

SKRIPSI

**PENGARUH TEKNIK *CHAINING* TERHADAP TINGKAT
KEMANDIRIAN MAKAN PADA ANAK RETARDASI
MENTAL DI PONSOS TUNA GRAHITA KALIJUDAN
SURABAYA**

PENELITIAN *QUASY-EXPERIMENTAL*



Oleh
IRAWATI
NIM. 131011236

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

SKRIPSI

**PENGARUH TEKNIK *CHAINING* TERHADAP TINGKAT
KEMANDIRIAN MAKAN PADA ANAK RETARDASI
MENTAL DI PONSOS TUNA GRAHITA KALIJUDAN
SURABAYA**

PENELITIAN QUASY-EXPERIMENTAL

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Ilmu Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh
IRAWATI
NIM. 131011236

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

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, 26 Januari 2012

Yang Menyatakan

IRAWATI

NIM.131011236

SKRIPSI

**PENGARUH TEKNIK *CHAINING* TERHADAP TINGKAT
KEMANDIRIAN MAKAN PADA ANAK RETARDASI
MENTAL DI PONSOS TUNA GRAHITA KALIJUDAN
SURABAYA**

Oleh
IRAWATI
NIM.131011236

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL: 24 Januari 2012

Oleh
Pembimbing Ketua

Ah. Yusuf, SKp., M. Kes
NIP: 196701012000031002

Pembimbing

Retno Indarwati, S.Kep. Ns., M.Kep
NIP:197803162008122002

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I

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

SKRIPSI

**PENGARUH TEKNIK *CHAINING* TERHADAP TINGKAT
KEMANDIRIAN MAKAN PADA ANAK RETARDASI
MENTAL DI PONSOS TUNA GRAHITA KALIJUDAN
SURABAYA**

Oleh
IRAWATI
NIM.131011236

Telah diuji
Pada tanggal, 26 Januari 2012
PANITIA PENGUJI

Ketua : Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes

Anggota :1. Retno Indarwati, S.Kep., Ns., M.Kep

2. Elida Ulfiana, S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I

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

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNYA kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH TEKNIK *CHAINING* TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN MAKAN PADA ANAK RETARDASI MENTAL DI PONSOS TUNA GRAHITA KALIJUDAN SURABAYA”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Bersama ini perkenankanlah saya 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. Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Ah. Yusuf, S.Kp.,M.Kes sebagai pembimbing pertama yang telah memberikan banyak bantuan, sabar dalam membimbing untuk bisa menulis dengan baik, dan senantiasa memberi semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
4. Retno Indarwati, S.Kep.Ns., M.Kep sebagai pembimbing kedua yang dengan sabar telah membimbing penulisan dan analisis data, dan senantiasa memberi semangat sehingga kami dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
5. Elida Ulfiana, S.Kep., Ns., M.Kep sebagai ketua tim penguji tugas akhir yang telah memberikan banyak masukan dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
6. Segenap anggota tim pengelola tugas akhir (petugas perpustakaan) Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
7. Ibu Rosalia Endang Setyawati selaku pengelola dan seluruh pendamping anak di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya Ponsos Tuna Grahita Kalijudan

Surabaya atas dukungan dan kerjasamanya sehingga penelitian ini dapat terlaksana dengan baik

8. Anak-anak Retardasi mental di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya atas dukungan, kerjasama, dan kesedianya menjadi responden sehingga penelitian ini dapat terlaksana dengan baik
9. Yang tercinta ayah dan ibu atas segala pengertian, dukungan, doa dan kasih sayangnya.
10. Pamanku Asnani S.Kep.Ns.,M.Ked yang telah memberikan dukungan dan doa selama proses pembuatan skripsi ini.
11. Sahabat-sahabatku Diah Retno, Metia Ariyanti, Jehan Eka Prana Sandika, Nurina Hidayanti, Yanti Ataupah, Cahyo Hari yang telah membantuku dalam melakukan penelitian dan memberi dukungan.
12. Teman-temanku B 13 angkatan 2010 yang telah memberikan banyak saran, masukan, doa, dukungan dan semangatnya
13. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan tugas akhir ini yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Kami sadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, Januari 2012

Penulis,

ABSTRACT

THE CHAINING TECHNIQUES TO INCREASE SELF SUFFICIENCY TO EAT CHILDREN WITH MENTALLY RETARDATION

Quasy eksperiment in Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya

By: Irawati

Mental retardation is a condition in which intellectuals' ability is below normal with a manifestation before 18 years old. Mentally retarded child usually impaired psychomotor self reliance. Chaining technique is one of the behaviour therapy that can improve the independence of psychomotor eat with a spoon. The purpose of this study was to find out is there any influence of chaining techniques to increase self-sufficiency to eat with a spoon on mentally retarded.

Design used in this study was quasy eksperiment. The population was all mentally retarded children who experiences barrier to independence eat with spoon. Techniques sampel was used purposive sampling, and the amount of samples is 16 respondents, taken accorded to inclusion criteria. The independent variable was chaining technique. The dependent variable was the children eat mental retardation independence. The data collected were the resources respondents using observation. Analysis of data was the resource person then technique was used Wilcoxon test and Mann-Withney test

The result of Wilcoxon test, to the independence of ate showed the level of treatment group score $p=0,011 < 0,05$, and the level of control group showed the score $p=0,157 > 0,05$. The Mann-Withney test used the which is the defferent of the control and treatment group result the score $p=0,001 < 0,05$

The conclusion of this research was there is an influence of chaining technique of self reliance toward to increase of eating with mentally retarded in Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya.

Keywords: *mental retardation, chaining technique, self-reliance*

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji	iv
Ucapan Terima Kasih.....	v
<i>Abstract</i>	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Lampiran	xii
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan umum	5
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Teoritis	6
1.4.2 Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Anak	7
2.1.1 Pengertian anak	7
2.1.2 Kebutuhan dasar anak	7
2.2 Konsep Retardasi Mental	8
2.2.1 Pengertian retardasi mental	8
2.2.2 Penyebab retardasi mental.....	9
2.2.3 Pembagian tingkatan IQ.....	12
2.2.4 Perkembangan retardasi mental	13
2.2.5 Pencegahan dan penatalaksanaan.....	14
2.2.6 Latihan dan pendidikan	15
2.3 Konsep Kemandirian	16
2.3.1 Pengertian kemandirian.....	16
2.3.2 Ciri-ciri kemandirian.....	16
2.3.3 Aspek kemandirian.....	17
2.3.4 Faktor yang mempengaruhi kemandirian.....	17
2.3.5 Kemampuan fungsional	19
2.3.6 Sistem penilaian dalam kemampuan fungsional	19
2.4 Konsep Modifikasi Perilaku	21
2.4.1 Pengertian modifikasi perilaku	21
2.4.2 Karakteristik modifikasi perilaku.....	21
2.4.3 Tujuan modifikasi perilaku	21

2.5 Aplikasi Modifikasi Perilaku	22
2.5.1 Konsep <i>shaping</i>	22
2.5.2 Konsep <i>fading</i>	22
2.5.3 Konsep <i>chaining</i>	23
2.5.4 Opernt conditioning	25
2.6 Teknik <i>Chaining</i> Terhadap Kemandirian <i>Self Care</i> Makan	30
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	32
3.1 Kerangka Konseptual	32
3.2 Hipotesis	34
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	35
4.1 Desain Penelitian	35
4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling.....	36
4.2.1 Populasi.....	36
4.2.2 Sampel.....	37
4.2.3 Teknik sampling.....	38
4.3 Variabel Penelitian	39
4.3.1 Variabel independen	39
4.3.2 Variabel dependen	39
4.4 Instrumen dan Bahan Penelitian	39
4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian	39
4.6 Definisi Operasional	40
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	41
4.7.1 Persiapan alat dan bahan.....	41
4.7.2 Teknik pengumpulan data	41
4.8 Kerangka Operasional	43
4.9 Analisis Data.....	44
4.10 Etika Penelitian.....	44
4.11 Keterbatasan	46
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	47
5.1 Hasil Penelitian.....	47
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	47
5.1.2 Karakteristik demografi responden	48
5.1.3 Variabel yang diukur.....	51
5.2 Pembahasan	54
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN.....	64
6.1 Simpulan.....	64
6.2 Saran	65
DAFTAR PUSTAKA	66

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skema <i>Total Task Presentation</i>	23
Gambar 2.2 Skema <i>Foward Chaining</i>	24
Gambar 2.3 Skema <i>backward Chaining</i>	24
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	32
Gambar 4.1 Skema Rancangan Penelitian <i>quasy eksperimental</i>	35
Gambar 4.2 Kerangka Operasional	43
Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan usia	48
Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin	49
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan lama tinggal di ponsos	49
Gambar 5.4 Distribusi pendidikan pendamping anak di ponsos	50
Gambar 5.5 Distribusi pelatihan pendamping anak di ponsos	50

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Tingkat IQ	12
Tabel 2.2 Perkembangan Retardasi Mental	13
Tabel 2.3 Sistem Penilaian <i>Indeks Katz</i>	20
Tabel 4.1 Definisi Operasional	40
Tabel 5.1 Data tingkat kemandirian makan anak retardasi mental pada kelompok kontrol dan perlakuan sebelum mendapat perlakuan teknik <i>chaining</i>	51
Tabel 5.2 Data tingkat kemandirian makan anak retardasi mental pada kelompok kontrol dan perlakuan sesudah mendapat perlakuan teknik <i>chaining</i>	52
Tabel 5.3 Data perubahan kemandirian makan sebelum dan sesudah perlakuan teknik <i>chaining</i> pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan	53

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Permintaan untuk Menjadi Responden Penelitian.....	68
Lampiran 2 Persetujuan Menjadi Responden	69
Lampiran 3 Instrumen Pengumpulan Data	70
Lampiran 4 Lembar Observasi.....	71
Lampiran 5 SAK Terapi <i>Chaining</i> terhadap kemandirian makan	73
Lampiran 6 Strategi pelaksanaan teknik <i>chaining</i> makan menggunakan Sendok	76
Lampiran 7 Data Hasil Pengukuran Tingkat Kemandirian Makan Awal dan Akhir pada 2 Kelompok Penelitian.....	78
Lampiran 8 Data Perkembangan Kemandirian Makan anak RM Kelompok Perlakuan	80
Lampiran 9 Uji Normalitas Data.....	86
Lampiran 10 Uji Statistik Kemandirian Makan sebelum perlakuan.....	87
Lampiran 11 Uji Statistik Kemandirian Makan setelah perlakuan	88
Lampiran 12 Uji Statistik Perbedaan Kemandirian Makan pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan	89
Lampiran 13 Undangan Ujian Proposal Tugas Akhir.....	90
Lampiran 14 Surat Permohonan Ijin Penelitian dan Pengambilan Data.....	91
Lampiran 15 Undangan Ujian Tugas Akhir.....	92
Lampiran 16 Lembar Konsultasi.....	93

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
AAMR	: American Association of Mental Retardation
ASI	: Air Susu Ibu
PPDGJ	: Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
RM	: Retardasi Mental
ADL	: Activity Daily Living
SAP	: Satuan Acara Pelaksanaan
PONSOS	: Pondok Sosial
SLB	: Sekolah Luar Biasa
SD	: Sekolah Dasar
TORCH	:
IQ	:
PT	:

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anomali dalam kehidupan sering terjadi, baik secara fisik, psikis maupun sosial, seperti lahirnya anak RM. Anak RM dalam perkembangannya sering mengalami hambatan dibandingkan dengan anak-anak normal. Hambatan perkembangan yang sering dialami oleh anak RM diantaranya gangguan perkembangan mental yang terhenti dan tidak lengkap ditandai oleh adanya kelemahan ketrampilan merawat diri (*self care*) atau kecakapan (*skill*) selama masa perkembangan sehingga berpengaruh pada semua tingkat intelegensi yaitu kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial (Pleyte & Humris, E 2010).

Kemandirian perawatan diri (*self care*) anak akan terbentuk seiring dengan pertumbuhan dan perkembangannya, dimana mandiri dalam arti mampu melaksanakan segala sesuatu tanpa bantuan orang lain, misalnya makan, mandi, berpakaian dan lain sebagainya. Perkembangan anak usia 6-20 tahun diharapkan mampu mandiri dan dapat menerima tanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, namun anak RM dalam hal kemandirian untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari (*self care*) lebih banyak bergantung pada orang lain (Kaplan & Sadock 2010). Tingkat intelegensi yang berada di bawah normal, mempengaruhi kemandirian dalam kemampuan adaptif minimal dua dari sepuluh area yang ditetapkan yaitu hambatan kemandirian pemeliharaan diri (*self care*), komunikasi, kehidupan rumah tangga, kemampuan sosial, penggunaan fasilitas umum, pengarahan diri, kesehatan dan keamanan, fungsi akademik, waktu luang serta

kerja. Pemeliharaan diri yang dimaksud adalah kemandirian terhadap *self care* dalam hal makan, mandi, berpakaian, toileting, defekasi dan berkemih (Gunarsa, S 2006). Namun pada penelitian ini lebih berfokus pada *self care* makan karena menurut data awal yang diperoleh dari Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya, menunjukkan 40,48% anak RM ringan belum mandiri untuk makan menggunakan sendok tanpa ada makanan yang tumpah. Mereka cenderung makan menggunakan tangan tanpa melakukan cuci tangan, meskipun untuk menu berkuah dengan hasil akhir banyak makanan yang berceceran di lantai. Salah satu tindakan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemandirian makan adalah dengan terapi modifikasi perilaku melalui teknik *chaining*, yaitu teknik perilaku dengan mengajarkan perilaku yang kompleks, kemudian dipecah menjadi tahapan-tahapan sederhana dan disusun menjadi suatu rangkaian tugas untuk dapat makan menggunakan sendok secara mandiri (Handojo 2003).

Anak RM merupakan masalah dunia dengan implikasi besar terutama bagi negara berkembang. Diperkirakan angka kejadian RM adalah 1 % pada populasi umum, RM ringan 0,37-0,59%, sedangkan RM sedang dan berat adalah 0,3-0,4%. Semakin berat tingkatan RM maka tingkat ketergantungan dalam memenuhi fungsi adaptif semakin besar termasuk dalam area perawatan diri (*self care*). Studi di Amerika Serikat menunjukkan prevalensi gangguan yang merupakan kombinasi antara RM dan gangguan perkembangan 1,58% sedangkan yang hanya mengalami RM sekitar 0,78%. Beban yang ditimbulkan oleh gangguan mental sangat besar terutama terhadap pemenuhan *self care*. Hasil studi Bank Dunia menunjukkan, *Global Burden of Disease* dampak masalah kesehatan mental mencapai 8,1 % meliputi masalah komunikasi, perawatan diri (*self care*), interaksi sosial, fungsi

akademik dan sebagainya. Penelitian WHO tahun 2001, menunjukkan standar skor dari kategori kecerdasan AAMR, gangguan mental manual menempati urutan kesepuluh di dunia (Pleyte & Humris,E 2010). Insiden RM lebih sering pada anak laki-laki sekitar 1,5 kali dibanding anak perempuan dan angka kejadian tertinggi pada anak sekolah, dengan usia puncak 10-15 tahun (Kaplan & Sadock 2010). Data hasil observasi di Ponsos Tuna Grahitra Kalijudan Surabaya, dari 42 anak dengan RM, 17 anak mengalami ketergantungan untuk pemenuhan makan menggunakan sendok secara mandiri. Se jauh ini, di tempat tersebut belum pernah dilakukan tindakan dengan terapi perilaku untuk meningkatkan kemandirian makan. Oleh sebab itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang terapi perilaku dengan teknik *chaining*, karena prosedur *chaining* sangat sesuai untuk meningkatkan keahlian yang berkaitan dengan perawatan diri makan, dengan mengajarkan perilaku berdasarkan urutan yang tetap dan menggunakan prinsip *learning* melalui pemberian *reinforcement*, *punishment* dan *extinction* (Martin & Pear 2003).

Kemandirian pada anak retardasi mental dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu intelegensi, kebudayaan, tingkat pendidikan orang tua, jumlah anak dalam keluarga, pola asuh orang tua, dimana didalamnya terdapat kebutuhan asuh, asih dan asah, sehingga kemandirian yang dimiliki adalah kemandirian yang utuh (Turk et al. 2010). Soetjiningsih (2000) menyatakan bahwa sebagai sumber daya manusia, anak dengan RM tidak bisa dimanfaatkan karena 0,1% dari anak-anak ini memerlukan perawatan, bimbingan, serta pengawasan sepanjang hidupnya, sehingga RM masih merupakan dilema dan sumber kecemasan bagi masyarakat. Anak tersebut juga tidak dapat mengikuti pendidikan sekolah biasa karena cara

berfikirnya sederhana, daya tangkap dan daya ingatnya lemah. Anak RM ringan dan sedang sulit untuk diajarkan keterampilan akademik seperti membaca dan menulis sederhana, namun mereka masih mampu dilatih untuk mengurus diri sendiri. Dampak dari masalah kemandirian pada anak RM adalah gangguan dalam pemenuhan kebutuhan sehari - hari secara mandiri termasuk gangguan dalam perilaku adaptif yaitu hambatan untuk memenuhi standart perilaku sesuai dengan usia dari lingkungan dan budayanya, yang mencakup masalah komunikasi, defisit perawatan diri (*self care*), ketrampilan sosial dan interpersonal sehingga membutuhkan bantuan orang lain untuk memenuhinya (Pleyte & Humris 2010). Defisit dalam pemenuhan kebutuhan makan secara mandiri mengakibatkan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi, penurunan imunitas yang akhirnya berdampak pada masalah pertumbuhan dan kesehatan anak (Soetjningsih 2000). Oleh sebab itu diperlukan latihan perilaku adaptif untuk meningkatkan kemandirian makan, sehingga anak dapat berfungsi bagi lingkungan dan tidak menjadi beban orang lain.

Intervensi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemandirian perawatan diri (*self care*) makan pada anak RM adalah pelatihan langsung kepada anak, memodifikasi lingkungan, pemberian dukungan fisik dan psikis, bimbingan serta pengajaran secara berkelanjutan (Asmadi 2008). Pelatihan kemandirian merawat diri untuk makan pada anak RM dapat dilakukan dengan terapi perilaku yang mengajarkan suatu tingkah laku dan dibagi dalam beberapa tahapan untuk mengurangi kesalahan perilaku dari individu (Miltenberger, R 2008). Terapi perilaku merupakan suatu bentuk psikoterapi yang menggunakan prinsip belajar untuk mengurangi tingkah laku maladaptif dan meningkatkan perilaku adaptif

(Papalia, Olds & Feldman 2001). Penelitian ini menggunakan terapi modifikasi perilaku dengan teknik *chaining* untuk meningkatkan kemandirian *self care* (makan). Pelatihan dengan teknik *chaining* bertujuan untuk meningkatkan komunikasi dua arah yang efektif, sosialisasi ke dalam lingkungan, menghilangkan atau meminimalkan perilaku maladaptif dan meningkatkan kemampuan bantu diri atau bina diri dan ketrampilan lain khususnya dalam kemandirian *self care* untuk makan (Handoyo 2003). Oleh karena itu peneliti tertarik untuk meneliti pengaruh penerapan teknik *chaining* terhadap kemandirian *self care* untuk makan pada anak RM di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah pengaruh teknik *chaining* terhadap kemandirian makan pada anak RM di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan pengaruh teknik *chaining* terhadap kemandirian makan pada anak RM di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi tingkat kemandirian makan pada anak RM di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya sebelum mendapat perlakuan dengan teknik *chaining*

2. Mengidentifikasi tingkat kemandirian makan pada anak RM di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya sesudah mendapat perlakuan dengan teknik *chaining*
3. Mengidentifikasi perbedaan tingkat kemandirian makan pada anak RM di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya sebelum dan sesudah mendapat perlakuan teknik *chaining* pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan pengaruh teknik *chaining* terhadap kemandirian makan pada anak RM yang tinggal di ponsos tuna grahita sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan Ilmu Keperawatan Jiwa yang berhubungan dengan penanganan kemandirian dalam *self care* (makan) pada anak retardasi mental.

1.4.2 Manfaat praktis

Metode *chaining* dalam terapi perilaku diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu cara yang efektif dalam meningkatkan kemandirian dalam *self care* makan pada anak RM yang tinggal di ponsos tuna grahita.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Anak

2.1.1 Pengertian anak

Anak adalah bagian dari siklus kehidupan manusia sejak konsepsi, kelahiran, sampai dengan usia 13 tahun untuk anak perempuan dan 14 tahun untuk anak laki-laki (Somantri, S 2006) dalam (Rimm, S 2008).

2.1.2 Kebutuhan dasar anak

Menurut Rimm, S (2008) kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang, secara umum di golongkan menjadi 3 kebutuhan dasar, yaitu :

1. Kebutuhan fisik-biomedis (asuh)

Meliputi :

- 1) Pangan/gizi merupakan kebutuhan terpenting.
- 2) Perawatan kesehatan dasar, antara lain imunisasi, pemberian ASI, penimbangan bayi/anak yang teratur, pengobatan kalau sakit, dll.
- 3) Papan/pemukiman yang layak.
- 4) Higiene perorangan, sanitasi lingkungan.
- 5) Sandang.
- 6) Kesegaran jasmani, rekreasi.

2. Kebutuhan emosi/kasih sayang (asih)

Tahun pertama kehidupan, hubungan yang erat, mesra dan selaras antara ibu/pengganti ibu dengan anak merupakan syarat mutlak untuk menjamin tumbuh kembang yang selaras baik fisik, mental maupun psikososial. Kehadiran

ibu/penggantinya sedini mungkin, akan menjalin rasa aman bagi bayinya. Kondisi ini diwujudkan dengan kontak fisik (kulit/mata) dan psikis sedini mungkin, misalnya dengan menyusui bayi segera setelah lahir. Kekurangan kasih sayang seorang ibu pada tahun-tahun pertama kehidupan mempunyai dampak negatif pada tumbuh kembang anak baik fisik, mental, sosial dan emosi. Kasih sayang dari orang tuanya (ayah-ibu) akan menciptakan ikatan yang erat (*bonding*) dan kepercayaan dasar (*basic trust*).

3. Kebutuhan akan stimulasi mental (asah)

Stimulasi mental merupakan cikal bakal dalam proses belajar (pendidikan dan pelatihan) pada anak. Stimulasi mental (asah) ini mengembangkan perkembangan mental psikososial: kecerdasan, ketrampilan, kemandirian, kreativitas, agama, kepribadian, moral-etika, produktivitas, dan sebagainya.

2.2 Konsep Retardasi Mental

2.2.1 Pengertian retardasi mental

Pengertian tentang retardasi mental banyak dikemukakan oleh para ahli sesuai dengan bidang ilmunya. Pengertian menurut PPDGJ III edisi III RM adalah suatu keadaan perkembangan mental yang berhenti atau tidak lengkap, terutama ditandai oleh adanya gangguan ketrampilan selama masa perkembangan sehingga berpengaruh pada semua tingkat intelegensi yaitu kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial (Pleyte & Humris, E 2010). RM adalah suatu kondisi yang ditandai oleh intelegensi yang rendah dan menyebabkan ketidakmampuan individu untuk berjalan dan beradaptasi terhadap tuntutan masyarakat (Scheffler, F 2008). Maramis (1998), menyatakan bahwa RM merupakan keadaan dengan

intelegensi yang kurang (subnormal) sejak masa perkembangan (sejak lahir atau sejak masa anak). AAMR mendefinisikan RM sebagai suatu disabilitas yang ditandai dengan limitasi/ keterbatasan yang bermakna baik dalam fungsi intelektual maupun perilaku adaptif yang diekspresikan dalam ketrampilan konseptual, sosial, dan praktis, keadaan ini terjadi sebelum usia 18 tahun. AAMR menggunakan suatu pendekatan multi dimensional atau biopsikososial yang mencakup 5 dimensi, yaitu kemampuan intelektual, perilaku adaptif, partisipasi, interaksi dan peran sosial, kesehatan fisik dan mental, konteks budaya dan lingkungan (Pleyte & Humris, E 2010). Kaplan dan Sadock (2010) mendefinisikan RM sebagai fungsi intelektual umum dibawah rata-rata sehingga menyebabkan gangguan perilaku adaptif yang bermanifestasi selama perkembangan, sebelum usia 18 tahun.

2.2.2 Penyebab retardasi mental

Beberapa faktor yang potensial berperan dalam terjadinya RM seperti yang dinyatakan oleh Soetjiningsih (2000), yaitu :

1. Non organik

- 1) Kemiskinan dan keluarga yang tidak harmonis,
- 2) Faktor sosiokultural,
- 3) Interaksi anak dengan pengasuh yang tidak baik,
- 4) Penelantaran anak.

2. Organik

1) Faktor prakonsepsi

- 1) *Abnormalitas single gene* (penyakit-penyakit metabolik, kelainan *neurocutaneos*),

2) Kelainan kromosom-*syndrom polygenic familial*.

2) Faktor pranatal

1) Gangguan pertumbuhan otak trimester I

Meliputi kelainan kromosom (trisomi), infeksi intrauterin, (misalnya TORCH, HIV), zat-zat teratogen (alkohol, radiasi), kelainan kongenital dari otak.

2) Gangguan pertumbuhan otak trimester II dan III

Meliputi infeksi Intrauterin (misalnya TORCH, HIV), zat-zat teratogen (alkohol, kokain, logam berat), ibu dengan diabetes melitus, toksimia gravidarum, disfungsi plasenta, ibu malnutrisi.

3) Faktor perinatal

1) Sangat prematur,

2) Asfiksia neonatorum,

3) Trauma lahir : perdarahan intrakranial,

4) Kelainan metabolik : hipoglikemi, hiperbilirubin,

5) Meningitis.

4) Faktor postnatal

1) Trauma berat pada kepala,

2) Neurotoksin, misalnya logam berat,

3) Anoksia, misalnya tenggelam ,

4) Metabolik

Meliputi gizi buruk, kelainan metabolisme karbohidrat, Penyakit degeneratif/metabolik lainnya.

Katz, G dan Lazcano, E (2008), menyatakan faktor yang mempengaruhi kejadian retardasi mental antara lain:

1. Faktor genetik

Meliputi kerusakan kromosom, down syndrom, syndrom kromosom fragile X, prader willi syndrom, neurofibromatosis

2. Herediter

Meliputi phenilketonuria, galactosemy, penyakit deposit glikogen

3. Faktor yang didapat

1) Kongenital

Meliputi metabolik pada hipotiroidisme neonatal, toksik, infeksi *Rubella*, *Syphilis*, *Toxoplasmosis*, *herpes simpleks*.

2) Perkembangan

Tahap prenatal meliputi, toxemia, diabetes melitus yang tidak terkontrol, malnutrisi dalam rahim, plasenta previa. Tahap perinatal meliputi asfiksia, penggunaan forcep yang tidak adekuat. Tahap post natal meliputi *ensefalopaty* dari hiperbilirubin, trauma encephalic, infeksi.

3) Faktor lingkungan dan sosio kultural

2.2.3 Pembagian tingkatan IQ

Tabel 2.1 Tingkat IQ menurut Soetomenggolo (2000)

Nama	HI (IQ)	Tingkat	Patokan Sosial	Patokan Pendidikan
Sangat superior	> 130	Tinggi sekali	Bila berguna bagi masyarakat disebut "Zeni"	Terlalu pandai buat sekolah biasa
Superior	110 – 130	Tinggi	("Genious")	Dapat menyelesaikan perguruan tinggi dengan mudah
Normal	86 – 109	Normal	Dapat berfungsi biasa	Dapat menyelesaikan SLA, sedikit kesukaran di perguruan tinggi
Keadaan bodoh, bebal	68 – 85	Taraf perbatasan	Tidak sanggup bersaing dalam mencari nafkah	Beberapa kali tidak naik kelas di SD
Debilitas (keadaan tolol)	52 – 67	Retardasi mental ringan	Dapat mencari nafkah secara sederhana dalam keadaan baik, mengenal bahaya.	Dapat dilatih dan dididik di sekolah khusus
Imbesilitas (keadaan dungu)	36 – 51	Retardasi mental sedang	Dapat mencari nafkah secara sederhana	Tidak dapat didik, dapat dilatih
Imbisil Berat	20 – 35	Retardasi mental Berat	Tidak dapat mencari nafkah	Tidak dapat dididik, tidak dapat dilatih.
Idiosi (keadaan Pandir)	<20	Retardasi mental sangat berat	Tidak dapat mengurus diri sendiri	Tidak dapat dididik, tidak dapat dilatih

2.2.4 Perkembangan retardasi mental

Tabel 2.2 Ciri-ciri Perkembangan Penderita Retardasi Mental menurut Kaplan dan Sadock (2010)

Tingkatan	Usia 0 – 5 th (pematangan dan perkembangan)	Usia 6 – 20 th (pelatihan dan pendidikan)	21 tahun atau lebih kecukupan sosial
RM sangat berat	Retardasi hebat, kapasitas untuk berfungsi didalam area sensori motori kecil, memerlukan asuhan keperawatan , memerlukan bantuan terus menerus dan pengawasan	Terdapat sejumlah perkembangan motorik dapat berespon terhadap pelatihan kemandirian minimal dan terbatas	Terdapat sejumlah perkembangan bicara dan motorik, bisa mencapai perawatan diri yang sangat terbatas, membutuhkan asuhan keperawatan
RM berat	Perkembangan motorik buruk, pembicaraan minimal, umumnya tidak bisa mengambil manfaat dari pelatihan kemandirian, ketrampilan komunikasi sedikit atau tidak ada	Dapat bicara atau belajar berkomunikasi, dapat dilatih kebiasaan kesehatan dasar, bisa mengambil manfaat dari pelatihan kebiasaan yang sistematis, tidak bisa mengambil manfaat dari pelatihan kejuruan	Dapat berpartisipasi sebagian untuk perawatan diri dibawah pengawasan menyeluruh, dapat mengembangka ketrampilan pertahanan diri hingga taraf penggunaan minimal dalam lingkungan yang terpantau
RM sedang	Dapat bicara atau belajar, berkomunikasi, kewaspadaan motorik sedang, bisa mengambil manfaat dari pelatihan kemandirian, dapat ditatalaksana dengan pengawasan sedang	Dapat mengambil manfaat dari pelatihan ketrampilan sosial dan pekerjaan, cenderung tidak dapat mengikuti materi akademik lebih dari kelas 2 SD, dapat belajar bepergian sendiri ke tempat-tempat yang dikenali	Bisa mencapai perawatan diri di dalam pekerjaan tanpa keterampilan atau semiterampil di dalam tempat pernaungan, membutuhkan pengawasan atau petunjuk ketika berada di dalam stres sosial atau ekonomi ringan
RM Ringan	Bisa mengembangkan ketrampilan sosial dan komunikasi, retradasi minimal dalam area sensori motorik, sering tidak dapat dibedakan dengan orang normal sampai usia yang lebih tua	Dapat belajar ketrampilan akademik hingga kelas 6 SD pada akhir usia remaja, dapat diarahkan untuk penyesuaian sosial	Dapat mencapai ketrampilan sosial dan kejuruan yang cukup untuk menyokong diri sendiri secara minimal tetapi membutuhkan petunjuk dan bantuan ketika berada dibawah stres sosial atau ekonomi yang lemah

2.2.5 Pencegahan dan penatalaksanaan

RM sulit disembuhkan karena kerusakan dari sel-sel otak yang tidak mungkin berfungsi kembali secara normal, oleh sebab itu diperlukan pencegahan primer yaitu dengan memberikan perlindungan terhadap penyakit-penyakit yang potensial dapat mengakibatkan RM, misalnya melalui imunisasi, konseling perkawinan, pemeriksaan kehamilan yang rutin, nutrisi yang baik selama kehamilan dan bersalin pada tenaga kesehatan yang berwenang, sehingga dapat membantu menurunkan angka kejadian RM (Soetjiningsih 2000).

Menurut Kaplan dan Sadock (2010), pencegahan dan pengobatan dari RM meliputi :

1. Pencegahan primer

Dilakukan dengan pendidikan kesehatan pada masyarakat, perbaikan keadaan sosial, ekonomi, konseling genetik dan tindakan kedokteran (misalnya, perawatan pranatal yang baik, pertolongan persalinan yang baik, kehamilan pada wanita adolesi dan diatas 40 tahun dikurangi dan pencegahan peradangan otak pada anak-anak).

2. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder meliputi diagnosa dan pengobatan dini peradangan otak, perdarahan subdural, kraniostenosis (sutura tengkorak menutup terlalu cepat, dapat dibuka dengan kraniotomi: pada mikrosefali yang kongenital, operasi tidak menolong).

3. pencegahan tersier

Pencegahan tersier merupakan pendidikan bagi penderita atau latihan khusus, sebaiknya di SLB. Terapi neuroleptika diberikan kepada anak yang mengalami gelisah, hiperaktif atau destruktif.

Konseling pada orang tua dilakukan secara flexibel dan progmatik dengan tujuan membantu dalam mengatasi frustrasi karena mempunyai anak dengan retardasi mental.

2.2.6 Latihan dan pendidikan

1. Pendidikan anak dengan RM secara umum ialah :

- 1) Menggunakan dan mengembangkan kapasitas yang ada.
- 2) Memperbaiki sifat-sifat yang salah atau yang antisosial
- 3) Mengajarkan suatu keahlian agar anak dapat mencari nafkah.

2. Latihan diberikan secara kronologik meliputi :

1) Latihan di rumah

Pelajaran-pelajaran mengenai makan sendiri, berpakaian sendiri, kebersihan badan.

2) Latihan di sekolah

Pelajaran untuk perkembangan sosial.

3) Latihan teknis

Pelajaran diberikan sesuai dengan minat, jenis kelamin dan kedudukan sosial. Anak laki-laki misalnya dengan mengajarkan cara beternak, bertani, pekerjaan administrasi, tukang sepatu, tukang kayu, percetakan, penjahit dan sebagainya. Pada wanita misalnya tukang masak, penjahit, penatu dan sebagainya.

4) Latihan moral

Anak sejak kecil harus diberitahukan tentang baik dan buruk, untuk mengaplikasikannya maka tiap-tiap pelanggaran disiplin perlu disertai dengan hukuman dan tiap perbuatan yang baik perlu disertai hadiah.

2.3 Konsep Kemandirian

2.3.1 Pengertian kemandirian

Menurut Maslow (1994) dalam (Maramis 1998) mengemukakan bahwa kemandirian merupakan salah satu dari tingkat kebutuhan manusia yang disebut sebagai kebutuhan otonomi dan tercantum dalam kebutuhan akan penghargaan. Kemandirian seseorang yang mencapai aktualisasi diri memiliki sifat-sifat khusus pengaktualisasi yang salah satunya yaitu kebutuhan akan privasi dan independensi, dimana orang yang mengaktualisasi diri dalam memenuhi kebutuhannya tidak membutuhkan orang lain.

2.3.2 Ciri-ciri kemandirian

Ciri-ciri mandiri menurut Spencer dan Kass (1970) dalam (Burn & Grove 1991) dan Kartono (2000) mengatakan bahwa ciri-ciri sikap mandiri itu adalah :

1. Mampu mengambil inisiatif
2. Mampu mengatasi masalah
3. Penuh ketekunan
4. Memperoleh kepuasan dari usahanya
5. Berusaha menjalankan sesuatu tanpa bantuan orang lain.

2.3.3 Aspek kemandirian

Aspek-aspek kemandirian diantaranya :

1. Kebebasan,
2. Pengambil keputusan,
3. Kontrol diri,
4. Ketegasan diri atau sikap asertif,
5. Tanggung jawab.

2.3.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian

Ada beberapa yang mempengaruhi perkembangan kemandirian, menurut pendapat para ahli tentang faktor-faktor tersebut antara lain :

1. Intelegensia

Anak dapat dikatakan mempunyai kecerdasan (intelegensia) yang baik jika ia mampu menyelesaikan masalahnya sendiri (Gunarsa 2006).

2. Kebudayaan

Kebudayaan yang berbeda akan menyebabkan perbedaan norma dan nilai-nilai yang berlaku di dalam lingkungan keluarga, sehingga tindak tanduk suku tertentu akan berbeda dengan suku yang lainnya (Sarwono 1997) dalam (Kartono 2000).

3. Pola asuh orang tua

Pola pengasuhan keluarga seperti sikap orang tua, kebiasaan keluarga, dan pandangan keluarga akan mempengaruhi pembentukan kemandirian anak. Keluarga yang membiasakan anak-anaknya diberi kesempatan untuk mandiri sejak dini, akan menumbuhkan kemandirian pada anak-anaknya.

Pola asuh yang baik adalah pola asuh yang memprioritaskan kepentingan anak. Orang tua dengan pola asuh ini bersikap rasional, selalu mendasari tindakannya pada rasio atau pemikiran-pemikiran. Orang tua tipe ini juga bersikap realistis terhadap kemampuan anak, tidak berharap yang berlebihan melampaui kemampuan anak, memberikan kebebasan kepada anak untuk memilih dan melakukan suatu tindakan, serta pendekatan kepada anak bersifat hangat.

Pola asuh kurang adalah pola asuh yang cenderung menetapkan standart yang mutlak harus dituruti, biasanya dibarengi dengan ancaman-ancaman. Orang tua tipe ini cenderung memaksa, memerintah, menghukum. Apabila anak tidak mau melakukan apa yang dikatakan oleh orang tua, maka orang tua tipe ini tidak segan menghukum anak. Orang tua tipe ini juga tidak mengenal kompromi tidak memerlukan umpan balik dari anaknya untuk mengerti mengenai anaknya dan didalam komunikasi biasanya bersifat satu arah.

4. Tingkat pendidikan orang tua

Orang yang paling dekat dan sering berhabungan dengan anak dalam keluarga adalah ibu, sehingga sikap ibu merupakan faktor yang penting dalam perkembangan anak. Tingkat pendidikan ibu akan mempengaruhi sikap dan tingkah lakunya dalam menghadapi anak-anaknya artinya ibu yang berpendidikan akan bersikap lebih baik.

5. Usia

Kemandirian dapat dilihat sejak individu masih kecil, dan akan terus berkembang sehingga akhirnya akan menjadi sifat-sifat yang relative menetap pada masa remaja.

6. Jumlah anak dalam keluarga.

Keluarga yang mempengaruhi kemungkinan paling besar untuk memperlakukan anak secara demokrasi adalah keluarga kecil. Anak didorong untuk berprestasi dan memegang peran yang dipilihnya sendiri

2.3.5 Kemampuan fungsional

Kemampuan fungsional adalah suatu ukuran kemampuan individu untuk melakukan ADL secara mandiri (Lueckenotte 1997)

2.3.6 Sistem penilaian dalam pemeriksaan kemampuan fungsional

1. Indeks Katz

Indeks Katz untuk mengukur aktivitas fungsional yang mencakup 6 kemampuan aktivitas yaitu mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah, mengontrol defekasi, serta makan

Tabel 2.3 Penilaian Kemampuan Fungsional Berdasarkan *Indeks Katz* (Pudjiastuti 2003)

Mandi () Dapat mengerjakan sendiri	() Sebagian/pada bagian tertentu dibantu	() Sebagian besar seluruhnya dibantu
Berpakaian () Seluruhnya tanpa bantuan	() Dapat mengerjakan sendiri, kecuali mengikat sepatu	() Seluruhnya dengan bantuan
Pergi ke toilet () Dapat pergi ke WC dan dapat mengerjakan sendiri	() Dapat pergi ke WC tetapi memerlukan bantuan	() Tidak dapat pergi ke WC
Berpindah () Tanpa bantuan	() Dapat melakukan dengan bantuan	() Tidak dapat melakukan
Defekasi dan Berkemih () Dapat mengontrol	() Kadang-kadang mengompol, defekasi ditempat tidur	() Dibantu seluruhnya
Makan () Dapat melakukan	() Dapat makan sendiri kecuali hal-hal tertentu	() Seluruhnya dibantu

Skala penilaian adalah nilai 3 (dapat melakukan tanpa bantuan), 2 (dapat melakukan dengan bantuan ringan), dan nilai 1 (bantuan total).

Keterangan :

- A : mandiri, untuk 6 fungsi
- B : mandiri, untuk 5 fungsi
- C : mandiri, kecuali untuk mandi dan satu fungsi lain
- D : mandiri, kecuali untuk mandi, berpakaian dan satu fungsi lain
- E : mandiri, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet dan satu fungsi lain
- F : mandiri, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah dan satu fungsi lain
- G : tergantung pada 6 fungsi

2.4 Konsep Modifikasi Perilaku

2.4.1 Definisi modifikasi perilaku

Miltenberger, R (2008) mendefinisikan modifikasi perilaku sebagai aplikasi yang sistematis dari prinsip kondisioning untuk peningkatan perilaku manusia (mengurangi perilaku maladaptif dan memperkuat perilaku adaptif).

2.4.2 Karakteristik modifikasi perilaku

Martin & Pear (2003) mengungkapkan 5 karakteristik dari modifikasi perilaku

1. Penekanan yang kuat dalam mendefinisikan perilaku (pada *term behavior*) yang dapat diukur dengan berbagai cara, dan menggunakan perubahan pada pengukuran perilaku sebagai indikator terbaik dimana masalah akan diselesaikan atau dibantu
2. Prosedur dan teknik treatment adalah cara untuk mengubah lingkungan individu
3. Metode dan alasan dapat dideskripsikan dengan tepat
4. Teknik modifikasi perilaku dapat diaplikasikan oleh individu dalam kehidupan sehari-hari
5. Teknik ini berakar dari penelitian terapan dalam psikologi belajar secara umum dan prinsip *Operant* dan *Classical Conditioning (Pavlovian)* secara khusus.

2.4.3 Tujuan modifikasi perilaku

Miltenberger, R (2008) menjelaskan bahwa tujuan modifikasi perilaku adalah membuat perubahan pada diri klien untuk jangka waktu yang lama, selain itu modifikasi perilaku juga diharapkan dapat membuat perubahan yang menetap setelah program selesai dilaksanakan dan menghilangkan ketergantungan yang ada selama program.

2.5 Aplikasi Modifikasi Perilaku

2.5.1 Konsep *shaping*

Shaping adalah mengajarkan suatu perilaku melalui tahap-tahap pembentukan yang semakin mendekati (*successive approximation*) respon yang dituju yaitu perilaku target (Handojo 2003). *Shaping* bertujuan untuk mengembangkan perilaku baru melalui pemberian *reinforcement* secara berurutan terhadap perilaku yang mendekati perilaku akhir atau perilaku target dan menghilangkan perilaku sebelumnya. Prinsip *reinforcement* mengacu pada meningkatnya frekuensi dari suatu respon bila respon tersebut segera diikuti dengan konsekuensi tertentu (Martin & Pear 2003).

2.5.2 Konsep *fading*

fading adalah prosedur untuk menghilangkan perilaku secara perlahan munculnya berbagai respon yang tidak dikehendaki, dan dilakukan bersamaan dengan menguatkan suatu respon alternatif yang lebih diinginkan dan bernilai positif. *Fading* adalah mengarahkan anak ke perilaku target dengan bantuan penuh dan makin lama bantuan semakin dikurangi secara bertahap sampai akhirnya anak dapat mandiri tanpa suatu bantuan. *Prompt* adalah bantuan atau arahan yang diberikan kepada anak apabila anak tidak memberikan respon terhadap instruksi. *Prompt* dapat dilakukan dengan berbagai cara, misalnya dengan menunjuk, dengan gerak tubuh, pandangan mata dan cara verbal (Handojo 2003).

2.5.3 Konsep *chaining*

1. Pengertian *chaining*

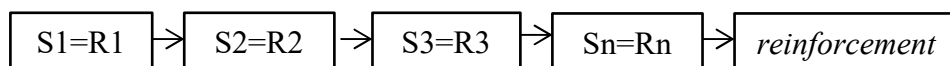
Chaining merupakan salah satu teknik perilaku dengan mengajarkan sesuatu yang kompleks, kemudian dipecah menjadi aktivitas-aktivitas kecil dan disusun menjadi suatu rangkaian atau untaian secara berurutan (Handoyo 2003). Prosedur *chaining* sangat sesuai untuk meningkatkan keahlian yang berkaitan dengan perawatan diri, karena *chaining* adalah salah satu bagian dari *operant conditioning* dimana perilaku diajarkan berdasarkan urutan yang tetap dengan menggunakan prinsip *learning* dengan pemberian *reinforcement*, *punishment* dan *extinction* (Martin & Pear 2003). Terapi *chaining* merupakan kegiatan yang fleksibel dan dilakukan secara teratur namun memiliki karakteristik (waktu dan lokasi) yang bervariasi (Primerano, F et al. 2008).

2. Stimulus - response *chaining*

Menurut Miltenberger, R (2008), *stimulus-response chaining* ada 3

1) *Total task presentation*

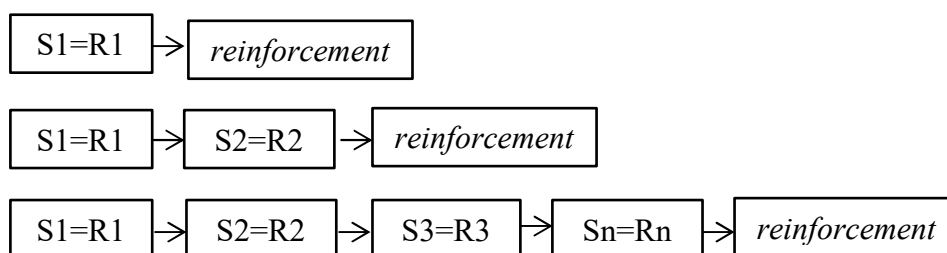
Klien mencoba semua langkah *chain* (rantai) dari awal hingga akhir pada setiap *trial* dan dianjurkan dengan tugas secara keseluruhan yang dicobakan sampai setiap langkah dalam rantai dikuasai.



Gambar 2.1 Skema *Total Task Presentation*

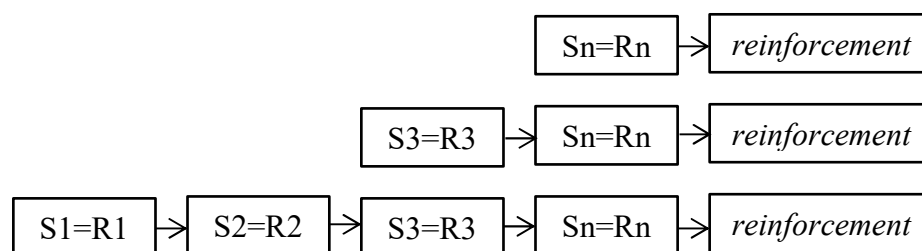
2) *Forward chaining*

Langkah awal pada urutan diajarkan pertama kali, kemudian diajarkan langkah ke-2. Langkah ke-2 ini dihubungkan dengan langkah pertama dan seterusnya sampai seluruh langkah dikuasai.

Gambar 2.2 Skema *Forward Chaining*3) *Backward chaining*

Metode ini mengkonstruksi *chain* secara bertahap dalam urutan terbalik dari yang biasa ditampilkan. Langkah terakhir dilakukan pertama kali, kemudian langkah kedua sebelum terakhir diajarkan dan dihubungkan dengan langkah terakhir, kemudian langkah ke-3 sebelum terakhir diajarkan dan dihubungkan dengan 2 langkah terakhir dan seterusnya.

Backward Chaining telah digunakan untuk beberapa program termasuk mengajarkan berbagai cara berpakaian, mandi, bertingkah laku, dan perilaku verbal bagi individu yang *disabled*.

Gambar 2.3 Skema *Backward Chaining***3. Efektivitas *chaining***

Miltenberger, R (2008) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi efektivitas *chaining*

- 1) Melakukan analisis terhadap tugas: mengidentifikasi komponen dari urutan tingkah laku yang akan dipecah dalam bentuk komponen-komponen kecil dan urutan komponen harus diperhatikan. Komponen ini bisa dibagi lagi ke dalam sub komponen. Proses pembagian tugas menjadi komponen lebih kecil disebut dengan analisa tugas. Pemilihan langkah-langkah dalam *chaining* atau komponen sangat subyektif. Diharapkan komponen yang diberikan cukup mudah dipelajari dan tidak menimbulkan kesulitan dalam pelaksanaan.
- 2) Mempertimbangkan strategi untuk penggunaan bantuan (*prompt*) secara independen. Sebagian besar dari klien dapat menggunakan bantuan untuk menguasai tugas dari *chain* perilaku. Salah satu bentuk *prompt* lain yang bisa digunakan adalah *self instructions*.
- 3) Melakukan *Preliminary Modeling Trial*. Klien diminta untuk menampilkan urutan respon, beri contoh keseluruhan urutan tugas yang diinginkan dengan kata-kata sambil mendeskripsikan perilaku pada setiap tahapan
- 4) Memulai pelatihan perilaku (*chain behavior*). Tahap ini dimulai dengan meminta klien untuk bekerja dan menyelesaikan satu tahapan tugas yang telah ditentukan.
- 5) Menggunakan banyak penguat sosial dan penguat lain. Setiap tahapan tugas yang berhasil dikerjakan harus diberi *positive reinforcement*, bisa berupa pujian sesegera mungkin. Seiring kemajuan klien dalam menguasai tahapan-tahapan tugas, pujian (sebagai penguat positif) bisa dikurangi secara bertahap.

2.5.4 Operant conditioning

Prinsip yang dilakukan dalam modifikasi perilaku salah satunya adalah prinsip *operant conditioning* yaitu pembelajaran dimana perilaku dirubah dengan

mangatur urutan-urutan yang menyusun perilaku (Miltenberger,R 2008). *Operant conditioning* menggunakan prinsip-prinsip *learning* dengan pemberian *reinforcement*, *punishment*, dan *extinction*. Selain dengan prinsip tersebut, untuk membentuk tingkah laku baru yang bersifat urutan dalam berbagai langkah maka dilakukan teknik *stimulus-response chaining*.

Stimulus-response chaining adalah urutan *discriminative stimuli* dan respon, dimana setiap respon kecuali respon terakhir akan menghasilkan *discriminative stimuli* untuk respon berikutnya, dan respon yang terakhir diikuti dengan pemberian *reinforcer* (Martin & Pear 2003).

1. *Reinforcement*

Reinforcement adalah konsekuensi yang diberikan setelah perilaku, dimana *reinforcement* ini akan memungkinkan perilaku itu untuk terulang pada kondisi yang sama. *Reinforcement* positif berbentuk pujian dan pelukan (Maulana, M 2008). Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku tertentu apabila diberikan *reinforcement*, maka akan dilakukan lebih sering dan apabila tidak diberikan imbalan, maka perilaku tersebut akan semakin jarang dilakukan dan akhirnya berhenti. Pemberian *reinforcement* berubah setiap waktu dan berbeda tiap anak. Imbalan kepada anak retardasi mental harus nyata (*tangible*) dan sesegera mungkin (*instant*) (Handojo 2003).

Jadwal pemberian *reinforcement* :

- 1) Pemberian penguatan berdasarkan jumlah respon (ratio) dan pemberian penguatan berdasarkan selang waktu (interval).
- 2) Pemberian penguatan dilakukan secara teratur (fixed/regular) atau tidak teratur (variabel/irregular)

2. *Punishment*

Teori modifikasi perilaku mengartikan *punishment* sebagai sebuah teknik yang memiliki maksud spesifik. *Punishment* menunjuk sebuah proses dimana konsekuensi dari sebuah tingkah laku dapat menghasilkan penurunan kejadian tingkah laku dikemudian hari (Martin & Pear 2003).

Faktor-faktor yang mempengaruhi *punishment*

1) *Immediacy/Kesegeraan*

Waktu antara munculnya perilaku dan konsekuensi yang menguatkan merupakan faktor yang penting. *Punishment* harus diberikan setelah tingkah laku muncul untuk menghasilkan konsekuensi yang lebih efektif.

2) *Contingency*

Pemberian respon secara konsisten akan menghasilkan konsekuensi yang lebih efektif. *Punishment* akan lebih efektif jika *punishment* tersebut dipasangkan secara konsisten.

3) *Establishing Operations*

Establishing Operations merupakan kejadian yang mengubah nilai sebuah stimulus menjadi sebuah penguat.

4) *Individual Differences/Perbedaan Individual dan Magnitude/Kwantitas dari Punisher*

Keefektivan pemberian *punisher* (penghukum) akan berbeda pada setiap individu. Keefektivan *punisher* juga di tentukan oleh kwantitas *punishernya*.

3. *Extinction*

Extinction adalah hilangnya respons. Tingkah laku yang telah mengalami penguatan, pada beberapa saat/periode waktu tidak lagi diperkuat, sehingga, tingkah laku tersebut berhenti. *Extinction* terjadi saat:

- 1) Sebuah tingkah laku sebelumnya telah diperkuat.
- 2) Tidak mengakibatkan penguatan konsekwensi.

Extinction burst adalah peningkatan pada frekuensi, durasi, atau intensitas dari tingkah laku yang tidak diperkuat selama proses *extinction*. *Extinction burst* yang melibatkan suatu peningkatan di dalam perilaku yang tidak diperkuat pada suatu periode waktu yang cepat, merupakan suatu reaksi alami untuk penghentian penguatan (Maulana, M 2008).

Faktor-faktor yang mempebgaruhi *extinction*

- 1) Jadwal penguatan sebelum *extinction*

Jadwal penguatan ikut menentukan apakah hasil *extinction* akan menurunkan tingkah laku secara cepat atau perlahan-lahan. Pada pemberian/penjadwalan *reinforcement* yang kontinyu, setiap saat target perilaku tercapai maka *reinforcement* diberikan, sedangkan dalam penjadwalan pemberian *reinforcement* yang *intermittent* (berselang-seling), tidak setiap kali perilaku target tercapai maka akan diberi penguatan. Tingkah laku secara kontinyu diperkuat (dengan penjadwalan *reinforcement* yang kontinyu), maka tingkah laku tersebut akan menurun secara cepat saat *reinforcement*/penguat dihentikan, sedangkan tingkah laku diperkuat dengan penjadwalan yang berselang-seling, maka tingkah laku tersebut akan menurun lebih perlahan saat *reinforcement*/penguat dihentikan.

2) Kejadian penguatan setelah *extinction*

Reinforcement/penguatan yang muncul saat proses *extinction*, mengakibatkan penurunan tingkah laku menjadi lama dan sulit, Hal ini karena penguatan dari tingkah laku, saat *extinction* telah dimulai, sejumlah *intermittent reinforcement*, menjadikan tingkah laku menjadi lebih resisten untuk *extinction*.

Wawan dan Dewi (2010), menyatakan bahwa pembentukan jenis respon dan perilaku membutuhkan suatu kondisi yang disebut operant conditioning. Prosedur pembentukan perilaku dalam *operant conditioning* menurut Skinner adalah sebagai berikut

1. Melakukan identifikasi tentang penguat atau reinforcer berupa hadiah atau reward bagi perilaku yang akan dibentu
2. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud
3. Dengan menggunakan secara urut komponen-komponen tersebut sebagai tujuan sementara, mengidentifikasi reinforcer dan hadiah untuk masing-masing komponen tersebut
4. Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun. Apabila komponen pertama telah dilakukan maka diberikan reaward

2.6 Teknik *Chaining* terhadap Kemandirian *Self Care* Makan

Pola makan dan kebiasaan makan setiap anak berbeda. Perbedaan ini antara lain disebabkan karena adanya perbedaan tempat tinggal, ketersediaan makanan, keadaan kesehatan anak, selera makan, kemampuan daya beli dan kebiasaan hidup. Teori psikoanalisa menyatakan bahwa pengalaman makan pada anak terkait erat dengan pemuasan di daerah oral (mulut), tercapainya pemuasan dalam mulut ini ikut berpengaruh terhadap pembentukan kepribadian anak dengan demikian gangguan dalam hal makan dapat mengganggu pemuasan oral dan kepribadian anak. Anak dengan retardasi mental mengalami hambatan dalam pemenuhan kebutuhan makan secara mandiri oleh sebab itu harus ada pembelajaran untuk mengatasi hambatan tersebut (Maulana, M 2008).

Chaining merupakan teknik yang dapat digunakan untuk membantu anak yang mengalami ketidakmampuan belajar dengan membentuk kompleks seri perilaku. Gagasannya berupa memberi penguatan setiap tahap proses sehingga membentuk ikatan positif diseluruh rantai tindakan, terdapat dua bentuk yaitu backward dan forward. *Forward chaining* berarti menganalisa satu perilaku seperti saat makan dimulai dengan mengambil alat makan, duduk ditempat yang sesuai, menggunakan sendok, menyendok nasi yang ada di piring, memotong lauk, menghabiskan makanan dipiring dengan sendok dan garpu tanpa tumpah dan merapikan alat makan. Anak yang berhasil menyelesaikan setiap tahapan, akan memperoleh penghargaan. *Backward chaining* dimulai dari akhir rantai perilaku kompleks dan pemberian penghargaan untuk membentuk hubungan dengan tahapan sebelumnya. Dengan demikian saat mengajarkan cara makan, perawat dapat mulai dengan mendorong anak tersebut melakukan langkah terakhir.

Keuntungan pendekatan dengan teknik *chaining* yaitu tujuan keseluruhan biasanya berupa penghargaan yang kuat dan tampak dari keberhasilan dari awal hingga akhir (Brooker, Chris 2009).

Modifikasi perilaku dengan teknik *chaining* dapat berfungsi untuk meningkatkan kemampuan bantu diri atau bina diri dalam hal psikomotor sehingga terjadi suatu proses perubahan perilaku dan meningkatkan kemampuan yang diperlukan bagi setiap individu dalam hal yang bersifat *privacy* dan *self care*, sehingga mampu dikerjakan sendiri tanpa bantuan orang lain seperti makan, minum, toileting, menggosok gigi dapat dikerjakan secara terus menerus sampai anak benar-benar menguasainya (Hadjono 2003).

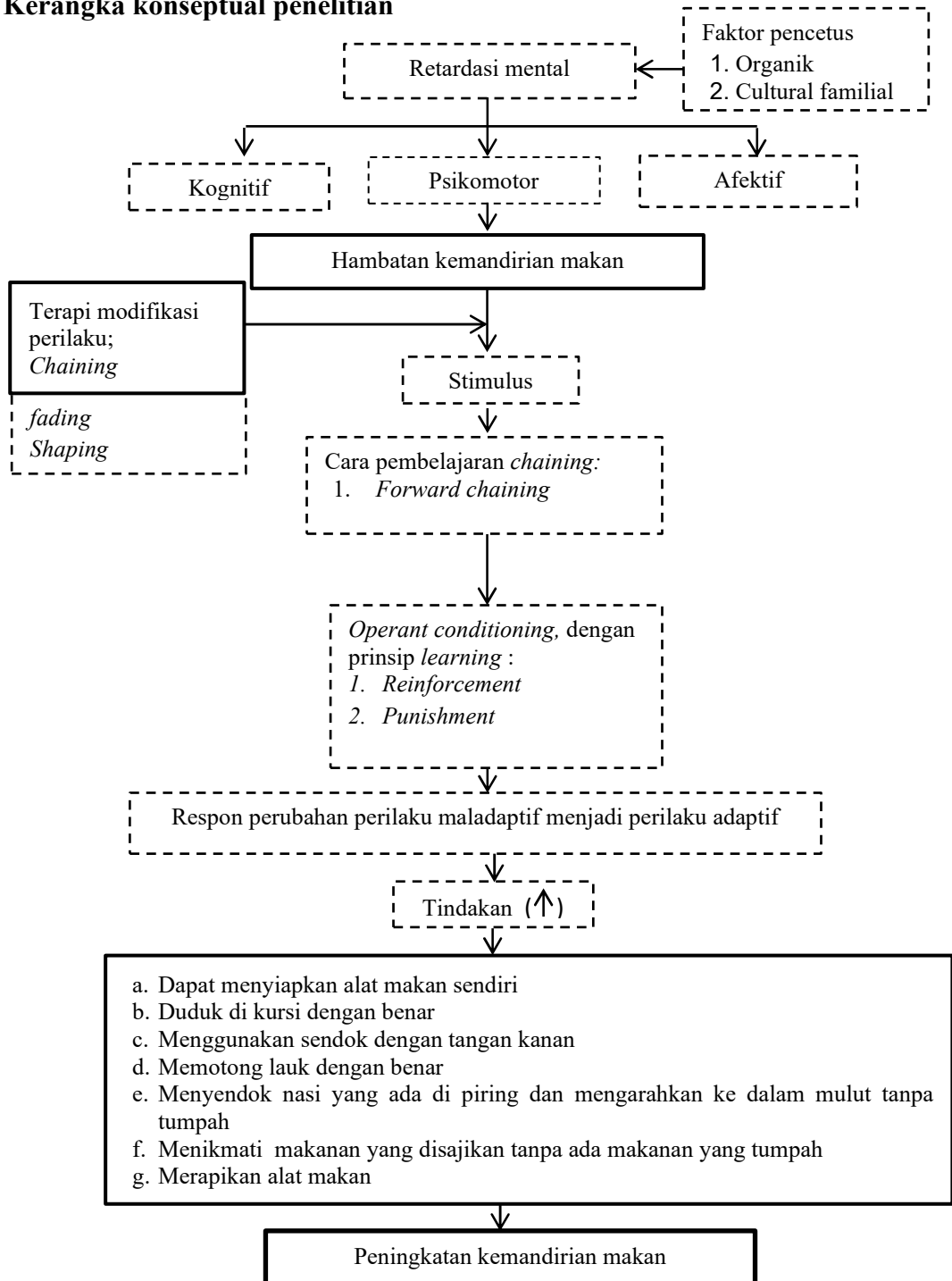
Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk mengajarkan kemandirian untuk makan menurut Hadjono (2003), meliputi

1. Membantu anak untuk menyiapkan alat makan secara mandiri
2. Menyuruh anak duduk di kursi (kursi makan) dan meletakkan makanan yang merupakan kesukaannya
3. Mengajarkan memegang sendok pada tangan kanan anak dan pimpin dengan tangan anda ke arah makanan tersebut
4. Mengajarkan untuk membenamkan sendok tersebut ke dalam makan secara lembut dan arahkan ke mulut
5. Memberikan reward
6. Mengajarkan anak untuk menghabiskan makanan tanpa ada makanan yang tumpah
7. Mengajarkan anak untuk merapikan dan membersihkan alat-alat makan yang digunakan.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka konseptual penelitian



Keterangan:

- Tidak diteliti
- Diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh teknik *chaining* terhadap kemandirian makan pada anak RM dengan teori Modifikasi Perilaku

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan mekanisme pengaruh teknik *chaining* terhadap kemandirian makan pada anak RM. Faktor pencetus terjadinya RM antara lain karena faktor organik yang mencakup masalah genetik, seperti abnormalitas kromosom, kondisi *single-genes* dan pengaruh neurobiologis, selain itu juga disebabkan karena *cultural familial* mencakup masalah sosial ekonomi orang tua dan intelegensi (Gunarsa 2006). RM menyebabkan berbagai hambatan dalam tumbuh kembang seorang anak diantaranya mengakibatkan kelemahan dalam hal kognitif, afektif dan psikomotor. Hambatan kemandirian dalam psikomotor meliputi mandi, berpakaian, toileting, makan, defekasi dan berkemih. Penelitian ini, berfokus pada *self care* dalam hal makan. Penatalaksanaan untuk mengatasi defisit perawatan diri makan, dilakukan pengelolaan untuk mengatasinya dengan teknik *chaining*, yaitu mengajarkan suatu perilaku yang kompleks kemudian dipecah menjadi aktivitas-aktivitas kecil dan disusun menjadi suatu rangkaian secara berurutan dalam hal makan dengan menggunakan pendekatan teori modifikasi perilaku, diantaranya dengan melakukan tindakan langsung kepada klien, memodifikasi lingkungan, memberikan dukungan fisik dan psikis, memberikan bimbingan dan pengajaran (Asmadi 2008). Teknik *chaining* tersebut memberikan suatu stimulus kepada klien dengan cara *total task presentation*, *foward chaining* dan *backward chaining*, melalui proses *operant conditioning* dengan prinsip *learning* dan anak akan mendapatkan *reinforcement* dan *punishment* atas perilaku yang dikerjakan. Dengan proses pembelajaran tersebut diharapkan akan terjadi suatu respon perubahan perilaku maladaptif menjadi adaptif, sehingga terjadi peningkatan tindakan kearah yang lebih baik. Respon perubahan perilaku

kemandirian makan yang diharapkan pada anak RM meliputi peningkatan kemampuan anak untuk menyiapkan alat makan sendiri, duduk di kursi dengan benar, menggunakan sendok dengan tangan kanan, memotong lauk dengan benar, menyendok nasi yang ada di piring dan mengarahkan ke dalam mulut tanpa tumpah, menikmati makanan yang disajikan tanpa ada makanan yang tumpah, dan merapikan alat makan. Hasil akhir yang diharapkan dalam terapi ini adalah peningkatan kemandirian dalam perawatan diri (makan) pada anak RM.

3.2 Hipotesis

Teknik *chaining* dapat meningkatkan kemandirian makan pada anak RM di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya

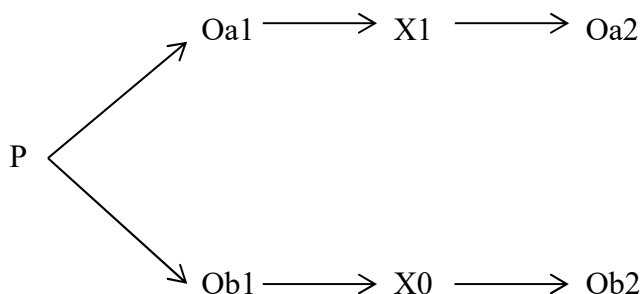
BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti pada seluruh proses penelitian (Nursalam, 2008).

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan desain penelitian eksperimen semu (*Quasy Experiment*) karena terdapat variabel luar yang tidak dapat dikontrol. Quasi experiment yaitu desain penelitian yang membandingkan 2 kelompok, dimana kelompok yang satu diberi perlakuan sedangkan kelompok yang lain tidak (kelompok kontrol). Penelitian ini diawali dengan *pretest* untuk mengetahui tingkat kemandirian makan menggunakan sendok pada anak retardasi mental dan setelah pemberian perlakuan dilakukan pengukuran kembali (*post-test*) untuk mengetahui peningkatan kemandirian makan menggunakan sendok. Rancangan penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh Teknik *chaining* terhadap kemandirian makan pada anak retardasi mental di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya.



Gambar 4.1 Skema Rancangan Penelitian *quasy eksperimental*

Keterangan:

- P : Anak RM yang mengalami gangguan kemandirian makan
- Oa1 : Observasi kemandirian makan sebelum perlakuan teknik *chaining* pada kelompok perlakuan
- Ob1 : Observasi (*pre-test*) kemandirian makan pada kelompok kontrol
- X1 : Perlakuan dengan teknik *chaining*
- X0 : Tidak diberikan perlakuan teknik *chaining*
- Oa2 : Observasi kemandirian makan setelah perlakuan teknik *chaining* pada kelompok perlakuan
- Ob2 : Observasi (*post-test*) pada kelompok kontrol yang tidak diberikan teknik *chaining*

4.2 Populasi, Sampel, Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri dari obyek atau subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditentukan oleh peneliti (Ruslan, R 2006). Populasi dibagi menjadi dua yaitu populasi target dan populasi terjangkau. Populasi terget merupakan populasi yang memenuhi kriteria sampling dan menjadi sasaran akhir penelitian (Nursalam 2008). Populasi terget dalam penelitian ini adalah anak RM ringan yang mengalami hambatan kemandirian dalam *self care* (makan). Populasi terjangkau merupakan populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan dapat dijangkau oleh peneliti (Nursalam 2008). Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah semua anak RM yang

mengalami hambatan kemandirian dalam *self care* (makan) di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya yaitu sebanyak 17 anak.

4.2.2 Sampel

Besar sampel dihitung dengan rumus

Sampel pada penelitian ini diambil dengan rumus

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d(N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{17 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 (17 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{17 \cdot (3,8416) \cdot 0,25}{(0,0025) \cdot (16) + (3,8416) \cdot (0,25)}$$

$$n = \frac{16,3268}{1,0004}$$

$$n = 16,32$$

$$n = 16$$

Keterangan :

n : Perkiraan jumlah sample

N : Perkiraan jumlah populasi

Z : Nilai standart normal 1,96

p : Perkiraan proporsi (0,5)

q : 1-p (100%-p) / 0,5

d. : Tingkat kesalahan (d=0,05)

Penelitian ini menggunakan 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan (kontrol), dimana pada kelompok perlakuan terdapat 8 orang (subyek penelitian) dan pada kelompok kontrol juga terdapat 8 orang (subyek penelitian)

4.2.3 Teknik sampling

Menurut Grove yang dikutip Nursalam (2008) *sampling* adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi.

Dalam penelitian ini menggunakan metode “*non probability sampling*” dengan teknik “*purposive sampling*” yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/ masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Hidayat, A 2007).

Subyek yang akan diikutsertakan dalam penelitian ini adalah semua anak RM yang mengalami hambatan kemandirian makan di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya yang terpilih secara *purposive sampling* dan memenuhi kriteria inklusi sampel.

Kriteria inklusi

1. Anak RM ringan

Kriteria eksklusi

1. Anak RM yang dalam keadaan sakit
2. Anak RM yang tidak kooperatif
3. Anak RM dengan kecacatan tubuh

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel independen

Variabel bebas adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungan atau pengaruhnya terhadap variabel lain (Nursalam 2008). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah teknik *chaining*.

4.3.2 Variabel dependen

Variabel tergantung adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam 2008). Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah kemandirian makan

4.4 Instrumen dan Bahan Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa observasi terstruktur untuk mengetahui tingkat kemandirian makan pada anak retardasi mental. Pengamatan terdiri atas 7 topik pengamatan (Hadjono 2003). Observasi terhadap tindakan dibagi menjadi tindakan makan secara mandiri skor 3, bantuan ringan skor 2, dan bantuan penuh skor 1. Skor maksimal 21 dan skor minimal 7 (Pudjiastuti 2003).

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember 2011, di Ponsos Tuna Grahitia Kalijudan Surabaya, sebanyak 6 kali pertemuan yang dilakukan setiap dua hari sekali pada jam makan pagi, selama 20 menit tiap kali pertemuan.

4.6 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi operasional pengaruh teknik *chaining* terhadap kemandirian makan pada anak retardai mental

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Independen: teknik <i>chaining</i>	Salah satu teknik untuk mengajarkan kemandirian anak dalam hal makan secara bertahap dan berurutan, dengan pemberian reward pada saat tahapan tindakan berhasil dilakukan.	Menggunakan modifikasi perilaku dengan teknik mengajarkan sesuatu yang kompleks, yang dipecah, menjadi komponen kecil secara bertahap dan berurutan, untuk pelatihan kemandirian dalam hal makan menggunakan sendok. Pelatihan dilakukan setiap 2 hari sekali selama 20 menit, Pelatihan ini diulang sebanyak 6 kali dengan interval waktu yang sama yaitu 20 menit setiap kali pertemuan	SAP		
Dependen: kemandirian makan	Keadaan anak retardasi mental yang dapat memenuhi kebutuhannya sendiri tanpa bergantung pada orang lain untuk memenuhi kebutuhan dalam hal makan menggunakan sendok	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat menyiapkan alat makan sendiri 2. Duduk di kursi yang sesuai dengan benar 3. Menggunakan sendok dengan tangan kanan 4. Memotong lauk dengan benar 5. Menyendok nasi yang ada di piring dan mengarahkan ke dalam mulut tanpa tumpah 6. Menghabiskan makanan yang disajikan tanpa ada makanan yang tumpah 7. Merapikan alat makan 	Observasi terstruktur	Ordinal	Kriteria: Baik : nilai 76%-100% Cukup : nilai 56%-75% Kurang : < 56% (Notoatmojo,S 2007) Tindakan dengan bantuan penuh skor 1 Tindakan dengan bantuan ringan skor 2 Tindakan mandiri skor 3

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

4.7.1 Persiapan alat dan bahan

Persiapan alat dan bahan yang dibutuhkan adalah sebagai berikut: persiapan alat- alat makan seperti sendok, piring, dan makanan.

4.7.2 Teknik pengumpulan data

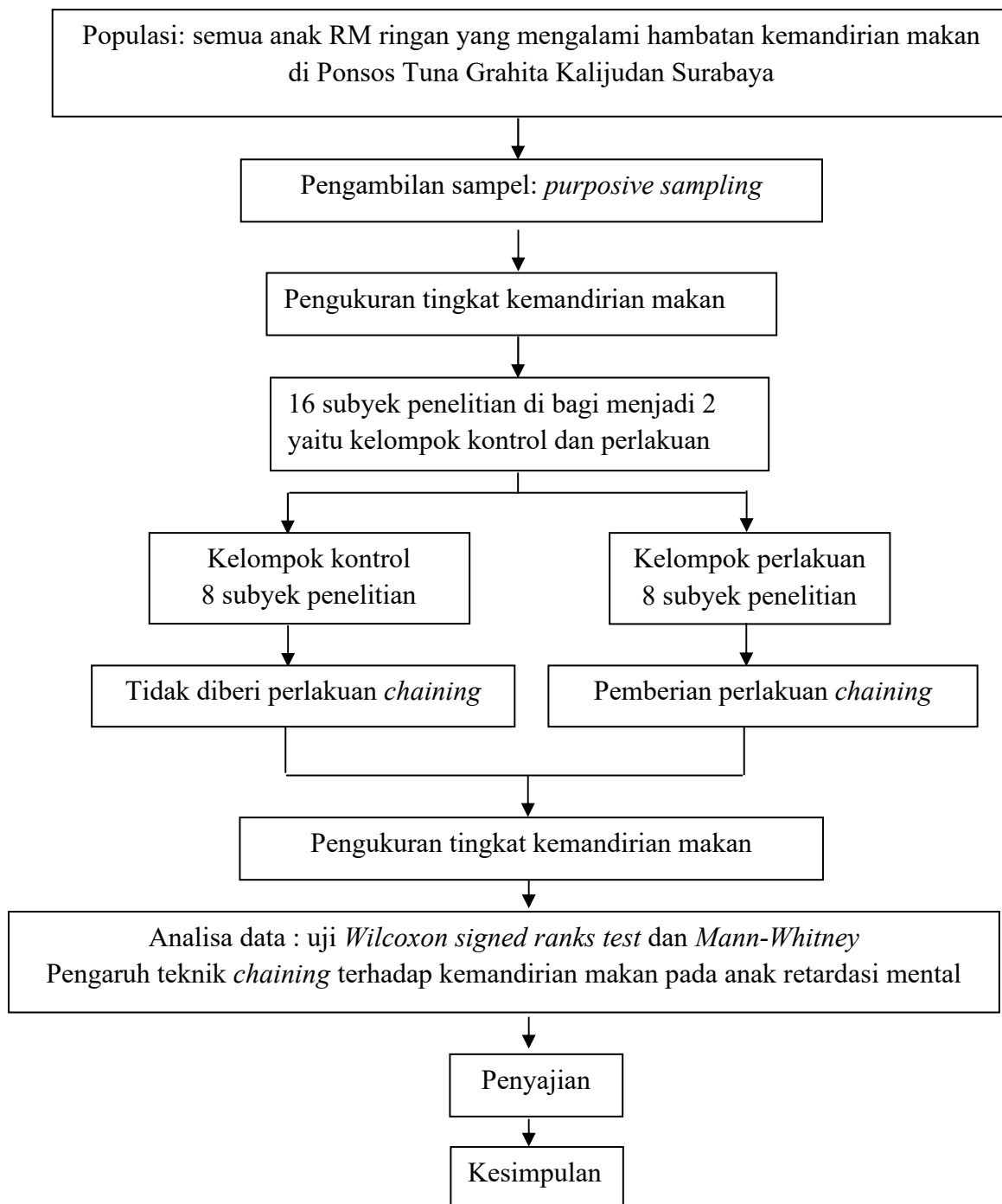
Usaha untuk memperoleh data-data yang diperlukan dalam penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data dengan observasi terstruktur secara *ceklist*. Bentuk observasi digunakan untuk mengetahui tingkat kemandirian makan pada anak RM.

Adapun langkah-langkah pengumpulan data adalah sebagai berikut:

1. Peneliti menyerahkan surat ijin untuk melakukan penelitian dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga ke Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya.
2. Sebelum pelaksanaan tindakan, dilakukan pembentukan tim terdiri dari 3 anggota yaitu Diah, Jehan Eka dan Metia Ariyanti, dengan syarat mahasiswa keperawatan yang telah mendapat meteri kuliah keperawatan jiwa dan memiliki persepsi yang sama tentang terapi *chaining* yang akan dilakukan pada anak RM di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya.
3. Melakukan pembelajaran dan latihan tentang pelaksanaan teknik *chaining* kepada anggota tim untuk menyamakan persepsi terhadap tindakan yang akan dilakukan sebanyak 2 kali pertemuan.
4. Mengidentifikasi responden yang memenuhi kriteria peneliti dengan teknik pengambilan sampel secara *purposive sampling*.

5. Persetujuan dan penandatanganan *inform consent* dari responden yang terpilih dilakukan oleh pendamping anak di ponsos tersebut.
6. Melakukan *pre-test* terhadap tingkat kemandirian makan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan menggunakan observasi terstruktur.
7. Responden akan dikelompokkan menjadi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan mempertimbangkan faktor keserasian (*matching*) meliputi jenis kelamin, lama tinggal di ponsos dan tingkat keaktifan anak dari kedua kelompok subyek penelitian tersebut.
8. Memberikan perlakuan teknik *chaining* untuk mengajarkan makan menggunakan sendok secara mandiri, dilakukan setiap dua hari sekali sebanyak 6 kali pertemuan dalam waktu 20 menit saat makan pagi secara individu kepada kelompok perlakuan di ruang makan Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya. Dengan jumlah pendamping sebanyak 4 orang (1 ketua dan 3 anggota tim), maka setiap 1 orang mendampingi 2 anak dalam pelatihan makan. Sehingga pengajaran ini dapat diselesaikan dalam waktu \pm 40 menit.
9. Jadwal makan pagi untuk kelompok perlakuan dimulai jam 7.15-7.55 WIB, sedangkan pada kelompok kontrol seperti makan pagi biasanya yaitu jam 06.45 WIB
10. Mengukur tingkat kemandirian akhir (*post-test*) pada kelompok perlakuan dan kontrol dengan menggunakan observasi terstruktur setelah 6 kali pendampingan.

4.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Pengaruh Teknik *chaining* terhadap Kemandirian Makan pada anak RM

4.9 Analisa Data

Setelah lembar observasi terstruktur diisi oleh peneliti sesuai dengan kondisi anak, dihitung nilai skor masing-masing subyek penelitian baik *pre-test* maupun *post-test*. Dari penghitungan tersebut subyek penelitian dapat dikategorikan termasuk kemandirian yang baik (nilai 76%-100%), cukup (nilai 56%-75%), dan kurang (nilai < 55%) (Notoatmojo, S 2007).

Teknik analisa data dilakukan setelah data terkumpul, dimana dari pengukuran awal dan akhir tingkat kemandirian makan kedua kelompok subyek penelitian akan didapatkan data pasangan tingkat kemandirian makan dari kedua kelompok subyek. Dari data tersebut kemudian dilakukan perhitungan statistik dengan uji *Wilcoxon signed ranks test* untuk mengetahui perbedaan diantara dua buah sampel berpasangan dan metode statistik *Mann-Whitney* untuk mengetahui perbedaan diantara dua buah kelompok yang tidak berpasangan, dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$ (Dahlan, 2004). Uji statistik ini menggunakan bantuan SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) Versi 17.

4.10 Etika Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan subjek penelitian adalah anak RM, maka peneliti harus memahami dan melaksanakan prinsip-prinsip etika penelitian supaya tidak melanggar hak-hak (otonomi) manusia sebagai anak. Prinsip-prinsip etika penelitian dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Prinsip manfaat

1) Bebas dari penderitaan

Penelitian dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek.

2) Bebas dari eksploitasi

Partisipasi subjek dalam penelitian, harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subjek harus diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang bisa merugikan subjek dalam bentuk apapun.

3) Resiko

Peneliti harus secara hati-hati mempertimbangkan resiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia

1) Hak untuk ikut/ tidak menjadi responden (*right to self-determination*)

Subjek mempunyai hak memutuskan apabila bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi.

2) Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan

Peneliti memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek

3) *Informed consent*

Sebelum penandatanganan *informed consent* yang diberikan oleh peneliti, subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden.

3. Prinsip keadilan

1) Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil

Subjek diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata subjek bersedia atau *dropped out* sebagai responden.

2) Hak dijaga kerahasiaannya

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya *anonymity* dan *confidentiality* (Nursalam 2008).

4.11 Keterbatasan

Peneliti menyadari bahwa pelaksanaan penelitian ini masih banyak kekurangan dan keterbatasan antara lain:

1. Faktor-faktor penyebab kemandirian makan pada anak retardasi mental tidak diintervensi oleh peneliti sehingga setelah pemberian teknik *chaining* dan terjadi peningkatan kemandirian makan, faktor-faktor penyebab gangguan kemandirian masih tetap ada. Faktor-faktor tersebut meliputi kebudayaan, tingkat pendidikan pendamping, dan pola asuh selama pendampingan makan.
2. Kesulitan peneliti dalam menyesuaikan waktu pelaksanaan pemberian teknik *chaining* dengan kebiasaan jam makan pagi dan jam masuk sekolah, agar pembelajaran makan menggunakan sendok dengan teknik *chaining* pada kelompok perlakuan ini tidak dilihat oleh kelompok kontrol.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Bab ini akan membahas tentang hasil penelitian dengan judul “Pengaruh teknik *chaining* terhadap tingkat kemandirian makan pada anak retardasi mental di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya”. Penelitian ini melibatkan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, dimana pada masing-masing kelompok penelitian terdapat 8 anak (subyek penelitian). Hasil penelitian dibagi dalam 4 bagian yaitu gambaran lokasi penelitian, data karakteristik demografi responden, variabel yang akan diukur dan pembahasan. Data karakteristik demografi responden akan menyajikan distribusi responden berdasarkan usia, jenis kelamin, lama tinggal di ponsos, tingkat pendidikan dan pelatihan pendamping anak di ponsos.

5.1 Hasil Penelitian

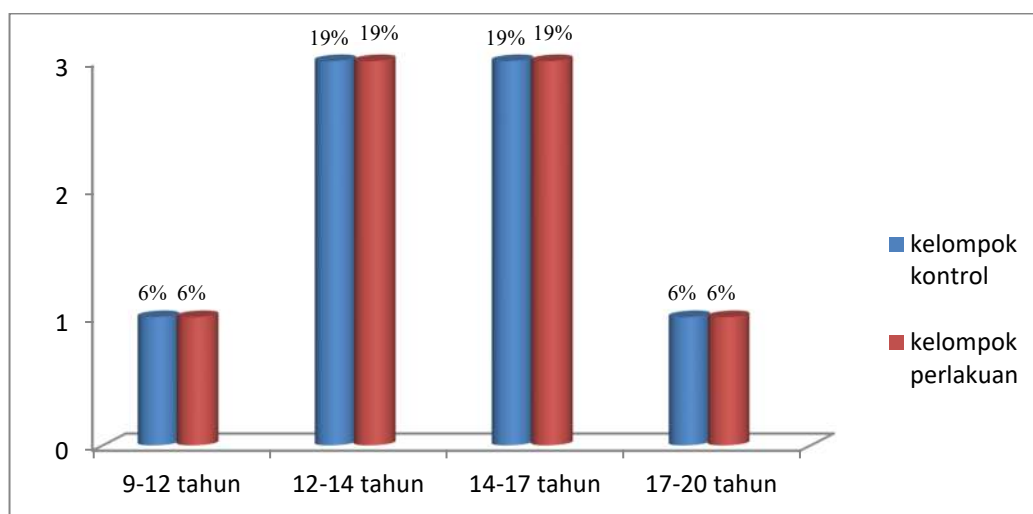
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya terletak di Jalan Kalijudan Indah kav XV nomor 2-4 komplek perumahan PT. Perumahan Diponggo Kelurahan Kalijudan, Kecamatan Mulyorejo Kota Surabaya. Ponsos Kalijudan Surabaya berada dibawah naungan Dinas Sosial Kota Surabaya. Ponsos ini dipimpin oleh Hj. Rosalia Endang Setyawati, yang didirikan tanggal 10 November 1994. Ponsos ini awalnya digunakan sebagai asrama bibit unggul dan mulai dioperasikan sebagai tempat penampungan anak RM pada tahun 2010, karena anak RM tersebut awalnya tinggal di ponsos Wonorejo, kemudian untuk mempermudah pengelolaan akhirnya anak dengan klasifikasi keterbalakangan mental

dipindahkan ke ponsos Kalijudan pada awal 2010. Anak RM yang tinggal di Ponsos Kalijudan ini berasal dari razia Dinas Sosial Kota Surabaya dan sebagian lagi dari Ponsos Wonorejo. Ponsos Tuna Grahita ini sekarang memiliki 42 anak didik dan 7 pendamping anak. Aktivitas sehari-hari yang dilakukan anak retardasi mental tersebut adalah belajar mulai hari senin-jumat di SLB yang terletak di area ponsos tersebut. Selama aktivitas belajar anak RM tersebut diajarkan tentang cara berhitung matematis, membaca, menulis, dan bermain, kemudian dalam keseharian di asrama anak tersebut juga diajarkan tentang merapikan tempat tidur sendiri, memakai baju seragam, membersihkan ruang makan, dan menjemur baju.

5.1.2 Karakteristik demografi responden

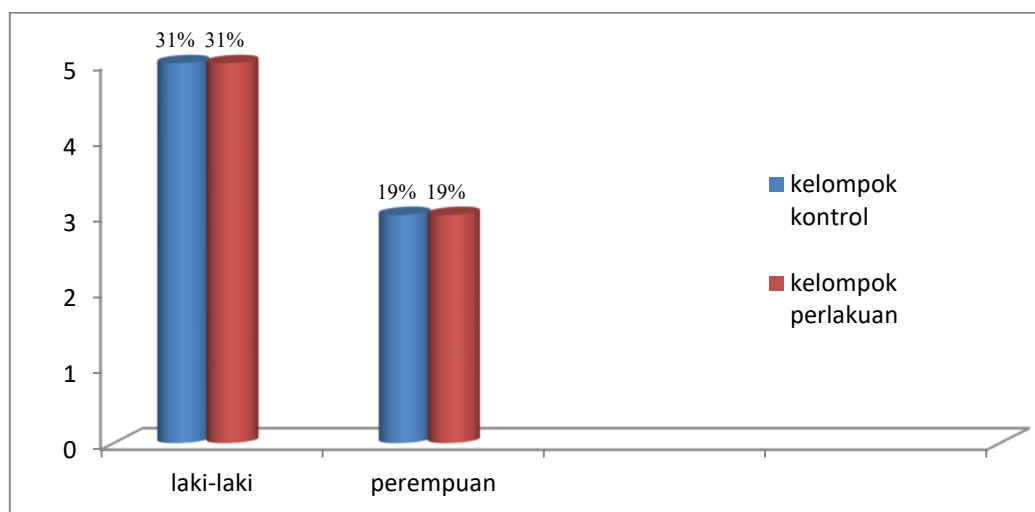
1. Karakteristik responden berdasarkan umur



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan usia pada anak RM di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya tanggal 15-27 Desember 2011

Gambar 5.1 diatas menunjukkan bahwa dari responden yang terlibat dalam penelitian, sebagian besar adalah anak yang berusia 12-14 tahun dan 14-17 tahun masing-masing berjumlah 6 anak (38%).

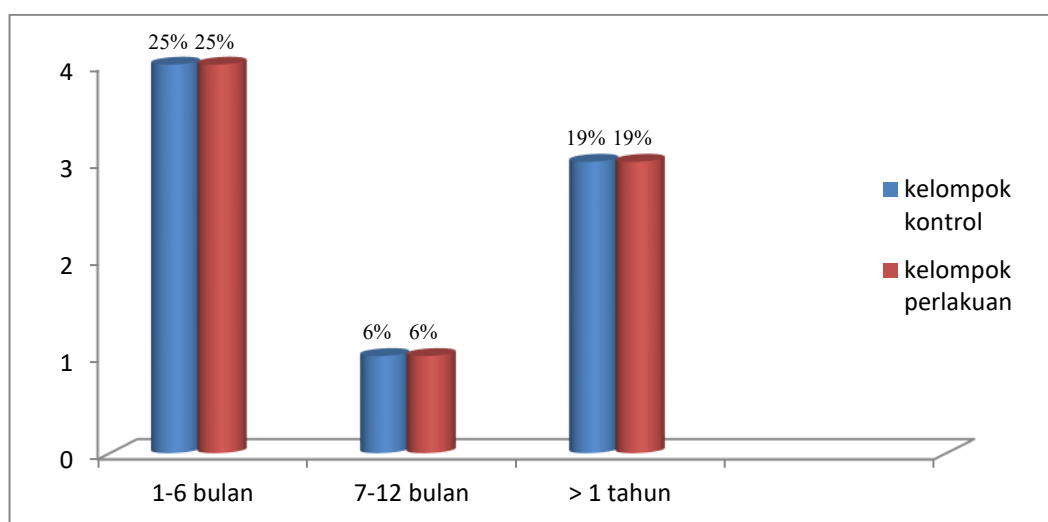
2. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada anak RM di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya tanggal 15-27 Desember 2011

Gambar 5.2 di atas menunjukkan sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 10 anak (62%) dan sisanya 6 anak (38%) yang berjenis kelamin perempuan.

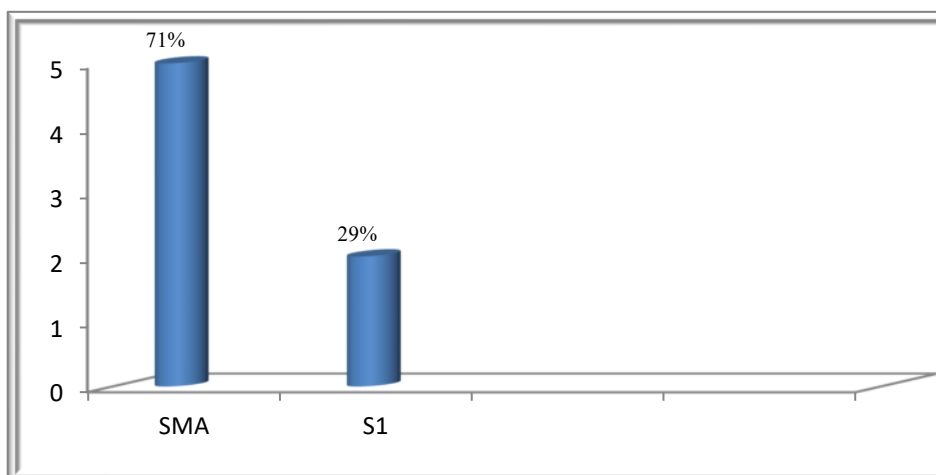
3. Karakteristik responden berdasarkan lama tinggal di Ponsos



Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan lama tinggal di ponsos pada anak RM di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya tanggal 15-27 Desember 2011

Gambar 5.3 diatas menunjukkan sebagian besar anak RM tinggal di ponsos selama 1-6 bulan sebanyak 8 anak (50%).

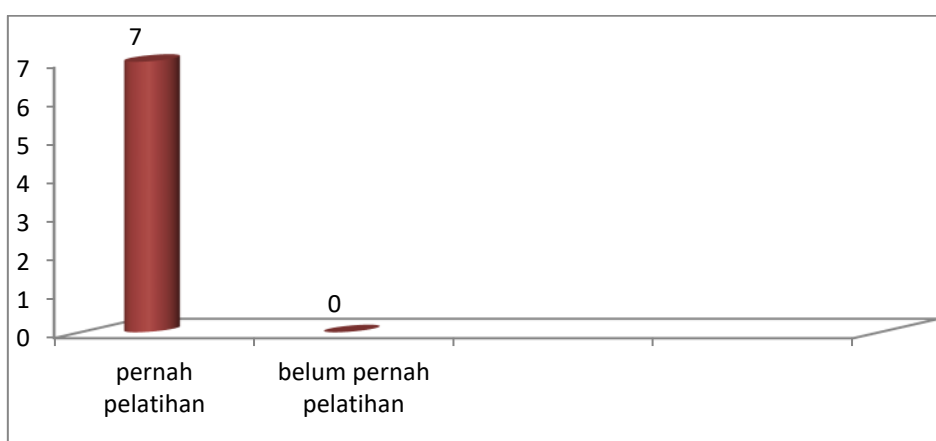
4. Karakteristik pendidikan pendamping anak RM



Gambar 5.4 Distribusi pendidikan pendamping anak di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya tanggal 15-27 Desember 2011

Gambar 5.4 diatas menunjukkan bahwa, sebagian besar pendamping anak RM berpendidikan SMA sebanyak 5 orang (71%) dan sisannya berpendidikan S1 sebanyak 2 orang (29%).

4. Karakteristik pelatihan pendamping anak RM



Gambar 5.5 Distribusi pelatihan pendamping anak di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya tanggal 15-27 Desember 2011

Gambar 5.5 diatas menunjukkan bahwa 100% sudah pernah mengikuti pelatihan sebagai pengajar dan pendamping anak di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya.

5.1.3 Variabel yang diukur

1. Tingkat kemandirian makan pada anak RM sebelum mendapat perlakuan teknik *chaining*

Hasil penelitian diperoleh data skor observasi sebelum mendapat perlakuan teknik *chaining* pada kelompok kontrol dan perlakuan yaitu sebagai berikut :

Tabel 5.1 Data tingkat kemandirian makan anak RM sebelum mendapat perlakuan teknik *chaining* di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya tanggal 15-27 Desember 2011.

Tingkat Kemandirian	Kelompok Kontrol		Kelompok perlakuan	
	Σ	%	Σ	%
Baik	0	0	0	0
Cukup	5	62,5	5	62,5
Kurang	3	37,5	3	37,5
Σ	8	100	8	100

Tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa sebelum diberikan tindakan pada kelompok perlakuan, jumlah responden penelitian sebagian besar memiliki tingkat kemandirian makan cukup sebanyak 5 anak (62,5%) dan sisanya dengan tingkat kemandirian kurang sebanyak 3 anak (37,5%), sedangkan pada kelompok kontrol juga memiliki karakteristik nilai yang tidak jauh berbeda yaitu dengan tingkat kemandirian cukup sebanyak 5 anak (62,5%) dan sisanya dengan tingkat kemandirian kurang sebanyak 3 anak (37,5%).

2. Tingkat kemandirian makan pada anak RM sesudah mendapat perlakuan teknik *chaining*

Hasil penelitian diperoleh data skor observasi setelah mendapat perlakuan teknik *chaining* pada kelompok perlakuan dan kontrol yaitu sebagai berikut :

Tabel 5.2 Data tingkat kemandirian makan anak RM sesudah mendapat perlakuan teknik *chaining* di Ponsos Tuna Grahitia Kalijudan Surabaya tanggal 15-27 Desember 2011.

Tingkat Kemandirian	Kelompok Kontrol		Kelompok perlakuan	
	Σ	%	Σ	%
Baik	0	0	6	75
Cukup	6	75	2	25
Kurang	2	25	0	0
Σ	8	100	8	100
Uji <i>Wilcoxon</i> kelompok perlakuan p= 0,011				
Uji <i>Wilcoxon</i> kelompok kontrol p= 0,157				

Tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa setelah diberikan perlakuan teknik *chaining* pada kelompok perlakuan sebagian besar memiliki tingkat kemandirian makan baik sebanyak 6 anak (75%), dan sisanya memiliki kemandirian cukup 2 anak (25%), sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar subyek penelitian memiliki tingkat kemandirian makan cukup sebanyak 6 anak (75%) dan sisanya dengan tingkat kemandirian kurang sebanyak 2 anak (25%).

Uji statistik *Wilcoxon Signed Ranks Test* pada kelompok perlakuan dengan tingkat signifikansi $p < 0,05$ diperoleh nilai $p = 0,011 < 0,05$ sehingga dapat dijelaskan bahwa pada kelompok perlakuan terjadi perubahan tingkat kemandirian makan yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan teknik *chaining*, sedangkan hasil uji analisis *Wilcoxon Signed Ranks Test* pada kelompok kontrol dengan tingkat signifikansi $p < 0,05$ diperoleh nilai $p = 0,157 > 0,05$ sehingga dapat dijelaskan bahwa pada kelompok kontrol tidak terjadi perubahan tingkat kemandirian makan yang signifikan antara sebelum dan sesudah perlakuan.

3. Perbedaan tingkat kemandirian makan pada anak RM sebelum dan sesudah mendapat teknik *chaining*

Hasil pengukuran *post-test* terhadap tingkat kemandirian makan menggunakan sendok dengan observasi *ceklist*, dapat diketahui perbedaan tingkat kemandirian sebelum dan sesudah perlakuan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan tersebut.

Tabel 5.3 Data perubahan tingkat kemandirian makan sebelum dan sesudah pemberian teknik *chaining* di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya tanggal 15-27 Desember 2011

Tingkat Kemandirian	Kelompok kontrol				Kelompok Perlakuan			
	Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Baik	0	0	0	0	0	0	6	75
Cukup	5	62,5	6	75	5	62,5	2	25
Kurang	3	37,5	2	25	3	37,5	0	0
Σ	8	100	8	100	8	100	8	100
Uji <i>Mann-Whitney</i> $p=0,001$								

Uji statistik *Mann-Whitney* dengan tingkat signifikansi $p < 0,05$ didapatkan nilai $p=0,001 < 0,05$ sehingga dapat dijelaskan bahwa ada perubahan tingkat kemandirian makan sebelum dan sesudah perlakuan teknik *chaining* antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan pada anak retardasi mental di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya.

Hasil analisa data diatas dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh pemberian teknik *chaining* terhadap peningkatan kemandirian makan pada anak retardasi mental di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya. Hal ini dibuktikan dengan adanya perubahan tingkat kemandirian makan yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan teknik *chaining* pada kelompok perlakuan dan tidak adanya perubahan tingkat kemandirian yang berarti antara pengukuran *pre-test* dan *post-test* pada kelompok kontrol, sehingga hipotesis yang mengatakan

bahwa teknik *chaining* berpengaruh terhadap peningkatan kemandirian makan pada anak retardasi mental di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya diterima.

5.2 Pembahasan

Hasil penelitian yang dilakukan di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya menunjukkan tingkat kemandirian makan sebelum diberikan perlakuan teknik *chaining (pre test)* pada kelompok perlakuan sebagian besar memiliki tingkat kemandirian cukup karena rata-rata mampu untuk menyiapkan diri dengan duduk di kursi makan dan menggunakan sendok dengan tangan kanan, tetapi mereka masih kesulitan untuk menyendok nasi yang ada di piring secara rapi dan menghabiskan makanan tanpa ada makanan yang tumpah. Sedangkan tingkat kemandirian makan awal pada kelompok kontrol yang digunakan hampir sama yaitu sebagian besar memiliki tingkat kemandirian cukup karena rata-rata mampu duduk di kursi makan dengan baik dan menggunakan sendok dengan tangan kanan, namun mereka masih kesulitan untuk menghabiskan makanan yang ada dipiring menggunakan sendok tanpa ada makanan yang tumpah. Hal ini menunjukkan bahwa data awal (*pre-test*) yang digunakan antara kedua kelompok tersebut memiliki karakteristik yang hampir sama.

Gunarsa, S (2006) menyatakan bahwa intelegensi yang berada di bawah normal mempengaruhi kemandirian dalam fungsi adaptif minimal dua dari sepuluh area yang ditetapkan yaitu hambatan kemandirian *self care*, komunikasi, kehidupan rumah tangga, kesehatan dan keamanan, fungsi akademik, kemampuan sosial, penggunaan fasilitas umum, waktu luang serta kerja.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa salah satu masalah yang dialami anak RM di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya adalah gangguan kemandirian *self care* dalam hal makan menggunakan sendok. Sebagian besar anak RM tersebut masih membutuhkan pendampingan dan bantuan orang lain untuk membantu dalam menyiapkan makan, makan dengan sendok secara rapi dan mandiri sampai dengan merapikan alat makan. Kemandirian merupakan keadaan yang dapat berdiri sendiri tanpa bergantung pada orang lain, dalam hal ini adalah kemandirian untuk makan menggunakan sendok. Anak RM memiliki kemampuan mental yang tidak mencukupi dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga memerlukan bantuan orang lain yaitu pendamping di ponsos. Anak normal pada usia 6-20 tahun seharusnya mampu menerima tanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, namun anak RM dalam hal melakukan makan menggunakan sendok masih membutuhkan bantuan pendamping. Secara konstan, anak yang dihalangi oleh ketidakmampuannya akan merasa bersalah dan kurang mandiri, sehingga dalam menghadapi hidup menjadi ragu-ragu dan selalu meminta bantuan orang lain termasuk lingkungan sekitarnya.

Hasil penelitian setelah dilakukan teknik *chaining* menunjukkan tingkat kemandirian makan pada kelompok perlakuan yaitu sebagian besar memiliki tingkat kemandirian baik yaitu rata-rata semua anak mampu menyiapkan alat makan sendiri, menyiapkan diri dengan duduk dikursi dengan rapi, menggunakan sendok dengan tangan kanan dan merapikan alat makan secara mandiri tetapi masih ada sebagian kecil anak yang membutuhkan pendampingan dan bantuan minimal untuk memotong lauk dan menghabiskan makanan dengan sendok tanpa ada makanan yang tumpah. Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar

memiliki tingkat kemandirian cukup yaitu rata-rata mampu duduk di kursi makan dengan baik dan menggunakan sendok dengan tangan kanan, namun mereka masih kesulitan untuk menyiapkan alat makan sendiri dan menghabiskan makanan yang ada dipiring menggunakan sendok tanpa ada makanan yang tumpah.

Retardasi mental merupakan keadaan fungsi intelektual umum dibawah rata-rata sehingga menyebabkan gangguan perilaku adaptif yang bermanifestasi selama perkembangan, sebelum usia 18 tahun (Kaplan & Sadock 2010). Gejala utama yang menonjol dari anak RM adalah intelegensi yang terbelakang, sehingga memiliki daya tangkap terhadap sesuatu lebih lamban dibandingkan dengan anak yang memiliki intelegensi tinggi (Maramis 1998). Oleh sebab itu diperlukan suatu metode khusus untuk pembelajaran dan pelatihan pada anak retardasi mental, sehingga dengan metode tersebut anak lebih mudah untuk mengaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari.

Kemandirian merupakan salah satu tingkat kebutuhan manusia. Seseorang yang mencapai aktualisasi diri memiliki sifat-sifat khusus, salah satunya yaitu kebutuhan akan privasi dan independensi, dimana orang yang mengaktualisasi diri dalam memenuhi kebutuhannya tidak membutuhkan orang lain (Maramis 1998). Pada penelitian ini kemandirian yang dimaksud salah satunya adalah kemandirian dalam pemenuhan kebutuhan makan menggunakan sendok. Anak RM banyak mengalami gangguan kemandirian dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari termasuk kebutuhan untuk makan menggunakan sendok secara mandiri. Kondisi ini yang harus diperhatikan pada anak RM, karena terjadi kemampuan mental yang tidak mencukupi sehingga berpengaruh terhadap tingkat kemandirian. Salah

satu cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemandirian makan adalah dengan metode modifikasi perilaku teknik *chaining*. Modifikasi perilaku dengan teknik *chaining* diharapkan dapat meningkatkan kemampuan *self care* dalam hal psikomotor sehingga terjadi suatu proses perubahan perilaku dan meningkatnya kemampuan yang diperlukan bagi setiap anak dalam hal yang bersifat *privacy* dan *self care*, sehingga mampu dikerjakan sendiri untuk pemenuhan kebutuhan makan menggunakan sendok.

Hasil uji analisis didapatkan hasil bahwa terjadi perubahan tingkat kemandirian makan pada anak retardasi mental di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya sebelum dan sesudah pemberian teknik *chaining* antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Data diatas dapat diketahui bahwa tingkat kemandirian makan pada kelompok perlakuan lebih baik dari pada kelompok kontrol.

Data karakteristik demografi diatas menjelaskan kriteria responden berdasarkan usia, bahwa sebagian besar responden usia 12-14 tahun dan 14-17 tahun. Penelitian ini juga menggunakan responden yang sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, sedangkan menurut lama tinggal di ponsos sebagian besar selama 1-6 bulan. Data tingkat pendidikan pengasuh anak di ponsos sebagian besar berpendidikan SMA serta semua pendamping anak di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya, semua sudah mendapatkan pelatihan.

Hasil data penelitian yang didapatkan di ponsos saat *pre-test* pada kelompok kontrol, anak perempuan yang berusia 14 tahun memiliki kemandirian makan yang lebih baik dari pada anak laki-laki yang berusia 18 tahun selain itu responden perempuan yang sama-sama berusia 12 tahun dan lama tinggal

diponsos < 6 bulan memiliki kemandirian awal yang berbeda hal ini kemungkinan disebabkan karena rentang lama tinggal di ponsos yang berbeda yaitu masing-masing selama 5 bulan dan 2 bulan. Responden pada kelompok perlakuan, anak perempuan yang berusia 12 tahun dan tinggal diponsos dalam jangka waktu 6-12 bulan memiliki kemandirian makan yang lebih baik dari pada anak laki-laki yang berusia 14 tahun dan tinggal di ponsos selama < 6 bulan, selain itu anak perempuan yang memiliki umur 12 tahun dan anak laki-laki berusia 14 tahun memiliki kemandirian makan yang sama dengan lama tinggal diponsos dalam jangka waktu yang hampir sama.

Hasil data penelitian *post-test* pada kelompok perlakuan anak perempuan yang berusia 12 tahun mengalami peningkatan kemandirian makan yang lebih baik dengan lama tinggal di ponsos selama 6-12 bulan dari pada anak laki-laki berusia 16 tahun yang tinggal di ponsos selama > 1 tahun, hal ini karena kemandirian anak tidak hanya ditentukan oleh usia dan lama tinggal di ponsos tetapi juga dipengaruhi oleh jenis kelamin, karena anak perempuan lebih mudah dididik dan diarahkan dari pada anak laki-laki, selain itu data lain menunjukkan bahwa anak laki-laki berusia 13 dan 14 tahun yang sama-sama tinggal di ponsos < 6 bulan memiliki mengalami peningkatan kemandirian makan yang lebih baik pada anak yang berusia 14 tahun. Sedangkan data *post-test* pada kelompok kontrol rata-rata tidak terjadi peningkatan kemandirian, kecuali pada satu responden laki-laki dari tingkat kemandirian kurang menjadi cukup yaitu dari menyendok makanan di piring dengan tumpah dan berantakan menjadi lebih rapi dengan bantuan ringan yang diberikan, hal ini karena orang yang mendampingi anak waktu makan antara anak laki-laki dan perempuan berbeda dan jam yang

berbeda, tentu saja tipe pendampingan yang diberikan juga berbeda dan mempengaruhi tingkat kemandirian anak.

Hasil penelitian perkembangan kemandirian makan menggunakan sendok pada kelompok perlakuan mulai pertemuan pertama sampai ke-6 menunjukkan bahwa pada responden nomor 4 dengan jenis kelamin laki-laki, usia 18 tahun dan lama tinggal di ponsos > 1 tahun mengalami peningkatan kemandirian yang bagus yaitu pada pertemuan pertama memiliki kemandirian cukup tetapi setelah pertemuan ke-2 dan seterusnya mengalami peningkatan menjadi baik. Responden nomor 3 dengan jenis kelamin perempuan, usia 12 tahun dan lama tinggal di ponsos < 6 bulan, tidak terjadi peningkatan kemandirian mulai pertemuan pertama sampai ke-6, tingkat kemandiriannya konstan yaitu dengan kriteria cukup. Responden nomor 6, dengan jenis kelamin laki-laki, usia 10 tahun, lama tinggal di ponsos < 6 bulan, mengalami peningkatan kemandirian yaitu mulai kemandirian kurang selama pertemuan pertama sampai kedua kemudian meningkat menjadi kemandirian cukup pada pertemuan ketiga sampai keenam. Sedangkan untuk responden lain mengalami peningkatan secara bertahap mulai dari pertemuan pertama sampai keenam.

Kemandirian anak dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain intelegensi, kebudayaan, usia, pola asuh, dan tingkat pendidikan pengasuh (Kartono 2000).

Tingkat intelegensi mempengaruhi tingkat kemandirian anak. Anak dapat dikatakan memiliki kecerdasan (intelegensia) yang baik jika mampu menyelesaikan masalahnya sendiri (Gunarsa 2006), namun pada anak RM mengalami hambatan dalam menyelesaikan masalah terutama pada penelitian ini

terkait dengan kemandirian untuk makan menggunakan sendok. Anak RM ringan memiliki tingkat IQ antara 52-67 dan mampu untuk dilatih serta dididik di sekolah khusus (Soetomenggolo 2000). Kaplan & Sadock (2010) menyatakan bahwa anak RM usia 6-20 tahun masih dapat untuk dilatih dan diarahkan untuk penyesuaian sosial serta dapat belajar ketrampilan akademik hingga kelas 6 SD.

Hasil penelitian didapatkan bahwa rata-rata subyek penelitian yang berusia 12-17 tahun mengalami tingkat kemandirian makan menggunakan sendok yang lebih baik dari pada subyek yang berusia 9-12 tahun. Hal ini dikarenakan bahwa umur seorang anak mempengaruhi tingkat kemandirian dalam perkembangannya (Kartono 2000). Kemandirian anak akan terus berkembang seiring dengan bertambahnya usia dan pelatihan yang diberikan, sehingga akhirnya akan menjadi sifat-sifat yang relative menetap pada masa remaja. Kemandirian anak terutama makan menggunakan sendok harus dilatih dan didik sedini mungkin sesuai dengan tahapan yang ditentukan agar anak tersebut tetap membawa kebiasaan yang diajarkan sampai usia remaja.

Lama tinggal di ponsos berpengaruh terhadap kemandirian, hal ini terkait dengan kebudayaan makan dan pola asuh di ponsos yang tentunya berbeda dengan kehidupan di jalanan. kebudayaan yang berbeda akan menyebabkan perbedaan norma dan nilai-nilai yang berlaku, sehingga tingkah laku seseorang juga akan berbeda (Kartono 2000). Perbedaan kehidupan antara di jalanan dengan di ponsos juga akan mempengaruhi tingkah laku dan kemandirian anak untuk makan menggunakan sendok secara mandiri. Seorang anak yang terbiasa hidup di jalanan akan semakin sulit untuk diajarkan makan menggunakan sendok karena mereka terbiasa makan menggunakan tangan.

Kartono (2000) menyatakan bahwa pola asuh merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian anak. Baumrind & Black (1986) dalam (Shochib 2002) dari hasil penelitiannya menemukan bahwa teknik-teknik asuhan orang tua yang demokratis akan menumbuhkan keyakinan, kepercayaan diri dan mendorong tindakan untuk membuat keputusan secara mandiri sehingga muncul tingkah laku yang mandiri dan bertanggung jawab. Pola asuh demokratis adalah yang bersikap rasional, selalu mendasari tindakannya pada rasio dan pemikiran-pemikiran. Orang tua/ pendamping tipe ini cenderung bersikap realistis terhadap kemampuan anak, tidak berharap yang melebihi kemampuan anak, memberikan kebebasan kepada anak untuk memilih dan melakukan suatu tindakan, serta pendekatan kepada anak yang bersifat hangat. Pola asuh yang baik selama pelatihan akan meningkatkan kemandirian makan menggunakan sendok pada anak RM tersebut. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Asnani (2006) menyatakan bahwa ada pengaruh yang bermakna antara pola asuh ibu dengan tingkat kemandirian anak RM ringan usia 6-12 tahun.

Shochib (2002) menyatakan bahwa tinggi rendahnya jenjang pendidikan yang dimiliki orang tua/ pendamping juga menentukan pola asuh dan pendampinga anak, termasuk pendampingan selama makan menggunakan sendok. Semakin tinggi pendidikan pendamping, biasanya semakin baik pula keputusan mereka dalam menerapkan bimbingan makan menggunakan sendok secara mandiri. Tingkat pendidikan yang dimiliki seseorang bukan merupakan ukuran mutlak untuk menentukan bimbingan dan pola asuh kepada anak, karena setiap orang memiliki kepribadian berbeda-beda, walaupun berpendidikan rendah tetapi jika pada dasarnya sudah memiliki kepribadian yang cukup baik, maka juga akan

baik pula dalam memberikan bimbingan dalam pola asuh untuk memandirikan anak makan menggunakan sendok. Berdasarkan data diatas pendamping anak di Ponsos Tuna Grahita kalijudan, semua sudah mendapatkan pelatihan tentang cara pendampingan dan pembelajaran pada anak retardasi mental, meliputi pelatihan tentang cara mengatasi sifat agresif dan kemarahan pada anak, latihan kesabaran dalam menghadapi sikap dan perilaku anak, melatih mekanisme koping pendamping, dan senam relaksasi. Pelatihan tersebut diharapkan dapat memperbaiki pola asuh dan pengajaran dalam memandirikan *self care* makan anak di Ponsos Tuna Grahita.

Data secara umum terkait insiden retardasi mental lebih sering pada anak laki-laki sekitar 1,5 kali dibanding anak perempuan dan angka kejadian tertinggi pada anak usia sekolah (Kaplan & Sadock 2010). Anak laki-laki dianggap lebih mampu untuk menjaga dirinya sendiri, sedangkan anak perempuan yang masih memerlukan perlindungan dari seseorang untuk menjaga dirinya. Hasil penelitian diperoleh anak perempuan lebih mandiri dibandingkan anak laki-laki, karena anak laki-laki cenderung lebih malas sedangkan anak perempuan lebih aktif dan mudah diarahkan untuk perilaku makan menggunakan sendok.

Teknik *chaining* merupakan salah satu bentuk aplikasi dari modifikasi perilaku dengan menerapkan prinsip pembelajaran dan pemberian *reward* dan *punishment* (Martin & Pear 2003). Proses pembelajaran dengan pemberian *reward* dan *punishment* tersebut dapat meningkatkan motivasi anak dalam melakukan aktifitas makan menggunakan sendok sesuai dengan tahapan yang ditentukan. Pada penelitian ini menggunakan teknik *chaining* dengan penerapan *forward chaining* yaitu langkah awal pada urutan diajarkan pertama kali, kemudian

lanjutkan langkah ke-2 dan seterusnya. Pada penelitian ini dimulai dari tahap menyiapkan alat makan, duduk di kursi dengan tenang dan rapi, menggunakan sendok dengan tangan kanan, menyendok nasi yang ada di piring tanpa tumpah, memotong lauk, menghabiskan makanan tanpa ada makanan yang tumpah, dan merapikan alat makan, dimana pada setiap tahapan yang dapat dilakukan dengan benar anak akan diberikan *reward* dan jika salah melakukan tahapan tersebut maka anak akan diberikan *punishment*. *Reward* dan *punishment* diberikan dalam bentuk ucapan/ lisan dari peneliti. Tujuan dari modifikasi perilaku ini adalah untuk membuat perubahan pada diri anak untuk jangka waktu yang lama, selain itu modifikasi perilaku juga diharapkan dapat membuat perubahan yang menetap setelah program selesai dilaksanakan, menghilangkan ketergantungan yang ada, dan tujuan jangka panjangnya anak akan terbiasa menjalankan tahapan tersebut secara mandiri, sehingga akan terbentuk tindakan yang baik pada anak RM tersebut yaitu berupa peningkatan kemandirian untuk makan menggunakan sendok. Pada penelitian ini terkait dengan peran perawat sebagai *care giver* yang dapat dilakukan dengan membantu anak retardasi mental meningkatkan kemandirian makan menggunakan sendok. Meskipun pada penelitian ini faktor-faktor yang menjadi penyebab gangguan kemandirian tidak diberikan intervensi, namun diharapkan dengan terapi perilaku dapat meningkatkan kemandirian dalam memenuhi *self care* makan.

Berdasarkan uraian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa tingkat kemandirian makan pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan yang lebih baik apabila dibandingkan dengan kelompok kontrol.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Hasil penelitian tentang pengaruh teknik *chaining* terhadap peningkatan kemandirian makan pada anak retardasi mental di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya, dapat disimpulkan bahwa:

1. Kemandirian makan menggunakan sendok pada anak RM di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya sebelum mendapat perlakuan teknik *chaining* pada kedua kelompok tersebut memiliki nilai cukup, hal ini menandakan bahwa seluruh responden memiliki karakteristik yang tidak jauh berbeda.
2. Kemandirian makan menggunakan sendok pada anak RM di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya setelah mendapat perlakuan teknik *chaining* pada kelompok perlakuan ada peningkatan yang signifikan antara *pre test* dan *post test* karena teknik *chaining* sangat efektif untuk meningkatkan kemandirian makan melalui pembelajaran perilaku yang kompleks kemudian dipecah secara bertahap dengan pemberian *reward* dan *pusihment*. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan kemandirian makan yang berarti antara *pre test* dan *post test*.
3. Ada perbedaan tingkat kemandirian makan sebelum dan sesudah perlakuan antara kedua kelompok, yaitu terjadi peningkatan kemandirian makan menggunakan sendok yang lebih baik pada kelompok perlakuan dari pada kelompok kontrol.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Praktik Keperawatan

Perlu mengembangkan kompetensi perawat jiwa untuk pemenuhan kebutuhan *self care* dengan memberikan pengajaran teknik *chaining* dan pendampingan kepada anak RM untuk melatih dan meningkatkan kemandirian makan menggunakan sendok melalui pendekatan komunikasi terapeutik dengan berprinsip pada teori perilaku sebagai ilmu yang mendasarinya, dan penggunaan diri secara terapeutik sebagai kiat dalam pelaksanaannya.

6.2.2 Bagi institusi (Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya)

Untuk pendamping ponsos sebaiknya senantiasa dilakukan pendampingan dan asuhan yang baik kepada anak retardasi mental dengan mengaplikasikan teknik *chaining* setiap kali makan menggunakan sendok, sehingga anak akan merasa diperhatikan dan muncul motivasi untuk berperilaku lebih baik.

6.2.3 Untuk Penelitian Selanjutnya

1. Perlu dilakukan penelitian lanjutan tentang aplikasi teknik *chaining* untuk meningkatkan kemandirian makan menggunakan sendok dengan memperbaiki dan melatih tahapan dari standart yang belum dikuasai oleh anak RM.
2. Perlu dilakukan penelitian lanjutan tentang aplikasi teknik *chaining* dengan menggunakan sampel yang lebih besar dengan mengambil sampel dari beberapa ponsos dan SLB
3. Perlu dilakukan penelitian lanjutan mengenai pemberian teknik *chaining* untuk meningkatkan kemampuan psikomotor lain pada anak RM ringan dan faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian makan pada anak seperti, pola asuh, tingkat pendidikan pengasuh, lama tinggal di ponsos, jenis kelamin.

DAFTAR PUSTAKA

- Asnani 2006, *Pengaruh Pola Asuh Ibu Terhadap Tingkat Kemandirian Anak RM Ringan usia 6-12 tahun dalam Aktivitas sehari-hari di SLB C Kumara Wardana Surabaya*, Penelitian Lokal Poltekes Surabaya.
- Asmadi 2008, *Konsep Dasar Keperawatan*, EGC, Jakarta.
- Brooker, Chris 2009, *Ensiklopedia Keperawatan*, EGC, Jakarta.
- Burn & Grove, SK 1991, *The Practice of Nyrsing Research. Conduct Critigues and Utilisation 2nd end IV*, B Suders CO, Philadelphia.
- Dahlan, Dr. M Sopiyyudin. 2004. *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan, Uji Hipotesis Dengan Menggunakan SPSS Program 12 Jam: Cetakan Pertama*. PT. Arkans: Jakarta.
- Gunarsa 2006, *Dari Anak Sampai Usiaa Lanjut*, Gunung Mulia, Jakarta.
- Handojo 2003, *Autisma: Petunjuk Praktis dan Pedoman Materi Untuk Mengajar Anak Normal, Autis dan Perilaku lain*, PT Bhuana Ilmu Komputer, Jakarta.
- Hidayat, A 2007, *Metode Penelitian Kebidanan & Teknik Analisa Data*, Salemba Medika, Jakarta.
- Lowenfeld & Brittain 1982, *Creative and Mental Grouwth*, Macmillan Publising Co.Inc, New York.
- Kaplan & Sadock 2010, *Buku Ajar Psikiatri klinis edisi 2*, EGC, Jakarta.
- Kartono, K 2000, *Peran Keluarga Memandu Anak*, CV Rajawali, Jakarta.
- Katz, G & Lazcano, E 2008, *Intellectual disability : Definition, etiological factor, Clasification, Diagnosis, Treatment and Prognosis*, Vol. 50, Hal 132-141.instituto Nacional de Salud Publica Av Universidal, Mexico, Diakses 15 Oktober 2011 jam 19.00 WIB.
- Loeckenottee 1997, *Pengkajian Gerontologi Edisi II*, EGC, Jakarta.
- Maramis,WF 1998, *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*, Airlangga University Press, Surabaya.
- Martin & Pear 2003, *Behavior Modification : What it is and how to do it (6th ed.)* Prentice Hall, New Jersey.
- Maulana, M 2008, *Anak Autis:mendidik anak autis dan gangguan mental lain menuju anak cerdas dan sehat*,Kata hati, Jakarta.
- Miltenerger, R 2008, *Behavior Modification Principles and Procedures fourth edition*, Thamson Learning Academic Resource Center, USA.

- Nisa, C 2010, *Gambar Anak Penderita Retardasi Mental : Studi Kasus di SLB-C Yaspenlub Demak*, Vol.VI, No. 1, journal.unnes.ac.id/index.php/imajinasi/article/download/68/6, diakses 24 November 2011 jam 09.00 WIB
- Notoatmojo, S 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, cetakan I*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Papalia, Olds & Feldman 2001, *Human Development 8 th ed*, Mc-Graw-Hill, New York.
- Pleyte & Humris, E 2010, *Buku Ajar Psikologi*, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta.
- Primerano, F, Taylor, M, Pitaksringkarn, L, Tisato, P 2008, *Definiting and Understanding Chaining Behaviour*, Vol.35, Hal 55-72, University of South Australia, diakses 30 Oktober 2010 jam 13.00 WIB
- Pudjiastuti & Surini, S 2003, *Fisioterapi Pada Lansia*, EGC, Jakarta.
- Rimm, S 2008, *Cara Mendisiplinkan Anak Usia Toddler*, Gramedia, Jakarta.
- Ruslan, R 2006, *Metode Penelitian Pubik Relations dan Komunikasi*, Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Scheffler, F, Vogel, D, Astern, R, Burgess, J, Conneally, T, Salerno, K 2008, *Screening for Communication and Cognitive Disorders in Infants and Toddler*, Vol. 33, No. 6, Hal 473-480, *Pediatr Nurs*, Jennetti Publications, diakses 5 Oktober 2011 jam 13.00 WIB.
- Shochib 2002, *Pola Asuh Orang Tua*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Soetjningsih 2000, *Tumbuh Kembang Anak*, EGC, Jakarta.
- Soetomenggolo, T 2000, *Buku Ajar Neurologi Anak-anak*, IDAI, Jakarta
- Turk, Kerry, S, Corney, R, Rowlands, Khattran, S 2010, *Why some adults with intellectual disability consult their general practitioner more than others*, *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 54, Part. 9, University of Greenwich, Departement of Psicology and Councelling, London, UK. Diakses 15 Oktober 2011 jam 19.00 WIB.
- Wawan & Dewi 2010, *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*, Nuha Medika, Yogyakarta
- Wijaya, T 2009, *Analisis Data Penelitian Menggunakan SPSS*, Universitas Atma Jaya, Yogyakarta

Lampiran : 1

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth : Bapak / Ibu / Pendamping

Di

Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya

Dengan hormat,

Saya Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, bermaksud akan mengadakan penelitian tentang : **“PENGARUH TEKNIK CHAINING TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN MAKAN PADA ANAK RETARDASI MENTAL DI PONSOS TUNA GRAHITA KALIJUDAN SURABAYA”**

Sehubungan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaannya untuk menjadi responden dalam penelitian ini yang bersifat sukarela. Kami akan menjamin kerahasiaan jawaban yang diberikan dan hasilnya akan dipergunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terhadap anak retardasi mental.

Demikian surat permohonan ini, atas kesediaan dan bantuannya kami ucapkan terima kasih.

Surabaya,2011

Hormat kami

(IRAWATI)

Lampiran : 2

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Nama Responden :

Nama Peneliti :

Saya yang bertanda tangan selaku pendamping anak didik kami memberikan ijin untuk menjadikan anak didik kami sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, yang berjudul : **“PENGARUH TEKNIK *CHAINING* TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN MAKAN PADA ANAK RETARDASI MENTAL DI PONSOS TUNA GRAHITA KALIJUDAN SURABAYA”**

Tanda tangan saya menunjukkan kalau saya diberi informasi dan memutuskan untuk mengijinkan anak didik kami menjadi responden dalam penelitian ini.

Surabaya,2011

(_____)

*Lampiran 3***INSTRUMEN PENGUMPULAN DATA**

Nama responden :

Tanggal pengisian :

Judul penelitian : Penerapan Teknik *Chaining* terhadap Tingkat Kemandirian makan pada Anak Retardasi Mental di Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya

I. DATA DEMOGRAFI**1. Umur anak**

9-12 tahun

12-14 tahun

14-17 tahun

17-20 tahun

(Nisa, C 2010; Lowenfeld & Brittain 1982:429-432)

2. Jenis kelamin anak

Laki-laki

Perempuan

3. Lama tinggal di Ponsos

1 bulan – 6 bulan

7 bulan – 12

> 1 tahun

4. Tingkat pendidikan pendamping ponsos

SMA

S1

5. Pelatihan pendamping ponsos

Pernah pelatihan

Belum pernah pelatihan

Lampiran 4

LEMBAR OBSERVASI

Keterangan skor:

3= mandiri/ tanpa bantuan

2= bantuan ringan

1= bantuan penuh

Nama :

Tanggal Pelaksanaan :

Intervensi : Terapi *Chaining*

No	Tingkat kemandirian <i>self care</i> (makan)	Kemampuan		
		3	2	1
1.	Menyiapkan alat makan sendiri a. Mengambil alat makan (sendok, piring) dan makanan b. Meletakkan makanan dan alat makan di meja makan			
2.	Duduk di kursi makan a. Duduk dengan posisi sesuai dengan meja di depan anak b. Meletakkan kedua tangan di meja sesuai posisi makan			
3.	Menggunakan sendok dengan tangan kanan a. Mengambil sendok dengan tangan kanan b. Menggunakan tangan kanan untuk menyuap			
4.	Memotong lauk dengan benar a. Memotong lauk menjadi potongan-potongan yang lebih kecil dengan menggunakan sendok b. Memasukkan lauk (dalam bentuk potongan kecil) ke dalam mulut			
5.	Menyendok nasi yang ada di piring dan mengarahkan ke dalam mulut tanpa tumpah a. Menyendok dengan sedikit demi sedikit b. Memasukkan nasi dalam mulut			

	tanpa ada yang tumpah			
6.	<p>Anak dapat menikmati makanan yang disajikan tanpa ada makanan yang tumpah</p> <p>a. Anak dapat menikmati makanan dalam piring menggunakan sendok tanpa tumpah</p> <p>b. Anak dapat menyelesaikan makan secara rapi</p>			
7.	<p>Merapikan alat makan</p> <p>a. Meletakkan sendok diatas piring</p> <p>b. Membawa peralatan makan ke tempat penyucian</p>			
T o t a l				

Lampiran 5

**SATUAN ACARA PELAKSANAAN PROSEDUR TERAPI *CHAINING*
UNTUK PEMBELAJARAN MAKAN MENGGUNAKAN SENDOK
SECARA MANDIRI PADA ANAK RETARDASI MENTAL**

Pokok bahasan	: Tindakan pemberian terapi <i>Chaining</i>
Sub pokok bahasan (makan)	: Pemberian terapi <i>Chaining</i> untuk kemandirian <i>self care</i>
Hari/tanggal	: Desember 2011
Waktu	: 1 x 20 menit
Tempat	: Ponsos Tuna Grahita Kalijudan Surabaya
Sasaran	: anak retardasi mental ringan

A. Tujuan

1. Tujuan Instruktur Umum (TIU)

Anak dapat mandiri dalam *self care* untuk makan menggunakan sendok.

2. Tujuan Instruksional khusus (TIK)

- 1) Dapat menyiapkan alat makan sendiri
- 2) Duduk dengan benar didepan meja makan
- 3) Menggunakan sendok dengan tangan kanan
- 4) Memotong-motong lauk dengan baik
- 5) Menyendok nasi yang ada di piring dan mengarahkan ke dalam mulut tanpa tumpah
- 6) Menikmati makanan yang disajikan tanpa ada makanan yang tumpah
- 7) Merapikan alat makan.

B. Materi

Tema Teknik *Chaining* terhadap Tingkat Kemandirian *Self Care* untuk makan menggunakan sendok pada Anak Retardasi.

Lama aktivitas : 20 menit (selama 6 kali pertemuan)

C. Alat : sendok, piring, makanan

D. Metode

- 1) Pendampingan
- 2) Secara Individu

E. Evaluasi

a. Struktur

- 1) Peralatan yang dibutuhkan lengkap.
- 2) Kesiapan dari peneliti dan anggota tim untuk pendampingan anak terhadap pembelajaran teknik *chaining*

b. Proses

Evaluasi dilakukan pada saat terapi *chaining* berlangsung meliputi:

- 1) Anak mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir.
- 2) Anak mengikuti instruksi dalam kegiatan sampai selesai.
- 3) Kegiatan dilakukan sesuai dengan waktu yang ditentukan.

c. Hasil

- 1) Anak dapat makan menggunakan sendok yang disediakan oleh ponsos secara mandiri, tanpa ada makanan yang tumpah.

F. Tabel 1 Langkah kegiatan pelaksanaan terapi *chaining* untuk makan menggunakan sendok secara mandiri

No	Waktu	Kegiatan	Tempat pelaksanaan
1	3 menit 7.15-7.18 WIB	Persiapan : 1) Menyampaikan salam dan perkenalan diri. 2) Menjelaskan tujuan kegiatan dan aturan terapi <i>chaining</i> yang akan dilakukan.	Ruang makan Ponsos Tuna Grahita
2.	15 menit 7.18-7.53 WIB	Pelaksanaan : 1) Mengajarkan anak untuk menyiapkan alat makan sendiri 2) Memberikan reward pujian jika bisa melakukan dengan benar 3) Mengajarkan untuk duduk dengan benar di depan meja makan 4) Memberikan reward pujian jika bisa melakukan dengan benar	Kalijudan Surabaya

3.	2 menit 7.53-7.55 WIB	<p>5) Mengajarkan untuk menggunakan sendok dengan tangan kanan</p> <p>6) Memberikan reward pujian jika bisa melakukan dengan benar</p> <p>7) Mengajarkan untuk memotong-motong lauk dan mengarahkan ke dalam mulut</p> <p>8) Memberikan reward pujian jika bisa melakukan dengan benar</p> <p>9) Mengajarkan untuk menyendok nasi yang ada di piring dan mengarahkan ke dalam mulut tanpa tumpah</p> <p>10) Memberikan reward pujian jika bisa melakukan dengan benar</p> <p>11) Mengajarkan untuk menikmati makanan yang disajikan tanpa ada makanan yang tumpah</p> <p>12) Memberikan reward pujian jika bisa melakukan dengan benar</p> <p>13) Mengajarkan untuk merapikan alat makan yang telah digunakan</p> <p>14) Memberikan reward pujian jika bisa melakukan dengan benar</p> <p>Terminasi :</p> <p>1) Menanyakan kepada anak perasaannya setelah mendapat terapi <i>chaining</i> dalam hal makan menggunakan sendok.</p> <p>2) Membuat kontrak yang akan dating dengan anak retardasi mental.</p> <p>3) Mengucapkan salam penutup.</p>	
----	-----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Lampiran 6

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN TEKNIK
CHAINING MAKAN MENGGUNAKAN SENDOK PADA ANAK TUNA
GRAHITA DI PONSOS KALIJUDAN SURABAYA**

Pertemuan 1-6**A. PROSES KEPERAWATAN****1. Kondisi Klien**

DO : Anak tampak bersih setelah mandi

2. Tujuan Khusus

TUK : melatih kemandirian makan menggunakan sendok

**B. STRATEGI KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA ANAK TUNA
GRAHITA****1. Fase Orientasi****a. Salam Terapeutik**

Selamat pagi adik-adik bagaimana hari ini sengang tidak! Nama saya kak ira

b. Evaluasi/Validasi

Bagaiman pagi ini apakah sudah mandi ? Apakah sudah makan ?

c. Kontrak

Nah bagaimana kalau ini nanti kita belajar cara makan dengan baik dan benar dengan saya ? Setiap 2 hari sekali saya akan datang kesini saat pagi-pagi sebelum kalian makan selama 2 minggu.

2. Fase Kerja

a. Nah tadi kita kan sudah berkenalan tentang nama, siapa yang bisa cara makan yang benar tanpa tumpah?

b. Langkah pertama ayo kita siapkan alat-alat makanya? Nah ya begitu bagus!

- c. Kalau sudah ayo kita letakkan makanan dan alat makan di meja masing masing? bagus!
 - d. Sudah, kalau sudah mari kita duduk dengan rapi ya! dan kita akan berdoa!
 - e. Ayo salah satu dari kalian memimpin doa ya..?
 - f. Jangan lupa tangan kanan buat sendok ya? Iya bagus!
 - g. Hayo itu ada tahu yang besar ayo dipotong-potong dulu biar jadi kecil? Ya benar seperti itu bagus dik!
 - h. Nah itu baru pinter potong kecil-kecil lalu dimakan pelan-pelan saja nanti biar tidak tersedak!
 - i. Siapa yang makannya tidak tumpah nanti dapet jempol empat ya?
 - j. Itu baru namanya anak pinter makan tidak tumpah makanya habis, ayo sekarang piringnya dicuci di dapur ayo setelah itu kembali lagi ke meja masing-masing.
 - k. Setelah selesai makan mari kita berdoa sapa yang mau memimpin doa!
3. Fase Terminasi
- a. Evaluasi Subyektif
Bagaiman rasanya kalau makannya bersih rapi dan tidak tumpah enak khan?
 - b. Evaluasi Obyektif
Anak-anak terlihat menghabiskan makanan yang disajikan dan merapikan alat-alat makan yang digunakan
 - c. Rencana Tindak Lanjut
Baiklah, sekian dulu belajar makannya besok kita ketemu lagi ya!
 - d. Kontrak
besok lusa ketemu kakak lagi disini pagi-pagi ya..!

Lampiran 7

Data Hasil Pengukuran Tingkat Kemandirian Makan Awal dan Akhir pada 2 Kelompok Penelitian

1. Kelompok Kontrol

No Respon- den	Jenis kela- min	Usia	Lama tinggal di Ponsos	Penilaian <i>Pre-Test</i>							Total	Ket	Penilaian <i>Post-Test</i>							Total	Ket
				1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7		
1	P	12	1	1	3	3	1	1	2	2	13	2	1	3	2	2	1	2	2	13	2
2	P	12	1	1	2	2	1	1	1	1	9	1	2	2	2	1	1	1	1	9	1
3	P	14	3	2	3	3	2	2	2	1	15	2	2	2	3	3	2	2	1	15	2
4	L	10	1	1	2	2	1	1	1	1	9	1	1	1	2	2	1	1	2	9	1
5	L	18	3	1	2	3	2	3	1	2	14	2	1	2	2	2	3	2	3	15	2
6	L	15	3	1	2	3	2	2	2	2	14	2	1	3	2	2	3	1	2	14	2
7	L	15	2	2	3	2	2	1	1	2	13	2	2	3	2	1	1	1	2	13	2
8	L	13	1	1	2	3	1	1	1	2	11	1	1	3	2	1	2	1	1	12	2
Jumlah				11	19	21	12	12	11	13			11	19	17	14	14	11	14		

Keteterangan:

1= kurang 2= cukup 3= baik

2. Kelompok Perlakuan

No Responden	Jenis kelamin	Usia	Lama tinggal di Ponsos	Penilaian <i>Pre-Test</i>							Total	Ket	Penilaian <i>Post-Test</i>							Total	Ket
				1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7		
1	P	14	3	2	2	3	2	1	2	2	14	2	2	3	3	2	2	2	3	17	3
2	P	12	2	2	1	3	2	1	1	2	12	2	3	2	3	2	2	3	3	18	3
3	P	12	1	1	2	3	1	1	1	1	10	1	2	2	2	2	2	2	2	14	2
4	L	18	3	1	3	3	2	2	1	3	15	2	3	3	3	3	2	2	3	19	3
5	L	14	1	1	2	3	1	1	1	1	10	1	2	3	3	2	3	2	2	17	3
6	L	10	1	1	2	2	1	1	1	1	9	1	2	2	3	2	2	2	2	15	2
7	L	16	3	2	2	3	2	1	2	2	14	2	3	3	3	2	3	2	3	19	3
8	L	13	1	1	2	3	1	2	1	2	12	2	3	3	3	3	2	2	2	18	3
Jumlah				11	16	23	12	10	10	14			20	21	21	18	18	17	20		

Keterangan :

1= kurang 2= cukup 3=banuk

*Lampiran 8***Rekapitulasi Data Perkembangan Kemandirian Makan anak RM pada Kelompok Perlakuan Selama Pertemuan Ke 1-6**

Pertemuan 1

No responden	Jenis kelamin	usia	Lama tinggal	Penilaian perkembangan							total	Kriteria	Ket
				1	2	3	4	5	6	7			
1	P	14	3	3	2	3	2	1	2	2	14	2	Cukup
2	P	12	2	2	2	3	2	1	1	2	13	2	Cukup
3	P	12	1	2	2	3	2	1	1	1	12	2	Cukup
4	L	18	3	1	3	3	2	2	1	3	15	2	Cukup
5	L	14	1	2	2	3	1	1	1	1	11	1	Kurang
6	L	10	1	2	2	2	1	1	1	1	10	1	Kurang
7	L	16	3	2	2	3	2	1	2	2	14	2	Cukup
8	L	13	1	1	2	3	1	2	1	2	12	1	Kurang

Pertemuan 2

No responden	Jenis kelamin	usia	Lama tinggal	Penilaian perkembangan							total	Kriteria	Ket
				1	2	3	4	5	6	7			
1	P	14	3	3	2	3	2	2	2	2	15	2	Cukup
2	P	12	2	2	2	3	2	1	2	2	14	2	Cukup
3	P	12	1	2	2	3	2	1	2	2	14	2	Cukup
4	L	18	3	1	3	3	2	2	2	3	16	3	Baik
5	L	14	1	2	2	3	1	1	2	2	13	2	Cukup
6	L	10	1	2	2	2	1	2	1	1	11	1	Kurang
7	L	16	3	3	2	3	2	1	2	2	15	2	Cukup
8	L	13	1	2	2	3	1	2	2	2	14	2	Cukup

Pertemuan 3

No responden	Jenis kelamin	usia	Lama tinggal	Penilaian perkembangan							total	Kriteria	Ket
				1	2	3	4	5	6	7			
1	P	14	3	3	3	2	2	2	2	2	15	2	Cukup
2	P	12	2	3	2	3	2	1	2	2	15	2	Cukup
3	P	12	1	2	2	2	2	2	2	2	14	2	Cukup
4	L	18	3	1	3	3	2	2	2	3	16	3	Baik
5	L	14	1	2	2	3	1	1	2	2	13	2	Cukup
6	L	10	1	2	2	2	1	2	2	2	13	2	Cukup
7	L	16	3	3	2	3	2	1	2	2	15	2	Cukup
8	L	13	1	2	2	3	2	2	2	2	15	2	Cukup

Pertemuan 4

No responden	Jenis kelamin	usia	Lama tinggal	Penilaian perkembangan							total	Kriteria	Ket
				1	2	3	4	5	6	7			
1	P	14	3	2	2	2	2	2	2	3	15	2	Cukup
2	P	12	2	3	2	2	2	1	2	3	15	2	Cukup
3	P	12	1	2	2	2	2	2	2	2	14	2	Cukup
4	L	18	3	3	2	2	2	2	2	3	16	3	Baik
5	L	14	1	2	3	2	2	1	2	2	14	2	Cukup
6	L	10	1	2	2	3	2	1	2	2	14	2	Cukup
7	L	16	3	3	2	2	2	2	2	2	15	2	Cukup
8	L	13	1	3	3	2	2	2	2	2	16	3	Baik

Pertemuan 5

No responden	Jenis kelamin	usia	Lama tinggal	Penilaian perkembangan							total	Kriteria	Ket
				1	2	3	4	5	6	7			
1	P	14	3	2	2	2	2	2	2	3	15	2	Cukup
2	P	12	2	3	2	2	2	1	2	3	15	2	Cukup
3	P	12	1	2	2	2	2	2	2	2	14	2	Cukup
4	L	18	3	3	2	2	2	2	2	3	16	3	Baik
5	L	14	1	2	3	3	2	1	2	2	15	2	Cukup
6	L	10	1	2	2	3	2	2	2	2	15	2	Cukup
7	L	16	3	3	2	2	2	2	2	3	16	3	Baik
8	L	13	1	3	3	2	2	2	2	2	16	3	Baik

Pertemuan 6

No responden	Jenis kelamin	usia	Lama tinggal	Penilaian perkembangan							total	Kriteria	Ket
				1	2	3	4	5	6	7			
1	P	14	3	2	3	2	2	2	2	3	16	3	Baik
2	P	12	2	3	2	2	2	2	2	3	16	3	Baik
3	P	12	1	2	2	2	2	2	2	2	14	2	Cukup
4	L	18	3	3	3	2	3	2	2	3	18	3	Baik
5	L	14	1	2	3	3	2	2	2	2	16	3	Baik
6	L	10	1	2	2	3	2	2	2	2	15	2	Cukup
7	L	16	3	3	3	2	2	2	2	3	17	3	Baik
8	L	13	1	3	3	3	2	2	2	2	17	3	Baik

*Lampiran 9***Uji Normalitas Data****Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

Frequencies

jumlah	kelompok	N
	kontrol	8
	perlakuan	8
	Total	16

Test Statistics^a

		Jumlah
Most Extreme Differences	Absolute	1.000
	Positive	1.000
	Negative	.000
Kolmogorov-Smirnov Z		2.000
Asymp. Sig. (2-tailed)		.001

a. Grouping Variable: kelompok

*Lampiran 10***Uji Statistik Tingkat Kemandirian Makan pada Kelompok Kontrol****Wilcoxon Signed Ranks Test**

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
POST_TEST - PRE_TEST	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	2 ^b	1.50	3.00
	Ties	6 ^c		
	Total	8		

a. POST_TEST < PRE_TEST

b. POST_TEST > PRE_TEST

c. POST_TEST = PRE_TEST

Test Statistics^b

	POST_TEST - PRE_TEST
Z	-1.414 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.157

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

*Lampiran 11***Uji Statistik Tingkat Kemandirian Makan pada Kelompok Perlakuan****Wilcoxon Signed Ranks Test**

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
POST_TEST - PRE_TEST	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	8 ^b	4.50	36.00
	Ties	0 ^c		
	Total	8		

a. POST_TEST < PRE_TEST

b. POST_TEST > PRE_TEST

c. POST_TEST = PRE_TEST

Test Statistics^b

	POST_TEST - PRE_TEST
Z	-2.536 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.011

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Lampiran 12

**Uji Statistik Perbedaan Tingkat Kemandirian Makan
pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan**

Mann-Whitney Test

		Ranks		
	KELOMPOK	N	Mean Rank	Sum of Ranks
PERBEDAAN	KONTROL	8	4.50	36.00
	PERLAKUAN	8	12.50	100.00
	Total	16		

Test Statistics ^b	
	PERBEDAAN
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	36.000
Z	-3.467
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: KELOMPOK

Lampiran 12

Lembar Konsultasi Proposal Tugas Akhir

Lampiran 13

Undangan Ujian Proposal Tugas Akhir

Lampiran 14

Lembar Revisi Proposal Tugas Akhir

Lampiran 15

Surat Permohonan Ijin Penelitian dan Pengambilan Data

Lampiran 16

Lembar Konsultasi Tugas Akhir

Lampiran 17

Undangan Ujian Tugas Akhir

Lampiran 18

Lembar Revisi Tugas Akhir

CATATAN REVISI**SKRIPSI**

Nama mahasiswa : Irawati
NIM : 131011229
Nama Pembimbing : Ah. Yusuf, SKp., M. Kes

No	HALA MAN	BAB	SARAN PERBAIKAN	HASIL REVISI
1	25	2	<ul style="list-style-type: none"> - Diperjelas tentang konsep operant conditioning - Diperjelas tentang konsep reward and punishment 	Sudah Direvisi
2	32	3	<ul style="list-style-type: none"> - Kerangka konsep learning yang dicantumkan sebaliknya hanya foward chaining 	Sudah Direvisi

Mengetahui ,
Pembimbing II

Ah. Yusuf, SKp., M. Kes