

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Gambaran Umum Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di 3 SLB yaitu di SLB Bangun Putra, SLB Tegar Harapan, dan SLB Muhammadiyah yang ada di Yogyakarta.

###### **a. SLB Bangun Putra**

SLB Bangun Putra terletak di Ngentak Kelurahan Bangunjiwo Kecamatan Kasihan Kabupaten Bantul. SLB Bangun Putra merupakan SLB swasta dan status kepemilikan di bawah Yayasan dengan beberapa jurusan diantaranya yaitu tunagrahita (C), tunadaksa (D) autisme, dan ganda mulai dari SD sampai dengan SMA. Jumlah peserta didik yang ada di SLB ini pada tahun Ajaran 2018/2019 berjumlah 78 siswa, terdiri dari 24 siswa perempuan dan 54 siswa laki-laki. Kelas untuk

belajar mengajarnya berjumlah 9 ruang. Tenaga pendidik dan kependidikan berjumlah 17 orang.

Visi SLB Bangun Putra ialah: “terwujudnya anak berkebutuhan khusus yang bertaqwa, berbudi pekerti luhur, berbudaya, terampil, dan mandiri. Misi SLB Bangun Putra ialah: a. meningkatkan ketaqwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, b. meningkatkan penghayatan dan pengalaman budaya, citra harkat dan martabat, c. mengembangkan keterampilan yang sesuai dengan bakat dan minat siswa sebagai bekal hidupnya kelak, dan d. mengembangkan sikap percaya diri, menumbuhkan sikap kemandirian, dan jiwa kewirausahaan.

b. SLB Tegar Harapan

SLB Tegar Harapan terletak di Jl. Magelang Km.8 Sanggrahan Desa Sendangdadi Kecamatan Mlati Kabupaten Sleman. SLB Tegar Harapan merupakan SLB Swasta dengan kepemilikan Yayasan Sendang Harapan, memiliki beberapa

jurusan diantaranya: autis, tunagrahita (C), tunagrahita sedang (C1), tunadaksa (D), tunadaksa sedang (D1), dan ganda. Jumlah peserta didik pada tahun ajaran 2018/2019 adalah 57 siswa terdiri dari 21 siswa perempuan dan 36 siswa laki-laki. Ruang kelas yang digunakan untuk belajar ada 8 ruang. Tenaga pendidik dan kependidikan berjumlah 11 orang.

Visi SLB Tegar Harapan ialah: “Terwujudnya peserta didik yang mandiri, terampil, dan mampu beradaptasi dengan lingkungan serta beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa”. Indikator: a. Tertib dan disiplin dalam pembelajaran dan latihan, b. bertanggung jawab dalam melaksanakan tugas dan mau menerima perubahan, c. berprestasi dalam bidang akademik dan non akademik, dan d. Taat beribadah sesuai agama yang dianut.

Misi SLB Tegar Harapan adalah: a. membentuk peserta didik yang mandiri dan mampu bertanggungjawab sesuai kemampuannya terhadap dirinya dan lingkungan masyarakat, b. membentuk peserta didik yang berprestasi dalam akademik, ketrampilan, dan olahraga, c. membentuk peserta didik yang disiplin, kreatif, percaya diri melalui pendidikan/pelatihan pengembangan diri yang efektif, d. menjalin kerjasama yang harmonis dengan *Stakeholder*, e. mengembangkan pendidikan yang berbasis kearifan dan keunggulan lokal, f. membentuk peserta didik yang beriman dan bertaqwa sesuai dengan agama dan kenyakinannya, dan g. membentuk peserta didik berwawasan lingkungan.

c. SLB Muhammadiyah

SLB Muhammadiyah terletak di Jalan Wates Km. 5,5 Bodeh, Ambarketawang, Kecamatan Gamping Kabupaten Sleman. SLB Muhammadiyah

merupakan SLB swasta dengan beberapa jurusan diantaranya yaitu autisme, tunagrahita (C), tunadaksa (D) dan ganda (G) mulai dari SD sampai dengan SMA. Jumlah peserta didik yang ada di SLB ini pada tahun Ajaran 2018/2019 berjumlah 41 siswa, terdiri dari 15 siswa perempuan dan 25 siswa laki-laki. Tenaga pendidik dan kependidikan berjumlah 12 orang.

Visi SLB Muhammadiyah adalah: “terwujudnya insan yang mandiri, terampil, berakhlak mulia, taqwa, sehat, berilmu, dan bertanggungjawab. Misi SLB Muhammadiyah adalah: a. menanamkan keyakinan, hak, dan menjalankan kewajibannya sesuai ajaran agama Islam, b. meningkatkan manajemen peningkatan mutu berbasis sekolah yang ditunjukkan dengan kemandirian, kemitraan, partisipasi, keterbukaan, dan akuntabilitas, c. mengembangkan hubungan sosial kemasyarakatan, d. membekali peserta didik

dengan pengetahuan dan keterampilan hidup, e. menjalin kerjasama dengan instansi pemerintah, masyarakat, dunia usaha dan industri, dan f. menyelenggarakan bengkel kerja/unit usaha produktif dan tempat kerja terlindungi.

## 2. Karakteristik Demografi Responden

### a. Karakteristik Responden

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Jenis Tunagrahita, Pendidikan Orang tua, Pekerjaan Orang tua, dan Penghasilan Orang tua (n=30)**

Karakteristik Responden	SLB Bangun Putra F (%)	SLB Tegar Harapan F (%)	SLB Muhammadiyah F (%)
<b>Jenis Kelamin</b>			
Perempuan	3 (30)	0 (0)	6 (46,1)
Laki-laki	7 (70)	7 (100)	7 (53,9)
<b>Umur</b>			
7-12	10 (100)	7 (100)	10 (76,9)
13-15	0 (0)	0 (0)	3 (23,1)
<b>Jenis Tunagrahita</b>			
Ringan	0 (0)	7 (100)	13 (100)
Sedang	10 (100)	0 (0)	0 (0)
<b>Pendidikan Orang tua</b>			
SMP	2 (20)	0 (0)	1 (7,7)
SMA	8 (80)	5 (71,4)	11 (84,6)
S1	0 (0)	2 (28,6)	1 (7,7)
<b>Pekerjaan Orang tua</b>			
IRT	10 (10)	5 (71,4)	12 (92,3)
Swasta	0 (0)	2 (28,6)	1 (7,7)
<b>Penghasilan Orang tua</b>			
<UMR	10 (10)	5 (71,4)	12 (92,3)
UMR	0 (0)	2 (28,6)	1 (7,7)

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 1 diperoleh data bahwa jumlah responden terbanyak ialah responden yang berjenis kelamin laki-laki dengan jumlah responden 7 orang pada masing-masing SLB dan terbanyak ada di SLB Tegar Harapan, dan di SLB Tegar Harapan tidak ada responden yang berjenis kelamin perempuan.

Karakteristik usia diperoleh data bahwa responden yang paling banyak ialah dengan rentang usia 7-12 tahun dan ada 2 SLB yang sama persentasenya, yaitu adalah SLB Bangun Putra dan SLB Tegar Harapan dan di SLB Bangun Putra dan SLB Tegar Harapan tidak ada responden dengan rentang usia 13-15.

Karakteristik tunagrahita menunjukkan bahwa jenis tunagrahita terbanyak ialah tunagrahita ringan ada di 2 SLB yaitu di SLB Tegar Harapan dan SLB Muhammadiyah serta tidak ada responden dengan jenis tunagrahita ringan di SLB Bangun Putra dan

SLB Tegar Harapan sedangkan di SLB Muhammadiyah dan tidak ada responden dengan jenis tunagrahita sedang.

Karakteristik pendidikan orang dari anak tunagrahita terbanyak adalah dengan latar belakang pendidikan SMA berada di SLB Muhammadiyah, dan tidak ada responden dengan latar belakang pendidikan SMP di Tegar Harapan dan S1 di SLB Bangun Putra.

Karakteristik pekerjaan orang tua terbanyak ialah IRT (Ibu Rumah Tangga) sebanyak di SLB Muhammadiyah dan tidak ada orang tua dengan latar belakang pekerjaan swasta di SLB Bangun Putra.

Karakteristik penghasilan orang tua paling banyak dibawah UMR (Upah Minimum Regional) ada di SLB Muhammadiyah dan tidak ada penghasilan orang tua yang setara UMR di SLB Bangun Putra.

## b. Deskriptif Variabel Penelitian

**Tabel 2. Deskriptif Variabel Pengetahuan, Sikap, Perilaku, dan *Self Efficacy Personal Hygiene* Sebelum dan Setelah Pendidikan Kesehatan (n=30)**

Variabel Penelitian	Pengukuran	Minimum - Maximum	Mean± Std. Deviation
Pengetahuan	<i>Pretest</i>	2,00-8,00	6,03±1,51
	<i>Posttest</i>	5,00-8,00	7,06±0,82
Sikap	<i>Pretest</i>	5,00-16,00	11,56±2,86
	<i>Posttest</i>	8,00-16,00	12,26±1,52
Perilaku	<i>Pretest</i>	8,00-14,00	11,73±1,70
	<i>Posttest</i>	10,00-45,00	13,56±6,86
<i>Self Efficacy</i>	<i>Pretest</i>	0,00-3,00	1,93±0,86
	<i>Posttest</i>	0,00-3,00	2,10±0,88

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan hasil *mean* pada tabel 2 menunjukkan bahwa setelah dilakukan intervensi, nilai *mean* pada setiap variabel mengalami kenaikan yang signifikan. Peningkatan yang paling tinggi ialah nilai *mean* pada variabel perilaku dengan peningkatan nilai *mean* sebesar 1,83.

Kriteria tingkat pengetahuan, sikap, perilaku dan *Self Efficacy* dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 3. Hasil Pengukuran Pengetahuan, Sikap, Perilaku, dan *Self Efficacy Personal Hygiene* Sebelum dan Setelah Pendidikan Kesehatan (n=30)**

Variabel		Pretest F (%)	Posttest F (%)
Pengetahuan	Kurang	6 (20)	1 (3,3)
	Cukup	13 (43,3)	6 (20)
	Baik	11 (36,7)	23 (76,7)
Sikap	Kurang	25 (83,3)	29 (96,7)
	Cukup	1 (3,3)	0 (0)
	Baik	4 (13,3)	1 (3,3)
Perilaku	Tidak Dipraktekkan	8 (26,7)	3 (10)
	Dipraktekkan	22 (73,3)	27 (90)
<i>Self Efficacy</i>	Rendah	21 (70)	18 (60)
	Tinggi	9 (30)	12 (40)
<b>Jumlah</b>		30 (100)	30 (100)

Sumber: Data Primer, 2019

Tabel 3 menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan (*post test*). Pengetahuan responden sebelum diberikan intervensi (*pre test*) paling banyak ialah kategori cukup, setelah diberikan pendidikan kesehatan mengalami peningkatan menjadi kategori baik.

Hasil variabel sikap tidak mengalami perubahan kategori. Sikap responden sebelum diberikan intervensi (*pre test*) ialah dengan kategori kurang, setelah diberikan pendidikan kesehatan (*post test*) tetap ada di kategori kurang dan jumlah respondennya menjadi bertambah.

Variabel perilaku mengalami perubahan. Perilaku responden sebelum diberikan intervensi (*pre test*) paling banyak adalah kategori dipraktekkan, setelah diberikan pendidikan kesehatan (*post test*) mengalami peningkatan jumlah responden.

Variabel *self efficacy* mengalami perubahan. *Self efficacy* responden sebelum diberikan intervensi (*pre test*), paling banyak ialah kategori rendah, setelah diberikan pendidikan kesehatan (*post test*) mengalami penurunan responden.

Kriteria tingkat pengetahuan, sikap perilaku dan *self efficacy* berdasarkan SLB masing-masing dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 4. Hasil Pengukuran Pengetahuan *Personal Hygiene* Sebelum dan Setelah Pendidikan Kesehatan per SLB (n=30)**

SLB	Pengetahuan	<i>Pretest</i> F (%)	<i>Posttest</i> F (%)
Bangun Putra	Kurang	1 (10)	0 (0)
	Cukup	5 (50)	2 (20)
	Baik	4 (40)	8 (80)
Tegar Harapan	Kurang	1 (14,3)	1 (14,3)
	Cukup	3 (42,9)	1 (14,3)
	Baik	3 (42,9)	5 (71,4)
Muhammadiyah	Kurang	4 (30,8)	0 (0)
	Cukup	5 (38,5)	3 (23,1)
	Baik	4 (30,8)	10 (76,9)
<b>Jumlah</b>		30 (100)	30 (100)

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan hasil pengukuran pengetahuan tentang *personal hygiene* yang paling banyak mengalami perubahan adalah di SLB Muhammadiyah pada *pretest* pengetahuan dengan kategori baik dan mengalami peningkatan jumlah responden pada *post test*.

**Tabel 5. Hasil Pengukuran Sikap *Personal Hygiene* Sebelum dan Setelah Pendidikan Kesehatan (n=30)**

SLB	Sikap	<i>Pretest</i> <i>F (%)</i>	<i>Posttest</i> <i>F (%)</i>
Bangun Putra	Kurang	8 (80)	9 (90)
	Cukup	1 (10)	0 (0)
	Baik	1 (10)	1 (10)
Tegar Harapan	Kurang	5 (71,4)	7 (100)
	Cukup	0 (0)	0 (0)
	Baik	2 (28,6)	0 (0)
Muhammadiyah	Kurang	12 (92,3)	13 (100)
	Cukup	0 (0)	0 (0)
	Baik	1 (7,7)	0 (0)
<b>Jumlah</b>		30 (100)	30 (100)

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan hasil pengukuran sikap tentang *personal hygiene* yang tidak mengalami perubahan adalah di SLB Bangun Harapan pada *pretest* dan *posttest* sikap dengan kategori baik.

**Tabel 6. Hasil Pengukuran Perilaku *Personal Hygiene* Sebelum dan Setelah Pendidikan Kesehatan (n=30)**

SLB	Perilaku	<i>Pretest</i> <i>F (%)</i>	<i>Posttest</i> <i>F (%)</i>
Bangun Putra	Tidak Dipraktekkan	1 (10)	0 (0)
	Dipraktekkan	9 (90)	10 (100)
Tegar Harapan	Tidak Dipraktekkan	3 (42,9)	0 (0)
	Dipraktekkan	4 (57,1)	7 (100)
Muhammadiyah	Tidak Dipraktekkan	4 (30,8)	3 (23,1)
	Dipraktekkan	9 (69,2)	10 (76,9)
<b>Jumlah</b>		30 (100)	30 (100)

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan hasil pengukuran perilaku tentang *personal hygiene* yang paling banyak mengalami perubahan adalah di SLB Tegar Harapan pada *pretest* perilaku dengan kategori dipraktekkan dan mengalami peningkatan responden pada *post test*.

**Tabel 7. Hasil Pengukuran *Self Efficacy Personal Hygiene* Sebelum dan Setelah Pendidikan Kesehatan (n=30)**

SLB	<i>Self Efficacy</i>	<i>Pretest F (%)</i>	<i>Posttest F (%)</i>
Bangun Putra	Rendah	8 (80)	6 (60)
	Tinggi	2 (20)	4 (40)
Tegar Harapan	Rendah	4 (57,1)	4 (57,1)
	Tinggi	3 (42,9)	3 (42,9)
Muhammadiyah	Rendah	9 (69,2)	8 (61,5)
	Tinggi	4 (30,8)	5 (38,5)
<b>Jumlah</b>		30 (100)	30 (100)

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan hasil pengukuran *self efficacy* tentang *personal hygiene* yang paling banyak mengalami perubahan adalah di SLB Bangun Putra pada *pretest self efficacy* dengan kategori tinggi dan mengalami peningkatan jumlah responden pada *posttest*.

### c. Uji Prasyarat Hipotesis

Uji prasyarat untuk mengetahui apakah data parametrik dapat terpenuhi atau tidak (Handoko, 2010). Uji hipotesis penelitian ini untuk membuktikan pengaruh pendidikan kesehatan tentang *personal*

*hygiene* dengan metode audio visual terhadap perilaku dan *self efficacy personal hygiene* pada anak tunagrahita, dilakukan analisis menggunakan statistik uji *Paired T-test* jika data berdistribusi normal dan jika data tidak berdistribusi normal uji hipotesis menggunakan uji *wilcoxon signed ranks test* yang sebelumnya dilakukan uji normalitas dengan menggunakan *Shapiro Wilk* dengan sampel < 50. Hasil uji normalitas dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 8. Hasil Uji Normalitas Variabel Pengetahuan, Sikap, Perilaku, dan *Self Efficacy Personal Hygiene* (n=30)**

Variabel Penelitian	Pengukuran	Statistic	P
Pengetahuan	<i>Pretest</i>	0,826	0,000
	<i>Posttest</i>	0,842	0,000
Sikap	<i>Pretest</i>	0,956	0,250
	<i>Posttest</i>	0,854	0,001
Perilaku	<i>Pretest</i>	0,931	0,052
	<i>Posttest</i>	0,403	0,000
<i>Self Efficacy</i>	<i>Pretest</i>	0,853	0,001
	<i>Posttest</i>	0,829	0,000

Sumber: Data Primer, 2019

Tabel 8 hasil uji normalitas variabel pengetahuan, sikap, perilaku, dan *self efficacy* dapat diketahui bahwa tidak semua variabel mempunyai

nilai signifikansi lebih besar dari 0,05 pada ( $p>0,05$ ), sehingga dapat dinyatakan hasil *pretest* dan *posttest* berdistribusi tidak seluruhnya berdistribusi normal sehingga uji hipotesis dilakukan dengan menggunakan uji *wilcoxon signed ranks test*.

#### **d. Hasil Uji Hipotesis**

Pengaruh pendidikan kesehatan tentang *personal hygiene* dengan metode audio visual terhadap perilaku dan *self efficacy personal hygiene* pada anak tunagrahita dapat dilihat pada tabel 9.

**Tabel 9. Hasil Uji Wilcoxon Signed Ranks Test Pengetahuan, Sikap, Perilaku, dan Self Efficacy Personal Hygiene (n=30)**

Variabel	Pengukuran	Mean Rank	Sig	Z Hitung
Pengetahuan	<i>Pretest</i>	9,17	0,006	-2,758
	<i>Posttest</i>	13,61		
Sikap	<i>Pretest</i>	12,35	0,183	-1,331
	<i>Posttest</i>	14,22		
Perilaku	<i>Pretest</i>	10,32	0,292	-1,054
	<i>Posttest</i>	14,35		
<i>Self Efficacy</i>	<i>Pretest</i>	7,00	0,225	-1,213
	<i>Posttest</i>	7,78		

Sumber: Data Primer, 2019

Tabel 9 menunjukkan bahwa nilai *mean rank* pada saat dilakukan *pretest* dengan nilai terendah terdapat pada variabel *self efficacy*, dan nilai tertinggi terdapat pada variabel sikap.

Nilai *mean rank* pada *posttest* dengan nilai terendah terdapat pada variabel *self efficacy*, dan nilai tertinggi terdapat pada variabel perilaku.

Nilai *mean rank* pada *pretest* dan *posttest* pada variabel pengetahuan diperoleh hasil nilai signifikan 0,006 lebih kecil dari 0,05, maka dapat dinyatakan ada pengaruh pendidikan kesehatan

tentang *personal hygiene* dengan metode audio visual terhadap pengetahuan pada anak tunagrahita.

## **B. Pembahasan**

### **1. Pengetahuan**

Domain pengetahuan dalam hal ini kategori tingkat pengetahuan pada anak tunagrahita sebelum diberikan pendidikan kesehatan menggunakan metode audio visual adalah sebagian besar termasuk ke dalam kategori cukup.

Kosasih (2012) mengemukakan bahwa anak tunagrahita ialah anak yang memiliki kelainan yang disebabkan karena adanya penyimpangan, baik dari fisik, mental, intelektual, emosi, sikap maupun perilaku sosial yang signifikan. Hal tersebut disebabkan oleh kerusakan dalam jaringan susunan saraf pusat yang berakibat kepada tidak berfungsinya susunan saraf itu sehingga proses kerjanya tidak berjalan dengan baik.

Salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah faktor umur yang sebagian besar

berada responden berada pada rentang usia 7-12 tahun sebanyak 27 responden dengan masing-masing SLB; SLB Bangun Putra ada 10 responden, SLB Tegar Harapan ada 7 responden, dan SLB Muhammadiyah 13 responden. Anak tunagrahita pada usia 7-12 tahun belum matang untuk menerima suatu informasi. Pengetahuan tentang *personal hygiene* pada anak-anak tunagrahita ini hanya diperoleh dari pengalaman serta informasi dari orang tua dan guru. Namun, pendidikan kesehatan tentang *personal hygiene* belum pernah dilakukan oleh pihak lain di luar sekolah.

Peningkatan pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan (*post test*) dalam kategori baik selaras dengan pernyataan Notoatmodjo (2010) yang mengatakan bahwa pendidikan kesehatan merupakan pendekatan yang tepat dalam meningkatkan pengetahuan kesehatan, karena pendidikan kesehatan lebih memfokuskan pada upaya pencegahan.

Pendidikan kesehatan dalam penelitian ini menggunakan metode audio visual dengan menonton video berisi suara dan gerakan dalam mempraktikkan kegiatan *personal hygiene*. Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Prasetyaningrum (2015) bahwa media video digunakan untuk mempermudah responden dalam menerima informasi yang disampaikan oleh peneliti.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sakrani (2013) yaitu (1) penggunaan media torso dapat meningkatkan kemampuan guru dalam melaksanakan pembelajaran yaitu pada siklus I rata-rata sebesar 2,8 dan persentase sebesar 70%. Meningkat pada siklus II rata-rata sebesar 3,8 dan persentase 95%. (2) Penggunaan media torso dalam pembelajaran dapat meningkatkan hasil belajar siswa, yaitu siklus I jumlah nilai siswa secara keseluruhan sebesar 200 dan rata-rata nilai sebesar 66,67 meningkat pada siklus II sebesar 240 dan nilai rata-rata sebesar 80.

Media torso dapat dikelompokkan ke dalam media visual. Media visual adalah media yang hanya mengandalkan indra penglihatan. Media visual ini ada yang menampilkan gambar diam seperti film strip (film rangkai), *slides* (film bingkai) foto, gambar atau lukisan, dan cetak. Ada pula media visual yang menampilkan gambar atau simbol yang bergerak seperti film bisu, dan film kartun (Sakrani, 2013).

Prasetyaningrum (2015) mengatakan bahwa perilaku *personal hygiene* menstruasi yang kurang dipengaruhi oleh pengetahuan. Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa pengetahuan merupakan domain terpenting bagi terbentuknya tindakan seseorang. Perilaku dapat diubah dengan cara memberikan informasi. Seseorang yang memiliki sumber informasi yang lebih banyak akan mempunyai pengetahuan yang lebih banyak pula.

Penelitian yang dilakukan oleh Prasetyaningrum (2015) mendukung penelitian yang dilakukan oleh

peneliti. Berdasarkan pada tabel 4 bahwa terjadi peningkatan pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan (*post test*). Maka menjadi jelas bahwa ketika pengetahuan anak tunagrahita yang terjadi pada 23 responden, otomatis hal itu akan mempengaruhi perilaku *personal hygiene* dengan bantuan lembar kontrol kegiatan *personal hygiene* yang diisi setiap harinya selama 2 minggu.

## **2. Sikap**

Sikap (*attitude*) merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2014). Praktik (*practice*) timbul setelah seseorang mengetahui stimulasi atau objek kesehatan, lalu melakukan penilaian terhadap suatu hal yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau mempraktikkan hal yang telah diketahui (Priyoto, 2015).

Hasil kategori sikap tidak mengalami perubahan kategori baik pada *pre test* maupun *post test* dengan kategori kurang. Kebersihan pribadi dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti masyarakat, keluarga dan kesadaran individu serta sikap tentang kebersihan. Sebagian besar masalah kesehatan yang mempengaruhi siswa sekolah dapat dicegah dengan mempromosikan praktik kebersihan yang baik melalui keluarga dan mengadopsi pendidikan kesehatan yang baik (Hazazi *et al.*, 2019).

### **3. Perilaku**

Kemampuan dalam perilaku menurut Bloom (1908) *cit* Notoatmodjo (2012) dibagi menjadi 3 domain, antara lain kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*), 3 domain perilaku dengan kata lain dijabarkan dalam pengetahuan, sikap, dan praktik. Pengetahuan diperoleh melalui proses penginderaan terhadap suatu objek tertentu, sebagian

besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam pembentukan tindakan seseorang.

Kategori perilaku mengalami perubahan namun tidak signifikan. Hasil perilaku responden *pre test* dan *post test* berada pada kategori dipraktekkan. Pieter (2017) menjelaskan bahwa anak tunagrahita memerlukan bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan mereka. Bantuan orang tua sangat diperlukan untuk mendorong perilaku adaptif pada anak tunagrahita tersebut.

Keterkaitan antara pendidikan kesehatan dengan perilaku anak tunagrahita ialah akan saling mendukung apabila orang tua mendorong dan mendukung kegiatan anak tunagrahita khususnya dalam pemenuhan kegiatan *personal hygiene*.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Arifah (2011) bahwa pola asuh yang dimiliki oleh orang tua dalam hal kualitas dan intensitas perhatian yang diberikan

oleh orang tua akan mempengaruhi sikap dan perilaku anak. Beberapa faktor yang mempengaruhi pola asuh orangtua antara lain: latar belakang pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, keadaan sosial ekonomi, dan adat istiadat.

Penelitian yang dilakukan oleh Mukherjee, *et.al* (2014) yang dilakukan pada anak usia sekolah yang tidak mengalami disabilitas. Selama 6 bulan intervensi menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam tingkat pengetahuan, sikap dan praktik di sekolah serta program pendidikan kesehatan berkelanjutan tentang kebersihan pribadi dengan keterlibatan orang tua/wali siswa akan berdampak lebih besar terhadap peningkatan yang signifikan dalam tingkat pengetahuan, sikap dan praktik siswa tentang *personal hygiene*. Korelasi penelitian Mukherjee1, *et.al* (2014) dengan responden dalam penelitian ini adalah bahwa penelitian Mukherjee, *et.al* bisa menjadi bahan acuan untuk melakukan penelitian selanjutnya agar hasil yang diharapkan dapat signifikan.

Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Roheti, dkk (2018) menjelaskan bahwa anak tunagrahita memiliki intelegensi dibawah rata-rata yang akan mengalami hambatan pada perilaku adaptifnya, sehingga memerlukan bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan mereka. Hasil penelitiannya tentang “pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap perilaku cuci tangan pada anak tunagrahita” menunjukkan bahwa metode demonstrasi cuci tangan membantu anak tunagrahita untuk berfikir sehingga anak ikut terlibat, hal yang telah dilihat dijadikan sebagai contoh untuk dipraktekkan dengan latihan yang terbimbing dan meningkatkan perilakunya dalam kehidupan sehari-hari sesuai dengan yang diharapkan.

Hasil lembar kontrol kegiatan *personal hygiene* yang dilakukan selama 2 minggu menunjukkan bahwa sebagian besar kegiatan *personal hygiene* mengalami peningkatan aktivitas dan ada beberapa kegiatan-kegiatan

*personal hygiene* yang sudah dilaksanakan dengan baik dengan jumlah 30 responden (100%).

Kegiatan yang paling banyak dilakukan setelah intervensi adalah membersihkan mata dan yang paling banyak mengalami penambahan jumlah responden yang melakukannya ialah sebanyak 27 responden (90%). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Prasetyaningrum (2015) yaitu: ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang perawatan menstruasi terhadap perilaku *personal hygiene* menstruasi pada remaja putri dengan retardasi mental di SLB N 1 Bantul.

#### **4. *Self Efficacy***

Kategori *self efficacy* mengalami perubahan. *Self efficacy* responden sebelum diberikan intervensi (*pre test*), paling banyak pada kategori rendah, setelah diberikan pendidikan kesehatan (*post test*) mengalami penurunan jumlah responden, hal ini berarti *self efficacy* pada

kategori rendah berkurang sebanyak 3 responden berubah kepada *self efficacy* pada kategori tinggi.

Penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2017) menjelaskan bahwa (dalam hal ini) ialah anak dengan jenis disabilitas autisme, yang telah mandiri, tanpa didampingi orang tua dan diperintah oleh orang tua mampu melakukan tahapan kegiatan *personal hygiene* seperti menggosok gigi, mencuci tangan, mandi mencuci rambut, menyisir rambut, dan *toilet training*. Hal ini menunjukkan bahwa anak autisme yang mandiri tidak memiliki rasa ragu-ragu dan dapat lebih bertanggung jawab terhadap dirinya. Bila dikorelasikan dengan hasil *self efficacy* pada tabel 3, maka dapat disimpulkan bahwa *self efficacy* anak tunagrahita akan menjadi tinggi apabila anak tersebut mampu dan yakin melaksanakan aktivitas *personal hygiene* secara mandiri.

Muhtarom (2016) mengemukakan bahwa faktor yang memerlukan perhatian dalam meningkatkan keyakinan diri (*self efficacy*) siswa berkebutuhan khusus

di sekolah inklusi adalah tersedianya ruang pengkajian, tersedianya guru yang mendampingi siswa secara khusus, manajemen sistem kelas inklusi, dan keterampilan guru kelas dalam membimbing dan mengarahkan siswa berkebutuhan khusus sebagai upaya mengoptimalkan potensinya. Hal ini menunjukkan bahwa *self efficacy* dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari, khususnya *personal hygiene* membutuhkan keterampilan dari orang yang memberikan pendidikan kesehatan agar potensi yang dimiliki anak menjadi optimal dan diterapkan di rumah.

**5. Pengaruh pendidikan kesehatan tentang *personal hygiene* dengan metode audio visual terhadap perilaku dan *self efficacy personal hygiene* pada anak tunagrahita.**

Ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang *personal hygiene* dengan metode audio visual terhadap pengetahuan pada anak tunagrahita dengan nilai sig. (2-tailed) ( $p$ ) sebesar 0,006 ( $p < 0,05$ ), namun tidak ada

pengaruh pendidikan kesehatan tentang *personal hygiene* dengan metode audio visual terhadap sikap, perilaku, dan *self efficacy* pada anak tunagrahita.

Peningkatan pengetahuan yang terjadi pada anak-anak tunagrahita setelah diberikan pendidikan kesehatan disebabkan karena setiap hari mereka terpapar dengan kegiatan *personal hygiene* yang dilakukannya. Beberapa jam setelah diberikan pendidikan kesehatan, anak-anak tunagrahita secara tidak langsung mempraktekkan hasil dari pengetahuan yang mereka peroleh di sekolah. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Rozi (2018) yang mengemukakan bahwa: peningkatan pengetahuan yang terjadi pada sebagian besar siswi sesudah diberikan pendidikan kesehatan disebabkan karena pengukuran pengetahuan setelah pendidikan kesehatan dilakukan langsung setelah siswi mengalami menstruasi sehingga siswi masih mengingat dengan baik pendidikan kesehatan tentang *vulva hygiene* karena baru saja mempraktekkan perilaku *vulva hygiene*.

Penelitian yang dilakukan oleh Indardi (2015), menyatakan bahwa ada pengaruh pengulangan teknik permainan kasti terhadap peningkatan kemampuan motorik kasar anak tunagrahita ringan SLB N Ungaran. Peningkatan yang signifikan terjadi kepada beberapa aspek motorik kasar seperti berjalan, berlari, melempar, menangkap, dan memukul, namun motorik kasar yang tidak berpengaruh yaitu melompat, meloncat, dan menendang.

Koordinasi gerak mata dan tangan ialah kemampuan motorik halus yang muncul pada perkembangan dan pertumbuhan anak-anak saat beraktifitas terlebih pada anak tunagrahita ringan. Anak dapat dengan mudah melakukan aktifitas sehari-hari apabila koordinasi mata dan tangannya baik dan sebaliknya apabila kemampuan koordinasi mata dan tangan ada keterbatasan, menyebabkan anak sulit dalam melakukan tugas sehari-hari (Indardi, 2015).

Hasil penelitian Indardi (2015) yaitu motorik halus maupun kasar yang terlatih serta dilakukan secara berulang-ulang akan mempermudah anak dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Berdasarkan penelitian tersebut, kegiatan yang dilakukan berulang-ulang dapat pula diterapkan khususnya dalam melakukan *personal hygiene*.

Individu yang mengalami keterbatasan atau disabilitas intelektual rentan terhadap bahaya kesehatan baik sebagai konsekuensi langsung dari ketidakmampuan mereka atau karena kurangnya kesadaran mengenai kebersihan pribadi dan lingkungan. Anak-anak tunagrahita tidak sadar akan kebersihan pribadi di tingkat sekolah. Untuk pengetahuan dan praktik yang lebih baik, program intervensi pendidikan kesehatan sangat penting bagi anak-anak yang sedang tumbuh untuk kesehatan mereka yang lebih baik dan masa depan yang akan datang (AbouZeidHassan *et al.* 2019).

Penelitian ini juga telah mengaplikasikan teori keperawatan yang telah dikemukakan oleh Nola J. Pender yaitu HPM (*Health Promotion Model*). HPM dalam penelitian ini ialah memberikan pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode audio visual kepada anak tunagrahita.

Keberhasilan metode yang digunakan akan berhubungan erat dengan perilaku responden di masa lalu, seperti pola asuh, *role model*, pola kebiasaan sehari-hari. Faktor lainnya ialah faktor personal: faktor biologi seperti usia, jenis kelamin, dan anak dengan tunagrahita; faktor psikologis seperti motivasi dan kompetensi diri; dan faktor sosiokultural seperti ras dan status ekonomi. Faktor-faktor tersebut berperan erat dalam kesuksesan metode yang digunakan dalam menyampaikan promosi/pendidikan kesehatan. *Self efficacy* yang semakin tinggi akan membuat semakin rendah faktor penghalang dalam membentuk perilaku dan

mempraktikkan perilaku yang ada di dalam pendidikan kesehatan.

Pengaruh interpersonal yaitu dukungan keluarga dalam bentuk keluarga membantu pengisian lembar kontrol sekaligus memantau pelaksanaan kegiatan rutin *personal hygiene* dan pengaruh situasional merupakan 2 pengaruh yang secara langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku anak tunagrahita untuk mempraktikkan atau tidak mempraktikkan terhadap pendidikan kesehatan yang telah disampaikan.

Pengetahuan yang telah diperoleh anak tunagrahita akan mempengaruhi perilaku dan sikap sedangkan *self efficacy* yang tinggi atau keyakinan diri akan kemampuan yang dimiliki anak tunagrahita akan mempengaruhi perilaku anak tersebut.

### **C. Keterbatasan Penelitian**

1. Penelitian hanya dilakukan selama 4 hari, seharusnya dapat lebih lama lagi namun karena keterbatasan antara

waktu penelitian hampir berdekatan dengan jadwal ujian siswa sehingga waktu penelitian harus lebih diefektifkan,

2. Sampel yang diambil ialah sampel minimal, yaitu 30 responden, dikarenakan adanya keterbatasan dalam memperoleh sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi,
3. Penelitian dilakukan dalam 1 kelas yang digabung dengan anak dengan kategori disabilitas yang lainnya, contohnya siswa dengan autis sehingga membuat siswa yang lainnya kurang fokus saat menonton video audio visual.

