



**GAMBARAN PERILAKU AMAN PADA SISWA-SISWI
SLBC/C1 DAN SLBD/D1 YAYASAN PEMBINAAN
ANAK CACAT SEMARANG**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh:

Deborah Dina Marlina Br Hutagaol

NIM 6411415048

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAHAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2020**

ABSTRAK

Gambaran Perilaku Aman pada Siswa-Siswi SLBC/C1 dan SLBD/D1 Yayasan Pembinaan Anak Cacat Semarang

Berdasarkan WHO, cedera menyebabkan 7% kematian di seluruh dunia (WHO, 2000). Penyebab kematian karena cedera merupakan penyebab tertinggi kematian anak umur 7-14 tahun, yaitu sebesar 20%-60%. Sebanyak 14 provinsi di Indonesia mempunyai prevalensi kejadian cedera diatas rata-rata prevalensi nasional, salah satunya Jawa Tengah sebesar 9,3%. Prevalensi pada umur 5-14 tahun mencapai 12,1% dan 15-24 tahun mencapai 12,2%. Sementara itu, berdasarkan kejadian cedera pada anak sekolah sebesar 13% (Badan Litbang Depkes, 2018). Prevalensi disabilitas pada usia 0-14 tahun sebesar 5,1% (93 juta orang) dan 0,7% (13 juta orang) dan pada usia 15 tahun atau lebih sebesar 19,4% (892 juta orang) dan 3,8% (175 juta orang). Menurut UNICEF (2013), anak-anak penyandang disabilitas dapat tiga sampai empat kali lebih besar kemungkinannya untuk mengalami kekerasan.

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif. Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi, pedoman wawancara, dan lembar dokumentasi. Informan dalam penelitian ini adalah Kepala Sekolah dan Guru YPAC Semarang, Siswa/i kelas V, VI, VIII, IX, XI, XII YPAC Semarang.

Sebanyak 82,7% (23 siswa SLBD/D1) memiliki tingkat pengetahuan yang baik, dan 85,7% (24 siswa SLBD/D1) memilih sikap yang positif atau masuk dalam kategori baik. Sebanyak 73,3% (22 siswa SLBC/C1) memiliki tingkat pengetahuan yang baik, dan 63,3% (19 siswa SLBC/C1) memilih sikap yang positif. Berdasarkan pengamatan perilaku terdapat perbedaan antara SLBD/D1 dan SLBC/C1, para siswa SLBD/D1 lebih pasif dibanding SLBC/C1 dikarenakan keterbatasan fisik yang alami, sementara itu siswa SLBC/C1 tidak memiliki keterbatasan fisik yang dapat mengganggu kegiatan mereka.

Kata Kunci : Pengetahuan, Sikap, Perilaku

ABSTRACT

Description of Safe Behavior among Students SLBC/C1 and SLBD/D1 of Yayasan Pembinaan Anak Cacat Semarang

Based on WHO, injuries caused 7% of deaths worldwide (WHO, 2000). The cause of death due to injury deaths in children aged 7-14 years, which is 20%-60%. A total of 14 provinces in Indonesia have a prevalence of injuries above the average national prevalence, one of Central Java at 9.3%. Prevalence in the 5-14 years old reached 12.1% and 12.2% of 15-24 years. Meanwhile, based on the incidence of injuries to children in school by 13% (Research Agency Ministry of Health, 2018). The prevalence of disability at the age of 0-14 years of 5.1% (93 million people) and 0.7% (13 million people) and at the age of 15 years or more 19.4% (892 million people) and 3.8% (175 million people). According to UNICEF (2013), children with disabilities can be three to four times more likely to experience violence.

This type of research is quantitative descriptive. The research instrument used observation sheet, interview, and documentation sheets. Informants in this study was the Principal and Teacher YPAC Semarang, Student / i class V, VI, VIII, IX, XI, XII YPAC Semarang.

A total of 82.7% (23 students SLBD / D1) has a good knowledge level, and 85.7% (24 students SLBD / D1) choose a positive attitude or fall into either category. A total of 73.3% (22 students SLBC / C1) have a good knowledge level, and 63.3% (19 students SLBC / C1) choose a positive attitude. Based on observations of the behavior of a conflict between SLBD / D1 and SLBC / C1, the students SLBD / D1 is more passive than SLBC / C1 due to the natural physical limitations, while the students SLBC / C1 do not have physical limitations that can interfere with their activities.

Keywords : Knowledge, Attitude, Behavior

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam daftar pustaka, pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini akan dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, 15 Januari 2020

Penulis,



Deborah Dina Marlina Br Hutagaol

NIM 6411415048

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas:

Nama : Deborah Dina Marlina Br Hutagaol
NIM : 6411415048
Judul : Gambaran Perilaku Aman pada Siswa-Siswi SLBC/C1 dan SLBD/D1 Yayasan Pembinaan Anak Cacat Semarang
Pada hari : Selasa
Tanggal : 11 Februari 2020

Panitia Ujian:

Ketua Panitia,



Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd.
NIP.196103201984052001

Sekretaris,

Dr. Irwan Budiono, M. M.Kes(Epid)
NIP.197512172005011003

Dewan Penguji:

Tanggal

Ketua Penguji,
(Penguji I)

Drs. Sugiharto, M.Kes
NIP. 195505121986011001

28/04/20
.....

Anggota Penguji,
(Penguji II)

Drs. Herry Koesyanto M.s
NIP.195801221986011001

29/04/20
.....

Anggota Penguji,
(Pembimbing)

dr. Anik Setyo Wahyuningsih, M.Kes.
NIP. 197409032006042001

30/04/20
.....

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO :

All the adversity I've had in my life, all my troubles and obstacles, have strengthened me. You may not realize it when it happens, but a kick in the teeth may be the best thing in the world for you (Walt Disney)

PERSEMBAHAN :

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orangtuaku, Bapak Mangasi Hutagaol dan Ibu Montes Pasaribu atas segala perjuangan, doa, bimbingan dan dukungan serta kasih sayang yang berlimpah kepadaku.
2. Abangku Roly Hutagaol, S.H. dan adik-adikku Angel Hutagaol dan Raja Dolly Hutagaol, yang selalu memberikan semangat, doa dan dukungan tiada henti.
3. Almamater UNNES.

PRAKATA

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya yang berlimpah setiap hari, sehingga Skripsi yang berjudul **“Gambaran Perilaku Aman pada Siswa-Siswi SLBC/C1 dan SLBD/D1 Yayasan Pembinaan Anak Cacat Semarang”** dapat diselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang.

Sehubung dengan penyelesaian Skripsi ini, dengan rendah hati disampaikan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., atas ijin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Irwan Budiono, S.KM., M.Kes (Epid), atas persetujuan penelitian.
3. Dosen Wali, Ibu Galuh Nita Prameswari, S. KM., M. Si., atas perhatian dan motivasi dalam penyusunan Skripsi ini.
4. Pembimbing Skripsi, Ibu dr. Anik Setyo Wahyuningsih, M. Kes, atas bimbingan, arahan, dan motivasi dalam penyusunan Skripsi ini.
5. Penguji I Skripsi, Bapak Drs. Sugiharto, M.Kes., atas bimbingan, arahan serta masukan sehingga Skripsi ini dapat terselesaikan.
6. Penguji II Skripsi, Bapak Herry Koesyanto, M.S., atas bimbingan, arahan, serta masukan sehingga Skripsi ini dapat terselesaikan.
7. Bapak Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, atas ilmu selama perkuliahan.

8. Kepala Yayasan, Kepala Sekolah, Bapak/Ibu Guru Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang, atas ijin penelitian dan bantuannya.
9. Teman-teman seperjuangan Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2015.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, atas bantuannya dalam penyelesaian Skripsi ini.

Semoga kebaikan dari semua pihak mendapatkan balasan yang berlipat ganda dari Tuhan Yang Maha Esa. Disadari bahwa Skripsi ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga Skripsi ini bermanfaat.

Semarang, 15 Januari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK	i
ABSTRACT	ii
PERNYATAAN	iii
PENGESAHAN	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
PRAKATA	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.4 Manfaat.....	8
1.5 Keaslian Penelitian.....	9
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	10
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat.....	10
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu.....	10
1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan.....	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12

2.1 Landasan Teori.....	12
2.1.1 Keselamatan.....	12
2.1.2 Pengetahuan.....	16
2.1.3 Sikap.....	17
2.1.4 Perilaku.....	18
2.1.5 Cedera.....	20
2.1.6 Anak Usia Sekolah.....	22
2.1.7 Pemahaman Anak Tentang Keselamatan Diri.....	24
2.1.8 Anak Berkebutuhan Khusus.....	29
2.1.9 Besaran Risiko Keselamatan Anak Berkebutuhan Khusus.....	43
2.2 Kerangka Teori.....	44
BAB III METODE PENELITIAN.....	45
3.1 Kerangka Konsep.....	45
3.2 Variabel Penelitian.....	45
3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian.....	45
3.4 Definisi Operasional.....	46
3.5 Populasi dan Sampel.....	47
3.6 Sumber Data.....	48
3.6.1 Sumber Data Primer.....	48
3.6.2 Sumber Data Sekunder.....	51
3.7 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data.....	51
3.7.1 Instrumen Penelitian.....	51
3.7.2 Teknik Pengambilan Data.....	53

3.8	Prosedur Penelitian.....	53
3.8.1	Tahap Pra Penelitian.....	53
3.8.2	Tahap Pelaksanaan Penelitian.....	54
3.8.3	Tahap Analisis Data atau Paska Penelitian.....	54
3.9	Teknik Analisis Data.....	54
	BAB VI HASIL PENELITIAN.....	56
4.1	Gambaran Umum YPAC Semarang.....	56
4.1.1	Bidang Pelayanan di YPAC Semarang.....	56
4.1.2	Sekolah Luar Biasa YPAC Semarang.....	59
4.1.3	Tenaga Pengajar, Karyawan dan Siswa YPAC Semarang.....	60
4.2	Hasil Penelitian.....	63
4.2.1	Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Siswa SLB YPAC Semarang.....	63
	BAB V PEMBAHASAN.....	75
5.1	Pembahasan.....	75
5.2	Hambatan dan Kekurangan Penelitian.....	79
	BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	80
6.1	Simpulan.....	80
6.2	Saran.....	81
	DAFTAR PUSTAKA.....	82
	LAMPIRAN.....	86

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1: Keaslian Penelitian.....	9
Tabel 3.1: Definisi Operasional.....	46
Tabel 4.1: Rincian Tenaga Pengajar dan Karyawan Tahun Ajaran 2019/2020...	61
Tabel 4.2: Pengetahuan Siswa/I SLBD/D1 tentang Perilaku Aman.....	64
Tabel 4.3: Sikap Siswa/I SLBD/D1 tentang Perilaku Aman.....	64
Tabel 4.4: Pengetahuan Siswa/I SLBC/C1 tentang Perilaku Aman.....	65
Tabel 4.5: Sikap Siswa/I SLBC/C1 tentang Perilaku Aman.....	65

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1: Hirarki Kebutuhan Maslow.....	12
Gambar 2.2: Kerangka Teori.....	44
Gambar 3.1: Kerangka Konsep.....	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Surat tugas Pembimbing.....	87
Lampiran 2: Surat Ijin Penelitian dari Sekolah.....	88
Lampiran 3: Surat Ijin Penelitian dari Fakultas.....	89
Lampiran 4: <i>Etnical Clearance</i>	90
Lampiran 5: Surat Tugas Panitia Ujian Sarjana.....	91
Lampiran 6: Instrumen Penelitian.....	92
Lampiran 7: Transkrip Hasil Kuesioner.....	95
Lampiran 8: Transkrip Hasil Wawancara.....	97
Lampiran 9: Dokumentasi Penelitian.....	100

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah keselamatan diri pada anak merupakan masalah penting yang perlu mendapat perhatian orang tua dan sekolah. Dapat dilihat diberbagai media pemberitaan mengenai berita kecelakaan pada anak usia 11-17 tahun sepanjang Januari-Oktober 2018 setidaknya 197 kejadian kecelakaan (CNN Indonesia; 2018). Kecelakaan dapat terjadi dimana saja seperti rumah, di tempat kerja, di jalan, atau bahkan di sekolah. Kecelakaan di sekolah sangat beragam, misalnya terpeleset yang menyebabkan luka robek atau memar, terjatuh, keracunan makanan, terkena benda tajam seperti gunting dan pisau saat kegiatan mata pelajaran kerajinan, pingsan, dan lainnya. Tidak hanya itu, anak-anak juga berisiko tinggi mendapatkan perlakuan yang kurang baik dari orang dewasa, seperti kasus penculikan, pemerkosaan kekerasan di sekolah dan pelecehan seksual. Akibat yang ditimbulkan bervariasi, dapat berupa cedera ringan, cedera berat, kerusakan mental atau bahkan sampai meninggal dunia (Waryono, 2015).

Cedera pada anak dapat berupa cedera yang tidak disengaja (*unintentional injury*) dan cedera yang disengaja (*intentional injury*). Cedera yang tidak disengaja (*unintentional injury*) merupakan cedera yang bukan disebabkan oleh niat untuk menyakiti, misalnya kecelakaan lalu lintas, tenggelam, keracunan, terbakar, dan jatuh. Sedangkan cedera yang disengaja (*intentional injury*) atau yang biasa disebut dengan kekerasan (*violence*) yaitu penggunaan kekuatan fisik atau kekuasaan, ancaman terhadap diri sendiri, orang lain, atau terhadap kelompok, atau komunitas, yang mengakibatkan cedera, kematian, kerugian psikologis, dan gangguan perkembangan. Cedera yang disengaja misalnya bunuh

diri, penganiayaan anak, pembunuhan, penganiayaan terhadap diri sendiri, pelecehan seksual, pemerkosaan, dan *bullying* (*European Child Safety Alliance*, 2014; *California Injury Prevention network*, 2012)

Berdasarkan WHO, cedera menyebabkan 7% kematian di seluruh dunia (WHO, 2000). Penyebab kematian karena cedera merupakan penyebab tertinggi kematian anak umur 7-14 tahun, yaitu sebesar 20%-60% (Baser et al, 2007). Cedera tidak sengaja (kecelakaan) merupakan penyebab kematian utama pada anak di sebagian wilayah dunia (Blum & Nelson-Mmari, 2004). Berdasarkan perkiraan *World Health Organization* (WHO), cedera mengakibatkan 5,8 juta kematian di seluruh dunia, dengan lebih dari tiga juta kematian terjadi di negara berkembang (WHO, 2000). Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang memiliki prevalensi cedera cukup tinggi. Hasil Riset Kesehatan Dasar 2018 melaporkan bahwa prevalensi nasional cedera mencapai 9,2%. Sebanyak 14 provinsi mempunyai prevalensi cedera di atas prevalensi nasional, salah satunya Jawa Tengah yaitu sebesar 9,3% (Badan Litbang Depkes, 2018). Dilihat dari karakteristik kelompok umur, prevalensi kejadian cedera pada umur 5-14 tahun mencapai 12,1% dan pada umur 15-24 tahun mencapai 12,2%. Sementara itu dilihat dari karakteristik status pekerjaan, prevalensi kejadian cedera pada anak sekolah mencapai 13% (Badan Litbang Depkes, 2018).

Cedera pada anak usia sekolah dapat disebabkan beberapa faktor, seperti usia, jenis kelamin, lingkungan, dan tingkat sosioekonomi (Kliegman et . al, 2007). Selain itu, cedera yang terjadi pada anak disebabkan juga oleh saraf sensori anak yang belum berkembang dengan sepenuhnya. Kemampuan mereka dalam mengolah dan menyatukan informasi seperti apa yang mereka lihat dan dengar masih terbatas. Anak-anak seringkali gagal mempersepsikan sesuatu dengan baik,

bahkan banyak anak tidak memahami konsep tentang bahaya dan tidak bahaya. Pemahaman anak yang terbatas mengenai bahaya menyebabkan anak kurang dapat mengantisipasi dan mengatasi kondisi bahaya yang muncul sehingga berakibat fatal bagi keselamatan dirinya, terlebih lagi orang dewasa tidak akan selalu berada disisinya yang dapat mengawasi dan menjaga anak-anak secara optimal. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk membuat anak-anak selamat dari bahaya adalah dengan meningkatkan pemahaman anak-anak akan bahaya dan cara-cara mengatasi bahaya tersebut melalui pendidikan keselamatan diri (Sumargi et. al, 2007).

Di negara barat seperti Inggris dan Swedia, anak-anak sejak dini sudah diperkenalkan pemahaman mengenai keselamatan dirinya, seperti cara menyeberangi jalan yang benar dan menolak ajakan orang asing. Pendidikan keselamatan diri ini bahkan dimasukkan dalam kurikulum sekolah (Gillham & Thomson, 1996). Hal serupa juga dilakukan di Norwegia, dimana anak-anak mendapatkan pembelajaran mengenai keselamatan diri yang dikelompokkan berdasarkan umur. Pendidikan keselamatan yang dilakukan di Norwegia dimulai dari anak berumur 6 tahun (Bolig, Wahl, & Svenden, 2009).

Indonesia belum menerapkan pendidikan mengenai keselamatan diri pada kurikulum berbagai sekolah, meskipun sudah disadari bahwa pendidikan keselamatan tersebut penting untuk diajarkan kepada anak-anak. Pendidikan keselamatan lebih ditujukan pada sikap dan perilaku untuk menjaga diri sendiri dan orang lain. Pendidikan keselamatan lebih menekankan pada pencegahan dan penjagaan diri terhadap kecelakaan atau hal apa saja yang dapat menyebabkan kerugian. Pendidikan keselamatan sekolah penting diterapkan untuk mengurangi

risiko cedera yang terjadi baik cedera ringan atau cedera berat sampai mencegah kematian (Rizkiyani, 2013).

Menurut Delphine (2006), Pusat pendidikan bukan hanya menjadi kebutuhan anak dengan kondisi normal tetapi juga untuk anak-anak berkebutuhan khusus, dengan kriteria seperti tuna netra (buta), tuna rungu (tuli), tuna daksa (cacat fisik), tuna laras (tidak dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya), tuna grahita (kelainan mental dengan kondisi yang menyebabkan pikiran seseorang berkembang dan bekerja lebih lambat dari pada pikiran orang normal), serta tuna ganda (cacat kombinasi). Pendidikan keselamatan juga sangat penting diajarkan kepada Anak Berkebutuhan Khusus (ABK). Anak-anak penyandang disabilitas tiga sampai empat kali lebih besar kemungkinannya untuk menjadi korban kekerasan. Tim peneliti di *John Moores University Liverpool* dan *World Health Organization* (WHO) telah melakukan tinjauan yang sistematis dan meta-analisis dari kajian-kajian yang ada mengenai kekerasan terhadap anak penyandang disabilitas. Perkiraan risiko menunjukkan bahwa anak penyandang disabilitas secara signifikan berisiko lebih tinggi untuk mengalami kekerasan dibanding dengan rekan-rekan mereka tanpa disabilitas yaitu 3,7 kali lebih besar untuk berbagai macam bentuk kekerasan, 3,6 kali lebih besar untuk kekerasan fisik, dan 2,9 kali lebih besar untuk kekerasan seksual. Anak-anak dengan disabilitas mental atau intelektual ditemukan 4,6 kali lebih besar kemungkinannya untuk menjadi korban kekerasan seksual dibandingkan dengan rekan-rekan mereka tanpa disabilitas (UNICEF, 2013).

Prevalensi disabilitas bervariasi antara negara dan budaya, berdasarkan hasil analisis *Global Burden of Disease* tahun 2014 didapatkan 15,3% populasi dunia

(sekitar 978 juta orang dari 6,4 milyar estimasi jumlah penduduk tahun 2004) mengalami disabilitas sedang atau parah, dan 2,9% atau sekitar 185 juta mengalami disabilitas parah. Pada populasi usia 0-14 tahun prevalensinya berturut-turut adalah 5,1% (93 juta orang) dan 0,7% (13 juta orang). Sedangkan pada populasi usia 15 tahun atau lebih, sebesar 19,4% (892 juta orang) dan 3,8% (175 juta orang). Sensus penduduk 2010 mengumpulkan data mengenai penduduk yang mengalami kesulitan melihat, mendengar, berjalan atau naik tangga, mengingat, berkonsentrasi atau berkomunikasi dan kesulitan mengurus diri sendiri. Kesulitan disini terbagi menjadi dua, yakni sedikit dan parah. Kesulitan fungsional adalah ketidakmampuan seseorang melakukan aktivitas normal sehari-hari. Berdasarkan hasil sensus penduduk 2010, jumlah terbanyak yang mengalami kesulitan sedikit dan parah, baik kesulitan melihat, mendengar, berjalan, kesulitan mengingat, konsentrasi atau berkomunikasi karena kondisi mental atau fisik dan mengurus diri sendiri terdapat di lima provinsi, yakni Jawa Barat, Jawa Timur, Jawa Tengah, Sulawesi Selatan, dan Sumatera Utara (PUSDATIN, 2014).

Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) merupakan anak dengan karakteristik khusus yang berbeda dengan anak pada umumnya tanpa selalu menunjukkan pada kemampuan mental/emosi atau fisik, salah satunya tunagrahita (*intellectual disability*) yang dikelompokkan dalam tiga golongan yaitu tinggi, sedang (*moderate*), dan ringan (*mild*). Tunagrahita merupakan ketidakmampuan yang ditandai dengan keterbatasan yang signifikan dalam fungsi intelektual dan perilaku adaptif, yang mencakup banyak keterampilan sosial dan praktis sehari-hari, sebelum usia 18 tahun. Anak dan remaja menunjukkan variasi besar dalam kedewasaan, kepribadian, tempramen, dan emosi serta penalaran kognitif, perilaku, dan keterampilan komunikasi yang bervariasi, terjadi hambatan dalam

perkembangan mental dan intelektual anak tunagrahita sehingga berdampak pada perkembangan kognitif dan perilaku adaptifnya, seperti tidak mampu memusatkan pikirannya, emosi yang tidak stabil, suka menyendiri dan pendiam serta kesulitan dalam mengingat dan persepsi apa yang dilihat dan didengar (Setiawan, 2016).

Di Indonesia secara bertahap menunjukkan rasa kepeduliannya terhadap upaya-upaya perlindungan bagi penyandang disabilitas, pemerintah Indonesia menerbitkan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Disabilitas serta Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 1998 tentang Usaha Peningkatan Kesejahteraan Sosial Penyandang Disabilitas dan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 yang berisikan tentang Hak Asasi Manusia (HAM) disebutkan bahwa setiap penyandang disabilitas mempunyai hak untuk : 1) memperoleh pendidikan, 2) hak mendapatkan pekerjaan, 3) hak mendapat perlakuan yang sama di masyarakat, 4) hak aksesibilitas, 5) hak rehabilitasi, 6) hak yang sama untuk mengembangkan bakat, kemampuan, dan kehidupan sosialnya (Setiawan, 2016).

Penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Tri Widayati dengan judul penelitian “Pendidikan Keselamatan Diri Anak Usia Dini (Studi Kasus di Kelompok Bermain Gaharu Plus Kutai Kertanegara) Tahun 2018 mendapatkan hasil, dari 63 jumlah murid terdapat 18,60% murid belum bisa menceritakan gambarannya mengenai bahaya. Dilihat dari keadaan fisik, kemampuan berpikir dan besaran risiko yang dihadapi anak-anak penyandang disabilitas, maka peneliti ingin mengetahui tingkat pengetahuan dan sikap para siswa-siswi penyandang disabilitas terdapat perilaku aman.

Salah satu upaya untuk memenuhi hak-hak penyandang disabilitas maka di Indonesia membangun sekolah-sekolah luar biasa yang dapat membantu mendidik

anak berkebutuhan khusus. Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang adalah salah satu sekolah luar biasa yang memberikan pelayanan rehabilitasi yang bertujuan agar anak dapat mandiri dalam merawat dirinya, berpendidikan, dapat bergaul di masyarakat dan dapat mencari nafkah. Salah satu bentuk penanganan penyandang disabilitas yang diberikan YPAC Semarang yaitu melalui pelatihan keterampilan. Pelatihan keterampilan merupakan suatu bentuk latihan kerja yang diberikan kepada penyandang disabilitas dalam bentuk situasi kerja yang riil untuk memberi bekal hidup mandiri di tengah-tengah masyarakat. Berbagai macam jenis pelatihan keterampilan yang diberikan seperti : sulam benang, sulam pita, menjahit, kerajinan mote, boga, pembuatan pot, pertukangan, reparasi elektronik, cuci sepeda motor, seni lukis, seni musik dan seni tari (Sholikhah, 2013).

Dilihat dari beragam pelatihan yang diberikan YPAC Semarang tentu tidak terlepas dari penggunaan alat-alat seperti gunting, pisau, jarum dan sebagainya yang merupakan alat-alat yang berpotensi menyebabkan kecelakaan seperti terluka atau tergores. Alat-alat tersebut juga digunakan oleh anak-anak berkebutuhan khusus seperti penjelasan diatas bahwa anak-anak yang masih harus dalam pengawasan yang lebih lagi. Pemilihan SLBC/C1 dan SLBD/D1 YPAC Semarang sebagai tempat penelitian dikarenakan sekolah tersebut berada di lokasi yang cukup padat karena terletak di samping salah satu pusat perbelanjaan di Kota Semarang. Kendaraan cukup ramai berlalu lalang disekitar sekolah. Selain itu, sebagian halaman dijadikan lahan parker sehingga resiko yang hadapi akan lebih tinggi.

Studi pendahuluan yang dilakukan dengan observasi dan wawancara, terdapat beberapa kejadian kecelakaan saat Kegiatan Belajar Mengajar (KBM) seperti

tergores pisau, terkena jarum dan gunting, bahkan adanya kejadian terjatuh saat bermain dengan temannya. Hal ini disebabkan oleh pengetahuan anak yang masih kurang mengenai suatu hal yang dapat membahayakan atau tidak.

Berdasarkan latar belakang masalah dan besarnya resiko yang dihadapi para penyandang disabilitas, maka perlu dilakukan penelitian tentang sejauh apa pengetahuan keselamatan yang dipahami oleh siswa/i SLBC/C1 Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang. Selain untuk mengetahui sejauh apa pemahaman siswa/i SLBC/C1 YPAC Semarang, perlu dilakukan juga penelitian mengenai siapakah yang lebih atau memiliki peran dalam upaya meningkatkan pengetahuan siswa/i tentang keselamatan di sekolah.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran perilaku aman pada siswa-siswi SLBC/C1 dan SLBD/D1 pada Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas, tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran perilaku aman pada siswa-siswi SLBC/C1 dan SLBD/D1 pada Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Untuk Sekolah

Dapat memberikan informasi dan rekomendasi untuk meningkatkan pengetahuan keselamatan kepada siswa/i SLBC/C1 dan SLBD/D1 YPAC Semarang.

1.4.2 Untuk Universitas Negeri Semarang

1. Dapat menambah referensi pembelajaran mengenai pengetahuan keselamatan pada siswa/i SLBC/C1 dan SLBD/D1 YPAC Semarang.
2. Dapat menjadi penelitian selanjutnya.

1.4.3 Untuk Peneliti

1. Dapat menambah pengetahuan mengenai pengetahuan keselamatan.
2. Dapat menambah pengalaman mengenai gambaran penerapan pendidikan keselamatan pada siswa/i SLBC/C1 dan SLBD/D1 YPAC Semarang.

1.5 Keaslian penelitian

Tabel 1.1 : Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Widia Sandy (2012)	Tingkat Pengetahuan tentang Keselamatan pada Siswa Sekolah Dasar	Deskriptif	1. Umur 2. Jenis Kelamin 3. Tingkat Kelas	51,9% (68 responden) memiliki tingkat pengetahuan tinggi tentang keselamatandiri secara umum. Namun, aspek keselamatan psikososial pengetahuan siswa masih rendah
2.	Tri Widayati (2018)	Pendidikan Keselamatan Diri Anak Usia Dini (Studi Kasus di Kelompok	Pendekatan kualitatif yang bersifat deskriptif eksploratif	Pendidikan keselamatan diri anak usia dini berupa : belajar mengenai	Dari 63 jumlah murid terdapat 18,60% murid yang belum bisa menceritakan g

Lanjutan (Tabel 1.1)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		Bermain Gaharu Plus Kutai Kertanegara)		bahaya, menyurvei bahaya, memahami peta bahaya, dan cara menghindari bahaya.	gambaran mengenai bahaya
3.	Fitri Evanti Hutasoit (2016)	Gambaran Penerapan Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan Anak Sekolah Dasar Tentang <i>Safety Education</i> (Pendidikan Keselamatan)	Deskriptif Kualitatif	Faktor yang mempengaruhi pengetahuan anak sekolah dasar meliputi : faktor manusia, faktor sarana dan prasarana, dan faktor pemberlajaran	Faktor manusia, sarana dan prasarana sudah diterapkan sesuai dengan standar. Sedangkan faktor penunjang pembelajaran masih terdapat aspek yang belum memenuhi standar yaitu terkait dengan bahan ajar

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di SLBC1/C dan SLBD1/D Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang. Jalan KH Ahmad Dahlan 4, Pekunden, Kec. Semarang Tengah, Kota Semarang, Jawa Tengah 50134.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian akan dilaksanakan pada bulan Oktober-November 2019.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini dilakukan oleh mahasiswa peminatan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) Universitas Negeri Semarang (UNNES).

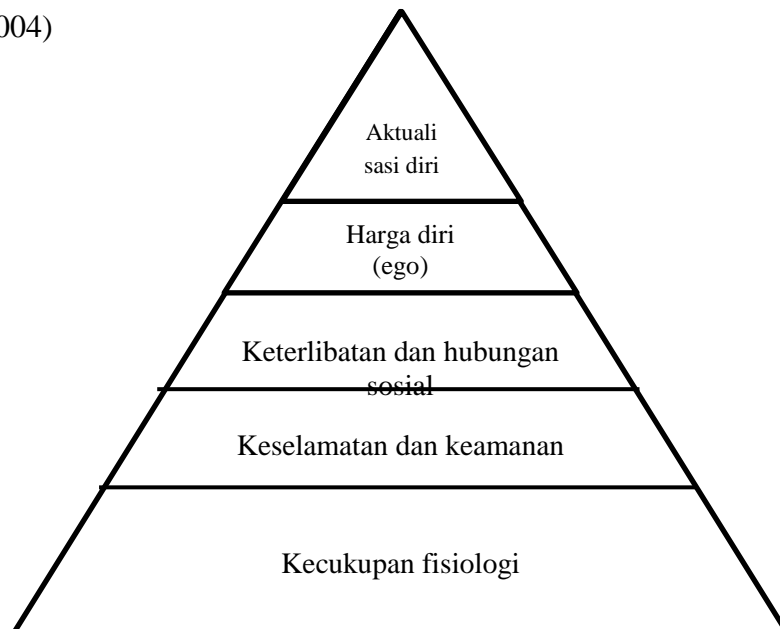
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori

2.1.1 Keselamatan

Keselamatan berada pada tingkatan kedua setelah kebutuhan dasar atau kebutuhan fisiologis berdasarkan teori kebutuhan. Abraham Maslow (1970) mengelompokkan kebutuhan manusia menjadi lima tingkatan (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2004)



Gambar 2.1. Hirarki Kebutuhan Maslow

Kebutuhan manusia hirarki Maslow harus terpenuhi dari bawah hingga ke atas bertahap. Terpenuhinya kebutuhan fisiologis maka manusia akan berusaha untuk mencapai kebutuhan akan keselamatan dan rasa aman yang berada pada tingkatan kedua. Kebutuhan keselamatan dan keamanan mencakup aspek fisik dan psikologis. Individu membutuhkan keselamatan baik dalam hal lingkungan fisik dan hubungan dengan pasangan ataupun hubungan dengan sesama individu lainnya (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2004).

Keselamatan merupakan keadaan dimana terhindar dari bahaya ataupun kecelakaan yang dapat menimbulkan kerugian bagi manusia. Definisi keselamatan ini didukung oleh beberapa ahli antara lain; keselamatan merupakan hal yang penting pada tahapan interaksi manusia, belajar dan menerapkan konsep keselamatan adalah bagian dari pencegahan cedera (Craven & Himle, 2000). Keselamatan didefinisikan sebagai keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis. Pengertian dari pemahaman akan keselamatan diri adalah pengetahuan yang dimiliki seseorang mengenai bahaya dan cara-cara menghindarkan diri dari hal-hal yang membahayakan dan yang dapat menimbulkan cedera (Potter & Perry, 2005).

Sementara itu jenis-jenis bahaya keselamatan dapat diklasifikasikan berdasarkan wujud dari agen penyebab yaitu:

1. Bahaya Fisik

Bahaya fisik terdapat di lingkungan dimana manusia hidup. Bahaya fisik sering terdapat pada udara, air, tanah, dan asupan makanan mencakup radiasi ionisasi, radiasi ultraviolet, bahaya mekanik, sumber-sumber elektromagnetik dan kebisingan (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Jenis bahaya fisik yang terdapat disekolah dapat bersumber dari fasilitas sekolah yang tidak aman seperti; tangga yang curam tanpa pegangan, saklar listrik tanpa penutup, lantai sekolah yang licin, lokasi sekolah yang berada dekat dengan jalan umum, serta lantai tempat bermain dan olahraga yang terbuat dari semen yang permukaannya tidak rata. Jenis bahaya fisik tersebut yang terdapat di sekolah dapat menimbulkan kecelakaan dan cedera bagi siswa jika siswa tidak menyadarinya (Sandy, 2012).

2. Bahaya Kimia

Bahaya kimia yang terdapat pada jajanan anak sekolah dapat menimbulkan masalah kesehatan terutama pada sistem pencernaan. Survey yang telah dilakukan oleh Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM) tahun 2004 di sekolah dasar dan sekitar 550 jenis makanan yang diambil untuk sampel pengujian menunjukkan bahwa 60% jajanan anak sekolah tidak memenuhi standar mutu dan keamanan. Penelitian tersebut menghasilkan bahwa 56% sampel mengandung rhodamin (pewarna sintesis) dan 33% mengandung boraks. Survey BPOM tahun 2007, sebanyak 4.500 sekolah di Indonesia, membuktikan bahwa 45% jajanan anak sekolah berbahaya (Suci, 2009).

3. Bahaya Biologis

Bahaya biologis yang terdapat di sekolah dapat bersumber dari jajanan/makanan yang tidak bersih, debu, dan air. Sumber bahaya biologis tersebut mengandung kuman-kuman penyebab penyakit. Kuman-kuman penyebab penyakit atau mikroorganisme tersebut dapat berupa bakteri, virus, jamur, dan riketsia (Andrew, Meta, Snyder & Liliam, 1995).

4. Bahaya Psikososial

Bahaya psikososial yang sering terjadi disekolah antara lain; kekerasan antara sesama siswa atau antara siswa dengan guru yang dapat menimbulkan dampak psikologis bagi siswa. Bahaya psikososial lainnya yaitu stres pada siswa akibat beban pelajaran atau pelajaran yang sulit dipahami anak (Andrew, Meta, Snyder & Liliam, 1995). Bahaya ajakan orang yang tidak dikenal juga merupakan bahaya psikososial yang mengancam keselamatan diri anak. Bahaya psikososial mempengaruhi pada kondisi psikis anak. Perkembangan psikososial anak dapat terhambat oleh beberapa hal antara lain; (1) penggunaan hukuman fisik di sekolah, (2) memberikan hukuman diluar kemampuan anak, (3) menggunakan

kata-kata yang kasar, (4) mengabaikan anak-anak yang dianggap nakal, (5) penggunaan label seperti anak nakal, anak bodoh dan lain-lain (Handayani, Waluyanti, & Fitriyani, 2011).

Beberapa negara diluar negeri sudah mengenalkan cara-cara keselamatan diri dari sejak dini, bahkan ada yang memasukkan pendidikan keselamatan diri dalam kurikulum sekolah. *The Barkeley Country School* mengembangkan sebuah kurikulum keselamatan anak. Keterampilan keselamatan diajarkan melalui program intruksi reguler dengan sebuah kurikulum yang dikembangkan oleh konselor sekolah, orang tua, psikolog, perawat, dan petugas keselamatan. Kurikulum diwujudkan dalam permainan, music, sandiwara, dan seni dalam menjaga pikiran positif. Keterampilan keselamatan meliputi keselamatan berjalan kaki, keselamatan area bermain, pelaporan bahaya, keselamatan diri, bahaya lain, keselamatan tempat, keselamatan kebakaran, dan keselamatan dalam mobil. Aspek-aspek pemahaman tentang keselamatan diri diturunkan dari kondisi bahaya yang mungkin terjadi di sekolah. Menurut Sumargi, dkk (2005), kondisi bahaya tersebut adalah bahaya kebakaran, bahaya orang yang tidak dikenal, bahaya kecelakaan di jalan raya, bahaya kecelakaan karena tempat bermain, dan alat-alat permainan yang tidak aman serta bahaya premanisme (*bullying*) (Widayati, 2018).

Santrock dalam Sumargi & Simanjuntak (2010) menyebutkan bahwa pemberian pengajaran pada anak harus disesuaikan dengan tahap perkembangan mereka agar materi dapat dipahami dengan baik oleh anak. Pendekatan tersebut dapat meningkatkan pengetahuan anak tentang bahaya dan cara menghindarinya. Selain demonstrasi dan teori, pelatihan keterampilan khusus lebih efektif

meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang keselamatan pada anak. Lamb, et.al (2006) menyatakan bahwa anak cenderung kurang mampu memahami penjelasan secara lisan tentang bahaya bila tidak disertai dengan praktik langsung (Widayati, 2018).

2.1.2 Pengetahuan

Anak usia sekolah berdasarkan teori perkembangan intelektual Piaget, berada pada fase operasional konkret, dengan karakteristik mempunyai rasa ingin tahu yang tinggi serta kepekaan khusus dalam pembentukan pengetahuan, keterampilan, kesadaran dan sikap. Pengetahuan tentang keselamatan yang didapatkan didalam lingkungan sekolah melalui guru yang sangat mendorong dan membantu pihak sekolah dalam mencegah adanya kecelakaan saat beraktivitas baik disebabkan oleh peralatan atau perlengkapan sekolah. Dengan adanya pembekalan tentang keselamatan yang diberikan kepada siswa-siswi sangat baik dalam mencegah angka kejadian kecelakaan.

Menurut Sukanto (2000), faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan, antara lain:

1. Tingkat pendidikan, pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat.
2. Informasi, seseorang yang mempunyai sumber informasi yang lebih banyak akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas.
3. Budaya, tingkah laku manusia atau kelompok manusia dalam memenuhi kebutuhan yang meliputi sikap dan kepercayaan.
4. Pengalaman, sesuatu yang pernah dialami seseorang menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat informal.

2.1.3 Sikap

Sikap merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Dalam hal sikap, dapat dibagi dalam berbagai tingkatan, antara lain:

1. Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang (*subjek*) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (*objek*).
2. Merespon (*responding*), yaitu dapat berupa memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.
3. Menghargai (*valuating*), yaitu dapat berupa mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.
4. Bertanggung jawab (*responsible*) atas segala sesuatu yang telah dipilihnya.

(Notoadmodjo, 2007).

Menurut Azwar (2013) faktor-faktor yang mempengaruhi sikap terhadap objek sikap antara lain: (1) Pengalaman pribadi, untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional. (2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut. (3) Pengaruh kebudayaan, telah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah.

Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karna kebudayaanlah yang memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya. (4) Media massa, dalam pemberitaan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara objektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya. (5) Lembaga pendidikan dan lembaga agama, konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan tidaklah mengherankan jika pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap. (6) Faktor emosional merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

2.1.4 Perilaku

Menurut Notoadmodjo (2003) perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Menurut Ensiklopedia Amerika, perilaku diartikan sebagai suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungannya. Menurut Skinner (1938) seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Namun dalam memberikan respon tergantung pada karakteristik dan faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan, yaitu:

1. Faktor internal, yaitu karakteristik orang yang bersangkutan yang bersifat given atau bawaan, misalnya tingkat kecerdasan, emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.

2. Faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini merupakan faktor dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Menurut Sumaryo (2004) dalam berperilaku seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

1. Faktor genetik atau endogen, merupakan konsepsi dasar atau modal untuk kelanjutan perkembangan perilaku. Faktor genetik berasal dari dalam diri individu, antara lain: (1) Jenis ras, setiap ras mempunyai pengaruh terhadap perilaku yang spesifik, saling berbeda satu sama lain. (2) Jenis kelamin, perilaku pria atas dasar pertimbangan rasional atau akal sedangkan pada wanita atas dasar emosional. (3) Sifat fisik, perilaku individu akan berbeda-beda sesuai dengan sifat fisiknya. (4) Sifat kepribadian, merupakan manifestasi dari kepribadian yang dimilikinya sebagai perpaduan dari faktor genetik dengan lingkungan. (4) Bakat pembawaan, merupakan interaksi antara faktor genetik dengan lingkungan serta tergantung adanya kesempatan untuk pengembangan. (5) Intelegensi, merupakan kemampuan untuk berpikir dalam mempengaruhi perilaku.
2. Faktor dari luar individu atau faktor eksogen, faktor ini juga berpengaruh dalam terbentuknya perilaku individu antara lain: (1) Faktor lingkungan, merupakan lahan untuk perkembangan perilaku. (2) Pendidikan, proses dan kegiatan pendidikan pada dasarnya melibatkan perilaku individu atau kelompok. (3) Agama, merupakan keyakinan hidup yang masuk dalam konstruksi kepribadian seseorang yang berpengaruh dalam perilaku individu. (4) Sosial ekonomi, salah satu yang berpengaruh terhadap perilaku adalah

lingkungan sosial ekonomi yang merupakan sarana untuk terpenuhinya fasilitas. (5) Kebudayaan, hasil dari kebudayaan yaitu kesenian, adat istiadat atau peradaban manusia mempunyai peranan pada terbentuknya perilaku.

2.1.5 Cedera

Cedera merupakan rusaknya struktur dan fungsi anatomis normal diakibatkan karena keadaan patologis (Potter & Perry, 2005). Cedera adalah kerusakan fisik yang terjadi ketika tubuh manusia tiba-tiba mengalami penurunan energi dalam jumlah yang melebihi ambang batas toleransi fisiologis atau akibat dari kurangnya satu atau lebih elemen penting seperti oksigen (WHO, 2014). Cedera pada anak dapat berupa cedera yang tidak disengaja (*unintentional injury*) dan cedera yang disengaja (*intentional injury*). Cedera yang tidak disengaja (*unintentional injury*) merupakan cedera yang bukan disebabkan oleh niat untuk menyakiti, misalnya kecelakaan lalu lintas, tenggelam, keracunan, terbakar, dan jatuh. Sedangkan cedera yang disengaja (*intentional injury*) atau yang biasa disebut dengan kekerasan (*violence*) yaitu penggunaan kekuatan fisik atau kekuasaan, ancaman terhadap diri sendiri, orang lain, atau terhadap kelompok, atau komunitas, yang mengakibatkan cedera, kematian, kerugian psikologis, dan gangguan perkembangan. Cedera yang disengaja misalnya bunuh diri, penganiayaan anak, pembunuhan, penganiayaan terhadap diri sendiri, pelecehan seksual, pemerkosaan, dan *bullying* (European Child Safety Alliance, 2014; California Injury Prevention Network, 2012).

Cedera pada anak usia sekolah dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti usia, jenis kelamin, lingkungan dan tingkat sosialekonomi (Kliegman, 2007). Kemampuan anak untuk mengolah dan menyatukan informasi seperti menyatukan

apa yang mereka lihat dan dengan masih terbatas. Banyak anak tidak memahami konsep tentang bahaya atau tidak bahaya. Pemahaman ini menyebabkan anak kurang dapat mengantisipasi dan mengatasi kondisi bahaya yang muncul sehingga berakibat fatal bagi keselamatan dirinya (Sumargi, 2007). Penyebab lain terjadinya cedera pada anak adalah kurangnya pengawasan orang tua terhadap anaknya. Hal ini mempengaruhi lebih tingginya angka kejadian cedera pada laki-laki daripada perempuan dimana orang tua lebih memperhatikan anak perempuan daripada anak laki-laki (Morrongiello, Walpole, & McArthur, 2009)

Berdasarkan bagian yang terkena cedara, klasifikasi cedera dapat dikelompokkan menjadi :

1. Kepala meliputi indera (mata, hidung, telinga, mulut), bagian muka dan leher.
2. Dada meliputi tubuh bagian depan dari atas pinggang sampai bawah leher termasuk tulang dada.
3. Punggung meliputi tubuh bagian belakang dari atas pinggang sampai bawah leher termasuk tulang belakang.
4. Perut meliputi tubuh bagian bawah pinggang, bagian depan dan belakang, termasuk alat kelamin dan organ dalam.
5. Anggota gerak atas meliputi lengan atas, lengan bawah, punggung tangan, telapak dan jari tangan.
6. Anggota gerak bawah meliputi paha, betis, telapak dan jari kaki.

Sementara itu, menurut Hardianto (2005), berdasarkan berat atau ringannya, cedera dapat diklasifikasikan menjadi:

1. Cedera ringan yaitu cedera yang tidak diikuti kerusakan yang berarti pada jaringan tubuh kita, misalnya kekakuan otot atau kelelahan. Pada cedera

ringan biasanya tidak diperlukan pengobatan apapun, dan cedera ringan biasanya akan sembuh dengan sendirinya setelah beberapa waktu

2. Cedera berat yaitu cedera yang serius, dimana pada cedera tersebut terdapat kerusakan jaringan tubuh, misalkan robeknya otot atau ligament maupun patah tulang. Kriteria cedera berat yaitu: (1) Kehilangan substansi atau kontinuitas. (2) Rusaknya atau robeknya pembuluh darah. (3) Peradangan lokal (ditandai dengan kalor/panas, rubor/kemerahan, tumor/bengkak, dolor/nyeri, fungsiolesi/tidak dapat digunakan secara normal).

Tempat terjadinya cedera adalah lokasi/area dimana peristiwa/kejadian yang mengakibatkan cedera. Tempat terjadinya cedera dikelompokkan menjadi:

1. Jalan raya (jalan yang dilalui kendaraan)
2. Rumah dan lingkungannya (*indoor* maupun *outdoor*)
3. Sekolah dan lingkungannya (dalam kelas maupun halaman sekolah)
4. Tempat bekerja (tempat kerja responden yang berupa ruangan/bangunan terbuka atau tertutup termasuk halamannya seperti pabrik, pertokoan, perkantoran, pasar, pelabuhan, dll).
5. Lainnya seperti perairan/sungai/laut, sawah, lading, hutan, tambang, dll.

2.1.6 Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah merupakan anak yang sedang berada pada periode usia pertengahan yaitu anak yang berusia 6-12 tahun (Santrock, 2008), sedangkan menurut Yusuf (2011) anak usia sekolah merupakan anak usia 6-12 tahun yang sudah dapat mereaksikan rangsang intelektual atau melaksanakan tugas-tugas belajar yang menuntut kemampuan intelektual atau kemampuan kognitif (seperti : membaca, menulis, dan menghitung).

Anak usia sekolah adalah anak-anak yang dianggap sudah mampu bertanggung jawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan orangtua mereka, 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, et al, 2009).

Periode usia sekolah berakhir dengan usia kurang lebih 12 tahun, pada periode ini terdapat periode pra-remaja dan periode pra-pubertas dan periode ini diakhiri dengan tanda awitan pubertas (Kozier, et al., 2011). Pada usia 10 sampai 12 tahun anak sedang dalam perkembangan pra-remaja, yang mana secara fisik maupun psikologis pada masa ini anak sedang menyongsong pubertas (Kriswanto 2006; Amaliyasari & Puspitasari, 2008).

Perubahan kognitif pada anak usia sekolah adalah kemampuan untuk berpikir logis tentang disini dan saat ini, bukan tentang hal yang bersifat abstraksi. Pemikiran anak usia sekolah tidak lagi didominasi oleh persepsinya dan sekaligus kemampuan untuk memahami dunia secara luas. Perkembangan kognitif Piaget terdiri dari beberapa tahapan, yaitu :

1. *Concrete operational* (7-11 tahun) yaitu fase yang pemikiran meningkat atau bertambah logis dan koheren. Anak mampu mengklasifikasikan benda dan perintah dan menyelesaikan masalah secara konkret dan sistematis berdasarkan apa yang mereka terima dari lingkungannya. Kemampuan berpikir anak sudah rasional, imajinatif, dan dapat menggali objek atau situasi lebih banyak untuk memecahkan masalah. Anak sudah dapat berpikir konsep tentang waktu dan mengingat kejadian yang lalu serta menyadari kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, tetapi pemahamannya belum

mendalah, selanjutnya akan semakin berkembang di akhir usia sekolah atau awal masa remaja.

2. *Formal operation* (11-15 tahun) yaitu tahapan yang ditunjukkan dengan karakteristik kemampuan beradaptasi dengan lingkungan atau kemampuan untuk fleksibel terhadap lingkungannya. Remaja dapat berpikir dengan pola yang abstrak menggunakan tanda atau simbol dan menggambarkan kesimpulan yang logis. Mereka dapat membuat dugaan dan mengujinya dengan pemikiran yang abstrak, teoritis, dan filosofis. Pola berpikir logis membuat mereka mampu berpikir untuk memecahkan masalah (Supartini, 2004).

Kemampuan berpikir dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain; usia, pendidikan, pengalaman, media massa dan sosial budaya. Semakin bertambahnya usia seseorang maka tingkat pengetahuannya juga akan bertambah sesuai dengan pengetahuan yang didapat. Pendidikan seseorang mempengaruhi cara pandang terhadap lingkungan dan proses belajar untuk mendapatkan pengetahuan. Pengalaman merupakan salah satu cara untuk mendapatkan kebenaran pengetahuan. Sementara itu, media massa menjadi alat atau saluran untuk mendapatkan pengetahuan. Sosial budaya berperan sebagai arah dalam bertindak dan berpikir sesuai dengan pengalaman yang dimilikinya sehingga dengan demikian pengetahuan seseorang akan bertambah (Notoatmodjo, 2005).

2.1.7 Pemahaman Anak tentang Keselamatan Diri

Pemahaman akan keselamatan diri adalah pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang tentang bahaya dan cara-cara menghindari diri hal-hal yang membahayakan atau yang menimbulkan kecelakaan. Aspek aspek pemahaman

akan keselamatan diri diturunkan dari berbagai kondisi bahaya yang mungkin dijumpai oleh anak disekolah antara lain adalah : bahaya kebakaran, bahaya orang yang tidak dikenal, bahaya kecelakaan jalan raya, bahaya kecelakaan karena tempat bermain dan alat-alat permainan yang tidak aman, serta bahaya premanisme (*bullying*) yang dilakukan oleh teman maupun orang lain di lingkungan sekolah.

Pemahaman anak akan bahaya kebakaran penting artinya agar anak tahu cara-cara yang tepat untuk menyelamatkan diri. Anak membutuhkan pengetahuan mengenai hal-hal yang yang harus dilakukan ketika kebakaran, seperti berjalan keluar secepatnya tanpa membawa barang-barang, menjauhi area kebakaran dan mencari tempat yang aman, serta memberi tanda bahaya bagi orang lain dengan membunyikan bel atau alarm kebakaran. Tidak hanya itu, anak-anak perlu juga diajarkan untuk menerapkan apa yang mereka ketahui dalam bentuk latihan kebakaran atau yang kerap disebut sebagai *fire drill* (Lambert, n.d. *Kids Fire Safety Tips-Fire Safety Tips For Children*).

Di negara Barat seperti Inggris dan Swedia, anak-anak sejak dini sudah diperkenalkan pemahaman mengenai keselamatan dirinya, seperti cara menyeberangi jalan yang benar dan menolak ajakan orang asing. Pendidikan keselamatan diri ini bahkan dimasukkan dalam kurikulum sekolah (Gillham & Thomson, 1996). Hal serupa juga dilakukan di Norwegia, dimana anak-anak mendapatkan pembelajaran mengenai keselamatan diri yang dikelompokkan berdasarkan umur. Pendidikan keselamatan yang dilakukan di Norwegia dimulai dari anak berumur 6 tahun (Bolig, Wahl, & Svenden, 2009).

Bahaya lain yang perlu diwaspadai adalah masalah kejahatan yang dilakukan oleh orang yang tidak dikenal pada anak-anak. Dengan semakin

meningkatnya usia anak, maka perjumpaan anak-anak dengan orang-orang di luar keluarga menjadi semakin sering. Anak-anak perlu memahami potensi bahaya tindak kejahatan seperti penculikan yang dilakukan oleh orang yang tidak dikenal. Sikap waspada terhadap orang yang tidak dikenal yang tampak ramah kepada anak seolah-olah mengenal keluarga anak perlu diajarkan oleh para orangtua (Hechinger, 1984).

Di samping dua bahaya yang telah disebutkan diatas, anak-anak yang sering mengalami bahaya premanisme di lingkungan sekolah. Arti premanisme di sini adalah serangan kekerasan, baik yang bersifat fisik (misalkan: pemukulan perampokan) maupun yang bersifat verbal (misalkan: ancaman, olok-olok, dan hinaan), yang dilakukan oleh anak-anak yang lebih besar untuk menunjukkan kekuasaannya (*bullying*) dan juga oleh orang lain di lingkungan sekolah dengan tujuan memeras atau meminta uang.

Sehubungan dengan tempat bermain, maka anak-anak juga perlu mendapat pemahaman tentang kondisi di tempat bermain dimana permainan yang dipilih anak-anak bias saja tidak aman sehingga anak rentan mengalami kecelakaan ketika bermain. Contoh alat permainan yang dianggap berbahaya antara lain adalah trampoline. Pada tahun 1996 di Amerika diperkirakan terjadi 83.400 kecelakaan akibat permainan trampoline. Dua pertiga korban akibat jatuh dari trampolin ini adalah anak-anak berusia 5-14 tahun (Papalia, Olds, & Feldman, 2001). Beberapa alat permainan yang dipandang berbahaya tetapi sering dimainkan oleh anak-anak di Indonesia adalah: tangga, pohon atau pagar yang tinggi, peralatan listrik, benda-benda tajam seperti pisau, gunting, dan peniti (Sumargi, 2005)

Di samping itu kondisi di jalan raya juga cukup rentan bagi anak-anak. Thomson (1996) memaparkan bahwa anak-anak usia 5-9 tahun di berbagai negara empat kali lebih rentan mengalami kecelakaan di jalan raya dibandingkan dengan orang dewasa. Banyak di antara anak-anak ini mengalami kecelakaan justru ketika menyeberangi jalan yang relatif sepi. Hal ini menandakan anak-anak usia 5-9 tahun kurang memiliki pemahaman dan keterampilan menyeberang secara aman. Beberapa strategi yang perlu dipahami anak-anak untuk menghindari dari bahaya di jalan raya antara lain : penggunaan fasilitas penyebrangan, penggunaan helm atau sabuk pengaman ketika berkendara, dan pemahaman cara-cara menyeberang dan berkendara yang aman (Maakip, dkk., 2000).

Pendidikan keselamatan lebih ditujukan pada pembentukan sikap dan perilaku, agar dapat menerapkan kaidah yang berguna untuk menjaga keselamatan diri sendiri dan orang lain. Sasaran pembinaan dalam pendidikan keselamatan adalah sikap dan kemampuan anak untuk membuat keputusan yang tepat, didukung oleh keterampilan untuk melaksanakan tindakan. Agar seseorang selamat, terhindar dari kecelakaan, Yost dalam Muchtamadji (2004) menganjurkan empat prinsip pokok yang harus dipegang, yaitu (1) mengenal bahaya, (2) menghindari bahaya, (3) mengontrol bahaya yang dapat dihindari, dan (4) jangan menciptakan bahaya. Prinsip ini bersifat dan berlaku umum untuk bidang kehidupan, seperti transportasi, rekreasi, dan olahraga. (Muchtamadji, 2004).

Pemahaman anak akan keselamatan dirinya tidak terlepas dari keterbatasan kognitif yang dimilikinya. Anak usia 5 tahun sebenarnya sudah mampu membedakan arti konsep dari selamat dan tidak selamat, namun karena perkembangan kognitif mereka masih dalam tahap pra-operasional yang salah

satunya bercirikan ketidakmampuan menggunakan sudut pandang orang lain dan kecenderungan mempertimbangkan sesuatu hanya dari sudut pandangnya sendiri (egosentrisme), maka dalam situasi praktis anak-anak lebih mengandalkan interpretasinya sendiri tentang apa yang dianggap selamat dan tidak selamat (Maakip, dkk., 2000).

Papalia, Olds, dan Feldman (2001) menegaskan bahwa anak-anak sampai dengan usia 6 tahun cenderung memiliki estimasi berlebihan terhadap kemampuan fisiknya sehingga rentan mengalami kecelakaan. Sementara itu, anak berusia 7-12 tahun yang taraf berpikirnya berada pada tahap operasional konkrit sudah mampu melakukan analisis secara logis terhadap suatu kondisi bahaya. Hanya saja mereka memiliki keterbatasan dalam hal pengetahuan praktis tentang keselamatan diri (Maakip, dkk., 2000).

Secara umum, keterbatasan kognitif yang dimiliki anak membuat mereka rentan terhadap bahaya. Beberapa tindakan anak-anak yang dianggapnya aman untuk dilakukan namun sebenarnya tidaklah aman dari sudut pandang orang dewasa. Ketiadaan atau kurangnya pihak-pihak yang dapat memberikan informasi yang benar mengenai bahaya yang dihadapi anak-anak menyebabkan mereka semakin mengandalkan interpretasinya sendiri tentang arti berbahaya atau tidak berbahaya (Eiser, Patterson, dan Eiser, 1983).

Beberapa faktor lain yang mempengaruhi pemahaman anak akan keselamatan diri adalah situasi keluarga dan karakteristik kepribadian anak. Semakin besar ukuran keluarga, semakin kurang perhatian orangtua terhadap anak. Kurangnya perhatian kepada anak dapat terjadi kepada hubungan keluarga yang kurang harmonis. Dengan demikian, anak-anak yang tinggal dalam keluarga besar maupun keluarga kurang harmonis menghasilkan kurangnya pengawasan

dari orangtuanya. Dalam situasi ini, anak-anak dapat mengalami kecelakaan atau menghadapi bahaya tanpa pengetahuan orangtuanya. Orangtua cenderung lebih sibuk dengan berbagai hal sehingga kurang memiliki kesempatan untuk memberikan pendidikan keselamatan diri pada anak. Sementara itu, anak dengan karakteristik kepribadian tertentu relatif rentan terhadap bahaya atau kecelakaan. Misalnya anak yang mudah cemas, hiperaktif, canggung, agresif, serta anak yang dalam kondisi marah, lelah, stress, impulsif, atau sembrono dan suka pamer (unjuk kebolehan dengan melakukan hal-hal yang berbahaya) rentan menghadapi bahaya atau mengalami kecelakaan (Roberts, 1996).

2.1.8 Anak Berkebutuhan Khusus

Anak Berkebutuhan Khusus atau Anak Luar Biasa adalah anak yang menyimpang dari rata-rata normal dalam hal; ciri-ciri mental, kemampuan-kemampuan sensorik, fisik dan neuromuskular, perilaku sosial dan emosional, kemampuan berkomunikasi, maupun kombinasi, dua atau lebih hal-hal di atas (Mangungsong, 2009).

Anak Berkebutuhan Khusus juga dapat dimaknai sebagai anak yang karena kondisi fisik, mental, social, dan/atau memiliki kecerdasan atau bakat istimewa memerlukan bantuan khusus dalam pembelajaran. Kebutuhan khusus dapat dimaknai sebagai kebutuhan khas setiap anak terkait kondisi fisik, emosional, mental, social, dan/atau kecerdasan atau bakat istimewa yang dimilikinya. Tanpa dipenuhinya kebutuhan khusus tersebut, potensi yang dimiliki tidak akan berkembang optimal (Wardani, 2013).

Kategori Anak Berkebutuhan Khusus, secara umum Alimin (2010) membedakan anak berkebutuhan khusus dalam dua kelompok besar yaitu :

1. Anak berkebutuhan khusus yang bersifat sementara (temporer) adalah anak yang mengalami hambatan belajar dan hambatan perkembangan yang disebabkan oleh faktor eksternal. Misalnya anak yang mengalami gangguan emosi karena trauma, dan sebagainya.
2. Anak berkebutuhan khusus yang bersifat tetap (permanen) adalah anak-anak yang mengalami hambatan belajar dan hambatan perkembangan yang bersifat internal atau akibat langsung dari kondisi kecacatan, yaitu anak yang kehilangan fungsi penglihatan, gangguan perkembangan kecerdasan dan kognisi, gangguan gerak (motorik), dan sebagainya.

Klasifikasi anak berkebutuhan khusus menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 1991 tentang Pendidikan Luar Biasa dibagi menjadi:

1. Tunarungu adalah salah satu istilah umum yang menunjukkan kesulitan mendengar dari yang ringan sampai yang berat, dogolongkan kedalam tuli dan kurang dengar. Orang tuli adalah yang kehilangan kemampuan mendengar sehingga menghambat proses informasi bahasa melalui pendengaran, baik memakai maupun tidak memakai alat bantu dengar dimana batas pendengaran, yang dimilikinya cukup memungkinkan keberhasilan proses informasi bahasa melalui pendengaran (Winarsih, 2007). Tunarungu dapat diartikan sebagai keadaan dari seorang individu yang mengalami kerusakan pada indera pendengaran sehingga menyebabkan tidak bisa menangkap berbagai rangsangan suara, atau rangsang lain melalui pendengaran (Suharmini, 2009).

Anak yang termasuk memiliki hambatan pendengaran terdiri atas dua kategori yaitu mereka yang tuli sejak dilahirkan disebut dengan *constingently deaf*, dan mereka yang tuli setelah dilahirkan disebut dengan

adventitiously deaf. Sedangkan klasifikasi berdasarkan ambang batas kemampuan mendengar terdiri atas ringan (26-54 dB), sedang (55-69 dB), berat (70-89 dB), dan sangat berat (90 dB keatas) (Delphie, 2006).

2. Tunadaksa adalah seseorang yang mengalami kesulitan mengoptimalkan fungsi anggota tubuh sebagai akibat luka, penyakit, pertumbuhan yang salah bentuk, dan akibatnya kemampuan untuk melakukan gerakan-gerakan tubuh tertentu mengalami penurunan. Sedangkan, secara definitif pengertian tunadaksa adalah ketidakmampuan anggota tubuh untuk melaksanakan fungsinya disebabkan oleh berkurangnya kemampuan anggota tubuh untuk melaksanakan fungsi secara normal sebagai akibat dari luka, penyakit, atau pertumbuhan yang tidak sempurna sehingga untuk kepentingan pembelajarannya perlu layanan secara khusus (Efendi, 2009). Dengan demikian dalam memberikan layanan disekolah memerlukan modifikasi dan adaptasi yang diklasifikasikan dalam kategori umum, yaitu kerusakan saraf, kerusakan tulang, dan anak dengan gangguan kesehatan lainnya. Kerusakan saraf disebabkan karena pertumbuhan sel saraf yang kurang atau adanya luka pada sistem saraf pusat. Kelainan saraf utama menyebabkan adanya *cerebral palsy*, *epilepsy*, *spina bifida*, dan kerusakan otak lainnya (Delphie, 2006).
3. Tunalaras adalah individu yang mengalami hambatan dalam mengendalikan emosi dan control sosial. Defenisi anak tunalaras atau *emotionally handicapped* atau *behavioral disorder* lebih terarah menurut Delphie (2006) menjelaskan bahwa anak dengan hambatan emosional atau kelainan perilaku, apabila menunjukkan adanya satu atau lebih dari lima komponen berikut ini: tidak mampu untuk melakukan hubungan baik dengan teman-teman atau guru-guru, bertingkah laku atau berperasaan tidak pada tempatnya, secara umum

mereka selalu dalam keadaan tidak gembira atau depresi, atau bertendensi kearah simpton fisik seperti merasa sakit atau ketakutan yang berkaitan dengan orang atau permasalahan di sekolah. Para orangtua menerapkan disiplin rendah terhadap anak-anaknya tetapi selalu memberikan reaksi terhadap perilaku yang kurang baik, tidak sopan, suka menolak sepertinya dapat menjadi sebab seorang anak menjadi agresif, nakal atau jahat (Delphie, 2006) menjelaskan bahwa anak dengan hambatan emosional atau kelainan perilaku, apabila menunjukkan adanya satu atau lebih dari lima komponen berikut ini: tidak mampu belajar bukan disebabkan karena faktor intelektual, sensoria tau kesehatan, tidak mampu untuk melakukan hubungan baik dengan teman-teman dan guru-guru, bertingkah laku atau berperasaan tidak pada tempatnya, secara umum mereka selalu dalam keadaan tidak gembira atau depresi, dan bertendensi kearah simpton fisik seperti merasa sakit atau ketakutan yang berkaitan dengan orang atau permasalahan di sekolah. Para orangtua menerapkan disiplin rendah terhadap anak-anaknya tetapi selalu memberikan reaksi terhadap perilaku yang kurang baik, tidak sopan, suka menolak sepertinya dapat menjadi sebab seorang anak menjadi agresif, nakal atau jahat (Delphie, 2006). Sebab-sebab anak menjadi tunalaras secara garis besarnya dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok (Ibrahim, 2005) diantaranya: (1) Faktor psikologis, yaitu gangguan tingkah laku yang disebabkan terganggunya faktor psikologis. Terganggunya faktor psikologis biasanya diwujudkan dalam bentuk tingkah laku yang menyimpang, seperti : *abnormal fixation, agresif, regresif, resignation, dan concept of discrepancy.* (2) Faktor psikososial, yaitu gangguan tingkah laku yang tidak hanya disebabkan oleh adanya frustasi, melainkan juga ada pengaruh dari faktor lain,

seperti pengalaman masa kecil yang tidak atau kurang menguntungkan perkembangan anak. (3) Faktor fisiologis yaitu gangguan tingkah laku yang disebabkan terganggunya proses aktivitas organ-organ tubuh, sehingga tidak atau kurang berfungsi sebagaimana mestinya, seperti terganggunya atau adanya kelainan pada otak, hyperthyroid dan kelainan syaraf motoris.

4. Tunawicara atau anak dengan kurangnya pendengaran dan bicara (tunarungu tunawicara), pada umumnya mereka mengalami hambatan pendengaran dan kesulitan melakukan komunikasi secara lisan dengan orang lain. Bila dibandingkan dengan anak cacat lainnya, penderita tunawicara cenderung tergolong paling ringan, karena secara umum mereka tidak kelihatan memiliki kelainan dan tampak seperti orang normal. Menurut Amni (1979) mengatakan bahwa anak tunawicara dapat terjadi karena gangguan ketika: (1) Sebelum anak dilahirkan atau masih dalam kandungan (pre natal). Hereditas (keturunan) yaitu apabila anak tunawicara sejak dalam kandungan karena diantara keluarga terdapat tunawicara atau membawa gen tunawicara sehingga ketika lahir anak tersebut memiliki gangguan tunawicara. Ini disebut dengan genetis. Perbedaan rhesus ayah dan ibu juga dapat menyebabkan abnormalitas pada kelahiran anak. Anoxia yaitu kekurangan oksigen dalam janin dapat menyebabkan kerusakan pada otak dan syaraf yang menyebabkan ketidaksempurnaan organ salah satunya organ bicara seperti pita suara, tenggorokan, lidah, dan mulut. (2) Pada waktu proses kelahiran dan baru dilahirkan (neo natal) atau premature bayi-bayi premature yang lahir dengan berat badan tidak normal dan lahir dengan organ tubuh yang belum sempurna dapat mengakibatkan kebisuan yang kadang disertai ketulian. Kurangnya berat pada ketika lahir juga dapat menyebabkan jaringan-jaringan. (3) Setelah

dilahirkan (pos natal). Infeksi, sesudah dilahirkan anak menderita infeksi misalnya campak yang menyebabkan tuli preseftik, virus akan menyerang koklea, menyebabkan anak menderita otitis media (koken). Akibat yang sama akan terjadi bila anak menderita scarlet fever, difteri, batuk kejang atau tertular sifilis. Meningitis (radang selaput otak), penderita akan mengalami kelainan pada pusat syaraf pendengaran dan akan mengalami ketulian perseptif. Infeksi alat pernafasan, seseorang dapat menjadi tunawicara apabila terjadi gangguan pada organ pernafasan seperti paru-paru, laring, atau gangguan pada mulut atau lidah.

5. Tunanetra atau anak yang mengalami hambatan penglihatan dan anak dengan kendala kendala penglihatan, perkembangannya berbeda dengan anak-anak berkebutuhan khusus lainnya, tidak hanya dari sisi penglihatan tetapi juga dari hal-hal lain. Bagi peserta didik yang memiliki sedikit atau tidak melihat sama sekali, harus mempelajari lingkungan sekitarnya dengan menyentuh dan merasakannya. Perilaku untuk mengetahui objek dengan cara mendengarkan suara dari objek yang akan diraih adalah perilakunya dalam perkembangan motorik. Untuk dapat merasakan perbedaan setiap objek yang dipegangnya, anak dengan hambatan penglihatan selalu menggunakan indera raba dengan jari-jarinya. Kegiatan ini merupakan perilakunya untuk menguasai dunia persepsi dengan menggunakan indera sensorik.
6. Kesulitan belajar merupakan salah satu jenis anak berkebutuhan khusus yang ditandai dengan adanya kesulitan untuk mencapai standar kompetensi (prestasi) yang telah ditentukan dengan mengikuti pembelajaran konvensional. Menurut Ginitasasi (2009) mengatakan *Learning disability* merupakan salah satu istilah yang mewadahi berbagai jenis kesulitan yang

dialami anak terutama yang berkaitan dengan masalah akademis, kesulitan bidang akademik di sekolah yang sangat spesifik yaitu kesulitan dalam satu jenis/bidang akademik seperti :

- 1) Disklesia (*Dysexia*) atau dikenal juga sebagai SDLP (*Specific Learning Difficulty*). Disklesia merupakan suatu kondisi yang terdapat di dalam segala tingkat kemampuan dan menyebabkan kesulitan yang terus-menerus dalam memperoleh kemampuan membaca dan menulis. Masalah yang dihadapi mencakup penyusunan urutan, pengorganisasian ucapan dan tulisan, pengendalian motoric halus, dan kesulitan mengarahkan gerak. Anak disklesia juga mengalami masalah dengan bunyi yang membentuk kata-kata, maupun kesulitan dalam interpretasi kata, persepsi, penyusunan urutan, menulis, dan mengeja.
- 2) Diskalkulia (*Dyscalculia*) yaitu berhubungan dengan kekurangan di dalam belajar matematika. Masalah yang dihadapi mencakup kesulitan untuk mengerti dan mengingat konsep angka dan hubungan angka, kesulitan dalam belajar dan menerapkan pemahaman masalah angka. Diskalkulia bersifat perkembangan, artinya siswa selalu mengalami kesulitan dalam mata pelajaran tersebut. Dengan kata lain, kemampuan aritmatika siswa sebelumnya berada pada tingkat yang lebih tinggi.
- 3) Disgrafia (*Dysgrafia*) yaitu kelainan neurologis yang menghambat kemampuan menulis yang meliputi hambatan secara fisik, seperti tidak dapat memegang pensil dengan mantap ataupun tulisan tangannya buruk. Anak dengan gangguan disgrafia sebetulnya mengalami kesulitan dalam mengharmoniskan ingatan dengan penguasaan gerak ototnya secara otomatis saat menulis huruf dan angka. Ciri-ciri disgrafia: (1) Terdapat

ketidakkonsistenan bentuk huruf dalam tulisannya, (2) Saat menulis, penggunaan huruf besar dan huruf kecil masih tercampur, (3) Ukuran dan bentuk huruf dalam tulisannya tidak proporsional, (4) Anak tampak harus berusaha keras saat mengkomunikasikan suatu ide, pengetahuan, atau pengetahuannya melalui tulisan, (5) Sulit memegang *ballpoint* maupun pensil dengan baik, (6) Berbicara pada diri sendiri ketika sedang menulis atau malah terlalu memperhatikan tangan yang dipakai untuk menulis, (7) Cara menulis tidak konsisten, tidak mengikuti alur garis yang tepat dan proporsional, (8) Tetap mengalami kesulitan meskipun hanya diminta menyalin contoh tulisan yang sudah ada.

7. Tunagrahita atau anak dengan kesulitan perkembangan, dikenal juga dengan berbagai istilah yang selalu berkembang sesuai dengan kebutuhan layanan terhadapnya. Istilah yang berkaitan dengan label terhadap tunagrahita antara lain: *mentally retarded*, *mental retardation*, *students with learning problem*, *intellectual disability*, *feble-mindedness*, *mental subnormality*, *amentia*, dan *oligophrenia*. Istilah-istilah tersebut sering dipergunakan sebagai “label” terhadap mereka yang mempunyai kesulitan dalam memecahkan masalah-masalah yang berkaitan dengan konsep-konsep dan keterampilan akademik seperti membaca, menulis, dan menghitung angka-angka (Delphie, 2005)

Istilah tersebut sesungguhnya memiliki arti yang sama yang menjelaskan kondisi anak yang kecerdasannya jauh di bawah rata-rata dan ditandai oleh keterbatasan intelegensi dan ketidakcakapan dalam interaksi sosial. Anak tunagrahita atau dikenal juga dengan istilah terbelakang mental karena keterbatasannya mengakibatkan dirinya sukar untuk mengikuti program

pendidikan di sekolah biasa secara klasikal, oleh karena itu anak terbelakang mental membutuhkan layanan pendidikan secara khusus yakni disesuaikan dengan kemampuan anak tersebut (Somantri, 2007).

Defenisi AAMD (*Association American on Mental Deficiency*) mengisyaratkan adanya tiga hal pokok yang perlu mendapatkan perhatian sebagai kriteria penentu. Pertama, fungsi inteligensi anak tunagrahita berada dibawah rata-rata normal, yakni pada dua standar deviasi di bawah normal (*subaverage general intellectual functioning*) dengan skor IQ sebesar tujuh puluh ke bawah. Kedua, disebabkan atau bersamaan dengan fungsi intelegensi di bawah rata-rata normal, anak tunagrahita mempunyai kesulitan perilaku non adaptif (*resulting ini or associated with concurrent impairment in adaptive behavior*). Kesulitan perilaku ini akan tampak dalam kehidupan sehari-hari anak tunagrahita dimana yang bersangkutan akan mempunyai hambatan tiga atau lebih terhadap kemampuan yang berkaitan dengan bina diri (*self care*), kemampuan berbahasa (*receptive and expressive language*), belajar (*learning*), mobilitas (*mobility*), mengatur diri sendiri (*self direction*), kapasitas untuk dapat hidup mandiri (*capacity for independent living*), mampu menghidupi diri sendiri secara ekonomi (*economic selfsifficiency*). Ketiga, kesulitan pada faktor intelektual dan perilaku non adaptif terjadi selama masa perkembangan (*developmental period*), yaitu sejak dilahirkan hingga berusia delapan belas tahun (Delphie, 2005).

Tunagrahita atau keterbelakang mental merupakan kondisi di mana perkembangan kecerdasannya mengalami hambatan sehingga tidak mencapai tahap perkembangan yang optimal. Ada beberapa karakteristik umum tunagrahita (Somantri, 2007), yaitu :

- 1) Keterbatasan intelegensi

Inteligensi merupakan fungsi yang kompleks yang dapat diartikan sebagai kemampuan untuk mempelajari informasi dan keterampilan-keterampilan menyesuaikan diri dengan masalah-masalah dan situasi-situasi kehidupan baru, belajar dari pengalaman masa lalu, berpikir abstrak, kreatif, dapat menilai secara kritis, menghindari kesalahan-kesalahan, mengatasi kesulitan-kesulitan, dan kemampuan untuk merencanakan masa depan. Anak tunagrahita memiliki kekurangan dalam semua hal tersebut. Kapasitas belajar anak tunagrahita terutama yang bersifat abstrak seperti belajar dan berhitung, menulis, dan membaca juga terbatas. Kemampuan belajarnya cenderung tanpa pengertian atau cenderung belajar dengan membeo (Somantri, 2007)

2) Keterbatasan sosial

Di samping memiliki keterbatasan inteligensi, anak tunagrahita juga memiliki kesulitan dalam mengurus diri sendiri dalam masyarakat, oleh karena itu mereka memerlukan bantuan. Anak tunagrahita cenderung berteman dengan anak yang lebih muda usianya, ketergantungan terhadap orang tua sangat besar, tidak mampu memikul tanggung jawab sosial dengan bijaksana, sehingga mereka harus selalu bimbang dan diawasi. Mereka juga mudah dipengaruhi dan cenderung melakukan sesuatu tanpa memikirkan akibatnya (Somantri, 2007).

3) Keterbatasan fungsi-fungsi mental lainnya

Anak tunagrahita memerlukan waktu lebih lama untuk menyelesaikan reaksi pada situasi yang baru dikenalnya. Mereka memperlihatkan reaksi terbaiknya bila mengikuti hal-hal yang rutin dan secara konsisten dialaminya dari hari ke hari. Anak tunagrahita tidak dapat menghadapi sesuatu kegiatan atau tugas dalam jangka waktu yang lama. Anak tunagrahita memiliki keterbatasan

dalam penguasaan bahasa. Mereka bukannya mengalami kerusakan artikulasi, akan tetapi pusat pengolahan (perbendaharaan kata) yang kurang berfungsi sebagaimana mestinya. Karena alasan itu mereka membutuhkan kata-kata konkret yang sering didengarnya. Selain itu perbedaan dan persamaan harus ditunjukkan secara berulang-ulang. Latihan-latihan sederhana seperti mengajarkan konsep besar dan kecil, keras dan lemah, pertama, kedua, dan terakhir, perlu menggunakan pendekatan yang konkret. Selain itu, anak tunagrahita kurang mampu untuk mempertimbangkan sesuatu, membedakan antara yang baik dan buruk, dan membedakan yang benar dan yang salah. ini semua karena kemampuannya terbatas sehingga anak tunagrahita tidak dapat membayangkan terlebih dahulu konsekuensi dari suatu perbuatan (Somantri, 2007).

Pengklasifikasian/penggolongan anak tunagrahita untuk keperluan pembelajaran menurut *American Association on Mental Retardation* (AAMR) (dalam Efendi, 2008), yaitu sebagai berikut:

- 1) *Educable*/mampu didik (IQ 50-75 dikategorikan debil) yaitu anak tunagrahita yang tidak mampu mengikuti pada program sekolah biasa, tetapi ia masih memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan melalui pendidikan walaupun hasilnya tidak maksimal. Kemampuan yang dapat dikembangkan pada anak tunagrahita mampu didik antara lain: (1) membaca, menulis, mengeja, dan berhitung; (2) menyesuaikan diri dan tidak menggantungkan diri pada orang lain; (3) keterampilan yang sederhana untuk kepentingan kerja dikemudian hari. Kesimpulannya, anak tunagrahita mampu didik berarti anak tunagrahita yang dapat dididik secara minimal dalam bidang-bidang akademis, sosial, dan pekerjaan (Efendi, 2008).

2) *Trainable*/mampu latih (IQ 25-50 dikategorikan imbecil) adalah anak tunagrahita yang memiliki kecerdasan sedemikian rendahnya sehingga tidak mungkin untuk mengikuti program yang diperuntukkan bagi anak tunagrahita mampu didik. Oleh karena itu, beberapa kemampuan anak tunagrahita mampu latih yang perlu diberdayakan, yaitu: (1) belajar mengurus diri sendiri, misalnya; makan, mengganti pakaian, minum, tidur, atau mandi sendiri, (2) belajar menyesuaikan di lingkungan rumah atau sekitarnya, (3) mempelajari kegunaan ekonomi di rumah, di bengkel kerja (*sheltered workshop*), atau di lembaga khusus. Kesimpulannya, anak tunagrahita mampu latih hanya dapat dilatih untuk mengurus diri sendiri melalui aktivitas kehidupan sehari-hari (*activity daily living*), serta melakukan fungsi sosial kemasyarakatan menurut kemampuannya (Efendi, 2008).

3) *Custodial*/mampu rawat (IQ 0-25 dikategorikan idiot) adalah anak tunagrahita yang memiliki kecerdasan sangat rendah sehingga tidak mampu mengurus diri sendiri atau sosialisasi. Untuk mengurus diri sendiri dibutuhkan bantuann dari orang lain. Anak tunagrahita mampu rawat adalah anak tunagrahita yang membutuhkan perawatan sepenuhnya sepanjang hidupnya, karena ia tidak mampu terus hidup tanpa bantuan orang lain (*totally dependent*), (Efendi, 2008).

Taraf tunagrahita berdasarkan Tes Stanford Binet dan Skala Intelegensi Weschler (WISC) (dalam Somantri, 2007), yaitu:

1) Tunagrahita ringan disebut juga moron atau debil. Kelompok ini memiliki IQ antara 68-52 menurut Binet, sedangkan menurut skala Weschler (WISC) memiliki IQ 69-55 mereka masih dapat belajar membaca, menulis, dan berhitung sederhana. Dengan bimbingan dan pendidikan yang baik, anak

terbelakang mental ringan pada saatnya akan memperoleh penghasilan untuk dirinya sendiri. Anak terbelakang mental ringan dapat dididik menjadi tenaga kerja semi-skilled seperti pekerjaan laundry, pertanian, peternakan, pekerjaan rumah tangga, bahkan jika dilatih dan dibimbing dengan baik anak tunagrahita ringan dapat bekerja di pabrik-pabrik dengan sedikit pengawasan (Somantri, 2007)

- 2) Tunagrahita sedang disebut juga dengan imbesil. Kelompok ini memiliki IQ 51-36 skala Binet dan 54-40 menurut skala Weschler (WISC). Anak terbelakang mental sedang bias mencapai perkembangan MA sampai kurang lebih 7 tahun. Mereka dapat mengurus dirinya sendiri, melindungi dirinya dari bahaya seperti menghindari kebakaran, berjalan di jalan raya, berlindung dari hujan, dan sebagainya (Somantri, 2007). Anak tunagrahita sedang sangat sulit bahkan tidak dapat belajar secara akademik seperti belajar menulis, membaca, atau berhitung walaupun mereka masih dapat menulis secara sosial, misalnya menulis namanya sendiri, alamat rumahnya, dan lain-lain. Masih dapat dididik mengurus diri, seperti mandi, berpakaian, makan, minum, mengerjakan pekerjaan rumah tangga, dan sebagainya. Dalam kehidupan sehari-hari anak tunagrahita sedang membutuhkan pengawasan yang terus menerus. Mereka juga masih dapat bekerja di tempat yang terlindung (*sheltered workshop*) (Somantri, 2007).
- 3) Tunagrahita berat sering disebut idiot. Kelompok ini dapat dibedakan lagi antara anak tunagrahita berat dan sangat berat. Tunagrahita berat (*severe*) memiliki IQ antara 32-20 menurut skala Binet dan antara 39-25 menurut skala Weschler (WISC). Tunagrahita sangat berat (*profound*) memiliki IQ

dibawah 19 menurut skala Binet dan dibawah 24 menurut skala Weshler (WISC). Kemampuan mental atau MA maksimal yang dapat dicapai kurang dari 3 tahun (Somantri, 2007).

Tunagrahita memiliki IQ di bawah rata-rata anak normal pada umumnya, sehingga menyebabkan fungsi kecerdasan dan intelektual mereka terganggu yang menyebabkan permasalahan-permasalahan lainnya yang muncul pada masa perkembangannya. Oleh karena itu dalam keterangannya, menurut Astaty dan Mulyati (2010) terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan seperti: (1) Fungsi intelektual umum secara signifikan berada dibawah rata-rata, maksudnya bahwa kekurangan itu harus benar-benar meyakinkan sehingga yang bersangkutan memerlukan layanan pendidikan khusus. Sebagai contoh, anak normal rata-rata mempunyai IQ (*Intelligence Quotient*) 100, sedangkan anak tunagrahita memiliki IQ paling tinggi 70. (2) Kekurangan dalam tingkah laku penyesuaian (perilaku adaptif), maksudnya bahwa yang bersangkutan tidak/kurang memiliki kesanggupan untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan yang sesuai dengan usianya. Ia hanya mampu melakukan pekerjaan seperti yang dapat dilakukan oleh anak yang usianya lebih muda darinya. (3) Ketunagrahitaan berlangsung pada periode perkembangan, maksudnya adalah ketunagrahitaan itu terjadi pada usia perkembangan yaitu sejak konsepsi hingga usia 18 tahun.

Berdasarkan beberapa uraian diatas dapat disimpulkan bahwa tunagrahita mengacu pada fungsi intelek umum yang berada di bawah rata-rata yang menyebabkan kesulitan dalam beradaptasi seperti kesulitan dalam melakukan kegiatan-kegiatan yang sesuai dengan usianya yang berlangsung sejak dalam kandungan hingga usia 18 tahun.

2.1.9 Besaran Risiko Keselamatan Anak Berkebutuhan Khusus

Anak-anak penyandang disabilitas adalah anggota masyarakat yang paling rentan dengan tiga sampai empat kali lebih besar kemungkinan untuk menjadi korban kekerasan. Tim peneliti di *John Moores University Liverpool* dan *World Health Organization* telah melakukan sebuah tinjauan yang sistematis dan meta-analisis dari kajian-kajian yang ada mengenai kekerasan terhadap anak penyandang disabilitas. Perkiraan risiko menunjukkan bahwa anak penyandang disabilitas secara signifikan berisiko lebih tinggi untuk mengalami kekerasan dibandingkan dengan rekan-rekan mereka tanpa disabilitas yaitu 3,7 kali lebih besar untuk berbagai macam bentuk kekerasan; 3,6 kali lebih besar untuk kekerasan fisik; dan 2,9 kali lebih besar untuk kekerasan seksual. Anak-anak dengan disabilitas mental atau intelektual ditemukan 4,6 kali lebih besar kemungkinannya untuk menjadi korban kekerasan seksual dibandingkan rekan-rekan mereka tanpa disabilitas (UNICEF, 2013).

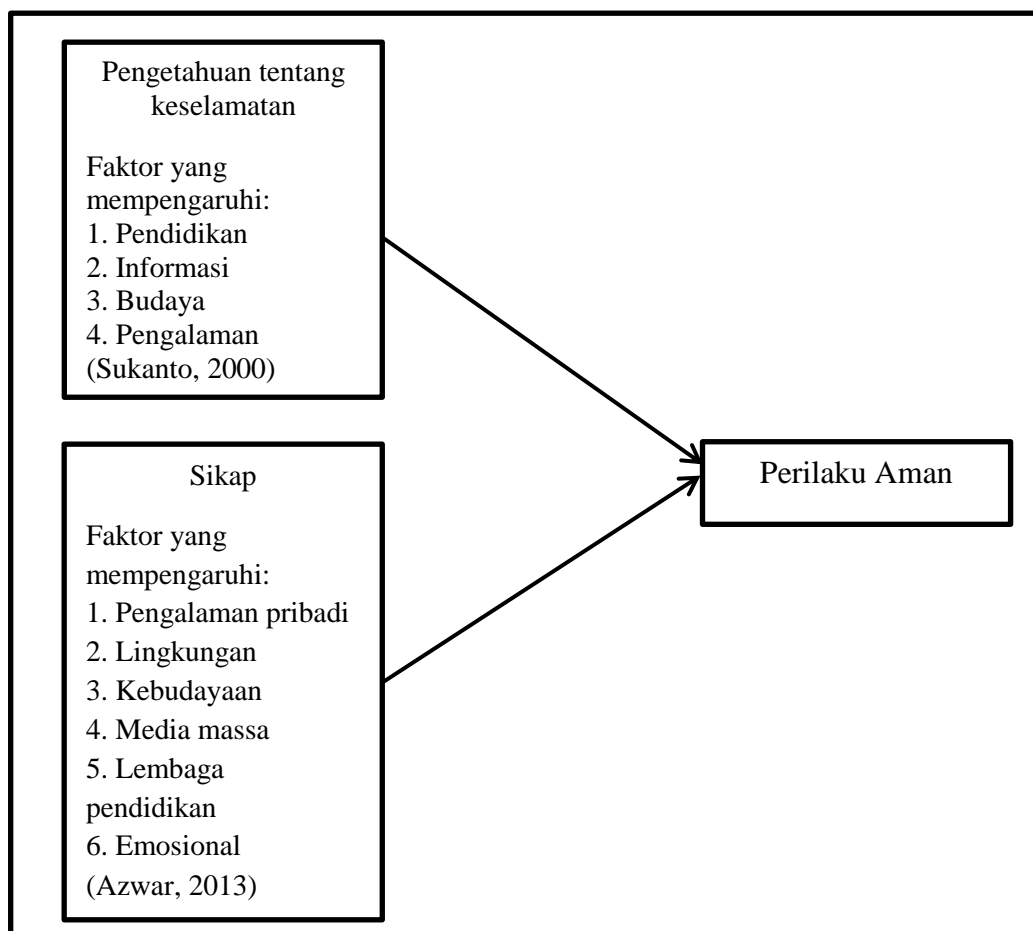
Beberapa alasan anak disabilitas lebih berisiko terhadap kekerasan yaitu: (1) mengasuh anak penyandang disabilitas memberikan tekanan tambahan bagi pengasuh sehingga meningkatkan risiko penyalahgunaan, (2) sejumlah anak penyandang disabilitas masih ditempatkan di pengasuhan rumah, yang merupakan faktor risiko utama untuk penyalahgunaan seksual dan fisik, (3) kecacatan yang mempengaruhi komunikasi membuat beberapa anak menjadi sangat rentan, karena kemungkinan tidak akan bias mengungkapkan tentang pengalaman yang abusif (kekerasan) (UNICEF, 2013).

Seluruh anak penyandang disabilitas harus dipandang sebagai kelompok yang berisiko tinggi dimana penting sekali untuk bisa mengidentifikasi kekerasan.

Mereka bisa mencegah memperoleh manfaat dari berbagai macam intervensi seperti kunjungan ke rumah dan pelatihan dalam pengasuhan yang telah terbukti efektif dalam pencegahan kekerasan atau dapat mengurangi konsekuensinya di kalangan anak penyandang disabilitas (UNICEF, 2013).

2.2 Kerangka Teori

Dalam penelitian ini akan diketahui bahwa perilaku aman dan selamat anak sekolah dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu: pendidikan, informasi, budaya, pengalaman, sosial ekonomi. Dan faktor yang mempengaruhi sikap yaitu: kebudayaan, segi psikologi, media massa, lembaga penelitian, serta faktor emosional.



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

YPAC Semarang membangun dua sekolah luar biasa, yaitu SLBD/D1 dan SLBC/C1. SLBD/D1 yang menangani anak-anak tunadaksa/cacat fisik yang memiliki tingkat kecerdasan rata-rata sama seperti anak normal lainnya. Perilaku sebagian besar siswa-siswi SLBD/D1 atau tunadaksa cenderung lebih suka menyendiri atau pasif saat Kegiatan Belajar Mengajar maupun pada saat kegiatan diluar kelas karena naka tersebut memiliki keterbatasan fisik yang membatasi pergerakannya sendiri. Berbeda halnya dengan SLBC/C1 yang diperuntukkan bagi anak-anak tunagrahita atau kelainan mental. SLBC adalah sekolah luar biasa yang melayani anak-anak tunagrahita yang memiliki intelegensi sekitar 50-70 atau kemampuannya setaraf dengan anak-anak normal pada usia 8-12 tahun. Mereka dapat membaca, menulis, berhitung sederhana, maupun melakukan kegiatan-kegiatan lain, sehingga disebut sebagai anak mampu didik. Sedangkan SLBC1 adalah sekolah luar biasa yang melayani anak tunagrahita dengan tingkat intelegensinya 25-49 dan mempunyai kemampuan setaraf dengan anak-anak normal usia 3-8 tahun. Sebagian siswa-siswi SLBC/C1 aktif dikelas dan bisa berinteraksi dengan teman-temannya akan tetapi perilaku siswa SLBC/C1 jarang melakukan tindakan yang dapat membahayakan dirinya ataupun orang disekitarnya, karena biasanya akan ada guru ataupun orang tua yang mendampingi. Selain itu biasanya guru-guru akan memberikan pembagian tugas kepada masing-masing siswa berdasarkan kemampuannya.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Sekolah dan Yayasan

1. Pihak sekolah perlu menambah materi-materi pendidikan keselamatan dasar dan mudah dimengerti tentang keselamatan diri bagi para siswa-siswi
2. Menambah *safety sign* yang dapat dimengerti dengan mudah bagi para siswa-siswi SLB sehingga dapat mencegah terjadinya cedera bagi seluruh warga sekolah
3. Mengganti *lift* sekolah yang sudah ada menjadi *lift* yang sesuai dengan standar untuk menjaga keamanan dan kenyamanan pengguna.

6.2.2 Bagi Siswa-siswi

1. Mempraktikkan pengetahuan keselamatan sehingga menciptakan perilaku aman.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimin, Zaenal, 2010. *Anak Berkebutuhan Khusus*, (online) (http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR._PEND.LUAR_BIASA/195903241_984031ZAENAL_ALIMIN/MODUL_1_UNIT_2.pdf).
- Alimul, Aziz. (2007). *Metode Penelitian Kebidanan & Tehnik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Amaliyasari, Y., & Puspitasari, N. (2008, April). *Jurnal Penelitian Dinas Sosial Vol 7, No. 1, April 2008. Perilaku seksual anak usia pra remaja di sekitar lokalisasi dan faktor yang mempengaruhi* : 54-60. Retrived Februari25,2015,fromjournal.unair.ac.id:http://web.unair.ac.id/admin/file/f_19997_jr14.pdf
- Andrew, M.P., Meta, A., Snyder., & Liliam, H.M. (1995). *Nursing health, & the environment*. USA : National Academy of Science.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan. (2019). *Riset Kesehatan Dasar (riskesmas) 2018*. Jakarta : Departemen Kesehatan.
- Baser, et al. (2007). *Evaluating first-aid knowledge and attitudes of a sample Turkish primary school teachers*. Journal of Emergency Nursing. 33(5). 428-432.
- Blum, R.W., & Nelson-Mmari, K. (2004). *The health of young people in a global context*. Journal of Adolescent Health, 35, 402-418.
- Bolig, G., Wahl, H.A., & Svendsen, M.V., (2009). *Primary school children are able to perform basic life-saving first aid mesure*. Journal of Resuscitation, 80, 689-692.
- Budyanto (2018, November 26). Sepanjang 2018, 197 *Kecelakaan Lalu Lintas Libatkan Anak-anak*, from Cable News Network IndonesiaSite: <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20181123162343-12-348744/sepanjang-2018-197-kecelakaan-lalu-lintas-libatkan-anak-anak>
- California Injury Prevention Network (CIPN). (2012). *Intentional injury prevention*. Diperoleh pada tanggal 21 November 2014 dari <http://www.injurypreventionnetwork.org/injury-prevention-info/intentional>.
- Craven, R.,, & Himle, C.J. (2000). *Fundamentals of Nursing:Human Health and Function*. 3rdEd. Philadelphia:Lippincott.
- Delphie, Prof. Dr. Bandi, M.A., SE. (2006), *Pembelajaran Anak Tunagrahita, Bandung*:Refika Aditama.

- Efendi, M. (2008). *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan*. Jakarta: Penerbit Bumi Aksara.
- Eiser, C., Patterson, D., & Eiser, J.R. 1983. *Children knowledge of health and illness implications for health education*. Child Care Health and Development, 9, 285-262.
- European child safety alliance. (2014). *What are European countries doing to prevent intentional injury to children?*. Diperoleh pada tanggal 19 November 2014 dari http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf
- Gillham, B., & Thomso, J.A. (1996). *The challenge of child safety research. Dalam B. Gilham & J.A. Thomson (Ed). Child safety : Problem and prevention from preschool to adolescence* (pp.1-11). London:Routhledge.
- Ginitasasi, Rahayu. 2009. *Proses Pembelajaran Anak Berkebutuhan Khusus*. Jurusan Psikologi Universitas Pendidikan Indonesia Bandung (online), (http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR_PSIKOLOGI/195009011981032RA_HAYU_GININTASASI/Proses_Pembelajaran_ABKx.pdf).
- Handiyani, H., Waluyanti, T.F., & Fitriyani, P. (2011). *Keselamatan anak sekolah*. Jakarta:Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Hechinger, G. 1984. *How to raise a street smart child: The complete parent's guide to safety on*
- Hitchcock, J., Schubert, P., Thomas, S. (1999). *Community health nursing : Caring in action*. New York : Delmar Publishers.
- Kliegman, R.M., Behrman, R.E., Jenson, H.B., Stanton, B. (2007). *Nelson textbook of pediatrics* (18thed). Philadelphia Saunders Elsevier.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S.J. (2004). *Fundamentals of nursing : Concepts, process, and practice*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Lambert, D. (n.d.). *Kids fire tips safety- Fire safety tips for children (On-line)*. Diambil dari : <http://www.manteno.k12.il.us/diambert/toppage1.html> pada tanggal 1 November 2004.
- Maakip, I., Sulaiman, W.S.W., Ismail, R., & Jaafar, W.A.W. 2000. *Pengetahuan kanak-kanak terhadap aspek-aspek keselamatan diri: Satu kajian awal*. Seminar Psikologi – Psima, 148-158.
- Mangungsong, F., (2009). *Psikologi Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus*. Jilid 1. Depok : Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi.

- Morrongiello, B. A., & Matheis, S. (2007). *Understanding children's injury-risk behaviors: the independent contributions of cognitions and emotions*. Diperoleh pada tanggal 21 Juni 2015 dari <http://eresources.perpusnas.go.id/library.php?id=00009>
- Morrongiello, B. A., Walpole, B., & McArthur, B. A. (2009). *Brief report: young children's risk of unintentional injury: a comparison of mothers' and fathers' supervision beliefs and reported practices*. Diperoleh pada tanggal 21 Juni 2015 dari <http://eresources.perpusnas.go.id/library.php?id=00009>
- Mutu Pendidikan D.I. Yogyakarta <https://lpmpjogja.org/pertolongan-pertamapada-kecelakaan-di-sekolah/>.
- Notoadmodjo, Soekidjo (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Notoadmodjo, soekidjo. (2010). *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoadmodjo, Soekidjo. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Papalia, D.E., Olds, S.W., & Feldman, R.D. 2001. *Human development*. Eight Edition. New York: McGraw-Hill.
- Potter, & Perry. (1997). *Fundamental of nursing: Concepts, process, and practice*. 4th Ed. Mosby Year Book Inc.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (PUSDATIN) (2014). *Penyandang disabilitas pada anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Rizkiyani Istifada, (2013). *Keselamatan Diri Anak SMP Terhadap Risiko Terjadinya Kecelakaan di Sekolah*, 2-3. Depok: Universitas Indonesia.
- Roberts, H. 1996a. *Child accidents at home, school and play*. Dalam B. Gilham & J.A. Thomson (Ed.). *Child safety: problem and prevention from Preschool to Adolescence* (pp. 40-54). London: Routhledge.
- Sandy, Widia (2012). *Tingkat Pengetahuan Tentang Keselamatan Pada Siswa Sekolah Dasar*. Skripsi. Depok: Universitas Indonesia.
- Santrock, J. (2003). *Adolescence Perkembangan Remaja*. Jakarta: Erlangga
- Setiawan, Davit Dwi, (2016). *Strategi Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang Dalam Memperjuangkan Hak-hak Kewarganegaraan Warga Difabel Di Kota Semarang*. Skripsi. Semarang; Universitas Negeri Semarang.

- Sholikhak, Khimayatus. (2013). *Penanganan Penyandang Cacat Melalui Pelatihan Menjahit di Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang*. Okt 28. Semarang: Universitas Negeri Semarang
- Somantri, S. T. (2007). *Psikologi Anak Luar Biasa*. Bandung: Penerbit PT. Refika Aditama.
- Suci, E. (2009). *Gambaran Perilaku Jajan Murid Sekolah Dasar di Jakarta*. Vol 1, no 1, 29-38, Jakarta: Universitas Katholik Atma Jaya Jakarta.
- Sugiyono, (2012). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: ALFABEDA.
- Sugiyono, (2013), *Metodelogi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. (Bandung: ALFABETA)
- Sumargi, A.M., Kurniawan, Y., Sasongko, J.W., & Simanjuntak, E. (2005). *Apa yang diketahui anak-anak sekolah dasar tentang keselamatan dirinya : Studi pendahuluan tentang pemahaman akan keselamatan diri*. *Jurnal INSAN*,7,3.
- Sumaryo. (2004). *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta : EGC. **the street and at home**. New York: Facts On File Publications.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2013). **Keadaan Anak di Dunia 2013 Anak Penyandang Disabilitas**. New York : United Nations Children's Fund.
- Wardani, AGAK., dkk. (2013). **Pengantar Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus**. Banten : Universitas Terbuka.
- Waryono. 2015. *Pertolongan Pertama pada Kecelakaan di Sekolah*. Lembaga Penjamin
- Wong, L.D., Eaton, H.M., Wilson, D., Winkelstein, L.M., & Schwartz, P. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik* (A, Sutama, N., Juniarti & H.Y. Kuncara, Penerjemah, 2008). (Ed.6). Jakarta :EGC.
- World Health Organization (2000). *Injury : A leading cause of the global burden of diseases*. Geneva : WHO.