

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep *Sleep Hygiene*

##### 2.1.1 Definisi *Sleep Hygiene*

*Sleep hygiene* merupakan suatu istilah yang menggambarkan kebiasaan tidur yang baik yang dapat memberikan kesempatan untuk tidur dengan rileks (australian SD, 2006). Perilaku *Sleep Hygiene* merupakan kebiasaan yang dapat mengoptimalkan tidur dengan latihan perilaku yang baik sehingga dapat melakukan aktivitas maksimal disiang hari, tujuan menjaga *sleep hygiene* untuk dapat meningkatkan periode REM dan mempertahankan durasi REM yang cukup.(Nolan H dkk,2009). Perbaikan dalam *sleep hygiene* adalah cara yang mudah dan sederhana namun efektif dalam meningkatkan kualitas tidur (Stanley M, 2006) .

##### 2.1.2 Komponen *Sleep hygiene*

Komponen *sleep hygiene* dibagi menjadi 4 bagian besar yang terdiri dari jadwal tidur bangun, lingkungan, diet dan kebiasaan tidur yang dapat menginduksi tidur seperti aktivitas siang hari (Amir N, 2007)

1. Jadwal tidur – bangun

Jadwal bangun tidur terbagi atas kebiasaan tidur siang, kebiasaan jam tidur, kebiasaan jam bangun, dan aktivitas latihan sebelum tidur (Mastin D, 2006).

2. Lingkungan

Lingkungan terdiri dari tempat tidur yang tidak nyaman (seperti matras dan guling yang tidak nyaman, selimut yang terlalu tebal atau

terlalu tipis), kamar tidur yang tidak nyaman (terlalu terang, suhu ruangan yang panas, suara berisik), perasaan yang buruk sebelum tidur (seperti marah, stress, khawatir). Studi menunjukkan bahwa sinar cahaya dalam ruangan akan mempengaruhi hormone melatonin. Kamar yang tetap terang saat tidur akan mengurangi kadar melatonin hingga 50%.

Dari hasil penelitian sebelumnya, tidur dengan tidak menggunakan lampu akan memberikan kualitas tidur yang baik, jarang terbangun di malam hari dan merasa bangun dalam keadaan segar. Lampu yang mati saat tidur akan membuat kinerja hormon melantonin maksimal sehingga tubuh dan otak beristirahat secara penuh (Suci R, 2015)

### 3. Diet

Komponen Diet terdiri dari perilaku konsumsi alkohol, merokok dan konsumsi kafein 4 jam sebelum tidur (Mastin D, 2006). Konsumsi kafein yang berlebih dapat menyebabkan perburukan jumlah jam tidur, onset tidur, frekuensi terbangun di malam hari, kedalaman tidur, ketidakpuasan tidur dan disfungsi pada pagi hari (Binti N, 2013). Tindakan non-spesifik untuk menginduksi tidur (*sleep hygiene*) dapat dilakukan dengan bangun pada waktu yang sama setiap hari, batasi waktu ditempat tidur, hindari tidur sekejap di siang hari, aktif berolahraga di sore hari. Merendam dalam air panas menjelang waktu tidur selama 20 menit, hindari makan banyak sebelum tidur, makan pada waktu yang teratur, lakukan relaksasi sebelum tidur dan mempertahankan kondisi tidur yang menyenangkan merupakan tindakan yang dapat menginduksi tidur juga (Prayitno A,2002).

#### 4. Kebiasaan yang menginduksi Tidur

Tindakan non-spesifik untuk menginduksi tidur *sleep hygiene* dapat dilakukan dengan bangun pada waktu yang sama setiap hari, batasi waktu ditempat tidur, hindai tidur sekejap disiang hari, aktif berolahraga disore hari. Merendam dalam air panas menjelang waktu tidur selama 20 menit, hindai makan banyak sebelum tidur, makan pada waktu yang teratur, lakukan relaksasi sebelum tidur dan mempertahankan kondisi tidur yang menyenangkan merupakan tindakan yang dapat menginduksi tidur juga (Prayitno A 2002).

Menurut Gumilar dalam studi yang dilakukan mengatakan bahwa dengan diberikan perlakuan rendam kaki menggunakan air hangat selama 5 hari berturut-turut memberikan pengaruh baik terhadap gangguan kualitas tidur (Gumiler 2015).

##### 2.1.3 Intervensi *Sleep Hygiene*

Kebiasaan tidur yang sehat dapat membuat perbedaan besar dalam kualitas hidup. Seiring dikatakan memiliki tidur yang sehat sama halnya memiliki *sleep hygiene* yang baik. Menurut *National Sleep Foundation* pada tahun 2018 langkah-langkah tidur yang baik yaitu :

1. Tetaplah pada jadwal tidur dan bangun yang sama, bahkan pada akhir pekan. Jadwal tidur-bangun ini sangat membantu untuk mengatur jam tidur anda dan dapat membantu anda tertidu dan tetap tidur dimalam hari.
2. Melatih kebiasaan pengantar tidur yang menenangkan. Aktivitas santai dan rutin tepat sebelum tidur dari cahaya terang membantu

memisahkan waktu tidur dari aktivitas yang dapat menyebabkan dampak psikologis yang dapat membuat sulit untuk tidur.

3. Hindari tidur pada siang hari. Tidur siang yang sangat lama dapat membantu dalam beraktivitas sehari-hari namun jika tidak dapat tertidur pada malam hari dapat menghindarkan tidur pada siang hari.
4. Berolahraga setiap hari membantu untuk membuat tidur dengan menenangkan.
5. Evaluasi ruangan, rancang lingkungan ruangan untuk menetapkan kondisi yang dibutuhkan untuk tidur.
6. Cobalah tidur menggunakan kasur dan bantal yang akan membuat nyaman.
7. Gunakan cahaya terang untuk mengatur ritme irama sirkadian, hindari cahaya terang pada saat tidur dan biarkan terkena sinar matahari dipagi hari sehingga dapat menjaga ritme sirkadian tetap terkendali
8. Hindari alkohol, rokok, kafein dan makanan berat di malam hari. Alkohol, rokok dan kafein dapat mengganggu tidur dan makan makanan besar ataupun pedas dapat menyebabkan ketidaknyamanan yang menyebabkan gangguan pencernaan sehingga mengakibatkan sulitnya untuk tidur. Cobalah makan makanan ringan 45 menit sebelum tidur jika merasa lapar.
9. Lakukan aktivitas seperti membaca dalam waktu singkat sebelum tidur, sehingga dapat menenangkan dalam tidur, hindari penggunaan cahaya seperti menonton tv ataupun bermain laptop ataupun *handpone* yang dapat membuat sulitnya untuk tidur.

#### 2.1.4 Alat Ukur *Sleep Hygiene*

*Sleep Hygiene* dapat diukur menggunakan alat ukur dengan kuesioner *sleep hygiene index* (SHI). Baik buruk suatu perilaku ataupun kebiasaan tidur dan lingkungan tidur seseorang dapat diukur menggunakan kuesioner *sleep hygiene index* (SHI) yang terdiri dari 13 pertanyaan dengan rentan 0-4 skor. Dengan hasil interpretasi yang dicapai *sleep hygiene index* SHI yaitu 13-27 (Baik), 28-40 (sedang), 41-75 (buruk) (Nilam & Lucia 2015). Alat ukur Sleep Hygiene index (SHI) menurut Posner & Gerhman 2014 :

1. Saya tidur siang jam 2 atau lebih

Tidur siang lebih cenderung meningkatkan masalah seseorang jatuh atau tetap tertidur karena pengaruh dari mekanisme yang menentukan waktu untuk tidur, durasi tertidur dan kedalamannya sehingga dapat mempersulit seseorang untuk tidur dimalam hari. Sehingga seseorang dianjurkan untuk tidur siang dalam jangka waktu yang relatif singkat (30-60 menit) dan tunda waktu tidur untuk jumlah waktu yang setara dengan periode menghabiskan ditempat tidur pada siang hari.

2. Saya tidur pada waktu yang berbeda

Ketidakmampuan seseorang untuk tidur lebih tenang sehingga memberi sinyal ke otak untuk memulai tidur dengan berbeda-beda dimana dengan menyelesaikannya dengan merekomendasikan seseorang dengan rutinitas memulai tidur yang baik dan menunjukkan untuk untuk mencoba tidur dengan teratur.

3. Saya bangun tidur pada waktu yang berbeda dari hari ke hari.

Menjaga waktu yang konsisten sangat penting untuk mempertahankan irama sirkadian yang lebih baik dan mencegah kesulitan bangun dipagi hari

4. Saya berolahraga sampai berkeringat dalam waktu satu jam sebelum tidur dan berbaring ditempat tidur lebih lama dari seharusnya selama 2 atau 3 kali seminggu.

Meskipun belum jelas berolahraga dapat membantu lebih cepat untuk memulai tidur atau memperbanyak tidur keseluruhan namun ada bukti yang mengatakan bahwa berolahraga dapat memperdalam tidur dan melindungi terhadap bangun malam hari atau dari kebisingan, nyeri.

5. Saya Saya mengkonsumsi minuman beralkohol, rokok, ataupun kafein dalam waktu 4 jam sebelum atau setelah tidur

Melakukan tindakan yang menstimulasi seseorang untuk melakukan tindakan menunda tidur sangat tidak baik sehingga mengkonsumsi minuman yang membuat terjaga disarankan jangan diminum sebelum tidur.usahakan meminum kurang dari 4-6 jam sebelum tidur.

6. Saya melakukan sesuatu yang membuat saya terjaga sampai sebelum saya tertidur (misal: membaca buku, menonton tv, mendengarkan radio dll

Melakukan aktivitas yang mempengaruhi tidur adalah dengan adanya aktivitas yang membuat terjaga di malam hari sehingga melakukan aktivitas sebelum tidur dilakukan sebelum mengantuk jika sudah

mengantuk sebaiknya lakukan tindakan pergi ke tempat tidur untuk memulai tidur.

7. Saya tidur dengan perasaan tertekan, marah, kesal, atau tegang

Pertahankan tidur dalam perasaan senang sehingga dapat membantu untuk mendapatkan kualitas tidur yang baik.

8. Saya menggunakan tempat tidur untuk menggunakan aktivitas selain tidur misal menonton tv, membaca, makan atau belajar

Hindari menggunakan tempat tidur dengan beraktivitas yang akan dapat memicu gangguan untuk memulai tidur, pastikan ditempat tidur untuk memulai waktu tidur sehingga tidur tidak terhambat.

9. Saya tidur ditempat tidur yang tidak nyaman (kasur atau bantal yang jelek) dan tidur dikamar tidur yang tidak nyaman misal terlalu panas

Pastikan memiliki kasur dan menjaga kamar umumnya dingin dan gelap sehingga membuat seseorang dapat tidur dengan nyaman.

10. Saya melakukan pekerjaan penting sebelum tidur misal menulis buku harian dan berpikir, merencanakan atau mengawatirkan hal-hal tertentu ditempat tidur.

Hindari melakukan pekerjaan sebelum tidur dan memikirkan suatu hal sebelum tidur yang akan berdampak untuk sulitnya memulai tidur dan tertidur dengan nyaman.

Table 2.1. Alat ukur *Sleep Hygiene Index* (SHI) menurut Mastin F.D (2006)

| No | Pertanyaan                                  | Tidak pernah | Jarang | Kadang-kadang | Sering | Selalu | Skor |
|----|---|--------------|--------|---------------|--------|--------|------|
| 1  | Saya tidur siang selama 2 jam ataupun lebih |              |        |               |        |        |      |
| 2  | Saya tidur pada                             |              |        |               |        |        |      |

|   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
|   | waktu yang berbeda   |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Saya bangun tidur pada waktu yang berbeda dari hari ke hari  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Saya berolahraga sampai berkeringat dalam waktu satu jam sebelum tidur   |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Saya berbaring ditempat tidur lebih lama dari seharusnya selama 2 atau 3 kali seminggu   |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Saya mengonsumsi minuman berakohol, rokok, ataupun kafein dalam waktu 4 jam sebelum atau setelah tidur                                   |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Saya melakukan sesuatu yang membuat saya terjaga sampai sebelum saya tertidur (misal: membaca buku, menonton tv, mendengarkan radio dll) |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Saya tidur dengan perasaan tertekan, marah, kesal, atau tegang   |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Saya menggunakan tempat tidur untuk  |  |  |  |  |  |  |

|            |   |  |  |  |  |  |  |
|------------|---|--|--|--|--|--|--|
|            | menggunakan aktivitas selain tidur misal menonton tv, membaca, makan atau belajar |  |  |  |  |  |  |
| 10         | Saya tidur ditempat tidur yang tidak nyaman (kasur atau bantal yang jelek)        |  |  |  |  |  |  |
| 11         | Saya tidur dikamar tidur yang tidak nyaman misal terlalu panas                    |  |  |  |  |  |  |
| 12         | Saya melakukan pekerjaan penting sebelum tidur misal menulis buku harian          |  |  |  |  |  |  |
| 13         | Saya berpikir, merencanakan atau mengawatirkan hal-hal tertentu ditempat tidur    |  |  |  |  |  |  |
| Total skor |   |  |  |  |  |  |  |

### 2.1.5 Pelaksanaan *Sleep Hygiene* pada Anak Usia Sekolah yang Menjalani Hospitalisasi

Menurut hasil penelitian Yuslian didapatkan sebagian besar responden dalam penelitian tersebut memiliki kualitas tidur buruk sehingga pelaksanaan *sleep hygien* buruk dengan presentase 90% dan presentase 10% mengalami penatalaksanaan *sleep hygiene* baik bagi anak usia sekolah yang mengalami hospitalisasi (Yuslian 2017). Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian Fany

dkk bahwasanya anak yang mengalami hospitalisasi sebagian besar mengalami kualitas tidur yang kurang baik sehingga sangat berdampak pada *sleep hygiene* yang buruk. Penatalaksanaan *sleep hygiene* anak usia sekolah yang mengalami hospitalisasi ini disebabkan oleh beberapa hal diantaranya seperti lingkungan yang membuat perasaan takut saat proses perawatan, lingkungan rumah sakit yang tidak nyaman mengakibatkan anak rewel dan susah untuk tidur, dalam keadaan ini sangat berpengaruh pada kualitas tidur anak (Fany dkk. 2014).

## **2.2 Health Education (Pendidikan Kesehatan)**

### **2.2.1 Definisi Health Education (Pendidikan Kesehatan)**

*Health education* (Pendidikan Kesehatan) yaitu suatu cara atau kegiatan yang bertujuan dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap masyarakat yang kondusif bagi kesehatan dimana adanya pendidikan kesehatan bagi masyarakat. Upaya pendidikan kesehatan kesehatan yaitu untuk menghindari dan mencegah dalam hal yang merugikan kesehatan maupun kesehatan orang lain dimana individu mampu mencari pengobatan apabila sakit ataupun sebagainya. Hal penting bagi pendidikan kesehatan yaitu untuk mencapai kesehatan bagi masyarakat dalam pengetahuan dan sikap kesehatan. Kesehatan bukan hanya diketahui dalam *knowledge* dan *attitude* , tetapi dilaksanakan dalam kehidupan sehari-hari mereka. Akhir tujuan pendidikan kesehatan yaitu mampu menerapkan hidup sehat bagi diri-sendiri maupun masyarakat dan masyarakat mampu menerapkan sikap hidup sehat (*health life style*).

### **2.2.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan Kesehatan bertujuan untuk masyarakat mampu menerapkan hidup sehat bagi individu maupun orang lain atau masyarakat dapat memperoleh pengetahuan dan sikap dalam hidup sehat (Notoatmodjo 2012). Tujuan dari pendidikan kesehatan ialah agar masyarakat dapat menerapkan hidup sehat bagi dirinya sendiri dan bagi masyarakat, atau masyarakat dapat memperoleh pengetahuan dan sikap hidup sehat. Pendidikan kesehatan dalam promosi kesehatan dipengaruhi 3 faktor penyebab dengan penyebab terbentuknya dari perilaku menurut konsep Lawrence Green (1980) dalam (Notoadmodji 2012) yaitu:

1. Faktor predisposisi

Promosi kesehatan yaitu bertujuan dalam menciptakan kesadaran dalam memberikan ataupun meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam pemeliharaan dan peningkatan kesehatan bagi individu maupun orang lain. Dalam factor ini mencakup pengetahuan dan sikap kesehatan pada masyarakat, kepercayaan dalam tradisi atau keyakinan masyarakat pada hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan yaitu system nilai dianut oleh masyarakat, tingkat pendidikan maupun tingkat sosial ekonomi dan sebagainya

2. Faktor pemungkin

Factor yang mencakup fasilitas kesehatan dengan ketersediaan masyarakat dalam sarana dan prasarana. Sumber ketersediaan aksesibilitas dalam kesehatan baik dari segi jarak maupun biaya operasional, prioritas peraturan kelompok dan komitmen pada kesehatan.

3. Faktor penguat

Factor yang memperkuat terjadinya perilaku yang memperkuat suatu perilaku dengan memberikan penghargaan baik terus menerus pada perilaku dan peran terjadinya pengulangan. Konsekuensinya dalam factor penguat merupakan tindakan untuk menentukan apakah perilaku dapat menerima umpan balik positif dan akan mendapat dukungan sosial. Factor penguat yaitu pendapat, dukungan sosial, pengaruh teman, kritik atau lingkungan bahkan juga sarana umpan balik petugas kesehatan. Konsekuensi factor meliputi fisik dari perilaku yang terpisah dari konteks sosial dan dapat juga berlawanan atau hukuman yang dapat membawa perilaku positif.

### **2.2.3 Ruang Lingkup pendidikan Kesehatan**

Ruang lingkup pendidikan kesehatan sangat luas menurut Notoadmodjo (2012). Cangkupan tersebut dilihat dari 2 dimensi yaitu dimensi aspek pelayanan kesehatan dan dimensi tatanan pelaksanaan kesehatan.

#### **1. Ruang lingkup dalam aspek kesehatan**

Kesehatan masyarakat mencakup empat aspek yaitu :

##### **1) Promosi kesehatan aspek preventif promotif**

Sasaran pada orang sehat selama ini kurang diperhatikan dalam upaya kesehatan. Dalam komunitas kelompok orang sehat sekitar 80-85 % populasi apabila tidak dibina kesehatannya, maka jumlah itu akan meningkat lagi.

##### **2) Promosi kesehatan aspek penyembuhan dan pemulihan (kuratif-rehabilitative)**

Pada aspek terdapat tiga upaya dalam promosi kesehatan, yakni:

1. pencegahan tingkat pertama (Primary Prevention)

sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah kelompok kesehatan berisiko tinggi (high risk) misalnya kelompok hamil dan menyusui, para merokok obesitas (orang-orang yang kegemukan), para pekerja seks (wanita atau pria), dan sebagainya. Tujuan dari upaya ini yakni agar mereka tidak jatuh sakit atau terkena penyakit.

2. Pencegahan tingkat kedua (secondary prevention)

Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah para penderita penyakit kronis, misalnya asma, diabetes melitus, tuberkulosis, rematik, terkena arah tinggi dan sebagainya menjadi lebih parah.

3. Pencegahan tingkat ketiga (tertiary prevention)

Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah kelompok pasien yang baru sembuh (recovery) dari suatu penyakit. Dengan tujuan agar mereka segera pulih dari penyakitnya dan agar tidak menjadi cacat atau mengurangi kecacatan seminimal mungkin (rehabilitasi)

2. Tempat dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan menurut dimensi pelaksanaan pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 5 yakni:

1) Pendidikan kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)

2) Pendidikan kesehatan pada tatanan sekolah, dilakukannya disekolah dengan sasaran murid

- 3) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan
- 4) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat umum, yang mencakup terminal bus, stasiun, bandara udara, tempat-tempat olahraga, dan sebagainya.
- 5) Pendidikan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan, seperti : rumah sakit, puskesmas, poliklinik rumah bersalin dan sebagainya.

3. Tingkat pelayanan kesehatan dimensi tingkat pelayanan kesehatan pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan dari level and clark, sebagai berikut

- 1) Seperti peningkatan gizi, kebiasaan hidup dan perbaikan sanitasi lingkungan, kesehatan per orang dan sebagainya.
- 2) Perlindungan khusus  
Seperti adanya program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus ini
- 3) Diagnosis dini dan pengobatan segera

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit yang terjadi didalam masyarakat sering sulit terdeteksi

- 4) Pembatasan cacat

Yaitu seperti kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit seringkali mengakibatkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas, sedang pengobatan yang tidak sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan menjadi cacat

- 5) Rehabilitasi ( pemulihan)

Setelah sembuh dari suatu sakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut diperlukan latihan-latihan tertentu.

#### **2.2.4 Metode dalam pendidikan kesehatan**

Promosi kesehatan sendiri kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada individu, kelompok dan masyarakat. Adanya pesan tersebut diharapkan individu, kelompok dan masyarakat dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan lebih baik lagi. Pengetahuan tersebut diharapkan dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikapnya. Artinya adanya promosi kesehatan dapat membawa akibat terhadap perubahan pengetahuan dan sikap sasaran. Selain itu petugas juga memerlukan alat bantu/ alat peraga atau media yang dipakai. Agar mencapai hasil yang optimal, maka harus menyesuaikan seperti sasaran tertentu dengan menggunakan cara tertentu pula. Materi juga harus disesuaikan dengan sasaran atau media. Untuk sasaran kelompok maka metodenya harus berbeda dengan sasaran individu dan sasaran massa. Untuk sasaran massa pun harus berbeda dengan sasaran individual dan kelompok (Notoadmodjo, 2012). Metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan dapat berupa :

##### **1. Metode pendidikan individual**

Metode yang digunakan untuk membina pengetahuan dan sikap baru atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan pengetahuan dan sikap atau inisiasi. Bentuk pendekatan ini antara lain ;

- 1) bimbingan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut dengan sukarela, berdasarkan

kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima pengetahuan dan sikap (mengubah pengetahuan dan sikap)

2) wawancara (interview)

cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan konseling.

Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan.

2. Metode pendidikan kelompok dalam memilih metode ini harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran.

1) Kelompok besar

Yang dimaksud kelompok besar disini apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Yaitu ada dua metode :

a. Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran pendidikan tinggi maupun rendah

b. Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas. Seminar adalah suatu sajian ( presentasi)

dari suatu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topic yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

2) Kelompok kecil

Apabila peserta kegiatan kurang dari 15 orang biasanya disebut kelompok kecil. Metode yang sangat cocok, efektif dan efisien untuk kelompok kecil ini adalah

- a. Diskusi kelompok
- b. Curah pendapat ( brainstorming)
- c. Bola salju

### 3. Metode Pendidikan Massa

Metode pendidikan massa cocok untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Sasaran pendidikan ini bersifat umum, dalam arti tidak membeda-bedakan golongan seperti umur, jenis kelamin, pekerjaan, status ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya. Pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian mungkin sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi *awarrens* dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku. Pada umumnya bentuk bentuk pendekatan massa ini tidak langsung, biasanya digunakan dengan media massa seperti : ceramah umum, pidato, stimulasi, tulisan-tulisan dimalah atau koran dan *billboard* (Notoadmojo 2007).

### 4. Media Pendidikan Kesehatan

Media pendidikan kesehatan merupakan alat bantu untuk menyampaikan informasi kesehatan serta mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan

bagi masyarakat. Berdasarkan fungsinya media dibagi menjadi 3 yaitu : media cetak, media elektronik dan media papan (Notoadmojo 2007)

#### A. Media Cetak

Media cetak sangat bervariasi, adapun yang termasuk kedalam media cetak yaitu *booklet, leaflet, flayer, flip chart, rubrik, poster* dan foto.

#### B. Media Elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan berbeda-beda jenis. Media yang termasuk adalah televisi, radio, video slide dan flim strip

#### C. Media Papan

Papan (*bilboard*) yang dipasang ditempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi mengenai kesehatan. Media papan ini juga mencakup pesan yang ditulis pada selebaran kertas yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum.

#### 2.2.5 Leaflet

*Leaflet* merupakan selebaran kertas yang dilipat-lipat, berisi tulisan cetak dan beberapa gambar tertentu mengenai suatu topik khusus untuk sasaran dan tujuan tertentu (Suiraoaka dan Supariasa 2012).

#### 2.2.6 Kelebihan dan Kekurangan Media *Leaflet*

Kelebihan menggunakan media ini antara lain : sasaran dapat menyesuaikan dan belajar mandiri serta praktis karena mengurangi kebutuhan mencatat, sasaran dapat melihat isinya disaat santai dan sangat ekonomis, berbagai informasi dapat diberikan atau dibaca oleh anggota informasi yang detail dimana tidak diberikan secara lisan, mudah dibuat, diperbanyak dan diperbaiki seta mudah disesuaikan dengan kelompok sasaran (Lucie, 2005).

Sementara beberapa kelemahan dari *leaflet* yaitu : tidak cocok untuk sasaran individu perindividu, tidak tahan lama dan mudah hilang, *leaflet* akan menjadi percuma jika sasaran tidak diikuti sertakan secara aktif, serta perlu proses penggandaan yang baik (Lucie, 2005).

#### **2.2.7 Syarat Pembuatan *Leaflet* yang Baik**

Persyaratan *leaflet* yang efektif menurut Garnadi (1971) dalam Supardi (2002) adalah :

1. Ditulis secara populer menggunakan kata, kalimat dan istilah yang mudah dimengerti sasaran
2. Menggunakan kalimat sederhana, singkat dan jelas
3. Menggunakan warna dan gambar sebagai daya penarik
4. Dapat menggunakan kerangka apa, mengapa, bagaimana dan dimana
5. Dicitak dan dibagikan gratis kepada sasaran

Prinsip umum pembuatan *leaflet* menurut Garnadi (1971) dalam Supardi (2002) adalah :

1. Kesederhanaan yaitu konsep dan tulisan harus jelas, sederhana dan mudah dipahami.

2. Kesatuan, yaitu berbagai unsur yang saling menunjang membentuk ide tunggal.
3. Penekanan pada bagian yang penting untuk menarik minat dan perhatian
4. Tata letak gambar dan tulisan menggunakan warna yang serasi.

### **2.2.8 Hambatan Dalam Komunikasi**

Efek yang diharapkan dengan diterimanya pesan melalui media tertentu oleh sasaran adalah terjadinya perubahan pengetahuan, perubahan sikap, atau perubahan tindakan sesuai dengan tujuan yang diharapkan (Rogers & Shoemaker 1971) dalam Supardi (2012). Hambatan komunikasi disebut *barues* dan *noises*, terdapat beberapa hambatan seperti adanya hambatan psikologi, hambatan kultural dan hambatan lingkungan (Sadiman dkk 2003).

## **2.3 Konsep Anak Usia Sekolah**

### **2.3.1 Pengertian dan Batasan Anak Usia Sekolah**

Anak usia sekolah merupakan anak yang berumur 6 sampai 12 tahun yang duduk di sekolah dasar dari kelas 1 sampai 6 dan perkembangan sesuai usianya (Wong,2008). Pertumbuhan anak usia sekolah lebih cepat dibandingkan dengan masa prasekolah, keterampilan dan intelektual semakin berkembangnya, anak lebih senang bermain berkelompok dengan jenis kelamin yang sama (Narendra dkk 2008). Usia sekolah dimuali dari masuknya anak ke lingkungan sekolah yang memiliki signifikan dalam perkembangan dan hubungan anak dengan orang lain. Anak akan mulai bergabung dengan teman sebaya saat hubungan dekata pertama dari luar kelompok keluarga. Periode masa anak-anak di pertengahan antara

pertumbuhan dan perkembangan menjadi bertahap dengan peningkatan yang lebih besar terhadap aspek fisik dan emosional (Wong, 2008).

### **2.3.2 Perkembangan Biologis Anak Usia Sekolah**

Pada masa anak-anak pertengahan, pertumbuhan dengan tinggi dan berat badan terjadi sangat lambat akan tetapi pasti jika dibandingkan dengan masa sebelumnya. Pertumbuhan anak usia sekolah mengalami sekitar 5 cm pertahun untuk mencapai tinggi badan 30-60 cm pertahun. Rata-rata tinggi anak usia 6 tahun adalah sekitar 116cm dan berat badannya 21 kg, rata-rata tinggi anak usia sekolah 12 tahun adalah sekitar 150cm dan berat badannya mendekati 40kg (Wong,2008) . Perubahan proporsi merupakan salah satu diantara perubahan fisik yang paling diutamakan dalam masa kanak-kanak tengah dan akhir (Santrock,2007). Pertumbuhan anak usia sekolah lebih cepat dibandingkan dengan masa prasekolah, keterampilan dan intelektual semakin berkembangnya, anak lebih senang bermain berkelompok dengan jenis kelamin yang sama (Narendra dkk 2008).

### **2.3.3 Perkembangan Psikoseksual Anak Usia Sekolah**

Pada masa kanak-kanak pertengahan merupakan periode perkembangan psikoseksual yang mendeskripsikan sebagai periode laten, yaitu waktu tenang antara fase odipus fase anak-anak oleh Freud. Selama waktu ini, anak-anak membina hubungan dengan teman sebaya sesama jenis setelah perkenalan sebelumnya (Wong,2008). Saat tahap laten terjadi antara sekitar 6 tahun hingga masa puber. Selama periode ini anak akan menekan seluruh minat seksual dan mengembangkan keterampilan keterampilan sosial dan intelektual. Aktivitas ini

mengarahkan anak kedalam bidang yang aman secara emosional dan membantu anak melupakan konflik tahan phallic yang sangat menekan (Santrock 2007).

#### **2.3.4 Perkembangan Kognitif Anak Usia Sekolah**

Tahap operasional konkret yang berlangsung mulai dari sekitar 7 hingga 11 tahun merupakan tahap perkembangan kognitif menurut J.Piaget. anak sekarang dapat menalar secara logis mengenai kejadian konkret dan menggolongkan benda kedalam kelompok yang berbeda-beda (Santrock 2007). Pada tahap operasional konkret anak mampu menggunakan proses berpikir untuk mengalami peristiwa dan tindakan. Selama tahap ini anak mengembangkan pemahaman mengenai hubungan antara sesuatu hal dengan ide. Anak mengalami kemajuan dari membuat penilaian berdasarkan apa yang mereka lihat (pemikiran perseptual) membuat penilaian berdasarkan alasan mereka (Wong 2008)

#### **2.3.5 Perkembangan Moral Anak Usia Sekolah**

Perkembangan moral menurut Kohlberg anak usia sekolah bergerak melalui tahap perkembangan kesadaran diri dan standar moral. Walaupun anak usia 6 sampai 7 tahun mengetahui peraturan dan perilaku yang diharapkan dari mereka, mereka bertindak dengan memahami alasannya. Penguatan dan hukuman menginterpretasikan kecelakaan dan ketidakberuntungan sebagai hukuman, kesalahan atau akibat tindakan buruk yang dilakukan anak. Anak usia sekolah yang lebih besar lebih mampu menilai suatu tindakan berdasarkan niat dibandingkan akibat yang dihasilkannya. Mereka mampu memahami dan menerima konsep memperlakukan orang lain seperti bagaimana mereka ingin diperlakukan (Wong 2008).

### **2.3.6 Perkembangan Spiritual Anak Usia Sekolah**

Anak-anak pada usia ini berpikir dalam batasan yang sangat konkret tetapi merupakan pelajar yang baik dan memiliki kemauan besar untuk mempelajari Tuhan. Mereka sangat tertarik dengan konsep neraka dan surga dengan perkembangan kesadaran diri dan perhatian terhadap peraturan, anak takut akan masuk neraka karena kesalahan dan perilaku. Mereka merasa nyaman dengan berdoa atau melakukan ritual agama lainnya dan jika aktifitas ini merupakan bagian sehari-hari anak. Hal ini dapat membantu anak melakukan coping dalam menghadapi situasi yang mengancam. Permohonan anak kepada Tuhannya dalam beribadah cenderung untuk mendapat balasan nyata (Wong 2008).

### **2.3.7 Perkembangan Sosial Anak Usia Sekolah**

Salah satu agen sosialisasi terpenting dalam kehidupan anak usia sekolah adalah kelompok teman sebaya. Anak usia sekolah senang dengan perbedaan sudut pandang, menjadi sensitif terhadap norma sosial dan membentuk hubungan dengan teman sebaya merupakan hal paling penting dalam perkembangan sosial selama masa sekolah. Anak-anak juga memerlukan orang tua sebagai orang dewasa, bukan berarti sebagai teman. Anak-anak memerlukan yang stabil dan aman yang disediakan oleh orang dewasa yang telah matang, sebagai tempat anak dapat berpaling selama ada masalah dalam hubungan dengan teman sebaya (Wong 2008)

Setiap kesuksesan kecil akan meningkatkan diri anak. Konsep diri yang positif membuat anak merasa berharga dan mampu memberikan kontribusi dengan baik. Perasaan seperti itu menyebabkan penghargaan diri, kepercayaan diri

dan perasaan bahagia secara umum. Anak usia sekolah memiliki persepsi yang cukup akurat dan positif tentang keadaan fisik diri mereka sendiri, tetapi umumnya mereka kurang menyukai keadaan fisiknya seiring dengan penambahan usia. Citra tubuh dipengaruhi oleh orang lain yang penting bagi anak. Merupakan hal penting bahwa anak mengetahui fungsi tubuhnya dan orang dewasa mengoreksi pemahaman anak yang salah tentang tubuhnya (Wong 2008).

### **2.3.8 Perkembangan Psikososial Anak Usia Sekolah**

Pengembangan rasa industry adalah tahap perkembangan erikson yang keempat, terjadi sekitar tahun sekolah dasar. Inisiatif anak membawa mereka berhubungan dengan banyak pengalaman baru. Mereka mengarahkan energy mereka menuju penguasaan pengetahuan dan keterampilan intelektual (Santrock 2007). Anak-anak usia sekolah ingin sekali mengembangkan keterampilan dan berpartisipasi dalam pekerjaan yang berarti dan berguna bagi social. Meluasnya ketertarikan anak pada tahun-tahun pertengahan dan dengan tumbuhnya rasa kemandirian, anak ingin dilihat menyelesaikan tugas yang dapat dilakukan sampai selesai. Anak usia sekolah tidak dipersiapkan untuk memikul tanggung jawab terkait dengan perkembangan rasa pencapaian, perasaan kurang berharga dapat timbul dari anak itu sendiri dan dari lingkungan sosialnya (Wong 2008).

## **2.4 Konsep Hospitalisasi**

### **2.4.1 Pengertian Hospitalisasi**

Hospitalisasi merupakan keadaan dimana mengharuskan anak untuk dirawat di rumah sakit untuk menjalankan perawatan sampai pemulangan ke rumah (Wong 2009). Anak yang menjalankan hospitalisasi akan mengalami stres karena lingkungan asing bagi mereka (Hidayat 2006).

#### **2.4.2 Dampak Hospitalisasi**

Anak yang sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan krisis yang utama pada anak, ketika anak dirawat di rumah sakit, anak dengan mudahnya mengalami stress akibat dari status kesehatannya dengan lingkungannya dalam kebiasaan sehari – hari dan keterbatasan koping bagi anak dalam mengatasi masalah yang bersifat menekan. Anak yang dirawat inap juga dapat mengalami gangguan perkembangan dan emosional (Utami 2014).

Dampak hospitalisasi pada anak salah satunya adalah distress yang dibagi dua menjadi distress psikologi dan distress fisik. Distress psikologi seperti kecemasan, ketakutan, kekecewaan, malu, rasa bersalah. Distress fisik seperti kesulitan tidur dan imobilitas anak dalam melakukan sesuatu (Wong 2009).

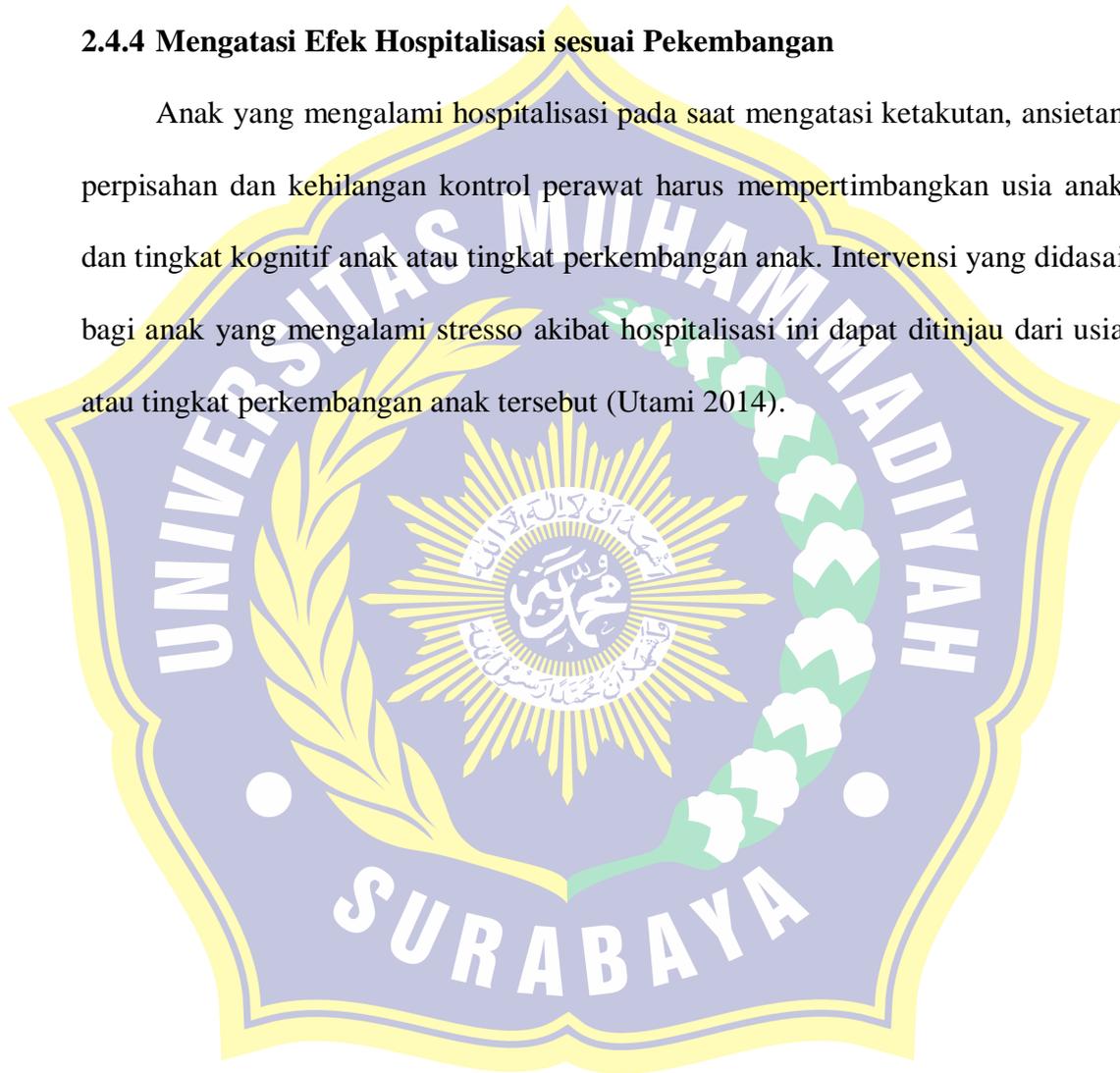
#### **2.4.3 Reaksi Anak Terhadap Hospitalisasi**

Anak secara umum lebih rentan mengalami sakit dan hospitalisasi karena kondisi anak merupakan status perubahan kesehatan dan rutinitas umum untuk mereka. Anak memiliki keterbatasan pemahaman dan mekanisme koping untuk membantu anak menyelesaikan stressor yang terjadi pada anak. Hospitalisasi membuat serangkaian peristiwa secara traumatik dan stress ketidakpastian bagi anak dan keluarga baik itu prosedur sebelum dan sesudah rencana efektif ataupun dalam situasi darurat yang terjadi akibat trauma. Anak akan mengalami stress berlangsung sebelum masuk, selama hospitalisasi dan setelah pulang, selain itu

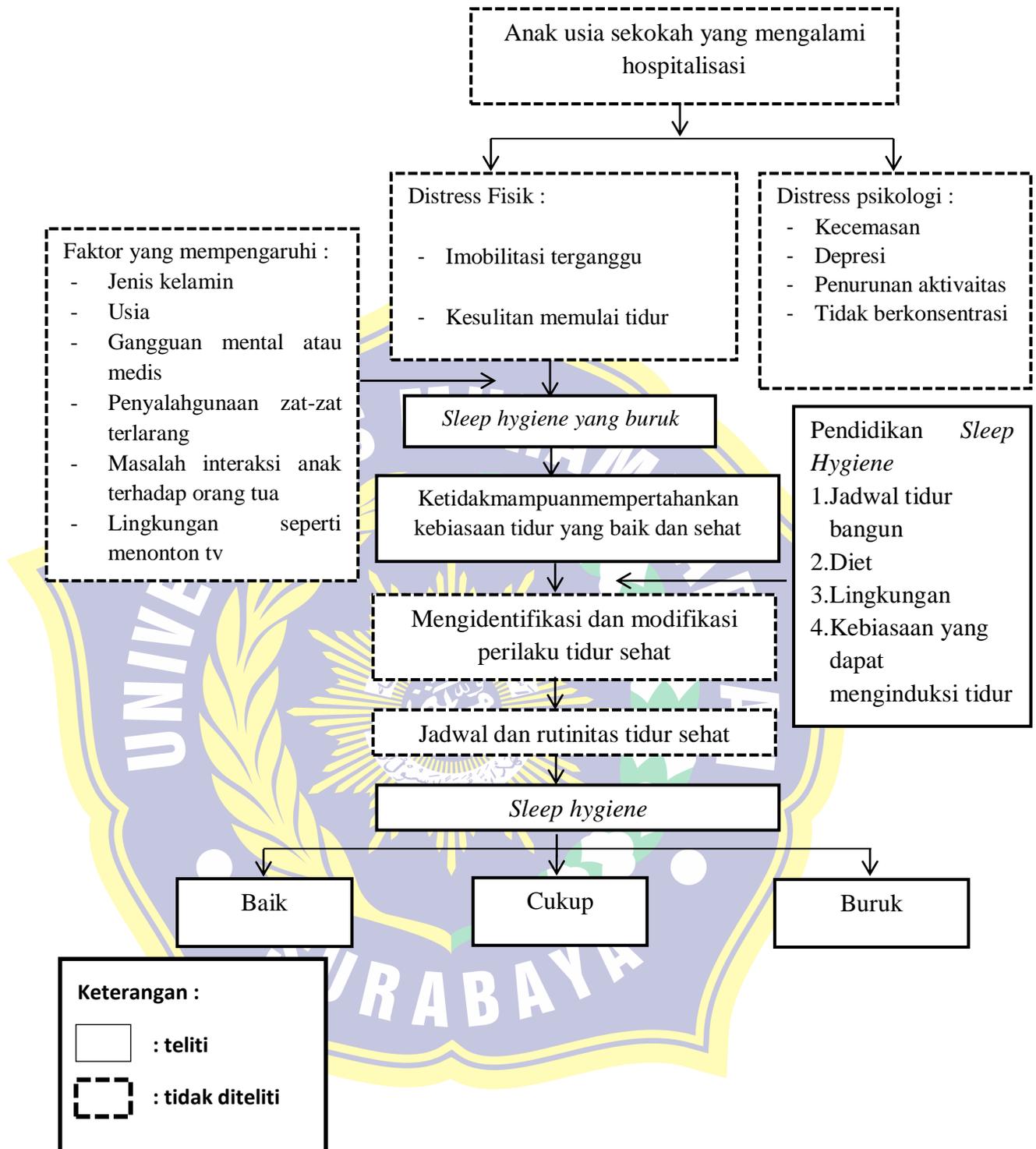
efek hospitalisasi mencakup ansietas serta ketakutan yang berhubungan dengan kemungkinan cedera tubuh, bahaya fisik dan nyeri. Anak dengan hospitalisasi dipisahkan dari rumah, keluarga, dan teman mereka serta berbagai hal yang sudah familiar untuk mereka yang akan mengakibatkan ansietas perpisahan, kehilangan kontrol pada anak (Utami 2014).

#### **2.4.4 Mengatasi Efek Hospitalisasi sesuai Perkembangan**

Anak yang mengalami hospitalisasi pada saat mengatasi ketakutan, ansietan perpisahan dan kehilangan kontrol perawat harus mempertimbangkan usia anak dan tingkat kognitif anak atau tingkat perkembangan anak. Intervensi yang didasai bagi anak yang mengalami stressor akibat hospitalisasi ini dapat ditinjau dari usia atau tingkat perkembangan anak tersebut (Utami 2014).



## 2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Pengaruh Edukasi dengan Media *Leaflet* terhadap Pelaksanaan *Sleep Hygiene* Anak Usia Sekolah yang di Rawat di RS PKU Muhammadiyah Surabaya.

## 2.6 Hipotesis

Hipotesis yang ditetapkan pada penelitian ini adalah “Pengaruh Edukasi dengan Media *Leaflet* terhadap Pelaksanaan *Sleep Hygiene* Anak Usia Sekolah yang dirawat di RS PKU Muhammadiyah Surabaya”

