

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan perwujudan riil paradigma sehat dalam budaya hidup perorangan, keluarga dan masyarakat yang berorientasi sehat, bertujuan untuk meningkatkan, memelihara dan melindungi kesehatannya. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan di masyarakat. ⁽¹⁾

Wujud keberdayaan masyarakat yang sadar, mau, dan mampu mempraktekkan PHBS mencakup 5 program prioritas yaitu KIA, Gizi, Kesehatan Lingkungan, Gaya Hidup, Dana Sehat/Asuransi Kesehatan/JPKM. ⁽²⁾ Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) masyarakat diharapkan dapat mendukung upaya mencapai program Indonesia Sehat 2010. Salah satu indikator dari Perilaku Hidup Bersih dan Sehat adalah Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS). ⁽²⁾ Hasil yang diharapkan adalah meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya cuci tangan pakai sabun untuk mencegah timbulnya berbagai penyakit serta meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mencuci tangan secara baik dan benar. ⁽³⁾

Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) adalah salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan tangan dan jari-jemari menggunakan air dan sabun untuk menjadi bersih. Mencuci tangan dengan sabun merupakan salah satu upaya pencegahan penyakit. 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). Tangan yang bersentuhan langsung dengan kotoran manusia dan binatang, ataupun cairan tubuh lain (seperti ingus) dan makanan/minuman yang terkontaminasi saat tidak dicuci dengan sabun dapat memindahkan bakteri, virus, dan parasit pada orang lain yang tidak sadar bahwa dirinya sedang ditulari. WHO telah mencanangkan setiap tanggal 15 Oktober sebagai Hari Mencuci Tangan Pakai Sabun Sedunia, yang diikuti oleh 20 negara di dunia, salah satu diantaranya adalah Indonesia. ⁽⁴⁾

Mencuci tangan dengan sabun adalah salah satu cara paling efektif untuk mencegah penyakit diare dan ISPA, keduanya menjadi penyebab utama kematian anak. Setiap tahun, sebanyak 3,5 juta anak di seluruh dunia meninggal sebelum mencapai umur lima tahun karena penyakit diare dan ISPA. Mencuci tangan dengan sabun juga dapat mencegah infeksi kulit, mata, kecacingan, dan flu burung. ⁽⁵⁾ Sebuah penelitian menemukan bahwa mencuci tangan dengan sabun secara teratur dan menggunakan masker, sarung tangan, dan pelindung, lebih efektif untuk menahan penyebaran virus ISPA seperti flu dan SARS. Penelitian ini menyatakan bahwa mencuci tangan dengan air dan sabun adalah cara yang

sederhana dan efektif untuk menahan virus ISPA, mulai dari virus flu sehari-hari hingga virus pandemik yang mematikan. ⁽⁶⁾ Penelitian lain menyatakan bahwa perbandingan bayi yang dirawat oleh perawat yang tidak mencuci tangan dengan sabun lebih signifikan, lebih sering, dan lebih cepat terkena patogen *S. aureus* dibandingkan dengan bayi yang dirawat oleh perawat yang mencuci tangan dengan sabun. ⁽⁷⁾

Kebiasaan masyarakat Indonesia dalam mencuci tangan pakai sabun hingga kini masih tergolong rendah, indikasinya dapat terlihat dengan tingginya prevalensi penyakit diare. Survei Departemen Kesehatan pada tahun 2006 menunjukkan rasio penderita diare di Indonesia 423 per 1000 orang dengan jumlah kasus 10.980, angka kematian 277 (*CFR* 2,52%). Penyakit diare menjadi penyebab kematian nomor 2 pada balita, nomor 3 pada bayi, dan nomor 5 untuk semua umur. ⁽⁸⁾ Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) sebaiknya dilakukan pada lima waktu penting, yaitu : (1) sebelum makan; (2) sesudah buang air besar; (3) sebelum memegang bayi; (4) sesudah menceboki anak; dan (5) sebelum menyiapkan makanan. ⁽³⁾ Cuci tangan merupakan hal yang umum bagi masyarakat, namun memakai sabun bukanlah sesuatu yang jamak. Penggunaan sabun untuk cuci tangan lebih disebabkan alasan kotor. Kotor itu sendiri memiliki makna sesuatu yang kasat mata dan bau. Masyarakat memandang sabun hanya bermanfaat untuk menghilangkan kotor dan bau. Selanjutnya, hubungan sabun dan cuci tangan menyatu pada kenyamanan emosional seperti tangan menjadi harum, segar, terasa ringan, bersih dan tidak lembab. Artinya dorongan

kognitif bahwa sabun bermanfaat untuk membunuh bakteri atau kuman masih lemah di masyarakat. Kesadaran masyarakat Indonesia untuk cuci tangan pakai sabun (CTPS) terbukti masih sangat rendah, tercatat rata-rata 12% masyarakat yang melakukan cuci tangan pakai sabun (CTPS).⁽⁹⁾

Pentingnya membudayakan cuci tangan pakai sabun secara baik dan benar juga didukung oleh World Health Organization (WHO). Data WHO menunjukkan setiap tahun rata-rata 100 ribu anak di Indonesia meninggal dunia karena diare. Kajian WHO menyatakan cuci tangan memakai sabun dapat mengurangi angka diare hingga 47%. Data dari Subdit diare Kemenkes juga menunjukkan sekitar 300 orang diantara 1000 penduduk masih terjangkit diare sepanjang tahun. Penyebab utama diare adalah kurangnya perilaku hidup sehat di masyarakat, salah satunya kurangnya pemahaman mengenai cara cuci tangan dengan sabun secara baik dan benar menggunakan air bersih yang mengalir.⁽⁹⁾

Cuci tangan pakai sabun merupakan salah satu indikator *output* dari strategi nasional STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat), yaitu setiap rumah tangga dan sarana pelayanan umum dalam suatu komunitas (seperti sekolah, kantor, rumah makan, puskesmas, pasar, terminal) tersedia fasilitas cuci tangan (air, sabun, sarana cuci tangan), sehingga semua orang mencuci tangan dengan benar. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) merupakan pendekatan untuk merubah perilaku higiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan. Saat ini STBM adalah sebuah program nasional di bidang sanitasi berbasis masyarakat yang bersifat lintas sektoral. Pada bulan September

2008, STBM dikukuhkan sebagai Strategi Nasional melalui Kepmenkes No 852/Menkes/SK/IX/2008. Strategi ini menjadi acuan bagi petugas kesehatan dan instansi yang terkait dalam penyusunan perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi terkait dengan sanitasi total berbasis masyarakat. Program nasional STBM mementingkan perubahan perilaku, merupakan program berbasis masyarakat, yang tidak memberikan subsidi bagi pembangunan fisik di masyarakat. ⁽¹⁰⁾ Perilaku CTPS terbukti merupakan cara yang efektif untuk upaya kesehatan preventif. Dalam jangka pendek, upaya preventif melalui CTPS dipandang paling strategis untuk mengurangi kerugian dampak sanitasi buruk, untuk itu perilaku CTPS perlu digalakkan untuk menjadi gaya hidup sehari-hari masyarakat di pedesaan maupun perkotaan. ⁽¹¹⁾

Pada saat ini di Indonesia terdapat lebih dari 250.000 sekolah negeri, swasta maupun sekolah agama dari berbagai tingkatan, jumlah anak sekolah diperkirakan mencapai 30% dari total penduduk Indonesia atau sekitar 73 juta orang. Dengan jumlah ini, maka anak usia sekolah merupakan aset atau modal utama pembangunan di masa depan yang perlu dijaga, ditingkatkan dan dilindungi kesehatannya. Sekolah merupakan tempat yang strategis dalam kehidupan anak, maka sekolah dapat difungsikan secara tepat sebagai salah satu institusi yang dapat membantu dan berperan dalam upaya optimalisasi tumbuh kembang anak usia sekolah dengan upaya promotif dan preventif.

Terkait dengan hal tersebut pada tahun 1991 diterbitkan Surat Keputusan bersama 4 menteri, yaitu menteri kesehatan, menteri pendidikan, menteri agama

dan menteri dalam negeri dengan tujuan untuk membina dan mengembangkan program usaha kesehatan sekolah (UKS) dalam rangka mewujudkan sekolah sehat di Indonesia. ⁽²⁾

UKS sangat perlu dilakukan mengingat anak usia sekolah merupakan kelompok umur yang rawan terhadap masalah kesehatan. Usia sekolah sangat peka untuk menanamkan pengertian dan kebiasaan hidup sehat, keadaan kesehatan anak sekolah akan sangat berpengaruh terhadap prestasi belajar yang dicapai. Pendidikan kesehatan melalui anak-anak sekolah sangat efektif untuk merubah perilaku dan kebiasaan sehat umumnya. Anak-anak selalu menjadi pihak yang paling rentan terhadap penyakit sebagai akibat perilaku yang tidak sehat dan sanitasi yang buruk, padahal anak-anak merupakan aset bangsa yang paling berperan untuk generasi yang akan datang. Anak-anak juga merupakan penyampai pesan yang penting pada keluarga dan lingkungan tempat tinggalnya. ⁽¹²⁾ Salah satu studi tentang pengetahuan perilaku dan kebiasaan pada tahun 2007 menunjukkan hanya 27% siswa yang mencuci tangan pada jam istirahat. ⁽³⁾

Di Kabupaten Brebes baru 50% sekolah dasar yang memiliki fasilitas cuci tangan. Dari jumlah ini, baru 10% sekolah yang sudah menyediakan fasilitas sabun untuk mencuci tangan, padahal Kabupaten Brebes merupakan salah satu kabupaten yang mendapatkan program STBM yang sampai saat ini masih berjalan.

B. Perumusan Masalah

Program pelaksanaan perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun telah dilakukan dengan berbagai kegiatan dan bekerjasama dengan masyarakat maupun berbagai sektor yang terkait, namun masih didapatkan hasil yang masih kurang sesuai dengan hasil yang diharapkan. Pentingnya penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun didasari atas identifikasi masalah yang ditemukan sebagai berikut:

1. Perilaku CTPS dapat menurunkan angka kejadian diare hingga 47%, namun di Indonesia baru 3% masyarakat yang mencuci tangan menggunakan sabun.
2. Hasil temuan Studi Formatif Perilaku Higienitas yang digelar *Water and Sanitation Program* menunjukkan, perilaku CTPS belum menjadi praktik yang umum ataupun norma sosial. ⁽¹³⁾
3. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010 cakupan PHBS Propinsi Jawa Tengah sebesar 14,02%, padahal target cakupan hasil yang diharapkan sebesar 80%. ⁽⁹⁾
4. Berdasarkan buku saku Kesehatan Propinsi Jawa Tengah bahwa sekolah yang memenuhi syarat kesehatan adalah sebesar 71,31% (2008), 72,22 % (2009) dan 64,82 % (2010), hal ini belum mencapai target cakupan sebesar 75%. ⁽¹⁴⁾
5. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes (Kasie PromKesLing) bahwa program STBM dilaksanakan mulai tahun 2011 pada daerah dengan kasus diare tinggi dan sanitasi yang buruk yaitu di 15 desa, padahal program STBM sudah ada sejak tahun 2008. ⁽¹⁵⁾

6. Terdapat 26.665 kasus diare, 1.864 kasus TB Paru, dan 15.982 kasus pneumonia pada anak di Kabupaten Brebes. ⁽¹⁵⁾
7. Terdapat 1.834 sekolah di Kabupaten Brebes dan baru 1.067 sekolah (58,17%) yang memiliki fasilitas UKS. ⁽¹⁵⁾
8. Di Kabupaten Brebes baru 74,67% sekolah yang dibina kesehatan lingkungannya, 50% sekolah yang memiliki fasilitas cuci tangan. Dari jumlah ini, baru 10% sekolah yang sudah menyediakan fasilitas sabun untuk mencuci tangan. Hasil ini masih sangat kurang dibandingkan target cakupan yaitu sebesar 100%. ⁽¹⁵⁾

Pada dasarnya banyak faktor yang diduga berpengaruh terhadap perilaku cuci tangan pakai sabun pada anak sekolah dasar. Berdasarkan fakta tersebut, maka rumusan permasalahan yaitu "Berbagai faktor apa yang mempengaruhi perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun pada anak sekolah dasar?", dengan rincian rumusan masalah yang dapat dikemukakan adalah :

1. Apakah tingkat pengetahuan anak berpengaruh terhadap perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun?
2. Apakah pola asuh orang tua berpengaruh terhadap perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun?
3. Apakah peran guru berpengaruh terhadap perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun?
4. Apakah pemahaman anak tentang peraturan sekolah berpengaruh terhadap perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun?

5. Apakah pemahaman anak tentang ketersediaan sarana sanitasi yang baik berpengaruh terhadap perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun?
6. Apakah pemahaman anak tentang ketersediaan media informasi di sekolah berpengaruh terhadap perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun?

C. Orisinalitas Penelitian

Pada dasarnya telah ada penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun. Namun, penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun pada anak sekolah belum pernah dilakukan di Kabupaten Brebes. Perbedaan mendasar pada penelitian ini dengan penelitian yang telah dilakukan adalah pada desain penelitian yaitu bukan *Cross Sectional* tetapi *Case Control* serta dilengkapi dengan data-data kualitatif untuk mempertajam hubungan antar variabel.

Tabel 1.1 Daftar penelitian terdahulu yang pernah dilakukan berkaitan dengan perilaku CTPS

No	Peneliti	Jenis Penelitian	Lokasi Penelitian (Tahun)	Desain Penelitian	Variabel yang Diteliti	Hasil
1	2	3	4	5	6	7
1.	Fitriyani Wijayanti	Hubungan Paparan Televisi tentang Iklan Sabun dengan Perilaku Cuci Tangan dengan Sabun pada Ibu-ibu RW iii Kelurahan Padangsari Kecamatan Banyumanik Semarang.	Semarang 2009	<i>Cross Sectional</i>	Pengetahuan ibu tentang CTDS Praktik ibu tentang CTDS Sikap ibu tentang CTDS	Ada hubungan antara paparan televisi tentang iklan sabun dengan perilaku cuci tangan dengan sabun.

2.	Jalaluddin	Pengaruh Sanitasi Lingkungan, Personal Hygiene, dan Karakteristik Anak terhadap Infeksi Kecacingan pada Murid Sekolah Dasar di Kecamatan Blang Mangat Kota Lhokseumawe	Kota Lhokseumawe 2009	<i>Cross Sectional</i>	Kebersihan kuku Pemakaian alas kaki Kebiasaan cuci tangan Jenis kelamin Penghasilan orang tua	Sanitasi lingkungan, <i>personal hygiene</i> , dan karakteristik anak berpengaruh terhadap infeksi kecacingan.
3.	Sondha Sari	Pengaruh Persepsi dan Dukungan Sosial terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Masyarakat Nelayan Desa Bagan Kuala Kecamatan Tanjung Beringin kabupaten Serdang Bedagai	Desa Bagan Kuala Kecamatan Tanjung Beringin kabupaten Serdang Bedagai 2009	<i>Cross Sectional</i>	Persepsi Dukungan sosial	Ada pengaruh persepsi dan dukungan sosial terhadap perilaku hidup bersih dan sehat.
4.	Siti Fauziah	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Siswa di 2 Sekolah Dasar (Dengan dan Tanpa Program PHBS) Kelurahan Lorok Pakjo Palembang Tahun 2004	Kelurahan Lorok Pakjo Palembang 2004	<i>Cross Sectional</i>	Program PHBS Tingkat pendidikan ibu Sikap siswa terhadap program PHBS	Variabel yang dominan berpengaruh terhadap perilaku siswa adalah program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun pada anak sekolah dasar di Kabupaten Brebes tahun 2012.

2. Tujuan Khusus

- a. Membuktikan adanya pengaruh tingkat pengetahuan anak terhadap perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun.
- b. Membuktikan adanya pengaruh pola asuh orang tua terhadap perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun.
- c. Membuktikan adanya pengaruh peran guru terhadap perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun.
- d. Membuktikan adanya pengaruh pemahaman anak tentang peraturan sekolah terhadap perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun.
- e. Membuktikan adanya pengaruh pemahaman anak tentang ketersediaan sanitasi yang baik terhadap perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun.
- f. Membuktikan adanya pengaruh pemahaman anak tentang ketersediaan media informasi di sekolah terhadap perilaku Cuci Tangan.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Menambah dan memperkaya kepustakaan dan bahan informasi mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku cuci tangan pada anak sekolah, yang selanjutnya dapat dikembangkan oleh peneliti lain.

2. Bagi Institusi / Instansi Kesehatan

Sebagai bahan tambahan literatur tentang faktor -faktor yang mempengaruhi perilaku cuci tangan pakai sabun pada anak sekolah dan masukan dalam evaluasi program serta sebagai bahan pertimbangan dalam rangka pengambilan keputusan kebijakan dan perbaikan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) khususnya di Kabupaten Brebes pada masa yang akan datang.

3. Bagi masyarakat

Diharapkan penelitian ini dapat memberi informasi kepada masyarakat, khususnya pada anak sekolah dalam melaksanakan perilaku hidup bersih khususnya perilaku cuci tangan pakai sabun yang menjadi masalah nasional bahkan masalah internasional yang selanjutnya akan berdampak dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

1. Definisi PHBS

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri dibidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan di masyarakat. ⁽¹⁾

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang yang mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. ⁽²⁾

2. PHBS di institusi pendidikan

PHBS di institusi pendidikan adalah upaya membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat bagi siswa, guru, dan masyarakat di lingkungan institusi pendidikan untuk mengenali masalah dan tingkat kesehatannya, serta mampu mengatasi, memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya sendiri sehingga dapat berperan aktif dalam mewujudkan institusi pendidikan (sekolah) yang sehat. PHBS di institusi pendidikan sudah diatur dalam UU Nomor 36 tahun 2009 pasal 45 tentang penyelenggaraan kesehatan sekolah. ⁽²⁾

Tujuan dari PHBS di institusi pendidikan adalah meningkatkan pengetahuan, perubahan sikap dan perilaku siswa dan guru di tatanan institusi

pendidikan khususnya terhadap program kesehatan lingkungan gaya hidup. Hasil yang diharapkan dari pelaksanaan PHBS di institusi pendidikan (sekolah) antara lain anak memiliki kebiasaan mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, jajan di kantin sekolah yang sehat, membuang sampah pada tempatnya, mengikuti kegiatan olahraga dengan baik di sekolah, menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan setiap bulan, tidak merokok di sekolah, buang air di jamban sehat, dan melakukan pemberantasan jentik nyamuk di sekolah secara rutin. ⁽²⁾

a. Sasaran PHBS di sekolah.

1) Sasaran Primer.

Adalah sasaran utama dalam institusi pendidikan yang akan dirubah perilakunya murid dan atau guru yang bermasalah (individu/kelompok dalam institusi pendidikan yang bermasalah).

2) Sasaran Sekunder.

Adalah sasaran yang dapat mempengaruhi individu dalam institusi pendidikan yang bermasalah, misalnya kepala sekolah, guru, orang tua murid, kader kesehatan sekolah, tokoh masyarakat, petugas kesehatan, dan lintas sektor terkait.

3) Sasaran Tersier.

Adalah sasaran yang diharapkan dapat menjadi unsur pembantu dalam menunjang atau mendukung pendanaan, kebijakan, dan kegiatan untuk tercapainya pelaksanaan PHBS di institusi pendidikan, misalnya

kepala desa, lurah, camat, kepala Puskesmas, Diknas, guru, tokoh masyarakat, dan orang tua murid.

b. Manfaat PHBS di sekolah.

- 1) Terciptanya sekolah yang bersih dan sehat sehingga peserta didik, guru, dan masyarakat lingkungan sekolah terlindungi dari berbagai gangguan dan ancaman penyakit.
- 2) Meningkatnya semangat proses belajar-mengajar yang berdampak pada prestasi belajar peserta didik.
- 3) Citra sekolah sebagai institusi pendidikan semakin meningkat sehingga mampu menarik minat orang tua (masyarakat) untuk menyekolahkan anaknya di sekolah tersebut.
- 4) Meningkatnya citra pemerintah daerah di bidang pendidikan.
- 5) Menjadi percontohan sekolah sehat bagi daerah lain.

3. Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS).

Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) 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. Mencuci tangan dengan sabun merupakan salah satu upaya pencegahan penyakit. Hal ini dilakukan karena tangan sering 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). Tangan

yang bersentuhan langsung dengan kotoran manusia dan binatang, ataupun cairan tubuh lain (seperti ingus) dan makanan/minuman yang terkontaminasi saat tidak dicuci dengan sabun dapat memindahkan bakteri, virus, dan parasit pada orang lain yang tidak sadar bahwa dirinya sedang ditulari. ⁽⁴⁾

Mencuci tangan dengan sabun adalah salah satu cara paling efektif untuk mencegah penyakit diare dan ISPA, keduanya menjadi penyebab utama kematian anak-anak. Setiap tahun, sebanyak 3,5 juta anak-anak di seluruh dunia meninggal sebelum mencapai umur lima tahun karena penyakit diare dan ISPA. Mencuci tangan dengan sabun juga dapat mencegah infeksi kulit, mata, kecacingan, dan flu burung. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) sebaiknya dilakukan pada lima waktu penting, yaitu: (1) sebelum makan; (2) sesudah buang air besar; (3) sebelum memegang bayi; (4) sesudah menceboki anak; dan (5) sebelum menyiapkan makanan. Mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir dapat memutuskan mata rantai kuman yang melekat di jari-jemari. Masyarakat termasuk anak sering mengabaikan mencuci tangan memakai sabun dengan air mengalir karena kurangnya pemahaman tentang kesehatan. ⁽⁹⁾

Mencuci tangan adalah membersihkan tangan dari segala kotoran, dimulai dari ujung jari sampai siku dan lengan dengan cara tertentu sesuai kebutuhan. Perilaku cuci tangan adalah salah satu bentuk kebersihan diri yang penting. Mencuci tangan juga dapat diartikan menggosok dengan sabun secara

bersama seluruh kulit permukaan tangan dengan kuat dan ringkas yang kemudian dibilas di bawah air yang mengalir.⁽¹⁶⁾

Cuci tangan menggunakan air saja tidaklah cukup untuk melindungi seseorang dari kuman penyebab penyakit yang merugikan kesehatan. Dari berbagai riset, risiko penularan penyakit dapat berkurang dengan adanya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, perilaku kebersihan, seperti cuci tangan pakai sabun. Perilaku cuci tangan pakai sabun merupakan intervensi kesehatan yang paling murah dan efektif dibandingkan dengan intervensi kesehatan dengan cara lain.⁽¹⁷⁾

Cuci tangan adalah proses membuang kotoran dan debu secara mekanis dari kulit kedua belah tangan dengan memakai sabun dan air. Kesehatan dan kebersihan tangan secara bermakna mengurangi jumlah mikroorganisme penyebab penyakit pada kedua tangan dan lengan serta mengurangi kontaminasi silang. Cuci tangan dianggap merupakan salah satu langkah yang paling penting untuk mengurangi penularan mikroorganisme dan mencegah infeksi selama lebih dari 150 tahun. Kesehatan kebersihan tangan yang baik dapat mencegah penularan mikroorganisme dan mengurangi frekuensi infeksi nosokomial.⁽⁴⁾

a. Penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan mencuci tangan menggunakan sabun.

1) Diare

Penyakit diare menjadi penyebab kematian kedua yang paling umum untuk anak-anak balita. Sebuah ulasan yang membahas sekitar 30 penelitian terkait menemukan bahwa cuci tangan dengan sabun dapat menurunkan angka kejadian diare hingga 50%. Penyakit diare seringkali diasosiasikan dengan keadaan air, namun secara akurat sebenarnya harus diperhatikan juga penanganan kotoran manusia seperti tinja dan air kencing, karena kuman-kuman penyakit penyebab diare berasal dari kotoran-kotoran ini. Kuman-kuman penyakit ini membuat manusia sakit ketika mereka masuk mulut melalui tangan yang telah menyentuh tinja, air minum yang terkontaminasi, makanan mentah, dan peralatan makan yang tidak dicuci terlebih dahulu atau terkontaminasi. Tingkat keefektifan mencuci tangan dengan sabun dalam penurunan angka penderita diare dalam persen menurut tipe inovasi pencegahan adalah: Mencuci tangan dengan sabun (44%), penggunaan air olahan (39%), sanitasi (32%), pendidikan kesehatan (28%), penyediaan air (25%), sumber air yang diolah (11%).⁽²⁾

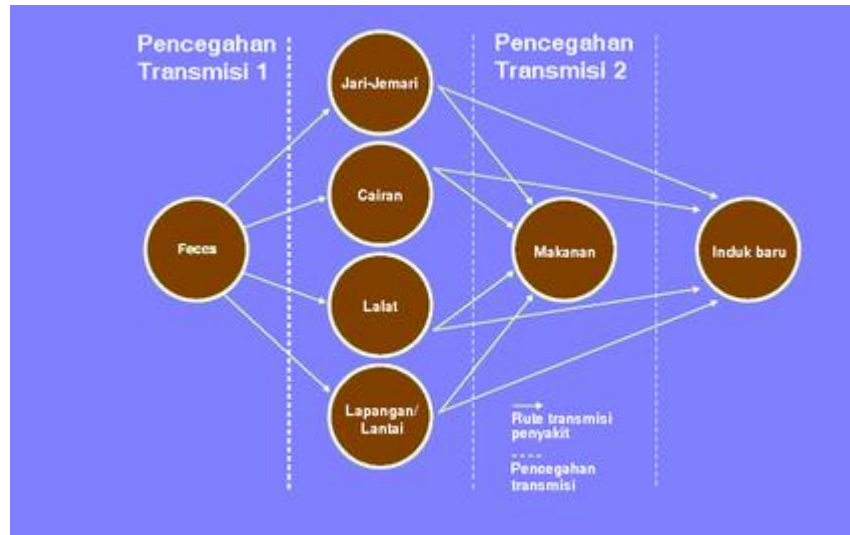
2) Infeksi saluran pernafasan.

Infeksi saluran pernafasan adalah penyebab kematian utama anak-anak balita. Mencuci tangan dengan sabun mengurangi angka infeksi

saluran pernafasan ini dengan dua langkah : 1) dengan melepaskan patogen-patogen pernafasan yang terdapat pada tangan dan permukaan telapak tangan, 2) dengan menghilangkan patogen (kuman penyakit) lainnya (terutama virus *entrentic*) yang menjadi penyebab tidak hanya diare namun juga gejala penyakit pernafasan lainnya. Bukti-bukti telah ditemukan bahwa praktik-praktik menjaga kesehatan dan kebersihan seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah makan/buang air besar/kecil dapat mengurangi tingkat infeksi hingga 25%. Penelitian lain di Pakistan menemukan bahwa mencuci tangan dengan sabun mengurangi infeksi saluran pernafasan yang berkaitan dengan pnemonia pada anak-anak balita hingga lebih dari 50 %.⁽¹⁸⁾

3) Infeksi cacing, infeksi mata, dan infeksi kulit.

Penelitian juga telah membuktikan bahwa selain diare dan infeksi saluran pernafasan penggunaan sabun dalam mencuci tangan mengurangi kejadian penyakit kulit, infeksi mata seperti trakoma, dan cacingan khususnya untuk *ascariasis* dan *trichuriasis*.⁽⁵⁾



Gambar 2.1 Diagram F Transmisi Penyakit

b. Teknik mencuci tangan yang baik dan benar dan penggunaan sabun

Untuk mendapatkan hasil yang optimal, maka mencuci tangan haruslah dengan air bersih yang mengalir, baik itu melalui kran air atau disiram dengan gayung, menggunakan sabun yang standar, setelah itu keringkan dengan handuk bersih atau menggunakan tisu. ⁽²⁾

Untuk penggunaan jenis sabun dapat menggunakan semua jenis sabun karena semua sabun sebenarnya cukup efektif dalam membunuh kuman penyebab penyakit. Teknik mencuci tangan yang benar harus menggunakan sabun dan di bawah air yang mengalir dengan langkah-langkah sebagai berikut: ⁽²⁾

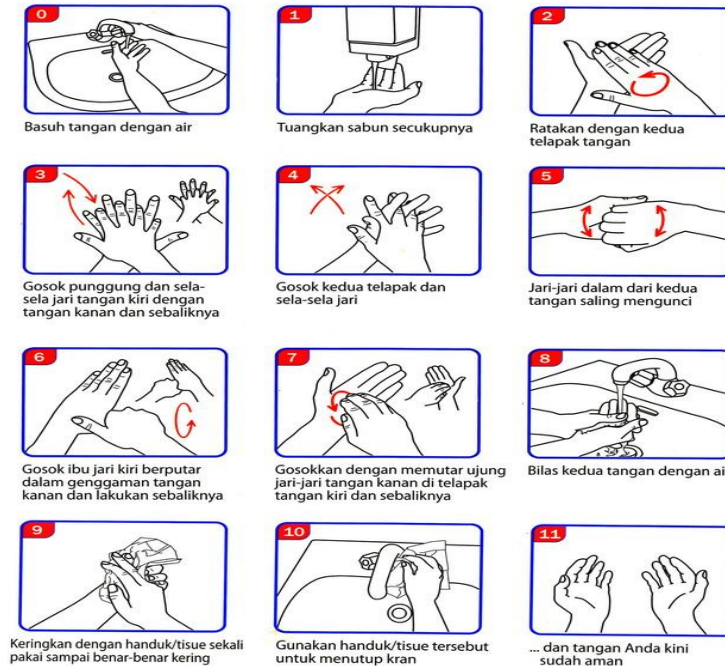
- 1) Basahi tangan dengan air di bawah kran atau air mengalir.
- 2) Ambil sabun cair secukupnya untuk seluruh tangan, akan lebih baik jika sabun yang mengandung antiseptik.

- 3) Gosokkan pada kedua telapak tangan.
- 4) Gosokkan sampai ke ujung jari.
- 5) Telapak tangan kanan menggosok punggung tangan kiri (atau sebaliknya) dengan jari-jari saling mengunci (berselang-seling) antara tangan kanan dan tangan kiri, gosokkan sela-sela jari tersebut. Hal ini dilakukan pada kedua tangan.
- 6) Letakkan punggung jari satu dengan punggung jari lainnya dan saling mengunci.
- 7) Usapkan ibu jari tangan kanan dengan punggung jari lainnya dengan gerakan saling berputar, lakukan hal yang sama dengan ibu jari tangan kiri.
- 8) Gosokkan telapak tangan dengan punggung jari tangan satunya dengan gerakan kedepan, kebelakang, berputar. Hal ini dilakukan pada kedua tangan.
- 9) Pegang pergelangan kanan kanan dengan pergelangan kiri dan lakukan gerakan memutar. Lakukan pula pada tangan kiri.
- 10) Bersihkan sabun dari kedua tangan dengan air mengalir.
- 11) Keringkan tangan dengan menggunakan tissue atau handuk, jika menggunakan kran, tutup kran dengan tisu.

Cara **Mencuci Tangan** Dengan **Sabun dan Air**



Lamanya seluruh prosedur: **40-60 detik**



Gambar 2.2 Langkah-langkah Mencuci Tangan

Karena mikroorganisme tumbuh berkembang biak di tempat basah dan di air yang menggenang, maka apabila menggunakan sabun batangan sediakan sabun batangan yang berukuran yang kecil dalam tempat sabun yang kering. Hindari mencuci tangan di waskom yang berisi air walaupun telah ditambahkan bahan antiseptik, karena mikroorganisme dapat bertahan dan berkembang biak pada larutan ini.

Apabila menggunakan sabun cair jangan menambahkan sabun apabila terdapat sisa sabun pada tempatnya, penambahan dapat

menyebabkan kontaminasi bakteri pada sabun yang baru dimasukkan. Apabila tidak tersedia air mengalir, gunakan ember dengan kran yang dapat dimatikan sementara menyabuni kedua tangan dan buka kembali untuk membilas atau gunakan ember dan kendi/teko. ⁽¹⁹⁾

B. Anak Usia Sekolah

1. Definisi Anak Usia Sekolah

Usia sekolah adalah anak pada usia 6-12 tahun, yang artinya sekolah menjadi pengalaman inti anak. Periode ketika anak-anak dianggap mulai bertanggung jawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan orang tua mereka, teman sebaya, dan orang lain. Usia sekolah merupakan masa anak memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh ketrampilan tertentu. ⁽²⁰⁾

Anak usia 6-12 tahun sering disebut dengan masa anak pertengahan atau laten yaitu masa tenang dan nyaman, walau anak mengalami perkembangan pesat pada aspek motorik dan kognitif. Anak laki-laki lebih banyak bergaul dengan teman sejenis, demikian pula dengan anak perempuan. Oleh karena itu, fase ini disebut juga periode homo seksual alamiah. Anak mencari figur ideal diantara orang dewasa berjenis kelamin sama dengannya. ⁽²⁰⁾

2. Ciri – ciri Anak Usia Sekolah

Orangtua, pendidik, dan ahli psikologis memberikan berbagai label kepada periode ini dan label-label itu mencerminkan ciri-ciri penting dari periode anak usia sekolah. Label-label tersebut yaitu: ⁽²⁰⁾

a. Label yang digunakan oleh orang tua

1) Usia yang menyulitkan

Suatu masa dimana anak tidak mau lagi menuruti perintah dan dimana ia lebih banyak dipengaruhi oleh teman-teman sebaya daripada oleh orang tua dan anggota keluarga lainnya.

2) Usia tidak rapi

Suatu masa dimana anak cenderung tidak memperdulikan dan ceroboh dalam penampilan, dan kamarnya sangat berantakan. Sekalipun ada peraturan keluarga yang ketat mengenai kerapian dan perawatan barang-barangnya, hanya beberapa saja yang taat, kecuali bila orang tua mengharuskan melakukannya dan mengancam dengan hukuman.

b. Label yang digunakan oleh para pendidik

1) Usia sekolah dasar

Pada usia tersebut anak diharapkan memperoleh dasar-dasar pengetahuan yang dianggap penting untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa, dan mempelajari berbagai ketrampilan penting tertentu, baik ketrampilan kurikuler maupun ekstra kurikuler.

2) Periode kritis

Suatu masa dimana anak membentuk kebiasaan untuk mencapai sukses, tidak sukses, atau sangat sukses. Sekali terbentuk, kebiasaan untuk bekerja dibawah, diatas atau sesuai dengan kemampuan cenderung menetap sampai dewasa. Dilaporkan bahwa tingkat perilaku

berprestasi pada masa kanak-kanak mempunyai korelasi yang tinggi dengan perilaku berprestasi pada masa dewasa.

c. Label yang digunakan ahli psikologi

1) Usia berkelompok

Suatu masa dimana perhatian utama anak tertuju pada keinginan diterima oleh teman-teman sebaya sebagai anggota kelompok, terutama kelompok yang bergengsi dalam pandangan teman-temannya. Oleh karena itu, anak ingin menyesuaikan dengan standar yang disetujui kelompok dalam penampilan, berbicara, dan perilaku.

2) Usia penyesuaian diri

Suatu masa dimana perhatian pokok anak adalah dukungan dari teman-teman sebaya dan keanggotaan dalam kelompok.

3) Usia kreatif

Suatu masa dalam rentang kehidupan dimana akan ditentukan apakah anak-anak menjadi konformis atau pencipta karya yang baru dan orisinal. Meskipun dasar-dasar untuk ungkapan kreatif diletakkan pada awal masa kanak-kanak, namun kemampuan untuk menggunakan dasar-dasar ini dalam kegiatan-kegiatan orisinal pada umumnya belum berkembang sempurna sebelum anak-anak belum mencapai tahun-tahun akhir masa kanak-kanak.

4) Usia bermain

Bukan karena terdapat lebih banyak waktu untuk bermain daripada periode-periode lain, namun terdapat tumpang tindih antara ciri-ciri kegiatan bermain anak-anak yang lebih muda dengan ciri-ciri bermain anak-anak remaja. Jadi alasan periode ini disebut sebagai usia bermain adalah karena luasnya minat dan kegiatan bermain dan bukan karena banyaknya waktu untuk bermain.

Jadi dapat disimpulkan bahwa masa ini adalah masa atau usia dini yang paling tepat bagi anak memperoleh pendidikan kesehatan mencuci tangan. Masa dimana anak senang mempelajari apa yang ada di sekitarnya dengan suka bermain dan berkelompok dengan teman-temannya baik dalam keluarga, sekolah, masyarakat, dan lingkungan di sekitarnya. Anak akan mudah diberikan masukan mengenai pendidikan kesehatan mencuci tangan sehingga dapat merubah perilaku yang sebelumnya tidak rajin mencuci tangan. Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan, anak menjadi tahu pentingnya mencuci tangan dan merubah perilaku mencuci tangannya. ⁽⁵⁾

C. Faktor – faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) Pada Anak Sekolah.

1. Citra diri

Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan dirinya. Misalnya karena ada perubahan fisik tangan menjadi kotor sehingga

individu peduli terhadap kesehatan dengan melakukan cuci tangan pakai sabun. ⁽²¹⁾

2. Status sosial ekonomi

Mencuci tangan memerlukan alat dan bahan seperti sabun, lap tangan atau tisu kering, dan semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya. ⁽²²⁾

3. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah individu/orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Sebelum anak berperilaku mencuci tangan, ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku dan apa resikonya apabila tidak mencuci tangan dengan sabun bagi dirinya atau keluarganya. Melalui pendidikan kesehatan mencuci tangan anak mendapatkan pengetahuan pentingnya mencuci tangan sehingga diharapkan anak tahu, bisa menilai, bersikap yang didukung adanya fasilitas mencuci tangan sehingga tercipta perilaku mencuci tangan. ⁽²³⁾

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang. Karena itu dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan yang

baik dapat meningkatkan kesehatan, oleh karena itu diperlukan pengetahuan yang baik dalam mencuci tangan. ⁽²²⁾

4. Kebiasaan anak

Adanya kebiasaan untuk tidak cuci tangan atau cuci tangan sejak kecil, akan terbawa sampai dewasa. ⁽²²⁾

5. Sikap

Sikap adalah penilaian (bisa berupa pendapat) seseorang terhadap stimulus dan objek (dalam hal ini adalah masalah kesehatan, termasuk penyakit). Setelah anak mengetahui bahaya tidak mencuci tangan (melalui pengalaman, pengaruh orang lain, media massa, lembaga pendidikan, emosi), proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap kegiatan mencuci tangan tersebut.

6. Motivasi

Motivasi adalah suatu dorongan yang menggerakkan seseorang untuk berperilaku, beraktivitas dalam penyampaian tujuan dimana kebutuhan merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap lajunya dorongan tersebut. Jadi perubahan perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah dapat tercapai dengan memberi anak motivasi yang kuat. Sehingga timbul dari kesadarannya sendiri, tercipta perilaku mencuci tangan pada anak tersebut.

7. Pola Asuh Orang Tua

Pola asuh orang tua adalah sikap atau perilaku orang tua dalam berinteraksi dengan anak-anaknya. Perilaku yang bersifat relatif dan konsisten

dari waktu ke waktu. Banyak ahli mengatakan pengasuhan anak adalah bagian penting dan mendasar. Pada dasarnya pola asuh dapat diartikan seluruh cara perlakuan orang tua yang diterapkan pada anak. Perlakuan yang dilakukan orang tua antara lain mendidik, membimbing, serta mengajarkan tingkah laku yang umum dilakukan di masyarakat. ⁽²⁴⁾

Orang tua adalah tokoh panutan anak, maka diharapkan orang tua dapat ditiru, sehingga anak yang bebas bersekolahpun sudah mau dan mampu melakukan cuci tangan dengan benar melalui model yang ditiru dari orang tuanya. ⁽²⁵⁾

a. Faktor-faktor yang mempengaruhi pola asuh orang tua

Faktor-faktor yang mempengaruhi pola asuh orang tua antara lain: ⁽²⁰⁾

1) Lingkungan

Pola asuh yang baik sulit berjalan efektif bila tidak didukung lingkungan. Namun, kedekatan anak dengan orang tua dapat meminimalkan pengaruh negatif lingkungan. Lingkungan banyak mempengaruhi perkembangan anak, maka tidak mustahil jika lingkungan ikut serta mewarnai pola-pola pengasuhan yang diberikan orang tua terhadap anak.

2) Umur

Umur merupakan indikator kedewasaan seseorang. Semakin bertambah umur maka semakin bertambah pengetahuan yang dimiliki, serta perilaku yang sesuai untuk mendidik anak.

3) Tingkat sosial ekonomi

Tingkat sosial ekonomi sangat mempengaruhi pola asuh yang dilakukan oleh suatu masyarakat. Rata-rata keluarga dengan sosial ekonomi yang cukup baik akan memilih pola asuh yang sesuai dengan perkembangan anak.

Keluarga merupakan lingkungan yang pertama dan utama bagi pembentukan kepribadian anak. Dalam hal ini, peran ibu sangat menentukan dalam mendidik anak. Ibu merupakan orang pertama kali dijumpai seorang anak dalam kehidupannya. Karena itu, segala perilaku, cara mendidik anak, dan kebiasaannya dapat dijadikan contoh bagi anaknya, biasanya sikap ketergantungan anak lebih kepada ibunya daripada kepada ayahnya.

Demikian juga dalam menanamkan pengetahuan mengenai pentingnya cuci tangan, kaum ibu sangat berperan dalam mewujudkan dan mengembangkan kesehatan secara umum. Orang tua merupakan tokoh panutan anak, maka diharapkan orang tua dapat ditiru, sehingga anak mau dan mampu mencuci tangan dengan baik dan teratur melalui model yang ditiru dari orang tuanya. Peran orang tua sangat diperlukan dalam membimbing, memberikan pengertian, mengingatkan dan menyediakan fasilitas kepada anak agar anak dapat membiasakan cuci tangan. Selain itu orang tua juga mempunyai peran yang cukup besar di dalam pengawasan anak dalam melakukan cuci tangan.

8. Peran Guru di Sekolah

Guru merupakan individu yang sering dijumpai anak dalam lingkungan sekolah. Tugas guru sebagai pengajar dan pendidik yang salah satu diantaranya adalah mengajarkan praktek cuci tangan pakai sabun pada anak sekolah.⁽²⁶⁾

Berdasarkan kondisi ini, implementasi program penyadaran perilaku cuci tangan pakai sabun cukup tepat dilakukan pada murid sekolah dasar. Peran guru dalam proses belajar mengajar di sekolah dasar masihlah dominan. Oleh sebab itu, kepala sekolah, guru, dan komite sekolah akan dilibatkan secara aktif dalam program penyadaran perilaku cuci tangan pakai sabun. Sekolah sebagai salah satu wadah peningkatan pengetahuan dan kemampuan anak memiliki peran penting dalam menyumbang perubahan yang terjadi di dalam keluarga sebagai komponen terkecil dalam masyarakat.

Orang tua dan guru adalah sosok pendamping saat anak melakukan aktifitas kehidupannya setiap hari. Peranan mereka sangat dominan dan sangat menentukan kualitas hidup anak di kemudian hari, sehingga sangatlah penting bagi mereka untuk mengetahui dan memahami permasalahan dan gangguan kesehatan pada anak usia sekolah yang cukup luas dan kompleks. Deteksi dini gangguan kesehatan anak usia sekolah dapat mencegah atau mengurangi komplikasi dan permasalahan yang diakibatkan menjadi lebih berat lagi. Peningkatan perhatian terhadap kesehatan anak usia sekolah tersebut,

diharapkan dapat menciptakan anak usia sekolah Indonesia yang cerdas, sehat, dan berprestasi. ⁽²⁰⁾

9. Ketersediaan sanitasi yang baik di sekolah

a. Air

Air memegang peranan yang sangat penting bagi kehidupan manusia, hewan, tumbuhan dan jasad-jasad lain. Air yang kita perlukan adalah air yang memenuhi persyaratan kesehatan baik persyaratan fisik, kimia, ataupun bakteriologinya. ⁽²⁷⁾

Air diperlukan untuk berbagai macam keperluan hidup seperti untuk mandi, mencuci, memasak, pengairan, pertanian, industri, rekreasi dan sebagai air minum. Banyak dari kita yang memiliki pikiran bahwa tangan yang terlihat bersih dan tidak berbau itu tandanya aman dari bakteri. Mencuci tangan biasa belum mampu bekerja efektif untuk mengeliminasi dampak mikroskopis dari penyebaran patogen. Menggunakan sabun *scrub* atau sabun antibakterial, dan membasuh dengan air mengalir merupakan cara yang efektif untuk melawan infeksi bakteri melalui tangan. ⁽¹⁴⁾ Apabila tidak tersedia fasilitas air yang mencukupi, mustahil bagi seseorang untuk melakukan cuci tangan.

b. Sabun yang digunakan untuk mencuci tangan.

Mencuci tangan saja adalah salah satu tindakan pencegahan yang menjadi perilaku sehat dan baru dikenal pada akhir abad ke 19. Perilaku sehat dan pelayanan jasa sanitasi menjadi penyebab penurunan tajam

angka kematian dari penyakit menular yang terdapat pada negara-negara maju pada akhir abad 19. Hal ini dilakukan bersamaan dengan isolasi dan pemberlakuan teknik membuang kotoran yang aman dan penyediaan air bersih dalam jumlah yang mencukupi. ⁽²⁸⁾

Mencuci tangan dengan air saja lebih umum dilakukan, namun hal ini terbukti tidak efektif dalam menjaga kesehatan dibandingkan dengan mencuci tangan dengan sabun. Menggunakan sabun dalam mencuci tangan sebenarnya menyebabkan orang harus mengalokasikan waktunya lebih banyak saat mencuci tangan, namun penggunaan sabun menjadi efektif karena lemak dan kotoran yang menempel akan terlepas saat tangan digosok dan bergesek dalam upaya melepaskannya. Di dalam lemak dan kotoran yang menempel inilah kuman penyakit hidup. Efek lainnya adalah tangan menjadi harum setelah dicuci dengan menggunakan sabun dan dalam beberapa kasus, tangan yang menjadi wangi lah yang membuat mencuci tangan dengan sabun menjadi menarik untuk dilakukan.

Dalam sabun terdapat kandungan antiseptik sebagai pembunuh kuman. Dalam kandungannya, cairan antiseptik tersebut memiliki kandungan utama pembasmi mikroorganisme yaitu alkohol. Alkohol bekerja sebagai antiseptik dengan cara merusak dinding sel bakteri. Alkohol memiliki spektrum yang baik untuk kuman gram positif, gram negatif, basil tuberkulosis, jamur, dan virus termasuk *RSV (respiratory syncytial virus)*, virus hepatitis A, B, dan *HIV*. Alkohol dalam

konsentrasi yang tepat menghasilkan efek yang cepat dan secara nyata menurunkan jumlah mikroba merugikan di kulit.

Pada dasarnya ada 3 jenis alkohol yang sering digunakan sebagai antiseptik, yaitu Ethyl alcohol (Ethanol), N-Propil alcohol, dan Isopropyl alcohol. Ketiga jenis alkohol tersebut hanya memiliki sedikit perbedaan dalam efek anti mikroba. ⁽²⁸⁾

Beberapa kandungan senyawa yang terdapat dalam sabun antara lain: ⁽⁴⁾

1) Senyawa *Iodine*

Merupakan salah satu antiseptik tertua yang masih dipakai. Cairan ini cukup aman dan dapat bekerja secara cepat namun jarang digunakan untuk mencuci tangan. Setelah digunakan harus dihilangkan/dibilas dari kulit setelah mengering karena jika dibiarkan dapat menyebabkan terjadinya iritasi kulit.

2) Klorheksidin glukonat

Bekerja dengan merusak dinding bakteri (bakterisidal). Karena tidak bersifat iritatif larutan ini seringkali digunakan untuk antiseptik tangan dan kulit daerah operasi.

3) Heksaklorofen

Merupakan suatu larutan deterjen yang bekerja dengan cara merusak dinding bakteri (bakterisidal). Pada konsentrasi rendah bekerja dengan cara menghambat enzim bakteri (bakteriostatik).

Heksaklorofen sering digunakan sebagai larutan pencuci tangan sebelum tindakan operasi. Tidak boleh digunakan pada kulit yang terluka.

4) Iodofor

Merupakan kombinasi antara Yodium dengan Povidone (Povidone iodine). Kombinasi ini meningkatkan kelarutan Yodium. Efek antimikroba dari Iodofor sama seperti Yodium yaitu sangat bakterisid, fungisid, dan virisid. Golongan ini memiliki aktivitas sedang terhadap spora bakteri dan aktivitas tinggi terhadap basil tuberkulosis.

5) Triclosan (Irgasan)

Bekerja dengan merusak dinding bakteri (bakterisidal). Memiliki efek anti bakteri gram positif dan negatif, namun tidak jelas untuk virus dan jamur. Seringkali digunakan dalam sabun mandi untuk membunuh bakteri yang dapat menyebabkan bau badan. Dapat membunuh bakteri yang merugikan dan bakteri yang baik.

c. Ketersediaan media pendidikan/informasi di sekolah

Media pendidikan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan, alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Disebut media pendidikan kesehatan karena alat-alat tersebut merupakan saluran (*channel*) untuk menyampaikan

informasi kesehatan dan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat dan klien. ⁽²²⁾

Salah satu tujuan menggunakan alat bantu yaitu menimbulkan minat, mencapai sasaran yang banyak, merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain, untuk mempermudah penyampaian, penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan, mendorong keinginan orang untuk mengetahui dan menegakkan pengertian yang diperoleh.

Menurut para ahli, indera yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke otak adalah mata. Kurang lebih 75% sampai 87% dari pengetahuan manusia diperoleh, disalurkan melalui mata. Sedangkan 13% sampai 25% lainnya tersalur melalui indera lain, dapat disimpulkan bahwa alat-alat visual lebih mempermudah cara penyampaian dan penerimaan informasi atau bahan pendidikan.

Pada garis besarnya hanya ada tiga macam alat bantu pendidikan (alat peraga), yaitu: ⁽²³⁾

1) Alat bantu melihat (*visual aids*) yang berguna dalam membantu stimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadinya pendidikan.

Alat ini terdiri dari 2 bentuk :

a) Alat yang diproyeksikan, misalnya slide, film, film strip, dan sebagainya.

- b) Alat yang tidak diproyeksikan, meliputi: dua dimensi (gambar, peta, bagan, poster, dan sebagainya) dan tiga dimensi (misalnya bola dunia, boneka, dan sebagainya).
- 2) Alat bantu dengar (*audio aids*) yang dapat membantu untuk menstimulasikan indera pendengaran pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan. Misalnya : piring hitam, radio, dan sebagainya.
- 3) Alat bantu lihat-dengar seperti televisi dan video. Alat bantu pendidikan seperti ini lebih dikenal dengan *Audio Visual Aids (AVA)*.

Informasi akan memberikan pengaruh pada pengetahuan seseorang. Meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika ia mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media misalnya televisi, radio, atau surat kabar maka hal itu akan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Informasi keterangan, pemberitahuan yang dapat menimbulkan kesadaran akan mempengaruhi terjadinya perilaku seseorang.⁽²¹⁾

D. UKS dan Dokter Kecil

Sekolah merupakan sebuah lembaga formal, tempat anak didik memperoleh pendidikan dan pelajaran yang diberikan oleh guru. Sekolah mempersiapkan anak didik memperoleh ilmu pengetahuan dan keterampilan. Siswa dimasa sekarang merupakan generasi akan datang yang menjadi penerus dan aset suatu bangsa, maka pendidikan kesehatan perlu diupayakan sejak usia dini pada golongan usia siswa ini. Sekolah mempunyai peranan penting dalam

menyampaikan informasi kesehatan kepada siswa dan masyarakat sebab perilaku hidup sehat merupakan kebiasaan yang perlu upaya keras (ketelatenan) dalam penanamannya, dan kebiasaan ini harus diawali dari orang tua, anak, dan guru di sekolah. ⁽¹²⁾

Salah satu strategi upaya pendidikan kesehatan dengan perubahan perilaku dari yang kurang sehat menjadi perilaku sehat yaitu kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Dengan melalui kegiatan UKS diharapkan dapat membawa dampak yang baik bagi perubahan perilaku di lingkungan keluarga dengan siswa sebagai penggerak perubahan perilaku sehat di lingkungan keluarganya. ⁽¹⁾

Pelayanan kesehatan pada UKS adalah pemeriksaan kesehatan umum, kesehatan gigi dan mulut siswa SD dan setingkat yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama dengan guru UKS terlatih dan dokter kecil secara berjenjang (penjaringan awal oleh guru dan dokter kecil, penjaringan lanjutan oleh tenaga kesehatan). Program Dokter Kecil merupakan upaya pendekatan edukatif dalam rangka mewujudkan perilaku sehat diantaranya perilaku kebersihan perorangan salah satunya yaitu cuci tangan pakai sabun, dimana anak didik dilibat-aktifkan sebagai pelaksananya. ⁽²⁹⁾

E. Perilaku Kesehatan

Pada dasarnya tidak ada satu jenis teori atau model yang tepat untuk semua kasus, tergantung dari unit praktik dan tipe dari perilaku kesehatan, bahkan kadang-kadang dibutuhkan lebih dari satu teori agar adekuat dalam menjelaskan suatu isu. Teori dalam penelitian juga membedakan antara teori penyebab yang

menekankan untuk mengidentifikasi determinan dari akibat dan teori aksi yang mencoba untuk menjelaskan bagaimana efek intervensi terhadap determinan dan akibat. Secara bersama-sama, teori penyebab dan aksi memperbaiki teori program, yang menggambarkan sebuah model yang logis. PRECEDE-PROCEED adalah contoh model yang logis, didalamnya terdapat pengkajian, perencanaan intervensi dan evaluasi yang menjadi satu kerangka kerja. ⁽²²⁾

1) Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Terbentuknya suatu perilaku baru dimulai pada *cognitive domain* dalam arti subyek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus berupa materi untuk cuci tangan, sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subyek tersebut, selanjutnya menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap subyek terhadap pengetahuan tentang cuci tangan. Pengetahuan dan sikap subyek terhadap cuci tangan diharapkan akan membentuk perilaku (psikomotorik) subyek terhadap cuci tangan.

2) Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

Hubungan antara konsep pengetahuan dan praktek kaitannya dalam suatu materi kegiatan biasanya mempunyai angapan yaitu adanya pengetahuan tentang manfaat sesuatu hal yang akan menyebabkan orang mempunyai sikap positif terhadap hal tersebut. Selanjutnya sikap positif ini akan mempengaruhi untuk ikut dalam kegiatan ini. Niat ikut serta dalam kegiatan ini akan menjadi tindakan apabila

mendapatkan dukungan sosial dan tersedianya fasilitas, kegiatan ini disebut perilaku.

3) Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*)

Faktor yang mendorong untuk bertindak mencapai suatu tujuan yang terwujud dalam peran keluarga terutama orang tua, guru dan petugas kesehatan untuk saling bahu membahu, sehingga tercipta kerjasama yang baik antara pihak rumah dan sekolah yang akan mendukung anak dalam memperoleh pengalaman yang hendak dirancang, lingkungan yang bersifat anak sebagai pusat yang akan mendorong proses belajar melalui penjelajah dan penemuan untuk terjadinya suatu perilaku.

1. Konsep Perilaku

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang dapat diamati pihak luar. Perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar), oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, kemudian organisme tersebut merespons.⁽²³⁾

Perilaku kesehatan (*health behavior*) yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, dan sebagainya.⁽³⁰⁾

Perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap sehat sakit, seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Pengertian lain dari perilaku kesehatan adalah semua aktivitas seseorang baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.⁽²¹⁾

2. Klasifikasi Perilaku Kesehatan

- a. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*) adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bila sakit. Perilaku pemeliharaan kesehatan terdiri dari 3 aspek:
 - 1) Perilaku pencegahan penyakit dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bila telah sembuh dari penyakit.
 - 2) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sakit.
 - 3) Perilaku gizi (makanan dan minuman).
- b. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*Health Seeking Behavior*) adalah upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri.

- c. Perilaku kesehatan lingkungan merupakan perilaku bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial budaya sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

Selain klasifikasi di atas, terdapat klasifikasi perilaku kesehatan yang lain, yaitu:

- a. Perilaku hidup sehat

Merupakan perilaku-perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perilaku ini mencakup antara lain : menu seimbang, olahraga teratur, tidak merokok, tidak minum-minuman keras dan narkoba, istirahat yang cukup, mengendalikan stres dan perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan.

- b. Perilaku sakit

Mencakup respon seseorang terhadap sakit dan penyakit. Persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang penyebab dan gejala penyakit, dan pengobatan penyakit.

- c. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*)

Perilaku ini mencakup tindakan untuk memperoleh kesembuhan, mengenal/mengetahui fasilitas atau sasaran pelayanan penyembuhan penyakit yang layak dan mengetahui hak, misalnya hak memperoleh perawatan dan pelayanan kesehatan.

3. Teori Perilaku Kesehatan

a. PRECEDE-PROCEED Model

PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, Enabling Causes, Educational Diagnosis and Evaluation*), pendekatan ini direkomendasikan untuk evaluasi keefektifan intervensi dan memfokuskan target utama dalam intervensi. Dalam kerangka model PRECEDE, terdapat 7 tahapan, yaitu diagnosis sosial, diagnosis epidemiologi, diagnosis perilaku, diagnosis pendidikan, penetapan strategi pendidikan, diagnosis administrasi, dan evaluasi. ⁽²²⁾

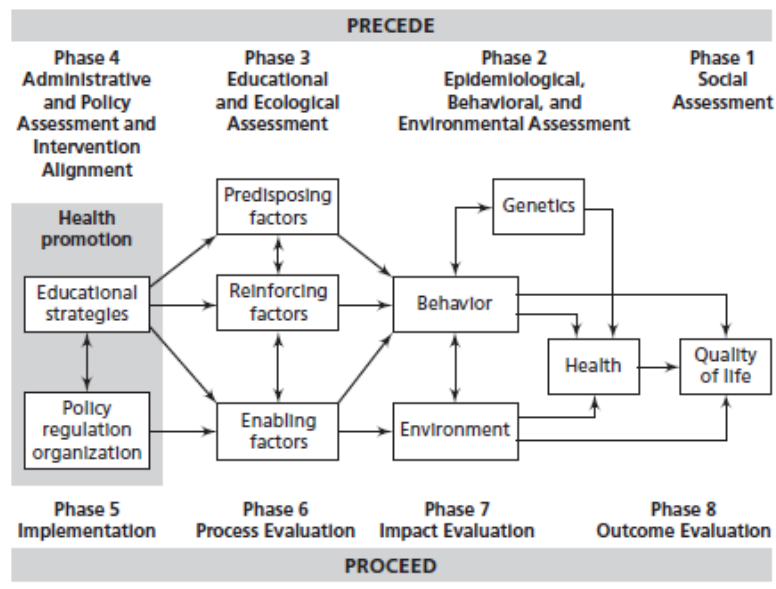
- 1) Diagnosis sosial, merupakan proses penentuan persepsi masyarakat terhadap kebutuhannya atau terhadap kualitas hidupnya, dan aspirasi masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Indikator yang digunakan terkait masalah sosial adalah indikator sosial yang penilaiannya didasarkan data sensus ataupun vital statistik yang ada ataupun dengan pengumpulan data secara langsung dari masyarakat. Bila data didapat langsung dari masyarakat, maka pengumpulan datanya dapat dilakukan dengan cara wawancara, diskusi kelompok, dan suvei.
- 2) Diagnosis epidemiologi, melakukan identifikasi terkait dengan aspek kesehatan yang berpengaruh terhadap kualitas hidup. Pada tahap ini dicari faktor kesehatan yang mempengaruhi kualitas hidup yang dapat digambarkan secara rinci berdasarkan data yang ada, baik berasal dari

data lokal, regional, maupun nasional. Pada tahap ini diidentifikasi siapa atau kelompok mana yang terkena masalah kesehatan (umur, jenis kelamin, lokasi, suku, dan lainnya), bagaimana pengaruh atau akibat dari masalah kesehatan tersebut (mortalitas, morbiditas, *disability*, tanda dan gejala yang ditimbulkan) serta bagaimana cara untuk menanggulangi masalah kesehatan (imunisasi, perawatan/pengobatan, perubahan lingkungan dan perubahan perilaku). Informasi ini sangat dibutuhkan untuk menerapkan prioritas masalah yang biasanya didasarkan atas pertimbangan besarnya masalah dan akibat yang ditimbulkannya serta kemungkinan untuk diubah.

- 3) Diagnosis perilaku, merupakan proses penelusuran masalah-masalah perilaku yang dapat menjadi penyebab timbulnya masalah kesehatan yang telah diprioritaskan. Dalam proses ini kita harus waspada terhadap masalah yang sebenarnya erat sekali menyebabkan munculnya masalah kesehatan tersebut tetapi hal tersebut bukan masalah perilaku. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam mencari prioritas masalah yaitu : masalah yang berkaitan dengan preventif lebih diutamakan, masalah '*importance*' yaitu keterkaitan dari perilaku tersebut dengan masalah kesehatan dan tingginya frekuensi perilaku tersebut di masyarakat, masalah '*changeability*' yaitu sulit tidaknya

perilaku tersebut diubah. Masalah yang penting tetapi sulit untuk diubah perlu untuk mendapatkan perhatian utama.

- 4) Diagnosis pendidikan, proses penelusuran masalah-masalah yang berpengaruh atau yang menjadi penyebab terjadinya masalah perilaku yang telah diprioritaskan. Tiga aspek yang berpengaruh dalam tahap ini yaitu : faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, nilai-nilai dan budaya, persepsi), faktor pemungkin/*enabling* (ketersediaan pelayanan kesehatan, ketercapaian pelayanan kesehatan baik dari segi jarak maupun segi biaya dan sosial, adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tersebut), faktor penguat/*reinforcing* (pendapat, dukungan, dan kritik).
- 5) Penetapan strategi pendidikan, merupakan fase dimana metode-metode yang akan digunakan dipilih.
- 6) Diagnosis administratif, proses penetapan intervensi yang akan dilaksanakan.
- 7) Evaluasi, suatu proses membandingkan antara hasil yang dicapai dengan hasil yang diharapkan, meliputi evaluasi proses, dampak, dan *outcome*. Evaluasi ini dilakukan terhadap hasil intervensi pada fase sebelumnya.



Gambar 2.2 Kerangka Model PRECEDE-PROCEED

b. Model Kepercayaan Kesehatan (*Health Belief Model*)

Model kepercayaan adalah suatu bentuk penjabaran dari model sosio psikologis, munculnya model ini didasarkan pada kenyataan bahwa masalah kesehatan ditandai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh *provider*, kegagalan ini akhirnya memunculkan teori yang menjelaskan perilaku pencegahan penyakit (*preventif health behavior*).

Health Belief Model (HBM) didasarkan atas kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan dan adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku itu sendiri. Faktor-faktor

tersebut dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu, serta pengalaman berhubungan dengan sarana dan petugas kesehatan.

Kesiapan individu dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil kerentanan terhadap penyakit, dan adanya kepercayaan perubahan perilaku akan memberikan keuntungan. Faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku adalah perilaku itu sendiri yang dipengaruhi oleh karakteristik individu, penilaian individu terhadap perubahan yang ditawarkan, interaksi dengan petugas kesehatan yang merekomendasikan perubahan perilaku dan pengalaman mencoba merubah perilaku yang serupa.

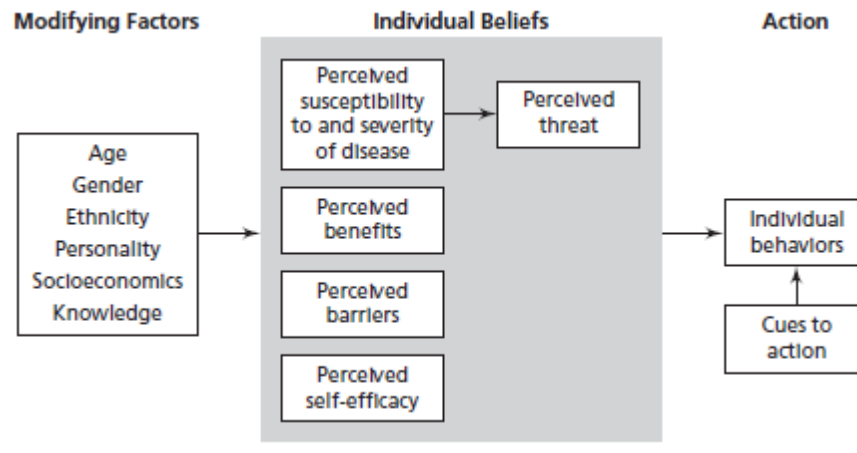
Health Belief Model (HBM) sering digunakan sebagai kerangka utama dalam perilaku yang berkaitan dengan kesehatan, dimulai dari pertimbangan orang mengenai kesehatan. *Health Belief Model* (HBM) ini digunakan untuk meramalkan perilaku peningkatan kesehatan. *Health Belief Model* (HBM) merupakan model kognitif yang berarti bahwa khususnya proses kognitif dipengaruhi oleh informasi dari lingkungan. Menurut *Health Belief Model* (HBM) kemungkinan individu akan melakukan tindakan pencegahan tergantung secara langsung pada hasil dari dua keyakinan atau penilaian kesehatan yaitu ancaman yang dirasakan dari sakit dan pertimbangan tentang keuntungan dan kerugian.

Komponen *Health Belief Model*:

- 1) Tingkat kerentanan terhadap risiko tertular suatu penyakit (*Perceive Susceptibility*).
- 2) Tingkat keseriusan terhadap suatu penyakit (*Perceived Severity*) adalah perasaan seseorang terhadap keseriusan akibat penyakit atau jika tidak diobati baik secara medis (kematian, cacat, rasa sakit) maupun sosial (dampak pada pekerjaan, keluarga, hubungan sosial).
- 3) Manfaat dirasakan (*Perceive Benefit*) terhadap perilaku pencegahan, bahwa melakukan tindakan pencegahan atau mengurangi risiko merupakan keuntungan.
- 4) Hambatan yang dirasakan (*Perceive Barrier*) terhadap perilaku pencegahan adalah hal-hal yang dirasakan seseorang terhadap hal-hal negatif dari perilaku pencegahan seperti biaya mahal, efek samping berbahaya, rasa sakit, ketidaknyamanan dan waktu.
- 5) Kemampuan sendiri (*Perceive Self Efficacy*) adalah perasaan seseorang terhadap kemampuan dirinya bahwa ia dapat melakukan perilaku pencegahan tersebut dengan sukses. Keyakinan individu terhadap kemampuannya dapat menentukan bagaimana mereka berperilaku. Penilaian diri terhadap kemampuannya akan menentukan rangkaian perilaku yang harus ditampilkan dan berapa lama harus menjalani, pola pikir dan reaksi emosional.

- 6) Dorongan terhadap perubahan perilaku (*Cues to Action*) adalah tanda/sinyal yang menyebabkan seseorang untuk bergerak ke arah suatu perilaku pencegahan . Tanda itu bisa dapat dari luar (kampanye, nasehat, kejadian pada kenalan/keluarga dan majalah) dan dari dalam (persepsi seseorang terhadap kondisi kesehatannya).
- 7) Variabel demografi, sosio-psikologi dan struktural mungkin mempengaruhi persepsi individu, maka secara tidak langsung mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Tingkat pendidikan individu diyakini mempunyai dampak tidak langsung terhadap perilaku dengan mempengaruhi *perceive susceptibility*, *perceive severity*, *perceive benefit of action* dan *perceive barrier to a action*.

Menurut model kepercayaan kesehatan, perilaku ditentukan oleh apakah seseorang (1) percaya bahwa mereka rentan terhadap masalah kesehatan tertentu; (2) menganggap masalah ini serius;(3) meyakini efektivitas tujuan pengobatan dan pencegahan;(4) menerima anjuran untuk mengambil tindakan kesehatan.



Gambar 2.3 Kerangka *Health Belief Model*

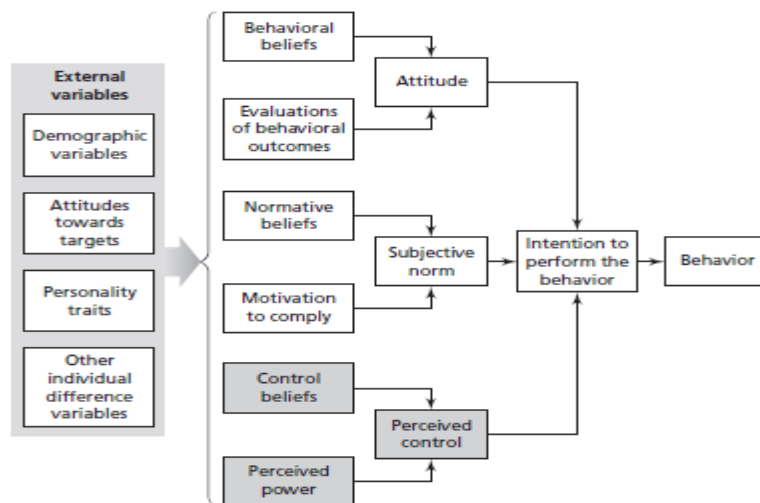
c. Teori Aksi Beralasan (*Theory of Reasoned Action*)

Teori ini diperkenalkan oleh Fishbein and Ajzen yang menegaskan peran dari niat seseorang dalam menentukan apakah sebuah perilaku akan terjadi. Teori ini secara tidak langsung menyatakan bahwa perilaku pada umumnya mengikuti niat dan tidak akan pernah terjadi tanpa niat. Niat seseorang juga dipengaruhi oleh sikap-sikap terhadap suatu perilaku, seperti apakah ia merasa suatu perilaku itu penting.

Teori ini juga menegaskan sifat 'normatif' yang mungkin dimiliki orang-orang, mereka berfikir tentang apa yang akan dilakukan orang lain (terutama orang-orang yang berpengaruh dalam kelompok) pada suatu situasi yang sama. Teori ini bukan saja menjelaskan tentang perilaku kesehatan saja, namun juga menjelaskan semua perilaku terkait dengan kemauan. Teori ini berbasis pada asumsi terhadap reaksi sosial atas kemauan yang terkendali. Teori ini bertujuan tidak hanya memperkirakan

perilaku manusia, tetapi juga memahami atas perilaku itu sendiri. Menurut teori ini, seseorang untuk melakukan perilaku tertentu adalah fungsi 2 faktor yaitu : 1) sikap (positif atau negatif) terhadap perilaku dan 2) pengaruh lingkungan sosial (norma-norma umum subjektif) pada perilaku.

Seseorang memiliki sikap positif terhadap perilaku tertentu berawal dari adanya kepercayaan terhadap perilaku tersebut akan memberikan manfaat/hasil. Seseorang dapat berperilaku tertentu atau tidak karena faktor sosial atau norma subyektif yang didasarkan pada kepercayaan pada individu atau kelompok tertentu dan berfikir tentang apa yang dilakukan orang lain terutama orang-orang yang berpengaruh dalam kelompok tersebut.



Gambar 2.4 Kerangka *Theory of Reasoned Action and Theory of Planned Behavior*

d. Teori Difusi Inovasi

Model difusi inovasi menegaskan peran-peran agen perubahan dalam lingkungan sosial. Secara relatif tetangga, petugas kesehatan atau agen perubahan yang lain ikut membantu menghasilkan perubahan dengan cara-cara tertentu misalnya dengan cara meningkatkan kebutuhan akan perubahan, membangun hubungan interpersonal yang diperlukan, mengidentifikasi masalah-masalah dan penyebab, menetapkan sasaran dan jalan keluar yang potensial, memotivasi seseorang supaya menerima dan memelihara aksi dan memutuskan jalinan yang mengembangkan seseorang pada perilaku lama.

Model difusi bertitik tolak pada perubahan sosial yang terjadi akibat perubahan perilaku dengan menerapkan ide ide baru/inovasi atau penemuan-penemuan baru baik berupa gagasan-gagasan, tindakan atau benda-benda merupakan penyebab terjadinya perubahan sosial bila menyebar ke masyarakat.

Sistem sosial dapat didefinisikan sebagai suatu kumpulan unit berbeda secara fungsional dan terikat dalam kerjasama untuk memecahkan masalah dalam rangka mencapai tujuan bersama. Anggota dalam sistem sosial itu bisa perorangan, kelompok informal, organisasi modern atau sub sistem. Diantara anggota sistem sosial ada yang memegang peranan penting dalam proses difusi selain ada unit yang mengadopsi. Faktor-faktor yang mempengaruhi tahapan/kecepatan teori

difusi inovasi yaitu: (1) atribut inovasi; (2) jenis keputusan inovasi; (3) saluran komunikasi; (4) kondisi sistem sosial; (5) peran agen perubah. Sebelum inovasi itu diterima sebagian besar anggota masyarakat, terdapat tokoh masyarakat yang sering kali bertindak sebagai pemegang kunci atau penyaring terhadap inovasi-inovasi yang akan tersebar ke dalam sistem sosial.

Penerima inovasi dalam sistem sosial dapat dikategorikan menjadi 5 kategori berdasarkan keinovatifannya. Kategori tersebut adalah *Inovator*, *Pelopor/adopter*, *Pengikut dini*, *Pengikut akhir* dan *Kolot/Laggard*. Secara umum di masyarakat bahwa kelompok kategori inovator jumlahnya sedikit dan kelompok kategori pengikut dini dan pengikut akhir jumlahnya terbanyak (masing-masing 34% dan 16%). Hal ini memberikan pengertian bahwa inovasi diterima oleh masyarakat secara bervariasi.

e. Model Komunikasi/Persuasi (*Communication/Persuasion Model*)

Model komunikasi/persuasi diperkenalkan Mc Guire tahun 1964, menegaskan bahwa komunikasi dapat dipergunakan untuk mengubah sikap dan perilaku kesehatan yang secara langsung terkait dalam rantai kausal yang sama.

Efektifitas upaya komunikasi yang diberikan bergantung pada input (atau stimulus) serta output (atau tanggapan terhadap stimulus). Menurut model komunikasi/persuasi, bahwa perubahan pengetahuan dan sikap

merupakan prekondisi bagi perubahan perilaku kesehatan dan perilaku-perilaku yang lain. Variabel-variabel input meliputi : sumber pesan, pesan, saluran penyampai dan karakteristik penerima dan tujuan pesan-pesan tersebut. Variabel output merujuk pada perubahan dalam faktor-faktor kognitif tertentu seperti pengetahuan, sikap, pembuatan keputusan dan juga perilaku-perilaku yang dapat diobservasi .

BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Teori

Sanitasi yang buruk berimplikasi terhadap penularan beberapa penyakit infeksi. Proses penularan tersebut selain dipengaruhi oleh kondisi *agent* penyebab penyakit juga dipengaruhi oleh karakteristik dan perilaku manusia. Salah satunya adalah perilaku cuci tangan pakai sabun. Perilaku tersebut dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal dalam diri seseorang yang saling berinteraksi.

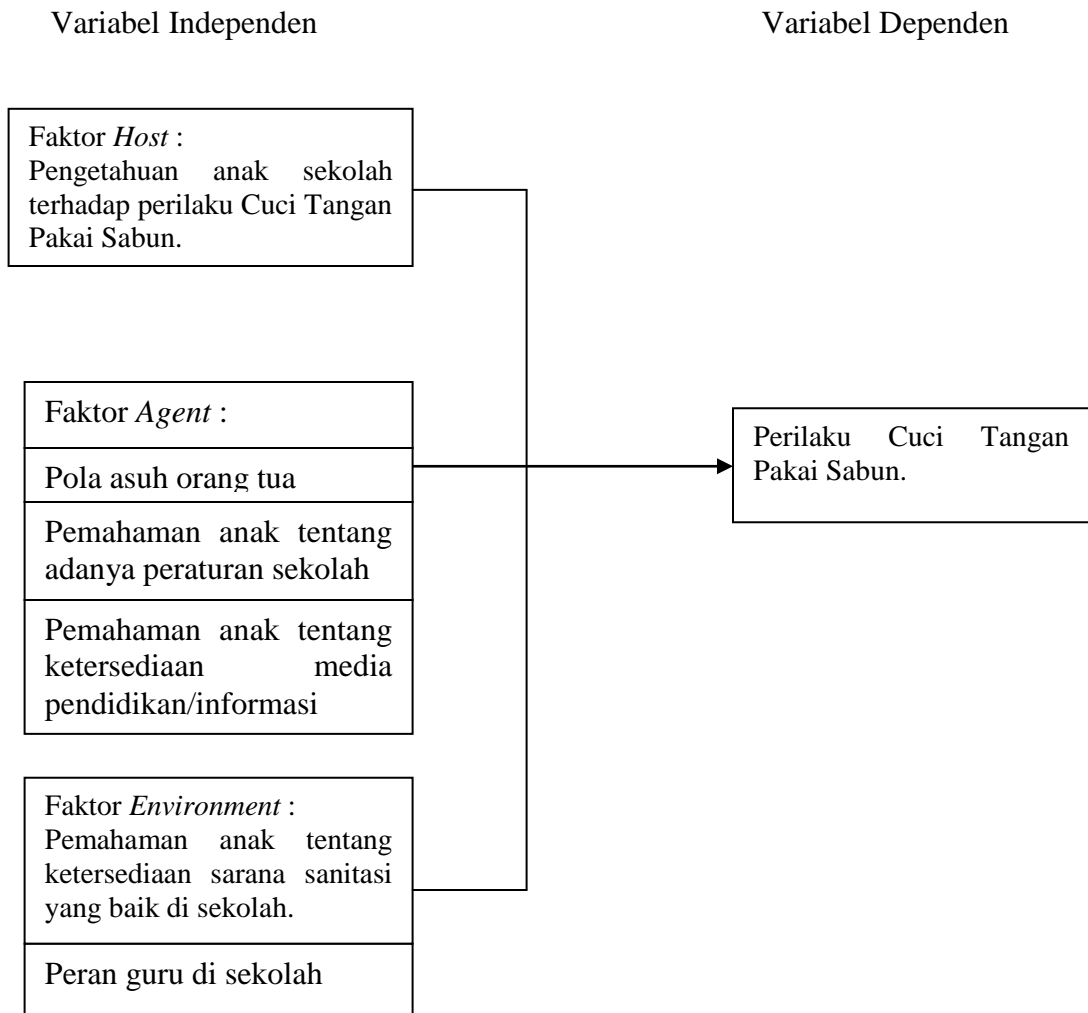
Faktor internal yaitu karakteristik individu (seperti umur, jenis kelamin, dan pekerjaan orang tua) mempengaruhi pengetahuan dan sikap seseorang untuk merespon atau menilai suatu kondisi yang sudah menjadi kebiasaan, semakin tinggi tingkat pengetahuan dan semakin positif sikap terhadap manfaat dan keuntungan untuk dirinya, maka semakin cepat pula seseorang untuk merubah perilaku yang buruk menjadi perilaku yang baik. Faktor eksternal termasuk faktor lingkungan fisik, biologi, sosial dan budaya yang saling mendukung dan menguatkan keyakinan seseorang untuk melakukan suatu tindakan dimana seseorang sebaiknya cuci tangan pakai sabun. Faktor lingkungan fisik seperti ketersediaan air bersih, ketersediaan sabun untuk cuci tangan, dan ketersediaan lap bersih dan kering/tisu. Faktor lingkungan sosial dan budaya adalah adanya

dukungan sosial, sangsi sosial dan peran guru. Faktor biologi adalah keberadaan agent penyebab penyakit seperti virus, bakteri dan parasit.

Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang melakukan cuci tangan pakai sabun secara epidemiologis dapat dijelaskan dalam segitiga epidemiologi yaitu *host*, *agent* dan *environment*. *Host* meliputi faktor internal yaitu karakteristik manusia (umur, tingkat pendidikan, jenis kelamin) dan motivasi yang akan mempengaruhi pengetahuan dan sikap yang akan melahirkan niat seseorang untuk melakukan tindakan. *Environment* adalah faktor eksternal yaitu lingkungan fisik (ketersediaan sarana sanitasi), lingkungan sosial (sangsi sosial, dukungan sosial dan peran guru), lingkungan budaya dan sarana kesehatan lingkungan. *Agents* adalah gaya hidup yaitu penggunaan sabun, peraturan sekolah, pola asuh orang tua, ketersediaan media pendidikan/informasi dan keberadaan UKS.

Dari kerangka teori menjadi kerangka konsep menggunakan Teori Precede-Proceed dari *Lawrence Green* yang dimodifikasi dengan teori segitiga epidemiologi yaitu perilaku seseorang tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap dan lingkungan yang mendukung terjadinya perilaku tersebut, dalam hal ini perilaku cuci tangan pakai sabun :

B. Kerangka Konsep



Gambar 3.2 Kerangka Konsep Penelitian.

C. Hipotesis

1. Hipotesis Mayor

Faktor *host*, faktor *environment*, dan faktor *agent* merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku cuci tangan pakai sabun.

2. Hipotesis Minor

- a. Tingkat pengetahuan yang baik merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun.
- b. Pemahaman anak tentang ketersediaan sarana sanitasi yang baik di sekolah merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun.
- c. Pola asuh orang tua merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun.
- d. Peran guru di sekolah merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun.
- e. Pemahaman anak tentang ketersediaan media pendidikan/informasi merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun.
- f. Pemahaman anak tentang adanya peraturan sekolah merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun anak sekolah.

BAB IV

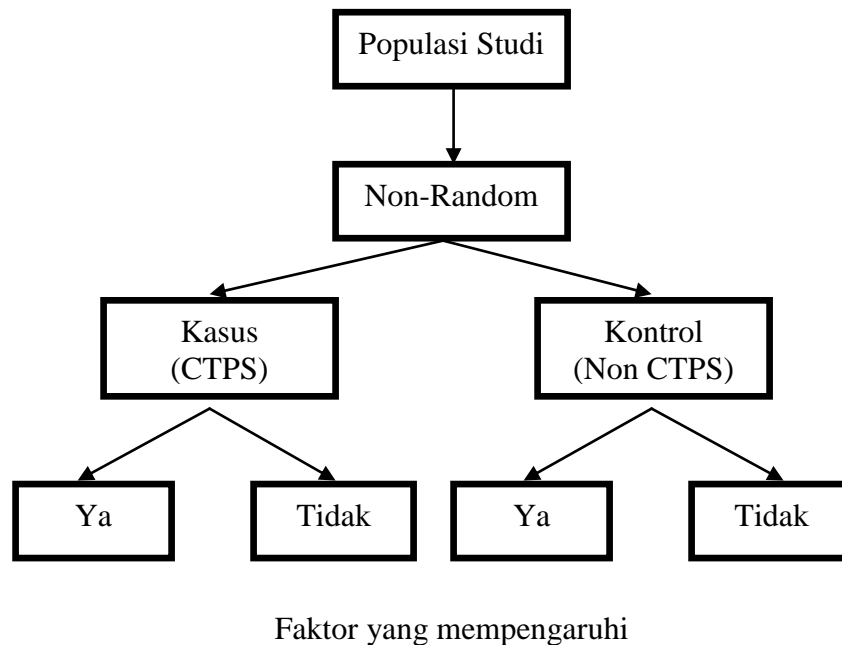
METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang akan digunakan adalah penelitian observasional dengan menggunakan *case control study* dan dipertajam dengan data-data kualitatif melalui wawancara mendalam (*indept interview*). Desain tersebut dipilih karena sesuai dengan tujuan penelitian yaitu untuk mempelajari beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku cuci tangan pakai sabun pada anak sekolah, dengan cara membandingkan kelompok kasus (anak sekolah dasar yang berperilaku mencuci tangan pakai sabun) dan kelompok kontrol (anak sekolah dasar yang berperilaku tidak mencuci tangan pakai sabun) .

Pengumpulan data dilakukan secara *retrospektif* yang artinya pengumpulan data dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi. Dari efek tersebut ditelusuri kebelakang tentang penyebabnya atau variabel-variabel yang mempengaruhi akibat tersebut, kemudian membandingkan antara kelompok studi dan kelompok kontrol. ⁽³¹⁾ Studi kasus kontrol dipilih dengan pertimbangan biaya yang diperlukan relatif murah, waktu penelitian relatif singkat, sampel yang dibutuhkan lebih kecil dan banyak faktor risiko yang bisa diteliti bersamaan. ⁽³²⁾

Rancangan penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 4.1 Skema dasar *case-control study*.⁽³³⁾

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

a. Populasi Target

Populasi target dalam penelitian ini adalah semua anak Sekolah Dasar Negeri di Kabupaten Brebes.

b. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah semua anak Sekolah Dasar Negeri Brebes 3.

c. Populasi Studi

Populasi studi dalam penelitian ini adalah semua anak kelas 3, 4, dan 5 Sekolah Dasar Negeri Brebes 3.

d. Subyek Penelitian

Subyek penelitian dalam penelitian ini adalah semua semua anak kelas 3, 4, dan 5 Sekolah Dasar Negeri 3 Brebes dengan kriteria:

- 1) Kasus adalah semua anak kelas 3, 4, dan 5 pada Sekolah Dasar Negeri Brebes 3 yang berperilaku Cuci Tangan Pakai Sabun. Penentuan kasus dilakukan dengan melihat catatan hasil pemicuan cuci tangan pakai sabun tahun 2010 yang dilakukan oleh Puskesmas dan kemudian melakukan simulasi cuci tangan pada populasi untuk mencocokkan hasil dan dilakukan pengamatan untuk memilih kasus.
- 2) Kontrol adalah semua anak kelas 3, 4, dan 5 pada Sekolah Dasar Negeri Brebes 3 yang tidak berperilaku Cuci Tangan Pakai Sabun. Penentuan kontrol dilakukan dengan melihat catatan hasil pemicuan cuci tangan pakai sabun tahun 2010 yang dilakukan oleh Puskesmas dan kemudian melakukan simulasi cuci tangan pada populasi untuk mencocokkan hasil, selanjutnya individu yang tidak masuk kriteria kasus dijadikan kontrol sebanyak 36 responden sesuai dengan perbandingan kasus : kontrol = 1 : 1.

Sampel	Kriteria Inklusi	Kriteria Eksklusi
Kasus	1) Anak yang bersekolah di SD Negeri Brebes 3 dan terdaftar sebagai siswa SD Negeri Brebes 3. 2) Diklasifikasi sebagai siswa yang berperilaku cuci tangan pakai sabun, hasil didapat dari catatan dan pengamatan simulasi. 3) Siswa yang telah mendapat pendidikan mengenai UKS. 4) Mampu berkomunikasi.	1) Tidak bersedia menjadi responden.
Kontrol	1) Anak yang bersekolah di SD Negeri Brebes 3 dan terdaftar sebagai siswa SD Negeri Brebes 3. 2) Diklasifikasi sebagai siswa yang tidak mencuci tangan pakai sabun, hasil didapat dari catatan dan pengamatan simulasi. 3) Siswa yang telah mendapat pendidikan mengenai UKS. 4) Mampu berkomunikasi.	1) Tidak bersedia menjadi responden.

2. Sampel

Sampel pada penelitian adalah anak pada Sekolah Dasar Negeri 3 Brebes yang berperilaku Cuci Tangan Pakai Sabun maupun tidak berperilaku Cuci Tangan Pakai Sabun. Penentuan kasus dilakukan terlebih dahulu, kemudian dilanjutkan pada penentuan kontrol di wilayah yang sama. Adapun teknik pengambilan sampel dilakukan secara *Consecutive Sampling*, yaitu sampel

yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi. ⁽³⁴⁾

Pengambilan sampel dilakukan dengan cara melihat catatan hasil pemicuan tahun 2010, kemudian dilakukan cek ulang dengan menggunakan simulasi cuci tangan dan dilakukan pengamatan. Sampel yang memenuhi kriteria 11 langkah-langkah mencuci tangan adalah merupakan kasus.

a. Seleksi Sampel

Seleksi sampel dilakukan untuk mengurangi kemungkinan terjadinya bias, sebab mempunyai pengaruh terhadap validitas hasil penelitian. Pada penelitian ini seleksi sampel kasus dipilih pada anak di Sekolah Dasar Negeri Brebes 3 yang mendapat pendidikan tentang UKS dan berperilaku Cuci Tangan Pakai Sabun. Seleksi sampel kontrol dipilih pada anak di Sekolah Dasar Negeri Brebes 3 yang mendapat pendidikan tentang UKS namun tidak Cuci Tangan Pakai Sabun. Penentuan kriteria sampel kasus dan kontrol dilakukan dengan melihat catatan hasil pemicuan dan simulasi pengamatan pada populasi.

b. Besar Sampel

Perhitungan besar sampel didasarkan pada uji hipotesis terhadap OR. Besar sampel dalam penelitian ini dengan derajat kemaknaan (*Confident Interval/CI*) 95%, nilai proporsi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku cuci tangan pada penelitian sebelumnya, yang dihitung dengan rumus sebagai berikut: ⁽³⁵⁾

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{1-\beta} \sqrt{(p_1(1-p_1)) + (p_2(1-p_2))} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

keterangan:

n = Besar sampel

Z α = Tingkat kemaknaan ditetapkan sebesar 5 % (1,96)

Z β = Power ditetapkan sebesar 80 % (0,842)

P₂ = Proporsi pada kelompok kontrol (siswa yang berperilaku tidak cuci tangan pakai sabun) yang sudah diketahui nilainya.

P₁ = Proporsi paparan pada kelompok kasus, apabila belum diketahui dapat dihitung menggunakan rumus berikut: ⁽³⁶⁾

$$P_1 = \frac{(OR)p_2}{(OR)p_2 + (1 - p_2)}$$

Proporsi pada kelompok kontrol (P₂) sebesar 72,3% (0,723) dan perkiraan *odds ratio* (OR) sebesar 2,989, dengan memasukkan nilai P dan OR kedalam persamaan P₁, akan diperoleh proporsi pada kelompok kasus (P₁) sebesar 88% (0,88), sehingga perkiraan besar sampel minimal yang harus dipenuhi dalam penelitian ini adalah 36 unit analisis. Besar sampel keseluruhan yang dibutuhkan adalah 72 unit analisis dengan perbandingan sampel kasus dan kontrol 1 : 1, sedangkan jumlah sampel untuk mendapatkan data kualitatif melalui *Indept Interview* sebesar 10-20 % dari subyek penelitian. ⁽²⁴⁾

c. Cara pengambilan sampel

Metode pengambilan sampel yang digunakan adalah *Consecutive Sampling*, yaitu sampel yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi. ⁽³⁴⁾

C. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas/independen

Variabel bebas pada penelitian ini adalah:

- a. Tingkat pengetahuan anak.
- b. Pemahaman anak tentang ketersediaan sarana sanitasi yang baik di sekolah.
- c. Pola asuh orang tua.
- d. Peran guru di sekolah.
- e. Pemahaman anak tentang ketersediaan media pendidikan/informasi di sekolah.
- f. Pemahaman anak tentang adanya peraturan sekolah.

2. Variabel terikat/dependen

Variabel terikat pada penelitian ini adalah perilaku cuci tangan pakai sabun.

D. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Cara Ukur	Kategori
1	2	3	4	5
Pengetahuan anak	Kemampuan responden menjawab pertanyaan tentang cuci tangan pakai sabun, yang meliputi pengertian, alasan melakukan cuci tangan pakai sabun, langkah-langkah cuci tangan pakai sabun, dan waktu melakukan cuci tangan pakai sabun. Bila benar diberi nilai 1, jika salah diberi nilai 0. Selanjutnya dilakukan skoring dan nilai total skor dikelompokkan menjadi baik (1) dan kurang baik (2)	Ordinal	Wawancara Kuesioner	1.Baik : bila total nilai skor 5-8. 2.Kurang baik : bila total nilai skor < 5.
Sikap	Kemampuan responden menjawab pertanyaan sikap cuci tangan pakai sabun, yang meliputi alasan melakukan cuci tangan pakai sabun, langkah-langkah cuci tangan pakai sabun, dan waktu melakukan cuci tangan pakai sabun. Bila benar diberi nilai 1, jika salah diberi nilai 0. Selanjutnya dilakukan skoring dan nilai total skor dikelompokkan menjadi baik (1) dan kurang baik (2)	Ordinal	Wawancara Kuesioner Observasi	1.Baik : bila total nilai skor 5-9. 2.Kurang baik : bila total nilai skor < 5.

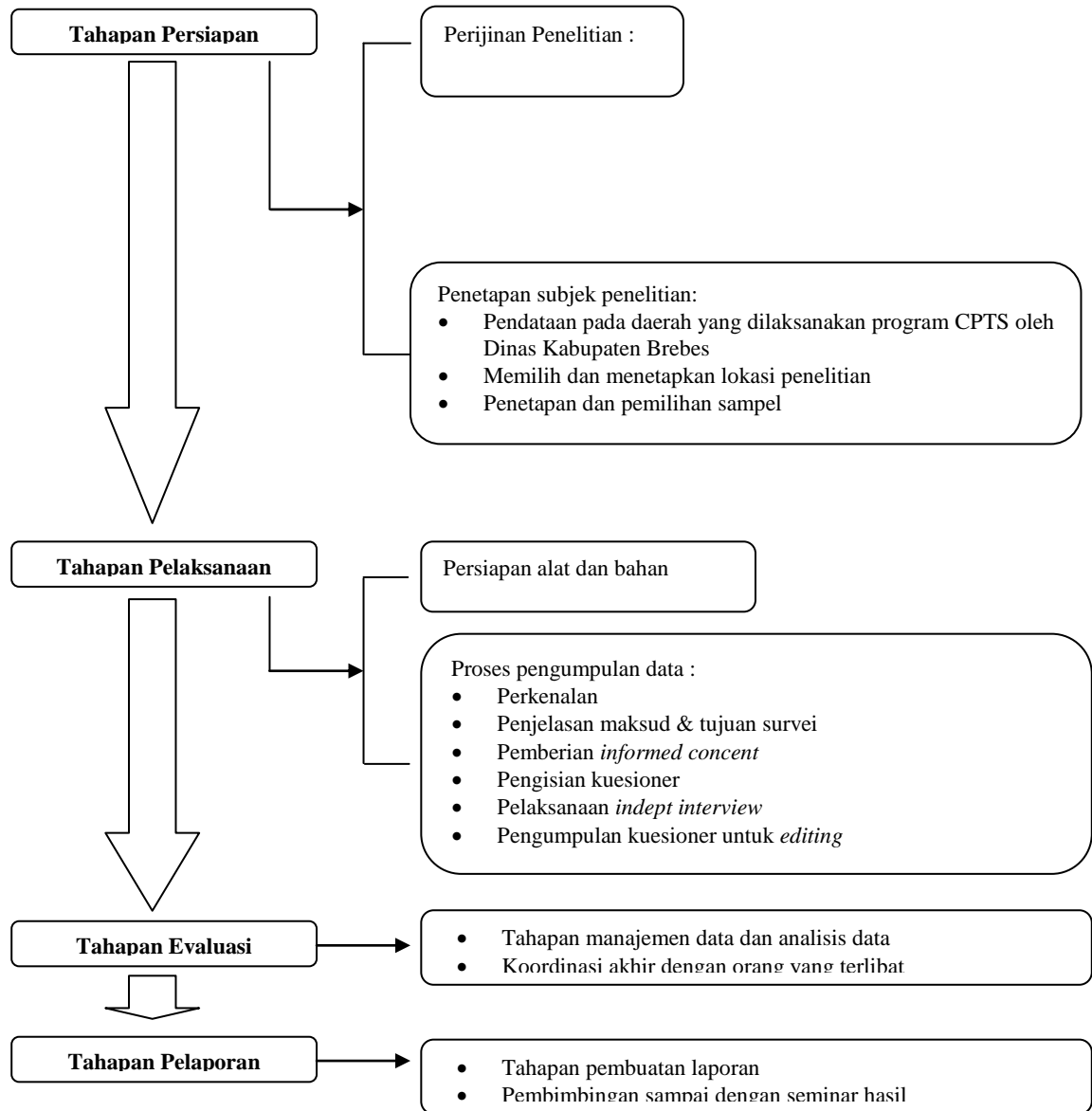
Ketersediaan sarana sanitasi yang baik di sekolah.	Kemampuan responden menjawab pertanyaan tentang tanggapan responden mengenai ketersediaan sarana sanitasi yang baik di sekolah, yang meliputi sarana air bersih dan mengalir, sabun cuci tangan, lap yang bersih dan kering, jamban sehat.	Nominal	Wawancara Observasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baik : bila semua jawaban benar. 2. Kurang baik : tidak semua jawaban benar.
Pola asuh orang tua.	Kemampuan responden menjawab pertanyaan tentang tanggapan responden mengenai tindakan orang tua dalam berinteraksi dengan anak-anaknya terkait dengan perilaku cuci tangan dalam memperkenalkan dan membiasakan perilaku cuci tangan pakai sabun, meliputi : alasan mencuci tangan pakai sabun, langkah-langkah mencuci tangan pakai sabun, waktu mencuci tangan pakai sabun, dan durasi waktu pengenalan dan pembiasaan yang dilakukan orang tua kepada anak.	Ordinal	Wawancara Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baik : bila total nilai skor 6-10. 2. Kurang baik : bila total nilai skor < 6.
Peran guru di sekolah.	Kemampuan responden menjawab pertanyaan tentang tanggapan responden mengenai peran guru di sekolahnya dalam memperkenalkan dan membiasakan perilaku cuci tangan pakai sabun	Ordinal	Wawancara Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baik : bila total nilai skor 6-10. 2. Kurang baik : bila total nilai skor < 6.

Ketersediaan media pendidikan/informasi di sekolah.	Kemampuan responden menjawab pertanyaan tentang tanggapan responden mengenai ketersediaan media pendidikan/informasi di sekolah. Informasi yang diperoleh responden tentang perilaku mencuci tangan memakai sabun dari : a. Kepala sekolah b. Guru c. Orangtua d. Teman sebaya e. Penyuluhan f. Media massa media pendidikan/informasi dapat berupa alat bantu melihat (slide, film, gambar, peta, poster, dsb), alat bantu dengar (radio), alat bantu lihat-dengar (televisi, video)	Nominal	Wawancara Observasi	1. Baik : bila tersedia media pendidikan/informasi di sekolah. 2. Kurang baik : bila tidak tersedia media pendidikan/informasi di sekolah.
Peraturan sekolah.	Kemampuan responden menjawab pertanyaan tentang tanggapan responden mengenai peraturan cuci tangan pakai sabun di sekolah. Peraturan berupa perintah dari kepala sekolah atau guru kepada responden untuk mencuci tangan memakai sabun	Nominal	Wawancara Kuesioner Observasi	1. Ada 2. Tidak ada
Perilaku cuci tangan pakai sabun	Kemampuan responden menjawab pertanyaan perilaku cuci tangan pakai sabun, yang meliputi cara melakukan cuci tangan, tempat mencuci tangan langkah-langkah cuci tangan, dan waktu melakukan cuci tangan.	Ordinal	Wawancara Kuesioner Observasi	1. Baik : bila total nilai skor 5-8. 2. Kurang baik : bila total nilai skor < 5.

E. Alur Penelitian

1. Tahap 1, yaitu tahapan persiapan pengumpulan bahan pustaka dan hasil-hasil penelitian pada jurnal-jurnal kesehatan, khususnya perilaku cuci tangan pakai sabun, dilanjutkan dengan penyusunan proposal dan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:
 - a. Perijinan penelitian.
 - b. Penetapan sasaran penelitian.
 - c. Persiapan alat dan bahan penelitian: kuisioner, ceklist, alat tulis, alat ukur dan kamera.
 - d. Koordinasi dengan Sie Promosi dan Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes.
 - e. Penetapan jadwal lapangan.
2. Tahap 2, yaitu tahapan pelaksanaan penelitian berupa pengambilan data yang dibutuhkan sesuai dengan proposal penelitian, meliputi :
 - a. Menyiapkan petugas dan responden penelitian.
 - b. Pengumpulan data melalui wawancara, observasi terhadap perilaku cuci tangan pakai sabun pada anak sekolah.
 - c. Pengumpulan data kualitatif melalui *indept interview* terhadap beberapa responden. *Indept interview* dilakukan kepada responden, ibu responden, dan guru mata pelajaran olahraga sekaligus pemegang program UKS di SD Negeri Brebes 3.

3. Tahap 3, tahap evaluasi terhadap hasil pelaksanaan penelitian, dilanjutkan dengan proses analisis data.
4. Tahap 4, tahap pelaporan hasil penelitian.



Gambar 4.2 Alur Penelitian

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis data dan Instrumen penelitian

- a. Data primer berupa data pencatatan dari hasil observasi dan wawancara langsung ke lokasi. Observasi dan wawancara langsung dilakukan dengan cara mendatangi responden (anak sekolah) untuk mendapatkan informasi secara lebih rinci tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku cuci tangan pakai sabun pada anak sekolah menggunakan instrumen/kuesioner yang telah disiapkan sebelumnya.
- b. Data sekunder adalah berupa data hasil pencatatan dan pelaporan yang meliputi data demografi, profil kesehatan dari Puskesmas dan sekolah terkait.
- c. Uji Validitas

Uji validitas dilakukan untuk mengetahui sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data, yang disebut keandalan instrumen. Untuk mengetahui validitas instrumen dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu variabel dikatakan valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor total. Teknik korelasi yang digunakan adalah korelasi *Pearson Product Moment* :⁽³⁷⁾

$$r = \frac{N(\sum X) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

r = r hitung

$\sum X$ = jumlah skor tiap pertanyaan

$\sum Y$ = skor total

Keputusan uji validitas dinyatakan dengan nilai r hitung maupun r tabel.

Bila r hitung > r tabel (0,25) maka pertanyaan dinyatakan valid.

Tabel 4.1 Hasil Validasi Pertanyaan Kuesioner

No	Indikator Pertanyaan	Nilai-r	Keterangan
1.	Pengetahuan tentang CTPS	0,644	Valid
2.	Sikap tentang CTPS	0,844	Valid
3.	Ketersediaan sarana sanitasi	0,274	Valid
4.	Pola asuh orang tua	0,314	Valid
5.	Peran guru di sekolah	0,670	Valid
6.	Ketersediaan media pendidikan	0,855	Valid
7.	Adanya peraturan di sekolah	0,416	Valid
8.	Perilaku cuci tangan pakai sabun	0,320	Valid

Dari ke 8 indikator pertanyaan, nilai r hitung > r tabel (0,25), maka instrumen tersebut valid untuk digunakan. ⁽³⁸⁾

d. Uji Reliabilitas

Instrumen penelitian dinyatakan reliabel bila jawaban seseorang dengan pertanyaan konsisten atau stabil dari waktu ke waktu, yaitu adanya kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan. Penilaian reliabilitas dalam instrumen ini dilakukan dengan

Internal Consistency yaitu melakukan uji coba instrumen satu kali saja kemudian hasil yang diperoleh dianalisis dengan teknik tertentu. ⁽³⁷⁾

Pengujian instrumen tersebut menggunakan rumus *Alpha Cronbach* :

$$r_i = \frac{k}{(k-1)} \left\{ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_i^2} \right\}$$

Pengujian dilakukan dengan menguji validitas lebih dahulu kemudian dilakukan pengujian realibilitas. Untuk mengetahui realibilitas adalah dengan membandingkan nilai r tabel dengan nilai alpha α . Bila nilai $\alpha > r$ tabel maka pertanyaan tersebut reliabel. Adapun nilai α adalah > 0.5 .

Berdasarkan hasil perhitungan statistik, diperoleh nilai reliabilitas sebesar 0,80 (nilai $\alpha > 0,5$), maka kedelapan indikator pertanyaan reliabel dan dapat digunakan sebagai instrumen. ⁽³⁹⁾

2. Waktu pengumpulan data

Waktu pengumpulan data dilakukan pada bulan Mei 2012 atau setelah proposal disetujui oleh pembimbing untuk melaksanakan pengumpulan data.

3. Pengumpul data

Pengumpulan data dilakukan langsung oleh peneliti.

G. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan data

Data hasil penelitian diolah dengan tahapan sebagai berikut:

a. *Cleaning*

Data yang akan dikumpulkan kemudian dilaksanakan *cleaning data* (pembersihan data) yang berarti sebelum data diolah, data dicek terlebih dahulu agar tidak terdapat data yang tidak perlu.

b. *Editing*

Setelah data dikumpulkan kemudian dilakukan *editing* untuk mengecek kelengkapan data, kesinambungan data dan keseragaman data sehingga validitas dapat terjamin.

c. *Coding*

Dilakukan untuk memudahkan dalam pengolahan termasuk dalam pemberian skor.

d. *Entry data*

Memasukkan data dalam program komputer untuk proses analisis data.

2. Analisis data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan menggunakan alat bantu komputer dengan program *SPSS for windows release 13.0* dengan tahapan analisis sebagai berikut:

a. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan dengan cara membuat distribusi frekuensi dari setiap variabel, hasil analisis ini disajikan dalam bentuk tabel dan narasi yang meliputi:

- 1) Data individu (Umur, Jenis kelamin, Pekerjaan orang tua).
- 2) Pengetahuan mengenai cuci tangan pakai sabun.
- 3) Sikap mengenai cuci tangan pakai sabun.
- 4) Pemahaman anak tentang ketersediaan sarana sanitasi yang baik di sekolah.
- 5) Pola asuh orang tua.
- 6) Peran guru di sekolah.
- 7) Pemahaman anak tentang ketersediaan media pendidikan/informasi di sekolah.
- 8) Pemahaman anak tentang adanya peraturan mengenai cuci tangan pakai sabun di sekolah.

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menguji hubungan antara 2 variabel yaitu masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat. Uji statistik yang akan digunakan adalah uji *chi square* dengan menghitung *odd ratio*. Tingkat kepercayaan ditentukan 0,05 dengan *confident interval* 95%.⁽³⁷⁾

c. Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel-variabel bebas dengan variabel terikat secara bersama-sama dan variabel bebas mana yang paling besar hubungannya dengan variabel terikat. Analisis multivariat dilakukan dengan cara menghubungkan variabel bebas dengan variabel terikat secara bersamaan. Uji regresi logistik digunakan untuk menjelaskan hubungan variabel bebas dengan variabel terikat. Untuk mendapatkan model yang terbaik semua variabel kandidat dimasukkan bersama-sama dengan hasil menunjukkan nilai ($p < 0,25$). Analisa lanjut untuk melihat estimasi risiko dilakukan dengan menghitung nilai *odds ratio* yang akan menggambarkan estimasi munculnya efek yang diakibatkan dari paparan variabel bebas. ⁽⁴⁰⁾

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \dots + b_nx_n)}}$$

Keterangan :

p = peluang terjadinya efek

e = bilangan natural

a = konstanta

b = koefisien regresi

x = variabel bebas

Hasil analisis multivariat menunjukkan ada 4 variabel bebas yang layak untuk dipertahankan secara statistik yang berpengaruh terhadap perilaku cuci tangan pakai sabun anak sekolah dasar, yaitu pola asuh orang tua (nilai- $p = 0,006$), peran guru (nilai- $p = 0,041$), pemahaman tentang ketersediaan media pendidikan/informasi di sekolah (nilai- $p = 0,054$), dan pemahaman tentang adanya peraturan sekolah (nilai- $p = 0,003$).

d. Analisis data kualitatif

Analisis data kualitatif dilakukan untuk mendapatkan informasi yang mendalam mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku cuci tangan pakai sabun pada anak sekolah. Informasi kualitatif tersebut akan diperdalam dengan melakukan *indept Interview*. *Indept interview* (wawancara mendalam) adalah temu muka berulang antara peneliti dan subyek penelitian, dalam rangka memahami pandangan subyek penelitian mengenai hidupnya, pengalamannya, ataupun situasi sosial yang diungkapkan dengan bahasanya sendiri. Bersifat luwes, terbuka, tidak terstruktur, dan tidak baku. ^(24, 41)

Indept interview dilakukan pada sebagian orang tua (ibu) responden dan sebagian guru-guru di SD Negeri Brebes 3. Dari hasil *indept interview*, memperlihatkan bahwa sebagian besar orang tua responden memiliki pola asuh yang baik. Mereka sering mengajarkan kepada anaknya mengenai waktu dan cara melakukan cuci tangan pakai sabun. Di sekolah para guru

memberi pendidikan dan mengajarkan cara mencuci tangan yang baik dan benar, selain itu juga terdapat peraturan tentang cuci tangan pakai sabun yang ada di mata pelajaran olahraga yang termasuk di dalamnya pendidikan mengenai PHBS dan UKS.

H. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Sekolah Dasar Negeri Brebes 3. Penelitian ini direncanakan dilaksanakan pada bulan Maret 2012 sampai dengan Mei 2012, diawali proses penyusunan proposal, dilanjutkan pelaksanaan penelitian sampai dengan seminar hasil dan ujian tesis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. Panduan Manajemen PHBS Menuju Kabupaten/Kota Sehat. Jakarta: Depkes RI; 2008.
2. Kemenkes RI. Pedoman Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2010.
3. Dit PL, Ditjen PP-PL. Pedoman Umum Pengelolaan Kegiatan Peningkatan Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2008.
4. WHO. WHO guidelines on hand hygiene in health care first global patient safety challenge. Switzerland: WHO Press; 2009.
5. Nicholas Midzi, Sekesai Mtapuri-Zinyowera, Munyaradzi P Mapingure, Noah H Paul, Davison Sangweme, Gibson Hlerema, et al. Knowledge attitudes and practices of grade three primary school children in relation to schistosomiasis, soil transmitted, helminthiasis and malaria in Zimbabwe. *BMC Infectious Disease*. 2011;11(169):1471-2334.
6. Isaa c, Cairncross FS. How often do you wash your hands? A review of studies of hand-washing practices in the community during and after the SARS outbreak in 2003. *International Journal of Enviromental Health Research*. 2007;17(3):161-83.
7. Rudrajit Paul, Nilay Kanti Das, Rina Dutta, Bandyopadhyay R. Bacterial contaminant of hands of doctors. *Indian Journal of Dermatology*. 2011;77(3):307-13.
8. Balitbankes. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) 2007. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2008.
9. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2010.
10. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2008.
11. Hendrawan, Nadesul. Resep Mudah Tetap Sehat. Jakarta: Penerbit Buku Kompas; 2009.halaman 51
12. Konsultan Manajemen Nasional, Program BP. Panduan Usaha Kesehatan Sekolah. Jakarta: Konsultan Manajemen Nasional Bidang Pengembangan Program; 2010.

13. USAID. Formative Research Report Hygiene and Health. Jakarta: USAID Indonesia; 2006.
14. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah. Buku Saku 2010 Visualisasi Data Kesehatan Propinsi Jawa Tengah. Semarang: Dinas Kesehatan Propinsi Jateng; 2010.
15. Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes. Profil Kesehatan Kabupaten Brebes Tahun 2009 Lingkungan Sehat Rakyat Sehat. Brebes: Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes; 2010.
16. S Lahiri SC. Sanitation and hygiene : a situation analysis paper for Lao PDR. *International Journal of Enviromental Health Research*. 2003;13(6):107-14.
17. FT, Ogunsola. Comparison of four methods of hand washing in situations inadequate water supply. *West African Journal of Medicine*. 2008;27(1):24-8.
18. Maha Talaat, Salma Afifi, Erica Dueger, Nagwa El-Ashry, Anthony Marfin, Amr Kandeel, et al. Effect of hand hygiene campaigns on incidence of laboratory confirmed influenza and absenteeism in school children Cairo, Egypt. *Emerging Infectious Disease CDC*. 2011;17(4):135-60.
19. Ray S, Amarchand R, Srikant J, Majumandar K. A study on prevalence of bacteria in the hands of children and their perception on hand washing in two schools of Bangalore and Kolkata. *Indian Journal of Public Health*. 2011;55(4):293-7.
20. Lusi Nuryanti. Psikologi Anak. Jakarta: Penerbit Indeks; 2008.
21. Karen Clanz BK, Rimer AKV. Health behavior and health education : theory, research, and practice. San Fransisco: Jossey-Bass; 2008.
22. Lawrence Green. Health Promotion Planning, An Educational and Environment Approach 2nd Edition. London: Mayfield Publishing Company; 2000.
23. Soekidjo Notoadmojo. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.halaman 133-202
24. Margaret E, Bentley EA. The use of structured observations in the study of health behaviour; qualitative research for improved health programs. *IRC International Water and Sanitation Centre*. 2000;19(3):124.
25. Ony Linda. Praktik Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Pada Peserta Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) di Kecamatan Koja Jakarta Utara Jakarta: Universitas Muhammadiyah PROF. DR HAMKA; 2010.
26. Kadayati, Teti Yulita. Peranan Guru Dalam Pengembangan Nilai dan Karakter Anak di Sekolah. Surabaya: Universitas Muhamadiyah; 2011.

27. Stephen P, Mohammad Abdul Kadir, MA Yushuf Sharker, Farzana Yeasmin, Leanne Unicomb, M Sirajul Islam. A community randomised controlled trial promoting waterless hand sanitizer and handwashing with soap in Dhaka Bangladesh. *Tropical Medicine and International Health*. 2010;15(12):1508-16.
28. McDonald E, Slavin N, Bailie R, Schobban Y. No germ on me : A social marketing campaign to promote hand washing with soap in remote Australian Aboriginal communities. *Global Health Promotion* 2011;18(1):62-5.
29. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Modul dan Materi Pelatihan "Dokter Kecil". Jakarta: Depkes RI; 2009.
30. Notoatmojo s. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007. halaman 133-149
31. Gordis L. Case Control and Cross Sectional Studies in Epidemiology 2nd Edition. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000.
32. Robert, J Nordness. *Epidemiology and Biostatistics (Secret)*: Mobsy Elsevier; 2006.
33. Gordis L. *Epidemiology* 3rd edition. Philadelphia: Elsevier-Saunders Company; 2004.
34. Sudigdo Sastroasmoro. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara; 2010. halaman 49
35. Lameshow S HJ, Klar J, Lwanga SK. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 1997.
36. MS Dahlan. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel*. Jakarta: Salemba Medika; 2010.
37. Sugiono. *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta; 2007.
38. Perry Roy Hilton, Charlotte Brownlow. *SPSS Explained*. East Sussex: Routledge; 2004.
39. David D, Vaus. *Analyzing Social Science Data: 50 Key Problems in Data Analysis*,. Oaks: Sage Publications; 2002.
40. Kleinbaum D.G KM. *Logistic Regression, A Self Learning Text*. New York: Springer-Verlag New York Inc; 2002.
41. J Moleong L. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya; 2007.
42. Patrick CL Heaven. *Adolescent Health*. New York: International Thomson Publishing Company; 1996.

43. Pratiwi Y. Faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* pada anak usia sekolah di SD Negeri Pleret Lor. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta; 2011.
44. Luthfianti. Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku mencuci tangan memakai sabun pada siswa-siswi di MI Al Istiqomah dan SDN Kedaung Wetan Baru 2 Kedaung Wetan, Kota Tangerang tahun 2008. Jakarta: Universitas Indonesia; 2008.
45. Risna Maliq Zain. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Mencuci Tangan Terhadap Perilaku mencuci Tangan Pada Anak Usia Sekolah di SD Negeri Sinoman Pati. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang; 2010.
46. Catalina Lopez, Paul Freeman, Yehuda Neumark. Hand Washing Among School Children in Bogota Colombia. *American Journal of Public Health*. 2008;99(1):94-101.
47. Supa Pengpid, Peltzer K. Hygiene Behaviour and Associated Factors among In-School Adolescent in Nine African Countries. *International Society of Behavioral Medicine*. 2011;18:150-9.
48. Hermien Nugraheni. Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Praktek Cuci Tangan Pakai Sabun Pada Siswa SD (Studi di Beberapa Sekolah Dasar di Kota Semarang. Semarang: Universitas Diponegoro; 2010.
49. Abdirahman S, Mahmud, Jamal A, Ahmed, Raymond Nyoka, Erik Auko, et al. Epidemic cholera in Kakuma Refugee Camp, Kenya, 2009 : the importance of sanitation and soap. *Journal Infection Development Countries*. 2012;6(3):234-41.
50. Zainuddin. Pengaruh Faktor *Predisposition, Enabling, dan Reinforcing* Promosi Kesehatan *Hygiene* dan Sanitasi Terhadap Perilaku Hidup Bersih Masyarakat di Kecamatan Babussalam Kabupaten Aceh Tenggara Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam Tahun 2008. Medan Universitas Sumatera Utara; 2008.
51. Diana. Hubungan Komunikasi dan Media Informasi dengan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja (Studi Pada Murid SMK Negeri 2 Sampit) Propinsi Kalimantan Tengah. Semarang: Universitas Diponegoro; 2009.