

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Disabilitas Intelektual**

##### **1. Pengertian Disabilitas Intelektual**

Disabilitas Intelektual menurut *American Psyciatric Association* (APA, 2013) adalah sebuah penurunan fungsi adaptif yang meliputi fungsi domain konseptual, sosial dan praktis yang terjadi sebelum usia 18 tahun. Ulasan yang sama tentang disabilitas intelektual juga dikemukakan oleh Schaafsma *et al* (2014) yaitu kecacatan intelektual dicirikan sebagai keterbatasan yang signifikan baik dalam fungsi intelektual dan perilaku adaptif yang terdapat dalam keterampilan adaptif konseptual, sosial, dan praktis.

Disabilitas intelektual menurut Schmidt & Brown (2015) bahwa anak-anak dengan *Intelectual Disabilitas* diklasifikasikan lebih luas dalam kategori anak-anak dengan kebutuhan khusus (*Spesial Needs Act*) sedangkan menurut Kemenpppa (2013) anak disabilitas intelektual

adalah anak yang memiliki tingkat intelegensi yang signifikan berada dibawah rata-rata anak seusianya dan disertai dengan ketidakmampuan beradaptasi terhadap perilaku yang muncul pada tahap perkembangan.

## **2. Penyebab Disabilitas Intelektual**

Moeschler dan Shevell (2006) menyatakan penyebab disabilitas intelektual tidak hanya terbatas pada kelainan genetik yang bersifat kausatif saja tetapi juga dipengaruhi oleh infeksi, trauma, komplikasi, prematuritas dan berbagai paparan lingkungan dan bahan kimia.

Menurut Hartati (2009) ada beberapa penyebab terjadinya disabilitas intelektual atau tunagrahita yang digolongkan menjadi dua kelompok yaitu:

### **a. Kelompok Biomedik meliputi :**

- 1) Kelompok prenatal, terjadi karena infeksi pada ibu saat mengandung, gangguan metabolisme, terpapar radiasi ketika usia kandungan berkisar 26 minggu, kehamilan kromosom dan malnutrisi.

- 2) Kelompok Natal, yaitu: anaksia, asphyxia, prematuritas dan postmaturitas dan kerusakan otak.
- 3) Kelompok pos natal, penyebabnya yaitu malnutisi, infeksi meningitis, encephalis dan trauma.

**b. Kelompok Sosio Cultural : psikologi**

Kelompok ini dipengaruhi oleh proses psikososial dalam keluarga. Terdapat tiga macam teori yaitu :

1) Teori Stimulasi

Kurangnya stimulus atau kesempatan dari keluarga pada orang dengan retardasi mental.

2) Teori Gangguan

Keluarga mengalami kegagalan untuk memberikan perlindungan yang cukup bagi anak dalam menghadapi stres yang dialami pada masa kanak-kanaknya, sehingga mengakibatkan gangguan pada proses mental.

### 3) Teori Keturunan

Hubungan yang lemah antara orang tua dan anak (*security system*) yang lemah akan mengakibatkan disorganisasi, sehingga saat anak mengalami stres akan memunculkan reaksi dengan cara yang beragam untuk dapat menyesuaikan diri. Berdasarkan pendapat yang telah dikemukakan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa banyak faktor penyebab yang dapat mengakibatkan terjadinya ketunaan pada anak yaitu faktor keturunan, faktor makanan dan minuman serta faktor lingkungan. Status ekonomi keluarga yang rendah mempengaruhi terjadinya disabilitas ringan pada anak (Strømme dan Magnus 2000; Emerson, Einfeld, dan Stancliffe 2010; Olsson *et al*, 2015; Huus *et al*, 2016).

### **3. Klasifikasi Disabilitas Intelektual**

Menurut Geniofam (2010) anak dengan disabilitas intelektual ( anak Tunagrahita) dibagi menjadi:

**Tabel 2.1 Klasifikasi Anak Tunagrahita**

Pendidikan	Sosial	Media
Mampu Didik ( <i>Educabel</i> )	Ringan ( <i>Mild Morant</i> )	<i>Debil</i>
Mampu Latih ( <i>Friable</i> )	Sedang ( <i>Moderate</i> )	<i>Embical</i>
Perlu Rawat	Berat/sangat berat	<i>Idiot</i>

**a. Anak Tunagrahita Ringan (mampu didik)**

Mempunyai IQ 50/55 -70/75 (debil), yaitu dapat dididik dalam bidang akademik, mampu menyesuaikan sosial dalam lingkungan yang lebih luas, dapat mandiri, mampu melakukan pekerjaan sosial sederhana. Berbicaranya banyak yang lancar, tetapi perbendaharaan katanya 4 minim, Mereka mengalami kesulitan dalam berpikir abstrak, tetapi mereka masih mampu mengikuti pelajaran yang bersifat akademik *atau tool subject*, baik di sekolah biasa maupun di sekolah luar biasa (SLB). Umur kecerdasannya apabila sudah dewasa sama dengan anak normal yang berusia 12 tahun.

**b. Anak Tunagrahita Sedang (mampu latih)**

Mempunyai IQ 20/25 – 50/55 (*Embicil*), yaitu dapat mengurus dirinya sendiri mampu melakukan pekerjaan yang perlu pengawasan di tempat terlindungi dapat berkomunikasi dan beradaptasi di lingkungan terdekat. tidak bisa mempelajari pelajaran-pelajaran yang bersifat akademik. Belajarnya secara membeo. Perkembangan bahasanya sangat terbatas karena perbendaharaan kata yang sangat kurang. Mereka memerlukan perlindungan orang lain, meskipun begitu masih mampu membedakan bahaya dan bukan bahaya. Umur kecerdasannya sama dengan anak normal umur tujuh tahun.

**c. Anak Tunagrahita Berat (mampu rawat)**

Mempunyai IQ 0 – 20/25 (*Idiot*), yaitu sepanjang hidupnya tergantung pada bantuan yang perawatan orang lain. sepanjang hidupnya memerlukan pertolongan dan bantuan orang lain, sehingga berpakaian, ke WC dan sebagainya harus

dibantu. Mereka tidak tahu bahaya atau tidak bahaya. Kata-kata dan ucapannya sangat sederhana. Kecerdasannya sampai setinggi anak normal yang berusia tiga tahun.

*Manual of Mental Disorders* (edisi ke 5, DSM-5; *American Psychiatric Association*, APA, 2013; Barnard *et al*, 2014) tentang *Predictors of access to sex education for children with intellectual disabilities in public schools*, mengelompokan anak dengan disabilitas intelektual (tunagrahita) menjadi empat tingkat sesuai tingkat keparahan: ringan, sedang, berat, dan mendalam. ID ringan mewakili kira-kira 85% dari semua kasus; individu dengan disabilitas intelektual ringan berpotensi mengembangkan keterampilan akademis yang setara dengan anak yang biasanya berkembang di sekolah menengah pertama. Anak-anak dengan disabilitas intelektual moderat menyumbang sekitar 10% dari semua kasus dan biasanya mencapai akademik dan keterampilan bahasa

setara dengan yang dipamerkan oleh anak kelas dua. Akhirnya, individu yang didiagnosis dengan disabilitas intelektual parah atau mendalam merupakan perkiraan kira-kira 4% -5% dari semua kasus disabilitas intelektual dan biasanya mendapat manfaat paling banyak dari kurikulum keterampilan adaptif yang berfokus pada pengajaran keterampilan mandiri.

Westerinen *et al* (2017) prevalensi kumulatif anak disabilitas intelektual berdasarkan hasil pendaftaran kelompok usia yang terdiagnosis dan terdaftar di Finlandia setiap tahun ada penemuan dan penambahan anak yang terlahir dengan disabilitas intelektual sebanyak 1,19% pada usia 17,5 di antara mereka yang lahir pada tahun 1996.



## **B. Edukasi Kesehatan Reproduksi**

### **1. Pengertian Edukasi Kesehatan Reproduksi**

*World Health Organization* mendefinisikan kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem proses dan fungsi reproduksi (Rachel, 2013).

Kesehatan reproduksi adalah kondisi sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi sehingga kesehatan reproduksi tidak terbatas pada kondisi yang bebas dari penyakit melainkan bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah (Priyatni & Rahayu 2016).

Menurut *United Nations Educational, Scientific And Cultural Organization* (UNESCO) pendidikan kesehatan reproduksi merupakan sebuah pendidikan yang

dikembangkan dengan pendekatan yang disesuaikan dengan usia, peka budaya dan menyeluruh yang mencakup program yang memuat informasi ilmiah akurat, realistis dan tidak bersifat menghakimi. Pendidikan kesehatan reproduksi akan membantu anak/remaja untuk memiliki informasi yang akurat menyangkut tubuh serta aspek reproduksi dan seksual secara akurat serta memiliki nilai-nilai positif dalam memandang tubuh serta aspek reproduksi dan seksual dan juga memiliki keterampilan untuk melindungi diri dari resiko-resiko reproduksi dan seksual termasuk kemampuan memperjuangkan hak-hak remaja untuk sehat (Handayani, 2017).

## **2. Tujuan Edukasi Kesehatan Reproduksi**

Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi yang menjamin setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman dan dapat dipertanggung jawabkan, dimana peraturan ini juga menjamin kesehatan perempuan dalam usia reproduksi sehingga mampu melahirkan

generasi yang sehat, berkualitas yang nantinya berdampak pada penurunan Angka Kematian Ibu (Kemenkes, 2016). Sejalan dengan peraturan Pemerintah pendidikan kesehatan reproduksi pada usia dini berdasarkan hasil penelitian Roqib (2008) tujuan kesehatan reproduksi (pendidikan seksual) membantu anak mengetahui tema biologis seperti pertumbuhan, masa puber dan kehamilan, mencegah anak-anak dari tindak kekerasan, mengurangi rasa bersalah, rasa malu, dan kecemasan akibat tindakan seksual, mencegah kehamilan pada remaja perempuan di bawah umur, mendorong hubungan yang baik, mencegah remaja dibawah umur terlibat dalam hubungan seksual (*sexual intercourse*), mengurangi kasus infeksi melalui seks, membantu anak muda yang bertanya tentang peran laki-laki dan perempuan di masyarakat.

Studi lain yang mendukung bahwa tujuan pendidikan kesehatan reproduksi (pendidikan seks ) harus diberikan lebih awal yaitu menurut Schaafsma *et al* (2014) program pendidikan seks dirancang untuk

disampaikan secara proaktif ini menunjukkan bahwa pendidikan seks harus diberikan sebelum orang dengan kemampuan intelektual aktif secara seksual sehingga orang tersebut memiliki pengetahuan, kognisi dan keterampilan yang diperlukan untuk membuat keputusan yang memiliki efek positif terhadap kesehatan seksualnya.

### **3. Faktor–Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi**

Prijatni & Rahayu (2016) menjelaskan beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi. Faktor-faktor tersebut secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi empat kelompok yang dapat memberikan dampak buruk bagi kesehatan reproduksi yaitu:

#### **a. Faktor Demografis - Ekonomi**

Faktor ekonomi atau kemiskinan dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi, tingkat pendidikan yang rendah dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, usia

pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil. Faktor demografi meliputi akses terhadap penggunaan pelayanan kesehatan, rasio remaja tidak sekolah, lokasi/tempat tinggal yang terpencil yang jauh dari layanan kesehatan juga dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi.

#### **b. Faktor Budaya dan Lingkungan**

Faktor budaya dan lingkungan yang mempengaruhi praktek tradisional meliputi, kepercayaan banyak anak banyak rejeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain, pandangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan tempat tinggal dan cara bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi, hak dan tanggung jawab reproduksi individu, serta dukungan atau komitmen politik. Sejalan dengan penelitian Schaafsma (2014) identifikasi faktor-faktor

penting yang berhubungan pemberian pendidikan seksual pada masyarakat dengan disabilitas intelektual, teridentifikasi bahwa faktor sosial turut mempengaruhi petugas yang digaji dalam memberikan pendidikan kesehatan.

**c. Faktor Psikologis**

Perasaan rendah diri (*low self esteem*), tekanan teman sebaya (*peer pressur*), tindak kekerasan dirumah/lketidakharmonisan orang tua dan ketidakseimbangan hormonal pada remaja akibat depresi.

**d. Faktor Biologis**

Faktor biologis meliputi organ reproduksi atau yang tidak sempurna atau cacat sejak lahir. Kecacatan pada saluran reproduksi setelah mengalami penyakit menular seksual, keadaan gizi buruk kronis, anemia, peradangan pada panggul atau adanya keganasan pada alat reproduksi.

#### **4. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan Reproduksi pada Anak**

Penelitian Murphy (2016) mengenai *Sex Education and Intellectual Disability: Practices and Insight from Pediatric Genetic Counselors* yaitu pendidikan seks dan keterbatasan intelektual:praktek dan wawasan konselor genetik pediatrik bahwa topik pembahasan antara konselor dan anak disabilitas intelektual berusia 9-17 tahun yang paling sering dibahas yaitu informasi tentang pubertas, pencegahan pelecehan seks dan kesehatan reproduksi.

##### **a. Pubertas**

Menurut Maya (2017) munculnya tanda-tanda kelamin sekunder seperti mulai tumbuhnya payudara, bulu-bulu di ketiak dan kelamin, kulit semakin berminyak, muncul jerawat dan tanda-tanda psikologis seperti mulai ada perasaan senang dengan lawan jenis. Tanda-tanda kelamin sekunder ini akan diikuti dengan

tanda kelamin primer yaitu menstruasi untuk perempuan dan mimpi basah untuk laki-laki.

Hal ini didukung oleh Goldman (2010) menyatakan bahwa anak-anak mencapai kematangan reproduksi masa pubertas pada lebih awal dari generasi sebelumnya. Sebagian dari anak perempuan mengalami menstruasi pada usia 12 tahun dan separuh dari anak laki-laki mengalami ejakulasi pada usia 13 tahun sehingga proporsi anak yang cukup besar akan mengalami tanda-tanda perkembangan pubertas sejak usia 8 atau 9 tahun saat berada di sekolah dasar. Tumbuhnya ciri-ciri seks sekunder jerawat, rambut disekitar wajah, membuat anak menjadi cemas dan gelisah (Erwindasari, 2015).

#### **b. Pencegahan Pelecehan/Kekerasan Seks**

Menurut Jatmikowati *et al* (2015) kesehatan reproduksi/pendidikan seks usia dini lebih ditekankan bagaimana memberikan pemahaman pada anak akan kondisi tubuhnya, pemahaman akan lawan jenisnya,



dan pemahaman untuk menghindarkan dari kekerasan seksual.

Menurut Roqib (2008) teknik untuk mencegah anak dari kekerasan seksual yaitu membantu anak memahami perbedaan perilaku yang boleh dan yang tidak boleh dilakukan di depan umum seperti anak selesai mandi harus mengenakan baju kembali di dalam kamar mandi atau di dalam kamar. Anak diberi tahu tentang hal-hal pribadi, tidak boleh disentuh, dan dilihat orang lain. dan mengajar anak untuk mengetahui perbedaan anatomi tubuh laki-laki dan perempuan.

Mencegah terjadinya kekerasan seksual anak disabilitas intelektual perlu diajarkan tentang pengetahuan pubertas dan perkembangan fisik, identifikasi sentuhan yang pantas dan tidak pantas, pengetahuan ketrampilan untuk respon terhadap sentuhan yang tidak pantas, kemampuan untuk

mengidentifikasi penolong disaat terjadi pelecehan kekerasan seksual (Miller *et al*, 2016).

## **5. Masalah Kesehatan Reproduksi**

Beberapa masalah kesehatan reproduksi yang mungkin terjadi pada tahap perkembangan anak.

### **a. Kecemasan Menghadapi Pubertas**

Ada beberapa faktor yang berhubungan dengan kecemasan pada anak dalam menghadapi pubertas yaitu penerimaan diri, dukungan orang tua, peran teman sebaya dan pengetahuan anak sendiri tentang pubertas (Alifariki, 2018). Hasil penelitian Hardianingsih (2017) tingkat kecemasan pada anak remaja dalam menghadapi perubahan fisik pada masa pubertas pada siswi pondok pasantren As-Salafiyah Yogyakarta mengalami tingkat kecemasan yang paling banyak yaitu kategori ringan sebanyak 17 siswi (30,3%). Kecemasan dan kesiapan pada remaja putri memasuki *menarche* dipengaruhi juga oleh dukungan keluarga karena anggota keluarga merupakan orang

yang paling dekat dengan remaja sehingga komunikasi tentang hal yang bersifat sensitif lebih terbuka dan keluarga berperan aktif dalam mengetahui kondisi fisik dan psikis mereka karena setiap anggota keluarga saling bergantung antara satu dengan yang lainnya (Nainggolan & Tambunan, 2013).

Salah satu faktor resiko psikologis *menarche* adalah kesiapan diri karena tidak siapnya seseorang mempengaruhi kecemasan. Sesuai dengan hasil penelitian Retnaningsih *et al* (2018) ada hubungan antara kesiapan dengan tingkat kecemasan pada anak usia sekolah. Ketidaksiapan menghadapi *menarche* sebanyak 77,8 % dan tingkat kecemasan sedang sebanyak 55,6%. Menurut hasil penelitian Toghyani & Akrami (2011) remaja putri memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan remaja putra karena alasan agama dan budaya dalam menghadapi masa pubertas.

Menurut Goldman (2010) anak perlu mendapatkan pengetahuan tentang informasi kesehatan reproduksi sebagai persiapan untuk mengatasi perubahan dramatis terhadap tubuhnya dan juga untuk menghindari kecemasan dan meminimalkan resiko yang akan terjadi sampai mereka mampu membangun kematangan psikososial.

**b. Pelecehan Seksual/Kekerasan Seksual**

Menurut penelitian (Miller *et al*, 2016) pelecehan seksual pada anak-anak dengan cacat perkembangan, yaitu mereka mengalami kesulitan membedakan sentuhan pada tubuh mereka atau ke orang lain yang pantas dan tidak pantas untuk dilakukan dan juga kurangnya pengetahuan mengenai tempat yang tepat untuk mengungkapkan/menunjukkan suatu sentuhan. Berdasarkan penelitian (Euser *et al*, 2016) sebanyak 9,8 per 1000 anak menjadi korban CSA (*child sexual abuse*).

Berdasarkan penelitian dari (Schaafsma *et al*, 2014) orang dengan kecacatan intelektual mungkin lebih rentan terhadap pelecehan seksual karena kurangnya keterampilan yang diperlukan untuk mengidentifikasi situasi yang mengancam apabila seseorang tidak memiliki pengetahuan atau keterampilan yang tepat, muncul masalah yang berdampak negatif terhadap kesehatan seksualnya.

Kurangnya pendidikan seksual dan pengetahuan tentang ketrampilan melindungi diri, merupakan salah satu faktor yang berperan terhadap meningkatnya resiko kekerasan pada individu dengan disabilitas intelektual (Wissink *et al*, 2015; Miller *et al*, 2016). Menurut Maya (2017) anak usia dini beresiko terhadap perilaku seksual tidak normatif dan berkembang tidak hanya masalah perilaku seksual yang sehat dan normatif tapi juga pencegahan agar tidak menjadi korban kejahatan seksual. Berdasarkan penelitian Brunberg *et al* (2012) kekerasan pada

(hubungan seksual) lebih sering terjadi pada remaja dengan kecacatan (4,0%) dibandingkan dengan remaja tanpa kecacatan (1,6% ) dan paling banyak diantara mereka dengan cacat ganda (10,4%) ditemukan pada anak perempuan dan anak laki-laki.

**c. Penyakit yang Ditularkan Melalui Hubungan Seksual**

Masalah penyakit menular seksual yang lama seperti sifilis dan gonorrhea. Masalah penyakit menular seksual yang relatif baru seperti chlamydia, dan herpes. Masalah HIV/AIDS (*Human Immunodeficiency Virus/Acquired immunodeficiency Syndrome*), dampak sosial dan ekonomi dari penyakit menular seksual, kebijakan dan program pemerintah dalam mengatasi masalah tersebut (termasuk penyediaan pelayanan kesehatan bagi penaja seks komersial. Sikap masyarakat terhadap penyakit menular seksual. Menurut hasil penelitian Pratiwi *et al* (2010) terdapat hubungan antara perilaku seksual

tidak aman terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi dan ada hubungan perilaku seksual remaja usia 15-24 tahun dengan pengetahuan pencegahan penyakit infeksi menular seksual.

#### **d. Kehamilan pada Remaja**

Berdasarkan penelitian Joko *et al* (2011) menunjukkan masih banyak perempuan disabilitas yang tidak mengerti tentang perawatan organ reproduksi dan kontrol atas organ reproduksi mereka masih rendah sehingga mereka mengalami kekerasan seksual dan juga kehamilan yang tidak diinginkan.

Menurut hasil penelitian Sari (2016) terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan kehamilan remaja yaitu usia, status pernikahan, pengetahuan terhadap seks, pengetahuan kesehatan reproduksi, akses informasi dan pengetahuan PKPR (Pelayanan kesehatan peduli remaja), variabel yang lebih berhubungan terhadap kehamilan remaja yaitu program PKPR. Upaya mencegah kehamilan remaja

melaui program berbasis bukti untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan oleh badan kesehatan dan pusat pengendalian pencegahan penyakit yang melibatkan multi komponen baik pemangku kepentingan, sekolah dan para pemuda-pemudi yang ada di masyarakat untuk meningkatkan askes layanan kesehatan reproduksi kepada kelompok yang beresiko (Mueller *et al*, 2017).

## **C. Media Pendidikan Kesehatan**

### **1. Media *Flashcard***

#### **a. Definisi Media *Flashcard***

*Flashcard* adalah kartu kecil yang berisi gambar, teks, atau tanda simbol yang mengingatkan atau mengarahkan siswa kepada sesuatu yang berhubungan dengan gambar. *Flashcard* biasanya berukuran 8 X 12 cm atau dapat disesuaikan dengan besar kecilnya kelas yang dihadapi (Susilana dan Riyana, 2009). *Flashcard* adalah media pembelajaran dalam bentuk kartu bergambar yang berukuran



25x30. Gambar-gambarnya dibuat dengan tangan, foto atau memanfaatkan gambar/foto yang sudah ada ditempelkan pada lembaran-lembaran *flashcard*. Arsyad (2011).

Menurut Sage *et al* (2016) *flashcards* kertas dan digital sebagai media atau alat bantu pembelajaran yang layak atau efektif untuk membantu peserta didik dalam menerima informasi. Hasil analisis kebutuhan mengenai media yang diinginkan siswa sekolah dasar untuk program penyuluhan adalah metode penyampaian informasi dengan permainan (Indah *et al*, 2016).

#### **b. Tujuan Media *Flashcard***

Tujuan media promosi kesehatan yaitu: media dapat mempermudah penyampaian informasi, menghindari kesalahan persepsi, memperjelas informasi, mempermudah pengertian, mengurangi komunikasi yang verbalistik, menampilkan obyek yang tidak bisa ditangkap dengan mata dan

memperlancar komunikasi (Hartati, 2009) media *flashcard* dirancang untuk bisa menjadikan konsep - konsep yang abstrak menjadi konsep konkret, dapat dimengerti dan menyenangkan, membantu ingatan anak terhadap pelajaran yang diberikan, permainan merupakan suatu selingan pemberian media atau alat peraga yang secara rutin berlangsung di kelas dari hari ke hari.

**c. Fungsi Media *Flashcard***

Menurut Sutikno (2014) fungsi media dalam proses pembelajaran, diantaranya: menarik perhatian siswa, pembelajaran lebih komunikatif dan produktif, waktu pembelajaran bisa dikondisikan, meningkatkan motivasi siswa dalam mempelajari sesuatu/ menimbulkan gairah belajar dan meningkatkan kadar keaktifan/keterlibatan siswa dalam kegiatan pembelajaran dan lain-lain.

Fungsi *flashcards* yaitu digunakan siswa untuk mempelajari kosa kata dan telah menjadi startegi

pengujian diri dan populer untuk siswa selama bertahun-tahun (Sage *et al*, 2016). Menurut hasil penelitian Cazzell *et al* (2016) kemampuan membaca dengan media intervensi *flashcard* berbasis computer efektif terkait topik kesehatan pada siswa dengan disabilitas intelektual di sebuah perguruan tinggi. Kemampuan membaca siswa bervariasi dengan waktu kurang dari 3 menit yaitu membutuhkan waktu dimulai dari 1,5-2,5 menit per kata setelah diberikan instruksi. Kartu *flashcard* terbukti dapat meningkatkan pengguna kemampuan verbal dalam kosa kata dan membaca (Sage *et al*, 2016). Hasil penelitian Andayani & Indarjo (2017) yaitu metode drill bermedia *flashcard* efektif dalam meningkatkan pengetahuan anak tunagrahita sedang dalam praktik cuci tangan pakai sabun.

**d. Karakteristik *Flashcard***

*Flashcard* mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

1) *flashcard* berupa kartu bergambar yang efektif, 2)

mempunyai dua sisi depan dan belakang, 3) sisi depan berisi gambar atau tanda symbol, 4) sisi belakang berisi definisi, keterangan gambar, jawaban, atau uraian, 5) sederhana dan mudah membuatnya.

**e. Kelebihan dan Kekurangan Media *Flashcard***

1) Kelebihan Media *Flashcard*

Menurut Susilana dan Riyana (2009) *flashcard* memiliki beberapa kelebihan, antara lain: a) mudah dibawa-bawa, b) praktis, c) gampang diingat dan d) menyenangkan. Penelitian Satriana (2013) mengungkapkan media *flashcard* memiliki kelebihan praktis, menarik dan mudah diingat dan membuktikan bahwa penggunaan kartu media *flashcard* dapat meningkatkan kemampuan mengenali simbol angka 1 hingga 5 untuk siswa tunagrahita. Salah satu yang membantu efektifitas *flashcard* dalam pemberian materi pendidikan yaitu peran pendidik dalam menanggapi atau memberikan respon umpan balik

pada secara langsung pada siswa (Cazzell *et al*, 2016). Hasil Penelitian Chen (2019) menunjukkan *flashcard* tradisional (berbahan kertas) juga dapat meningkatkan pembelajaran kosakata pada anak-anak dan khususny anak usia sekolah *kidergarten*.

## 2) Kelemahan Media *Flashcard*

Gambar hanya menekankan persepsi indra mata, gambar benda yang terlalu kompleks kurang efektif untuk kegiatan pembelajaran dan ukurannya sangat terbatas untuk ukuran kelompok yang besar (Sadiman, 2006; Sari, 2015).

### **f. Prosedur *Flashcard***

Menurut Indriana (2011) prosedur atau langkah-langkah penggunaan media *flashcard* sebagai berikut:

- 1) Kartu-kartu yang telah disusun dipegang setinggi dada dan menghadap ke siswa.
- 2) Cabut kartu satu per satu setelah guru selesai menerangkan.

- 3) Berikan kartu-kartu yang telah diterangkan tersebut kepada siswa yang dekat dengan guru. Mintalah siswa untuk mengamati kartu tersebut, selanjutnya diteruskan kepada siswa lain hingga semua siswa mengamati.

*Flashcard* menggunakan cara permainan yaitu :

- (a) letakkan kartu-kartu secara acak pada sebuah kotak yang berada jauh dari siswa, (b) siapkan siswa yang akan berlomba, (c) guru memerintahkan siswa untuk mencari kartu yang berisi gambar, teks, atau lambang sesuai.

Langkah-langkah permainan *flashcard* yang dikemukakan oleh (Cazzell *et al*, 2016) yaitu dalam permainan edukatif setiap siswa ditemani oleh gurunya dalam menerima stimulus atau respon, *flashcard* diperlihatkan kepada siswa, siswa diminta untuk membaca kata yang dipegang guru di depan kelas, guru membaca kartu yang diperlihatkan ke siswa dengan suara keras dan jelas dan siswa diminta

untuk mengulang apa yang disampaikan oleh guru. Pernyataan yang mendukung lainnya yaitu menurut Jatmikowati *et al* (2015) cara yang dapat digunakan mengenalkan tubuh dan ciri-ciri tubuh antara lain melalui media gambar atau poster, lagu, dan permainan.

## **2. Media *Audio Visual***

### **a. Pengertian *Audio Visual***

Media *audio visual* adalah jenis media yang digunakan dalam kegiatan pembelajaran dengan melibatkan unsur pendengaran dan penglihatan sekaligus dalam proses pembelajaran sehingga informasi verbal dan non verbal yang diterima bisa dilihat dan didengar melalui film, video, program TV dan lain-lain (Ashar, 2011).

### **b. Tujuan *Audio Visual***

Media *audio visual* menjadikan proses belajar lebih menarik, menarik perhatian siswa, menumbuhkan motivasi belajar siswa dan juga menjadikan materi

pembelajaran menjadi jelas sehingga mudah dipahami oleh siswa (Arsyad, 2011).

**c. Karakteristik *Audio Visual***

Menurut Arsyad (2011) karakteristik dari media *audio visual* adalah penyajian yang dinamis, merupakan gambaran fisik dari gagasan real atau abstrak, dikembangkan menurut prinsip psikologis behaviorisme dan ginitif, umumnya berorientasi pada guru dengan tingkat perlibatan interaktif murid yang rendah.

**d. Kelebihan dan kelemahan media *audio visual***

Menurut Arsyad (2011) media *audio visual* mempunyai kelebihan dan kekurangan.

1) Kelebihan media *audio visual*

Video dan film dapat melengkapi pengalaman dasar siswa, menggambarkan suatu proses secara tepat dan dapat diputar secara berulang, menanamkan sikap dan segi efektifnya, membangun pemikiran dan pembahasan terhadap video yang mengandung nilai positif, video dapat ditonton pada kelompok besar



ataupun kecil, maupun perorangan yang bersifat heterogen maupun homogen, durasi pemutaran dapat ditampilkan satu atau dua menit. Penelitian oleh Astuti (2015) menunjukkan penggunaan media *audio visual* efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang kehamilan remaja diluar nikah.

Penelitian yang dilakukan oleh Rozi (2018) adanya pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap pengetahuan *vulva hygiene* saat menstruasi pada siswa putri tunagrahita di SLB Muhammadiyah Gamping. Hasil penelitian Faikoh *et al*, (2014) terdapat pengaruh antara intervensi *modelling* melalui media video terhadap peningkatan kemampuan *toilet training* pada anak retardasi mental di SLB N Semarang dengan menggunakan uji *wilcoxon* yaitu didapatkan *p value* 0,00 ( $\alpha > 0,05$ ).

## 2) Kelemahan *Audio Visual*

Pengadaan video umumnya memerlukan biaya yang mahal dan waktu yang banyak, tidak semua

siswa mampu mengikuti informasi yang ingin disampaikan melalui video/film dan video yang tersedia tidak selalu sesuai dengan kebutuhan dan tujuan belajar yang diinginkan kecuali dirancang dan diproduksi khusus untuk kebutuhan sendiri (Arsyad, 2011). Kelemahan *audio visual* adalah media *audio visual* yang lebih banyak menggunakan suara dan bahasa verbal hanya mungkin dapat dipahami oleh pendengar yang mempunyai tingkat penguasaan kata dan bahasa yang baik, penyajian materi melalui media *audio visual* dapat menimbulkan verbalisme bagi pendengaran, kurang mampu menampilkan detail dari objek yang disajikan secara sempurna. Sanjaya (2008).

Pemanfaatan media pembelajaran berlandaskan teori Edgar Dale yang dikenal dengan teori kerucut pengalaman (*Cone Experience*). Dale mengklasifikasikan media berdasarkan pengalaman belajar yang akan diperoleh oleh peserta didik, mulai

dari pengalaman belajar langsung, pengalaman belajar yang dapat dicapai melalui gambar dan pengalaman belajar yang bersifat abstrak (Huda, 2016).



Gambar 2.2 Teori kerucut pengalaman (*Cone Experience*) Edgar Dale

Dari gambar di atas dapat dilihat rentang tingkat pengalaman dari yang bersifat langsung hingga ke pengalaman melalui simbol-simbol komunikasi yang merentang dari yang bersifat kongkrit ke abstrak yaitu dari design/menampilkan presentasi, melakukan tindakan dengan daya penerimaan oleh seseorang sebanyak 90 % dan capaian pembelajaran yaitu menganalisis, merancang, membuat dan

mengevaluasi. Pada media yang dibaca daya peneriman oleh seseorang sebanyak 10% dengan menemukan istilah, menggambarkan dan menjelaskan.

Dasar pengembangan kerucut tersebut bukanlah tingkat kesulitan, melainkan gambaran tingkat keabstrakan jumlah jenis indra yang turut serta dalam penerimaan isi pengajaran atau pesan yang mempengaruhi pemahaman siswa dalam pembelajaran (Huda, 2016).

## **D. Pengetahuan**

### **1. Definisi Pengetahuan**

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek dari indra penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba yang dimilikinya (Notoatmojo, 2012).

### **2. Proses Terjadinya Pengetahuan**

Cara memperoleh pengetahuan ialah melalui “pengindraan, tanggapan, ingatan, dan fantasi (Poedjawijatna, 2004). Indra akan menangkap rangsangan

(objek) diluar namun tidak semua indra yang digunakan untuk menangkap objek, sehingga pengetahuan yang diperolehpun tertentu pula. Hasil tanggapan indra tadi akan menimbulkan kesan yang disebut tanggapan-tanggapan ini bisa saja jelas dan ada juga yang samar sehingga pengetahuan belum menyeluruh. Tanggapan disimpan oleh manusia dan sewaktu-waktu dapat muncul yang disebut dengan ingatan namun ingatan ini dapat memudar yang disebut lupa. Daya mengkombinasikan tanggapan asli dengan dengan tanggapan buatan disebut fantasi. Guna membuktikan bahwa dirinya memiliki pengetahuan seseorang akan mengucapkan atau menuliskannya dalam bentuk perkataan.

### **3. Tingkat Pengetahuan**

Tingkat pengetahuan yang mencakup domain *kognitif* ada enam tingkatan, yaitu: C1: mengingat (*remembering*), C2: memahami/mengerti (*Understanding*), C3: menerapkan (*applying*), C4: menganalisis (*analyzing*), C5: mengevaluasi (*evaluating*)

dan C6:menciptakan (*creating*) (Anderson, L., & Krathwoh, D, 2001).

a. C1:mengingat (*remembering*)

Kemampuan untuk mengenali dan mengingat dengan hasil pembelajaran yang dicapai yaitu mengidentifikasi, menyebutkan, menunjukkan, memberi nama pada, menyusun daftar, menggaris bawahi, menjodohkan, memilih, mendefinisikan dan menyatakan.

b. C2: memahami (*comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menafsirkan, memberi contoh, meringkas, menarik inferensi, membandingkan, menjelaskan dengan hasil pembelajaran yang dicapai yaitu menjelaskan, menguraikan, merumuskan, merangkum, mengubah, memberikan contoh tentang, menyadur, meramalkan, menyimpulkan, memperkirakan, menerangkan, menggantikan, menarik kesimpulan, meringkas, mengembangkan dan membuktikan.

c. C3: menerapkan (*applying*)

Sebagai kemampuan untuk menggunakan menggunakan konsep dalam praktek atau situasi baru dengan hasil pembelajaran yaitu mendemostrasikan, menghitung, menghubungkan, memperhitungkan, membuktikan, menghasilkan, menunjukkan, melengkapi, menyediakan, menyesuaikan dan menemukan.

d. C4:menganalisis (*analyzing*)

Kemampuan memisahkan konsep kedalam beberapa komponen untuk memperoleh pemahaman yang lebih luas atas dampak komponen komponen terhadap konsep tersebut secara utuh. Hasil pembelajaran yang dicapai yaitu memisahkan, menerima, menyishkan, menghubungkan, memilih, membandingkan, mempertentangkan, membagi, membuat diagram skema, menunjukkan hubungan antara dan membagi.

e. C5: mengevaluasi (*evaluating*)

Kemampuan mengevaluasi dan menilai sesuatu berdasarkan norma, acuan atau kriteria. Hasil pembelajaran yang dicapai yaitu memperbandingkan, menyimpulkan, mengkritik, mengevaluasi, memberikan argumentasi, menafsirkan, membahas, menyimpulkan, memilih antara, menguarikan, membedakan, melukiskan, mendukung, menyokong dan menolak.

f. C6: menciptakan (*creating*)

Kemampuan merangkai atau menyusun kembali komponen dalam rangka menciptakan arti/pemahaman/struktur baru. Hasil pembelajaran yang dicapai yaitu merancang, menyusun, menciptakan, mendesain, mengkombinasikan, mengatur dan merencanakan.

#### **4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor internal dan eksternal (Notoatmojo, 2012).



a. Faktor internal meliputi:

1) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Beberapa hasil penelitian mengenai pengaruh pendidikan terhadap perkembangan pribadi, bahwa pada umumnya pendidikan itu mempertinggi taraf intelegensia individu. Berdasarkan penelitian Friedman (2017) tentang *Sexual health in the community: Services for people with intellectual and developmental disabilities* menunjukkan remaja disabilitas intelektual memperoleh pengetahuan/informasi dimulai dari layanan pendidikan kesehatan seksual sampai tingkat perawatan kesehatan reproduksi yang berkelanjutan yang berbasis masyarakat.

## 2) Persepsi

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil. Asumsi yang dikemukakan oleh (Sigafos, O'Reilly & Green, 2007: Finlay *et al*, 2015) bahwa penyandang disabilitas intelektual mengalami kesulitan memahami bahasa dan memperoleh pengetahuan karena kemungkinan dipengaruhi masalah memori, kesulitan memahami konsep abstrak dan masalah dalam memahami kalimat yang panjang dan rumit.

## 3) Motivasi

Merupakan dorongan, keinginan dan tenaga penggerak yang berasal dari dalam diri seseorang untuk melakukan sesuatu dengan mengenyampingkan hal-hal yang dianggap kurang bermanfaat. Dalam mencapai tujuan dan munculnya motivasi memerlukan rangsangan dari dalam diri individu (biasanya timbul dari perilaku yang dapat memenuhi kebutuhan sehingga

menjadi puas) maupun dari luar (merupakan pengaruh dari orang lain/lingkungan). Hasil penelitian Wilson *et al* (2016) staf memberikan dukungan informasi dan sosial kepada remaja disabilitas intelektual dan perkembangan namun dukungan yang diberikan hanya berdasarkan nilai-nilai/pengetahuan yang mereka miliki dan dijadikan sebagai pedoman.

#### 4) Pengalaman

Pengalaman adalah sesuatu yang dirasakan (diketahui, dikerjakan), juga merupakan kesadaran akan suatu hal yang tertangkap oleh indra manusia. Pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman berdasarkan kenyataan yang pasti dan pengalaman yang berulang-ulang dapat menyebabkan terbentuknya pengetahuan. Pengalaman masa lalu dan aspirasinya untuk masa yang akan datang menentukan perilaku masa kini.

b. Faktor eksternal meliputi:

Faktor eksternal pengetahuan antara lain: meliputi lingkungan, sosial ekonomi, kebudayaan dan informasi. Lingkungan sebagai faktor yang berpengaruh bagi pengembangan sifat dan perilaku individu. Sosial ekonomi, penghasilan sering dilihat untuk menilai hubungan antara tingkat penghasilan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Kebudayaan adalah perilaku normal, kebiasaan, nilai dan penggunaan sumber-sumber di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup. Informasi adalah penerangan, keterangan, pemberitahuan yang dapat menimbulkan kesadaran dan mempengaruhi perilaku. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden.

Menurut hasil penelitian Povilaitien *et al* (2013) mengidentifikasi peran guru dalam bersikap terhadap

pendidikan seks remaja disabilitas intelektual ringan dalam lingkungan pendidikan dan sosial adalah para guru menekankan masalah seks adalah masalah yang relevan karena ketidaksadaran seksual siswa, kehidupan seksual siswa yang aktif dan dampak negatif dari keluarga dan lingkungan. Menurut Akhtar (2012) faktor sosial ekonomi orang tua memiliki efek positif terhadap prestasi belajar siswa di sekolah. Menurut hasil penelitian Akbar *et al* (2014) menunjukkan pekerjaan orang tua dan pendapatan keluarga memiliki dampak signifikan pada kinerja anak-anak. Orang tua berperan penting dalam perkembangan anak dan status ekonomi orang tua yang baik akan memberikan fasilitas yang baik juga bagi anak mereka.

## **5. Pengukuran Pengetahuan**

Pengukuran Pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau

responden (Notoadmodjo, 2012). Skala pengukuran Guttman dengan jawaban yang diperoleh secara tegas yaitu ya atau tidak, benar atau salah, pernah atau tidak, positif atau negatif dan lain-lain. Bila pertanyaan dalam bentuk positif maka jawaban benar diberi nilai 1 dan salah diberi nilai 0 sedangkan bila pertanyaan dalam bentuk negatif maka jawaban benar diberi nilai 0 dan salah diberi nilai 1.

#### **b. Kategori Pengetahuan**

Menurut (Arikunto, 2010) pengetahuan terbagi atas 3

kategori yaitu:

- a. Kategori baik yaitu menjawab benar 76%-100% dari yang diharapkan
- b. Kategori cukup yaitu menjawab benar 56%-75% dari yang diharapkan.
- c. Kategori kurang yaitu menjawab benar <56% dari yang diharapkan.

## **E. Sikap**

### **1. Definisi Sikap**

Sikap merupakan suatu sindrom atau kumpulan gejala untuk merespon stimulus atau objek yang melibatkan pikiran, perasaan, perhatian dan gejala mental yang lain. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu dimana dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2012).

### **2. Tingkatan Sikap**

Berdasarkan Anderson, L., & Krathwoh, D, (2001) tingkatan sikap terdiri dari 5 tingkatan yaitu:

#### **a. Menerima (*Receiving*)**

Kemampuan untuk menunjukkan atensi dan penghargaan terhadap orang lain. Hasil pembelajaran yang dicapai yaitu menanyakan, memilih, mengikuti, menjawab, melanjutkan, memberi, menyatakan, menempatkan.

b. Merespon (*Responding*)

Kemampuan berpartisipasi aktif dalam pembelajaran dan selalu termotivasi untuk segera bereaksi dan mengambil tindakan atas suatu kejadian. Hasil pembelajaran yang ingin dicapai yaitu melaksanakan, membantu, menawarkan diri, menyambut, menolong, mendatangi, melaporkan, menyumbangkan, menyesuaikan diri, berlatih, menampilkan, membawakan, mendiskusikan, menyelesaikan, menyatakan persetujuan dan mempraktikkan.

c. Nilai yang dianut (*Espoused value*)

Kemampuan menunjukkann nilai yang dianut untuk mmembedakan mana yang baik dan kurang baik terhadap suatu objek/kejadian dan nilai tersebut ditunjukkan dalam perilaku. Hasil pembelajaran yang ingin dicapai yaitu menunjukan, melaksanakan, menyatakan pendapat, mengikuti, mengambil tindakan awal, memilih ikut serta, mengabungkan



diri, mengundang, mengusulkan, membela, menuntun, membenarkan, menolak dan mengajak.

d. Mengorganisasikan (*Organization*)

Kemampuan membentuk sistem nilai dan budaya organisasi dengan mengharmonisasikan perbedaan nilai. Hasil pembelajaran yang ingin dicapai yaitu merumuskan, berpegang pada, mengintergrasikan, menghubungkan, mengaitkan, menyusun, mengubah, melengkapi, menyempurnakan, menyesuaikan, menyamakan, mengatur, memperbandingkan, mempertahankan dan memodifikasi.

e. Karakteristik (*Charaterization*)

Kemampuan mengendalikan perilaku berdasarkan nilai yang dianut memperbaiki hubungan interpersonal dan hubungan sosial. Pencapaian dalam bertindak, menyatakan, memperlihatkan, mempraktekkan, melayani,

mengundurkan diri, membuktikan, menunjukkan, bertahan, mempertimbangkan, dan mempersoalkan.

### **3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap**

Menurut A.Wawan & Dewi (2014) ada beberapa faktor yang mempengaruhi sikap:

- a. Pengalaman pribadi harus meninggalkan kesan yang kuat agar dapat dijadikan sebagai dasar pembentukan sikap yang baik. Sikap akan lebih mudah terbentuk jika pengalaman pribadi yang terjadi melibatkan faktor emosional. Berdasarkan hasil penelitian Agusti *et al* (2017) menyatakan bahwa ada hubungan yang sangat kuat antara kecerdasan emosional dengan sikap sosial siswa kelas xi akuntansi di SMK Negeri 3 Pontianak. Ini menunjukkan bahwa kecerdasan emosi memiliki hubungan yang sangat kuat dengan sikap sosial siswa.
- b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting individu cenderung mempunyai sikap yang searah dengan

orang yang dianggapnya penting karena dimotivasi oleh keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggapnya penting tersebut. Hasil penelitian Kusumaningrum *et al* (2011) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara fungsi afektif keluarga dan kecerdasan emosional dalam remaja berusia 12-15 tahun di Jogoroto Jombang. Proses pembelajaran siswa disabilitas intelektual dengan mengamati teman-teman mereka dan menanggapi petunjuk pada *flashcard* (Browder & Spooner, 2011; Cazzell *et al*, 2016).

- c. Pengaruh kebudayaan memberi corak pengalaman individu, masyarakat asuhannya sehingga kebudayaan yang dianut menjadi salah satu faktor penentu pembentukan sikap seseorang. Penelitian yang dilakukan oleh Molly *et al* (2018) untuk menyelidiki pengaruh budaya tradisional terhadap kesehatan, disabilitas dan layanan perawatan

kesehatan di antara anak-anak dan remaja penyandang cacat Indian Amerika dan Alaska. Hasil penelitian mengidentifikasi bahwa Tiga tema diidentifikasi: (1) partisipasi dalam kegiatan budaya penting untuk kesehatan sebagai orang AI / AN; (2) pengalaman berpartisipasi dalam kegiatan budaya dengan perbedaan fungsional; dan (3) kurangnya pengakuan akan kebutuhan fungsional yang terkait secara budaya anak-anak penyandang cacat / AN oleh penyedia rehabilitasi. Anak-anak berpartisipasi dalam kegiatan budaya terutama melalui kehadiran di acara komunitas.

Penelitian Sankhla (2015) yaitu bagaimana memahami perbedaan sikap/perspektif masyarakat Asia Selatan dan White Western terhadap seksualitas penyandang disabilitas intelektual. Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan signifikan antara Peserta Asia Selatan memiliki sikap negatif yang jauh lebih negatif terhadap

kontrol seksual dan hak seksual penyandang disabilitas intelektual dibandingkan dengan orang kulit putih / Barat.

- d. Media massa yang harusnya disampaikan secara objektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulis sehingga berpengaruh juga terhadap sikap konsumennya. Hasil penelitian Sari *et al* (2015) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara keterpaparan media sosial dengan perilaku seks remaja pada siswa kelas X SMK Negeri 2 Sewon Bantul Yogyakarta. Shpigelman (2017) gambaran pandangan anggota keluarga dan staf pendukung tentang penggunaan facebook oleh para penyandang disabilitas intelektual. Hasil dari penelitian ini mayoritas anggota keluarga mendukung *facebook* sebagai media untuk menjembatani hubungan sosial walaupun sebagian dari mereka menyatakan resiko atau kesulitan pengoperasian *facebook*.

- e. Lembaga pendidikan dan lembaga agama konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan system kepercayaan sehingga konsep ini akan ikut mempengaruhi pembentukan sikap. Hasil penelitian Sari (2014) menyatakan bahwa: terdapat 2 faktor yang mempengaruhi sikap yaitu 1) faktor keluarga yang mempengaruhi kematangan emosi remaja dalam berbagai kategori otoriter, uang saku, perbandingan, dan tindakan ambisius yang selalu memaksa siswa dan tindakan demokratis. 2) faktor sekolah yang mempengaruhi kematangan emosi remaja dalam banyak kategori berpikir positif, empati dan mengendalikan emosi.
- f. Faktor emosional sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi sebagai bentuk pertahanan egonya.

#### **4. Ciri-ciri sikap**

Wawan & Dewi (2014) menyatakan bahwa ciri-ciri sikap adalah:

- 1) Sikap tidak dibawa sejak lahir, namun dipelajari (*learnability*) dan dibentuk berdasarkan pengalaman dan latihan sepanjang perkembangan individu dalam hubungan dengan objek.
- 2) Sikap dapat berubah-ubah dalam situasi yang memenuhi syarat untuk itu sehingga dapat dipelajari.
- 3) Sikap tidak berdiri sendiri namun memiliki hubungan dengan objek sikap.
- 4) Objek sikap merupakan suatu point tertentu namun juga merupakan sekumpulan atau banyak objek.
- 5) Sikap dapat berlangsung lama atau sebentar.
- 6) Sikap mengandung faktor perasaan dan motivasi sehingga berbeda dengan pengetahuan.

#### **5. Cara Pengukuran Sikap**

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan

ke responden tentang pendapat atau pernyataan terhadap suatu objek dan secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan hipotesis selanjutnya menanyakan pendapat responden melalui koesioner (Wawan & Dewi, 2014).

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menilai pernyataan sikap seseorang. Pernyataan sikap adalah rangkaian kalimat yang mengatakan sesuatu mengenai objek sikap yang akan diungkap. Pernyataan sikap berisi pernyataan positif mengenai objek sikap yang kalimatnya bersifat mendukung atau setuju pada objek sikap yang disebut pernyataan *favourable* sebaliknya pernyataan sikap yang berisi komponen negatif mengenai objek sikap atau tidak mendukung atau tidak kontra disebut pernyataan tidak *favourable*. Suatu sikap skala dapat diupayakan terdiri dari pernyataan *favourable* dan tidak *favourable* dalam jumlah yang sama sehingga pernyataan yang disuguhkan tidak semua positif atau tidak semua negatif yang seakan-akan isi skala memihak



atau tidak mendukung secara keseluruhan objek sikap  
(Wawan & Dewi, 2014).

**F. Aplikasi Teori Model Promosi Kesehatan (*Health Promotion Model*) Nola J. Pender (Alligood, 2017)**

Teori Model Promosi Kesehatan (*Health Promotion Model*) Nola J. Pender menguraikan variabel dari *health promotion model*, aspek pertama yaitu karakteristik individu dan pengalaman individu yang dapat mempengaruhi tindakan atau perilaku individu atau kelompok sebelumnya dan faktor personal. Karakteristik dan pengalaman individu yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi pada anak disabilitas intelektual yaitu disabilitas intelektual kategori ringan (mampu didik) IQ 50/55 -70/75, mengalami kesulitan dalam berpikir abstrak, tetapi mampu mengikuti pelajaran yang bersifat akademik, umur kecerdasannya saat dewasa sama dengan anak normal berusia 12 tahun dan belum pernah/pernah memperoleh info kesehatan reproduksi yang membingungkan.

Karakteristik dan pengalaman individu selanjutnya ialah faktor personal yaitu biologi, psikologi, dan sosio-

budaya. Faktor biologi dalam penelitian ini ialah usia dan jenis kelamin. Faktor psikologis meliputi penghargaan diri, motivasi diri, kompetensi diri, persepsi (mendefinisikan kesehatan reproduksi, tujuannya, beserta ruang lingkup kesehatan reproduksi anak), faktor sosiokultural seperti seperti ras, etnik, akulturasi, pendidikan dan status ekonomi. Pada penelitian ini faktor personal adalah masa pubertas, kecemasan menghadapi pubertas & pelecehan seksual, status ekonomi & pendidikan rendah, tabu berbicara kesehatan reproduksi.

Aspek kedua yaitu kognisi dan afeksi dari perilaku khusus menurut Pender meliputi 6 hal. Pertama, manfaat yang dipersepsikan terhadap suatu tindakan yang dalam penelitian ini membidik tujuan dilakukannya *edukasi* kesehatan reproduksi yaitu mengetahui pubertas, mencegah pelecehan seksual, mengurangi rasa bersalah, malu, kecemasan dan kehamilan remaja.

Kedua, hambatan yang dipersepsikan terhadap suatu tindakan yaitu diartikan sebagai tingkat pendidikan rendah,

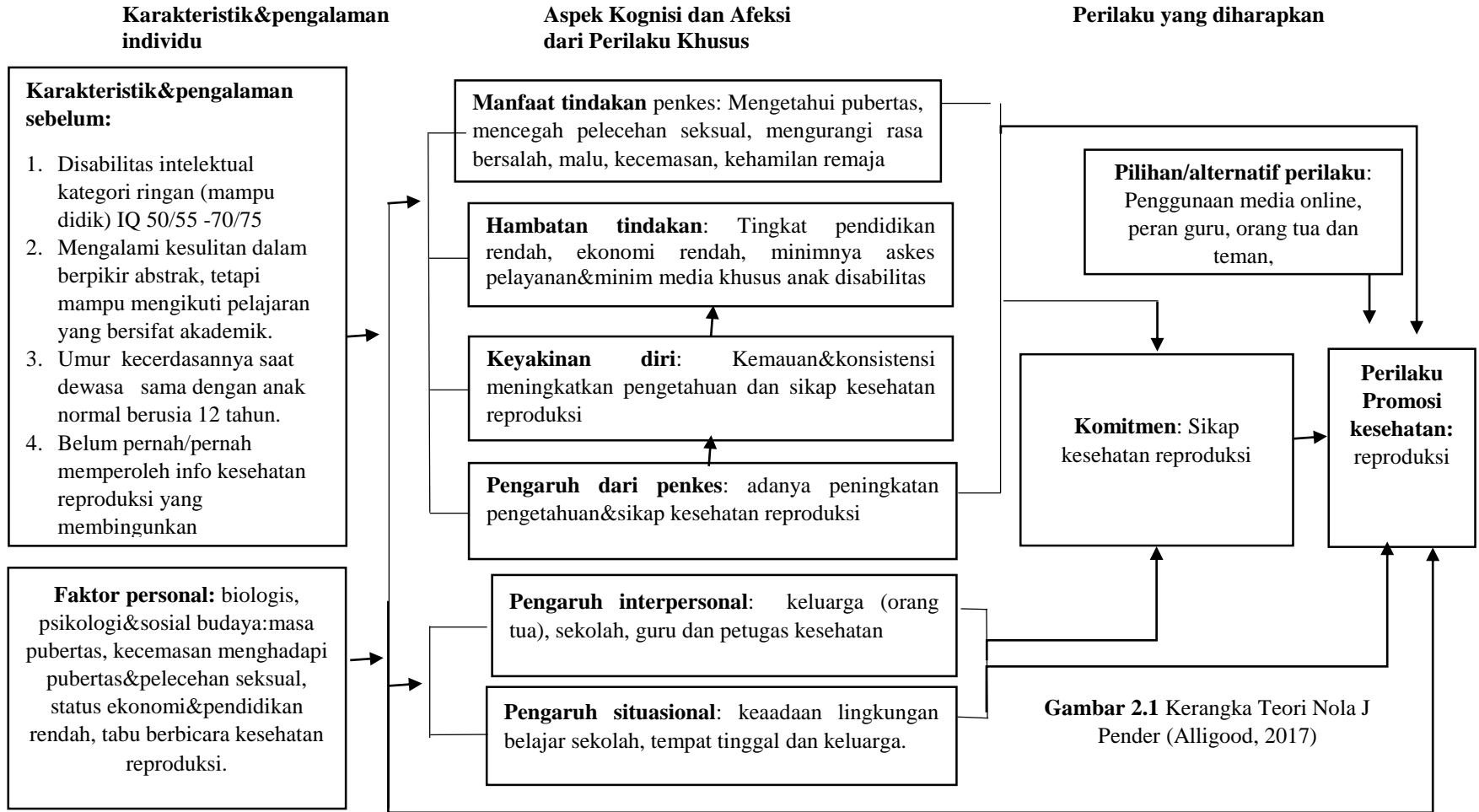
ekonomi rendah, minimnya akses pelayanan & minim media khusus anak disabilitas. Ketiga, persepsi terhadap keyakinan diri ialah adanya kemauan & konsistensi meningkatkan pengetahuan dan sikap kesehatan reproduksi.

Keempat, pengaruh yang ditimbulkan oleh suatu aktifitas; pemberian penkes kesehatan reproduksi dengan menggunakan metode *flashcard* dan *audio video* ialah adanya peningkatan pengetahuan dan sikap. Kelima, pengaruh interpersonal dalam melaksanakan penkes yang telah diberikan seperti keluarga (orang tua), dukungan sosial: sekolah dan teman-teman. Pengaruh situasional: keadaan lingkungan belajar sekolah, tempat tinggal dan keluarga.

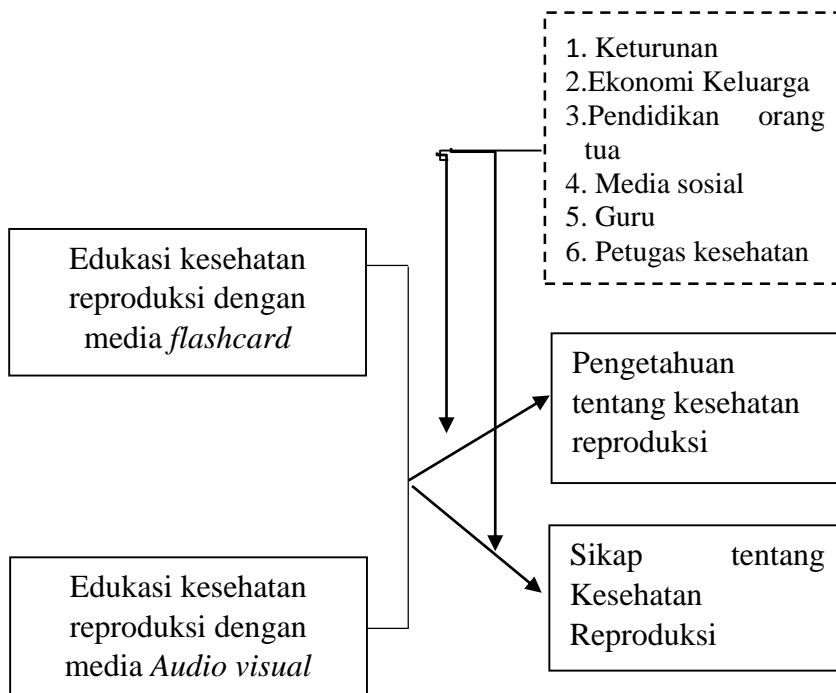
Keenam, pengaruh situasional: yaitu persepsi dan kognisi personal pada konteks yang dapat memfasilitasi atau menghentikan suatu peristiwa kebutuhan mencakup pilihan yang tersedia, kebutuhan, karakteristik dan estetika. Penelitian ini adalah keadaan lingkungan belajar sekolah, tempat tinggal dan keluarga.

Aspek ketiga yaitu perilaku sebagai hasil akhir terbentuk dari keenam aspek kognisi dan afeksi dari perilaku khusus tersebut akan menghasilkan komitmen untuk merencanakan suatu tindakan, yaitu: sikap kesehatan reproduksi yang membentuk perilaku kesehatan reproduksi. Aspek lain yang turut mempengaruhi yaitu kebutuhan yang mendesak (kendali rendah) dan berbagai pilihan kendali (kendali tinggi) yang secara tidak langsung turut mempengaruhi perilaku promosi kesehatan. Pilihan/alternatif perilaku pada penelitian ini adalah penggunaan media online, peran guru, orang tua dan teman.

## H. Kerangka Teori



## G. Kerangka Konsep



**Gambar 2.2.** Kerangka Konsep

### Ket:

———— : Diteliti

----- : Tidak diteliti

Penelitian ini mengukur tentang pengaruh edukasi kesehatan reproduksi dengan media *flashcard* dan media *audio visual* dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap anak disabilitas intelektual. Variabel bebas pada penelitian ini adalah edukasi kesehatan reproduksi dengan media *flashcard* dan media

*audio visual*. Variabel terikatnya adalah pengetahuan dan sikap anak disabilitas intelektual sedangkan yang menjadi variabel pengganggu (*variable confounding*) adalah keturunan, ekonomi keluarga, pendidikan orang tua, petugas kesehatan, guru dan media sosial (*facebook, Instagram, dll*).

## **I. Hipotesis**

Hipotesis dalam penelitian ini adalah jawaban sementara penelitian yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian yaitu:

1. Media edukasi kesehatan reproduksi *flashcard* dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap anak disabilitas intelektual.
2. Media edukasi kesehatan reproduksi *audio visual* dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap anak disabilitas intelektual.
3. Media edukasi kesehatan reproduksi *flashcard* lebih efektif dari media *audio visual* dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap anak disabilitas intelektual.