

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Health Education*

2.1.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2012) Pendidikan kesehatan ialah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, ke mana seharusnya mencari pengobatan bilamana sakit dan sebagainya.

2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Pendidikan Kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2012) ada beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan promosi kesehatan dalam melakukan pendidikan kesehatan diantaranya yaitu :

A. Faktor Pemudah (*Predisposing Factor*)

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya.

B. Faktor Pemungkin (*Enabling Factor*)

Faktor ini mencakup keberhasilan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi dan sebagainya. Untuk berperilaku sehat, masyarakat memerlukan sarana dan prasarana pendukung.

C. Faktor Penguat (*Reinforcing factor*)

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toka), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Termasuk juga disini undang-undang, peraturan-peraturan, baik dari pusat maupun pemerintah daerah, yang terkait dengan kesehatan. Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, dan para petugas, lebih-lebih para petugas kesehatan.

2.1.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2012) berdasarkan pentahapan upaya promosi kesehatan ini, maka sasaran dibagi dalam 3 (tiga) kelompok sasaran sebagai berikut :

A. Sasaran Primer (*Primary Target*)

Masyarakat umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan, maka sasaran kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KTA (Kesehatan Ibu dan Anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja dan sebagainya. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (*empowerment*).

B. Sasaran Sekunder (*Secondary Target*)

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya disebut sasaran sekunder karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat disekitarnya. Disamping itu dengan perilaku sehat para tokoh masyarakat sebagai hasil pendidikan kesehatan yang diterima, maka para tokoh masyarakat ini akan memberikan contoh atau acuan perilaku sehat bagi masyarakat sekitarnya. Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan sosial (*social support*).

C. Sasaran Tersier (*Tertiary Target*)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik ditingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier promosi kesehatan.

Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder), dan juga kepada masyarakat umum (sasaran primer). Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran tersier ini sejalan dengan strategi advokasi (*advocacy*).

2.1.4 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2012) Cakupan promosi kesehatan, baik sebagai ilmu maupun seni sangat luas. Cakupan tersebut dapat dilihat dari dua dimensi yakni : (1) ruang lingkup berdasarkan aspek kesehatan, (2) ruang lingkup berdasarkan tatanan pelaksanaan dan (3) ruang lingkup berdasarkan dimensi tingkat pelayanan.

A. Ruang Lingkup Berdasarkan Aspek Kesehatan

Telah menjadi kesepakatan umum bahwa kesehatan masyarakat itu mencakup empat pokok, yakni : promosi kesehatan pada aspek preventif-promotif dan promosi kesehatan pada aspekkuratif-rehabilitatif.

1. Promosi Kesehatan pada Aspek Preventif-Promotif

Sasaran promosi kesehatan pada aspek promotif adalah kelompok orang sehat. Selama ini kelompok orang sehat kurang memperoleh perhatian dalam upaya kesehatan masyarakat. Padahal kelompok orang sehat disuatu komunitas sekitar 80-85% dari populasi. Apabila jumlah ini tidak dibina kesehatannya, maka jumlah ini akan meningkat. Oleh sebab itu pendidikan

kesehatan pada kelompok ini perlu ditingkatkan atau dibina agar tetap sehat, lebih meningkat lagi.

2. Promosi Kesehatan pada Aspek Penyembuhan dan Pemulihan
(*Kuratif - Rehabilitatif*)

Pada aspek ini upaya promosi kesehatan mencakup tiga upaya atau kegiatan, yakni :

- a. Pencegahan Tingkat Pertama (*Primary Prevention*)
- b. Pencegahan Tingkat Kedua (*Secondary Prevention*)
- c. Pencegahan Tingkat Ketiga (*Tertiary Prevention*)

3. Ruang Lingkup Berdasarkan Tatanan Pelaksanaan

Berdasarkan tatanan (setting) atau tempat pelaksanaan promosi atau pendidikan kesehatan, maka ruang lingkup promosi kesehatan ini dapat dikelompokkan menjadi :

- a. Promosi Kesehatan pada Tatanan Keluarga (Rumah Tangga).
- b. Promosi Kesehatan pada Tatanan Sekolah.
- c. Promosi Kesehatan di Tempat Kerja.
- d. Promosi Kesehatan di Tempat-tempat Umum.
- e. Promosi Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

4. Ruang Lingkup Berdasarkan Tingkat Pelayanan

Berdasarkan dimensi tingkat pelayanan kesehatan, promosi kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*), yaitu sebagai berikut :

- a. Promosi Kesehatan (*Health Promotion*).
- b. Perlindungan Khusus (*Specific Protection*).
- c. Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera (*Early Diagnosis And Prompt Treatment*).
- d. Pembatasan Cacat (*Disability Limitation*).
- e. Rehabilitasi (*Rehabilitation*).

2.1.5 Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2012) Pendidikan kesehatan juga sebagai suatu proses, dimana proses tersebut mempunyai masukan (input) dan keluaran (output). Dalam suatu proses pendidikan kesehatan yang menuju tercapainya tujuan pendidikan yakni perubahan perilaku dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan di samping masuknya sendiri juga metode, materi atau pesannya, pendidik atau petugas, yang melakukannya, dan alat-alat bantu/alat peraga pendidikan. Berikut ini diuraikan beberapa metode pendidikan atau promosi kesehatan sebagai berikut :

A. Metode Individual (Perorangan)

Dalam promosi kesehatan, metode yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang

yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut (Notoatmodjo, 2012).

Bentuk dari pendekatan ini, antara lain :

1. Bimbingan dan Penyuluhan (*Guidance and Counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh perhatian, akan menerima perilaku baru.

2. Wawancara (*Interview*)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah ia tertarik atau tidak terhadap perubahan. Juga untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

B. Metode Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada

sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan (Notoatmodjo, 2012).

1. Keunggulan

- a. Memberi kemungkinan untuk saling mengemukakan pendapat.
- b. Merupakan pendekatan yang demokratis, mendorong rasa kesatuan.
- c. Dapat memperluas pandangan atau wawasan.
- d. Membantu mengembangkan kepemimpinan.

2. Kekurangan

- a. Tidak efektif pada kelompok yang lebih besar.
- b. Keterbatasan informasi yang didapat oleh peserta.
- c. Membutuhkan pemimpin diskusi yang terampil.
- d. Kemungkinan didominasi orang yang suka berbicara.
- e. Biasanya sebagian besar orang menghendaki pendekatan formal.

Dibawah ini merupakan macam-macam metode kelompok, sebagai berikut :

1. Kelompok Besar

Yang dimaksud kelompok besar disini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain :

a. Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

b. Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

2. Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil, antara lain :

a. Diskusi Kelompok

Dalam diskusi kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadap-hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pimpinan diskusi/penyuluh juga duduk diantara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Tepatnya mereka dalam taraf yang sama sehingga tiap anggota kelompok ada kebebasan/keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat.

b. Curah Pendapat (*Brain Storming*)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya, pada permulaannya pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah kemudian tiap peserta memberikan jawaban-jawaban atau tanggapan (cara pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh diberi komentar oleh siapa pun. baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari dan akhirnya terjadilah diskusi.

c. Bola Salju (*Snow Balling*)

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang, 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit, tiap 2 pasang bergabung menjadi 1. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap-tiap pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya terjadi diskusi seluruh anggota kelompok.

d. Kelompok Kecil (*Bruzz Group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil (*buzz group*) yang kemudian diberikan suatu permasalahan sama atau tidak sama dengan kelompok lain. Masing-masing kelompok

mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya.

e. Memainkan Peranan (*Role Play*)

Dalam metode ini, beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka meragakan misalnya bagaimana interaksi atau komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

f. Permainan Simulasi (*Simulation Game*)

Metode ini adalah merupakan gabungan antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah), selain bebreran atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

3. Metode Massa

Metode (pendekatan) massa cocok untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya. Maka pesan-pesan kesehatan

yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi *awerness*, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2012). Berikut ini akan dijelaskan beberapa contoh metode yang cocok untuk pendekatan massa sebagai berikut :

a. Ceramah Umum (*Public Speaking*)

Pada cara-cara tertentu misalnya pada hari kesehatan nasional menteri kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya berpidato dihadapan massa rakyat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

b. Berbincang-bincang (*Talk Show*)

Tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun radio, pada hakikatnya merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

c. Simulasi

Dialog antara pasien dengan dokter atau petugas lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan disuatu media massa juga merupakan pendekatan massa.

d. Billboard

Yang dipasang dipinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

2.1.6 Media Pendidikan Kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2012) Media pendidikan kesehatan adalah media yang digunakan oleh petugas dalam menyampaikan bahan, materi atau pesan kesehatan karena alat-alat tersebut merupakan saluran (*channel*) yang digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media pendidikan ini dibagi menjadi tiga, yakni media cetak, media elektronik dan media papan :

1. Media Cetak yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak terdiri dari berbagai macam sebagai berikut :
 - a. Booklet
 - b. Leaflet
 - c. Flyer (selebaran)
 - d. Foto tentang informasi kesehatan
 - e. Rubrik
 - f. Poster
 - g. Flip chart (lembar balik)

2. Media Elektronik yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dandidengar dalam menyampaikan pesannya melalui alat bantu elektronik. Media elektronik terdiri dari berbagai macam sebagai berikut :
 - a. Televisi
 - b. Radio
 - c. Video
 - e. Slide
 - f. Film Strip

3. Media Papan (*Billboard*) yaitu papan (*Billboard*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi).

2.2 Konsep Permainan *Health-Trace Map*

2.2.1 Pengertian Permainan *Health-Trace Map*

Ular tangga adalah sebuah permainan untuk anak-anak yang terbuat dari bahan kertas dimainkan oleh 2 orang atau lebih. Papan permainan dibagi dalam kotak-kotak kecil yang terdapat tantangannya dan di beberapa kotak digambar sejumlah “tangga” (Melsi, 2015).

Jadi, permainan *Health-Trace Map* konsepnya sama saja dengan ular tangga bukan dalam bentuk tangga namun, hanya saja dalam permainan ini cara melewati sebuah pertualangan yaitu terdapat teka-teki persoalan untuk bisa menjawab dan memecahkan masalah pertanyaan demi pertanyaan yang berkaitan dengan kesehatan yang kemudian dapat berburu harta karun sampai titik akhir setelah melewati berbagai rintangan yang seputar mengenai hal kesehatan. Permainan ini yang bertujuan untuk melatih ketrampilan fisik serta kemampuan kognitif dan motivasi anak dalam permainan ini sangat mudah dan juga menyenangkan.

2.2.2 Manfaat Permainan *Health-Trace Map*

Manfaat dari permainan *Health-Trace Map* ini yaitu sebagai berikut :

1. Memberikan ilmu pengetahuan dan menambah wawasan kepada anak melalui proses pembelajaran bermain sambil belajar mengenai PHBS di sekolah.
2. Merangsang pengembangan daya pikir, daya cipta dan bahasa agar mampu menumbuhkan sikap, mental, serta akhlak yang baik.
3. Menciptakan lingkungan bermain yang menarik, memberikan rasa aman, dan menyenangkan.
4. Belajar sportif untuk mengenal kalah dan menang.
5. Belajar bekerja sama dan menunggu giliran.
6. Mengasah kemampuan bersosialisasi dan menjalin kedekatan.

2.2.3 Karakteristik Permainan *Health-Trace Map*

Ukuran pada permainan ini berbentuk persegi panjang. Terdapat kartu kesehatan. Pada permainan ini terlebih dahulu membentuk satu kelompok kecil yang terdiri dari 3 sampai 5 orang. Adapun karakteristik dari permainan *Health-Trace Map* terhadap PHBS disekolah yang menyesuaikan dengan kondisi lingkungan yaitu memiliki karakteristik :

1. Mencuci tangan dengan air yang mengalir dan sabun.
2. Mengonsumsi jajanan sehat.
3. Menggunakan jamban yang bersih dan sehat.

4. Tidak merorok di lingkungan sekolah maupun diluar lingkungan sekolah.
5. Menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan setiap 6 bulan sekali.
6. Membuang sampah pada tempatnya.

2.2.4 Prinsip Permainan *Health-Trace Map*

Dalam melakukan aktifitas bermain untuk anak saat di rumah maupun di sekolah hendaknya memperhatikan prinsip bermain sebagai berikut :

1. Tidak banyak mengeluarkan energi, singkat dan sederhana.
2. Mempertahankan kekompakkan dan kebersamaan.
3. Permainan tidak bertentangan dengan pengobatan.

2.2.5 Aturan Permainan *Health-Trace Map*

Setelah anak sudah jelas dengan aturan dan cara bermainnya, maka permainan ini bisa langsung dilakukan. Pada saat permainan, anak diharapkan sudah memilih gaco sebagai alat pengingat kelompok untuk menjalankan permainan *Health-Trace Map*, lalu setiap kelompok mengocok dadu untuk dapat berjalan ke pos-pos yang sudah ada dengan cara melewatinya yaitu terdapat teka-teki persoalan untuk bisa menjawab dan memecahkan masalah pertanyaan demi pertanyaan yang berkaitan dengan kesehatan, apabila ada kartu petunjuk maka kelompok

harus menjawab soal tersebut agar dapat menjalankan pos selanjutnya sehingga dapat berburu harta karun sampai titik akhir. Pemain menjalankan misi tertentu yaitu menjawab kartu petunjuk untuk mengatasi halangan petualangan. Apabila kelompok yang sampai dulu di titik akhir maka mereka akan mendapatkan *reward* atau hadiah yang terdapat petunjuk dari dalam peti harta karun.

2.2.6 Kelebihan Permainan *Health-Trace Map*

1. Pada permainan ini mampu melatih sikap dan kesabaran anak untuk menunggu antrian dengan tertib dalam memulai pengocokkan permainan.
2. Melatih kerjasama antar sesama teman dalam satu tim.
3. Media permainan *Health-Trace Map* ini sangat efektif untuk mengulang (*review*) pelajaran yang telah diberikan.
4. Media ini sangat praktis dan ekonomis serta mudah untuk dibawa kemana-mana.
5. Dapat meningkatkan antusias anak dalam menggunakan media pembelajaran ini.
6. Anak akan menjawab pertanyaan dengan sungguh-sungguh apabila mereka berhenti di kartu petunjuk.
7. Media ini sangat disenangi oleh anak karena banyak terdapat gambar yang menarik dan *full colour*.

2.2.7 Kekurangan Permainan *Health-Trace Map*

1. Membutuhkan persiapan yang matang agar menyesuaikan konsep materi dan kegiatan pembelajaran.
2. Jika terdapat anak yang cenderung cepat bosan maka ia akan kehilangan minat untuk bermain.
3. Penggunaan media *Health-Trace Map* tidak dapat mengembangkan semua materi pembelajaran.
4. Kurangnya pemahaman aturan permainan oleh anak dapat menimbulkan keributan.
5. Bagi anak yang tidak menguasai materi dengan baik maka akan mengalami kesulitan dalam bermain.
6. Permainan akan mudah sobek karena terbuat dari bahan kertas.

2.3 Konsep PHBS

2.3.1 Pengertian PHBS

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sendiri sebagai hasil pembelajaran perilaku hidup bersih dan sehat yang diterapkan pada lima tatanan yaitu tatanan rumah tangga, sekolah, institusi kesehatan, tempat kerja, dan tempat umum. Program ini mengajarkan dan menciptakan kondisi perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan memberikan komunikasi, informasi, edukasi, untuk meningkatkan pengetahuan keterampilan, dan sikap dalam perilaku hidup bersih dan sehat melalui pendekatan pimpinan (advokasi), bina

suasana (sosial support), dan pemberdayaan masyarakat (Depkes RI, 2010).

2.3.2 Tatanan PHBS

Tatanan adalah tempat dimana sekumpulan orang hidup, bekerja, bermain, berinteraksi, dan sebagainya. Dalam hal ini (Depkes RI, 2011) menetapkan indikator yang ditetapkan pada program PHBS berdasarkan area/wilayah, ada tiga bagian yaitu sebagai berikut :

A. Indikator Nasional

Ditetapkan 3 indikator, yaitu :

1. Persentase penduduk tidak merokok
2. Persentase penduduk yang memakan sayur-sayuran dan buah-buahan
3. Persentase penduduk melakukan aktifitas fisik/olahraga.

B. Indikator Lokal Spesifik

Indikator nasional ditambah indikator lokal spesifik masing-masing daerah sesuai dengan situasi dan kondisi daerah. Dengan demikian ada 16 indikator yang dapat digunakan untuk mengukur perilaku sehat.

C. Indikator PHBS di setiap Tatanan

Indikator sehat terdiri dari indikator perilaku dan indikator lingkungan di 5 (lima) tatanan, yaitu :

1. Indikator Tatanan Rumah Tangga.
2. Indikator Tatanan Tempat Kerja.
3. Indikator Tatanan Tempat Umum.
4. Indikator Tatanan Sarana Kesehatan.
5. Indikator Tatanan Sekolah.

2.4 Konsep PHBS di Sekolah

2.4.1 Pengertian PHBS di Sekolah

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Sekolah merupakan sekumpulan perilaku yang dipraktikkan oleh peserta didik, guru, dan masyarakat di lingkungan sekolah atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, sehingga secara mandiri mampu mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya, serta berperan aktif dalam mewujudkan lingkungan sehat (Depkes RI, 2010).

2.4.2 Tujuan PHBS di Sekolah

Menurut (Interaksi Suplemen, Kementrian Kesehatan RI, 2011) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) disekolah mempunyai tujuan, yaitu :

1. Tujuan Umum

Memperdayakan setiap siswa, guru dan masyarakat lingkungan sekolah agar tau, mau, dan meolong diri sendiri di bidang kesehatan dengan menerapkan PHBS dan berperan aktif dalam mewujudkan dalam sekolah sehat.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan pengetahuan tentang PHBS bagi setiap siswa, guru, dan masyarakat di lingkungan sekolah.
- b. Meningkatkan peran serta aktif setiap siswa, guru, dan masyarakat mengenai PHBS di lingkungan sekolah.
- c. Memandirikan setiap siswa, guru, dan masyarakat di lingkungan sekolah mengenai PHBS.

2.4.3 Manfaat PHBS di Sekolah

Menurut (Interaksi Suplemen, Kementrian Kesehatan RI, 2011) mengemukakan bahwa manfaat PHBS di Sekolah adalah sebagai berikut :

1. Terciptanya sekolah yang bersih dan sehat sehingga siswa, guru dan masyarakat lingkungan sekolah terlindungi dari berbagai gangguan dan ancaman penyakit.
2. Meningkatkan semangat proses belajar mengajar yang berdampak pada prestasi belajar siswa.
3. Citra sekolah institusi pendidikan semakin meningkat sehingga mampu menarik minat orang tua.
4. Meningkatkan citra pemerintah daerah di bidang pendidikan.
5. Menjadi percontohan sekolah atau daerah lain.

2.4.4 Indikator PHBS di Sekolah

PHBS di institusi pendidikan adalah upaya pemberdayaan dan peningkatan kemampuan untuk berperilaku hidup bersih dan sehat di tatanan institusi pendidikan. Menurut (Interaksi Suplemen, Kementerian Kesehatan RI, 2011) Indikator PHBS di institusi pendidikan/sekolah ada 8 komponen namun, peneliti menyesuaikan dengan kondisi lingkungan maka ada 6 komponen yakni sebagai berikut :

A. Mencuci Tangan dengan Air Mengalir dan Sabun

Kedua tangan kita sangat penting untuk membantu menyelesaikan berbagai pekerjaan. Makan dan minum sangat membutuhkan kerja dari tangan. Jika tangan bersifat kotor, maka tubuh sangat beresiko terhadap masuknya mikroorganisme. Cuci tangan harus dilakukan dengan menggunakan air bersih dan sabun. Air yang tidak bersih banyak mengandung kuman dan bakteri penyebab penyakit. Bila digunakan, kuman berpindah ke tangan. Pada saat makan, kuman dengan cepat masuk ke dalam tubuh, yang bisa menimbulkan penyakit. Sabun dapat membersihkan kotoran dan membunuh kuman karena tanpa sabun, maka kotoran dan kuman masih tertinggal di tangan (Atikah & Eni, 2012).

1. Waktu yang tepat untuk Mencuci Tangan

Menurut (Atikah & Eni, 2012) waktu yang tepat untuk mencuci tangan :

- a. Sebelum dan sesudah makan untuk menghindari masuknya kuman kedalam tubuh saat kita makan.

- b. Setelah bersin, membuang ingus, dan pulang dari bepergian.
- c. Setelah buang air besar kemungkinan tinja masih tertempel di tangan, sehingga diharuskan untuk mencuci tangan.
- d. Setelah bermain kebiasaan anak kecil adalah bermain di tempat yang kotor seperti tanah dan setelah memegang atau memberi makan hewan.
- e. Sebelum dan sesudah melakukan tindakan bagi adik-adik mencuci tangan ini juga bisa dilakukan sebelum dan sesudah bangun tidur, dan sesudah melakukan kegiatan yang lain.

2. Manfaat Cuci Tangan

Menurut (Atikah & Eni, 2012), manfaat cuci tangan sebagai berikut :

- a. Mencegah penularan penyakit seperti diare, kolera diseptri, typhus, kekacangan, penyakit kulit, ISPA, flu burung atau SARS.
- b. Menghilangkan kuman yang tidak tampak seperti minyak/lemak/kotoran dipermukaan kulit.
- c. Membunuh kuman penyakit yang ada ditangan.
- d. Mencegah terjadinya perpindahan kuman pada saat terjadi kontak dengan orang lain.
- e. Tangan menjadi bersih, harum, segar dan sehat.

B. Membuang Sampah pada Tempatnya

Sampah merupakan salah satu penyebab tidak seimbangya lingkungan hidup, yang umumnya terdiri dari komposisi sisa makanan, daun-daun, plastik, kain bekas, karet dan lain-lain. Bila dibuang dengan cara ditumpuk

saja maka akan menimbulkan bau dan gas berbahaya bagi kesehatan manusia. Bila dibakar akan menimbulkan pengotoran udara. Selain itu tradisi membuang sampah di sungai dapat mengakibatkan pendangkalan yang demikian cepat, banjir juga mencemari sumber air permukaan karena pembusukan sampah tersebut. Jadi pada kenyataannya, sampah telah mencemari tanah, badan air dan udara dalam kota.

Siswa wajib membuang sampah pada tempat sampah yang telah disediakan. Siswa diharapkan tahu dalam memilih jenis sampah berdasarkan asalnya yang digolongkan dalam dua bagian yakni sampah organik (sampah basah) dan sampah an-organik (sampah kering). Sampah yang berserakan dilingkungan sekolah dapat menimbulkan penyakit (seperi penyakit jamur pada kulit, diare, kolera, tifus, DBD), berubahnya ekosistem perairan biologis, bau yang tidak sedap, dan tidak indah dipandang oleh mata (Atikah & Eni, 2012).

C. Mengkonsumsi Jajanan Sehat

Perilaku anak jajan sembarangan ditempat yang kebersihannya tidak dapat dikontrol oleh pihak sekolah dan tidak terlindung dan dapat tercemar oleh debu dan kotoran yang mengandung telur cacing, hal ini dapat menjadi sumber penularan infeksi kecacingan pada anak. Selain melalui tangan, transmisi telur cacing dapat juga melalui makanan dan minuman, terutama makanan jajanan yang tidak dikemas dan tidak tertutup rapat. Telur cacing yang ada dit tanah/debu akan sampai pada makanan tersebut jika diterbangkan oleh angin atau dapat juga melalui lalat yang sebelumnya hinggap di

tanah/selokan, sehingga kaki-kakinya membawa telur cacing tersebut, terutama pada jajanan yang tidak tertutup (Atikah & Eni, 2012).

D. Tidak Merokok di Sekolah maupun di luar Sekolah

Menurut (Atikah & Eni, 2012) dalam satu batang rokok yang dihisap akan dikeluarkan sekitar 4.000 bahan kimia berbahaya seperti nikotin, tar dan carbon monoksida (CO). Nikotin dapat menyebabkan ketagihan dan merusak jantung serta aliran darah. Tar dapat menyebabkan kerusakan sel paru-paru dan kanker sedangkan gas CO dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan darah membawa oksigen yang akan membuat sel-sel dalam tubuh akan mati. Perokok aktif adalah orang yang mengkonsumsi rokok secara rutin dengan sekecil apapun walaupun itu cuma 1 batang dalam sehari. Perokok pasif adalah orang yang bukan perokok tapi menghirup asap rokok orang lain atau orang yang berada dalam satu ruangan tertutup dengan orang yang sedang merokok. Rumah merupakan tempat berlindung, termasuk dari asap rokok. Perokok pasif harus berani menyuarakan haknya tidak menghirup asap rokok. Setiap kali menghirup asap rokok, baik sengaja maupun tidak, berarti juga menghisap lebih dari 4.000 macam racun. Karena itulah, merokok sama dengan memasukkan racun-racun tadi ke dalam rongga mulut dan tentunya paru-paru.

Merokok baik secara aktif maupun pasif membahayakan tubuh, seperti Menyebabkan kerontokan rambut, Gangguan pada mata (seperti katarak), Kehilangan pendengaran lebih awal dibanding bukan perokok, Tulang lebih mudah patah, Menyebabkan paru-paru kronis, Menyebabkan stroke dan

serangan jantung, Merusak gigi dan menyebabkan bau mulut yang tidak sedap, Menyebabkan kanker kulit (Atikah & Eni, 2012).

E. Menggunakan Jamban yang Bersih dan Sehat

Menurut (Atikah & Eni, 2012) Jamban adalah suatu ruangan yang mempunyai fasilitas pembuangan kotoran manusia yang terdiri atas tempat jongkok atau tempat duduk dengan leher angsa (cemplung) yang dilengkapi dengan unit penampungan kotoran dan air untuk membersihkannya. Jamban harus dipelihara supaya tetap sehat, lantai jamban hendaknya selalu bersih dan tidak ada genangan air, bersihkan jamban secara teratur sehingga ruang jamban tidak ada kotoran yang terlihat, tidak ada serangga (kecoa, lalat) tikus yang berkeliaran, sediakan alat kebersihan (sabun, sikat, dan air bersih), dan bila ada kerusakan segera perbaiki. Jenis-jenis jamban yang digunakan :

1. Jamban cemplung adalah jamban yang penampungannya berupa lubang yang berfungsi menyimpan kotoran/tinja ke dalam ke dalam tanah dan mengendapkan kotoran ke dasar lubang. Untuk jamban cemplung diharuskan ada penutup agar tidak berbau dan jamban ini digunakan untuk daerah yang sulit air.
2. Jamban tangki sepi atau leher angsa adalah jamban ini adalah jamban berbentuk leher angsa yang penampungannya berupa tangki septik ke dalam air yang berfungsi wadah proses penguraian/dekomposisi kotoran manusia yang dilengkapi dengan resapan.

F. Menimbang Berat Badan dan Mengukur Tinggi Badan setiap 6 Bulan sekali

Kegiatan menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan pada siswa dilakukan dengan tujuan untuk mengamati tingkat pertumbuhan pada siswa. Hasil pengukuran dan penimbangan berat badan pada siswa tersebut dibandingkan dengan standar berat badan dan tinggi badan yang telah ditetapkan sehingga guru mengetahui pertumbuhan siswanya normal atau tidak normal (Atikah & Eni, 2012).

2.5 Konsep Motivasi

2.5.1 Pengertian Motivasi

Menurut (Susatyo & Arita, 2012) Motivasi berasal dari kata latin "*Movere*" yang berarti dorongan atau menggerakkan. Sehingga Motivasi merupakan dorongan (misal ide, emosi, atau kebutuhan fisik) yang menyebabkan seseorang mengambil suatu tindakan.

Menurut (Notoatmodjo, 2012) Motivasi atau motif adalah suatu dorongan dari dalam diri seseorang yang menyebabkan orang tersebut melakukan kegiatan-kegiatan tertentu guna mencapai suatu tujuan, motif tidak dapat diamati, yang dapat diamati adalah kegiatan atau mungkin alasan-alasan tindakan tersebut.

Maka dapat disimpulkan Motivasi merupakan satu penggerak dari dalam hati seseorang untuk melakukan atau mencapai suatu tujuan.

2.5.2 Macam-macam Motivasi

Motivasi dibagi berdasarkan berbagai pandangan dari para ahli antara lain menurut (Notoatmodjo, 2012) sebagai berikut :

1. Pembagian motivasi berdasarkan kebutuhan manusia dibedakan menjadi tiga macam, yakni :
 - a. Motivasi kebutuhan biologis, seperti minum, makan bernapas, seksual, dan bekerja, dan beristirahat.
 - b. Motivasi darurat, yang mencakup dorongan-dorongan menyelamatkan diri, berusaha, dan dorongan untuk membalas.
 - c. Motif objektif, yang meliputi kebutuhan untuk melakukan eksplorasi, melakukan manipulasi dan sebagainya.
2. Pembagian motivasi berdasarkan terbentuknya motif tersebut mencakup, sebagai berikut :
 - a. Motif-motif pembawaan, yang dibawa sejak lahir tanpa belajar misalnya dorongan untuk makan, minum, beristirahat, dorongan seksual dan sebagainya.
 - b. Motif yang dipelajari, yaitu motif-motif yang timbul karena dipelajari seperti dorongan untuk belajar sesuatu, dorongan untuk mengejar kedudukan dan sebagainya.
3. Pembagian motivasi berdasarkan Penyebabnya, yakni :
 - a. Motivasi Ekstrinsik, yaitu motivasi yang berfungsi karena adanya rangsangan dari luar.

- b. Motivasi Intrinsik, yaitu motivasi yang berfungsi tanpa rangsangan dari luar tetapi sudah dengan sendirinya terdorong untuk berbuat sesuatu.

2.5.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Motivasi

Pentingnya motivasi, membuat kita akan bergairah kembali dalam melakukan sesuatu. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi dibagi menjadi dua faktor (Kurniawati, 2015) sebagai berikut :

1. Faktor Instrinsik

Faktor Intrinsik adalah faktor-faktor dalam diri individu atas dasar kesadaran memotivasi dirinya yang mempunyai dorongan untuk melakukan sesuatu. Faktor-faktor itu diantaranya sebagai berikut:

a. Kebutuhan

Kebutuhan merupakan segala sesuatu yang harus dipenuhi. Banyaknya kebutuhan yang ingin dipenuhi oleh setiap manusia mendorong manusia tersebut untuk melakukan pekerjaan.

b. Harapan

Harapan merupakan sesuatu yang kita inginkan. Seorang mau bekerja keras bila ada harapan pribadi yang hendak diwujudkan menjadi kenyataan.

c. Kepuasan

Kepuasan merupakan perasaan emosional seseorang setelah melakukan sesuatu. Kadangkalanya orang termotivasi melakukan sesuatu karena adanya kepuasan yang ingin dia capai.

d. Minat

Minat adalah suatu rasa keinginan yang teramat pada suatu hal biasanya muncul dari dalam diri, tanpa ada yang menyuruh atau tanpa adanya pengaruh dari orang lain.

2. Faktor Ekstrinsik

Faktor ekstrinsik merupakan faktor-faktor di luar diri individu atau adanya rangsangan maupun pengaruh yang dapat memotivasi individu untuk melakukan sesuatu. Faktor-faktor itu diantaranya sebagai berikut:

a. Lingkungan

Merupakan suatu sesuatu yang ada di sekitar organisasi. Lingkungan organisasi yang mendukung akan memotivasi orang untuk semangat dalam melakukan pekerjaan dalam organisasi tersebut.

b. Dukungan Keluarga

Ibu melakukan suatu hal bukan atas hendaknya sendiri akan tetapi karena adanya dorongan dari keluarga seperti suami, anak, orang tua dan teman.

c. Keseimbangan dan Keadilan

Individu termotivasi untuk melakukan sesuatu karena adanya *job rewards* (hadiah pekerjaan) yang diberikan oleh organisasi itu atau diluar organisasi itu.

d. Tujuan

Segala sesuatu yang kita ingin capai merupakan suatu tujuan. Dengan adanya tujuan organisasi mendorong anggota-anggotanya untuk bekerja keras semaksimal mungkin untuk mencapai tujuan tersebut.

e. Tantangan

Merupakan segala sesuatu yang menjadi halangan dalam kita melakukan kegiatan. Adakalanya tantangan itu menjadi motivator bagi kita untuk menaklukan tantangan itu.

f. Hukuman

Merupakan balasan terhadap segala sesuatu yang telah dilakukan diluar dari aturan. Hukuman itu mendorong mereka untuk melakukan hal yang sesuai aturan.

2.5.4 Teori Motivasi

Banyak teori motivasi yang dikemukakan oleh para ahli yang dimaksudkan untuk memberikan uraian yang menuju pada apa sebenarnya manusia dan manusia akan dapat menjadi seperti apa. Landy dan Becker membuat pengelompokan pendekatan teori motivasi ini menjadi 5 kategori, sebagai berikut :

1. Teori Abraham Maslow

Menurut (Susatyo & Arita, 2012) Abraham Maslow mengemukakan bahwa pada dasarnya semua manusia memiliki kebutuhan pokok. Ia menunjukkan dalam 5 tingkatan yang berbentuk piramid, orang memulai dorongan dari tingkatan terbawah. Lima tingkat kebutuhan itu dikenal dengan sebutan hirarki. Kebutuhan Maslow, dimulai dari kebutuhan biologis dasar sampai motif psikologis yang lebih kompleks yang hanya akan penting setelah kebutuhan dasar terpenuhi. Kebutuhan pada suatu peringkat paling tidak harus terpenuhi sebagian sebelum kebutuhan pada peringkat berikutnya menjadi penentu tindakan yang penting.



**Gambar 2.1 Hierarki Kebutuhan Maslow
Dikutip dari buku (Notoadmodjo, 2010)**

Secara lebih rinci Maslow membagi kebutuhan tersebut menjadi lima tingkatan, yaitu :

1. Kebutuhan Fisiologi (rasa lapar, rasa haus, dan sebagainya).
2. Kebutuhan Rasa Aman (merasa aman dan terlindung jauh dari bahaya).
3. Kebutuhan akan rasa cintai dan rasa memiliki (berafiliasi dengan orang lain, diterima, memiliki).
4. Kebutuhan akan penghargaan (berprestasi, berkompetensi, dan mendapatkan dukungan serta pengakuan).
5. Kebutuhan Aktualisasi diri (kebutuhan kognitif : mengetahui, memahami, dan menjelajahi; kebutuhan estetik : keserasian, keteraturan, dan keindahan; kebutuhan aktualisasi diri : mendapatkan kepuasan diri dan menyadari potensinya).

2. Teori Herzberg

Menurut (Susatyo & Arita, 2012) Herzberg membagi ada dua jenis faktor yang mendorong seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan dan menjauhkan diri dari ketidakpuasan. Dua faktor itu disebutnya faktor hygiene (faktor ekstrinsik) dan faktor motivator (faktor intrinsik). Faktor hygiene memotivasi seseorang untuk keluar dari ketidakpuasan, termasuk didalamnya adalah hubungan antar manusia, imbalan, kondisi lingkungan, dan sebagainya (faktor ekstrinsik), sedangkan faktor motivator memotivasi seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan yang termasuk didalamnya *achievement*, pengakuan, kemajuan tingkat kehidupan dan seterusnya (faktor intrinsik).

3. Teori Douglas McGregor

Menurut (Susatyo & Arita, 2012) Douglas McGregor mengemukakan dua pandangan manusia yaitu teori X (negatif) dan teori Y (positif). Menurut teori X empat pengandaian yang dipegang manajer :

- a. Karyawan secara *inheren* tertanam dalam dirinya tidak menyukai kerja.
- b. Karyawan tidak menyukai kerja mereka harus diawasi atau diancam dengan hukuman untuk mencapai tujuan.
- c. Karyawan akan menghindari tanggungjawab.
- d. Kebanyakan karyawan menaruh keamanan diatas semua faktor yang diakitkan dengan kerja.

Kontras dengan pandangan negatif ini mengenai kodrat manusia ada empat teori Y :

- a. Karyawan dapat memandang kerjasama dengan sewajarnya seperti istirahat dan bermain.
- b. Orang akan menjalankan pengarahan diri dan pengawasan diri jika mereka komit pada sasaran.
- c. Rata-rata orang akan menerima tanggungjawab.
- d. Kemampuan untuk mengambil keputusan inovatif.

4. Teori Vroom

Menurut (Susatyo & Arita, 2012) Vroom tentang *cognitive theory of motivation* menjelaskan mengapa seseorang tidak akan melakukan sesuatu yang ia yakin tidak dapat melakukannya, sekalipun hasil dari pekerjaan itu

sangat dapat ia inginkan. Menurut Vroom, tinggi rendahnya motivasi seseorang ditentukan oleh tiga komponen :

- a. Ekspektasi (harapan) keberhasilan pada suatu tugas.
- b. Instrumental, yaitu penilaian tentang apa yang akan terjadi jika keberhasilan dalam melakukan suatu tugas (keberhasilan tugas untuk mendapatkan *outcome* tertentu).
- c. Valensi, yaitu respon terhadap *outcome* seperti perasaan positif, netral, negatif. Motivasi tinggi jika usaha menghasilkan sesuatu yang melebihi harapan dan motivasi rendah jika usahanya menghasilkan kurang dari yang diharapkan.

5. Teori keberadaan, keterkaitan, dan Pertumbuhan (*Existance, Relatedness And Growth ERG*) Aldefer

Menurut (Susatyo & Arita, 2012) Aldefer merumuskan kembali hierarki Maslow dalam tiga kelompok, yang dinyatakan sebagai keberadaan, keterkaitan, dan pertumbuhan (*Existance, Relatedness And Growth-ERG*), yaitu :

- a. Kebutuhan akan keberadaan adalah semua kebutuhan yang berkaitan dengan keberadaan manusia yang dipertahankan dan berhubungan dengan kebutuhan fisiologi dan rasa aman pada hierarki Maslow.
- b. Kebutuhan keterkaitan berkaitan dengan hubungan kemitraan.
- c. Hubungan pertumbuhan adalah kebutuhan yang berhubungan dengan perkembangan potensi perorangan dan dengan kebutuhan penghargaan dan aktualisasi diri yang dikemukakan Maslow.

Menurut teori ERG, semua kebutuhan itu timbul pada waktu yang sama. kalau satu tingkat kebutuhan tertentu tidak dapat dipuaskan, seseorang kelihatannya kembali ke tingkat lain.

2.6 Tahap Perkembangan Anak

2.6.1 Pengertian Teori Jean Piaget

Menurut (Jean Pigaet dalam buku John W. Santrock, 2010) Teori Perkembangan Piaget menyatakan bahwa anak secara aktif membangun pemahaman dunia dan melalui empat tahap perkembangan kognitif. Dua proses mendasari perkembangan tersebut : organisasi dan adaptasi.

2.6.2 Tahap-tahap Perkembangan Teori Piaget

Menurut (Jean Pigaet dalam buku John W. Santrock, 2010) berikut tahap-tahap perkembangan kognitif pada anak menurut Jean Piaget :

1. Tahap Sensorimotor, yang berlangsung mulai dari lahir - 2 tahun merupakan tahap pertama perkembangan Piaget. Dalam hidup ini, anak membangun pemahaman mengenai dunia ini dengan mengkoordinasikan pengalaman sensoris (seperti melihat dan mendengar) dengan tindakan fisik motorik karena itulah disebut sensorimotor. Pada awal tahap ini, bayi yang baru lahir memiliki lebih dari sekedar pola-pola refleksif untuk dapat melakukan sesuatu. Pada akhir tahap ini, anak umur 2 tahun memiliki pola sensorimotor kompleks dan mulai menggunakan simbol-simbol sederhana.

2. Tahap Praoperasional, yang berlangsung sekitar usia 2 tahun - 7 tahun, adalah tahap perkembangan kedua Piaget. Pada tahap ini, anak mulai menjelaskan dunia dengan kata-kata, gambar, dan lukisan. Meskipun demikian, menurut piaget untuk tindakan mental yang terinternalisasi, yang memungkinkan anak melakukan secara mental apa yang sebelumnya hanya dapat dilakukan secara fisik.
3. Tahap Operasional Konkret, yang berlangsung mulai dari sekitar 7 tahun-11 tahun. Merupakan tahap perkembangan ketiga Piaget. Dalam tahap ini, anak dapat melakukan operasi, dan penalaran logis menggantikan pikiran intuitif selama penalaran dapat diterapkan pada contoh khusus dan konkret.
4. Tahap Operasional Formal, yang muncul antara umur 11 tahun-15 tahun merupakan tahap perkembangan keempat dan terakhir Piaget. Pada tahap ini, individu lebih melampaui pengalaman konkret dan berpikir lebih abstrak, remaja menciptakan bayangan situasi ideal. Mereka dapat berpikir mengenai bagaimana orang tua ideal seharusnya dan membandingkan orang tua mereka dengan standar ideal ini. Mereka mulai mempertimbangkan kemungkinan-kemungkinan masa depan dan takjub mereka dapat menjadi apa saja. Dalam memecahkan masalah, pemikir operasional formal lebih sistematis, mengembangkan hipotesis mengenai mengapa sesuatu terjadi dengan cara tertentu, kemudian menguji hipotesis ini dengan cara deduktif.

2.7 Konsep Anak Jalanan

2.7.1 Pengertian Anak Jalanan

Menurut (Suyanto, 2010) anak jalanan sesungguhnya adalah anak-anak yang tersisih, marjinal, dan teralienasi dari perlakuan kasih sayang karena kebanyakan dalam usia yang relatif dini sudah harus berhadapan dengan lingkungan kota yang keras dan bahkan sangat tidak bersahabat. Keberadaan anak jalanan menjadikan mereka marginal, rentan dan eksploitatif. Marginal karena mereka melakukan pekerjaan yang tidak jelas, kurang dihargai dan umumnya tidak mempunyai prospek masa depan yang bagus. Rentan karena resiko yang harus ditanggung akibat jam kerja yang sangat panjang di jalanan baik resiko dari segi kesehatan maupun segi sosial. Eksploitatif karena mereka biasanya memiliki posisi tawar yang sangat lemah, dan cenderung menjadi objek perlakuan sewenang-wenang.

2.7.2 Kategori Anak Jalanan

Menurut (Suyanto, 2010) secara garis besar anakjalanan dibedakan menjadi tiga kelompok yaitu :

1. Anak Jalanan yang Bekerja di Jalanan (*Children on the street*), yakni anak-anak rata-rata berusia dibawah umur 18 tahun yang mempunyai kegiatan ekonomi di jalan atau sebagai pekerja anak antara 8-18 jam berada di jalanan untuk bekerja (mengamen, mengemis, penjual koran, pencuci bus, pemulung, penyemir sepatu) yang tidak lagi bersekolah, namun masih memiliki

hubungan yang erat dengan orang tua mereka. Sebagian penghasilan mereka di jalanan diberikan kepada orang tuanya dan biasanya mereka mengkontrak kamar sendiri bersama teman, ikut orang tua/saudara, umumnya di daerah kumuh. Fungsi anak jalanan pada kategori ini adalah untuk membantu memperkuat ekonomi keluarga karena beban atau tekanan kemiskinan yang mesti ditanggung tidak dapat diselesaikan sendiri oleh kedua orang tuanya.

2. Anak Jalanan yang Hidup di Jalanan (*Children of the street*), yakni anak-anak rata-rata berusia dibawah umur 18 tahun yang berpartisipasi penuh di jalanan, baik secara sosial maupun ekonomi selama 8-10 jam berada di jalanan untuk bekerja (mengamen, mengemis, penjual koran, pencuci bus, pemulung, penyemir sepatu) yang tidak bersekolah lagi. Beberapa diantara mereka masih mempunyai hubungan dengan orang tuanya, tetapi frekuensi pertemuan mereka tidak menentu. Banyak diantara mereka adalah anak-anak yang karena suatu sebab (biasanya kekerasan) lari atau pergi dari rumah.
3. Anak yang Rentan menjadi Anak Jalanan (*Children from families of the street*), yakni anak-anak rata-rata berusia dibawah umur 18 tahun yang berasal dari keluarga yang hidup di jalanan selama 4-6 jam berada di jalanan untuk bekerja (mengamen, mengemis,

penjual koran, pencuci bus, pemulung, penyemir sepatu) namun, mereka tetap bersekolah. Mereka bertemu teratur setiap hari, tinggal dan tidur dengan keluarganya. Walaupun anak-anak ini mempunyai hubungan kekeluargaan yang cukup kuat, tetapi hidup mereka terombang-ambing dari satu tempat ke tempat yang lain dengan segala resiko. Di Indonesia, kategori ini dengan mudah ditemui di berbagai kolong jembatan, rumah-rumah liar sepanjang rel kereta api, dan sebagainya.

2.7.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Anak Turun ke Jalanan

Menurut (Suyanto, 2010) beberapa faktor penyebab munculnya anak jalanan antara lain adalah berkaitan dengan kondisi-kondisi seperti berikut berikut :

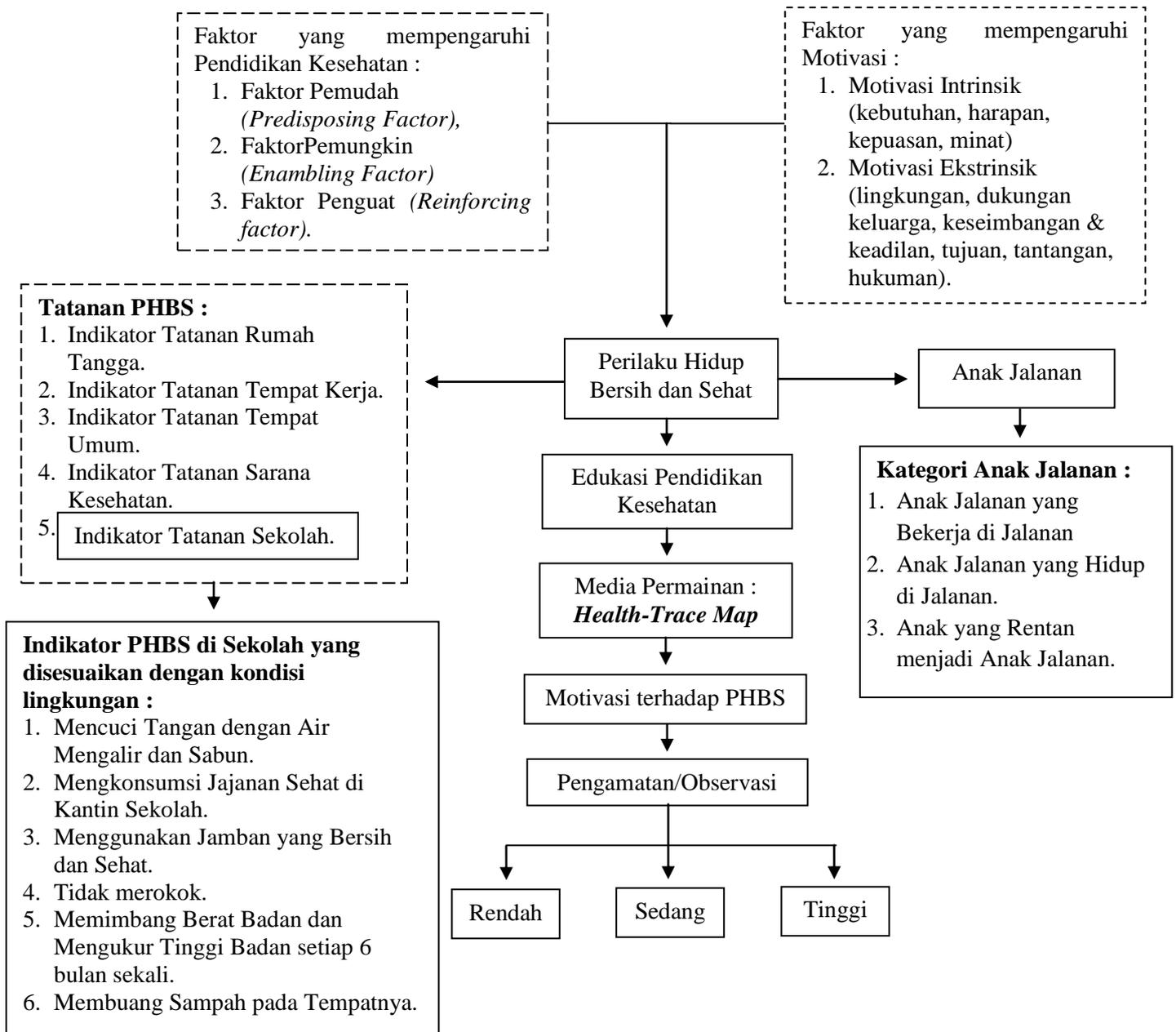
1. Terjadi kemiskinan pada keluarganya.
2. Adanya peraturan serba ketat tanpa memberi peluang kepada anak untuk mengutarakan keinginannya sehingga mereka lebih nyaman dan bebas hidup di jalanan.
3. Sering terjadi tindakan kekerasan terhadap anak dalam sebagaimana orang tua harus mendidik yang baik dan benar.
4. Adanya konflik yang terjadi pada keluarganya, sehingga mereka bosan dengan suasana dirumah (*Broken Home*) atau dapat dikatakan perceraian orang tua.

5. Serta kemalasan dan tanggungjawab orang tua sehingga menjadikan anaknya sebagai pencari nafkah bagi keluarga sehingga mereka terpaksa bekerja karena paksaan dari orang tua ataupun orang lain.

2.7.4 Penyakit pada Anak Jalanan

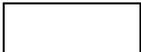
Menurut (Kartika, 2013) penyakit yang sering terjadi pada anak jalanan dengan kehidupan yang serba kekurangan dengan fasilitas yang tidak memadai maka kebanyakan dari mereka terkena berbagai penyakit misalnya diare, karies gigi, penyakit kulit, gangguan pernapasan, otitis media, kecacingan dan sebagainya.

2.8 Kerangka Konseptual



Keterangan :

 = Variabel yang tidak diteliti

 = Variabel yang diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Konseptual Pengaruh *Health Education* dengan Media permainan *Health-Trace Map* terhadap Motivasi tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Anak Jalanan di Komunitas Cahaya Bunda Jembatan Merah Pabean Cantikan-Surabaya.

Pada Kerangka Konseptual diatas maka dapat dijelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi Pendidikan Kesehatan yaitu Faktor Pemudah (*Predisposing Factor*), Faktor Pemungkin (*Enabling Factor*) Faktor Penguat (*Reinforcing factor*) dan yang mempengaruhi Motivasi yaitu Motivasi Intrinsik (kebutuhan, harapan, kepuasan, minat) dan Motivasi Ekstrinsik (lingkungan, dukungan keluarga, keseimbangan & keadilan, tujuan, tantangan, hukuman). Dari kedua faktor tersebut merupakan penunjang perilaku hidup bersih dan sehat, peneliti mengambil sampel pada anak jalanan karena dari data yang ada pada lapangan mereka sangat kurang untuk perilaku hidup bersih dan sehat sehingga peneliti tertarik untuk meneliti hal tersebut. Peneliti memberikan edukasi PHBS di Tatanan Sekolah di sebuah komunitas khusus untuk anak jalanan dan dalam PHBS terdapat 6 komponen yang akan diberikan yaitu Mencuci Tangan dengan Air Mengalir dan Sabun, Mengonsumsi Jajanan Sehat, Menggunakan Jamban yang Bersih dan Sehat, Tidak merokok, Menimbang Berat Badan dan Mengukur Tinggi Badan setiap 6 bulan sekali, Membuang Sampah pada Tempatnya. PHBS pada sekolah tersebut diberikan dengan menggunakan media permainan *Health-Trace Map* secara berkelompok untuk mengetahui Motivasi pada anak jalanan tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Setelah itu dilakukan pengamatan atau observasi dan akan diberi kesimpulan pada motivasi terhadap PHBS anak jalanan dengan kategori yaitu tinggi, sedang, dan rendah.

2.7.1 Hipotesis Penelitian

Menurut (Hidayat, 2010) Hipotesis penelitian merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah, karena jawaban tersebut masih didasarkan pada teori yang relevan belum sampai pada fakta empiris melalui pengumpulan data. Hipotesis pada penelitian ini adalah Ada pengaruh *Health Education* dengan Media permainan *Health-Trace Map* terhadap Motivasi tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Anak Jalanan di Komunitas Cahaya Bunda Jembatan Merah Pabean Cantikan-Surabaya.