

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KEMANDIRIAN
TOILETING PADA ANAK AUTIS DI SKK BANGUN BANGSA
SURABAYA**

PENELITIAN DESKRIPTIF ANALITIK



**Oleh:
CINTHYA SURYA NEVADA
NIM. 130915097**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2013**

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KEMANDIRIAN
TOILETING PADA ANAK AUTIS DI SKK BANGUN BANGSA SURABAYA**

PENELITIAN DESKRIPTIF ANALITIK

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh:
CINTHYA SURYA NEVADA
NIM. 130915097

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2013

ii

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 24Juli 2013

Yang Menyatakan

CINTHYA SURYA NEVADA

130915097

PERSETUJUAN SKRIPSI LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KEMANDIRIAN
TOILETING PADA ANAK AUTIS DI SKK BANGUN BANGSA SURABAYA**

Oleh:
CINTHYA SURYA NEVADA
NIM. 130915097

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 24 JULI 2013

Oleh
Pembimbing I

Rizki Fitryasari Patra K, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP : 198002222006042001

Pembimbing II

Kristiawati, S.Kp, M.Kep, Sp. Kep An
NIK : 139040680

Mengetahui
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Pejabat Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp, M.Kep
NIP. 197904242006042002

HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI
SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KEMANDIRIAN
TOILETING PADA ANAK AUTIS DI SKK BANGUN BANGSA SURABAYA**

Oleh:
CINTHYA SURYA NEVADA
NIM. 130915097

TELAH DIUJI
TANGGAL 26 JULI 2013

PANITIA PENGUJI

Ketua : Yuni Sufyanti A,S.Kp., M.Kes ()
NIP : 197806062001122001

Anggota : 1. Rizki Fitryasari Patra K, S.Kep., Ns., M.Kep.()
NIP : 198002222006042001

2. Kristiawati, S.Kp, M.Kep, Sp. Kep An ()
NIK : 139040680

Mengetahui
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Pejabat Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

MOTTO

Tiap manusia memiliki peran masing-masing dalam kehidupan di dunia

Menjadi penjahat, menjadi orang baik

Menjadi orang bodoh, menjadi orang cerdas

sebagai orang sempurna, sebagai orang dengan keterbatasan

Semua memiliki satu fungsi

Yakni, membuat kita sadar untuk selalu belajar, berusaha, dan bersyukur atas diri kita, orang-orang sekitar kita, lingkungan kita, dunia kita, dan ALLAH SWT kita.

(Cinthya S.N)

-bermimpi-bangun-membuat mimpi jadi realita-

(B.J. Habibie)

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT karena berkat rahmat, kasih sayang serta bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KEMANDIRIAN TOILETINGPADA ANAK AUTIS DI SKK BANGUN BANGSA SURABAYA**“. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saaya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Bu Rizki Fitryasari Patra K, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini. Bu Kristiawati, S,Kp, M.Kep, Sp. Kep An selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam proses penyusunan skripsi ini.
3. Seluruh keluarga besar, Bapak dan Ibu (Moedjiono dan Djematun) mbak Ninik, mas Zainul dan seluruh saudara tercinta, terima kasih atas semuanya, do’a, dukungan dan perhatian, serta kasih sayang kalian menjadi semangat saya untuk menyelesaikan skripsi ini.

4. Yuni Sufyanti S.Kp, M.Kes, selaku penguji I proposal skripsi dan Bu Hanik Endang Nihayati, S.Kep. Ns, M.Kep selaku penguji II proposal skripsi yang telah memberikan banyak masukan untuk kesempurnaan penelitian ini.
5. Kepala SKK Bangun Bangsa Surabaya, terima kasih atas bantuannya telah memberikan ijin dan memfasilitasi saya dalam melakukan penelitian.
6. Seluruh staf guru khususnya Pak Sony dan terapis di SKK Bangun Bangsa Surabaya, terima kasih bantuannya selama saya melakukan penelitian.
7. Seluruh staf pendidikan, perpustakaan dan tata usaha Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam penyusunan skripsi ini.
8. Seluruh responden yang telah bersedia bekerja sama dalam penelitian ini.
9. Sahabat-sahabat spesial saya: Fistia, Yeni, Safak, Kinta, Putri, Lisca, yang sudah membantu, membimbing, dan memotivasi dalam penelitian ini.
10. Teman-teman A9 FKp. Khususnya om Priyo, Holiq, Siska, Gabby, Dyah dll. Semoga kita semua sukses dan selalu kompak.
11. Teman-teman UKTK Unair yang selalu jadi tempat mengistirahatkan pikiran dan fisik. Khususnya: *Mbak* Smol, Erika, Ade, Ucul, Eko, Rechese, Bimo, dll.
12. Bu Diaz dan teman-teman Studio Tydif yang memberikan kesempatan untuk fokus dalam penelitian.
13. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, atas bantuan yang diberikan dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah bersedia membantu dalam menyelesaikan skripsi ini dan senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan serta selalu menganugerahkan kasih sayang-Nya untuk kita semua.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan segala saran dan kritik demi perbaikan dan penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi pembaca khususnya dan bagi profesi keperawatan.

Surabaya, 24 Juli 2013

Penulis

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY SUPPORTS WITH INDEPENDENT OF TOILETING CHILDREN WITH AUTISM AT SKK BANGUN BANGSA SURABAYA

Descriptive Analytic Research

By: Cinthya Surya Nevada

Family support was an effort that given by family to other members of the family, both of morality or materiality to motivated some activities. *Toileting* was something that had relation with elimination needs. Although its looks simple, but this not easy skill for children with autism. Family support had big effect because the disability of children with autism and which much time where them be is in home environment with their parents and family. This study was identified the relationship between family support with independent of toileting children with autism.

Design used in this study was cross sectional design. Respondents were family of children with autism at SKK Bangun Bangsa Surabaya. Sample consisted of 16 respondents, enrolled using purposive sampling method. The independent variables were family support. The dependent variables were independent of toileting children with autism. Data were collected using modified questionnaire and observation checklist form. Analyzed using spearman rho correlation test with level of significance of 0,05.

Result showed family support had strong correlation with independent of toileting children with autism with significance $p=0,003$ and $r=0,694$.

It can conclude that better family support which given to the children with autism can increase the independent of toileting children with autism. Recommendation for the parents is to increase family support both in informational and esteem form which given to their child.

Keyword: family support, independent of toileting, children with autism.

DAFTAR ISI

Halaman judul	ii
Surat Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Halaman Penetapan Penguji	vi
Motto	vii
Ucapan Terima Kasih	viii
Abstract	x
Daftar Isi	xi
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar	xiv
Daftar Lampiran	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Teoritis	6
1.5.2 Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Autisme	8
2.1.1 Definisi Autisme	8
2.1.2 Etiologi.....	9
2.1.3 Prognosis.....	12
2.1.4 Kriteria Diagnostik.....	12
2.1.5 Penatalaksanaan	13
2.2 Konsep Kemandirian.....	18
2.2.1 Definisi kemandirian.....	18
2.2.2 Aspek kemandirian.....	18
2.2.3 Faktor Kemandirian	20
2.2.4 Alat Ukur Kemandirian.....	23
2.3 Konsep <i>Toileting</i>	26
2.3.1 Definisi <i>Toileting</i>	26
2.3.2 Perkembangan <i>Toileting</i>	26
2.3.3 Penilaian Kesiapan Anak dalam <i>Toilet Training</i>	27
2.3.4 Faktor <i>Toileting</i>	28
2.3.5 Aspek <i>Toileting</i>	29
2.4 Konsep Dukungan Keluarga.....	30
2.4.1 Definisi Dukungan dan Keluarga.....	30

2.4.2	Bentuk Keluarga.....	30
2.4.3	Fungsi Keluarga	31
2.4.4	Dimensi Dukungan Sosial Keluarga	32
2.4.5	Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga.....	34
2.4.6	Komponen Dukungan Keluarga.....	35
2.5	Konsep Teori PRECEDE (Lawrance Green)	36
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL		
3.1	Kerangka Konseptual	39
3.2	Hipotesis Penelitian.....	40
BAB 4 METODE PENELITIAN		
4.1	Rancangan Penelitian	41
4.2	Populasi, Sampel dan Sampling	42
4.2.1	Populasi Penelitian	42
4.2.2	Sampel.....	42
4.2.3	Sampling	43
4.3	Variabel Penelitian	43
4.3.1	Klasifikasi Penelitian	43
4.3.2	Definisi Operasional	44
4.4	Instrumen Penelitian.....	46
4.5	Lokasi dan Waktu	47
4.6	Prosedur Pengumpulan Data	47
4.7	Kerangka Operasional	48
4.8	Analisa Data	49
4.9	Etika Penelitian	51
4.10	Keterbatasan	52
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN		
5.1	Hasil Penelitian.....	54
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	54
5.1.2	Karakteristik Responden	55
5.1.3	Variabel yang Diukur.....	57
5.1	Pembahasan.....	61
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN		
6.1	Kesimpulan	69
6.2	Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA		71
LAMPIRAN		74

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tabel DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual).....	13
Tabel 2.3	Tabel Indeks Katz, Alat Ukur Kemandirian Kegiatan Sehari-hari.....	23
Tabel 4.1	Tabel Definisi Operasional Hubungan Dukungan Keluarga terhadap kemandirian <i>Toileting</i> pada Anak Autis Di SKK Bangun Bangsa Surabaya	42
Tabel 4.2	Tabel Interpretasi Nilai r.....	51
Tabel 5.1	Hubungan Antara Dukungan Keluarga Terhadap Kemandirian <i>Toileting</i> Pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya Pada 8 Juli 2013.....	55
Tabel 5.2	Hubungan Antara Dukungan Keluarga: Informasional Terhadap Kemandirian <i>Toileting</i> Pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya Pada 8 Juli 2013.....	58
Tabel 5.3	Hubungan Antara Dukungan Keluarga: Penghargaan Terhadap Kemandirian <i>Toileting</i> Pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya Pada 8 Juli 2013.....	59
Tabel 5.4	Hubungan Antara Dukungan Keluarga: Instrumental Terhadap Kemandirian <i>Toileting</i> Pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya Pada 8 Juli 2013.....	59
Tabel 5.5	Hubungan Antara Dukungan Keluarga: Emosional Terhadap Kemandirian <i>Toileting</i> Pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya Pada 8 Juli 2013.....	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Identifikasi Masalah Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kemandirian Toileting pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.....	5
Gambar 2.1	Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Green, 1991).....	35
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kemandirian Toileting pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya dengan pendekatan teori perilaku Preced (Lawrance Green).....	39
Gambar 4.1	Kerangka Operasional Penelitian Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kemandirian Toileting pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.....	49
Gambar 5.1	Distribusi Dukungan Keluarga Kepada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya Pada Tanggal 8 Juli 2013.....	57
Gambar 5.2	Distribusi Kemandirian <i>Toileting</i> Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya Pada Tanggal 8 Juli 2013.....	58

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1	Surat Ijin Penelitian..... 74
Lampiran 2	Surat telah melakukan penelitian..... 75
Lampiran 3	Lembar Penjelasan Penelitian..... 76
Lampiran 4	Pernyataan Persetujuan menjadi Responden Penelitian..... 78
Lampiran 5	Data Demografi Responden..... 79
Lampiran 6	Lembar Kuesioner Dukungan Keluarga..... 81
Lampiran 7	Lembar Observasi Kemandirian Toileting..... 85
Lampiran 8	Distribusi Data Responden..... 87
Lampiran 9	Distribusi Dukungan Keluarga..... 89
Lampiran 10	Distribusi Kemandirian <i>Toileting</i> 93
Lampiran 11	Hasil Uji Korelasi..... 94
Lampiran 12	Hasil Uji Validitas Reabilitas..... 101

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.

Autis merupakan gangguan perkembangan kompleks pada fungsi otak disertai dengan defisit intelektual dan perilaku dalam rentang keparahan yang luas (Wong, 2008). Gangguan perkembangan yang dialami anak autis berupa kesulitan berkomunikasi, interaksi sosial, perilaku, minat, dan kegiatan termasuk dalam kegiatan proses perkembangan hidupnya termasuk *toileting*. Anak dengan autis termasuk kelompok yang paling sulit dalam *toilet training*. Kegiatan *toilet training* yang digunakan SKK Bangun Bangsa Surabaya adalah melalui mata pelajaran bina diri. Guru juga menyatakan bahwa untuk mencegah anak mengompol mereka meniasati dengan menjadwalkan anak-anak untuk pergi ke kamar mandi. Namun, hal ini belum menyelesaikan masalah karena sering kali anak BAK sebelum atau sesudah jadwal atau anak tidak mau untuk pergi ke kamar mandi. Lingkungan sekolah tidak memiliki intervensi lain mengingat waktu anak di lingkungan tersebut hanya beberapa jam dan fokus pengembangan di lingkungan sekolah adalah mengatasi masalah interaksi, komunikasi atau motorik. Ketidakmandirian *toileting* dalam BAK seperti mengompol terjadi karena anak tidak berani mengutarakan atau izin kepada guru jika ingin ke toilet, tidak mengguyur air kencing atau tidak bisa membersihkan daerah genital. Hal tersebut tentu mempunyai dampak baik bagi anak autis itu sendiri maupun lingkungannya. William & Wright (2004) menyebutkan tiga faktor yang menyebabkan ketidakmandirian *toileting* pada anak autis yaitu pertama,

faktor sensori dimana anak autis memiliki rasa tidak nyaman ketika berada di lingkungan toilet sehingga dapat mengganggu proses pembelajaran *toileting*. Kedua, faktor komunikasi yang membuat anak autis tidak mampu mengungkapkan atau menghubungkan kata-kata dengan tindakan. Ketiga, adalah faktor kebiasaan yang disebabkan oleh pemakaian popok.

Autis memang tengah menjadi perhatian dunia karena dari tahun ke tahun penyandang autis semakin meningkat. CDC (*Center for Disease Control*) Amerika menyebutkan pada laporan terakhirnya tahun 2008 bahwa terdapat satu dari 88 anak yang berusia usia 8 tahun menderita autis dengan perbandingan anak laki-laki dan wanita adalah 1:15, maka diantara 1 dari 54 anak laki-laki adalah penyandang autis dan pada anak wanita perbandingannya adalah 1:252. Belum ada penelitian khusus yang dapat menyajikan data autis pada anak di Indonesia (Yayasan Autisma Indonesia, 2012). Namun, menurut Menkes pada tahun 2004 di Indonesia ada 457.000 penderita autisme. Berdasarkan prevalensi tersebut dapat diketahui bahwa peningkatan anak yang mengalami gangguan dalam kegiatan perkembangan hidup termasuk kemandirian *toileting*. Hasil observasi awal di SKK Bangun Bangsa Surabaya, penyandang autis di sekolah tersebut berjumlah 48 anak. Menurut pimpinan SKK Bangun Bangsa Surabaya, terdapat sekitar 60% dengan rentang usia 3 sampai dengan 12 tahun masih belum bisa melakukan *toileting* secara mandiri. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Binarwati (2006), didapatkan data bahwa ada perubahan pembelajaran metode demonstrasi terhadap perubahan perilaku orang tua dan kemampuan toilet training pada anak. Sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa kesiapan anak, pengetahuan orang tua dan pelaksanaan *toileting* yang benar

merupakan suatu domain penting yang perlu orang tua atau keluarga ketahui untuk meningkatkan kemampuan *toileting* pada anak (Luqmansyah, 2010)

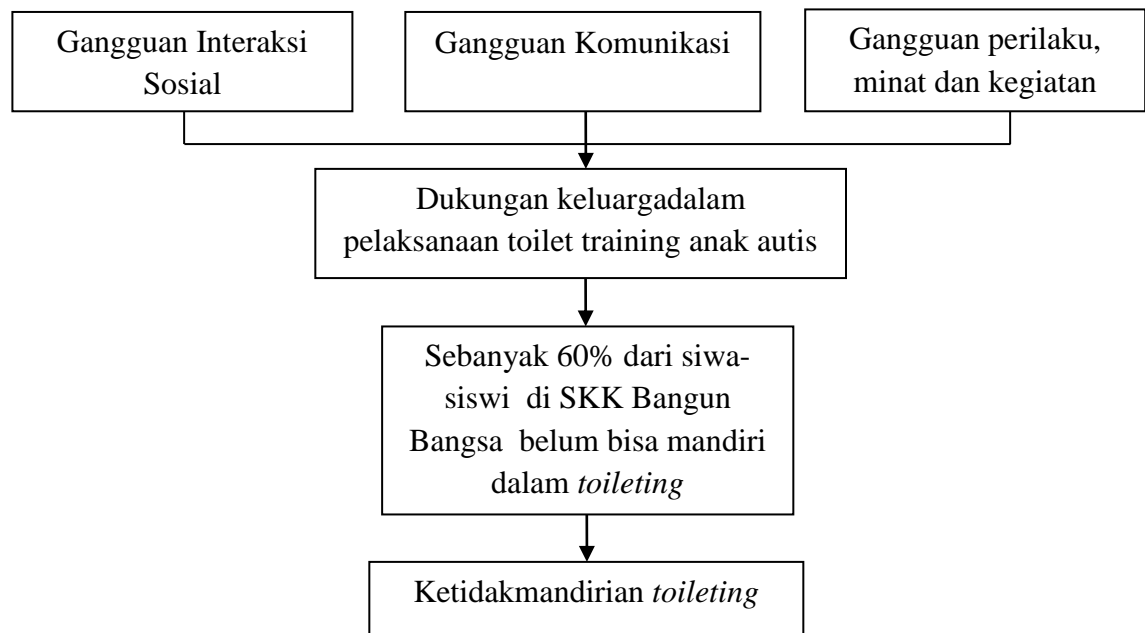
Kusuma (2006) menyebutkan beberapa faktor yang mempengaruhi kemandirian yaitu, faktor internal yang terdiri dari jenis kelamin, usia, urutan kelahiran, tipe kepribadian, kondisi fisik, kapasitas mental, kepercayaan diri dan faktor eksternal yang terdiri dari pola asuh, sosial budaya dan dukungan keluarga. Lawrence Green dalam kerangka teorinya memasukkan dukungan keluarga sebagai salah satu faktor *reinforcement* atau faktor pendorong dalam perubahan perilaku seseorang. Dukungan keluarga memiliki empat bentuk berupa dukungan informasional, instrumental, emosional, dan penghargaan. Dukungan keluarga bisa menjadi faktor penting karena anak autis mengalami beberapa kesulitan dalam perkembangannya serta mengingat waktu terbanyak dimana anak autis berada adalah di lingkungan rumah bersama keluargaserta waktu yang hanya kurang lebih sekitar dua sampai 4 jam di sekolah. *Toilet training* pada anak autis memang dikenal sebagai hal yang sulit dibanding pada anak normal. Namun, jika keluarga mampu menjalankan perannya melalui dukungan yang diberikan maka anak dapat mandiri dalam *toileting* karena penilaian kesiapan *toileting* bukan hanya kepada kesiapan anak saja namun juga kesiapan orang tua dalam memberikan pembelajaran *toileting*. Kemandirian merupakan hal yang esensial untuk kelangsungan hidup, kesehatan, dan kesejahteraan pribadi. Individu yang tidak mampu menghadapi rentang aktivitas yang dibutuhkan cenderung berisiko dan memerlukan pelayanan kesehatan (Brooker, 2008). Mengutip dari yang dikatakan oleh Melly Budhiman dalam detikHealth (2012) “yang terpenting mereka (anak autis) harus mandiri, tidak dilayani lagi. Dalam

keseharian bisa mandiri 100 persen”. Hal ini dapat disimpulkan bahwa kemandirian anak autis menjadi poin penting bagi anak autis demi masa depan yang tidak tergantung dengan orang lain. Jika hal ini tidak tercapai maka anak tersebut dapat mengalami gangguan personal hygiene, ketidaknyamanan, penolakan sampai mempengaruhi penerimaan masyarakat (Cirero & Pfadt, 2002) baik jangka pendek maupun jangka panjang nantinya. Selain itu, jika *toileting* ini tidak berhasil dicapai ketika masa anak-anak maka akan berimbas ketika anak autis tersebut tumbuh menjadi remaja dan dewasa. Contohnya seperti pada artikel yang bertajuk “Mengenalkan Seksualitas pada anak autis” dalam artikel ini disebutkan bahwa ada salah seorang murid yang sering ereksi saat buang air kecil di toilet, hal ini terjadi karena anak tersebut terbiasa diceboki oleh pengasuhnya (Kompas.com, 2010). Dari artikel tersebut kita bisa belajar bagaimana dampak dari ketidakberhasilan kemandirian *toileting* pada anak autis.

Lawrence Green dalam teori PRECEDE memasukkan keluarga sebagai salah satu faktor pendorong pembentuk perilaku. Keluarga memiliki peran mengembangkan kemandirian anak sejak kecil demi memberikan bekal bagi anak dimasa depan termasuk kemandirian dalam *toileting* (Ginanjar, 2008). Kemandirian *toileting* terlihat sederhana bagi beberapa orang namun keterampilan ini bukanlah sesuatu hal yang mudah bagi anak autis karena batasan kognitif yang dimiliki (Lestari, Novayelinda, & Agrina). Cukup banyak orang tua yang baru menyadari bahwa anaknya belum dapat mandiri dalam *toileting* setelah mendapat teguran dari pihak sekolah (Ginanjar, 2008). Faktor keluarga yang dalam penelitian ini berupa dukungan keluarga mempunyai pengaruh besar terhadap kondisi anak mengingat

waktu terbanyak dimana anak autis berada adalah di lingkungan rumah bersama orang tua dan keluarga. Dukungan keluarga adalah suatu upaya yang diberikan keluarga kepada anggota keluarga lain, baik moril maupun materil untuk memotivasi dalam melaksanakan kegiatan (Sarwono, 2003). Berdasarkan uraian diatas peneliti memutuskan untuk melakukan penelitian tentang hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian *toileting* di Sekolah Kebutuhan Khusus (SKK) Bangun Bangsa Surabaya.

1.2 Identifikasi Masalah.



Gambar 1.1 Identifikasi masalah hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian *toileting* anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

1.3 Rumusan Masalah.

Bagaimana hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya?

1.4 Tujuan Penelitian.

1.4.1 Tujuan Umum.

Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

1.4.2 Tujuan Khusus.

1. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada anak autis di SKK Bangun Bangsa.
2. Mengidentifikasi kemandirian *toileting* pada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.
3. Mengidentifikasi hubungan antara dukungan keluarga (informasional, emosional, penghargaan dan instrumental) terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis di SKK Bangun Bangsa.

1.5 Manfaat Penelitian.

1.5.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat digunakan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis sehingga dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk penelitian dan kerangka konsep pengembangan ilmu keperawatan yang berfokus pada peningkatan kualitas hidup anak autis.

1.5.2 Manfaat Praktis.

1. Hasil penelitian ini diharapkan mampu menjadi bahan pengembangan penelitian tentang autis berikutnya.

2. Hasil penelitian ini diharapkan mampu meningkatkan kesadaran peran keluarga perawatan anak autis melalui dukungan keluarga.
3. Hasil dari penelitian ini diharapkan mampu menjadi masukan bagi institusi terkait bahwa perlu adanya kesinambungan antara institusi dengan keluarga agar dapat dijadikan bahan pertimbangan untuk mengatasi masalah kemandirian siswa dengan kebutuhan khusus terutama autis.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Autis.

2.1.1 Definisi Autis.

Definisi autis terus mengalami perubahan dari waktu ke waktu, seperti yang digambarkan oleh berbagai kriteria diagnostik yang digunakan, baik dalam pengaturan klinis maupun epidemiologis. Istilah autis pertama kali dikenalkan oleh Leo Kanner pada tahun 1943, berasal dari kata “auto” yang berarti berdiri sendiri. Dia melihat anak autis memiliki perilaku aneh, terlihat acuh dengan lingkungan dan cenderung menyendiri seakan-akan hidup dalam dunia yang berbeda. Perilaku aneh yang tergolong gangguan perkembangan berat ini terjadi karena kerusakan saraf di beberapa bagian otak. Ada juga yang berpendapat istilah autis dari kata “autos” yang berarti diri sendiri dan “isme” yang berarti aliran. Autis berarti suatu paham yang tertarik hanya pada dunia sendiri. Autis diduga akibat kerusakan saraf otak yang bisa muncul karena beberapa faktor, diantaranya: genetic dan faktor lingkungan. Survei pernah menunjukkan bahwa anak-anak autis lahir dari ibu-ibu kalangan ekonomi menengah ke atas dan ketika dikandung asupan gizi ibunya tidak seimbang (Sari, 2009). Kanner dalam (Rudolph, 2008) menambahkan deskripsi autis merupakan sekelompok anak dengan kombinasi berbagai masalah yang berat, terdiri dari buruk atau tidak adanya komunikasi, isolasi sosial yang jelas, dan pengaturan perilaku yang menyimpang. Oleh karena ketidakmampuan pada anak ini patut diperhatikan untuk mengembangkan hubungan sosial dengan orang lain, baik dengan orang dewasa

maupun dengan teman sebayanya, Kanner mengusulkan istilah autis infantile. Studi lebih lanjut telah mengklarifikasi aspek klinis yang menjadi kunci pada autis, dan gangguan pada masa kanak-kanak dengan gambaran yang serupa telah dikelompokkan dibawah istilah gangguan perkembangan pervasif (PDDs, pervasive development disorders) yang lebih luas. Definisi saat ini untuk gangguan autis (AD, autis disorders), dan selanjutnya digolongkan di dalam DSM-IV, masih digabungkan dengan elemen utama pada deskripsi awal Kanner. Autis adalah gangguan perkembangan kompleks pada fungsi otak yang disertai dengan defisit intelektual dan perilaku dalam rentang dan keparahan yang luas (Wong, 2008).

Sedangkan menurut American Psychiatric Assosiation, Autis digolongkan dalam gangguan perkembangan pervasif bersama dengan syndrome asperger, sindrom Rett. Gangguan ini melibatkan kerusakan parah dan pervasif dalam berbagai masalah perkembangan dan signifikan dengan keterampilan sosial dan pemahaman, komunikasi dan perilaku (Farrel, 2008)

Autis merupakan gangguan perkembangan yang menetap, ditandai dengan kesulitan dalam hal berkomunikasi dan interaksi sosial, membatasi diri, berulang, dan stereotip terhadap perilaku, minat, dan kegiatan tertentu. Autis adalah gangguan yang kompleks yang mempengaruhi fungsi otak (Puentes, 2007).

2.1.2 Etiologi.

Meskipun penelitian telah diupayakan dengan sungguh-sungguh selama lebih dari 50 tahun, penyebab autis yang sebenarnya masih belum diketahui. Pada awalnya autis diarahkan pada kemungkinan gaya pengasuhan orang tua yang diduga tidak hangat dan kurang memberikan kasih sayang (Ginanjar, 2008). Namun dugaan

tersebut salah. Beberapa faktor yang diduga menjadi penyebab autisme adalah sebagai berikut:

a. Faktor Genetik.

Menurut survei yang pernah dilakukan, antara 2 dan 4 persen saudara kandung anak autisme juga mengalami gangguan autisme (Sadock, 2010). Pada kembar monozigotik hal ini memiliki faktor untuk menderita autisme lebih tinggi (Rudolph, 2008). Sebelumnya memang belum ada jawaban mengenai gen mana yang bertanggung jawab menyebabkan gangguan tersebut (Ginanjar, 2008). Namun, hasil dari penelitian baru-baru ini menemukan bahwa dua region pada kromosom 2 dan 7 mengandung gen yang terlibat di dalam autisme. Gen lain yang terlibat adalah gen 16 dan 17 namun kekuatan hubungannya lebih lemah (Sadock, 2010).

b. Masalah pada Masa Kehamilan dan Proses Melahirkan.

Risiko kehamilan terjadi jika terdapat komplikasi persalinan pre- dan perinatal, infeksi prenatal dengan virus tertentu, khususnya rubella dan sitomegalovirus atau mengalami abnormalitas pada *computed tomography* atau pencitraan resonansi magnetik saat kehamilan (Rudolph, 2008). Hal ini juga akan diperburuk ketika ibu mengonsumsi alkohol, menderita infeksi kronis atau mengonsumsi obat-obatan terlarang (Ginanjar, 2008). (Sadock, 2010) juga menambahkan bahwa pendarahan itu setelah trimester pertama dan adanya mekonium di dalam cairan amnion karena berdasarkan laporan seringnya riwayat pada anak autisme.

c. Racun dan Logam Berat.

Faktor lingkungan diduga keras berperan dalam munculnya gangguan autis. Berbagai racun yang berasal dari pestisida, polusi udara dan cat tembok dapat mempengaruhi kesehatan janin. Dari beberapa penelitian didapat kadar logam berat dalam darah anak autis seperti merkuri, timbale, timah lebih tinggi dari anak normal. Namun, mengenai waktu terpaparnya anak dengan logam berat masih menjadi pertanyaan (Ginanjari, 2008).

d. Faktor Imunologis.

Adanya ketidakcocokan imunologi yaitu antibody maternal pada janin dapat berperan karena limfosit beberapa anak autis bereaksi dengan antibody maternal, suatu bukti yang meningkatkan kemungkinan jaringan saraf embrionik atau ekstraembrionik rusak selama gestasi (Sadock, 2010).

e. Faktor Neuroanatomis.

Hasil penelitian MRI, terdapat peningkatan volume otak terutama pada lobus oksipitalis, lobus parietalis dan lobus temporalis. Peningkatan volume otak ini dapat terjadi karena adanya peningkatan neurogenesis, menurunnya kematian neuron dan meningkatnya produksi jaringan otak nonneural (sel glia atau pembuluh darah). Walaupun masih kemungkinan, penanda biologis dalam etiologi autis mengenai peningkatan volume otak terutama lobus temporalis diyakini merupakan area yang penting karena terdapat beberapa orang yang mengalami gejala mirip autis pada kerusakan bagian ini (Sadock, 2010).

f. Faktor Biokimia.

Pada beberapa anak autisme, meningkatnya asam homovanilat (metabolit dopamine utama) di dalam cairan serebrospinal menyebabkan meningkatnya stereotip dan penarikan diri (Sadock, 2010). Pada anak autisme kadar serotonin juga ditemukan tinggi di dalam trombosit. Hal ini juga terjadi pada anak dengan retardasi mental. Namun, sayangnya belum ada hipotesis yang menghubungkan dengan gangguan (Rudolph, 2008).

2.1.3 Prognosis.

Dalam (Rudolph, 2008) menyebutkan bahwa seseorang yang menderita Pervasive Developmental Disorder (PDDs) memiliki prognosis yang buruk. Secara khusus, untuk autisme gangguan disintegratif pada masa kanak-kanak lalu akan menjadi orang dewasa yang normal namun hal ini tidak semua anak autisme yang mengalami karena ada juga yang akan lebih buruk karena mengalami kerusakan tipikal.

2.1.4 Kriteria Diagnostik.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah merumuskan suatu kriteria yang harus terpenuhi untuk dapat melaksanakan diagnosis autisme dalam ICD-10 (International Classification of Diseases) pada tahun 1993. Sedangkan kelompok psikiatri dari Amerika pada tahun 1994 juga mengeluarkan rumusan diagnostik lain untuk menjadi panduan yang disebut DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual). Sebenarnya, dua rumusan diagnostik ini kurang lebih sama saja. Untuk mempermudah pengertian, berikut tabel DSM-IV:

Tabel 2.1 DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual).

Kel.	No	Gejala	√	Jml	Keterangan
1	a	Interaksi sosial tidak memadai:		...	Minimal 2 gejala
		o Kontak mata sangat kurang			
		o Ekspresi muka kurang hidup			
		o Gerak-gerak yang kurang tertuju			
		o Menolak untuk dipeluk			
		o Tidak menengok bila dipanggil			
		o Menangis atau tertawa tanpa sebab			
		o Tidak tertarik pada mainan			
	o Bermain dengan benda yang bukan mainan				
	b	Tidak bisa bermain dengan teman sebaya			
	c	Tidak dapat merasakan apa yang dirasakan orang lain			
	d	Kurangnya hubungan sosial dan emosional yang timbal balik			
2	a	Bicara terlambat atau sama sekali tidak berkembang (dan tidak ada usaha untuk mengimbangi komunikasi dengan cara lain tanpa bicara), menarik tangan bila ingin sesuatu, bahasa isyarat tidak berkembang		...	Minimal 1 gejala
	b	Bila bisa bicara, bicaranya tidak dipakai untuk komunikasi			
	c	Sering menggunakan bahasa yang aneh dan diulang-ulang			
	d	Cara bermain kurang variatif, kurang imajinatif, dan kurang bisa meniru			
3	a	Mempertahankan satu minat atau lebih dengan cara yang khas dan berlebih-lebihan		...	Minimal 1 gejala
	b	Terpaku pada suatu kegiatan yang ritualistik atau rutinitas yang tidak ada gunanya, misalnya makan dicium dulu			
	c	Ada gerakan-gerakan yang aneh dan diulang-ulang			
	d	Seringkali sangat terpukau pada bagian-bagian benda			
JUMLAH				...	
Dapat ditentukan bila jumlah gejala semuanya minimal 6					

Untuk menegakkan diagnosis autisme, harus ada sedikitnya 6 gejala dari (1),(2) dan (3), dengan minimal dua gejala dari (1) dan masing-masing satu gejala dari (2) dan (3) (Maulana, 2008). Ada dua elemen dalam menegakkan diagnosis autisme atau gangguan pervasif lainnya, yaitu:

- a. Membedakannya dari kemungkinan diagnosis penyakit lain.
- b. Mengidentifikasi gangguan-gangguan yang diketahui akan meningkatkan risiko menderita. Tabel mencantumkan diagnosis yang bisa memiliki tanda dan gejala yang mungkin rancu dengan diagnosis gangguan pervasif lainnya.

Tidak ada tes laboratorium spesifik yang bisa mendukung diagnosis autis. Namun, autis berkaitan dengan beberapa gangguan yang mungkin memerlukan tes laboratorium. Penilaian pada anak dengan kemungkinan autis seharusnya mencakup riwayat keluarga terperinci, riwayat perkembangan dan perilaku, pemeriksaan fisik dan neurologik, dan tes formal pada kemampuan kognitif dan fungsional. Bergantung pada hasil temuan, bisa diindikasikan tes tambahan, termasuk sampel urine dan darah untuk skrining genetik serta pemeriksaan kromosom dan juga tes audiologik. Pemeriksaan EEG, pencitraan resonansi magnetic atau *computed tomography* mungkin cocok hanya bila gambaran klinisnya mengarah pada kejang, yang bisa dialami remaja pada lebih dari sepertiga individu dengan autis (Rudolph, 2008).

2.1.5 Penatalaksanaan.

Penanganan primer anak autis terletak di rumah dan sekolah. Fokus utama sebaiknya adalah membantu untuk menciptakan dan mempertinggi arti komunikasi efektif serta membangun kontrol perilaku yang baik. Pendekatan komunikasi juga harus disesuaikan dengan usia mental anak dan kemampuan yang ada. (Rudolph, 2008). Saat ini sudah banyak terapi-terapi yang dikembangkan untuk menangani autis. Pada prinsipnya terapi ini menjadi tiga tujuan, yaitu untuk menggali

kemampuan potensial anak, untuk mandiri dan untuk merangsang pelatihan dan pendidikan berkelanjutan sesuai dengan kewajaran pertumbuhan (Fadhli, 2010).berikut adalah macam-macam terapi pada anak autisme:

1. Applied Behavior Analysis (ABA).

ABA dikembangkan oleh Ivar loovas seorang psikologi dari Amerika. Metode yang digunakan didasarkan pada aturan yang jelas dan sesi yang diduga untuk mencapai ketrampilan yang ditargetkan. Teknik ABA memandang tingkah laku sebagai suatu yang dipelajari dan berdasarkan pada rangkaian A-B-C yaitu Antecedent-Bahavior-Cosequence (konsekuensi sesuai tingkah laku anak, yaitu berupa reinforcement/penguatan atau punishment/hukuman). Untuk membantu anak belajar ketrampilan secara ceoat, guru memberikan bantuan secara fisik maupun verbal yang secara bertahap akan dikurangi sampai anak benar-benar mandiri (Ginanjari, 2008).

2. Penanganan Biomedis.

Penelitian yang dilakukan Paul Shattock menunjukkan bahwa gangguan pencernaan merupakan salah satu faktor penyebab munculnya gejala autisme. Shattock dalam (Ginanjari, 2008) mengembangkan intervensi biomedis yang terdiri dari tiga tahapan yaitu:

- a. Menghilangkan sumber peptide dari makanan yang dikonsumsi anak berupa kasein.
- b. Mendeteksi faktor-faktor lain yang juga berperan pada tingkah laku autisme dan biasanya berperan dari makanan.

- c. Memperbaiki metabolisme anak dengan pemberian berbagai vitamin dan suplemen.

Medikasi tidak bisa membantu mengubah perjalanan gangguan pervasif. Akhir-akhir ini, preparat yang paling sering dipergunakan oleh orang tua adalah vitamin B6 ditambah magnesium atau dimetilglisin. Secara umum, upaya seperti ini membawa risiko minimal, bahkan manfaatnya pun masih diragukan (Rudolph, 2008).

3. Penanganan Integrasi Sensorik (TIS).

Terapi mulai diberikan sejak usia dini dan optimal bagi anak-anak berusia dibawah 5 tahun. Dalam terapi ini, guru tidak mengontrol anak secara fisik tetapi memberikan lingkungan yang memberi kesempatan bagi anak untuk mengeksplorasi tantangan sensorik. Adanya input sensorik yang terkontrol, maka anak akan lebih mampu mengembangkan respon adaptif. Sebelum terapi, setiap anak akan dievaluasi menggunakan tes terstandar dan observasi terstruktur untuk mengetahui gangguan sensorik yang dimiliki anak. Secara umum terapi ini berfokus pada kondisi anak, dilakukan melalui kegiatan yang menyenangkan dan dengan pemberian dosis sensorik yang tepat. Pendekatan ini lebih menekankan pada kemajuan fungsi emosi daripada ketrampilan kognitif (Ginancar, 2008).

4. Terapi Wicara.

Terapi ditujukan untuk membantu anak mengucapkan kata-kata dan akhirnya berbicara dengan benar. Awalnya perlu dilakukan pengujian terlebih dahulu mengenai masalah anak.

5. Terapi Okupasi.

Terapi okupasi adalah terapi yang memanfaatkan kegiatan fungsional dan tujuan, atau terapi untuk meningkatkan kemandirian fungsional individu. Pada autisme, terapi ini dapat sangat efektif dalam meningkatkan kemampuan fungsional halus dan motorik kasar, kontrol postural dan pola gerakan, tentang keterampilan kemandirian, koordinasi tangan-mata, dan keterampilan persepsi dan visual spasial (Siri, 2010)

6. Terapi Musik.

Musik merupakan stimulus yang tepat bagi anak autisme. Penelitian dalam sepuluh tahun terakhir. Hasil penelitian dari Warwick pada tahun 1995 menyatakan bahwa terapi musik dapat meningkatkan perilaku sosial dan relasi interpersonal. Hasil penelitian Edgerton pada tahun 1994 menyatakan bahwa terdapat peningkatan koordinasi motorik, perilaku komunikasi dan kemampuan bahasa (Djohan, 2006)

7. Terapi Bermain.

Dengan menggunakan teknik tertentu pada anak autisme terapi bermain dapat digunakan untuk melatih kemampuan-kemampuan tertentu dan sering digunakan untuk melatih konsentrasi atau pemusatan perhatian pada tugas tertentu, melatih konsep-konsep dasar warna, ukuran bentuk besaran, arah ruangan, melatih ketrampilan motorik kasar, halus dan sebagainya (Tedjasaputra, 2004).

2.2 Konsep Kemandirian.

2.2.1 Definisi Kemandirian.

Kemandirian adalah hal atau keadaan dapat berdiri sendiri tanpa bergantung pada orang lain (Kamus, 2002). Sedangkan menurut Anita Lie dan Sarah Prasasti dalam (Septianingtyas, 2006) kemandirian adalah kemampuan untuk melakukan kegiatan atau tugas sehari-hari dengan sedikit bimbingan sesuai dengan tahapan perkembangan atau tugas sehari-hari atau dengan sedikit bimbingan sesuai dengan tahapan perkembangan dan kapasitasnya. Menurut Jas dan Rahmadiana dalam (Julianto, 2010) kemandirian adalah kemampuan untuk melakukan kegiatan atau tugas sehari-hari sesuai dengan tahapan perkembangan dan kapasitasnya. Menurut Stoisisme dalam (Bagus, 2005) kemandirian menunjuk kepada keadaan tidak tergantung pada orang lain dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan fisik dan emosional. Sedangkan menurut Steinberg dalam (Hamidah, 2012) kemandirian adalah kemampuan individu untuk bertindak laku sesuai kapasitasnya guna memenuhi kebutuhannya.

2.2.2 Aspek Kemandirian.

Menurut Steinberg yang dikutip dalam (Hamidah, 2012) ada tiga aspek kemandirian yang dikemukakan, yaitu:

1. Kemandirian emosi (*Emotional autonomy*), menekankan pada kemampuan seseorang untuk melepaskan diri dari ketergantungan orang lain dalam pemenuhan kebutuhan-kebutuhan dasarnya.
2. Kemandirian bertindak (*Behavioral autonomy*) kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas, sebagai manifestasi dari berfungsinya

kebebasan, menyangkut peraturan-peraturan yang wajar mengenai perilaku dan pengambilan keputusan.

3. Kemandirian nilai (*Value autonomy*), kemandirian untuk memaknai seperangkat prinsip benar dan salah, yang wajib dan hak, yang penting dan yang tidak penting.

Sedangkan, menurut Mu'tadin dalam (Putri, 2011), Havighurst menjelaskan bahwa kemandirian terdiri dari beberapa aspek, yaitu:

1. Emosi, aspek ini ditujukan dengan kemampuan mengontrol emosi dan tidak tergantungnya kebutuhan emosi orang lain.
2. Ekonomi, aspek ini ditujukan dengan kemampuan mengatur ekonomi dan tidak tergantungnya kebutuhan ekonomi pada orang lain.
3. Intelektual, aspek ini ditujukan dengan kemampuan untuk mengatasi berbagai masalah yang dihadapi.
4. Sosial, aspek ini ditunjukkan dengan kemampuan untuk mengadakan interaksi dengan orang lain.

Verauli dalam (Gsianturi, 2006) membagi kemandirian dalam tiga aspek yaitu:

1. Kemandirian fisik, kemandirian umum yang bisa dilihat dan diperlihatkan dalam bentuk tindakan atau perilaku. Contoh: makan sendiri, memakai celana sendiri, pergi ke toilet sendiri, dan sebagainya.
2. Kemandirian emosi, kemandirian pengontrolan emosi. Contoh: mampu berpisah dengan orang tua dalam waktu singkat saat di sekolah.

3. Kemandirian sosial, kemandirian dimana seseorang mampu berhubungan dengan orang lain secara independen sebagai individu bukan hanya dengan orang tua atau pengasuh.

2.2.3 Faktor Kemandirian.

Terdapat beberapa penelitian yang menjelaskan mengenai berbagai faktor dari kemandirian. Kemandirian dapat dipengaruhi oleh pola asuh orang tua, jenis kelamin dan urutan kelahiran (Hurlock E. B., 2000). Sedangkan dalam (Kusuma, 2006) kemandirian seorang anak dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain jenis kelamin, usia, pola asuh orang tua, urutan kelahiran dan sosial budaya. Suhartini menambahkan dalam tesisnya bahwa kemandirian seseorang ditentukan juga oleh beberapa tipe kepribadian, kondisi fisik, kapasitas mental serta dukungan keluarga (Suhartini, 2004). Berdasarkan referensi penelitian mengenai faktor kemandirian dapat diklasifikasikan menjadi faktor internal dan faktor eksternal. Yang termasuk ke dalam faktor internal antara lain:

1. Jenis kelamin.

Perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan menyebabkan perlakuan yang berbeda terhadap laki-laki dan perempuan. Anak laki-laki diberi kebebasan lebih awal mereka dituntut untuk lebih mandiri dari kontrol orang tua, lebih banyak memikirkan harga diri, bertanggung jawab terhadap aktivitas mereka sendiri dan lebih banyak mengontrol diri. Sebaliknya, anak perempuan mengalami kesulitan melepaskan emosi dengan orang tua karena mereka diharapkan untuk mencintai orang tua dan keluarga (Peterson dalam (Kusuma, 2006).

2. Usia.

Stech dan Corner dalam (Kusuma, 2006) mengemukakan bahwa ada peningkatan dalam perilaku mandiri berkenaan dengan bertambahnya usia. Seiring dengan pertambahan usia maka individu cenderung semakin mandiri. Hal ini karena individu semakin matang baik secara fisik maupun psikis dan juga karena tuntutan lingkungan.

3. Urutan kelahiran.

Menurut Bossard dalam (Kusuma, 2006) urutan kelahiran mempunyai dampak pada berbagai dimensi pada kemampuan sosial, termasuk kemandirian. Pengaruh urutan kelahiran lebih bersifat tidak langsung. Hal ini dikarenakan pada dasarnya anak pada urutan kelahiran yang berbeda memiliki lingkungan fisik, kehidupan sosial dan dunia sekitar yang berbeda.

4. Tipe Kepribadian.

Kepribadian seseorang dapat mempengaruhi tingkat kemandirian karena kepribadian adalah sebuah cara yang dilakukan seseorang dalam merespon suatu situasi atau cara bertindak yang disukai seseorang terhadap keadaan maupun orang tertentu (Parkinson, 2004).

5. Kondisi fisik.

Seseorang yang memiliki tingkat kemandirian tertinggi adalah mereka yang secara fisik dan psikis memiliki kesehatan yang cukup prima. Dengan kesehatan yang baik mereka bisa melakukan aktivitas apa saja dalam kehidupannya sehari-hari seperti: mengurus dirinya sendiri, bekerja, dan rekreasi (Suhartini, 2004).

6. Kapasitas mental.

Kapasitas mental juga menentukan tingkat kemandirian seseorang. Menurunnya fungsi kognitif akan menyebabkan perilaku seseorang menjadi lebih lambat (Suhartini, 2004).

7. Kepercayaan diri.

Kartawijaya dalam (Swisty, 2006) menyatakan bahwa rasa percaya diri terbentuk ketika anak diberikan kepercayaan untuk melakukan suatu hal yang ia mampu kerjakan sendiri. Rasa percaya diri dapat dibentuk sejak anak masih bayi. Hal terbesar yang dapat menghambat rasa percaya diri anak adalah kekhawatiran dan ketakutan orang tua. Perasaan takut dan khawatir pada orang tua ini dapat membuat orang tua cenderung untuk selalu menangani pekerjaan yang sebenarnya dapat dilakukan anak sendiri.

Faktor eksternal antara lain sebagai berikut:

1. Pola Asuh.

Pola Asuh orang tua adalah perilaku orang tua dalam mendidik anak-anak mereka Idris dalam (Kiswanti, 2005). Maccoby dalam (Santrock, 2007) orang tua yang baik adalah orang tua yang pola asuhnya menyesuaikan diri terhadap perubahan perkembangan anak.

2. Dukungan Keluarga.

Menurut (Sarwono, 2003) dukungan adalah suatu upaya yang diberikan kepada orang lain, baik moril maupun materil untuk memotivasi orang lain untuk melaksanakan kegiatan. Sedangkan Santoso (2001) menjelaskan bahwa

dukungan yaitu suatu usaha untuk menyokong sesuatu atau suatu daya upaya untuk membawa sesuatu.

Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan dari suami/istri, orang tua, saudara kandung atau dukungan sosial dari keluarga eksternal bagi keluarga inti (Friedman, 1998). Bentuk dukungan keluarga mempunyai pengaruh besar terhadap kondisi seseorang (Asmadi, 2008).

2.2.4 Alat Ukur kemandirian.

Instrumen kemandirian yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menilai tingkat ketergantungan anak menurut Saryono dalam (Solikhah, 2011) antara lain:

1. KBAODLS (*Katz Basic Activities of Daily Living Scale*) yang terdiri dari 6 pertanyaan dengan jawaban “ya” dan “tidak”.

Tabel 2.2 Indeks Katz, alat ukur kemandirian kegiatan sehari-hari.

Katz Index of Independence in Activities of Daily Living

Activities Points (1 or 0)	Independence (1 Point) NO supervision, direction or personal assistance	Dependence (0 Points) WITH supervision, direction, personal assistance or total care
BATHING Points: _____	(1 POINT) Bathes self completely or needs help in bathing only a single part of the body such as the back, genital area or disabled extremity	(0 POINTS) Need help with bathing more than one part of the body, getting in or out of the tub or shower. Requires total bathing
DRESSING Points: _____	(1 POINT) Get clothes from closets and drawers and puts on clothes and outer garments complete with fasteners. May have help tying shoes.	(0 POINTS) Needs help with dressing self or needs to be completely dressed.
TOILETING Points: _____	(1 POINT) Goes to toilet, gets on and off, arranges clothes, cleans genital area without help.	(0 POINTS) Needs help transferring to the toilet, cleaning self or uses bedpan or commode.
TRANSFERRING Points: _____	(1 POINT) Moves in and out of bed or chair unassisted. Mechanical transfer aids are acceptable	(0 POINTS) Needs help in moving from bed to chair or requires a complete transfer.
CONTINENCE Points: _____	(1 POINT) Exercises complete self control over urination and defecation.	(0 POINTS) Is partially or totally incontinent of bowel or bladder
FEEDING Points: _____	(1 POINT) Gets food from plate into mouth without help. Preparation of food may be done by another person.	(0 POINTS) Needs partial or total help with feeding or requires parenteral feeding.

Total Points: _____

Score of 6 = High, Patient is independent.

Score of 0 = Low, patient is very dependent.

2. BIADL (*barthel index of daily living*) yang mengacu pada AMPS (*Assesment of motor and process skills*) yang meliputi: status BAB, status BAK, merawat diri (cuci muka, menyisir, gosok gigi), penggunaan toilet (dari/ke WC, menyiram, menyeka, melepas/memakai celana), makan, berpindah dari tempat tidur ke duduk, mobilisasi, berpakaian, naik turun tangga, mandi. Skor *barthel* maksimal 20 yang menunjukkan kemandirian (kategori 1), ketergantungan ringan jika skor 12-19 (kategori 2),

ketergantungan sedang jika skor 9-11 (kategori 3), ketergantungan berat jika skor 508 (kategori 4), dan ketergantungan total jika skor 0-4 (kategori 5).

3. FIM+FAM (*functional independence measure, functional assessment measure*) merupakan skala pengukuran fungsi kemandirian yang meliputi pengkajian fisik dan kognitif. Alat ukur ini terdiri dari atas 18 item, 13 item domain fisik dari index Barthel dan 5 item kognitif. Kemudian ditambah 12 item baru yang terdiri integrasi komunitas, status emosi, perhatian, ketrampilan menulis dan membaca, serta kemampuan bekerja. Total item menjadi 30 dan disimpulkan dalam 7 tingkatan. Pengukuran dapat dilakukan oleh dokter, perawat, guru, atau orang awam. Waktu yang dibutuhkan untuk mengisi alat ukur ini sekitar 30 menit. Item yang dinilai meliputi: *self care* (makan, mandi, memakai baju atas, memakai baju bawah, *toileting*); *sphincter* (manajemen bladder dan bowel); mobilisasi (perpindahan dari atau ke tempat tidur/kursi/kursi roda, menuju atau kembali dari toilet, ke kamar mandi, berjalan atau menggunakan kursi roda, naik tangga); komunikasi (ekspresi, pemahaman, membaca, menulis, kemampuan bercakap-cakap); psikososial (interaksi sosial, status emosi, penyesuaian diri, penggunaan waktu luang); kognisi/kesadaran (pemecahan masalah, memori, orientasi, konsentrasi, kesadaran akan keamanan).

2.3 Konsep Toileting.

2.3.1 Definisi Toileting.

Toileting adalah sesuatu yang berhubungan dengan kebutuhan eliminasi. Walaupun terlihat sederhana, keterampilan ini bukan sesuatu yang mudah bagi anak autis karena hal ini tidak akan mereka kuasai jika tidak dilatihkan sejak dini. Cukup banyak orang tua yang baru tersadar bahwa anaknya belum mandiri dalam *toileting* karena setelah mendapat teguran dari pihak sekolah (Ginjar, 2008). Anak dengan autis termasuk kelompok yang paling sulit dalam *toilet training*. Karenanya, metode *toilet training* yang digunakan pada anak autis dan anak non-autis berbeda. (Cirero & Pfadt, 2002) memaparkan bahwa prosedur yang dibuat oleh Azrin dan Foxx (1971) yaitu kombinasi *toilet training* dengan *positive reinforcement*, *positive punishment*, dan penjadwalan *toileting* untuk melatih kemandirian *toileting* pada anak dengan gangguan perkembangan.

2.3.2 Perkembangan Toileting.

Mengutip MacKeith dalam Binarwati (2006) menggambarkan waktu perkembangan kemampuan *toileting* pada anak normal yaitu:

1. Usia 15-18 bulan: anak sering merasa risih dengan baju yang basah dan ingin diganti.
2. Usia 18-24 bulan: anak sudah memiliki bahasa sendiri dalam mengartikan feses dan urin.
3. Usia 24-36 bulan: anak dapat mengkomunikasikan kebutuhannya untuk buang air kecil atau buang air besar di kamar mandi.
4. Lebih dari 3 tahun: anak dapat menahan eliminasi untuk sementara waktu.

2.3.3 Penilaian Kesiapan Anak dalam Toilet Training.

Berdasarkan AAP (American Academy of Pediatrics) terdapat panduan untuk mengkaji kesiapan toilet training (Wong, 1998) yaitu:

1. Tanda kesiapan anak.
 - 1). Kesiapan fisik.
 - a. Anak tetap dalam “periode kering” selama 2 jam.
 - b. Anak sudah mampu duduk, berdiri, berjalan, dan melompat.
 - c. Anak sudah dapat membuka pakaiannya sendiri.
 - 2). Kesiapan mental.
 - a. Mengenal sensasi untuk berkemih maupun defekasi.
 - b. Mengkomunikasikan baik verbal maupun nonverbal ketika ingin berkemih atau defekasi.
 - c. Memiliki kemampuan meniru perilaku/kebiasaan orang lain.
 - d. Mampu untuk mengikuti perintah yang diinstruksikan.
 - 3). Kesiapan psikologis.
 - a. Menunjukkan minat terhadap kebiasaan orang dewasa dalam buang air.
 - b. Mampu duduk/jongkok di toilet selama 5-10 menit tanpa rewel atau berdiri dulu.
 - c. Merasa tidak nyaman dengan pakaian yang basah dan ingin diganti secepatnya.
2. Kesiapan orang tua.
 - a. Mengenali tanda kesiapan anak untuk berkemih dan defekasi.

- b. Menyediakan waktu untuk pelaksanaan toilet training pada anak.
- c. Meminimalkan stres keluarga atau perubahan yang tiba-tiba misalnya, perceraian, pindah rumah, kelahiran saudara kandung.

2.3.4 Faktor *Toileting*.

Berikut merupakan faktor-faktor yang menghambat anak autis dalam kemandirian *toileting*:

1. Masalah Komunikasi.

Seperti yang sudah kita bahas diatas, anak autis memiliki kesulitan dalam berkomunikasi sehingga mereka sulit dalam mengkomunikasikan kebutuhan mereka atau tak dapat menghubungkan kata dengan tindakan (William & Wright, 2004). Anak autis akan cenderung memperlihatkan sikap tubuhnya seperti menghimpit kedua kaki atau menunjukka ekspresi wajah yang khas tanpa mengkomunikasikannya terlebih dahulu terutama saat anak tersebut berada di tempat umum (Ginanjar, 2008).

2. Kesadaran Sensorik.

Penghambat kemandirian *toileting* pada anak autis bisa jadi karena tidak bisa merasakan sensasi untuk BAK atau BAB. Walaupun mereka merasakan sensasinya, masalah sensorik akan membuat mereka kesulitan untuk menggerakkan otot-otot yang berkaitan dengan kedua kegiatan tersebut. Masalah sensorik lain adalah rasa tidak nyaman ketika berada di toilet yang diakibatkan bau-bau yang menyengat, lampu pijar, atau duduk di WC yang membuat mereka merasa tidak seimbang (Ginanjar, 2008).

3 Kesadaran Sosial.

Anak autis cenderung tidak termotivasi akibat tekanan sosial seperti yang dialami anak normal lainnya sehingga mereka tidak tertarik pada alasan mengapaharus ke toilet atau mereka acuh ketika orang lain menertawakan mereka karena masih menggunakan popok (William & Wright, 2004).

4 Rutinitas.

Faktor dari kebiasaan dan rutinitas, bisa disebabkan oleh kelekatan yang kuat terhadap rutinitas, misal mereka terbiasa dan terikat dengan rutinitas mengganti popok (William & Wright, 2004) atau anak-anak tersebut menyukai sensasi dari pokok itu sendiri sehingga menolak untuk ke toilet (Ginanjar, 2008).

2.3.5 Aspek *Toileting*.

Aspek *toileting* dalam (Kroeger & Sorensen-Burnworth, 2009) adalah sebagai berikut:

1. *Continence* : berupa kemampuan individu dalam merasakan sensasi untuk bereliminasi.
2. Kegiatan *toileting* : mampu pergi ke kamar mandi, melepas pakaian, mampu melakukan , memakai kembali pakaian, menyiram kotoran atau air kencing dan mencuci tangan.

2.4 Konsep Dukungan Keluarga.

2.4.1 Definisi Keluarga.

Friedman (1998) menyatakan bahwa keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena ikatan tertentu untuk saling membagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga dalam (Sudiharto, 2007). *World Health Organization (WHO) report* dalam (Brooker, 2008) keluarga adalah dasar sistem kesehatan, memiliki tanggung jawab personal bersama dan komunitas dan peran keluarga ditekankan dalam mempertahankan kesejahteraan mental dan membantu individu yang memiliki masalah kesehatan jiwa. Sedangkan menurut Duvall (1986), keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari setiap anggota keluarga.

2.4.2 Bentuk Keluarga.

Beberapa bentuk keluarga menurut (Sudiharto, 2007) adalah sebagai berikut:

1. Keluarga inti (*nuclear family*), adalah keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan, terdiri atas suami, istri dan anak-anak, baik karena kelahiran maupun adopsi.
2. Keluarga asal (*family of origin*), adalah suatu unit keluarga tempat asal seseorang dilahirkan.
3. Keluarga besar (*extended family*), adalah keluarga inti ditambah keluarga yang lain (karena hubungan darah), misalnya kakek, nenek, bibi, paman, sepupu, termasuk keluarga modern, seperti orang tua

tunggal, keluarga tanpa anak, serta keluarga pasangan sejenis (*gay/lesbian families*).

4. Keluarga berantai (*social family*), keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan suatu keluarga inti.
5. Keluarga duda atau janda, keluarga yang terbentuk karena perceraian dan/atau kematian pasangan yang dicintai.
6. Keluarga komposit (*composit family*), keluarga dari perkawinan poligami dan hidup bersama.
7. Keluarga kohabitasi (*cohabitation*), dua orang menjadi satu keluarga tanpa pernikahan, bisa memiliki anak atau tidak.
8. Keluarga inses (*incest family*), seiring dengan masuknya nilai-nilai global dan pengaruhnya informasi yang sangat besar, dijumpai bentuk keluarga yang tidak lazim, misalnya anak perempuan menikah dengan anak laki-laki kandungnya, paman menikah dengan keponakannya, kakak dengan adiknya dan ayah menikah dengan anak tirinya.
9. Keluarga tradisional dan non tradisional, dibedakan berdasarkan ikatan perkawinan. Keluarga tradisional diikat oleh perkawinan. Keluarga non tradisional tidak diikat oleh perkawinan.

2.4.3 Fungsi Keluarga.

Menurut (Gunarsa, 2004) keluarga mempunyai lima fungsi yaitu sebagai berikut:

1. Mendapatkan keturunan dan membesarkan anak.
2. Memberikan afeksi atau kasih sayang, dukungan dan keakraban.
3. Mengembangkan kepribadian.
4. Mengatur pembagian tugas, menanamkan kewajiban, hak dan tanggung jawab.
5. Mengajarkan dan meneruskan adat istiadat, kebudayaan, agama, sistem nilai moral kepada anak.

Sedikit berbeda dengan Gunarsa, fungsi keluarga menurut Friedman dalam (Andarmoyo, 2012) adalah sebagai berikut:

1. Fungsi afektif, adalah fungsi internal keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung.
2. Fungsi sosialisasi peran, adalah proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan sosial.
3. Fungsi reproduksi, adalah fungsi keluarga meneruskan kelangsungan keturunan dan kelangsungan hidup masyarakat.
4. Fungsi ekonomi, adalah fungsi keluarga untuk pengadaan sumber dana, pengalokasian dana serta pengaturan keseimbangan.
5. Fungsi perawatan kesehatan, adalah kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang sedang mengalami masalah kesehatan.

2.4.4 Dimensi Dukungan Sosial Keluarga.

Individu pasti mengalami masalah kesehatan dalam hidupnya dan terkadang masalah tersebut tidak dapat diselesaikan sendiri tetapi memerlukan bantuan dari orang lain. House (Smet, 1994) membagi dukungan sosial keluarga menjadi:

1. Dukungan instrumental (*tangible or instrumental support*).

Bentuk dukungan dimana keluarga bertindak sebagai sebuah pertolongan praktis dan kongkrit untuk menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan materi. Dukungan ini sangat diperlukan dalam mengatasi masalah yang dianggap dapat dikontrol.

2. Dukungan informasional (*informational support*).

Bentuk dukungan ini melibatkan pemberian informasi, pengetahuan, petunjuk, saran atau umpan balik tentang situasi dan kondisi individu. Jenis informasi seperti ini dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan lebih mudah.

3. Dukungan emosional (*emotional support*).

Bentuk dukungan ini melibatkan rasa empati, selalu mendampingi, suasana yang hangat, dan rasa diperhatikan akan membuat individu memiliki perasaan yang nyaman, yakin, diperdulikan dan dicintai oleh sumber dukungan sosial sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan lebih baik. Dukungan ini sangat penting dalam menghadapi keadaan yang dianggap tidak dapat dikontrol.

4. Dukungan pada harga diri (*esteem support*).

Bentuk dukungan ini berupa penghargaan positif pada individu dan perbandingan yang positif dengan individu lain. Bentuk dukungan ini membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi.

2.4.5 Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga.

Feiring dan Lewis (1984) menyatakan ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan (Friedman, 1998). Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak dari keluarga yang besar. Selain itu, dukungan yang diberikan orangtua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia. Friedman (1998) menyatakan bahwa ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua. Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah kelas sosial ekonomi orangtua. Kelas sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan orang tua dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas atau otokrasi. Selain itu orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah.

2.4.6 Komponen Dukungan Sosial Keluarga.

Dukungan sosial keluarga memiliki beberapa komponen yang berbeda-beda. Mengutip dari Weiss yang ditulis dalam sebuah artikel, yang mengemukakan adanya 6 komponen dukungan sosial yang disebut sebagai *The Social Provision Scale*, yaitu:

1. Kerekatan emotional (*emotional attachment*), dukungan yang dapat menimbulkan rasa aman, sumber dukungan semacam ini diperoleh dari pasangan hidup, orang tua, anggota keluarga atau teman dekat yang memiliki hubungan yang harmonis.
2. Integrasi sosial (*social integration*), dukungan yang dapat menimbulkan perasaan memiliki suatu kelompok kegiatan.
3. Adanya pengakuan (*reassurance of worth*), dukungan yang dapat menimbulkan pengakuan atas kemampuan dan keahlian serta penghargaan dari orang lain.
4. Ketergantungan yang dapat diandalkan (*reliable reliance*), dukungan yang dapat membuat seseorang memiliki jaminan bahwa ada yang dapat diandalkan.
5. Bimbingan (*guidance*), dukungan yang memungkinkan penerima untuk memperoleh informasi atau saran yang diperlukan dalam memenuhi kebutuhan atau mengatasi permasalahan yang dihadapi.
6. Kesempatan untuk mengasuh (*opportunity for nurturance*), dukungan yang memungkinkan untuk memperoleh perasaan bahwa orang lain tergantung padanya untuk memperoleh kesejahteraan.

2.5 Konsep Teori PRECEDE (Lawrance Green)

Lawrence Green pada tahun 1980 mencoba menganalisa perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor luar lingkungan (*nonbehavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu :

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yaitu faktor internal (*individual's belief*) pada keseriusan gejala sakit yang dialami dan perlunya mencari bantuan sehingga dapat mempermudah individu untuk berperilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, konsep diri, dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana kesehatan. Termasuk didalamnya faktor demografi (umur dan jenis kelamin), faktor sosial (pendidikan, pekerjaan, dan kesukuan), serta kepercayaan terhadap kesehatan (*health belief*). Tingkat sosial dan ekonomi merupakan suatu ukuran yang mencerminkan pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan. Perbedaan tingkat sosial ekonomi seseorang akan mempengaruhi keputusan dan tindakan yang diambil atas perilaku kesehatan, kemudahan perolehan pelayanan kesehatan dan kualitas pelayanan yang diperoleh.
3. Faktor-faktor pendorong atau penguat (*renforcing factors*) merupakan faktor yang mempengaruhi atau menguatkan perilaku individu untuk dapat menggunakan pelayanan kesehatan tergantung dari keluarga dan

komunitasnya. Faktor pendorong ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau orang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat, misalnya orang tua, guru, teman sebaya dan media massa.

Model diatas dapat digambarkan sebagai berikut :

$$B = f(PF, EF, RF)$$

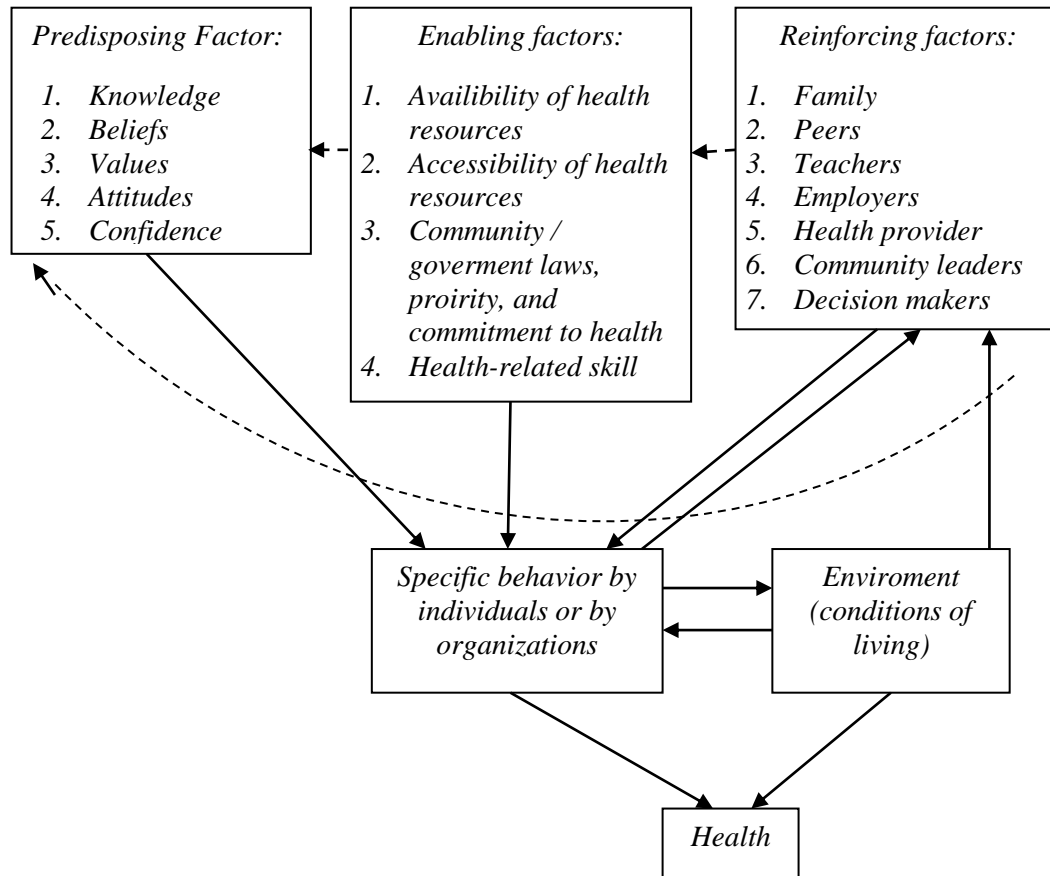
Dimana B : *Behaviour*

PF : *Predisposing Factor*

EF : *Enabling Factor*

RF : *Reinforcing Factor*

Tiga faktor utama yang mempengaruhi perilaku tersebut dirangkum dalam akronim PRECEDE. Akronim ini terdiri dari *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing cause in educational diagnosis and evaluation* (Notoatmodjo, 2010). Berikut kerangka teori PRECEDE dari Green :

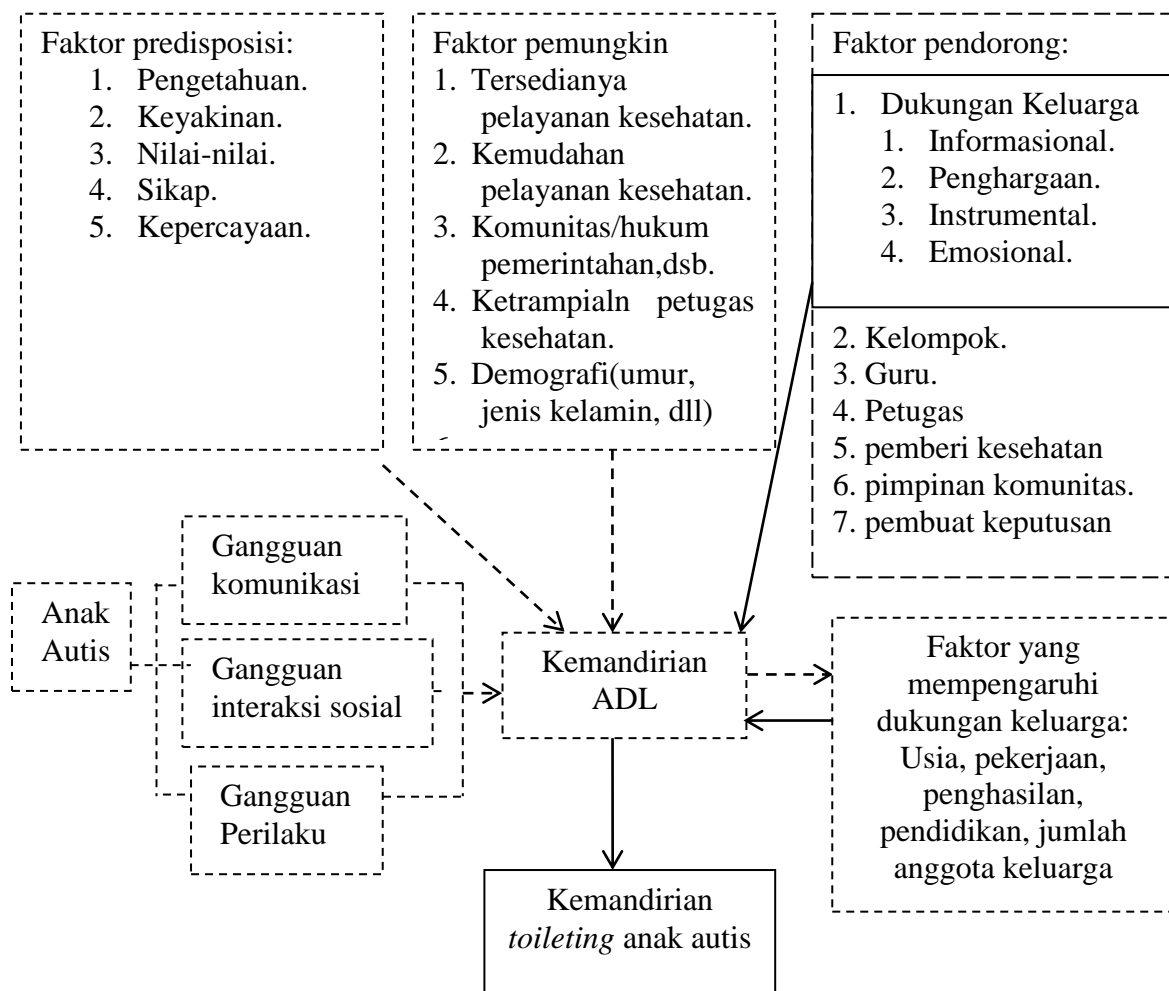


Gambar 2.1 Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Green, 1999)

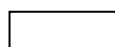
Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung atau memperkuat terbentuknya perilaku kesehatan.

BAB 3

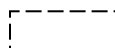
KERANGKA KONSEPTUAL



Keterangan :



: Diukur



: Tidak Diukur

Gambar 3.1 kerangka konseptual hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

Keterangan:

Berdasarkan gambar 3.1 dijelaskan tentang faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku berdasarkan teori PRECEDE dari Lawrence Green adalah faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor pendorong. Salah satu poin dalam faktor pendorong tersebut adalah keluarga. Disini peneliti memfokuskan pada faktor keluarga yang dalam penelitian ini berupa bentukdukungan keluarga. Terdapat empat bentuk dalam dukungan keluarga itu sendiri yaitu aspek dukungan informasional, penghargaan, instrumental, emosional. Keempat aspek tersebut memiliki hubungan dalam kemandirian anak autisme dalam *toileting*. Untuk mengetahui hubungan tersebut peneliti akan menggunakan beberapa pertanyaan yang akan disusun sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian. Sehingga akan diketahui bagaimana dukungan keluarga dalam kemandirian *toileting* pada anak autisme.

1.2 Hipotesis Penelitian.

H1 :Ada hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian *toileting* pada anak autisme di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara untuk menjawab suatu permasalahan dengan menggunakan metode ilmiah. Bab ini akan membahas mengenai desain penelitian, kerangka kerja, desain sampling, identifikasi variabel dan definisi operasional, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan dan pengumpulan data, cara analisa data, etika penelitian dan keterbatasan.

4.1 Rancangan Penelitian.

Jenis penelitian yang digunakan oleh peneliti ini adalah penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *Cross-Sectional* yaitu, jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut dari penelitian tersebut. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dimana peneliti menekankan analisisnya pada data-data yang diolah dengan metode statistika. Melalui studi ini, peneliti akan menjelaskan hubungan antara variabel independen (dukungan keluarga) dan variabel dependen (kemandirian *toileting* pada anak autis).

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel.

4.2.1 Populasi.

Populasi target adalah populasi yang memenuhi kriteria sampling dan menjadi sasaran akhir penelitian. Populasi target dalam penelitian ini adalah anak autisme sejumlah 48 anak di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

4.2.2 Sampel.

Setelah mendapatkan populasi penelitian yaitu anak autisme di SKK Bangun Bangsa sebanyak 48 anak pada bulan Juni 2012, peneliti menggunakan *purposive sampling* yaitu menetapkan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan kriteria yang dikehendaki oleh peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008). Dalam pemilihan sampel penelitian, peneliti menetapkan dua kriteria inklusi dan eksklusi sampel yaitu pada anak dan keluarga. Kriteria inklusi anak adalah sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi, yaitu:
 - 1). Berusia 3 sampai dengan 12 tahun.
 - 2). Sudah menjalani terapi selama minimal 6 bulan.
 - 3). Tidak menggunakan *diapers*/popok.
2. Kriteria eksklusi, yaitu:
 - 1). Anak autisme yang mengalami keterbatasan mobilitas fisik.

Kriteria inklusi dan eksklusi keluarga adalah sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi, yaitu:
 - 1). Memiliki hubungan darah dengan anak.

2). Keluarga yang mengasuh anak langsung.

2. Kriteria eksklusi, yaitu:

1). Keluarga memiliki keterbatasan mobilitas fisik.

Berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan tersebut diata sampel yang didapat 16 anak.

4.2.3 Teknik pengambilan sampel.

Sampling atau teknik pengambilan sampel adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk mewkili populasi (Nursalam, 2008). Penelitian ini menggunakan pendekatan sampling yang akan digunakan adalah *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan pemilihan sampel dengan menetapkan sampel dengan cara memilih sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008)

4.3 Variabel Penelitian.

4.3.1 Klasifikasi Penelitian.

1). Variabel Independen (Bebas).

Variabel independen pada penelitian ini adalah dukungan keluarga.

2). Variabel Dependen (Terikat).

Variabel dependen pada penelitian ini adalah kemandirian *toileting* pada anak autis.

4.3.2 Definisi Operasional.

Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kemandirian *Toileting* Pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala Data	Skor
1	2	3	4	5	6
Variabel independen (bebas) Dukungan Keluarga	Bantuan nyata yang diberikan oleh individu dalam ikatan keluarga untuk memotivasi anak autis dalam melaksanakan kegiatan <i>toileting</i> secara mandiri.	<ol style="list-style-type: none"> Dukungan informasional. (pertanyaan no. 1-4) Dukunga penghargaan. (pertayaan no.5-8) Dukungan keluarga instrumental (pertanyaan no. 9-12) Dukungan keluarga emosional. (pertanyaan no. 13-17) 	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan positif : 4= sering sekali 3= sering 2= jarang 1= tidak pernah Pertanyaan negatif: 1= sering sekali 2= sering 3= jarang 4= tidak pernah Dukungan keluarga: Skor >76%= baik Skor 56-75%= cukup Skor <55%= kurang (Arikunto, 2006)
Variabel dependen (terikat) Kemandirian <i>toileting</i>	Kemampuan melakukan aktivitas untuk menggunakan toilet dan melakukan proses eliminasi berupa BAK tanpa	<ol style="list-style-type: none"> Merasakan sensasi BAK. Mengutarakan keinginan BAK. Menahan keinginan/mengontrol 	Observasi	Ordinal	Terdiri dari pernyataan dengan pilihan jawaban “ya” atau “tidak” Kemudian di skor untuk jawaban

	memerlukan bantuan orang lain.	<p>BAK.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pergi ke toilet. 5. Melepas pakaian. 6. Kegiatan BAK sesuai tempat. 7. Memakai kembali pakaian. 8. Menyiram air kencing. 9. Membersihkan area genitalia. 10. Mencuci tangan. 			<p>ya=2 tidak=1</p> <p>Skor >76%= baik Skor 56-75%= cukup Skor <55%= kurang (Arikunto, 2006)</p>
--	--------------------------------	---	--	--	--

4.4 Instrumen Penelitian.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dengan *close-ended questions* untuk variabel independen dukungan keluarga. Kuesioner yang digunakan merupakan kuesioner adaptasi dari kuesioner penelitian (Ayu, 2009) yang sebelumnya telah diuji validitas dan reabilitas dengan hasil valid dan reliable. Kuesioner tersebut berdasar pada teori dimensi keluarga yang dikemukakan oleh House dalam Smet (1994). Namun, karena terdapat modifikasi maka peneliti melakukan uji validitas dan reabilitas kembali sebelum melakukan penelitian. Uji validitas dan reabilitas dilakukan di Sekolah Luar Biasa (SLB) Autis River Kids Malang dengan jumlah dan karakteristik yang sama yakni 16 orang. Peneliti melakukan uji validitas dan reabilitas terhadap 17 pertanyaan terkait dukungan keluarga. Kuesioner tersebut terdiri dari pertanyaan dukungan informasional (no.1-4), penghargaan (no.5-8), instrumental (no.9-12) dan emosional (no.13-17). Berdasarkan hasil uji *Person's*, didapatkan bahwa kuesioner yang sudah dimodifikasi tersebut valid dengan nilai kuesioner dinyatakan valid jika memiliki $r > 0,3$. Sedangkan berdasarkan hasil uji reabilitas kuesioner didapatkan nilai *Cronbach's Alpha* 0,876. Kuesioner dikatakan reliabel jika nilai *Cronbach's Alpha* lebih dari $< 0,60$. Sedangkan untuk variabel kemandirian *toileting* pada anak autis, peneliti menggunakan lembar observasi *checklist* yang diadaptasi dari parameter *toileting* dan *continence* dari aspek *toileting* pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Kroger & Sorensen-Burnworth, 2009).

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian.

Penelitian dilakukan di SKK Bangun Bangsa Surabaya di Jalan Oro-oro II/25 Surabaya pada tanggal 8-12 Juli 2013.

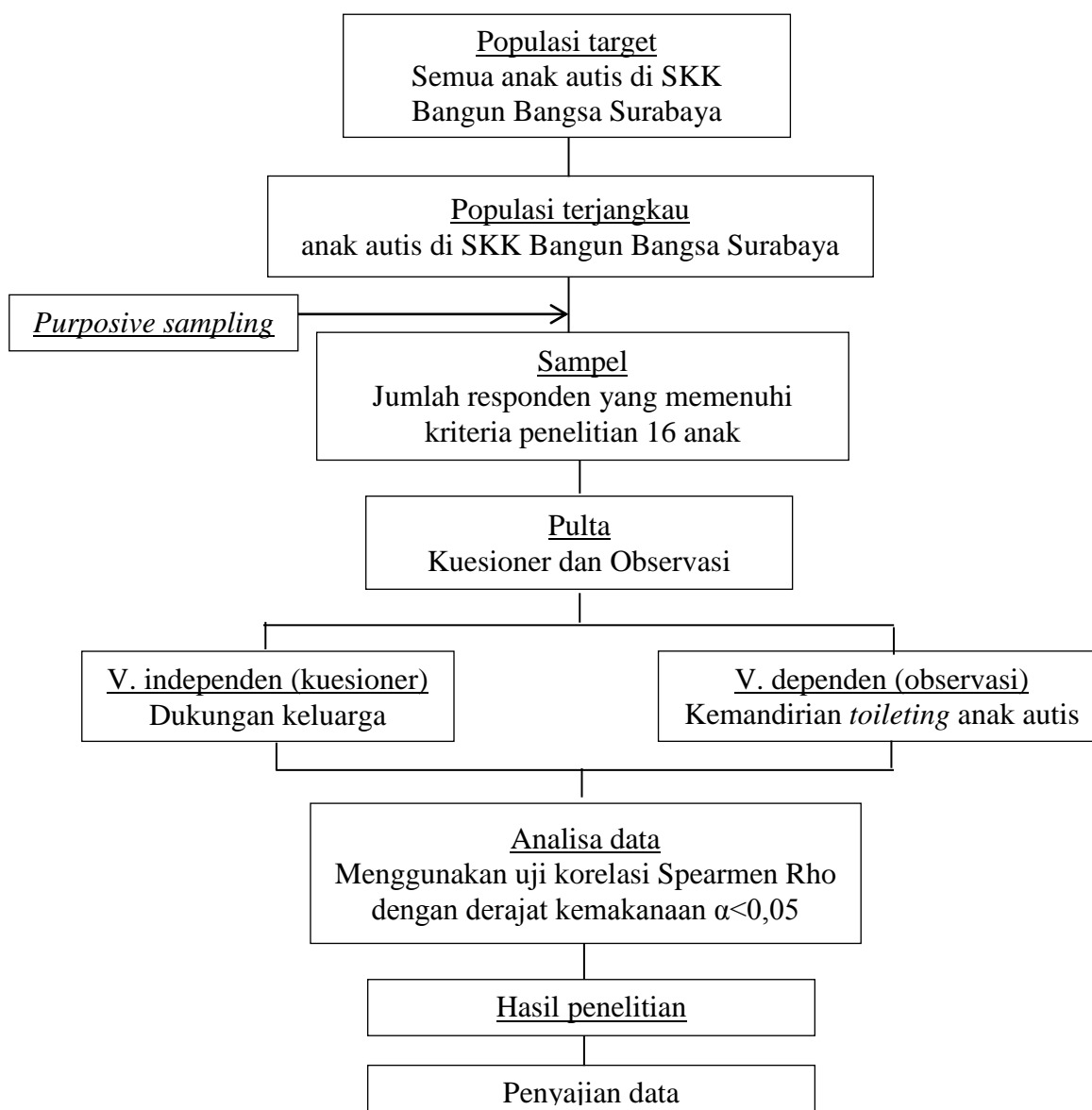
4.6 Prosedur Penelitian dan Pengumpulan Data.

Sebelum melakukan penelitian, peneliti membuat surat pengantar dari Dekan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga yang kemudian dilanjutkan untuk mengajukan surat permohonan data awal yang ditujukan kepada Kepala SKK Bangun Bangsa Surabaya. Setelah mendapatkan ijin, peneliti melakukan wawancara kepada beberapa keluarga serta guru di sekolah sebagai data awal yang dilakukan pada bulan Juni 2013 terkait jumlah anak autisme dan gambaran mengenai dukungan keluarga di SKK Bangun Bangsa Surabaya. Langkah selanjutnya, peneliti menyeleksi responden yang sesuai dengan penelitian berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditetapkan. Berdasarkan kriteria tersebut didapat 16 anak atau keluarga. Kemudian, responden yang dalam hal ini adalah keluarga siswa-siswi SKK Bangun Bangsa Surabaya diberi lembar yang berisi penjelasan penelitian mengenai tujuan dan manfaat penelitian, persetujuan menjadi responden beserta kuesioner dukungan keluarga yang terdiri dari kuesioner dukungan keluarga informasional, dukungan keluarga penghargaan, dukungan keluarga instrumental dan dukungan keluarga emosional. Penelitian dilakukan di sekolah saat keluarga menunggu anak dan beberapa dibawa ke rumah untuk menjangkau keluarga yang tidak dapat menunggu atau antar-jemput. Setelah itu, kuesioner dikembalikan kepada peneliti. Lembar observasi penilaian kemandirian *toileting* diisi oleh peneliti bekerjasama dengan guru yang dilaksanakan menyesuaikan jadwal pelajaran SKK

Bangun Bangsa Surabaya. Setelah seluruh data terkumpul peneliti melakukan pengolahan data dengan tahapan *editing*, *coding*, dan tabulasi. Analisis data dilakukan dalam bentuk deskriptif dan statistic menggunakan uji korelasi dari *Spearman Rho* dengan bantuan perangkat komputer program statistik.

4.7 Kerangka Operasional

Kerangka kerja adalah kerangka hubungan antara konsep yang ingin diteliti atau diamati melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoadmodjo, 2010). Kerangka kerja merupakan suatu alur penelitian sehingga dapat diketahui secara jelas gambaran tentang proses dan jalannya penelitian. Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kemandirian *Toileting* pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

4.8 Analisa Data.

Setelah data terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut:

1. *Editing* (Penyuntingan data), pada tahap ini peneliti memeriksa kelengkapan data yang terkumpul terutama pada pengisian data penelitian ada lembar kuesioner responden.

2. *Coding* (membuat lembaran kode), pada tahap ini peneliti memberi kode menurut item pada kuesioner menggunakan lembaran kode atau kartu kode yang merupakan instrumen berupa kolom-kolom untuk merekam data secara manual.
3. Memasukkan data, pada tahap ini peneliti mengisi kolom atau kotak lembar kode atau kartu kode sesuai dengan jawaban responden.
4. Tabulasi, pada tahap ini peneliti membuat tabel-tabel data sesuai dengan variabel yang diukur sehingga dapat mengetahui pengaruh serta tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti.

Kemudian data dianalisis secara deskriptif maupun statistik untuk mengetahui gambaran distribusi dan variasi dari masing-masing variabel. Untuk mengetahui berbagai faktor yang berhubungan dengan kemandirian *toileting* pada anak autis dilakukan dengan perangkat lunak komputer program statistik SPSS.

1). Analisis Univariate/Deskriptif.

Analisis ini bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian.

1. Dukungan Keluarga.

Diukur dengan cara memberikan pertanyaan-pertanyaan dengan pilihan jawaban sering sekali, sering, jarang dan tidak pernah. Responden dapat memberi penilaian pada setiap pertanyaan sehingga tampak sebagai berikut:

Kemungkinan jawaban	Positif	Negatif
Sering sekali	4	1
Sering	3	2
Jarang	2	3
Tidak pernah	1	4

2. Kemandirian *Toileting*.

Pengukuran kemandirian *toileting* diukur dengan pertanyaan tentang kemandirian *toileting* berdasarkan (Kroger & Sorensen-Burnworth, 2009). Tiap pernyataan diberi nilai dengan jawaban berupa “ya” atau “tidak” dengan sub kateri *continence* : mampu merasakan sensasi untuk bereliminasi dan *toileting* berupa : mampu pergi ke kamar mandi, melepas pakaian, mampu melakukan BAK sesuai tempatnya, memakai kembali pakaian, menyiram air kencing, membersihkan area genetalia dan mencuci tangan.

2). Analisis Statistik.

Proses analisa data menggunakan uji statistik korelasi *Spearman Rho* untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dengan derajat kemaknaan atau tingkat signikasi $\alpha < 0,05$. Sedangkan, untuk menentukan kekuatan kedua variabel dapat dilihat dari koefisiensi korelasi (r)-nya (tabel 4.2). Berdasarkan hasil kekuatan variabel tersebut akan ditentukan dengan interpretasi nilai r sebagai berikut:

Tabel 4.2 Interpretasi Nilai r

Besarnya nilai Rho	Interpretasi
Antara nilai 0,800-1,00	Sangat kuat
Antara nilai 0,600-0,800	Kuat
Antara nilai 0,400-0,600	Cukup
Antara nilai 0,200-0,400	Rendah
Antara nilai 0,00-0,200	Sangat rendah

Sumber: Sutrisno Hadi dalam Arikunto (2006)

4.9 Etika Penelitian.

Dalam melakukan penelitian ini, sebelumnya peneliti mengajukan surat permohonan untuk mendapatkan rekomendasi dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga dan permintaan ijin kepada Kepala SKK Bangun

Bangsa Surabaya. Setelah mendapatkan peretujua peneltian dengan menekankan masalah etika yang meliputi:

1. *Informed concent.*

Tujuannya adalah menghindari suatu hal yang tidak diinginkan, maka yang menjadi responden adalah yang bersedia diteliti dan telah menandatangani surat persetujuan. Dalam hal ini, peneliti akan menjelaskan maksud dan tujuan serta tidak akan memaksa dan menghormati hak-haknya.

2. *Anonymity.*

Kerahasiaan terhadap responden menajdi rioritas dengan cara tanpa nama, cukup dengan nomor kode masing-masing lembar tersebut.

3. *Confidentially.*

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden, oleh peneliti hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil riset.

4.10 Keterbatasan.

1. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner memungkinkan terjadinya subyektifitas. Responden dapat dengan sengaja memberikan jawaban yang tidak jujur.
2. Jumlah *sample* dalam penelitian ini hanya sejumlah 16 keluarga, sehingga hasil penelitian kurang *representatif* (mewakili) terhadap seluruh keluarga di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

3. Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik untuk mendeskripsikan keadaan keluarga anak autis di SKK Bangun Bangsa, jadi belum dapat digeneralisasikan untuk seluruh keluarga anak autis di sekolah yang lain.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan hasil dan pembahasan penelitian. Hasil penelitian meliputi 1).Gambaran umum lokasi penelitian, 2).Karakteritik demografi responden berdasarkan jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, jumlah anak dan hubungan dengan anak, 3).Identifikasi dukungan keluarga pada anak autis, 4).Identifikasi kemandirian *toileting* anak autis, 5).Analisis hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *toileting* anak autis.

5.1 Hasil Penelitian.

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.

Penelitian ini dilakukan di Sekolah Kebutuhan Khusus (SKK) Bangun Bangsa Surabaya.Lokasi SKK Bangun Bangsa berada di Jalan Oro-oro II/35 Surabaya.SKK ini merupakan sekolah milik sebuah yayasan yang menerima murid berkebutuhan khusus seperti Autis, ADHD, tuna grahita, tuna rungu, tuna daksa dan lain-lain. SKK Bangun Bangsa menyediakan dua jenjang pendidikan yakni jenjang Taman Kanak-kanak (TK) dan Sekolah Dasar SD. SKK Bangun Bangsa memiliki 7 ruang kelas yakni 6 ruangan untuk SD dan satu untuk TK. Siswa SKK menerima pelajaran sesuai kurikulum dari Departemen Pendidikan yang disesuaikan dengan kemampuan masing-masing siswanya. Jumlah tenaga pendidik dan kependidikan di sekolah ini terdiri dari satu kepala sekolah, 23 guru pengajar, satu orang TU dan 6 penjaga sekolah. Visi dari SKK Bangun bangsa

adalah “Mengoptimalkan kemampuan siswa berkebutuhan khusus sebagai sarana aktualisasi diri dalam masyarakat” dan misinya sebagai berikut:

1. Menumbuhkan rasa keimanan kepada Tuhan Yang Maha Esa.
2. Menubuhkan rasa percaya diri dan rasa sosialisasi siswa kebutuhan khusus dengan mayarakat sekitarya.
3. Melatih dan membekali siswa untuk dapat hidup mandiri.
4. Mengembangkan potensi diri siswa di dalam bidang akademik.
5. Mengembangkan potensi diri siswa di luar bidang akademik.

5.1.2 Karakteristik Responden.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteritik Umum Responden di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

Karakteristik Responden	N	%
Jenis Kelamin		
- Laki-laki	3	19
- Perempuan	13	81
Total	16	100
Umur		
- < 20 tahun	0	0
- 21-30 tahun	0	0
- 31-40 tahun	6	37
- > 40 tahun	10	63
Total	16	100
Pendidikan		
- SD	0	0
- SMP	0	0
- SMA	10	62
- Perguruan Tinggi	6	38
Total	16	100
Pekerjaan		
- Wirausaha	5	31
- Ibu Rumah Tangga	6	37
- PNS	3	25
- Lain-lain..	1	7
Total	16	100
Penghasilan		
- < 500 ribu	2	12
- 500 ribu – 1 juta	3	19

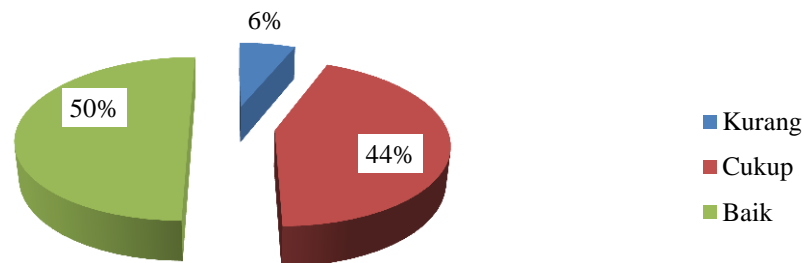
- 1 juta- 2 juta	3	19
- > 2 juta	8	50
Total	16	100
Jumlah Anak		
- 1	2	13
- 2	7	40
- 3	7	40
- >4	1	7
Total	16	100
Hubungan dengan Anak		
- Ayah	3	19
- Ibu	13	81
- Saudara	0	0
- Lain-lain...	0	0
Total	16	100
Umur Anak		
- 3-5 tahun	1	7
- 6-8 tahun	5	31
- 9-12 tahun	10	62
Total	16	100

Berdasarkan tabel 5.1 diatas didapat sebagian besar responden keluarga berjenis kelamin perempuan dimana hubungan dengan anak adalah sebagai ibu yaitu sebanyak 13 orang atau 81%. Sedangkan distribusi umur keluarga terbanyak adalah umur lebih dari 40 tahun yakni 10 orang atau 63%. Sebagian besar berpendidikan SMA dengan distribusi 10 orang atau 62% dari 16 orang. Pekerjaan responden cukup bervariasi, namun yang terbanyak adalah sebagai ibu rumah tangga (IRT) yakni sebanyak 6 orang atau 37%. Meski sebagian besar pekerjaan adalah IRT, sebagian besar keluarga memiliki penghasilan lebih dari 2 juta rupiah yakni sebanyak 8 orang atau 50%. Terkait jumlah anak yang dimiliki oleh keluarga, sebanyak masing-masing 7 orang atau 40% memiliki 2 dan 3 anak. Sedangkan untuk distribusi umur anak autis, sebagian besar anak autis berada pada rentang usia 9-12 tahun yakni sebanyak 10 anak atau 62%.

5.1.3 Variabel yang diukur.

Bab ini akan menguraikan data tentang hasil kuesioner yang disebarkan pada responden. Variabel penelitian dukungan keluarga (informasional, penghargaan, instrumental dan emosional) menggunakan uji *Spearman Rho*. Kemudian dilakukan analisis dan pengujian hipotesis terhadap masing-masing variabel.

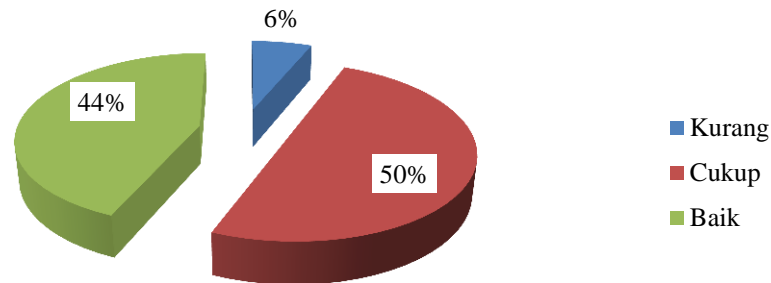
1). Dukungan Keluarga.



Gambar 5.1 Distribusi dukungan keluarga kepada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya pada tanggal 8 Juli 2013.

Berdasarkan gambar 5.8 dapat diketahui distribusi dukungan keluarga kepada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya. Sebanyak 8 orang (50%) mempunyai dukungan keluarga baik kepada anak, 7 orang dukungan keluarganya cukup (44%) dan satu orang (6%) mempunyai dukungan keluarga yang kurang kepada anak.

2). Kemandirian *Toileting*.



Gambar 5.2 Distribusi kemandirian *toileting* anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya pada tanggal 8 Juli 2013.

Berdasarkan gambar 5.9 dapat diketahui distribusi kemandirian *toileting* anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya. Sebanyak 8 anak (50%) kemandirian *toileting* cukup, 7anak (44%) kemandirian *toileting* anak baik dan satu orang (6%) kemandirian *toileting* kurang.

3.) Analisis hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian *toileting*.

Tabel 5.2 Hubungan antara dukungan keluarga terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya pada 8 Juli 2013.

Dukungan keluarga	Kemandirian <i>toileting</i> anak autis						Total	
	Kurang		Cukup		Baik		n	%
	N	%	n	%	N	%	n	%
Kurang	1	6,25	0	0	0	0	1	6,25
Cukup	0	0	6	37,5	1	6,25	7	43,75
Baik	0	0	2	12,5	6	37,5	8	50
Total	1	6,25	8	50	7	43,75	16	100
<i>Spearman Rho</i>			p=0,003			r=0,694		

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa dari hasil uji statistik menggunakan *spearman rho* dengan nilai signifikansi $p = 0,003$ lebih kecil dari p yang ditetapkan yaitu $<0,05$ (H_1 diterima) dan nilai korelasi 0,694 didapatkan kategori kekuatan korelasi kuat. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap

toileting pada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya. Dengan korelasi positif bahwa jika dukungan keluarga baik maka kemandirian *toileting* juga akan baik hal ini juga berlaku sebaliknya.

4. Analisis hubungan tiap dimensi dukungan keluarga.

4.1 Analisis dukungan keluarga: informasional terhadap kemandirian *toileting*.

Tabel 5.3 Hubungan antara dukungan keluarga: informasional terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya pada 8 Juli 2013.

Dukungan informasional	Kemandirian <i>toileting</i> anak autis						Total	
	Kurang		Cukup		Baik		n	%
	n	%	N	%	N	%		
Kurang	1	6,25	2	12,5	0	0	3	18,75
Cukup	0	0	4	25	1	6,25	5	31,25
Baik	0	0	2	12,5	6	37,5	8	50
Total	1	6,25	8	31,25	7	43,75	16	100
<i>Spearman Rho</i>				p=0,003		r=0,686		

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa dari hasil uji statistik menggunakan *spearman rho* dengan nilai signifikansi $p = 0,003$ lebih kecil dari p yang ditetapkan yaitu $<0,05$ (H_1 diterima) dan nilai korelasi 0,686 didapatkan kategori kekuatan korelasi kuat. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga informasional terhadap *toileting* pada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

4.2 Analisis dukungan keluarga: penghargaan terhadap kemandirian *toileting*.

Tabel 5.4 Hubungan antara dukungan keluarga: penghargaan terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya pada 8 Juli 2013.

Dukungan penghargaan	Kemandirian <i>toileting</i> anak autis						Total	
	Kurang		Cukup		Baik		N	%
	n	%	n	%	N	%		
Kurang	1	6,25	0	0	0	0	1	6,25
Cukup	0	0	4	25	1	6,25	5	31,25
Baik	0	0	4	25	6	37,5	10	62,5
Total	1	6,25	8	50	7	43,75	16	100
<i>Spearman Rho</i>				p=0,038		r=0,522		

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa dari hasil uji statistik menggunakan *spearman rho* dengan nilai signifikansi $p = 0,038$ lebih kecil dari p yang ditetapkan yaitu $<0,05$ (H_1 diterima) dan nilai korelasi 0,522 didapatkan kategori kekuatan korelasi cukup. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga penghargaan terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

4.3 Analisis dukungan keluarga: instrumental terhadap kemandirian *toileting*.

Tabel 5.5 Hubungan antara dukungan keluarga: instrumental terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya pada 8 Juli 2013.

Dukungan instrumental	Kemandirian <i>toileting</i> anak autis						Total	
	Kurang		Cukup		Baik		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Kurang	1	6,25	0	0	0	0	1	6,25
Cukup	0	0	7	43,75	5	31,25	12	75
Baik	0	0	1	6,25	2	12,5	3	18,75
Total	1	6,25	8	75	7	18,75	16	100
<i>Spearman Rho</i>			p=0,409			r=0,116		

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa dari hasil uji statistik menggunakan *spearman rho* dengan nilai signifikansi $p = 0,409$ lebih besar dari p yang ditetapkan yaitu $<0,05$ (H_1 ditolak) dan nilai korelasi 0,116 didapatkan kategori kekuatan korelasi sangat rendah. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga instrumental terhadap *toileting* pada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

4.4 Analisis dukungan keluarga: emosional terhadap kemandirian *toileting*.

Tabel 5.6 Hubungan antara dukungan keluarga emosional terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya pada 8 Juli 2013.

Dukungan emosional	Kemandirian <i>toileting</i> anak autis						Total	
	Kurang		Cukup		Baik		n	%
	N	%	N	%	N	%		
Kurang	1	6,25	0	0	0	0	1	6,25
Cukup	0	0	4	25	2	12,5	6	37,5
Baik	0	0	4	25	5	31,25	9	56,25
Total	1	6,25	8	37,5	7	56,5	16	100
<i>Spearman Rho</i>			p=0,131			r=0,394		

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui bahwa dari hasil uji statistik menggunakan *spearman rho* dengan nilai signifikansi $p = 0,131$ lebih besar dari p yang ditetapkan yaitu $<0,05$ (H_1 ditolak) dan nilai korelasi 0,394 didapatkan kategori kekuatan korelasi rendah. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga emosional terhadap *toileting* pada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

5.2 Pembahasan.

Berdasarkan hasil penelitian diatas bahwa dari 16 keluarga, keluarga memberikan dukungan keluarga yang baik kepada anaknya, sedangkan 7 keluarga atau sebanyak 44% cukup dan 1 keluarga atau 6% kurang. Dukungan keluarga yang diberikan berupa melatih anak bagaimana kegiatan *toileting* mulai dari proses mengetahui tanda keinginan BAK sampai mencuci tangan setelah BAK. Dukungan keluarga adalah suatu upaya yang diberikan keluarga kepada anggota keluarga lain, baik moril maupun materil untuk memotivasi dalam melaksanakan kegiatan (Sarwono, 2003). Salah satu fungsi keluarga menurut Gunarsa (2004) adalah memberikan afeksi atau kasih sayang, dukungan dan keakraban. Fungsi afektif adalah fungsi internal keluarga untuk pemenuhan psikososial

saling mengasuh dan memberikan cinta kasih serta saling menerima dan mendukung serta merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan (Andarmoyo, 2012). Tingkat dukungan keluarga ini juga didukung dengan data demografi keluarga yaitu seperti usia, pendidikan, pekerjaan, penghasilan. Berdasarkan penelitian ini 50% tingkat dukungan keluarga adalah baik. Hal ini bisa disebabkan faktor umur, orang tua yang diatas 40 tahun (63%) yang mempengaruhi kematangan proses berfikir sehingga dapat memberikan dukungan keluarga yang baik. Tingkat dukungan keluarga yang cukup dan kurang bisa disebabkan oleh umur orang tua yang belum matang atau pengalaman dalam memberikan dukungan kepada anak. Friedman (1998) menyatakan bahwa ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua.

Berdasarkan hasil penelitian diatas bahwa dari 16 anak autis, 50% kemandirian *toileting* cukup, sedangkan 7 anak atau 44% baik dan satu anak atau 6% kurang. Tingkat kemandirian *toileting* anak autis dipengaruhi oleh beberapa faktor penghambat yakni masalah komunikasi, kesadaran sensorik, kesadaran sosial dan kebiasaan. Hasil observasi menunjukkan bahwa paling banyak kegiatan *toileting* yang dapat dilakukan secara mandiri adalah menunjukkan tanda non verbal bahwa mereka ingin BAK dan mampu melakukan kegiatan BAK sesuai tempatnya. Sedangkan kegiatan *toileting* yang paling banyak belum dapat dilakukan adalah mengatakan keinginan BAK dan menyiram air kencingnya. Faktor penghambat anak autis dalam kemandirian *toileting* adalah masalah komunikasi. William & Wright (2004) menyatakan bahwa anak autis memiliki kesulitan dalam mengkomunikasikan kebutuhan mereka atau tak dapat menghubungkan kata dengan tindakan. Namun, faktor tersebut akan mudah diatasi jika keluarga mampu

mengenal kesiapan anak dalam *toilet training*. AAP (*American Academy of Pediatrics*) membuat panduan untuk mengkaji kesiapan *toilet training* yang terdiri dari kesiapan anak berupa kesiapan fisik, mental dan psikologis serta kesiapan orang tua itu sendiri (Wong, 1998). Selain itu faktor orang tua, kemandirian *toileting* anak autis di SKK Bangun Bangsa yang sebagian besar cukup dapat dipengaruhi oleh usia dan kapasitas mental anak autis itu sendiri. Stech dan Corner dalam (Kusuma, 2006) mengemukakan bahwa ada peningkatan dalam perilaku mandiri berkenaan dengan bertambahnya usia. Hal ini karena individu semakin matang baik secara fisik maupun psikis. Kapasitas mental juga menentukan tingkat kemandirian seseorang. Menurunnya fungsi kognitif akan menyebabkan perilaku seseorang menjadi lebih lambat (Suhartini, 2004). Dengan demikian maka seiring dengan penambahan umur dan fungsi kognitif maka individu cenderung semakin mandiri.

Berdasarkan hasil penelitian dukungan informasional terhadap kemandirian *toileting* yang baik yaitu sebanyak 8 keluarga atau 50% mempunyai dukungan informasional yang baik, sedangkan 5 keluarga atau 31% cukup dan 3 keluarga atau 19% kurang. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan kuat antara dukungan keluarga informasional terhadap kemandirian *toileting*. Menurut House (Smet, 1994), dukungan informasional (*informational support*) adalah dukungan yang melibatkan pemberian informasi, pengetahuan, petunjuk, saran atau umpan balik tentang situasi dan kondisi individu. Jenis informasi tersebut dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan lebih mudah. Berdasarkan hasil kuesioner penelitian, dukungan informasional yang banyak diberikan keluarga berupa menjelaskan kegiatan yang dilakukan saat *toileting* mulai dari mengetahui sensasi BAK, pergi toilet sampai

mencuci tangan setelah BAK. Sedangkan dukungan keluarga informasional yang paling rendah berupa pemberian informasi terkait pembelajaran BAK pada anak autis dari anggota keluarga yang lain. Dukungan informasional merupakan dukungan yang mempunyai peran penting terhadap kemandirian *toileting* anak autis karena keterbatasan yang dimiliki, anak-anak tersebut tidak mampu mendapatkan informasi dan petunjuk tentang hal yang harus mereka lakukan untuk kebutuhan *toiletingnya* secara mandiri. Dukungan keluarga yang diberikan keluarga tidak terlepas dari faktor demografi keluarga itu sendiri. Tidak menutup kemungkinan bahwa umur, penghasilan, pekerjaan dan pendidikan dalam keluarga juga memberikan dampak terhadap kualitas dukungan yang diberikan. Friedman (1998) menyatakan bahwa ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua. Umur orang tua yang diatas 40 tahun (63%) mempengaruhi tingkat kematangan proses berfikir atau pengalaman dalam memberikan dukungan kepada anak. Selain itu, kelas sosial ekonomi seperti tingkat pendapatan atau pekerjaan orang tua dan tingkat pendidikan menurut Friedman (1998) juga berpengaruh. Keluarga kelas menengah, memiliki hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas atau otokrasi. Sehingga orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah. sementara orang tua sebagai ibu rumah tangga memungkinkan kesempatan dalam memberikan dukungan informasi lebih banyak.

Berdasarkan hasil penelitian dukungan keluarga penghargaan terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis 10 keluarga atau 63% mempunyai dukungan

keluarga yang baik, 5 keluarga atau 31% cukup dan 1 keluarga atau 6% kurang. Dukungan pada harga diri (*esteem support*) berupa penghargaan positif pada individu dan perbandingan yang positif dengan individu lain (Smet, 1994). Bentuk dukungan ini membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi. Hal ini menunjukkan bahwa penghargaan memiliki dampak positif terhadap kemandirian *toileting* anak autis. Penelitian yang dilakukan oleh Cirero & Pfadt (2002), pembelajaran *toileting* yang dilakukan dengan *reinforcement* atau pemberian penghargaan positif membuat kemampuan belajar *toileting* anak autis lebih baik. Berdasarkan hasil kuesioner penelitian, dukungan penghargaan yang banyak diberikan keluarga adalah memberikan pujian ketika anak dapat melakukan kegiatan *toileting* dengan baik dan memotivasi anak untuk mandiri dalam *toileting*. Melalui pujian anak dapat mengetahui bahwa hal yang dilakukan benar. Sehingga anak tidak takut untuk mengulang kegiatan tersebut. Namun, dukungan keluarga yang diberikan juga tidak terlepas dari faktor demografi keluarga seperti umur, penghasilan, pekerjaan dan pendidikan.

Berdasarkan hasil penelitian dukungan keluarga instrumental terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis sebanyak 12 orang atau 75% mempunyai dukungan instrumental cukup, sedangkan 3 orang atau 19% baik dan 1 orang atau 6% kurang. Dukungan instrumental (*tangible or instrumental support*) adalah dukungan dimana keluarga bertindak sebagai sebuah pertolongan praktis dan kongkrit untuk menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan materi. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara dukungan keluarga instrumental terhadap kemandirian *toileting*. Hal ini dapat dipengaruhi oleh subyektivitas responden karena adanya perbedaan respon keluarga terhadap kemandirian *toileting* anak di rumah dan di sekolah. Berdasarkan hasil

kuesioner penelitian, dukungan instrumental yang banyak diberikan keluarga adalah mempersiapkan kebutuhan anak terkait *toileting*. Sedangkan yang paling rendah adalah mengantarkan anak ke pelayanan kesehatan untuk mencari solusi dari masalah terkait kemandirian *toileting*. Faktor yang menghambat dalam kemandirian *toileting* menurut Ginanjar (2008) adalah masalah sensorik dimana rasa tidak nyaman ketika berada di toilet yang diakibatkan bau-bau yang menyengat, lampu pijar, atau duduk di WC yang membuat mereka merasa tidak seimbang. Dukungan instrumental disini berperan dalam menyediakan situasi dan kondisi yang nyaman bagi anak sehingga anak tidak mengalami ketakutan ketika berada di toilet.

Berdasarkan hasil penelitian dukungan keluarga emosional terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis sebanyak 9 keluarga atau 56% mempunyai dukungan keluarga emosional baik. Sedangkan 6 keluarga atau 38% cukup dan 1 keluarga atau 6% kurang. Dukungan emosional (*emotional support*) adalah dukungan yang melibatkan rasa empati, selalu mendampingi, suasana yang hangat, dan rasa diperhatikan yang membuat individu memiliki perasaan yang nyaman, yakin, dipedulikan dan dicintai oleh sumber dukungan sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan lebih baik. Friedman (1998) menambahkan bahwa dukungan emosional akan memungkinkan seseorang memperoleh kerekatan/kedekatan emosional sehingga akan menimbulkan rasa aman dan nyaman bagi yang menerima. Dukungan keluarga terjadi karena perhatian keluarga terhadap anggota keluarga karena merasa diperhatikan. Berdasarkan hasil kuesioner penelitian, dukungan emosional yang banyak diberikan keluarga adalah anak terlihat senang ketika bersama keluarga. Sedangkan yang paling rendah adalah perhatian keluarga dalam menanyakan kemandirian *toileting* anak. Tidak adanya hubungan antara dukungan emosional dengan

kemandirian *toileting* dapat dikarenakan anak autis yang tidak mampu mengenali atau menyadari dukungan emosional yang diberikan oleh keluarga. Menurut Syamsu dalam Zanani (2010), dukungan keluarga emosional pada diri setiap orang memiliki ciri-ciri lebih bersifat subyektif, bersifat fluktuatif, serta bersangkut paut dengan peristiwa panca indera, seperti halnya tekun dalam tugas, ulet dalam menghadapi kesulitan.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian *toileting* anak autis dengan signifikansi = 0,003 hubungannya kuat dengan *coefficient correlation* = 0,694. Pada tabel 5.2 Dapat dilihat bahwa dukungan keluarga yang baik maka kemandirian *toileting*nya juga akan baik. Dalam penelitian juga didapatkan dukungan keluarga cukup tapi kemandiriannya akan kurang dan dukungan keluarga yang kurang tapi kemandiriannya cukup. Dukungan adalah suatu usaha untuk menyokong sesuatu atau suatu daya upaya untuk membawa sesuatu (Santoso, 2001). Dalam penelitian ini dukungan keluarga ditujukan pada anak autis sehubungan dengan kemandirian *toileting*. Kemandirian seorang anak dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain jenis kelamin, usia, pola asuh orang tua, urutan kelahiran dan sosial budaya (Kusuma, 2006). Suhartini menambahkan bahwa kemandirian seseorang ditentukan juga oleh beberapa tipe kepribadian, kondisi fisik, kapasitas mental serta dukungan keluarga (Suhartini, 2004). Faktor eksternal dan faktor internal tidak dapat dipisahkan. Jika dukungan keluarga yang diberikan kepada anak baik maka anak akan lebih mampu menerima pelajaran seperti pelajaran bina diri sehingga kemandirian *toileting*nya juga baik. Menurut Lawrence Green (1980) tingkat kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yakni perilaku dan lingkungan. Faktor perilaku itu sendiri terbentuk dari 3 faktor yaitu faktor predisposisi, pendukung dan pendorong atau penguat. Dukungan

keluarga termasuk dalam faktor pendorong dalam teori perilaku Green ini. Sedangkan faktor lingkungan dalam penelitian ini faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga yakni umur, pendidikan, pekerjaan dan jumlah anak dalam keluarga. Dukungan keluarga yang baik maka kemandirian *toileting*nya juga baik, demikian seterusnya. Hal ini karena dukungan keluarga yang diberikan keluarga kepada anak akan diterima anak sebagai proses belajar. Kualitas dukungan keluarga yang diberikan kepada anak akan berakibat pada hasil pembelajaran anak, dalam hal ini kemandirian *toileting* anak. Kualitas orang tua tersebut bisa diakibatkan salah satunya oleh faktor umur. Tingkatan umur seseorang mempengaruhi kematangan berfikir seseorang. Hal ini terjadi karena semakin tinggi umur seseorang maka semakin tinggi pula kematangan berfikirnya, sehingga didapatkan pengetahuan yang semakin baik (Notoatmodjo, 2010). Selain dukungan keluarga, hambatan dalam kemandirian *toileting* pada anak bisa juga disebabkan faktor lingkungan baik di rumah maupun di sekolah yang mempengaruhi faktor internal anak.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

1. Dukungan keluarga yang diberikan kepada anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya pada umumnya sudah baik karena dukungan keluarga mempunyai pengaruh besar terhadap kondisi anak. Hal tersebut dipengaruhi oleh umur dan lama keluarga merawat anak sehingga tingkat kematangan dan pengalaman lebih baik.
2. Kemandirian *toileting* anak autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya sebagian besar adalah cukup. Hal ini dikarenakan anak autis masih membutuhkan bantuan dalam mengutarakan keinginan BAK.
3. Dukungan keluarga informasional dan penghargaan yang baik akan meningkatkan kemandirian *toileting* pada anak autis. Sedangkan dukungan keluarga instrumental dan emosional tidak meningkatkan kemampuan anak autis dalam *toileting*.

6.2 Saran.

1. Bagi guru dan terapis, mampu menjadi masukan bahwa perlu adanya keterlibatan antara institusi dengan keluarga seperti pemberian informasi terkait perkembangan serta informasi terkait masalah anak agar dapat dijadikan bahan pertimbangan untuk mengatasi masalah kemandirian siswa dengan kebutuhan khusus terutama autis.
2. Bagi orang tua dan keluarga, meningkatkan dukungan keluarga informasional seperti mencari informasi terkait metode dalam pembelajaran *toileting* yang efektif karena dukungan tersebut mempunyai hubungan yang kuat.

3. Bagi penelitian selanjutnya, penelitian lebih lanjut dapat berupa studi komparasi antara dukungan sekolah dan dukungan keluarga terkait perkembangan ADL anak autis.

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, S. (2012). *Keperawatan Keluarga; Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ayu, Y. K. (2009). *Hubungan antara Dukungan Sosial Keluarga dan Hipertensi Terkontrol di Puskesmas Rangkah Surabaya*. Surabaya: Tidak Dipublikasikan.
- Bagus, L. (2005). *Kamus Filsafat*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Binarwati, D. (2006). *Perilaku Orang Tua dan Kemampuan Toilet Training pada Anak Todler (15-36 bulan)*. Surabaya: tidak dipublikasikan.
- Brooker, C. (2008). *Ensiklopedia Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Cirero, F. r., & Pfadt, A. (2002). *Investigation of a Reinforcement-Based Toilet Training Procedure for Children with Autism*. *Research in developmental Disabilities* , 319-331.
- Djohan. (2006). *Terapi Musik, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Galangpress.
- Fadhli, A. (2010). *Buku Pintar Kesehatan Anak*. Yogyakarta: Pustaka Anggrek.
- Farrel, M. (2008). *Educating special children : an introduction to provision for pupils with dissabilities adn disorder*. New York: Taylor & Francis Inc.
- Ferry-Suaraindonesia.co. (2013, Juni 10). Autisme; Mari Kenali, Mari Peduli.
- Friedman, M. M. (1998). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, Praktik edisi 3*. Jakarta : EGC.
- Fundamental of Clinical Practice second edition*. (2002). New York: Plenum Publisher.
- Ginanjar, A. S. (2008). *Menjadi Orang Tua Istimewa*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Gunarsa, S. D. (2004). *Psikologi Praktis: anak, remaja dan keluarga*. Jakarta: Gunung Mulia.
- Guze, B., Richermer, S., & Siegel, D. J. (1997). *Buku Saku Psikiatri*. Jakarta: EGC.
- Hamidah. (2012). *Hubungan antara Penerimaan Diri dan Dukungan Sosial dengan Kemandirian pada Penyandang Cacat Tubuh di Balai Besar Rehabilitasi Sosial*

Bina Daksa (BBRSBD) Prof.Dr.Soeharso Surakarta. Surakarta: Jurnal Ilmiah Psikologi Candrajiwa.

Hurlock, E. B. (1978). *Perkembangan Anak.* Jakarta: Erlangga.

Hurlock, E. B. (2000). *Psikologi Perkembangan.* Jakarta: Erlangga.

Johnson, J. A. (2009). *Occupational therapy approaches to traumatic brain injury.* New York: The Haworth Press.

Julianto, A. P. (2010). Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Tingkat Kemandirian Anak Usia Sekolah di SDN Panjang Wtan 01 Pekalongan. *Pena Medika Jurnal Kesehatan vol. 2, No 2 .*

Kamus, T. P. (2002). *Kamus Besar Bahasa Indonesia.* Jakarta: Balai Pustaka.

Kompas.com. (2010, April 07). *Mengenalkan Seksualitas pada Anak Autis.*

Kroeger, K., & Sorensen-Burnworth, R. (2009). Toilet Training Individuals with Autism and Other Developmental Disabilities: Critical Review. *Research in Autism Spectrum Disorders vol 3, issue 3 , 607-618.*

Kusuma, A. (2006). *kemandirian anak usia dini yang dititipkan pada taman penitipan anak sebagai lembaga pendidikan pada anak usia dini jalur non formal (studi kasus di taman penitipan anak airlangga).* Surabaya: tidak dipublikasikan.

Lestari, F., Novayelinda, R., & Agrina. (n.d.). *Gambaran pelaksanaan Toilet Training Pada Anak penyandang Autisme.* repository.unri.ac.id .

Maulana, M. (2008). *Anak Autis; Mendidik Anak Autis dan Gangguan Mantal Lain Menuju Anak Cerdas dan Sehat.* Jogjakarta: Katahati.

Notoadmojo, P. D. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan.* Jakarta: Salemba Medika.

Priyatna, A. (2010). *Amazing Autism!* Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

Puentes, D. C. (2007). *AUTISM.* USA.

Putri, I. H. (2011). Hubungan Kemandirian dan Dukungan Sosial dengan Tingkat Stres Lansia. <http://repository.ipb.ac.id/handle/123456789/47379> .

Reed, K. L., & R., S. (1980). *Concept of Occupational Therapy.* Pennsylvania: USA.

- Rudolph. (2008). *Buku Ajar Pediatrik Vol.1*. Jakarta: EGC.
- Sadock, B. J. (2010). *Kaplan & Sadock Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Jakarta: EGC.
- Santrock, J. W. (2007). *Perkembangan Anak Jilid 2*. Jakarta: Erlangga.
- Sari, I. D. (2009). Nutrisi Pasien Autis. *CDK 168 Vol.36 no. 2* , 89-93.
- Septianingtyas, N. (2006). *Menumbuhkan Kemandirian pada Anak Tunggal Melalui Pendidikan dalam Keluarga*. tidak dipublikasikan
- Siri, K. (2010). *Cutting-edge therapies for autism*. New York: Skyhorse Publishing.
- Smet, B. (1994). *Psikologi Kesehatan* . Jakarta: Grasindo.
- Solikhah, U. (2011). *Tesis : Pengaruh Therapeutic Peer Play terhadap kecemasan dan Kemandirian Anak Usia Sekolah Selama Hosptalisasi di Rumah Sakit Wilayah Banyumas*. Jakarta.
- Sugirman, M. (2007). *Bahan Ajar Anak Autis*. Bandung: PLB Universitas Pendidikan Indonesia.
- Suhartini, R. (2004). *pengaruh faktor kesehatan, kondisi ekonomi, dan kondisi sosial terhadap kemandirian orang lanjut usia (studi kasus di daerah kelurahan jambangan)*. Surabaya: tidak dipublikasikan.
- Swisty, L. A. (2006). *Analisa Faktor yang berhubungan dengan kemandirian Anak Retardasi Mental dalam Melakukan ADL di SDLB Negeri kulorejo 4 Pandaan*. tidak dipublikasikan.
- Tedjasaputra, M. S. (2004). *Bermain, Mainan dan Permainan untuk Anak Usia Dini*. Jakarta: Grasindo.
- Timmreck, T. C. (2004). *Epidemiologi*. Jakarta: EGC.
- William, C., & Wright, B. (2004). *How to Life with Autism and Asperger Syndrome*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Williams, L., & Wilkins. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application*. Philadelphia: Marrayland Composition, Inc.
- Wong, D. I. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol 1*. Jakarta: EGC.
- Zanani, Mayasari. (2010). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru di Puskesmas Torjun Kabupaten Sampang*. tidak dipublikasikan.

Lampiran 1: Surat Ijin Penelitian



UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail: dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 5 Juli 2013

Nomor : 1847/UN3.1.12/PPd/2013
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
Kepala SKK Bangun Bangsa Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Cinthya Surya Nevada
NIM : 130915097
Judul Skripsi : Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kemandirian Toileting Pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan

Wakil Dekan I



Mira Tiharini, S.Kp.,M.Kep
NIP. 197904242006042002

Lampiran 2: Surat Keterangan Penelitian

**SEKOLAH KEBUTUHAN KHUSUS****" BANGUN BANGSA "****Terakreditasi**

JL. ORO – ORO II / 35 SURABAYA
 TELP/FAX: (031) 5036569, FLEXI : (031) 70044456
 e-mail: skk_bangun_bangsa@yahoo.com

Surabaya, 12 Juli 2013

Nomor : 256/106.02/SLB.BB/2013**Hal : Pemberitahuan**

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Octalia Pramurdiasti, S.Pd
 NIP : 19781013 200604 2 017
 Jabatan : Kepala Sekolah
 Unit Kerja : Sekolah Kebutuhan Khusus Bangun Bangsa Surabaya

Menerangkan bahwa mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : Cinthya Surya Nevada
 NIM : 130915097
 Jurusan / Program : Fakultas Keperawatan
 Pada tanggal : 8 Juli 2013 - 12 Juli 2013

Telah melakukan Penelitian dengan tema "Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kemandirian Toileting pada Anak Autis" di Sekolah Kebutuhan Khusus Bangun Bangsa Surabaya.

Demikian surat ini kami buat atas perhatian dan kerjasamanya, kami mengucapkan terima kasih .

Kepala SKK Bangun Bangsa

Octalia Pramurdiasti, S.Pd
 NIP. 19781013 200604 2 017

Lampiran 3: Lembar penjelasan penelitian

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada:

Yth. Bapak/ Ibu Responden

Di tempat

Nama saya, Cinthya Surya Nevada mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Angkatan 2009. Saya akan melakukan penelitian dengan judul **“Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kemandirian *Toileting* pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya”**.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis. Sedangkan manfaat dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian *toileting* pada anak autis sehingga dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk penelitian dan kerangka konsep pengembangan ilmu keperawatan yang berfokus pada peningkatan kualitas hidup anak autis.

Saya sangat mengharapkan partisipasi dan kesediaan anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya menjamin kerahasiaan dan identitas dari semua data yang dikumpulkan. Informasi yang anda berikan akan dipergunakan sesuai manfaat dari penelitian ini dan disajikan untuk kepentingan penelitian dan tidak dipergunakan untuk maksud lain.

Partisipasi anda adalah secara sukarela, tanpa adanya paksaan. Apabila anda bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden penelitian yang telah disediakan. Atas partisipasi anda dalam penelitian ini, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Peneliti

Cinthya Surya Nevada

Lampiran 4: Lembar persetujuan menjadi responden penelitian

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Setelah membaca maksud dan tujuan penelitian ini maka dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan, saya bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden pada penelitian yang berjudul **“Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kemandirian Toileting pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya”** yang dilakukan oleh Cinthya Surya Nevada mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Angkatan Tahun 2009.

Tanda tangan saya dibawah ini, sebagai bukti kesediaan saya menjadi responden penelitian :

Nama	:
Umur	:
Nama Anak	:
Tanda tangan	:

Lampiran 5: Data Demografi Responden

No. Responden

Tanggal Pengisian:

Petunjuk :

-
1. Jawablah pertanyaan berikut dengan memberi tanda (√) pada kolom yang tersedia.
 2. Periksa kembali jawaban anda, jangan sampai ada yang terlewat.
-

Karakteristik Responden :

- | | | | |
|-----------------|-------------------------|--------------|--------------------------|
| Jenis kelamin : | () laki-laki | Pekerjaan: | () Wirausaha |
| | () perempuan | | () IRT |
| | | | () PNS |
| Umur: | () < 20 | | () lain-lain:..... |
| | () 21 - 30 | | |
| | () 30 – 40 | Penghasilan: | () kurang 500 ribu |
| | () > 40 | | () 500 ribu - 1 juta |
| | | | () 1,1 juta - 2 juta |
| Pendidikan: | () SD | | () lebih 2 juta |
| | () SMP | | |
| | () SMA | Jumlah anak | () 1 |
| | () Perguruan Tinggi | | () 2 |
| | | | () 3 |
| | | | () >4 |
-

Hubungan dengan Anak:

() Ayah

() Ibu

() Saudara

() Lain-lain:.....

Lampiran 6: Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

**“HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KEMANDIRIAN
TOILETING PADA ANAK AUTIS DI SKK BANGUN BANGSA SURABAYA”**

I. DUKUNGAN KELUARGA

Petunjuk: Beri tanda √ pada salah satu jawaban yang dianggap paling tepat.

1) Dukungan Informasional

No.	Item Pertanyaan	Jawaban			
		Sering sekali	Sering	Jarang	Tidak pernah
1.	Apakah anda menjelaskan pada anak mengenai hal yang dilakukan ketika akan BAK atau BAB mulai dari merasakan keinginan akan kencing, pergi ke toilet, melepas dan memakai celana, dan seterusnya secara mandiri?				
2.	Apakah anda juga mencari informasi dari luar (seperti buku, majalah dan lain-lain) tentang cara pembelajaran BAK pada anak?				
3.	Apakah anda dan anggota keluarga lain saling memberi bahan bacaan				

	seperti majalah, buku dan lain-lain tentang pembelajaran BAK pada anak?				
4.	Apakah anda pernah melakukan konsultasi ke petugas kesehatan untuk memperoleh informasi tentang kemandirian BAK pada anak?				

2) Dukungan Penilaian

No.	Item Pertanyaan	Jawaban			
		Sering sekali	Sering	Jarang	Tidak pernah
1.	Apakah anda ada disaat anak membutuhkan bantuan terkait BAK?				
2.	Apakah anda memberikan pujian ketika anak melakukan BAK dengan benar?				
3.	Apakah anak menjadi lebih bersemangat untuk BAK dengan benar setelah mendapat pujian?				
4.	Apakah anda ikut memotivasi anak untuk mandiri dalam kegiatan BAKnya?				

3) Dukungan Instrumental

No.	Item Pertanyaan	Jawaban			
		Sering sekali	Sering	Jarang	Tidak pernah
1.	Apakah anda pernah mengantarkan anak ke pelayanan kesehatan untuk mencari solusi terhadap masalah kemandirian BAKnya?				
2.	Apakah anda memberikan bantuan sarana dan prasarana seperti memberikan suasana dan keadaan toilet yang mempermudah anak, gambar tentang proses BAK dan sebagainya pada anak terkait kebutuhan <i>toileting</i> ?				
3.	Apakah anda mempersiapkan kebutuhan saat anak tidak mampu melakukannya sendiri seperti pakaian dalam atau bak air yang mudah dijangkau anak?				
4.	Apakah anda membantu anak saat anak sedang dalam masalah				

	<i>toiletting</i> seperti tidak mau mengguyur air kencingnya, membersihkan daerah genitalnya, mencuci tangan dan sebagainya?				
--	--	--	--	--	--

4) Dukungan Emosional

No.	Item Pertanyaan	Jawaban			
		Sering sekali	Sering	Jarang	Tidak pernah
1.	Apakah anda memantau perkembangan kemandirian BAK anak?				
2.	Apakah anda menanyakan pada anak tentang kemandirian BAKnya?				
3.	Apakah anda mendampingi anak saat pembelajaran BAK?				
4.	Apakah anak terlihat merasa senang ketika bersama keluarga?				
5.	Apakah anda memberi hukuman jika anda merasa kesal pada anak?				

Lampiran 7: Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI PENELITIAN**“HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KEMANDIRIAN
TOILETING PADA ANAK AUTIS DI SKK BANGUN BANGSA SURABAYA”**

Identitas Responden

Nama Anak :

Kode responden:

Usia Anak :

I. LEMBAR OBSERVASI KEMANDIRIAN TOILETING PADA ANAK AUTIS.

Petunjuk: Beri tanda (√) pada salah satu jawaban yang dianggap paling tepat.

No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
	Continance :		
1.	Mampu menunjukkan tanda non verbal bahwa mereka ingin BAK ?		
2.	Mampu mengatakan keinginan BAK atau ingin pipis ?		
3.	Mampu menahan keinginan BAK ?		
	Toileting :		
4.	Mampu pergi ke toilet untuk BAK secara mandiri?		
5.	Mampu melepas pakaian (celana) sebelum dan sesudah BAK secara mandiri?		
6.	Apakah anak anda mampu BAK pada tempatnya?		

7.	Mampu menyusun kembali pakaian secara mandiri?		
8.	Apakah anak anda mampu menyiram air kencingnya?		
9.	Mampu membersihkan daerah genitalnya secara mandiri?		
10.	Mampu mencuci tangan setelah pipis atau BAK?		

Lempiran 8: distribusi data responden

Kode Resp.	Jenis kel.	Umur	Pend.	Pekerjaan	Penghasilan	Jumlah Anak	Hub. dg Anak	Duk Kel	D.K Info	D.K hargaan	D.K Instrumen	D.K emosi	Kemand Toileting
1.	2	4	4	3	4	4	2	3	3	2	2	2	3
2.	2	3	4	3	4	2	2	3	3	3	3	3	3
3.	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3
4.	2	3	4	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1
5.	1	4	3	4	2	2	1	3	3	3	3	3	3
6.	2	3	4	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
7.	1	4	4	3	4	3	1	2	2	3	2	3	2
8.	2	4	3	1	4	1	2	3	3	3	3	3	2
9.	2	4	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2
10.	2	3	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2
11.	2	4	3	1	4	3	2	2	2	2	2	3	2
12.	2	4	3	1	4	1	2	3	3	3	2	3	3

15.	2	4	3	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2
16.	2	4	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3

Keterangan:

Jenis Kelamin:

1 = laki-laki
2 = perempuan

Pendidikan:

1 = SD
2 = SMP
3 = SMA
4 = Perguruan Tinggi

Penghasilan:

1 = <500 ribu
2 = 500 ribu – 1 juta
3 = 1-2 juta
4 = >2 juta

Hubungan dg Anak

1 = ayah
2 = ibu
3 = saudara
4 = lain-lain

Kemandirian

Toileting:
1 = kurang
2 = cukup
3 = baik

Umur:

1 = < 20 tahun
2 = 20-30 tahun
3 = 30-40 tahun
4 = >40 tahun

Pekerjaan:

1 = wirausaha
2 = IRT
3 = PNS
4 = lain-lain...

Jumlah anak:

1 = 1
2 = 2
3 = 3
4 = >4

Dukungan Keluarga

(D.K):
1 = kurang
2 = cukup
3 = baik

D.K Informasional

1 = kurang
2 = cukup
3 = baik

D.K Penghargaan

1 = kurang
2 = cukup
3 = baik

D.K Instrumental

1 = kurang
2 = cukup
3 = baik

D.K Emosional

1 = kurang
2 = cukup
3 = baik

Lampiran 9:

DISTRIBUSI DUKUNGAN KELUARGA

Kode resp	Soal Kuesioner Dukungan Keluarga																	Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1.	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	55
2.	4	4	2	3	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	3	4	2	59
3.	4	2	1	2	3	3	3	4	1	2	4	4	4	1	4	4	2	48
4.	4	2	1	1	2	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	3	31
5.	4	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	3	2	3	4	60
6.	2	1	1	2	4	3	2	3	1	2	4	4	3	2	2	4	2	42
7.	4	2	1	2	3	3	3	4	1	2	4	4	4	1	4	4	3	49
8.	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	1	4	4	4	60
9.	4	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	4	3	4	4	4	59
10.	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	46
11.	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	4	3	2	3	4	4	49
12.	4	4	3	3	4	4	4	4	1	4	4	2	4	1	4	4	4	58
13.	3	3	2	3	3	4	2	4	3	1	3	3	3	2	3	4	2	48
14.	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	2	4	4	3	59
15.	2	2	1	2	4	3	2	3	1	2	4	4	3	2	2	4	3	44
16.	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	3	2	4	4	4	4	4	62

DISTRIBUSI DUKUNGAN KELUARGA: INFORMASIONAL

Kode rep.	Soal Kuesioner dukungan keluarga informasional				total
	1	2	3	4	
1.	4	4	4	4	16
2.	4	4	2	3	13
3.	4	2	1	2	9
4.	4	2	1	1	8
5.	4	4	3	4	15
6.	2	1	1	2	6
7.	4	2	1	2	9
8.	4	4	3	4	15
9.	4	3	3	3	13
10.	3	3	2	2	10
11.	3	2	2	2	9
12.	4	4	3	3	14
13.	3	3	2	3	11
14.	4	3	3	4	14
15.	2	2	1	2	7
16.	4	4	4	4	16

DISTRIBUSI DUKUNGAN KELUARGA: PENGHARGAAN

Kode rep.	Soal Kuesioner dukungan keluarga penghargaan				total
	1	2	3	4	
1.	3	3	3	3	12
2.	4	4	4	4	16
3.	3	3	3	4	13
4.	2	3	1	2	8
5.	3	4	4	3	14
6.	4	3	2	3	12
7.	3	3	3	4	13
8.	3	4	3	4	14
9.	4	3	4	4	15
10.	3	3	3	2	11
11.	3	3	3	3	12
12.	4	4	4	4	16
13.	3	4	2	4	13
14.	4	4	4	4	16
15.	4	3	2	3	12
16.	4	4	4	4	16

DISTRIBUSI DUKUNGAN KELUARGA: INSTRUMENTAL

Kode rep.	Soal Kuesioner dukungan keluarga instrumental				total
	1	2	3	4	
1.	3	3	3	3	12
2.	1	4	4	4	13
3.	1	2	4	4	11
4.	1	1	1	1	4
5.	4	3	4	4	15
6.	1	2	4	4	11
7.	1	2	4	4	11
8.	4	4	3	3	14
9.	3	3	3	3	12
10.	2	2	3	3	10
11.	2	3	3	4	12
12.	1	4	4	2	11
13.	3	1	3	3	10
14.	3	3	3	3	12
15.	1	2	4	4	11
16.	1	4	3	2	10

DISTRIBUSI DUKUNGAN KELUARGA: EMOSIONAL

Kode rep.	Soal Kuesioner dukungan keluarga emosional					total
	1	2	3	4		
1.	3	3	3	3	3	15
2.	4	4	3	4	2	17
3.	4	1	4	4	2	15
4.	2	2	2	2	3	11
5.	4	3	2	3	4	16
6.	3	2	2	4	2	13
7.	4	1	4	4	3	16
8.	4	1	4	4	4	17
9.	4	3	4	4	4	19
10.	3	3	3	3	3	15
11.	3	2	3	4	4	16
12.	4	1	4	4	4	17
13.	3	2	3	4	2	14
14.	4	2	4	4	3	17
15.	3	2	2	4	3	14
16.	4	4	4	4	4	20

Keterangan :

Skor untuk jawaban :

1. Pernyataan positif: no. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16

SS = Skor 4

S = Skor 3

J = Skor 2

TP = Skor 1

2. Pernyataan negatif : no. 17

SS = Skor 1

S = Skor 2

J = Skor 3

TP = Skor 4

Lampiran 10: kemandirian *toileting*DISTRIBUSI KEMANDIRIAN *TOILETING*

Kode rep.	Kegiatan <i>toileting</i>										total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1.	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	17
2.	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	18
3.	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	17
4.	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
5.	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	16
6.	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	14
7.	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	15
8.	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	14
9.	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	15
10.	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	15
11.	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	14
12.	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	17
13.	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	15
14.	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	17
15.	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	15
16.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20

Keterangan :

Ya = 2

Tidak = 1

Lampiran 11: Hasil Uji Korelasi

1. Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kemandirian *Toileting* pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

Correlations

			DUKUNGAN KELUARGA	KEMANDIRIAN <i>TOILETING</i>
Spearman's rho	DUKUNGAN KELUARGA	Correlation Coefficient	1.000	.694**
		Sig. (2-tailed)	.	.003
		N	16	16
	KEMANDIRIAN <i>TOILETING</i>	Correlation Coefficient	.694**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.003	.
		N	16	16

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

2. Hubungan Dukungan Informasional Terhadap Kemandirian *Toileting* Pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

Correlations

			DUKUNGAN INFORMASIONAL	KEMANDIRIAN <i>TOILETING</i>
Spearman's rho	DUKUNGAN INFORMASIONAL	Correlation Coefficient	1.000	.686**
		Sig. (2-tailed)	.	.003
		N	16	16
		<hr/>		
	KEMANDIRIAN <i>TOILETING</i>	Correlation Coefficient	.686**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.003	.
		N	16	16

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

3. Hubungan Dukungan Penghargaan Terhadap Kemandirian *Toileting* Pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

Correlations

			DUKUNGAN PENGHARGAAN	KEMANDIRIAN <i>TOILETING</i>
Spearman's rho	DUKUNGAN PENGHARGAAN	Correlation Coefficient	1.000	.522*
		Sig. (2-tailed)	.	.038
		N	16	16
	KEMANDIRIAN <i>TOILETING</i>	Correlation Coefficient	.522*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.038	.
		N	16	16

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

4. Hubungan Dukungan Instrumental Terhadap Kemandirian *Toileting* Pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

Correlations

			DUKUNGAN INSTRUMENTAL	KEMANDIRIAN <i>TOILETING</i>
Spearman's rho	DUKUNGAN INSTRUMENTAL	Correlation Coefficient	1.000	.409
		Sig. (2-tailed)	.	.116
		N	16	16
	KEMANDIRIAN <i>TOILETING</i>	Correlation Coefficient	.409	1.000
		Sig. (2-tailed)	.116	.
		N	16	16

5. Hubungan Dukungan Emosional Terhadap Kemandirian *Toileting* Pada Anak Autis di SKK Bangun Bangsa Surabaya.

Correlations

			DUKUNGAN EMOSIONAL	KEMANDIRIAN <i>TOILETING</i>
Spearman's rho	DUKUNGAN EMOSIONAL	Correlation Coefficient	1.000	.394
		Sig. (2-tailed)	.	.131
		N	16	16
	KEMANDIRIAN <i>TOILETING</i>	Correlation Coefficient	.394	1.000
		Sig. (2-tailed)	.131	.
		N	16	16

Crosstabulation

DUKUNGAN KELUARGA * KEMANDIRIAN *TOILETING* Crosstabulation

Count						
		KEMANDIRIAN <i>TOILETING</i>			Total	
		KURANG	CUKUP	BAIK		
DUKUNGAN KELUARGA	KURANG	1	0	0	1	
	CUKUP	0	6	1	7	
	BAIK	0	2	6	8	
Total		1	8	7	16	

DUKUNGAN INFORMASIONAL * KEMANDIRIAN TOILETING Crosstabulation

Count					
		KEMANDIRIAN TOILETING			Total
		KURANG	CUKUP	BAIK	
DUKUNGAN INFORMASIONAL	KURANG	1	2	0	3
	CUKUP	0	4	1	5
	BAIK	0	2	6	8
Total		1	8	7	16

DUKUNGAN PENGHARGAAN * KEMANDIRIAN TOILETING Crosstabulation

Count					
		KEMANDIRIAN TOILETING			Total
		KURANG	CUKUP	BAIK	
DUKUNGAN PENGHARGAAN	KURANG	1	0	0	1
	CUKUP	0	4	1	5
	BAIK	0	4	6	10
Total		1	8	7	16

DUKUNGAN INSTRUMENTAL * KEMANDIRIAN *TOILETING* Crosstabulation

Count					
		KEMANDIRIAN <i>TOILETING</i>			Total
		KURANG	CUKUP	BAIK	
DUKUNGAN INSTRUMENTAL	KURANG	1	0	0	1
	CUKUP	0	7	5	12
	BAIK	0	1	2	3
Total		1	8	7	16

DUKUNGAN EMOSIONAL * KEMANDIRIAN *TOILETING* Crosstabulation

Count					
		KEMANDIRIAN <i>TOILETING</i>			Total
		KURANG	CUKUP	BAIK	
DUKUNGAN EMOSIONAL	KURANG	1	0	0	1
	CUKUP	0	4	2	6
	BAIK	0	4	5	9
Total		1	8	7	16

Lampiran 12:

Correlations

	soal1	soal2	soal3	soal4	soal5	soal6	soal7	soal8	soal9	soal10	soal11	soal12	soal13	soal14	soal15	soal16	soal17	total
soal1 Pearson Correlation	1	.188	.366	.173	.016	.209	.100	.172	.150	.317	-.119	.063	.130	.162	.367	-.235	.308	.319
Sig. (2-tailed)		.485	.163	.520	.953	.438	.712	.524	.580	.232	.661	.817	.630	.550	.162	.380	.246	.228
N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
soal2 Pearson Correlation	.188	1	.459	.713**	-.242	.626**	.634**	.274	.321	.196	.243	-.021	.652**	.664**	.011	.164	.199	.612*
Sig. (2-tailed)	.485		.074	.002	.366	.010	.008	.305	.226	.467	.364	.939	.006	.005	.967	.544	.461	.012
N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
soal3 Pearson Correlation	.366	.459	1	.673**	.123	.251	.335	.084	.592*	.526*	.184	.176	.087	.367	.121	-.077	.239	.586*
Sig. (2-tailed)	.163	.074		.004	.650	.349	.205	.756	.016	.036	.496	.513	.748	.162	.657	.776	.373	.017
N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16

soal4	Pearson Correlation	.173	.713**	.673**	1	-.150	.555*	.400	.534*	.711**	.261	.564*	.334	.520*	.501*	.044	.256	.082	.743**
	Sig. (2-tailed)	.520	.002	.004		.579	.026	.125	.033	.002	.329	.023	.205	.039	.048	.870	.338	.763	.001
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
soal5	Pearson Correlation	.016	-.242	.123	-.150	1	.077	.062	.106	-.056	.330	.397	.443	.016	.100	.359	.341	.069	.286
	Sig. (2-tailed)	.953	.366	.650	.579		.776	.820	.695	.838	.211	.128	.085	.953	.713	.172	.196	.801	.283
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
soal6	Pearson Correlation	.209	.626**	.251	.555*	.077	1	.320	.642**	.513*	.217	.407	.151	.626**	.645**	.320	.513*	.296	.717**
	Sig. (2-tailed)	.438	.010	.349	.026	.776		.227	.007	.042	.419	.118	.577	.010	.007	.227	.042	.266	.002
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
soal7	Pearson Correlation	.100	.634**	.335	.400	.062	.320	1	.191	.049	.568*	.482	.338	.768**	.372	.077	.279	.300	.613*
	Sig. (2-tailed)	.712	.008	.205	.125	.820	.227		.479	.856	.022	.059	.200	.001	.156	.777	.295	.259	.012
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16

soal8	Pearson Correlation	.172	.274	.084	.534*	.106	.642**	.191	1	.386	.232	.649**	.525*	.631**	.308	.543*	.781**	.009	.678**
	Sig. (2-tailed)	.524	.305	.756	.033	.695	.007	.479		.140	.387	.007	.037	.009	.246	.030	.000	.974	.004
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
soal9	Pearson Correlation	.150	.321	.592*	.711**	-.056	.513*	.049	.386	1	.097	.342	.217	.235	.556*	.312	.137	.071	.608*
	Sig. (2-tailed)	.580	.226	.016	.002	.838	.042	.856	.140		.722	.194	.421	.380	.025	.239	.613	.795	.012
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
soal10	Pearson Correlation	.317	.196	.526*	.261	.330	.217	.568*	.232	.097	1	.395	.502*	.317	.318	.197	.230	.492	.609*
	Sig. (2-tailed)	.232	.467	.036	.329	.211	.419	.022	.387	.722		.130	.048	.232	.231	.465	.391	.053	.012
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
soal11	Pearson Correlation	-.119	.243	.184	.564*	.397	.407	.482	.649**	.342	.395	1	.761**	.696**	.273	.274	.693**	.136	.726**
	Sig. (2-tailed)	.661	.364	.496	.023	.128	.118	.059	.007	.194	.130		.001	.003	.306	.305	.003	.615	.001
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16

soal12	Pearson Correlation	.063	-.021	.176	.334	.443	.151	.338	.525*	.217	.502*	.761**	1	.440	.078	.338	.588*	.267	.606*
	Sig. (2-tailed)	.817	.939	.513	.205	.085	.577	.200	.037	.421	.048	.001		.088	.774	.200	.017	.317	.013
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
soal13	Pearson Correlation	.130	.652**	.087	.520*	.016	.626**	.768**	.631**	.235	.317	.696**	.440	1	.485	.367	.620*	.308	.758**
	Sig. (2-tailed)	.630	.006	.748	.039	.953	.010	.001	.009	.380	.232	.003	.088		.057	.162	.010	.246	.001
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
soal14	Pearson Correlation	.162	.664**	.367	.501*	.100	.645**	.372	.308	.556*	.318	.273	.078	.485	1	.372	.238	.178	.683**
	Sig. (2-tailed)	.550	.005	.162	.048	.713	.007	.156	.246	.025	.231	.306	.774	.057		.156	.374	.509	.004
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
soal15	Pearson Correlation	.367	.011	.121	.044	.359	.320	.077	.543*	.312	.197	.274	.338	.367	.372	1	.542*	.174	.521*
	Sig. (2-tailed)	.162	.967	.657	.870	.172	.227	.777	.030	.239	.465	.305	.200	.162	.156		.030	.520	.039
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16

soal16	Pearson Correlation	-.235	.164	-.077	.256	.341	.513*	.279	.781**	.137	.230	.693**	.588*	.620*	.238	.542*	1	.212	.589*
	Sig. (2-tailed)	.380	.544	.776	.338	.196	.042	.295	.000	.613	.391	.003	.017	.010	.374	.030		.430	.016
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
soal17	Pearson Correlation	.308	.199	.239	.082	.069	.296	.300	.009	.071	.492	.136	.267	.308	.178	.174	.212	1	.402
	Sig. (2-tailed)	.246	.461	.373	.763	.801	.266	.259	.974	.795	.053	.615	.317	.246	.509	.520	.430		.123
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
total	Pearson Correlation	.319	.612*	.586*	.743**	.286	.717**	.613*	.678**	.608*	.609*	.726**	.606*	.758**	.683**	.521*	.589*	.402	1
	Sig. (2-tailed)	.228	.012	.017	.001	.283	.002	.012	.004	.012	.012	.001	.013	.001	.004	.039	.016	.123	
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16

** . Correlation is significant at the 0.01 level

(2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level

(2-tailed).

RELIABILITY

/VARIABLES=soal1 soal2 soal3 soal4 soal5 soal6 soal7 soal8 soal9 soal10 soal11 soal12 soal13 soal14 soal15 soal16 soal17 total

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	16	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	16	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.876	17