

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah proses aktif dari belajar yang dilakukan oleh seseorang atau lebih mencakup berbagai aspek seperti kebersihan diri, kebersihan rumah, kebersihan makanan dan sanitasi lingkungan (Siwach, 2009).

Pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk intervensi dan upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku kondusif untuk kesehatan sehingga fokus pendidikan kesehatan bukan hanya peningkatan pengetahuan (*knowledge*) tetapi juga diharapkan adanya peningkatan sikap (*attitude*), dan praktik (*practice*) (Notoatmodjo, 2012).

2. *Personal Hygiene*

Personal hygiene berasal dari bahasa Yunani, *personal* artinya perorangan dan *hygiene* artinya sehat. *Personal hygiene* merupakan suatu tindakan yang dilakukan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan individu untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Tarwoto dan Wartonah, 2011).

a. Jenis *Personal hygiene*

- 1) Perawatan kulit kepala
- 2) Perawatan mata
- 3) Perawatan telinga
- 4) Perawatan hidung
- 5) Perawatan kuku tangan dan kuku kaki
- 6) Perawatan genitalia
- 7) Perawatan kulit seluruh tubuh
- 8) Perawatan tubuh secara keseluruhan (Tarwoto dan Wartonah, 2011).

Perry & Potter (2012), membedakan jenis-jenis perawatan *personal hygiene* menjadi dua yaitu: berdasarkan waktu dan tempat.

1) Berdasarkan waktu

a) Perawatan dini hari

Perawatan dini hari adalah perawatan yang dilakukan pada waktu bangun tidur dan beraktivitas seperti merapikan diri sebelum dilakukan pemeriksaan, mempersiapkan pasien, sarapan dan lain-lain.

b) Perawatan pagi hari

Perawatan pagi hari adalah perawatan yang dilakukan setelah melakukan aktivitas pertolongan dalam memenuhi kebutuhan eliminasi, mandi, sampai merapikan tempat tidur pasien.

c) Perawatan siang hari

Perawatan siang hari adalah yang dilakukan setelah melakukan aktivitas perawatan diri

seperti mencuci mulut, mencuci tangan, merapikan tempat tidur serta membersihkan lingkungan pasien.

d) Perawatan menjelang tidur

Perawatan menjelang tidur adalah perawatan yang dilakukan pada saat menjelang tidur agar pasien dapat tidur beristirahat dengan tenang, seperti mencuci muka dan tangan membersihkan mulut, dan memijat daerah punggung (Perry & Potter, 2012).

2) Berdasarkan tempat

a) Perawatan diri pada kulit

Kulit ialah salah satu bagian penting dari tubuh yang dapat melindungi tubuh dari berbagai kuman atau trauma sehingga perlu perawatan yang adekuat dalam mempertahankan fungsinya.

Fungsi kulit

(1) Proteksi tubuh

- (2) Pengaturan temperatur tubuh
- (3) Pengeluaran pembuangan air
- (4) Sensasi dari stimulus lingkungan
- (5) Membantu keseimbangan cairan dan elektrolit, dan
- (6) Memproduksi dan mengabsorpsi vitamin D.

b) Mandi

Mandi bermanfaat untuk menghilangkan atau membersihkan bau badan, keringat, dan sel yang mati serta merangsang sirkulasi darah dan membuat rasa nyaman

c) Perawatan diri pada kaki dan kuku

Perawatan kaki dan kuku untuk mencegah infeksi, bau kaki, dan cedera jaringan lunak. Integritas kaki dan kuku ibu jari penting untuk mempertahankan fungsi normal kaki sehingga orang dapat berdiri atau berjalan dengan nyaman.

d) Perawatan rambut

Rambut merupakan bagian dari tubuh yang memiliki fungsi sebagai proteksi dan pengatur suhu. Indikasi perubahan status kesehatan diri juga dapat dilihat dari rambut. Perawatan ini bermanfaat mencegah infeksi daerah kepala.

e) Perawatan gigi dan mulut

Gigi dan mulut adalah bagian penting yang harus dipertahankan kebersihannya, sebab melalui organ ini berbagai kuman dapat masuk (Perry & Potter, 2012).

f) Perawatan perineal wanita

Perawatan perineal wanita meliputi genitalia eksternal, dilakukan selama mandi. Tujuan perawatan: mencegah dan mengontrol penyebaran infeksi, mencegah kerusakan kulit, meningkatkan kenyamanan dan mempertahankan kebersihan.

g) Perawatan Perineal Pria

Klien pria memerlukan perhatian khusus selama perawatan perineal, khususnya jika tidak dilakukan sirkumsisi. *Foreskin* menyebabkan sekresi mengumpul dengan mudah di sekitar mahkota penis dekat meatus uretral. Kanker penis terjadi lebih sering pada pria yang tidak disirkumsisi dan diyakini ada kaitannya dengan kebersihan.

h) Kebutuhan kebersihan lingkungan pasien

Kebutuhan kebersihan lingkungan pasien ialah kebersihan pada tempat tidur. Tujuannya adalah agar pasien dapat tidur dengan nyaman tanpa gangguan saat tidur sehingga dapat membantu proses penyembuhan.

b. Tujuan dari *personal hygiene*

Tujuan dari *personal hygiene* adalah: meningkatkan derajat kesehatan, memelihara kebersihan diri, memperbaiki *personal hygiene*,

sebagai upaya pencegahan penyakit, meningkatkan percaya diri, dan menciptakan keindahan (Perry & Potter, 2012).

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene*

1) Citra tubuh

Citra tubuh merupakan gambaran seseorang terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri seperti adanya perubahan fisik sehingga seseorang tidak peduli terhadap kebersihannya (Tarwoto dan Wartonah, 2011). Penampilan umum seseorang dapat menggambarkan pentingnya *hygiene* pada individu tersebut. Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang terhadap penampilan fisiknya (Potter & Perry, 2012).

2) Praktik sosial

Anak-anak yang selalu dimanja dalam kebersihan diri, kemungkinan akan terjadi perubahan pada *personal hygiene* (Tarwoto

danartona, 2012). Kelompok social masyarakat dapat mempengaruhi praktik *hygiene* dari orang tua mereka. Kebiasaan keluarga, jumlah orang dirumah, dan ketersediaan air panas atau air mengalir merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi perawatan kebersihan (Potter & Perry, 2012).

3) Status sosial ekonomi

Status social ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik kebersihan yang digunakan (Potter & Perry, 2012). *Personal hygiene* memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, sampo, alat-alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya (Tarwoto dan Wartonah, 2011).

4) Pengetahuan

Pengetahuan tentang pentingnya *hygiene* dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik *hygiene*, karena pengetahuan yang baik

dapat meningkatkan kesehatan (Tarwoto dan Wartonah, 2011).

5) Variabel kebudayaan

Perawatan *hygiene* akan mempengaruhi kepercayaan dan nilai pribadi seseorang. Individu dari latar kebudayaan yang berbeda akan melakukan praktik perawatan diri yang berbeda. Sebagian masyarakat, apabila individu sakit tertentu maka tidak boleh dimandikan (Perry & Potter, 2012).

6) Kebiasaan seseorang

Masing-masing orang memiliki pilihan waktu untuk mandi, bercukur dan melakukan perawatan rambut. Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri, seperti penggunaan sabun, *shampoo*, dan lain-lain (Tarwoto dan Wartonah, 2011).

7) Kondisi fisik

Kemampuan untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya saat sedang sakit (Potter & Perry, 2012).

d. Dampak yang sering timbul pada masalah *personal hygiene*

Sesuatu yang penting dalam kehidupan anak ialah menjaga kebersihan diri karena terjaganya kebersihan diri akan membuat membuat anak menjadi sehat, dan terhindar dari beragam penyakit. Dampak yang ditimbulkan jika anak tidak menjaga kebersihan diri dengan baik, antara lain:

1) Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpelihara kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku.

2) Dampak psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan *personal hygiene* adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial (Tarwoto & Wartonah, 2011).

3. Metode Audio Visual

a. Metode atau Media

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) metode adalah cara kerja yang yang bersistem untuk memudahkan kegiatan untuk mencapai tujuan yang ditentukan. Media menurut KBBI merupakan alat atau sarana komunikasi seperti majalah, Koran, televisi, radio, film, poster, dan spanduk.

b. Metode Pembelajaran

1) Macam-macam metode pembelajaran

Macam-macam metode pembelajaran, diantaranya, yaitu:

- (a) Media yang hanya dapat dilihat seperti foto, gambar dan poster yang disebut dengan media visual,
- (b) Media yang hanya dapat didengar contohnya kaset audio, MP3, radio disebut dengan media audio
- (c) Media yang dapat dilihat serta didengar seperti film suara, video, televisi dan *sound slide* disebut media audio visual
- (d) Multimedia adalah media yang dapat menyajikan unsur media secara lengkap seperti suara, animasi, video, grafis dan film, dan,
- (e) Media realia yaitu semua media nyata yang ada di lingkungan alam, seperti tumbuhan, batuan, air, sawah, dan sebagainya (Arsyad, 2011).

c. Metode Audio Visual

Metode audio visual berasal dari kata media yaitu bentuk perantara yang digunakan oleh manusia dalam

menyampaikan atau menyebarkan ide, gagasan, atau pendapat sehingga dapat diterima oleh objek yang dituju (Arsyad, 2011).

1) Macam-macam media audio visual

Media pembelajaran menurut karakteristik pembangkit rangsangan indera dapat berbentuk:

- a) Audio (suara),
- b) Visual (gambar), maupun
- c) Audio Visual (Sanjaya, 2011).

Ciri pengajaran lewat audio visual ialah dengan menggunakan pemakaian perangkat keras selama proses belajar, seperti mesin proyektor film, televisi, *tape recorder* dan proyektor visual yang lebar (Arsyad, 2011).

2) Kelebihan dan Kelemahan Media Audio Visual

Kelebihan dan kelemahan media audio visual dalam pembelajaran menurut Arsyad (2011) adalah:

(a) Kelebihan media audio visual

- (1) Film dan video dapat melengkapi pengalaman dasar siswa,
- (2) Film dan video dapat menggambarkan suatu proses secara tepat yang dapat disaksikan secara berulang-ulang,
- (3) Video dapat menanamkan sikap-sikap dan segi afektif serta mendorong dan meningkatkan motivasi film,
- (4) Nilai-nilai positif yang ada di film dan video dapat menstimulasi pemikiran dan pembahasan dalam kelompok siswa,
- (5) Film dan video dapat menyajikan peristiwa yang berbahaya jika dilihat secara langsung
- (6) Film dan video dapat ditunjukkan kepada kelompok besar atau kelompok kecil,

kelompok yang heterogen maupun homogen maupun perorangan

(7) Film yang dalam kecepatan normal memakan waktu satu minggu dapat ditampilkan dalam satu atau dua menit (Arsyad, 2011).

(b) Kelemahan media audio visual

(1) Pengadaan film dan video umumnya memerlukan biaya mahal dan waktu yang banyak.

(2) Tidak semua siswa mampu mengikuti informasi yang ingin disampaikan melalui film tersebut

(3) Film dan video yang tersedia tidak selalu sesuai dengan kebutuhan dan tujuan belajar yang diinginkan, kecuali dirancang dan diproduksi khusus untuk kebutuhan sendiri.

4. Tunagrahita

International Clasification of Functioning Disability and Health (ICF) mendefinisikan difabel adalah kecacatan dan sebagai istilah umum untuk gangguan, pembatasan aktivitas dan pembatasan partisipasi. Difabel menyebabkan seorang mudah mengalami penurunan kesehatan, bermasalah dengan pribadi sendiri (sikap negatif) dan lingkungan (dukungan sosial yang terbatas dan transportasi yang sulit diakses (WHO, 2016). Difabel menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah suatu kekurangan yang menyebabkan nilai atau mutunya kurang baik atau kurang sempurna/tidaksempurna akibat kecelakaan atau lainnya yang menyebabkan keterbatasan pada dirinya secara fisik.

a. Tunagrahita

Tunagrahita adalah individu dengan fungsi intelektualnya yang lamban, yaitu IQ 70 kebawah berdasarkan tes inteligensi baku, kekurangan dalam perilaku adaptif dan terjadi pada masa perkembangan,

yaitu antara masa konsepsi hingga usia 18 tahun (Kemis & Rosnawati, 2013).

PP No.72 tahun 1991 menerangkan bahwa anak-anak dalam kelompok dibawah normal dan atau lebih lamban dari pada anak normal, baik perkembangan sosial maupun kecerdasannya disebut anak keterbelakangan mental, istilah resminya di Indonesia disebut anak tunagrahita.

b. Penyebab Tunagrahita

Kemis & Rosnawati (2013) menyatakan bahwa penyebab tunagrahita adalah sebagai berikut:

1) Genetik

Adanya kerusakan/kelainan biokimiawi, abnormalitas kromosomal.

2) Faktor yang terjadi sebelum lahir (*pre-natal*)

a) Infeksi Rubella (cacar)

b) Faktor Rhesus (Rh)

3) Kelahiran (*natal*) yang disebabkan oleh kejadian yang terjadi pada saat kelahiran

- 4) Setelah lahir (*post-natal*) akibat infeksi seperti: meningitis (peradangan pada selaput otak) dan masalah nutrisi seperti kekurangan gizi, contohnya ialah kekurangan protein
- 5) Faktor sosio-kultural atau sosial budaya lingkungan
- 6) Gangguan metabolisme/nutrisi

c. Klasifikasi Tunagrahita

Klasifikasi tunagrahita dapat dibagi menjadi 3, yaitu: tunagrahita ringan, tunagrahita sedang dan tunagrahita berat. Apriyanto (2012) menjelaskan klasifikasi tunagrahita adalah sebagai berikut:

1) Anak tunagrahita ringan (IQ 50-70)

Anak tunagrahita ringan sama seperti anak-anak normal yang memiliki kemampuan untuk dididik, seperti mampu mandiri, mempelajari beberapa keterampilan dan *life skills*, serta mampu belajar sejumlah teori yang ringan dan bermanfaat bagi kehidupan keseharian. Contohnya adalah

mempelajari bahasa dan berkomunikasi dengan tepat, matematika perhitungan sederhana, ilmu alam, dan ekonomi. Pendidik atau guru yang sabar atau waktu yang cukup lama akan dibutuhkan untuk membuat anak-anak paham.

Guru yang mengawasi perkembangan dan pembelajaran anak tunagrahita jenis ringan ini harus ada dan masuk kedalam kelas inklusi. Apabila diberi pembelajaran dan pendidikan secara konsisten, maka anak tunagrahita ringan bisa mencapai usia perkembangan mental setara dengan anak usia 12 tahun.

2) Anak tunagrahita sedang (IQ 30-50)

Anak tunagrahita sedang ialah anak-anak yang masih memiliki kemampuan untuk dilatih secara mandiri, melakukan dan memenuhi kebutuhannya sendiri. Contohnya: makan, mandi, berpakaian dan berhias sendiri, serta beraktivitas dalam keterampilan sederhana seperti menyiram

bunga, memberi makan hewan ternak dan membersihkan kandangnya. Anak tunagrahita kondisi sedang ini disebut juga golongan imbesil (Apriyanto, 2012).

Anak tunagrahita sedang masih dimungkinkan untuk mampu mandiri dengan tetap dalam pengawasan orang lain yang siap membantu apabila mereka membutuhkan bantuan. Apabila dilatih secara konsisten dan tepat, maka golongan imbesil ini bisa mencapai kecerdasan mental anak-anak usia 7 tahun.

3) Anak tunagrahita berat (IQ <30)

Anak tunagrahita berat memiliki tingkat intelegensi dibawah. Tingkat intelegensi dibawah disebut dengan idiot ini sulit sekali untuk dilatih apalagi dididik untuk belajar berbagai teori akademis. Biasanya keadaan idiot ini diikuti dengan berbagai kelainan dan kelemahan dalam fungsi tubuh lainnya.

Anak tunagrahita berat perlu perawatan khusus dan dibantu dalam setiap aktifitasnya bahkan untuk bertahan hidup juga akan memerlukan banyak bantuan. Kecerdasan optimal yang dimiliki hanya setara dengan anak usia 3 tahun. Pencapaian stimulasi yang termasuk ke dalam kategori cukup baik apabila anak-anak mampu berjalan dan membersihkan diri sendiri (Apriyanto, 2012).

5. Perilaku

Perilaku merupakan suatu reaksi psikis seseorang terhadap lingkungannya, reaksi tersebut mempunyai bentuk bermacam-macam yang pada hakekatnya digolongkan menjadi 2 yakni dalam bentuk pasif (tanpa tindakan nyata atau konkrit), dan dalam bentuk aktif (dengan tindakan konkrit) (Notoatmodjo, 2014).

Notoatmodjo (2014) menjelaskan bahwa sebelum orang menghadapi perilaku baru dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu:

- 1) *Awareness* (kesadaran saat orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap struktur atau obyek),
- 2) *Interest* (dimana orang tersebut adanya ketertarikan),
- 3) *Evaluation* (menimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut),
- 4) *Trial* (dimana orang telah mencoba perilaku baru),
- 5) *Adoption* (subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan terhadap stimulus).

a. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2014) mengatakan bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yakni faktor perilaku dan faktor diluar perilaku, selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau dibentuk dari 3 faktor:

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya,
- 2) Faktor pendukung (*enabling factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedianya atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana,
- 3) Faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

b. Domain Perilaku

Notoatmodjo (2012) menjelaskan bahwa Benyamin Bloom (ahli psikologi pendidikan) membedakan adanya 3 area, wilayah, ranah atau domain perilaku, yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*).

1) Kognitif (*Cognitive*)

Kognitif dapat diukur dari pengetahuan. Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia,

atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek dari indra yang dimilikinya. Ada 6 tingkat pengetahuan menurut Notoadmodjo (2012), yaitu:

(a) Tahu (*Know*)

Tahu adalah mengingat kembali memori yang sebelumnya sudah ada setelah mengamati sesuatu.

(b) Memahami (*Comprehension*)

Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan tentang suatu objek yang diketahui dan diinterpretasikan secara benar

(c) Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi adalah suatu kemampuan untuk mempraktekkan materi yang sudah dipelajari pada kondisi *real* (sebenarnya).

(d) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan menjabarkan atau menjelaskan suatu objek atau materi tetapi masih di dalam struktur organisasi

tersebut dan masih ada kaitannya satu dengan yang lainnya.

(e) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

(f) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi adalah pengetahuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2) Afektif (*Affective*)

Afektif dapat diukur dari sikap. Sikap adalah suatu keadaan jiwa dan keadaan berfikir yang disiapkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu objek yang diorganisasikan melalui pengalaman serta mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung pada praktik atau tindakan (Notoatmodjo, 2012).

Sifat sikap terdapat 2 jenis menurut Wawan dan Dewi (2010), yaitu:

- (a) Sikap positif, kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan objek tertentu,
- (b) Sikap negatif, kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu.

3) Psikomotor (*Psychomotor*)

Psikomotor dapat diukur dari keterampilan/praktik (*practice*). Setelah seseorang mengetahui stimulasi atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahuinya (Priyoto, 2015).

Priyoto (2015) menjelaskan bahwa tindakan terdiri dari empat tingkatan, yaitu:

(a) Persepsi (*Perception*)

Praktek tingkat pertama dengan mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

(b) Respon Terpimpin (*Guided response*)

Dapat melakukan sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua.

(c) Mekanisme (*Mecanism*)

Seseorang yang dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

(d) Adopsi (*Adoption*)

Adaptasi adalah praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya itu sudah dimodifikas tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

c. Bentuk Perubahan Perilaku

Bentuk perubahan perilaku menurut Priyoto (2015) adalah:

1) Perubahan alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia selalu berubah, sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah, contohnya anggota-anggota masyarakat akan mengalami perubahan jika didalam masyarakat sekitar terjadi perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi.

2) Perubahan Rencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

3) Kesiediaan Untuk Berubah (*Readiness To Change*)

Inovasi atau program-program pembangunan yang apabila terjadi didalam masyarakat maka sebagian orang akan sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut dan sebagian lagi sangat lambat untuk menerima perubahan tersebut. Hal

ini disebabkan setiap orang mempunyai kesediaan untuk berubah yang berbeda-beda.

d. Strategi Perubahan Perilaku

Strategi perubahan perilaku menurut Notoadmodjo (2014) yaitu:

1) Menggunakan Kekuatan/Kekuasaan

Masyarakat akan melakukan seperti yang diharapkan jika terjadi perubahan perilaku yang dipaksakan kepada sasaran/masyarakat. Contoh ini dapat dilakukan pada penerapan Undang-Undang.

2) Pemberian Informasi

Pemberian informasi-informasi penyuluhan akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Selanjutnya di pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka dan pada akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

3) Diskusi Partisipasi

Informasi tentang kesehatan diberikan bukan searah tetapi dua arah agar masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterima.

6. *Self Efficacy*

Self-efficacy adalah keyakinan bahwa dirinya mempunyai kemampuan terhadap tindakan yang diharapkan. *Self-efficacy* juga berarti penilaian apakah dapat melakukan tindakan atau tidak bisa mengerjakan sesuai dengan yang dipersyaratkan (Santrock, 2010).

a. Klasifikasi *Self-Efficacy*

Self efficacy secara garis besar terbagi menjadi dua bentuk, yaitu *self-efficacy* tinggi dan *self-efficacy* rendah.

1) *Self-efficacy* tinggi

Individu yang memiliki *self-efficacy* yang tinggi dalam mengerjakan suatu tugas, akan cenderung memilih terlibat langsung. Individu yang memiliki *self-efficacy* yang tinggi cenderung mengerjakan tugas tertentu, sekalipun tugas tersebut adalah tugas yang sulit.

Mereka tidak memandang tugas sebagai suatu ancaman yang harus mereka hindari. Selain itu, mereka mengembangkan minat intrinsik dan ketertarikan yang mendalam terhadap suatu aktivitas, mengembangkan tujuan, dan berkomitmen dalam mencapai tujuan tersebut. Mereka juga meningkatkan usaha mereka dalam mencegah kegagalan yang mungkin timbul. Mereka yang gagal dalam melaksanakan sesuatu, biasanya cepat mendapatkan kembali *self-efficacy* mereka setelah mengalami kegagalan tersebut.

2) *Self-efficacy* rendah

seseorang yang ragu akan kemampuan mereka (*self-efficacy* yang rendah) akan menjauhi tugas-tugas yang sulit karena tugas tersebut dipandang sebagai ancaman bagi mereka. Individu yang seperti ini memiliki aspirasi yang rendah serta komitmen yang rendah dalam mencapai tujuan yang mereka pilih atau mereka tetapkan. Ketika menghadapi tugas-tugas yang sulit, mereka sibuk memikirkan kekurangan-kekurangan diri mereka, gangguan-gangguan yang mereka hadapi, dan semua hasil yang dapat merugikan mereka. Dalam mengerjakan suatu tugas, individu yang memiliki *self-efficacy* rendah cenderung menghindari tugas tersebut.

b. Dimensi *Self Efficacy*

Santrock (2010) mengemukakan bahwa Bandura membagi *self-efficacy* pada individu dapat dilihat dari tiga dimensi, yaitu:

1) Tingkat (*Level*)

Self-efficacy individu dalam mengerjakan suatu tugas berbeda dalam tingkat kesulitan tugas. Individu memiliki *self-efficacy* yang tinggi pada tugas yang mudah dan sederhana, atau juga pada tugas-tugas yang rumit dan membutuhkan kompetensi yang tinggi. Individu yang memiliki *self-efficacy* yang tinggi cenderung memilih tugas yang tingkat kesukarannya sesuai dengan kemampuannya.

2) Keluasan (*Generality*)

Dimensi ini berkaitan dengan penguasaan individu terhadap bidang atau tugas pekerjaan. Individu dapat menyatakan dirinya memiliki *self-efficacy* pada aktivitas yang luas, atau terbatas pada fungsi domain tertentu saja. Individu dengan *self-efficacy* yang tinggi akan mampu menguasai beberapa bidang sekaligus untuk menyelesaikan suatu tugas. Individu yang memiliki *self-efficacy* yang rendah

hanya menguasai sedikit bidang yang diperlukan dalam menyelesaikan suatu tugas.

3) Kekuatan (*Strength*)

Dimensi yang ketiga ini lebih menekankan pada tingkat kekuatan atau kemantapan individu terhadap keyakinannya. *Self-efficacy* menunjukkan bahwa tindakan yang dilakukan individu akan memberikan hasil yang sesuai dengan yang diharapkan individu. *Self-efficacy* menjadi dasar dirinya melakukan usaha yang keras, bahkan ketika menemui hambatan sekalipun.

c. Sumber-sumber *self-efficacy*

Santrock (2010) menjelaskan bahwa *self-efficacy* individu didasarkan pada empat hal, yaitu:

1) Pengalaman akan kesuksesan

Pengalaman akan kesuksesan merupakan sumber yang paling besar pengaruhnya terhadap *self-efficacy* seseorang karena didasarkan pada pengalaman otentik. Pengalaman akan kesuksesan

menyebabkan *self-efficacy* seseorang meningkat, sementara kegagalan yang berulang mengakibatkan menurunnya *self-efficacy*, khususnya jika kegagalan terjadi ketika *self-efficacy* individu belum benar-benar terbentuk secara kuat. Kegagalan juga dapat menurunkan *self-efficacy* individu jika kegagalan tersebut tidak merefleksikan kurangnya usaha atau pengaruh dari keadaan luar.

2) Pengalaman individu lain

Individu tidak bergantung pada pengalamannya sendiri tentang kegagalan dan kesuksesan sebagai sumber *self-efficacy* nya. *Self-efficacy* juga dipengaruhi oleh pengalaman individu lain. Pengamatan individu akan keberhasilan individu lain dalam bidang tertentu akan meningkatkan *self-efficacy* individu tersebut pada bidang yang sama. Individu melakukan persuasi terhadap dirinya dengan mengatakan jika

individu lain dapat melakukannya dengan sukses, maka individu tersebut juga memiliki kemampuan untuk melakukannya dengan baik.

Pengamatan individu terhadap kegagalan yang dialami individu lain meskipun telah melakukan banyak usaha menurunkan penilaian individu terhadap kemampuannya sendiri dan mengurangi usaha individu untuk mencapai kesuksesan. Ada dua keadaan yang memungkinkan *self-efficacy* individu mudah dipengaruhi oleh pengalaman individu lain, yaitu kurangnya pemahaman individu tentang kemampuan orang lain dan kurangnya pemahaman individu akan kemampuannya sendiri.

3) Persuasi verbal

Persuasi verbal dipergunakan untuk meyakinkan seseorang bahwa individu memiliki kemampuan yang memungkinkan individu untuk meraih apa yang diinginkan.

4) Keadaan fisiologis

Penilaian seseorang akan kemampuannya dalam mengerjakan suatu tugas sebagian dipengaruhi oleh keadaan fisiologis. Gejala emosi dan keadaan fisiologis yang dialami individu memberikan suatu isyarat terjadinya suatu hal yang tidak diinginkan sehingga situasi yang menekan cenderung dihindari. Informasi dari keadaan fisik seperti jantung berdebar, keringat dingin, dan gemetar menjadi isyarat bagi individu bahwa situasi yang dihadapinya berada di atas kemampuannya.

d. Proses-proses *Self Efficacy*

Bandura (1997) menjelaskan proses psikologis *self-efficacy* dalam mempengaruhi fungsi manusia. Proses tersebut dapat dijelaskan melalui cara-cara dibawah ini:

1) Proses kognitif

Seorang individu dalam melakukan tugas akademiknya, ia dapat menetapkan tujuan dan sasaran perilaku sehingga individu dapat merumuskan tindakan yang tepat untuk mencapai tujuan tersebut. Penetapan sasaran pribadi tersebut dipengaruhi oleh penilaian individu akan kemampuan kognitifnya.

2) Proses motivasi

Motivasi seseorang timbul melalui pemikiran optimis dari dalam dirinya untuk mewujudkan tujuan yang diharapkan. Seseorang berusaha memotivasi diri dengan menetapkan keyakinan pada tindakan yang akan dilakukan, merencanakan tindakan yang akan direalisasikan.

7. Aplikasi Teori Model Promosi Kesehatan (*health promotion model*) Nola J. Pender (Alligood, 2017)

Teori Model Promosi Kesehatan (*Health Promotion Model*) Nola J. Pender mengawali teorinya dengan

menjelaskan perilaku yang berkaitan dengan masa lalu akan menghasilkan efek baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap perilaku yang mempromosikan kesehatan.

Perilaku dimasa lalu dalam hal ini ialah kebiasaan dalam *personal hygiene* seperti: faktor personal, faktor-faktor kognitif ialah determinan utama bagi perilaku yang mempromosikan kesehatan seperti halnya perawatan diri pada kulit mandi, perawatan diri pada kaki dan kuku, perawatan diri pada rambut, perawatan diri pada gigi dan mulut, perawatan diri pada perineal wanita, dan perawatan diri pada perineal pria.

Karakteristik dan pengalaman individu selanjutnya ialah faktor personal, seperti biologi, psikologi, dan sosio-budaya, dalam penelitian ini ialah faktor-faktor pribadi yang bersifat dugaan berdasarkan pada perilaku yang ada dan dibentuk oleh perilaku yang akan mendukung kaitannya dengan perilaku *personal hygiene*. Faktor biologis personal antara lain usia dan jenis kelamin.

Penelitian ini mengambil sampel usia anak sekolah (7-12 tahun), namun di dalam penelitian ini sampel yang diambil sampai usia 15 tahun, responden tersebut masih masuk dalam kriteria inklusi sebab masih duduk di bangku SD, dan jenis kelamin yang dipilih sebagai sampel ialah perempuan dan laki-laki. Faktor psikologis meliputi penghargaan diri (kebutuhan *personal hygiene* untuk diri sendiri), motivasi diri, kompetensi diri, persepsi (mendefinisikan *personal hygiene* beserta dengan tujuannya), faktor sosiokultural personal seperti ras, etnik, akulturasi, pendidikan, dan status ekonomi, sebagai contoh pada penelitian ini perilaku pada masa lalu anak tunagrahita dibentuk oleh sosial dan kebudayaan, serta status ekonomi didalam keluarga (Alligood, 2017).

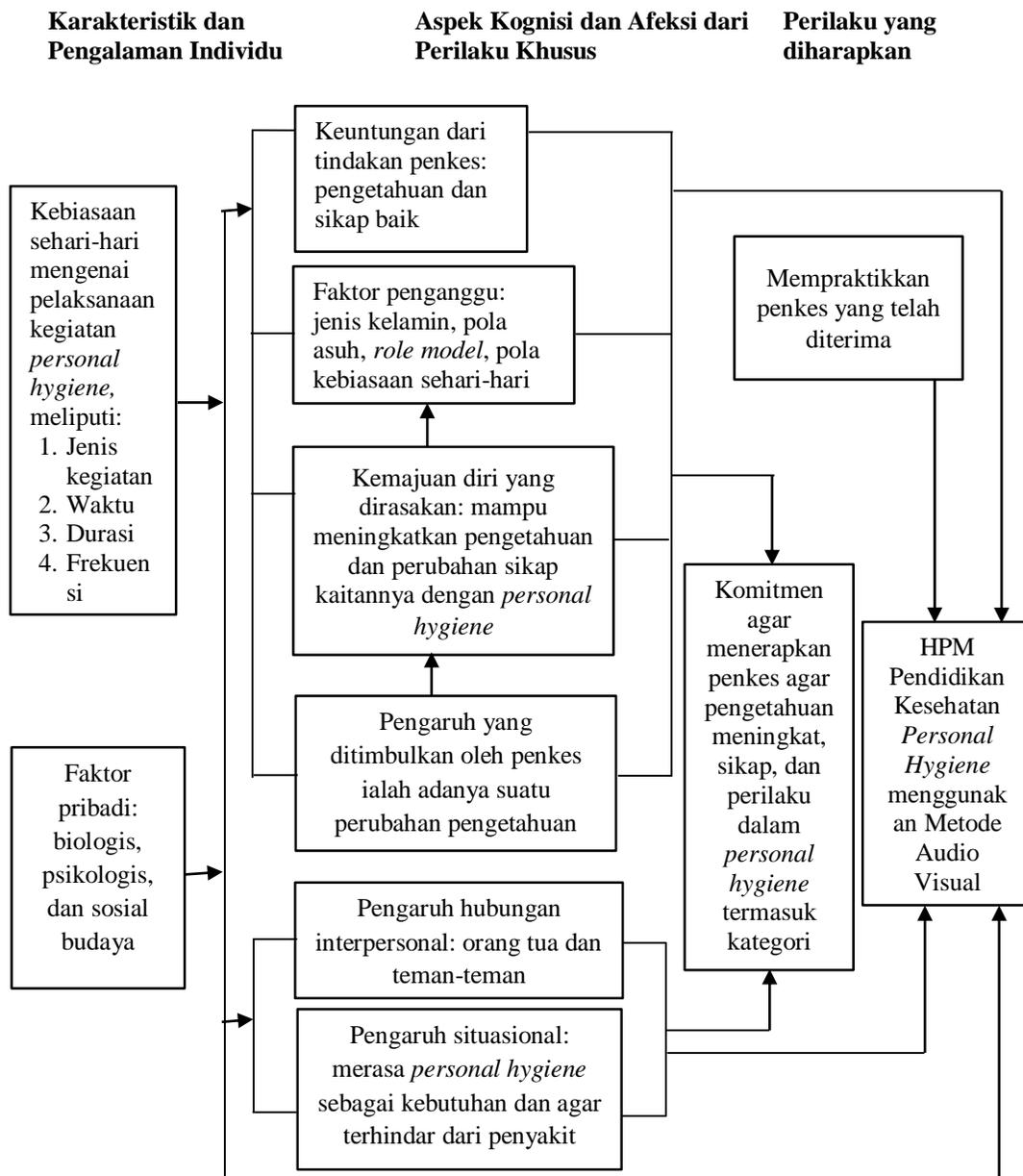
Aspek kognisi dan afeksi dari perilaku khusus menurut Pender meliputi 6 hal. Pertama, manfaat yang dipersepsikan terhadap suatu tindakan yang dalam penelitian ini membidik pada tujuan dilakukannya *personal hygiene*. Kedua, hambatan yang dipersepsikan

terhadap suatu tindakan diartikan sebagai faktor pengganggu atau *variable confounding*, yaitu: jenis kelamin, pola asuh, *role model*, pola kebiasaan sehari-hari. Ketiga, persepsi terhadap keyakinan diri ialah adanya peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap kaitannya dengan *personal hygiene*. Keempat, pengaruh yang ditimbulkan oleh suatu aktifitas; pemberian penkes *personal hygiene* dengan menggunakan metode audio visualialah adanya suatu perubahan pengetahuan dan sikap. Kelima, pengaruh interpersonal dalam melaksanakan penkes yang telah diberikan seperti keluarga (orang tua) dan teman-teman. Keenam, pengaruh situasional: kebutuhan, karakteristik, dan estetika ialah merasa *personal hygiene* sebagai kebutuhan dan agar terhindar dari penyakit. Keenam aspek kognisi dan afeksi dari perilaku khusus tersebut akan melahirkan komitmen untuk merencanakan suatu tindakan, yaitu: komitmen agar menerapkan penkes agar pengetahuan meningkat, sikap, dan perilaku dalam *personal hygiene* termasuk kategori

baik dengan menggunakan HPM: pendidikan kesehatan *personal hygiene* menggunakan metode audio visual yang merupakan kebutuhan yang mendesak dengan 2 pilihan perilaku, mempraktekkan atau tidak (Alligood, 2017).

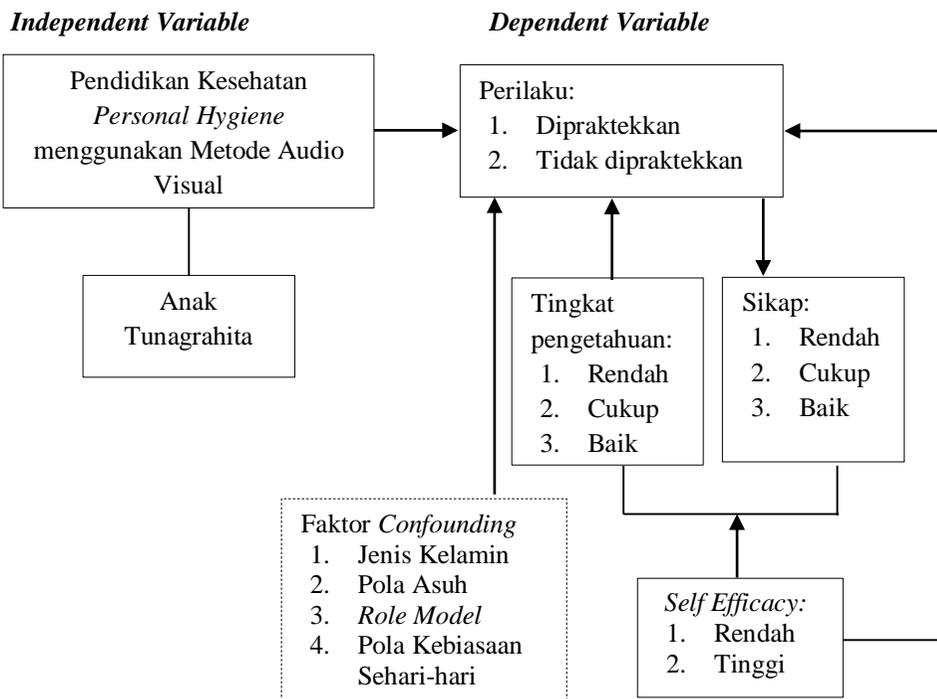
HPM berpusat kepada teori pembelajaran sosial yang dikemukakan oleh Albert Bandura pada tahun 1977, yaitu pentingnya proses-proses kognitif dalam perubahan perilaku, teori pembelajaran sosial yang muncul dengan nama baru teori kognitif sosial, meliputi kepercayaan-kepercayaan diri seperti: atribut diri, evaluasi diri, dan keyakinan diri (*self efficacy*) yang merupakan satu gagasan pusat HPM (Alligood, 2017).

B. Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori Alligood, M. R (2017), Tarwoto dan Wartonah (2011), Arsyad (2011)

C. Kerangka Konsep



Keterangan:
 _____ : Diteliti
 - - - - - : Tidak Diteliti

Gambar 3. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ho: Tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang *personal hygiene* dengan metode audio visual terhadap perilaku dan *self efficacy* pada anak tunagrahita

Hi: Ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang *personal hygiene* dengan metode audio visual terhadap perilaku dan *self efficacy* pada anak tunagrahita