

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dikemukakan tentang: (1) Konsep Makanan Jajanan, (2) Konsep Perilaku, (3) Konsep *Food Borne Disease* (Penyakit Bawaan Makanan), (4) Konsep Anak Usia Sekolah, (5) Konsep Keluarga, (6) Konsep *Calgary Family Intervention Model* (CFIM), (7) Kerangka Konseptual, (8) Hipotesis Penelitian.

#### 2.1 Konsep Makanan Jajanan

##### 2.1.1 Pengertian Makanan Jajanan

Makanan jajanan menurut *Food and Agriculture Organization* (FAO) didefinisikan sebagai makanan dan minuman yang dipersiapkan dan dijual oleh pedagang kaki lima di jalanan dan di tempat-tempat keramaian umum lainnya. Makanan jajanan dapat berupa minuman dan makanan dengan jenis, rasa, dan warna yang bervariasi. Variasi rasa, jenis dan warna dapat menarik minat dan perhatian untuk membeli (Puspitasari, 2013).

##### 2.1.2 Syarat Makanan Jajanan

Syarat makanan jajanan yang dikonsumsi oleh anak-anak harus sehat dan aman. Makanan jajanan yang sehat dan aman adalah makanan yang bebas dari bahaya fisik, cemaran bahan kimia dan bahaya biologis (Direktorat Perlindungan Konsumen, 2006).

1. Bahaya fisik dapat berupa benda asing yang masuk kedalam pangan seperti : isi stapler, batu/kerikil, rambut, kaca.

2. Bahaya kimia dapat berupa cemaran bahan kimia yang masuk ke dalam pangan, atau karena racun yang sudah terkandung di dalam bahan pangan seperti : formalin, boraks, dan lain-lain.
3. Bahaya biologis dapat disebabkan oleh mikroba patogen penyebab keracunan pangan, seperti : virus, parasit, kapang dan bakteri.

### 2.1.3 Keamanan Makanan Jajanan

Penelitian para ahli, seperti yang tertulis dalam Iswanto (2007) bahwa “bahan tambahan pangan adalah bahan yang ditambahkan pada pengolahan makanan untuk meningkatkan mutu termasuk pewarna, penyedap rasa dan aroma, pengawet, antioksidan (mencegah bau tengik)”. Ada tiga contoh bahan tambahan pangan berbahaya dan dilarang, tetapi masih banyak ditemukan dalam berbagai jenis makanan, yaitu:

1. Formalin

Kadar formalin yang tinggi dalam tubuh menyebabkan berbagai keluhan seperti batuk, rasa panas pada hidung, tenggorokan, iritasi akut saluran pernafasan, muntah, diare, bahkan menyebabkan kanker.

2. Boraks

Boraks merupakan senyawa kimia yang apabila terdapat dalam makanan dalam jangka waktu lama akan terjadi penumpukan pada otak, hati, lemak dan ginjal

3. Pewarna

*Rhodamin B* (pewarna merah) dan *methanyl yellow* (pewarna kuning) termasuk zat warna yang dinyatakan sebagai bahan berbahaya.

Pemakaian dalam makanan mengakibatkan kerusakan hati, dan karsinogenik.

#### **2.1.4 Pengaruh Positif dan Negatif Makanan Jajanan**

##### **1. Pengaruh Positif Makanan Jajanan**

Menurut Irianto (2007) manfaat makanan jajanan antara lain: Makanan jajanan memegang peranan sangat penting dalam memberikan kontribusi tambahan untuk memenuhi kecukupan gizi, khususnya energi dan protein. Makanan jajanan yang bersih dan mengandung zat gizi akan menguntungkan, karena anak mengonsumsi makanan tersebut ketika sedang lapar, maka kadar glukosa dalam darah dapat dipertahankan sepanjang hari dan menimbulkan semangat baru dan meningkatkan prestasi belajar.

##### **2. Pengaruh Negatif Makanan Jajanan**

Berikut ini gangguan akibat mengonsumsi jajanan yang tidak sehat, antara lain:

- 1) Jajanan yang dijual dipinggir jalan kemungkinan besar tercemar timah (Pb). Timah dapat mengakibatkan kelumpuhan, gangguan gastrointestinal, encephalopathy, gagal ginjal, dan kelemahan.
- 2) Makanan tidak bersih dapat tercemar E-coli. Gangguan yang ditimbulkan bakteri ini seperti sakit perut atau diare.
- 3) Jajanan mengandung formalin, bagi tubuh manusia diketahui sebagai zat beracun (karsinogenik) yang menyebabkan kanker.

- 4) Jajanan mengandung boraks dapat mengakibatkan pusing, muntah, diare, kram perut, bahkan kematian.
- 5) Jajanan yang mengandung pewarna seperti *rhodamin b*, *metanil yellow*. Bila dikonsumsi akan mengakibatkan kanker, keracunan, iritasi paru-paru, mata, tenggorokan, hidung dan usus.
- 6) Jajanan mengandung pemanis seperti sakarin, siklambat, dapat mengakibatkan sakit kepala, pusing, gangguan fungsi otak.

#### **2.1.5 Faktor yang mempengaruhi pemilihan makanan jajanan**

Menurut Worthington (2000) dalam Dilapanga (2008) faktor yang mempengaruhi anak sekolah dalam memilih jajan, yaitu:

1. Variabel demografis terdiri dari usia, dan jenis kelamin

Anak usia sekolah dasar akan lebih banyak mengonsumsi makanan jajanan daripada anak balita, karena anak usia sekolah sudah bisa memilih makanan yang disukai dan tersedia di lingkungan sekolah maupun lingkungan rumah. Jenis kelamin menentukan besar kecilnya kebutuhan gizi bagi seseorang.

2. Variabel sosial psikologis terdiri dari pengetahuan, keyakinan, pendidikan dan peran orang tua, serta pengaruh teman sebaya

- a) Pengetahuan dan Sikap

Kurangnya pengetahuan anak tentang gizi dan makanan jajanan dapat mempengaruhi perilaku anak dalam pemilihan makanan jajanan sehat.

b) Keyakinan

Keyakinan anak merupakan suatu patokan seorang anak melakukan perilaku yang mereka anggap benar, misalnya seorang anak yang yakin akan jajanan yang mereka pilih bersih dan sehat maka mereka tidak ragu untuk memakannya.

c) Pendidikan dan peran orang tua

Pendidikan orang tua merupakan faktor penting karena Peran orang tua untuk mengarahkan anak dalam pemilihan makanan cukup besar. Anak-anak belum dapat membedakan makanan yang sehat dan tidak, sehingga membutuhkan pendampingan orang tua dalam memilih jajanan di luar rumah.

d) Pengaruh Teman Sebaya

Meniru atau mempelajari kebiasaan teman sebaya yang mempengaruhi pengambilan keputusan dalam memilih jajanan.

3. Variabel struktur terdiri dari iklan, besar uang saku, membawa bekal makanan, sarapan pagi, dan faktor ketersediaan.

a) Iklan

Sumber informasi iklan jajanan yang paling banyak diakses oleh subjek adalah melalui media elektronik berupa televisi. Pada media ini terdapat visualisasi, serta bentuk yang menarik sehingga sasaran dapat lebih mudah menyerap informasi yang disampaikan.

b) Besar uang saku

Memberikan uang saku rutin pada anak dapat membentuk sikap dan persepsi anak bahwa uang saku adalah hak mereka. Kurangnya nasihat dan arahan dari orang tua tentang pemanfaatan akan mendorong anak untuk menggunakannya secara bebas.

c) Membawa bekal makanan

Ketika anak sudah membawa bekal makanan ke sekolah, maka anak cenderung mengonsumsi bekal makanan yang dibawa dari rumah. Sehingga dapat menghindarkan anak dari kebiasaan membeli jajan yang tidak sehat dan tidak aman.

d) Sarapan pagi

Pada umumnya sarapan pagi menyumbang gizi sekitar 25% dari angka kebutuhan gizi sehari. Anak yang tidak sarapan pagi cenderung mengonsumsi energi dan zat gizi lebih sedikit daripada anak yang sarapan pagi.

e) Faktor ketersediaan

Jajanan tersedia di lingkungan anak-anak, termasuk dijual di pertokoan dekat rumah, lingkungan sekolah. Konsumsi jajanan tidak sehat dipengaruhi oleh ketersediaan makanan jajanan dan kesempatan untuk membeli.

## 2.2 Konsep Perilaku

### 2.2.1 Definisi Perilaku

Menurut Branca (1994) dalam Aisyah (2015), menjelaskan bahwa perilaku adalah reaksi manusia akibat kegiatan kognitif, afektif, dan psikomotor yang saling berkaitan, jika salah satu aspek mengalami hambatan, maka aspek perilaku juga akan terganggu.

Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2010), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian perilaku manusia terjadi melalui proses: Stimulus → Organisme → Respon, sehingga teori skinner ini disebut teori “S-O-R” dimana stimulus terhadap organism kemudian organisme terhadap respons. Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa perilaku dibedakan menjadi 2, yaitu:

1. Perilaku tertutup/*covert behavior*

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respon atau reaksi ini masih dalam batas perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, atau sikap yang terjadi pada seseorang yang mendapat rangsangan.

2. Perilaku terbuka/*overt behavior*

Respon yang terjadi pada seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka. Responnya dalam bentuk tindakan yang dapat diamati oleh orang lain (Fitriani, 2011).

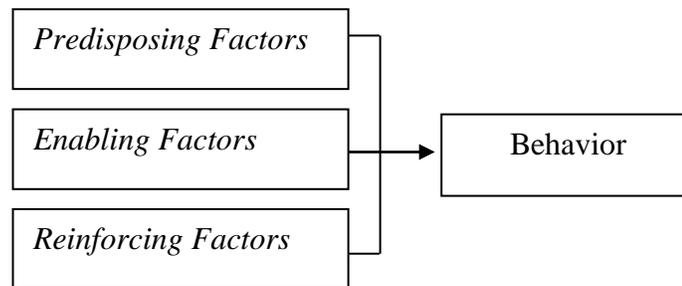
### 2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Pengolahan stimulus dalam diri individu dipengaruhi oleh faktor yang ada dalam diri individu tersebut diantaranya persepsi, emosi, perasaan, pemikiran, kondisi fisik, dan sebagainya. Faktor internal yang berpengaruh dalam pembentukan perilaku dikelompokkan ke dalam faktor biologis dan psikologis (Notoatmodjo, 2010).

Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2010), menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor dari luar perilaku (*non-behavior causes*). Selanjutnya perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yang dirangkum dalam akronim PRECEDE : *Presdisposing*, *Enabling*, dan *Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*. Lebih lanjut precede model ini dapat diuraikan bahwa perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu:

1. Faktor-faktor predisposisi (*Presdisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai.
2. Faktor-faktor pemungkin (*Enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas kesehatan.
3. Faktor-faktor pendorong atau penguat (*Reinforcing*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Mode ini secara matematis dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1 Precede Model

Sumber: Green (1980) dalam Notoatmodjo (2010)

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan dari seseorang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga mendukung terbentuknya perilaku (Notoatmodjo, 2010).

### 2.2.3 Domain Perilaku

Benyamin bloom (1956) dalam Notoatmodjo (2010), membedakan ada 3 area, wilayah, dan ranah atau perilaku, yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Pada perkembangan selanjutnya, berdasarkan pembagian domain oleh Benyamin bloom ini, dan untuk kepentingan pendidikan praktis, dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010):

#### 1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Pengetahuan seseorang terhadap

objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yakni:

a) Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

b) Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

c) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

d) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

e) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

f) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang/individu untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu.

2. Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah juga respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Sikap adalah merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Menurut Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2010) sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok:

- a) Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek, bagaimana keyakinan dan pendapat seseorang terhadap objek.
- b) Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian orang tersebut terhadap objek.
- c) Kecenderunga untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap merupakan komponen yang mendahului tindakan.

Sikap juga mempunyai tingkatan berdasarkan pada intensitasnya, sebagai berikut:

a) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek).

b) Merespon (*responding*)

Menanggapi disini diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

c) Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus.

d) Bertanggung jawab (*responsible*)

yang paling tinggi tingkatnya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya.

3. Tindakan atau praktik (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*) untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Praktik atau tindakan ini dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya, yakni: Praktik terpimpin, praktik secara mekanisme dan adopsi.

## 2.3 Konsep *Food Borne Disease* (Penyakit Bawaan Makanan)

### 2.3.1 Pengertian

*Food borne disease* adalah penyakit yang ditularkan dengan cara mengkonsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi. Menurut Agustin (2009) *food borne disease* disebabkan oleh berbagai macam organisme atau mikroba patogen yang mengontaminasi makanan. Selain

itu zat kimia beracun atau zat berbahaya lain yang terdapat pada makanan dapat menyebabkan *food borne disease*. Penyakit yang ditularkan melalui makanan biasanya bersifat toksik maupun infeksius disebabkan oleh agen penyakit yang masuk kedalam tubuh melalui konsumsi makanan yang terkontaminasi (WHO, 2005).

Penyakit ditularkan melalui makanan (*food borne disease*) yang segera terjadi setelah mengkonsumsi makanan umumnya disebut keracunan makanan. Makanan dapat menjadi beracun karena telah terkontaminasi oleh bakteri patogen yang kemudian dapat tumbuh dan berkembang biak selama penyimpanan, sehingga mampu memproduksi toksin yang dapat membahayakan manusia. Pada kasus *food borne disease* mikroorganisme masuk bersama makanan yang kemudian dicerna dan diserap oleh tubuh manusia. Kasus *food borne disease* dapat terjadi dari tingkat yang tidak parah sampai tingkat kematian. Kejadian dan wabah yang paling sering disebabkan oleh bakteri Salmonella dan E.Coli (Depkes RI, 2007).

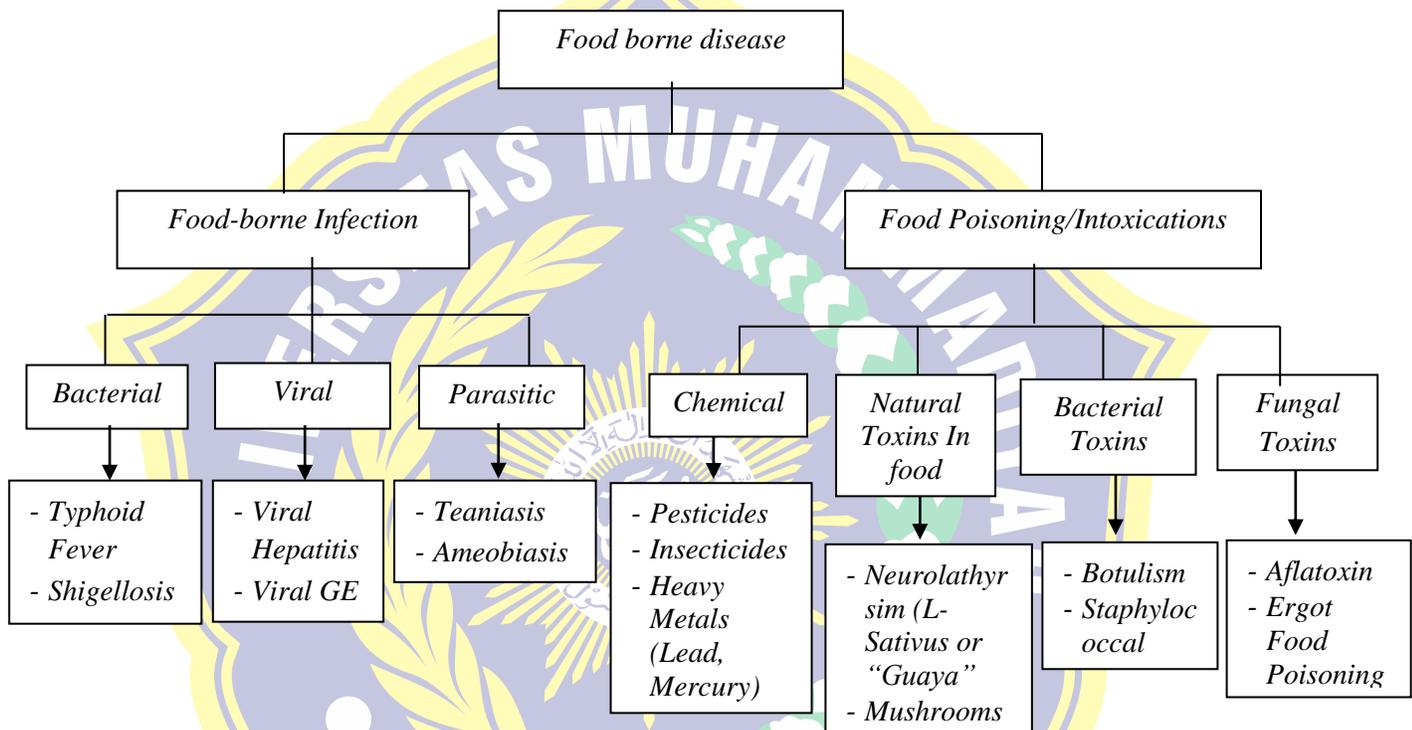
### **2.3.2 Jenis dan Penyebab *Food Borne Disease***

Menurut widiyono (2011), penyakit diare adalah contoh penyakit yang 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 menjadi 2 yaitu keracunan makanan dan infeksi. Infeksi disebabkan agen organisme patogen yang ikut bersama makanan dan membentuk infeksi.

Gambar 2.2 Jenis *Food Borne Disease*



Sumber : Barraki, Negga et al (2005)

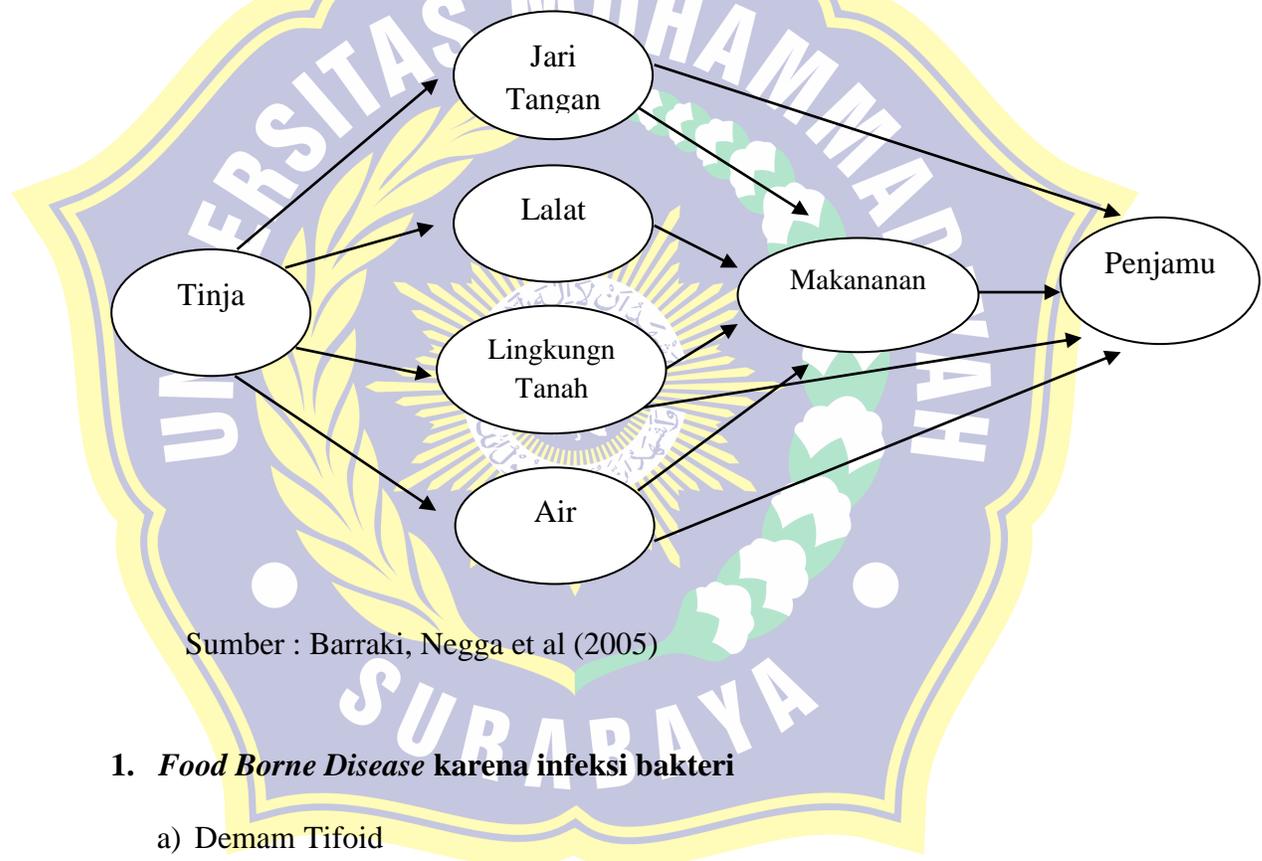
Lingkungan yang tercemar dan kurangnya sarana penyiapan makanan yang aman merupakan faktor yang saling berkaitan yang dapat mempengaruhi keamanan makanan. Kekurangan air bersih, sanitasi buruk, kurangnya sarana penyimpanan makanan dapat menimbulkan kondisi yang memudahkan munculnya penyakit bawaan makanan. Faktor paling penting yang menentukan prevalensi penyakit bawaan makanan

adalah kurangnya pengetahuan pihak penjamah atau konsumen makanan (WHO, 2005).

### 2.3.3 Patogenesis *Food Borne Disease*

*Food borne disease* (penyakit bawaan makanan) disebabkan oleh agen penyakit yang masuk ke dalam tubuh melalui konsumsi makanan yang terkontaminasi.

Gambar 2.3 Peranan Makanan dalam penularan pathogen fekal oral



#### 1. *Food Borne Disease* karena infeksi bakteri

##### a) Demam Tifoid

Demam tifoid adalah infeksi akut pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh *salmonella typhi*. Penularan penyakit ini melalui fekal oral. Kuman berasal dari tinja atau urin penderita (pembawa penyakit yang

tidak sakit) yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui air dan makanan.

Sedangkan *Non typhoid Salmonellosis* penjelasannya sebagai berikut :

- Patogenesis: setelah proses pencernaan, *non-typhoid* organism *Salmonella* mencapai usus dimana mereka menyebabkan kerusakan pada mukosa usus, menyebabkan diare dan inflamasi.
- Gambaran klinis: Kotoran tidak berdarah dengan mual, muntah, demam dan kram perut yang terlihat setelah masa inkubasi 6-48 jam. Diare atau disentri juga bisa terjadi (Barraki, et al., 2005).

b) *Shigellosis*

Kurang dari 10% kasus keracunan makanan disebabkan oleh *shigella* (*shigellosis*). Organisme ini sering ditemukan dalam air yang tercemar kotoran manusia dan mudah ditularkan melalui jalur fekal oral. Gejala *shigellosis* antara lain sakit perut, kram, diare, demam, muntah. Sumber infeksi bakteri ini adalah makanan mentah atau kurang matang dan kontaminasi silang (FDA, 2014).

c) Kolera

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. Penularan penyakit ini pada saat minum air atau makan makanan yang tercemar (Barraki, et al., 2005).

d) *Escherichia coli infection*

Diare adalah defekasi encer lebih dari 3x/hari dengan atau tanpa darah dan lender dalam feses. Penyebabnya kuman masuk secara orofekal melalui makanan/minuman yang tercemar oleh feses dan atau kontak langsung dengan feses penderita (Sodikin, 2011).

e) *Bruselosis*

*Bruselosis* adalah penyakit yang ditandai dengan demam yang naik turun. Penyakit ini ditularkan oleh bakteri *Brucella* spp. Penularan melalui kuman masuk ke dalam tubuh, menghirup debu yang sudah terkontaminasi atau memakan daging yang sudah terkontaminasi. Gejala demam naik turun, berkeringat, pusing, nyeri otot dan sendi (Barraki et al., 2005).

f) Anthraks

Anthraks adalah penyakit infeksi gawat yang disebabkan bakteri *Bacillus antracis*. Bentuk gambaran klinis berupa demam, mual, muntah, sakit perut, diare masif atau berdarah. (Barrakit et al., 2005).

**2. Food Borne Disease karena infeksi parasit**

a) *Amoebiasis*

Amoebiasis adalah keadaan terdapatnya *Entamoeba histolytica* dengan atau tanpa manifestasi klinik. Banyak di jumpai pada daerah tropis dan subtropis terutama pada daerah yang sosio ekonomi lemah dan hygiene sanitasi jelek. Pada tingkat keadaan sosio ekonomi rendah sering terjadi infeksi karena: 1) Penyediaan air bersih dan sumber air yang sudah tercemar, 2) Tidak ada jamban, memungkinkan amoeba dapat dibawa oleh

lalat, 3) Pembuangan sampah yang jelek merupakan tempat lalat yang berperan sebagai vector mekanik (Rasmaliah, 2011).

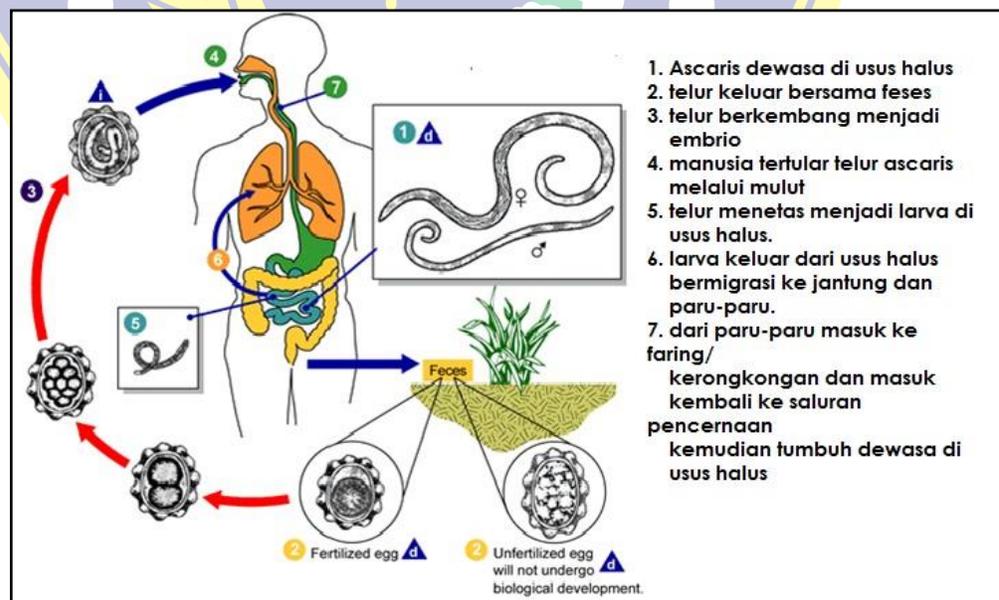
b) *Giardiasis*

Disebabkan oleh *Gardia 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 (Barraki et al, 2005).

c) *Ascariasis* (cacing gelang)

Infeksi terjadi karena tertelanya telur cacing yang mengandung larva infeksius melalui makanan dan minuman yang tercemar. Sayuran mentah yang mengandung telur cacing berasal dari kotoran manusia merupakan salah satu media penularan. Vektor serangga seperti lalat dapat menularkan telur pada makanan yang tidak disimpan dengan baik.

Gambar 2.4 Siklus hidup *ascariasis*



Proses penularan berdasarkan siklus hidup cacing: 1) Ascariasis dewasa di usus halus, 2) Telur dikeluarkan cacing melalui tinja, 3) Dalam lingkungan yang sesuai akan berkembang menjadi embrio dan larva infeksi dalam telur, 4) Jika telur tertelan manusia, 5) Larva akan menetas, 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).

### 3. *Food Borne Disease* karena infeksi Virus

#### a) Viral hepatitis

Hepatitis A dan E penularannya melalui *fekal oral*. Imunitas dari individu berperan penting dalam penyembuhan penyakit ini. Gambaran klinis diawal masa inkubasi virus, gejala *prodormal* termasuk anoreksia, mual, mudah lelah, *mialgia*, sakit kepala, demam ringan, dan selanjutnya pengembangan penyakit kuning klinis.

#### b) Viral gastroenteritis

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

### 2.3.4 Pencegahan *Food Borne Disease*

Pencegahan *food borne disease* disekolah bisa dilakukan melalui program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Departemen Kesehatan (2008). PHBS disekolah merupakan sekumpulan perilaku yang dipraktikkan oleh peserta didik, guru dan masyarakat lingkungan sekolah atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran sehingga secara mandiri mampu mencegah penyakit, meningkatkan kesehatan serta berperan aktif dalam mewujudkan lingkungan sehat (Depkes, 2008).

Pencegahan dapat dilakukan oleh anak di sekolah sesuai dengan indikator PHBS Departemen kesehatan (2008), yaitu:

1. Kebersihan diri: mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun sebelum dan sesudah makan, dan sebelum memegang makanan, serta menjaga kebersihan kuku.
2. Kebersihan makanan/minuman: makan makanan higienis dan perlu diperhatikan makanan yang mengandung bahan berbahaya, wadah makanan bersih dan minum air yang matang/hygienis. Jika diluar rumah sebaiknya membeli makanan dan minuman yang cukup bergizi, terjamin kebersihannya dan bebas dari zat-zat yang berbahaya.
3. Kesehatan lingkungan: menggunakan jamban yang bersih dan sehat untuk BAK dan BAB, membuang sampah pada tempatnya bersih dan memakai sumber air bersih untuk cuci tangan.

## 2.4 Konsep Anak Usia Sekolah

### 2.4.1 Pengertian 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. Usia sekolah akan menjadi pengalaman inti anak. Pada periode ini anak-anak dianggap mulai bertanggung jawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan orangtua mereka, teman sebaya, dan orang lain. Usia sekolah merupakan masa anak memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh keterampilan tertentu (Wong, D., 2009).

### 2.4.2 Keterampilan yang Perlu dimiliki Pada Anak Sekolah

Menurut Gunarsa, D. & Gunarsa, Y. (2010), beberapa keterampilan yang perlu dimiliki anak pada fase ini meliputi antara lain :

1. Keterampilan menolong diri sendiri (*self-help skills*): misalnya dalam hal mandi, berdandan, makan, sudah jarang atau bahkan tidak perlu ditolong lagi.
2. Keterampilan bantuan sosial (*social-help skills*): anak mampu membantu dalam tugas-tugas rumah tangga seperti menyapu, membersihkan rumah, mencuci dan sebagainya.
3. Keterampilan sekolah (*school-skills*): meliputi penguasaan dalam hal akademik dan non akademik.

4. Keterampilan bermain (*play-skills*): meliputi keterampilan dan berbagai jenis permainan seperti main bola, mengendarai sepeda, catur, bulutangkis dan lain-lain. (Gunarsa, D. & Gunarsa, Y., 2010).

### 2.4.3 Tahap Perkembangan Anak Usia Sekolah

#### 1. Perkembangan Fisik

Laju pertumbuhan selama tahun sekolah awal lebih lebih lambat daripada setelah lahir tetapi meningkat secara terus menerus. Edelman dan Mandle (1994) dalam Potter dan Perry (2009) mengemukakan bahwa pada anak usia sekolah tampak lebih langsing daripada anak prasekolah, sebagai akibat perubahan distribusi dan ketebalan lemak. Sebagian besar anak perempuan mendahului anak laki-laki dalam penambahan tinggi dan berat badan pada akhir usia sekolah. Pengukuran tinggi dan berat badan tiap tahunnya akan mendeteksi perubahan pertumbuhan yang merupakan gejala timbulnya berbagai penyakit pada anak (Potter dan Perry, 2009).

#### 2. Perkembangan Kognitif

Perubahan kognitif memberikan kemampuan untuk berpikir secara logis tentang waktu dan lokasi dan untuk memahami hubungan antara benda dan pikiran. Anak telah dapat membayangkan suatu peristiwa tanpa harus mengalaminya terlebih dahulu. Pikiran anak tidak lagi didominasi oleh persepsi sehingga kemampuan mereka untuk memahami dunia sangat meningkat. Pada usia 7 tahun, anak memasuki tahap Piaget ketiga yaitu perkembangan kognitif,

yang dikenal sebagai operasional konkret, ketika mereka mampu menggunakan proses pemikiran yang logis dengan materi konkret (objek, manusia, dan peristiwa yang dapat mereka lihat dan sentuh) (Potter dan Perry, 2009).

### 3. Perkembangan Bahasa

Perkembangan dan kemampuan bahasa pada anak usia sekolah sangat berkembang secara cepat. Rata-rata pada usia 6 tahun memiliki kosakata sekitar 3000 kata yang dapat berkembang secara cepat dengan meluasnya pergaulan dengan teman sebaya dan orang dewasa serta kemampuannya membaca (Potter dan Perry, 2009).

### 4. Perkembangan Motorik

Perkembangan motorik pada anak usia ini mereka lebih senang berpartisipasi dalam suatu kegiatan, seperti menari, karate, sepak bola, senam, berenang, atau permainan yang terorganisir dimana keterampilan yang semakin baik bisa ditunjukkan dan diuji. Mereka juga lebih berkonsentrasi dalam melakukan usaha untuk meningkatkan kemampuan motorik halus melalui berbagai aktivitas seperti menggambar, menulis surat, bermain alat musik dan menghasilkan karya seni. Pada fase ini keterampilan motorik kasarnya telah sempurna (Allen dan Marotz, 2010).

### 5. Perkembangan Psikososial

Menurut Erikson (1994) dalam Potter & Perry (2009) mengatakan tugas perkembangan pada anak usia sekolah adalah

industri versus inferioritas (*industry vs inferiority*). Pada masa ini, anak mencoba memperoleh kompetensi dan keterampilan yang dibutuhkan untuk berfungsi kelak pada usia dewasa. Mereka yang direspon secara positif akan merasakan adanya harga diri. Mereka yang memperoleh kegagalan sering merasa rendah diri atau tidak berharga sehingga dapat mengakibatkan penarikan diri dari sekolah maupun kelompok temannya (Potter dan Perry, 2009).

#### **2.4.4 Karakteristik Anak Usia Sekolah**

Karakteristik anak usia sekolah dasar menurut Adriani dan Wirjatmadi, (2012) adalah :

1. Karakteristik fisik/jasmani anak usia sekolah: Pertumbuhan lambat dan teratur, berat badan dan tinggi badan anak wanita lebih besar daripada anak laki-laki, pertumbuhan tulang, nafsu makan besar.
2. Karakteristik emosi anak usia sekolah: Suka berteman, rasa ingin tahu dan tidak peduli terhadap lawan jenis
3. Karakteristik sosial anak usia sekolah: Suka bermain dan sangat erat dengan teman-teman sejenis
4. Karakteristik intelektual anak usia sekolah: Suka berbicara dan mengeluarkan pendapat, minat besar dalam belajar dan keterampilan.

#### **2.4.5 Kebutuhan Gizi Anak Sekolah**

Anak usia sekolah memiliki beragam aktifitas sehingga kebutuhan gizinya harus diperhatikan. Pada usia ini anak mulai memilih atau menentukan sendiri makanan yang dikonsumsi atau yang disukainya.

Pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah akan lebih maksimal jika kebutuhan gizi anak dapat terpenuhi. Selain itu, pembiasaan pola makan sehat di dalam keluarga harus benar-benar ditanamkan agar anak dapat tumbuh dan berkembang secara maksimal (Williams, 2011). Anak-anak membutuhkan kandungan gizi yang cukup, seperti energi dan protein. (Almatsier, 2009).

Tabel 2.1 Angka Kecukupan Gizi untuk Anak Usia 7-12 Tahun

Golongan Umur	Berat	Tinggi	Energi	Protein
7-9 tahun	27 kg	130 cm	1850 kkal	49 gram
10 –12 tahun (pria)	34 kg	142 cm	2100 kkal	56 gram
10 –12 tahun (wanita)	36 kg	145 cm	2000 kkal	60 gram

Sumber: Pemenkes RI No.75 Tahun 2013

#### 2.4.6 Masalah Gizi Pada Anak Usia Sekolah

Secara epidimologis penyebaran penyakit berbasis lingkungan di kalangan anak sekolah di Indonesia masih tinggi. Kasus infeksi seperti demam berdarah, infeksi saluran pernapasan akut, diare, cacangan, serta reaksi simpang terhadap makanan akibat buruknya sanitasi dan keamanan pangan. Selain lingkungan, masalah yang harus diperhatikan adalah membentuk perilaku sehat pada anak sekolah (Proverawati, 2009).

Masalah Gizi anak secara garis besar merupakan dampak dari ketidakseimbangan antara asupan dan kekurangan zat gizi (*nutritional imbalance*). Anak-anak sekolah umumnya sulit makan atau tidak mau makan. Anak-anak tersebut sering tidak makan pagi (sarapan) karena

berbagai alasan. Kebiasaan tidak makan pagi akan menyebabkan lambung kosong dan kadar gula darah berkurang sehingga menyebabkan badan lemas, mengantuk, sulit menerima pelajaran (Williams, 2011).

Kebiasaan makan yang tidak teratur perlu diwaspadai seperti sengaja melewatkan makan, dan makanan cemilan, atau jajanan di lingkungan sekolah yang tidak sehat. Umumnya anak-anak usia sekolah lebih menyukai jajanan di warung atau kantin sekolah daripada makanan yang telah tersedia di rumah. Jajan yang terlalu sering dan menjadi kebiasaan akan berakibat negatif, antara lain: nafsu makan menurun, kurang gizi sebab kandungan gizi pada jajanan belum tentu terjamin dan menyebabkan terjadinya obesitas (Williams, 2011).

## **2.5 Konsep Keluarga**

### **2.5.1 Definisi Keluarga**

Menurut Friedman (1998), Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup 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 (Yohanes dan Yasinta, 2013).

### **2.5.2 Fungsi Keluarga**

Menurut Friedman (1998), ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga sebagai berikut:

### 1. Fungsi Afektif

Dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikologis anggota keluarga. Komponen yang diperlukan dalam melaksanakan fungsi afektif adalah adanya saling asuh, menerima, menghormati dan mendukung dan menaruh perhatian anggota keluarga.

### 2. Fungsi sosialisasi

Merupakan fungsi yang mengembangkan dan tempat melatih anak untuk kehidupan social sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain.

### 3. Fungsi Ekonomi

Kebutuhan yang harus dipenuhi dalam keluarga. Yang dilakukan keluarga dalam menjalani fungsinya adalah mencari sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, mengatur penggunaan penghasilan, dan menabung.

### 4. Fungsi Reproduksi

Keluarga memiliki fungsi untuk menjaga kelangsungan generasi dan juga keberlangsungan masyarakat. Komponen yang dilaksanakan keluarga dalam melaksanakan fungsinya adalah meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memenuhi gizi keluarga, memelihara dan merawat anggota keluarga.

## 5. Fungsi perawatan keluarga

Merupakan fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan keluarga, merawat anggota keluarga yang sakit agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi (Yohanes dan Yasinta, 2013).

### 2.5.3 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Ada 5 pokok tugas keluarga yang dijabarkan oleh Friedman yang sampai saat ini masih dipakai dalam asuhan keperawatan keluarga. Tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (1998) dalam Yohanes dan Yasinta (2013), 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. Sejauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda gejala, faktor penyebab yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

#### 2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut agar dapat memfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan.

- a. Sejauh mana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah dan apakah keluarga merasakan adanya masalah

- b. Apakah keluarga merasa takut akan akibat penyakit
  - c. Apakah keluarga mendapatkan informasi yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan dan apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan
3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang mempunyai gangguan kesehatan.
- a. Keluarga harus mengetahui beberapa hal: Keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatannya)
  - b. Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
  - c. Keberadaan fasilitas yang dibutuhkan untuk perawatan
  - d. Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau finansial, fasilitas fisik)
  - e. Sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit
4. Mempertahankan atau mengusahakan suasana rumah yang sehat.
- Keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:
- a. Sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga
  - b. Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan
  - c. Pentingnya hygiene sanitasi dan upaya pencegahan penyakit
  - d. Sikap atau pandangan keluarga terhadap hygiene
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat.
- Keluarga harus mengetahui hal-hal berikut ini:
- a. Keberadaan fasilitas keluarga
  - b. Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan

- c. Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga dan tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan

## 2.6 Konsep *Calgary Family Intervention Model* (CFIM)

### 2.6.1 Teori Calgary

Wright dan Leahey (2009), menyatakan bahwa terdapat empat konsep yang mendasari teori Calgary, yaitu:

#### 1. *System Theory*

Menurut Von Bertalanffy (1968) dalam Wright dan Leahey (2009), ada beberapa konsep yang mendasari keluarga sebagai suatu sistem: 1) Suatu sistem keluarga merupakan bagian dari suatu suprasistem yang lebih besar dan juga terdiri dari banyak subsistem. 2) Keluarga sebagai suatu keutuhan yang lebih besar dari pada komponen-komponennya. 3) Perubahan pada saat keluarga akan 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.

#### 2. *Cybernetics Theory*

Cybernetics merupakan ilmu tentang teori komunikasi dan teori kontrol. Beer (1974) dalam Wright dan Leahey (2009) konsep-konsep *cybernetics*, yaitu: 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 perilaku seseorang yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh orang lain. 2) Proses umpan balik dapat terjadi secara simultan pada beberapa tingkatan yang berbeda dengan keluarga. Aplikasi konsep *cybernetics* dalam kerja keluarga dimulai dengan mengobservasi gejala yang sederhana.

### 3. *Communications theory*

Berfokus terhadap bagaimana individu berinteraksi dengan orang lain. Konsep yang dikembangkan oleh Bavelas (1992) dalam Wright dan Leahay (2009) adalah: 1) Semua komunikasi non verbal bermakna, semua komunikasi non verbal membawa pesan dan komponen pentingnya adalah isi. 2) Semua komunikasi yang memiliki dua saluran utama untuk transmisi yaitu digital (menunjuk pada komunikasi verbal yang terdiri dari isi pesan actual) dan analogis (terdiri dari penggunaan komunikasi non verbal seperti bahasa tubuh dan ekspresi). 3) Suatu hubungan kelekatan yang memiliki derajat variasi dalam hal komplementari dan kesimetrisan. Kondisi ini sangat berguna untuk mengidentifikasi tipe pola interaksi keluarga. 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.

#### 4. *Change theory*

Teori perubahan mempelajari bahwa perubahan terjadi karena hasil dari suatu kejadian dalam kehidupan atau karena adanya intervensi tenaga kesehatan. Perubahan dapat terjadi pada *cognitive*, *affective*, atau *psicomotor domain*. Perubahan pada satu domain akan mempengaruhi domain yang lainnya. Perubahan akan lebih mudah dilakukan apabila ada kerjasama baik antara petugas kesehatan dengan keluarga. Peran perawat sangat penting untuk mengobservasi hubungan antara sistem. Beberapa konsep perubahan menurut Lancaster (1982) dalam Wright dan Leahey (2009), yaitu:

- 1) Perubahan tergantung pada persepsi terhadap masalah. Intervensi harus direncanakan sesuai dengan pengetahuan dan sumber-sumber informasi yang ada.
- 2) Perubahan tergantung konteks. Upaya untuk meningkatkan perubahan dalam suatu sistem keluarga harus selalu mempertimbangkan sejumlah variabel yang penting dari konteks. Intervensi harus direncanakan sesuai dengan pengetahuan tentang hambatan kontekstual dan sumber yang ada.
- 3) Perubahan bergantung pada pengembangan tujuan untuk pengobatan. Salah satu alasan utama kegagalan bekerja dengan keluarga adalah setting tujuan yang tidak realistis dengan tujuan pengobatan dapat menghindari kesalah pahaman dan kekecewaan.

- 4) Memahami saja bukan petunjuk untuk berubah. Perubahan dalam pekerjaan keluarga jarang terjadi melalui peningkatan pemahaman keluarga tentang masalah melalui keyakinan dan perilaku.
- 5) Perubahan tidak perlu terjadi bersamaan dalam semua anggota keluarga. Perubahan dalam sistem 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.
- 7) Perubahan dapat dihubungkan dengan berbagai penyebab. Perubahan dipengaruhi berbagai variabel yang berbeda dan biasanya sulit untuk diketahui terutama apa pencetus atau hambatan untuk berubah. Diperoleh dari penyelidikan masalah keluarga.

### **2.6.2 Calgary Family Intervention Model (CFIM)**

*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, afektif, dan behavior. Intervensi dapat ditargetkan untuk mempromosikan, meningkatkan, atau mempertahankan fungsi dalam satu atau tiga domain

fungsi keluarga, tetapi perubahan dalam satu domain akan berdampak pada domain lain. Dari ketiga domain tersebut, perubahan yang mendalam dan akan cenderung bertahan adalah domain kognitif. Perubahan sikap dan perilaku dapat diperantarai melalui perubahan pengetahuan (Wright dan Leahey, 2009).

Intervensi mewakili inti dari praktik klinis dengan keluarga. Ada banyak sekali intervensi kesehatan yang dapat dipilih oleh perawat, tetapi intervensi harus dibuat khusus untuk setiap keluarga dan sesuai domain fungsi keluarga yang dipilih. Intervensi khusus akan bervariasi untuk setiap keluarga meskipun mungkin ada kesempatan ketika intervensi yang sama digunakan untuk beberapa keluarga dengan masalah yang berbeda. Perlu ditekankan bahwa setiap keluarga adalah unik. Menurut Wright dan Leahey, (2009). Beberapa hal yang perlu dilakukan dalam memberikan intervensi, yaitu:

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 atau *family style*.
4. Intervensi harus sesuai dengan kekuatan keluarga dan strategi solusi yang digunakan oleh keluarga sebelumnya.

5. Intervensi harus konsisten dengan etnis, agama, keyakinan keluarga.
6. Tenaga kesehatan seharusnya merencanakan beberapa intervensi yang dapat digunakan oleh keluarga. Tidak ada satu intervensi yang paling benar, tetapi beberapa yang penting adalah kemanfaatannya dan keefektifannya.

Intervensi yang diberikan harus mempertimbangkan waktu dan semua anggota keluarga harus terlibat. Keberhasilan intervensi tergantung tahap awal (*engagement*) dan tahap pengkajian pada keluarga (Wright dan Leahay, 2009).

Perawat 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 dirubah adalah domain kognitif. Perawat menawarkan intervensi seperti memberikan informasi, membantu keluarga belajar cara yang lebih baik dalam mengatasi masalah. Perawat perlu mencoba beberapa intervensi dan evaluasi berkelanjutan untuk keberhasilan intervensi. Hal ini

bertujuan untuk menentukan ketepatan antara domain yang perlu dirubah dan intervensi yang dipilih (Wright dan Leahay, 2009).

Tabel 2.2 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 dan Maureen Leahay, 2009

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

#### 1. Domain Kognitif

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 untuk di diskusikan 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 suatu perspektif.

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, 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 atau pendapat, kebutuhan keluarga yang salah satu anggota keluarganya masuk rumah sakit, prioritas intervensinya adalah informasi seperti memberikan informasi tentang dampak penyakit kronis pada keluarga.

## 2. Domain Afektif

Afektif atau sikap merupakan suatu reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. 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. 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 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. 3) Memberikan dukungan keluarga. Mengajak anggota keluarga untuk mendengarkan keprihatinan dan perasaan anggota keluarga yang lain dan saling memberikan support.

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.

### 3. Domain Behavior

Tindakan (*practice*) merupakan suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung/suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas dan faktor pendukung (*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*).

Sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam dirinya terjadi proses berurutan yakni: 1) Kesadaran (*awareness*): Orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap sebuah stimulus. 2) Tertarik (*interest*): orang mulai tertarik dengan stimulus. 3) Evaluasi (*evaluation*): menimbang-nimbang dengan

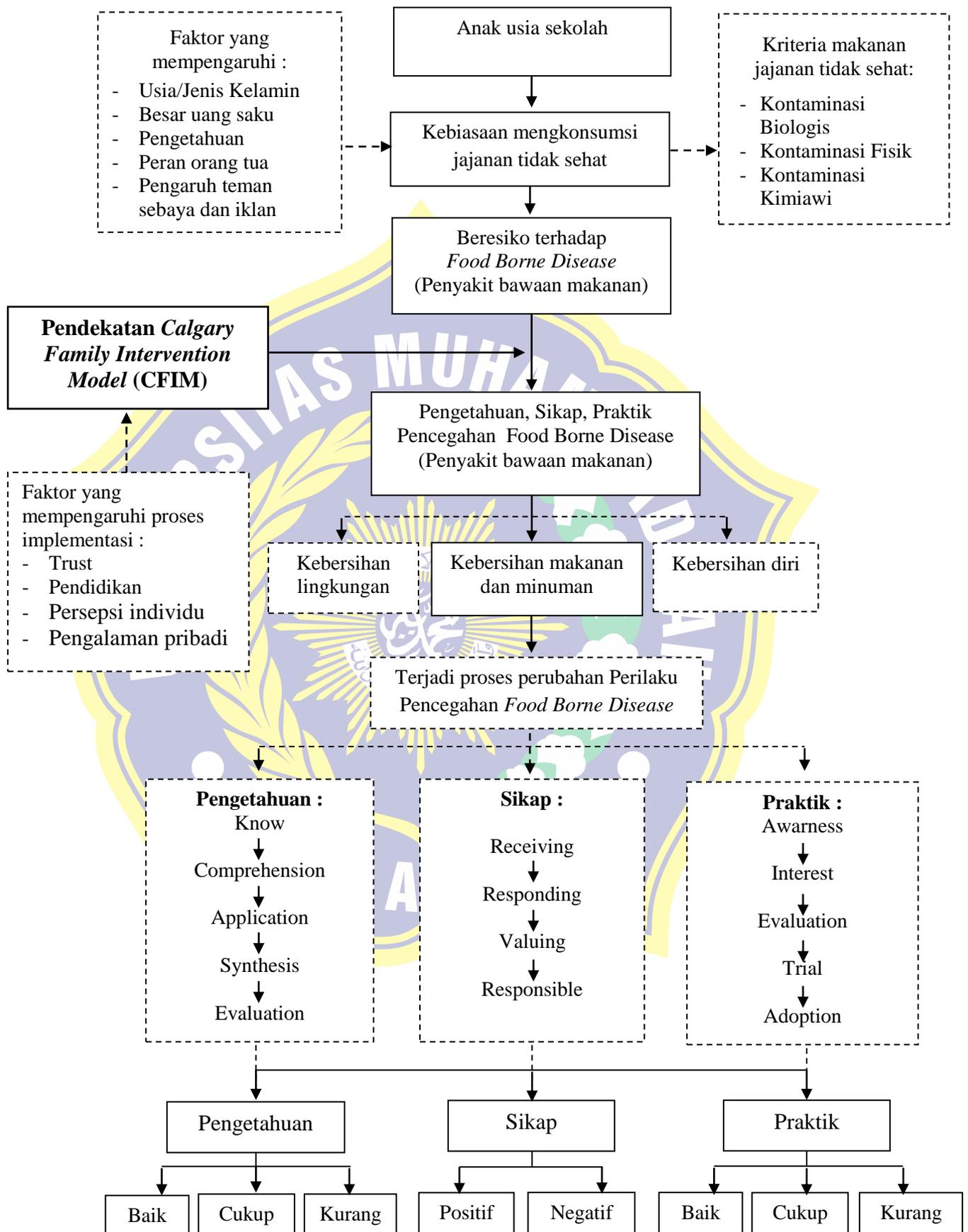
baik/tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi. 4) Mencoba (*trial*): orang telah mulai mencoba perilaku baru. 5) Menerima (*adoption*): subjek telah berperilaku sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

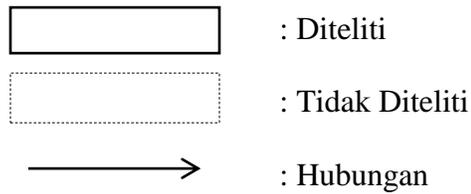
Intervensi Calgary kepada keluarga dapat dilakukan dengan :

- a) Perawat mengundang beberapa atau seluruh anggota keluarga, penjelasan tentang tugas yang harus dikerjakan/perilaku khusus
- b) Keluarga melaksanakan kegiatan rutin yang tidak bertentangan dengan perilaku kesehatan dan disarankan untuk tetap dilakukan agar hubungan antar keluarga tetap terjaga (Wright dan Leahey, 2009).



## 2.7 Kerangka Konseptual



**Keterangan :**

Gambar 2.5 Kerangka konseptual tentang Pengaruh Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) Tentang Pemilihan Makanan Jajanan Sehat Terhadap Perilaku Pencegahan *Food Borne Disease* Pada Anak Usia Sekolah di SD YAPITA Surabaya

**Keterangan :**

Pada kerangka konseptual dijelaskan bahwa anak sekolah memiliki kebiasaan mengkonsumsi makanan jajanan, sedangkan banyak Panganan Jajanan Anak Sekolah (PJAS) tidak memenuhi syarat kesehatan (kontaminasi biologis, kontaminasi fisik dan kontaminasi kimiawi). Hal tersebut meningkatkan resiko anak usia sekolah menderita penyakit bawaan makanan (*Food Borne Disease*). Untuk merubah perilaku anak usia sekolah perlu adanya peran serta keluarga, yaitu dengan dilakukan pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) untuk merubah domain pengetahuan, sikap dan praktik dalam pencegahan *food borne disease*. Dalam pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi proses implementasi, yaitu : Trust, Pendidikan, Sosial, Persepsi individu dan Pengalaman pribadi

Dari pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) akan terjadi perubahan pengetahuan, sikap, dan praktik dalam pencegahan *food borne disease* pada anak usia sekolah.

## 2.8 Hipotesis

1. Ada Pengaruh Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) Tentang Pemilihan Makanan Jajanan Sehat Terhadap Perilaku Pencegahan *Food Borne Disease* Pada Anak Usia Sekolah di SD YAPITA Surabaya.
2. Ada perbedaan Pengaruh Pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) Tentang Pemilihan Makanan Jajanan Sehat Terhadap Perilaku Pencegahan *Food Borne Disease* Pada Anak Usia Sekolah di SD YAPITA Surabaya pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

