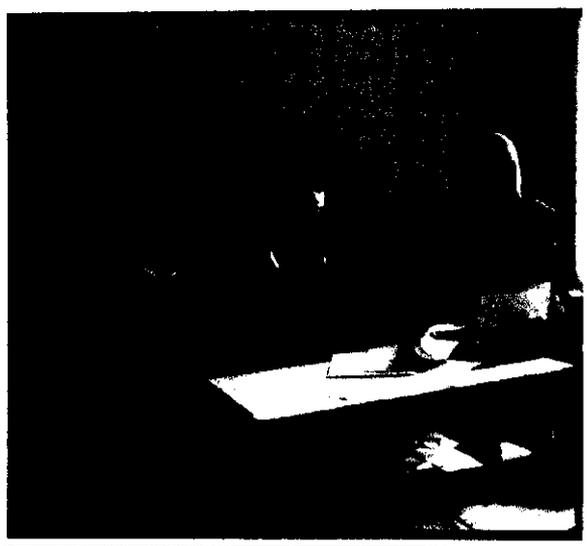


DAFTAR PUSTAKA

- Barakki, Negga Et Al. (2005). *Food Borne Disease*. Haramaya University, Usaid In Collaboration Wiyh The Ethiopia Public Health Training Initiative, The Carter Center, The Ethiopia Ministry Of Health And Education. Module. Ethiopia
- BPOM. (2010). *Info Pom Badan Pengawas Obat Dan Makanan Republic Indonesia Volume Xi, No 3. Mei-Juni 2010, ISSN 1829-9334*
- Depkes RI. (2007). *Mencuci Tangan* .([Http://Depkes.com/2007/10/Mencuci-Tangan.Html](http://Depkes.com/2007/10/Mencuci-Tangan.Html).Diakses Tanggal 12 November 2014 Pukul 14.00 WIB
- WHO,(2005). *Penyakit Bawaan Makanan; Fokus pendidikan Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Widoyono.(2011).*Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan Dan Pemberantasannya Edisi 2*. Jakrta: Erlangga
- Wright, M And Leahey, M (1994). *Nurses And Families A Guide To Family Assessment And Intervention, Second Edition*, Ta. Davis Company,Philadelphia
- _____, [Http://www.keepfoodsafes.com](http://www.keepfoodsafes.com). The Professional Food Handlers Guide (in compliance with new Australian Food Safety Standards):Kimberly Clark Profesional Australia. Diakses 2 Februari 2015. Jam 10.00 WIB

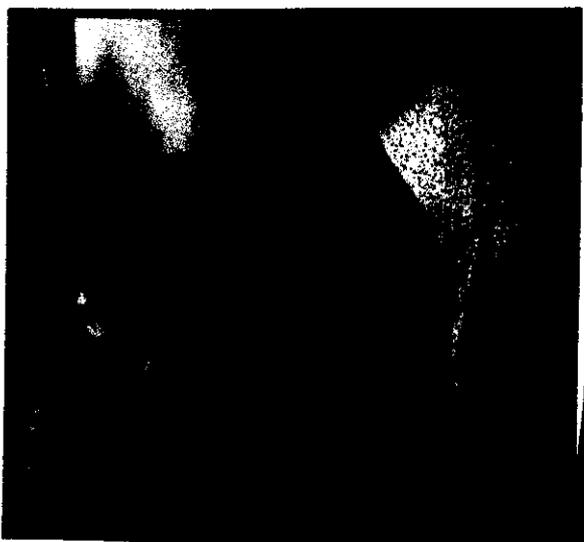
Lampiran Foto

**DOKUMENTASI KEGIATAN
INTERVENSI CALGARY (CFIM) SESI 1-4**



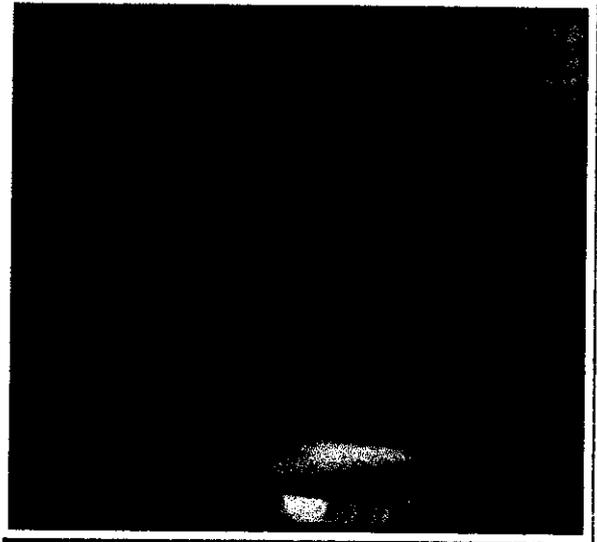
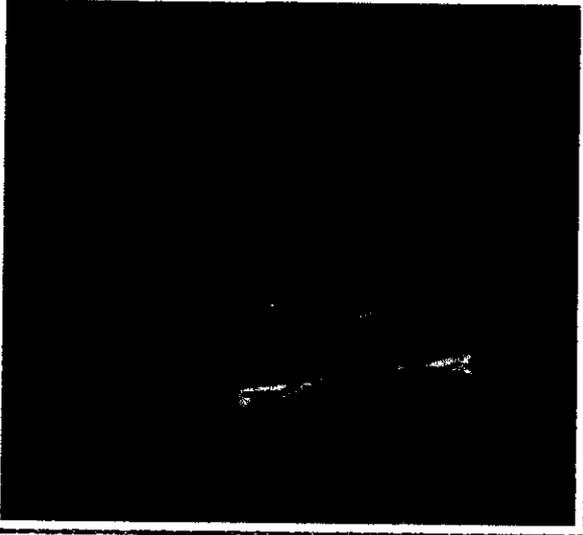
DOKUMENTASI KEGIATAN

PRE TEST

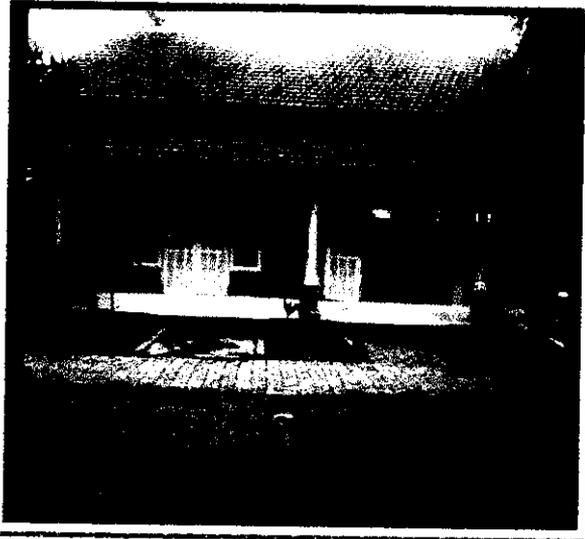


DOKUMENTASI KEGIATAN

POST TEST



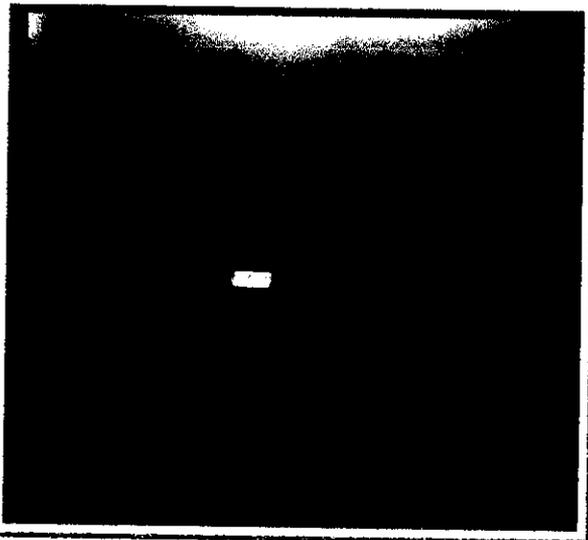
DOKUMENTASI KEGIATAN
SARANA & PRASARANA PHBS SEKOLAH



JAMBAN SEKOLAH



SARANA CUCI TANGAN



PEMBUANGAN SAMPAH SEMENTARA



TEMPAT SAMPAH KELAS



DAFTAR HADIR KUNJUNGAN RUMAH
 KELUARGA DENGAN ANAK USA SEKOLAH DASAR
 D. SAJA HIREJOYO KEPANJEN MALANG

No	NAMA ORANG TUA	NAMA ANAK	ALAMA	SESI I	tanggal	SESI II	tanggal	SESI III	tanggal	SESI IV	tanggal
1	Usuwatir repiah	Umar M	merosingo	Hand	15-3-15	Hand	22-3-15	Hand	29-3-15	Hand	5-4-15
2	Dewi Wulandari	Fitri Pul M	"	Hand	"	Hand	"	Hand	"	Hand	"
3	Sukma Inara wati	Yona Sindy	"	Hand	15/3/15	Hand	22/3/15	Hand	29/3/15	Hand	5/4/15
4	Rohitawati M	Amanda Bismillah	"	Hand	"	Hand	"	Hand	"	Hand	"
5	Ludiana	Fitri Susanti	"	Hand	"	Hand	"	Hand	"	Hand	"
6	Srijatir	Aldi M	Merosingo	Hand	16-3-15	Hand	23-3-15	Hand	30-3-15	Hand	6-4-15
7	Jumiani	M. Rizal Fahri	"	Hand	16-3-15	Hand	23-3-15	Hand	30-3-15	Hand	6-4-15
8	Suwita	Ahmad Arief	Wondayu	Hand	"	Hand	"	Hand	"	Hand	"
9	Suhartatik	Pio Alhasan	Wondayu	Hand	16/3/15	Hand	23/3	Hand	30/3	Hand	6/4
10	Luluk Hidayah	Abifotuk HZQI	Wondayu	Hand	16/3/15	Hand	23/3/15	Hand	30/3/15	Hand	30/3/15
11	Haini Coni	Tsan Ramada	Wondayu	Hand	17-3-15	Hand	24-3-15	Hand	31-3-15	Hand	7-4-15
12	Jumilla	Chidjomanawati	Wondayu	Hand	"	Hand	"	Hand	"	Hand	7-4-15
13	Sti Ami	ZELNIA D	Wondayu	Hand	12-3-15	Hand	24-3-15	Hand	31-3-15	Hand	7-4
14	Siti Fadiah	Aditya S	Wongyu	Hand	17/3/15	Hand	24/3/15	Hand	31/3/15	Hand	7/4/15
15	Siti Maripah	Landing K	Wongyu	Hand	17/3	Hand	24/3	Hand	31/4	Hand	7/4
16	Suni	Wongyu K	Wongyu	Hand	18-3	Hand	25/3	Hand	1/4/15	Hand	8/4/15
17	Smawati	Hidi W	Wongyu	Hand	"	Hand	"	Hand	"	Hand	"
18	Endah Sulisriwati	A yogi Rama	Dauwari RT 1 RW 1	Hand	18-3	Hand	26-3	Hand	1-4	Hand	5-4-15
19	Wungyu Sulisriwati	Yoni Harti M	Dauwari	Hand	19/3/15	Hand	25/3/15	Hand	1/4/15	Hand	8/4/15
20	Siti Zulaha	Ainza Zahro	Dauwari	Hand	"	Hand	"	Hand	"	Hand	"

DAFTAR HADIR KUNJUNGAN RUMAH
KULUARGA DENGAN ANAK USIA SEKOLAH DASAR
DESA JATIROJOYOSO KEPANJEN MALANG

No	NAMA ORANGTUA	NAMA ANAK	ALAMAT	SESI I	tanggal	SESI II	tanggal	SESI III	tanggal	SESI IV	tanggal
21.	Winarsih	Desi Ananika	Danuwon	Sesi I	19/3/15	Sesi II	26/3/15	Sesi III	2/4/15	Sesi IV	9/4/15
22	ifromijah	maujan	Danuwon	Sesi I	19/3	Sesi II	26/3/15	Sesi III	2/4/15	Sesi IV	9/4/15
23-	luluk Mauliyah	A. Saifullah	Danuwon	Sesi I	--	Sesi II	26/3/15	Sesi III	2/4/15	Sesi IV	9/4/15
24.	Winarsih	Nabilah R.	Danuwon	Sesi I	19-3-15	Sesi II	26-3-15	Sesi III	2-4-15	Sesi IV	9/4/15
25.	Ika Puji Astuti	Zhar Rmi S.	Danuwon	Sesi I	19-3-15	Sesi II	26-3-15	Sesi III	2-4-15	Sesi IV	9-4-15
26	Kiyanti	Marcella	Danuwon	Sesi I	20-3-15	Sesi II	26-3-15	Sesi III	3-4-15	Sesi IV	10-4-15
27	Sri Wrami	Kharisma	Danuwon	Sesi I	20-3-15	Sesi II	27-3-15	Sesi III	3-4-15	Sesi IV	10-4-15
28	Sri Marim	Lai-atu.k	Danuwon	Sesi I	20/3/15	Sesi II	27/3/15	Sesi III	3/4/15	Sesi IV	10/4/15
29	Risa	Ra Sa d. n	Jl. Diponegoro dan Suro	Sesi I	20-3	Sesi II	27-3	Sesi III	3-4-15	Sesi IV	10-4-15
30	Sriawati H	Rizki	Balong	Sesi I	20/3/15	Sesi II	27/3/15	Sesi III	3/4/15	Sesi IV	10/4/15
31	Hari Utami	Bagus S	Balong	Sesi I	21/3	Sesi II	28/3	Sesi III	4/4	Sesi IV	11/4
32.	Giyuk Sri	Istiqomat A.	Jl. Husa Balong	Sesi I	21/3/15	Sesi II	28/3/15	Sesi III	4/4/15	Sesi IV	11/4/15
33	Seluc	Almad Yupa	Balong	Sesi I	~	Sesi II	~	Sesi III	~	Sesi IV	~
34	A. Fathimah	Audisa Meiy	Balong	Sesi I	21/3/15	Sesi II	28/3/15	Sesi III	4/4/15	Sesi IV	11/4/15
35	Gustawati	Aulia Dwi	Balong	Sesi I	21-3-15	Sesi II	28-3-15	Sesi III	4-4-15	Sesi IV	11-4-15

LEMBAR REVISI TESIS

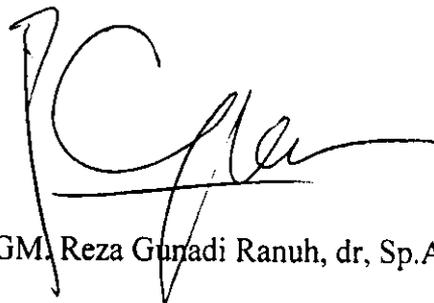
Nama mahasiswa : Wiwit Dwi N

NIM :131314153023

Nama penguji : Dr. IGM. Reza Gunadi Ranuh, dr, Sp.A (K)

No	Bab	Masukan penguji	Keterangan
1	2	Referensi untuk diagram dan tabel	Sudah direvisi
2	7	Saran ke Dinkes kabupaten	Sudah direvisi

Penguji



Dr. IGM. Reza Gunadi Ranuh, dr, Sp.A (K)

LEMBAR REVISI TESIS

Nama mahasiswa : Wiwit Dwi N

NIM : 131314153023

Nama penguji : dr. Budiono, M.Kes

No	Bab	Masukan penguji	Keterangan
1	5	Diagram diberi keterangan garisnya	Sudah di revisi
2	5	Siagram scater tiap responden	Sudah di revisi
3	5	Deskriptif dan inferensial tidak terpisah	Sudah di revisi
4	5	Diagram self care agency: responden anak	Sudah di revisi
5	6	Daya ungit CFIM untuk praktek tidak berubah → bahan kajian fleksibilitas, siapkan implementasi beda	Sudah di revisi
6	6	Beri makna SCA tidak bisa berubah → merubah anak harus mengubah lingkunganya	Sudah di revisi

Penguji



dr. Budiono, M.Kes

LEMBAR REVISI TESIS

Nama mahasiswa : Wiwit Dwi N

NIM :131314153023

Nama penguji :Dr. Pudji Lestari, dr.,M.Kes

No	Bab	Masukan penguji	Keterangan
1	6	Pembahasan faktor Praktik tidak meningkat	Sudah direvisi
2	6	Pembahasan berdasar profil keluarga (pengambil keputusan, hubungan ayah dengan anak)	Sudah direvisi
3	6	Keterbatasan: perubahan praktik dipengaruhi faktor lain diluar keluarga (sarpras)	Sudah direvisi
4	7	Saran selanjutnya keluarga lebih homogen: sarana lengkap,profil ibu	Sudah direvisi

Penguji



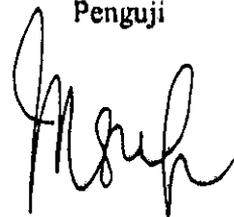
Dr. Pudji Lestari, dr.,M.Kes

LEMBAR REVISI TESIS

Nama mahasiswa : Wiwit Dwi N
 NIM : 131314153023
 Nama penguji : Yuni Sufyanti A, S.Kp, M.Kes

No	Bab	Masukan penguji	Keterangan
1	6	Keterbatasan sarana prasarana keluarga dan pengaruh teman sebaya (tahap perkembangan anak)	Sudah direvisi
2	7	Simpulan tidak berlaku general	Sudah direvisi
3	7	Saran keluarga tentang penyimpanan makanan	Sudah direvisi

Penguji



Yuni Sufyanti A, S.Kp, M.Kes

LEMBAR REVISI TESIS

Nama mahasiswa : Wiwit Dwi N

NIM : 131314153023

Nama penguji : Esti Yunitasari, S.Kp, M.Kes

No	Bab	Masukan penguji	Keterangan
1	Saran	Metode anak → kebutuhan bermain, media video buat sendiri	Sudah direvisi
2	4	Kerangka operasional → masukan CFAM CFIM	Sudah direvisi
3	2	Media penelitian : <i>booklet</i>	Sudah direvisi
4	6	Pembahasan pertajam untuk responden yang khusus sudah baik sejak awal	Sudah direvisi
5	6	Pembahasan SCA tidak meningkat → metode	Sudah direvisi
6	5	Keterangan diagram	Sudah direvisi

Penguji



Esti Yunitasari, S.Kp, M.Kes