

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dikemukakan teori dan konsep yang berkaitan dengan masalah penelitian, meliputi: (1) Konsep Pendidikan Kesehatan (2) Konsep Media Pendidikan Kesehatan (3) Stiker Bergambar (4) Konsep Cuci Tangan (5) Konsep Perilaku (6) Konsep Anak Usia Sekolah (7) Teori Tunagrahita

2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.1.1 Konsep Dasar Pendidikan Kesehatan

Menurut Fitriani (2011) Pendidikan Kesehatan sebagai bagian atau cabang ilmu dari kesehatan mempunyai dua sisi yakni sisi ilmu dan seni. Dari sisi seni, yakni praktisi atau aplikasi pendidikan kesehatan adalah merupakan penunjang dari program-program kesehatan lain. Artinya, setiap program kesehatan misalnya, pemberantasan penyakit, perbaikan gizi masyarakat, sanitasi lingkungan, kesehatan ibu dan anak, program pelayanan kesehatan, dan sebagainya, perlu ditunjang atau dibantu oleh pendidikan kesehatan. Hal ini esensial karena masing-masing program tersebut mempunyai aspek perilaku masyarakat yang perlu dikondisikan dengan pendidikan kesehatan.

Konsep dasar pendidikan kesehatan adalah suatu proses belajar yang berarti di dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik, lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat.

Sesuatu dapat dikatakan belajar apabila di dalam dirinya terjadi perubahan dari tidak tahu menjadi tahu atau dari tidak bisa mengerjakan sesuatu menjadi mampu mengerjakan sesuatu.

Kegiatan belajar atau pendidikan ini mempunyai 3 ciri yaitu:

1. Belajar adalah kegiatan yang mampu menghasilkan perubahan pada diri individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar baik itu secara aktual atau potensial.
2. Perubahan didapatkan karena kemampuan baru yang berlaku dalam relatif waktu yang lama.
3. Perubahan yang terjadi karena usaha dan disadari bukan suatu kebetulan.

Bertitik tolak dari konsep pendidikan tersebut, maka konsep pendidikan kesehatan itu juga proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu. Serta dari tidak mampu menangani masalah kesehatan menjadi mampu menangani masalah kesehatan.

2.1.2 Batasan Pendidikan Kesehatan

Fitriani (2011) mengatakan bahwa beberapa ahli kesehatan telah membuat batasan pendidikan kesehatan antara lain:

1. Wood: 1926

“Pendidikan kesehatan adalah pengalaman-pengalaman yang bermanfaat dalam mempengaruhi kebiasaan, sikap, dan pengetahuan seseorang atau masyarakat”

2. Nyswander: 1947

“Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, bukan proses pemindahan materi (pesan) dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur”

3. Steuart: 1968

“Pendidikan kesehatan adalah merupakan komponen program kesehatan (kedokteran) yang isinya perencanaan untuk perubahan perilaku perilaku

individu, kelompok dan masyarakat sehubungan dengan pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, dan pemulihan kesehatan”

4. *Joint Commission In Health Education, USA: 1973*

“Pendidikan kesehatan adalah kegiatan-kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan orang dan membuat keputusan yang tepat sehubungan dengan pemeliharaan kesehatan”.

Dari batasan-batasan tersebut dapat diambil suatu kesimpulan umum bahwa pendidikan adalah “ suatu upaya atau kegiatan untuk mempengaruhi orang agar ia atau mereka berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Pendidikan kesehatan juga suatu kegiatan untuk menjadikan kondisi sedemikian rupa sehingga orang mampu untuk berperilaku hidup sehat”.

Dapat dikatakan pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk rekayasa perilaku (*behaviour engineering*) untuk hidup sehat.

Pendidikan merupakan upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan, yaitu:

1. Input: sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan).
2. Proses: upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain.
3. Output: melakukan apa yang diharapkan atau perilaku

Luaran (output) yang diharapkan dari suatu pendidikan kesehatan disini adalah perilaku kesehatan atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan atau dapat dikatakan perilaku yang kondusif.

Perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif ke perilaku yang kondusif ini mengandung berbagai dimensi, antara lain:

1. Perubahan perilaku
2. Pembinaan perilaku
3. Pengembangan perilaku

Dalam rangka pembinaan dan peningkatan perilaku kesehatan masyarakat, nampaknya pendekatan edukasi (pendidikan kesehatan) lebih tepat dibandingkan dengan pendekatan koersi. Dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Dengan perkataan lain pendidikan kesehatan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Agar intervensi atau upaya tersebut selektif maka sebelum dilakukan intervensi perlu dilakukan diagnosis atau analisis terhadap masalah perilaku tersebut.

2.1.3 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Fitriani (2011) menyatakan bahwa tujuan pendidikan kesehatan dibagi menjadi 2 bagian yaitu:

1. Berdasarkan WHO tahun 1954 tujuan pendidikan kesehatan untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku yang tidak sehat atau belum sehat menjadi perilaku sehat.

Definisi sehat menurut Undang-Undang Kesehatan no. 23 tahun 1992 yaitu suatu keadaan sejahtera dari badan, jiwa, sosial seseorang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

2. Mengubah perilaku yang kaitannya dengan budaya

Sikap dan perilaku merupakan bagian dari budaya. Kebudayaan adalah kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma.

Kuntjoriningrat (1974) menyatakan bahwa ahli sosial mengartikan konsep kebudayaan dalam arti yang amat luas yaitu seluruh dari total pemikiran, karya, dan hasil karya manusia yang tidak berakar pada naluri dan yang terjadi melalui proses belajar.

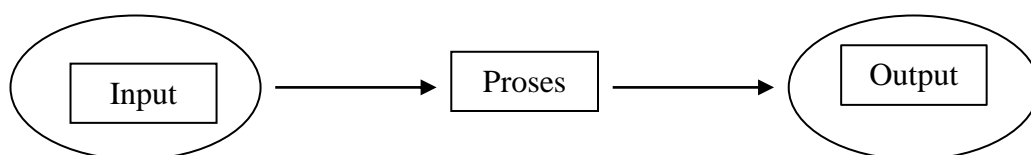
Meskipun secara garis besar tujuan dari pendidikan kesehatan itu adalah mengubah perilaku yang belum sehat menjadi perilaku yang sehat, namun perilaku tersebut cakupannya amat luas.

Azwar (1983) dalam membagi 3 perilaku kesehatan sebagai tujuan pendidikan kesehatan menjadi 3 macam yaitu:

- a. Perilaku yang menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat.
- b. Secara mandiri mampu menciptakan perilaku sehat bagi dirinya sendiri maupun menciptakan perilaku sehat di dalam kelompok.
- c. Mendorong berkembangnya dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat.

2.1.4 Proses Pendidikan Kesehatan

Menurut Fitriani (2011) prinsip pokok dalam pendidikan kesehatan adalah proses belajar.



Gambar 2.1 Proses Belajar

Dalam proses belajar ini terdapat 3 persoalan pokok yaitu:

1. Persoalan masukan (input)

Menyangkut pada sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok serta masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya.

2. Persoalan proses

Mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut.

Dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor antara lain subjek belajar, pengajar (pendidik dan fasilitator) metode, teknik belajar, alat bantu belajar serta materi atau bahan yang dipelajari.

3. Persoalan keluaran (Output)

Merupakan hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar.

2.2 Konsep Media Pendidikan Kesehatan

2.2.1 Pengertian

Kata media berasal dari bahasa latin *medius* yang secara harfiah berarti “tengah”, “perantara”, atau “pengantar”. Dalam bahasa arab, media adalah perantara atau pengantar pesan dari pengirim kepada penerima pesan. Pengertian media dalam proses belajar mengajar cenderung diartikan sebagai alat-alat grafis, *photografis*, atau elektronik untuk menangkap, memproses, dan menyusun kembali informasi visual atau verbal (Arsyad, 2009).

AECT (*Association of Education and Communication Technology*, 1977) dalam Arsyad (2009) memberi batasan tentang media sebagai segala bentuk dan saluran yang digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi.

Menurut Sadiman, dkk (2003) dalam Suiroka & Supriasa (2012), media adalah perantara atau pengantar pesan dari pengirim ke penerima pesan.

Sedangkan menurut Brigs (1970) dalam Suiroka & Supriasa (2012), media adalah segala alat fisik yang dapat menyajikan pesan serta merangsang siswa untuk belajar. Jadi media dilihat sebagai alat fisik dengan wujud tertentu yang digunakan untuk menyajikan suatu pesan, sehingga dalam proses pembelajaran mampu meningkatkan perhatian siswa dalam proses belajar mengajar.

2.2.2 Media Pendidikan Kesehatan

Yang dimaksud dengan media pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah alat bantu pendidikan. Disebut media pendidikan karena alat-alat tersebut merupakan alat saluran (*channel*) untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien (Fitriani, 2011).

Media merupakan sarana yang digunakan untuk menyampaikan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator. Media yang biasa digunakan adalah poster, *leaflet*, brosur, stiker, dan lembar balik (Mubarak, 2012).

Selain itu, dalam panduan praktis edukasi kesehatan oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan) dijelaskan bahwa model dan desain media promosi kesehatan meliputi *leaflet*/ brosur, banner, poster dan stiker, *flipchart*, *filler* dalam bentuk CD/ DVD, materi iklan radio dan televisi yang memikat dan

seragam serta pembuatan buku saku/ *booklet* tentang perawatan dan pencegahan penyakit secara umum.

2.2.3 Landasan Teoritis Penggunaan Media Pendidikan Kesehatan

1. Kerucut pengalaman Edgar Dale

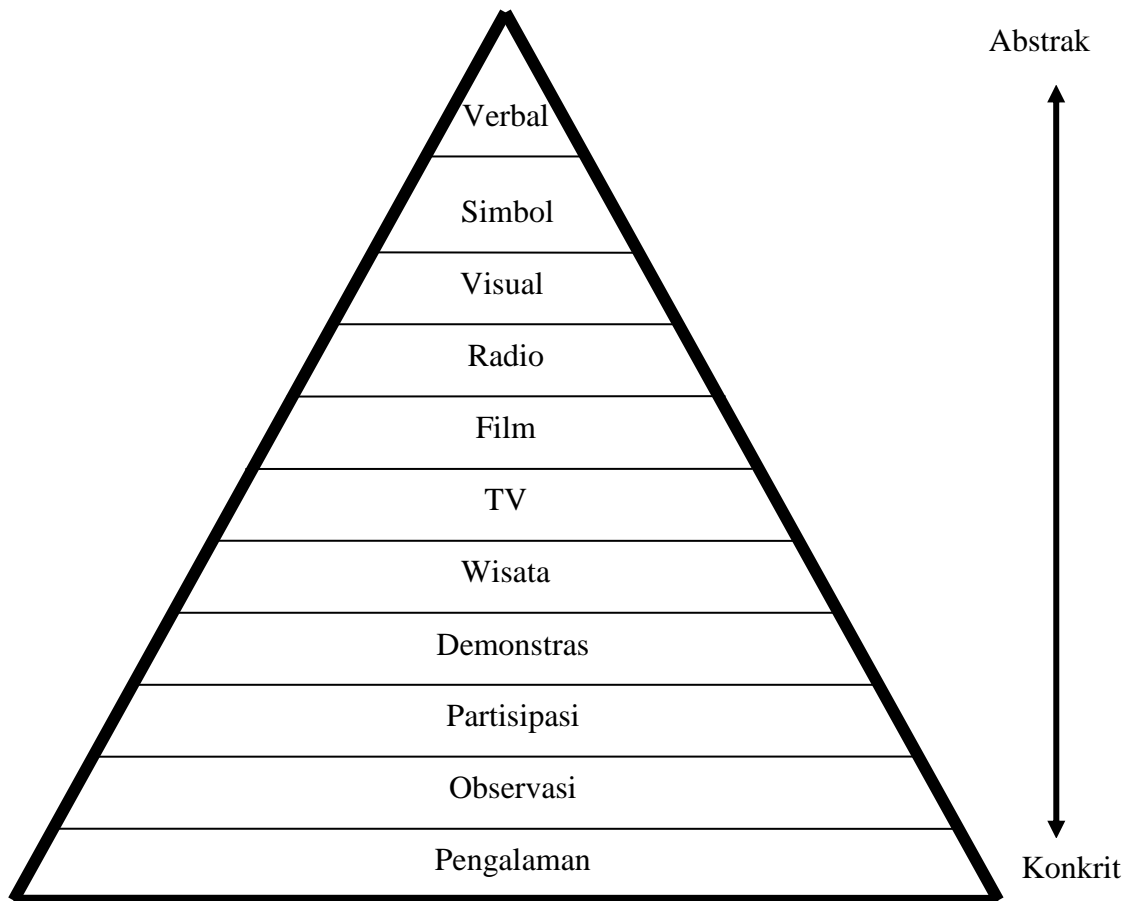
Perubahan perilaku yang berupa pengetahuan, sikap, dan keterampilan terjadi karena adanya interaksi antara pengalaman baru dengan pengalaman yang telah diperoleh sebelumnya. Proses pendidikan dengan melibatkan lebih banyak indera akan lebih mudah diterima dan diingat oleh para sasaran pendidikan.

Salah satu gambaran yang paling banyak dijadikan acuan sebagai landasan teori penggunaan media dalam pendidikan adalah *Dale's one of Experience* (Kerucut pengalaman Dale, 1969) seperti pada gambar 2.2. kerucut tersebut menunjukkan bahwa hasil belajar seseorang diperoleh dari pengalaman langsung (konkret), kenyataan yang ada di lingkungan kehidupan seseorang, kemudian melalui benda tiruan, sampai kepada lambang verbal (abstrak). Dalam tahapan dari dasar kemudian semakin keatas kerucut, semakin abstrak penyampaian pesan tersebut.

Namun perlu diingat bahwa tahap urutan kerucut pengalaman ini tidak berarti bahwa proses belajar harus mengikuti urutan-urutan media ini. Melainkan disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan kelompok sasaran serta mempertimbangkan situasi belajar.

Dasar pengembangan kerucut ini bukanlah tingkat kesulitannya namun tingkat keabstrakan. Jumlah dan jenis indera yang berperan dalam penerimaan pesan. Pengalaman langsung akan memberikan kesan paling

utuh dan paling bermakna mengenai informasi dan gagasan yang terkandung dalam pengalaman tersebut, karena lebih banyak melibatkan indera, baik penglihatan, pendengaran, perasaan, penciuman, dan perabaan. Belajar melalui pengalaman inilah yang dikenal dengan *learning by doing*.



Gambar 2.2 Kerucut Pengalaman Edgar Dale, 1969

2. Proses belajar-mengajar sebagai proses komunikasi

Pada hakikatnya proses pendidikan merupakan proses komunikasi. Dalam hal ini terjadi suatu proses penyampaian pesan dari sumber pesan melalui saluran/ media tertentu kepada penerima pesan. Hal ini merujuk pada sebuah model komunikasi yang dikenal cukup luas yaitu model komunikasi oleh David K. Berlo yang dikemukakan tahun 1960. Model ini

dikenal dengan model SCMR, yang merupakan singkatan dari *Source*, *Message*, *Channel*, dan *Receiver*. Dari model ini diketahui bahwa komponen-komponen dalam proses komunikasi meliputi: sumber pesan, pesan saluran/media, dan penerima pesan.

Pesan yang dalam hal ini dapat dilihat sebagai materi-materi/informasi kesehatan akan dituangkan oleh sumber pesan dalam hal ini tenaga kesehatan ke dalam simbol-simbol komunikasi baik verbal maupun nonverbal visual. Proses penuangan pesan ke dalam simbol-simbol komunikasi ini disebut *encoding*. Selanjutnya penerima pesan (sasaran pendidikan kesehatan/masyarakat) menafsirkan simbol-simbol komunikasi tersebut sehingga diperoleh pesan. Proses penafsiran simbol-simbol komunikasi yang mengandung pesan-pesan tersebut disebut *decoding*. Proses penafsiran tersebut dapat berhasil atau tidak. Penafsiran yang gagal atau kurang berhasil berarti kegagalan atau ketidakberhasilan dalam memahami apa yang didengar, dibaca atau dilihat/diamati.

Dalam proses komunikasi tidak semuanya berjalan lancar. Sadiman, dkk (2003) mengemukakan ada beberapa faktor yang dapat menjadi penghambat atau penghalang proses komunikasi. Penghambat atau penghalang ini dikenal dengan istilah *barriers* atau *noises*. Hambatan komunikasi dapat berasal dari dalam diri yang dapat berupa hambatan psikologis (misalnya minat, sikap, pendapat, kepercayaan, intelegensi, pengetahuan) dan hambatan fisik (misalnya kelelahan, sakit, keterbatasan daya indera dan cacat tubuh). Serta hambatan dari luar diri yaitu hambatan cultural (misalnya perbedaan adat-istiadat, norma-norma sosial, kepercayaan,

dan nilai-nilai panutan) dan hambatan lingkungan (hambatan yang ditimbulkan akibat situasi dan kondisi keadaan sekitar, misalnya kelas yang bising, panas, dan lain-lain).

Adanya berbagai hambatan tersebut baik dari sumber pesan dan penerima pesan pada saat meng-*encode* maupun men-*decodenya* proses komunikasi dalam hal ini pendidikan kesehatan seringkali berlangsung secara tidak efektif dan efisien (Suiraoaka & Supariasa, 2012).

Berbicara tentang komunikasi, ada yang disebut dengan komunikasi intrapersonal. Komunikasi intrapersonal ialah suatu bentuk komunikasi yang terjadi dalam diri orang itu sendiri. Orang tersebut, baik sebagai komunikator maupun sebagai komunikan mampu berperan dengan baik, orang tersebut berbicara pada diri orang itu sendiri, dan dijawab oleh diri orang itu sendiri (Mazdalifah, 2004).

Jalaluddin Rahmat dalam buku psikologi komunikasi (1986), menyebut proses komunikasi intrapersonal dalam satu bab khusus, yaitu sistem komunikasi intrapersonal. Proses pengolahan informasi intrapersonal ini meliputi sensasi, persepsi, memori dan berpikir. Sensasi adalah proses menangkap stimulasi yang berasal dari dalam diri manusia (*internal stimulator*) dan dari luar diri manusia (*external stimulation*). Kemudian sensasi tadi diolah menjadi persepsi, yaitu memberi makna pada sensasi sehingga manusia memperoleh pengetahuan baru. Disini persepsi mengubah sensasi menjadi informasi. Pada tahapan selanjutnya persepsi akan diolah menjadi memori, yaitu proses menyimpan informasi, dan menyimpannya kembali. Pada tahap akhir memori akan dilanjutkan dengan tahap berpikir,

yaitu tahap mengolah dan memanipulasikan informasi untuk memenuhi kebutuhan atau memberi respon (Mazdalifah, 2004).

2.3 Stiker Bergambar

Stiker adalah bentuk lain dari media promosi. Stiker memiliki peluang cukup besar sebagai media promosi, apalagi jika dalam bentuk desainnya memiliki keunikan-keunikan tersendiri, dan seminimal mungkin simbol-simbol dari sebuah promosi diminimalkan (Anonim, 2004).

Bentuk stiker tidak harus dalam bentuk kotak, bulat, atau bentuk-bentuk kaku lainnya. Stiker dapat berbentuk desainnya itu sendiri namun untuk hal seperti ini membutuhkan dana tambahan dalam memotong sesuai dengan bentuk desain selain kertas stiker yang transparan (Anonim, 2004).

Stiker kerap kali digunakan sebagai salah satu dari sekian banyak media komunikasi. Pesan yang ditampilkan pun sangat beragam, mulai dari nama produk, organisasi, sampai dengan kalimat himbauan, ajakan, petunjuk-petunjuk tertentu, dan bahkan ada yang menyertakan gambar-gambar tertentu. Kendati begitu beragam bentuk dan pesan yang muncul setidaknya sebagai media komunikasi stiker mempunyai fungsi atau manfaat:

1. Mengkomunikasikan citra suatu organisasi
2. Mengkomunikasikan pesan-pesan tertentu seperti: ajakan, himbauan, perintah, penolakan, petunjuk-petunjuk, atau semboyan, yel, jargon
3. Mengkomunikasikan foto atau image tertentu (Junaedi, 2008).

2.3.1 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keefektifan Stiker

Seberapa efektif sebuah stiker mendukung tujuan (pembuatan stiker) sangat bergantung pada beberapa hal:

1. Penampilan Stiker harus menarik mata (*ey-catching*)
2. Ukuran stiker harus optimum
3. Kualitas cetakan harus baik, tidak menyilaukan, dan tidak gampang sobek.
4. Awet & Terjangkau
5. Pembuat stiker harus mengenal betul sasaran pembaca (khalayak sasaran).
Sebab, hanya dengan mengenal secara baik siapa yang menjadi sasaran sajalah, stiker bisa efektif
6. Bahasa *To the point*
7. Mudah. Artinya, sesuaikan dengan tingkat intelektualitas dan wawasan khalayak sasaran kita (Junaedi, 2008).

2.3.2 Kelebihan dan Kekurangan Stiker

Kelebihan Stiker:

1. Mudah ditempelkan,
2. Lebih praktis, dalam artian penempatan dimana saja lebih mudah, dan tidak membutuhkan sesuatu untuk menempelkannya.
3. Hasil cetakan lebih murah dan terjangkau.
4. Pengerjaannya relatif simpel dan mudah.
5. Tidak butuh waktu lama untuk membuatnya.
6. Kalau bosan tinggal dicopot.
7. Perawatannya ringan dan sederhana.
8. Karena murah, kalau rusak tidak bikin jengkel (Ending, 2013).
9. Mudah digunakan
10. Disukai karena desain
11. Dapat diingat (Purwantin, 2009)

Kekurangan Stiker

1. Pesan yang disampaikan terbatas (Purwanti, 2009).
2. Mengecap jika ditempel, dan kadang-kadang juga menggerus cat tembok.
3. Mudah tergores dan sobek.
4. Harus berfikir 2x dalam penempatannya agar tidak tergores maupun dalam penempatannya (Ending, 2013).

2.4 Konsep Cuci Tangan

2.4.1 Pengertian

Mencuci tangan merupakan teknik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengontrolan penularan infeksi (Potter, 2005). Mencuci tangan dengan sabun adalah salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan tangan dan jari jemari menggunakan air dan sabun oleh manusia untuk menjadi bersih dan memutuskan mata rantai kuman (Kemenkes, 2014).

Mencuci tangan dengan sabun dikenal juga sebagai salah satu upaya pencegahan penyakit (Kemenkes, 2014). Hal ini dilakukan karena tangan seringkali menjadi agen yang membawa kuman dan menyebabkan patogen berpindah dari satu orang ke orang lain, baik dengan kontak langsung ataupun kontak tidak langsung (menggunakan permukaan-permukaan lain seperti handuk, gelas) (Kemenkes, 2014). Karena menurut Djauzi (2008) dalam Susilaningsih & Hadiatama (2013) kuman bisa berada dimanapun, maka salah satu cara untuk menghilangkan kuman dan untuk menghindari penularan penyakit ialah dengan mencuci tangan. Mencuci tangan dengan sabun adalah salah satu cara paling efektif untuk mencegah penyakit diare dan ISPA, yang keduanya menjadi penyebab utama kematian anak-anak (Kemenkes, 2014).

2.4.2 Tujuan

Menurut Kozier & Erb's (2009) dalam Zakarya (2013) tujuan mencuci tangan adalah untuk menghilangkan mikroorganisme sementara yang mungkin ditularkan ke orang lain dan mencuci tangan merupakan tindakan yang paling efektif untuk mencegah dan mengendalikan adanya infeksi nosokomial. Mencuci tangan bertujuan membuang kotoran dan organisme yang menempel dari tangan dan untuk mengurangi jumlah mikroba total pada saat itu (Potter, 2005). Mencuci tangan dengan sabun selain dapat mencegah diare dan ISPA, juga dapat mencegah infeksi kulit, mata, cacing yang tinggal di dalam usus, SARS, dan flu burung (Kemenkes, 2014).

2.4.3 Macam-macam

Menurut Potter (2005) dalam Zakarya (2013) kegiatan mencuci tangan dibagi menjadi tiga yaitu: cuci tangan bersih, cuci tangan aseptik, dan cuci tangan steril.

a. Cuci Tangan Bersih

Potter (2005) dalam Zakarya (2013) menyatakan bahwa mencuci tangan bersih adalah membersihkan tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir atau yang disiramkan. Waktu yang penting cuci tangan bersih dengan sabun adalah sebelum makan dan sesudah makan, setelah dari toilet (setelah buang air kecil dan buang air besar), sebelum mengobati luka, sebelum melakukan kegiatan apapun yang memasukkan jari-jari ke dalam mulut dan mata, setelah bermain dan olahraga, setelah mengusap hidung atau bersin ditangan, setelah buang sampah, setelah menyentuh hewan/unggas termasuk hewan peliharaan.

WHO (2009) mengeluarkan regulasi tentang peraturan mencuci tangan baik pada kalangan medis maupun kalangan umum (perseorangan). Prosedur dalam melakukan kegiatan mencuci tangan bersih juga telah diatur jelas. Prosedur cuci tangan bersih dengan sabun adalah sebagai berikut: Basahi kedua tangan dengan air mengalir, gunakan sabun cair/batangan pada seluruh permukaan tangan, gosok kedua telapak tangan hingga timbul busa pada seluruh permukaan tangan, telapak tangan kanan di atas punggung kiri dengan jari menyilang dan sebaliknya, gosok telapak tangan kanan dan kiri dengan jari menyilang, dengan jari saling bertautan, putar/gosok kedua telapak tangan, gosok jempol kiri dengan arah memutar (rotasi) dengan tangan kanan menggenggam jempol tangan kiri dan sebaliknya, gosok dengan arah memutar, jari-jari tangan kanan menggenggam di telapak tangan kiri dan sebaliknya, bilas dengan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan handuk/tissue sekali pakai, dan tutup kran air.

b. Cuci Tangan Aseptik

Menurut Kozier, et al, (2009) Zakarya (2013) mencuci tangan aseptik adalah mencuci tangan yang dilakukan sebelum tindakan aseptik pada pasien dengan menggunakan larutan antiseptik. Mencuci tangan dengan larutan antiseptik, khususnya bagi petugas yang berhubungan dengan pasien yang mempunyai penyakit menular atau sebelum melakukan tindakan bedah aseptik dengan antiseptik dan sikat steril. Prosedur mencuci tangan aseptik sama dengan persiapan dan prosedur pada cuci tangan higienis atau cuci tangan bersih, hanya saja bahan deterjen atau sabun diganti dengan antiseptik dan setelah mencuci tangan tidak boleh menyentuh bahan yang tidak steril.

c. Cuci Tangan Steril

Menurut Kozier, et al, (2009) Zakarya (2013) teknik mencuci tangan steril adalah mencuci tangan secara steril, khususnya bila akan membantu tindakan pembedahan atau operasi. Peralatan yang dibutuhkan untuk mencuci tangan steril adalah menyediakan bak cuci tangan dengan pedal kaki atau pengontrol lutut, sabun antimikrobia (tidak iritatif, spektrum luas, kerja cepat), sikat scrub bedah dengan pembersih kuku dari plastik, masker kertas dan topi atau penutup kepala, handuk steril, pakaian di ruang scrub dan pelindung mata, penutup sepatu.

Prosedur mencuci tangan steril berbeda dengan mencuci tangan bersih dan aseptik. Perbedaannya terletak pada frekuensi cuci tangan dan peralatan sikat untuk menggosok kuku. Mencuci tangan steril dilakukan sebanyak dua kali cuci tangan baru kemudian dikeringkan oleh handuk sekali pakai.

2.4.4 Teknik Cuci tangan Bersih



adapted from. WHO
world health organization | oct 06 v 1

webSehat ziz!

www.websehat.net

Gambar 2.3 Langkah Cuci Tangan (Sumber: Google.co.id)

2.4.5 Lima Waktu Penting Cuci Tangan Pakai Sabun



Gambar 2.4 Lima Waktu Penting Cuci Tangan Pakai Sabun (Sumber: Google.co.id)

2.5 Konsep Perilaku

2.5.1 Batasan Perilaku

Menurut Suryani (2003) dalam Fitriani (2011) perilaku adalah aksi dari individu terhadap reaksi dari hubungannya.

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku manusia pada hakikatnya tindakan manusia itu sendiri yang bentangannya sangat luas dari mulai berjalan, bicara, menangis, tertawa, bekerja, dan sebagainya.

Seorang ahli psikologi Skinner (1938) merumuskan bahwa perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

Skinner juga mengungkapkan teori SOR (Stimulus- Organisme- Respon) dimana stimulus terhadap organisme kemudian organisme merespon.

Skinner membedakan 2 respon yaitu:

1. Respondent *respons* atau *reflexif*

Adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan tertentu. Atau disebut dengan *eliciting stimulation* atau stimulasi yang menimbulkan respon tetap seperti: makanan lezat merangsang makan, cahaya terang menyebabkan mata tertutup, menarik bila jari terkena api, juga cakupan emosional seperti menangis bila sedih, luapan kegembiraan bila bahagia.

2. *Operant respons* atau *instrumental respons*

Respon yang timbul dan berkembang oleh stimulus tertentu. Perangsang ini disebut dengan *reinforce* artinya penguat. Seperti karyawan yang telah bekerja dengan baik diberikan *reward* (penghargaan) atau hadiah dengan harapan bisa lebih meningkatkan kinerjanya lagi.

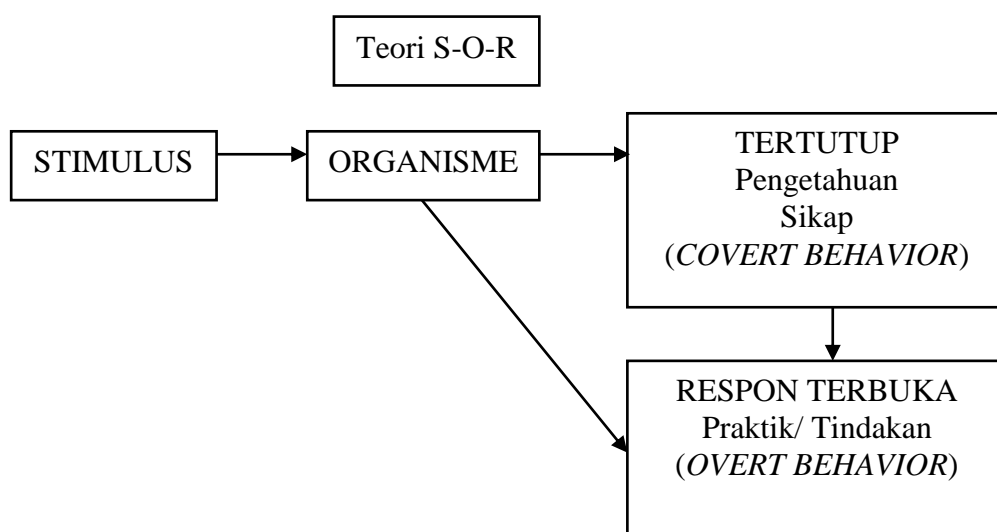
Apabila kita melihat dari uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa perilaku dibedakan menjadi 2 yaitu:

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 Behaviour

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



Gambar 2.5 Teori S-O-R Skinner (1938) (Notoatmodjo, 2014)

2.5.2 Domain Perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Determinan perilaku ini dapat dibagi menjadi dua, yakni:

Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.

Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu ke dalam 3 (tiga) domain ranah atau kawasan yakni:

1. Kognitif (*cognitif*)
2. Afektif (*affectif*)
3. Psikomotor (*psychomotor*)

Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan yakni:

1. Pengetahuan (*knowledge*)

- a. Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*).

- b. Proses adopsi perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan

bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni

1. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial*, orang telah mencoba perilaku baru.
5. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

c. Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu keseluruhan yang baru. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

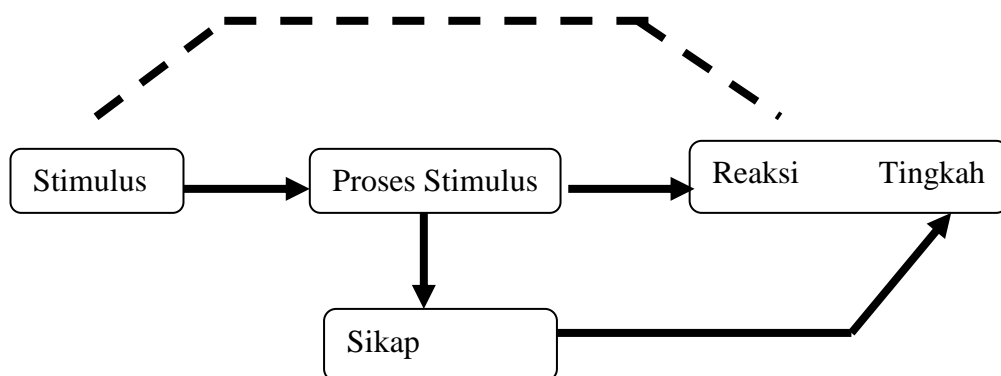
Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden, kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek.

Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial, menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

Diagram di bawah ini dapat lebih menjelaskan uraian tersebut.



Gambar 2.6 Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi

a. Komponen pokok sikap

Dalam bagian lain Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok.

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.

2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak

Ketiga komponen ini bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

b. Berbagai tingkatan sikap

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

1. Menerima (*receiving*)
2. Merespon (*responding*)
3. Menghargai (*valuing*)
4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Menurut Azwar (2011), sikap dapat pula bersifat positif dan dapat pula bersifat negatif.

- a. Sikap positif, kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan objek tertentu
- b. Sikap negatif, terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu

3. Praktek atau tindakan

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*) untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas.

Praktek ini mempunyai beberapa tingkatan.

- a. Persepsi (*perception*)

- b. Respon terpimpin (*guided response*)
- c. Mekanisme (*mecanism*)
- d. Adopsi (*adoption*) (Fitriani, 2011).

2.5.3 Teori-Teori Perubahan Perilaku

Banyak teori tentang perubahan perilaku ini, antara lain akan diuraikan dibawah ini.

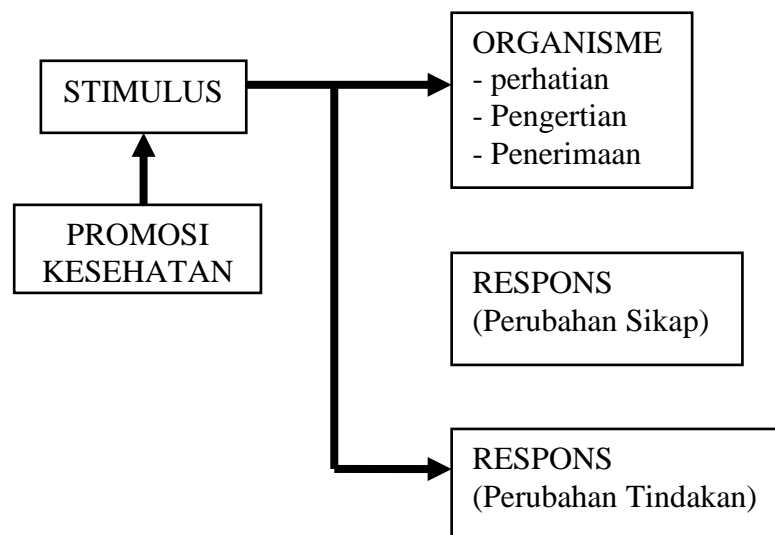
1. Teori Stimulus Organisme (SOR)

Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya, kualitas dari sumber komunikasi (*sources*) misalnya kredibilitas kepemimpinan, dan gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok, atau masyarakat.

Hosland, *et al.* (1953) mengatakan bahwa perubahan pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- a) Stimulus (rangsang) yang diberikan kepada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus tersebut tidak diterima atau ditolak berarti stimulus itu tidak efektif dalam mempengaruhi perhatian individu, dan berhenti disini. Tetapi bila stimulus diterima oleh organisme berarti ada perhatian dari individu dan stimulus tersebut efektif.
- b) Apabila stimulus telah mendapat perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya.
- c) Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesiediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap).

- d) Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).



Gambar 2.7 Proses perubahan perilaku berdasarkan teori SOR

Selanjutnya teori ini mengatakan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus (rangsang) yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan harus dapat meyakinkan organisme. Dalam meyakinkan organisme faktor *reinforcement* memegang peranan penting.

2. Teori Festinger (*Dissonance Theory*)

Teori disonansi (*cognitive dissonance theory*) diajukan oleh Festinger (1957) telah banyak pengaruhnya dalam psikologi sosial. Teori ini sebenarnya sama dengan konsep *imbalance* (tidak seimbang). Hal ini berarti bahwa keadaan *cognitive dissonance* merupakan ketidakseimbangan psikologis yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. Apabila terjadi keseimbangan dalam diri individu, maka berarti sudah

terjadi ketegangan diri lagi, dan keadaan ini disebut *consonance* (keseimbangan).

Dissonance (ketidakseimbangan) terjadi karena dalam diri individu terdapat dua elemen kognisi yang paling bertentangan. Yang dimaksud elemen kognisi adalah pengetahuan, pendapat atau keyakinan. Apabila individu menghadapi suatu stimulus atau objek, dan stimulus tersebut menimbulkan pendapat atau keyakinan yang berbeda/ bertentangan di dalam diri individu itu sendiri, maka terjadilah *dissonance*. Sherwood dan Borrou merumuskan “*dissonance*” itu sebagai berikut.

$$\text{Dissonance} = \frac{\text{Pentingnya stimulasi} \times \text{jumlah kognitif dissonance}}{\text{Pentingnya stimulasi} \times \text{jumlah kognitif consonance}}$$

Rumus ini menjelaskan bahwa ketidakseimbangan dalam diri seseorang yang akan menyebabkan perubahan perilaku dikarenakan adanya perbedaan jumlah elemen kognitif yang seimbang dengan jumlah elemen kognitif yang tidak seimbang dan sama-sama pentingnya. Hal ini menimbulkan konflik pada diri individu tersebut.

Titik berat dari penyelesaian konflik adalah penyesuaian diri secara kognitif dengan penyesuaian diri ini maka akan terjadi keseimbangan kembali. Keberhasilan yang ditunjukkan dengan tercapainya keseimbangan kembali menunjukkan adanya perubahan sikap, dan akhirnya akan terjadi perubahan perilaku.

3. Teori Fungsi

Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu tergantung pada kebutuhan. Hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat

mengakibatkan perubahan perilaku seseorang adalah stimulus yang dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut. Menurut Katz (1960) perilaku dilatarbelakangi oleh kebutuhan individu yang bersangkutan. Katz berasumsi bahwa:

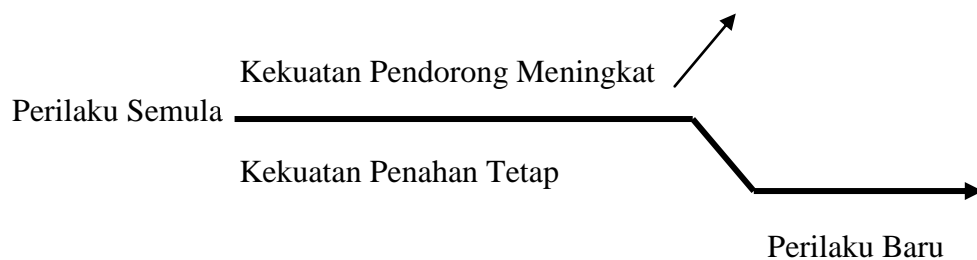
- a) Perilaku memiliki fungsi instrumental, artinya dapat berfungsi dan memberikan pelayanan terhadap kebutuhan. Seseorang dapat bertindak (berperilaku) positif terhadap objek demi pemenuhan kebutuhannya. Sebaliknya bila objek tidak dapat memnuhi kebutuhannya maka ia akan berperilaku negatif.
- b) Perilaku berfungsi sebagai “*defence mechanism*” atau sebagai pertahanan diri dalam menghadapi lingkungannya. Artinya, dengan perilakunya, dengan tindakan-tindakannya, manusia dapat melindungi ancaman-ancaman yang datang dari luar.
- c) Perilaku berfungsi sebagai penerima objek dan pemberi arti. Dalam perannya dengan tindakan itu seseorang senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Dengan tindakan sehari-hari tersebut seseorang melakukan keputusan-keputusan sehubungan dengan objek atau stimulus yang dihadapi. Pengambilan keputusan mengakibatkan tindakan-tindakan tersebut dilakukan secara spontan dan dalam waktu yang singkat.
- d) Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang dalam menjawab suatu situasi. Nilai ekspresif ini berasal dari konsep diri seseorang dan merupakan pencerminan dari hati sanubari. Oleh sebab itu, perilaku dapat merupakan layar dimana segala ungkapan diri orang dapat dilihat.

Teori ini berkeyakinan bahwa perilaku mempunyai fungsi untuk menghadapi dunia luar individu, dan senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya menurut kebutuhannya. Oleh sebab itu di dalam kehidupan manusia perilaku itu tampak terus menerus dan berubah secara relatif.

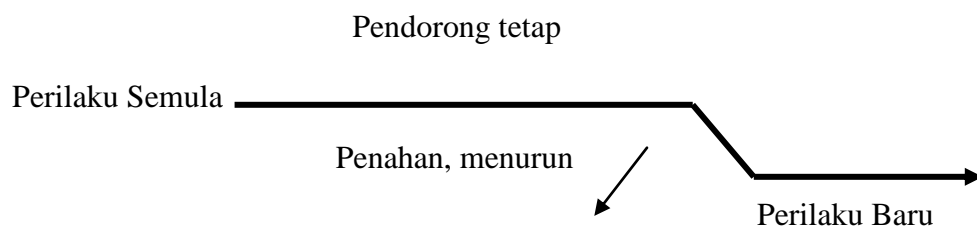
4. Teori Kurt Lewin

Kurt Lewin (1970) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*restrining forces*). Perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang yakni:

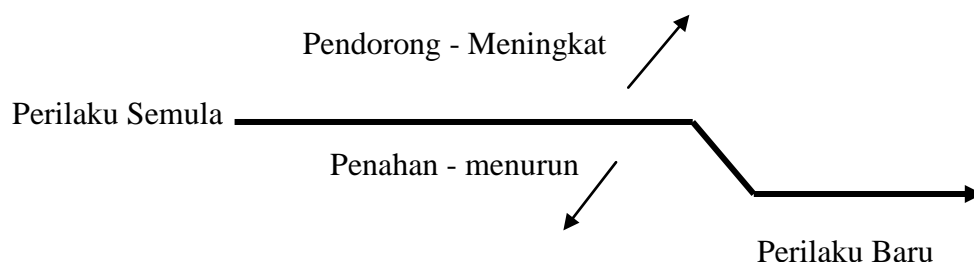
- a. Kekuatan-kekuatan pendorong meningkat. Hal ini terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan-perubahan perilaku. Stimulus ini berupa penyuluhan-penyuluhan atau informasi-informasi sehubungan dengan perilaku yang bersangkutan.



- b. Kekuatan kekuatan penahan menurun. Hal ini terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang memperlemah kekuatan penahan tersebut.



Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun. Dengan keadaan semacam ini jelas akan terjadi perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2014).



2.6 Konsep Anak Usia Sekolah

2.6.1 Pengertian

Anak usia sekolah adalah anak yang berada pada rentang usia 6-12 tahun. Di negara-negara industri periode ini dimulai saat anak mulai masuk sekolah dasar usia 6 tahun, pubertas sekitar usia 12 tahun merupakan tanda akhir masa kanak-kanak menengah (Potter & Perry, 2005). Langkah perkembangan selama anak mengembangkan kompetensi dalam keterampilan fisik, kognitif, dan psikososial (Potter & Perry, 2005). Selama masa ini anak menjadi “lebih baik” dalam berbagai hal, misalnya, mereka dapat berlari lebih cepat dan lebih jauh sesuai perkembangan kecakapan dan daya tahannya (Potter & Perry, 2005).

Tahap perkembangan kepribadian menurut Erik Erikson (1950) dalam Istiana, Keliat & Nuraini (2011) menyatakan bahwa anak usia sekolah (usia 6-12 tahun) berada pada fase berkarya vs rasa rendah diri dimana dunia sekolah yang lebih formal mulai dimasuki anak, rasa kemandirian anak mulai tumbuh, dan keinginan anak untuk terlibat dalam tugas yang dapat dilakukan sampai selesai.

2.6.2 Perkembangan motorik pada anak usia sekolah

Tabel 2.1 Perkembangan Motorik pada Anak Usia Sekolah

Perkembangan Motorik pada Anak Usia Sekolah		
Usia 6-7 tahun	Usia 8-10 tahun	Usia 11-12 tahun
<p>Keterampilan Motorik Halus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan pisau untuk mengoles mentega pada roti dan memotong daging yang lunak 2. Menggunting, melipat, dan menempelkan kertas 3. Menulis dengan pensil 4. Menggambar orang dengan 12-16 rincian 5. Mencontoh segitiga pada usia 6 tahun dan wajib pada usia 7 tahun 6. Mewarnai gambar dalam garisnya 7. Membutuhkan bantuan untuk membersihkan gigi dengan seksama. 	<p>Keterampilan Motorik Halus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan pisau dan garpu secara bersamaan 2. Belajar memasukkan benang dalam jarum dan menyimpulkan dasi 3. Menggunakan palu, gergaji, dan obeng 4. Menjadi ahli dalam menulis kursif 5. Menggunakan <i>symbol</i> saat menggambar 6. Membuat model sederhana mobil dan pesawat terbang serta membuat kerajinan tangan sederhana 7. Belajar bermain dongkrak dari kelereng 8. Belajar membersihkan diri dengan <i>flossing</i> secara efektif dan mandiri melakukan perawatan gigi 	<p>Keterampilan Motorik Halus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Belajar mengupas apel dan kentang 2. Menjahit bahan sederhana dengan mesin 3. Membangun objek sederhana seperti rumah burung 4. Menikmati menggunakan tulisan dekoratif 5. Mulai menggunakan bakat kreatif dan artistic 6. Membangun model kompleks mobil dan pesawat dan membuat kerajinan tangan yang rumit 7. Belajar memainkan instrument musik 8. Menjadi ahli dalam merawat kawat gigi dan alat lain
<p>Keterampilan Motorik Kasar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan gerak spontan 2. Bergerak lebih hati-hati pada anak usia 7 tahun daripada usia 6 tahun 3. Melompat dan meloncat kedalam kotak kecil 4. Belajar bermain <i>roler skate</i>, lompat tali, mengendarai sepeda dan berenang 	<p>Keterampilan Motorik Kasar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat menangkap/melempar (70 kaki), dan memukul bola kasti 2. Melakukan loncat ritmik dengan pola 2-2, 2-3 atau 3-3 3. Melakukan bermacam-macam gaya lompat tali disertai menyanyikan lagu atau ucapan lain 	<p>Keterampilan Motorik Kasar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat melakukan lompat sejauh 1,5 m 2. Dapat melakukan lompat tinggi berdiri sejauh 90 cm 3. Melakukan permainan yang melibatkan penggunaan dua atau lebih keterampilan motorik kompleks

Perawatan Diri	Perawatan Diri	Perawatan Diri
1. Mandi tanpa pengawasan 2. Sering kembali menggunakan tangan saat makan 3. Belajar menyikat dan menyisir rambut dengan mode yang biasa tanpa bantuan 4. Memakai seluruh baju, tetapi membutuhkan bantuan pada bagian bawah kemeja, ikat pinggang dan penyesuaian terakhir	1. Belajar membersihkan kamar mandi setelah mandi 2. Menikmati membuat makanan ringan dan menyusun makan siang sendiri 3. Belajar mengatur rambut dan menyisipkan pita rambut dan hiasan lain 4. Memakai baju sendiri dengan lengkap dan dapat membantu saudaranya yang lebih kecil untuk berpakaian 5. Dapat merapikan tempat tidur sendiri	1. Membersihkan debu, membersihkan dengan vakum, dan membereskan ruangan sendiri 2. Belajar memasak makanan siap saji yang sederhana 3. Mencuci, mengeringkan, menjalin, mengeriting, dan menguncir rambutnya sendiri 4. Belajar memilih, mencuci, mengeringkan, dan menyetrika pakaian sendiri 5. Belajar merawat kuku jari tangan dan kaki

(Potter & Perry, 2005)

2.6.3 Perkembangan Psikososial

Tugas perkembangan pada anak usia sekolah adalah industri versus inferioritas. Selama masa ini anak berjuang untuk mendapatkan kompetensi dan keterampilan yang penting bagi mereka untuk berfungsi sama seperti dewasa. Anak usia sekolah yang mendapat keberhasilan positif merasa adanya perasaan berharga. Anak-anak yang menghadapi kegagalan dapat merasakan mediokritas (biasa saja) atau perasaan tidak berharga, yang dapat mengakibatkan menarik diri dari sekolah dan sebaya (Potter & Perry, 2005). Kegagalan yang dialami anak usia sekolah bisa disebabkan oleh banyak hal salah satunya yaitu karena keterbatasan aktivitas. Menurut Pott & Mandleco (2007) dalam Ramawati, Allenidekania & Besral (2012) terbatasnya aktifitas anak usia sekolah dapat menyebabkan anak

menjadi cemas, takut, merasa bersalah bahkan menunjukkan perubahan perilaku yang tidak diharapkan.

2.6.4 Promosi Kesehatan Spesifik pada Anak Usia Sekolah

Periode usia sekolah merupakan periode kritis untuk penerimaan latihan perilaku dan kesehatan menuju kehidupan dewasa yang sehat. Jika tingkat kognisi meningkat pada periode ini, pendidikan kesehatan yang efektif harus dikembangkan dengan tepat. Program yang ditujukan pada pendidikan kesehatan sering diorganisasikan dan diadakan di sekolah.

Tabel 2.2 Fungsi Penting Program Promosi Kesehatan Sekolah

Fungsi Penting Program Promosi Kesehatan Sekolah
1. Meningkatkan penerimaan pengetahuan dan keterampilan untuk perawatan diri yang kompeten dan menginformasikan pembuatan keputusan tentang kesehatan
2. Memberikan penguatan positif terhadap perilaku sehat
3. Pengaruh struktur lingkungan dan sosial untuk mendukung perilaku peningkatan kesehatan
4. Memfasilitasi pertumbuhan dan aktualisasi diri
5. Menyadarkan pelajar terhadap aspek lingkungan dan budaya barat yang merusak kesehatan dan kesejahteraan
Dimodifikasi dari Pender N: <i>Health promotion in nursing practice</i> , ed 3, Norwalk, Conn, 1993, Appleton & Lange

(Potter & Perry, 2005)

2.7 Teori Tunagrahita

2.7.1 Pengertian Tunagrahita

Tunagrahita adalah istilah yang digunakan untuk menyebut anak yang mempunyai kemampuan intelektual dibawah rata-rata. Dalam kepustakaan bahasa asing digunakan istilah-istilah *mental retardation*, *mentally retarded*, *down syndrome*, dan lain lain. Tuna berarti merugi dan grahita berarti pikiran. Definisi menurut Peraturan Pemerintah RI nomor 72 tahun 1991, anak berkebutuhan khusus yang mengalami retardasi mental disebut sebagai tunagrahita. Pengertian tunagrahita sendiri merupakan anak-anak yang memiliki tingkat kecerdasan jauh di bawah anak-anak dengan tingkat kecerdasan normal sehingga membutuhkan pelayanan pendidikan khusus. Kecerdasan jauh dibawah normal ini diukur dari kecerdasan rata-rata anak sesuai dengan usia biologis/ kronologis mereka.

Anak-anak tunagrahita merupakan individu yang utuh dan unik yang pada umumnya juga memiliki potensi atau kekuatan dalam mengimbangi kelainan yang disandangnya. Anak tunagrahita adalah mereka yang kecerdasannya jelas berada dibawah rata-rata. Seseorang dapat mengalami ketunagrahitaan disebabkan karena adanya beberapa faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Anak tunagrahita banyak jenisnya, ada yang disertai dengan buta warna, disertai dengan kelainan bentuk badan, disertai dengan kepala panjang, disertai dengan bau badan tertentu, dan sebagainya. Namun, ada pula yang tidak disertai apa-apa (Wikasanti, 2014).

2.7.2 Penyebab Tunagrahita

Terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan seseorang menjadi tunagrahita. Para ahli dari berbagai ilmu telah berusaha membagi faktor-faktor

penyebab ini menjadi beberapa kelompok. Strauss mengelompokkan faktor-faktor tersebut menjadi dua gugus, yaitu endogen dan eksogen. Suatu faktor dimasukkan ke dalam gugus endogen apabila letaknya pada sel keturunan, faktor ini diturunkan. Sedangkan yang termasuk dalam faktor eksogen adalah hal-hal diluar sel keturunan, misalnya infeksi dan virus yang menyerang otak, benturan, radiasi, dan sebagainya, faktor ini tidak diturunkan.

Ahli lainnya membagi faktor-faktor penyebab ini atas faktor lingkungan dan faktor individu. Kalangan ini biasanya tidak sama dalam mengelompokkan faktor-faktor tersebut, mereka yang bekerja pada lapangan. Sosiologi biasanya memasukkan hal-hal yang terjadi sesudah lahir sebagai faktor lingkungan; yang terjadi sebelum lahir dimasukkannya sebagai faktor individu. Sedangkan mereka yang bekerja di lapangan biologi cenderung memasukkan semua hal yang terjadi di luar sel bibit benih (*gene*) sebagai faktor lingkungan; adapun yang mereka masukkan ke dalam faktor individu hanyalah faktor faktor yang terdapat pada sel benih.

Cara lain yang juga sering digunakan dalam pengelompokkan faktor-faktor penyebab ketunagrahitaan adalah membaginya dalam 3 (tiga) gugus, yang jika disusun secara kronologis adalah:

- 1) Faktor faktor yang terjadi sebelum lahir (*prenatal*)
- 2) Faktor faktor yang terjadi saat dilahirkan (*natal*)
- 3) Faktor faktor yang terjadi sesudah dilahirkan (*postnatal*)

a. Penyebab Tunagrahita Berdasarkan *Prenatal*, *Natal*, dan *Postnatal*

Menurut penelitian dari para ahli, seorang anak menyandang tunagrahita disebabkan oleh

1. *Prenatal* (sebelum lahir)

Anak tunagrahita terjadi pada waktu bayi masih ada dalam kandungan. Penyebabnya seperti campak, diabetes, cacar, virus tokso juga ibu hamil yang kekurangan gizi, pemakaian obat-obatan (napza) dan juga perokok berat.

2. *Natal* (waktu lahir)

Anak tunagrahita terjadi pada saat proses melahirkan yang terlalu lama sehingga dapat mengakibatkan kekurangan oksigen pada bayi. Selain itu, tulang panggul ibu yang terlalu kecil dapat menyebabkan otak anak terjepit sehingga menimbulkan pendarahan pada otak anak (*anoxia*). Proses melahirkan anak yang menggunakan alat bantu juga dapat menyebabkan bayi yang dilahirkan menjadi tunagrahita.

3. *Postnatal* (setelah lahir)

Pertumbuhan bayi yang kurang baik seperti gizi buruk, busung lapat, demam tinggi yang disertai kejang-kejang, kecelakaan, radang selaput otak (*meningitis*) dapat menyebabkan seorang anak menjadi tunagrahita.

b. Penyebab Tunagrahita Berdasarkan Genetik dan lingkungan

Pada gugus prenatal, mencakup hal-hal yang terjadi pada faktor keturunan dan yang tidak terjadi pada faktor keturunan, akan tetapi anak masih dalam kandungan. Berikut ini akan dibahas beberapa penyebab ketunagrahitaan yang sering ditemukan baik yang berasal dari keturunan (genetik), maupun yang berasal dari faktor lingkungan.

1. Faktor keturunan

Telah dikemukakan sebelumnya bahwa faktor keturunan terdapat pada sel khusus yang pada pria disebut spermatozoa dan pada wanita disebut ovarium.

- a. Mengenal kromosom
- b. Kelainan kromosom

Diantara anak yang menjadi tunagrahita karena faktor-faktor kelainan tersebut, adalah

- 1) Kelainan terletak pada autosom

Akibat kelainan pada autosom tidak sama, tergantung pada autosom yang mendapat kelainan.

- a) *Langdon Down's Syndrome*
- b) *Patau's Syndrome*

- 2) Kelainan terletak pada gonosom

Akibat dari kelainan gonosom juga tidak sama, yaitu:

- a) *Kinefelter's Syndrome*
- b) *Turner's Syndrome*

- c. Kelainan gen

Kelainan yang terjadi pada gen, karena mutasi, tidak selamanya nampak dari luar (tetap pada tingkat genotif, penderitanya disebut *carrier*).

Hanya dalam beberapa hal saja kelainan itu akan nampak keluar (menjadi fenotip). Untuk memahaminya ada dua hal yang harus diperhatikan, yaitu: kekuatan kelainan tersebut, dan tempat gen (lokus) yang mendapat kelainan.

- 1) Kekuatan kelainan

2) *Lokus gene*

d. Gangguan metabolisme dan gizi

Menurut *Japan League for the Mentally Retarde*, 1989: 10-14, metabolisme dan gizi merupakan hal yang sangat penting bagi perkembangan individu terutama perkembangan sel-sel otak. Kegagalan dalam metabolisme dan kegagalan dalam pemenuhan kebutuhan akan gizi dapat mengakibatkan terjadinya gangguan fisik maupun mental pada individu. Berikut ini akan dibahas beberapa kelainan yang disebabkan oleh kegagalan metabolisme dan kekurangan gizi pada penderitanya yang diadaptasi dari *Handbook of Care and Training for Developmental Disabilities*.

1) *Phenylketonuria*

2) *Gorgoylism*

3) *Cretinism*

e. Infeksi dan keracunan

Diantara penyebab terjadinya ketunagrahitaan adalah adanya infeksi dan keracunan yaitu terjangkitnya penyakit-penyakit selama janin masih berada di dalam kandungan ibunya.

Penyakit-penyakit tersebut antara lain: *rubella*, *syphilis*, *toxoplasmosisi*, dan keracunan yang berupa: *gravidity syndrome* yang beracun, kecanduan alkohol dan narkotika.

1) *Rubella*

2) *Syphilis* bawaan

3) *Syndrome gravidiy* beracun

f. Trauma dan zat radioaktif

- 1) Trauma otak
- 2) Zat radioaktif
- 3) Masalah pada kelahiran

2. Faktor lingkungan (sosial budaya)

Berbagai penelitian telah dilakukan oleh para ahli untuk mengetahui pengaruh lingkungan terhadap fungsi intelektual anak. Patton dan Polloway melaporkan bahwa bermacam-macam pengalaman negatif atau kegagalan dalam melakukan interaksi yang terjadi selama periode perkembangan menjadi salah satu penyebab ketunagrahitaan.

Penelitian lain melaporkan bahwa anak tunagrahita banyak ditemukan di daerah yang tingkat sosial ekonominya rendah, hal ini disebabkan ketidakmampuan lingkungan memberikan rangsang-rangsang yang diperlukan anak pada masa perkembangannya. Missal studi yang dilaukan Kirk menunjukkan bahwa anak yang berasal dari keluarga yang tingkat sosial ekonominya rendah menunjukkan kecenderungan mempertahankan mentalnya pada taraf yang sama, bahkan prestasi belajarnya semakin kurang seiring dengan meningkatnya usia. Sedangkan hasil penelitian Patton dan Polloway menunjukkan bahwa para orang tua yang selalu khawatir dengan keuangan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari tidak menganggap masalah anak untuk memperoleh pendidikan prasekolah pada waktunya atau memberikan program latihan sebagai prioritas.

Ketidakseimbangan nutrisi/ gizi dan kurangnya perawatan medis baik bagi anak maupun ibu hamil, banyak dijumpai juga pada keluarga dengan

tingkat sosial ekonomi rendah, sehingga menimbulkan efek yang merugikan terhadap perkembangan anak. Sebagai contoh adalah ibu yang kurang mendapatkan perawatan kehamilan atau kurang memeriksakan diri secara teratur pada waktu hamil, sehingga sering timbul komplikasi kehamilan yang dapat mempengaruhi kondisi bayi yang dikandungnya. Komplikasi pada saat mengandung jika tidak segera diatasi maka akan menimbulkan suatu gangguan saat bayi dilahirkan.

Masalah lain yang sering diidentifikasi sebagai penyebab ketunagrahitaan adalah masalah afeksi (kasih sayang) orang tua, terutama ibu. Pada tahun-tahun pertama kehidupannya, anak memiliki keterikatan yang sangat besara terhadap kasih sayang dan perhatian ibunya. Penyelidikan Bowlby membuktikan bahwa pengalaman-pengalaman anak pada permulaan kehidupannya yang terpisah dari ibunya menjadi penyebab timbulnya masalah-masalah kesulitan tingkah laku dan kesejahteraan mentalnya dalam kehidupan lebih lanjut. Masa-masa terjadinya keterikatan anak dengan orang tua terutama ibunya merupakan masa-masa yang penting dalam menolak timbulnya gangguan dalam perkembangan anak. Sebaliknya, saat ibu memisahkan diri dari anaknya maka anak akan mengalami kecemasan yang jika tidak segera diupayakan solusinya maka dapat menjadi awal dari timbulnya gangguan (Wikasanti, 2014).

2.7.3 Karakteristik Tunagrahita

Ada beberapa karakteristik umum tunagrahita yaitu:

1. Keterbatasan intelegensi

Intelegensi merupakan fungsi kompleks yang dapat diartikan sebagai kemampuan untuk mempelajari informasi dan keterampilan-keterampilan menyesuaikan diri dengan masalah-masalah dan situasi-situasi kehidupan baru, belajar dari pengalaman masa lalu, berpikir orang abstrak, kreatif, dapat menilai secara kritis, menghindari kesalahan-kesalahan, mengatasi kesulitan-kesulitan, dan kemampuan untuk merencanakan masa depan.

Anak tunagrahita memiliki kekurangan dan keterbatasan dalam semua hal tersebut diatas. Kapasitas belajar tunagrahita terutama yang bersifat abstrak seperti belajar dan berhitung, menulis dan membaca juga terbatas. Kemampuan belajarnya cenderung tanpa pengertian atau cenderung belajar dengan membeo.

2. Keterbatasan sosial

Selain keterbatasan intelegensi seperti yang dijelaskan sebelumnya, anak tunagrahita juga mengalami kesulitan untuk mengurus diri sendiri ataupun bina diri dalam masyarakat. Sehingga mereka membutuhkan bantuan dari orang lain.

Anak tunagrahita cenderung berteman dengan anak yang lebih muda usianya. Mereka juga mengalami ketergantungan kepada orang tua dan tidak mampu menanggung tanggung jawab sosial dengan bijaksana, sehingga mereka harus selalu dibimbing dan diawasi perilakunya. Anak tunagrahita juga mudah dipengaruhi dan cenderung melakukan sesuatu tanpa memikirkan akibatnya.

3. Keterbatasan fungsi-fungsi mental lainnya

Anak tunagrahita memerlukan waktu lebih lama untuk menyelesaikan reaksi pada situasi yang baru dikenalnya. Mereka memperlihatkan reaksi terbaliknya bila mengikuti hal-hal yang sifatnya rutin dan sering dilakukan

serta secara konsisten dialaminya dari hari ke hari. Anak tunagrahita tidak dapat menghadapi sesuatu kegiatan atau tugas dalam jangka waktu yang lama.

Anak tunagrahita memiliki keterbatasan dalam penguasaan bahasa. Mereka bukannya mengalami kerusakan artikulasi, akan tetapi pusat pengolahan (perbendaharaan kata) yang kurang berfungsi sebagaimana mestinya. Karena alasan itulah mereka membutuhkan kata-kata konkret yang sering didengarnya. Selain itu, perbedaan dan persamaan harus ditunjukkan secara berulang-ulang. Latihan-latihan sederhana seperti mengajarkan konsep besar dan kecil, keras dan lemah, pertama, kedua, dan terakhir perlu menggunakan pendekatan yang konkret.

Hal lainnya dari anak tunagrahita adalah kurangnya kemampuan mereka untuk ,mempertimbangkan sesuatu, untuk membedakan antara yang baik dan yang buruk, dan membedakan yang benar dan yang salah. Semua hal itu dikarenakan kemampuan anak tunagrahita terbatas sehingga mereka tidak dapat membayangkan terlebih dahulu konsekuensi dari suatu perbuatan (Wikasanti, 2014).

Selain keterbatasan intelegensi, sosial dan mental, menurut Wibowo (2008) dalam Napolion (2010) anak tunagrahita juga mengalami keterbatasan pada dua area atau lebih kemampuan tingkah laku adaptif minimal yaitu kemampuan dalam berkomunikasi, perawatan diri, penyesuaian dalam kehidupan rumah, pemanfaatan sarana umum, keterampilan sosial, mengarahkan diri sendiri, area kesehatan, keamanan, fungsi akademik, dan pengisian waktu luang dan bekerja.

Tidak hanya itu, Delphie (2006) dalam Wikasanti (2014).menyebutkan bahwa karakteristik anak tunagrahita meliputi hal-hal sebagai berikut:

1. Mempunyai dasar secara fisiologis, sosial dan emosional seperti anak-anak yang tidak menyandang tunagrahita
2. Selalu bersifat *eksternal locus of control* sehingga mudah sekali melakukan kesalahan (*expectancy for failure*)
3. Suka meniru perilaku yang benar dari orang lain dalam upaya mengatasi kesalahan-kesalahan yang mungkin ia lakukan (*outerdirectedness*)
4. Mempunyai perilaku yang tidak dapat mengatur diri sendiri
5. Mempunyai permasalahan berkaitan dengan perilaku sosial (*social behavioral*)
6. Mempunyai masalah berkaitan dengan karakteristik belajar
7. Mempunyai masalah dalam bahasa dan pengucapan
8. Mempunyai masalah dalam kesehatan fisik
9. Kurang mampu untuk berkomunikasi
10. Mempunyai kelainan pada sensor dan gerak
11. Mempunyai masalah berkaitan dengan psikiatri, adanya gejala-gejala depresif

Dari segi fisik, anak tunagrahita juga memiliki beberapa perbedaan dengan anak lainnya, hal ini terutama terjadi pada anak tunagrahita klasifikasi sedang dan berat. Sekilas saat melihat anak tunagrahita yang tergolong pada kelompok imbesil dan idiot ini, maka kita akan langsung memahami keadaan mereka.

Beberapa ciri fisik yang mengikuti penyandang tunagrahita, antara lain:

1. Memiliki sendi yang lebar dan mudah digerakkan
2. Mata anak nampak penuh dengan lipatan kulit terutama di sudut kelopak mata
3. Memiliki postur tubuh yang pendek dengan kepala kecil

4. Jarak antara kedua mata jarang dengan dahi dan hidung yang rata
5. Bagian belakang kepala lebar dan datar
6. Mata miring atau juling
7. Rambut jarang dan tipis
8. Berwajah datar dengan telinga rendah
9. Memiliki jari-jari kaki yang masuk ke dalam

2.7.4 Klasifikasi Tunagrahita

Kemampuan inteligensi anak tunagrahita kebanyakan diukur dengan tes Stanford Binet dan Skala Weschler (WISC),. Kemampuan tersebut dikelompokkan menjadi:

a. Tunagrahita Ringan (Kelompok Mampu Didik)

Tunagrahita ringan disebut juga *moron* atau *debil*. Anak tunagrahita ringan pada umumnya tampak atau kondisi fisiknya tidak berbeda dengan anak normal lainnya. Kelompok ini memiliki *IQ* antara 68-52 menurut Binet. Sedangkan dikutip Shonkoff dalam Santrock (2008,) menurut Skala Weschler (WISC) memiliki *IQ* 69-55. Sekitar 85% murid dengan tunagrahita termasuk dalam kategori ringan (*mild*). Penyandang tunagrahita ringan termasuk kelompok mampu didik. Mereka masih dapat belajar membaca, menulis, dan berhitung sederhana. Dikutip dari Terman, dkk dalam Santrock (2008) pada usia remaja akhir, individu dengan tunagrahita ringan dapat mengembangkan keahlian akademik yang setara dengan level/*grade* enam. Melalui bimbingan, pendidikan yang baik, dan dukungan kelompok, anak tunagrahita ringan pada saatnya akan dapat memperoleh penghasilan untuk dirinya sendiri.

Karakteristik anak tunagrahita ringan di antaranya banyak yang lancar berbicara tetapi kurang perbendaharaan kata, sukar berfikir abstrak, tapi masih dapat mengikuti pelajaran akademik. Usia 16 tahun baru mencapai usia kecerdasan usia 12 tahun, tetapi tidak berlaku untuk semua anak atau dengan arti kata kecerdasan anak tunagrahita ringan ini paling tinggi sama dengan kecerdasan anak normal usia 12 tahun.

Anak tunagrahita ringan dapat dididik menjadi tenaga kerja *semi-skilled* seperti pekerjaan *laundry*, pertanian, peternakan, pekerjaan rumah tangga. Bahkan jika dilatih dan dibimbing dengan baik, anak tunagrahita ringan dapat bekerja di pabrik-pabrik dengan sedikit pengawasan.

Namun demikian, anak tunagrahita ringan tidak mampu melakukan penyesuaian sosial secara *independen*. Ia akan membelanjakan uangnya dengan lugu, tidak dapat merencanakan masa depan bahkan suka berbuat kesalahan.

Pada umumnya anak tunagrahita ringan tidak mengalami gangguan fisik. Mereka secara fisik tampak seperti anak normal pada umumnya. Oleh karena itu agak sukar membedakan secara fisik antara anak tunagrahita ringan dengan anak normal.

Anak tunagrahita ringan masih dapat menempuh pendidikan di sekolah anak berkesulitan belajar. Mereka akan dilayani pada kelas khusus dengan guru dari pendidikan luar biasa.

b. Tunagrahita Sedang (Kelompok Latih)

Anak tunagrahita sedang disebut juga *imbesil*. Kelompok ini memiliki IQ 51-36 pada Skala Binet dan 54-40 menurut Skala Weschler (WISC). Anak tunagrahita sedang bisa mencapai perkembangan kemampuan mental sampai

kurang lebih 7 tahun. Mereka dapat dididik mengurus diri sendiri, melindungi diri sendiri dan bahaya seperti menghindari kebakaran, berjalan di jalan raya, berlindung dari pohon dan sebagainya

Anak tunagrahita sedang, sangat sulit bahkan tidak dapat belajar secara akademik seperti belajar menulis, membaca, dan berhitung walaupun mereka masih dapat menulis secara sosial, misalnya menulis diri sendiri, alamat rumahnya, dan lain-lain. Anak tunagrahita sedang, disebut juga kelompok latih. Mereka masih dapat dididik mengurus diri sendiri seperti mandi, berpakaian, makan, minum, mengerjakan pekerjaan rumah tangga sederhana seperti menyapu, membersihkan perabot rumah tangga dan sebagainya. Dalam kehidupan sehari-hari, anak tunagrahita sedang membutuhkan pengawasan yang terus menerus. Anak tunagrahita sedang juga masih dapat bekerja di tempat terlindung (*sheltered workshop*).

c. Tunagrahita Berat (Kelompok Idiot)

Anak tunagrahita berat seringkali disebut dengan kelompok idiot. Tunagrahita berat (*severe*) memiliki *IQ* antara 32-20 menurut Skala Binet dan antara 39-25 menurut Skala Weschler (WISC).

Dikutip dari Terman, dkk dalam Santrock (2008), anak dengan tunagrahita berat kemungkinan besar juga menunjukkan tanda-tanda komplikasi neurologis, seperti *cerebral palsy*, epilepsi, gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, atau cacat bawaan metabolis lainnya yang mempengaruhi sistem saraf pusat.

Anak tunagrahita berat membutuhkan dukungan dan bantuan perawatan secara total dalam hal berpakaian, mandi, makan, dan lain-lain. Bahkan anak tunagrahita berat membutuhkan perlindungan dari bahaya sepanjang hidupnya.

Hal ini berarti bahwa anak tunagrahita akan mengalami ketergantungan yang sangat tinggi pada orang disekitarnya, karena mereka membutuhkan banyak bantuan untuk bina diri dan melakukan aktivitasnya (Wikasanti, 2014).

d. Tunagrahita Sangat Berat (*Profound*)

Pada kategori ini penderita memiliki *IQ* yang sangat rendah. Menurut hasil Skala Binet *IQ* penderita dibawah 19, sedangkan menurut tes WISC *IQ* nya dibawah 24. Banyak penderita yang memiliki cacat fisik dan kerusakan saraf. Tak jarang pula penderita yang meninggal (Smart, 2010).

2.7.5 Terapi bagi Tunagrahita

1. Terapi Bermain/ *Play Therapy*

Terapi bermain merupakan terapi yang diberikan melalui permainan. Tujuan terapi bermain ini untuk menstimulasi berbagai hal yang memiliki dampak positif bagi tumbuh kembang anak tunagrahita. Terapi bermain diberikan saat anak benar-benar rileks, suka, dan tanpa paksaan dari orang tua maupun terapis. Bermain yang dimaksud adalah jenis bermain yang penuh dengan pembelajaran, terutama tentang kemandirian dan *life skills*. Terapi bermain sesuai untuk penyandang tunagrahita golongan ringan/ *IQ* antara 50-70. Untuk golongan sedang dan berat, terapi ini kurang efektif.

Terapi bermain sangat efektif diberikan pada anak tunagrahita kategori ringan, terutama untuk melatih bahasa dan sosialisasi mereka. Permainan bisa diberikan secara individu dan juga bisa diberikan secara klasikal/ bersama-sama anak lainnya. Teori perilaku bermain sosial dicetuskan oleh Mildred Parten (1932). Mildred Parten menyoroti kegiatan bermain sebagai sarana

sosialisasi. Mildred mengamati ada enam bentuk interaksi antara anak yang terjadi saat mereka bermain, yaitu:

- 1) Pengamatan terhadap anak-anak lain yang sedang bermain.
- 2) Minat yang semakin besar terhadap permainan yang dilakukan oleh kelompok teman sebayanya.
- 3) Sudah bisa aktif bermain namun tidak bisa menyatu dengan kelompoknya.
- 4) Bermain paralel
- 5) Bermain *Assosiatifi*/ Main Bersama
- 6) Bermain kooperatif/ Bekerja sama

Manfaat bermain bagi tunagrahita

Aspek fisik:

- a) Kekuatan organ tubuh
- b) Ketahanan otot
- c) Perbaikan sikap tubuh

Aspek kognitif:

- a) Berhitung
- b) Memori/ Ingatan

Aspek sensorik-motorik:

- a) Mengoptimalkan kemampuan sensorik
- b) Mengoptimalkan kemampuan motorik halus dan kasar

Sosialisasi:

- a) Interaksi dengan kawan main
- b) Komunikasi dan kemampuan berbahasa

Emosi:

- a) Kepatuhan
- b) Menjalankan aturan sesuai instruksi

2. Terapi okupasi/ Terapi gerak

Tunagrahita biasanya memengaruhi cara dan bentuk gerakan anak. Ada yang sulit mengendalikan diri sehingga melakukan gerakan tremor, kompulsif, ataupun gerakan terbata. Oleh karenanya, terapi okupasi digunakan untuk menanggulangi kelemahan gerakan tersebut. Terapi ini menekankan para sensorik dan motorik anak. Anak diterapi melalui aktivitas tertentu sehingga memiliki gerakan yang wajar sebagaimana anak lainnya.

Terapi okupasi terdiri dari:

- a. Terapi psikososial, meliputi terapi perilaku, *object relation*, kognitif, dan perilaku okupasi
- b. Terapi sensomotorik-multisensori, meliputi *neura development treatment*, sensori integrasi, dan terapi gerak

Terapi okupasi bertujuan untuk melatih kemandirian para tunagrahita sebatas kemampuan yang mereka bisa. Sebab, jika terlalu memaksakan terapi yang tidak bisa mereka lakukan maka anak justru akan menjadi depresi.

Contoh terapi okupasi:

- 1) Latihan motorik kasar, meliputi main tangkap bola, bersepeda, pukul balok, dan tendang bola
- 2) Latihan motorik halus, meliputi main plastisin/ *clay*, mewarnai, dan menggunting pola
- 3) Latihan kemandirian, meliputi membersihkan diri sendiri, berpakaian, dan makan

- 4) Terapi pijat, misalnya pijat refleksi yang melenturkan otot-otot sehingga mudah digunakan untuk beraktivitas

Manfaat terapi okupasi:

a. Aspek Fisik:

1. Melancarkan peredaran darah
2. Menumbuhkan kekuatan otot tubuh
3. Melatih motorik kasar dan halus

b. Aspek Kognitif

1. Meningkatkan daya pikir
2. Membangun kreatifitas
3. Melatih memori/ daya ingat

c. Aspek sosial

1. Mampu berkomunikasi dengan orang lain
2. Mampu bersosialisasi dengan lingkungan

d. Aspek Emosi

1. Latihan menahan diri
2. Mampu menyatakan dan menerima pendapat
3. Menumbuhkan rasa senang dan gembira

3. Terapi ADL

Merupakan terapi cara merawat diri sendiri dalam keseharian tunagrahita. Terapi ini sangat diperlukan terutama bagi tunagrahita golongan ringan dan sedang. Apabila masih dimungkinkan, bisa juga diberikan pada tunagrahita golongan berat, namun dengan tetap memperhatikan kesehatan dan

keterbatasan mereka. Kemampuan merawat diri sendiri ini meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a. Kemampuan untuk membersihkan diri, baik cuci tangan, mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut
- b. Kemampuan untuk mengenakan pakaian yang tepat dan pantas
- c. Kemampuan untuk makan, minum, dan menyiapkannya sendiri
- d. Kemampuan untuk membersihkan rumah dan merawat perabotan
- e. Kemampuan menghindarkan diri dari bahaya, misalnya bahaya listrik, benda tajam, dan terjatuh
- f. Kemampuan berkomunikasi dengan orang lain

Manfaat terapi ADL:

- a. Tunagrahita bisa mandiri dan melakukan pertolongan untuk dirinya sendiri dalam keseharian
- b. Tunagrahita tidak merepotkan orang lain
- c. Bisa berkomunikasi dan menurut instruksi sederhana dari anggota keluarga lain
- d. Menuju keteraturan dan kualitas hidup yang lebih baik

4. Terapi Bekerja/ *Vocational Therapy*

Merupakan terapi yang fokus pada pekerjaan yang menghasilkan uang, kemampuan tunagrahita untuk dapat melakukan pekerjaan umumnya orang lain. Terapi ini bisa diberikan pada penyandang tunagrahita kategori ringan yang siap mandiri.

Berikut beberapa keterampilan yang bisa dipelajari untuk bekal hidup tunagrahita:

- a. Membuat kerajinan tangan
- b. Membuat telur asin
- c. Menjahit
- d. Menyulam
- e. Merias
- f. Memasak
- g. Menjadi tukang bangunan
- h. dan sejenisnya

Manfaat terapi bekerja dan *life skills*:

- a. Kemandirian finansial bagi tunagrahita
- b. Bekal masa depan dan berkeluarga
- c. Bisa membantu sesama dengan hasil jerih payah sendiri

5. Terapi *life skills*/ Keterampilan Hidup

Terapi ini merupakan terapi penunjang terapi bekerja, diberikan pada tunagrahita yang siap hidup mandiri dan bersosialisasi di masyarakat. Terapi *life skills* menekankan pada kemampuan tunagrahita untuk menerima dan diterima sebagai bagian anggota masyarakat sesuai dengan norma dan kebiasaan setempat

Keterampilan hidup *life skills* yang perlu dipelajari:

- a. Cara berinteraksi dengan orang lain
- b. Cara berkomunikasi yang sopan dan menyenangkan
- c. Cara berpartisipasi dalam satu kelompok
- d. Belajar tentang norma pergaulan yang baik

- e. Belajar tentang tanggung jawab terhadap diri sendiri, pasangan hidup, dan pekerjaannya
- f. Tata cara memanfaatkan waktu luang untuk berkegiatan yang baik
- g. Cara mengendalikan emosi

Manfaat terapi *life skills* bagi tunagrahita:

- a. Kemandirian bagi penyandang tunagrahita
- b. Kehidupan lebih berkualitas
- c. Sebagai bekal berkeluarga dan bermasyarakat (Murtie, 2014).

2.7.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kemampuan Cuci Tangan Anak Tunagrahita

Menurut Sandra (2010) dalam Zakarya (2013) ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan aktifitas mencuci tangan anak tunagrahita dibagi menjadi dua yaitu: faktor internal dan eksternal.

a. Faktor Internal

Faktor internal adalah faktor yang ada pada diri anak tunagrahita yaitu:

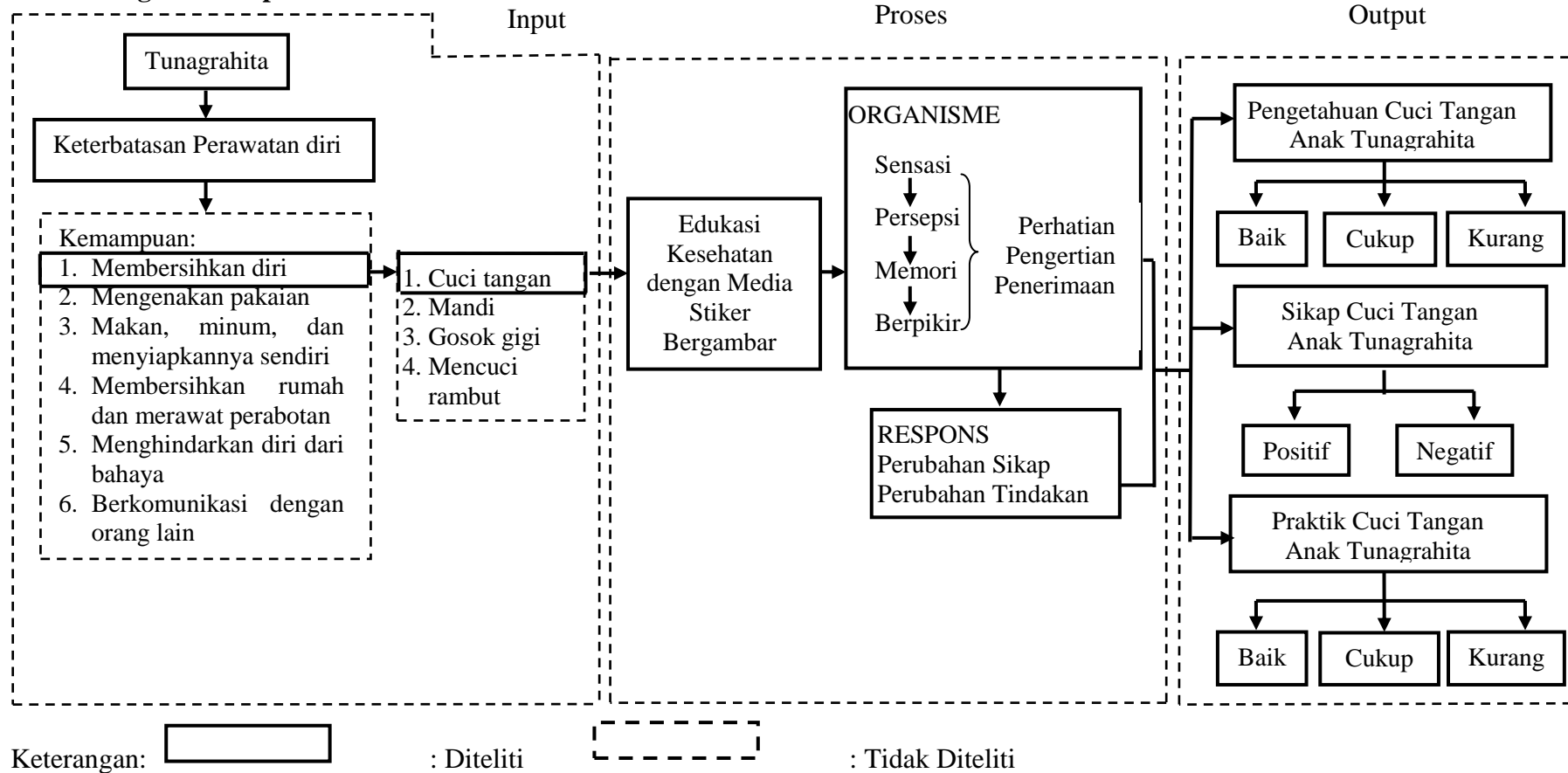
- 1) Usia
- 2) Kognitif
- 3) Kondisi Fisik
- 4) Jenis Kelamin
- 5) Lama Sekolah (Santayasa, 2007).

b. Faktor Eksternal

Faktor eksternal adalah faktor yang muncul dari luar anak tunagrahita.

- 1) Lingkungan
- 2) Pendidikan

2.8 Kerangka Konseptual



Gambar 2.8 Pengaruh Edukasi Kesehatan Cuci Tangan Bersih dengan Media Stiker Bergambar Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Cuci Tangan Anak Tunagrahita

Pada gambar 2.8 dijelaskan bahwa tunagrahita memiliki keterbatasan dalam melakukan perawatan diri dimana salah satu dari 6 kemampuan perawatan diri ialah kemampuan membersihkan diri. Kemampuan membersihkan diri sendiri ada 4 macam yang salah satunya ialah cuci tangan.

Edukasi kesehatan tentang cuci tangan dengan media stiker bergambar digunakan sebagai stimulus yang diberikan kepada anak tunagrahita. Stimulus tersebut merupakan informasi atau pesan yang perlu diolah agar mampu diterima oleh organisme dalam bentuk perhatian, pengertian dan penerimaan. Stimulus akan diterima oleh panca indera dalam wujud sensasi, kemudian sensasi tersebut akan memberikan makna dalam wujud persepsi lalu persepsi akan diolah menjadi memori dan pada tahap akhir memori akan dilanjutkan dengan tahap berpikir untuk memberikan respons sehingga terjadi kesiapan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya dalam wujud perubahan sikap dan tindakan. Sehingga pada akhirnya stimulus ini akan memberikan dampak terhadap pengetahuan (baik, cukup, kurang), sikap (positif, negatif) dan praktik (baik, cukup, kurang) cuci tangan anak tunagrahita.

2.9 Hipotesis Penelitian

Ada pengaruh Edukasi Kesehatan dengan Media Stiker Bergambar Tentang Cuci Tangan Bersih Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Cuci Tangan Anak Tunagrahita.