



**EFEKTIVITAS METODE DRILL BERMEDIA FLASH
CARD DALAM PENINGKATAN PENGETAHUAN
DAN PRAKTIK CUCI TANGAN PAKAI SABUN
PADA ANAK TUNAGRAHITA SEDANG
DI SLB NEGERI SEMARANG**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat

Untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Oleh :

Rita Andayani

NIM 6411411160

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2015

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Semarang
Desember 2015

ABSTRAK

Rita Andayani,

Efektivitas Metode Drill Bermedia Flash Card dalam Peningkatan Pengetahuan dan Praktik Cuci Tangan Pakai Sabun pada Anak Tunagrahita Sedang di SLB Negeri Semarang Tahun 2015.

VI + 109 halaman + 12 tabel + 2 gambar + 18 lampiran

Penyakit diare dan ISPA merupakan penyebab utama kematian pada anak. Risiko terjadinya penyakit diare dan ISPA dapat terjadi pada anak tunagrahita, karena kekurangan mereka dalam hal kebersihan badan. Anak dengan tunagrahita membutuhkan pelayanan kesehatan khususnya mencuci tangan pakai sabun dengan metode dan media yang sesuai dengan karakteristik anak tunagrahita. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas metode drill bermedia flash card dalam meningkatkan pengetahuan dan praktik cuci tangan pakai sabun pada anak tunagrahita sedang. Jenis penelitian ini adalah *true experimental* dengan pendekatan *one group pretest-posttest*. Sampel berjumlah 10 responden. Instrument yang digunakan berupa, flash card, kuesioner, dan *check list*.

Hasil uji T Berpasangan dan Wilcoxon menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan ($p=0,005$) dan praktik ($p=0,011$) pada kelompok eksperimen. Apabila nilai *p value* $< 0,05$ maka terdapat perbedaan yang bermakna antara *pre test* dan *post test*. Maka hasil penelitian ini adalah metode drill bermedia flash card berpengaruh dalam meningkatkan pengetahuan dan praktik cuci tangan pakai sabun pada anak tunagrahita sedang.

Kata Kunci : Metode Drill Bermedia Flash Card, Pengetahuan, Praktik, Cuci Tangan

Literatur : 46 (1989-2013)

ABSTRACT

Rita Andayani,

The Effectiveness of Drilling Method Using Flash Card to Improve Knowledge and Practice of Handwashing for Children with Moderate Mental Retardation of SLB Negeri Semarang in the Academic Year 2015.

VI + 109 page + 12 table + 2 figure + 18 appendix

Diarrhea and ARI (Acute Respiratory Infection) are main caused of death happening to children. The risk for being infected by diarrhea and ARI can happen to mentally retarded children, since they are lack of body cleanliness. Mentally retarded children need health service especially handwashing wearing soap with method and appropriate media based on their characteristic. This research aims to discover the effectiveness of drilling method using flash card in order to increase moderate mentally retarded children' knowledge and practice on handwashing wearing soap. This is a true experimental research with one group pretest-posttest. There are 10 respondents. The instruments used are flash card, questionnaire, and check list.

The result of Paired t-test and Wilcoxon shows that there is a knowledge improvement ($p=0,005$) and practice ($p=0,001$) of experimental group. If the p value is $< 0,05$, there is a significant different between pretest and posttest. Therefore, the research result concludes that drilling method using flash card is effective to improve knowledge and practice of handwashing for children with moderate mental retardation.

Key words : Drilling method using Flash Card, Knowledge, Practice, Handwashing

References : 46 (1989-2013)



PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis di dalam skripsi ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan jiplakan dari karya tulis orang lain, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat di dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, Desember 2015



Rita Andayani

641141160



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Rita Andayani, NIM: 6411411160, dengan judul "Efektivitas Metode Drill bermedia Flash Card dalam Peningkatan Pengetahuan dan Praktik Cuci Tangan Pakai Sabun pada Anak Tunagrahita Sedang di SLB Negeri Semarang".

Pada hari : Rabu

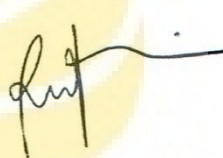
Tanggal : 16 Desember 2015

Panitia Ujian

Ketua Panitia,

Prof. Dr. Iandaryo Rahayu, M.Pd.
NIP. 196103201984032001


Sekretaris,


Rudatin Windraswara, S.T., M.Sc
NIP. 198208112008121004

Dewan Penguji

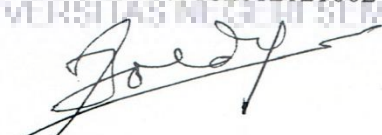
Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji


1. Muhammad Azinar, S.KM., M.Kes
NIP. 198205182012121002

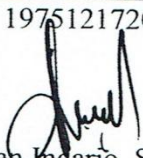
11/1 - 2016

Anggota Penguji


2. Irwan Budiono, S.KM., M.Kes (Epid)
NIP. 197512172005011003

13-1-2016

Anggota Penguji


3. Sofwan Indarjo, S.KM., M.Kes
NIP. 197607192008121002

14/1 - 2016

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto :

“Karna hidup tak semudah membalikkan telapak tangan, maka berjuanglah dan bertahanlah sampai kau gapai citamu.”



Persembahan :

Skripsi ini ananda persembahkan kepada :

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

1. Ayah Dwi dan Ibu Ambar tercinta
2. Kakak dan Adik tersayang
3. Generasi Penerus IKM
4. Almamater terhangat

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat, hidayah dan berkahnya, sehingga skripsi yang berjudul “Efektivitas Metode Drill Bermedia Flash Card dalam Peningkatan Pengetahuan dan Praktik Cuci Tangan Pakai Sabun pada Anak Tunagrahita Sedang di SLB Negeri Semarang”. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Selama proses penyusunan skripsi ini, penulis tidak lepas mendapat dukungan, petunjuk dan bimbingan dari berbagai pihak. Maka dengan segala kerendahan hati, penulis menyampaikan terima kasih yang tulus kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd.
2. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang Drs. Tri Rustiadi, M.Kes, atas persetujuan penelitian
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang, Irwan Budiono, S.KM., M.Kes (Epid) atas perizinan dan persetujuan penelitian.
4. Pembimbing Utama, Sofwan Indarjo, S.KM., M.Kes atas masukan, bimbingan, arahan dan motivasinya dalam penyusunan skripsi.
5. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang, atas bekal pengetahuan dan motivasi yang diberikan.

6. Segenap guru dan siswa SLB Negeri Semarang, atas bantuan pelaksanaan penelitian.
7. Semua pihak yang telah membantu kelancaran penelitian dan penyusunan skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapat pahala yang berlimpah dari Allah SWT, aamiin.

Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak sangat diharapkan guna penyempurnaan skripsi ini.

Semoga Skripsi ini bermanfaat bagi pembaca.

Semarang, Desember 2015

Penulis



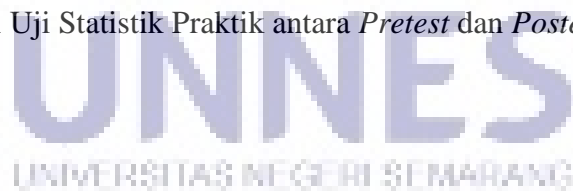
DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN	iv
PENGESAHAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Hasil Penelitian	8
1.5 Keaslian Penelitian	9
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Landasan Teori	12
2.1.1 Pengertian Anak Tunagrahita	12
2.1.2 Perawatan Diri	22
2.1.3 Pengetahuan	26
2.1.4 Praktik	30
2.1.5 Metode Drill	31
2.2 Kerangka Teori	37
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konsep	38

3.2 Variabel Penelitian	38
3.3 Hipotesis Penelitian.....	39
3.4 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	39
3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian	41
3.6 Populasi dan Sampel	42
3.7 Sumber Data.....	44
3.8 Instrumen Penelitian.....	44
3.9 Teknik Pengambilan Data	48
3.10 Uji Validitas dan Realibilitas	48
3.11 Prosedur Penelitian.....	50
3.12 Teknik Pengolahan dan Analisis Data	51
BAB IV HASIL PENELITIAN	
4.1 Gambaran Umum	54
4.2 Hasil Uji Statistik	57
BAB V PEMBAHASAN	
5.1 Perbedaan Skor Pengetahuan Cuci Tangan Pakai Sabun Anak Tunagrahita Sedang	60
5.2 Perbedaan Skor Praktik Cuci Tangan Pakai Sabun Anak Tunagrahita Sedang	62
5.3 Hambatan dan Kelemahan Penelitian	66
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Simpulan	68
6.2 Saran.....	68
DAFTAR PUSTAKA	70

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 1.1 Pembagian Tunagrahita Menurut DSM IV	2
Tabel 1.2 Keaslian Penelitian.....	9
Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	40
Tabel 3.2 Rancangan Penelitian.....	41
Tabel 4.1 Distribusi Responden Menurut Usia.....	54
Tabel 4.2 Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin.....	55
Tabel 4.3 Distribusi Skor Pengetahuan.....	56
Tabel 4.4 Distribusi Skor Praktik.....	56
Tabel 4.5 Hasil Uji Normalitas Data Pengetahuan	57
Tabel 4.6 Hasil Uji Normalitas Data Praktik	58
Tabel 4.7 Hasil Uji Statistik Pengetahuan antara <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i>	59
Tabel 4.8 Hasil Uji Statistik Praktik antara <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i>	59



DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	37
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	38



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Surat Tugas Pembimbing	75
2. <i>Ethical Clearence</i>	76
3. Surat Ijin Penelitian dari Fakultas	77
4. Surat Ijin Penelitian dari Kesbangpol	78
5. Lembar Persetujuan Subyek	82
6. Hasil Uji Validitas dan Realibilitas Angket	84
7. Kuesioner Pengetahuan	89
8. <i>Check List</i> Praktik	93
9. SOP Cuci Tangan Pakai Sabun	94
10. Daftar Responden	95
11. Tabulasi Skor <i>Pretest</i> Pengetahuan	96
12. Tabulasi Skor <i>Posttest</i> Pengetahuan	97
13. Tabulasi Skor <i>Pretest</i> Praktik	98
14. Tabulasi Skor <i>Posttest</i> Praktik	99
15. Uji Normalitas Data Pengetahuan	100
16. Uji Statistik Pengetahuan	101
17. Uji Statistik Praktik	103
18. Dokumentasi	105



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG MASALAH

Masalah-masalah perkembangan individu sejak dilahirkan, masa kanak-kanak, remaja hingga dewasa merupakan masalah yang menarik untuk disimak. Namun, tidak semua individu mengalami perjalanan yang mulus dalam menjalani kehidupan akan datang, ada juga yang mengalami masalah dalam tumbuh kembangnya (Subini, 2011:5). Menurut Heward dalam (Ramawati, dkk , 2011:17) Individu yang memiliki karakteristik khusus yang berbeda pada umumnya tanpa selalu menunjukkan pada ketidakmapuan mental, emosi atau fisik disebut dengan anak berkebutuhan khusus.

WHO memperkirakan jumlah anak berkebutuhan khusus di Indonesia sekitar 7-10 % dari total jumlah anak (Direktorat Bina Kesehatan Anak Kemenkes RI, 2010: 1). Susenas 2012 mendapatkan penduduk Indonesia yang menyandang disabilitas sebesar 2,45% yang meningkat dari tahun 2009 yang hanya 0,92%. Jumlah terbanyak terdapat di lima provinsi (Jawa Barat, Jawa Timur, Jawa Tengah, Sulawesi Selatan dan Sumatera Utara) yang jumlah penduduknya mengalami kesulitan sedikit dan parah, baik kesulitan melihat, mendengar, berjalan, kesulitan mengingat/konsentrasi/komunikasi karena kondisi fisik/mental dan mengurus diri (Kemenkes RI, 2014: 2-4).

Yang termasuk kedalam anak berkebutuhan khusus (ABK) antara lain: tunanetra, tunarungu, tunagrahita, tunadaksa, tunalaras, kesulitan belajar,

gangguan perilaku, anak berbakat, anak dengan gangguan kesehatan (Direktorat Bina Kesehatan Anak Kemenkes RI, 2010: 10). Jumlah penyandang tunagrahita sebesar 2% anak usia sekolah menyandang tunagrahita dengan perbandingan laki-laki 60% dan perempuan 40% atau 3:2. Pada data pokok Sekolah Luar Biasa terlihat dari kelompok usia sekolah. Jumlah penduduk Indonesia yang menyandang kelainan adalah 48.100.548 orang, jadi estimasi jumlah penduduk di Indonesia yang menyandang tunagrahita adalah $2\% \times 48.100.548 \text{ orang} = 962.011$ orang. (Kemis dan Ati, 2013:16).

Tunagrahita menurut DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), merupakan gangguan yang terdapat pada fungsi intelektual, dimana IQ kira-kira 70 atau lebih rendah, bermula sebelum usia 18 tahun dan disertai kerusakan pada fungsi adaptif. Hal-hal yang termasuk di dalam fungsi adaptif adalah komunikasi, merawat diri, kehidupan sehari-hari, ketrampilan interpersonal, menggunakan sumber komunikasi, pengaturan diri, ketrampilan akademis, bekerja, penggunaan waktu luang, kesehatan dan keamanan. Seorang tunagrahita paling sedikit mempunyai dua penyimpangan fungsi adaptif. Pembagian tunagrahita menurut DSM IV (APA, 1994: 40):

Klasifikasi	IQ
Tunagrahita ringan	50-55 sampai kira-kira 70
Tunagrahita sedang	35-40 sampai 50-55
Tunagrahita berat	20-25 sampai 35-40
Tunagrahita sangat berat	Kurang dari 20 atau 25

Tabel 1.1 Pembagian tunagrahita menurut DSM IV

Keperawatan mandiri (*self care*) menurut Orem (2001) adalah kegiatan memenuhi kebutuhan dalam mempertahankan kahidupan, kesehatan dan kesejahteraan individu baik dalam keadaan sehat maupun sakit, dilakukan dan diprakarsai individu sendiri. Kemampuan perawatan diri anak tunagrahita dinilai melalui kemampuan untuk melakukan sembilan area perawatan diri yaitu (1) kebersihan diri (2) makan dan (3) minum (4) berpakaian (5) mobilisasi (6) pergerakan (7) sosialisasi (8) membantu pekerjaan orang tua (9) perlindungan diri (Dian, dkk, 2011:91-93). Tujuan perawatan diri tersebut adalah agar siswa mampu mengembangkan sikap dan kebiasaan-kebiasaan dalam kehidupan sehari-hari untuk dapat mengurus diri sendiri sehingga mereka dapat menyesuaikan diri dalam kehidupan bermasyarakat (Rahayu, 2011:2).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ramawati (2011) menunjukkan kemampuan perawatan diri anak tunagrahita masih rendah. Adanya keterbatasan kecerdasan intelektual bahkan terkadang fisik dan emosional pada anak berkebutuhan khusus “tunagrahita” menyebabkan panjangnya proses pembelajaran atau bimbingan yang harus diberikan.

Menurut Drg. Atikah Nurhesti dalam Kedaulatan Rakyat 23 Oktober 2008 bahwa siswa SLB juga perlu mendapat perhatian dalam perilaku hidup bersih dan sehat dimana kegiatan mencuci tangan merupakan kegiatan paling sederhana tetapi mampu mencegah penularan penyakit. Perhatian dari puskesmas sangat perlu karena sebagian besar siswa SLB C menghadapi masalah dalam menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat. (Rahayu, 2011:3).

Mencuci tangan dengan sabun adalah salah satu cara paling efektif untuk mencegah penyakit diare dan ISPA, keduanya menjadi penyebab utama kematian anak. Setiap tahun, sebanyak 3,5 juta anak di seluruh dunia meninggal sebelum mencapai umur lima tahun karena penyakit diare dan ISPA. Mencuci tangan dengan sabun juga dapat mencegah infeksi kulit, mata, kecacangan, dan flu burung. (Midzi, dkk, 2011: 11). Survey Departemen Kesehatan pada tahun 2006 menunjukkan rasio penderita diare di Indonesia 423 per 1000 orang dengan jumlah kasus 10.980, angka kematian 277 (CFR 2,52%). Penyakit diare menjadi penyebab kematian nomor 2 pada balita, nomor 3 pada bayi, dan nomor 5 untuk semua umur. (Risikesdas, 2007)

Pentingnya membudayakan cuci tangan pakai sabun secara baik dan benar juga didukung oleh World Health Organization (WHO). Data WHO menunjukkan setiap tahun rata-rata 100 ribu anak di Indonesia meninggal dunia karena diare. Kajian WHO menyatakan cuci tangan memakai sabun dapat mengurangi angka diare 47%. Data dari Subdit diare Kemenkes juga menunjukkan sekitar 300 orang diantara 1000 penduduk masih terjangkit diare sepanjang taun. Penyebab utama diare adalah kurangnya perilaku hidup sehat, salah satunya kurangnya pengetahuan dan pemahaman mengenai cara cuci tangan dengan sabun secara baik dan benar menggunakan air bersih yang mengalir. (Kemenkes RI, 2010: 27)

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan di SLB Negeri Semarang, khususnya jenjang sekolah dasar, ditemukan beberapa hal diantaranya adalah, siswa kelas 4 masih mengalami kesulitan dalam mengurus diri sendiri terutama mencuci tangan, siswa hanya sekedar membasahi tangan dengan air dan

mengeringkannya di baju mereka. Selain itu dilakukan wawancara mengenai pengetahuan cuci tangan pakai sabun, 1 siswa menjawab benar dan 4 siswa menjawab salah. Dari studi pendahuluan yang telah dilakukan dengan metode observasi menggunakan kuesioner dan check list maka didapatkan hasil kemampuan cuci tangan 100% rendah dengan kategori membasuh tangan dan mengelapnya pada baju saja, sementara pengetahuan 80% menjawab salah dan 20% menjawab benar. Kemampuan dan pengetahuan mencuci tangan pada anak tunagrahita sedang kelas 4 SLB Negeri Semarang tergolong rendah.

Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan pada 10 orang tua dari anak tunagrahita di SLB Negeri Semarang, menyatakan anak selalu dibantu dalam hal kebersihan diri/*personal hiegene*. Sebanyak 90% orang tua menjawab selalu dibantu pada kuesioner mencuci tangan pakai sabun pada anak tunagrahita. Sedangkan pada metode yang digunakan guru dalam pembelajaran perawatan diri pada anak tunagrahita yaitu dengan penugasan pada siswa sebesar 66,7% dan metode ceramah 33, 3%. Metode tersebut dirasa kurang efektif karena intruksi yang harus diberika secara berulang dan kurang menarik. Belum adanya media penunjang dalam pembelajaran perawatan diri merupakan salah satu alasan bagi guru dalam keterbatasannya mengembangkan metode mengajar.

Untuk mengatasi masalah pembelajaran perawatan diri khususnya mencuci tangan pakai sabun anak tunagrahita di SLB Negeri Semarang, perlu segera dicari suatu metode yang sekiranya tepat untuk mengembangkan pengetahuan dan praktik cuci tanagan pada anak tunagrahita. Dengan metode pembelajaran yang

efektif dan menarik, diharapkan siswa termotivasi untuk belajar dan dapat membantu meningkatkan pengetahuan dan praktik pada anak tunagrahita.

Mengingat anak tunagrahita yang memiliki hambatan pada satu atau lebih kemampuan dasar keterlambatan kemampuan berfikir dan sulit menerima materi yang bersifat abstrak, maka dalam proses pembelajaran diperlukan media pelajaran sebagai alat bantu untuk mempermudah menyampaikan materi pelajaran. Media pembelajaran disesuaikan dengan kemampuan anak tunagrahita sehingga mereka dapat mencapai hasil yang optimal dan pada akhirnya akan muncul rasa percaya diri (Astati, 2007:11).

Salah satu cara untuk memberikan informasi dan mendorong anak tunagrahita agar mau meningkatkan pengetahuan dan praktik adalah dengan memberikan metode pengajaran berulang dengan media permainan pada pembelajaran di sekolah. Media Flash Card berisi kartu dengan pembahasan mengenai urutan dari mencuci tangan dengan benar menurut WHO. Dengan adanya metode drill bermedia Flash Card diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan dan praktik mencuci tangan pada anak tunagrahita. Berkaitan dengan hal tersebut, peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **“Efektivitas Metode Drill Bermedia *Flash Card* dalam Peningkatan Pengetahuan dan Praktik Cuci Tangan Pakai Sabun Pada Anak Tunagrahita Sedang di SLB Negeri Semarang”**.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Menurut teori perkembangan anak oleh Eriksson, salah satu tugas terpenting pada anak usia sekolah adalah menguasai keterampilan dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Anak dengan retardasi mental atau tunagrahita memiliki keterbatasan dalam kecerdasan intelektual yang berada dibawah rata-rata sehingga berdampak dalam penguasaan ketrampilan melakukan perawatan diri secara mandiri khususnya mencuci tangan dengan sabun, sehingga menyebabkan mereka mempunyai risiko yang tinggi untuk mengalami isolasi sosial di masyarakat karena kebersihan diri yang kurang dan ketergantungan yang besar pada keluarga. Jumlah anak berkebutuhan khusus mencapai 7-10% dari jumlah anak di Indonesia. Anak berkebutuhan khusus memiliki penyimpangan fungsi adaptif yang berdampak pada kurangnya pengetahuan dan praktik cuci tangan. Kajian WHO menyatakan cuci tangan memakai sabun dapat mengurangi angka diare 47%. Setiap tahun rata-rata 100 ribu anak di Indonesia meninggal dunia karena diare. Untuk itu perlu adanya metode pembelajaran dalam bentuk permainan dalam menunjang kemampuan perawatan diri khususnya cuci tangan pada anak tunagrahita. Metode tersebut dapat dimanfaatkan oleh guru maupun orang tua untuk meningkatkan pengetahuan dan praktik mencuci tangan pakai sabun pada anak tunagrahita. Oleh karena itu, peneliti ingin mengetahui bagaimana efektifitas metode drill bermedia *flash card* dalam peningkatan pengetahuan dan praktik cuci tangan pakai sabun pada anak tunagrahita sedang di SLB Negeri Semarang?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh metode drill bermedia Flash Card dalam peningkatan pengetahuan dan praktik cuci tangan pada anak tunagrahita di SLB Negeri Semarang.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

1. Mengetahui tingkat pengetahuan dan praktik cuci tangan pakai sabun pada anak tunagrahita sedang di slb negeri semarang sebelum diberikan pembelajaran melalui metode drill bermedia flash card.
2. Mengetahui tingkat pengetahuan dan praktik cuci tangan pakai sabun pada anak tunagrahita sedang di slb negeri semarang sesudah diberikan pembelajaran melalui metode drill bermedia flash card.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Manfaat untuk orang tua

Sebagai pengetahuan bagi orang tua mengenai metode yang menunjang pembelajaran cuci tangan pada anak tunagrahita agar orang tua mampu meningkatkan kemampuan perawatan diri anak tunagrahita.

1.4.2 Manfaat bagi SLB Negeri Semarang

Sebagai tambahan pengetahuan dan fasilitas bagi guru serta sekolah dalam pembelajaran cuci tangan pada anak tunagrahita.

1.4.3 Manfaat bagi peneliti lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan data dasar dan acuan bagi peneliti selanjutnya untuk penelitian lanjut.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian yang relevan dengan penelitian ini:

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri anak tunagrahita di kabupaten Banyumas Jawa Tengah	Dian Ramawati	2013, Banyumas	<i>Cross sectional</i>	Faktor yang berhubungan dengan perawatan diri anak tunagrahita	Kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita masih rendah. Terdapat hubungan bermakna antara pendidikan orang tua, umur, dan kekuatan motorik pada anak tunagrahita dengan kemampuan perawatan diri ($p\ value < 0,005$)
2	Media pembelajaran permainan kartu untuk meningkatkan belajar matematika bagi anak tunagrahita	Sri Hartanti	2009, SLB/B-C YPA ALB Langenharjo	Deskriptif	Variabel bebas: Media pembelajaran permainan kartu Variabel terikat:	Media permainan kartu memberikan peningkatan hasil belajar dalam menghitung.

kelas D1/C SLB/B-C YPA ALB Langenharjo tahun ajaran 2008/2009					Prestasi belajar matematika	
3	Kemampuan perawatan diri anak tunagrahita berdasarkan faktor eksternal dan internal anak	Dian Ramawati, Allenidek ania, Besral	2012, SLB	<i>Cross sectional</i>	Variabel bebas: Kemampuan perawatan diri anak tunagrahita Variabel terikat: Faktor Eksternal dan Internal anak	Faktor paling dominan yang mempunyai hubungan adalah faktor kekuatan motorik anak tunagrahita dengan OR=4,77

Tabel 1.2 Keaslian Penelitian

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Variabel yang berbeda dengan penelitian sebelumnya yaitu dukungan keluarga sedangkan variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah efektifitas metode bermedia.
2. Desain penelitian yang digunakan pada penelitian sebelumnya Deskriptif, sedangkan penelitian ini menggunakan desain penelitian eksperimen.
3. Penelitian mengenai efektifitas metode drill bermedia *flash card* untuk meningkatkan pengetahuan dan praktik cuci tangan pakai sabun anak tunagrahita belum pernah dilakukan.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Tempat yang dijadikan sebagai penelitian adalah SLB Negeri Semarang.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan September tahun 2015.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Ruang lingkup keilmuan berupa efektivitas metode bermedia yang mengacu pada ilmu promosi kesehatan dan perilaku kesehatan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Pengertian Anak Tunagrahita

Dilihat dari tingkat kecerdasannya, ada anak normal, ada anak di bawah normal, dan ada anak di atas normal. Sehingga dalam belajarnya pun ada anak yang lamban, ada anak yang biasa-biasa saja, bahkan ada anak yang cepat. Yang menjadi persoalan dalam pembahasan ini adalah anak yang termasuk kategori lamban dalam belajarnya. Mereka memiliki tingkat kecerdasan jauh di bawah rata-rata anak normal, sehingga tidak mampu mengikuti program sekolah yang diperuntukan bagi anak-anak normal. Mereka membutuhkan pelayanan pendidikan khusus. Anak ini disebut anak terbelakang mental. Istilah resminya di Indonesia seperti dikemukakan Mohammad Amin (1995 : 11) yang dikutip dari Peraturan Pemerintah nomor 72 tahun 1991, yaitu anak tunagrahita.

Dilihat dari asal katanya, “tuna berarti merugi, sedangkan grahita berarti pikiran” (Mangunsong, 2009 : 129). Anak Tunagrahita adalah anak yang memiliki intelegensi yang signifikan berada dibawah rata-rata dan disertai dengan ketidakmampuan dalam adaptasi perilaku yang muncul dalam masa perkembangan (Pedoman Yankes Anak SLB, 2010:8). Tunagrahita adalah istilah yang digunakan untuk menyebut anak yang mempunyai kemampuan di bawah rata-rata. Dalam kepustakaan bahasa asing digunakan istilah-istilah *mental retardation*, *mentally retarded*, *mental deficiency*, *mental defective*, dan lain-lain (Tiara,2013:17)

Tunagrahita / retardasi mental menurut PPDGJ III (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa) (2001 : 119) adalah “suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya hendaya keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial”.

Dari berbagai definisi diatas dapat disimpulkan bahwa anak tunagrahita adalah mereka yang memiliki inteligensi di bawah rata-rata karena terhambat pada masa perkembangan yang berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh seperti kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan visual, sehingga mengakibatkan dirinya sukar untuk mengikuti program sekolah biasa serta sukar dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan sosialnya.

2.1.1.1 Klasifikasi Anak Tunagrahita

Menurut Hallahan dan Kaufman dalam (Tiara, 2013: 20) tunagrahita diklasifikasikan sebagai berikut : 1) *Mild*, dengan rentangan IQ (55- 70). 2) *Moderate*, rentangan IQ (40-55). 3) *Severe*, rentangan IQ (25-40). 4) *Profound*, rentangan IQ (dibawah 25). Klasifikasi tunagrahita menurut Somantri (2007 : 106) yang diukur menggunakan tes Standford Binet dan Skala *Weschler (WISC)* sebagai berikut : 1) Tunagrahita ringan : Tunagrahita ini sering disebut juga moron / *debil*. Kelompok ini mempunyai rentangan IQ antara 68-52 menurut skala binet, sedangkan menurut skala *Weschler (WISC)* 69-55. Anak terbelakang mental ringan mampu dididik dan dilatih, mereka masih dapat belajar membaca, menulis dan berhitung namun tidak mampu melakukan penyesuaian sosial secara

independen. Ia akan membelanjakan uangnya dengan lugu, tidak dapat merencanakan masa depan dan bahkan suka berbuat kesalahan. 2) Tunagrahita sedang : Kelompok ini sering disebut dengan *imbesil* dan mempunyai rentangan IQ 51-36 pada skala Binet dan 54-40 menurut skala *Weschler* (WISC). Anak tunagrahita sedang sangat sulit bahkan tidak dapat belajar secara akademik seperti belajar menulis, membaca dan berhitung walaupun masih dapat menulis secara sosial seperti menulis namanya sendiri. Mereka juga masih dapat mengurus dirinya sendiri seperti makan, mandi dan lain-lain. 3) Tunagrahita berat : Kelompok ini juga sering disebut *idiot*. Tunagrahita berat (*severe*) memiliki IQ antara 32-20 menurut skala Binet dan antara 39-25 menurut skala *Weschler*. Tunagrahita sangat berat (*profound*) memiliki IQ di bawah 19 menurut skala Binet dan IQ dibawah 24 menurut skala 21 *Weschler* (WISC). Anak tunagrahita berat memerlukan bantuan perawatan secara total dalam hal berpakaian, mandi, makan, dan lain-lain.

2.1.1.2 Karakteristik Anak Tunagrahita

Karakteristik tunagrahita menurut Mangunsong (2009 : 131) : 1) Anak cacat mental *mild* (ringan) adalah mereka yang termasuk mampu didik dilihat dari segi pendidikan. Mereka juga tidak memperlihatkan kelainan fisik yang mencolok walaupun perkembangannya sedikit agak lambat daripada anak rata-rata. 2) Anak cacat mental *severe* adalah mereka yang memperlihatkan banyak masalah dan kesulitan, meskipun di sekolah khusus. Mereka membutuhkan pelayanan dan pemeliharaan yang terus. 3) Anak cacat mental *profound* mempunyai problem yang serius, baik yang menyangkut kondisi fisik, inteligensi serta program

pendidikan yang tepat bagi mereka. Biasanya mereka menderita kerusakan pada otak serta kelainan fisik yang nyata seperti *hydrocephalus*, *mongolism* dan sebagainya.

Anak tunagrahita memiliki karakteristik tersendiri pada segi intelektual, segi tingkah laku (perilaku adaptif), emosi dan segi sosialnya, kesehatan pada fisiknya, setiap anak mempunyai karakteristik yang berbeda-beda, sesuai tingkat kekurangannya, menurut Cucun (2013: 10) secara umum karakteristik anak tunagrahita dibagi ke dalam beberapa aspek diantaranya:

1) Segi Intelektual

Tingkat intelektual anak tunagrahita selalu dibawah rata-rata anak yang seusianya, demikian juga perkembangan kecerdasan sangat terbatas. Intelengensi merupakan fungsi yang komplek yang dapat diartikan sebagai kemampuan untuk mempelajari informasi dan keterampilan menyesuaikan diri dengan masalah dan situasi kehidupan baru, berfikir abstrak, kreatif, dapat menilai secara kritis, mengatasi kesulitan-kesulitan, dan merencanakan masa depan. Anak tunagrahita memiliki kekurangan dalam semua hal tersebut. Kapasitas belajar anak tunagrahita terutama yang bersifat abstrak seperti belajar berhitung, menulis dan membaca juga terbatas.

2) Segi Tingkah Laku (perilaku Adaptif)

Perilaku adaptif dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk menguasai tuntutan sosial di lingkungan mereka. Salah satu karakteristik ketunagrahitaan adalah mengalami hambatan dalam perilaku adaptif. Perilaku adaptif menjadi penting adanya ketika diperkenalkan kepada anak-anak

tunagrahita yang sangat berbeda, baik dalam hal menolong dan mengurus diri sendiri maupun dalam hal keterampilan sosial. Anak tuna grahita cenderung sulit mempelajari sikap tertentu, bahkan sulit melakukan pekerjaan yang ditugaskan walaupun tugas tersebut bagi orang normal sangat sederhana, mereka merasa ketidak mampuan dalam melakukan suatu pekerjaan atau tugas yang diberikan kepadanya, karena seringnya melakukan kesalahan-kesalahan pada saat melakukannya, hal ini karena faktor kognitif yang sulit bagi anak-anak tunagrahita khususnya yang berkenaan dengan perhatian dengan atau konsentrasi, ingatan, berbicara dengan bahasa yang benar, dan dalam kemampuan akademiknya.

3) Segi Sosial dan Emosi

Dengan memahami kondisi dan karakteristik mentalnya, kemungkinan anak tunagrahita memiliki kekurangan dalam segi sosial dan emosi diantaranya yaitu:

(1) Kurang memiliki kemampuan berfikir

Anak tunagrahita memiliki IQ dibawah anak normal sehingga mereka mengalami hambatan dalam perilaku adaptif.

(2) Keseimbangan pribadinya labil

Masalah ini berkaitan dengan kesulitan dalam hubungan dengan kelompok atau individu disekitarnya, seperti tidak mampu untuk menyesuaikan diri dengan tuntutan sekolah, keluarga, dan masyarakat.

(3) Mudah marah dan tersinggung

Seringnya mengalami kekecewaan yang timbul dari kesukaran menerima pelajaran dan sulitnya mengerti apa yang disampaikan oleh orang lain kepadanya, hal ini dapat diekspetasikan dengan kemarahan.

(4) Segi Fisik

Fungsi-fungsi perkembangan anak tunagrahita ada yang jauh dari anak normal, adapun yang sama atau hampir menyamai anak normal. Perkembangan jasmani dan motorik anak tunagrahita tidak secepat perkembangan anak normal pada umumnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia 3 tahun sampai 12 tahun ada dalam kategori kurang sekali, sedangkan anak normal pada umur yang sama ada dalam kategori kurang (M. Umar Djani, 1984)

Selain karakteristik diatas, masih ada karakteristik psikologis dan tingkah laku anak tunagrahita. Namun tidak semua karakteristik psikologis dan tingkah laku itu terdapat pada seorang penderita tunagrahita (Hallahan & Kauffman, 2006 : 146) dalam (Tiara, 2013 : 42).

2.1.1.3 Kebutuhan Anak Tunagrahita

Pada dasarnya anak tunagrahita memiliki kebutuhan yang sama dengan anak normal. Ada delapan kebutuhan yang merupakan tahap-tahap kepribadian. Kedelapan kebutuhan kepribadian itu menurut Witner dan Kontinsky Frampton dan Gall (1995:117-119) dalam Nailarahma (2012:2-5) adalah sebagai berikut:

- 1) Perasaan terjamin kebutuhannya akan terpenuhi (*the sense of trust*)

Komponen kepribadian yang sehat yang mula-mula berkembang ialah *the sense of trust*. Perasaan terjamin dari lingkungan yang mula-mula dialami bayi

adalah kenikmatan makan, tidur dengan nyenyak dan buang air besar dengan santai.

2) Perasaan berwenang mengatur diri (*the sense of Autonomy*)

Pada saat anak sudah berusia 12-15 bulan, ia mulai memasuki komponen kepribadian berikutnya. Ia mulai mengembangkan kekuatan untuk membuktikan bahwa dirinya sebagai manusia dengan segala pikiran dan kemauannya. Erikson menggambarkan hal tersebut sebagai perjuangan anak untuk menjadi makhluk bebas dan tak seorangpun membantu dan membimbing dalam peristiwa-peristiwa penting lainnya. Dengan demikian jelaslah bahwa sebelum perasaan berwenang mengatur diri berkembang maka perasaan terjamin kebutuhannya terpenuhi lebih dahulu secara rasional. Ia mencoba mempelajari batas-batas otonomi “memegang dan melepaskan”. Jika kelainan fisik atau mentalnya menghambat naknya untuk memilih “duduk atau berdiri”, “menerima atau menolak”, selanjutnya hal ini akan berbahaya jika anak tidak mengetahui batas-batas yang jelas apakah hal tersebut diperbolehkan, diabaikan atau dilarang oleh masyarakat atau lingkungannya.

3) Perasaan dapat berbuat menurut prakasa sendiri (*the sense of initiative*)

Dugaan lain pada perkembangan kepribadian yang sehat bagi anak berkelainan terjadi pada saat teman-temannya yang normal sebayanya mulai melakukan apa yang dapat mereka lakukan. *Witmer dan konstinsky* menyebutkan sebagai “masa imajinasi dan berusaha”. Anak mulai meniru perilaku setiap orang yang ia lihat, suka bertanya, dan membuat penemuan secara konstan. Rasa berinisiatif yang berharga dalam kehidupan masyarakat mulai berkembang.

4) Perasaan puas telah melakukan tugas (*the sense Duty and Accomplishment*)

Anak yang tidak mengalami tiga tahapan yang telah diuraikan diatas pada waktu memasuki masa sekolah, berarti ia betul-betul terhambat. Ia mulai menyukai kegiatan yang kurang berarti dan kurang bermutu. Seharusnya ia mulai memperhatikan dan menginginkan prestasi yang konkret, membantu mengembangkan perasaan puas telah melaksanakan tugas, memberikan nilai-nilai pada mereka, menaikkan ke tingkat yang lebih tinggi. Dalam hal ini sekolah merupakan tahapan inti kehidupan anak.

5) Prasaan bangga atas identitas diri (*the sense of identity*)

Masa dewasa bagi anak yang berkelainan merupakan masa paling memberatkan dalam perkembangannya. Tetapi hal ini mudah sekali terabaikan dalam pendidikan kita pada saat anak mengakhiri pendidikan khusus yang formal. Pada saat ini anak mencari kejelasan siapa dirinya dan apa perannya dalam masyarakat. Masa dewasa bagi anak berkelainan menjadi sadar akan kelainannya, apakah fisik, intelektual, social, ataupun emosinya. Ia memerlukan bimbingna yang hati-hati untuk membantu mereka menerima kekurangan yang mereka miliki.

6) Perasaan keakraban (*the sense of intimacy*)

Rasa keakraban yang dimaksud Erikcson adalah rasa keakrabab anak dengan seseorang sesama jenisnya atau dengan dirinya sendiri. Pada anak berkelainan ia cenderung menjuhkan diri dari hubungan sosial sehingga dirinya terisolir.

7) Perasaan keorngtuaan (*the parental sense*)

Tahap perkembangan ini ditandai dengan masuknya individu pada masa dewasa dan keinginanya pada orang lain melebihi perhatiannya kepada diri sendiri. Pada masa ini ditandai pula dengan penerimaan fakta bahwa memberi lebih baik dari pada menerima. Banyak individu yang berkelainan tidak dapat mencapai hal ini dalam perkembangannya.

8) Perasaan integritas

Komponen kepribadian yang sehat yang terakhir adalah rasa integritas. Ini sangat bergantung terhadap proses diatas. Jika pengalaman individu sepanjang hidupnya salah, maka ia tidak bisa menerima rentetan (lingkungan) kehidupannya. Salah satu tujuan pendidikan khusus adalah mempersiapkan anak berkelainan untuk menyempurnakan integritasnya.

Karena kelainan yang disandangnya, anak tuna grahita membutuhkan perhatian yang lebih khusus untuk memnuhi kebutuhannya. Kebutuhan anak tuna grahita secara garis besar dapat dibutuhkan menjadi dua kebutuhan fisik dan kebutuhan kejiwaan, yaitu:

1) Kebutuhan fisik

Kebutuhan fisik anak tunagrahita tidak berbeda dengan anak normal. Kebutuhan ini menyangkut makan, minum, pakaian dan perumahan. Mereka juga memerlukan perawatan kesehatan pada umumnya dan perawatan badan pada

khususnya, bahkan mereka memerlukan sarana bergerak, bermain, berolahraga dan hal lain sejenisnya.

2) Kebutuhan kejiwaan

(1) Kebutuhan akan penghargaan

Anak tunagrahita pun ingin diperhatikan, dipuji, ingin disapa dengan baik dan sebagainya. Yang sangat terpenting adalah perhatian orang tua terhadap anak tunagrahita dengan memberikan dukungan, dorongan, kalau anak menghadapi sesuatu yang menyulitkan dirinya.

(2) Kebutuhan akan komunikasi

Sebagai manusia anak tunagrahita juga ingin mengungkapkan dirinya. Anak tunagrahita juga mempunyai perasaan, keinginan, mempunyai gagasan ide, mereka juga menyimpan pertanyaan dan permasalahan. Mereka tidak dapat menyembunyikan semua itu didalam dirinya, tetapi mereka sulit menyatakannya. Akibatnya mereka mengekspresikan dengan kerewelannya dengan pola-pola yang justru sulit dimengerti orang tuanya.

(3) Kebutuhan akan sosial (berkelompok)

Masih ada kebutuhan lain pada anak tuna grahita ringan dan sedang yang tidak berbeda dengan anak normal pada umumnya, yaitu kebutuhan berkelompok, yakni diakui oleh keluarganya, mendapat pengakuan didepan teman-temannya, mendapatkan kedudukan didalam kelompok dengan penuh bahagia.

2.1.2 Perawatan diri

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dan kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri (Depkes, 2000)

Pembelajaran perawatan diri diajarkan atau dilatihkan pada anak berkebutuhan khusus tunagrahita mengingat dua aspek yang melatar belakangnya. Latar belakang utama yaitu aspek kemandirian yang berkaitan dengan aspek kesehatan, dan latar belakang lainnya yaitu berkaitan dengan kematangan sosial budaya. Beberapa kegiatan rutin yang perlu diajarkan meliputi kegiatan atau keterampilan mandi, makan, menggosok gigi, dan ke kamar kecil (toilet) merupakan kegiatan yang sangat erat kaitannya dengan aspek kesehatan seseorang (Mamad, 2012: 2).

Orem mengajukan 3 (tiga) teori yang saling berhubungan dan banyak digunakan. Pusat dari ketiga teori tersebut adalah bahwa fungsi manusia dan pemeliharaan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan dengan merawat untuk hal hal tersebut. Teori pertama “defisit perawatan diri,” merupakan yang paling komprehensif dan inti dari idenya. Hal ini merupakan gambaran konseptual penerima perawatan sebagai manusia yang tidak mampu melakukan perawatan diri secara kontinyu dan independen dikarenakan hal-hal yang terkait dengan kesehatan atau keterbatasan (Orem, 1985:34). Teori kedua, “teori perawatan diri” berdasar pada ide sentral bahwa suatu hubungan muncul antara tindakan perawatan diri yang dipertimbangkan serta perkembangan dan fungsi individu dan

kelompok. Teori ketiga, “teori sistem keperawatan” yang menggambarkan kebutuhan perawatan diri terapeutik dan tindakan-tindakan serta sistem-sistem yang terlibat dalam perawatan diri dalam konteks hubungan interpersonal dan yang dibangun dalam diri manusia dengan defisit perawatan diri (Orem dan Taylor, 1986: 44).

2.1.2.1 Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tunagrahita

Kemampuan bina diri (bantu diri) atau dikenal dengan kemampuan perawatan diri pada anak normal biasanya muncul bersamaan dengan bertambahnya usia dan kemajuan tahap perkembangan anak. Orang tua dengan anak normal biasanya tidak perlu mengajarkan secara khusus pada anak tentang perawatan diri. Anak-anak normal akan langsung meniru kegiatan-kegiatan yang dikerjakan oleh orang dewasa disekitarnya termasuk diantaranya adalah kegiatan perawatan diri. Pada anak normal kemampuan perawatan diri/bina diri sudah bisa ditunjukkan pada usia 5 tahun. Pada usia tersebut, anak-anak sudah mampu untuk makan menggunakan sendok dan garpu sendiri, dapat memakai dan melepas pakaiannya sendiri, berhenti mengompol dan mampu mencuci muka dan mengeringkannya secara mandiri (Meadow & Simon, 2005).

Menurut Hayati, 2003 dalam (Dian, 2011: 37) kemampuan bina diri adalah kecakapan atau keterampilan diri untuk mengurus atau menolong diri sendiri dalam kehidupan sehari-hari sehingga tidak tergantung dengan orang lain. Beberapa istilah yang sering digunakan yaitu *self care*, *self help and activity daily living* (ADL).

2.1.2.2 Ruang Lingkup Perawatan Diri Anak Tunagrahita

Ruang lingkup ketrampilan perawatan diri untuk anak berkebutuhan khusus menurut Dalton, Abdallah, Cestari dan Fewcett (2010) meliputi:

- 1) Kebersihan badan, terdiri dari mencuci tangan, cuci muka, cuci kaki, sikat gigi, dan buang air kecil;
- 2) Makan dan minum, terdiri dari makan menggunakan tangan, makan menggunakan sendok, minum menggunakan cangkir, gelas atau sedotan;
- 3) Berpakaian terdiri dari dan memakai pakaian dalam, memakai baju kaos, memakai celana/rok, memakai kemeja dan memakai kaos kaki serta sepatu, berhias;
- 4) Menolong diri, terdiri dari menghindari dan mengendalikan bahaya;
- 5) Komunikasi, terdiri dari aktivitas verbal dan non verbal;
- 6) Adaptasi lingkungan, terdiri dari kegiatan sosialisasi dan modifikasi lingkungan;
- 7) Penggunaan waktu luang, terdiri dari kegiatan rekreasi, bermain, dan kebiasaan istirahat;
- 8) Keterampilan sederhana, terdiri dari keterampilan menyediakan kebutuhan sendiri dan orang lain.

Seseorang dikatakan berfungsi dengan baik bila dapat menyesuaikan diri dengan pemenuhan atau tuntutan kehidupan sehari-hari, misalnya dapat mengurus diri sendiri mulai dari mandi, berpakaian, makan, minum, berpergian, berbelanja, mengerjakan beberapa kegiatan rumah tangga, bahkan berhubungan dengan orang lain (Gunarsa, 2004).

2.1.2.3 Cuci Tangan Pada Anak Tunagrahita

Karakteristik anak tunagrahita adalah mereka tidak mampu untuk melakukan aktivitas yang berhubungan dengan akademik, tidak memiliki inisiatif, kekanak-kanakan, sering melamun atau sebaliknya hiperaktif serta tidak mampu untuk beradaptasi dalam lingkungan sosialnya (Muttaqin, 2008: 68). Anak tunagrahita memiliki keterbatasan kemampuan untuk berfikir dan secara fisik anak mengalami kelainan, namun sebagaimana anak tunagrahita masih memiliki potensi untuk belajar memelihara diri seperti makan, minum, berpakaian, memelihara kebersihan dan menjaga keselamatan. Anak dengan tunagrahita mampu menunjukkan bahwa mereka dapat dilatih dengan keterampilan sederhana (Nuryanti, 2008: 127).

Kegiatan mencuci tangan merupakan kegiatan yang terdiri dari beberapa langkah sederhana. Individu normalnya mampu melakukan kegiatan cuci tangan dengan mudah tanpa kesulitan, tetapi berbeda dengan anak tunagrahita. Kegiatan cuci tangan bagi anak tunagrahita akan terasa sulit dilakukan karena keterbatasan berfikir yang dimilikinya. Perlu adanya metode yang tepat sehingga pelaksanaan kegiatan cuci tangan dapat diajarkan pada anak tunagrahita dengan tepat.

Anak tunagrahita memiliki keterbatasan dalam memahami pembelajaran, oleh karena itu diperlukan cara lain yang dapat menumbuhkan motivasi belajar anak. Salah satu cara yang dapat menumbuhkan semangat belajar anak tunagrahita adalah bermain. Modifikasi belajar dan bermain akan lebih menyenangkan bagi anak-anak selama mengikuti pembelajaran.

2.1.3 Pengetahuan

2.1.3.1 Pengertian

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2003: 121), pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindera manusia yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*Over Behavior*).

2.1.3.2 Tingkat Pengetahuan

Menurut Soekidjo Notoatmojo (2003:127) mengatakan:

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu sebagai berikut:

1) Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu

tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (comprehension)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (application)

Sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (analysis)

Analisis adalah salah satu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bahan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya

5) Sintesis (synthesis)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6) Evaluation

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu criteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan criteria-kriteria yang ada.

2.1.3.3 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas (Notoatmojo, 2003: 124)

2.1.3.4 Proses Adopsi Perilaku

Dari pengalaman terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yaitu:

- 1) Awareness (kesadaran) yakni orang menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu
- 2) Interest yakni orang mulai tertarik kepada stimulus

- 3) Evaluation (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- 4) Trial, orang telah mulai mencoba perilaku baru
- 5) Adoption, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Rogers dalam penelitian berikutnya menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap diatas.

Menurut Lawrence Gren dalam Notoatmodjo (2005:60), perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor pokok, yaitu:

- 1) Faktor-faktor presdiposisi (*presdiposing factors*), adalah faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku seperti kesehatan sasaran, motivasi, pengalaman dan pengetahuan sebelumnya, pengetahuan berpengaruh terhadap tingkat pemahaman oleh anak tunagrahita baik pemahaman terhadap media maupun pemahaman dengan materi yang disampaikan dalam wujud media.
- 2) Faktor pemungkin (*enabling factors*), adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan seperti media dan fasilitas kesehatan, media akan mempengaruhi anak tunagrahita dalam pemahaman pembelajaran mencuci tangan pakai sabun.
- 3) Faktor-faktor penguat (*reinforcing*), adalah faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku seperti dukungan dari keluarga dan guru.

2.1.4 Praktik

Praktik merupakan suatu hal atau tindakan yang dilakukan seseorang sebagai aplikasi dari suatu yang diketahuinya. Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui. Proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (Notoatmodjo, 2007: 148). Jadi dapat dikatakan praktik kesehatan merupakan suatu tindakan atau kegiatan yang dilakukan untuk menanggulangi sakit, baik berupa kegiatan pencegahan penyakit, menghindari kecelakaan, pemakaian sarana kesehatan dan masih banyak lagi praktik kesehatan yang dapat dilakukan untuk menanggulangi sakit.

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2007) praktik atau tindakan dapat dibedakan menjadi 4 tingkatan, yaitu persepsi, praktik terpimpin, praktik secara mekanik, dan, adopsi.

2.1.4.1 Persepsi (*Perseption*)

Mengena dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil. Hal ini merupakan praktik tingkat pertama.

2.1.4.2 Praktik Terpimpin (*Guided Response*)

Apabila seseorang telah melakukan tindakan, tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan. Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik kedua.

2.1.4.3 Praktik secara Mekanisme (*Mechanism*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanis.

2.1.4.4 Adopsi (*Adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan atau perilaku yang berkualitas. Dengan demikian dapat dikatakan suatu praktik tersebut sudah berkembang dengan baik.

2.1.5 Metode Drill

2.1.5.1 Pengertian Metode Drill

Metode mengajar adalah cara guru memberikan pelajaran dan cara murid menerima pelajaran pada waktu pelajaran berlangsung baik dalam bentuk memberitahukan atau membangkitkan (Abu, 1986: 157). Oleh karena itu peranan metode pengajaran ialah sebagai alat untuk menciptakan proses belajar mengajar yang kondusif. Dengan metode ini diharapkan tumbuh berbagai kegiatan belajar siswa sehubungan dengan mengajar guru, dengan kata lain terciptalah interaksi edukatif antara guru dengan siswa. Dalam interaksi ini guru sebagai penggerak atau pembimbing, sedangkan siswa berperan sebagai penerima atau yang dibimbing. Interaksi ini akan berjalan dengan baik jika siswa lebih aktif dibandingkan gurunya. Oleh karenanya metode mengajar yang baik adalah metode yang dapat menumbuhkan kegiatan belajar siswa sesuai dengan kondisi pembelajaran.

Dari definisi metode mengajar, maka metode *drill* adalah suatu cara mengajar dimana siswa melaksanakan kegiatan-kegiatan latihan, agar siswa memiliki ketangkasan atau keterampilan yang lebih tinggi dari apa yang dipelajari (Roestiyah, 1989:125). Ciri yang khas dari metode ini adalah kegiatan berupa

pengulangan yang berkali-kali dari suatu hal yang sama. Dengan demikian terbentuklah pengetahuan atau keterampilan yang setiap saat siap untuk dipergunakan oleh yang bersangkutan.

2.1.5.2 Macam-macam Metode Drill

Bentuk-bentuk metode drill dapat direalisasikan dalam berbagai bentuk teknik, yaitu sebagai berikut:

1) Teknik *Inquiry* (kerja kelompok)

Teknik ini dilakukan dengan cara mengajar sekelompok anak didik untuk bekerja sama dan memecahkan masalah dengan cara mengerjakan tugas yang diberikan.

2) Teknik *Discovery* (penemuan)

Dilakukan dengan melibatkan anak didik dalam proses kegiatan mental melalui tukar pendapat, diskusi.

3) Teknik *Micro Teaching*

Digunakan untuk mempersiapkan diri anak didik sebagai calon guru untuk menghadapi pekerjaan mengajar di depan kelas dengan memperoleh nilai tambah atau pengetahuan, kecakapan dan sikap sebagai guru.

4) Teknik Modul Belajar

Digunakan dengan cara mengajar anak didik melalui paket belajar berdasarkan performan (kompetensi).

5) Teknik Belajar Mandiri

Dilakukan dengan cara menyuruh anak didik agar belajar sendiri, baik di dalam kelas maupun luar kelas (Mujib, 1993:226-228).

2.1.5.3 Tujuan Penggunaan Metode Drill

Metode drill biasanya digunakan untuk tujuan agar siswa:

- 1) Memiliki kemampuan motoris/gerak, seperti menghafal kata, menulis, percakapan atau mempergunakan alat.
- 2) Mengembangkan kecakapan intelek
- 3) Memiliki kemampuan menghubungkan antara sesuatu keadaan dengan yang lain (Roestiyah, 1989:125).

2.1.6 Media Promosi Kesehatan

Media merupakan sarana untuk menyampaikan pesan penyuluhan kepada sasaran, sehingga mudah dimengerti oleh sasaran/pihak yang dituju. Pemilihan media dan metode yang tepat didukung kemampuan tenaga kesehatan merupakan suatu hal yang mempermudah proses belajar mengajar.

Menurut Maulana (2009:175), media promosi kesehatan dibagi menjadi empat, yaitu:

- 1) Media cetak, seperti *booklet*, *leaflet*, *flyer*, *flip chart*, rubrik, poster, dan foto yang memberikan informasi kesehatan.
- 2) Media elektronik, seperti televisi, radio, video, *slide*, dan film strip.
- 3) Media papan, yang biasa dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi pesan-pesan kesehatan
- 4) Media hiburan, penyampaian pesan kesehatan melalui hiburan seperti panggung, dongeng, sisiodrama, pameran, dan kesenian kesehatan.

2.1.6.1 Media Flash Card

Media diartikan sebagai suatu perantara atau penyampai informasi dari komunikator kepada komunikan. Hal yang sama juga disampaikan oleh Chaeruddin yang menyatakan bahwa media adalah segala sesuatu yang dapat digunakan untuk menyalurkan pesan dari pengirim kepada penerima sehingga dapat merangsang pikiran, perasaan, perhatian dan minat siswa yang menjurus kearah terjadinya proses belajar (Majid, 2013: 134). Dalam hal ini media berperan untuk membantu dan mempertinggi meningkatkan hasil belajar. Media Pembelajaran mutlak diperlukan sebagai upaya untuk memotivasi belajar siswa, sehingga diharapkan dapat meningkatkan motivasi dan prestasi belajar siswa. Media yang dipakai sangat banyak macamnya atau sangat variatif sesuai dengan kebutuhan dan situasi serta kondisi, baik siswa, guru maupun sarana prasarana disekolah.

Arsyad (2011: 119-120), mengemukakan bahwa *flash card* adalah kartu kecil yang berisi gambar, teks, atau tanda simbol yang mengingatkan dan menuntun siswa kepada sesuatu yang berhubungan dengan gambar itu. *Flash card* biasanya berukuran 8 x 12 cm, atau dapat disesuaikan dengan besar kecilnya kelas yang dihadapi. *Flash card* berisi gambar-gambar benda-benda, binatang, dan sebagainya yang dapat digunakan untuk melatih siswa mengeja dan memperkaya kosakata. Kartu-kartu tersebut digambar atau ditulis atau diberi tanda untuk memberikan petunjuk rangsangan bagi siswa berpikir atau melakukan sesuatu.

2.1.6.2 Proses Pembuatan Media *Flash Card*

1) Merancang konsep

Tujuan dari permainan ini yaitu agar anak tunagrahita mampu melakukan perawatan diri khususnya kemampuan cuci tangan pakai sabun dengan cara dan urutan yang benar. Maka pada tahapan ini, peneliti merancang konsep apa saja yang termasuk urutan dan cara cuci tangan pakai sabun bagi anak tunagrahita. Setelah perancangan konsep, maka didapatkan kartu dengan isi cara dan urutan mencuci tangan pakai sabun sesuai standar WHO.

2) Merancang isi

Setelah konsep didapat maka isi yang sesuai dengan konsep dimasukkan, dengan cara membuat gambar-gambar sesuai konsep lalu melakukan *scanning* pada computer agar gambar secara visual dan dapat diperbanyak sesuai kebutuhan.

3) Mencetak kartu dan tempat

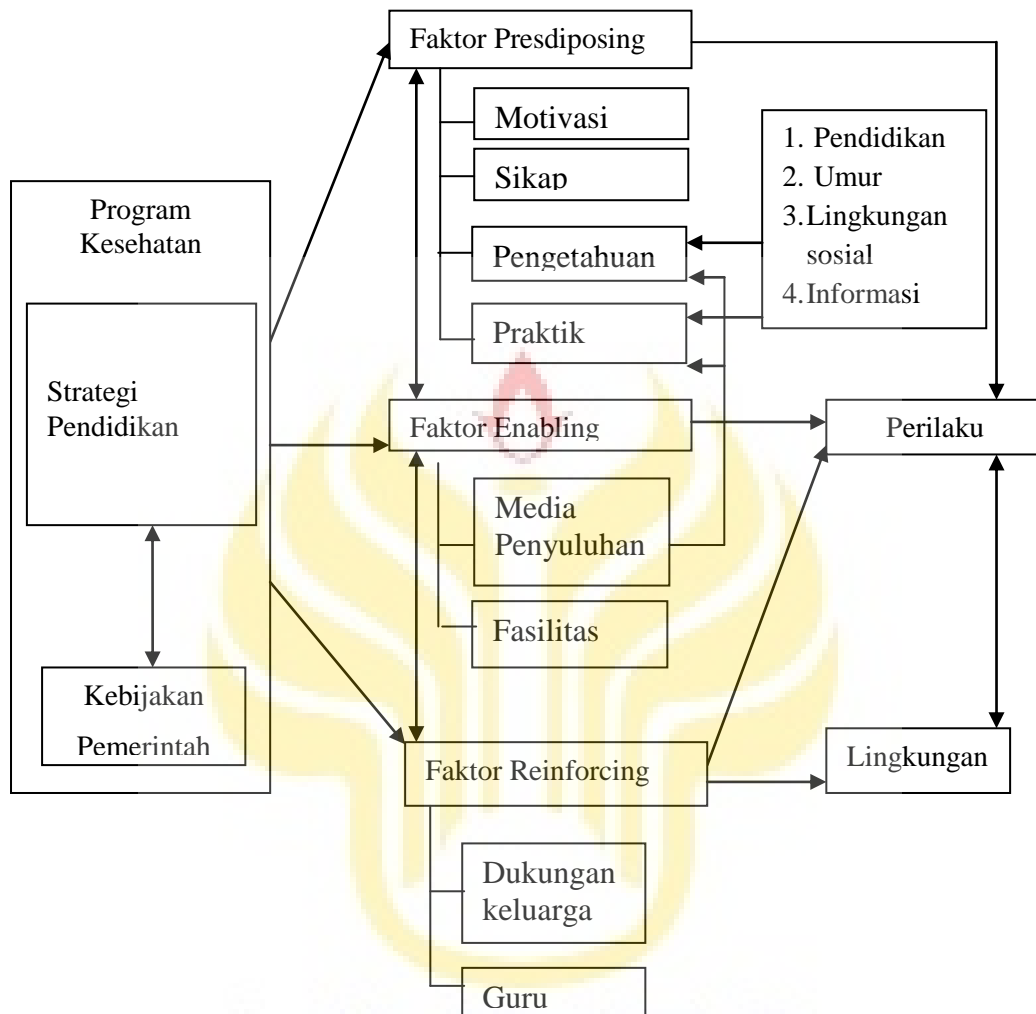
Setelah isi sudah sesuai, maka kartu-kartu yang telah selesai diberi gambar kemudian dicetak. Kartu-kartu inilah yang menjadi media flash card dan dapat dimainkan seorang diri maupun berkelompok. Selain itu, tempat untuk kartu-kartu ini dibuat agar saat siswa mengurutkan kartu tidak tercecer dan hilang. Kartu ini dimainkan secara bergilir, sehingga siswa mampu memainkan dan memahami keseluruhan isi dari kartu.

2.1.6.3 Kelebihan Media Flash Card

Media *flash card* tergolong dalam media berbasis visual. Media berbasis visual memegang peranan penting dalam proses pembelajaran. Janu Astro (2011:15), mengemukakan beberapa kelebihan *flash card*, antara lain:

- 1) Mudah dibawa kemana-mana, dengan ukuran yang tidak terlalu besar, serta dapat digunakan dimana saja tanpa membutuhkan ruangan yang luas.
- 2) Praktis, media ini sangatlah praktis sebab media ini tidak membutuhkan listrik dalam pemakaiannya. Selain itu guru juga tidak perlu memiliki keahlian khusus.
- 3) Mudah diingat, karakteristik media ini adalah menyajikan kartu-kartu dengan pesan pendek sehingga mudah diingat.
- 4) Menyenangkan, media ini sangatlah menyenangkan karena dalam penggunaannya berupa permainan yang dapat dilakukan oleh guru dan murid.

2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Aplikasi teori L.Green dalam penelitian Efektivitas Metode Drill dalam Peningkatan Pengetahuan dan Praktik Cuci Tangan Pakai Sabun pada Anak Tunagrahita Sedang di SLB Negeri Semarang

(Sumber: Lawrence Green, 1980 dalam Notoatmodjo 2003, *Community and Development*, 2014)

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1. Simpulan

Berdasarkan dari hasil analisis uji statistik yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan dengan nilai $p= 0,005$ dan praktik cuci tangan pakai sabun pada anak dengan tunagrahita sedang setelah mendapatkan metode drill bermedia flash card di SLB Negeri Semarang dengan nilai $p= 0,011$ menggunakan uji *Wilcoxon*. Karena nilai sig $(0,005) < 0,05$ dan $(0,011) < 0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan dan praktik yang signifikan skor *pre test* dan *post test*.

6.2. Saran

1) Kepada Pihak Sekolah

Hasil penelitian ini dapat dijadikan pertimbangan untuk diterapkannya pendidikan kebersihan badan khususnya cuci tangan pakai sabun pada anak berkebutuhan khusus utamanya bagi anak tunagrahita.

2) Kepada Pihak Dinas Pendidikan Kota Semarang

Metode drill bermedia flash card dapat dijadikan bahan kajian untuk kurikulum pembelajaran bagi anak tunagrahita

3) Kepada Peneliti Selanjutnya

Hendaknya peneliti selanjutnya mencoba untuk menyempurnakan metode dan media dalam penelitian ini agar media promosi kesehatan semakin berkembang.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdul, M, 2013, *Strategi Pembelajaran*, PT Remaja Rosdakarya: Bandung.
- Agus, P, 2013, *Jumlah Anak Berkebutuhan Khusus di Indonesia*, diakses 3 Maret 2015, (<http://health.detik.com/read/2013/07/17/184234/2306161/1301/jumlah-anak-berkebutuhan-khusus-di-indonesia-diperkirakan-42-juta>)
- Alfa, N, 2012, *Pengaruh Animasi Komputer terhadap Hasil Belajar Sains Anak Tunagrahita Ringan*, diakses 3 Maret 2015, (<http://blog.elearning.unesa.ac.id/nur-alfa-laila-romadhona/pengaruh-media-animasi-komputer-terhadap-hasil-belajar-sains-anak-tunagrahita-ringan>)
- Azwar, Saifuddin, 2010, *Penyusunan Skala Psikologi*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Astati, 2010, *Bina Diri Untuk Anak Tunagrahita*, Bandung: CV. Catur Karya Mandiri.
- Balitbankes, Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2007, Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Budiman. 2005. *Kontribusi Pembelajaran Kemampuan Merawat Diri Terhadap Kebersihan Dan Kerapihan Siswa Tunagrahita Sedang*. Skripsi pada Jurusan PLB FIP UPI Bandung: tidakditerbitkan.
- Buyan, K, 2004, *Health Promotion Through Self-Care and Community Participation: Elements of a Proposed program in the Developing Countries*, BMC Public Health, Volume IV, No 11.
- Dahlan, Sopiudin, 2008, *Statistika untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Depdikbud, 1997, *Dasar Program Khusus Bina Diri SDLB, SMPLB Tunagrahita*. Jakarta: Dekdikbud/
- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI, 2010, *Pedoman Pelayanan Kesehatan Anak di Sekolah Luar Biasa (SLB) Bagi Petugas Kesehatan*.
- Efaiana, Fitria. (2009). *Buku ajar perawatan diri dan cara penanganannya*. Jakarta: Surya abadi.

- Hartati, S, 2009, *Media Pembelajaran Permainan Kartu Untuk Meningkatkan Prestasi Belajar Matematika Bagi Anak Tunagrahita Kelas D1/C SLB/B-C YPAALB Langenharjo Tahun Ajaran 2008/2009*, Skripsi, Universitas Sebelas Maret.
- Hermawan, C, 2013, *Perilaku Adaptif Anak Tunagrahita di Sekolah Dasar Inklusif Hikmah Teladan Kota Cimahi*, Skripsi, Universitas Pendidikan Indonesia.
- Infodatin, Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI Penyandang Disabilitas pada Anak, 2014.
- Kemenkes RI, Profil Kesehatan Indonesia, 2010, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemis dan Ati, 2013, *Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus Tunagrahita*, Luxima, Jakarta.
- Kittay, E, Jennings, B, & Wasunna, A, 2005, *Dependency, difference and The Global Ethic of Longterm Care*, 443-469.
- Kurikulum Pendidikan Luar Biasa, GBPP Mata Pelajaran Program khusus Bina Diri dan Bina Gerak. Jakarta: Depdikbud.
- Maulana, Heri DJ. 2009, *Promosi Kesehatan*, EGC, Jakarta.
- Midzi, Nicholas, Sekesai Mtapuri-Zinyowera, Munyaradzi P Mapingure, et al, 2011; 11, *Knowledge attitudes and practices of grade three primary school children in relation to schistosomiasis, soil transmitted, helminthiasis and malaria in Zimbabwe*, BMC Infection Disease.
- Mujib, Abdul, 1993, *Pemikiran Pendidikan Islam*, Bandung: Trigendi Karya.
- Muttaqin, Arif, 2008, *Asuhan Keperawatan Dengan Klien Gangguan Persyarafan*, Jakarta: Salemba Medika.
- Nailarahma, 2012, *Kebutuhan Anak Tunagrahita*, diakses 9 Maret 2015, (<http://nailarahma.pbl2012.blogspot.com>)
- Ngatiyo, Aunurrahman. 2013. Penggunaan Metode Drill Terhadap Hasil Belajar Matematika Hitung Campuran Kelas III SDN 24 Pontianak. *Jurnal Pendidikan dan Pembelajaran*. Vol 2. No.3.

- Notoatmodjo, S, 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- _____, 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- _____, 2007, *Statistik untuk Penelitian*, Bandung: Alfabeta.
- _____, 2005, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Jakarta: Rineka Cipta.
- _____, 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, L, 2012, *Pembelajaran Merawat Diri Anak Tunagrahita Ringan Kelas II SDLB Di SLB Bhakti Pertiwi Prambanan Sleman Yogyakarta*, Skripsi, Universitas Negeri Yogyakarta.
- Nuryanti, Lusi, 2008, *Psikologi Anak*, Jakarta: PT indeks.
- Rahayu, E, 2011, *Kemampuan Merawat Diri Pada Anak Tunagrahita*, Skripsi, UNIKA Soegijapranata, Semarang.
- Ramawati, D, 2011, *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tunagrahita di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah*, Tesis, Universitas Indonesia.
- Ratnaningsih, Enok. 2012. Efektivitas Metode Drill dan Resitasi dalam Meningkatkan Pemahaman dan Keterampilan Siswa Terhadap Hukum Bacaan Qolqolah dan RO' di SMP Negeri 1 Subang. *Jurnal UPI*. Volume 10. No.1.
- Roestiyah NK, 1989, *Strategi Belajar Mengajar*, Jakarta: Bina Aksara.
- Sanjaya, W, 2012, *Media Komunikasi Pembelajaran*, Kencana Prenada Media Grup, Jakarta.
- Schwartz, M, William. 2004. *Pedoman Klinis Pediatri*. Jakarta: EGC.
- Side, Harsidi, 2009, *Penggunaan Media Animasi dalam Model Pembelajaran Langsung untuk Meningkatkan Hasil Belajar Biologi Siswa Kelas VII SMP Negeri 13 Makassar*, Skripsi, Universitas Negeri Makassar.
- Slameto, 2003, *Belajar dan Faktor-faktor yang Mempengaruhi*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Subini, N, 2011, *Mengatasi Kesulitan Belajar pada Anak*, Javalitera, Jogjakarta.
- Sudjana, Nana, 2011, *Dasar-dasar Proses Belajar Mengajar*, Bandung: Sinar Baru.

Sugiyono, 2008, *Metodologi Penelitian Kuantitatif Kualitatif R&D*, Alfabeta, Bandung.

Suwarna, 2005, *Konsep dan Makna Pembelajaran*. Bandung: Alfabeta.

WHO. 2009. Clean Hands Protection. http://www.who.int/gpsc/clean_heands_protection/en/. [13 Juni 2015]

Yanda, dkk, 2013, *Efektivitas Media Aplikasi Edukatif Dalam Meningkatkan Kemampuan Mengenal Huruf Bagi Anak Kesulitan Belajar*, *E-JUPEKhu*, Volume II, No 3, September 2013, hlm. 516.

