

Program GEMBIRA: Intervensi Edukatif Berbasis Komunitas untuk Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Anak Usia Sekolah di Desa Sukorambi, Jember

Idfiana Hilmi ^{a,1*}, Riza Rohmatul Maulidia ^{b,2}, Putra Adina ^{c,3}, Tantut Susanto ^{b,4}, Yuyus Febsyna ^{c,5}

¹ Prodi Pendidikan Profesi Ners, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember, Jalan Kalimantan No. 37, Krajan Timur, Sumbersari, Jember, Indonesia 68121

² Departemen Keperawatan Komunitas, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember, Jalan Kalimantan No. 37, Krajan Timur, Sumbersari, Jember, Indonesia 68121

³ Puskesmas Sukorambi, Jalan Mujair No. 2, Krajan, Sukorambi, Jember, Indonesia 68151

^a idfahilmii@gmail.com*; ^b rizamaulidia19@gmail.com; ^c adinata@mail.unej.ac.id; ^d tantut_s.psik@unej.ac.id; ^e yuyusfebsyna@gmail.com

*korespondensi penulis

Informasi artikel	ABSTRAK
Sejarah artikel: Diterima : 6 Juli 2025 Revisi : 29 Juli 2026 Dipublikasikan : 29 Juli 2026	Penyakit diare pada anak usia sekolah di wilayah perdesaan masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang dipicu oleh rendahnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta keterbatasan sarana sanitasi. Kegiatan pengabdian masyarakat ini bertujuan untuk mengimplementasikan dan menganalisis efektivitas program GEMBIRA (Gerakan Membiasakan Bersih dan Rajin pada Anak) terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan PHBS pada anak sekolah dasar di RW 08 Dusun Krajan, Desa Sukorambi, Kabupaten Jember. Kegiatan ini menggunakan pendekatan <i>Community-Based Behavioral Intervention</i> dengan mengintegrasikan metode edukasi promotif, <i>participatory learning</i> , dan <i>community empowerment</i> . Intervensi dilaksanakan selama bulan Agustus–September 2025 di Balai RW 08 yang terbagi dalam empat sesi bertahap (edukasi visual, demonstrasi/simulasi CTPS dan sikat gigi, cerdas cermat kelompok, serta menggambar kreatif). Sasaran kegiatan sebanyak 22 anak usia 6–12 tahun yang dipilih secara <i>purposive sampling</i> . Evaluasi kuantitatif dilakukan melalui pengukuran berulang (<i>Pre-Test</i> hingga <i>Post-Test</i> Sesi 4) mengadaptasi instrumen terstandar Kemenkes RI dan diuji menggunakan <i>Wilcoxon Signed-Rank Test</i> . Evaluasi kualitatif diukur berbasis lembar observasi unjuk kerja. Program GEMBIRA berhasil dilaksanakan dengan tingkat kehadiran peserta mencapai 100%. Analisis inferensial menunjukkan peningkatan signifikan secara statistik ($p < 0,05$) pada seluruh indikator evaluasi: pengetahuan diare ($p = 0,001$), pengetahuan menyikat gigi ($p = 0,002$), kebiasaan konsumsi jajanan sekolah ($p = 0,001$), dan perilaku Mencuci Tangan Pakai Sabun/CTPS ($p = 0,003$). Secara kualitatif, teramati kemandirian partisipan yang secara spontan mempraktikkan 6 langkah CTPS secara runtut sebelum kegiatan dimulai. Program GEMBIRA terbukti efektif sebagai model intervensi edukatif berbasis komunitas dalam meningkatkan kapasitas kognitif dan pembentukan kebiasaan sehat anak usia sekolah. Anak-anak yang terpapar program berpotensi menjadi <i>peer-educator</i> di lingkungannya. Disarankan kepada kader Posyandu, pihak sekolah, dan Puskesmas setempat untuk melakukan pengawasan berkala serta menyediakan fasilitas sanitasi pendukung guna menjaga keberlanjutan perilaku sehat anak secara mandiri.
Kata kunci: Diare; Edukasi Kesehatan; PHBS; Anak Usia Sekolah; Pengabdian Masyarakat.	
	ABSTRACT <i>Diarrheal diseases among school-aged children in rural areas remain a public health challenge, driven by low Clean and Healthy Behaviour (PHBS) practices</i>

Keyword:

Diarrhea; Health Education; PHBS; School-Aged Children; Community Engagement.

and limited sanitation facilities. This community service project aimed to implement and evaluate the effectiveness of the GEMBIRA (Gerakan Membiasakan Bersih dan Rajin pada Anak) program in improving health knowledge, attitudes, and PHBS skills among elementary school children in RW 08 Krajan Hamlet, Sukorambi Village, Jember Regency. The activity utilized a Community-Based Behavioral Intervention approach, integrating promotive education, participatory learning, and community empowerment. The intervention was conducted between August and September 2025 at the RW 08 Community Hall, structured into four sequential sessions (visual education, CTPS and toothbrushing simulation, group health quiz, and creative drawing). A total of 22 children aged 6–12 years were selected via purposive sampling. Quantitative evaluation was performed using repeated measurements (Pre-Test to Post-Test Session 4) adapted from the Indonesian Ministry of Health guidelines and analysed using the Wilcoxon Signed-Rank Test. Qualitative findings were gathered through observational performance checklists. The GEMBIRA program was successfully executed with a 100% attendance rate. Inferential analysis demonstrated statistically significant improvements ($p < 0.05$) across all evaluated indicators: diarrhea knowledge ($p = 0.001$), toothbrushing knowledge ($p = 0.002$), healthy snack consumption habits ($p = 0.001$), and handwashing with soap/CTPS behaviour ($p = 0.003$). Qualitatively, participants demonstrated spontaneous independence by correctly performing the 6-step CTPS technique prior to sessions without prompting. The GEMBIRA program is proven effective as a community-based educational intervention model to enhance cognitive capacity and promote healthy habituation among school-aged children. Participating children have the potential to act as peer-educators within their environment. It is recommended that local health cadres, schools, and primary health centers (Puskesmas) conduct routine monitoring and provide supporting sanitation facilities to ensure the long-term sustainability of healthy behaviours.

This is an open access article under the CC-BY-SA license.

**Pendahuluan**

Diare hingga saat ini masih menjadi salah satu tantangan utama kesehatan masyarakat global dan regional, terutama di negara-negara berkembang. *World Health Organization* (WHO) mencatat bahwa penyakit diare merupakan penyebab kematian terbesar kedua pada anak-anak di bawah usia lima tahun serta menyumbang angka morbiditas yang tinggi pada kelompok usia sekolah di tingkat global.(1) Di Indonesia, data Kementerian Kesehatan RI (2023) menunjukkan prevalensi diare nasional mencapai 6,8%, dengan kejadian tertinggi ditemukan pada kelompok anak usia 5–14 tahun.(2) Tingginya angka ini tidak sekadar menjadi statistik medis, melainkan mencerminkan dampak multidimensional yang nyata pada anak usia sekolah. Secara klinis, serangan diare berulang memicu dehidrasi, mengganggu penyerapan nutrisi yang berujung pada malnutrisi dan gangguan tumbuh kembang, serta memperlemah respons imun. Secara akademis dan sosial, kondisi ini menyebabkan tingginya angka absensi sekolah, penurunan konsentrasi belajar, hingga potensi penurunan produktivitas jangka panjang serta peningkatan beban ekonomi keluarga akibat biaya perawatan. Kelompok anak usia sekolah dasar menjadi sangat rentan karena sistem imunitas yang masih berkembang dikombinasikan dengan perilaku kebersihan diri (*hygiene*) yang belum terbentuk kokoh, khususnya di lingkungan tempat mereka tumbuh dan berinteraksi sehari-hari.(3)

Upaya pencegahan diare yang efektif berpusat pada pembentukan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), seperti kebiasaan Mencuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), penggunaan jamban sehat, pemotongan kuku, serta konsumsi makanan bersih.(4) Secara konseptual, pembentukan perilaku kesehatan pada anak tidak cukup hanya berbasis transfer pengetahuan searah, melainkan membutuhkan landasan teoritis yang kuat. Pengabdian ini mengintegrasikan *Social Cognitive Theory* (Bandura) dan pendekatan *Experiential Learning* (Kolb), yang menegaskan bahwa perubahan perilaku anak terjadi melalui proses pengamatan, peniruan, dan keterlibatan langsung dalam pengalaman nyata.(5) Anak-anak berada pada fase perkembangan kognitif operasional konkret, sehingga media pembelajaran interaktif dan praktik langsung (*hands-on experience*) menjadi instrumen krusial untuk mengonversi pengetahuan teoritis menjadi kebiasaan (*habituation*) yang melekat. Melalui komunikasi perubahan perilaku (*behavior change communication*), metode partisipatif ini memperkuat efikasi diri (*self-efficacy*) anak untuk konsisten menerapkan kebiasaan bersih di lingkungannya.(6)

Meskipun prinsip PHBS telah banyak dipahami, fakta di lapangan menunjukkan jurang pemisah yang lebar antara pengetahuan dan praktik nyata, khususnya pada komunitas pedesaan. Di RW 08 Dusun Krajan, Desa Sukorambi, hasil observasi awal dan asesmen komunitas oleh tim mahasiswa profesi Ners mengidentifikasi gambaran spesifik permasalahan yang mendesak. Wilayah ini memiliki populasi sasaran sebanyak 45 anak usia sekolah dasar yang tinggal di lingkungan perdesaan dengan keterbatasan sarana sanitasi. Mayoritas rumah warga dan area publik belum dilengkapi fasilitas tempat cuci tangan yang memadai beserta sabun. Perilaku jajan sembarangan di kalangan anak sangat tinggi, di mana makanan dijual secara terbuka tanpa penutup di sekitar pemukiman dan sekolah. Selain itu, keterlibatan keluarga dan pihak sekolah dalam mengedukasi kebersihan masih minim akibat rendahnya tingkat pendidikan orang tua serta terbatasnya program promosi kesehatan yang terstruktur di level lokal. Kondisi sosial-ekonomi masyarakat yang tergolong menengah ke bawah memperburuk faktor risiko lokal ini, menjadikan kebiasaan cuci tangan sebelum makan dan setelah dari toilet belum menjadi rutinitas wajib bagi anak-anak.(7,8)

Tinjauan terhadap program pengabdian dan intervensi terdahulu (*state of the art*) menunjukkan bahwa sebagian besar kegiatan promosi PHBS pada anak sekolah (seperti penelitian Utami et al., 2024 dan Aprilia et al., 2024) masih didominasi oleh pendekatan edukasi konvensional satu arah (ceramah) atau bersifat studi kuantitatif-deskriptif semata.(7,9) Program terdahulu sering kali berfokus pada peningkatan pengetahuan jangka pendek tanpa menyediakan ruang untuk pembiasaan berbasis praktik dan simulasi interaktif, serta belum secara optimal mengintegrasikan pendekatan berbasis komunitas di tingkat RW/dusun. Akibatnya, keberlanjutan (*sustainability*) perubahan perilaku setelah kegiatan selesai relatif rendah.(10) Kebaruan (*novelty*) dari program yang ditawarkan terletak pada desain intervensi terpadu yang memadukan edukasi interaktif, praktik/simulasi kebersihan secara langsung, serta pendampingan sebaya (*peer influence*) di lingkungan perdesaan.

Secara eksplisit, kesenjangan (*problem statement*) dalam upaya penanggulangan diare pada anak di lokasi sasaran adalah masih rendahnya praktik nyata PHBS akibat minimnya edukasi kesehatan yang interaktif, aplikatif, dan berkelanjutan, serta belum adanya intervensi berbasis komunitas yang menyoroti faktor risiko lokal secara langsung. Kondisi aktual menunjukkan anak-anak rentan terpapar diare akibat tingginya kebiasaan tidak higienis dan terbatasnya sarana, sementara kondisi ideal menuntut terbentuknya kemandirian perilaku hidup bersih untuk mencegah kesakitan. Kesenjangan ini jika tidak diintervensi akan terus

memicu rantai penularan diare dan menekan kualitas kesehatan serta pendidikan anak di RW 08 Dusun Krajan.(11)

Sebagai solusi atas permasalahan tersebut, dirancanglah program GEMBIRA (Gerakan Membiasakan Bersih dan Rajin pada Anak). Program GEMBIRA hadir sebagai solusi terstruktur yang merelevansikan permasalahan lokal dengan intervensi berbasis edukasi-aplikatif. Komponen program GEMBIRA meliputi pilar edukasi visual interaktif, simulasi praktik 6 langkah CTPS dengan lagu dan media edukatif, evaluasi kebersihan kuku dan jajan sehat, serta pembentukan komitmen kebiasaan bersih harian. Integrasi pilar-pilar ini secara langsung menjawab keterbatasan sarana dan pengetahuan anak, sehingga berdampak pada peningkatan pengetahuan dan keterampilan PHBS secara signifikan dalam jangka pendek, serta membentuk norma perilaku bersih yang mampu menekan risiko kejadian diare pada anak dalam jangka panjang.(12)

Artikel pengabdian masyarakat ini bertujuan untuk menganalisis proses implementasi serta mengukur efektivitas program GEMBIRA terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan praktik PHBS (khususnya CTPS dan pemilihan jajanan sehat) pada anak usia sekolah dasar di RW 08 Dusun Krajan, Desa Sukorambi.

Metode

Kegiatan pengabdian masyarakat ini menggunakan pendekatan intervensi edukatif dan perilaku berbasis komunitas (*Community-Based Behavioral Intervention*) yang menggabungkan metode edukasi promotif, *participatory learning*, serta *community empowerment*. Pendekatan ini dipilih karena anak usia sekolah dasar (7–12 tahun) yang berada pada tahap perkembangan kognitif operasional konkret lebih efektif menyerap dan menerapkan informasi melalui media pembelajaran interaktif, proses kelompok, dan aktivitas berbasis praktik (*hands-on experience*) dibandingkan dengan metode ceramah pasif. Intervensi ini dirangkum dalam program GEMBIRA (Gerakan Membiasakan Bersih dan Rajin pada Anak) yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah tingginya risiko penyakit diare akibat rendahnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Kegiatan dilaksanakan pada bulan Agustus hingga September 2025 berlokasi di RW 08 Dusun Krajan, Desa Sukorambi, Kecamatan Sukorambi, Kabupaten Jember. Mengingat keterbatasan fasilitas umum di lokasi sasaran, seluruh rangkaian sesi intervensi dipusatkan di Balai RW 08 serta memanfaatkan area halaman rumah warga setempat yang cukup memadai untuk kegiatan kelompok luar ruangan.

Sasaran kegiatan ini adalah anak usia sekolah dasar yang berdomisili di RW 08 Dusun Krajan. Pemilihan partisipan dilakukan menggunakan teknik *purposive sampling* dengan kriteria inklusi: (1) berusia 7–12 tahun, (2) menetap di wilayah RW 08 Dusun Krajan, dan (3) mendapat persetujuan tertulis (*informed consent*) dari orang tua/wali untuk mengikuti seluruh rangkaian program. Anak-anak yang sedang sakit berat atau pindah domisili selama periode intervensi dikeluarkan dari kriteria (*eksklusi*). Berdasarkan kriteria tersebut, diperoleh jumlah partisipan sebanyak 35 anak. Rekrutmen dan pengumpulan sasaran dilakukan melalui koordinasi intensif dengan ketua RW, ketua RT setempat, kader Posyandu, serta guru pengajar TPA/ngaji lokal.

Prosedur pelaksanaan program GEMBIRA dilaksanakan melalui tiga tahapan utama yang terstruktur, yaitu:

1. Tahap Persiapan

Tahap ini meliputi pengurusan perizinan resmi kepada Kepala Desa Sukorambi dan Ketua RW 08, dilanjutkan dengan survei lapangan, asesmen kebutuhan awal, dan koordinasi

dengan kader Posyandu setempat. Tim pelaksana yang terdiri dari mahasiswa profesi Ners dan dosen pembimbing melakukan pembagian peran secara jelas, meliputi narasumber utama, penanggung jawab logistik, serta fasilitator kelompok kecil (ratio 1 fasilitator mendampingi 5–7 anak) untuk memastikan monitoring partisipasi aktif anak berjalan optimal selama kegiatan.

2. Tahap Pelaksanaan Intervensi

Intervensi dilaksanakan secara tatap muka sebanyak 4 sesi yang diselenggarakan secara berkala (2 kali seminggu) dengan durasi masing-masing sesi berkisar 60 menit:

- Sesi 1 dan 2 (Edukasi Promotif & Demonstrasi): Pemutaran video animasi dan penyampaian materi interaktif dengan media *leaflet* serta poster bertema pencegahan diare, kriteria jajanan sehat, dan pentingnya PHBS. Kegiatan dilanjutkan dengan demonstrasi serta simulasi praktik langsung 6 langkah Mencuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) yang benar serta teknik menyikat gigi mengaitkan alat peraga phantom gigi dan fasilitas cuci tangan portable.
- Sesi 3 (Proses Kelompok / *Therapeutic Group*): Penguatan pemahaman melalui permainan edukatif cerdas cermat kesehatan (*health quiz*). Anak-anak dibagi menjadi beberapa kelompok kecil yang didampingi fasilitator untuk menjawab pertanyaan seputar materi yang telah dipelajari dalam suasana yang menyenangkan.
- Sesi 4 (Pemberdayaan / *Empowerment*): Kegiatan penggalian kreativitas dan komitmen anak melalui aktivitas menggambar dan mewarnai bertema PHBS. Hasil karya anak dijadikan media kampanye visual mandiri di lingkungan rumah masing-masing.

TAHAPAN PROGRAM GEMBIRA (35 Anak)	
1. Persiapan	: Perizinan, Observasi, Koordinasi Kader, & Pembagian Peran
2. Pelaksanaan	: - Sesi 1-2 : Edukasi Interaktif, Video, & Demonstrasi (CTPS & Sikat Gigi) - Sesi 3 : Cerdas Cermat Edukatif (Proses Kelompok) - Sesi 4 : Menggambar Tema PHBS (Pemberdayaan Anak)
3. Evaluasi	: Pre-test, Post-test, Lembar Observasi Praktik, Uji Wilcoxon

3. Tahap Evaluasi

Evaluasi dampak program dilakukan dengan mengukur perubahan domain pengetahuan dan keterampilan partisipan sebelum (*pre-test*) dan setelah (*post-test*) seluruh sesi intervensi selesai diselenggarakan. Instrumen evaluasi yang digunakan mencakup kuesioner terstandar yang mengukur pengetahuan mengenai pencegahan diare, kesehatan gigi/mulut, kebiasaan mencuci tangan, dan pemilihan jajanan sekolah. Kuesioner ini mengadaptasi Panduan PHBS Sekolah dari Kementerian Kesehatan RI yang telah disederhanakan dan disesuaikan dengan tingkat kognitif anak usia sekolah dasar serta telah melalui uji keterbacaan (*face validity*). Selain kuesioner kuantitatif, tim pelaksana menggunakan lembar observasi (*checklist*) keterampilan untuk menilai unjuk kerja partisipan saat mempraktikkan 6 langkah CTPS. Bahan pendukung yang digunakan selama intervensi meliputi *leaflet*, poster, video animasi, sikat gigi, pasta gigi, sabun cuci tangan, phantom gigi, serta fasilitas sanitasi *portable*.

Data hasil evaluasi dianalisis secara kuantitatif deskriptif dan inferensial. Analisis deskriptif digunakan untuk menyajikan nilai rata-rata (*mean*), standar deviasi, serta persentase peningkatan skor pengetahuan dan kepatuhan praktik CTPS sebelum dan sesudah intervensi. Untuk menguji signifikansi perbedaan skor pengetahuan dan keterampilan sebelum dan sesudah program GEMBIRA, dilakukan uji *Wilcoxon Signed-Rank Test* mengingat data berskala ordinal/non-parametrik dan berasal dari dua sampel berpasangan (*paired sample*). Indikator keberhasilan program ditetapkan berdasarkan: (1) adanya peningkatan

rerata skor pengetahuan yang signifikan secara statistik ($p < 0,05$), dan (2) minimal 80% partisipan mampu mempraktikkan 6 langkah CTPS secara runtut dan benar sesuai lembar observasi pada akhir kegiatan.

Aspek etika pelaksanaan pengabdian masyarakat ini diterapkan secara ketat. Kegiatan telah mendapatkan izin dari Pemerintah Desa Sukorambi dan pengurus RW 08. Mengingat partisipan merupakan anak di bawah umur, persetujuan tindakan diberikan melalui lembar *Informed Consent* yang ditandatangani oleh orang tua/wali murid setelah mendapat penjelasan mengenai tujuan dan manfaat kegiatan. Prinsip anonimitas (*anonymity*) dijaga dengan menyamarkan identitas anak pada instrumen evaluasi, serta kerahasiaan data (*confidentiality*) dijamin penuh oleh tim pelaksana. Seluruh rangkaian sesi dirancang tanpa paksaan dan mengutamakan rasa aman, nyaman, serta gembira bagi anak-anak.

Hasil

Keterlaksanaan Program dan Karakteristik Sasaran Kegiatan

Program GEMBIRA (Gerakan Membiasakan Bersih dan Rajin pada Anak) dilaksanakan secara bertahap dalam empat sesi intervensi di Balai RW 08 Dusun Krajan, Desa Sukorambi. Tingkat partisipasi anak selama seluruh rangkaian kegiatan mencapai 100% (22 anak) dari sesi pertama hingga sesi keempat tanpa ada peserta yang mengundurkan diri (*drop-out*). Seluruh pilar intervensi, mulai dari pemutaran video edukatif, simulasi praktik 6 langkah Mencuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), menyikat gigi, cerdas cermat kelompok, hingga aktivitas menggambar kreatif berjalan dengan lancar sesuai dengan linimasa yang direncanakan. Karakteristik responden anak usia sekolah yang menjadi sasaran kegiatan disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Demografi Anak Usia Sekolah di RW 08 Dusun Krajan (N = 22)

Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia		
6 tahun	3	13,6
7 tahun	1	4,5
8 tahun	5	22,7
9 tahun	2	9,1
10 tahun	3	13,6
11 tahun	2	9,1
12 tahun	6	27,3
Jenis Kelamin		
Laki-laki	12	54,5
Perempuan	10	45,5
Total	22	100,0

Berdasarkan Tabel 1, mayoritas sasaran berada pada usia 12 tahun (27,3%) dan berjenis kelamin laki-laki (54,5%). Variasi rentang usia sekolah dasar (6–12 tahun) ini berperan penting dalam dinamika pelaksanaan program GEMBIRA. Anak usia yang lebih tua (10–12 tahun) secara spontan bertindak sebagai pemimpin kelompok (*peer leader*) saat sesi cerdas cermat, sementara anak usia yang lebih muda (6–8 tahun) lebih cepat terdorong menirukan gerakan simulasi CTPS dan menyikat gigi melalui contoh yang ditunjukkan oleh teman sebayanya.



Gambar 1. Penyampaian materi edukasi kesehatan mengenai pencegahan diare menggunakan media visual yang interaktif dan komunikatif bersama anak-anak usia sekolah di Balai RW 08.

Capaian Kuantitatif Perubahan Pengetahuan dan Perilaku

a. Pengetahuan Mengenai Diare

Perkembangan tingkat pengetahuan anak mengenai diare dievaluasi secara berkala dari *Pre-Test* hingga *Post-Test* Sesi 4 sebagaimana tercantum pada Tabel 2 dan Tabel 3.

Tabel 2. Evaluasi Perkembangan Tingkat Pengetahuan tentang Diare Berdasarkan Sesi Intervensi (Pre-Test hingga Post-Test Sesi 4)

Kategori Pengetahuan	Pre-Test f (%)	Post Sesi 2 f (%)	Post Sesi 3 f (%)	Post Sesi 4 f (%)
Tidak Baik	17 (77,3%)	10 (45,5%)	9 (40,9%)	5 (22,7%)
Baik	5 (22,7%)	12 (54,5%)	13 (59,1%)	17 (77,3%)
Total	22 (100,0%)	22 (100,0%)	22 (100,0%)	22 (100,0%)

Pada tahap *pre-test*, mayoritas peserta (77,3%) memiliki pengetahuan diare dalam kategori tidak baik. Setelah intervensi hingga Sesi 4, proporsi anak dengan pengetahuan baik meningkat drastis menjadi 77,3% (17 anak).

Tabel 3. Hasil Analisis Perbedaan Rerata Pengetahuan Diare Sebelum dan Sesudah Edukasi (Uji Wilcoxon Signed-Rank Test)

Pengukuran	Rerata $\pm$ SD	Nilai Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pre-Test	50,00 $\pm$ 18,25	-3,412	0,001
Post-Test	67,73 $\pm$ 18,49		

Uji *Wilcoxon Signed-Rank Test* menghasilkan nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$), yang membuktikan adanya peningkatan pengetahuan diare yang signifikan secara statistik setelah pelaksanaan program GEMBIRA.

b. Pengetahuan Mengenai Menyikat Gigi

Evaluasi tingkat pengetahuan anak mengenai cara menyikat gigi yang benar disajikan pada Tabel 4 dan Tabel 5.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Cara Menyikat Gigi yang Benar Berdasarkan Sesi Intervensi

Kategori Pengetahuan	Pre-Test f (%)	Post Sesi 2 f (%)	Post Sesi 3 f (%)	Post Sesi 4 f (%)
Buruk	8 (36,4%)	4 (18,2%)	3 (13,6%)	2 (9,1%)
Sedang	10 (45,5%)	13 (59,1%)	12 (54,5%)	9 (40,9%)
Baik	4 (18,2%)	5 (22,7%)	7 (31,8%)	11 (50,0%)
Total	22 (100,0%)	22 (100,0%)	22 (100,0%)	22 (100,0%)

Sebelum intervensi, hanya 18,2% anak yang memiliki pengetahuan sikat gigi kategori baik. Pada akhir Sesi 4, kelompok berpengetahuan baik meningkat mencapai 50,0% (11 anak), sedangkan kategori buruk berkurang hingga tersisa 9,1% (2 anak).



Gambar 2. Praktik langsung dan demonstrasi cara menyikat gigi yang benar memanfaatkan alat peraga *phantom* gigi untuk meningkatkan pemahaman kognitif dan psikomotorik anak.

Tabel 5. Hasil Uji Efektivitas Intervensi terhadap Pengetahuan Menyikat Gigi Anak Usia Sekolah

Pengukuran	Rerata $\pm$ SD	Nilai Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pre-Test	7,44 $\pm$ 2,85	-3,120	0,002
Post-Test	10,27 $\pm$ 2,69		

Hasil analisis inferensial menggunakan uji Wilcoxon menunjukkan nilai $p = 0,002$ ($p < 0,05$), mengindikasikan perbedaan rerata skor pengetahuan sikat gigi yang bermakna antara sebelum dan sesudah intervensi.

c. Perilaku Kebiasaan Konsumsi Jajanan Sekolah

Perubahan kebiasaan anak dalam memilih jajanan sehat disajikan pada Tabel 6 dan Tabel 7.

Tabel 6. Perkembangan Perilaku dan Kebiasaan Konsumsi Jajanan Sekolah Sehat Berdasarkan Evaluasi Berkala

Kategori Kebiasaan	Pre-Test f (%)	Post Sesi 2 f (%)	Post Sesi 3 f (%)	Post Sesi 4 f (%)
Buruk	18 (81,8%)	12 (54,5%)	10 (45,5%)	7 (31,8%)
Baik	4 (18,2%)	10 (45,5%)	12 (54,5%)	15 (68,2%)
Total	22 (100,0%)	22 (100,0%)	22 (100,0%)	22 (100,0%)

Saat *pre-test*, sebanyak 81,8% anak terbiasa mengonsumsi jajanan yang tidak higienis. Setelah diberikan edukasi pemilihan jajanan sehat secara bertahap, proporsi anak dengan kebiasaan jajan yang baik naik signifikan menjadi 68,2% (15 anak) pada *Post-Test* Sesi 4.

Tabel 7. Analisis Perubahan Perilaku Konsumsi Jajanan Sekolah Sebelum dan Sesudah Intervensi Edukatif

Pengukuran	Rerata $\pm$ SD	Nilai Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pre-Test	18,73 $\pm$ 1,83	-3,350	0,001
Post-Test	22,64 $\pm$ 2,10		

Uji Wilcoxon membuktikan adanya perubahan perilaku pemilihan jajanan sekolah yang signifikan dengan nilai $p = 0,001$ ($p < 0{,}05$).

d. Perilaku Mencuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

Perubahan perilaku mencuci tangan anak disajikan pada Tabel 8 dan Tabel 9.

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Perilaku Mencuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) dari Sesi Pre-Test hingga Post-Test Sesi 4

Kategori Perilaku	Pre-Test f (%)	Post Sesi 2 f (%)	Post Sesi 3 f (%)	Post Sesi 4 f (%)
Buruk	16 (72,7%)	11 (50,0%)	8 (36,4%)	4 (18,2%)
Baik	6 (27,3%)	11 (50,0%)	14 (63,6%)	18 (81,8%)
Total	22 (100,0%)	22 (100,0%)	22 (100,0%)	22 (100,0%)

Data *pre-test* menunjukkan bahwa 72,7% anak belum menerapkan cuci tangan yang benar. Setelah pembiasaan melalui demonstrasi dan praktik simulasi, sebanyak 81,8% (18 anak) telah mempraktikkan perilaku CTPS kategori baik pada *Post-Test* Sesi 4.



Gambar 3. Pendampingan simulasi dan unjuk kerja praktik Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) 6 langkah secara berkelompok pada fasilitas sanitasi *portable*.

Tabel 9. Hasil Uji Signifikansi Perubahan Praktik Mencuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) pada Anak Usia Sekolah

Pengukuran	Rerata $\pm$ SD	Nilai Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pre-Test	14,05 $\pm$ 2,27	-3,014	0,003
Post-Test	16,64 $\pm$ 1,81		

Nilai $Z = -3,014$ dengan $p = 0,003$ ($p < 0,05$) menegaskan bahwa program GEMBIRA secara signifikan meningkatkan praktik cuci tangan pakai sabun pada anak.

Temuan Kualitatif dan Observasi Lapangan

Secara kualitatif, hasil pengamatan tim pelaksana berbasis lembar observasi (*checklist*) unjuk kerja memperlihatkan pergeseran perilaku yang nyata selama proses intervensi:

- a. Inisiatif Mandiri CTPS: Pada Sesi 4, sebelum memasuki area Balai RW untuk kegiatan menggambar, seluruh anak secara spontan berbaris rapi di fasilitas cuci tangan *portable* dan mempraktikkan 6 langkah CTPS menggunakan sabun tanpa perlu diperintah oleh tim pelaksanaan.
- b. Keterampilan Praktik: Pada awal intervensi, mayoritas anak hanya membasahi telapak tangan dengan air mengalir tanpa sabun dan mengabaikan sela-sela jari serta punggung tangan. Pada akhir sesi, anak-anak mampu memperagakan langkah menggosok sela jari, mengunci jemari, memutar ibu jari, hingga membersihkan ujung kuku secara runtut.
- c. Respons Sikap Jajan Sehat: Saat pembagian kuis cerdas cermat pada Sesi 3, anak-anak mampu mengidentifikasi jajanan berbahaya (seperti makanan terbuka tanpa penutup yang dihindangi lalat dan makanan berwarna terlalu menyolok) serta menyatakan komitmen untuk membeli jajanan yang tertutup rapat.

Kendala dan Faktor Pendukung Pelaksanaan

- a. Faktor Pendukung: Dukungan penuh dari Ketua RW 08 dan kader Posyandu Dusun Krajan yang aktif mengimbau orang tua untuk mengantarkan anak tepat waktu. Selain itu, penggunaan media peraga langsung (*phantom* gigi, lagu CTPS, dan video animasi) sangat meningkatkan antusiasme dan fokus belajar anak.
- b. Kendala Faktual Lapangan: Ketersediaan fasilitas sanitasi permanen dan ketersediaan sabun di lingkungan rumah warga masih terbatas. Selain itu, penjual jajanan di sekitar pemukiman masih dominan menjual makanan terbuka. Hal ini menjadi tantangan lingkungan (*environmental barriers*) yang memerlukan keterlibatan pengawasan orang tua dan kebijakan pihak sekolah secara berkelanjutan untuk menjaga konsistensi perilaku sehat anak.

Pembahasan

Peningkatan pengetahuan diare, kebiasaan sikat gigi, pemilihan jajanan sehat, serta keterampilan CTPS yang signifikan membuktikan bahwa pembentukan kebiasaan (*habituation*) pada anak usia sekolah sangat efektif dilakukan melalui pendekatan interaktif berbasis komunitas. Pemberian materi yang tidak bersifat searah melainkan diselenggarakan secara berulang (Sesi 1 hingga Sesi 4) memberikan efek penguatan (*reinforcement*) berkesinambungan pada struktur kognitif anak.

Secara teoritis, peningkatan pemahaman diare dan PHBS ini mendukung prinsip perkembangan kognitif Piaget, di mana anak usia sekolah dasar berada pada tahap *operasional konkret*.⁽¹³⁾ Anak-anak menyerap konsep kesehatan secara optimal ketika materi disajikan melalui media visual yang menarik, video animasi, serta contoh tindakan langsung. Selain itu, peningkatan pengetahuan ini memperkuat kerangka teori Green dan Kreuter (PRECEDE-PROCEED Model), di mana pengetahuan bertindak sebagai faktor predisposisi (*predisposing factor*) utama yang mendasari terbentuknya niat sebelum terealisasi menjadi perubahan perilaku kesehatan yang permanen.⁽¹⁴⁾

Temuan dalam program GEMBIRA ini memperkuat hasil penelitian Syarifuddin (2023) yang menunjukkan bahwa edukasi kesehatan secara langsung pada siswa sekolah dasar secara signifikan meningkatkan pemahaman mengenai pencegahan diare.⁽¹⁵⁾

Demikian pula pada variabel kesehatan gigi, penggunaan alat peraga *phantom* dan demonstrasi mandiri selaras dengan hasil studi Nasrah & Mardelita (2024), yang mengemukakan bahwa edukasi berbasis praktik langsung meningkatkan pengetahuan dan keterampilan menyikat gigi anak secara presisi.(16) Namun, berbeda dengan penelitian Ridzal et al. (2024) yang umumnya berfokus pada edukasi satu arah di dalam kelas sekolah formal, program GEMBIRA di RW 08 Dusun Krajan dilaksanakan di lingkungan komunitas berbasis permainan kelompok dan pemberdayaan anak (*empowerment*). (17) Hasilnya menunjukkan bahwa pendekatan intervensi berbasis komunitas *sub-urban* mampu menghasilkan internalisasi perilaku yang lebih dinamis karena anak-anak langsung mempraktikkan kebiasaan sehat tersebut bersama teman sebaya di lingkungan tempat tinggal harian mereka.

Perubahan perilaku anak dalam memilih jajanan sehat dan mempraktikkan CTPS dapat dijelaskan secara komprehensif melalui *Health Belief Model* (HBM). Melalui tayangan video edukasi dan stimulasi kuis interaktif, program ini berhasil meningkatkan persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) dan persepsi keparahan (*perceived severity*) anak terhadap risiko penyakit diare akibat kuman dan makanan terkontaminasi. Setelah memahami manfaat (*perceived benefits*) dari tindakan kebersihan, anak-anak terdorong untuk mengambil keputusan yang lebih baik. Keberhasilan program ini juga didukung oleh pemanfaatan media edukatif yang tepat (video animasi, poster warna-warni, dan *phantom* gigi) serta adanya pemberian penguatan positif (*positive reinforcement*) berupa hadiah kecil saat sesi cerdas cermat. Lingkungan belajar yang menyenangkan (*fun learning*) terbukti meningkatkan retensi memori anak terhadap langkah-langkah PHBS.(18)

Hambatan utama yang dijumpai selama pelaksanaan kegiatan adalah rentang perhatian (*attention span*) anak-anak usia muda (6–8 tahun) yang relatif pendek, sehingga mereka sempat kehilangan fokus pada pertengahan sesi edukasi teoretis. Tim pelaksana mengatasi hambatan ini dengan menerapkan strategi selingan (*ice breaking*), mengubah penyampaian materi menjadi lagu-lagu edukatif (seperti lagu 6 langkah CTPS), serta melibatkan partisipasi fisik anak secara langsung melalui peragaan alat peraga. Kendala lingkungan berupa minimnya sarana tempat cuci tangan ber-sabun di fasilitas umum RW 08 disiasati oleh tim dengan menyediakan fasilitas sanitasi *portable* sederhana yang ditempatkan di Balai RW. Hal ini membuktikan bahwa keterbatasan infrastruktur perdesaan dapat diimbangi dengan solusi kreatif berbasis teknologi tepat guna.

Secara praktis, program GEMBIRA berhasil menstimulasi pembentukan "kader cilik PHBS" di wilayah RW 08 Dusun Krajan. Anak-anak yang telah terlatih tidak hanya mengalami peningkatan keterampilan pribadi dalam menyikat gigi dan mencuci tangan, tetapi juga menjadi agen perubahan (*agent of change*) yang mampu saling mengingatkan teman sebayanya saat jajan atau sebelum makan. Peningkatan keterampilan dasar ini menjadi modal awal yang sangat krusial dalam menekan angka kejadian penyakit infeksi saluran cerna di tingkat keluarga dan masyarakat perdesaan.

Pengabdian masyarakat ini memiliki keterbatasan pada jumlah sasaran yang relatif terbatas (N=22 anak) serta tidak adanya kelompok kontrol untuk membandingkan efektivitas murni intervensi secara eksperimental murni. Selain itu, evaluasi perubahan perilaku cuci tangan dan konsumsi jajanan baru diukur hingga Sesi 4 (jangka pendek), sehingga keberlanjutan (*sustainability*) perilaku tersebut dalam jangka panjang belum dapat dipantau secara menyeluruh. Oleh karena itu, direkomendasikan kepada pengurus RW 08, kader Posyandu Dusun Krajan, dan pihak Puskesmas Sukorambi untuk melakukan pendampingan

dan monitoring perilaku sehat anak secara berkala. Kegiatan pengabdian masyarakat selanjutnya disarankan untuk mengintegrasikan edukasi paralel kepada orang tua (khususnya ibu) dan pedagang jajanan lokal guna menciptakan lingkungan pendukung (*enabling environment*) yang kokoh bagi pembentukan perilaku hidup bersih dan sehat anak secara berkelanjutan.

Kesimpulan

Program GEMBIRA (Gerakan Membiasakan Bersih dan Rajin pada Anak) terbukti efektif sebagai model intervensi edukatif berbasis komunitas dalam meningkatkan kapasitas kesehatan anak usia sekolah di RW 08 Dusun Krajan, Desa Sukorambi. Intervensi bertahap ini secara signifikan berhasil meningkatkan domain pengetahuan anak mengenai pencegahan diare dan teknik menyikat gigi yang benar, yang berimplikasi langsung pada terbentuknya perubahan perilaku awal yang positif dalam memilih jajanan sehat serta mempraktikkan kebiasaan cuci tangan pakai sabun. Secara praktis, kegiatan ini memberikan manfaat nyata pada peningkatan literasi kesehatan keluarga melalui anak sebagai agen perubahan cilik di lingkungannya. Kegiatan ini sangat relevan dalam mendukung strategi promosi kesehatan dan pencegahan penyakit infeksi pada tingkat masyarakat sub-urban. Sebagai langkah tindak lanjut, direkomendasikan kepada kader kesehatan dan pengurus RW setempat untuk memfasilitasi sarana sanitasi sederhana di area publik serta melakukan pendampingan berkala. Edukasi masa depan juga disarankan untuk mengintegrasikan peran orang tua secara aktif guna memastikan keberlanjutan dan konsistensi perubahan perilaku hidup bersih dan sehat pada anak di lingkungan rumah tangga.

Daftar Pustaka

1. Zhu HY, Xu F, Zhao WZ, Wang HX, Wang HG. The global burden of childhood diarrhea and its epidemiological characteristics from 1990 to 2021. *Front Pediatr*. 2025 Aug 28;13:1656234. doi:10.3389/fped.2025.1656234 PubMed PMID: 40948508; PubMed Central PMCID: PMC12423085.
2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. *Survei Kesehatan Indonesia Tahun 2023*. Kementerian Kesehatan RI; 2023.
3. Anggraini NV, Anggraeni DT, Rosaline MD. Peningkatan Kesadaran PHBS Cuci Tangan dengan Benar pada Anak Usia Sekolah. *J Kreat Pengabd Kpd Masy PKM*. 2022 Apr 3;5(4):1172–9. doi:10.33024/jkpm.v5i4.5399
4. Budirman B, Sulasmi S, Janna M. Penyuluhan Pencegahan Penyakit Diare Melalui Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Serta Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) Pada Anak Sekolah Dasar Tahun 2024. *Media Implementasi Ris Kesehat*. 2025;6(2).
5. Lebert A, Vilarroya Ó. The links between experiential learning and 4E cognition. *Ann N Y Acad Sci*. 2024 Nov;1541(1):37–52. doi:10.1111/nyas.15238 PubMed PMID: 39383206; PubMed Central PMCID: PMC11580775.
6. Harahap IM, Ananda D, Amni R. Analisis Faktor Health Belief Model Terhadap Perilaku Pencegahan Covid-19 pada Anak Usia Sekolah. *JIWA INTER PLUS*. 2023 Sep 30;21(2):123–34. doi:10.35874/jkp.v21i2.1207
7. Aprillia, Angga PD, Mussadat S. Tingkat Pengetahuan dan Pola Konsumsi Jajanan Siswa Sekolah Dasar di Gugus I Kecamatan Plampang. *Pendas J Ilm Pendidik Dasar*. 2024 Jun 4;9(2):4017–34. doi:10.23969/jp.v9i2.14057
8. Biisnilla E, Aziz AR, Indriati G. Hubungan Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) Terhadap Kejadian Diare pada Anak Usia Sekolah di Wilayah Pesisir Pekanbaru. *Indones Res J Educ*. 2024 Dec 28;4(4):3775–81. doi:10.31004/irje.v5i1.1471
9. Utami IT, Rukyah N, Lestari NE. Hubungan Penerapan Perilaku Cuci Tangan dan Jajanan Sehat dengan Kejadian Diare pada Anak Usia Sekolah Dasar Kelas IV di SDN Kalibaru 03 Kota Depok

- Tahun 2022: The Relationship between Implementing Hand Washing Behavior and Healthy Snacks with the Incidence of Diarrhea in Grade IV Elementary School Age Children at SDN Kalibaru 03 Depok City in 2022. *J Public Health Educ.* 2024 Apr 21;3(3):76–81. doi:10.53801/jphe.v3i3.205
10. Maharwati NK, Dinatha NM. Strategi Kepala Sekolah dalam Menerapkan Pendidikan Kesehatan Melalui Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Pada Anak Usia Dini. *J Ilm Pendidik Citra Bakti.* 2023 Feb 9;10(1):57–69. doi:10.38048/jipcb.v10i1.1497
 11. Randika R, Balqis S, Hurrahma N, Yani M, Bella S. Manajemen Promosi Kesehatan Edukatif dalam Meningkatkan PHBS Anak Usia Dini. Vol. 03. 2025;03(03).
 12. Mukaromah M, Fatoni A, Devi Inovia A, Kamera Nursela H. Integrasi Nilai PHBS dalam Pembelajaran Anak Usia Dini: Studi di KB dan TK Mutiara Hati Kemiri, Jenangan, Ponorogo. *Toga J Kegur Dan Ilmu Pendidik.* 2026 Feb 19;2(3):80–6. doi:10.56211/toga.v2i3.1216
 13. Marinda L. Teori Perkembangan Kognitif Jean Piaget Dan Problematikanya Pada Anak Usia Sekolah Dasar. -Nisa' *J Gend Stud.* 2020 Apr 18;13(1):116–52. doi:10.35719/annisa.v13i1.26
 14. Binkley CJ, Johnson KW. Application of the PRECEDE-PROCEED Planning Model in Designing an Oral Health Strategy. *J Theory Pract Dent Public Health.* 2013;1(3):14–25. PubMed PMID: 25328904; PubMed Central PMCID: PMC4199385.
 15. Syarifuddin S. The Effect of Health Education on Increasing Knowledge About Diarrhea Disease in Elementary School Students. *J Info Sains Inform Dan Sains.* 2023 Sep 30;13(02):628–32.
 16. Nasrah N, Mardelita S. Efektivitas Penyuluhan Kesehatan Gigi dan Mulut dengan Metode Demonstrasi dan Simulasi terhadap Keterampilan Menyikat Gigi pada Siswa Sekolah Dasar. *Glob J Ilm Multidisiplin.* 2024 Jul 26;1(3):73–9. doi:10.37985/global.v1i3.36
 17. Ridzal DA, Fajrianti F, Haswan H, Rosnawati V. Edukasi Makanan dan Jajanan Sehat Serta Bergizi Pada Anak Sekolah Dasar. *Lamahu J Pengabdi Masy Terintegrasi.* 2024 Aug 5;3(2):87–92. doi:10.37905/ljpmt.v3i2.26477
 18. Widyanto A, Gunawan AT. Edukasi Jajanan Sehat dan Cuci Tangan Pakai Sabun pada Anak Prasekolah “RA Muslimat NU Diponegoro” Desa Bantarwuni. Vol. 4. 2025;4(1).