

**TESIS**

**TERAPI BERMAIN MENINGKATKAN PERILAKU  
MENCUCI TANGAN PADA ANAK USIA SEKOLAH  
DI SDN BINTORO 2 DAN PATRANG 2 KABUPATEN JEMBER**



**Oleh :**

**SUSI WAHYUNING ASIH  
NIM. 131214153026**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2014**

TESIS

UNJALAN BERMAIN MENINGKATKAN PERILAKU...  
MENCUCI TANGAN PADA ANAK USIA BERKUALITAS  
DI BUN HIKTORO 1 DAN PATRANG 2 KABUPATEN JEMBER



2014

SUSI WAHYUNING ASIH  
1111111111

FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2014

**TERAPI BERMAIN MENINGKATKAN PERILAKU  
MENCUCI TANGAN PADA ANAK USIA SEKOLAH  
DI SDN BINTORO 2 DAN PATRANG 2 KABUPATEN JEMBER**

**TESIS**

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)  
dalam Program Studi Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**

**Oleh:**

**SUSI WAHYUNING ASIH  
NIM. 131214153026**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2014**

UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS PSIKOLOGI  
JURUSAN PSIKOLOGI

TESIS

TERAPI BERMAIN MENINGKATKAN PERILAKU...  
SUSI WAHYUNING ASIH

01010

DISKUSI  
DISKUSI

DISKUSI  
DISKUSI  
DISKUSI  
DISKUSI  
DISKUSI

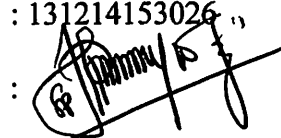
## PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Susi Wahyuning Asih

NIM : 131214153026

Tanda Tangan :



Tanggal : Juli 2014

**LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS**

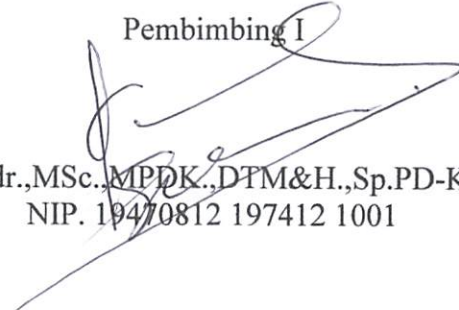
TERAPI BERMAIN MENINGKATKAN PERILAKU  
MENCUCI TANGAN PADA ANAK USIA SEKOLAH  
DI SDN BINTORO 2 DAN PATRANG 2 KABUPATEN JEMBER

Susi Wahyuning Asih  
NIM. 131214153026

TESIS INI TELAH DISETUJUI  
PADA TANGGAL 17 Juli 2014

Oleh:

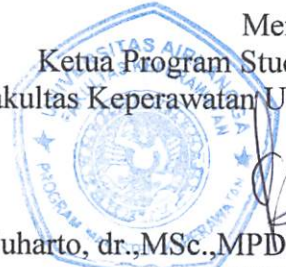
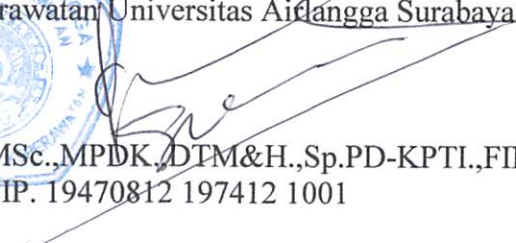
Pembimbing I

  
Prof. Dr. Suharto, dr.,MSc.,MPDK.,DTM&H.,Sp.PD-KPTI.,FINASIM.  
NIP. 19470812 197412 1001

Pembimbing II

  
Retno Indarwati.,SKep.,Ns.,M.Kep.  
NIP.197803162008122002

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

  
  
Prof. Dr. Suharto, dr.,MSc.,MPDK.,DTM&H.,Sp.PD-KPTI.,FINASIM.  
NIP. 19470812 197412 1001

## LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI TESIS

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Susi Wahyuning Asih

NIM : 131214153026

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : Terapi Bermain Meningkatkan Perilaku Mencuci Tangan Pada Anak Usia Sekolah di SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 Kabupaten Jember

Tesis ini telah diuji dan dinilai  
oleh panitia penguji pada  
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga  
pada tanggal 25 Juli 2014

Panitia penguji,

1. Ketua : Dr. Budi Utomo.dr.,M.Kes.
2. Penguji I : Prof.Dr.Suharto, dr.,MSc.,MPDK.,DTM&H.,SpPD-KPTI.,FINASIM.
3. Penguji II : Retno Indarwati., S.Kep.,Ns.,M.Kep.
4. Penguji III : Ns.Siti Nur Kholifah.,M.Kep.,Sp.Kom
5. Penguji IV : Yuni Sufyanti Arief.,S.Kp.,M.Kes

(.....  
(.....  
(.....  
(.....  
(.....)

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Prof. Dr. Suharto, dr.,MSc.,MPDK.,DTM&H.,Sp.PD-KPTI.,FINASIM.  
NIP. 19470812 197412 1001

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Susi Wahyuning Asih  
NIM : 1312141513026  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Departemen : Keperawatan  
Fakultas : Keperawatan  
Jenis karya : Tesis

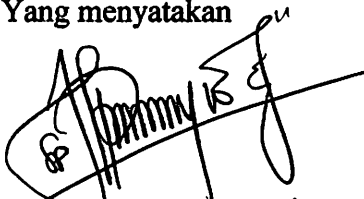
Demi pengembangan ilmu perilaku, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Non eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Terapi bermain meningkatkan perilaku anak usia sekolah dalam mencuci tangan di SDN Bintoro 2 dan SDN Patrang 2 kabupaten Jember

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Surabaya  
Pada tanggal : 25 Juli 2014

Yang menyatakan  
  
(.....SUSI. WAHYUNING ASIH.....)



## RINGKASAN

TERAPI BERMAIN MENINGKATKAN PERILAKU  
MENCUCI TANGAN PADA ANAK USIA SEKOLAH  
DI SDN BINTORO 2 DAN PATRANG 2 KABUPATEN JEMBER

Oleh : Susi Wahyuning Asih

Periode anak usia sekolah merupakan masa keemasan untuk menanamkan nilai-nilai kesehatan. Penanaman nilai itu salah satunya adalah perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Anak mempunyai potensi sebagai agen perubahan untuk mempromosikan PHBS di lingkungan sekolah, keluarga dan masyarakat. Anak usia sekolah merupakan kelompok umur yang mudah menerima inovasi baru dan mempunyai keinginan kuat untuk menyampaikan perilaku dan informasi yang diterimanya kepada orang lain (Wong dan Whaley, 2009). Penyakit menular berbasis perilaku dan lingkungan yang menyerang anak usia sekolah dengan meninjau angka kesakitan diantaranya adalah *hand washing*, kecacingan, Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA), infeksi kulit, infeksi mata. Program pemerintah tentang PHBS di sekolah merupakan salah satu usaha untuk menekan kejadian kasus penyakit ini tetapi seolah masih slogan saja dikarenakan anak sekolah kurang dilibatkan, pemerintah membuat program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) yang terdapat 5 pilar. Pilar yang sangat dekat dengan keseharian dan mudah dilakukan untuk pembiasaan perilaku sehat yaitu mencuci tangan memakai sabun. Perawat diperlukan untuk memberikan intervensi pada anak usia sekolah dan menanamkan pemahaman sehingga terbentuk sikap dan diwujudkan oleh perilaku untuk menjadi lebih sehat dengan membiasakan mencuci tangan dengan sabun. Penanaman pemahaman ini perawat menggunakan pendekatan teori *PRECEDE PROCEED* dan *self care model* khususnya anak usia sekolah yaitu terapi bermain aktif ular tangga dengan topik mencuci tangan yang diiringi oleh lagu mencuci tangan. Tujuan penelitian menganalisis faktor predisposisi (perilaku dan sikap), faktor pendorong (guru dan teman sebaya), faktor pendukung (tersedianya sarana prasarana kesehatan dan komitmen sekolah). Kebiasaan perawatan diri pada anak akan memberikan efek kehidupan yang sehat pada anak, sesuai dengan teori *self care model*.

Berdasarkan tujuan penelitian, desain penelitian menggunakan *quasy eksperimental design* dengan menggunakan rancangan penelitian *pre-post test with control group design* yang berarti penelitian ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan dua kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah dilakukan intervensi. Sampel dalam penelitian ini adalah siswa sekolah dasar kelas IV yang berasal dari dua sekolah dasar, yaitu sekolah dasar negeri Bintoro 2 dan SDN Patrang 2 kabupaten Jember, sampel dipilih sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Variabel penelitian dari penelitian ini terdiri dari variabel independen adalah terapi bermain, sedangkan variabel dependen dari penelitian ini adalah perilaku anak usia sekolah tentang mencuci tangan. Penelitian ini diuji statistik, yaitu uji *wilcoxon test* untuk melihat perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapi bermain dengan pendekatan teori *PRECEDE PROCEED* dan *self care model*

dalam masing-masing kelompok, baik dalam kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan. Pengaruh antara kelompok kontrol dan perlakuan yang saling independen digunakan uji statistik *mann-whitney test* pada variabel skala ordinal, untuk mengetahui kesetaraan kelompok kontrol dan perlakuan sebelum intervensi dengan membandingkan hasil *pre test* kelompok kontrol dengan *pre test* kelompok perlakuan yang hasilnya  $p \text{ value} > 0,05$  dan pengaruh intervensi dengan membandingkan hasil *post test* kelompok kontrol dengan *post test* kelompok perlakuan dengan hasil  $p \text{ value} < 0,05$ .

Hasil penelitian dengan uji *mann-whitney test* menghasilkan terapi bermain dengan pendekatan teori *PRECEDE PROCEED* dan *self care model* berpengaruh pada perilaku anak usia sekolah. Uji *post test* sesudah dilakukan terapi bermain dalam upaya meningkatkan perilaku anak sekolah dalam mencuci tangan mendapatkan nilai  $p \text{ value} (0,000) < 0,05$ . Sedangkan hasil uji *wilcoxon test* pada kelompok kontrol  $p \text{ value} (0,014) < 0,05$  sehingga dapat dinyatakan ada perbedaan yang signifikan antar kelompok sebelum dan sesudah terapi bermain dengan permainan aktif ular tangga dengan topik mencuci tangan yang benar di SDN Bintoro 2 dan SDN Patrang 2 kabupaten Jember. Proses antara terapi bermain dengan perilaku anak untuk mencuci tangan, ada beberapa faktor yang mempengaruhi sesuai dengan teori *Lawrence Green* dan *nursing agency* berupa terapi bermain tentang kebersihan dan perawatan diri sesuai dengan teori *Orem*. Banyak permainan yang dapat digunakan untuk mengajak anak agar mudah memahami dan mampu mengerti apa yang akan kita sampaikan dengan benar. Salah satu permainan yang dapat dijadikan sarana pendidikan kesehatan adalah permainan ular tangga. Melalui permainan ular tangga, aspek emosional, kognitif, kreativitas, sensorik dan motorik anak dapat terlatih. Kemampuan kognitif yang didapat dari permainan ini yaitu, anak mendapat kosa kata baru. Anak akan terlatih dengan cara meningkatkan kemampuan kognitif anak, sehingga dengan permainan ini anak diharapkan dapat memahami serta anak mampu dan menumbuhkan kebiasaan dalam mencuci tangan.

Kesimpulannya terapi bermain aktif ular tangga dengan topik mencuci tangan dapat meningkatkan perilaku anak usia sekolah untuk perawatan diri berupa mencuci tangan dengan benar dengan air mengalir dan memakai sabun. Ada pengaruh model *PRECEDE PROCEED* dan *self care model* terhadap perilaku mencuci tangan anak usia sekolah. Terapi bermain akan mempermudah untuk memasukkan suatu pemahaman pada anak, perlu adanya inovasi terapi bermain pada anak supaya tidak menimbulkan kebosanan dan dapat memberikan media dan sarana untuk pendidikan kesehatan yang sesuai dengan tahapan *supportif edukatif* pada anak, sehingga terwujud hasil yang memuaskan dari upaya penanaman nilai kesehatan yang mampu merubah kebiasaan kurang sehat menjadi lebih sehat, sehingga anak terhindar dari penyakit, dapat bertumbuh dan berkembang sesuai usia. Menjadikan generasi sehat yang merupakan generasi bangsa ke depan.

## EXECUTIVE SUMMARY

### THE PLAYING THERAPY TO IMPROVE THE HAND-WASHING BEHAVIOR TO SCHOOL AGE CHILDREN AT SDN BINTORO 2 AND SDN PATRANG 2 JEMBER REGENCY

By: Susi Wahyuning Asih

School-age period is known as the golden period for establishing the health values. One of the intended values is the healthy and clean behavior. Children are highly potential as the agents of change in promoting the healthy and clean behavior to their surrounding environment like school, family and, community. School-age children are the ones who accept new innovation easily, while at the same time have the strong willingness to address the behavior and information they receive to other persons (Wong and Whaley, 2009). Among the behavior and environmental-based contagious diseases that attack school-age children, referring to the rate of incidence, are the hand-washing and cacingan, upper tract respiratory syndrome, skin infection, as well as eye infection. The government program regarding the healthy and clean behavior which is implemented at school is one of the attempts to suppress the rate of incidence. However, this program seems to be a mere slogan since the children themselves are not involved. To address the problem, government initiates the community-based total sanitation which involves 5 pillars. The nearest pillar which is closely related to day-to-day activity, while at the same time is easy to conduct is the habituation of hand-washing activity using the soap. The nurse intervention is needed to help implant the better knowledge and habits. In establishing the knowledge and habit, the approach used by the nurse is the Precede Proceed Theory and Self care model. To the school-age children, the implementation is carried out by involving the kids to play snake and ladder game while they are asked to wash their hands, and at the same time illustrated by songs. The objective of this research is to analyze the pre-dispositional factors (behavior and attitude), pushing factors (teachers and friends), and supporting factors (availability of health facilities and commitment of the institution/school). The self-care habits to children show better health and life, as suggested by the Self Care Theory.

This research is a Quasy experiment by using the pre-post test with control group design, meaning that this research attempts to reveal the cause and result association by involving two subject groups. The subject group is observed prior to and after the intervention. The sample of this research is the fourth-grade students of two schools namely SDN Bintoro 2 and SDN Patrang 2 Jember Regency. The sample is determined using both inclusive and exclusive criteria. The independent variable of this research is the playing therapy, while the dependent variable is the behavior of the students in conducting the hand-washing activity. This research employs wilcoxon statistical test to observe the variance prior to and after the intervention is performed by using the intervention of playing therapy through the Precede Proceed and Self-Care Model to each group. To see the effect of control and treatment group which are independent, the Mann-Whitney test is employed at the ordinal scale to find out the equality between the control and treatment group prior to

the intervention by comparing the result of the pre-test of the control group to the treatment group. This results in the  $p$  value  $> 0,05$ . Meanwhile, the effect of intervention is measured by comparing the result of the post test of control group to the similar result of the treatment group, resulting in the value of  $p < 0,05$ .

When tested using the Mann-Whitney Test, the playing therapy through the Precede Proceed and Self care model approaches show the effect on the school-age children's behavior. The post-test performed upon the playing therapy is done in the attempt of improving the behavior of the school-age children in washing their hands. This results in the  $p$  value of  $(0,000) < 0,05$ . On the other hand, the result of the wilcoxon test conducted to the control group shows the  $p$  value of  $(0,014) < 0,05$ . Thus, it is identified as a significant margin between the groups prior to and after the playing therapy by using the proper hand-washing topic at SDN Bintoro 2 and SDN Patrang 2 Jember Regency. There are several factors to affect the process between the playing therapy and the children's behavior in washing their hands, which is in line with the Lawrence Green and Nursing agency, in the form of the playing therapy to promote cleanliness. In addition, the effect shown on the self-care is in accordance with the Orem Theory. There are so many games that may be used to encourage the children to understand and comprehend the idea about healthy and clean behavior easily. One of the games is the snake and ladder game. Through this game, the emotional, cognitive, creative, sensory, as well as motor aspects are trained well. Thus, children are prepared to improve their cognitive ability, thus help them understand themselves, while at the same time develop the habit of washing hands.

In conclusion, the snake-and-ladder playing therapy with the topic of washing hands is able to improve the behavior of the school-age children in treating themselves in the form of proper hand-washing activity using the flowing water and soap. The effect of the Precede Proceed model and the Self care model on the behavior of washing hands of the school-age children exists. The playing therapy may ease the implant of the comprehension to children. Therefore, innovation on the playing therapy to children is needed to avoid boredom as well as to provide proper media and facilities for the health-care education which is in line with the supportive educative stages of the children. The innovation is also aimed at achieving the satisfactory result of the implanting the health values to change the bad habits of living healthily to the better one. This may prevent the children from getting contracted by any diseases while at the same time help develop themselves as they grow older. In the end, all of those attempts are aimed at generating a healthy generation for this nation's better generation in the future, respectively.

## ABSTRAK

### TERAPI BERMAIN MENINGKATKAN PERILAKU MENCUCI TANGAN PADA ANAK USIA SEKOLAH DI SDN BINTORO 2 DAN PATRANG 2 KABUPATEN JEMBER

Oleh : Susi Wahyuning Asih

**Pendahuluan.** Tangan merupakan salah satu sarana masuknya sumber penyakit ke dalam tubuh, sementara perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah masih sangat kurang. Permainan ular tangga merupakan jenis permainan yang sudah sangat dikenal dan disukai anak-anak. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan dengan permainan aktif ular tangga-mencuci tangan terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia 6-12 tahun.

**Metode.** Desain penelitian ini adalah eksperimen semu (*quasy eksperimen*) dengan rancangan *pre - post test with control design*. Penelitian ini melibatkan 80 anak kelas 4 Sekolah Dasar (SD) dibagi menjadi 2 kelompok kelompok kontrol dan perlakuan masing-masing 40 responden. Penelitian dilaksanakan di SDN Patrang 02 dan SDN Bintoro 02 Kabupaten Jember Jawa Timur Indonesia. Instrumen pengumpulan data menggunakan kuesioner yang dilakukan sebelum dan sesudah perlakuan. Pengumpulan data juga dilakukan pada faktor predisposisi, faktor pendorong dan faktor pendukung terhadap perilaku mencuci tangan. Data yang diperoleh dianalisis menggunakan *wilcoxon signed rank test*, *mann-whitney test* dengan tingkat kemaknaan 95% ( $\alpha = 0,05$ ).

**Hasil.** Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan yang signifikan mengenai perilaku mencuci tangan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ( $p < 0,05$ ).

**Simpulan.** Bermain aktif ular tangga dapat diterapkan pada anak usia 6-12 tahun dalam rangka memperbaiki perilaku mencuci tangan anak dengan melibatkan faktor predisposisi, faktor pendorong dan faktor pendukung terhadap perilaku mencuci tangan anak.

**Kata kunci :** Terapi bermain, Anak usia 6-12 tahun, Perilaku, Mencuci tangan

ABSTRACT

PLAYING THERAPY IMPROVES THE HAND WASHING BEHAVIOR  
TO THE SCHOOL AGE CHILDREN AT BINTORO 02 AND PATRANG 02  
ELEMENTARY SCHOOL JEMBER REGENCY

By: Susi Wahyuning Asih

**Introduction.** Hands are one of the accesses of the diseases to body. This research is intended to find out the effect of the health education through the active game of snake and ladder-hand washing activity on the behavior of washing hands to the 6-12 years old school age children.

**Method.** This research is designed as a Quasy Experiment using Pre Test-Post Test with control design. This research involves 80 students of Elementary School grade 4 which are divided into 2 groups, namely control and treatment group, with each group consists of 40 individuals. The research is conducted at Patrang 02 and at Bintoro 02 Elementary School Jember Regency, East Java, Indonesia as the treatment group. Next, the gathered data is analyzed using the Wilcoxon Signed Rank Test, mann-whitney test, meaningfulness rate of 95% ( $\alpha = 0,05$ ).

**Result.** The result of this research reveals that there is a significant difference regarding the hand-washing behavior between the control group and the treatment group ( $p < 0,05$ ).

**Conclusion.** The active game of snake ladder combined with the hand-washing activity is applicable to the 6-12 years old school children in the attempt of encouraging the behavior of washing hands to children by involving the pre-disposition factors, pulling factors, and the supporting factors to the hand-washing behavior, respectively.

**Key Words:** Playing therapy, 6-12 years old children, behavior, washing hands

## KATA PENGANTAR

Puji syukur yang sedalam-dalamnya saya panjatkan ke hadirat Allah SWT, sholawat serta salam semoga tetap terlimpahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, atas karuniaNya peneliti dapat menyelesaikan tesis ini. Tesis ini disusun untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) dalam Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dengan judul Terapi Bermain Meningkatkan Perilaku Mencuci Tangan Pada Anak Usia Sekolah di SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember, Jawa Timur, Indonesia. Peneliti mendapat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Magister Keperawatan
2. Prof. Dr. Suharto, dr.,M.Sc., MPDK., DTM&H.,SpPD., KPTI., FINASIM selaku ketua Program Studi Magister Keperawatan dan selaku pembimbing I yang dengan sabar telah membimbing, mengarahkan dan memberikan banyak motivasi kepada Peneliti sehingga tesis ini dapat diselesaikan
3. Ibu Retno Indarwati., S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktunya dengan sabar, perhatian untuk membimbing dan mengarahkan, memotivasi kepada peneliti dalam menyelesaikan tesis ini.
4. Dra. Herlina, selaku Kepala Sekolah SDN Patrang 2 kabupaten Jember yang telah memberikan ijin dan kesempatan peneliti untuk melakukan penelitian di SDN Patrang 2 kelas IV.

5. Drs. Sutarji, selaku Kepala Sekolah SDN Bintoro 2 kabupaten Jember yang telah memberikan ijin dan kesempatan peneliti untuk melakukan penelitian di SDN Bintoro 2 kelas IV.
6. Responden (adik-adik siswa kelas IV SDN Bintoro 2 dan SDN Patrang 2) yang telah bersedia menjadi responden bagi penelitian ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah mendidik, melatih, dan memberikan ilmu selama masa perkuliahan.
8. Seluruh staf Fakultas Keperawatan atas bantuan, fasilitas dan informasi yang telah diberikan.
9. Suamiku (drg.Supriyadi.,M.Kes) dan putra-putriku tersayang (Fikri auliya alhamdhi, Imanda tsania putri alhamdhi, dan Quinsa nainy putri alhamdhi) yang telah menjadi semangat dalam penyusunan tesis ini.
10. (Alm) Bapak Soekarto dan Ummi Hj. Rijami serta adiku Anthoni Dwi Wijaya dan seluruh keluarga besarku yang selalu memberikan motivasi baik doa.
11. Teman-teman Magister angkatan 5 (M@5) yang telah memberikan bantuan dan motivasi sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Peneliti menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan baik isi maupun penulisannya, oleh karena itu peneliti mengharapkan saran dari pembaca.

Surabaya, Juli 2014

Peneliti



## DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DALAM .....	i
PRASYARAT GELAR MAGISTER.....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI TESIS.....	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	vi
RINGKASAN.....	vii
EXECUTIVE SUMMARY.....	ix
ABSTRAK.....	xi
ABSTRACT.....	xii
KATA PENGANTAR.....	xiii
DAFTAR ISI .....	xv
DAFTAR TABEL .....	xviii
DAFTAR GAMBAR .....	xx
DAFTAR LAMPIRAN .....	xxi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Masalah .....	5
1.3 Rumusan Masalah .....	6
1.4 Tujuan.....	6
1.4.1 Tujuan umum .....	6
1.4.2 Tujuan khusus .....	6
1.5 Manfaat Penelitian.....	7
1.5.1 Teoritis .....	7
1.5.2 Praktis.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep Bermain.....	8
2.1.1 Definisi Bermain .....	8
2.1.2 Fungsi Bermain .....	8
2.1.3 Metode permainan ular tangga .....	11
2.2 Konsep Perilaku Hidup Bersih dan Sehat(PHBS).....	20
2.2.1 Pengertian PHBS.....	20
2.2.2 Tujuan PHBS.....	21
2.2.3 Strategi PHBS .....	21
2.2.4 Tatanan PHBS .....	23
2.2.5 PHBS di sekolah.....	24
2.2.6 Mencuci Tangan.....	31
2.3 Konsep Perilaku .....	36
2.3.1 Pengertian perilaku.....	36
2.3.2 Sikap .....	40
2.3.3 Faktor yang mempengaruhi perilaku.....	40
2.3.4 Pengukuran perilaku .....	40

2.4	Konsep Anak Usia Sekolah.....	40
2.4.1	Pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah.....	41
2.4.2	Perkembangan anak usia sekolah.....	42
2.4.3	Pentingnya bermain bagi anak.....	46
2.4.4	Masalah pada anak usia sekolah.....	47
2.5	Konsep Tumbuh Kembang.....	51
2.5.1	Pengertian tumbuh kembang.....	51
2.5.2	Faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang.....	51
2.6	Konsep Teori <i>orem self care defisit</i> .....	56
2.6.1	<i>Universal self care requisites</i> .....	57
2.6.2	<i>Developmental self care requisites</i> .....	57
2.6.3	<i>Health deviation self care requisites</i> .....	58
2.6.4	<i>Therapeutic self care demand</i> .....	58
2.6.5	<i>Self care agency</i> .....	59
2.6.6	<i>Agent</i> .....	59
2.6.7	<i>Dependent care agent</i> .....	59
2.6.8	<i>Self care defisit</i> .....	59
2.6.9	<i>Nursing agency</i> .....	59
2.6.10	<i>Nursing design</i> .....	60
2.6.11	Sistem keperawatan.....	60
2.6.12	Asumsi dasar.....	60
2.7	Konsep Pembelajaran Pendidikan Kesehatan Tutor Sebaya ....	66
2.8	Konsep Perilaku Kesehatan Teori <i>Lawrence Green</i> .....	67
2.9	Penelitian Terkait dengan Penerapan Terapi Bermain.....	70
2.10	<i>Theoretical Mapping/ Riset pendukung</i> .....	72
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN</b> .....	76
3.1	Kerangka Konseptual.....	76
3.2	Hipotesis Penelitian.....	77
<b>BAB 4</b>	<b>METODE PENELITIAN</b> .....	78
4.1	Desain Penelitian.....	78
4.2	Populasi, Sampel, Besar Sampel dan <i>Sampling</i> .....	78
4.2.1	Populasi.....	78
4.2.2	Sampel.....	79
4.2.3	Besar sampel.....	79
4.2.4	<i>Sampling</i> .....	79
4.3	Kerangka Operasional.....	80
4.4	Identifikasi Variabel Penelitian dan definisi operasional.....	81
4.4.1	Variabel Penelitian dan definisi operasional.....	81
4.4.2	Definisi Operasional.....	81
4.5	Instrumen Penelitian.....	82
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	83
4.7	Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data.....	83
4.8	Analisis Data.....	89
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN</b> .....	91
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	92
5.2	Karakteristik Responden.....	93

5.3 Analisis Terapi Bermain Meningkatkan Perilaku Mencuci Tangan pada Anak Usia Sekolah .....	94
5.3.1 Pengaruh <i>nursing agency</i> terapi bermain terhadap faktor predisposisi (pengetahuan) .....	95
5.3.2 Pengaruh <i>nursing agency</i> terapi bermain terhadap faktor predisposisi (sikap) .....	96
5.3.3 Pengaruh <i>nursing agency</i> terapi bermain terhadap faktor pendorong (guru).....	98
5.3.4 Pengaruh <i>nursing agency</i> terapi bermain terhadap faktor pendorong (teman sebaya).....	99
5.3.5 Pengaruh <i>nursing agency</i> terapi bermain terhadap faktor pendukung (sarana prasarana sekolah).....	101
5.3.6 Pengaruh <i>nursing agency</i> terapi bermain terhadap faktor pendukung (komitmen) mencuci tangan .....	102
5.3.7 Pengaruh <i>nursing agency</i> terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.....	104
<b>BAB 6 PEMBAHASAN.....</b>	<b>106</b>
6.1 Faktor predisposisi (pengetahuan), sebelum dan sesudah dilakukan <i>nursing agency</i> (terapi bermain aktif dengan ular tangga) .....	106
6.2 Faktor predisposisi (sikap), sebelum dan sesudah dilakukan <i>nursing agency</i> (terapi bermain aktif dengan ular tangga).....	109
6.3 Faktor pendorong (guru) terhadap perilaku siswa sebelum dan sesudah dilakukan <i>nursing agency</i> (terapi bermain aktif dengan ular tangga) .....	114
6.4 Faktor pendorong (teman sebaya) terhadap perilaku siswa sebelum dan sesudah dilakukan <i>nursing agency</i> (terapi bermain aktif dengan tangga) .....	115
6.5 Faktor pendukung (sarana prasarana kesehatan di sekolah) terhadap perilaku siswa sebelum dan sesudah dilakukan <i>nursing agency</i> (terapi bermain aktif dengan ular tangga).....	116
6.6 Faktor pendukung (komitmen sekolah) terhadap perilaku siswa sebelum dan sesudah dilakukan <i>nursing agency</i> (terapi bermain aktif dengan ular tangga).....	117
6.7 Pengaruh terapi bermain pada perilaku mencuci tangan siswa sebelum dan sesudah <i>nursing agency</i> (terapi bermain aktif dengan ular tangga) .....	119
6.8 Keterbatasan Penelitian.....	121
<b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>122</b>
7.1 Simpulan .....	122
7.2 Saran .....	123
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>124</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
2.1	Strata PHBS di sekolah.....	31
5.1	Distribusi frekuensi karakteristik siswa SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember tahun 2014 .....	93
5.2	Analisis pengaruh <i>nursing agency</i> terapi bermain terhadap faktor predisposisi (pengetahuan) pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014 .....	95
5.3	<i>Crosstab</i> pengetahuan terhadap perilaku mencuci tangan pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014 .....	96
5.4	Analisis pengaruh <i>nursing agency</i> terapi bermain terhadap faktor predisposisi (sikap) pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014 .....	97
5.5	<i>Crosstab</i> sikap terhadap perilaku mencuci tangan pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014 .....	97
5.6	Analisis pengaruh <i>nursing agency</i> terapi bermain terhadap faktor pendorong (guru) pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014 .....	98
5.7	<i>Crosstab</i> pengaruh guru terhadap perilaku mencuci tangan pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014 .....	99
5.8	Analisis pengaruh <i>nursing agency</i> terapi bermain terhadap faktor pendorong (teman sebaya) pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014 .....	100
5.9	<i>Crosstab</i> teman sebaya terhadap perilaku mencuci tangan pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014 .....	100
5.10	Analisis pengaruh <i>nursing agency</i> terapi bermain terhadap faktor pendukung (sarpra) pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014 .....	101
5.11	<i>Crosstab</i> sarpra terhadap perilaku mencuci tangan pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014 .....	102
5.12	Analisis pengaruh <i>nursing agency</i> terapi bermain terhadap faktor pendukung (komitmen sekolah) pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014 .....	103

5.13	<i>Crosstab</i> komitmen sekolah terhadap perilaku mencuci tangan pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014 .....	103
5.14	Analisis pengaruh <i>nursing agency</i> terapi bermain terhadap Perilaku mencuci tangan pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014 .....	104
5.15	<i>Crosstab</i> perilaku sebelum dan sesudah terapi bermain pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014 .....	105

## DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
2.1	<i>Conceptual framework for nursing, R. relationship, &lt;, deficit relationship, current or projected</i> .....	62
2.2	<i>Basic nursing system</i> .....	69
2.2	<i>PRECEDE PROCEED model</i> .....	71
2.4	Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan.....	73
3.1	Kerangka konseptual penerapan terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah berbasis modifikasi teori <i>PRECEDE PROCEED</i> dan <i>self care model</i> .....	76
4.1	Kerangka operasional penerapan terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah.....	79

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar permohonan menjadi responden .....	127
Lampiran 2	Lembar penjelasan.....	128
Lampiran 3	Lembar persetujuan menjadi responden.....	129
Lampiran 4	Profil responden.....	130
Lampiran 5	Kuesioner faktor predisposisi (pengetahuan).....	131
Lampiran 6	Kuesioner faktor predisposisi (sikap).....	132
Lampiran 7	Kuesioner faktor pendorong (teman sebaya).....	133
Lampiran 8	Kuesioner faktor pendorong (guru).....	134
Lampiran 9	Kuesioner faktor pendukung (sarana kesehatan ).....	135
Lampiran 10	Kuesioner faktor pendukung (komitmen).....	136
Lampiran 11	Kuesioner perilaku mencuci tangan.....	137
Lampiran 12	Lembar observasi sarpra kesehatan.....	138
Lampiran 13	Standar prosedur operasional bermain ular tangga.....	139
Lampiran 14	Aturan permainan ular tangga.....	142
Lampiran 15	Kisi-kisi kotak dalam permainan ular tangga.....	144
Lampiran 16	Alur permainan ular tangga.....	147

BAB 1  
PENDAHULUAN



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Periode anak usia sekolah merupakan masa keemasan untuk menanamkan nilai-nilai kesehatan. Penanaman nilai itu salah satunya adalah perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Anak mempunyai potensi sebagai agen perubahan untuk mempromosikan PHBS di lingkungan sekolah, keluarga dan masyarakat. Anak usia sekolah merupakan kelompok umur yang mudah menerima inovasi baru dan mempunyai keinginan kuat untuk menyampaikan pengetahuan dan informasi yang diterimanya kepada orang lain (Wong dan Whaley, 2009).

Penyakit menular dapat ditinjau berdasarkan perilaku dan lingkungan yang menyerang anak usia sekolah dan angka kesakitan diantaranya adalah diare, kecacingan, Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA), infeksi kulit, infeksi mata. Program pemerintah tentang PHBS di sekolah merupakan salah satu usaha untuk menekan kejadian kasus penyakit ini tetapi seolah masih slogan saja dikarenakan anak sekolah kurang dilibatkan, sehingga tahun 2010 pemerintah membuat program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) yang terdapat 5 pilar. Pilar yang sangat dekat dengan keseharian dan mudah dilakukan untuk pembiasaan perilaku sehat yaitu mencuci tangan memakai sabun (Kemenkes, 2011).

Studi pendahuluan yang dilakukan di SDN Bintoro 2 kabupaten Jember, peneliti mendapatkan data bahwa siswa yang absen karena sakit sejumlah 43 anak dari 350 anak setiap bulan. Peneliti mendapatkan informasi dari siswa dan guru SDN Bintoro 2, sebagian besar siswa tidak pernah mencuci tangan sebelum makan, tidak mencuci tangan dengan baik dan benar, mencuci tangan hanya pada

saat siswa merasa tangannya kotor saja (SDN Bintoro 2 Jember, 2014). Faktor sosial ekonomi, geografis, budaya dan ketersediaan sarana mencuci tangan juga berpengaruh pada kebiasaan mencuci tangan. Kebiasaan mencuci tangan akan menjauhkan seseorang dari penyakit seperti diare, typhoid, kecacingan dan penyakit lain yang *port de entree* nya melalui saluran pencernaan.

Jumlah anak di Indonesia rata-rata 40% dari total penduduk, dari jumlah tersebut kebanyakan masih duduk di bangku sekolah (Kemenkes RI, 2012). Angka kejadian diare lima tahun terakhir di wilayah kabupaten Jember pada tahun 2009 sebanyak 206 kasus dari 14.957 anak, tahun 2010 sebanyak 195 kasus dari 15.004 anak, tahun 2011 sebanyak 300 kasus dari 15.256, tahun 2012 sebanyak 488 kasus dari 14.985 anak (Dinkes kab.Jember,2013).

Tatanan PHBS sekolah mengacu pada fungsi sekolah, selain sebagai tempat pembelajaran juga dapat menjadi ancaman penularan penyakit jika tidak dikelola dengan baik. Anak usia sekolah merupakan masa rawan terserang berbagai penyakit. Permasalahan kesehatan lain yang muncul pada anak usia sekolah adalah perilaku kesehatan yang berkaitan dengan kebersihan perorangan seperti kebiasaan mencuci tangan pakai sabun (Adisasmito, 2007). Empat kunci kegiatan PHBS salah satunya adalah meningkatkan derajat kesehatan yaitu perilaku mencuci tangan yang benar dengan air mengalir dan memakai sabun setelah buang air besar, sebelum dan sesudah makan, serta setelah beraktivitas (Yusuf,2008). *Systematic review* yang dilakukan oleh Curtis dan Cairncross (2010) menyebutkan perilaku mencuci tangan dengan sabun dapat mengurangi insiden diare sebanyak 42-47%, artinya sekitar satu juta anak di dunia dapat diselamatkan dari penyakit tiap tahunnya dengan mencuci tangan.

Anak usia sekolah (6-12 tahun) mempunyai kegemaran bermain, yang sesuai dengan tahap perkembangannya (Soetjiningsih, 2002). Permainan dapat digunakan sebagai media penanaman nilai kesehatan. Permainan yang sesuai adalah bermain ular tangga, karena permainan ular tangga mengandung aspek emosional (mengeksplorasi rasa gembira), kognitif, kreativitas, sensorik dan motorik sehingga menstimulus otak anak. Kemampuan kognitif yang didapat dari permainan ini yaitu anak mendapat kosa kata baru, menyerap sesuatu yang baru untuk diyakininya (Handayani, 2012). Kegiatan bermain merupakan sarana aman yang dapat digunakan anak untuk mengulangi pelaksanaan dari perintah orang dewasa dan dorongan untuk berperilaku tertentu, sehingga anak akan terbantu dalam mengendalikan dorongan perilaku tersebut dan reaksi mental yang mendasarinya. Kegemaran bermain pada anak usia sekolah lebih dominan pada usia 7-8 tahun yaitu kelas 3 Sekolah Dasar (SD) (Adriana, 2011).

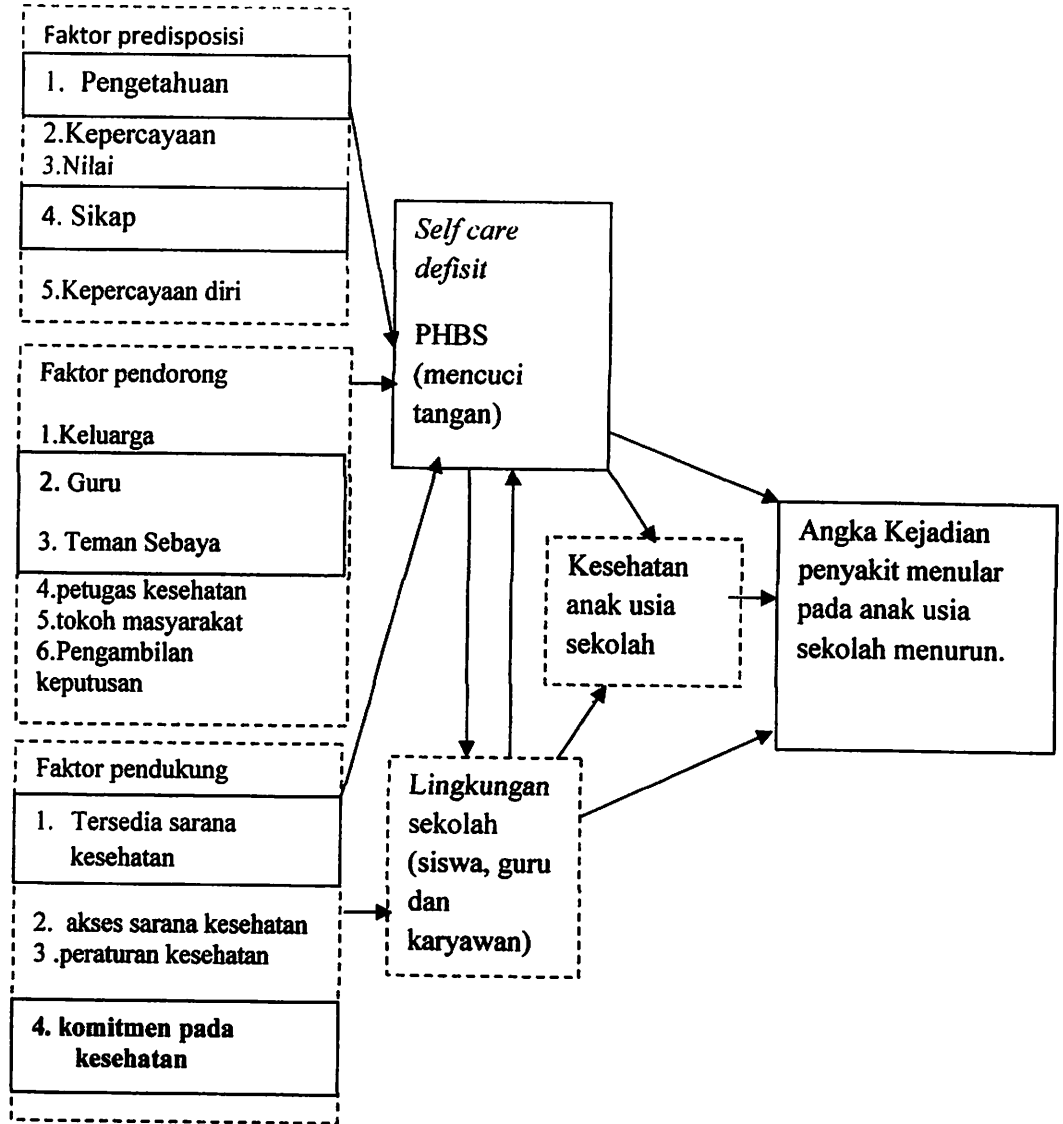
Kebutuhan perawatan diri seseorang jika tidak terpenuhi oleh kemampuan merawat dirinya sendiri maka timbul defisit perawatan diri dan keadaan ini memerlukan pelayanan kesehatan terutama oleh perawat. Pelayanan itu diwujudkan dalam bentuk pelayanan keperawatan berupa *nursing agency* yang bersifat *supportif edukatif* yaitu terapi bermain. Keadaan ini sesuai dengan teori dari Dorothy E. Orem pada Alligood dan Thomey dalam Nursalam (2013) yaitu teori *self care model*. Kebiasaan akan membentuk perilaku, dan perilaku seseorang (anak) ditentukan oleh tiga faktor yaitu: predisposisi, pendorong dan pendukung. Faktor ini akan mempengaruhi perilaku kesehatan yang akan dilakukan dan meningkatkan kualitas hidup serta derajat kesehatan (Green LW dan Kreuter MW dalam Nursalam, 2013). Faktor predisposisi pengetahuan dan

sikap anak, faktor pendorong guru dan teman sebaya, faktor pendukung tersedianya sarana kesehatan dan komitmen anak sangat berpengaruh pada perilakunya. Perilaku mencuci tangan pada anak memerlukan pengkajian lebih mendalam dari faktor-faktor tersebut.

Pengkajian pada faktor yang mempengaruhi perilaku itu sesuai dengan teori PRECEDE (*Predisposing Reinforcing and Enabling Constructs in Educational or Environmental Diagnosis and Evaluation*) dan sebagai tindak lanjutnya PROCEED (*Policy Regulatory Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*). Kedua teori ini jika digabungkan, akan menghasilkan tindakan yang bisa memfasilitasi anak dalam permasalahan kebersihan dirinya. Bentuk kongkritnya yaitu perilaku proaktif memelihara dan meningkatkan kesehatan. Mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam upaya kesehatan. Dampak dari perilaku seseorang terhadap derajat kesehatan cukup besar yaitu (30-35%), maka diperlukan berbagai upaya dilakukan untuk mengubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat (Kemenkes RI, 2012).

Pemerintah melakukan tindakan kesehatan penanaman secara dini nilai kesehatan pada anak berupa penyuluhan, lomba UKS, pengelolaan logistik, pemantauan dan pemicu sanitasi lingkungan tetapi masih belum menuju pada titik sasaran pada anak usia sekolah, perlu adanya penerapan terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah berbasis modifikasi *PRECEDE PROCEED* dan *self care model*.

**1.2 Identifikasi Masalah**



**Gambar 1.1 Skema identifikasi masalah penerapan terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah**

### 1.3 Rumusan Masalah

1. Apakah ada pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor predisposisi (pengetahuan dan sikap) pada anak usia sekolah?
2. Apakah ada pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor pendorong (teman sebaya dan guru) pada anak usia sekolah?
3. Apakah ada pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor pendukung (tersedia sarana kesehatan dan komitmen) pada anak usia sekolah?
4. Apakah ada pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah?

### 1.4 Tujuan Penelitian

#### 1.4.1 Tujuan umum

Menerapkan terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah berbasis modifikasi *PRECEDE PROCEED* dan *self care model*.

#### 1.4.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor predisposisi (pengetahuan dan sikap) pada anak usia sekolah.
2. Menganalisis pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor pendorong (guru dan teman sebaya) pada anak usia sekolah.
3. Menganalisis pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor pendukung (tersedia sarana prasarana kesehatan dan komitmen) pada anak usia sekolah.

4. Menganalisis pengaruh *nursing agency* (terapi bermain) terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Manfaat teoritis**

Mengembangkan keilmuan keperawatan komunitas khususnya sub komunitas agregat anak dalam penerapan terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan dengan metode bermain ular tangga pada anak usia sekolah berbasis *PRECEDE PROCEED* dan *self care model*.

### **1.5.2 Manfaat praktis**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pengenalan dan pengembangan model pendidikan mencuci tangan dengan metode bermain ular tangga pada anak usia sekolah berbasis *PRECEDE PROCEED* dan *self care model*.

BAB 2  
TINJAUAN PUSTAKA



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Bermain

##### 2.1.1 Definisi bermain

Bermain merupakan cerminan kemampuan fisik, intelektual, emosional, dan sosial dan bermain merupakan media yang baik untuk belajar karena dengan bermain, anak akan berkomunikasi, belajar menyesuaikan diri dengan lingkungan, melakukan apa yang dapat dilakukannya, dan mengenal waktu, jarak serta suara (Wong dan Whaley, 2009). Bermain adalah suatu kegiatan yang dilakukan dengan atau tanpa mempergunakan alat yang menghasilkan pengertian atau memberikan informasi, memberi kesenangan maupun mengembangkan imajinasi anak (Soetjiningsih, 2002).

##### 2.1.2 Fungsi bermain

Wong dan Whaley (2009), fungsi utama bermain adalah merangsang perkembangan sensoris-motorik, perkembangan intelektual, perkembangan sosial, perkembangan kreativitas, perkembangan kesadaran diri, perkembangan moral dan bermain sebagai terapi.

##### 2.1.2.1 Perkembangan sensoris – motorik

Permainan, aktivitas sensoris-motorik merupakan komponen terbesar yang digunakan anak dan bermain aktif sangat penting untuk perkembangan fungsi otot. Alat permainan yang digunakan untuk bayi yang mengembangkan kemampuan sensoris-motoriknya dan untuk anak usia sekolah akan membantu perkembangan aktivitas motorik kasar dan halus.

### 2.1.2.2 Perkembangan intelektual

Anak bermain merupakan saat yang tepat untuk melakukan eksplorasi dan manipulasi terhadap segala sesuatu yang ada di lingkungan sekitarnya, terutama mengenal warna, bentuk, ukuran, tekstur dan membedakan objek. Hal ini sejalan dengan pola permainan ular tangga yang didalamnya banyak dengan warna, tulisan dan bentuk. Pada saat bermain pula anak akan melatih diri untuk memecahkan masalah (Wong dan Whaley, 2009).

### 2.1.2.3 Perkembangan sosial

Perkembangan sosial ditandai dengan kemampuan berinteraksi dengan lingkungannya. Melalui kegiatan bermain, anak akan belajar memberi dan menerima.

### 2.1.2.4 Perkembangan kreativitas

Berkreasi adalah kemampuan untuk menciptakan sesuatu dan mewujudkannya ke dalam bentuk objek atau kegiatan yang dilakukannya. Melalui kegiatan bermain, anak akan belajar dan mencoba untuk merealisasikan ide-idenya, misalnya dengan membongkar dan memasang satu alat permainan akan merangsang kreativitasnya supaya semakin berkembang.

### 2.1.2.5 Perkembangan kesadaran diri

Anak mengembangkan kemampuannya dalam mengatur tingkah laku. Anak juga akan belajar mengenal kemampuannya dan membandingkannya dengan orang lain dan menguji kemampuannya dengan mencoba peran baru dan mengetahui dampak tingkah lakunya terhadap orang lain.

### 2.1.2.6 Perkembangan Moral

Anak mempelajari nilai benar dan salah dari lingkungannya.

### 1) Faktor – faktor yang mempengaruhi kegiatan bermain pada anak.

Ada lima faktor yang mempengaruhi kegiatan bermain pada anak, yaitu :

#### (1) Tahap perkembangan anak

Aktivitas bermain yang tepat dilakukan anak, yaitu sesuai dengan tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak. Permainan bayi tidak lagi efektif untuk pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah. Permainan adalah alat stimulasi pertumbuhan dan perkembangan anak, dengan demikian, orang tua dan perawat harus mengetahui dan memberikan jenis permainan yang tepat untuk setiap tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak.

#### (2) Status kesehatan anak

Aktivitas bermain memerlukan energi, walaupun demikian, bukan berarti anak tidak perlu bermain pada saat dia sedang sakit. Kebutuhan bermain pada anak sama halnya dengan kebutuhan bekerja pada orang dewasa. Kondisi kesehatan anak saat sedang menurun, bahkan sedang dirawat di rumah sakit, orang tua dan perawat harus jeli memilihkan permainan yang dapat dilakukan anak sesuai dengan prinsip bermain pada anak yang sedang sakit.

#### (3) Jenis kelamin anak

Ada beberapa pandangan tentang konsep *gender* dalam kaitannya dengan permainan anak. Aktivitas bermain tidak membedakan jenis kelamin laki - laki atau perempuan. Semua alat permainan dapat digunakan oleh anak laki-laki atau perempuan untuk mengembangkan daya pikir, imajinasi, kreativitas dan kemampuan sosial anak.

#### (4) Lingkungan yang mendukung

Aktivitas bermain anak yang lebih baik dan sesuai untuk perkembangan anak, salah satunya dipengaruhi oleh nilai moral, budaya dan lingkungan fisik rumah.

#### (5) Alat dan jenis permainan yang cocok atau sesuai bagi anak

Orang tua harus bijaksana dalam memberikan alat permainan untuk anak. Pilih yang sesuai dengan tahap tumbuh kembang anak. Label yang tertera pada mainan harus dibaca terlebih dahulu sebelum membelinya, apakah mainan tersebut sesuai dengan usia anak.

### 2.1.3 Metode permainan ular tangga

#### 2.1.3.1 Pengertian permainan ular tangga

Bermain adalah kegiatan yang dilakukan oleh seorang anak secara sungguh-sungguh sesuai dengan keinginan sendiri atau tanpa paksaan dari orang tua atau lingkungannya yang dimaksudkan untuk memperoleh kesenangan dan kepuasan. Bermain adalah suatu kegiatan yang dilakukan dengan atau tanpa menggunakan alat yang menghasilkan kemampuan dan memberikan informasi, kesenangan, maupun mengembangkan imajinasi (Soetjiningsih, 2002).

Permainan ular tangga adalah permainan papan untuk anak-anak yang dimainkan oleh dua orang atau lebih. Papan permainan dibagi dalam kotak-kotak kecil dan di beberapa kotak di gambar sejumlah “tangga” atau “ular” yang menghubungkannya dengan kotak lainnya (Mahsun, 2011).

Ular tangga menjadi bagian dari permainan tradisional di Indonesia meskipun tidak ada data yang lengkap mengenai kapan munculnya permainan tersebut. Pada zaman dulu, banyaknya anak Indonesia yang bermain ular tangga

sehingga permainan ini menjadi sangat populer di masyarakat. Permainan ini menarik, ringan, sederhana, mendidik, menghibur dan sangat berinteraktif jika dimainkan bersama-sama (Handayani, 2012). Tidak ada papan permainan standar dalam ular tangga, setiap orang dapat menciptakan papan mereka sendiri dengan jumlah kotak, gambar ular dan tangga yang berlainan. Setiap permainan, pemain memulai dengan bidaknya di kotak pertama dan secara bergiliran melemparkan dadunya. Bidak dijalankan sesuai dengan jumlah mata dadu yang muncul.

Pemain mendarat di ujung bawah sebuah tangga, pemain dapat langsung jalan ke ujung tangga di atasnya, bila mendarat di ujung ekor gambar seekor ular maka pemain harus turun dengan menelusuri bagian ekor ular sampai dengan kepala ular mendarat. Pemenang adalah pemain pertama yang mencapai kotak terakhir. Pemain yang mendapatkan mata dadu berjumlah enam, maka pemain dapat giliran sekali lagi untuk menjalankan bidak sesuai lemparan dadu, permainan jatuh ke pemain selanjutnya (Handayani, 2012).

Banyak permainan yang dapat digunakan untuk mengajak anak agar mudah memahami dan mampu mengerti apa yang akan kita sampaikan dengan benar. Salah satu permainan yang dapat dijadikan sarana pendidikan kesehatan adalah permainan ular tangga. Aspek emosional, kognitif, kreativitas, sensorik dan motorik anak dapat terlatih, melalui permainan ular tangga. Kemampuan kognitif yang didapat dari permainan ini yaitu, anak mendapat kosa kata baru. Cara seperti ini kognitif anak dapat terlatih, sehingga dengan permainan ini anak diharapkan dapat memahami serta anak mampu dan menumbuhkan kebiasaan dalam mencuci tangan.

### 2.1.3.2 Fungsi permainan ular tangga pada pertumbuhan dan perkembangan anak.

#### 1) Perkembangan sensorik-motorik

Aktivitas sensorik-motorik adalah komponen utama bermain pada semua usia dan merupakan bentuk dominan permainan pada masa sekolah. Permainan sensorik-motorik, anak menggali sifat dunia fisik. Anak sekolah memperoleh kesan tentang diri mereka sendiri dan dunia mereka melalui stimulasi *taktil*, *audiotorius*, *visual*, dan *kinestik* (Wong dan Whaley, 2009).

Permainan ular tangga akan membantu perkembangan motorik halus dan kasar anak dengan cara melempar dadu dan memindahkan pion. Stimulasi *visual* dan *verbal* yang diperoleh dari permainan ular tangga, anak akan mampu belajar dan mengetahui tentang diri mereka sendiri dengan cara melihat kemampuannya sendiri saat ia sedang bermain permainan ular tangga tersebut.

#### 2) Perkembangan intelektual

Permainan ini akan membantu dan memberikan sarana untuk mempraktekkan dan mengembangkan keterampilan berbahasa pada anak. Anak bermain secara berkelanjutan mempraktekkan pengalaman yang lalu untuk mengasimilasikannya ke dalam berbagai persepsi dan hubungan yang baru (Wong dan Whaley, 2009). Stimulasi visual yang dihasilkan dari permainan ini akan membantu anak dalam mempermudah mengingat apa yang telah mereka lihat. Permainan ular tangga akan memberikan kesenangan kepada anak yang memainkannya sehingga anak akan cenderung mengulangi permainan ini. Permainan ular tangga secara tidak langsung akan melatih keterampilan yang dimiliki anak, sehingga permainan ini mampu membantu anak untuk mengetahui

dan memahami pengetahuan tentang mencuci tangan pada anak sekolah (Hurlock,2006).

### 3) Kreativitas

Situasi senang dalam bermain lebih memberikan kesempatan anak untuk menjadi kreatif selain bermain. Usia sekolah merupakan usia yang membuat anak cenderung bereksperimen dan mencoba ide mereka dalam bermain melalui setiap media yang mereka miliki. Anak merasa kepuasan dari menciptakan sesuatu yang baru dan berbeda, mereka mengaplikasikan minat kreatif tersebut keluar dunia bermain (Wong dan Whaley, 2009).

### 4) Perkembangan sosial

Hubungan sosial pertama anak adalah dengan pribadi ibu, tetapi melalui bermain dengan anak lain, mereka belajar membentuk hubungan sosial dan menyelesaikan masalah yang terkait dengannya (Wong dan Whaley, 2009). Permainan ular tangga membantu anak belajar berinteraksi dan bersosialisasi dengan orang lain, karena di dalam permainan ini melibatkan dua orang atau lebih yang saling berinteraksi dan berkompetisi untuk memenangkan permainan.

### 5) Kesadaran diri (*self awareness*)

Eksplorasi aktif tubuh anak dan kesadaran diri bahwa mereka terpisah dari orangtuanya, proses identifikasi diri difasilitasi melalui kegiatan bermain. Anak belajar mengenali siapa diri mereka dan dimana posisi mereka. Mereka semakin mampu mengatur tingkah laku mereka sendiri, mempelajari kemampuan diri mereka, dan membandingkannya dengan anak lain (Wong dan Whaley, 2009). Secara tidak langsung, melalui bermain ular tangga, anak mampu menguji dan

melihat kemampuan mereka sendiri serta mencoba berbagai peran saat ia sedang bermain.

#### 6) Perkembangan moral

Pembentukan moral pada anak harus dilakukan sejak dini, karena pada usia dini akan dijadikan patokan atau kebiasaan anak untuk seterusnya (Wong dan Whaley, 2009). Permainan ini, anak akan dilatih unsur moral yaitu nilai kejujuran anak, serta melatih kesabaran mereka karena di dalam permainan ular tangga tidak boleh curang dan anak harus menunggu giliran untuk melempar dadu dan menjalankan pion mereka.

#### 2.1.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi pola permainan ular tangga

##### 1) Tahap perkembangan

Perkembangan anak mempunyai potensi atau keterbatasan dalam permainan. Anak usia 4–5 tahun lebih cenderung untuk bermain *assosiative play*, *dramatic play* dan *skill play* sedangkan usia 6–12 tahun bersaing dan menerima orang lain (Rohmah, 2010).

##### 2) Status kesehatan

Anak yang sedang sakit kemampuan psikomotor atau kognitifnya terganggu, sehingga ada saat dimana anak sama sekali tidak punya keinginan untuk bermain.

##### 3) Lingkungan

Lokasi dimana anak berada mempengaruhi pola permainan anak. Di kota besar anak jarang yang bermain ular tangga karena memang tidak ada lagi orang tua yang mengajari dan mengajak anaknya bermain ular tangga, biasanya bermain *game* fantasia lebih cenderung ke permainan pasif.



Sedangkan anak yang di desa lebih cenderung masih banyak ditemui permainan itu.

#### 2.1.3.4 Karakteristik dan klasifikasi permainan ular tangga

##### 1) Isi permainan sosial-afektif

Bermain mulai dengan permainan sosial-afektif, yang membuat anak merasakan gembira dalam berhubungan dengan orang lain (Wong dan Whaley, 2009). Permainan ular tangga terdapat unsur sosial-afektif karena didalam permainannya, ular tangga akan membuat anak merasa senang dalam berinteraksi dengan orang lain. Anak senantiasa terus mengulangi apa yang disenangi.

##### 2) Permainan (*game*)

Anak disemua budaya terlibat dalam permainan baik sendiri maupun dengan orang lain. Aktifitas soliter mencakup permainan yang dimulai ketika anak yang masih sangat kecil berpartisipasi dalam aktifitas *repetitive* dan berlanjut ketahap yang lebih rumit yang menantang keterampilan mandiri anak. Ular tangga merupakan permainan yang bersifat kompetitif yang menuntut keterampilan bermain pada anak agar anak dapat memenangkan permainan tersebut.

##### 3) Karakter sosial

Interaksi permainan pada masa anak adalah antara anak dengan anak yang lain, melalui interaksi ini, anak yang sangat egosentris, tidak dapat mentoleransi penundaan atau campur tangan, dan pada akhirnya dapat memperhatikan orang lain dan mampu menunda rasa puas bahkan menolak rasa puas yang mengorbankan orang lain. Permainan ular tangga merupakan permainan yang mengandung unsur sosial, karena permainan ini dilakukan dua atau lebih anak sehingga menimbulkan interaksi sosial pada mereka.

### 2.1.3.5 Unsur permainan edukatif dalam permainan ular tangga

Permainan yang bersifat mendidik juga disebut dengan alat permainan edukatif (APE) adalah permainan yang fungsinya mengoptimalkan perkembangan anak, dan hal ini disesuaikan dengan tingkat dan usia perkembangan anak (Solso, 2007). Manfaatnya adalah sebagai aspek perkembangan fisik, yaitu kegiatan yang dapat menunjang atau merangsang tingkat pertumbuhan anak. Selain itu, alat permainan edukatif juga berfungsi sebagai pengembangan bahasa anak, dengan melatih berbicara, dan menggunakan kalimat yang benar dan berperilaku benar.

Ular tangga juga dapat disebut alat permainan edukatif karena di dalam permainan ular tangga terdapat unsur yang bersifat mendidik, yakni dapat melatih kejujuran anak, mengenalkan anak dengan berbagai warna dan bentuk serta mengajari anak agar dapat bersosialisasi dengan orang lain. Syarat dari permainan menurut Adriana (2011) adalah sebagai berikut :

#### 1) Aman

Alat permainan anak tidak boleh ada bagian yang tajam, warna catnya harus terang dan tidak mengandung racun, serta tidak ada bagian yang pecah. Permainan ular tangga disini dapat dikategorikan sebagai alat permainan yang aman karena tidak ada bagian yang tajam, tidak panas, tidak mengandung listrik serta tidak menimbulkan racun.

#### 2) Ukuran dan berat APE (alat permainan edukatif).

Ukuran alat permainan, juga menentukan fungsinya, terlalu besar akan sulit dijangkau oleh anak, sebaliknya jika terlalu kecil akan sulit

dilihat oleh anak. Permainan ini, sangat sesuai dengan anak usia sekolah karena mereka sudah dapat membedakan media yang dia lihat dan pegang.

3) Desainnya jelas.

Alat permainan edukatif harus mempunyai ukuran, susunan dan warna tertentu serta jelas maksud dan tujuannya. Permainan ini, desainnya jelas, mempunyai ukuran, susunan dan warna yang menarik serta memiliki tujuan untuk mengembangkan pertumbuhan sensorik-motorik, intelektual, moral, kreatifitas dan sosial pada anak.

4) Bersifat menarik.

Alat permainan edukatif harus menarik agar anak yang bermain tidak mudah bosan dan jenuh. Ular tangga merupakan permainan sederhana tetapi menarik perhatian, baik dari segi permainan, bentuknya serta desainnya. Permainan ular tangga besar sehingga anak sebagai pion, dan totalitas kegiatan fisik dari anak dengan suasana gembira dengan diiringi lagu instrumental mencuci tangan.

5) APE tidak boleh mudah rusak, pemeliharaannya dan bahannya mudah didapat serta harganya mudah dijangkau oleh masyarakat.

Alat permainan ular tangga ini, sangat mudah didapat, harganya sangat mudah dijangkau oleh berbagai kalangan masyarakat serta bahannya tidak mudah rusak.

6) APE harus mudah diterima oleh semua kebudayaan karena bentuknya yang sangat umum.

Permainan ular tangga mudah diterima oleh semua kebudayaan karena bentuknya sangat umum.

### 2.1.3.6 Proses penyampaian pengetahuan dalam permainan ular tangga

#### 1) Visual

Proses pembelajaran secara visual lebih menitikberatkan pada ketajaman penglihatan. Gaya belajar ini mengedepankan penglihatan atau melihat dulu buktinya untuk kemudian bias mempercayainya (Solso, 2007). Permainan ular tangga ini terdapat nilai-nilai pembelajaran secara visual. Pertama yang dapat dilihat dari pendidikan kesehatan yang di kemas dalam bentuk tulisan yang dapat dibaca dalam instrument penelitian.

#### 2) Auditori

Gaya belajar auditori mengandalkan indera pendengaran dalam memahami dan mengingat sebuah informasi.

#### 3) Replikasi

Replikasi merupakan pemberian informasi secara berulang. Penyampaian secara berulang atau lebih dari satu kali maka informasi tersebut akan lebih melekat pada ingatan seseorang jika dibandingkan dengan sebuah informasi yang hanya di sampaikan sekali saja (Solso, 2007). Permainan ular tangga, informasi pendidikan kesehatan yang ada di dalamnya tersampaikan secara berulang-ulang, dikarenakan para pemain di haruskan mengucapkan kata yang terdapat dalam kotak-kotak yang mereka lewati.

## **2.2 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)**

### **2.2.1 Definisi PHBS**

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah bentuk perwujudan pada paradigma sehat dalam budaya perorangan, keluarga, dan masyarakat yang berorientasi sehat, bertujuan untuk meningkatkan, memelihara, dan melindungi kesehatannya baik fisik, mental, spiritual, maupun sosial (Kemenkes RI, 2010).

Pengertian yang berkaitan dengan tindakan perilaku hidup bersih dan sehat Kemenkes RI, (2012) adalah :

#### **2.2.1.1 Perilaku sehat**

PHBS adalah pengetahuan, sikap dan tindakan proaktif untuk memelihara dan mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berperan aktif dalam Gerakan Kesehatan Masyarakat (GKM).

- 1) Perilaku hidup bersih dan sehat adalah wujud pemberdayaan masyarakat yang sadar, mau dan mampu mempraktekkan PHBS. Ada 5 program prioritas yaitu KIA, gizi, kesehatan lingkungan, gaya hidup, dana sehat atau asuransi kesehatan atau JPKM.
- 2) Program perilaku hidup bersih dan sehat adalah upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi, untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku, melalui pendekatan pimpinan (*advokasi*), bina suasana (*sosial support*) dan pemberdayaan masyarakat (*empowerment*).

Masyarakat dapat mengenali dan mengatasi masalahnya sendiri, terutama dalam tatanan masing-masing, dan masyarakat dapat menerapkan

cara-cara hidup sehat dengan menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

### 2.2.2 Tujuan PHBS

Tujuan dari PHBS menurut Kemenkes RI (2012), adalah untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup bersih dan sehat, serta meningkatkan peran serta aktif masyarakat termasuk dunia usaha dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

### 2.2.3 Strategi PHBS

Strategi adalah cara atau pendekatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan PHBS. Kebijakan nasional promosi kesehatan telah menetapkan tiga strategi dasar promosi kesehatan dan PHBS yaitu:

#### 2.2.3.1 Gerakan pemberdayaan (*empowerment*)

Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi secara terus-menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran, serta proses membantu sasaran agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (*aspek knowledge*), dari tahu menjadi mau (*aspek attitude*), dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (*aspek practice*). Sasaran utama dari pemberdayaan adalah individu dan keluarga serta kelompok masyarakat, berubah dari mau ke mampu melaksanakan boleh jadi akan terkendala oleh dimensi ekonomi. Pengorganisasian masyarakat (*community organization*) atau pembangunan masyarakat (*community development*).

Kelompok ini pun masih juga memerlukan bantuan dari luar (misalnya dari pemerintah). Sinkronisasi promosi kesehatan dan PHBS dengan program kesehatan yang didukungnya.

#### 2.2.3.2 Bina suasana (*social support*)

Bina suasana adalah upaya menciptakan lingkungan sosial yang mendorong individu anggota masyarakat untuk mau melakukan perilaku yang diperkenalkan. Pemberdayaan masyarakat khususnya dalam upaya meningkatkan para individu dari fase tahu ke fase mau, perlu dilakukan bina suasana. Tiga pendekatan dalam bina suasana yaitu: pendekatan individu, pendekatan kelompok, dan pendekatan masyarakat umum.

#### 2.2.3.3 Pendekatan pimpinan (*advocacy*)

Advokasi adalah upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (*stakeholders*). Pihak yang terkait ini bisa berupa tokoh masyarakat formal yang umumnya berperan sebagai penentu kebijakan pemerintahan dan penyandang dana pemerintah. Tokoh masyarakat informal seperti tokoh agama, tokoh pengusaha, dan yang lain yang umumnya dapat berperan sebagai penentu kebijakan (tidak tertulis) dibidangnya dan atau sebagai penyandang dana non pemerintah. Sasaran advokasi umumnya berlangsung tahapan-tahapan yaitu mengetahui atau menyadari adanya masalah, tertarik untuk ikut mengatasi masalah, peduli terhadap pemecahan masalah dengan mempertimbangkan berbagai alternatif pemecahan masalah, sepakat untuk memecahkan masalah, dan memutuskan tindak lanjut kesepakatan.

#### 2.2.4 Tatanan PHBS

Lima tatanan PHBS yaitu rumah tangga, sekolah, tempat kerja, sarana kesehatan dan tempat-tempat umum.

##### 2.2.4.1 PHBS di rumah tangga

PHBS di rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. Indikator yang dipakai sebagai ukuran untuk menilai PHBS di rumah tangga yaitu: persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, memberi ASI eksklusif, menimbang balita setiap bulan, menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik di rumah sekali seminggu, makan buah dan sayur setiap hari, melakukan aktivitas fisik setiap hari, tidak merokok di dalam rumah.

##### 2.2.4.2 PHBS di sekolah

PHBS di sekolah adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan 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 sehat.

##### 2.2.4.3 PHBS di tempat kerja

PHBS di tempat kerja adalah upaya untuk memberdayakan para pekerja supaya tahu, mau dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) serta berperan aktif dalam mewujudkan tempat



kerja sehat. Ada beberapa indikator yang dipakai sebagai ukuran untuk menilai PHBS tempat kerja yaitu: tidak merokok di tempat kerja, membeli dan mengonsumsi makanan dari tempat kerja, melakukan olahraga secara teratur, aktifitas fisik, mencuci tangan dengan air bersih dan sabun sebelum dan sesudah makan serta sesudah buang air besar dan buang air kecil, memberantas jentik nyamuk di tempat kerja, menggunakan air bersih, menggunakan jamban saat buang air kecil dan besar, membuang sampah pada tempatnya, mempergunakan alat pelindung diri (APD) sesuai jenis pekerjaan.

#### 2.2.4.4 PHBS di institusi kesehatan

PHBS di institusi kesehatan adalah upaya untuk memberdayakan pasien, masyarakat pengunjung dan petugas agar tahu, mau dan mampu untuk mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) serta berperan aktif dalam mewujudkan institusi kesehatan sehat dan mencegah penularan penyakit di institusi kesehatan. Ada beberapa indikator yang dipakai sebagai ukuran untuk menilai PHBS institusi kesehatan yaitu : menggunakan air bersih, menggunakan jamban, membuang sampah pada tempatnya, tidak merokok di institusi kesehatan, tidak meludah sembarangan, memberantas jentik nyamuk.

#### 2.2.4.5 PHBS di tempat-tempat umum

PHBS di tempat umum adalah upaya untuk memberdayakan masyarakat pengunjung dan pengelola tempat umum agar tahu, mau dan mampu untuk mempraktikkan PHBS dan berperan aktif dalam mewujudkan tempat-tempat umum sehat. Ada beberapa indikator yang

dipakai sebagai ukuran untuk menilai PHBS tempat umum yaitu: menggunakan air bersih, menggunakan jamban, membuang sampah pada tempatnya, tidak merokok di tempat umum, tidak meludah sembarangan, memberantas jentik nyamuk.

2.2.5 Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di sekolah, menurut Kemenkes RI (2012).

### 2.2.5.1 Pengertian PHBS di sekolah

PHBS di sekolah adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan 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 sehat.

Adapun indikator PHBS di sekolah menurut Kemenkes RI (2012).

#### 1) Memelihara rambut agar bersih dan rapih

Mencuci rambut secara teratur dan menyisirnya sehingga terlihat rapih. Rambut yang bersih adalah rambut yang tidak kusam, tidak berbau, dan tidak berketu. Memeriksa kebersihan dan kerapihan rambut dapat dilakukan oleh dokter kecil, kader kesehatan, guru UKS minimal seminggu sekali.

#### 2) Memakai pakaian bersih dan rapih

Memakai baju yang tidak ada kotorannya, tidak berbau, dan rapih. Pakaian yang bersih dan rapih diperoleh dengan mencuci baju setelah dipakai dan dirapikan dengan disetrika. Memeriksa baju yang dipakai dapat dilakukan oleh dokter kecil, kader kesehatan, guru UKS minimal seminggu sekali.

#### 3) Memelihara kuku agar selalu pendek dan bersih.

Memotong kuku sebatas ujung jari tangan secara teratur dan

membersihkannya sehingga tidak hitam, kotor. Memeriksa kuku secara rutin dapat dilakukan oleh dokter kecil, kader kesehatan, guru UKS minimal seminggu sekali.

#### 4) Memakai sepatu bersih dan rapih.

Memakai sepatu yang tidak ada kotoran menempel pada sepatu, rapih misalnya ditalikan bagi sepatu yang bertali. Sepatu bersih diperoleh bila sepatu dibersihkan setiap kali sepatu kotor. Memeriksa sepatu yang dipakai siswa dapat dilakukan oleh dokter kecil, kader kesehatan, guru UKS minimal seminggu sekali.

#### 5) Berolahraga teratur dan terukur

Siswa, guru, masyarakat sekolah lainnya melakukan olahraga, aktivitas fisik secara teratur minimal tiga kali seminggu selang sehari. Olahraga teratur dapat memelihara kesehatan fisik dan mental serta meningkatkan kebugaran tubuh sehingga tubuh tetap sehat dan tidak mudah jatuh sakit. Olahraga dapat dilakukan di halaman secara bersama-sama, di ruangan olahraga khusus (bila tersedia), dan juga di ruangan kerja bagi guru, karyawan sekolah berupa senam ringan dikala istirahat sejenak dari kesibukan kerja. Sekolah diharapkan membuat jadwal teratur untuk berolahraga bersama serta menyediakan alat, sarana untuk berolahraga.

#### 6) Tidak merokok di sekolah

Anak sekolah, guru, masyarakat sekolah tidak merokok di lingkungan sekolah. Merokok berbahaya bagi kesehatan perokok dan orang yang berada di sekitar perokok. Dalam satu batang rokok yang diisap akan dikeluarkan 4000 bahan kimia berbahaya diantaranya: nikotin (menyebabkan ketagihan dan kerusakan jantung serta pembuluh darah); tar (menyebabkan kerusakan sel paru-paru dan kanker) dan CO (menyebabkan berkurangnya kemampuan darah membawa oksigen sehingga sel-sel tubuh akan mati). Tidak merokok di sekolah

dapat menghindarkan anak sekolah, guru, masyarakat sekolah dari kemungkinan terkena penyakit-penyakit tersebut diatas. Sekolah diharapkan membuat peraturan dilarang merokok di lingkungan sekolah. Siswa, guru, masyarakat sekolah bisa saling mengawasi diantara mereka untuk tidak merokok di lingkungan sekolah diharapkan mengembangkan kawasan tanpa rokok, kawasan bebas asap rokok.

#### 7) Tidak menggunakan NAPZA

Anak sekolah, guru, masyarakat sekolah tidak menggunakan NAPZA (Narkotika Psikotropika Zat Adiktif). Penggunaan NAPZA membahayakan kesehatan fisik maupun psikis pemakainya.

#### 8) Memberantas jentik nyamuk

Upaya untuk memberantas jentik di lingkungan sekolah yang dibuktikan dengan tidak ditemukan jentik nyamuk pada: tempat-tempat penampungan air, bak mandi, gentong air, vas bunga, pot bunga, alas pot bunga, wadah pembuangan air dispenser, air kulkas dan barang-barang bekas, tempat yang bisa menampung air yang ada di sekolah. Memberantas jentik di lingkungan sekolah dilakukan dengan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) melalui kegiatan: menguras dan menutup tempat penampungan air, mengubur barang-barang bekas, dan menghindari gigitan nyamuk. Lingkungan bebas jentik diharapkan dapat mencegah terkena penyakit akibat gigitan nyamuk seperti demam berdarah, cikungunya, malaria, dan kaki gajah. Sekolah diharapkan dapat membuat pengaturan untuk melaksanakan PSN minimal satu minggu sekali.

#### 9) Menggunakan jamban yang bersih dan sehat

Anak sekolah, guru, masyarakat sekolah menggunakan jamban, WC, kakus leher angsa dengan tangki septic atau lubang penampungan kotoran sebagai

pembuangan akhir saat buang air besar dan buang air kecil. Menggunakan jamban yang bersih setiap buang air kecil ataupun buang air besar menjaga lingkungan di sekitar sekolah menjadi bersih, sehat, dan tidak berbau. Jamban diharapkan tidak mencemari sumber air yang ada disekitar lingkungan sekolah serta menghindari datangnya lalat atau serangga yang dapat menularkan penyakit seperti: diare, disentri, thypoid, kecacingan, dan penyakit lainnya. Sekolah diharapkan menyediakan jamban yang memenuhi syarat kesehatan dalam jumlah yang cukup untuk seluruh siswa serta terpisah antara siswa laki-laki dan perempuan. Perbandingan jamban dengan pemakai adalah 1:30 untuk laki-laki dan 1:20 untuk perempuan.

#### 10) Menggunakan air bersih

Anak sekolah, guru, masyarakat sekolah menggunakan air bersih untuk kebutuhan sehari-hari di lingkungan sekolah. Sekolah diharapkan menyediakan sumber air yang bisa berasal dari air sumur terlindung, air pompa, mata air terlindung, penampungan air hujan, air ledeng, dan air dalam kemasan (sumber air berasal dari sumur pompa, sumur, mata air terlindung berjarak minimal 10 meter dari tempat penampungan kotoran atau limbah, WC). Air diharapkan tersedia dalam jumlah yang memenuhi kebutuhan dan tersedia setiap saat.

#### 11) Mencuci tangan dengan air mengalir dan memakai sabun

Sekolah, guru, masyarakat sekolah selalu mencuci tangan sebelum makan, sesudah buang air besar, sesudah buang air kecil, sesudah beraktivitas, dan atau setiap kali tangan kotor dengan memakai sabun dan air bersih yang mengalir. Air bersih yang mengalir akan membuang kuman-kuman yang ada pada tangan yang kotor, sedangkan sabun selain membersihkan kotoran juga dapat membunuh

kuman yang ada di tangan. Tangan menjadi bersih dan bebas dari kuman serta dapat mencegah terjadinya penularan penyakit seperti: diare, disentri, kolera, tipus, kecacingan, penyakit kulit, infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), dan flu burung.

#### 12) Membuang sampah ke tempat sampah yang terpilah

Anak sekolah, guru, masyarakat sekolah membuang sampah ke tempat sampah yang tersedia. Tersedianya tempat sampah yang terpilah antara sampah organik, non-organik, dan sampah bahan berbahaya. Sampah selain kotor dan tidak sedap dipandang juga mengandung berbagai kuman penyakit. Membiasakan membuang sampah pada tempat sampah yang tersedia akan sangat membantu anak sekolah, guru, masyarakat sekolah terhindar dari berbagai kuman penyakit.

#### 13) Mengonsumsi jajanan sehat dari kantin sekolah

Anak sekolah, guru, masyarakat sekolah mengonsumsi jajanan sehat dari kantin sekolah atau bekal yang dibawa dari rumah. Sekolah menyediakan warung sekolah sehat dengan makanan yang mengandung gizi seimbang dan bervariasi, sehingga membuat tubuh sehat dan kuat, angka absensi anak sekolah menurun, dan proses belajar berjalan dengan baik.

#### 14) Menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan setiap bulan

Siswa ditimbang berat badan dan diukur tinggi badan setiap bulan agar diketahui tingkat pertumbuhannya.

### 2.2.5.2 Tujuan PHBS di sekolah

#### 1) Tujuan umum:

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

## 2) Tujuan khusus:

Meningkatkan pengetahuan tentang PHBS bagi setiap siswa, guru, dan masyarakat lingkungan sekolah, meningkatkan peran serta aktif dan memandirikan setiap siswa, guru, dan masyarakat lingkungan sekolah ber PHBS di sekolah.

### 2.2.5.3 Manfaat PHBS di sekolah

- 1) Manfaat bagi siswa yaitu, meningkatkan kesehatannya dan tidak mudah sakit, meningkatkan semangat belajar, meningkatkan produktivitas belajar, menurunkan angka absensi karena sakit
- 2) Manfaat bagi warga sekolah yaitu, meningkatkan semangat belajar bagi siswa akan berdampak positif terhadap pencapaian target dan tujuan, menurunkan biaya kesehatan yang harus dikeluarkan oleh orangtua, meningkatnya citra sekolah yang positif
- 3) Manfaat bagi sekolah yaitu, adanya bimbingan teknis pelaksanaan pembinaan PHBS di sekolah, adanya dukungan buku pedoman dan media promosi PHBS di sekolah
- 4) Manfaat bagi masyarakat, yaitu mempunyai lingkungan sekolah yang sehat, mempunyai model perilaku hidup bersih dan sehat yang diterapkan oleh sekolah
- 5) Manfaat bagi pemerintah provinsi, sekolah yang sehat menunjukkan kinerja dan citra pemerintah provinsi yang baik, dapat dijadikan pusat pembelajaran bagi daerah lain dalam pembinaan PHBS di sekolah.

### 2.2.5.4 Sasaran PHBS di sekolah

Siswa peserta didik, warga sekolah (kepala sekolah, guru,

karyawan sekolah, komite sekolah dan orangtua siswa), masyarakat lingkungan sekolah (penjaga kantin, satpam, dll).

#### 2.2.5.5 Strata PHBS di sekolah

Tabel 2.1 Strata PHBS di sekolah

Strata Pratama	Strata Madya	Strata Utama
Memelihara rambut agar bersih dan rapih	Perilaku di strata pertama ditambah:	Perilaku di strata madya ditambah:
Memakai pakaian bersih dan rapih	memberantas jentik nyamuk	mengonsumsi jajanan sehat di kantin sekolah
Memelihara kuku agar selalu pendek dan bersih	menggunakan jamban yang bersih dan sehat	menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan setiap bulan
Memakai sepatu bersih dan rapih	menggunakan air bersih	
Berolahraga teratur dan terukur	mencuci tangan dengan air mengalir dan memakai sabun	
Tidak merokok di sekolah	membuang sampah ke tempat sampah yang terpilah (sampah basah, sampah kering, sampah berbahaya)	
Tidak menggunakan NAPZA		

#### 2.2.6 Mencuci tangan

Tangan yang bersentuhan langsung dengan kotoran manusia dan hewan, ataupun cairan tubuh lain seperti ingus dan air ludah dapat terkontaminasi oleh kuman-kuman penyakit seperti bakteri, virus dan parasit yang dapat menempel pada permukaan kulit. Tangan sangat berperan dalam penularan penyakit, khususnya penyakit yang ditularkan melalui mulut, misalnya diare. Menurut Kemenkes (2009) tangan akan bebas dari kuman penyakit apabila cuci tangan dengan baik .



#### 2.2.6.1 Pengertian mencuci tangan dengan air mengalir dan memakai sabun.

Cuci tangan pakai sabun (menurut Kemenkes, 2010) adalah salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan tangan dan jari jemari menggunakan air dan sabun oleh manusia untuk menjadi bersih dan memutuskan mata rantai kuman. Mencuci tangan dengan sabun dikenal juga sebagai salah satu upaya pencegahan penyakit. Mencuci tangan dengan air saja tidak cukup. Penggunaan sabun selain membantu singkatnya waktu cuci tangan, dengan menggosok jemari dengan sabun menghilangkan kuman yang tidak tampak minyak, lemak, kotoran di permukaan kulit, serta meninggalkan bau wangi. Perpaduan kebersihan, bau wangi dan perasaan segar merupakan hal positif yang diperoleh setelah menggunakan sabun.

Cuci tangan menurut Potter (2005) adalah salah satu kebersihan yang penting selain itu mencuci tangan dapat diartikan menggosokkan dengan sabun secara bersama seluruh kulit permukaan tangan dengan kuat dan ringkas yang kemudian dibilas di bawah air yang mengalir. Mencuci tangan adalah suatu hal yang sederhana untuk menghilangkan kotoran dan meminimalisir kuman yang ada di tangan dengan mengguyur air dan dapat dilakukan dengan menambah bahan tertentu (Rahmawati, 2008).

#### 2.2.6.2 Waktu yang tepat mencuci tangan

Waktu yang tepat untuk cuci tangan pakai sabun Menurut Kemenkes (2009) adalah sebelum makan, sesudah makan, sesudah BAB, sebelum menyiapkan makanan

### 2.2.6.3 Cara mencuci tangan yang benar

Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) merupakan kebiasaan yang bermanfaat untuk membersihkan tangan dari kotoran dan membunuh kuman penyebab penyakit yang merugikan kesehatan. Mencuci tangan yang baik membutuhkan beberapa peralatan antara lain; sabun, anti septik, air bersih yang mengalir, dan handuk atau lap tangan bersih. Hasil maksimal disarankan waktu pencucian tangan selama 20-30 detik. (PHBS-UNPAD, 2010)

Mencuci tangan yang benar harus menggunakan sabun dan di bawah air yang mengalir. Kemenkes (2009) menyatakan langkah-langkah teknik mencuci tangan yang benar adalah basahi tangan dengan air di bawah kran atau air mengalir, ambil sabun cair secukupnya untuk seluruh tangan, gosokkan kedua telapak tangan. Gosokkan sampai ke ujung jari, telapak tangan kanan menggosok punggung tangan kiri (atau sebaliknya) dengan jari-jari saling mengunci (berselang-seling) antara tangan kanan dan kiri, gosok sela-sela jari tersebut, lakukan sebaliknya, letakkan punggung jari satu dengan punggung jari lainnya dan saling mengunci, usapkan ibu jari tangan kanan dengan telapak kiri dengan gerakan berputar.

Urutan tersebut dilakukan hal yang sama dengan ibu jari tangan kiri, gosok telapak tangan dengan punggung jari tangan satunya dengan gerakan ke depan, ke belakang dan berputar, lakukan sebaliknya, pegang pergelangan tangan kanan dengan tangan kiri dan lakukan gerakan memutar, lakukan pula untuk tangan kiri, bersihkan sabun dari kedua tangan dengan air mengalir, keringkan tangan dengan menggunakan tissue, handuk atau lap tangan yang kering dan bila menggunakan kran, tutup kran dengan tissue.

2.2.6.4 Mencuci tangan menurut WHO (2012) dalam Asti (2013), ada 6 langkah yaitu mencuci telapak tangan dengan air mengalir dan pakai sabun, menggosok-gosok punggung tangan, dengan posisi punggung tangan kanan berada di atas punggung tangan kiri dan begitu sebaliknya, menggosok-gosok sela-sela jari jemari, dengan posisi telapak tangan saling mengait, menggosokkan telapak tangan, dengan posisi telapak tangan kanan berada di atas telapak tangan kiri dan begitu sebaliknya, dengan jari jemari saling mengunci, menggosokkan ibu jari tangan kanan, digosok memutar oleh tangan kiri dan begitu sebaliknya, menggosokkan ujung jari tangan kanan, digosok ke telapak tangan kiri dan begitu sebaliknya, sambil dibilas dengan air mengalir, dikeringkan pakai handuk kering bersih atau tissue.

#### 2.2.6.4 Hubungan mencuci tangan dengan kesehatan

Penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan mencuci tangan dengan sabun menurut Kemenkes (2009) adalah:

- 1) Diare.

Penyakit diare menjadi penyebab kematian kedua yang paling umum untuk anak-anak balita. Sebuah ulasan yang membahas sekitar 30 penelitian terkait menemukan bahwa cuci tangan dengan sabun dapat memangkas angka penderita diare hingga separuh. Penyakit diare seringkali diasosiasikan dengan keadaan air, namun secara akurat sebenarnya harus diperhatikan juga penanganan kotoran manusia seperti tinja dan air kencing, karena kuman-kuman penyakit penyebab diare berasal dari kotoran-kotoran ini. Kuman-kuman penyakit ini membuat manusia sakit ketika mereka masuk mulut

melalui tangan yang telah menyentuh tinja, air minum yang terkontaminasi, makanan mentah, dan peralatan makan yang tidak dicuci terlebih dahulu atau terkontaminasi akan tempat makannya yang kotor.

2) Infeksi saluran pernapasan (ISPA).

Penyebab kematian utama untuk anak balita. Mencuci tangan dengan sabun mengurangi angka infeksi saluran pernapasan ini dengan dua langkah: dengan melepaskan patogenpatogen pernapasan yang terdapat pada tangan dan permukaan telapak tangan dan dengan menghilangkan patogen (kuman penyakit) lainnya (terutama virus *entrentic*) yang menjadi penyebab tidak hanya diare namun juga gejala penyakit pernapasan lainnya. Bukti-bukti telah ditemukan bahwa praktik-praktik menjaga kesehatan dan kebersihan seperti - mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, buang air besar,kecil - dapat mengurangi tingkat infeksi.

3) Infeksi cacing, infeksi mata dan penyakit kulit.

Penelitian juga telah membuktikan bahwa selain diare dan infeksi saluran pernapasan penggunaan sabun dalam mencuci tangan mengurangi kejadian penyakit kulit; infeksi mata seperti trakoma, dan cacingan khususnya untuk *ascariasis* dan *trichuriasis*. Banyak penelitian yang menjelaskan ada hubungan cuci tangan pakai sabun yaitu:

- (1) Sucipto (2003), menyatakan bahwa ada hubungan cuci tangan pakai sabun dengan kejadian diare di wilayah kerja Puskesmas Sinokidul yaitu dengan nilai  $p = 0,005$  ( $p < 0,05$ ). Tindakan mencuci tangan pakai sabun diharapkan bakteri pada tangan akan mati sehingga

makanan yang akan dikonsumsi bebas dari bakteri. Penelitian ini didapat *Odds Ratio* 3,051 yang artinya pada responden yang tidak mencuci tangan pakai sabun akan terkena diare 3,051 kali lebih besar daripada yang mencuci tangan pakai sabun.

- (2) Yusnani (2008), menyatakan bahwa ada hubungan cuci tangan pakai sabun dengan kejadian diare di Lingkungan III Kelurahan Tanah Merah yaitu dengan nilai  $p = 0,014$  ( $p < 0,05$ ), hal ini disebabkan karena tangan akan bebas dari bakteri apabila mencuci tangan dengan sabun dan air yang mengalir, membersihkan seluruh bagian-bagian dari tangan. Tingginya penyakit diare dan penyakit lainnya dapat disebabkan oleh jari atau tangan yang tercemar oleh tinja selanjutnya melalui tangan dapat mencemari makanan pada waktu memasak atau menyiapkan makanan. Pemutusan mata rantai penularan penyakit diare salah satunya dapat dilakukan dengan cuci tangan yang benar pakai sabun.
- (3) Wijayanti (2009), menyatakan bahwa ada hubungan cuci tangan pakai sabun dengan kejadian diare di daerah sekitar TPA sampah Bantar Gebang yaitu dengan nilai  $p = 0,008$  ( $p < 0,05$ ). Bentuk perilaku yang efektif dan efisien dalam upaya pencegahan diare adalah mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

### **2.3 Konsep Perilaku**

Domain perilaku ada 3 terdiri dari pengetahuan, sikap dan tindakan (Notoadmojo, 2003).

### 2.3.1 Definisi pengetahuan.

Pengetahuan adalah hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan manusia sebagian besar diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan.

#### 2.3.1.1 Tingkat pengetahuan (Notoatmojo, 2003)

##### 1) Jenjang C1 (tahu)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang dipelajari sebelumnya. Yang termasuk tingkatan ini adalah mengingat kembali terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh badan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

##### 2) Jenjang C2 (memahami)

Memahami artinya suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Paham tentang materi, dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan terhadap objek yang dipelajari.

##### 3) Jenjang C3 (aplikasi)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada sebuah situasi atau kondisi yang sebenarnya, atau dengan kata lain aplikasi dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum – hukum, rumus, metode, prinsip dalam konteks atau situasi lain.

#### 4) Jenjang C4 (analisis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek lain kedalam komponen komponen, tapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitan satu sama lain.

#### 5) Jenjang C5 (sintesis)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk melakukan atau menghubungkan antar bagian didalam suatu keseluruhan yang baru. Sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

#### 6) Jenjang C6 (evaluasi)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau menilai suatu materi atau objek pengukuran berdasarkan kriteria yang ada. Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden yang disesuaikan dengan tingkatan di atas.

### 2.3.1.2 Faktor - faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Notoatmojdo (2003) menyatakan pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

#### 1) Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain. Bahwa apabila siswa dan siswi di lingkungan keluarganya terbiasa dengan hidup bersih dan sehat, maka pengalaman ini akan terbawa sampai ke sekolah maupun lingkungan sekitar.

## 2) Pendidikan

Pendidikan dapat memberi wawasan atau pengetahuan seseorang. Pendidikan untuk hidup bersih dan sehat tidak hanya diajarkan di sekolah, tetapi sudah diajarkan sejak kecil di rumah mulai dari toilet training, sehingga sudah terbentuk perilaku atau kebiasaan untuk perilaku hidup bersih dan sehat.

## 3) Keyakinan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bias mempengaruhi pengetahuan seseorang baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negative. Kaitan dengan perilaku hidup bersih dan sehat, diyakini bahwa di dalam lingkungan yang bersih akan terjamin untuk hidup sehat.

## 4) Fasilitas

Fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang khususnya anak usia sekolah misalnya radio, televisi, majalah, koran dan buku. Banyak informasi tentang kesehatan yang ditayangkan melalui media elektronik ataupun media cetak.

## 5) Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Penghasilan seseorang yang cukup besar maka dia akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas informasi. Sumber penghasilan dari masing-masing keluarga berbeda, namun tidak mengurangi dari tiap individu untuk memahami perilaku dan sehat.



Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi dan sikap seseorang terhadap sesuatu. Lingkungan dan pergaulan berperan aktif dalam mempengaruhi sosial budaya serta membentuk perilaku hidup bersih dan sehat.

### 2.3.2 Sikap.

Tiga komponen sikap adalah kepercayaan, ide dan konsep suatu subyek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek, kecenderungan untuk bertindak. Beberapa tingkatan sikap, menerima (*receiving*) adalah mau dan memperhatikan stimulus, merespon (*responding*) adalah mengerjakan dan menjelaskan tugas yang diberikan, menghargai (*valuing*) adalah mendiskusikan, bertanggung jawab (*responsible*)

### 2.3.3 Tindakan

Persepsi (*perception*), respon terpimpin (*guided response*), mekanisme (*mechanism*), melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, adopsi (*adoption*), tindakan yang sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan

### 2.3.4 Pengukuran perilaku.

Secara tidak langsung, wawancara terhadap kegiatan kuesioner, dan secara langsung dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden, demonstrasi.

## 2.4 Konsep Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah adalah anak yang berumur 6 sampai 12 tahun (Edelman&Mandle, 2006 dalam Fitriani, 2012). WHO mennguraikan bahwa anak

usia sekolah pada umumnya berusia antara 6-12 tahun. Hurlock,(2006) mengelompokkan anak usia sekolah berdasarkan perkembangan psikologis yang disebut sebagai *late childhood* 9-12 tahun.

Usia sekolah adalah anak pada usia 6-12 tahun, yang artinya sekolah menjadi pengalaman inti pada anak. Periode ketika anak-anak dianggap mulai bertanggung jawab pada perilakunya sendiri dalam berhubungan dengan orang tua, teman sebaya, dan orang lain. Usia sekolah merupakan masa anak memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh keterampilan tertentu (Wong dan Whaley, 2009).

#### 2.4.1 Pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah

Anak usia sekolah mengalami proses pertumbuhan dan perkembangan secara berkesinambungan sampai berakhirnya masa pubertas. Proses tumbuh kembang anak usia sekolah dimulai sejak usia 6 sampai 12 tahun, dimana terjadi perubahan fisik, psikologi, mental, dan kognitif yang khas. Anak usia sekolah mengalami pertumbuhan yang sedikit lambat dibandingkan dengan masa bayi dan remaja. Anak usia sekolah mengalami perkembangan psikologi, mental, motorik dan kognitif yang ditunjukkan dengan peningkatan kemampuan anak usia sekolah dalam berbahasa, berkomunikasi, belajar tentang pengetahuan berhitung, serta mulai memperbaiki kemampuan motorik dan sosial yang lebih kompleks (Fitriani, 2012).

## 2.4.2 Perkembangan anak menurut Wong dan Whaley(2009)

### 2.4.2.1 Perkembangan biologis

Pertumbuhan anak umur 6-12 tahun, anak bertumbuh 5 cm pertahun untuk tinggi badan dan meningkat 2-3 kg pertahun untuk berat badan. Usia anak laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan ukuran tubuh. Anak laki-laki cenderung kurus dan tinggi, anak perempuan cenderung gemuk. Usia ini, pembentukan jaringan lemak lebih cepat perkembangannya dari pada otot.

#### 1) Perubahan proporsional

Anak usia sekolah lebih anggun daripada saat mereka usia pra sekolah, dan mereka dapat berdiri tegak diatas kaki mereka sendiri. Proporsi tubuh mereka tampak lebih ramping dengan kaki yang lebih panjang, proporsi tubuh bervariasi dan pusat gaya berat mereka lebih rendah, Postur lebih tinggi daripada usia pra sekolah untuk memfasilitasi lokomotor dan efisiensi dalam menggunakan lengan tubuh. Proporsi ini memudahkan anak untuk beraktifitas seperti memanjat, mengendarai sepeda, dan aktifitas lainnya. Lemak berkurang secara bertahap dan pola distribusi lemak berubah, menyebabkan penampakan tubuh anak yang lebih ramping selama tahun-tahun pertengahan.

Perubahan yang paling nyata dan dapat menjadi indikasi terbaik peningkatan kematangan pada anak-anak adalah penurunan lingkaran kepala dalam hubungannya terhadap tinggi tubuh saat berdiri, penurunan lingkaran pinggang dalam hubungannya dengan tinggi badan dan peningkatan panjang tungkai dalam hubungannya dengan tinggi badan. Observasi ini sering memberikan petunjuk terhadap tingkat kematangan fisik anak yang terbukti

berguna dalam memprediksi kesiapan anak untuk memenuhi tuntutan sekolah.

Perubahan wajah, karakteristik dan anatomi tertentu adalah khas pada masa anak-anak pertengahan. Proporsi wajah berubah pada saat wajah tumbuh lebih cepat terkait dengan pertumbuhan tulang tengkorak yang tersisa. Tengkorak dan otak tumbuh sangat lambat saat periode ini dan setelah itu, ukurannya bertambah sedikit.

## 2) Kematangan sistem

Sistem gastrointestinal: direfleksikan dengan masalah lambung yang lebih sedikit, mempertahankan kadar glukosa darah dengan lebih baik, dan peningkatan kapasitas lambung yang memungkinkan retensi makanan lebih lama. Kapasitas kandung kemih: umumnya lebih besar pada anak perempuan dibandingkan anak laki-laki. Denyut jantung dan frekuensi: pernapasan akan terus-menerus menurun dan tekanan darah menigkat selama 6-12 tahun. Sisten imun menjadi lebih kompeten untuk melokalisasi iinfeksi dan menghasilkan respon antigen dan antibodi. Tulang terus mengalami pengerasan selama kanak-kanak tetapi kurang dapat menahan dan tarikan otot dibandingkan tulang yang sudah matur.

## 3) Pra pubertas

Pra remaja adalah periode yang dimulai menjelang akhir masa kanak-kanak pertengahan dan berakhir pada ulang tahun ke tiga belas, tidak ada usia universal saat anak mendapatkan karakteristik prapubertas tanda fisiologis pertama muncul kira-kira saat berusia 9 tahun terutama pada anak perempuan dan biasanya tampak jelas pada umur 11-12 tahun.

#### 2.4.2.2 Perkembangan psikososial

Masa kanak-kanak pertengahan adalah periode perkembangan psikoseksual yang dideskripsikan oleh Sigmund Freud sebagai periode laten, yaitu waktu tenang antara fase odipus pada masa kanak-kanak awal dan erotisme remaja. Anak mendapatkan interaksi dengan teman sebaya, sesama jenis setelah pengabaian pada tahun-tahun sebelumnya dan didahului ketertarikan pada lawan jenisnya yang menyertai pubertas.

#### 2.4.2.3 Perkembangan kognitif (Piaget)

Masa anak memasuki masa sekolah, mereka mulai memperoleh kemampuan untuk menghubungkan serangkaian kejadian untuk menggambarkan mental anak yang dapat diungkapkan secara verbal ataupun simbolik. Tahap ini diistilahkan sebagai operasional nyata oleh Piaget, ketika anak mampu menggunakan proses berpikir untuk mengalami peristiwa dan tindakan.

#### 2.4.2.4 Perkembangan moral (Kolhberg)

Pola pikir anak sudah berubah dari egosentrisme ke pola pikir lebih logis, mereka juga bergerak melalui tahap perkembangan kesadaran diri dan standar moral. Anak usia 6-7 tahun mengetahui peraturan dan perilaku yang diharapkan dari mereka, mereka tidak memahami alasannya. Penguatan dan hukuman mengarahkan penilaian mereka: suatu tindakan yang buruk adalah yang melanggar peraturan dan membahayakan.

Anak usia 6-7 tahun kemungkinan menginterpretasikan kecelakaan dan ketidakberuntungan sebagai hukuman atau akibat tindakan “buruk” yang

dilakukan anak. Anak usia sekolah yang lebih besar lebih mampu menilai suatu tindakan berdasarkan niat dibandingkan akibat yang dihasilkan.

#### 2.4.2.5 Perkembangan spiritual

Anak usia dini berpikir dalam batasan kongkret tetapi merupakan pelajar yang baik dan memiliki kemauan yang besar untuk mempelajari Tuhan. Mereka tertarik pada konsep surga dan neraka, dengan perkembangan kesadaran diri dan perhatian terhadap peraturan, anak takut akan masuk neraka karena kesalahan dalam berperilaku.

Anak usia sekolah ingin dan berharap dihukum jika berperilaku yang salah, jika diberi pilihan, anak cenderung memilih hukuman yang sesuai dengan kejahatannya. Konsep agama harus dijelaskan pada anak dalam istilah yang kongkret. Mereka merasa nyaman dengan berdoa atau melakukan ritual agama dan jika aktifitas ini merupakan bagian dari kegiatan sehari-hari anak, hal ini dapat membantu anak melakukan coping dalam menghadapi situasi sehari-hari.

#### 2.4.2.6 Perkembangan sosial

Salah satu agen sosial penting dalam kehidupan anak usia sekolah adalah teman sebaya. Selain orang tua dan sekolah, kelompok teman sebaya memberi sejumlah hal yang penting kepada anggotanya. Anak-anak memiliki budaya yang mereka sendiri, disertai rahasia, adat istiadat, dan kode etik yang meningkatkan rasa solidaritas kelompok dan melepaskan diri dari orang dewasa. Interaksi anak dengan teman sebaya, anak belajar bagaimana menghadapi dominasi dan permusuhan, berhubungan dengan pemimpin dan pemegang kekuasaan, serta menggali ide-ide dari lingkungan fisik.

#### 2.4.2.7 Perkembangan konsep diri

Istilah konsep diri merujuk pada pengetahuan yang disadari mengenai berbagai persepsi diri, seperti karakteristik fisik, kemampuan, nilai, ideal diri, dan penghargaan serta ide dirinya sendiri dalam hubungannya dengan orang lain, konsep diri juga citra tubuh, seksualitas, dan harga diri seseorang. Konsep diri yang positif membuat anak merasa senang, berharga dan mampu memberikan kontribusi dengan baik. Perasaan seperti itu menyebabkan penghargaan diri, kepercayaan diri, dan perasaan bahagia secara umum. Perasaan negatif menyebabkan keraguan terhadap diri sendiri. Anak usia sekolah memiliki persepsi yang cukup akurat dan positif tentang keadaan fisik mereka sendiri.

#### 2.4.3 Pentingnya bermain bagi anak untuk merangsang perkembangan fisik dan psikologis.

Mahsun (2011) menyatakan selama bermain anak mengembangkan berbagai keterampilan sosial memungkinkan dirinya untuk menikmati keanggotaan kelompok dalam masyarakat anak-anak.

##### 2.4.3.1 Bentuk permainan.

Permainan pada usia ini dapat berupa bermain konstruktif dengan membuat sesuatu hanya untuk bersenang-senang saja tanpa memikirkan manfaatnya, seperti menggambar, melukis dan membentuk sesuatu, menjelajah dengan ingin bermain jauh dari lingkungan rumah, mengumpulkan dengan benda-benda yang menarik perhatian dan minatnya, membawa benda ke rumah, menyimpan dalam laci, dan tidak memperlihatkan koleksinya dalam laci, permainan dan olahraga dengan

cenderung ingin memainkan permainan anak besar (bola basket dan sepak bola), dan senang pada permainan yang bersaing, hiburan dengan anak ingin meluangkan waktu untuk membaca, mendengar radio, menonton atau melamun.

#### 2.4.4 Masalah anak usia sekolah

Masalah yang sering terjadi pada anak usia sekolah meliputi bahaya fisik dan psikologi:

##### 2.4.4.1 Bahaya fisik

###### 1) Penyakit

Penyakit infeksi pada usia sekolah jarang sekali terjadi karena adanya kekebalan yang didapat dari imunisasi yang pernah didapatkan se masa bayi dan di ulang pada kelas satu atau kelas emam, tetapi yang berbahaya adalah penyakit palsu atau khayal untuk menghindarkan tugas-tugas yang menjadi tanggung jawabnya. Penyakit yang sering timbul adalah penyakit yang berhubungan dengan kebersihan diri anak.

###### 2) Kegemukan

Kegemukan terjadi bukan karena adanya perubahan pada kelenjar, tetapi karena banyaknya karbohidrat yang dikonsumsi. Bahaya kegemukan yang mungkin dapat terjadi:

- (1) Anak kesulitan mengikuti kegiatan bermain sehingga kehilangan kesempatan untuk mencapai keterampilan yang penting untuk keberhasilan soaial.
- (2) Teman-temannya sering mengganggu dan mengejek dengan sebutan-sebutan "Gendut" atau sebutan lain sehingga anak merasa rendah diri.



### (3) Kecelakaan

Kecelakaan terjadi akibat keinginan anak untuk bermain yang mengakibatkan bekas fisik, kecelakaan yang dianggap sebagai kegagalan dan anak bersikap hati-hati akan berbahaya bagi psikologisnya sehingga anak merasa takut terhadap kegiatan fisik, hal ini terjadi dapat berkembang menjadi rasa malu yang mempengaruhi hubungan sosial.

### (4)Kecanggungan

Masa ini anak mulai membandingkan kemampuannya dengan teman sebaya. Bila muncul rasa tidak mampu dapat menjadi dasar untuk rendah diri.

## 2. 4.4.2 Bahaya psikologis

### 1) Bahaya dalam berbicara.

Ada empat bahaya yang umum terjadi pada anak usia sekolah:

- (1) Kosakata yang kurang dari rata-rata yang menghambat tugas-tugas di sekolah dan menghambat komunikasi dengan orang lain.
- (2) Kesehatan dalam berbicara seperti salah ucap, dan kesalahan tata bahasa, cacat dalam berbicara seperti gagap, akan membuat anak sadar diri sehingga anak hanya bicara bila perlu.
- (3) Anak yang mempunyai kesulitan berbicara dalam bahasa yang digunakan dalam lingkungan sekolah akan terhalang dalam usaha berkomunikasi dan merasa bahwa ia berbeda.
- (4)Pembicaraan yang bersifat egosentris, yang mengkritik, dan merendahkan orang lain dan yang bersifat membual akan ditentang oleh temannya.

## 2) Bahaya emosi.

Anak akan dianggap tidak matang baik oleh teman sebaya maupun oleh orang dewasa, bila ia masih menunjukkan pola-pola ekspresi emosi yang kurang menyenangkan, seperti marah yang meledak-ledak sehingga kurang disenangi oleh orang lain.

### 2.4.4.3 Bahaya bermain.

Anak yang kurang memiliki dukungan sosial akan merasa kekurangan kesempatan untuk mempelajari permainan dan olahraga yang penting untuk menjadi anggota kelompok. Anak yang dilarang menghayal akan membuang waktu atau dilarang membuat kegiatan kreatif dan berani akan mengembangkan kebiasaan yang penurut dan kaku.

### 2.4.4.4 Bahaya dalam konsep diri.

Anak yang mempunyai konsep diri yang ideal biasanya merasa tidak puas pada diri sendiri dan puas pada perlakuan orang lain. Bila konsep sosialnya didasarkan pada berbagai stereotip, ia cenderung berprasangka dan bersikap diskriminatif dalam memperlakukan orang lain. Karena konsepnya berbobot emosi maka itu cenderung menetap dan terus memberikan pengaruh buruk pada penyesuaian sosial anak.

### 2.4.4.5 Bahaya moral.

- 1) Perkembangan kode moral sesuai konsep teman-teman atau berdasarkan konsep media massa tentang benar dan salah yang tidak sesuai dengan kode etik orang dewasa.
- 2) Tidak berhasil mengembangkan suara hati sebagai pengawas dalam terhadap perilaku.

- 3) Disiplin yang tidak konsisiten membuat anak tidak yakin akan apa yang sebaiknya dilakukan.
- 4) Hukuman fisik merupakan contoh agretifitas anak.
- 5) Menganggap dukungan teman terhadap perilaku yang salah begitu memuaskan sehingga perilaku menjadi kebiasaan.
- 6) Tidak sabar terhadap perbuatan orang lain yang salah.

(Wong dan Whaley, 2009)

#### 2.4.5 Periode usia antara 6-12 tahun merupakan masa peralihan dari pra-sekolah ke masa Sekolah Dasar (SD).

Masa ini juga dikenal dengan masa peralihan dari kanak-kanak awal ke masa kanak-kanak akhir sampai menjelang masa pra-pubertas. Pencapaian masa usia 6 tahun perkembangan jasmani dan rohani anak telah semakin sempurna. Pertumbuhan fisik berkembang pesat dan kondisi kesehatannya pun semakin baik, artinya anak menjadi lebih tahan terhadap berbagai situasi yang dapat menyebabkan terganggunya kesehatan mereka. Tugas perkembangan anak sesuai dengan usianya maka sebagai orangtua dapat memenuhi kebutuhan apa yang diperlukan dalam setiap perkembangannya agar tidak terjadi penyimpangan perilaku.

Havighurst dalam Hurlock (2006) menyatakan tugas perkembangan masa kanak-kanak akhir dan anak sekolah (umur 6 -12 tahun), belajar memperoleh keterampilan fisik untuk melakukan permainan, belajar membentuk sikap positif, yang sehat terhadap dirinya sendiri sebagai makhluk biologis (dapat merawat kebersihan dan kesehatan diri), belajar bergaul dengan teman sebayanya, belajar

memainkan peranan sesuai dengan jenis kelaminnya, belajar ketrampilan dasar dalam membaca, menulis dan berhitung, belajar mengembangkan konsep (agama, ilmu pengetahuan, adat istiadat) sehari-hari, belajar mengembangkan kata hati (pemahaman tentang benar-salah, baik-buruk), belajar memperoleh kebebasan yang bersifat pribadi (bersikap mandiri), belajar mengembangkan sikap positif kehidupan social, mengenal dan mengamalkan ajaran agama sehari-hari.

## **2.5 Konsep Tumbuh Kembang**

### **2.5.1 Definisi**

Tumbuh kembang mencakup dua peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit di pisahkan yaitu pertumbuhan dan perkembangan. Pertumbuhan berkaitan dengan masalah perubahan dalam jumlah, ukuran atau tingkat dimensi sel, organ maupun individu yang bisa diukur. Sedangkan perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur sebagai hasil dari proses pematangan (Soetjiningsih, 2002).

Wong dan Whaley dalam Supartini (2004) mengemukakan pertumbuhan sebagai suatu peningkatan jumlah dan ukuran, sedangkan perkembangan menitikberatkan pada perubahan yang terjadi secara bertahap dari tingkat yang paling rendah ke tingkat yang paling tinggi dan kompleks melalui proses maturasi dan pembelajaran.

### **2.5.2 Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak.**

Setiap individu berbeda dalam proses pertumbuhan dan perkembangannya karena pertumbuhan dan perkembangan anak di pengaruhi oleh beberapa

faktor baik secara herediter maupun lingkungan (Wong, 2009). Faktor tersebut adalah faktor herediter, lingkungan dan internal.

### 1) Faktor herediter

Faktor pertumbuhan yang dapat di turunkan (herediter) menurut Marlow dalam Supartini (2004) adalah jenis kelamin, ras dan kebangsaan. Jenis kelamin di tentukan sejak awal dalam kandungan (fase konsepsi). Anak laki-laki cenderung lebih tinggi dan berat dari pada anak perempuan dan hal ini bertahan sampai usia tertentu karena anak perempuan biasanya lebih awal mengalami prapubertas sehingga pada kebanyakan pada usia tersebut anak perempuan lebih besar dan tinggi. Akan tetapi anak laki-laki pada saat dia memasuki masa prapubertas, mereka akan berubah lebih tinggi dan besar dari pada anak perempuan.

Ras atau suku bangsa dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Beberapa suku bangsa menunjukkan karakteristik yang khas, misalnya Suku Asmat di Irian jaya secara turun temurun berkulit hitam. Demikian juga kebangsaan tertentu menunjukkan karakteristik tertentu seperti bangsa Asia cenderung pendek dan kecil, sedangkan bangsa Eropa dan Amerika cenderung tinggi dan besar.

### 2) Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak adalah lingkungan pranatal, lingkungan eksternal dan lingkungan internal anak.

### (1) Lingkungan pranatal

Lingkungan di dalam uterus sangat besar pengaruhnya terhadap perkembangan fetus, terutama karena ada selaput yang menyelimuti dan melindungi fetus dari lingkungan luar. Beberapa kondisi lingkungan dalam uterus yang dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin adalah gangguan nutrisi karena ibu kurang mendapat gizi adekuat baik secara kualitas maupun kuantitas, gangguan endokrin pada ibu seperti menderita diabetes melitus, ibu yang mendapat sitostatika atau yang mengalami rubela, toksoplasmosis, sifilis, dan herpes. Intinya, apa yang dialami oleh ibu akan berdampak pada kondisi pertumbuhan dan perkembangan fetus.

#### 1) Pengaruh budaya lingkungan

Budaya keluarga atau masyarakat akan mempengaruhi bagaimana mereka mempersepsikan dan memahami kesehatan serta berperilaku hidup sehat. Anak yang dibesarkan di lingkungan petani di pedesaan akan mempunyai pola kebiasaan atau norma perilaku yang berbeda dengan mereka yang dibesarkan di kota besar seperti Jakarta.

#### 2) Status sosial dan ekonomi keluarga.

Anak yang berada dan dibesarkan dalam lingkungan keluarga yang sosial ekonominya rendah, bahkan punya banyak keterbatasan untuk memberi makanan bergizi, membayar biaya pendidikan, dan memenuhi kebutuhan primer lainnya, tentunya keluarganya akan mendapat kesulitan untuk membantu anak mencapai tingkat pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal sesuai dengan tahapan usianya.

### 3) Nutrisi

Pertumbuhan dan perkembangan anak membutuhkan zat gizi yang esensial mencakup protein, lemak, karbohidrat, mineral, vitamin, dan air yang harus dikonsumsi secara seimbang, dengan jumlahnya yang sesuai kebutuhan pada tahapan usianya. Khusus selama periode pertumbuhan dan perkembangan yang cepat seperti masa pranatal, usia bayi atau remaja akan membutuhkan lebih banyak kalori dan protein.

### 4) Iklim atau cuaca

Iklim tertentu dapat mempengaruhi status kesehatan anak, seperti pada musim penghujan yang dapat menimbulkan bahaya banjir pada daerah tertentu, akan menyebabkan sulitnya transportasi sehingga sulit mendapatkan bahan makanan, bahkan timbul berbagai penyakit menular seperti diare dan penyakit kulit, yang dapat mengancam semua orang termasuk bayi dan anak-anak. Bayi dan anak-anak yang sangat rentan terhadap penyakit menular, apabila daya tahan tubuh sedang menurun dan akibat tidak adekuatnya status nutrisi, mereka akan lebih mudah terjangkit penyakit menular tersebut.

### 5) Olah raga atau latihan fisik

Olah raga atau latihan fisik berdampak pada pertumbuhan fisik maupun perkembangan psikis sosial anak. Secara fisik, manfaat olahraga atau latihan yang teratur dapat meningkatkan sirkulasi darah sehingga akan meningkatkan suplay oksigen ke seluruh tubuh. Selain itu, olahraga akan meningkatkan aktivitas fisik dan menstimulasi perkembangan otot dan pertumbuhan sel. Aktivitas fisik dari sepak bola akan membantu

pertumbuhan sel, selain itu kepada anak juga ditanamkan aturan permainan yang harus diikuti bersama dan interaksi sosial yang dijalankan membantu mereka memiliki kemampuan untuk berkomunikasi dengan sesama teman.

#### 6) Posisi anak dalam keluarga

Posisi anak sebagai anak tunggal, anak sulung, anak tengah, atau anak bungsu akan mempengaruhi bagaimana pola anak tersebut di asuh dan dididik dalam keluarga.

### (2) Faktor internal

#### 1) Kecerdasan

Kecerdasan dimiliki anak sejak dilahirkan. Anak yang dilahirkan dengan tingkat kecerdasan yang rendah tidak akan mencapai prestasi yang cemerlang walaupun stimulus yang diberikan lingkungan demikian tinggi. Sementara anak yang dilahirkan dengan tingkat kecerdasan tinggi dapat didorong oleh stimulus lingkungan untuk berprestasi secara cemerlang.

#### 2) Pengaruh hormonal

Ada tiga hormon utama yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak yaitu hormone somatotropik, hormon tiroid, dan hormon gonadotropin. Hormon somatotropik (*growth hormon*) terutama digunakan selama masa kanak-kanak yang mempengaruhi pertumbuhan tinggi badan karena menstimulasi terjadinya proliferasi sel kartilago dan sistem skeletal.



### 3) Pengaruh emosi

Orang tua terutama ibu adalah orang terdekat tempat anak belajar untuk bertumbuh dan berkembang. Anak belajar dari orang tua untuk dapat memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri. Dengan demikian, apabila orang tua memberi contoh perilaku emosional, seperti melempar sandal atau sepatu bekas dipakai, membentak anak saat rewel, marah saat jengkel, anak akan belajar menirukan perilaku orang tua tersebut. Anak belajar mengekspresikan perasaan dan emosinya dan meniru perilaku orang tuanya. Anak akan mengembangkan perilaku emosional seperti di atas karena maturasi atau pematangan kepribadian diperoleh anak melalui proses belajar dari lingkungan keluarganya. Orang tua harus berhati-hati dalam bersikap karena apabila orang tua senang membentak, anak akan belajar untuk berbicara kasar pada orang lain. Orang tua suka memukul saat marah dan jengkel, anak akan belajar bersikap kasar pada orang lain. Orang tua adalah model peran bagi anak.

## **2.6 Konsep Grand Teori *Self Care Defisit Theory of Nursing* OREM**

Keyakinan menurut Alligood dan Thomey (2006) dalam Nursalam (2013) bahwa semua manusia itu mempunyai kebutuhan-kebutuhan *self care* dan mereka mempunyai hak untuk mendapatkan kebutuhan itu sendiri, kecuali bila tidak mampu. Dorothea E. Orem menggambarkan filosofi tentang keperawatan yang memiliki perhatian tertentu pada kebutuhan manusia terhadap tindakan perawatan dirinya sendiri dan kondisi serta penatalaksanaannya secara terus

menerus dalam upaya mempertahankan kehidupan dan kesehatan, penyembuhan dari penyakit, atau cedera, dan mengatasi hendaya yang ditimbulkannya. SCDNT (*Self Care Defisit Nursing Theory*) adalah teori umum yang mendasar ada 3 teori, yaitu: *the theory of self care, the theory of self care deficit, the theory of nursing system*

#### 2.6.1 *Universal self-care requisites*

Tujuan *universally required* adalah untuk mencapai perawatan diri atau kebebasan merawat diri, dimana seseorang harus memiliki kemampuan untuk mengenal dan memvalidasi mengenai anatomi dan fisiologi manusia yang berintegrasi dalam lingkaran kehidupan.

Delapan teori *self care* secara umum yaitu pemeliharaan kecukupan pemasukan udara, pemeliharaan kecukupan pemasukan makanan, pemeliharaan kecukupan pemasukan cairan, mempertahankan hubungan perawatan proses eliminasi dan eksresi, pemeliharaan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat, pemeliharaan keseimbangan antara solitude dan interaksi sosial, pencegahan resiko-resiko untuk hidup, fungsi usia dan kesehatan manusia, peningkatan promosi fungsi tubuh dan pengimbangan manusia dalam kelompok sosial sesuai dengan potensinya.

#### 2.6.2 *Developmental self-care requisites*

Tiga hal yang berhubungan dengan tingkat perkembangan perawatan diri adalah situasi yang mendukung perkembangan perawatan diri, terlibat dalam pengembangan diri, mencegah atau mengatasi dampak dari situasi individu dan situasi kehidupan yang mungkin mempengaruhi perkembangan manusia.

### 2.6.3 *Health deviation self-care requisites*

Adanya gangguan kesehatan terjadi sepanjang waktu sehingga mempengaruhi pengalaman mereka dalam menghadapi kondisi sakit sepanjang hidupnya. Perawatan diri (*self-care*) adalah komponen system tindakan perawatan diri individu yang merupakan langkah-langkah dalam perawatan ketika terjadi gangguan kesehatan. Kompleksitas dari *self-care* atau *system dependent-care* (ketergantungan perawatan) adalah meningkatnya jumlah penyakit yang terjadi dalam waktu-waktu tertentu.

### 2.6.4 *Therapeutic self-care demand*

Perawat memberikan pemenuhan kebutuhan dasar pada pasien diantaranya mengatur dan mengontrol jenis atau macam kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh pasien dan cara pemberian ke pasien, meningkatkan kegiatan yang bersifat menunjang pemenuhan kebutuhan dasar seperti promosi dan pencegahan yang bisa menunjang dan mendukung pasien untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien sesuai dengan taraf kemandiriannya.

Pemahaman terkait terapi pemenuhan kebutuhan dasar diantaranya perawat harus mampu mengidentifikasi faktor pada pasien dan lingkungannya yang mengarah pada gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia, perawat harus mampu melakukan pemilihan alat dan bahan yang bisa dipakai untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien, memanfaatkan segala sumberdaya yang ada disekitar pasien untuk memberikan pelayanan, pemenuhan kebutuhan dasar pasien semaksimal mungkin.

### 2.6.5 *Self care agency*

Pemenuhan kebutuhan dasar pasien secara holistik hanya dapat dilakukan pada perawat yang memiliki kemampuan komprehensif, memahami konsep dasar manusia dan perkembangan manusia baik secara holistik.

### 2.6.6. *Agent*

Pihak atau perawat yang bisa memberikan pemenuhan kebutuhan dasar pada pasien adalah perawat dengan keahlian dan ketrampilan yang berkompeten dan memiliki kewenangan untuk memberikan pemenuhan kebutuhan dasar pada pasien secara holistik.

### 2.6.7 *Dependent care agent*

*Dependent care agency* merupakan perawat profesional yang memiliki tanggung jawab dan tanggung gugat dalam upaya perawatan pemenuhan kebutuhan dasar pasien termasuk pasien dalam derajat kesehatan yang masih baik atau masih mampu atau sebagian memenuhi kebutuhan dasar pada pasien.

### 2.6.8 *Self care deficit*

Perawat membantu pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya, utamanya pada pasien yang dalam perawatan *total care*.

### 2.6.9 *Nursing agency*

Perawat harus mampu meningkatkan dan mengembangkan kemampuannya secara terus menerus sehingga mereka mampu membuktikan dirinya bahwa mereka adalah perawat yang berkompeten untuk bisa memberika pelayanan profesional dalam pemenuhan kebutuhan dasar pasien.

Beberapa ketrampilan selain psikomotor yang juga harus dikuasai perawat adalah komunikasi terapeutik, ketrampilan intrapersonal, pemberdayaan sumberdaya di sekitar lingkungan perawat dan pasien untuk bisa memberikan pelayanan yang profesional.

#### 2.6.10 *Nursing design*

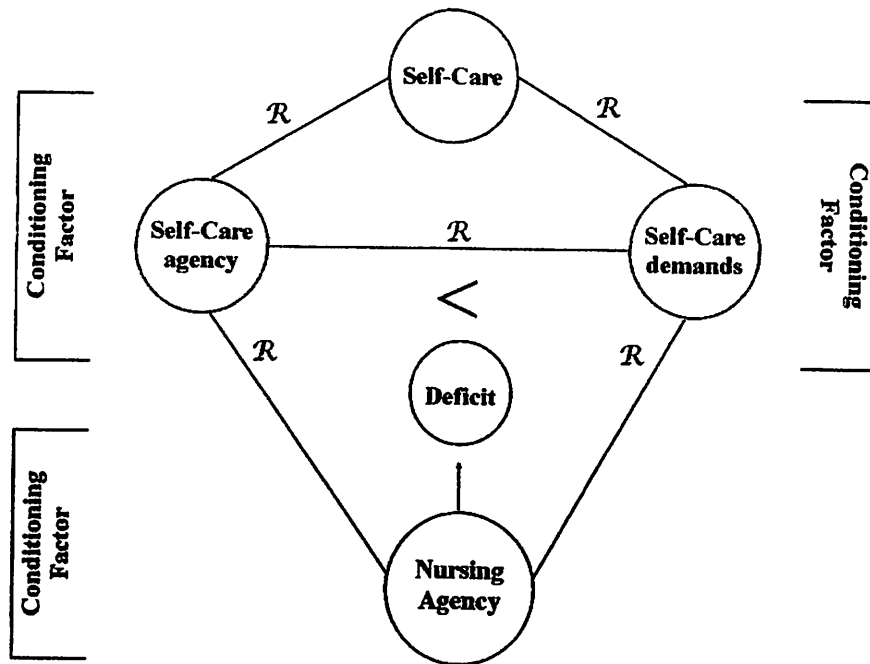
Penampilan perawat yang dibutuhkan untuk dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien secara holistik adalah perawat yang profesional, mampu berfikir kritis, dan menjalankan standar kerja.

#### 2.6.11 *Nursing system* (sistem keperawatan)

Serangkaian tindakan praktik keperawatan yang dilakukan pada satu waktu untuk koordinasi dalam melakukan tindakan keperawatan.

#### 2.6.12 Asumsi dasar

Beberapa hal mendasar dari teori keperawatan terkait kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan dasar manusia bersifat berkelanjutan, dimana pemenuhannya dipengaruhi dari faktor dari dalam pasien ataupun dari lingkungan; *human agency*, pasien yang memiliki tingkatan ketergantungan dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya; pengalaman dan pengetahuan perawat diperlukan untuk bisa memberikan pelayanan pemenuhan kebutuhan dasar pasien secara profesional.



Gambar 2.1 : *Conceptual framework for nursing,  $\mathcal{R}$ , relationship, <, deficit relationship, current or projected*

#### 2.6.4 Konsep dan definisi mayor

Sister Dorothea E. Orem menyebut teori SCDNTnya sebagai teori general yang tersusun dari 3 teori yang saling berhubungan berikut teori perawatan diri, yang menggambarkan mengapa dan bagaimana manusia merawat diri mereka sendiri, teori defisit perawatan diri, yang menggambarkan dan menjelaskan mengapa manusia dapat dibantu melalui keperawatan, teori sistem keperawatan, yang menggambarkan dan menjelaskan hubungan yang harus dibangun dan dipertahankan agar keperawatan menjadi produktif.

Berikut akan dijelaskan masing-masing teori diatas.

##### 1) Teori perawatan diri (*self-care*)

Perawatan diri terdiri dari aktivitas dimana orang dewasa berinisiatif dan memperlihatkan, dalam periode waktu, kepentingan mereka dalam minat mempertahankan hidup, berfungsi secara sehat, melanjutkan perkembangan

pribadi dan kehidupan melalui pemenuhan kebutuhan yang diketahui untuk peraturan perkembangan dan fungsional.

Teori ini memandang bahwa seorang individu akan selalu menginginkan adanya keterlibatan dirinya terhadap perawatan diri, dan bahwa individu tersebut juga mempunyai keinginan untuk dapat merawat dirinya secara mandiri. Kebutuhan seorang individu untuk terlibat dan merawat dirinya sendiri inilah yang disebut sebagai *self care therapeutic demand* atau disebut juga *self care requisites*. *Self care* merupakan sesuatu yang dapat dipelajari dan kemampuan individu untuk menentukan tindakan yang diambil sebagai respon dari adanya kebutuhan.

## 2) Kebutuhan perawatan diri (*self-care requisites*)

Kebutuhan perawatan diri diformulasikan dan diekspresikan ke dalam manusia mengenai tindakan yang ditampilkan yang diketahui atau dianggap perlu dalam peraturan aspek-aspek perkembangan dan fungsional manusia, terus-menerus atau dengan kondisi tertentu. *Self care requisites* terdapat tiga macam yaitu: *universal self care requisites*, *developmental self care requisites*, dan *health deviation self care requisites*. Kebutuhan perawatan diri universal (*universal self care requisites*) adalah 8 kebutuhan dasar setiap manusia yaitu kebutuhan akan: udara, makanan, air, eliminasi, keseimbangan aktivitas dan istirahat, keseimbangan untuk menyendiri dan berinteraksi social, bebas dari ancaman, dan pengembangan pribadi dalam kelompok sesuai dengan kemampuan masing-masing individu (Alligood dan Thomey, 2006).

Kebutuhan perawatan diri sesuai perkembangan (*developmental self care requisites*) terbagi atas tiga bagian yaitu: syarat kondisi yang memerlukan suatu pengembangan, keterlibatan dalam pengembangan diri, perlindungan terhadap kondisi dan situasi kehidupan yang mengancam pengembangan diri. Kebutuhan perawatan diri saat mengalami gangguan kesehatan (*health deviation self care requisites*) ada pada orang yang sakit atau terluka, yang mempunyai bentuk spesifik dari kondisi patologis atau gangguan, termasuk defek dan ketidakmampuan, dan yang sedang dalam proses pengobatan dan perawatan, penyakit, cedera tidak hanya mempengaruhi struktur dan mekanisme fisiologikal, psikologikal tertentu, tapi juga fungsi manusia secara menyeluruh. Saat fungsi integrasi secara serius dipengaruhi (retardasi mental berat, status koma atau autisme), perkembangan individu secara serius juga rusak secara temporer atau permanen.

### 3) *Therapeutic self-care demands*

Keseluruhan tindakan keperawatan yang diperlukan dalam kurun waktu tertentu untuk memenuhi semua kebutuhan perawatan diri khususnya dalam keadaan demikian disebut *therapeutic self-care demand*. Pemenuhan *therapeutic self-care demand* digunakan 2 metode yaitu: mengontrol atau mengatur faktor yang diidentifikasi dalam kebutuhan, aspek pengaturan fungsi manusia (ketercukupan air, udara, makanan) dan memenuhi elemen aktifitas dari kebutuhan (memelihara, promosi, preventif, dan provision).



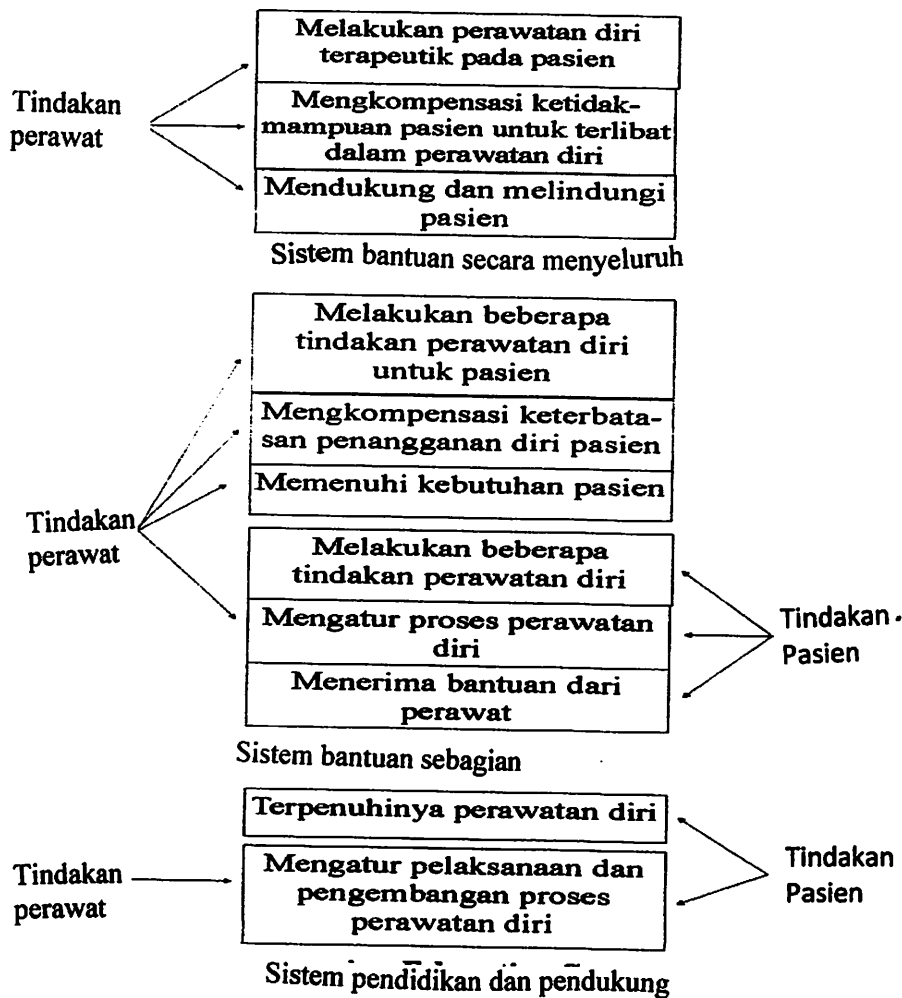
#### 4) *Self-care agency* dan *dependent care agent*

Kemampuan kompleks yang didapat individu dewasa untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhan untuk mengatur perkembangan dan fungsinya disebut *self care agency*. *Self care agency* dapat berubah setiap waktu dipengaruhi oleh kondisi kesehatan seorang individu. Ketika terjadi ketidakseimbangan antara *self care agency* dengan *therapeutic self-care demand*, maka terjadilah *self care deficit*. Seseorang yang mempunyai kemampuan untuk melakukan tindakan *self-care* disebut sebagai agen. Seorang manusia dewasa yang dapat menerima dan memenuhi tanggung jawab untuk mengetahui dan memenuhi *therapeutic self-care demand* orang lain yang secara social tergantung padanya atau untuk mengatur perkembangan dan latihan *self care agency* orang tersebut disebut dengan *dependent-care agent*.

Teori sistem keperawatan ingin menyatakan bahwa keperawatan adalah suatu tindakan manusia; sistem keperawatan adalah sistem tindakan yang direncanakan dan dihasilkan oleh perawat. Sistem keperawatan tersebut dihasilkan melalui pengalaman mereka merawat orang dengan penurunan kesehatan atau ketidakmampuan berhubungan dengan kesehatan dalam merawat diri sendiri, atau orang yang mengalami ketergantungan (Alligood dan Thomey, 2006).

Pemenuhan perawatan diri sendiri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, Orem memiliki metode untuk proses tersebut yaitu metode membantu (*helping methods*). Perspektif keperawatan, metode membantu adalah rangkaian bertahap dari tindakan, dimana jika dilakukan akan mengatasi atau menggantikan keterbatasan individu dalam hal kesehatan.

Perawat menggunakan semua metode, memilih dan menggabungkannya dalam hubungannya dengan tindakan yang diperlukan oleh individu sedang dalam perawatan dan keterbatasan tindakan pemeliharaan kesehatan tersebut, seperti : bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai pembimbing dan mengarahkan orang lain, memberi dukungan fisik, psikologi, memberikan dan mempertahankan lingkungan



Gambar 2.2. Basic nursing system(from Orem, D. E. (2001). nursing: concept of practice (6th Ed). St.Louis: Mosby)<sup>1</sup>

1. Sistem bantuan secara penuh (*wholly compensatory system*).

Merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan secara penuh pada pasien dikarenakan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan perawatan secara mandiri yang memerlukan bantuan dalam pergerakan, pengontrolan, dan ambulasi serta adanya manipulasi gerakan. Contoh: pemberian bantuan pada pasien koma.

2. Sistem bantuan sebagian (*partially compensatory system*).

Merupakan sistem dalam pemberian perawatan diri sendiri secara sebagian saja dan ditujukan kepada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal. Contoh: perawatan pada pasien post operasi abdomen di mana pasien tidak memiliki kemampuan untuk melakukan perawatan luka.

3. Sistem supportif dan edukatif (*supportive-educative system*).

Merupakan sistem bantuan yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan dengan harapan pasien mampu memerlukan perawatan secara mandiri. Sistem ini dilakukan agar pasien mampu melakukan tindakan keperawatan setelah dilakukan pembelajaran. Contoh: penerapan sistem ini dapat dilakukan pada pasien yang memerlukan informasi pada pengaturan kelahiran.

## 2.7 Konsep Pembelajaran Pendidikan Kesehatan Tutor Sebaya

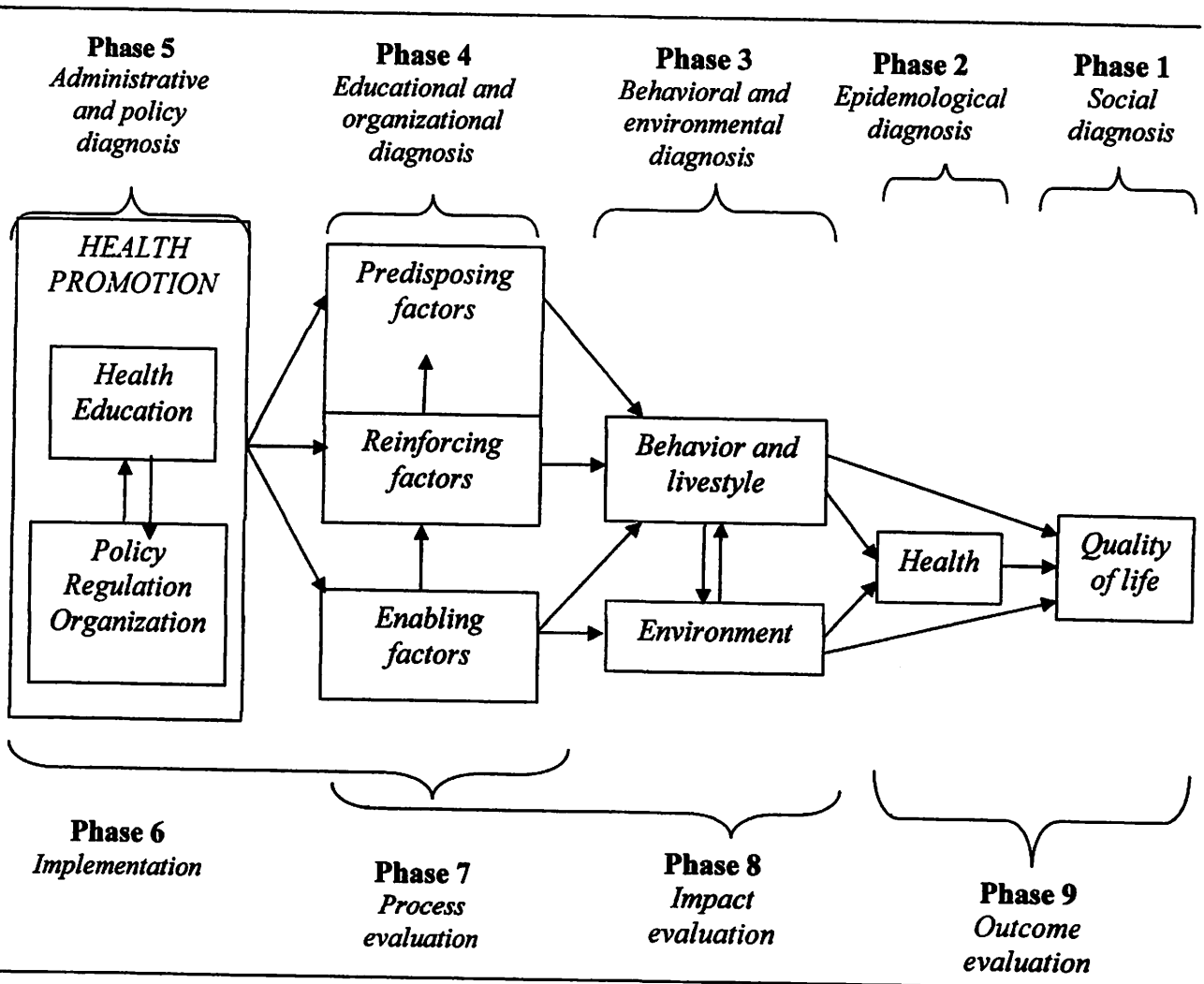
Tutor sebaya disebut juga *peer tutoring*. Ahli pendidikan yang memelopori tutor sebaya adalah Edward L. Dejnozken dan David E. Kopel. *American*

*Education Encyclopedia* (2009) disebutkan bahwa tutorial sebaya adalah sebuah prosedur siswa mengajar kepada siswa lainnya.

**2.8 Konsep Perilaku Kesehatan berdasarkan Teori Lawrence Green**

Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor luar lingkungan (*nonbehavior causes*) Green LW & Kreuter MW dalam Nursalam (2013).

**PRECEDE**



**PROCEED**

Gambar 2.3 Precede proceed model

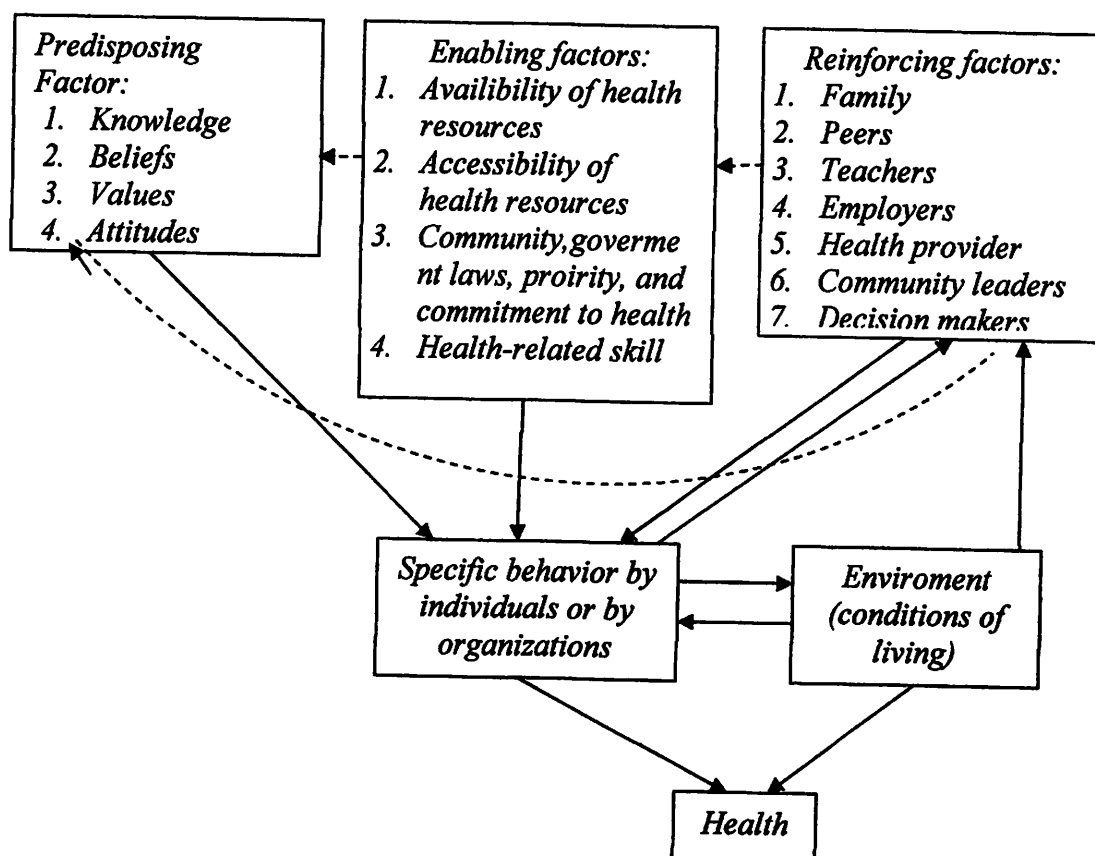
Program promosi kesehatan dikenal adanya model pengkajian dan penindaklanjutan (*PRECEDE PROCEED model*) yang diadaptasi dari konsep Lawrence Green. Model ini mengkaji masalah perilaku manusia dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, serta cara menindaklanjutinya dengan berusaha mengubah, memelihara atau meningkatkan perilaku tersebut kearah yang lebih positif. Proses pengkajian atau pada tahap *PRECEDE* dan proses penindaklanjutan pada tahap *PROCEED*. Suatu program untuk memperbaiki perilaku kesehatan adalah penerapan keempat proses pada umumnya ke dalam model pengkajian dan penindaklanjutan.

- 1) Kualitas hidup adalah sasaran utama yang ingin dicapai di bidang pembangunan sehingga kualitas hidup ini sejalan dengan tingkat kesejahteraan. Diharapkan semakin sejahtera maka kualitas hidup semakin tinggi. Kualitas hidup ini salah satunya dipengaruhi oleh derajat kesehatan. Semakin tinggi derajat kesehatan seseorang maka kualitas hidup juga semakin tinggi.
- 2) Derajat kesehatan adalah sesuatu yang ingin dicapai dalam bidang kesehatan, dengan adanya derajat kesehatan akan tergambaran masalah kesehatan yang sedang dihadapi. Paling besar pengaruhnya terhadap derajat kesehatan seseorang adalah faktor perilaku dan faktor lingkungan.
- 3) Faktor lingkungan adalah faktor fisik, biologis dan sosial budaya yang langsung, tidak langsung mempengaruhi derajat kesehatan.
- 4) Faktor perilaku dan gaya hidup adalah suatu faktor yang timbul karena adanya aksi dan reaksi seseorang atau organisme terhadap lingkungannya.

- 5) Faktor perilaku akan terjadi apabila ada rangsangan, sedangkan gaya hidup merupakan pola kebiasaan seseorang atau sekelompok orang yang dilakukan karena jenis pekerjaannya mengikuti trend yang berlaku dalam kelompok sebayanya, ataupun hanya untuk meniru dari tokoh idolanya.

Suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi atau perilaku tertentu.

Perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor:



Gambar 2.4 Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*), merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.

2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.
3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*) merupakan faktor yang menguatkan perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, teman sebaya, orang tua, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Ketiga faktor penyebab tersebut di atas dipengaruhi oleh faktor penyuluhan dan faktor kebijakan, peraturan serta organisasi. Semua faktor faktor tersebut merupakan ruang lingkup promosi kesehatan. Faktor lingkungan adalah segala faktor baik fisik, biologis maupun sosial budaya yang langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi derajat kesehatan. Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

## **2.9 Penelitian Terkait dengan Penerapan Terapi Bermain dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.**

- 2.9.1 Rosyid (2011) mengatakan bahwa ada pengaruh terapi bermain (menggambar) terhadap kecemasan selama prosedur tindakan injeksi pada anak usia sekolah (4-5 tahun) di ruang kanak-kanak RSD. dr. Soebandi Jember dengan nilai  $p < 0,001$ .

2.9.2 Suryanti (2009) dalam penelitiannya yang berjudul pengaruh terapi bermain puzzle terhadap dampak hospitalisasi pada anak usia sekolah di ruang anggrek I rumah sakit kepolisian pusat RS Sukanto memberikan hasil bahwa ada pengaruh pemberian terapi bermain puzzle terhadap dampak hospitalisasi pada anak usia sekolah. Anak usia sekolah pada kelompok yang diberikan intervensi terapi bermain puzzle, 17 anak (85%) tidak cemas dan hanya 3 anak (15%) cemas. Anak pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi terapi bermain puzzle, sebanyak 11 anak (55%) yang mengalami cemas.



**Tabel. 2.2 Theoretical Mapping/Riset Pendukung**

No	Judul	Desain penelitian	Sampel dan tehnik sampling	Variabel	Instrumen	Hasil
1	Pengaruh <i>peer group</i> tentang jajanan sehat terhadap perilaku anak usia sekolah (Mawar, 2009)	<i>Cross sectional</i>	Sampel 30 responden, Purposive sampling	- <i>Peer group</i> -Perilaku anak usia sekolah	kuesioner	<i>Peer group</i> berhubungan dengan perilaku anak usia sekolah, dan mampu mempengaruhi kebiasaan yang berhubungan dengan kesehatan
2	<i>Effect of education based on preced proceed model on knowledge, attitude, and behavior of epilepsy patients (Lyndol S Angel, Balraj V 2012)</i>	<i>Quasy eksperimnet</i>	60 responen <i>Random sampling</i>	- <i>Knowledge</i> - <i>Attitude</i> - <i>Enabling factors</i> - <i>Reinforcing factor</i> - <i>Behaviors</i>	<i>report questionnaire</i>	<i>Education based on framework of preced-proceed model is effective to increase the knowledge, attitude, enabling and reinforcing</i>
3	<i>The importance of self-care management intervention in chronically ill patients diagnosed with TBC (Lisbeth Kirstine Rosenbek, 2010)</i>	<i>Kohort Follow-up 12 months</i>	120 responden, <i>Quota Sampling</i>	- <i>self care management</i> - <i>Glycemic Control</i>	<i>report questionnaire (likert scale)</i>	<i>improvement in DOTS control in people who received self-care management treatment</i>

4	Study komparasi PHBS berdasarkan pola asuh orang tua yang permisif, demokratis, dan otoriter pada anak usia sekolah (Ristyningrum, 2010)	<i>Quassy experiment</i>	47 responden <i>Random sampling</i>	-PHBS -Pola asuh	Kuesioner, observasi	Pemberian pola asuh yang berbeda sangat berpengaruh pada perilaku hidup bersih dan sehat pada anak usia sekolah
5	Peningkatan gizi anak usia sekolah melalui pengoptimalan pendidikan kesehatan menggunakan media ular tangga (Anita, 2010)	Deskriptif	35 responden, <i>Purposive sampling</i>	-Peningkatan gizi -Pendidikan kesehatan dengan media ular tangga	Kuesioner	Sebagian besar responden sangat besar peningkatan pengetahuannya dan gizi anak dapat di observasi.
6	<i>Educational diagnosis of self management behaviors of parents with asthmatic children by triangulation based on preceed-proceed model in Taiwan (Elizabeth K N, 2010)</i>	<i>Qualitative interview</i> 21 self-management behaviors	12 responden, <i>Total sampling</i>	- <i>Self efficacy</i> - <i>Perceived effectiveness</i> - <i>Children's cooperation</i>	<i>Questioner</i>	<i>A reduction of 0.3 % inglycated hemoglobin in favor of intervention</i>
7	<i>Effect of education based on preceed proceed model on knowledge, attitude, and behavior of epilepsy atients (I.B.Ngontiez, 2009)</i>	<i>Qualitatif</i> <i>Questionnaire</i> contained demographics and hygienic qualification of patients and	15 Responden <i>Quota sampling</i>	- <i>Knowledge</i> - <i>Attitude</i> - <i>Enabling factors</i> - <i>Reinforcing factors</i> - <i>Behaviors</i>	<i>Open-endept Interview</i>	<i>Education based on framework of preceed-proceed model is effective to increase the knowledge, attitude, enabling and reinforcing factors, and positive coping behaviors in patients with epilepsy.</i>

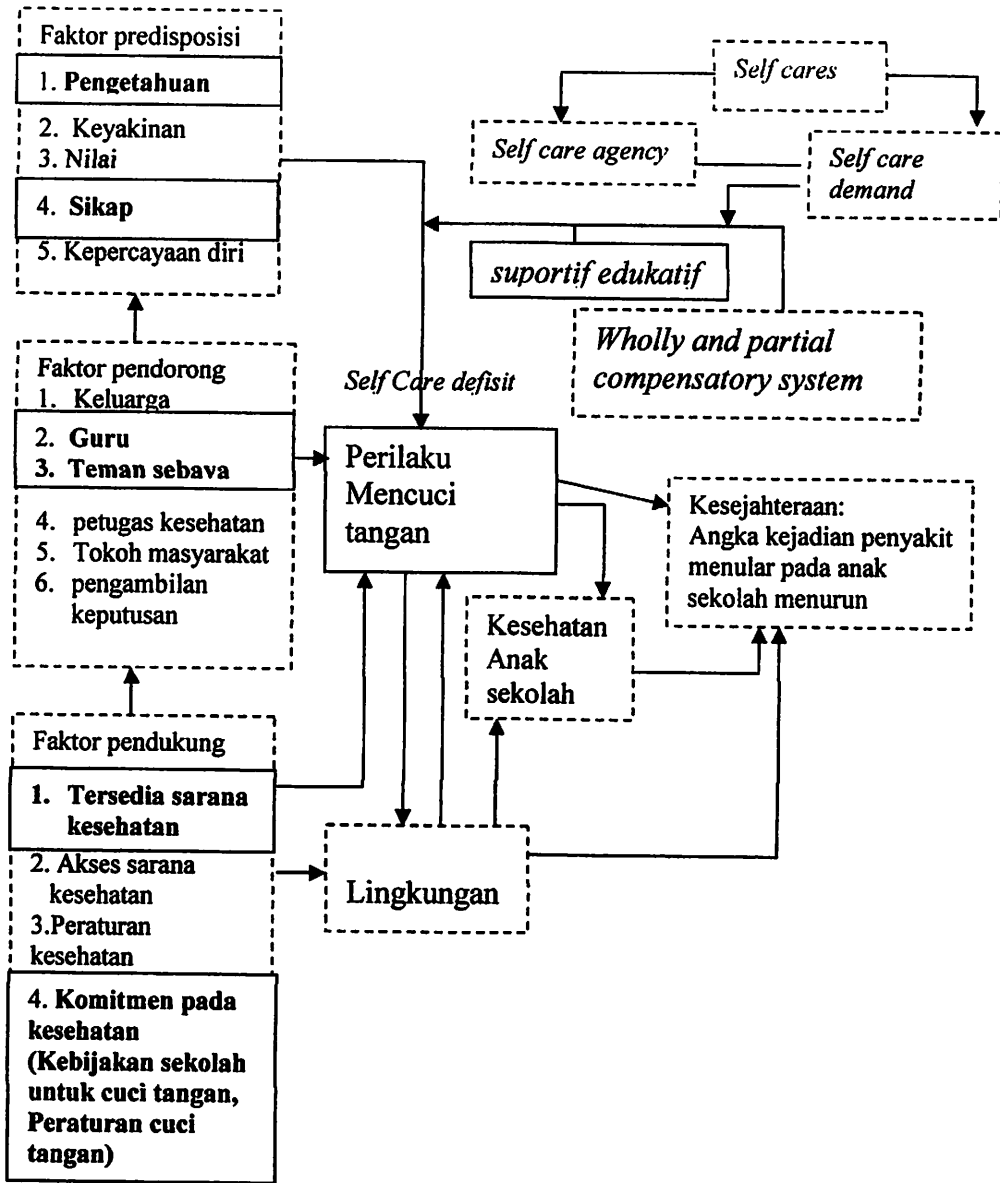
		<i>preced proceed model parts</i>				
8	<i>The effect of hand washing and facemaskson prevention of influenza infection (Hampson, the Annals of Internal Medicine of Journal) 2011</i>	<i>case-series design</i>	<i>Ten men and three women</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hand Washing</li> <li>- Facemasks</li> <li>- Behaviour</li> </ul>	<i>Questioner</i>	<i>Education based on framework of effective to increase the knowledge, attitude, enabling to behaviour for hand washing</i>
9	<i>Perception and behaviours related to hand hygiene for the prevention of H1N1 Influenza Transmision Among Korean University Students during the peak pandemic period (Parker Paul, 2011)</i>	<i>Pre-post test design</i>	<i>randomized Participant were 29 (15 female, 14 male)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hand hygiene</li> <li>- Inflenza transmision</li> <li>- Behaviour</li> </ul>	<i>Questioner (likert Scale)</i>	<i>Hands washing behaviour more efective to prevention of H1N1 Influenza transmision .</i>
10	<i>Upaya pemberantasan kecacingan anak SD dengan terapi bermain. (Rawina Pramita, 2011)</i>	<i>Analitik Observasional</i>	<i>30 responden Purposive sampling,</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapi bermain</li> <li>- Kejadian Kecacingan</li> </ul>	<i>Questioner</i>	<i>Terapi Bermain dapat membantu anak untuk hidup sehat, dan penurunan angka kecacingan</i>
11	<i>Hubungan Mencuci tangan dengan kejadian sistisiskorsis (Hasiholan, 2009)</i>	<i>randomized interventions and observational</i>	<i>50 Responden ,25 men, 25 women</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencuci tangan</li> <li>- Kejadian sistisiskorsis</li> </ul>	<i>Kuesioner, Observasi</i>	<i>Pengetahuan, sikap dan perilaku cuci tangan berhubungan dengan kejadian sistisiskorsis</i>

		<i>studies</i>				
12	Hubungan penerapan PHBS keluarga terhadap kejadian diare balita (Asti Nuraeni, 2012)	<i>randomized controlled</i>	30 responden <i>Purposive sampling</i>	- PHBS - Diare - Balita	<i>Kuesioner, Observasi</i>	Kejadian Diare pada balita sangat berhubungan signifikansi dengan penerapan PHBS keluarga
13	Efektifitas terapi bermain baling-baling untuk menurunkan nyeri perawatan luka post operasi (Asniyah, 2009)	<i>Pre post test with two group control design</i>	40 responden <i>Random sampling</i>	- Nyeri - Perawatan luka operasi - Terapi bermain	<i>Kuesioner Observasi</i>	Terapi bermain efektif terhadap penurunan nyeri pada perawatan luka post operasi

BAB 3  
KERANGKA KONSEPTUAL &  
HIPOTESIS PENELITIAN

### BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

#### 3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan:

□ = Diteliti    □ (dashed) = Tidak Diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konseptual penerapan terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah berbasis modifikasi teori PRECEDE PROCEED dan self care model

### 3.2 Penjelasan Kerangka Konseptual

Berdasarkan teori perilaku kesehatan *PRECEDE PROCEED model* dan *teori self care model*, manusia pada dasarnya mempunyai kemampuan dalam merawat dirinya sendiri yang disebut *self care agency*. *Self care agency* dapat berubah setiap waktu dipengaruhi oleh 1) faktor predisposisi yang terdiri dari: pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai, dan kepercayaan diri. 2) faktor pendorong yang terdiri dari: guru, teman sebaya, petugas kesehatan, tokoh masyarakat, pengambil keputusan. 3) faktor pendukung yang terdiri dari tersedia sarana kesehatan, akses sarana kesehatan, peraturan kesehatan, komitmen pada kesehatan.

Ketika terjadi defisit perawatan diri pada manusia salah satunya adalah tindakan cuci tangan, maka peran perawat sebagai *nursing agency* membantu untuk memaksimalkan kemampuan pelaksanaan perawatan diri seseorang tersebut untuk mencuci tangan khususnya pada anak usia sekolah melalui tindakan asuhan keperawatan mandiri perawat berupa *suportif edukatif* sistem dengan memberikan terapi bermain aktif ular tangga dengan topik mencuci tangan pendekatan PHBS untuk meningkatkan kemampuan pelaksanaan perawatan diri mencuci tangan pada anak usia sekolah.

### 3.3 Hipotesis Penelitian

H<sub>1</sub> : Ada pengaruh terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah berbasis modifikasi teori *PRECEDE PROCEED* dan *self care model*.

BAB 4  
METODE PENELITIAN



## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting bagi penelitian yang memungkinkan dilakukan kontrol beberapa faktor yang mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2003). Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasy experiment* dengan rancangan *pre-post test with control group design*. Penelitian ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan dua kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah dilakukan intervensi (Nursalam, 2013).

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca- test
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Keterangan :

- K-A : Subjek (kelompok anak sekolah) yang diberi perlakuan
- K-B : Subjek (kelompok anak sekolah) sebagai kontrol
- O : Pengukuran perilaku mencuci tangan sebelum diberikan perlakuan
- O1(A+B) : Pengukuran sesudah diberikan perlakuan pada kelompok perlakuan dan kontrol.

#### 4.2 Populasi dan Sampel

##### 4.2.1 Populasi

Populasi adalah setiap keseluruhan subjek penelitian yang diteliti atau *universe* (Notoatmodjo, 2003). Populasi penelitian ini sebagai unit analisis adalah para siswa dan siswi kelas 4 di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Bintoro 2 dan SDN Patrang 2 kabupaten Jember sejumlah 80 siswa.

#### 4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian siswa dan siswi kelas 4 SDN yang memenuhi kriteria inklusi.

1) Kriteria inklusi dari penelitian:

Anak kelas 4 SDN dalam keadaan sehat, tidak mempunyai riwayat penyakit epilepsi atau penyakit yang berhubungan dengan sistem syaraf, tidak ada kecacatan kaki, tidak ada keluhan pada kedua kakinya, bisa membaca, bisa berkomunikasi secara verbal, bersedia menjadi responden, kooperatif untuk mengikuti proses terapi bermain.

2) Kriteria eksklusi dari penelitian:

Anak kelas 4 SDN yang pada saat penelitian tidak berada di kelas, saat penelitian tidak masuk sekolah, tidak lancar membaca.

Penelitian ini menggunakan teknik sampling *nonprobability sampling* yang dengan tehnik penetapan sampel menggunakan *purposive sampling* atau *judgement sampling* yaitu suatu tehnik pemilihan atau penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan, masalah dalam penelitian) sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Sastroasmoro & Ismail dalam Nursalam, 2013).

Jumlah sampel ditetapkan dengan menggunakan rumus (Lemeshow, 1997 dalam Widya Utami, 2010), yaitu :

$$n = \frac{(p_0 q_0 + p_1 q_1) (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

Keterangan :

$n$  = jumlah sampel minimal kelompok perlakuan dan kontrol

$Z_{1-\alpha/2}$  = nilai pada distribusi normal standar yang sama dengan tingkat kemaknaan  $\alpha$  (untuk  $\alpha=0,05$  adalah 1,96)

$Z_{1-\beta}$  = nilai pada distribusi normal standar yang sama dengan kuasa (power) sebesar diinginkan (untuk  $\beta=0,10$  adalah 1,28)

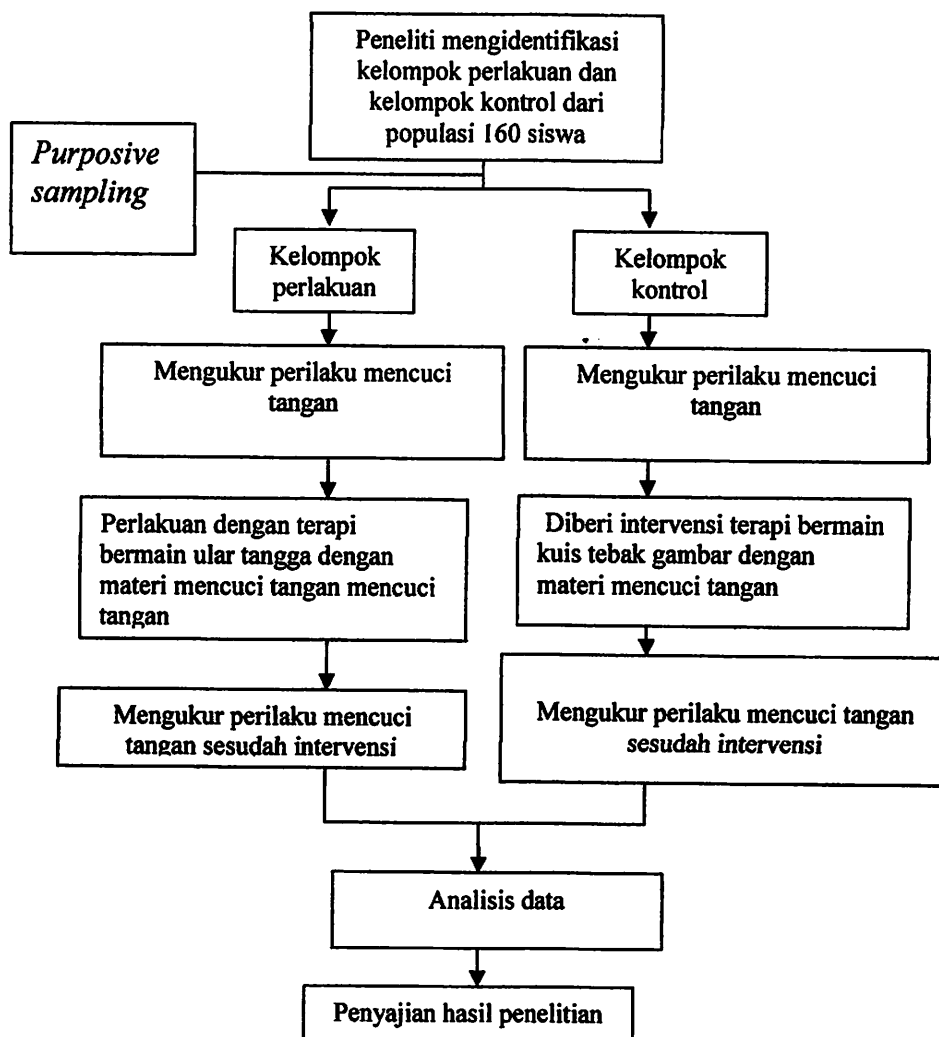
$P_0$  = proporsi paparan pada kelompok kontrol

$P_1$  = proporsi paparan pada kelompok perlakuan

$q_0 = 1 - p_0$  dan  $q_1 = 1 - p_1$

Besar sampel dari penelitian ini adalah 32 siswa/kelompok, jumlah sampel 64 siswa tiap kelompok.

### 4.3 Kerangka Operasional



Gambar 4.1: Kerangka operasional penerapan terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah

#### 4.4 Identifikasi Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

##### 4.4.1 Variabel penelitian

###### 1. Variabel independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi bermain.

###### 2. Variabel dependen

Variabel dependennya adalah perilaku mencuci tangan.

##### 4.4.2 Definisi operasional penerapan terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak sekolah dengan modifikasi *PRECEDE PROCEED* dan *self care model*.

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
<i>Independen:</i> Terapi bermain	Kegiatan bermain yang mengajarkan cara cuci tangan, dengan menggunakan metode ular tangga yang dimodifikasi dengan topik mencuci tangan.	Permainan ular tangga	SPO (Standar Prosedur Operasional)		
Faktor predisposisi	Faktor yang ada pada diri siswa SD kelas 4 yang mempengaruhi perilaku mencuci tangan yaitu pengetahuan dan sikap	Pengetahuan: 1. Pengertian cuci tangan 2. Cara cuci tangan 3. Tujuan cuci tangan 4. Waktu cuci tangan 5. Bagian cuci tangan  Sikap: 1. Mencuci tangan 2. Peraturan cuci tangan 3. tehnik cuci tangan 4. Motivasi cuci tangan 5. Kebiasaan cuci tangan	Kuesioner          Kuesioner Skala Likert	Ordinal	Baik:          Kurang: 0-55%
Faktor pendorong	Faktor yang menguatkan perilaku siswa SD kelas 4 yang mempengaruhi perilaku mencuci tangan yaitu Guru dan teman sebaya	1. Ada teman yang selalu cuci tangan 2. Kebersihan tangan 3. Diskusi cuci tangan 4. Motivasi cuci tangan 5. Ajakan cuci tangan	Kuesioner Skala Likert	Ordinal	Baik:          Kurang: 0-55%
Faktor pendukung	Faktor yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya sarana kesehatan dan	1. Tersedianya tempat cuci tangan 2. Tersedianya alat cuci tangan 3. Kebijakan cuci tangan	Lembar observasi	Ordinal	Baik:          Kurang: 0-55%

	komitmen yang mempengaruhi perilaku siswa SD untuk mencuci tangan.	4.Peraturan tertulis tentang cuci tangan 5. Sarana petunjuk cuci tangan			56-75% Kurang: 0-55%
Dependen: Perilaku mencuci tangan	Tindakan yang dilakukan anak kelas 4 SD dengan mendemonstrasikan (praktik) mencuci tangan.	Enam langkah cuci tangan dengan air mengalir dan pakai sabun.	Kuesioner	Ordinal	Baik: 76- 100% Cukup: 56-75% Kurang: 0-55%

#### 4.5 Instrumen Penelitian

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan instrumen SPO permainan ular tangga dan lembar kuesioner (terlampir). Lembar kuesioner yang digunakan untuk mengukur variabel perilaku mencuci tangan menggunakan kuesioner yang telah dimodifikasi. Kuesioner berisi pernyataan berjumlah 10 item yang terdiri dari 6 pernyataan *favorable* dan 4 pernyataan *unfavorable*. Jawaban untuk masing-masing pernyataan *favorable* dinilai berdasarkan perilaku yang dilakukan setiap hari dengan kriteria: jawaban tidak pernah diberi nilai 1, kadang-kadang nilai 2, jawaban sering dinilai 3, dan jawaban selalu diberi nilai 4, dan untuk pernyataan *unfavorable* memiliki nilai sebaliknya.

Kuesioner variabel independen sikap, teman sebaya dan guru pernyataan *favorable* jawaban STS (sangat tidak setuju) nilai 1, TS (tidak setuju) nilai 2, S (setuju) nilai 3, SS (sangat setuju) nilai 4, sedangkan untuk pernyataan *unfavorable* memiliki nilai sebaliknya. Pertanyaan pada faktor predisposisi (pengetahuan) menggunakan alat ukur kuesioner dengan kriteria jawaban A nilai 1, jawaban B nilai 2, jawaban C nilai 3. Faktor pendukung (sarana kesehatan dan komitmen) alat ukur observasi yang dilakukan oleh peneliti dengan kriteria jawaban A nilai 0,

jawaban B nilai 1. jawaban C nilai 2. Terapi bermain menggunakan lembar ular tangga yang terdiri dari kotak-kotak, gambar ular dan tangga.

Jumlah skor yang diperoleh dibandingkan dengan jumlah skor maksimal, kemudian dikalikan 100% . Rumus yang digunakan (Arikunto, 2006):

$$P = \frac{Sp}{Sm} \times 100 \%$$

Keterangan:

P = Persentase yang dicari

Sp = Skor yang diperoleh

Sm = Skor tertinggi maksimal

Penilaian untuk setiap sub variabel diinterpretasikan dengan menggunakan kriteria kualitatif sebagai berikut :

Baik : Bila didapatkan skor 76-100%

Cukup : Bila didapatkan skor 56-75%

Kurang: Bila didapatkan skor 0-55%

#### **4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian ini adalah di SDN Bintoro 2 dan SDN Patrang 2 kabupaten Jember. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret-Juni 2014.

#### **4.7 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data**

Data dalam penelitian ini perlu adanya proses atau langkah-langkah kerja sebagai berikut:

##### **4.7.1 Prosedur administrasi**

Rekomendasi dari Dekan dan Ketua Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga, kemudian membawa surat permohonan

izin penelitian ke Bakesbangpol kabupaten Jember. Setelah mendapat balasan surat dari Bakesbangpol kabupaten Jember kemudian diberikan kepada Kepala UPTD Dinas Pendidikan Jember. Setelah mendapat surat izin penelitian dari Dinas Pendidikan Jember peneliti mengajukan permohonan kepada kepala sekolah SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember untuk diberikan rekomendasi pengambilan data maupun sampel penelitian.

#### 4.7.2 Prosedur teknis

Responden dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Pada proses pengumpulan data, peneliti melakukan pendekatan interpersonal kepada responden sebelum memberikan intervensi. Proses pengumpulan data dilakukan dalam dua tahap yaitu *pre* dan *post* perlakuan terapi bermain dengan melakukan validasi pelaksanaan perilaku mencuci tangan dengan pengukuran melalui kuesioner. Kelompok perlakuan diberikan intervensi terapi bermain ular tangga dengan materi mencuci tangan, sedangkan kelompok kontrol diberikan perlakuan terapi bermain kuis tebak gambar dengan topik mencuci tangan.

Hasil *pre* dan *post test* dari kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dibandingkan seberapa pengaruhnya terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah, dengan melihat hasil kuesioner antara dua kelompok. Tahapan secara teknis berikutnya adalah:

- 1) Hari pertama peneliti menjelaskan tujuan penelitian yang akan dilakukan kepada siswa dari kedua SDN (Bintoro 2 dan Patrang 2), menyiapkan lembar persetujuan (*informed consent*) yang harus ditandatangani oleh

- orangtua siswa, peneliti dan saksi (guru kelas) yang menyetujui menjadi responden.
- 2) Melakukan persamaan persepsi dan pembagian tugas antara *leader* dan *fasilitator* pada team petugas kesehatan dan peneliti yang akan mendampingi selama proses penelitian pada kedua SDN (diperlukan 2 *leader* dan 2 *fasilitator* tiap SDN).
  - 3) Melalui tehnik *purposive sampling* responden dipilih dan dibagi menjadi 2 kelompok (perlakuan dan kontrol).
  - 4) Melakukan sosialisasi tentang alur permainan ular tangga kepada kelompok perlakuan dan aturan permainan kuis tebak gambar pada kelompok kontrol.
  - 5) Melakukan *pre-test* pada hari ke-2 menggunakan instrumen kuesioner pada kedua kelompok untuk diukur perilaku mencuci tangan sebelum dilakukan intervensi pada masing-masing kelompok selama 15-20 menit.
  - 6) Perlakuan terapi bermain aktif ular tangga dengan topik mencuci tangan pada siswa SDN pada kelompok perlakuan dilaksanakan 3 kali dalam seminggu, berlangsung selama 4 minggu (total 12 kali terapi bermain di SDN Bintoro 2) dan *post test* pada hari jumat di minggu keempat. Sedangkan untuk kelompok kontrol pelaksanaan kuis tebak gambar hanya sekali di hari ketiga setelah *pre test* dan pelaksanaan *post test* di hari keempat penelitian. Waktu pelaksanaan setiap kelompok selama 2 hari sekali (1 hari 16 siswa dibagi 4 kelompok), dengan tehnik pelaksanaan 1 hari 4 kelompok kecil yang diberi perlakuan (1 kelompoknya terdiri dari 4 siswa, 1 leader dan 1 fasilitator yang mendampingi 2 kelompok kecil).



- 7) Kelompok perlakuan (siswa SDN Bintoro 2) diberikan intervensi keperawatan terapi bermain ular tangga dengan topik mencuci tangan selama 30 menit, sedangkan kelompok kontrol (siswa SDN Patrang 2) diberi intervensi permainan kuis tebak gambar dengan materi mencuci tangan.
- 8) Melakukan *post-test* pada hari terakhir minggu ke-4 setelah hari ke empat belas waktu pemberian intervensi, menggunakan instrumen kuesioner terhadap kelompok untuk diukur perilaku mencuci tangan.
- 9) Hasil nilai *pre-test* dan *post-test* dicatat dan disimpan peneliti untuk diolah dan dianalisis.
- 10) Kelompok kontrol diberikan perlakuan yang sama yaitu intervensi keperawatan terapi bermain ular tangga dengan topik mencuci tangan setelah penelitian selesai sebagai kompensasi.

#### 4.7.3 Intervensi

Bentuk intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah kelompok perlakuan diberikan terapi bermain dengan materi mencuci tangan dan kelompok kontrol diberikan perlakuan bermain kuis tebak gambar dengan materi mencuci tangan.

#### 4.7.4 Etika penelitian

Data dengan tetap memperhatikan etika penelitian antara lain :

##### 1) *Informed consent* (persetujuan menjadi responden)

Lembar persetujuan sebagai peserta diberikan pada saat pengumpulan data. Tujuannya supaya responden mengetahui tujuan, manfaat, prosedur intervensi, dan kemungkinan dampak yang terjadi selama penelitian.

Responden menandatangani lembar persetujuan tersebut yang diwakili oleh wali murid (orang tua murid) masing-masing responden, peneliti dan diketahui oleh saksi jika setuju untuk mengikuti proses penelitian. Responden yang menolak untuk diteliti, diberikan perlindungan pada hak-haknya. Pendistribusian lembar *informed consent* diawasi oleh tim (guru, peneliti, petugas kesehatan), dengan penjelasan sebelumnya tujuan, maksud pelaksanaan tindakan sampai persetujuan ditandatangani untuk setuju atau tidak setuju.

## 2) *Anonimity* (tanpa nama)

Responden tidak perlu mencantumkan nama pada lembar untuk mengetahui keikutsertaan responden, cukup memberikan kode pada lembar jawaban yang terkumpul.

## 3) *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijaga oleh peneliti. Penyajian atau pelaporan hasil riset hanya terbatas pada kelompok data tertentu yang terkait dengan masalah.

### 4.7.4 Metode pengukuran

#### 1) Jenis data

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah jawaban dari responden terhadap pernyataan dan pertanyaan yang diberikan dalam bentuk kuesioner. Jenis data yang diperoleh adalah data primer.

## 2) Analisis pengukuran kuesioner

Instrumen terlebih dahulu diuji cobakan kepada siswa SD di luar sampel penelitian yaitu SD Muhammadiyah 1 Jember, kemudian dilakukan analisis kuesioner.

Adapun hal-hal yang dianalisis dari uji coba instrumen adalah:

### 1) Validitas (kesahihan)

Uji validitas bertujuan mengetahui tingkat kesahihan alat ukur, sehingga diperoleh data valid. Uji validitas berguna mengetahui apakah ada pernyataan atau pertanyaan yang harus dibuang atau diganti karena dianggap tidak relevan. Teknik mengukur validitas pernyataan atau pertanyaan dengan menghitung korelasi antar data masing-masing pernyataan atau pertanyaan dengan skor total menggunakan korelasi *product moment*. Item instrumen valid jika  $> 0,3$  atau membandingkan dengan  $r$  table, jika  $r$  hitung  $> r$  tabel maka valid (Arikunto, 2006)

### 2) Reliabilitas (kehandalan)

Uji reliabilitas berguna menetapkan apakah instrumen pernyataan atau pertanyaan dapat digunakan lebih dari satu kali, paling tidak oleh responden yang sama akan menghasilkan data yang konsisten (Arikunto, 2006). Reliabilitas instrumen adalah hasil pengukuran yang dapat dipercaya. Uji reliabilitas menggunakan metode *cronbach alpha* dengan skala dikelompokkan ke dalam lima kelas: 1) nilai *cronbach alpha* 0,00-0,20 (kurang reliabel); 2) nilai *cronbach alpha* 0,21-0,40 (agak reliabel); 3) nilai *cronbach alpha* 0,42-0,60 (cukup reliabel); 4) nilai *cronbach alpha* 0,61-0,80 (reliabel); 5) nilai *cronbach alpha* 0,81-1,00 (sangat reliabel).

#### 4.8 Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan secara bertingkat, pertama analisis univariat, analisis bivariat, kemudian analisis multivariat dengan menggunakan alat bantu perangkat lunak. Hasil yang didapat selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel dan grafik. Pengolahan data, dilakukan dengan cara tahap pertama *editing*, melakukan tabulasi data dalam lembar kuisioner. Data yang dimasukkan adalah data yang berkaitan dengan penelitian, tahap kedua *coding* digunakan untuk memudahkan dalam entri data pada computer, tahap ketiga *entry* pengolahan data computer, tahap empat *cleaning* meneliti ulang data-data yang dimasukkan supaya tidak terjadi kesalahan dan siap untuk dianalisis, kelima *justice* subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia ikut dalam penelitian. Kelompok yang diberi intervensi permainan ular tangga dan kelompok yang diberi intervensi kuis tebak gambar, diberikan perlindungan dan perlakuan yang sama.

Data yang diperoleh kemudian dilakukan analisis menggunakan:

- 1) Analisis univariat

Analisis pertama menggunakan univariat, untuk melihat distribusi frekuensi terhadap proporsi sebagai karakteristik atau variabel yang diteliti baik variabel bebas maupun variabel terikat. Analisis ini juga berguna untuk menilai kualitas data dan menentukan rencana analisis selanjutnya yaitu analisis bivariat.

## 2) Analisis bivariat

Analisis ini melanjutkan dari analisis univariat, untuk mengetahui signifikansi antara masing-masing variabel bebas dan terikat. Menggunakan uji statistik *wilcoxon test* untuk melihat perbedaan antara variabel bebas dan terikat. Analisis ini juga menjelaskan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah.

## 3) Analisis multivariat

Analisis ini digunakan untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel bebas yang terbaik untuk memprediksi dan mengetahui faktor yang dominan berpengaruh pada perilaku mencuci tangan anak usia sekolah, dengan menggunakan analisis uji statistik *mann-whitney test*.

BAB 5  
ANALISIS HASIL PENELITIAN

## BAB 5

### HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Penelitian yang berjudul terapi bermain meningkatkan perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah dengan pendekatan teori *PRECEDE PROCEED* dan *self care model* di SDN Bintoro 2 dan SDN Patrang 2 kabupaten Jember ini didapatkan hasil yang secara terperinci dibahas dalam bab ini. Penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 12 April sampai dengan 2 Juni 2014. Jumlah responden sebanyak 80 siswa yang terdiri dari 40 siswa di kelompok perlakuan yaitu siswa kelas 4 SDN Bintoro 2 kabupaten Jember dan 40 siswa di kelompok kontrol adalah siswa kelas 4 SDN Patrang 2 kabupaten Jember yang telah disesuaikan dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan.

Kelompok perlakuan, peneliti melakukan *nursing agency* yang berupa terapi bermain, permainan yang digunakan adalah permainan aktif ular tangga dengan topik mencuci tangan. Kelompok kontrol tidak diberikan terapi bermain ular tangga tetapi kuis tebak gambar dengan topik yang sama. Responden pada kedua kelompok dilakukan *pre test* dan *post test* yang kemudian hasilnya dibandingkan, hasilnya dibandingkan untuk mengetahui perbedaan sebelum dan sesudah intervensi menggunakan uji statistik *wilcoxon test*, sedangkan hasil *post test* kelompok kontrol dianalisis dengan hasil *post test* kelompok perlakuan dengan menggunakan uji statistik *mann-whitney test*. Uraian hasil penelitian ini terdiri dari tiga bagian, yaitu: gambaran umum lokasi penelitian, data demografi dan variabel penelitian.

Terapi bermain aktif ular tangga pada kelompok perlakuan dilaksanakan satu minggu tiga kali selama 4 minggu dengan topik mencuci tangan memakai sabun dan air mengalir dengan enam langkah yang benar dan dilaksanakan post test minggu keempat, sedangkan pada kelompok kontrol hanya sekali dilakukan intervensi kuis tebak gambar.

### **5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 adalah lembaga pendidikan pemerintahan untuk melayani dan mencerdaskan masyarakat khususnya yang terletak di wilayah kecamatan Patrang kabupaten Jember, provinsi Jawa Timur. SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 masuk dalam wilayah kerja puskesmas Patrang yang berjarak 14 km dari kota Jember meliputi 5 desa yang berada di sebelah timur Kabupaten Jember, sebelah barat berbatasan dengan kecamatan Arjasa, sebelah utara berbatasan dengan kecamatan Sumbersari dan di sebelah selatan dengan kecamatan Pakusari. Masyarakat di kecamatan Patrang terdiri dari berbagai etnis (suku, bahasa) yaitu Jawa, Madura, China dan Arab kebanyakan penduduk berkomunikasi dengan menggunakan bahasa Madura meskipun mereka bukan etnis Madura. Mayoritas penduduk beragama Islam dan sebagian kecil yang beragama Kristen, dan Budha. SDN Bintoro 2 berada di daerah pegunungan dan SDN Patrang 2 di daerah dataran rendah, mayoritas siswa berasal dari kalangan ekonomi menengah ke bawah.

SDN Bintoro 2 dengan 1 kepala sekolah dan 12 guru pengajar lulusan S1 pendidikan tingkat dasar, dengan status PNS 5 orang yang lainnya status honorer atau magang. Terdapat 8 kelas, masing-masing tingkatan kelas 1 ruangan,



kecuali kelas 6 terdapat 2 kelas, 1 lapangan, 1 ruang guru dan kepala sekolah. SDN Patrang 2 dengan 1 kepala sekolah dan 16 guru pengajar lulusan S1 pendidikan tingkat dasar.

## 5.2 Karakteristik Responden

Analisis karakteristik siswa Sekolah Dasar Negeri (SDN) Bintoro 2 dan Patrang 2, yang sesuai dengan usia, agama, jenis kelamin dan suku yang melatarbelakangi siswa-siswi tersebut. Pengelompokan siswa sesuai dengan karakteristiknya, antara siswa SDN Bintoro 2 dan SDN Patrang 2.

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi karakteristik siswa SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember tahun 2014.

No	Karakteristik	Kelompok perlakuan (n= 40)		Kelompok kontrol (n= 40)	
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
1.	Usia				
	a. 8 tahun	7	17,5 %	17	42,5 %
	b. 9 tahun	17	42,5 %	10	25 %
	c. 10 tahun	11	27,5 %	9	22,5 %
	d. 11 tahun	5	12,5 %	4	10,0 %
2.	Agama				
	a. Islam	38	95 %	36	90 %
	b. Kristen	2	5 %	3	7,5 %
	c. Budha	0	0 %	1	2,5 %
3.	Jenis Kelamin				
	a. Laki-laki	14	35 %	10	25 %
	b. Perempuan	26	65 %	30	75 %
4.	Suku				
	a. Jawa	10	25 %	32	80 %
	b. Madura	30	75 %	8	20 %

Hasil analisis terhadap karakteristik usia, agama, jenis kelamin, suku sesuai tabel di atas, pada kelompok perlakuan dan kontrol siswa di SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember didapatkan, dari 40 siswa di SDN Bintoro 2 sebagian besar siswa berusia 9 tahun sebanyak 17 anak (42,5 %), yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 26 anak (65 %), suku Madura 30 anak (75 %),

beragama Islam sebanyak 38 anak (95 %), sedangkan dari 40 siswa di kelompok kontrol SDN Patrang 2 sebagian besar siswa berusia 8 tahun sebanyak 17 anak (42,5 %), berjenis kelamin perempuan sebanyak 30 anak (75 %), suku Jawa 32 anak (80 %), beragama Islam sebanyak 36 anak (90 %).

### **5.3 Analisis Terapi Bermain Meningkatkan Perilaku Mencuci Tangan pada Anak Usia Sekolah.**

Variabel independen dari penelitian ini adalah terapi bermain dan variabel dependennya adalah perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah dengan pendekatan teori PRECEDE PROCEED dan *self care model*. Perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor yang sesuai dengan pendekatan teori tersebut yaitu faktor predisposisi (pengetahuan dan sikap), faktor pendorong (guru dan teman sebaya), faktor pendukung (sarana prasarana kesehatan dan komitmen sekolah). Responden dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Kedua kelompok tersebut diberi kuesioner, saat sebelum dan sesudah dilakukan terapi bermain, hasil dari kuesioner dilakukan uji *kolmogorove-smirnov* untuk mengetahui kenormalan distribusi datanya. Hasil uji statistik dengan *kolmogorove-smirnov* didapatkan semua variabel mempunyai nilai *asymptotic (2-tailed) <math>\alpha (0,05)</math>* yang berarti bahwa kedua kelompok antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol mempunyai distribusi yang normal.

Hasil analisis penelitian tentang pengaruh terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada siswa SD, secara berurutan dibahas sebagai berikut:

5.3.1 Pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor predisposisi (pengetahuan) pada siswa SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember tahun 2014

Kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi, sebagian besar siswa mempunyai kategori cukup sebanyak 35 siswa dengan persentase 87,5 %. Hasil uji *wilcoxon test* menghasilkan perbedaan *pre test* dan *post test* pada masing-masing kelompok baik pada kelompok kontrol maupun perlakuan didapatkan nilai *Sig.(2.tailed)* (0,142) >  $\alpha$  0,05 dengan nilai Z -2,449 pada kelompok kontrol dan pada kelompok perlakuan *sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  0,05 dengan Z -5,462.

Tabel 5.2 Analisis pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor predisposisi (pengetahuan) pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014.

No	Kelompok	Sebelum		Sesudah		<i>Wilcoxon test</i>
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase	
1.	Kontrol					
	a. baik	4	10,0 %	17	42,5 %	0,142
	b. cukup	35	87,5 %	23	57,5 %	
	c. kurang	1	2,5 %	0	0 %	
2.	Perlakuan					
	a. baik	4	10,0 %	27	67,5 %	0,000
	b. cukup	35	87,5 %	13	32,5 %	
	c. kurang	1	2,5 %	0	0 %	
3.	Jumlah	40	100%	40	100%	
<i>Mann-whitney test</i>		1,000		0,000		

Intervensi yang telah dilakukan, mendapatkan hasil sebagian besar pengetahuan siswa pada kelompok perlakuan mempunyai kategori baik sebanyak 27 siswa dengan persentase 67,5 %. Perubahan pengetahuan siswa setelah dilakukan intervensi yang dilihat pada hasil *post test* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan uji *mann-whitney test* didapatkan hasil *sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  (0,05) yang berarti bahwa terapi bermain dapat mempengaruhi pengetahuan pada siswa.

Tabel 5.3 *Crosstab* pengetahuan terhadap perilaku mencuci tangan pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember sesudah intervensi tahun 2014.

No	Pengetahuan Kelompok	Perilaku mencuci tangan							
		Baik	%	Cukup	%	Kurang	%	Jumlah	%
1	Kontrol								
	a. Baik	5	29,4	10	58,8	2	11,7	17	100
	b. Cukup	3	13,1	12	52,2	8	34,8	23	100
	c. kurang	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Perlakuan								
	a. Baik	14	51,9	7	25,9	6	22,2	27	100
	b. Cukup	6	46,2	5	38,5	2	15,4	13	100
	c. kurang	0	0	0	0	0	0	0	0

Aspek pengetahuan berdasarkan tabel *crosstab* di atas, kelompok kontrol dengan pengetahuan baik sejumlah 17 anak mempunyai perilaku mencuci tangan baik hanya 5(29,4%) anak dan sebagian besar (10 anak (58,8%)) mempunyai perilaku mencuci tangan dengan kategori cukup. Kelompok perlakuan setelah intervensi siswa mempunyai pengetahuan baik sejumlah 27 anak, dan sebagian besar anak mempunyai perilaku mencuci tangan yang baik sejumlah 14 anak(51,9%).

### 5.3.2 Pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor predisposisi (sikap) pada siswa SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember tahun 2014

Kelompok kontrol dan perlakuan sebelum intervensi sebagian besar mempunyai kategori cukup sebanyak 18 siswa (45,0 %) dan 23 siswa (57,5 %). Hasil uji *wilcoxon test* pada masing-masing kelompok didapatkan hasil *sig.(2.tailed)* (0,705) >  $\alpha$  0,05 dengan Z -0,378 pada kelompok kontrol dan *sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  0,05 Z -5,555 pada kelompok perlakuan.

Tabel 5.4 Analisis pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor predisposisi (sikap) pada siswa SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember tahun 2014.

No	Kelompok	Sebelum		Sesudah		<i>Wilcoxon test</i>
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase	
1.	Kontrol					
	a. Baik	14	35,0 %	28	70 %	0.705
	b. cukup	18	45,0 %	12	30 %	
	c. kurang	8	20,0 %	0	0 %	
2.	Perlakuan					
	a. baik	10	25,0 %	35	87,5 %	0,000
	b. cukup	23	57,5 %	5	12,5 %	
	c. kurang	7	17,5 %	0	0 %	
3.	Jumlah	40	100%	40	100%	
<i>Mann-whitney test</i>		0,369		0,000		

Sikap siswa pada kelompok perlakuan setelah intervensi sebagian besar mempunyai kategori baik sebanyak 35 siswa (87,5 %). Perbedaan sikap yang berdampak pada perilaku mencuci tangan, ditunjukkan pada hasil post test kelompok perlakuan dan kontrol dilakukan uji *mann-whitney test* didapatkan hasil *sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  (0,05).

Tabel 5.5 *Crosstab* sikap siswa terhadap perilaku mencuci tangan pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember sesudah intervensi Tahun 2014.

No	Sikap Kelompok	Perilaku mencuci tangan							
		Baik	%	Cukup	%	Kurang	%	Jumlah	%
1.	Kontrol								
	a. Baik	6	21,4	10	35,7	12	42,8	28	100
	b. Cukup	1	8,3	11	91,7	0	0	12	100
	c. Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	Perlakuan								
	a. Baik	28	80	4	11,4	3	11,4	35	100
	b. Cukup	3	60	1	20	1	20	5	100
	c. Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0

Aspek sikap berdasarkan tabel *crosstab* di atas kelompok kontrol dengan sikap baik sejumlah 28 anak mempunyai perilaku mencuci tangan baik hanya 6 anak (21,4%) dan sebagian besar (12 anak(42,8%)) mempunyai perilaku mencuci tangan dengan kategori kurang. Kelompok perlakuan setelah intervensi

mempunyai sikap baik sejumlah 35 anak, dan sebagian besar anak mempunyai perilaku mencuci tangan yang baik sejumlah 28 anak dengan persentase (80%).

### 5.3.3 Pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor pendorong (guru) pada siswa SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember tahun 2014

Faktor pendorong yaitu guru sebelum dilakukan intervensi, pada kelompok kontrol dan perlakuan sebagian besar berkategori cukup sebanyak 29 siswa (72,5 %) dan 30 siswa (75 %). Hasil uji *wilcoxon test* kelompok kontrol didapatkan *sig.(2.tailed)* (0,564) >  $\alpha$  0,05 dengan Z  $-5,577$  dan kelompok perlakuan *sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  0,05 dengan Z  $-5,480$ .

Tabel 5.6 Analisis pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor pendorong (guru) pada siswa SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember tahun 2014

No	Kelompok	Sebelum		Sesudah		<i>Wilcoxon test</i>
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase	
1.	<b>Kontrol</b>					
	a. Baik	9	22,5 %	24	60,0 %	0,564
	b. cukup	29	72,5 %	16	40,0 %	
	c. kurang	2	5,0 %	0	0 %	
2.	<b>Perlakuan</b>					
	a. baik	5	12,5 %	30	75,0 %	0,000
	b. cukup	30	75,0 %	10	25,0 %	
	c. kurang	5	12,5%	0	0 %	
3.	<b>Jumlah</b>	40	100%	40	100%	
<i>Mann-whitney test</i>		0,054		0,000		

Faktor pendorong yaitu guru setelah dilakukan terapi bermain kelompok kontrol sebagian besar berkategori baik sebanyak 24 siswa (60,0 %), sedangkan pada kelompok perlakuan sebagian besar mempunyai kategori baik sebanyak 30 siswa (75,0 %). Adanya pengaruh terapi bermain berdampak pada faktor pendorong guru pada siswa dilakukan uji *mann-whitney test* pada kelompok kontrol dan perlakuan didapatkan hasil *sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  (0,05) .

Tabel 5.7 *Crosstab* faktor pendorong dari guru terhadap perilaku mencuci tangan pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember sesudah intervensi tahun 2014.

No	Faktor Guru	Perilaku mencuci tangan							
		Baik %		Cukup %		Kurang %		Jumlah	%
1.	Kontrol								
	a. Baik	5	20,8	15	62,5	4	16,7	24	100
	b. Cukup	4	25	11	68,75	1	6,25	16	100
	c. Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	Perlakuan								
	a. Baik	22	73,3	6	20	2	6,7	30	100
	b. Cukup	4	40	3	30	3	30	10	100
	c. Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0

Faktor pendorong dari guru berdasarkan tabel *crosstab* di atas, pada kelompok kontrol dengan kategori baik sejumlah 24 anak mempunyai perilaku mencuci tangan baik hanya 5 anak (20,8%) dan sebagian besar (15 anak (62,5%)) mempunyai perilaku mencuci tangan dengan kategori cukup. Kelompok perlakuan setelah intervensi siswa mempunyai kedekatan dengan guru kategori baik sejumlah 30 anak, dan sebagian besar anak mempunyai perilaku mencuci tangan yang baik sejumlah 22 anak dengan persentase 73,3%.

#### 5.3.4 Pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor pendorong (teman sebaya) sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada siswa SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember tahun 2014

Faktor pendorong (teman sebaya) sebelum intervensi pada kelompok kontrol sebagian besar mempunyai kategori cukup sebanyak 34 siswa (85,0 %) dan perlakuan berkategori cukup sebanyak 31 (77,5 %). Hasil uji *wilcoxon test* pada kedua kelompok didapatkan *sig.(2.tailed)* (1,000) >  $\alpha$  0,05.

Tabel 5.8 Analisis pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor pendorong (teman sebaya) pada siswa SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember tahun 2014.

No	Kelompok	Sebelum		Sesudah		<i>Wilcoxon test</i>
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase	
1.	Kontrol					
	a. baik	6	15 %	40	100 %	1,000
	b. cukup	34	85%	0	0 %	
	c. kurang	0	0 %	0	0 %	
2.	Perlakuan					
	a. baik	6	15,0 %	39	97,5 %	0,000
	b. cukup	31	77,5 %	1	2,5 %	
	c. kurang	3	7,5 %	0	0 %	
3.	Jumlah	40	100%	40	100%	
<i>Mann-Withmey Test</i>		0,825		0,000		

Faktor pendorong (teman sebaya) setelah dilakukan terapi bermain, pada kelompok kontrol sebagian besar mempunyai kategori baik sebanyak 40 siswa (100 %), sedangkan pada kelompok perlakuan sebagian besar berkategori baik sebanyak 39 siswa (97,5 %). Perbedaan faktor teman sebaya antara kelompok perlakuan dan kontrol dilakukan uji *mann-whitney test* didapatkan hasil *sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  (0,05).

Tabel 5.9 *Crosstab* faktor pendorong dari teman sebaya terhadap perilaku mencuci tangan pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember sesudah intervensi tahun 2014.

No	Faktor teman sebaya	Perilaku mencuci tangan							
		Baik %		Cukup %		Kurang %		Jumlah	%
1.	Kontrol								
	a. Baik	8	20	27	67,5	5	12,5	40	100
	b. Cukup	0	0	0	0	0	0	0	100
	c. Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	Perlakuan								
	a. Baik	30	76,9	6	15,4	3	7,7	39	100
	b. Cukup	1	100	0	0	0	0	1	100
	c. Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0

Faktor pendorong dari teman sebaya berdasarkan tabel *crosstab* diatas, pada kelompok kontrol dengan kategori baik sejumlah 40 anak mempunyai perilaku mencuci tangan baik hanya 8 anak (20%) dan sebagian besar (27 anak



(67,5 %) mempunyai perilaku mencuci tangan dengan kategori cukup. Kelompok perlakuan setelah intervensi siswa mempunyai kedekatan dengan teman sebaya kategori baik sejumlah 39 anak, dan sebagian besar anak mempunyai perilaku mencuci tangan yang baik sejumlah 30 anak dengan persentase 76,9%.

### 5.3.5 Pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor pendukung (sarana prasarana kesehatan di sekolah) pada siswa SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 Kabupaten Jember tahun 2014

Faktor pendukung (sarana prasarana kesehatan di sekolah) sebelum dilakukan terapi bermain, kelompok kontrol kategori cukup (80 %), sedangkan kelompok perlakuan kategori kurang (50 %). Hasil uji *wilcoxon test* pada kelompok kontrol didapatkan hasil *sig.(2.tailed)* (1,000) >  $\alpha$  0,05. Pada kelompok perlakuan *sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  0,05

Tabel 5.10 Analisis pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor pendukung (sarana prasarana kesehatan di sekolah) pada siswa SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember tahun 2014.

No	Kelompok	Sebelum		Sesudah		<i>Wilcoxon test</i>
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase	
1.	<b>Kontrol</b>					
	a. baik	3	7,5 %	6	15,0 %	1,000
	b. cukup	32	80 %	34	85,0 %	
	c. kurang	5	12,5 %	0	0 %	
2.	<b>Perlakuan</b>					
	a. baik	0	0 %	40	100 %	0,000
	b. cukup	20	50 %	0	0 %	
	c. kurang	20	50 %	0	0 %	
3.	<b>Jumlah</b>	40	100%	40	100%	
	<i>Mann-whitney test</i>		0,000		0,000	

Faktor pendukung sarana prasarana kesehatan di sekolah setelah dilakukan terapi bermain, pada kelompok kontrol kategori cukup (85,0 %) , sedangkan pada kelompok perlakuan sebagian besar kategori baik (100 %). Perbedaan faktor sarana prasarana kesehatan sekolah dilakukan uji *mann-whitney*

*test* didapatkan hasil *sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  (0,05) yang berarti bahwa terapi bermain mempengaruhi faktor pendukung sarana prasarana di sekolah.

Tabel 5.11 *Crosstab* faktor pendukung sarana prasarana kesehatan sekolah terhadap perilaku mencuci tangan pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember sesudah intervensi Tahun 2014.

N o	Faktor sarpra sekolah	Perilaku mencuci tangan							
		Baik	%	Cukup	%	Kurang	%	Jumlah	%
1. Kontrol									
a.	Baik	4	66,7	2	33,3	0	0	6	100
b.	Cukup	24	70,6	8	23,5	2	5,8	34	100
c.	Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Perlakuan									
a.	Baik	30	75	10	25	0	0	40	100
b.	Cukup	0	0	0	0	0	0	0	0
c.	Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0

Faktor pendukung sarana prasarana kesehatan sekolah berdasarkan tabel *crosstab* di atas, pada kelompok kontrol dengan kategori baik sejumlah 6 anak mempunyai perilaku mencuci tangan baik hanya 4 anak (66,7%) dan sebagian besar (34 anak) mempunyai kategori sarpra cukup dan berperilaku mencuci tangan dengan kategori baik sejumlah 24 anak (70,6%). Kelompok perlakuan setelah intervensi mempunyai kategori baik sejumlah 40 anak, dan sebagian besar anak mempunyai perilaku mencuci tangan yang baik sejumlah 30 anak dengan persentase 75 %.

### 5.3.6 Pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor pendukung (komitmen sekolah) pada siswa SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember tahun 2014

Faktor pendukung komitmen dari sekolah sebelum dilakukan terapi bermain sebagian besar pada kelompok kontrol mempunyai kategori cukup

sebanyak 32 siswa (77,5%) dan kelompok perlakuan berkategori cukup sebanyak 31 siswa (77,5%).

Tabel 5.12 Analisis pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap faktor pendukung (komitmen sekolah) pada siswa SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember tahun 2014

No	Kelompok	Sebelum		Sesudah		Wilcoxon test
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase	
<b>1. Kontrol</b>						
	a. Baik	4	10 %	40	100 %	1,000
	b. Cukup	31	77,5 %	0	0 %	
	c. Kurang	5	12,5 %	0	0 %	
<b>2. Perlakuan</b>						
	a. Baik	5	12,5 %	40	100 %	0,000
	b. Cukup	31	77,5 %	0	0 %	
	c. Kurang	4	10,0 %	0	0 %	
<b>3. Jumlah</b>		40	100%	40	100%	
<i>Mann-whitney test</i>		0,728		0,000		

Faktor pendukung dari komitmen sekolah setelah dilakukan terapi bermain pada siswa di kelompok kontrol dan kelompok perlakuan mempunyai kategori baik dengan persentase 100 %. Perbedaan faktor pendukung (komitmen sekolah) dilakukan uji *mann-whitney* didapatkan hasil *sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  (0,05).

Tabel 5.13 *Crosstab* faktor pendukung komitmen sekolah terhadap perilaku mencuci tangan pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember sesudah intervensi tahun 2014.

N o	Faktorkomitmen Sekolah	Perilaku mencuci tangan							
		Baik %		Cukup %		Kurang %		Jumlah %	
<b>1. Kontrol</b>									
	a. Baik	2	5	38	95	0	0	40	100
	b. Cukup	0	0	0	0	0	0	0	0
	c. Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>2. Perlakuan</b>									
	a. Baik	36	90	4	10	0	0	40	100
	b. Cukup	0	0	0	0	0	0	0	0
	c. Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0

Faktor pendukung komitmen sekolah berdasarkan tabel *crosstab* di atas, pada kelompok kontrol dengan kategori baik sejumlah 40 anak mempunyai

perilaku mencuci tangan baik hanya 2 anak (5%) dan sebagian besar (38 anak) mempunyai kategori komitmen sekolah cukup dengan persentase 95%. Kelompok perlakuan setelah intervensi mempunyai kategori baik sejumlah 40 anak, dan sebagian besar anak mempunyai perilaku mencuci tangan yang baik sejumlah 36 anak dengan persentase 90%.

### 5.3.7 Pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap perilaku pada siswa SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 kabupaten Jember tahun 2014

Kelompok kontrol sebagian besar siswa berperilaku mencuci tangan, sebelum dilakukan terapi bermain, mempunyai kategori cukup sebanyak 31 siswa (77,5 %) dan kelompok perlakuan berkategori cukup sebanyak 27 siswa (67,5 %) . Hasil uji *wilcoxon test* pada kelompok kontrol didapatkan *sig.(2.tailed)* (0,564) >  $\alpha$  0,05 dengan Z -,577 dan kelompok perlakuan *sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  0,05 dengan Z -4,877.

Tabel 5.14 Analisis pengaruh *nursing agency* terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014

No	Kelompok	Sebelum		Sesudah		<i>Wilcoxon test</i>
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase	
1.	<b>Kontrol</b>					
	a. baik	7	17,5 %	21	52,5 %	0,564
	b. cukup	31	77,5 %	18	45,0 %	
	c. kurang	2	5,0 %	1	2,5 %	
2.	<b>Perlakuan</b>					
	a. baik	5	12,5 %	33	82,5 %	0,000
	b. cukup	27	67,5 %	7	17,5 %	
	c. kurang	8	20,0 %	0	0 %	
3.	<b>Jumlah</b>	40	100%	40	100%	
	<i>Mann-whitney test</i>		0,341		0,000	

Perilaku mencuci tangan setelah dilakukan terapi bermain sebagian besar pada kelompok kontrol mempunyai kategori baik sebanyak 21 siswa dengan persentase 52,5 % sedangkan pada kelompok perlakuan berkategori baik 33 siswa dengan persentase 82,5 %. Perbedaan perilaku mencuci tangan pada kelompok

perlakuan dan kontrol dilakukan uji *mann-whitney* didapatkan hasil *sig.(2.tailed)*  $(0,000) < \alpha (0,05)$ , yang berarti bahwa terapi bermain berpengaruh dalam meningkatkan perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah.

Tabel 5.1§ *Crosstab* perilaku siswa setelah dilakukan terapi bermain pada siswa di SDN Patrang 2 dan Bintoro 2 kabupaten Jember tahun 2014.

N o	Perilaku Kelompok	Perilaku mencuci tangan							
		Baik	%	Cukup	%	Kurang	%	Jumlah	%
1. Kontrol									
	a. Baik	6	28,6	10	47,6	5	23,8	21	100
	b. Cukup	2	11,1	10	55,6	6	33,3	18	100
	c. Kurang	0	0	1	100	0	0	1	100
2. Perlakuan									
	a. Baik	31	93,9	2	6,1	0	0	33	100
	b. Cukup	6	85,7	1	14,3	0	0	7	100
	c. Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0

Perilaku siswa berdasarkan tabel *crosstab* di atas, pada kelompok kontrol dengan kategori baik sejumlah 21 anak mempunyai perilaku mencuci tangan baik hanya 6 anak (28,6 %) dan sebagian besar (10 anak (47,6 %)) mempunyai kategori cukup. Kelompok perlakuan setelah intervensi mempunyai kategori baik sejumlah 33 anak, dan sebagian besar anak mempunyai perilaku mencuci tangan yang baik sejumlah 31 anak dengan persentase 93,9 %.

BAB 6  
PEMBAHASAN

## BAB 6

### PEMBAHASAN

#### 6.1. Faktor Predisposisi, Pengetahuan Siswa Sebelum dan Sesudah Dilakukan Terapi Bermain Aktif Ular Tangga

Kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dilakukan terapi bermain, pengetahuan sebagian besar mempunyai kategori cukup sebanyak 35 siswa 87,5 %, hal ini dikarenakan sebagian besar siswa sebelumnya sudah pernah terpapar oleh pengetahuan tentang mencuci tangan. Pengetahuan itu berasal dari informasi yang diperoleh siswa secara langsung dari petugas kesehatan yang pernah ke sekolah melakukan pemeriksaan di UKS. Pengetahuan siswa juga dipengaruhi oleh pengalaman mereka yang pernah terlibat dan melihat orang lain melakukan tindakan cuci tangan, informasi tidak langsung diterima oleh siswa dari cerita teman sekolahnya.

Pengetahuan adalah hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan siswa (Notoatmojo, 2003). Hasil dari penelitian ini sesuai dengan teori tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Pengetahuan diperoleh secara bertahap dan melalui berbagai kendala yang ada, sesuai dengan tahapan proses pengetahuan, disinilah sangat diperlukan stimulus atau perlakuan yang mengarah ke peningkatan pengetahuan yang positif.

Ajzen (2006) menyatakan perilaku dipengaruhi oleh latar belakang (*background faktor*) diantaranya adalah pendidikan, ras dan agama, berdasarkan data demografi, siswa di kelompok perlakuan sebagian besar beragama Islam, dimana agama Islam

mengajarkan kebersihan sebagian dari iman sehingga siswa mempunyai dasar untuk dapat lebih mudah menerima pendidikan dasar tentang perilaku hidup bersih dengan kebiasaan mencuci tangan. Pengetahuan ini membentuk siswa memiliki kemampuan untuk memperoleh perilaku yang sehat yaitu mencuci tangan. Kemampuan siswa dapat menyerap informasi dibandingkan dengan orang dewasa, juga dapat dijadikan modal dasar untuk merubah kebiasaan tidak sehat menjadi sehat.

Motivasi siswa untuk berperilaku ini juga dipengaruhi oleh faktor sosial diantaranya adalah suku, dan agama. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian dari Serour et al (2007) tentang pengetahuan seseorang dalam melakukan suatu tindakan yang dilakukan terdapat beberapa hambatan yaitu 4,6 % karena kurangnya motivasi.

Analisis pada kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi terjadi perbedaan peningkatan hasil test yang signifikan. Kelompok perlakuan berkategori baik 27 siswa (67,5%) dari sebelum intervensi hanya 4 orang (10 %) berkategori baik. Hasil uji *mann-whitney test* pada kedua kelompok (kontrol dan perlakuan) didapatkan hasil *Sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  0,05, yang berarti terapi bermain berpengaruh pada pengetahuan siswa tentang mencuci tangan. Data *crosstab* diperoleh pengetahuan siswa setelah intervensi pada kelompok perlakuan sebanyak 27 anak, dan sebagian besar anak mempunyai perilaku mencuci tangan yang baik sejumlah 14 anak.

Notoatmodjo (2010), yang menyatakan bahwa perilaku baru terutama pada masa anak-anak dimulai pada domain kognitif, dalam arti subjek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi objek diluarnya, dan akan menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap. Perbedaan peningkatan antara kelompok perlakuan dan kontrol disebabkan oleh kelompok kontrol hanya mendapatkan pendidikan kesehatan dari peneliti yang berupa kuis tebak gambar tentang perilaku mencuci tangan hanya satu



kali dalam periode satu bulan, sedangkan kelompok perlakuan mendapatkan 12 kali informasi atau pesan kesehatan dalam waktu satu bulan, yang berupa terapi bermain aktif ular tangga. Peningkatan pengetahuan yang berbeda, berkaitan dengan penyerapan pemahaman terhadap pengetahuan tentang mencuci tangan yang dilakukan. Pelaksanakan tindakan mencuci tangan dalam kehidupan sehari-hari siswa mencontoh pada orang disekitarnya terutama dari kebiasaan keluarga. Kelompok kontrol memiliki tingkat pemahaman yang relatif sama dengan dengan tingkat pemahaman pada saat dilakukan *pre-test*, karena perlakuannya kurang maksimal. Peningkatan pengetahuan tentang mencuci tangan yang benar ini berkaitan dengan kepatuhan siswa terhadap informasi, contoh yang mereka terima dalam aturan dan urutan pelaksanaan untuk mencuci tangan dalam tindakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang dilakukan siswa dalam setiap harinya, hal ini mendasari bahwa perilaku tidak bisa dibentuk secara instan.

*Nursing agency* (terapi bermain aktif dengan ular tangga) pada siswa merupakan terapi yang mengkombinasikan aspek kognitif dan tingkah laku. Pendekatan ini mengajarkan siswa untuk mengenali bahwa pola pikir tertentu yang sifatnya negatif dapat membuat individu salah memaknai situasi dan memunculkan emosi atau perasaan negatif pula. Permainan ular tangga dengan setiap kotaknya bermakna materi tentang PHBS, diharapkan dapat membantu meningkatkan pengetahuan siswa secara bertahap. Suasana bermain yang gembira dan membacakan materi berulang-ulang akan membantu siswa untuk menyerap dan memahami materi dan akan di aplikasikan melalui perilaku. Pikiran dan emosi yang salah pada akhirnya akan mempengaruhi tingkah laku individu, sehingga dianggap membutuhkan terapi (Rosenvald, Oei & Schmidt, 2007; Spielger & Guevremont, 2010; Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007).

Pengetahuan berhubungan dengan perilaku seseorang diperkuat dengan hasil penelitian (Asti,2012) yang merekomendasikan bahwa pendidikan ibu berpengaruh dengan pola asuh terhadap anaknya dan juga penelitian (Rohmah,2011) tentang tingkat pengetahuan ibu terhadap perilaku hidup sehat pada anaknya.

## **6.2. Faktor Predisposisi (Sikap), Sebelum dan Sesudah Dilakukan *Nursing Agency* (Terapi Bermain Aktif dengan Ular Tangga)**

Kelompok perlakuan faktor predisposisi sikap siswa sebelum dilakukan intervensi 57,5 % berkategori cukup sesudah intervensi menjadi baik sebesar 87,5 %, sedangkan pada kelompok kontrol 45 % mempunyai kategori cukup dan sesudah intervensi menjadi baik sebesar 70%. Hal ini disebabkan, siswa memperoleh pengetahuan yang berbeda yang berdampak pada sikap siswa untuk berperilaku.

Ajzen (2006) menyatakan, sikap adalah evaluasi individu secara positif atau negatif terhadap, perilaku atau minat tertentu (pengetahuan tentang mencuci tangan yang benar), sikap juga merupakan suatu keadaan internal (*internal state*) yang mempengaruhi pilihan tindakan individu terhadap pengetahuan yang mempengaruhi sikap dan tindakan. Sikap merupakan kecenderungan kognitif, afektif, dan tingkah laku yang dipelajari untuk berespon secara positif pengetahuan tentang mencuci tangan yang benar. (Eagly & Chaiken, 1993 dalam Betsch, T, 2011).

*Nursing agency* (terapi bermain aktif dengan ular tangga) siswa akan membentuk sikap atau *attitude* yang berarti sesuai atau cocok dan siap untuk bertindak atau berbuat mematuhi aturan, urutan tindakan, waktu atau saat diperlukan untuk mencuci tangan dengan benar. Sikap yang positif ini mempengaruhi siswa dan akan

memiliki niat yang positif terhadap pengetahuan tentang mencuci tangan yang benar, dan hal ini perlu dilakukan untuk menjaga tubuh tetap sehat.

Teori *PRECEDE dan PROCEED*, sikap siswa dapat mempengaruhi perilaku mencuci tangan yang benar akan mengarahkan pada hasil yang positif dan siswa yang memiliki sikap positif terhadap pengetahuan tentang mencuci tangan yang benar, dengan *nursing agency* (terapi bermain aktif dengan ular tangga) dapat mempengaruhi siswa untuk membentuk sikap. Sikap yang positif terhadap pengetahuan tentang mencuci tangan yang benar dapat membentuk perilaku pada diri siswa yang akan ditampakan pada perilaku pengetahuan tentang mencuci tangan yang benar.

Perilaku ditentukan oleh sejauh mana siswa memiliki sikap positif pada pemahaman pengetahuan yang didapat. Perilaku ini merupakan sebuah keinginan, kesengajaan, atau memang sudah direncanakan untuk melakukan suatu tindakan. Siswa memiliki pengetahuan yang positif dan benar maka akan memiliki perilaku positif terhadap sikap (Azjen, 2005). Hasil penelitian menunjukkan bahwa *nursing agency* (terapi bermain aktif dengan ular tangga) dapat meningkatkan perilaku dan perawatan diri pada siswa. Penelitian Gonzalez J ,et al (2013) yang menyatakan bahwa *nursing agency* (terapi bermain aktif dengan ular tangga) dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan siswa yang berdampak pada sikap sampai dengan terwujudnya perilaku. Welschen, et al, (2008) menyatakan bahwa terapi bermain dapat meningkatkan kesadaran diri, manajemen diri dan meningkatkan manajemen perawatan diri, dengan suasana gembira bermain dengan teman sebaya, sehingga dapat merubah gaya hidup dan menurunkan risiko penyakit menular pada siswa. Hasil penelitian dari Safren .SA,et al,(2013) menyatakan bahwa terapi bermain adalah salah satu intervensi yang efektif untuk mendapatkan pengetahuan tentang mencuci tangan yang benar.

Kelompok perlakuan, sebagian besar siswa melakukan tindakan mencuci tangan yang sesuai setelah perlakuan selama 4 minggu. Tahapan awal siswa merasa dirinya hanya butuh permainan saja, tanpa ada pesan khusus yang bisa merubah pengetahuannya pada kehidupannya berupa pesan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang juga dianjurkan petugas kesehatan dan rendahnya perubahan sikap siswa juga berkaitan dengan sebagai besar siswa bertempat tinggal di daerah dengan kultur yang berbeda. Siswa yang sebagian besar berada di daerah pegunungan pada kelompok perlakuan, mereka sangat sedikit mendapatkan paparan tentang pengetahuan mencuci tangan, dan keadaan geografis yang menyebabkan keterbatasan air untuk mencuci tangan setiap aktifitas siswa. Kondisi ini menyebabkan berkurangnya kebiasaan, perilaku untuk mencuci tangan, hal ini didukung oleh hasil penelitian dari Elizabeth KN (2010) tentang sikap siswa merupakan hambatan dalam melakukan sebuah perilaku disebabkan 27,7 % karena lingkungan, 39,9 % karena keterbatasan.

Hasil uji *mann-whitney test* pada kedua kelompok (kontrol dan perlakuan) setelah dilakukan *nursing agency* (terapi bermain aktif dengan ular tangga) didapatkan *Sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  0,05, yang berarti bahwa terapi bermain berpengaruh pada sikap siswa. Data dari *crosstab* didapatkan kelompok perlakuan setelah intervensi siswa mempunyai sikap baik sejumlah 35 anak, dan sebagian besar dari sikap siswa yang baik itu anak mempunyai perilaku mencuci tangan yang baik sejumlah 28 anak (80 %), sehingga membuktikan sikap siswa juga berpengaruh pada perilakunya untuk mencuci tangan.

Peningkatan pengetahuan dan sikap siswa berbanding lurus dengan perilaku siswa. *Nursing agency* (terapi bermain aktif dengan ular tangga) merupakan salah satu bentuk *health education* pada siswa yang bertujuan membantu siswa supaya dapat

menjadi lebih mempunyai perilaku sehat, memperoleh pengalaman yang memuaskan, dan dapat memenuhi gaya hidup yang sehat. Sikap siswa untuk berperilaku dengan cara memodifikasi pola pikir dan perilaku tertentu. Pemberian kognitif atau pengetahuan memfokuskan pada kegiatan mengelola dan memonitor pola pikir siswa tentang perilaku mencuci tangan sehingga dapat mengurangi pola hidup siswa yang tidak sehat menjadi sehat. Penanaman sikap siswa, memotivasi siswa untuk melakukan tindakan tertentu, pemberian konsekuensi yang tidak menyenangkan, guna mencegah siswa melakukan tindakan yang tidak dikehendaki dengan permainan yang menyenangkan, dengan gambar yang menarik.

Pemberian *Nursing agency* (terapi bermain aktif dengan ular tangga) akan dapat membentuk sikap pada siswa terhadap gaya hidup yang selalu membudayakan hidup bersih. Sikap atau *attitude* merupakan suatu keadaan internal (*internal state*) yang mempengaruhi pilihan tindakan individu terhadap objek, orang atau kejadian tertentu. Sikap merupakan kecenderungan kognitif, afektif, dan tingkah laku yang dipelajari untuk berespon secara positif maupun negatif terhadap objek, situasi, institusi, konsep atau siswa (Eagly & Chaiken, 1993 dalam Betsch, T, 2011).

Sikap siswa yang positif akan mempengaruhi perilakunya, dan membentuk karakter siswa. Sikap dan perilaku siswa merupakan indikasi seberapa kuat keyakinan siswa akan mencoba suatu perilaku dan seberapa besar usaha yang digunakan untuk melakukan sebuah perilaku. Kecenderungan siswa untuk memilih, melakukan atau tidak melakukan sesuatu tindakan. Individu memiliki sikap positif pada perilaku tertentu, dan sejauh mana bila dia memilih untuk melakukan perilaku tertentu itu dia mendapat dukungan dari orang-orang lain yang berpengaruh dalam kehidupannya. Perilaku merupakan sebuah keinginan, kesengajaan, atau memang sudah direncanakan untuk

berperilaku. Perilaku yang positif terhadap sikap akan membentuk perilaku. Ajzen (2005) perilaku adalah fungsi dari niat yang kompatibel dan tanggapan dari sikap dalam kontrol perilaku yang dipersepsi. Sikap belum merupakan perilaku, sedangkan perilaku adalah tindakan nyata yang dilakukan. Hasil penelitian dari Welschen, et al, (2008) yang menyatakan bahwa terapi bermain dapat meningkatkan manajemen diri dan meningkatkan manajemen perawatan diri siswa, sehingga juga dapat merubah gaya hidup pada siswa, menurut Safren .SA,et al, (2013) menyatakan bahwa terapi bermain adalah intervensi yang efektif secara klinis untuk manajemen perawatan diri siswa yang sesuai dengan teori Sister Dorothea E. Orem menyebut teori SCDNTnya. Kebutuhan perawatan diri sesuai perkembangan (*developmental self care requisites*) terbagi atas tiga bagian yaitu: syarat kondisi yang memerlukan suatu pengembangan, keterlibatan dalam pengembangan diri, perlindungan terhadap kondisi dan situasi kehidupan yang mengancam pengembangan diri.

*Self care deficit* adalah hubungan antara *therapeutic self care demands* seseorang dengan kekuatan *self care agency* mereka dimana kemampuan *self care* dalam *self care agency* tidak adekuat untuk mengetahui dan memenuhi beberapa atau seluruh komponen *therapeutic self care demand* (Alligood dan Thomey 2006). *Self care defisit* merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum di mana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan. Pemenuhan perawatan diri sendiri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, Orem memiliki metode untuk proses tersebut yaitu metode membantu (*helping methods*).

### 6.3. Faktor Pendorong (Guru) Terhadap Perilaku Siswa Sebelum dan Sesudah Dilakukan *Nursing Agency* (Terapi Bermain Aktif dengan Ular Tangga)

Faktor pendorong dari guru sebelum dilakukan *nursing agency* (terapi bermain aktif dengan ular tangga) pada kelompok kontrol sebagian besar berkategori cukup sebanyak 29 siswa dengan persentase 72,5 % dan pada kelompok perlakuan sebagian besar faktor pendorong dari guru mempunyai kategori cukup sebanyak 30 siswa dengan presentase 75 %. Hasil uji *wilcoxon test* pada kedua kelompok kontrol didapatkan *sig.(2.tailed)* (0,564) >  $\alpha$  0,05 dengan  $Z$  -,577 dan pada kelompok perlakuan *sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  0,05 dengan  $Z$  -5,480.

Faktor pendorong dari guru, untuk memotivasi siswa berperilaku berkaitan dengan faktor kedekatan siswa dengan guru. Hasil uji *mann-whitney test* pada kedua kelompok (kontrol dan perlakuan) sesudah dilakukan *nursing agency* (terapi bermain aktif dengan ular tangga) didapatkan *Sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  0,05. berarti terdapat pengaruh terapi bermain terhadap kedekatan siswa pada guru. Sesudah perlakuan pada kelompok kontrol dan perlakuan sebagian besar siswa berperilaku karena mencontoh dari guru. Siswa sudah memiliki kedekatan dengan guru walaupun belum sepenuhnya. Perilaku siswa yang berasal dari faktor guru ini berbeda dengan kondisi saat *pre test*.

Data *crosstab* didapatkan, kelompok perlakuan setelah intervensi siswa mempunyai kedekatan dengan guru kategori baik sejumlah 30 anak, dan dari kedekatan siswa pada guru tersebut sebagian besar anak mempunyai perilaku mencuci tangan yang baik sejumlah 22 anak (73,3 %) dari 30 anak. Faktor yang mempengaruhi kedekatan siswa dengan guru adalah adanya kepatuhan siswa dalam melakukan tindakan mencuci tangan pada saat berada di lingkungan sekolah maupun keluarga atau masyarakat sesuai kondisi yang telah ditentukan dan peningkatan kesadaran untuk melakukan karena

contoh dari guru, yang berarti bahwa faktor pendorong dari guru berpengaruh dalam meningkatkan perilaku siswa untuk mencuci tangan.

#### **6.4. Faktor Pendorong (Teman Sebaya) Terhadap Perilaku Mencuci Tangan, Sebelum dan Sesudah Dilakukan *Nursing Agency* (Terapi Bermain Aktif dengan Ular Tangga)**

Faktor teman sebaya sebelum dilakukan *nursing agency* (terapi bermain aktif dengan ular tangga) pada kelompok kontrol dan perlakuan sebagian besar mempunyai kategori cukup, dikarenakan sebagian besar siswa tidak mengetahui pentingnya proses pembelajaran bersama untuk melakukan sesuatu yang positif. Pembelajaran dengan tutor sebaya yaitu *peer tutoring* oleh Edward L. Dejnozken dan David E. Kopel *American Education Encyclopedia* (2009) menyebutkan bahwa tutorial sebaya adalah sebuah prosedur siswa mengajar kepada siswa lainnya. Siswa berperan aktif pada siswa lainnya, maka tipe pelaksanaannya mempunyai beberapa jenis. Pertama, pengajar dan pembelajar usianya sama. Kedua pengajar berusia lebih tua dari pembelajar. Ketiga dimunculkan pertukaran usia pengajar.

Kelompok perlakuan sesudah dilakukan *nursing agency* (terapi bermain aktif dengan ular tangga) sebagian besar berkategori baik dengan persentase 97,5%. Hasil uji *mann-whitney test* pada kedua kelompok (kontrol dan perlakuan) sesudah dilakukan *nursing agency* (terapi bermain aktif dengan ular tangga) didapatkan *sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  0,05. yang berarti bahwa terapi bermain juga berpengaruh pada kedekatan siswa pada teman sebaya. Data *crosstab* diatas, faktor pendorong dari teman sebaya pada kelompok kontrol dengan kategori baik sejumlah 40 anak mempunyai perilaku mencuci tangan baik hanya 8 anak (20 %) dan sebagian besar (27 anak (67,5%)) mempunyai perilaku mencuci tangan dengan kategori cukup. Kelompok perlakuan



setelah intervensi siswa mempunyai kedekatan dengan teman sebaya kategori baik sejumlah 39 anak, dan sebagian besar anak mempunyai perilaku mencuci tangan yang baik sejumlah 30 anak (76,9%).

Peningkatan kedekatan dengan teman sebaya dan contoh dari teman sebaya yang baik akan mendorong siswa untuk berperilaku sehat, mencuci tangan dalam kesehariannya. Terdapat peningkatan skor yang signifikan pada kelompok ini, disebabkan adanya ajakan, persamaan motivasi siswa setelah mereka tahu pentingnya mencuci tangan.

#### **6.5. Faktor Pendukung (Sarana Prasarana Kesehatan Di Sekolah) Terhadap Perilaku Mencuci Tangan Siswa, Sebelum dan Sesudah Dilakukan *Nursing Agency* (Terapi Bermain Aktif dengan Ular Tangga) pada Siswa**

Kelompok kontrol, faktor ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan sebelum dilakukan *nursing agency* (terapi bermain aktif dengan ular tangga) sebagian besar berkategori cukup. Kelompok perlakuan berkategori kurang dengan persentase 50 %. Hasil uji *wilcoxon test* pada kelompok kontrol didapatkan *sig.(2.tailed)* (1,000) >  $\alpha$  0,05. Perilaku sehat memerlukan ketersediaan sarana dan prasarana fasilitas kesehatan. Siswa berperilaku sehat tidak hanya karena tahu dan sadar manfaat dari mencuci tangan saja melainkan juga tergantung dari bagaimana mudahnya siswa memperoleh fasilitas atau sarana prasarana kesehatan. Fasilitas ini pada hakekatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku sehat (Notoatmodjo, 2007). Adanya fasilitas sarana prasarana kesehatan merupakan faktor pendukung (*enabling factors*), yang mempengaruhi perilaku kesehatan siswa (Glanz, K. et al, 2008).

Faktor pendukung sarana prasarana kesehatan di sekolah setelah dilakukan terapi bermain, pada kelompok kontrol kategori cukup dengan persentase 85,0 %

sedangkan pada kelompok perlakuan sebagian besar kategori baik dengan persentase 100 %. Pengaruh faktor sarana prasarana kesehatan sekolah dilakukan uji *mann-whitney test* didapatkan hasil *sig.(2.tailed)*  $(0,000) < \alpha (0,05)$  yang berarti bahwa terapi bermain merubah faktor pendukung sarana prasarana di sekolah dalam meningkatkan motivasi siswa untuk berperilaku mencuci tangan dan memerlukan fasilitas yang memadai. Data dari *crosstab* di atas, faktor pendukung sarana prasarana kesehatan sekolah pada kelompok kontrol dengan kategori baik sejumlah 6 anak mempunyai perilaku mencuci tangan baik hanya 4 anak (66,7%) dan sebagian besar (34 anak) mempunyai kategori sarpra cukup dan berperilaku mencuci tangan dengan kategori baik sejumlah 24 anak (70,6%). Kelompok perlakuan setelah intervensi mempunyai kategori baik sejumlah 40 anak, dan sebagian besar anak mempunyai perilaku mencuci tangan yang baik sejumlah 30 anak (75%).

Kelompok perlakuan setelah intervensi, faktor ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan dalam kategori baik. mencuci tangan berupa ember (bak) dan tempat untuk mencuci tangan pada setiap kelas dengan penjadwalan piket yang baik di kelas, guna mengisi bak air dan perlengkapan mencuci tangan lainnya terdapat peningkatan skor yang signifikan pada kelompok ini.

#### **6.6. Faktor Pendukung (Komitmen Sekolah) Terhadap Perilaku Mencuci Tangan pada Siswa Sebelum dan Sesudah *Nursing Agency* (Terapi Bermain Aktif dengan Ular Tangga)**

Faktor komitmen dari sekolah sebelum dilakukan terapi bermain pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan mempunyai kategori cukup dengan persentase sebesar 77,5%. Hasil uji *wilcoxon test* pada kelompok kontrol didapatkan *sig.(2.tailed)*  $(1,000) > \alpha 0,05$  dengan nilai  $Z 0,000$  dan pada kelompok perlakuan

*sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  0,05  $Z$  - 5,598. Terapi bermain mempengaruhi faktor komitmen sekolah pada siswa di kelompok kontrol dan kelompok perlakuan mempunyai kategori baik dengan persentase 100 %. Pengaruh faktor pendukung (komitmen sekolah) diuji *mann-whitney* didapatkan hasil kelompok kontrol dan perlakuan *sig.(2.tailed)* (0,000) <  $\alpha$  (0,05) yang berarti bahwa terapi bermain mempengaruhi komitmen sekolah dan akan meningkatkan motivasi siswa untuk berperilaku mencuci tangan.

Data dari *crosstab* di atas, faktor pendukung komitmen sekolah pada kelompok kontrol dengan kategori baik sejumlah 40 anak mempunyai perilaku mencuci tangan baik hanya 2 anak dan sebagian besar (38 anak) mempunyai kategori komitmen sekolah cukup. Kelompok perlakuan setelah intervensi mempunyai kategori baik sejumlah 40 anak, dan sebagian besar anak mempunyai perilaku mencuci tangan yang baik sejumlah 36 anak. Kelompok perlakuan menjadi signifikan hasilnya dikarenakan, kemauan yang tinggi dari pihak sekolah untuk menciptakan kondisi yang sehat di dalam lingkungan sekolah. *Nursing agency* (terapi bermain aktif dengan ular tangga) berpengaruh dalam meningkatkan faktor pendukung yaitu komitmen sekolah. Komitmen sekolah yang selalu menjaga kedisiplinan anak sekolah berpengaruh pada perilaku siswa untuk membiasakan mencuci tangan yang benar, sehingga siswa dapat terhindar dari penyakit menular.

Komitmen sekolah juga sebagai penunjang pelaksanaan program PHBS sekolah di wilayah sekolah. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian dari Asti N,2012 yang berjudul hubungan penerapan PHBS keluarga terhadap kejadian diare pada anak dengan hasil terdapat hubungan yang signifikan, sehingga memang perlu dilakukan penanaman sikap dan perilaku pada suatu lingkungan supaya tercapai tujuan.

### **6.7. Pengaruh Terapi Bermain Pada Perilaku Mencuci Tangan Siswa Sebelum dan Sesudah *Nursing Agency* (Terapi Bermain Aktif dengan Ular Tangga)**

Kelompok kontrol setelah dilakukan terapi bermain mempunyai kategori baik sebanyak 21 siswa dengan persentase 52,5 % sedangkan pada kelompok perlakuan sebagian besar berkategori baik 33 siswa dengan persentase 82,5 %. Kelompok kontrol terapi bermainnya dilakukan kuis tebak gambar dengan topik mencuci tangan. Pengaruh terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan dilakukan uji *mann-whitney* didapatkan hasil post test kelompok kontrol dan perlakuan *sig.(2.tailed)*  $(0,000) < \alpha$   $(0,05)$  yang berarti bahwa terapi bermain berpengaruh dalam meningkatkan perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah.

Data *crosstab* perilaku pada kelompok kontrol dengan kategori baik sejumlah 21 anak mempunyai perilaku mencuci tangan baik hanya 6 anak dan sebagian besar (10 anak) mempunyai kategori cukup. Kelompok perlakuan setelah intervensi mempunyai kategori baik sejumlah 33 anak, dan sebagian besar anak mempunyai perilaku mencuci tangan yang baik sejumlah 31 anak (93,9%). Adanya pengaruh terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak sekolah disebabkan karena karakteristik permainan ulartangga masuk dalam klasifikasi permainan yang edukatif yakni didalamnya memuat unsur – unsur sosial afektif. Wong (2009) menyatakan bahwa interaksi permainan pada masa anak adalah antara anak dengan anak yang lain. Interaksi anak yang sangat egosentris, tidak dapat mentoleransi penundaan atau campur tangan, dan pada akhirnya dapat memperhatikan orang lain dan mampu menunda rasa puas bahkan menolak rasa puas yang mengorbankan orang lain.

Permainan ular tangga yang peneliti berikan, penyampaian pengetahuannya bukan hanya melalui kontak visual saja (gambar-gambar), tetapi juga secara verbal dengan siswa diharuskan membacakan dengan lantang tulisan – tulisan yang berada pada setiap kotak yang berupa pendidikan kesehatan sesuai dengan topik dalam permainan tersebut. Solso (2007) dalam bukunya Psikologi Kognitif menyebutkan bahwa pada proses pembelajaran secara visual lebih menitikberatkan pada ketajaman penglihatan, sedangkan gaya belajar auditori mengandalkan indera pendengaran dalam memahami dan mengingat sebuah informasi. Karakteristik model belajar seperti ini benar – benar menitikberatkan pendengaran pada sebagai alat utama untuk menyerap informasi.

Kata – kata yang ada dalam ular tangga tersebut tidak hanya mereka dapat satu kali karena setiap pemain akan melewatinya, jadi terdapat pengulangan informasi yang sama dan akan menjadikan informasi tersebut mampu melekat lebih efektif jika dibanding dengan informasi yang hanya disampaikan sekali saja. Solso, (2007) mengatakan bahwa replikasi merupakan pemberian informasi secara berulang. Penyampaian secara berulang atau lebih dari satu kali dalam sekali waktu maka informasi tersebut akan lebih melekat pada ingatan seseorang jika dibandingkan dengan sebuah informasi yang hanya di sampaikan sekali saja. Domain dari perilaku, adalah pengetahuan, sikap dan tindakan. Domain tersebut sangat terlihat jelas pada tahapan tindakan, siswa pada kelompok perlakuan karena mendapatkan stimulus berupa pengetahuan yang berulang-ulang dengan terapi bermain sebanyak dua belas kali maka, siswa terbentuk mindset yang baik dan dapat memperoleh ketrampilan yang baik dibandingkan dengan kelompok kontrol. Siswa pada kelompok perlakuan mampu melakukan enam langkah mencuci tangan dengan benar sebanyak 31 anak dari 33 anak

yang berperilaku baik. Tindakan berdasarkan teori didapatkan melalui persepsi, respon terpinpin, mekanisme melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis. Pengukuran perilaku pada siswa dilakukan melalui dua tahap yaitu secara tidak langsung dengan wawancara terhadap kegiatan atau kuesioner, dan secara langsung dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden, melalui demonstrasi satu persatu siswa.

## **6.8. Keterbatasan Penelitian**

### **1. Variabel *confounding***

Penelitian ini ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan anak yaitu pengalaman, pendidikan, keyakinan, fasilitas, sosial budaya. Karakteristik yang dihomogenkan oleh peneliti hanya pendidikan saja, maka dari itu bisa saja variabel yang lain mempengaruhi hasil dari penelitian ini.

### **2. Subjek**

Penelitian ini populasi yang di teliti adalah anak usia sekolah (6-12 tahun), namun yang menjadi sampel adalah anak kelas empat, hal ini yang menyebabkan anak kelas tiga sudah bisa di ajak komunikasi melalui tulisan jika dibanding dengan anak kelas 1 dan 2 yang mana mereka masih dalam tahap belajar membaca, sedangkan anak kelas empat masih tertarik bermain ular tangga jika dibanding dengan anak kelas 5 dan 6, maka hasilnya akan kurang bisa digeneralisasikan kepada yang lain jika tidak mengubah bentuk metode permainannya.

BAB 7  
KESIMPULAN & SARAN

## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

1. Terapi bermain berpengaruh terhadap faktor predisposisi pengetahuan dan sikap pada anak usia sekolah
2. Terapi bermain berpengaruh terhadap faktor pendorong guru dan teman sebaya pada anak usia sekolah
3. Terapi bermain berpengaruh terhadap faktor pendukung tersedianya sarana prasarana kesehatan dan komitmen sekolah pada anak usia sekolah
4. Terapi bermain meningkatkan perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah

#### 7.2 Saran

1. Bagi pihak sekolah, hendaknya memperbaiki perilaku dalam bidang kesehatan dengan selalu meningkatkan pengetahuan siswa, sehingga terbentuk sikap siswa yang mengarah pada perilaku sehat.
2. Bagi pihak pemegang kebijakan sekolah, hendaknya mempererat hubungan antara siswa dengan siswa (teman sebaya), siswa dengan guru sehingga terbentuk *peer group* yang baik, dalam menciptakan komunitas masyarakat sekolah yang sehat.
3. Bagi pihak dinas kesehatan dan sekolah (UKS), hendaknya menyediakan sarana prasarana kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan siswa dan



meningkatkan komitmen yang berhubungan dengan kesehatan guna menciptakan generasi yang sehat.

4. Bagi pihak institusi pendidikan kesehatan, hendaknya melakukan penelitian lanjutan pada anak usia sekolah yang telah mendapatkan terapi bermain untuk melihat sejauhmana siswa mampu menerapkan terapi bermain dan efektifitas bermain pada perubahan perilaku, dengan menjadikan hasil penelitian ini sebagai data dasar.
5. Bagi peneliti selanjutnya, hendaknya melakukan penelitian pada terapi bermain yang jenis lain, di tatanan pelayanan kesehatan umum.

# DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W.(2007). *Asuhan keperawatan anak gangguan sistem gastrointestinal*. Jakarta: Salemba Medika.
- Adriana, D.(2011). *Tumbuh kembang dan terapi bermain anak*. Denpasar : Salemba Medika
- Arikunto, S.(2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Cetakan ketigabelas. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Allender, Judith & Spradley, Barbara Walton (2005). *Community health nursing concepts and practice 7 edition*. Philadelphia: Lippincot
- Anderson & Mc.Farlane (2000). *Community as partner theory and practice in nursing (Third Edition)*. Philladelphia. Lippincot
- Curtis, C (2010). *The effect of hand washing with soap on diarrhoea risk in the community. Lancet infect dis.vol.5 no 3*
- Kementerian Kesehatan RI.(2009). *Promosi kesehatan, pedoman pengelolaan promosi kesehatan dalam pencapaian PHBS*.Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI.(2010). *Promosi kesehatan, pedoman pelatihan PHBS*.Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI.(2011). *Panduan integrasi promosi kesehatan dalam program kesehatan kabupaten/kota*.Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI.(2012). *Pusat promosi kesehatan, promosi kesehatan sekolah*.Jakarta
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.(2013). *Profil dinas kesehatan kabupaten jember*.Dinas Kesehatan kabupaten Jember.Jawa Timur
- Efendi, Ferry dan Nursalam. (2008). *Pendidikan dalam keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Guyton & Hall. (2006). *Textbook of medical physiology. 3<sup>rd</sup> Ed. St Louis: Mosby Elsevier. Inc.*
- Hidayat, Aziz Alimul. (2007). *Pengantar ilmu keperawatan anak*, Ed I. Jakarta: Salemba Medika.
- Hurlock, E. (2006). *Perkembangan anak*. Jakarta: Erlangga

- Handayani, L (2012) *Belajar menghitung bilangan bulat dengan terapi bermain melatih kognitif dalam perkembangan anak*. Yogyakarta. Tidak dipublikasikan
- Kruger, R.A. (2008). *Focus group: A practical guide for applied research*. California: Pine Forge Pr
- Kozier, B. (2004). *Fundamental of nursing*. Edisi III. Jakarta: EGC.
- Mahsun, M. (2011). *Model antecedents, behaviour dan consequences (ABC) untuk perubahan perilaku*. Yogyakarta: BPFE UGM
- Notoatmodjo, S.(2003).*Pengetahuan pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku anak*. Andi Offsel: Yogyakarta
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam.(2013).*Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nuracmah, E. (2001). *Nutrisi dalam keperawatan*. Edisi II. Surabaya: Sagung Seto.
- Potter, P. (2003). *Fundamental of nursing*. Edisi I. Jakarta : EGC
- Potter & Perry.(2006).*Fundamental keperawatan jilid II*.Jakarta : EGC
- Rohmah, N. (2010). *Konsep dasar keperawatan anak*. Tidak dipublikasikan
- Rosyid.(2011).*Pengaruh terapi bermain (menggambar) terhadap kecemasan selama prosedur tindakan injeksi pada anak usia sekolah (4-5 tahun) di ruang kanak-kanak RSD. Dr. Soebandi Jember*. Tidak dipublikasikan
- Stewart, D. W. (2006). *Focus group: theory and practice*. UK: Sage Publication, Inc
- Supartini, Y (2004).*Buku ajar konsep dasar keperawatan anak*, EGC. Jakarta
- Sodikin.(2011).*Asuhan keperawatan anak gangguan sistem gastrointestinal dan hepatobilier*.Purwokerto: Salemba Medika
- Soetjningsih.(2002).*Tumbuh kembang anak*. Cetakan II Jakarta : EGC
- Solso, R.(2007). *Psikologi kognitif*. Jakarta : Erlangga
- Suryanti.(2009).*Pengaruh terapi bermain puzzle terhadap dampak hospitalisasi pada anak usia sekolah di ruang anggrek I rumah sakit kepolisian pusat rs sukanto*. Tidak dipublikasikan

Tomey, M., & Alligood. (2006). *Nursing theoriest and their work. 6<sup>th</sup> Ed. St Louis: Mosby Elsevier, Inc.*

Tarwoto, W., (2010). *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan. Ed: 4. Jakarta : Salemba Medika*

Wong & Whaley, D.L., (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik. Ed: 6. Jakarta: EGC*

# LAMPIRAN

**Lampiran 1****SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Kepada Yth :

Siswa/i Kelas 3 SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 Kabupaten Jember

Di Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan penelitian yang akan saya lakukan, maka dengan ini:

Nama : Susi Wahyuning Asih

NIM : 131214153026

Status : Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Judul : Penerapan terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah di SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 Kabupaten Jember

Alamat : Jl. Anggur II/29 Perumnas Patrang Jember

meminta kesediaan Kamu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Selanjutnya saya mohon kesediaan Kamu diwakili orang tua Kamu untuk mengisi lembar persetujuan menjadi responden dan kuesioner yang saya sediakan dengan kejujuran dan apa adanya. Jawaban Kamu Saya jamin kerahasiaannya.

Demikian permohonan saya, atas kerjasamanya saya sampaikan terima kasih.

Surabaya, April 2014

Peneliti,

Susi Wahyuning Asih

## Lampiran 2

**Lembar Penjelasan**

Penelitian ini bermanfaat dalam membentuk perilaku anak untuk mencuci tangan dengan menanamkan nilai-nilai kesehatan pada anak sekolah.

- Nama Peneliti : Susi Wahyuning Asih.,S.Kep.,Ns  
 Judul Penelitian : Penerapan terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah di SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 Kabupaten Jember.  
 Tujuan Penelitian :Menerapkan terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah berbasis modifikasi *PRECEDE PROCEED* dan *Self care model*.  
 Manfaat Penelitian :Mengembangkan keilmuan keperawatan komunitas khususnya sub komunitas agregat anak dalam pembelajaran sesuai dengan tahap tumbuh kembang anak.  
 Manfaat bagi Subyek :Siswa atau putra/i Bapak Ibu bermain ular tangga dengan gembira, mengeksplorasikan perasaannya, mendapatkan pendidikan tentang cara mencuci tangan, waktu mencuci tangan dan tehnik pelaksanaan mencuci tangan yang benar.

Dalam penelitian ini, saya melakukan hal sebagai berikut:

1. Anak dan orang tua akan diberikan penjelasan tentang maksud penelitian
2. Anak dan orangtua mengisi lembar persetujuan untuk menjadi responden
3. Kelompok perlakuan (SDN Bintoro 2) diberikan pre test tentang cuci tangan untuk diisi sesuai pendapatnya
4. Anak dibagi dua kelompok, SDN Bintoro 2 diberi terapi bermain ular tangga dengan topik cuci tangan diiringi lagu ayo mencuci tangan dan SDN Patrang 2 diberi kuis tebak gambar dengan topik cuci tangan (selama 3 kali permainan dalam satu minggu).
5. Anak akan diberi kuesioner lagi sama dengan kuesioner awal, diisi sesuai pendapatnya.
6. Anak dinilai tentang demonstrasi mencuci tangan pakai sabun
7. Anak mendapatkan kue dan minum, serta hadiah untuk pemenang dari putaran permainan, serta perlindungan dari jatuh selama permainan.

Jika Bapak/Ibu/Kamu ingin berkomunikasi dengan peneliti, bisa menghubungi:

Nama : Susi Wahyuning Asih

Alamat : Jl Anggur II no 29 Perumnas Patrang Jember

No.Telp : 081358214647

Keikutsertaan putra/i Bapak/Ibu ini sepenuhnya bersifat sukarela, semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Bapak/Ibu diperkenankan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun tanpa ada konsekuensi setelah memutuskannya.



**Lampiran 3****SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN  
(INFORMED CONSENT)**

Setelah diberi penjelasan oleh peneliti serta tujuan dari penelitian ini, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Umur : .....

Kelas : .....

Alamat : .....

No. Telp : .....

Menyatakan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian a.n:

Nama : Susi Wahyuning Asih

NIM : 131214153026

Perguruan Tinggi : Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Judul Penelitian : "Penerapan terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah di SDN Bintoro 2 dan Patrang 2 Kabupaten Jember"

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jember, April 2014

Mengetahui

Orang tua Siswa,

Peneliti

(.....)

(.....)

Saksi

(.....)

**Lampiran 4****PROFIL RESPONDEN****DATA DEMOGRAFI RESPONDEN****PETUNJUK PENGISIAN:**

Isilah titik-titik di bawah ini sesuai dengan jawaban Kamu!

**Data Demografi:**

Tanggal pengisian : .....

No. Responden : .....(diisi petugas)

Usiamu : .....

Jenis Kelaminmu : .....

## Lampiran 5

**KUESIONER FAKTOR PREDISPOSISI  
(PENGETAHUAN)**

Petunjuk :

Pilihlah jawaban yang menurut Kamu anggap paling benar dengan cara melingkari huruf yang di depan jawaban!

1. Pengertian mencuci tangan adalah..... Skor 
  - A. tindakan membersihkan tangan dan jari jemari menggunakan air mengalir
  - B. tindakan membersihkan tangan dan jari jemari menggunakan air mengalir dan sabun
  - C. tindakan membersihkan tangan dan jari jemari menggunakan air mengalir dan sabun supaya tangan bersih dan terhindar dari kuman.
  
2. Cara mencuci tangan yang benar adalah: ..... Skor 
  - A. Dibasuh dengan air saja
  - B. Dibasuh dengan air dan sabun
  - C. Dibasuh dengan air, sabun dan digosok-gosok
  
3. Tujuan mencuci tangan adalah ..... skor 
  - A. Supaya tangan berbau harum
  - B. Supaya tangan menjadi bersih
  - C. Supaya tangan bersih dan bebas dari kuman
  
4. Waktu yang tepat untuk mencuci tangan adalah..... skor 
  - A. Sesudah makan
  - B. Sebelum dan sesudah makan
  - C. Sebelum, sesudah makan dan sesudah buang air
  
5. Bagian tangan yang harus dicuci adalah ..... skor 
  - A. Tangan
  - B. Tangan dan jari-jari
  - C. Tangan, jari-jari dan kuku

**Lampiran 6****KUESIONER FAKTOR PREDISPOSISI  
(SIKAP)**

Petunjuk :

Berikut terdapat beberapa pernyataan, jawablah sesuai apa yang Kamu pikirkan dengan cara memberikan tanda (✓) pada kolom jawaban yang ada disebelah kanan pernyataan.

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	SKOR (diisi petugas)
1	Saya akan mencuci tangan dengan air mengalir pakai sabun					
2	Saya akan mencuci tangan karena sangat penting di lakukan untuk menghindari sakit perut.					
3	Saya akan mencuci tangan karena tangan saya kotor.					
4	Saya akan mencuci tangan, jika dimarahi guru saja.					
5	Saya akan mencuci tangan pada saat saya sedang mandi saja.					

**Lampiran 7****KUESIONER FAKTOR PENDORONG  
(TEMAN SEBAYA)**

Petunjuk :

Berikut terdapat beberapa pernyataan, jawablah sesuai apa yang Kamu pikirkan dengan cara memberikan tanda (✓) pada kolom jawaban yang ada disebelah kanan pernyataan.

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	SKOR (diisi petugas)
1	Saya mengikuti teman saya yang mencuci tangan dengan air mengalir.					
2	Saya mengikuti ajakan teman untuk menjaga kebersihan tangan..					
3	Saya diajari teman tentang cara mencuci tangan.					
4	Saya mencuci tangan sebelum makan jika dilihat oleh teman saja.					
5	Saya mengikuti ajakan teman untuk makan, walaupun saya tidak mencuci tangan.					

## Lampiran 8

### KUESIONER FAKTOR PENDORONG (GURU)

Petunjuk :

Berikut terdapat beberapa pernyataan, jawablah sesuai apa yang Kamu pikirkan dengan cara memberikan tanda (✓) pada kolom jawaban yang ada disebelah kanan pernyataan.

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS	SKOR (diisi petugas)
1	Saya mencuci tangan karena disuruh guru					
2	Saya mencuci tangan jika ada guru saja					
3	Saya meniru cara guru saya dalam mencuci tangan					
4	Saya mendapatkan pengetahuan mencuci tangan dari guru					
5	Saya diajak guru saya untuk mencuci tangan					

**Lampiran 9****KUESIONER FAKTOR PENDUKUNG  
(SARANA PRASARANA )**

Petunjuk :

Diisi oleh peneliti sesuai dengan situasi dan kondisi di sekolah tersebut.

1. Tersedia tempat untuk mencuci tangan ..... Skor
- A. Tidak ada  
B. Ada tetapi tidak bisa digunakan  
C. Ada dan bisa digunakan
2. Tersedia alat untuk mencuci tangan di sekolah ..... Skor
- A. Tidak ada  
B. Ada tetapi tidak bisa dipakai  
C. Ada dan bisa dipakai
3. Pemanfaatan fasilitas untuk mencuci tangan di sekolah..... Skor
- A. Tidak digunakan  
B. Kadang digunakan  
C. Selalu digunakan
4. Peraturan secara tertulis tentang mencuci tangan..... Skor
- A. Tidak ada  
B. Ada tetapi belum dilaksanakan  
C. Ada dan sudah dilaksanakan
5. Terdapat petunjuk secara tertulis tentang cara mencuci tangan ..... Skor
- A. Tidak ada  
B. Ada, tetapi tidak dipublikasikan  
C. Ada dan dipublikasikan
6. Sekolah mendapatkan pemantauan dari petugas kesehatan tentang mencuci tangan..... Skor
- A. Tidak ada  
B. Ada tetapi belum dilaksanakan  
C. Ada dan sudah dilaksanakan

**Lampiran 10****KUESIONER FAKTOR PENDUKUNG  
(KOMITMEN SEKOLAH)**

Petunjuk :

Diisi oleh peneliti sesuai dengan situasi dan kondisi di sekolah tersebut.

1. Peraturan secara tertulis tentang mencuci tangan.....  
 A. Tidak ada Skor   
 B. Ada tetapi belum dilaksanakan  
 C. Ada dan sudah dilaksanakan
  
2. Terdapat petunjuk secara tertulis tentang cara mencuci tangan .....  
 A. Tidak ada Skor   
 B. Ada, tetapi tidak dipublikasikan  
 C. Ada dan dipublikasikan
  
3. Sekolah mendapatkan pemantauan dari petugas kesehatan tentang mencuci tangan.....  
 A. Tidak ada Skor   
 B. Ada tetapi belum dilaksanakan  
 C. Ada dan sudah dilaksanakan
  
4. Sekolah bekerjasama dengan petugas kesehatan untuk secara berkala mendapatkan penyuluhan berkaitan dengan mencuci tangan.....  
 A. Tidak ada Skor   
 B. Ada tetapi belum dilaksanakan  
 C. Ada dan sudah dilaksanakan
  
- 5 Sekolah mendapatkan dukungan dari tokoh masyarakat sekitar untuk menunjang pelaksanaan program cuci tangan pakai sabun.....  
 A. Tidak ada Skor   
 B. Ada tetapi belum dilaksanakan  
 C. Ada dan sudah dilaksanakan
  
6. Setiap enam bulan sekali diadakan lomba mencuci tangan setiap kelas di sekolah.....  
 A. Tidak ada Skor   
 B. Ada tetapi belum dilaksanakan  
 C. Ada dan sudah dilaksanakan



## Lampiran 11

**KUESIONER PERILAKU CUCI TANGAN**

Berikut terdapat beberapa pernyataan, jawablah sesuai apa yang Kamu pikirkan dan lakukan dalam keseharian dengan cara memberikan tanda (✓) pada kolom jawaban yang ada disebelah kanan pernyataan. Dengan keterangan sebagai berikut:

Tidak pernah : Tidak pernah melakukan

Kadang-kadang : Dalam sehari melakukan cuci tangan, besoknya tidak melakukan cuci tangan

Sering : Setiap hari sebelum dan sesudah beraktivitas, melakukan cuci tangan.

Selalu : Setiap kali sebelum dan sesudah beraktivitas, melakukan cuci tangan.

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu	SKOR (diisi petugas)
1	Saya mencuci telapak tangan dengan air mengalir saja.					
2	Saya mencuci telapak tangan dengan air mengalir dan pakai sabun.					
2	Saya mencuci tangan dengan menggosok-gosokkan punggung tangan bergantian kiri dan kanan.					
3	Saya mencuci tangan dengan menggosok-gosok sela-sela jari jemari bergantian.					
4	Saya mencuci tangan dengan menggosokkan telapak tangan, dengan jari jemari saling mengunci.					
5	Saya mencuci tangan dengan menggosokkan secara memutar ibu jari tangan bergantian.					
6	Saya mencuci tangan dengan menggosokkan ujung jari tangan kanan, ke telapak tangan bergantian sambil dibilas dengan air mengalir.					
7	Saya mencuci tangan bagian ujung jari saja.					
8	Saya mencuci tangan pada bagian tangan tanpa sabun.					
9	Saya mencuci tangan tanpa menggosok-gosokkan tangan.					
10	Saya mengeringkan tangan dengan mengusapkan ke baju saya saja.					

## Lampiran 12

## Lembar Observasi Sarana Prasarana Sekolah

NO	URAIAN	ADA (✓)	TIDAK ADA (✓)
1	Terdapat ruangan khusus untuk mencuci tangan		
2	Terdapat bak penampungan air untuk mencuci tangan		
3	Terdapat air bersih untuk mencuci tangan		
4	Terdapat sabun untuk mencuci tangan		
5	Terdapat lap handuk kering, untuk mencuci tangan		
6	Terdapat aturan cara mencuci tangan		
7	Terdapat informasi tentang manfaat mencuci tangan		
8	Terdapat gambar tentang penyakit yang diakibatkan oleh mencuci tangan		

## Lampiran 13.

**STANDART PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)  
TERAPI BERMAIN ULAR TANGGA TENTANG CUCI TANGAN**

PROSEDUR TETAP	BERMAIN ULAR TANGGA	
	No dokumen :	No tabel:
	TGL terbit :	Ditetapkan oleh :
PENGERTIAN	<p>Permainan yang dimainkan oleh 4 orang dengan menggunakan papan/banner ular tangga yang terdiri dari gambar kotak-kotak ukuran 40x40 cm berjumlah 40 kotak (4x4m), sebagian dari kotak terdapat gambar 6 ekor ular dan 4 buah tangga; berisi materi tentang mencuci tangan, kesehatan dan akibat tidak mencuci tangan, dan diiringi musik instrumental lagu mencuci tangan.</p>	
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu mengeksplorasi perasaan gembira atau senang pada anak.</li> <li>2. Mengajarkan cara mencuci tangan.</li> <li>3. Menimbulkan kerjasama dengan teman sebaya</li> <li>4. Menjelaskan akibat dari tidak mencuci tangan</li> <li>5. Mengajarkan untuk menjaga kebersihan tangan</li> <li>6. Membina tingkah laku positif</li> <li>7. Mengajarkan keperluan yang disiapkan jika akan mencuci tangan</li> </ol>	
PETUGAS	<p><i>Play therapist</i> diwakili Peneliti dan Tim (fasilitator dan <i>observer</i>) diwakili petugas kesehatan dari puskesmas Patrang.</p>	
PERSIAPAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan Alat</li> <li>2. Persiapan Tempat/lingkungan</li> <li>3. Persiapan Waktu</li> <li>4. Persiapan Siswa (pemain)</li> <li>5. Persiapan Petugas</li> </ol>	
PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat permainan ular tangga (banner) ukuran 4x4m dengan materi PHBS mencuci tangan</li> <li>2. Dadu yang terbuat dari sterofoam</li> <li>3. Aturan permainan</li> <li>4. Peluit</li> </ol>	

	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Bendera kertas</li> <li>6. Daftar hadir siswa</li> <li>7. Nomer dada pemain</li> <li>8. Dokumentasi (tertulis dan kamera)</li> <li>9. Pengukuran waktu (jam)</li> <li>10. Perangkat musik instrumental mencuci tangan</li> </ol>
<b>PERSIAPAN TEMPAT/LINGKUNGAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lantai ruangan yang rata, datar dan halus, dari ubin yang tidak licin</li> <li>2. Ruangan yang tenang, dibatasi dinding, terlindung panas dan hujan.</li> <li>3. Pencahayaan terang, tidak lembab, tidak panas.</li> </ol>
<b>PERSIAPAN WAKTU</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mengganggu jam pelajaran atau kegiatan belajar mengajar (pada saat jam istirahat)</li> <li>2. Saat anak tidak merasa kelelahan, baik fisik dan mental.(contoh:stres, mengantuk, kelelahan,tidak lapar)</li> </ol>
<b>PERSIAPAN PEMAIN (ANAK SEKOLAH)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anak dalam keadaan sehat, tidak mempunyai penyakit yang berhubungan dengan penyakit syaraf (kejang,epilepsi), tidak ada keluhan pada kaki (fraktur,kelainan genetik)</li> <li>2. Anak memakai baju olahraga dan tidak memakai alas kaki</li> <li>3. Anak sudah berlatih bermain ular tangga</li> <li>4. Anak sudah mengerti alur dan aturan permainan</li> </ol>
<b>PERSIAPAN PETUGAS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persamaan persepsi tentang alur dan aturan permainan</li> <li>2. Persamaan persepsi jika terjadi hambatan yang mungkin terjadi pada proses permainan</li> <li>3. Persamaan persepsi antisipasi untuk meminimalkan hambatan</li> <li>4. Persamaan persepsi sistematika kerja mulai persiapan, pelaksanaan dan penilaian dalam permainan</li> <li>5. Persamaan persepsi <i>reward</i> dan <i>punishment</i> permainan (jika ada hambatan dalam perjalanan permainan)</li> </ol>
<b>SISTEMATIKA PELAKSANAAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientasi</li> <li>2. Pelaksanaan permainan ular tangga</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Terminasi</li> <li>4. Evaluasi</li> </ol>
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adriana, Dian, 2011. <i>Tumbuh Kembang Anak dan Terapi Bermain</i>. Denpasar.Salemba Medika</li> <li>2. Soetjiningsih, 1995, <i>Tumbuh Kembang Anak</i>, EGC, Jakarta</li> <li>3. Supartini, Y.2004, <i>Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak</i>, EGC.Jakarta</li> <li>4. Tomey, M.,&amp; Alligood (2006)., <i>Nursing Theoriest and Their Work. 6<sup>th</sup> Ed. St Louis: Mosby Elsevier, Inc</i></li> <li>5. Wong,D.L, 2004, <i>Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik</i>, EGC, Jakarta</li> </ol>

## Lampiran 14

## ATURAN PERMAINAN ULAR TANGGA

1. Semua pemain memulai permainan dari kotak nomor 1 dan berakhir pada kotak nomor 40.
2. Setiap pemain merupakan pion bagi dirinya sendiri.
3. Terdapat gambar ular sebanyak 6 ekor dan gambar tangga sebanyak 4 buah.
4. Terdapat 1 buah dadu(dari steroform) dengan 6 mata dadu sebagai alat penentu langkah dari pemain.
5. Setiap pemain diberi nomer dada.
6. Panjang gambar ular dan tangga berbeda-beda, ular dapat memindahkan pemain mundur beberapa kotak, sedangkan tangga dapat memindahkan pemain maju beberapa kotak.
7. Penentuan siapa yang mendapat giliran pertama, dilakukan “suit” yang disaksikan petugas.
9. Pada saat gilirannya, petugas yang akan melempar dadu dan pemain melompat ke kotak-kotak permainan sesuai dengan nilai mata dadu yang muncul.
10. Bila pemain mendapat angka 6 dari pelemparan dadu, maka pemain tersebut mendapat giliran sekali lagi untuk melempar dadu dan melompat lagi sesuai dengan jumlah mata dadu yang diperoleh dari pelemparan dadu kedua.
11. Dalam satu kotak, dimungkinkan terdapat lebih dari 1 pemain.
12. Pada setiap kotak yang dilompati ,pemain membaca materi yang tertulis di kotak tersebut dengan suara yang keras dan diikuti oleh pemain yang lain, diiringi lagu instrumental mencuci tangan.
13. Jika lompatan pemain berakhir pada kotak yang terdapat kaki tangga, maka pemain tersebut berhak naik atau maju sampai pada kotak yang dituju oleh puncak dari tangga tersebut.
14. Jika lompatan pemain berakhir pada kotak yang terdapat ekor ular, maka pemain tersebut harus turun sampai pada kotak yang dituju oleh kepala dari ular tersebut.
15. Jika pemain melewati kotak yang bergambar kepala ular atau ekor ular, maka pemain wajib menari dengan iringan lagu mencuci tangan, dan pemain lain mengikuti.

16. Pemenang dari permainan ini adalah pemain yang pertama kali berhasil mencapai kotak terakhir yaitu no 40, kemudian pemain mengambil serta mengangkat bendera sebagai tanda sudah menjadi pemenang. Dan putaran permainan berakhir walaupun waktu permainan belum 30 menit.
17. Jika ada pemain yang mengundurkan diri karena alasan apapun maka sudah dianggap gugur atau kalah.
18. Selama permainan, pemain dilarang meninggalkan kotak permainan. Jika hal tersebut dilanggar maka pemain langsung di diskualifikasi (gugur).
19. Pemenang mendapatkan hadiah dari Petugas.
20. Bila permainan sampai dengan 30 menit tidak ada pemenang, maka permainan sudah dianggap selesai tanpa pemenang, tetapi kelompok diberi hukuman untuk menari diiringi lagu mencuci tangan.

**Keterangan gambar ular tangga:**

1. Kotak yang bergambar ekor ular sampai dengan kotak yang bergambar kepala ular, ada 6 buah gambar ular.
2. Kotak yang bergambar ujung tangga bawah menuju ujung tangga atas, ada 4 buah gambar tangga.
3. Kotak yang berwarna KUNING adalah kotak yang berisikan materi tentang 6 langkah cuci tangan.

## Lampiran 15

**Kisi-kisi Kotak dalam permainan ular tangga**

## 1. Persiapan alat/bahan mencuci tangan

No. kotak	Keterangan
1	Mulai
2	Alat cuci tangan
3	1.Air yang mengalir
4	2.Dengan sabun
5	3.Handuk kering dan bersih

## 2. Kegunaan mencuci tangan

No. kotak	Keterangan
7	Guna cuci tangan
8	Mencegah masuknya kuman

## 3. Waktu mencuci tangan

No. kotak	Keterangan
23	Waktu mencuci tangan
24	Selama 20 detik
27	Cuci tangan sebelum makan
28	Cuci tangan sesudah BAB



## 4. Langkah mencuci tangan

No. kotak	Keterangan (KOTAK BERWARNA KUNING)
11	1. Gosok telapak tangan dengan sabun.
14	2. Gosok punggung tangan bergantian
16	3. Gosok sela-sela jari jemari
18	4. Gosok telapak tangan saling mengunci
20	5. Gosok ibu jari memutar, bergantian
33	6. Gosok ujung jari, bergantian

## 5. Gambar ekor dan kepala ular (akibat tidak cuci tangan)

No. kotak	Keterangan
6	Sakit perut
9	Berak encer
12	Banyak kuman di tangan kita
13	Makan makanan kotor
15	Perut mules
19	Badan lemas
21	Mual dan nyeri perut
26	Jika diare maka...
29	Di saat diare perut kita terasa.....
31	Berak lebih dari 3x.....
35	Makan makanan yang baru jatuh
38	Tidak cuci tangan sebelum makan

## 6. Pesan berkaitan dengan kesehatan

No. kotak	Keterangan
25	Terhindar penyakit
30	Cuci tangan dengan benar
34	Cuci tangan sesudah beraktivitas
39	Cuci tangan kunci kesehatan
40	Badan sehat bebas penyakit

## 7. Gambar tangga

No. kotak	Keterangan
10	Peduli kebersihan tangan
25	Terhindar penyakit
22	Cuci tangan dengan benar
17	Cuci tangan pakai anti septik
32	Kuman di tangan mati
36	Tangan bebas kuman
37	Kuman mati

Lampiran 16

**ALUR PERMAINAN ULAR TANGGA**

1. Peserta yang masuk kriteria inklusi mendaftar ke petugas
2. Peserta menandatangani daftar hadir
3. Peserta mendapatkan nomer dada sesuai undian
4. Peserta mengikuti permainan sesuai nomer undian
5. Peserta memulai permainan dari kotak ujung sebelah kiri bawah
6. Peserta mengakhiri permainan di kotak ujung sebelah kanan atas
7. Peserta mendapatkan hadiah jika menjadi pemenang permainan



UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 66115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257  
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : [dekan\\_ners@unair.ac.id](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 16 Pebruari 2014

Nomor : 025 /UN3.1.12/PPd/S2/2014  
Lampiran : I (Satu) berkas  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal  
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair**

Kepada Yth.  
Kepala Bakesbangpol Linmas Kab. Jember  
di –  
Tempat

Dengan hormat,  
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Susi Wahyuning Asih, S.Kep.Ns  
NIM : 131214153026  
Judul Penelitian : Penerapan terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada anak usia sekolah  
Tempat : 1. SDN Bintoro 1 Kab. Jember  
2. SDN Patrang 2 Kab. Jember

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Tembusan :  
1. Kepala UPTD Pendidikan Jember  
2. Kepala Sekolah SDN Bintoro 1 Kab. Jember  
3. Kepala Sekolah SDN Patrang 2 Kab. Jember



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
 IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jl. Letjen S. Parman No 89 Telp. 337853 Jember



Kepada  
 Yth. Sdr. : Kepala Dinas Pendidikan  
 Kabupaten Jember  
 Di -  
 J E M B E R

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/295/314/2014

Tentang

**IJIN PENGAMBILAN DATA**

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 tahun 1008 Tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah  
 2. Peraturan Bupati Jember Nomor 62 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember
- Memperhatikan : Surat dari Prodi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Tanggal 10 Februari 2014 Nomor : 025/UN3.1.12/PPd/S2/2014

**MEREKOMENDASIKAN**

- Nama / No. Induk : Susi Wahyuning Asih, S.Kep. Ns. 131214153026  
 Instansi / Fak : Prodi Magister Keperawatan Fak. Keperawatan Univ. Airlangga Surabaya  
 Alamat : Kampus C Mulyorejo Surabaya  
 Keperluan : Mengadakan Pengambilan Data Tentang " Penerapan Terapi Bermain Terhadap Perilaku Mencuci Tangan pada Anak Usia Sekolah ".  
 Lokasi : Dinas Pendidikan Kab. Jember, SDN Bintoro 2 dan SDN Patrang 2 Jember.  
 Tanggal : 17-02-2014 s/d 17-03-2014

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Pengambilan data awal ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih

Ditetapkan di : Jember  
 Tanggal : 17-02-2014  
 KERAJAAN BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER



- Tembusan :  
 Yth. Sdr. : 1. Dekan Fakultas Keperawatan  
 Universitas Airlangga  
 2. Arsip



**REKOMENDASI**  
Nomor : 072/ 017 / 1413/2014

**TENTANG**  
**IJIN PENGAMBILAN DATA**

Dasar : Surat Rekomendasi dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember nomor : 072 / 295 / 314 / 2014 tanggal , 17 Februari 2014

**MENGIJINKAN :**

Nama : SUSI WAHYUNING ASIH , S.Kep.  
NIM : 131214153026  
Alamat : Kampus C Mulyorejo Surabaya  
Fakultas : Prodi Magister Keperawatan Fak.Keperawatan Univ Airlangga Sby  
Keperluan : Melaksanak Pengambilan Data Tentang " Penerapan Terapi Bermain Terhadap Perilaku Mencuci Tangan pada Anak Usia Sekolah SD Negeri di Kabupaten Jember ".

Yang akan dilaksanakan pada :

Tanggal : 17 Februari s.d. 1 Maret 2014

Tempat : Di SDN Bintoro 2 dan SDN Patrang 2 Kec. Patrang Kab.Jember

**Dengan catatan :**

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan;
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik;
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan;
4. Tidak mengganggu kegiatan belajar mengajar di sekolah.

Demikian surat ijin ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Jember  
Tanggal : 17 Februari 2014

a.n.Kepala Dinas Pendidikan  
Kabupaten Jember  
Sekretaris



**Drs. SUBADRI HABIB, M.Si**  
Pembina  
NIP.19600917 197907 1 001

Tembusan :

- ✓ 1. Ka UPT Pend. Kec. Patrang



# UNIVERSITAS AIRLANGGA

IPERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

## FAKULTAS KEPERAWATAN

### PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257  
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan\_ners@unair.ac.id

Surabaya, 3 April 2014

Nomor : 173 /UN3.1.12/PPd/S2/2014  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.  
Kepala Bakesbangpolinmas Kab. Jember  
di –

Tempat

Dengan hormat,

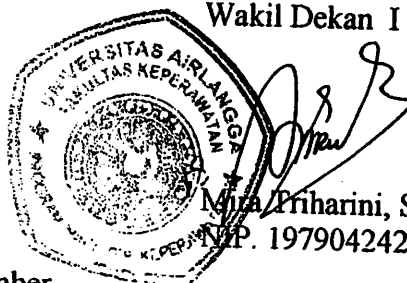
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Susi Wahyuning Asih, S.Kep.Ns  
NIM : 131214153026  
Judul Penelitian : Penerapan terapi bermain terhadap perilaku mencuci tangan pada Anak usia sekolah di SDN Bintoro 2 dan SDN.Patrang 2 Jember

Tempat : 1. SDN Bintoro 2 Kab.Jember  
2. SDN Patrang 2 Kab.Jember

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n. Dekan  
Wakil Dekan I



Nita Priharini, SKp. M.Kep  
NIP. 197904242006042002

Tembusan :

1. Kepala UPTD Dinas Pendidikan Kab.Jember
2. Kepala Sekolah SDN Bintoro 2 Kab.Jember
3. Kepala Sekolah SDN Patrang 2 Kab.Jember

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
DINAS PENDIDIKAN NASIONAL  
SEKOLAH DASAR NEGERI BINTORO 02**

---

**SURAT KETERANGAN PELAKSANAAN PENELITIAN**  
No.

Pada tanggal 12 April sampai dengan 2 Juni 2014 telah dilaksanakan penelitian dalam rangka untuk penyusunan tugas akhir Tesis, a.n:


Nama : Ns.Susi Wahyuning Asih, S.Kep  
NIM : 131214153026  
Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga Surabaya  
Fakultas : Keperawatan, Program studi S2 Keperawatan  
Judul : Terapi bermain meningkatkan perilaku mencuci tangan anak usia sekolah dengan pendekatan teori model *PRECEDE PROCEED* dan *Self Care Model* di SDN Bintoro 2 dan SDN Patrang 2 Jember  
Kelas yang terlibat : Kelas IV  
Jumlah siswa terlibat : 40 Siswa

Penelitian yang telah dilakukan berjalan dengan lancar sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya .

Jember, ...4- JUNI- 2014

Kepala SDN Bintoro 02 Jember

The image shows an official circular stamp of the school. The text inside the stamp reads: "PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER", "DINAS PENDIDIKAN", "SEKOLAH DASAR NEGERI SDN BINTORO 02", and "KEC. PATRANG". A handwritten signature in black ink is written over the stamp. Below the signature, the name "SUTARSI" and the identification number "196210121903031014" are written.



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
DINAS PENDIDIKAN NASIONAL  
SEKOLAH DASAR NEGERI PATRANG 02**

**SURAT KETERANGAN PELAKSANAAN PENELITIAN**  
No.

Pada tanggal 12 April sampai dengan 2 Juni 2014 telah dilaksanakan penelitian dalam rangka untuk penyusunan tugas akhir Tesis, a.n:

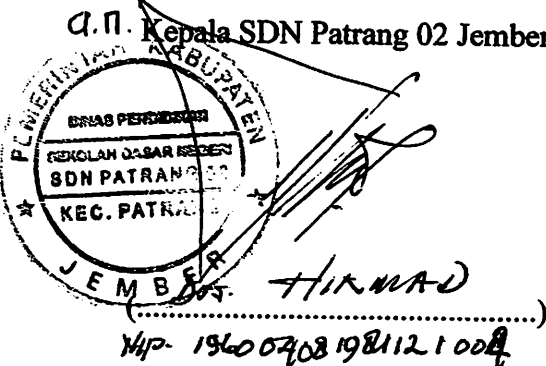
Nama : Ns.Susi Wahyuning Asih, S.Kep  
NIM : 131214153026  
Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga Surabaya  
Fakultas : Keperawatan, Program studi S2 Keperawatan  
Judul : Terapi bermain meningkatkan perilaku mencuci tangan anak usia sekolah dengan pendekatan teori model *PRECEDE PROCEED* dan *Self Care Model* di SDN Bintoro 2 dan SDN Patrang 2 Jember  
Kelas yang terlibat : Kelas IV  
Jumlah siswa terlibat : 40 Siswa

Penelitian yang telah dilakukan berjalan dengan lancar sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya .

Jember, 4 JUNI 2014

G. P. Kepala SDN Patrang 02 Jember

  
Hikmah  
NIP. 196007081981121004



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN  
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH AIRLANGGA UNIVERSITY**

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK  
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL  
"ETHICAL APPROVAL"**

No : 56-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :


*The Ethics Committee of the Faculty of Public Health Airlangga University, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

**"PENERAPAN TERAPI BERMAIN TERHADAP PERILAKU MENCUCI TANGAN  
PADA ANAK USIA SEKOLAH DI SDN BINTORO 2 DAN PATRANG 2  
KABUPATEN JEMBER"**

**Peneliti utama** : Susi Wahyuning Asih, S.Kep., Ns.  
*Principal Investigator*

**Nama Institusi** : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga  
*Name of the Institution*

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.  
*And approved the above-mentioned protocol*

Surabaya, 20 Maret 2014  
Ketua, *CHABMAN*  
  
Prof. Bambang W., dr., M.S., M.CN., Ph.D., Sp.GK.  
NIP. 19490320 197703 1 002

Lampiran 17. Lokasi penelitian



SDN Bintoro 2 Jember



SDN Patrang 2 Jember

Lampiran 18. Alat dan bahan Penelitian

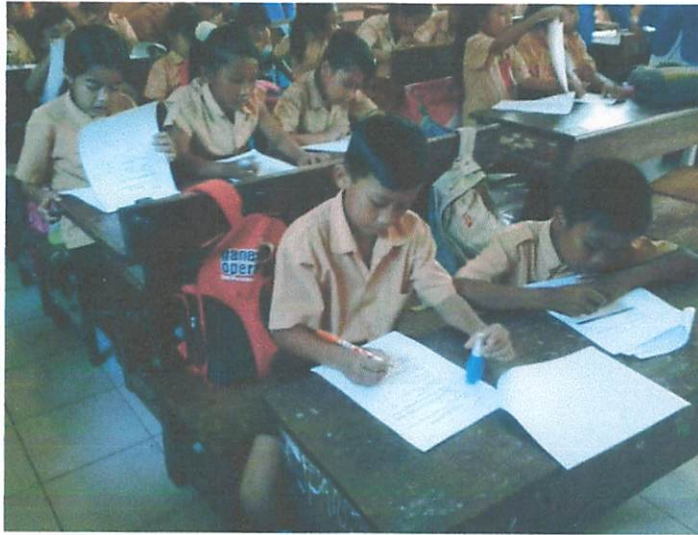


Banner ular tangga dan Dadu



Peralatan mencuci tangan

Lampiran 19. Foto Pelaksanaan Kegiatan di SDN Bintoro 2 Jember (Kelompok Kontrol)



Pelaksanaan tes di SDN Patrang 2 Jember

Pelaksanaan kuis tebak gambar di SDN Patrang 2 Jember



Lampiran 20. Foto Pelaksanaan Kegiatan di SDN Bintoro 2 Jember (Kelompok Perlakuan)



Pelaksanaan tes di SDN Bintoro 2 Jember



Bermain ular tangga di SDN Bintoro 2 Jember

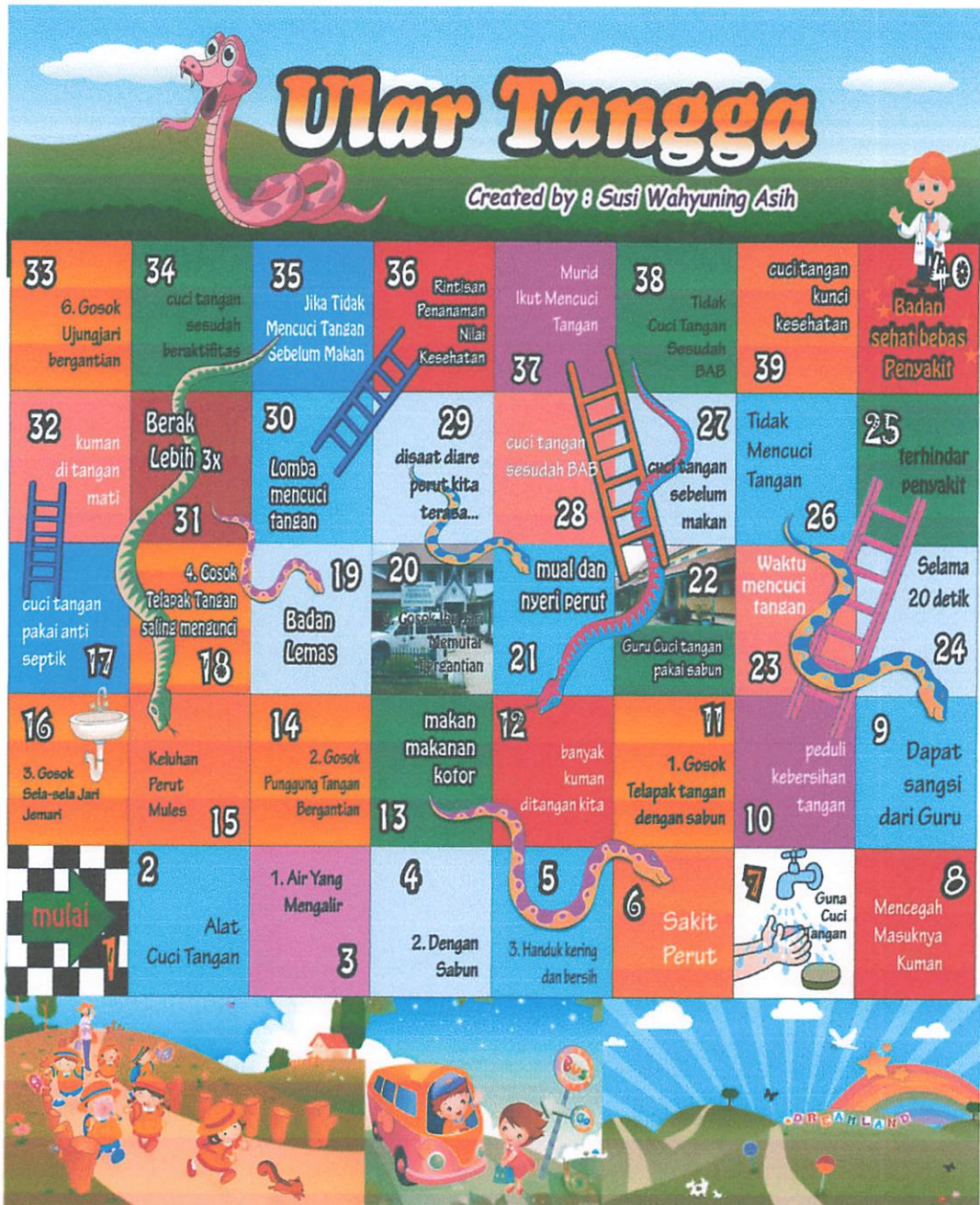


Kegiatan Mencuci tangan di SDN Bintoro 2 Jember



Pelaksanaan permainan ular tangga, untuk kompensasi kelompok kontrol (SDN Patrang 2)

Lampiran 21. Gambar permainan aktif ular tangga mencuci tangan



## PENGETAHUAN BINTORO 2

NO	POST TEST	NILAI MAX	PRESENTASE (%)	JUMLAH (%)	KRITERIA
1	75	100	100	75	Cukup
2	70	100	100	70	Cukup
3	78	100	100	78	Baik
4	78	100	100	78	Baik
5	85	100	100	85	Baik
6	70	100	100	70	Cukup
7	75	100	100	75	Cukup
8	75	100	100	75	Cukup
9	75	100	100	75	Cukup
10	85	100	100	85	Baik
11	80	100	100	80	Baik
12	80	100	100	80	Baik
13	80	100	100	80	Baik
14	80	100	100	80	Baik
15	80	100	100	80	Baik
16	80	100	100	80	Baik
17	80	100	100	80	Baik
18	80	100	100	80	Baik
19	80	100	100	80	Baik
20	80	100	100	80	Baik
21	80	100	100	80	Baik
22	87	100	100	87	Baik
23	80	100	100	80	Baik
24	75	100	100	75	Cukup
25	80	100	100	80	Baik
26	80	100	100	80	Baik
27	80	100	100	80	Baik
28	80	100	100	80	Baik
29	78	100	100	78	Baik
30	78	100	100	78	Baik
31	75	100	100	75	Cukup
32	70	100	100	70	Cukup
33	78	100	100	78	Baik
34	78	100	100	78	Baik
35	78	100	100	78	Baik
36	75	100	100	75	Cukup
37	75	100	100	75	Cukup
38	75	100	100	75	Cukup
39	75	100	100	75	Cukup
40	78	100	100	78	Baik



## SIKAP BINTORO 2

NO	POST TEST	NILAI MAX	PRESENTASE (%)	JUMLAH (%)	KRITERIA
1	18	20	100	90	Baik
2	18	20	100	90	Baik
3	18	20	100	90	Baik
4	18	20	100	90	Baik
5	18	20	100	90	Baik
6	18	20	100	90	Baik
7	18	20	100	90	Baik
8	18	20	100	90	Baik
9	18	20	100	90	Baik
10	18	20	100	90	Baik
11	18	20	100	90	Baik
12	18	20	100	90	Baik
13	18	20	100	90	Baik
14	14	20	100	70	Cukup
15	14	20	100	70	Cukup
16	16	20	100	80	Baik
17	16	20	100	80	Baik
18	20	20	100	100	Baik
19	20	20	100	100	Baik
20	20	20	100	100	Baik
21	18	20	100	90	Baik
22	18	20	100	90	Baik
23	18	20	100	90	Baik
24	18	20	100	90	Baik
25	16	20	100	80	Baik
26	16	20	100	80	Baik
27	17	20	100	85	Baik
28	14	20	100	70	Cukup
29	14	20	100	70	Cukup
30	14	20	100	70	Cukup
31	16	20	100	80	Baik
32	20	20	100	100	Baik
33	20	20	100	100	Baik
34	18	20	100	90	Baik
35	18	20	100	90	Baik
36	16	20	100	80	Baik
37	16	20	100	80	Baik
38	16	20	100	80	Baik
39	18	20	100	90	Baik
40	20	20	100	100	Baik

## GURU BINTORO 2

NO	POST TEST	NILAI MAX	PRESENTASE (%)	JUMLAH (%)	KRITERIA
1	30	40	100	75	Cukup
2	30	40	100	75	Cukup
3	32	40	100	80	Baik
4	30	40	100	75	Cukup
5	30	40	100	75	Cukup
6	30	40	100	75	Cukup
7	32	40	100	80	Baik
8	32	40	100	80	Baik
9	32	40	100	80	Baik
10	32	40	100	80	Baik
11	32	40	100	80	Baik
12	30	40	100	75	Cukup
13	30	40	100	75	Cukup
14	32	40	100	80	Baik
15	28	40	100	70	Cukup
16	38	40	100	95	Baik
17	36	40	100	90	Baik
18	36	40	100	90	Baik
19	36	40	100	90	Baik
20	36	40	100	90	Baik
21	36	40	100	90	Baik
22	36	40	100	90	Baik
23	32	40	100	80	Baik
24	32	40	100	80	Baik
25	32	40	100	80	Baik
26	38	40	100	95	Baik
27	38	40	100	95	Baik
28	38	40	100	95	Baik
29	38	40	100	95	Baik
30	38	40	100	95	Baik
31	38	40	100	95	Baik
32	38	40	100	95	Baik
33	36	40	100	90	Baik
34	38	40	100	95	Baik
35	38	40	100	95	Baik
36	36	40	100	90	Baik
37	36	40	100	90	Baik
38	30	40	100	75	Cukup
39	30	40	100	75	Cukup
40	32	40	100	80	Baik

## TEMAN SEBAYA BINTORO 2

NO	POST TEST	NILAI MAX	PRESENTASE (%)	JUMLAH (%)	KRITERIA
1	40	40	100	100	Baik
2	40	40	100	100	Baik
3	40	40	100	100	Baik
4	40	40	100	100	Baik
5	40	40	100	100	Baik
6	40	40	100	100	Baik
7	40	40	100	100	Baik
8	40	40	100	100	Baik
9	40	40	100	100	Baik
10	40	40	100	100	Baik
11	40	40	100	100	Baik
12	40	40	100	100	Baik
13	40	40	100	100	Baik
14	40	40	100	100	Baik
15	40	40	100	100	Baik
16	40	40	100	100	Baik
17	40	40	100	100	Baik
18	40	40	100	100	Baik
19	38	40	100	95	Baik
20	38	40	100	95	Baik
21	38	40	100	95	Baik
22	38	40	100	95	Baik
23	38	40	100	95	Baik
24	38	40	100	95	Baik
25	38	40	100	95	Baik
26	38	40	100	95	Baik
27	38	40	100	95	Baik
28	38	40	100	95	Baik
29	38	40	100	95	Baik
30	38	40	100	95	Baik
31	38	40	100	95	Baik
32	40	40	100	100	Baik
33	40	40	100	100	Baik
34	40	40	100	100	Baik
35	30	40	100	75	Cukup
36	40	40	100	100	Baik
37	40	40	100	100	Baik
38	38	40	100	95	Baik
39	40	40	100	100	Baik
40	32	40	100	80	Baik

## SARPRA BINTORO 2

NO	POST TEST	NILAI MAX	PRESENTASE (%)	JUMLAH (%)	KRITERIA
1	80	100	100	80	Baik
2	80	100	100	80	Baik
3	80	100	100	80	Baik
4	80	100	100	80	Baik
5	80	100	100	80	Baik
6	80	100	100	80	Baik
7	80	100	100	80	Baik
8	80	100	100	80	Baik
9	80	100	100	80	Baik
10	80	100	100	80	Baik
11	80	100	100	80	Baik
12	80	100	100	80	Baik
13	80	100	100	80	Baik
14	80	100	100	80	Baik
15	80	100	100	80	Baik
16	80	100	100	80	Baik
17	80	100	100	80	Baik
18	80	100	100	80	Baik
19	80	100	100	80	Baik
20	80	100	100	80	Baik
21	80	100	100	80	Baik
22	80	100	100	80	Baik
23	80	100	100	80	Baik
24	80	100	100	80	Baik
25	80	100	100	80	Baik
26	80	100	100	80	Baik
27	80	100	100	80	Baik
28	80	100	100	80	Baik
29	80	100	100	80	Baik
30	80	100	100	80	Baik
31	80	100	100	80	Baik
32	80	100	100	80	Baik
33	80	100	100	80	Baik
34	80	100	100	80	Baik
35	80	100	100	80	Baik
36	80	100	100	80	Baik
37	80	100	100	80	Baik
38	80	100	100	80	Baik
39	80	100	100	80	Baik
40	80	100	100	80	Baik

## KOMITMEN BINTORO 2

NO	POST TEST	NILAI MAX	PRESENTASE (%)	JUMLAH (%)	KRITERIA
1	80	100	100	80	Baik
2	85	100	100	85	Baik
3	80	100	100	80	Baik
4	80	100	100	80	Baik
5	80	100	100	80	Baik
6	80	100	100	80	Baik
7	80	100	100	80	Baik
8	80	100	100	80	Baik
9	80	100	100	80	Baik
10	80	100	100	80	Baik
11	80	100	100	80	Baik
12	80	100	100	80	Baik
13	85	100	100	85	Baik
14	85	100	100	85	Baik
15	80	100	100	80	Baik
16	80	100	100	80	Baik
17	80	100	100	80	Baik
18	80	100	100	80	Baik
19	80	100	100	80	Baik
20	80	100	100	80	Baik
21	80	100	100	80	Baik
22	80	100	100	80	Baik
23	80	100	100	80	Baik
24	80	100	100	80	Baik
25	80	100	100	80	Baik
26	80	100	100	80	Baik
27	80	100	100	80	Baik
28	80	100	100	80	Baik
29	80	100	100	80	Baik
30	80	100	100	80	Baik
31	80	100	100	80	Baik
32	85	100	100	85	Baik
33	85	100	100	85	Baik
34	80	100	100	80	Baik
35	80	100	100	80	Baik
36	80	100	100	80	Baik
37	80	100	100	80	Baik
38	80	100	100	80	Baik
39	80	100	100	80	Baik
40	80	100	100	80	Baik

## PERILAKU BINTORO 2

NO	POST TEST	NILAI MAX	PRESENTASE (%)	JUMLAH (%)	KRITERIA
1	38	40	100	95	Baik
2	38	40	100	95	Baik
3	38	40	100	95	Baik
4	38	40	100	95	Baik
5	40	40	100	100	Baik
6	36	40	100	90	Baik
7	38	40	100	95	Baik
8	38	40	100	95	Baik
9	38	40	100	95	Baik
10	38	40	100	95	Baik
11	36	40	100	90	Baik
12	36	40	100	90	Baik
13	40	40	100	100	Baik
14	40	40	100	100	Baik
15	32	40	100	80	Baik
16	32	40	100	80	Baik
17	32	40	100	80	Baik
18	32	40	100	80	Baik
19	32	40	100	80	Baik
20	32	40	100	80	Baik
21	32	40	100	80	Baik
22	32	40	100	80	Baik
23	32	40	100	80	Baik
24	32	40	100	80	Baik
25	38	40	100	95	Baik
26	30	40	100	75	Cukup
27	24	40	100	60	Cukup
28	26	40	100	65	Cukup
29	26	40	100	65	Cukup
30	28	40	100	70	Cukup
31	32	40	100	80	Baik
32	30	40	100	75	Cukup
33	38	40	100	95	Baik
34	38	40	100	95	Baik
35	38	40	100	95	Baik
36	32	40	100	80	Baik
37	30	40	100	75	Cukup
38	32	40	100	80	Baik
39	38	40	100	95	Baik
40	32	40	100	80	Baik

## DATA HASIL POST TEST PATRANG 2

NO	POST TEST	NILAI MAX	PRESENTASE (%)	JUMLAH (%)	KRITERIA
1	80	100	100	80	Baik
2	80	100	100	80	Baik
3	80	100	100	80	Baik
4	80	100	100	80	Baik
5	80	100	100	80	Baik
6	80	100	100	80	Baik
7	80	100	100	80	Baik
8	80	100	100	80	Baik
9	80	100	100	80	Baik
10	80	100	100	80	Baik
11	80	100	100	80	Baik
12	80	100	100	80	Baik
13	80	100	100	80	Baik
14	80	100	100	80	Baik
15	70	100	100	70	Cukup
16	70	100	100	70	Cukup
17	70	100	100	70	Cukup
18	70	100	100	70	Cukup
19	70	100	100	70	Cukup
20	70	100	100	70	Cukup
21	70	100	100	70	Cukup
22	70	100	100	70	Cukup
23	70	100	100	70	Cukup
24	80	100	100	80	Baik
25	80	100	100	80	Baik
26	70	100	100	70	Cukup
27	70	100	100	70	Cukup
28	70	100	100	70	Cukup
29	70	100	100	70	Cukup
30	80	100	100	80	Baik
31	70	100	100	70	Cukup
32	70	100	100	70	Cukup
33	70	100	100	70	Cukup
34	75	100	100	75	Cukup
35	75	100	100	75	Cukup
36	75	100	100	75	Cukup
37	75	100	100	75	Cukup
38	75	100	100	75	Cukup
39	75	100	100	75	Cukup
40	75	100	100	75	Cukup

NO	POST TEST	NILAI MAX	PRESENTASE (%)	JUMLAH (%)	KRITERIA
1	14	20	100	70	Cukup
2	14	20	100	70	Cukup
3	14	20	100	70	Cukup
4	14	20	100	70	Cukup
5	14	20	100	70	Cukup
6	18	20	100	90	Baik
7	16	20	100	80	Baik
8	18	20	100	90	Baik
9	16	20	100	80	Baik
10	16	20	100	80	Baik
11	16	20	100	80	Baik
12	16	20	100	80	Baik
13	20	20	100	100	Baik
14	16	20	100	80	Baik
15	20	20	100	100	Baik
16	16	20	100	80	Baik
17	13	20	100	65	Cukup
18	12	20	100	60	Cukup
19	12	20	100	60	Cukup
20	12	20	100	60	Cukup
21	14	20	100	70	Cukup
22	16	20	100	80	Baik
23	16	20	100	80	Baik
24	16	20	100	80	Baik
25	16	20	100	80	Baik
26	18	20	100	90	Baik
27	20	20	100	100	Baik
28	15	20	100	75	Cukup
29	20	20	100	100	Baik
30	20	20	100	100	Baik
31	14	20	100	70	Cukup
32	18	20	100	90	Baik
33	18	20	100	90	Baik
34	16	20	100	80	Baik
35	18	20	100	90	Baik
36	18	20	100	90	Baik
37	18	20	100	90	Baik
38	18	20	100	90	Baik
39	18	20	100	90	Baik
40	20	20	100	100	Baik



## DATA HASIL POST TEST PATRANG 2

NO	POST TEST	NILAI MAX	PRESENTASE (%)	JUMLAH (%)	KRITERIA
1	32	40	100	80	Baik
2	32	40	100	80	Baik
3	32	40	100	80	Baik
4	32	40	100	80	Baik
5	32	40	100	80	Baik
6	32	40	100	80	Baik
7	32	40	100	80	Baik
8	32	40	100	80	Baik
9	32	40	100	80	Baik
10	32	40	100	80	Baik
11	36	40	100	90	Baik
12	36	40	100	90	Baik
13	30	40	100	75	Cukup
14	30	40	100	75	Cukup
15	32	40	100	80	Baik
16	30	40	100	75	Cukup
17	30	40	100	75	Cukup
18	36	40	100	90	Baik
19	36	40	100	90	Baik
20	32	40	100	80	Baik
21	36	40	100	90	Baik
22	36	40	100	90	Baik
23	32	40	100	80	Baik
24	28	40	100	70	Cukup
25	30	40	100	75	Cukup
26	30	40	100	75	Cukup
27	32	40	100	80	Baik
28	28	40	100	70	Cukup
29	28	40	100	70	Cukup
30	28	40	100	70	Cukup
31	30	40	100	75	Cukup
32	30	40	100	75	Cukup
33	32	40	100	80	Baik
34	30	40	100	75	Cukup
35	30	40	100	75	Cukup
36	32	40	100	80	Baik
37	30	40	100	75	Cukup
38	32	40	100	80	Baik
39	32	40	100	80	Baik
40	30	40	100	75	Cukup

## DATA HASIL POST TEST PATRANG 2

NO	POST TEST	NILAI MAX	PRESENTASE (%)	JUMLAH (%)	KRITERIA
1	36	40	100	90	Baik
2	36	40	100	90	Baik
3	36	40	100	90	Baik
4	36	40	100	90	Baik
5	36	40	100	90	Baik
6	36	40	100	90	Baik
7	36	40	100	90	Baik
8	36	40	100	90	Baik
9	36	40	100	90	Baik
10	36	40	100	90	Baik
11	36	40	100	90	Baik
12	36	40	100	90	Baik
13	36	40	100	90	Baik
14	36	40	100	90	Baik
15	36	40	100	90	Baik
16	36	40	100	90	Baik
17	36	40	100	90	Baik
18	36	40	100	90	Baik
19	36	40	100	90	Baik
20	36	40	100	90	Baik
21	36	40	100	90	Baik
22	36	40	100	90	Baik
23	36	40	100	90	Baik
24	36	40	100	90	Baik
25	36	40	100	90	Baik
26	36	40	100	90	Baik
27	36	40	100	90	Baik
28	36	40	100	90	Baik
29	36	40	100	90	Baik
30	36	40	100	90	Baik
31	36	40	100	90	Baik
32	36	40	100	90	Baik
33	36	40	100	90	Baik
34	36	40	100	90	Baik
35	36	40	100	90	Baik
36	36	40	100	90	Baik
37	36	40	100	90	Baik
38	36	40	100	90	Baik
39	36	40	100	90	Baik
40	36	40	100	90	Baik

## DATA HASIL POST TEST PATRANG 2

NO	POST TEST	NILAI MAX	PRESENTASE (%)	JUMLAH (%)	KRITERIA
1	75	100	100	75	Cukup
2	75	100	100	75	Cukup
3	75	100	100	75	Cukup
4	75	100	100	75	Cukup
5	65	100	100	65	Cukup
6	70	100	100	70	Cukup
7	70	100	100	70	Cukup
8	70	100	100	70	Cukup
9	70	100	100	70	Cukup
10	82	100	100	82	Baik
11	75	100	100	75	Cukup
12	75	100	100	75	Cukup
13	75	100	100	75	Cukup
14	85	100	100	85	Baik
15	76	100	100	76	Baik
16	85	100	100	85	Baik
17	75	100	100	75	Cukup
18	75	100	100	75	Cukup
19	75	100	100	75	Cukup
20	70	100	100	70	Cukup
21	70	100	100	70	Cukup
22	70	100	100	70	Cukup
23	70	100	100	70	Cukup
24	76	100	100	76	Baik
25	82	100	100	82	Baik
26	70	100	100	70	Cukup
27	75	100	100	75	Cukup
28	75	100	100	75	Cukup
29	75	100	100	75	Cukup
30	75	100	100	75	Cukup
31	68	100	100	68	Cukup
32	68	100	100	68	Cukup
33	75	100	100	75	Cukup
34	75	100	100	75	Cukup
35	75	100	100	75	Cukup
36	75	100	100	75	Cukup
37	75	100	100	75	Cukup
38	75	100	100	75	Cukup
39	75	100	100	75	Cukup
40	75	100	100	75	Cukup

## DATA HASIL POST TEST PATRANG 2

NO	POST TEST	NILAI MAX	PRESENTASE (%)	JUMLAH (%)	KRITERIA
1	80	100	100	80	Baik
2	80	100	100	80	Baik
3	80	100	100	80	Baik
4	80	100	100	80	Baik
5	80	100	100	80	Baik
6	80	100	100	80	Baik
7	80	100	100	80	Baik
8	80	100	100	80	Baik
9	80	100	100	80	Baik
10	80	100	100	80	Baik
11	80	100	100	80	Baik
12	80	100	100	80	Baik
13	80	100	100	80	Baik
14	80	100	100	80	Baik
15	80	100	100	80	Baik
16	80	100	100	80	Baik
17	80	100	100	80	Baik
18	80	100	100	80	Baik
19	80	100	100	80	Baik
20	80	100	100	80	Baik
21	80	100	100	80	Baik
22	80	100	100	80	Baik
23	80	100	100	80	Baik
24	80	100	100	80	Baik
25	80	100	100	80	Baik
26	80	100	100	80	Baik
27	80	100	100	80	Baik
28	80	100	100	80	Baik
29	80	100	100	80	Baik
30	80	100	100	80	Baik
31	80	100	100	80	Baik
32	80	100	100	80	Baik
33	80	100	100	80	Baik
34	80	100	100	80	Baik
35	80	100	100	80	Baik
36	80	100	100	80	Baik
37	80	100	100	80	Baik
38	80	100	100	80	Baik
39	80	100	100	80	Baik
40	80	100	100	80	Baik

## DATA HASIL POST TEST PATRANG 2

NO	POST TEST	NILAI MAX	PRESENTASE (%)	JUMLAH (%)	KRITERIA
1	32	40	100	80	Baik
2	32	40	100	80	Baik
3	38	40	100	95	Baik
4	38	40	100	95	Baik
5	38	40	100	95	Baik
6	30	40	100	75	Cukup
7	22	40	100	55	Kurang
8	28	40	100	70	Cukup
9	26	40	100	65	Cukup
10	28	40	100	70	Cukup
11	28	40	100	70	Cukup
12	28	40	100	70	Cukup
13	32	40	100	80	Baik
14	32	40	100	80	Baik
15	32	40	100	80	Baik
16	30	40	100	75	Cukup
17	30	40	100	75	Cukup
18	30	40	100	75	Cukup
19	30	40	100	75	Cukup
20	30	40	100	75	Cukup
21	30	40	100	75	Cukup
22	30	40	100	75	Cukup
23	30	40	100	75	Cukup
24	30	40	100	75	Cukup
25	36	40	100	90	Baik
26	30	40	100	75	Cukup
27	30	40	100	75	Cukup
28	32	40	100	80	Baik
29	32	40	100	80	Baik
30	32	40	100	80	Baik
31	32	40	100	80	Baik
32	32	40	100	80	Baik
33	30	40	100	75	Cukup
34	32	40	100	80	Baik
35	32	40	100	80	Baik
36	36	40	100	90	Baik
37	36	40	100	90	Baik
38	36	40	100	90	Baik
39	38	40	100	95	Baik
40	38	40	100	95	Baik

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		pengetahuan	sikap	Guru	temansebaya	sapra	komitmen	perilaku
N		80	80	80	80	80	80	80
Normal Parameters <sup>a</sup>	Mean	.9000	.70	.82	.85	.96	.89	.85
	Std. Deviation	.30189	.461	.382	.359	.191	.318	.359
Most Extreme Differences	Absolute	.530	.442	.501	.512	.540	.526	.512
	Positive	.370	.258	.324	.338	.422	.362	.338
	Negative	-.530	-.442	-.501	-.512	-.540	-.526	-.512
Kolmogorov-Smirnov Z		4.738	3.956	4.485	4.578	4.832	4.703	4.578
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
<b>a. Test distribution is Normal.</b>								

## DATA FREKUENSI PRE TEST KELOMPOK KONTROL (PATRANG 2)

## Statistics

		pengetahuan	sikap	guru	temansebaya	sarpra	komitmen	perilaku
N	Valid	40	40	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

## Frequency Table

## pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	4	10.0	10.0	10.0
	Cukup	35	87.5	87.5	97.5
	Kurang	1	2.5	2.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

## sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	14	35.0	35.0	35.0
	Cukup	18	45.0	45.0	80.0
	Kurang	8	20.0	20.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

## guru

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	9	22.5	22.5	22.5
	Cukup	29	72.5	72.5	95.0
	Kurang	2	5.0	5.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

FREKUENSI DATA PRE TEST PATRANG 2 (KELOMPOK KONTROL)

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
temansebaya

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	6	15.0	15.0	15.0
	Cukup	34	85.0	85.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

sarpra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	3	7.5	7.5	7.5
	Cukup	32	80.0	80.0	87.5
	Kurang	5	12.5	12.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

komitmen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	4	10.0	10.0	10.0
	Cukup	31	77.5	77.5	87.5
	Kurang	5	12.5	12.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

perilaku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	7	17.5	17.5	17.5
	Cukup	31	77.5	77.5	95.0
	Kurang	2	5.0	5.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

FREKUENSI DATA PRE TEST PATRANG 2 (KELOMPOK KONTROL)



**Statistics**

		pengetahuan	sikap	guru	temansebaya	sarpra	komitmen	perilaku
N	Valid	40	40	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	ST 0	0	0	0

**Frequency Table**

**pengetahuan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	17	42.5	42.5	42.5
	Cukup	23	57.5	57.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**sikap**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	28	70.0	70.0	70.0
	Cukup	12	30.0	30.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**guru**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	24	60.0	60.0	60.0
	Cukup	16	40.0	40.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**temansebaya**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	40	100.0	100.0	100.0

**sarpra**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	6	15.0	15.0	15.0
	Cukup	34	85.0	85.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**komitmen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	40	100.0	100.0	100.0

**perilaku**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	21	52.5	52.5	52.5
	Cukup	18	45.0	45.0	97.5
	Kurang	1	2.5	2.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

DATA FREKUENSI POST TEST KELOMPOK KONTROL PATRANG 2

**Statistics**

		pengetahuan	sikap	guru	temansebaya	sarpra	komitmen	perilaku
N	Valid	40	40	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

**Frequency Table**

**Pengetahuan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	27	67.5	67.5	67.5
	Cukup	13	32.5	32.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**sikap**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	35	87.5	87.5	87.5
	Cukup	5	12.5	12.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**guru**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	30	75.0	75.0	75.0
	Cukup	10	25.0	25.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**temansebaya**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	39	97.5	97.5	97.5
	Cukup	1	2.5	2.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**sarpra**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	40	100.0	100.0	100.0

**komitmen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	40	100.0	100.0	100.0

**perilaku**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	33	82.5	82.5	82.5
	Cukup	7	17.5	17.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

DATA POST TEST BINTORO 2 (PERLAKUAN)

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
postestpengetahuan - pretestpengetahuan	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	6 <sup>b</sup>	3.50	21.00
	Ties	34 <sup>c</sup>		
	Total	40		

- a. postestpengetahuan < pretestpengetahuan
- b. postestpengetahuan > pretestpengetahuan
- c. postestpengetahuan = pretestpengetahuan

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	postestpengetahuan - pretestpengetahuan
Z	-2.449 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.014

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
postestsikap - pretestsikap	Negative Ranks	2 <sup>a</sup>	3.00	6.00
	Positive Ranks	2 <sup>b</sup>	2.00	4.00
	Ties	36 <sup>c</sup>		
	Total	40		

- a. postestsikap < pretestsikap
- b. postestsikap > pretestsikap

Data wilcoxon patrang 2 (Pre-Post Test)

**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
postestsikap - pretestsikap	Negative Ranks	2 <sup>a</sup>	3.00	6.00
	Positive Ranks	2 <sup>b</sup>	2.00	4.00
	Ties	36 <sup>c</sup>		
	Total	40		

a. postestsikap < pretestsikap

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	postestsikap - pretestsikap
Z	-.378 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.705

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
postestguru - pretestguru	Negative Ranks	1 <sup>a</sup>	2.00	2.00
	Positive Ranks	2 <sup>b</sup>	2.00	4.00
	Ties	37 <sup>c</sup>		
	Total	40		

a. postestguru < pretestguru

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	postestguru - pretestguru
Z	-.577 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.564

Data wilcoxon patrang 2 (Pre-Post Test)

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
postesttemansebaya -	Negative Ranks	2 <sup>a</sup>	2.50	5.00
pretesttemansebaya	Positive Ranks	2 <sup>b</sup>	2.50	5.00
	Ties	36 <sup>c</sup>		
	Total	40		

- a. postesttemansebaya < pretesttemansebaya
- b. postesttemansebaya > pretesttemansebaya
- c. postesttemansebaya = pretesttemansebaya

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	postesttemansebaya - pretesttemansebaya
Z	.000 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000

- a. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
postestsarpra - pretestsarpra	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	0 <sup>b</sup>	.00	.00
	Ties	40 <sup>c</sup>		
	Total	40		

- a. postestsarpra < pretestsarpra
- b. postestsarpra > pretestsarpra
- c. postestsarpra = pretestsarpra

Data wilcoxon patrang 2 (Pre-Post Test)

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	postestsarpra - pretestsarpra
Z	.000 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000

a. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
postestkomitmen - pretestkomitmen	Negative Ranks	2 <sup>a</sup>	2.50	5.00
	Positive Ranks	2 <sup>b</sup>	2.50	5.00
	Ties	36 <sup>c</sup>		
	Total	40		

a. postestkomitmen < pretestkomitmen

b. postestkomitmen > pretestkomitmen

c. postestkomitmen = pretestkomitmen

**test Statistics<sup>b</sup>**

	postestkomitmen - pretestkomitmen
Z	.000 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000

a. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Data wilcoxon patrang 2 (Pre-Post Test)



**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
posttestperilaku - pretestperilaku	Negative Ranks	2 <sup>a</sup>	2.00	4.00
	Positive Ranks	1 <sup>b</sup>	2.00	2.00
	Ties	37 <sup>c</sup>		
	Total	40		

- a. posttestperilaku < pretestperilaku  
b. posttestperilaku > pretestperilaku  
c. posttestperilaku = pretestperilaku

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	posttestperilaku - pretestperilaku
Z	-.577 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.564

- a. Based on positive ranks.  
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Data wilcoxon patrang 2 (Pre-Post Test)

# DATA Wilcoxon Signed Ranks Test PERLAKUAN SIKAP SISWA (PRE-POST)

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
postestpengetahuan perlakuan - pretest pengetahuan perlakuan	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	39 <sup>b</sup>	20.00	780.00
	Ties	1 <sup>c</sup>		
	Total	40		
post test sikap perlakuan - pretest sikap perlakuan	Negative Ranks	0 <sup>d</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	40 <sup>e</sup>	20.50	820.00
	Ties	0 <sup>f</sup>		
	Total	40		

- a. postestpengetahuan perlakuan < pretest pengetahuan perlakuan
- b. postestpengetahuan perlakuan > pretest pengetahuan perlakuan
- c. postestpengetahuan perlakuan = pretest pengetahuan perlakuan
- d. post test sikap perlakuan < pretest sikap perlakuan
- e. post test sikap perlakuan > pretest sikap perlakuan
- f. post test sikap perlakuan = pretest sikap perlakuan

Test Statistics<sup>b</sup>

	postestpengetahu an perlakuan - pretest pengetahuan perlakuan	post test sikap perlakuan - pretest sikap perlakuan
Z	-5.462 <sup>a</sup>	-5.555 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

# Wilcoxon Signed Ranks Test

**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
postestpengetahuan	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
perlakuan - pretest	Positive Ranks	39 <sup>b</sup>	20.00	780.00
pengetahuan perlakuan	Ties	1 <sup>c</sup>		
	Total	40		

- a. postestpengetahuan perlakuan < pretest pengetahuan perlakuan
- b. postestpengetahuan perlakuan > pretest pengetahuan perlakuan
- c. postestpengetahuan perlakuan = pretest pengetahuan perlakuan

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	postestpengetahuan perlakuan - pretest pengetahuan perlakuan
Z	-5.462 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**DATA Wilcoxon Signed Ranks Test, FAKTOR GURU PRE-POST****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
postestpengetahuan perlakuan - pretest pengetahuan perlakuan	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	39 <sup>b</sup>	20.00	780.00
	Ties	1 <sup>c</sup>		
	Total	40		
post test sikap perlakuan - pretest sikap perlakuan	Negative Ranks	0 <sup>d</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	40 <sup>e</sup>	20.50	820.00
	Ties	0 <sup>f</sup>		
	Total	40		
post test guru - pretest guru perlakuan	Negative Ranks	0 <sup>g</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	39 <sup>h</sup>	20.00	780.00
	Ties	1 <sup>i</sup>		
	Total	40		
post test teman sebaya - pretest teman sebaya perlakuan	Negative Ranks	0 <sup>j</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	39 <sup>k</sup>	20.00	780.00
	Ties	1 <sup>l</sup>		
	Total	40		

- a. postestpengetahuan perlakuan < pretest pengetahuan perlakuan  
b. postestpengetahuan perlakuan > pretest pengetahuan perlakuan  
c. postestpengetahuan perlakuan = pretest pengetahuan perlakuan  
d. post test sikap perlakuan < pretest sikap perlakuan  
e. post test sikap perlakuan > pretest sikap perlakuan  
f. post test sikap perlakuan = pretest sikap perlakuan  
g. post test guru < pretest guru perlakuan  
h. post test guru > pretest guru perlakuan  
i. post test guru = pretest guru perlakuan  
j. post test teman sebaya < pretest teman sebaya perlakuan

WILCOXON FAKTOR GURU PRE-POST KELOMPOK PERILAKUAN (BINTORO 2)

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	postestpengetahu an perlakuan - pretest pengetahuan perlakuan	post test sikap perlakuan - pretest sikap perlakuan	post test guru - pretest guru perlakuan	post test teman sebaya - pretest teman sebaya perlakuan
Z	-5.462 <sup>a</sup>	-5.555 <sup>a</sup>	-5.480 <sup>a</sup>	-5.495 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
postestpengetahuan perlakuan - pretest pengetahuan perlakuan	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	39 <sup>b</sup>	20.00	780.00
	Ties	1 <sup>c</sup>		
	Total	40		
post test sikap perlakuan - pretest sikap perlakuan	Negative Ranks	0 <sup>d</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	40 <sup>e</sup>	20.50	820.00
	Ties	0 <sup>f</sup>		
	Total	40		
post test guru - pretest guru perlakuan	Negative Ranks	0 <sup>g</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	39 <sup>h</sup>	20.00	780.00
	Ties	1 <sup>i</sup>		
	Total	40		
post test teman sebaya - pretest teman sebaya perlakuan	Negative Ranks	0 <sup>j</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	39 <sup>k</sup>	20.00	780.00
	Ties	1 <sup>l</sup>		
	Total	40		
post test sarpra - pretest sarpra	Negative Ranks	0 <sup>m</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	40 <sup>n</sup>	20.50	820.00
	Ties	0 <sup>o</sup>		
	Total	40		
post test komitmen - pretest komitmen	Negative Ranks	0 <sup>p</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	40 <sup>q</sup>	20.50	820.00
	Ties	0 <sup>r</sup>		
	Total	40		

DATA WILCOXON PERLAKUAN - PERILAKU MENCUCI TANGAN (PRE-POST)

		IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA		
post test perilaku perlakuan	- Negative Ranks	0	.00	.00
pretest perilaku	Positive Ranks	31 <sup>1</sup>	16.00	496.00
	Ties	9 <sup>u</sup>		
	Total	40		

- a. postestpengetahuan perlakuan < pretest pengetahuan perlakuan
- b. postestpengetahuan perlakuan > pretest pengetahuan perlakuan
- c. postestpengetahuan perlakuan = pretest pengetahuan perlakuan
- d. post test sikap perlakuan < pretest sikap perlakuan
- e. post test sikap perlakuan > pretest sikap perlakuan
- f. post test sikap perlakuan = pretest sikap perlakuan
- g. post test guru < pretest guru perlakuan
- h. post test guru > pretest guru perlakuan
- i. post test guru = pretest guru perlakuan
- j. post test teman sebaya < pretest teman sebaya perlakuan
- k. post test teman sebaya > pretest teman sebaya perlakuan
- l. post test teman sebaya = pretest teman sebaya perlakuan
- m. post test sarpra < pretest sarpra
- n. post test sarpra > pretest sarpra
- o. post test sarpra = pretest sarpra
- p. post test komitmen < pretest komitmen
- q. post test komitmen > pretest komitmen
- r. post test komitmen = pretest komitmen
- s. post test perilaku perlakuan < pretest perilaku
- t. post test perilaku perlakuan > pretest perilaku
- u. post test perilaku perlakuan = pretest perilaku

DATA WILCOXON PERLAKUAN - PERILAKU MENCUCI TANGAN (PRE-POST)

	IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA	postest penget ahuan perilaku an - pretest penget ahuan perilaku an	post test sikap perlakuan - pretest sikap perlakuan	post test guru - pretest guru perilaku an	post test teman sebayu - pretest teman sebayu perilaku an	post test sarpra - pretest sarpra	post test komitm en - pretest komitm en	post test perilaku perlakuan - pretest perilaku
Z		-5.462 <sup>a</sup>	-5.555 <sup>a</sup>	-5.480 <sup>a</sup>	-5.495 <sup>a</sup>	-5.634 <sup>a</sup>	-5.598 <sup>a</sup>	-4.877 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks

Test



**DATA Mann-Whitney Test PRE-PRE TEST (PERLAKUAN-KONTROL)****Ranks**

kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
prepengetahuan	perlakuan	40	40.50	1620.00
	kontrol	40	40.50	1620.00
	Total	80		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	prepengetahuan
Mann-Whitney U	800.000
Wilcoxon W	1620.000
Z	.000
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000

a. Grouping Variable: kelompok

**DATA MANN-WHITNEY TEST PERLAKUAN-KONTROL (PRE-PRE TEST)****Ranks**

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
presikap perlakuan	40	38.21	1528.50
kontrol	40	42.79	1711.50
Total	80		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	presikap
Mann-Whitney U	708.500
Wilcoxon W	1.528E3
Z	-.898
Asymp. Sig. (2-tailed)	.369

a. Grouping Variable: kelompok

**Mann-Whitney Test****Ranks**

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
preguru perlakuan	40	35.62	1425.00
kontrol	40	45.38	1815.00
Total	80		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	preguru
Mann-Whitney U	605.000
Wilcoxon W	1.425E3
Z	-1.924
Asymp. Sig. (2-tailed)	.054

a. Grouping Variable: kelompok

DATA MANN-WHITNEY PRE-PRE TEST (PERLAKUAN KONTROL)

**Mann-Whitney Test****Ranks**

kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
premansebaya	perlakuan	40	39.95	1598.00
	kontrol	40	41.05	1642.00
	Total	80		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	premansebaya
Mann-Whitney U	778.000
Wilcoxon W	1598.000
Z	-.221
Asymp. Sig. (2-tailed)	.825

a. Grouping Variable: kelompok

**Mann-Whitney Test****Ranks**

kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
presarpra	perlakuan	40	30.25	1210.00
	kontrol	40	50.75	2030.00
	Total	80		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	presarpra
Mann-Whitney U	390.000
Wilcoxon W	1210.000
Z	-4.160
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: kelompok

DATA MANN-WHITNEY PRE-PRE TEST (PERLAKUAN KONTROL)

**Mann-Whitney Test****Ranks**

kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
prekomitmen	perlakuan	40	37.90	1516.00
	kontrol	40	43.10	1724.00
Total		80		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	prekomitmen
Mann-Whitney U	696.000
Wilcoxon W	1516.000
Z	-1.070
Asymp. Sig. (2-tailed)	.285

a. Grouping Variable: kelompok

**Mann-Whitney Test****Ranks**

kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Preperilaku	perlakuan	40	38.09	1523.50
	kontrol	40	42.91	1716.50
Total		80		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	preperilaku
Mann-Whitney U	703.500
Wilcoxon W	1523.500
Z	-.952
Asymp. Sig. (2-tailed)	.341

a. Grouping Variable: kelompok

DATA MANN-WHITNEY PRE-PRE TEST (PERLAKUAN KONTROL)

### Mann-Whitney Test

**Ranks**

kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
postpenget	perlakuan	40	56.96	2278.50
	kontrol	40	24.04	961.50
Total		80		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	postpenget
Mann-Whitney U	141.500
Wilcoxon W	961.500
Z	-6.492
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: kelompok

**Ranks**

kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
postsikap	perlakuan	40	53.79	2151.50
	kontrol	40	27.21	1088.50
Total		80		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	postsikap
Mann-Whitney U	268.500
Wilcoxon W	1088.500
Z	-5.252
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: kelompok

**Ranks**

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
postteman perlakuan	40	60.15	2406.00
kontrol	40	20.85	834.00
Total	80		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	postteman
Mann-Whitney U	14.000
Wilcoxon W	834.000
Z	-7.735
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: kelompok

**Ranks**

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
postguru perlakuan	40	55.36	2214.50
kontrol	40	25.64	1025.50
Total	80		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	postguru
Mann-Whitney U	205.500
Wilcoxon W	1.026E3
Z	-5.834
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: kelompok

DATA MANN-WHITNEY POST-POST (KONTROL-PERLAKUAN)

**Ranks**

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
postsapra perlakuan	40	56.50	2260.00
kontrol	40	24.50	980.00
Total	80		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	postsapra
Mann-Whitney U	160.000
Wilcoxon W	980.000
Z	-6.669
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: kelompok

**Ranks**

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
postkomit perlakuan	40	58.75	2350.00
kontrol	40	22.25	890.00
Total	80		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	postkomit
Mann-Whitney U	70.000
Wilcoxon W	890.000
Z	-7.568
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: kelompok

DATA MANN-WHITNEY POST-POST (KONTROL-PERLAKUAN)

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
postperilaku perlakuan	40	55.64	2225.50
kontrol	40	25.36	1014.50
Total	80		

Test Statistics<sup>a</sup>

	postperilaku
Mann-Whitney U	194.500
Wilcoxon W	1014.500
Z	-5.923
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: kelompok

DATA MANN-WHITNEY POST-POST (KONTROL-PERLAKUAN)



DATA FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU  
**Logistic Regression**

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	80	97.6
	Missing Cases	2	2.4
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable**

**Encoding**

Original Value	Internal Value
baik	0
tidak baik	1

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed			Predicted		
			perilaku		Percentage Correct
			baik	tidak baik	
Step 0	perilaku	Baik	54	0	100.0
		tidak baik	26	0	.0
Overall Percentage					67.5

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.731	.239	9.375	1	.002	.481

Regressi Linear faktor-faktor perilaku mencuci tangan

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
**Variables not in the Equation**

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	Perilaku	8.205	1	.004
		Pengetahuan	.389	1	.533
		Sikap	2.086	1	.149
		Guru	5.143	1	.023
		temansebaya	.488	1	.485
		sapra	5.713	1	.017
Overall Statistics			17.278	6	.008

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	19.574	6	.003
	Block	19.574	6	.003
	Model	19.574	6	.003

**model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	81.319 <sup>a</sup>	.217	.303

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed			Predicted		
			Perilaku		Percentage Correct
			baik	tidak baik	
Step 1	perilaku	Baik	45	9	83.3
		tidak baik	11	15	57.7
Overall Percentage					75.0

a. The cut value is ,500

Regressi Linear faktor-faktor perilaku mencuci tangan

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
perlakuan	2.716	1.139	5.682	1	.017	15.122	1.621	141.088
pengetahuan	.414	.588	.495	1	.482	1.513	.478	4.790
sikap	.433	.666	.423	1	.516	1.542	.418	5.687
Guru	-2.079	.748	7.729	1	.005	.125	.029	.542
temansebayanya	-19.798	4.019E4	.000	1	1.000	.000	.000	.
sapra	-1.175	1.113	1.113	1	.291	.309	.035	2.739
Constant	-1.405	.485	8.378	1	.004	.245		

a. Variable(s) entered on step 1: perlakuan, pengetahuan, sikap, Guru, temansebayanya, sapra.

## Logistic Regression

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	80	97.6
	Missing Cases	2	2.4
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Dependent Variable

#### Encoding

Original Value	Internal Value
baik	0
tidak baik	1

Regresi Linear faktor-faktor perilaku mencuci tangan

Observed			Predicted		
			Perilaku		Percentage Correct
			baik	tidak baik	
Step 0	perilaku	Baik	54	0	100.0
		tidak baik	26	0	.0
Overall Percentage					67.5

- a. Constant is included in the model.
- b. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.731	.239	9.375	1	.002	.481

**Variables not in the Equation**

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	perlakuan	8.205	1	.004
		pengetahuan	.389	1	.533
		sikap	2.086	1	.149
		Guru	5.143	1	.023
		sapra	5.713	1	.017
Overall Statistics			17.044	5	.004

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	19.143	5	.002
	Block	19.143	5	.002
	Model	19.143	5	.002

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	81.749 <sup>a</sup>	.213	.297

- a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Regresi Linear faktor-faktor perilaku mencuci tangan

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed			Predicted		
			perilaku		Percentage Correct
			baik	tidak baik	
Step 1	perilaku	Baik	45	9	83.3
		tidak baik	11	15	57.7
		Overall Percentage			75.0

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
perlakukan	2.754	1.140	5.833	1	.016	15.702	1.680	146.729
pengetahuan	.436	.589	.548	1	.459	1.546	.488	4.904
sikap	.450	.667	.455	1	.500	1.568	.424	5.790
Guru	-2.078	.750	7.682	1	.006	.125	.029	.544
sapra	-1.186	1.115	1.133	1	.287	.305	.034	2.714
Constant	-1.450	.482	9.064	1	.003	.235		

a. Variable(s) entered on step 1: perlakuan, pengetahuan, sikap, Guru, sapra.

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	80	97.6
	Missing Cases	2	2.4
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable**

**Encoding**

Original Value	Internal Value
Baik	0

Regresi Linear faktor-faktor perilaku mencuci tangan

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
perlakuan	2.754	1.140	5.833	1	.016	15.702	1.680	146.729
pengetahuan	.436	.589	.548	1	.459	1.546	.488	4.904
sikap	.450	.667	.455	1	.500	1.568	.424	5.790
Guru	-2.078	.750	7.682	1	.006	.125	.029	.544
sapura	-1.186	1.115	1.133	1	.287	.305	.034	2.714
tidak baik				1				

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed	Predicted		
	perilaku		Percentage Correct
	baik	tidak baik	
Step 0 perilaku Baik	54	0	100.0
tidak baik	26	0	.0
Overall Percentage			67.5

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.731	.239	9.375	1	.002	.481

**Variables not in the Equation**

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables			
perlakuan	8.205	1	.004
pengetahuan	.389	1	.533
Guru	5.143	1	.023
Sapura	5.713	1	.017
Overall Statistics	16.573	4	.002

Regresi Linear faktor-faktor perilaku mencuci tangan

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	18.694	4	.001
	Block	18.694	4	.001
	Model	18.694	4	.001

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	82.199 <sup>a</sup>	.208	.291

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed		Predicted		
		perilaku		Percentage Correct
		baik	tidak baik	
Step 1	perilaku Baik	45	9	83.3
	tidak baik	11	15	57.7
Overall Percentage				75.0

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
perilaku	2.708	1.137	5.676	1	.017	14.997	1.616	139.149
pengetahuan	.388	.579	.449	1	.503	1.474	.474	4.590
Guru	-2.102	.746	7.935	1	.005	.122	.028	.528
sapra	-1.019	1.082	.887	1	.346	.361	.043	3.010
Constant	-1.371	.465	8.711	1	.003	.254		

a. Variable(s) entered on step 1: perilaku, pengetahuan, Guru, sapra.

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	80	97.6
	Missing Cases	2	2.4
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable**

**Encoding**

Original Value	Internal Value
baik	0
tidak baik	1

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed			Predicted		Percentage Correct
			perilaku		
			baik	tidak baik	
Step 0	Perilaku	Baik	54	0	100.0
		tidak baik	26	0	.0
Overall Percentage					67.5

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.731	.239	9.375	1	.002	.481

Regresi Linear faktor-faktor perilaku mencuci tangan



**Variables not in the Equation**

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	perlakuan	8.205	1	.004
		pengetahuan	.389	1	.533
		sapra	5.713	1	.017
Overall Statistics			8.231	3	.041

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	8.468	3	.037
	Block	8.468	3	.037
	Model	8.468	3	.037

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	92.425 <sup>a</sup>	.100	.140

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed			Predicted		
			perilaku		Percentage Correct
			baik	tidak baik	
Step 1	perilaku	Baik	52	2	96.3
		tidak baik	24	2	7.7
Overall Percentage					67.5

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	perlakuan	1.551	.916	2.864	1	.091	4.717	.783	28.429
	pengetahuan	-.044	.528	.007	1	.934	.957	.340	2.694
	sapra	-.105	.898	.014	1	.907	.900	.155	5.236

Regresi Linear faktor-faktor perilaku mencuci tangan

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> perlakuan	1.551	.916	2.864	1	.091	4.717	.783	28.429
pengetahuan	-.044	.528	.007	1	.934	.957	.340	2.694
sapra	-.105	.898	.014	1	.907	.900	.155	5.236
Constant	-1.537	.449	11.717	1	.001	.215		

a. Variable(s) entered on step 1: perlakuan, pengetahuan, sapra.

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	80	97.6
	Missing Cases	2	2.4
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable**

**Encoding**

Original Value	Internal Value
Baik	0
tidak baik	1

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed			Predicted		
			perilaku		Percentage Correct
			baik	tidak baik	
Step 0 perilaku	Baik		54	0	100.0
	tidak baik		26	0	.0
Overall Percentage					67.5

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

Regresi Linear faktor-faktor perilaku mencuci tangan

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.731	.239	9.375	1	.002	.481

**Variables not in the Equation**

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables Perilaku	8.205	1	.004
Sapra	5.713	1	.017
Guru	5.143	1	.023
Overall Statistics	16.225	3	.001

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	18.244	3	.000
Block	18.244	3	.000
Model	18.244	3	.000

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	82.649 <sup>a</sup>	.204	.285

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed		Predicted		
		perilaku		Percentage Correct
		baik	tidak baik	
Step 1 perilaku Baik	45	9	83.3	
tidak baik	11	15	57.7	
Overall Percentage			75.0	

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> perlakuan	2.639	1.109	5.659	1	.017	13.996	1.592	123.066
sapra	-.863	1.037	.693	1	.405	.422	.055	3.216
Guru	-1.995	.723	7.614	1	.006	.136	.033	.561
Constant	-1.260	.428	8.663	1	.003	.284		

a. Variable(s) entered on step 1: perlakuan, sapra, Guru.

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	80	97.6
	Missing Cases	2	2.4
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable**

**Encoding**

Original Value	Internal Value
baik	0
tidak baik	1

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed			Predicted		
			perilaku		Percentage Correct
			baik	tidak baik	
Step 0	perilaku	Baik	54	0	100.0
		tidak baik	28	0	.0
<b>Overall Percentage</b>					<b>67.5</b>

Regresi Linear faktor-faktor perilaku mencuci tangan

Observed			Predicted		
			perilaku		Percentage Correct
			baik	tidak baik	
Step 0	perilaku	Baik	54	0	100.0
		tidak baik	26	0	.0
Overall Percentage					67.5

- a. Constant is included in the model.
- b. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.731	.239	9.375	1	.002	.481

**Variables not in the Equation**

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	Perlakuan	8.205	1	.004
		Guru	5.143	1	.023
Overall Statistics			15.835	2	.000

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	17.538	2	.000
	Block	17.538	2	.000
	Model	17.538	2	.000

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	83.355 <sup>a</sup>	.197	.275

- a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed			Predicted		
			perilaku		Percentage Correct
			baik	tidak baik	
Step 1	perilaku	Baik	45	9	83.3
		tidak baik	11	15	57.7
Overall Percentage					75.0

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
perlakuan	1.859	.576	10.418	1	.001	6.417	2.075	19.843
Guru	-1.835	.670	7.491	1	.006	.160	.043	.594
Constant	-1.271	.428	8.836	1	.003	.280		

a. Variable(s) entered on step 1: perlakuan, Guru.