

**GAMBARAN KEMANDIRIAN PERILAKU HIDUP BERSIH
DAN SEHAT DI SEKOLAH PADA ANAK TUNADAKSA DI
SLB SE-KOTA SEMARANG**

SKRIPSI

“Disusun untuk memenuhi salah satu tugas mata ajar Skripsi”



Oleh

Azizah

NIM 22020113130108

DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS DIPONEGORO

SEMARANG, JUNI 2017

HALAMAN PERSEMBAHAN

“rencanakan dan lakukan apa yang bisa dilakukan hari ini dan esok untuk mencapai tujuanmu, menunda melakukannya sama halnya dengan menunda mu untuk sampai di tujuanmu”

Segala puji bagi Allah SWT atas segala petunjuk dan bimbingan-Nya sehingga skripsi ini bisa diselesaikan. Skripsi ini dipersembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya Bapak Moch. Purwanto, Ibu Wiharsih, dan saudari Nafisatul Izzah yang memberikan dukungan secara material dan imaterial serta senantiasa memberikan doa agar segera menyelesaikan skripsi ini.
2. Ibu Ns. Artika Nurrahima, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dengan penuh kesabaran dan ketelatenan.
3. Ibu Ns. Nurullya Rachma, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom dan Ns. Diyan Yuli Wijavanti, Kep., M.Kep_ selaku penguji yang telah memberikan masukan yang berarti.
4. Sahabat-sahabat tercinta Tsany, Hida, Nindy dan yang lain yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu, yang senantiasa memberikan bantuan dan motivasi.
5. Para sahabat yang banyak dan sedikit membantu dalam proses penggarapan skripsi Devi, Meta, Laela, Elisa, Bety, Saroh, Kusuma, Indah, Endri, dan yang

lain yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu, yang senantiasa memberikan bantuan dan motivasi.

6. Teman-teman angkatan 2013, khususnya kelas A13.2, yang telah bersama-sama berjuang selama 4 tahun menuntut ilmu di PSIK FK UNDIP.
7. Teman-teman KKN TIM I UNDIP Desa Pasekaran Hilda, Ninit, Rena, Dita, Denta, Lipe, Yoga, Winoto, Reza dan Yudha yang senantiasa memberikan bantuan dan motivasi,
8. Siswa tunadaksa di SLB YPAC Semarang, SLB N Semarang, SLB YPAC Surakarta , tetap semangat dan semoga memiliki masa depan yang cerah.
9. Pihak-pihak lain yang telah memberikan bantuan yang tidak bisa disebutkan satu per satu.

Semoga skripsi ini bermanfaat bagi seluruh pihak terkait khususnya dalam dunia keperawatan.

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Azizah

NIM : 22020113130108

Fakultas/Jurusan : kedokteran / ilmu keperawatan

Judul : Gambaran Kemandirian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Anak Tunadaksa di SLB se-Kota Semarang

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada Perpustakaan Jurusan Keperawatan Undip atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/ mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), mendistribusikannya, serta menampilkan dalam bentuk softcopy untuk kepentingan akadeis kepada Perpustakaan Departemen Keperawatan Undip, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak perpustakaan departemen keperawatan undip dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan dengan semestinya.

Semarang, Juni 2017

Yang menyatakan

Azizah

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISM

Nama : Azizah
Tempat/tanggal lahir : Semarang, 18 Juli 1995
Alamat rumah : Jalan Kwaron II Bangetayu Kulon Genuk Semarang
No telp : 089615646095
Email : Azizah_azi70@yahoo.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “Gambaran Kemadirian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Sekolah pada Anak Tunadaksa di SLB se-Kota Semarang” bebas dari plagiarism dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan sebagian atau seluruh bagian dari penelitian dan karya ilmiah dari hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarism, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa unsur paksaan dari siapapun.

Semarang, Juni 2017

Yang menyatakan

Azizah

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa **Skripsi** yang berjudul:

**GAMBARAN KEMANDIRIAN PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT
DI SEKOLAH PADA ANAK TUNADAKSA DI SLB SE-KOTA
SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama: Azizah

NIM: 22020113130108

Telah disetujui sebagai laporan penelitian dan dinyatakan telah memenuhi syarat
untuk *direview*

Pembimbing,

Ns. Artika Nurrahima S.Kep.,M.Kep
NIP. 198408242008122002

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa **Skripsi** yang berjudul:

**GAMBARAN KEMANDIRIAN PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT
DI SEKOLAH PADA ANAK TUNADAKSA DI SLB SE-KOTA
SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama: Azizah

NIM: 22020113130108

Telah diuji pada Juni 2017 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk
mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan

Penguji I,

Ns. Nurullya Rachma, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom
NIP. 19770523 200501 2 002

Penguji II,

Ns. Diyan Yuli Wijavanti, S.Kep.,M.Kep
NIP. 19760716 200212 2 002

Penguji III,

Ns. Artika Nurrahima S.Kep.,M.Kep
NIP. 19840824 200812 2 002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat, hidayah dan karunia-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penyusunan proposal skripsi dengan judul **“Gambaran Kemandirian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Sekolah pada Anak Tunadaksa di SLB Se-Kota Semarang”**.

Penyusunan proposal skripsi ini tidak akan berjalan dengan lancar tanpa adanya bantuan dari bimbingan berbagai pihak, maka dari itu peneliti ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Ibu Ns. Artika Nurrahima S.Kep.,M.Kep selaku dosen pembimbing skripsi yang telah memberikan motivasi, saran, dukungan, waktu, kesabaran dan arahan selama proses penyusunan proposal skripsi
2. Bapak Dr. Untung Sujianto, S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Departemen Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
3. Ibu Sarah Ulliya, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
4. Ibu Ns. Nurullya Rachma, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom selaku penguji I yang telah menyediakan waktu untuk melaksanakan ujian skripsi
5. Ibu Ns. Diyan Yuli Wijavanti, S.Kep.,M.Kep selaku penguji II yang telah menyediakan waktu untuk melaksanakan ujian skripsi
6. Orang tua saya, Bapak Purwanto dan Ibu Wiharsih serta adik saya Nafisatul Izzah tercinta yang selama ini telah menjadi motivasi terbesar

saya yang selalu memberikan doa yang tulus, dukungan dan semangat dalam penyusunan proposal skripsi

7. Teman-teman angkatan 2013 yang sedang berjuang dan senantiasa memberikan dukungan dan motivasi
8. SLB YPAC Surakarta yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan uji validitas dan reabilitas.
9. SLB YPAC Semarang dan SLB N Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan pengambilan data awal penelitian
10. Staf Akademik dan Administrasi Departemen Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro yang telah memberikan pelayanan dan fasilitas dengan baik.
11. Semua pihak yang telah membantu penyusunan proposal skripsi ini dan tidak dapat disebutkan satu persatu

Semarang, Juni 2017

Azizah

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	i
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	iv
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISM	v
LEMBAR PERSETUJUAN.....	vi
LEMBAR PENGESAHAN	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	10
BAB II.....	12
TINJAUAN PUSTAKA	12
A. Anak Tunadaksa.....	12
1. Pengertian Tunadaksa.....	12
2. Klasifikasi Tunadaksa	13
3. Sebab-Sebab Ketunadaksaaan	14
4. Karakteristik Anak Tunadaksa	15
B. Kemandirian Anak Tunadaksa.....	19
C. Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Di Sekolah	22
1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku(36).....	22
2. Perilaku Kesehatan(37)	23
3. PHBS di Tatanan Sekolah	24
4. Indikator PHBS di Sekolah	26

D. Kerangka Teori.....	32
BAB III	39
METODE PENELITIAN.....	39
A. Kerangka Konsep	39
B. Pertanyaan Peneliti.....	39
C. Jenis dan Rancangan Penelitian	39
D. Populasi dan Sampel Penelitian	40
E. Besar Sampel.....	41
F. Tempat dan Waktu Penelitian	41
G. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	42
1. Variabel Penelitian	42
2. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Hasil Ukur, dan Skala Ukur ...	42
H. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen	43
1. Uji Validitas	43
2. Uji Reliabilitas.....	46
I. Alat Penelitian dan cara pengumpulan data	47
1. Instumen Penelitian	47
2. Cara Pengumpulan Data.....	48
J. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	50
1. Teknik Pengolahan Data	50
2. Analisa Data	52
K. Etika Penelitian	53
1. Autonomy	53
2. Anonimity (tanpa nama).....	54
3. Confidentiality (kerahasiaan)	54
4. Beneficence	54
5. Nonmaleficence	54
BAB IV	57
HASIL PENELITIAN.....	57
A. Data Demografi Responden	57
1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan kelas	57
2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia	58
3. Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin	58
4. Distribusi frekuensi responden berdasarkan tempat tinggal.....	59

5.	Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat ketunaan	59
B.	Gambaran kemandirian perilaku hidup bersih dan sehat	59
1.	Praktik mencuci tangan menggunakan sabun.....	60
2.	Praktik membuang sampah pada tempatnya	60
3.	Praktik <i>toileting</i>	61
BAB V	.....	62
PEMBAHASAN	.....	62
A.	Gambaran kemandirian perilaku hidup bersih dan sehat	62
1.	Praktik mencuci tangan menggunakan sabun.....	62
2.	Praktik membuang sampah pada tempatnya	64
3.	Praktik <i>Toileting</i>	66
BAB VI	.....	70
KESIMPULAN DAN SARAN	.....	70
A.	Kesimpulan	70
B.	Saran.....	71
4.	Keluarga anak tunadaksa.....	71
5.	Anak tunadaksa	71
6.	Tenaga kesehatan	71
7.	Pihak sekolah.....	71
5.	Peneliti.....	71
DAFTAR PUSTAKA	.....	72

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul tabel	Halaman
1	Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Hasil Ukur dan Skala Pengukuran	41
2	Kisi-kisi Pernyataan Kuesioner	47
3	Distribusi Kelas	56
4	Distribusi Usia	57
5	Distribusi jenis kelamin	57
6	Distribusi Tempat Tinggal	58
7	Distribusi Tingkat ketunaan	58
8	Praktek kemandirian cuci tangan menggunakan sabun	59
9	Praktek kemandirian membuang sampah pada tempatnya	59
10	Praktek kemandirian <i>toileting</i>	60

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
1	Perbandingan Struktur Kurikulum Sekolah Regular dengan Sekolah Luar Biasa	
2	6 Lagkah Cuci Tangan	34
3	Kerangka Teori	44
4	Kerangka Konsep	45

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Keterangan
1	Uji <i>Expert</i>
2	Surat Uji Validitas
3	<i>Ethical Clearance</i>
4	Surat Penelitian
5	Kuesioner Penelitian
6	Jadwal Konsultasi
7	Catatan Hasil Konsultasi
8	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas
9	Hasil Uji Normalitas Data
10	Hasil Uji Statistik Analisa Data
11	Jadwal Penelitian

ABSTRAK

Azizah

Gambaran Kemandirian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Sekolah pada Anak Tunadaksa di SLB se-Kota Semarang

xvi + 72 Halaman + 10 Tabel + 4 Gambar + 13 Lampiran

Anak tunadaksa mengalami ketergantungan terhadap orang lain karena keterbatasan fisik yang dimiliki. Anak tunadaksa masih dapat melakukan beberapa aktivitas secara mandiri termasuk aktivitas dalam perilaku hidup bersih dan sehat dalam kesehariannya, agar terhindar dari paparan penyakit. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kemandirian perilaku hidup bersih dan sehat di sekolah pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang untuk aspek cuci tangan menggunakan sabun, membuang sampah pada tempatnya dan *toileting*. Penelitian ini merupakan deskriptif dengan menggunakan metode kuantitatif dengan rancangan penelitian menggunakan pendekatan *cross sectional*. Sampling sampel berjumlah 100 responden, dengan teknik total sampling.

Hasil penelitian menunjukkan anak yang mencuci tangan menggunakan sabun secara mandiri terdapat 51 siswa (51%) dan yang kurang mandiri terdapat 49 siswa (49%), kemandirian membuang sampah pada tempatnya, siswa yang mandiri terdapat 52 siswa (52%) dan yang kurang mandiri terdapat 48 siswa (48%). Sedangkan kemandirian dalam *toileting* terdapat 52 siswa (52%) kurang mandiri dan 48 siswa (48%) mandiri. Anak tunadaksa diharapkan dapat mempertahankan dan meningkatkan kemandirian hidup bersih dan sehat di sekolah.

Kata kunci: kemandirian, perilaku hidup bersih dan sehat, tunadaksa
Daftar pustaka 71 (2006-2016)

Department of Nursing
Medical School
Diponegoro University
June, 2017

ABSTRACT

Azizah

Picture of Independence of Clean and Healthy Behavior at School in the Children of Tunadaksa in SLB as Semarang City

xvii + 72 Page + 10 Table + 4 Images + 13 Attachments

A child who is physically challenged is dependent on others because of his physical limitations. However, child tunadaksa still can do some activities independently including activity in behavior clean and healthy life in everyday. Behavior clean and healthy in the child with the need to be done because the child is a group that is susceptible to disease exposure.

The purpose of this research is to know about independence of clean and healthy behavior at school in the children of tunadaksa in SLB as Semarang City. The kind of research is descriptive research using quantitative method. With the research design using cross sectional approach. The sample technique used is total sampling which amounts to 100 respondents.

The results showed the level of independence of children in the form the children of tunadaksa live clean and healthy who wash their hands using soap independently have 51 students (51%) and less autonomous there are 49 students (49%), independence to throw garbage are place, independent students there are 52 students (52%) and less autonomous there are 48 students (48%). While independence in toileting there are 52 students are less independent (52%) and 48 students are independent(48%). So the result of this research is almost balance balanced between the independent and less independent.

Keywords: independence, clean and healthy behavior, tunadaksa

References 71 (2006-2016)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Disabilitas adalah seseorang atau individu yang memiliki keterbatasan yang dapat menghambat partisipasi dan peran serta mereka dalam kehidupan bermasyarakat. World Health Organization (WHO) memperkirakan jumlah anak dengan disabilitas adalah sekitar 7-10% dari Jumlah populasi anak(1). Data Department for Work & Pensions (DWP) pada tahun 2013 terdapat 11,5 juta orang di Inggris (19% dari populasi) yang menderita kecacatan yang diatur dalam Undang-Undang Kesetaraan(2). Sedangkan di Kanada terdapat lebih dari seribu tigaratus anak mengalami disabilitas dan setiap tahun mengalami peningkatan(3).

Prevalensi disabilitas terus mengalami peningkatan pada tahun 2003 terdapat 0.9% anak dari Jumlah seluruh anak di Indonesia mengalami disabilitas, pada tahun 2006 terdapat 1.38% anak dari Jumlah seluruh anak di Indonesia yang mengalami disabilitas dan puncaknya pada tahun 2012 terdapat 2.45% anak dari Jumlah seluruh anak di Indonesia(4). Anak tunadaksa merupakan kelompok yang rentan dan rawan terhadap paparan penyakit maupun ancaman kekerasan(4).

Berdasarkan Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) tahun 2011, terdapat 32.990 anak penyandang tunadaksa dari keluarga miskin. Hanya sebagian kecil anak dengan disabilitas (14,4%) berada di

institusi yaitu sekolah, panti, dan Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak (LKSA). Anak tunadaksa, dilihat dari persentasi anak berkebutuhan khusus yang lain, termasuk kelompok yang jumlahnya relatif kecil yaitu diperkirakan 0,06% dari populasi anak usia sekolah(5). Hal ini dapat dipahami karena, sebagian masyarakat masih menganggap anak dengan disabilitas sebagai aib keluarga sehingga orangtua / keluarga cenderung menyembunyikan dan kurang memperhatikan kebutuhan anak sesuai hak anak, baik di bidang pendidikan maupun kesehatan(4).

Population at risk (kelompok beresiko) adalah kumpulan dari orang-orang yang memiliki beberapa kemungkinan yang telah jelas teridentifikasi atau telah ditentukan meskipun sedikit atau kecil terhadap munculnya suatu peristiwa(6). Tunadaksa merupakan kelompok yang memiliki kekurangan fisik sehingga dalam melakukan kegiatan tidak dapat sepenuhnya mandiri termasuk kegiatan aktivitas sehari-hari termasuk perilaku hidup sehat, sehingga kesehatan merekapun terganggu.

Tunadaksa diartikan sebagai ketidakmampuan tubuh secara fisik untuk menjalankan fungsi tubuh seperti dalam keadaan normal(7)). Tunadaksa sering juga diartikan sebagai suatu kondisi yang menghambat kegiatan individu sebagai akibat kerusakan atau gangguan pada tulang dan otot, sehingga mengurangi kapasitas normal individu untuk mengikuti pendidikan dan untuk berdiri sendiri(8). Anak tunadaksa adalah anak yang memiliki kelainan tubuh baik kondisi fisik maupun sistem persyarafan otak yang mempengaruhi program organ motorik (otot) maupun kondisi

kesehatan dan menghambat proses sosialisasi serta komunikasi individu dengan lingkungannya(9).

Derajat kecacatan kelainan pada sistem serebral dapat dikelompokkan menjadi tiga golongan yaitu golongan ringan, sedang dan berat. Derajat ringan dimana mereka yang dapat berjalan tanpa menggunakan alat, berbicara tegas, dapat menolong dirinya sendiri dalam kehidupan sehari-hari. Golongan derajat sedang ialah mereka yang membutuhkan latihan khusus untuk bicara, berjalan, dan mengurus dirinya sendiri. Golongan berat ialah anak *cerebral palsy* yang tetap membutuhkan perawatan dalam ambulasi, bicara, dan menolong dirinya sendiri, mereka tidak dapat hidup mandiri ditengah-tengah masyarakat(5).

Anak tunadaksa memiliki kemampuan fisik yang terbatas, namun di lain pihak bagi mereka yang memiliki kecerdasan yang normal ataupun yang kurang perlu adanya pembinaan diri sehingga hidupnya tidak sepenuhnya menggantungkan diri pada orang lain. Proses perkembangan kognitif banyak ditentukan dari pengalaman-pengalaman individu sebagai hasil belajar(8). Pengembangan potensi yang optimal pada anak tunadaksa dapat menumbuhkan kemandirian pada anak tunadaksa.

Pengorganisasian konten dalam sistem belajar pada anak tunadaksa di Sekolah Luar Biasa (SLB) tidak sama dengan sistem kurikulum pada anak disekolah regular. Sistem kurikulum pada anak tunadaksa ruang lingkup materi terdiri atas 3 (tiga) kelompok, meliputi Kelompok A, kelompok B, dan kelompok C. Materi kelompok A dan kelompok B

merupakan sebagian dari materi yang diadopsi dari struktur kurikulum SD/MI. Kelompok C merupakan program kompensatoris yang mencakup mata ajar pengembangan diri dan gerak bagi peserta didik tunadaksa(10).

Kemandirian bagi anak tunadaksa bertujuan untuk mempersiapkan insan yang bebas (tidak bergantung pada orang lain), bertanggung jawab, kreatif dan aktif serta dapat berdiri sendiri sesuai dengan kondisi dan kemampuan yang dimiliki(11). Tunadaksa yang tidak berhasil mencapai kemandirian akan kesulitan untuk melepaskan diri dari ketergantungan orang tua, kesulitan untuk mengambil keputusan secara bebas dan bertanggung jawab terhadap keputusannya(12). Kemandirian pada anak tunadaksa meliputi berbagai aspek dalam kehidupan, salah satunya adalah kemandirian dalam aspek kesehatan yaitu kemandirian dalam melakukan perilaku hidup bersih dan sehat.

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) merupakan salah satu upaya dalam mewujudkan upaya Kementerian Kesehatan untuk mewujudkan masyarakat dengan derajat kesehatan setinggi-tingginya, hal tersebut menjadi latar belakang adanya kebijakan dan strategi dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019(13). PHBS adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan seseorang, keluarga, kelompok dan masyarakat mampu menolong dirinya sendiri (mandiri) di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat.

PHBS merupakan suatu tindakan pencegahan agar masyarakat terhindar dari penyakit dan gangguan kesehatan(14).

Perilaku hidup bersih dan sehat merupakan perilaku dasar untuk mewujudkan kesehatan pada seseorang, dengan melakukan PHBS secara optimal maka derajat kesehatan seseorang akan meningkat. Meningkatnya derajat kesehatan pada seseorang akan mengurangi beban pemerintah dalam meningkatkan kesehatan di masyarakat sehingga target atau tujuan pemerintah dalam meningkatkan kesehatan tercapai. Perilaku hidup bersih dan sehat yang tidak diterapkan dalam kehidupan sehari-hari dapat memacu timbulnya penyakit akut hingga kronis(15).

Perilaku hidup bersih dan sehat di sekolah adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikan oleh peserta didik, guru dan masyarakat lingkungan sekolah atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, sehingga secara mandiri mampu mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya, serta berperan aktif dalam mewujudkan lingkungan yang sehat(14). Indikator yang terdapat pada PHBS di sekolah diantaranya adalah mencuci tangan menggunakan sabun, mengkonsumsi makanan dan minuman sehat, menggunakan jamban sehat, membuang sampah di tempat sampah, tidak merokok, tidak mengkonsumsi Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA), tidak meludah sembarang tempat, memberantas jentik nyamuk serta menimbang berat badan dan tinggi badan yang dilakukan setiap enam bulan(16).

Lisda (2012) di Bolango menyebutkan bahwa perilaku PHBS pada anak panti asuhan di Bolango masih kurang baik sehingga angka kejadian diare dan ISPA masih tinggi(17). Rorimpanday (2013) di SMP 2 Tompaso menyebutkan bahwa PHBS di SMP tersebut sudah cukup baik, namun perlu peningkatan sarana prasaran dan upaya sosialisasi mengenai PHBS(18). Janis (2014) mengatakan bahwa PHBS di SD N 30 Manado sudah baik, namun perlu peningkatan baik dari segi pengetahuan, sarana prasarana, dan kegiatan dari pihak sekolah untuk menannmkan dan membiasakan hidup bersih dan sehat pada anak-anak(19). Berdasarkan penelitian-penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan jika PHBS pada anak-anak masih dalam kategori cukup dan belum optimal dilakukan oleh anak-anak.

Salah satu indikator perilaku hidup bersih dan sehat di lingkungan sekolah yang penting bagi anak – anak adalah cuci tangan(14). Pentingnya membudayakan cuci tangan menggunakan 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(20). Purwandari (2013) menjelaskan kejadian diare dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor lingkungan, faktor risiko ibu dan faktor risiko pada anak. Cuci tangan

merupakan tindakan pencegahan yang murah, namun efektif untuk menurunkan penyakit yang dapat ditularkan melalui tangan (misalnya diare)(21). Nurhadyana (2012) menyebutkan bahwa cuci tangan merupakan tehnik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengontrolan penularan infeksi. Anak-anak usia sekolah mempunyai kebiasaan kurang memperhatikan perlunya cuci tangan dalam kehidupan sehari-hari, terutama ketika di lingkungan sekolah. Mereka biasanya langsung makan makanan yang mereka beli di sekitar sekolah tanpa cuci tangan terlebih dahulu, padahal sebelumnya mereka bermain-main. Perilaku tersebut tentunya berpengaruh dan dapat memberikan kontribusi dalam terjadinya penyakit diare(22).

Indikator lain dalam PHBS yang berperan dalam kesehatan anak-anak yaitu kebiasaan *toileting (Toilet training)*. Kemampuan anak untuk buang air besar (BAB) biasanya lebih awal sebelum kemampuan buang air kecil (BAK) karena keteraturan yang lebih besar, sensasi yang lebih kuat untuk BAB daripada BAK, dan sensasi BAB lebih mudah dirasakan anak. Anak -anak yang tidak bersih dalam *toileting* dapat terkena berbagai penyakit karena kuman masih menempel pada tubuh, sehingga memerlukan perhatian khusus dalam memastikan kebersihan anak dalam *toileting*(23).

Indikator dalam PHBS yang tidak kalah penting juga yaitu membuang sampah pada tempatnya. Sampah yang merupakan sisa aktivitas manusia setiap hari sering kali menjadi penyebab kotornya

lingkungan. Lingkungan yang penuh dengan sampah makan akan mempengaruhi kesehatan seseorang yang ada disekitarnya karena kuman-kuman yang ada di sampah berkeliaran di lingkungan bebas. Lingkungan yang kotor dapat berdampak pada individu disekitar lingkungan tersebut. Lingkungan yang bersih akan meningkatkan derajat kesehatan pada individu di lingkungan tersebut termasuk pada anak tunadaksa(24).

Semarang merupakan ibu kota Jawa Tengah dengan jumlah penduduk yang tinggi dengan jumlah sekolah luar biasa (SLB) sebanyak delapan belas sekolah. Namun, SLB yang terdapat anak tunadaksa hanya ada dua yaitu SLB D YPAC Semarang dan SLB Negeri Semarang. Jumlah anak di SLB N Semarang terdapat 22 siswa dan di YPAC Semarang terdapat 78 siswa yang mengalami tunadaksa ringan, sedang dan berat. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti didapatkan data 5 dari 7 anak membuang sampah pada laci meja mereka, 3 dari 5 anak tidak melakukan cuci tangan, serta 2 dari 5 anak tidak dapat melakukan *toilet training* (BAB atau BAK). Selain itu di dapatkan hasil wawancara dengan salah satu guru di SLB jika anak-anak sering tidak masuk sekolah karena sakit diare, batuk, pilek dan demam, selain itu guru juga mengajarkan dan membiasakan mencuci tangan, membuang sampah pada tempatnya kepada anak didiknya. Peneliti juga melakukan observasi didapatkan fakta dilapangan, orang tua sangat memahami kondisi fisik anak yang sangat membutuhkan bantuan dalam melakukan perilaku hidup bersih dan sehat, letak tempat sampah yang hampir ada di setiap sudut ruangan sekolah.

Hal tersebut ditunjukkan dengan mereka membantu anak-anaknya untuk melakukan aktivitas yang tidak biasa mereka lakukan sendiri. Namun, toilet yang di desain khusus untuk anak tunadaksa hanya ada satu, sehingga tidak memadai untuk seluruh anak tunadaksa.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian pada anak tunadaksa. Penelitian ini mengenai gambaran kemandirian perilaku hidup bersih dan sehat di sekolah pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang.

B. Rumusan Masalah

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada usia sekolah khususnya anak tunadaksa memang harus diperhatikan. Keadaan mereka membuat rentan terhadap penyakit dikarenakan keterbatasan aktivitas yang dapat dilakukan secara mandiri. Hasil wawancara dengan murid di SLB YPAC Semarang salah satu SLB di kota Semarang yang terdapat anak tunadaksa terbanyak, didapatkan 5 dari 7 anak membuang sampah pada laci meja mereka, 4 dari 5 anak tidak mengetahui dan mencuci tangan sebelum makan atau setelah makan dan bermain serta 2 dari 5 anak tidak dapat melakukan *toilet training* (BAB atau BAK). Peneliti juga melakukan observasi didapatkan fakta dilapangan, orang tua sangat memahami kondisi fisik anak yang sangat membutuhkan bantuan dalam melakukan perilaku hidup bersih dan sehat. Hal tersebut ditunjukkan dengan mereka membantu anak-anaknya untuk melakukan aktivitas yang tidak biasa mereka lakukan sendiri. Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti

tertarik untuk mengetahui gambaran kemandirian perilaku hidup bersih dan sehat di sekolah pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kemandirian perilaku hidup bersih dan sehat di sekolah pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan gambaran kemandirian mencuci tangan menggunakan sabun pada tunadaksa di SLB se-Kota Semarang
- b. Mendeskripsikan gambaran kemandirian membuang sampah pada tempatnya pada tunadaksa di SLB se-Kota Semarang
- c. Mendeskripsikan gambaran kemandirian *toilet training* pada tunadaksa di SLB se-Kota Semarang

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Penulis

Manfaat bagi penulis adalah menambah pengetahuan dan pengalaman tentang gambaran kemandirian perilaku hidup bersih dan sehat di sekolah pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang.

2. Bagi Perawat

Manfaat dari hasil penelitian ialah sebagai acuan bagi perawat komunitas dan perawat anak dalam memberikan intervensi yang tepat untuk menanamkan pola hidup bersih dan sehat pada anak tunadaksa.

3. Bagi Mahasiswa Keperawatan

Manfaat dan hasil adalah sebagai bahan referensi dan pengetahuan baru bagaimana memberikan asuhan keperawatan dan penggunaan intervensi yang tepat pada anak disabilitas.

4. Bagi SLBD

Manfaat dan hasil dari penelitian adalah untuk memberikan motivasi pada guru dan pengasuh agar melakukan kegiatan yang dapat meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat pada anak tunadaksa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. ANAK TUNADAKSA

1. Pengertian Tunadaksa

Tunadaksa merupakan kelainan yang meliputi cacat tubuh atau kerusakan tubuh, kelainan atau kerusakan pada fisik dan kesehatan dan kelainan atau kerusakan yang disebabkan oleh otak dan saraf tulang belakang(5). Tunadaksa adalah anak yang memiliki gangguan gerak yang disebabkan oleh kelainan neuromuskular dan struktur tulang yang bersifat bawaan, sakit atau akibat kecelakaan, termasuk *celebral palsy*, amputasi, polio, dan lumpuh(25). Istilah tunadaksa berasal dari kata “tuna yang berarti tubuh”. Kelainan atau cacat yang mereka miliki sifatnya menetap pada alat gerak (tulang, sendi, otot) sedemikian rupa sehingga memerlukan pelayanan pendidikan khusus(26). Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan jika tunadaksa adalah keadaan seseorang yang memiliki kekurangan (cacat) pada fisiknya yang disebabkan oleh berbagai faktor sehingga mengalami kesulitan dalam bergerak.

Anak tunadaksa merupakan kelompok yang rentan dan rawan terhadap paparan penyakit maupun ancaman kekerasan(4). WHO

memperkirakan 12.6 juta orang di seluruh dunia meninggal akibat hidup atau bekerja di lingkungan yang tidak sehat pada tahun 2012, hampir 1 dari 4 jumlah kematian global disebabkan oleh faktor tersebut(27). Pembinaan program perlindungan kesehatan bagi anak dengan disabilitas perlu mendapat perhatian dari berbagai pihak untuk mengurangi dan mencegah dampak kesehatan dan psikososial yang dapat berakibat pada kondisi yang lebih parah dan menimbulkan beban bagi keluarga, masyarakat, dan negara(4).

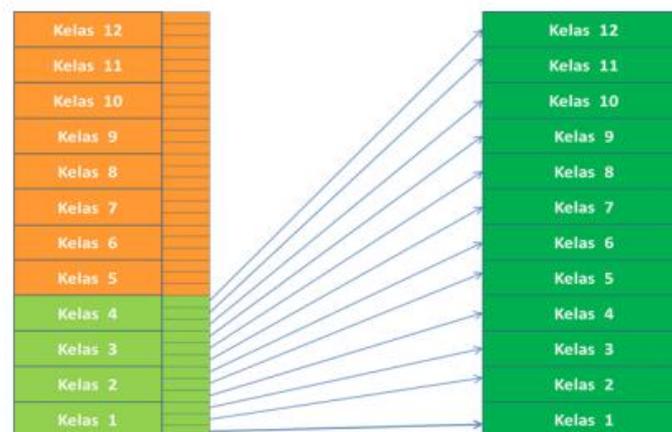
2. **Klasifikasi Tunadaksa**

Klasifikasi anak tunadaksa bila dilihat dari derajat kecacatan kelainan pada sistem serebral dapat dikelompokkan menjadi tiga golongan yaitu golongan ringan: dimana mereka yang dapat berjalan tanpa menggunakan alat, berbicara tegas, dapat menolong dirinya sendiri dalam kehidupan sehari-hari, golongan sedang : ialah mereka yang membutuhkan latihan khusus untuk bicara, berjalan, dan mengurus dirinya sendiri, golongan berat : anak *cerebral palsy* golongan ini yang tetap membutuhkan perawatan dalam ambulasi, bicara, dan menolong dirinya sendiri, mereka tidak dapat hidup mandiri ditengah-tengah masyarakat(5).

Struktur kurikulum merupakan aplikasi konsep pengorganisasian konten dalam sistem belajar dan pengorganisasian beban belajar dalam sistem pembelajaran. Pengorganisasian konten dalam sistem belajar pada anak tunadaksa di Sekolah Luar Biasa (SLB) tidak sama dengan

sistem kurikulum pada anak disekolah regular. Sistem kurikulum pada anak tunadaksa ruang lingkup materi terdiri atas 3 (tiga) kelompok, meliputi Kelompok A, kelompok B, dan kelompok C. Materi kelompok A dan kelompok B merupakan sebagian dari materi yang diadopsi dari struktur kurikulum SD/MI. Kelompok C merupakan program kompensatoris yang mencakup mata ajar pengembangan diri dan gerak bagi peserta didik tunadaksa(10).

Keluasan cakupan materi kelompok A dan kelompok C disesuaikan dengan jenis kekhususan daripada peserta didik. Perbandingan materi untuk anak regular dengan anak tunadaksa disajikan pada gambar di bawah ini (gambar 1)(10).



Gambar 1 Perbandingan struktur kurikulum sekolah regular dengan sekolah luar biasa.

3. Sebab-Sebab Ketunadaksanaan

Terjadinya kecacatan baik fisik maupun psikis, dapat disebabkan oleh sebab yang timbul sebelum kelahiran seperti faktor keturunan, trauma dan infeksi pada waktu kelahiran, usia ibu yang

sudah lanjut pada waktu melahirkan anak, pendarahan pada waktu kehamilan, keguguran yang dialami ibu. Selain itu dapat disebabkan oleh sebab yang timbul pada waktu kelahiran seperti penggunaan alat-alat pembantu kelahiran (seperti tang, tabung, *vacum*, dan lain-lain) yang tidak lancar, penggunaan obat bius pada waktu kelahiran(8). Penyebab ketunaan selain hal diatas juga dapat disebabkan oleh kondisi-kondisi lainnya seperti anak yang menderita kelainan/masalah kesehatan khusus adalah anak yang menderita gangguan jasmani sedemikian rupa sehingga membutuhkan perhatian dan penanganan khusus (5).

Gangguan fisik dan motorik pada peserta didik sangat bervariasi dan kompleks, hal ini disebabkan karena faktor-faktor yang melatarbelakanginya sangat beragam. Derajat gangguan fisik dan motorik yang dialami pada peserta didik ini dapat ditemukan mulai yang berkategori ringan sampai berat. Berat atau ringannya derajat gangguan sangat menentukan seberapa mandiri peserta didik mampu melaksanakan aktivitas kehidupan sehari-hari dalam lingkungannya(6).

4. Karakteristik Anak Tunadaksa

Anak tunadaksa akan merasakan gangguan psikologis yang cenderung merasa malu, rendah diri dan sensitif serta memisahkan diri dari lingkungannya. Tunadaksa pada dasarnya sama dengan anak normal lainnya, hanya dari aspek psikologi sosial mereka membutuhkan rasa aman dalam kehidupannya(28).

Karakteristik anak tunadaksa adalah sebagai berikut ini:

a. Karakteristik Akademik

Pada umumnya tingkat kecerdasan anak tunadaksa yang mengalami kelainan pada sistem otot dan rangka adalah normal sehingga dapat mengikuti pelajaran sama dengan anak normal, sedangkan anak tunadaksa yang mengalami kelainan pada sistem cerebral, tingkat kecerdasannya berentang mulai dari tingkat *idiocy* sampai dengan *gifted*. Hardman (1990) mengemukakan bahwa 45% anak *cerebral palsy* mengalami keterbelakangan mental (tunagrahita), 35% mempunyai tingkat kecerdasan normal dan di atas normal. Sisanya berkecerdasan sedikit di bawah rata-rata. Selanjutnya, P. Seibel (1984:138) mengemukakan bahwa tidak ditemukan hubungan secara langsung antara tingkat kelainan fisik dengan kecerdasan anak. Artinya, anak *cerebral palsy* yang kelainannya berat, tidak berarti kecerdasannya rendah. Selain tingkat kecerdasan yang bervariasi anak *cerebral palsy* juga mengalami kelainan persepsi, kognisi, dan simbolisasi.

Kelainan persepsi terjadi karena saraf penghubung dan jaringan saraf ke otak mengalami kerusakan sehingga proses persepsi yang dimulai dari stimulus merangsang alat maka diteruskan ke otak oleh saraf sensoris, kemudian ke otak (yang bertugas menerima dan menafsirkan, serta menganalisis)

mengalami gangguan. Kemampuan kognisi terbatas karena adanya kerusakan otak sehingga mengganggu fungsi kecerdasan, penglihatan, pendengaran, bicara, rabaan, dan bahasa, serta akhirnya anak tersebut tidak dapat mengadakan interaksi dengan lingkungannya yang terjadi terus menerus melalui persepsi dengan menggunakan media sensori (indra).

b. Karakteristik Sosial/Emosional

Karakteristik sosial/emosional anak tunadaksa bermula dari konsep diri anak yang merasa dirinya cacat, tidak berguna, dan menjadi beban orang lain yang mengakibatkan mereka malas belajar, bermain dan perilaku salah lainnya. Kehadiran anak cacat yang tidak diterima oleh orang tua dan disingkirkan dari masyarakat akan merusak perkembangan pribadi anak. Kegiatan jasmani yang tidak dapat dilakukan oleh anak tunadaksa dapat mengakibatkan timbulnya masalah emosi, seperti mudah tersinggung, mudah marah, rendah diri, kurang dapat bergaul, pemalu, menyendiri, dan frustrasi. Problem emosi seperti itu, banyak ditemukan pada anak tunadaksa dengan gangguan sistem cerebral. Oleh sebab itu, tidak jarang dari mereka tidak memiliki rasa percaya diri dan tidak dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan sosialnya.

c. Karakteristik Fisik/Kesehatan

Karakteristik fisik/kesehatan anak tunadaksa biasanya selain mengalami cacat tubuh adalah kecenderungan mengalami gangguan lain, seperti sakit gigi, berkurangnya daya pendengaran, penglihatan, gangguan bicara, dan lain-lain. Kelainan tambahan itu banyak ditemukan pada anak tunadaksa sistem *cerebral*. Gangguan bicara disebabkan oleh kelainan motorik alat bicara (kaku atau lumpuh) seperti pada lidah, bibir, dan rahang sehingga mengganggu pembentukan artikulasi yang benar. Akibatnya, bicaranya tidak dapat dipahami orang lain dan diucapkan dengan susah payah. Mereka juga mengalami *aphasia sensoris*, artinya ketidakmampuan bicara karena organ reseptor anak terganggu fungsinya, dan *aphasia motorik*, yaitu mampu menangkap informasi dari lingkungan sekitarnya melalui indra pendengaran, tetapi tidak dapat mengemukakannya lagi secara lisan(29).

d. Kerentanan terhadap Penyakit

Kerentanan adalah ketika tubuh memiliki kondisi yang mudah dipengaruhi atau berinteraksi dengan unsur penyebab sehingga memungkinkan timbulnya penyakit. Peran kerentanan sangat berpengaruh terhadap suatu proses penyakit, apakah proses berakhir sebagai penderita, meninggal, atau tidak ada perubahan yang jelas. Keadaan ini tidak hanya berlaku pada

penyakit menular/infeksi, tetapi dapat juga terjadi pada penyakit non infeksi serta pada penyakit gangguan perilaku sosial(30).

Populasi beresiko adalah kumpulan orang dengan masalah kesehatan yang dimungkinkan akan berkembang karena adanya faktor resiko yang dapat dimodifikasi(31). Stanhope dan Lancaster (2012), menggolongkan faktor resiko kesehatan menjadi 3 yaitu, faktor resiko usia dan biologis (*biological and age risk*), faktor resiko lingkungan (*environmental risk*), dan faktor resiko gaya hidup (*lifestlye risk*)(32).

B. Kemandirian Anak Tunadaksa

Kemandirian dalam keterampilan menolong diri sendiri terdapat beberapa istilah yang satu dengan yang lainnya berkaitan. Istilah-istilah tersebut antara lain *activities of daily living* yang di singkat ADL, mengurus atau merawat diri (*self care*), dan menolong diri (*self help*). Materi ketiga-tiganya tersebut sama hampir atau hampir sama yaitu pelajaran yang menyangkut kegiatan jasmaniah yang dilakukan sehari-hari secara rutin(33).

Menurut Soehardjo Danusastro (1988:12), "Orang yang mempunyai ciri-ciri mandiri adalah orang yang memandang dirinya sebagai insan yang bebas (tidak tergantung) tetapi bertanggung jawab, kreatif dan aktif serta dapat berdiri sendiri". Pendidikan ketrampilan untuk anak-anak yang menyandang kelainan tubuh merupakan salah

satu contoh dari upaya pencapaian salah satu tujuan pendidikan nasional yaitu, menjadikan warga negara Indonesia yang mandiri(11). Kemandirian selama pendidikan hanya akan tercapai jika pertamanya pelatih atau guru mampu memahami motivasi siswa sehingga dapat menumbuhkan minat dalam diri mereka untuk lebih mandiri.

Secara spesifik kemandirian siswa dapat dijelaskan sebagai berikut(11):

- a. Bertanggung jawab dan kreatif, siswa mempunyai rasa tanggung jawab terhadap tugas-tugas yang diberikan dan aktif dalam menyelesaikan tugas tersebut.
- b. Percaya diri, dalam menghadapi berbagai masalah siswa berusaha menyelesaikan tugasnya tanpa bantuan orang lain.
- c. Mempunyai motivasi, siswa yang mandiri mempunyai kemampuan dan kemauan yang tinggi dalam menyelesaikan setiap tugas yang diberikan(11).

Pada dasarnya pelaksanaan pembelajaran pengembangan gerak pada anak tunadaksa tidak dapat digeneralisirkan karena derajat hambatan dan kemampuannya berbeda dalam diri tiap anak tunadaksa. Pelaksanaannya, anak tunadaksa yang sama jenis kelainannya dapat dilakukan secara klasikal (kelompok), sedangkan yang berbeda harus dilakukan secara individual(34).

Kebutuhan layanan bagi tunadaksa, menurut Dudi Dunwan (2011) kebutuhan-kebutuhan tersebut antara lain(35):

a. Segi kesehatan anak

Apakah ia memiliki kelainan khusus seperti kencing manis atau pernah dioperasi, kalau digerakkan sakit sendinya, dan masalah lain seperti harus meminum obat dan sebagainya.

b. Kemampuan gerak dan mobilitas

Apakah anak ke sekolah menggunakan transportasi khusus, alat bantu gerak, dan sebagainya. Hal ini berhubungan dengan lingkungan yang harus dipersiapkan.

c. Kemampuan komunikasi

Apakah ada kelainan dalam berkomunikasi, dan alat komunikasi yang akan digunakan (lisan, tulisan, isyarat) dan sebagainya.

d. Kemampuan dalam merawat diri

Apakah anak dapat melakukan perawatan diri dalam aktivitas sehari-hari atau tidak. Misalnya; dalam berpakaian, makan, mandi dan lain-lain.

e. Posisi

Bagaimana posisi anak tersebut pada waktu menggunakan alat bantu, duduk pada saat menerima pelajaran, waktu istirahat, di kamar kecil (*toilet*), saat makan dan sebagainya sehingga *physical therapist* sangat diperlukan.

C. PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT DI SEKOLAH

1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku(36)

Faktor penentu seseorang berperilaku sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor baik internal maupun eksternal atau situasional.

a. Faktor Internal

Faktor-faktor internal yang mempengaruhi perilaku manusia dikelompokkan menjadi faktor biologis dan psikologis.

- 1) Faktor biologis, warisan biologis berupa DNA membawa warisan perilaku dan kegiatan manusia termasuk agama, kebudayaan dan sebagainya. Faktor biologis yang merupakan struktur DNA tertentu akan mendorong perilaku manusia antara lain kebutuhan fisiologis, berupa makan, minum dan seks.
- 2) Faktor Sosio-Psikologis, adalah salah satu faktor internal yang mempunyai pengaruh yang besar terhadap terbentuknya perilaku. Faktor-faktor psikologis tersebut yang pertama adalah sikap yang meliputi kecenderungan berpikir, berpersepsi, bertindak, mempunyai daya pendorong, relatif lebih menetap dibanding emosi dan pikiran. Kedua adalah emosi, emosi berbeda dengan emosional, emosi yang kuat

disertai rangsangan fisiologis yang kuat pula. Ketiga adalah kepercayaan, merupakan keyakinan terhadap sesuatu itu benar atau salah. Keempat adalah kebiasaan, yaitu aspek perilaku yang menetap. Kelima adalah kemauan, yang merupakan usaha seseorang untuk mencapai tujuan.

2. Perilaku Kesehatan(37)

Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berhubungan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2012). Perilaku kesehatan (*health behavior*) adalah respon seseorang dengan stimulus atau objek mengenai sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain. Perilaku kesehatan pada garis besarnya dibedakan menjadi tiga, yaitu:

- a. Perilaku orang sehat agar tetap sehat dan meningkat (perilaku sehat)

Perilaku sehat mencakup perilaku (*covert dan covert behavior*) dalam mencegah atau menghindari penyakit dan penyebab penyakit atau masalah atau penyebab masalah

kesehatan (perilaku preventif) dan perilaku dalam mengupayakan meningkatnya kesehatan (perilaku promotif). Contoh: makan dengan gizi seimbang, olah raga teratur, tidak merokok atau minum minuman keras menghindari gigitan nyamuk, menggosok gigi setelah makan, cuci tangan pakai sabun sebelum makan dan sebaliknya.

b. Perilaku orang sakit atau telah terkena masalah kesehatan

Untuk memperoleh penyembuhan atau penyelesaian masalah kesehatannya. Perilaku ini mencakup tindakan yang dilakukan seseorang bila sakit atau terkena masalah kesehatan untuk memperoleh kesembuhan atau terlepasnya masalah kesehatan tersebut.

3. PHBS di Tatanan Sekolah

Anak usia sekolah berada di dalam sebuah periode ketika anak-anak dianggap mulai bertanggung jawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan orang tua, teman-teman sebaya dan orang lain(38). Anak usia sekolah merupakan sasaran yang strategis untuk pelaksanaan program kesehatan, karena selain jumlahnya yang besar, mereka juga merupakan sasaran yang mudah dijangkau karena terorganisir dengan baik(14). Anak usia sekolah merupakan kelompok usia yang kritis, karena pada usia tersebut seorang anak rentan terhadap masalah kesehatan. Selain rentan terhadap masalah kesehatan, anak usia sekolah juga berada

pada kondisi yang sangat peka terhadap stimulus sehingga mudah dibimbing, diarahkan, dan ditanamkan kebiasaan-kebiasaan yang baik, termasuk kebiasaan berperilaku hidup bersih dan sehat. Pada umumnya, anak-anak seusia ini juga memiliki sifat selalu ingin menyampaikan apa yang di terima dan diketahuinya dari orang lain(19). Usaha menciptakan generasi penerus bangsa yang sehat dan produktif, dibutuhkan pemeliharaan kesehatan yang optimal. Salah satu pemeliharaan kesehatan yang dapat dilakukan adalah praktik perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di sekolah(38).

Institusi pendidikan adalah tempat diselenggarakannya proses belajar mengajar secara formal, dimana terjadi transformasi ilmu pengetahuan dari para guru/pengajar kepada anak didiknya dalam berperilaku hidup bersih dan sehat. Institusi pendidikan yang dimaksud disini adalah dari tingkat SD/MI, SLTP/MTs sampai dengan SLTP/MA baik sekolah umum ataupun sekolah luar biasa(12). Institusi pendidikan dipandang sebagai sebuah tempat yang strategis untuk mempromosikan kesehatan sekolah juga merupakan institusi yang efektif untuk mewujudkan pendidikan kesehatan, dimana peserta didik dapat diajarkan tentang maksud perilaku sehat dan tidak sehat serta konsekuensinya. Selain itu, usia sekolah (termasuk kelompok usia dini) merupakan masa keemasan untuk menanamkan nilai-nilai PHBS dan berpotensi sebagai *agent*

of change untuk mempromosikan PHBS baik di lingkungan sekolah, keluarga, maupun masyarakat(39).

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Tatanan Institusi Pendidikan adalah suatu upaya yang dilakukan untuk memberdayakan dan meningkatkan kemampuan masyarakat Institusi Pendidikan (pengajar, anak didik, dll) dalam berperilaku hidup bersih dan sehat(40). PHBS di Sekolah merupakan upaya untuk memberdayakan siswa, guru, dan masyarakat lingkungan sekolah agar tahu, mau, dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam mewujudkan Sekolah Sehat(39).

4. Indikator PHBS di Sekolah

PHBS di sekolah adalah sekumpulan perilaku yang dilakukan oleh siswa, guru dan masyarakat di lingkungan sekolah atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, sehingga secara mandiri mampu mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya serta berperan aktif dalam mewujudkan lingkungan sehat. Terdapat beberapa indikator yang dipakai untuk menilai PHBS disekolah yang terdiri dari(15):

- a. Mencuci tangan dengan air yang mengalir dan menggunakan sabun
- b. Mengonsumsi jajanan sehat di kantin sekolah
- c. Menggunakan jamban yang bersih dan sehat

- d. Olahraga yang teratur dan terukur
- e. Memberantas jentik nyamuk
- f. Tidak merokok disekolah
- g. Menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan setiap enam bulan
- h. Membuang sampah pada tempatnya

a. Mencuci tangan(21)

Cuci tangan merupakan hal yang sering dilupakan oleh masyarakat namun cuci tangan dapat memberi kontribusi pada peningkatan status kesehatan masyarakat. Berdasarkan fenomena yang ada terlihat bahwa anak-anak usia sekolah mempunyai kebiasaan kurang memperhatikan perlunya cuci tangan dalam kehidupan sehari-hari, terutama ketika di lingkungan sekolah. Mereka biasanya langsung makan makanan yang mereka beli di sekitar sekolah tanpa cuci tangan terlebih dahulu, padahal sebelumnya mereka bermain-main.

Tangan adalah bagian tubuh kita yang paling banyak tercemar kotoran dan bibit penyakit. Ketika memegang sesuatu, dan berjabat tangan, tentu ada bibit penyakit yang melekat pada kulit tangan kita. Telur cacing, virus, kuman dan parasit yang mencemari tangan, akan tertelan jika kita tidak mencuci tangan dulu sebelum makan atau memegang makanan. Perilaku tersebut

tentunya berpengaruh dan dapat memberikan kontribusi dalam terjadinya penyakit diare.

Mencuci tangan dengan sabun adalah salah satu cara paling efektif untuk mencegah penyakit diare dan ispa, yang keduanya menjadi penyebab terbesar kematian anak-anak. Tingkat keefektifan mencuci tangan dengan sabun dalam penurunan angka penderita diare dalam persen menurut tipe inovasi pencegahan adalah sebanyak 44%, presentase tertinggi dibandingkan faktor lain seperti sanitasi, penggunaan air olahan, pendidikan kesehatan dan penyediaan air(41). Langkah mencuci tangan yang benar terdapat enam langkah sesuai dengan gambar (34).



Gambar 2 : 6 Langkah Cuci Tangan (34)

b. Membuang Sampah(14)

Sampah merupakan salah satu penyebab ketidakseimbangan lingkungan hidup yang umumnya terdiri dari komposisi sisa makanan, daun-daun, plastik, kain bekas, karet, dan

lain-lain. Kebiasaan membuang sampah sembarangan dapat menyebabkan banjir dan lingkungan menjadi tidak sehat.

Terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi kebiasaan membuang sampah pada tempatnya, yaitu(42):

- 1) Pengetahuan, pengetahuan tentang pengertian sampah dan dampak yang ditimbulkan akibat membuang sampah sembarangan, siswa yang tidak mengetahui tentang pengertian sampah dan dampak yang ditimbulkan akibat membuang sampah sembarangan, mereka mau melakukan suatu tindakan nyata membuang sampah pada tempatnya.
- 2) Perilaku dan tindakan, perilaku atau tindakan yaitu suatu sikap yang secara otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Suatu perilaku atau tindakan seseorang tergantung pada diri orang tersebut, selain itu juga dikarenakan siswa beranggapan bahwa tidak ada manfaatnya melakukan penerapan PHBS membuang sampah pada tempatnya.
- 3) Fasilitas, tidak tersedianya fasilitas yang memadai dalam melakukan penerapan PHBS membuang sampah pada tempatnya seperti tempat sampah, tong sampah berpenutup, dan tempat pembuangan sampah sementara (TPSS) menjadi alasan siswa tidak melakukan penerapan membuang sampah pada tempatnya.

Adanya lingkungan sosial yang baik di sekolah dan hubungan timbal balik dengan guru dalam memberikan contoh pendidikan kesehatan, akan memberikan respon yang positif pada siswa dalam melakukan penerapan PHBS membuang sampah pada tempatnya(42).

c. Kebiasaan *Toilet Training*

Toilet training merupakan suatu proses untuk mengajarkan kepada anak-anak untuk buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB). Dengan *toilet training* diharapkan dapat melatih anak untuk mampu BAK dan BAB di tempat yang ditentukan yakni di kamar mandi (*toilet*), selain itu *toilet training* juga mengajarkan kepada anak untuk membersihkan kotorannya sendiri dan memakai kembali celananya tanpa bantuan orang lain(43).

Kebersihan daerah *genitalia* sering diabaikan oleh anak-anak usia sekolah, karena salah satu perkembangan motorik anak usia sekolah adalah selalu terburu-buru. Anak-anak terkadang buang air kecil sembarangan, buang air kecil di celana dan tempat tidur sehingga urin membasahi tubuhnya, saat anak bermain seringkali anak menyentuh kotoran dengan tangan dan kakinya. Hal tersebut dapat mengakibatkan masalah kesehatan pada penis dan organ reproduksi. Iritasi, infeksi dan bau yang tidak sedap merupakan beberapa kondisi yang dapat terjadi apabila terjadi kegagalan dalam *personal hygiene genitalia*. Anak-anak yang

tidak bersih dalam *toileting* dapat terkena berbagai penyakit karena kuman masih menempel pada tubuh, sehingga memerlukan perhatian khusus dalam memastikan kebersihan anak dalam *toileting*(23).

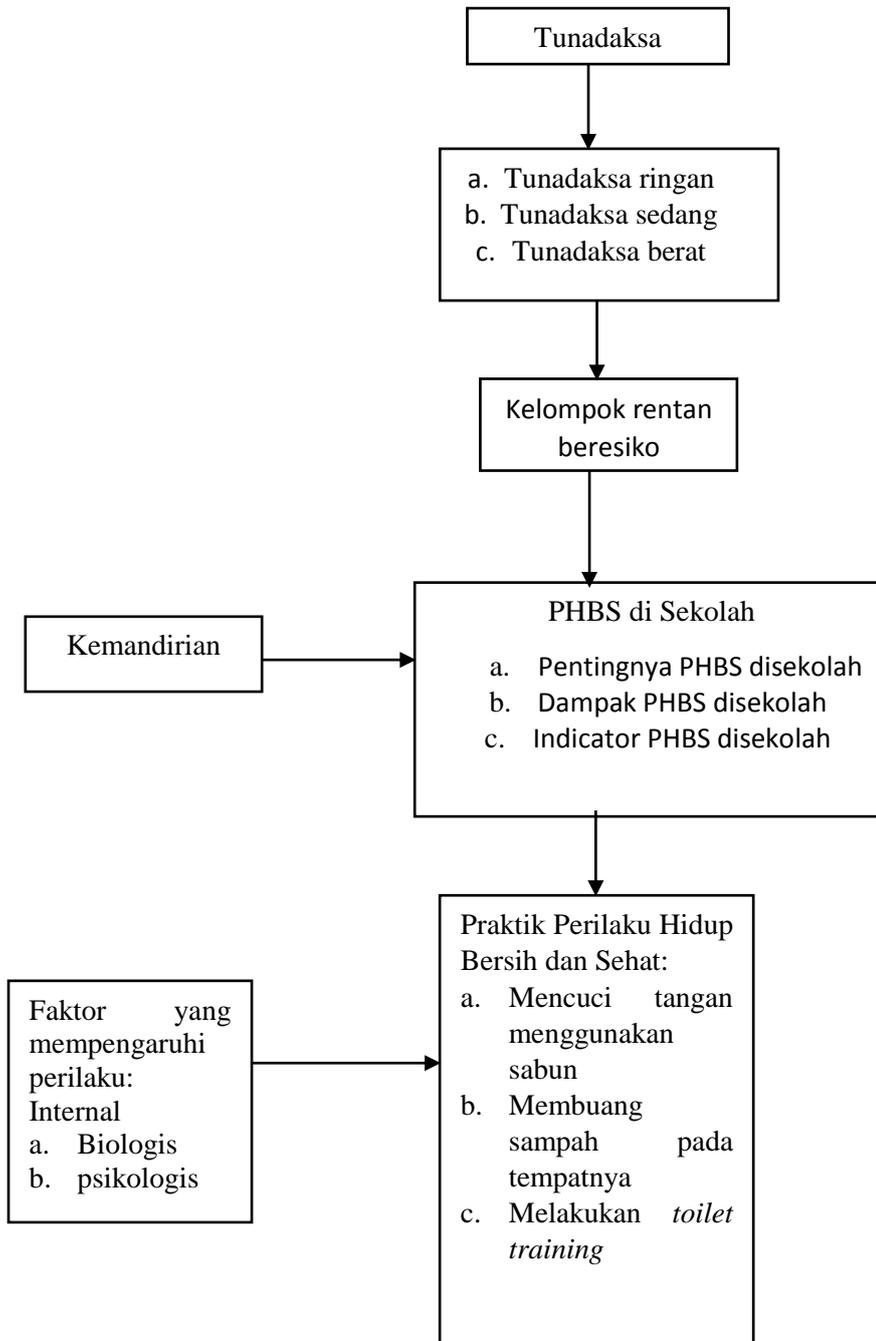
Anak tunadaksa dengan ketergantungan penuh dapat dibantu dengan mengajarkan *toilet training*. Latihan BAB atau BAK pada anak sangat membutuhkan persiapan bagi ibu, yaitu baik secara fisik, psikologis, maupun intelektual(25). *Toilet training* dengan bantuan orang lain dapat memastikan kebersihan diri anak setelah *toileting*(44).

Keberhasilan atau kegagalan dalam kegiatan *toilet training* dipengaruhi oleh banyak faktor, bisa berasal dari faktor interen dan faktor eksteren. Faktor interen berupa faktor dari dalam diri anak itu sendiri, sedangkan faktor eksteren bisa berupa faktor dari orang tua dan lingkungan(43).

Kesiapan orang tua dalam mempersiapkan atau mengajarkan *toilet training* diantaranya adalah(45) :

- a. Mengetahui tingkat kesiapan anak dalam berkemih dan defekasi
- b. Ada keinginan untuk meluangkan waktu untuk latihan berkemih dan defekasi pada anak
- c. Tidak mengalami konflik tertentu atau stres keluarga yang berarti (perceraian)

D. KERANGKA TEORI

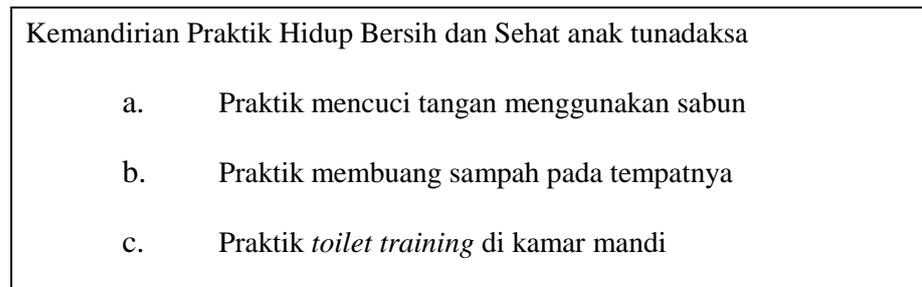


Gambar 3: Kerangka Teori (15)(36)(5)(46)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 4 Kerangka Konsep

B. Pertanyaan Peneliti

1. Bagaimana gambaran kemandirian praktik mencuci tangan menggunakan sabun pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang?
2. Bagaimana gambaran kemandirian praktik membuang sampah pada tempatnya pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang?
3. Bagaimana gambaran kemandirian praktik *toilet training* pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang?

C. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif adalah teknik untuk mengolah data yang berbentuk angka, baik sebagai hasil pengukuran maupun hasil konvensi(47). Metode penelitian yang digunakan adalah metode *deskriptif*, metode ini bertujuan

untuk menggambarkan masalah penelitian yaitu gambaran perilaku hidup bersih dan sehat berdasarkan karakteristik umur, jenis kelamin, status, pendidikan, dan pola hidup yaitu praktik perilaku hidup bersih dan sehat pada anak tunadaksa di SLB Kota Semarang(48). Rancangan penelitian yang digunakan adalah pendekatan *cross sectional* dimana dilakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan atau pada sekali waktu(48)

D. Populasi dan Sampel Penelitian

a. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari subjek atau objek(48). Populasi dalam penelitian ini adalah anak Tunadaksa di SLB se-Kota Semarang. Laman DAPODIK sekolah didapatkan data jumlah anak di SLB yang ada di Kota Semarang adalah sebanyak 22 anak di SLB N Semarang dan SLB YPAC Semarang sebanyak 78 anak, sehingga jumlah keseluruhan populasi sebanyak 100 anak(49)

b. Sampel

Sampel penelitian merupakan bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi(48). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling* yaitu dimana jumlah sampel sama dengan jumlah populasi dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi(47). Sampel yang digunakan adalah seluruh siswa tunadaksa di SLB di Kota Semarang.

E. Besar Sampel

a. Besar sampel

Banyak sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah keseluruhan populasi sebanyak 100 anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang.

b. Kriteria sampel

Adapun kriteria inklusi dari penelitian ini adalah:

Kriteria inklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel(48).

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Anak tunadaksa yang sedang menempuh pendidikan sekolah formal di SLB Kota Semarang
- 2) Bersedia menjadi responden penelitian
- 3) Tidak menggunakan kriteria eksklusi karena peneliti mengambil seluruh populasi sebagai sampel tanpa terkecuali.

F. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di SLB N Semarang dan SLB Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Juni 2017.

G. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

1. Variabel Penelitian

Variabel merupakan karakteristik yang diamati dan dapat memberikan nilai beda yang merupakan operasional dari suatu konsep agar dapat diteliti secara empiris atau ditentukan tingkatnya. Variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal. Variabel dalam penelitian ini adalah kemandirian dalam praktik hidup bersih dan sehat anak Tunadaksa di SLB se-Kota Semarang.

2. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Hasil Ukur, dan Skala Ukur

Tabel 1
Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Hasil ukur, dan Skala Ukur

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Tingkat Kemandirian mencuci tangan menggunakan sabun	Kemandirian adalah kemampuan anak tunadaksa dalam mencuci tangan dengan atau tanpa bantuan orang lain dalam melakukannya	Kuesioner tingkat kemandirian mencuci tangan menggunakan sabun pada anak tunadaksa dengan 14 item pertanyaan	Hasil pengukuran dari 14 pertanyaan yaitu didapatkan median Kategori Tingkat Kemandirian: 1. Skor < 36.00 = kurang mandiri 2. Skor \geq 36.00 = mandiri	Skala Ordinal
2	Tingkat Kemandirian membuang sampah pada tempatnya	Kemandirian adalah kemampuan anak tunadaksa dalam membuang	Kuesioner tingkat kemandirian membuang sampah pada anak tunadaksa dengan 4 item	Hasil pengukuran dari 4 pertanyaan yaitu didapatkan median. Kategori Tingkat Kemandirian: a. Skor < 10.00 =	Skala Ordinal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		sampah pada tempatnya dengan atau tanpa bantuan orang lain dalam melakukannya	pertanyaan.	kurang mandiri b. Skor ≥ 10.00 = mandiri	
3	Tingkat Kemandirian <i>toilet training</i>	Kemandirian adalah kemampuan anak tunadaksa dalam <i>toilet training</i> dengan atau tanpa bantuan orang lain dalam melakukannya	Kuesioner tingkat kemandirian <i>toileting</i> anak dengan 7 item pertanyaan	Hasil pengukuran dari 7 pertanyaan yaitu didapatkan median. Kategori Tingkat Kemandirian: 1. Skor < 16.00 = kurang mandiri 2. Skor ≥ 16.00 = mandiri	Skala Ordinal

H. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

1. Uji Validitas

Alat ukur dikatakan valid jika alat ukur tersebut dapat dengan tepat mengukur apa yang diukur(50). Valid berarti instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang hendak diukur(51). Instrumen yang valid adalah instrumen yang sudah diuji validitasnya.

Uji validitas yang dilakukan dalam penelitian ini dengan 2 tahap yaitu, uji *content validity* (validitas isi) dan uji *construct validity* (validitas

konstruksi). Uji *content validity* (validitas isi), maka digunakan pendapat para ahli (*judgment experts*) dan setelah instrument dikonstruksi tentang aspek-aspek yang akan diukur dengan berdasarkan teori, instrument digunakan tanpa perbaikan, ada perbaikan, dan mungkin dirombak total(51). Uji expert dilakukan kepada dosen keperawatan anak Ns. Elsa Naviati, M.Kep., Sp.Kep.An dan Ns. Zubaidah, S.Kep., M.Kep., Sp. An Departemen Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro. Terdapat 25 pertanyaan, 14 pertanyaan mengenai kemandirian mencuci tangan, 4 pertanyaan mengenai kemandirian membuang sampah, dan 7 pertanyaan mengenai kemandirian *toileting*

Hasil *content validity* dari Ns. Elsa Naviati, M.Kep., Sp.Kep.An dan Ns. Zubaidah, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.A terdapat 7 item pernyataan pada item mencuci tangan, satu pernyataan pada item membuang sampah dan 2 pernyataan karena memiliki makna yang sama dengan pernyataan yang sebelumnya. Saran yang lainnya yaitu melakukan perbaikan minor untuk mencuci tangan setelah BAB dan BAK dipisah, mengganti kata *toilet training* dengan kata *toileting*, dan untuk pernyataan nomor terakhir tindakan lebih spesifik ke *toileting*.

Tahap ke dua yaitu uji *construct validity* dengan mengujikan kuesioner di tempat yang memiliki karakteristik sama dengan tempat melakukan penelitian. Uji ini dilakukan kepada sampel yang berjumlah 30 orang, dilakukan di SLB YPAC Surakarta. Tahap selanjutnya adalah melakukan tabulasi data kuesioner, setelah data ditabulasikan, maka

pengujian validitas konstruks dilakukan dengan analisa faktor, yaitu dengan mengkorelasikan antar skor item instrument(51). Teknik korelasi yang digunakan yaitu korelasi *product moment pearson*. Korelasi *product moment pearson* digunakan untuk mencari kuatnya hubungan antar variabel yang dinyatakan dengan koefisien. Koefisien korelasi yang diperoleh r harus diuji signifikansinya dengan uji t_{hitung} . Jika $t_{hitung} > t_{tabel}$ atau $r_{hitung} > r_{table}$ maka pertanyaan tersebut valid, sedangkan bila $t_{hitung} < t_{tabel}$ berarti pertanyaan tidak valid.

Rumus korelasi *product moment pearson*:

$$r = \frac{n\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{\{n\sum x^2 - (\sum x)^2\} \{n\sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

Keterangan:

r = koefisien korelasi

n = jumlah responden

Σ = jumlah variabel

X = skor masing – masing item

Y = skor total

Rumus t_{hitung} :

$$r_{hitung} = \frac{r\sqrt{(n-2)}}{\sqrt{(1-r^2)}}$$

Keterangan :

r = koefisien korelasi hasil r hitung

n = jumlah responden

Hasil perhitungan tiap item dibandingkan dengan tabel nilai *product moment*. Bila r hitung sama atau lebih besar dibandingkan r tabel ($r_{hitung} \geq r_{tabel}$) dengan taraf signifikan 5%, maka kuesioner dapat dikatakan valid(52). Penelitian ini menggunakan 25 pernyataan yang memenuhi syarat valid $r_{hitung} > 0,361$ yaitu dengan rentang r hitung 0,365-0,825. Hal tersebut menunjukkan semua pertanyaan dapat digunakan semua dalam penelitian.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas, dalam penelitian dengan *internal consistency* yaitu melakukan uji coba instrumen satu kali saja kemudian hasil yang diperoleh dianalisis dengan uji reliabilitas. Jenis reliabilitas yang digunakan adalah reliabilitas internal yaitu dengan cara menganalisis data dari satu kali pengujian. Uji reliabilitas menggunakan *Alpha Cronbach test*(52).

Rumus Alpha Cronbach test.

$$r_{11} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_1^2} \right]$$

Keterangan:

r_{11} : reliabilitas instrumen

k : banyak butir pertanyaan

$\sum \sigma_b^2$: jumlah varians butir

σ_1^2 : varians total

Reliabilitas suatu konstruk variabel dikatakan baik jika *cronbach alpha* $> 0,60$. Sebagai patokan suatu kuesioner, dapat

ditentukan ukuran indeks reliabilitas, yaitu tidak reliabel (0,00 – 0,20), kurang reliabel (0,20 – 0,40), reliabel (0,40 – 0,60), cukup reliabel (0,60 – 0,80), dan sangat reliabel (0,80 – 1,00) (54). Hasil uji reabilititas pada kuesioner ini adalah 0.977 berdasarkan kriteria Guilford item pernyataan memiliki reliabilitas sangat tinggi.

I. Alat Penelitian dan cara pengumpulan data

Tabel 2
Kisi-kisi Kuesioner Praktik Hidup Bersih dan Sehat pada Anak Tunadaksa

Sub pertanyaan	Sub-sub pertanyaan	Jumlah pertanyaan	Nomor pertanyaan
Praktik cuci tangan	Momen cuci tangan	14	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,14
	Mencuci tangan menggunakan sabun		
	Kesadaran mencuci tangan		
Praktik membuang sampah pada tempatnya	Kebiasaan membuang sampah pada tempatnya	4	15,16,17,18
	Kesadaran membuang sampah pada tempatnya		
Praktik toilet trining	Kesadaran toilet training	7	19,20,21,22,23,24,25
	Kebiasaan toilet training		

1. Instumen Penelitian

Alat penelitian untuk mengumpulkan data penelitian ini menggunakan kuesioner. Kuesioner penelitian ini dibuat oleh peneliti dari mengambil beberapa butir pertanyaan kuesioner yang ada dan

dimodifikasi. Kuesioner penelitian yang digunakan dalam dalam pengumpulan data ini terdiri dari dua bagian antara lain:

a. Kuesioner A

Kuesioner A meliputi data demografi. Kuesioner ini digunakan untuk mengetahui karakteristik responden yang mempunyai anak tunadaksa yang terdiri dari: kelas, usia anak, jenis kelamin anak, tempat tinggal, tingkat ketunaan. Pengelompokan usia berdasarkan depkes pada tahun 2009.

b. Kuesioner B

Kuesioner B adalah kuesioner tingkat kemandirian yang dimodifikasi oleh peneliti dari kuesioner kemampuan perawatan diri anak tuna grahita yang dibuat oleh Supar dan Nurrahima, A serta memodifikasi kuisisioner skala kemandirian dari Suharman(53) (54). Kuesioner ini terdiri dari 25 item pertanyaan yang meliputi pertanyaan tentang kemandirian mencuci tangan, membuang sampah dan *toilet training (toileting)*. Alternatif jawaban yang disediakan yaitu selalu dibantu / diawasi, kadang-kadang dibantu / diawasi, serta tidak pernah dibantu / diawasi.

2. Cara Pengumpulan Data

- a. Peneliti mengajukan *ethical clearance* di RSUD Moewardi Surakarta.
- b. Peneliti mengajukan permohonan izin ke Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro untuk

melakukan penelitian di SLB Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang dan SLB N Semarang.

- c. Peneliti meminta izin untuk mengambil data jumlah seluruh siswa di SLB Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang dan SLB N Semarang. Didapatkan hasil, 100 anak tunadaksa.
- d. Peneliti melakukan persamaan persepsi mengenai item pernyataan di dalam kuesioner dan cara pengisian kuesioner kepada 2 enumerator.
- e. Peneliti menjelaskan tujuan, manfaat dan petunjuk teknis pengisian kuesioner kepada responden dan guru di masing-masing kelas.
- f. Peneliti meminta izin kepada orang tua / wali dengan memberikan *informed consent* kepada mereka sebelum melakukan penelitian dengan anak tunadaksa. Setelah orang tua/wali mengisi *informed consent* maka kuesioner diberikan kepada calon responden.
- g. Penyebaran angket/kuesioner dilakukan dengan cara langsung bertemu dengan responden, sehingga masih bisa bertemu secara langsung. Pembagian kuesioner ini dilakukan selama dua hari di dua tempat penelitian.
- h. Pengisian kuesioner yang dipandu peneliti dan enumerator sudah selesai dilakukan, kuesioner dicek kembali dan untuk beberapa kuesioner yang belum lengkap karena jumlah siswa yang banyak sehingga beberapa anak ketinggalan saat dipandu mengisi kuesioner maka responden diminta untuk melengkapinya serta dipandu dalam melengkapi kuesioner.

- i. Peneliti melakukan proses pengolahan data dengan semua angket yang terkumpul

J. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Teknik Pengolahan Data

Data yang terkumpul dalam pengolahan data perlu diolah terlebih dahulu. Tujuannya untuk menyederhanakan seluruh data yang terkumpul, menyajikan data dengan susunan yang baik dan rapi. Pengolahan data menggunakan teknik skoring yang meliputi(52):

a. *Editing* (memeriksa)

Editing atau memeriksa adalah pengolahan data yang dilakukan oleh peneliti dengan cara memeriksa kuesioner yang dikumpulkan kembali kepada peneliti(48). Pemeriksaan kuesioner meliputi kelengkapan jawaban oleh responden, keterbacaan tulisan, relevansi jawaban yaitu jawaban yang kurang atau tidak relevan. Beberapa item tidak terisi lengkap seperti data karakteristik responden dan beberapa item pernyataan, peneliti meminta responden untuk melengkapi.

b. *Coding* (memberi tanda kode)

Coding adalah mengklasifikasikan jawaban responden dengan cara memberi tanda atau kode(48).

1) Kuesioner I

- a) Kelas SD diberi kode 1, SMP diberi kode 2, SMA diberi kode 3

- b) Umur anak untuk umur anak-anak (5-11 tahun) diberi kode 1. Usia remaja awal (12-16 tahun) diberi kode 2, usia remaja akhir (17-25 tahun) diberi kode 3.
- c) Jenis kelamin, untuk laki-laki diberi kode 1 dan untuk perempuan diberi kode 2
- d) Tempat tinggal yang tinggal bersama orangtua diberi kode 1, yang tinggal di asrama diberi kode 2
- e) Tingkat ketunaan yang tingkat ringan diberi kode 1, yang sedang diberi kode 2, yang berat diberi kode 3.

2) Kuesioner B

Kuesioner B menggunakan pernyataan *favourable*, yaitu pernyataan yang mendukung dan *unfavourable* yaitu pernyataan yang tidak mendukung atau memihak. Pada kuesioner B menggunakan coding dengan skor jawaban selalu dibantu/diawasi diberi kode 1, jawaban kadang-kadang dibantu/diawasi diberi kode 2 dan jawaban tidak pernah dibantu/diawasi diberi kode 3.

c. Tabulating

Tabulating merupakan hasil dari kuesioner yang dimasukkan ke dalam suatu tabel sesuai dengan jenis pertanyaanya, bertujuan untuk mengetahui jumlah jawaban pada setiap katagori pertanyaan(48). Pengolahan data ini menggunakan tabel distribusi frekuensi.

d. Entry Data

Entry data adalah memasukkan jawaban-jawaban yang sudah diberi kode kemudian dimasukkan ke dalam tabel dengan cara menghitung frekuensi data(48). Peneliti memasukkan data yang telah diisi ke dalam komputer dengan kode yang sudah ditentukan.

e. Cleaning

Cleaning adalah pembersihan data, peneliti melihat data variabel sudah benar atau belum untuk melihat kembali ada tidaknya kesalahan sebelum dilakukan analisis data(48).

2. Analisa Data

Analisa data dalam penelitian kuantitatif ini menggunakan analisa univariat. Analisa univariat digunakan untuk menjelaskan karakteristik masing-masing variable. Analisa univariat data yang diperoleh disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase(48). Adapun data yang terkumpul dianalisis secara univariat yaitu untuk mengetahui distribusi karakteristik demografi (kelas, jenis kelamin, status pendidikan dan tempat tinggal) dan gambaran praktik hidup bersih dan sehat yaitu mencuci tangan dengan sabun, membuang sampah pada tempatnya dan *toileting*.

Peneliti melakukan uji normalitas pada item pernyataan menggunakan rumus *kolmogorov smirnov* sebelum dilakukan analisa univariat. Hasil uji normalitas dari item pernyataan yang $>0,05$ maka

digunakan mean untuk menentukan katgori. Hasil uji normalitas yang $<0,05$ maka digunakan median untuk menentukan kategori. Hasil penelitian ini dibagi menjadi dua kategori sehingga digunakan mean atau median dan standar deviasi untuk menentukan nilai kategori(53).

Setelah dilakukan uji normalitas pada item pernyataan, item pernyataan mencuci tangan menggunakan sabun, membuang sampah pada tempatnya dan *toileting* memiliki distribusi tidak normal dengan nilai 0,00 sehingga menggunakan median untuk menentukkan kategori.

K. Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada anak tunadaksa di sekolah luar biasa di Kota Semarang. Oleh karena itu peneliti memperhatikan etika penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu:

1. Autonomy

Informed concent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan diberikan lembar persetujuan. *Informed concent* diberikan sebelum dilakukan penelitian. Peneliti memberikan lembar persetujuan yang bertujuan agar responden mengerti maksud, tujuan dan dampak dilakukan penelitian. Pertama *Informed concent* diberikan kepada orang tua atau wali dari anak, jika orang tua atau wali setuju baru kuesioner diberikan kepada responden. Pada saat penelitian semua orang tua atau wali setuju dan *informed concent* diberikan kepada responden untuk di tanda tangani

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Peneliti memberikan jaminan dalam menggunakan subjek penelitian dengan tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada alat ukur. Peneliti hanya menuliskan kode pada kuesioner(48).

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Peneliti memberikan jaminan kerahasiaan terhadap isi kuesioner, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya(48). Peneliti memberikan laporan penelitian kepada pihak Departemen Ilmu Keperawatan, dan juga melaporkan secara tertulis mengenai kesimpulan hasil penelitian yang dilakukan di beberapa sekolah luar biasa yang menjadi tempat penelitian dilakukan.

4. *Beneficence*

Peneliti memberikan penjelasan kepada responden bahwa penelitian yang dilakukan memberikan manfaat bagi responden, karena responden menyumbangkan pengetahuan baru guna mendapatkan suatu metode dan konsep yang baru untuk pengetahuan di masa mendatang(50).

5. *Nonmaleficence*

Penelitian yang dilakukan kepada responden hendaknya tidak menimbulkan bahaya bagi responden(50). Peneliti memberi penjelasan kepada responden bahwa penelitian ini tidak menimbulkan kerugian atau bahaya bagi responden.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian dilakukan pada 30-31 Mei 2017 kepada 100 responden. Responden penelitian adalah seluruh siswa tunadaksa SLB N Semarang dan SLB YPAC Semarang. Hasil yang didapatkan mengenai kemandirian perilaku hidup bersih dan sehat disekolah pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang adalah sebagai berikut:

A. Karakteristik Responden

1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan kelas

Tabel 3
Distribusi frekuensi responden berdasarkan kelas pada bulan Mei 2017
(n=100)

Kelas	Frekuensi (f)	Persentase (%)
SD	51	51
SMP	29	29
SMA	20	20
Jumlah	100	100

Tabel 3 Menunjukkan bahwa kelas SD sebanyak 51% (51 anak), kelas SMP sebanyak 29 % (29 anak) dan kelas SMA sebanyak 20% (20 anak).

2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia

Tabel 4
Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia pada bulan Mei 2017
(n=100)

Usia	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia sekolah (5-11 tahun)	27	27
Usia remaja awal (12-16 tahun)	46	46
Usia remaja akhir (17-25 tahun)	27	27
Jumlah	100	100

Tabel 4 menunjukkan bahwa responden dengan usia sekolah sebanyak 27% (27 anak), usia remaja awal 46% (46 siswa) dan remaja akhir 27% (27 anak).

3. Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5
Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin pada bulan Mei 2017 (n=100)

Jenis kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Laki-laki	58	58
Perempuan	42	42
Jumlah	100	100

Tabel 5 menunjukkan bahwa terdapat anak laki-laki sebanyak 58 % (58 anak) dan jumlah anak perempuan 42 % (42 anak).

4. Distribusi frekuensi responden berdasarkan tempat tinggal

Tabel 6
Distribusi frekuensi responden berdasarkan tempat tinggal pada bulan Mei 2017 (n=100)

Tempat tinggal	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Bersama orangtua	79	79
Asrama	21	21
Jumlah	100	100

Tabel 6 menunjukkan bahwa jumlah anak yang tinggal bersama orangtua yaitu 79 % (79 anak) dan yang tinggal di asrama yaitu 21 % (21 anak).

5. Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat ketunaan

Tabel 7
Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat ketunaan pada bulan Mei 2017 (n=100)

Tingkat ketunaan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Ringan	34	34
Sedang	65	65
Berat	1	1
Jumlah	100	100

Tabel 7 menunjukkan bahwa jumlah anak dengan tingkat ketunaan ringan yaitu 34 % (34 anak), sedang 65 % (65 anak), dan berat yaitu 1 % (1 anak).

B. Gambaran kemandirian perilaku hidup bersih dan sehat

Gambaran kemandirian perilaku hidup bersih dan sehat pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang yang dilakukan pada bulan Mei 2017.

Tabel 8
Distribusi frekuensi praktik perilaku hidup bersih dan sehat pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang pada bulan Mei 2017 (n=100)

Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Kurang mandiri	48	48
Mandiri	52	52
Jumlah	100	100

Tabel 8 menunjukkan bahwa 48% (48 anak) melakukan perilaku hidup bersih dan sehat kurang mandiri dan 52% (52 anak) melakukan praktik dengan mandiri

1. Praktik mencuci tangan menggunakan sabun

Tabel 9
Distribusi frekuensi praktik mencuci tangan menggunakan sabun pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang pada bulan Mei 2017 (n=100)

Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kurang mandiri	49	49
Mandiri	51	51
Jumlah	100	100

Tabel 9 menunjukkan bahwa 49% (49 anak) melakukan cuci tangan menggunakan sabun kurang mandiri dan 51% (51 anak) melakukan praktik dengan mandiri.

2. Praktik membuang sampah pada tempatnya

Tabel 10
Distribusi frekuensi praktik membuang sampah pada tempatnya pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang pada bulan Mei 2017 (n=100)

Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kurang mandiri	48	48
Mandiri	52	52
Jumlah	100	100

Tabel 10 menunjukkan bahwa 48 % (48 anak) melakukan membuang sampah pada tempatnya kurang mandiri dan 52 % (52 anak) melakukan praktek dengan mandiri.

3. Praktik *toileting*

Tabel 11
Distribusi frekuensi praktik *toileting* pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang pada bulan Mei 2017 (n=100)

Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kurang mandiri	52	52
Mandiri	48	48
Jumlah	100	100

Tabel 11 menunjukkan bahwa 52% (52 anak) melakukan *toileting* kurang mandiri dan 48% (48 anak) melakukan praktek *toileting* dengan mandiri.

BAB V

PEMBAHASAN

Bab ini membahas mengenai hasil penelitian berupa gambaran kemandirian perilaku hidup bersih dan sehat pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang.

A. Gambaran kemandirian perilaku hidup bersih dan sehat

1. Praktik mencuci tangan menggunakan sabun

Persentase kemandirian responden dalam praktik perilaku hidup bersih dan sehat di sekolah hampir seimbang yaitu 49% responden (49 siswa) tingkat kemandirian dalam melakukan praktik cuci tangan menggunakan sabun kurang mandiri, 51% responden (51 siswa) mandiri. Hal tersebut dimungkinkan oleh beberapa faktor, baik faktor internal ataupun eksternal yang mempengaruhi kemandirian pada anak tunadaksa.

Salah satu faktor kemandirian anak adalah kebiasaan yang sudah dilakukan dalam kesehariannya. Anak-anak tunadaksa di SLB di Kota Semarang sudah dibiasakan oleh guru mereka untuk melakukan cuci tangan menggunakan sabun dalam kesehariannya. Hal tersebut dibuktikan dengan hasil kuesioner peneliti pada aspek inisiatif anak untuk melakukan cuci tangan menggunakan sabun lebih dari 50% anak yang mandiri dalam setiap momen cuci tangan. Hal ini mendukung hasil penelitian dimana banyak anak yang mandiri dalam melakukan cuci tangan menggunakan sabun. Penelitian yang dilakukan oleh Andriyani

menunjukkan hasil yang sama, yaitu kegiatan yang terbiasa dilakukan dalam kehidupan sehari-hari anak dapat mengembangkan kemandirian anak(55).

Jumlah anak yang tinggal bersama orang tua lebih dominan dari pada jumlah anak yang tinggal di asrama. Anak yang tinggal bersama orang tua akan menggunakan pola asuh yang diajarkan dirumah, sehingga kebiasaan mencuci tangan menggunakan sabun yang sudah diajarkan dan dibiasakan oleh orang tua di rumah menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kesadaran atau inisiatif dalam kemandirian perilaku mencuci tangan menggunakan sabun(53). Hal tersebut didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Marini pada tahun 2015 yang memperlihatkan pola asuh yang diterapkan orang tua dalam menumbuhkan sikap mandiri pada anak balita telah berjalan baik. Hal ini dapat dilihat dari adanya bimbingan dan arahan orang tua, memberikan contoh sikap mandiri yang baik serta memberikan nasehat dalam berbagai kegiatan dan kesempatan dengan menggunakan pola interaksi yang menggunakan pola kemitraan dan pola teman(56). Penelitian yang dilakukan oleh Titisari pada ibu yang memiliki anak usia prasekolah (3-6 tahun) di TK ABA Mlangi, Gamping, Sleman, Yogyakarta menunjukkan ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap kemandirian *personal hygiene* anak(57). Saifahi pada tahun 2011 dalam penelitiannya mengatakan bahwa terdapat peran orang tua terhadap pelaksanaan perilaku hidup bersih dan sehat pada anak(58). Penelitian yang dilakukan oleh

Setiawan pada tahun 2014 pada 20 anak usia pra sekolah di TK Aisyiyah Blimbing Kabupaten Sukoharjo menunjukkan hasil yang sama yaitu perilaku anak mencuci tangan dengan benar dan memakai sabun dipengaruhi oleh peran orang tua dalam membimbing anak dalam menjaga kesehatannya(59).

Tempat tinggal bersama orang tua mempengaruhi tingkat kemandirian anak.hal tersebut didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Anindia kepada mahasiswa program studi Teknik Informatika Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta dengan nilai $p = 0,125$ ($p > 0,05$) yang menunjukkan bahwa ada perbedaan kemandirian yang sangat signifikan antara mahasiswa yang tinggal bersama orang tua dengan mahasiswa yang tinggal dikos, dimana mahasiswa yang tinggal di kos lebih tinggi tingkat kemandiriannya dari pada mahasiswa yang tinggal bersama orang tua(60). Namun, penelitian yang dilakukan oleh Fuad pada tahun 2008 berlawanan dengan hasil penelitian yang menunjukkan hasil nilai $t = -0,043$ dan $p = 0,966$ ($p > 0,01$), sehingga ditarik kesimpulan kepribadian tahan banting antara siswa yang tinggal bersama orangtua dengan siswa yang tinggal di pesantren tidak berbeda(60).

Jumlah anak dengan tingkat ketunaan sedang dan berat lebih banyak daripada jumlah anak yang mengalami tingkat ketunaan ringan dapat mempengaruhi hasil penelitian jumlah anak yang tidak mandiri hampir sama dengan yang tidak mandiri. Kemandirian anak tunadaksa dipengaruhi oleh mobilisasi atau pergerakan anak untuk melakukan

aktivitas faktor yang mempengaruhi aktivitas diantaranya adalah perkembangan sistem syaraf, kemampuan fisik yang memungkinkannya untuk bergerak, keinginan anak yang memotivasinya untuk bergerak, dan lingkungan yang mendukung pemerolehan kemampuan motorik(61). Hal tersebut dibuktikan dengan hasil kuesioner pada aspek memberdayakan kemampuan diri dalam mencuci tangan yang kemandiriannya berkisar antara 47% - 48% .

2. Praktik membuang sampah pada tempatnya

Hasil penelitian menunjukkan untuk tingkat kemandirian membuang sampah hampir seimbang yaitu 48 % (48 anak) melakukan aktivitas membuang sampah pada tempatnya masuk dalam kategori kurang mandiri dan 52 % (52 anak) melakukan dengan mandiri. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan mengatakan bahwa kemandirian pada anak tunadaksa selain dipengaruhi oleh faktor intrinsik (pertumbuhan dan kematangan individu itu sendiri, tingkat kecerdasan) juga dipengaruhi oleh faktor ekstrinsik (melalui proses sosialisasi di lingkungan tempat individu, perlakuan orang tua, guru masyarakat)(62).

Kebiasaan yang di terapkan oleh guru di SLB di Kota Semarang membuat kemandirian anak dalam membuang sampah pada tempatnya menjadi baik. Kemandirian anak tunadaksa dibuktikan dengan hasil kuesioner untuk aspek inisiatif membuang sampah pada tempatnya terdapat 53 anak 53% yang melakukan secara mandiri. Hal tersebut sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Hartatik pada tahun 2016 pada

seluruh siswa SD NU Kepanjen yang menyebutkan bahwa guru membiasakan anak untuk membuang sampah pada tempatnya mempunyai pengaruh terhadap terlaksananya kebiasaan membuang sampah pada tempatnya(24). Hal ini didukung dengan penelitian lain yang dilakukan oleh Nurhadiana pada siswa di beberapa SDN se-Kecamatan Bantar Gebang dengan hasil penelitian dengan *p value* 0.046 menyimpulkan bahwa salah satu faktor perilaku membuang sampah pada tempatnya pada anak sekolah dasar adalah peran guru dalam mengajarkan dan membiasakan anak membuang sampah pada tempatnya(63).

Jumlah anak tunadaksa yang mengalami tunadaksa sedang dan berat lebih dominan daripada anak yang mengalami tunadaksa ringan, sehingga dalam mobilisasi mereka mengalami kesulitan. Menurut Dewi salah satu faktor yang mempengaruhi kemandirian pada anak disabilitas adalah jenis disabilitas yang dimiliki(59). Anak tunadaksa yang mengalami kesulitan mobilisasi karena keterbatasan fisik, guru dan orang tua juga bertanggung jawab untuk dapat melatih dan memberi ruang bagi anak untuk bergerak secara mandiri sesuai kemampuannya(64). Hal tersebut dibuktikan dengan hasil kuesioner pada aspek kemampuan memberdayakan kemampuan yang dimiliki dalam membuang sampah pada tempatnya sebanyak 47% saja yang mandiri melakukannya.

Hasil observasi saat studi pendahuluan, letak sarana prasarana dalam membuang sampah pada tempatnya di SLB di Kota Semarang sudah memadai, letak tempat sampah yang ada di depan setiap kelas

membuat anak mudah untuk membuang sampah pada tempatnya. Tersedianya sarana prasarana yang memadai memudahkan anak untuk mandiri dalam membuang sampah pada tempatnya, hal tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Nurhadyana pada siswa di beberapa SDN se-Kecamatan Bantar Gebang menyebutkan salah satu faktor yang mempengaruhi kebiasaan membuang sampah pada tempatnya pada siswa SDN Bantar adalah dengan tersedianya sarana prasarana memadai disana(22).

3. Praktik *Toileting*

Hasil penelitian kemandirian praktek toileting menunjukkan hampir seimbang antara anak yang mandiri dan kurang mandiri dalam *toileting* yaitu 52% (52 anak) melakukan *toileting* kurang mandiri dan 48% (48 anak) melakukan praktek *toileting* dengan mandiri. Kemampuan anak tunadaksa untuk toileting mempengaruhi kemandirian anak dalam melakukan toileting(4).

Anak dengan tunadaksa sedang dan berat memiliki kelainan tubuh baik kondisi fisik maupun sistem persyarafan otak yang mempengaruhi program organ motorik (otot) termasuk pada otot sistem perkemihan yang membuat mereka sulit untuk melakukan *toilet training*(9). Kemampuan *sfincter uretra* yang berfungsi untuk mengontrol rasa ingin defekasi dan rasa ingin berkemih mulai berkembang, dengan bertambahnya usia, kedua *sfincter* tersebut semakin mampu mengontrol rasa ingin berkemih dan rasa ingin defekasi(23). Hal tersebut dibuktikan dengan hasil kuesioner pada

aspek memberdayakan kemampuan yang dimiliki dalam *toileting* hanya 47 anak 47% yang mandiri melakukannya.

Pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang mereka dominan tinggal bersama orang tua, sehingga anak terbiasa dengan kebiasaan yang dilakukan oleh orang tua (pola asuh orang tua)(23). Hal tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Warini pada 53 orang ibu dengan anak-anak usia pra sekolah, menunjukkan bahwa orang tua yang melatih anak *toileting* sejak dini dapat membentuk kemampuan anak, sehingga anak menjadi mandiri dalam *toileting*(65). Penelitian yang dilakukan oleh Zuhriana pada 44 ibu yang memiliki anak retardasi mental di SLB Negeri Surakarta, menyebutkan bahwa salah satu faktor keberhasilan dalam *toilet training* pada anak yaitu stimulasi yang dilakukan oleh orang tua untuk melakukan *toilet training*(66).

Kemandirian anak yang tinggal bersama orang tua dipengaruhi oleh peran orang tua dalam memandirikan anak tunadaksa(67). Sehingga perlu peran orang tua untuk mengetahui cara melatih anak untuk *toileting* sejak dini. Hal tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Rahayu yang menyebutkan terdapat hubungan peran orang tua terhadap kemandirian anak untuk *toileting*(68). Munafiah juga menjelaskan hal yang sama yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu terhadap kemandirian *toilet training* pada anak retardasi mental(68). Hal tersebut dibuktikan dengan hasil kuesioner pada aspek inisiatif melakukan *toileting* hanya 48 anak 48% yang mandiri melakukannya.

Hasil observasi pada saat studi pendahuluan menunjukkan bahwa sarana prasarana untuk *toileting* pada anak tunadaksa di SLB masih belum memadai, karena hanya terdapat satu *toilet* yang didesain khusus bagi anak tunadaksa *toilet* lainnya masih di desain seperti *toilet* pada umumnya, sehingga anak dengan tunadaksa sedang dan berat mengalami kesulitan dalam melakukan *toileting*. Faktor sarana prasarana mempengaruhi kemandirian pada anak(67). Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Andriyani pada anak usia 4-5 tahun (prasekolah) menunjukkan bahwa lingkungan dan sarana prasarana yang baik membuat tingkat keberhasilan *toilet training* pada anak lebih optimal daripada lingkungan yang buruk(23).

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Kesimpulan dari hasil penelitian yang berjudul Gambaran Kemandirian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Sekolah pada Anak Tunadaksa di SLB se-Kota Semarang adalah sebagai berikut:

1. Hasil penelitian didapatkan tingkat kemandirian dalam melakukan praktik cuci tangan menggunakan sabun pada anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang hampir seimbang antara yang mandiri dan kurang mandiri.
2. Hasil penelitian didapatkan tingkat kemandirian anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang dalam membuang sampah pada tempatnya hampir seimbang
3. Hasil penelitian yang dilakukan didapatkan tingkat kemandirian anak tunadaksa di SLB se-Kota Semarang dalam melakukan *toileting* hampir seimbang.

B. Saran

1. Keluarga anak tunadaksa

Keluarga diharapkan dapat mempertahankan dan meningkatkan usaha dalam mengajarkan dan membiasakan anak sejak dini untuk mandiri dalam melakukan perilaku hidup bersih dan sehat dalam kesehariannya.

2. Anak tunadaksa

Anak tunadaksa diharapkan dapat mempertahankan dan meningkatkan kebiasaan dalam melakukan perilaku hidup bersih dan sehat dalam keseharian.

3. Tenaga kesehatan

Pihak puskesmas dan perawat komunitas diharapkan dapat memantau dan menindaklanjuti kemandirian dalam melakukan perilaku hidup bersih dan sehat disekolah pada anak tunadaksa.

4. Pihak sekolah

Pihak sekolah diharapkan dapat meningkatkan fasilitas sekolah untuk menunjang kemandirian anak tunadaksa dalam melakukan perilaku hidup bersih dan sehat disekolah secara mandiri.

5. Peneliti

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian pada anak tunadaksa dalam melakukan perilaku hidup bersih dan sehat disekolah.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. World Report on Disability. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Tibble M. Review of Existing Research on The Extra Costs of Disability, DWP Working Paper 21. London: Department for Work & Pensions.; 2006.
3. Jutai J, Bortolussi J. Health Survey Research on Children with Physical Disabilities in Canada. 1999;14(3).
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Situasi Penyandang Disabilitas. 2014;
5. Ikhwanudin T. Modul Guru Pembelajar Mata Pelajaran PLB Tunadaksa Kelompok Kompetensi A. Bandung: Kementerian Pendidikan Kebudayaan.; 2016.
6. Stanhope M. Praktik Keperawatan Kesehatan Komunitas. Jakarta: EGC; 2010.
7. Anggraeni RR. Resiliensi pada Penyandang Tuna Daksa Pasca Kecelakaan. 2008;
8. Lathifah I. Metode Pengembangan Kepercayaan Diri Anak Tuna Daksa Di Sekolah Luar Biasa (SLB) C Kemala Bhayangkari 2 Gresik. 2015;
9. Musrifah. Metode Bimbingan Kemandirian Pada Anak Tunadaksa Di SLB G Daya Ananda Purwomartani Kalasan Sleman. 2014;
10. Harini N, Suherman Y. Modul Guru Pembelajar PLB Tunadaksa Kelompok Kompetensi C. Pertama. Bandung: Pusat Pengembangan dan Pemberdayaan Pendidik dan Tenaga Kependidikan Bidang Taman Kanak-kanak & Pendidikan Luar Biasa, Direktorat Jenderal Guru dan Tenaga Kependidikan; 2016.
11. Utomo W. Pengaruh Bimbingan Belajar Ketrampilan Bina Diri Anak Tuna Daksa terhadap Peningkatan Kemandirian Siswa SDLB D-1 SLB- D YPAC Surakarta Tahun 2006/2007. 2007;
12. Kusumawardhani A. Hubungan Kemandirian Dengan Adversity Intelligence pada Remaja Tuna Daksa Di SLB-D YPAC Surakarta. 2010;978–9.
13. Indonesia K kesehatan republik. Rencana Strategi Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. 2015;
14. Proverawati A, Rahmawati E. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Yogyakarta: Nuha Medika; 2012.
15. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Umum PHBS. 2011;
16. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015. 2016.
17. Yente L, Tentang G, Hidup P, Phbs S, Panti PA, Harapan A, et al. Gambaran Tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Pada Anak-

- Anak Panti Asuhan Harapan Kita Desa Huntu Utara Kecamatan Bulango Selatan Kabupaten Bone Bolango. 2012;
18. Rorimpandey, Helty M; Rattu, A Joy M; Tumuraang MN. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) pada Siswa Di Smp Negeri 2 Tompaso. 2015;
 19. Janis CO, Umboh PJML, Malonda NSH. Gambaran Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) pada Siswa. 2014;71.
 20. Sitorus, Nicson; Fransisca L. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan dan Sikap Cuci Tangan Pakai Sabun pada Siswa SD Negeri 157 Kota Palembang Tahun 2014. 2014;
 21. Purwandari, Retno; Ardiana AW. Hubungan Antara Perilaku Mencuci Tangan dengan Insiden Diare pada Anak Usia Sekolah di Kabupaten Jember. 2013;122–30.
 22. Nurhadyana I. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Membuang Sampah pada Siswa Sekolah Dasar Negeri (SDN) Di Kecamatan Bantar Gebang, Tahun 2012. 2012;
 23. Andriyani S, Ibrahim K, Wulandari S, Cimahi AD, Keperawatan F, Padjadjaran U. Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan Toilet Training pada Anak Prasekolah Analysis of Factors Related to Toilet Training in Preschool Age Children. 2014;2:146–53.
 24. Hartatik. Pengaruh Gerakan Jumput Sampah Terhadap Pendidikan Karakter Siswa dan Pemeliharaan Kebersihan Lingkungan Sekolah di SD NU Kepanjen Kabupaten Malang. 2004;827–34.
 25. Nasional Y, Tahun U, Nasional Y, Anak PD. Orang Tua Spesial untuk Anak Spesial. 2014;1–165.
 26. Suriyani I. Meningkatkan Perilaku Percaya Diri Anak Tunadaksa Melalui Permainan Bola Lempar Keranjang. 2012;1:174–88.
 27. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2014. 2015.
 28. Santoso H. Cara Memahami dan Mendidik Anak Berkebutuhan Khusus. Yogyakarta: Gosyen Publishing; 2012.
 29. Astaty. Karakteristik dan Pendidikan Anak Tunadaksa dan Tunalaras. 2012;
 30. Noor NN. Epidemiologi. Jakarta: PT Rineka Cipta; 2008.
 31. Allender, J.A & Spradley BW. Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public Health,. Philadelphia: Lippincott; 2010.
 32. Stanhope, M. & Lancaster J. Public Health Nursing Population Centered Health Care in The Community. Missouri: Elsevier; 2012.
 33. Adriance. Melalui Media Model Bagi Anak Tunadaksa (Single Subject Research kelas D / V di SDLB Negeri 64 Surabaya Lubuk Basung). 2013;1:549–61.
 34. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar. 2013;
 35. Handjani S. Modul Guru Pembelajaran. Bandung: PPPPTK TK DAN PLB Bandung; 2016.

36. Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta; 2010.
37. Notoatmodjo S. Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni. Jakarta: PT Rineka Cipta; 2012.
38. Yuanna MP. Tingkat Pengetahuan dan Sikap Siswa Mengenai Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. 2014;
39. Gomo M julrisam. Gambaran perilaku hidup bersih dan sehat (phbs) sekolah pada siswa kelas akselerasi di smpn 8 manado 1. 2013;503–5.
40. Lhamidah dwi arifani. Perbedaan Peningkatan Pengetahuan Tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Antara Metode Permainan Monopoli dan Ceramah pada Siswa SDN Kebandingan Kecamatan Kedungbanteng Kabupaten Tegal Tahun Ajaran 2010/2011. 2011;
41. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Infodatin- CTPS. 2013.
42. Ahmat Sigit Raharjo, □ SI. Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, dan Ketersediaan Fasilitas di Sekolah dalam Penerapan PHBS Membuang Sampah pada Tempatnya (Studi di Sekolah Dasar Negeri Banjarsari 02 Kecamatan Gabus Kabupaten Pati). Unnes J Public Heal. 2014;3(1):1–10.
43. Mariana A. Toilet Training pada Anak Down Syndrome (. 2013;
44. Ningsih SF. Hubungan Pengetahuan Dan Perilaku Ibu dalam Menerapkan Toilet Training dengan Kebiasaan Mengompol. 2012.
45. Ambarwati Y. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Toilet Training Dengan Kecenderungan Perilaku BAB Dan BAK Anak Usia Toddler di Desa Semen Wonogiri. 2014;
46. Darmono A. Peran Orang Tua dalam Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus. 2014;
47. Notoatmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: PT Rinera Cipta; 2010.
48. Hidayat A. Metode Penelitian Keperawatan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika; 2009.
49. Sekolah O. Profil Sekolah Dapodik. www.Dapodik.ac.id. 2016.
50. Supar; Artika N. Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Tingkat Kemandirian Pada Anak Retardasi Mental Sedang Kelas 1-6 Di SLB Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang. Proceeding Semilnakes. 2015;
51. Wasis. Pedoman Riset Praktis untuk Profesi Keperawatan. Jakarta: EGC; 2008.
52. Sugiyono. Statistika untuk Penelitian. Bandung: Alfabeta; 2009.
53. Arikunto. S. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek. Jakarta: PT. Asdi Mahasatya; 2006.
54. Suharnan. Pengembangan Skala Kemandirian. 2012;1(2).
55. Mardiana A., Kemandirian Anak di Sekolah Kelompok A PAUD Pertiwi 1 Kemandirian Anak di Sekolah Kelompok A PAUD Pertiwi 1. 2014;
56. Marini R. Penerapan pola asuh orang tua dalam menumbuhkan kemandirian pada anak usia balita di lingkungan uptd skb kota cimahi.

2015;

57. Andriani L, Sutiman, Wulandari W. Pengembangan kemandirian anak TK kelompok A melalui kegiatan makan bersama di TK PKK 76 Guwosari Bantul. *Jurnal Pendidikan Anak*; 2012.
58. Wiyani N. *Bina Karakter Anak Usia Dini: Panduan Orangtua dan Guru dalam Membentuk Kemandirian dan Kedisiplinan Anak Usia Dini*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media; 2013.
59. *Kebudayaan KP dan. Pedoman Pengembangan Diri untuk Peserta Didik Tunadaksa*. 2014.
60. Rinandanto A. *Sikap Siswa Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di SD Negeri Balangan 1 Kecamatan Minggir Kabupaten Sleman*. 2015;
61. Dewi KS, Psi S, Psi M. *Kemandirian Pada Penyandang Low Vision Studi Kasus Berdasar Teori Kepribadian Adler*. 2013;1–20.
62. Hidayat K. *Modul Guru Pembelajar SLB Tunadaksa Kelompok Kompetensi D*. Bandung: PPPPTK TK DAN PLB Bandung; 2016.
63. Titisari L. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Personal Hygiene Anak Prasekolah Di TK Aba Mlangi Gamping Sleman Yogyakarta*. 2015;
64. Saifah A. *Hubungan Peran Keluarga, Guru, Teman Sebaya dan Media Massa dengan Perilaku Gizi Anak Usia Sekolah Dasar di Wilayah Kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu*. 2011;
65. Setiawan I. *Peran Orang Tua dalam Memotivasi Anak Mencuci Tangan dengan Benar dan Memakai Sabun pada Anak Usia Pra Sekolah di TK Aisyiyah Blimbing Kabupaten Sukoharjo*. 2014;
66. Musrifah. *Metode Bimbingan Kemandirian pada Anak Tunadaksa di SLB Daya Ananda Purwomartani Kalasan Sleman*. 2014;
67. Suharjana. *Tinjauan Praktis Membentuk Perilaku Sehat dan Hidup Aktif Pada Anak Usia Dini*. 2012;VIII(2).
68. Arini. *Hubungan Antara Pengetahuan Santri Tentang PHBS dan Peran Ustadz dalam Mencegah Penyakit Skabies Dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies*. 2012;
69. Nurhadyana I. *Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Membuang Sampah pada Siswa Sekolah Dasar Negeri (SDN) di Kecamatan Bantar Gebang*. 2012;
70. Warini NPP. *Hubungan Dukungan Keluarga Informasional, Penilaian, Instrumental, dan Emosional dengan Kemampuan Toileting pada anak Usia Prasekolah Di TK Harapan dan TK Al Falah Leyangan Kabupaten Semarang 1*. 2014;
71. Rahayu DM. *Hubungan Peran Orang Tua dengan Kemampuan Toilet Training pada Anak Usia Toddler di Paud Permata Bunda RW 01 Desa Jati Selatan 1 Sidoarjo*. 2013;
72. Novyanti A. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kesiapan Toilet training di Desa Lauwonu Kecamatan Tilago Kabupaten Gorontalo*. 2014;

LAMPIRAN