

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Wilayah Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di 2 SLB yaitu di SLB Bangun Putra Kasihan dan SLB Rela Bhakti 1 Gamping yang ada di Yogyakarta.

a. SLB Bangun Putra Kasihan

Berlokasi di jalan Bibis Ngentak Kelurahan Bangunjiwo Kecamatan Kasihan Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. SLB Bangun Putra merupakan SLB swasta dan status kepemilikan di bawah yayasan dengan SK pendirian sekolah 34/1989 dengan tanggal pendirian SK sekolah 1989-01-14 dan SK ijin Operasional 0397/I.13/H/KPTS 1989 dengan tanggal SK ijin operasional 1989—0-14.

SLB ini melayani siswa dengan kebutuhan khusus B,C,C1,D,D1,P dan Q mulai dari tingkat SD sampai SMA. Kurikulum yang diterapkan yaitu

kurikulum 2013 dengan waktu kerja 5 hari dari Senin-Jumat. Ruang kelas berjumlah 19 ruang, perpustakaan berjumlah 1 dan ruang sanitasi siswa berjumlah 2. Jumlah peserta didik secara keseluruhan 78 orang yang terdiri dari siswa laki-laki 52 orang dan siswa perempuan 26 orang. Jumlah tenaga guru yang mengajar adalah 17 orang.

Visi dan Misi SLB Bangun Putra Kasihan. Visi: terwujudnya anak berkebutuhan khusus yang bertaqwa, berbudi pekerti luhur, berbudaya, terampil dan mandiri. Misi: a. Meningkatkan ketaqwaan terhadap Tuhan yang Maha Esa, b. Meningkatkan penghayatan dan pengalaman budaya, citra harkat dan martabat, c. Mengembangkan ketrampilan 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 Rela Bhakti 1 Gamping

Terletak di Cokrowijayan, Banyuraden, Kecamatan Gamping, Kabupaten Sleman, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. SLB Rela Bhakti adalah SLB swasta dan status kepemilikan di bawah yayasan dengan SK pendirian sekolah 188/I.13.1/85 dengan tanggal pendirian SK sekolah 1970-08-20 dan SK ijin Operasional 01789/I/H/1986 dengan tanggal SK ijin operasional 1986-12-31. SLB ini melayani siswa dengan kebutuhan khusus B, C dan C1 mulai dari tingkat SD sampai SMA.

Kurikulum yang diterapkan yaitu kurikulum 2013 dengan waktu kerja 5 hari dari Senin-Jumat. Ruang kelas berjumlah 19 ruang, perpustakaan berjumlah 1 dan ruang sanitasi siswa berjumlah 1. Jumlah peserta didik secara keseluruhan 78 orang yang terdiri dari siswa laki-laki 54 orang dan siswa perempuan 24 orang. Jumlah tenaga guru yang mengajar adalah 14 orang.

Visi dan Misi SLB Rela Bhakti 1 Gamping. Visi: terwujudnya peserta didik yang terampil, mandiri berbudaya, berdasarkan iman dan takwa. Misi: a. Membimbing peserta didik untuk dapat melaksanakan ajaran agama dan keyakinan masing-masing, b. Mendidik anak berkebutuhan khusus agar mandiri, c. Mengembangkan ketrampilan yang sesuai dengan bakat dan minat siswa sebagai bekal hidupnya kelak.

2. Analisis Univariat

a. Karakteristik Responden

1) Karakteristik Anak Disabilitas Intelektual

Tabel 4.1 Menggambarkan Karakteristik Responden Anak Disabilitas Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan di SLB Bangun Putra Kasihan Bantul dan SLB Rela Bhakti 1 Gamping 2019 (n=48)

Karakteristik Responden	Kelompok intervensi <i>Flashcard</i> (n=24)		Kelompok intervensi <i>Audio visual</i> n= (24)	
	F	%	F	%
Usia				
9-11 tahun	3	12,5	7	29,2
12-14 tahun	7	29,2	5	20,8
15-17 tahun	9	37,5	8	33,3
18-20 tahun	5	20,8	4	16,7
Jenis kelamin				
Laki-laki	16	66,7	15	62,5
Perempuan	8	33,3	9	37,5
Tingkat pendidikan				
SD	13	54,2	18	66,7
SMP	11	45,8	8	33,3
Riwayat memperoleh Informasi				
Ya	18	75,0	17	70,8
Tidak	6	25,0	7	29,2
Sumber informasi				
Orang tua	2	11,1	2	11,8
Teman	1	5,5	3	17,6
Guru	3	16,7	10	58,8
Media sosial	3	16,7	2	11,8
Petugas kesehatan	9	50,0	0	0,00

Sumber : Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.1 karakteristik usia responden kelompok intervensi media *flashcard* jumlah terbanyak berusia 15-17 tahun sebanyak 13 orang (54,2%) dan jumlah terkecil berusia 9-11 tahun sebanyak 3 orang (12,5%) sedangkan kelompok intervensi media *audio visual* jumlah terbanyak berusia 15-17 tahun sebanyak 8 orang (33,3%) dan jumlah terkecil berusia 18-20 tahun sebanyak 4 orang (16,7%). Karakteristik Jenis kelamin kelompok intervensi *flashcard* mayoritas adalah laki-laki sebanyak 16 orang (66,7%) sedangkan pada kelompok intervensi media *audio visual* mayoritas adalah laki-laki sebanyak 15 orang (62,5%). Karakteristik jenis kelamin kelompok intervensi *flashcard* mayoritas adalah laki-laki sebanyak 16 orang (66,7%) sedangkan pada kelompok intervensi *audio visual* mayoritas juga adalah laki-laki sebanyak 15 orang (62,5%).

Karakteristik responden berdasarkan riwayat informasi kesehatan yang sudah diperoleh sebelumnya kelompok intervensi *flashcard* mayoritas sebanyak 18

orang (75,0%) dan intervensi *audio visual* sebanyak 17 (70,8%). Karakteristik responden berdasarkan jenis sumber informasi yang sudah diperoleh sebelumnya kelompok intervensi *flashcard* mayoritas bersumber dari petugas kesehatan sebanyak 9 orang (50,0%) dan paling sedikit dari guru sebanyak 1 orang (5,5%) sedangkan intervensi *audio visual* mayoritas bersumber dari guru sebanyak 10 orang (58,8 %) dan jumlah terkecil masing-masing sebanyak 2 orang (11,7%) bersumber dari orang tua & media online.

2) Karakteristik Orang Tua Responden

Tabel 4.2 Karakteristik Orang Tua Responden Berdasarkan Pekerjaan di SLB Bangun Putra Kasihan Bantul dan SLB Rela Bhakti 1 Gamping 2019 (n=48)

Karakteristik orang tua Responden	Kelompok <i>flashcard</i> (n=24)		Kelompok <i>audio visual</i> n= (24)	
	F	%	F	%
Jenis Pekerjaan				
Buruh	7	29,2	13	54,2
Wiraswasta	13	54,2	1	0,0
Karyawan swasta	3	12,5	9	0,0
PNS/TNI	1	4,2	1	4,2

Sumber : Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.2 karakteristik pekerjaan orang tua responden pada kelompok intervensi *flashcard* mayoritas adalah Wiraswasta sebanyak 13 orang (54,2 masing sebanyak 1 orang (4,2 %) sedangkan pada kelompok intervensi *audio visual* mayoritas adalah Buruh sebanyak 13 orang (54,2 %) dan jumlah terkecil yaitu PNS/TNI dan Wiraswasta masing-masing sebanyak 1 orang (4,2%).

3. Analisis Bivariat

a. Hasil Uji Normalitas Data

Tabel 4.3 Hasil Uji Normalitas Kelompok Intervensi dengan Media Edukasi *Flashcard* dan Kelompok Intervensi dengan Media *Audio Visual*

Hasil uji normaltas		
Variabel	Pre-test (<i>p</i> =value)	Post test (<i>p</i> =value)
Kelompok <i>flashcard</i>		
Pengetahuan	0,015	0.101
Sikap	0,001	0.008
Kelompok <i>audio visual</i>		
Pengetahuan	0,001	0,001
Sikap	0,001	0,006

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.3 pada kelompok intervensi dengan media *flashcard* dan kelompok

intervensi dengan media *audio visual* tidak berdistribusi normal dengan nilai $p < 0,05$.

b. Hasil Uji Wilcoxon Singed Rank Test Tentang Perbedaan Nilai Pre-Test dan Post-Test pada Kelompok Intervensi Flashcard dan Kelompok Kontrol intervensi Audio Visual

Uji *wilcoxon singed rank test* untuk mengetahui pengaruh dari penggunaan 2 media edukasi kesehatan reproduksi yang menggunakan media *flashcard* dan media *audio visual*.

Tabel 4.4 Hasil Uji Wilcoxon Singed Rank Test pada Pengetahuan Kelompok Intervensi Media Edukasi dengan Flashcard dan Kelompok Intervensi Media Edukasi dengan Audio Visual (n=48)

Variabel Pengetahuan	Kelompok Flashcard (n=24)		Kelompok Audio visual (n=24)		p value
	min-max	mean±SD	min-max	mean±SD	
Pretest	4-10	7,58±1,41	3-10	7,29±1,71	0,001
Posttest	10-4	11,88±1,33	6-12	9,00±1,32	0,001

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa terdapat perbedaan peningkatan pengetahuan nilai *pre-test* dan *post-test* yang signifikan pada

kelompok intervensi media *flashcard* hasil uji *wilcoxon* menunjukkan adanya signifikansi dengan *p value*=0,001<0,05 sedangkan pada kelompok intervensi media *audio visual* juga terdapat perbedaan peningkatan nilai *pre-test* dan *post-test* hasil uji *wilcoxon* menunjukkan adanya signifikansi dengan *p value* = 0,001<0,05.

Tabel 4.5 Hasil Uji Wilcoxon Singed Rank Test pada Sikap Kelompok Intervensi dengan Media Edukasi *Flashcard* dan Kelompok Intervensi Media Edukasi dengan *Audio Visual* (n=48)

Variabel Sikap	Kelompok Flashcard (n=24)		Kelompok Audio Visual (n=24)		<i>p value</i>
	<i>min-max</i>	<i>mean±SD</i>	<i>min-max</i>	<i>mean±SD</i>	
<i>Pretest</i>	3-7	5,67±1,13	3-7	4,79±1,41	0,001
<i>Posttest</i>	4-9	7,46±1,25	3-9	5,67±1,47	0,003

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa terdapat perbedaan peningkatan sikap nilai *pre-test* dan *post-test* yang signifikan pada kelompok intervensi media *flashcard*, hasil uji *wilcoxon* menunjukkan adanya signifikansi dengan *p*

$value=0,001 < 0,05$ dan pada kelompok intervensi media *audio visual* juga terdapat perbedaan peningkatan sikap nilai *pre-test* dan *post-test* hasil uji *wilcoxon* menunjukkan signifikansi $p\ value=0,003 < 0,05$.

c. **Hasil Uji Mann Whitney U Perbandingan Post-Test pada Kelompok Intervensi Flashcaerd dan Kelompok Intervensi Audio Visual**

Tabel 4.6 Hasil Uji Mann Whitney U Kelompok Intervensi Media Edukasi Flashcard dengan Kelompok Intervensi Media Edukasi Audio Visual.

Variabel penelitian	<i>mean rank</i>	<i>p value</i>
Pengetahuan		
<i>Flashcard</i>	35,17	0.001
<i>Audio visual</i>	13,83	
Sikap		
<i>Flashcard</i>	32,31	0,001
<i>Audio visual</i>	16,69	

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.6 hasil uji *Mann Whitney U* dari hasil *posttest* pada kelompok intervensi *flashcard* maupun kelompok intervensi *audio visual* diketahui terdapat perbedaan yang signifikan dengan $p\ value=0,001 < 0,05$.

d. Hasil Nilai Delta (Nilai *Posttest*- Nilai *Pretest*) Kedua Kelompok

Tabel 4.7 Hasil Nilai Delta (Nilai *Posttest*-Nilai *Pretest*) Kedua Kelompok

Variabel penelitian	<i>mean rank</i>	<i>p value</i>
Pengetahuan		
Δ <i>Flashcard</i>	33,48	0,001
Δ <i>Audio visual</i>	15,52	
Sikap		
Δ <i>Flashcard</i>	30,15	0,004
Δ <i>Audio visual</i>	18,85	

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.7 hasil nilai delta/nilai selisih (nilai *posttest*-nilai *pretest*) kelompok intervensi *flashcard* maupun kelompok intervensi *audio visual* pada variabel pengetahuan diketahui terdapat perbedaan signifikan dengan *p value*=0,001 < 0,05 dan variabel sikap memiliki nilai *p value*=0,04 < 0,05.

B. Pembahasan

1. Analisis Univariat

a. Usia Anak Disabilitas Intelektual

Hasil analisa data pada tabel 4.1 diperoleh karakteristik responden pada kelompok intervensi *flashcard* dan kelompok intervensi *audio visual* jumlah terbanyak adalah anak usia 15-17 tahun. Berdasarkan WHO yang menyatakan usia 0-19 tahun masih termasuk dalam usia anak-anak, sedangkan menurut Kemenkes usia 12-16 tahun merupakan usia remaja awal (Kemenkes, 2014).

Hughes (2017) mengidentifikasi usia disabilitas intelektual pada anak yaitu usia 0-15 tahun dan usia remaja 16-24 tahun. Menurut Astuti (2001), perkembangan anak disabilitas ringan secara fisik terlihat keadaan fisik tubuh yang baik, kelancaran dalam berbahasa, memiliki pembendaharaan kata yang terbatas, dan mengalami kesulitan dalam menarik kesimpulan,

sedangkan tingkat kecerdaan pada anak disabilitas intelektual pada usia dewasa sama dengan anak usia 12 tahun.

Rentang usia seseorang yang mengalami disabilitas intelektual dimulai dari usia anak 0-15 tahun sampai 15-17 tahun dan semakin bertambah usianya semakin baik untuk memberikan pendidikan/informasi kesehatan reproduksi karena tingkat kecerdasan anak disabilitas intelektual usia dewasa sama dengan anak usia 12 tahun sehingga mereka mampu menerima dan mengingat informasi dalam memahami proses perubahan yang akan terjadi atau yang sudah terjadi yang dialami oleh mereka.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin anak laki-laki merupakan jumlah terbanyak responden anak yang mengalami disabilitas intelektual. Berdasarkan hasil survey prevalensi disabilitas intelektual oleh *world health*

survey di 59 negara dan pada negara yang berpenghasilan rendah jumlah laki-laki yang mengalami disabilitas lebih banyak sekitar 13,8 % dibandingkan dengan laki-laki pada negara berpenghasilan tinggi sebanyak 9,1 % (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian dari Hughes (2017) prevalensi dan status kesehatan secara umum pada masyarakat dengan disabilitas intelektual di Scotlandia diidentifikasi bahwa penduduk dengan jumlah 26. 349 jiwa (0,5%) dari total penduduk 5.295.403 jiwa yang mengalami disabilitas terbanyak berdasarkan jenis kelamin adalah penduduk dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 15. 149 jiwa (57,5 %) dibandingkan dengan jumlah wanita sebanyak 11.200 jiwa (42,5 %) sedangkan angka demografi masyarakat dengan disabilitas intelektual di Asia Selatan jumlah terbanyak adalah laki-laki 74 orang (50,3

%) dari jumlah 147 orang. Kesimpulan menunjukkan bahwa jumlah anak laki-laki yang mengalami disabilitas intelektual di beberapa negara lebih tinggi prevalensinya untuk mengalami disabilitas intelektual dibandingkan anak perempuan.

c. Tingkat Pendidikan

Jumlah tingkat pendidikan responden terbanyak pada penelitian ini adalah responden dengan tingkat pendidikan sekolah dasar (SD), sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Goldman (2010) menyatakan bahwa anak-anak mencapai kematangan reproduksi masa pubertas lebih awal dari generasi sebelumnya, proporsi anak yang cukup besar akan mengalami tanda-tanda perkembangan pubertas sejak usia 8 atau 9 tahun saat berada di sekolah dasar. Sebagian dari anak perempuan mengalami menstruasi pada usia

12 tahun dan separuh dari anak laki-laki mengalami ejakulasi pada usia 13 tahun.

Anak disabilitas intelektual yang duduk dibangku pendidikan SD merupakan jenjang pendidikan yang baik untuk mengawali pemberian pendidikan kesehatan sebagai langkah promotif sehingga anak disabilitas intelektual dapat belajar menerima perubahan yang akan terjadi secara fisik, psikis dan sosial pada tubuh mereka.

d. Riwayat Informasi yang Diperoleh

Mayoritas jawaban dari responden mereka menjawab ya atau sudah pernah memperoleh informasi sebelumnya tentang kesehatan reproduksi. Pengetahuan atau Informasi tentang kesehatan reproduksi yang diperoleh oleh anak disabilitas intelektual dapat diperoleh melalui berbagai sumber. Friedman (2017) dalam penelitiannya yaitu *Sexual health in the community: Services for people with intellectual*

and developmental disabilities menunjukkan remaja disabilitas intelektual memperoleh informasi dimulai dari layanan pendidikan kesehatan seksual sampai tingkat perawatan kesehatan reproduksi yang berkelanjutan yang berbasis masyarakat.

Penelitian lain yang menyatakan bahwa informasi yang diperoleh sebelumnya bersumber dari peran staf atau petugas kesehatan yaitu penelitian yang dilakukan oleh Schaafsma (2014) mengidentifikasi faktor-faktor penting yang berhubungan pemberian pendidikan seksual pada masyarakat dengan disabilitas intelektual, teridentifikasi bahwa adanya keterlibatan petugas kesehatan dalam memberikan pendidikan kesehatan tanpa meninggalkan faktor sosial yang turut mempengaruhi penerimaan pendidikan kesehatan yang diberikan. Menurut Neufeldt *et al* (2002) para disabilitas intelektual biasanya mengakses sumber-sumber informasi yang berasal

dari program sekolah atau komunitas, orang tua, pengasuh, teman sebaya atau media. Asumsi dari peneliti yaitu anak disabilitas intelektual sebelumnya sudah pernah memperoleh informasi kesehatan reproduksi dari berbagai sumber yaitu melalui tenaga kesehatan, program sekolah atau komunitas, orang tua, teman sebaya atau media.

e. Sumber Informasi

Mayoritas siswa memperoleh informasi yang bersumber dari guru dan petugas kesehatan. Berdasarkan penelitian Wilson (2016) menyatakan bahwa adanya keterlibatan tenaga kesehatan/konselor kesehatan dalam memberikan informasi, pendidikan serta dukungan pada remaja *intellectual and developmental disability* (IDD) yang akan mengalami peralihan ke masa dewasa meskipun belum secara optimal karena masih kurangnya persiapan pengetahuan/pengalaman dari petugas kesehatan sendiri karena hanya

berdasarkan nilai-nilai/pengetahuan yang mereka miliki dan dijadikan sebagai pedoman.

Hasil Penelitian Seburg (2015) tentang *Disability and discussions of health-related behavior between youth and health care provider*. Menunjukkan adanya peran dari petugas kesehatan dalam memberikan pendidikan kesehatan pada remaja dengan disabilitas intelektual dengan topik tertentu yaitu penggunaan zat adiktif, kesehatan seksual dan reproduksi, makanan sehat, berat badan dan aktivitas fisik.

Berdasarkan 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. Kesimpulannya informasi kesehatan reproduksi yang diperoleh anak dengan keterbatasan intelektual dapat diperoleh dari berbagai sumber yaitu melalui peran tenaga kesehatan, program sekolah atau komunitas, orang tua, pengasuh, teman sebaya atau media.

e. Pekerjaan Orang Tua

Berdasarkan tabel 4.2 karakteristik orang tua responden mayoritas mempunyai pekerjaan sebagai buruh dan wiraswasta. Pekerjaan yang merupakan bagian dari faktor ekonomi dapat mempengaruhi pengetahuan kesehatan reproduksi. Menurut Prijatni & Rahayu (2016) kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, usia pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil. Hasil penelitian Akhtar (2012)

mengemukakan bahwa faktor sosial ekonomi orang tua memiliki efek positif terhadap prestasi belajar siswa di sekolah. Akbar *et al* (2014) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa 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. Didukung oleh penelitian (Strømme dan Magnus 2000; Emerson, Einfeld, dan Stancliffe 2010; Olsson *et al*, 2015; Huus *et al*, 2016) keluarga dengan anak yang memiliki disabilitas intelektual ringan lebih banyak memiliki status sosial ekonomi yang lebih rendah.

Berdasarkan Wulandari & Made (2017) penghasilan atau keadaan ekonomi orang tua atau keluarga berpengaruh positif dan signifikan terhadap sikap kesehatan reproduksi remaja di

kecamatan Kuta dalam pelayanan seksual dan reproduksi. Notoatmodjo (2015) menyatakan sosial ekonomi, penghasilan sering dilihat untuk menilai hubungan antara tingkat penghasilan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Informasi kesehatan reproduksi pada anak dengan disabilitas intelektual dapat dipengaruhi oleh status sosial ekonomi orang tua atau pekerjaan orangtuanya dalam memfasilitasi anaknya memperoleh pendidikan.

2. Analisis Bivariat

a. Pengaruh Edukasi Kesehatan Reproduksi dengan Media *Flashcard* dan Media *Audio Visual* Terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Anak Disabilitas Intelektual.

Hasil analisis menggunakan uji *Wilcoxon* pada tabel 4.4 dan 4.5 didapatkan adanya pengaruh/peningkatan yang bermakna pada pengetahuan dan sikap anak disabilitas intelektual tentang kesehatan reproduksi melalui media *flashcard* dan *audio visual*.

Peningkatan pengetahuan dan sikap pada anak disabilitas intelektual dipengaruhi oleh media pendidikan *flashcard* dan *audio visual* yang digunakan. Hasil penelitian Sage *et al* (2016) menunjukkan *flashcards* konvensional yang terbuat dari kertas dan *flashcard* digital sebagai media atau alat bantu pembelajaran layak atau efektif untuk membantu peserta didik dengan disabilitas intelektual dalam menerima informasi. Hasil penelitian Satriana (2013) mengungkapkan bahwa media *flashcard* dapat meningkatkan kemampuan mengenali simbol angka 1 hingga 5 untuk siswa tunagrahita. Menurut Susilana dan Riyana (2009) *flashcard* memiliki beberapa kelebihan antara lain: mudah dibawa-bawa, praktis, gampang diingat dan menyenangkan.

Peningkatan pengetahuan dan sikap anak disabilitas intelektual melalui media *audio visual* menurut penelitian yang dilakukan oleh Rozi

(2018) menunjukkan adanya pengaruh pendidikan kesehatan melalui media *audio visual* terhadap pengetahuan *vulva hygiene* saat menstruasi pada siswa putri tunagrahita di SLB Muhammadiyah Gamping.

Menurut Arsyad (2011) media *audio visual* memiliki beberapa kelebihan yaitu melengkapi pengalaman dasar siswa, menggambarkan sebuah 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 oleh kelompok besar ataupun kecil, maupun perorangan yang bersifat heterogen maupun homogen, waktu pemutaran dapat ditampilkan satu atau dua menit.

Hubungan atau kaitan antara peran media pendidikan *flashcard* dan *audio visual* pada anak disabilitas intelektual menurut Schmidt & Brown

(2015) bahwa anak-anak dengan *intellectual disabilities* diklasifikasikan lebih luas dalam kategori anak-anak dengan kebutuhan khusus dan memiliki penurunan fungsi adaptif yang meliputi fungsi domain konseptual, sosial dan praktis yang terjadi sebelum usia 18 tahun (*American Psychiatric Association*, 2013).

Menurut Matos *et al* (2015) keterbatasan kognitif pada anak dengan disabilitas intelektual menyebabkan mereka mengalami kesulitan dalam komunikasi, membaca, menulis dan perhatian sehingga diperlukan solusi inovatif yang efektif yang membantu mereka dalam proses belajar dengan menggunakan media yang melibatkan lebih dari satu panca indera. Pernyataan tersebut diperkuat oleh Kemenpppa (2013) bahwa tingkat intelegensi anak disabilitas intelektual yang signifikan berada dibawah rata-rata anak seusianya disertai dengan ketidakmampuan beradaptasi

terhadap perilaku yang muncul pada tahap perkembangan sehingga memerlukan media yang menarik perhatian dan memiliki kelebihan dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada mereka.

Edukasi kesehatan reproduksi dengan media *flashcard* dan *Audio visual* sebagai media pembelajaran mampu membantu meningkatkan pengetahuan dan sikap anak disabilitas intelektual yang mengalami keterbatasan kecerdasan, kesulitan dalam komunikasi, membaca, menulis dan perhatian.

b. Perbedaan Pengaruh Edukasi Kesehatan Reproduksi Kelompok Intervensi Media *Flashcard* dan Kelompok Intervensi Media *Audio Visual*

Hasil analisis menggunakan *Mann withney U* pada tabel 4.6 dan nilai delta pada tabel 4.7 pada kedua kelompok terdapat perbedaan peningkatan yang signifikan antara kelompok media *flashcard* dan media *audio visual* terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap.

Perbedaan angka pada *mean rank* dan nilai delta (nilai *posttest* - nilai *pretest*) secara statistik menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan dan sikap lebih besar pada kelompok media *flashcard* dibandingkan media *audio visual*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa peran media pendidikan sangat berpengaruh dalam membantu anak dengan keterbatasan intelektual. Menurut Schaafsma *et al* (2014) kecacatan intelektual ditandai dengan keterbatasan yang signifikan yang mencakup keterbatasan dalam fungsi kecerdasan dan keterbatasan perilaku yang adaptif (keterbatasan dalam melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri sesuai dengan usia dan tuntunan dalam kelompoknya).

Wilcox *et al* (2019) menyatakan bahwa anak dengan disabilitas intelektual memiliki keterbatasan kecerdasan sehingga tingkat penyerapan terhadap materi pembelajaran lebih

lambat dari pada teman-teman mereka yang tidak mengalami disabilitas intelektual.

Terbatasnya fungsi kecerdasan dan ketrampilan yang merupakan karakteristik dari anak disabilitas intelektual memerlukan sebuah intervensi/metode pembelajaran yang menarik dan diberikan secara berulang terhadap sebuah materi pelajaran. Andayani & Indarjo (2017) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa intervensi menggunakan metode drill/pengulangan bermedia *flashcard* efektif dalam meningkatkan pengetahuan anak tunagrahita sedang dalam praktik cuci tangan pakai sabun. Diperkuat oleh pernyataan Cohen (2011) bahwa efektivitas kartu *flashcard* karena adanya pengulangan dan pembelajaran yang aktif dari siswa.

Penelitian tentang pengaruh media *audio visual* berdasarkan hasil penelitian Faikoh *et al* (2014) mengungkapkan terdapat pengaruh antara

intervensi *modelling* melalui media video terhadap peningkatan kemampuan *toilet training* pada anak retardasi mental di SLBN Semarang dengan menggunakan uji *wilcoxon* yaitu didapatkan *p value* 0,00 ($\alpha > 0,05$). Sanjaya (2008) mengungkapkan penggunaan media *audio visual* dalam memberikan pendidikan kesehatan walaupun memiliki kelebihan juga memiliki kelemahan yaitu 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.

Terkait dengan keterbatasan kecerdasan pada anak disabilitas intelektual ini akan mempengaruhi penyerapan materi kesehatan reproduksi yang

disampaikan pada mereka. 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.

Media dibuat berlandaskan prinsip bahwa informasi yang diterima atau diperoleh melalui satu atau lebih panca indra maka akan meningkatkan kejelasan informasi yang diperoleh. Menurut teori kerucut Dale penggunaan media edukasi gambar dan media video memberikan kontribusi penyerapan informasi oleh siswa sebanyak 30% dengan capaian pembelajaran atau tujuan yang dicapai yaitu mampu memperagakan, menerapkan dan mempraktikkan (Huda, 2016).

Berdasarkan pembahasan di atas dapat disimpulkan bahwa kontribusi penyerapan materi oleh peserta dengan kemampuan intelegensi dibawah rata-rata menunjukkan adanya perbedaan pengaruh intervensi kelompok *flashcard* lebih berpengaruh dari kelompok *audio visual* karena pemberian materi dengan media *flashcard* dilakukan secara berulang sedangkan pemberian materi melalui *audio visual* tanpa adanya pengulangan pemutaran materi.

Berdasarkan teori keperawatan Nola J. Pender tentang HPM (*Health Promotion Model*) bahwa perilaku yang mencakup domain pengetahuan dan sikap dipengaruhi oleh 3 aspek utama yang saling mempengaruhi yang pertama yaitu karakteristik dan pengalaman individu dan juga faktor personal yaitu biologi, psikologi dan sosio-budaya. Faktor biologi dalam penelitian ini adalah usia dan jenis kelamin. Faktor psikologis

meliputi penghargaan diri, motivasi diri, kompetensi diri, persepsi, faktor sosiokultural seperti seperti ras, etnik, akulturasi, pendidikan dan status ekonomi.

Aspek kedua yaitu kognisi dan afeksi dari perilaku khusus menurut Pender meliputi 6 komponen. Komponen 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 dan kecemasan.

Komponen Kedua, hambatan yang dipersepsikan terhadap suatu tindakan yaitu diartikan sebagai tingkat pendidikan rendah, ekonomi rendah, minimnya akses pelayanan dan minim media khusus anak disabilitas. Komponen ketiga, persepsi terhadap keyakinan diri ialah

adanya kemauan dan konsistensi meningkatkan pengetahuan dan sikap kesehatan reproduksi.

Komponen 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 petugas kesehatan, keluarga (orang tua), dukungan sosial: sekolah dan teman-teman. Pengaruh situasional: keadaan lingkungan belajar sekolah, tempat tinggal dan keluarga.

Aspek ketiga yaitu perilaku yang diharapkan diawali dari komitmen untuk membentuk perilaku melalui sikap tentang pendidikan kesehatan reproduksi dengan media *flashcard* dan *audio visual* untuk membentuk perilaku promosi kesehatan walaupun *output* teori HPM (*health*

promotion model) adalah terbentuknya perilaku namun dalam penelitian ini terbatas hanya sampai pada cakupan domain pengetahuan dan sikap sesuai dengan tujuan penelitian peneliti.

C. Keterbatasan Penelitian

Adapun keterbatasan/kelemahan dalam penelitian ini adalah:

1. Besar kecilnya kelompok intervensi dan frekuensi pemberian materi berbeda pada kelompok dengan media *flashcard* dilakukan pada kelompok kecil secara bergantian dan adanya pengulangan penyampaian materi sedangkan media *audio visual* diberikan pada kelompok yang besar dan hanya 1 kali pemutaran dan dilanjutkan dengan *posttest*.
2. Pembuatan media *flashcard* yang didesain sendiri dan materi *audio visual* yang diperoleh melalui *youtube* hanya melibatkan guru SLB yang pernah mengikuti pelatihan kesehatan reproduksi dalam memberikan masukan atau penilaian, tidak dilakukannya *CVI (content validity index)* terhadap masukan dari Guru SLB dan tidak melibatkan psikolog.