



UNIVERSITAS INDONESIA

**EFEKTIFITAS *VIDEO SELF MODELLING* TERHADAP
KEMAMPUAN MENGGOSOK GIGI PADA ANAK
DENGAN *AUTISME SPECTRUM DISORDERS*
DI KARESIDENAN BANYUMAS**

TESIS

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

**SUMARTI ENDAH PURNAMANINGSIH MARIA MARGARETHA
1006 755 430**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN ANAK
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2012**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber yang digunakan baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Sumarti Endah Purnamaningsih Maria Margaretha

NPM : 1006755430

Tanda tangan :



Tanggal : 10 Juli 2012

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Sumarti Endah Purnamaningsih Maria Margaretha
NPM : 1006755430
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Efektivitas *Video Self-Modelling* Terhadap Kemampuan Menggosok Gigi Pada Anak Dengan *Autisme Spectrum Disorders* Di Karesidenan Banyumas

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dessie Wanda, S.Kp. M.N (.....)

Pembimbing II : Nur Agustini, S.Kp, M.Si (.....)

Penguji : Happy Hayati, S.Kp, M.Kep, Sp. Kep. An (.....)

Penguji : Wiwin Wiarsih, S.Kp, M.N (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 10 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Tuhan yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan tugas menyusun tesis yang berjudul “Riset Tindakan Efektifitas *Video Self Modelling* terhadap kemampuan menggosok gigi pada anak *Autisme Spectrum Disorders*”. Peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dessie Wanda, S.Kp, M.N. selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan tesis ini.
2. Nur Agustini, S.Kp, M.Si. selaku Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan tesis ini.
3. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Astuti Yuni Nursasi, M.N. selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Seluruh dosen keilmuan keperawatan anak yang telah membimbing selama proses studi.
6. Staf non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah banyak membantu menyediakan fasilitas yang dibutuhkan oleh peneliti.
7. Keluarga besarku tercinta yang senantiasa mendukung peneliti dalam penyelesaian studi ini.
8. Rekan-rekan satu angkatan di Program Magister Keperawatan Peminatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang saling mendukung dalam penyelesaian tesis ini.
9. Seluruh responden yang telah membantu sehingga penelitian berjalan dengan lancar.
10. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini.

Selanjutnya peneliti sangat mengharap kritik dan saran demi kesempurnaan dalam penyusunan tesis ini.

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sumarti Endah Purnamaningsih Maria Margaretha
NPM : 1006755430
Program Studi : Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

EFEKTIVITAS *VIDEO SELF-MODELLING* TERHADAP KEMAMPUAN MENGGOSOK GIGI PADA ANAK DENGAN *AUTISME SPECTRUM DISORDERS* DI KARESIDENAN BANYUMAS

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 10 Juli 2012
Yang menyatakan



(Sumarti Endah Purnamaningsih Maria Margaretha)

ABSTRAK

Nama : Sumarti Endah Purnamaningsih Maria Margaretha
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan-Fakultas Ilmu Keperawatan-
Universitas Indonesia
Judul : Efektifitas *Video Self-Modelling* terhadap Kemampuan Menggosok
Gigi pada Anak dengan *Autisme Spectrum Disorders* di Karesidenan
Banyumas

Tesis ini membahas efektifitas *video self-modelling* (VSM) terhadap kemampuan menggosok gigi pada anak dengan *Autisme Spectrum Disorders*. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain single subyek. Hasil penelitian menyarankan untuk penggunaan media VSM dalam merawat anak dengan autisme; disarankan pembuatan VSM dengan media perekam yang sederhana dan penelitian lebih lanjut terkait dengan penggunaan VSM untuk mengajarkan pemenuhan kebutuhan dasar lain.

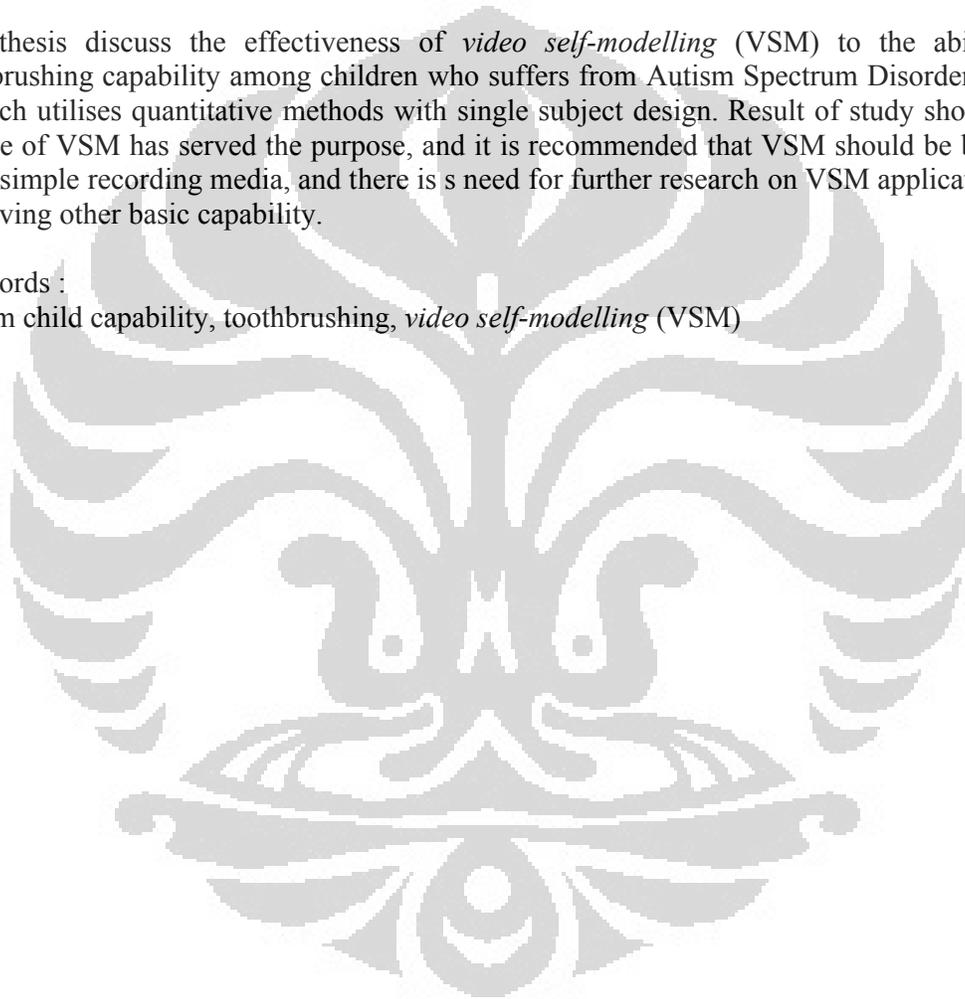
Kata kunci:
Kemampuan anak autisme, menggosok gigi, *video self-modelling*

ABSTRACT

Name : Sumarti Endah Purnamaningsih Maria Margaretha
Study Program : Magister Program of Nursing Science
Faculty of Nursing – University of Indonesia
Title : The Effectiveness of Video Self-Modelling (VSM) to the
Ability of Toothbrushing among Children with Autism
Spectrum Disorders in Banyumas Regency

This thesis discuss the effectiveness of *video self-modelling* (VSM) to the ability of toothbrushing capability among children who suffers from Autism Spectrum Disorders. This research utilises quantitative methods with single subject design. Result of study shows that the use of VSM has served the purpose, and it is recommended that VSM should be built using simple recording media, and there is a need for further research on VSM application for improving other basic capability.

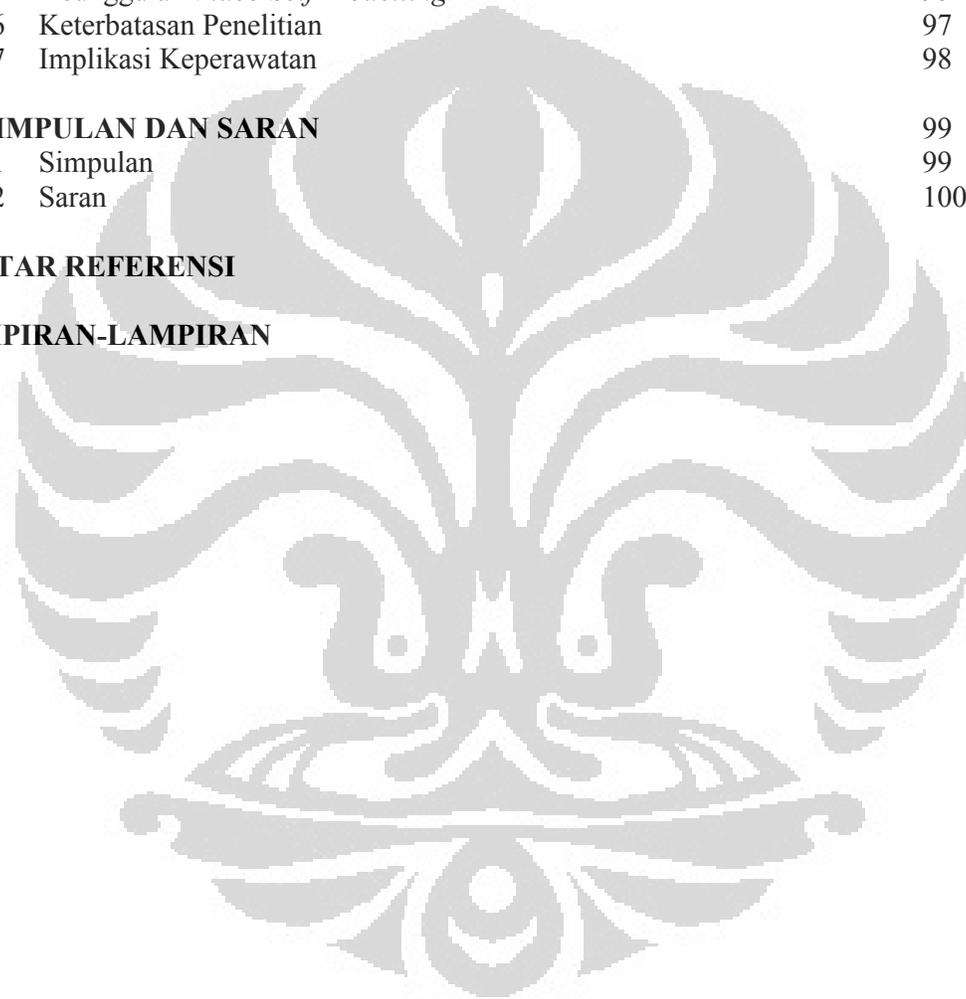
Keywords :
Autism child capability, toothbrushing, *video self-modelling* (VSM)



DAFTAR ISI

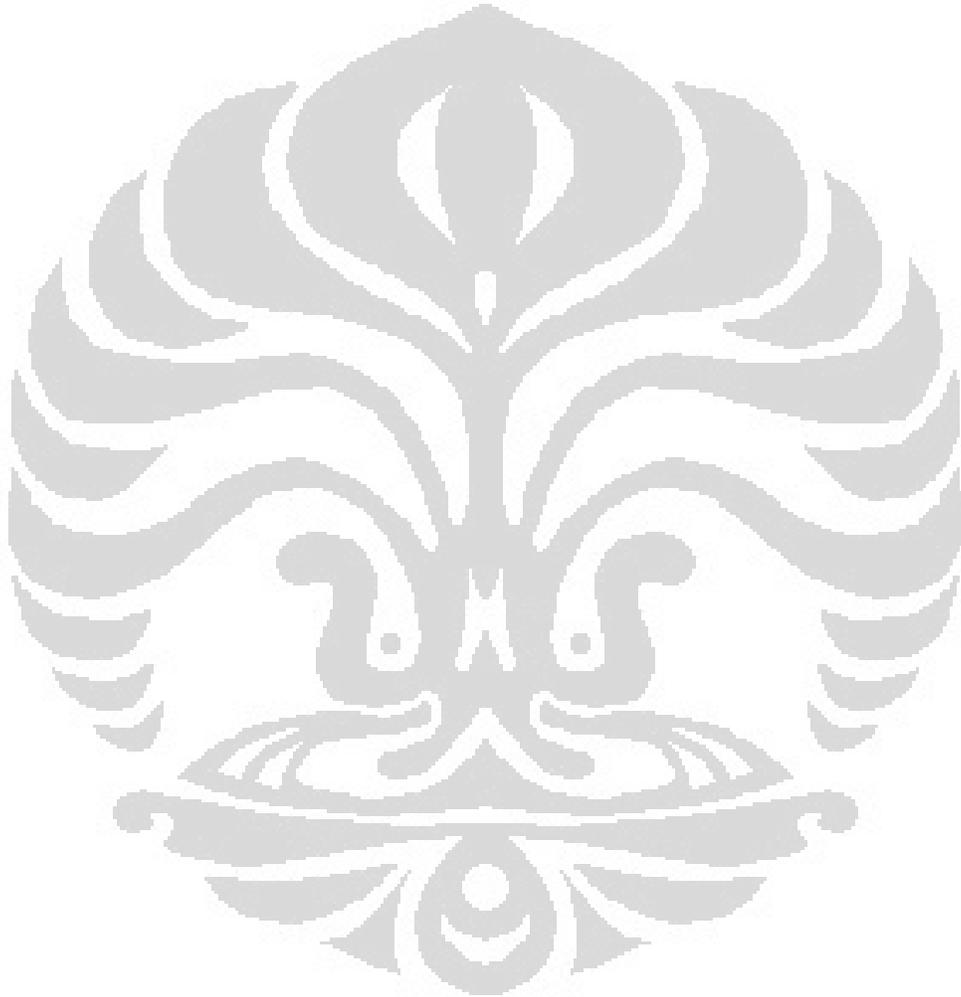
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	v
ABSTRAK BAHASA INDONESIA	vi
ABSTRAK BAHASA INGGRIS	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GRAFIK	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.4 Manfaat Penelitian	11
2. TINJAUAN TEORI	12
2.1 <i>Autisme Spectrum Disorder</i>	12
2.2 <i>Kebutuhan Dasar Anak Autisme Spectrum Disorders</i>	21
2.3 <i>Video Self Modelling</i>	23
2.4 <i>Teori Keperawatan Self-efficacy</i>	26
2.5 Kerangka Teori	32
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	33
3.1 Kerangka Konsep	33
3.2 Hipotesis	34
3.3 Definisi Operasional	34
4. METODOLOGI PENELITIAN	35
4.1 Desain Penelitian	35
4.2 Waktu dan Tempat Penelitian	36
4.3 Populasi dan Sampel	36
4.4 Alat Pengumpul Data	36
4.5 Prosedur Pengumpulan Data	41
4.6 Pengolahan dan Analisis Data	47
4.7 Etika Penelitian	49
5. HASIL PENELITIAN	51
5.1 Deskripsi Partisipan	52
5.2 Setting penelitian	52
5.3 Fase <i>Baseline</i>	53

5.4	Fase Intervensi	60
5.5	Fase Generalisasi	71
5.6	Fase <i>Maintenance</i>	79
6.	PEMBAHASAN	89
6.1	Fase <i>Baseline</i>	89
6.2	Fase Intervensi	90
6.3	Fase Generalisasi	92
6.4	Fase <i>Maintenance</i>	94
6.5	Keunggulan <i>Video Self-Modelling</i>	95
6.6	Keterbatasan Penelitian	97
6.7	Implikasi Keperawatan	98
7.	SIMPULAN DAN SARAN	99
7.1	Simpulan	99
7.2	Saran	100
DAFTAR REFERENSI		
LAMPIRAN-LAMPIRAN		



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Triadic Reciprocal</i>	26
Gambar 2.2 Model Teori <i>Self-efficacy</i>	32



DAFTAR TABEL

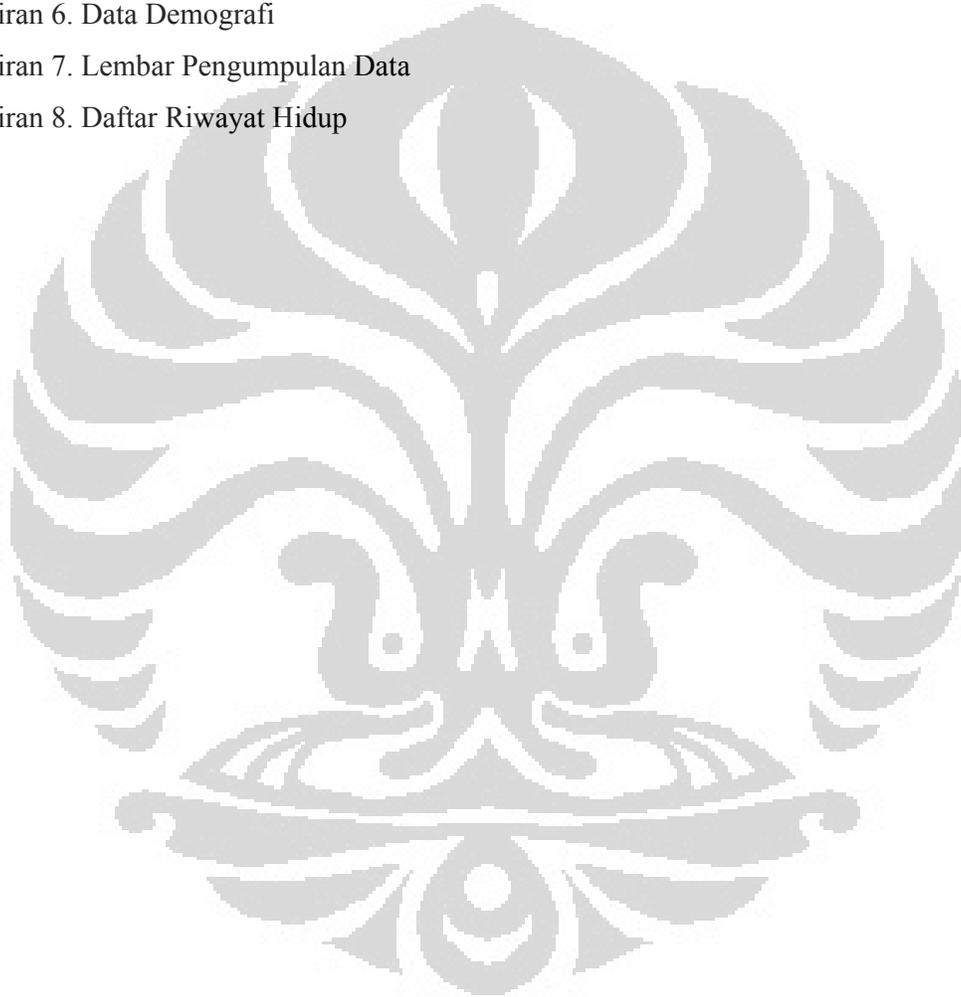
Tabel. 3.1	Analisa Tugas Menggosok Gigi	44
Tabel. 3.2	Lembar Pengumpulan Data	46
Tabel. 4.1	Tabel Fase <i>Baseline</i> untuk Bobo	62
Tabel. 4.2	Tabel Fase <i>Baseline</i> untuk Bubu	63
Tabel. 4.3	Tabel Fase <i>Baseline</i> untuk Iik	65
Tabel. 4.4	Tabel Fase Intervensi untuk Bobo	69
Tabel. 4.5	Tabel Fase Intervensi untuk Bubu	71
Tabel. 4.6	Tabel Fase Intervensi untuk Iik	73
Tabel. 4.7	Tabel Fase Generalisasi untuk Bobo	76
Tabel. 4.8	Tabel Fase Generalisasi untuk Bubu	77
Tabel. 4.9	Tabel Fase Generalisasi untuk Iik	79
Tabel. 4.10	Tabel Fase <i>Maintenance</i> untuk Bobo	81
Tabel. 4.11	Tabel Fase <i>Maintenance</i> untuk Bubu	82
Tabel. 4.12	Tabel Fase <i>Maintenance</i> untuk Iik	83

DAFTAR GRAFIK

Grafik. 4.1	Grafik Fase <i>Baseline</i> untuk Bobo	62
Grafik. 4.2	Grafik Fase <i>Baseline</i> untuk Bubu	64
Grafik. 4.3	Grafik Fase <i>Baseline</i> untuk Iik	66
Grafik. 4.4	Grafik Fase Intervensi untuk Bobo	70
Grafik. 4.5	Grafik Fase Intervensi untuk Bubu	72
Grafik. 4.6	Grafik Fase Intervensi untuk Iik	74
Grafik. 4.7	Grafik Fase Generalisasi untuk Bobo	77
Grafik. 4.8	Grafik Fase Generalisasi untuk Bubu	78
Grafik. 4.9	Grafik Fase Generalisasi untuk Iik	79
Grafik. 4.10	Grafik Fase <i>Maintenance</i> untuk Bobo	81
Grafik. 4.11	Grafik Fase <i>Maintenance</i> untuk Bubu	83
Grafik. 4.12	Grafik Fase <i>Maintenance</i> untuk Iik	84
Grafik. 4.13	Hasil Penelitian dengan Disain <i>Multiple Baseline Cross subjects</i>	85

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Lulus Uji Etik Universitas Indonesia
- Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 3. Ijin Penelitian
- Lampiran 4. Surat Permohonan untuk Berpartisipasi sebagai Partisipan
- Lampiran 5. Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi sebagai Partisipan
- Lampiran 6. Data Demografi
- Lampiran 7. Lembar Pengumpulan Data
- Lampiran 8. Daftar Riwayat Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Autisme adalah gangguan perkembangan pervasif pada anak dimana yang dimaksud dengan pervasif adalah seseorang yang menderita kerusakan jauh di dalam yang meliputi keseluruhan dirinya (Peeters, 2006). Menurut kriteria diagnostik dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders text revision* (DSM IV), gangguan ini ditandai dengan adanya kegagalan atau abnormalitas perkembangan dalam tiga bidang yaitu fungsi interaksi sosial, bahasa yang digunakan dalam komunikasi sosial dan perilaku yang diulang-ulang. Gangguan ini biasanya muncul pada anak sebelum usia tiga tahun. Frith (2003) juga mengemukakan ada tiga bidang area yang utama dari kesulitan atau gangguan pada anak dengan autisme yang disebut dengan *triad of impairments*, yaitu berkaitan dengan interaksi sosial, komunikasi sosial dan imajinasi atau daya khayal sosial.

Saat ini jumlah anak yang menyandang autisme semakin meningkat pesat sehingga menjadi masalah di banyak negara. Menurut *Central for Disease Control and Prevention/CDC* (2009), prevalensi penderita autisme di Amerika Serikat pada tahun 2002 adalah 1 dari setiap 150 anak berusia di bawah 10 tahun atau terdapat sekitar 300.000 anak. Pada tahun 2006, terjadi peningkatan penderita autisme dimana terdapat 1 dari setiap 110 anak menderita autisme atau sekitar 730.000 anak mempunyai gejala autisme dengan estimasi prevalensi 8,6 sampai 9,3 per 1000 anak atau 1 dari setiap 108 anak sampai dengan 1 dari setiap 116 anak.

Berdasarkan data statistik, penderita autisme ini lebih sering terjadi pada anak laki-laki. Jumlah penderita autisme pada anak laki-laki empat sampai lima kali lipat dibandingkan dengan anak perempuan. Pada anak laki-laki terdapat 1 anak autisme dari 70 anak, sedangkan pada anak perempuan terdapat 1 anak autisme dari 315 anak (CDC, 2009)

Di Indonesia, prevalensi penderita autisme juga mengalami peningkatan pesat. Menurut Judarwanto (2006), pada tahun 2004 tercatat 475 anak menderita autisme dan hingga saat ini diperkirakan setiap 1 dari 150 sampai 200 anak mengalami autisme. Insiden autisme pada anak laki-laki juga lebih tinggi daripada anak perempuan di Indonesia. Penderita autisme berjenis kelamin laki-laki 2,6 sampai 4 kali lebih banyak dibandingkan anak perempuan.

Menurut Yayasan Autisme Semarang, jumlah penyandang autisme di Jawa Tengah sampai dengan bulan Juni 2003 mencapai 165 anak dari rentang usia 2 tahun sampai dengan 17 tahun. Dilaporkan di ruang *day care* Psikiatri Anak Dr. Soetomo Surabaya juga terjadi peningkatan anak autisme, di mana pada tahun 2000 jumlah kunjungan anak dengan autisme di ruang tersebut rata-rata 20 orang per tahun. Hal ini sangat berbeda dengan tahun-tahun sebelumnya yang hanya berjumlah 2 hingga 3 orang per tahun (Novia, 2007). Di Karesidenan Banyumas diperkirakan saat ini terdapat sekitar 200 anak penderita autisme. Jumlah tersebut dimungkinkan melebihi jumlah sebenarnya mengingat belum adanya sistem informasi untuk mendapatkan data jumlah keseluruhan penderita autisme.

Banyak faktor yang menyebabkan seorang anak menyandang autisme. Pada saat tahun 1950-1960, penyebab autisme dianggap sebagai akibat perlakuan buruk dari orang tua yang otoriter terhadap anaknya. Autisme dianggap disebabkan oleh pengasuhan ibu yang tidak hangat sehingga anak menjadi menarik diri dan sibuk dengan dunianya sendiri. Namun saat ini sudah banyak penelitian yang dilakukan sehingga ditemukan ada beberapa teori yang menyampaikan tentang penyebab dari autisme antara lain: teori kelebihan Opioid, teori Glutein-Casein (celiac), genetik (herediter), teori kolokistonikin, teori oksitosin dan vasopressin, teori metilatonin, teori imunitas, teori autoimun dan alergi makanan, teori infeksi karena virus vaksinasi, teori sekretin, teori kelainan saluran cerna/*leaky gut*, teori paparan aspartame, teori kekurangan vitamin, mineral dan nutrisi tertentu dan teori orphanin protein (Levy, 2007; Mash & Wolfe, 2010).

Selain penyebab-penyebab di atas, dari penelitian yang dilakukan oleh para pakar dari banyak negara, ditemukan fakta adanya kelainan anatomis pada otak anak dengan autisme (Handojo, 2008). Kelainan tersebut terdapat pada lobus parietalis, cerebellum dan sistem limbik. Dikatakan bahwa 43% penyandang autisme mempunyai kelainan otak pada lobus parietalis. Hal inilah yang menyebabkan anak autisme tidak peduli dengan lingkungannya.

Selain teori penyebab autisme yang beragam, gejala-gejala pada anak autisme juga sangat bervariasi. Kesulitan atau gangguan pada bidang interaksi sosial akan memperlihatkan gejala-gejala ketidakmampuan anak untuk menjalin interaksi sosial non verbal, anak kesulitan bermain dengan teman sebaya, anak tidak memiliki rasa empati dan kurang mampu mengadakan hubungan sosial dan emosional. Gejala-gejala yang mengacu pada kesulitan atau gangguan di bidang komunikasi sosial antara lain anak mengalami keterlambatan bicara atau tidak bisa bicara, anak bisa bicara tetapi tidak untuk berkomunikasi, bahasa yang diucapkan aneh dan diulang-ulang atau stereotip, cara anak bermain kurang imajinatif dan kurang imitasi sosial. Sementara itu, gejala-gejala yang mengacu pada kesulitan atau gangguan di bidang imajinasi sosial yaitu anak tampak mempertahankan minat dengan cara yang khas, anak sering terpaku pada suatu kegiatan rutinitas yang tidak berguna, ada gerakan-gerakan aneh yang khas berulang-ulang dan sering sangat terpukau pada bagian-bagian tertentu dari suatu benda. Seorang anak dapat didiagnosis memiliki gangguan autisme bila kumpulan gejala-gejala di atas tampak sebelum anak mencapai usia 36 bulan atau 3 tahun bahkan pada autisme *infantile* gejalanya sudah ada sejak anak lahir.

Autisme berbeda dengan retardasi mental. Menurut Handojo (2008) ada beberapa kondisi yang termasuk golongan kelainan perilaku selain autisme yaitu *Asperger's Disease*, *Attention Deficit Disorder (ADD)*, *Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD)*, *Speech Delay* maupun *Dyslexia*, sedangkan retardasi mental atau *Mental Retardation* tidak termasuk dalam golongan

kelainan perilaku. Namun banyak anak yang menderita *double handycap*, yaitu selain menderita kelainan perilaku juga mengalami retardasi mental. Dua puluh persen penyandang autisme dianggap memiliki *Intelegentia Quotion* (IQ) rata-rata atau di atas rata-rata (Peeters, 2004). Artinya 80% mengalami *double handycap*, selain menderita autisme juga mengalami retardasi mental atau kelainan lain.

Anak autisme sama dengan anak normal lainnya, dalam hal pemenuhan kebutuhan dasarnya mereka, dimana memiliki kebutuhan-kebutuhan dasar yang sama dengan anak normal lainnya. Menurut Henderson (1966, dalam Tomey & Alligood, 2006) ada 14 macam komponen kebutuhan dasar manusia, yaitu bernapas secara normal, makan dan minum yang cukup, eliminasi, bergerak dan mempertahankan posisi yang dikehendaki, istirahat dan tidur, memilih pakaian yang tepat, mempertahankan suhu tubuh, menjaga tubuh tetap bersih dan rapi, menghindari bahaya dari lingkungan, berkomunikasi, beribadah, bekerja, bermain/rekreasi dan belajar. Semua anak berhak untuk dapat dipenuhinya semua kebutuhan dasar tersebut.

Anak yang menderita autisme juga memiliki kebutuhan-kebutuhan dasar tersebut. Namun akibat dari gangguan perkembangan yang dialami menyebabkan mereka tidak atau kurang mampu memenuhi kebutuhannya tersebut secara mandiri. Kondisi ini akan lebih sulit ketika anak autisme juga mengalami kondisi *double handycap*, dimana mereka memerlukan bantuan atau pelayanan yang lebih kompleks. Biasanya anak-anak ini tidak atau kurang mampu melakukan secara mandiri keterampilan-keterampilan yang merupakan aktivitas fungsional sehari-hari yang sangat dibutuhkan dalam keberlangsungan kehidupannya, seperti makan, minum, mandi, gosok gigi, berpakaian, buang air besar (BAB), buang air kecil (BAK) dan aktivitas-aktivitas lain. Bisa dibayangkan bagaimana kehidupan mereka di masa depan ketika dalam memenuhi kebutuhan yang paling mendasar pun mereka harus dibantu.

Pada anak autisme, pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* khususnya kebersihan gigi perlu diperhatikan, mengingat bahwa anak ASD sangat rentan mengalami kerusakan gigi. Dari penelitian yang dilakukan oleh Jaber (2011) didapatkan hasil bahwa anak-anak dengan autisme menunjukkan prevalensi karies lebih tinggi, kebersihan mulut yang buruk, dan kebutuhan perawatan gigi yang tidak terpenuhi. Dari penelitian tersebut ditemukan 96,7% dari seluruh responden memiliki kesehatan gigi yang buruk dan 97,0% dari anak-anak autistik ini menderita radang gusi. Kerusakan gigi akan bertambah parah seiring bertambahnya usia dan tumbuhnya gigi geraham. Kerusakan yang parah akan memperburuk kondisi kesehatan anak dan mengganggu kenyamanan serta menambah kesulitan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi, sehingga kebutuhan akan kebersihan gigi pada anak autisme sangat penting.

Untuk dapat memenuhi kebutuhan tersebut, anak dengan autisme perlu dilatih keterampilan-keterampilan sosial yang dapat melatih kemandirian anak dalam pemenuhan kegiatan sehari-hari. Pendekatan dalam mengajarkan anak autisme tentang keterampilan-keterampilan sosial adalah menekankan pada pembelajaran sosial (*social learning*). Menurut Bandura (2001), konsep pembelajaran sosial ini berbasis pada *triadic reciprocity causation*, dimana manusia mampu meregulasi diri melalui interaksi 3 aspek yaitu tingkah laku (*behavior*), lingkungan dan faktor personal. Pendekatan belajar sosial (*social learning*) ini mengkaji perilaku dalam hal konteks sosial dan implikasinya dalam fungsi personal (Bandura, 2001).

Dalam teori *social learning* ini disampaikan bahwa manusia mampu belajar baik itu sikap, keterampilan maupun perilaku, sebagian besar merupakan hasil pengamatan. Cara yang paling tepat untuk pembelajaran ini adalah dengan memberikan pelatihan keterampilan sosial (*social skills training*). Teknik pembelajaran yang digunakan dalam pelatihan keterampilan sosial antara lain: *modelling* (pemodelan/pemberian contoh), *role playing* (permainan peran), dan *rehearsal* (latihan/pengulangan).

Modelling adalah belajar melalui observasi bukan sekedar meniru tetapi meliputi proses kognitif. *Modelling* bisa dilakukan dengan menggunakan media obyek yang sebenarnya yaitu manusia, suara-suara dan gambar. Gambar bisa berupa gambar mati atau tidak bergerak maupun gambar hidup. Gambar hidup ini akan memperlihatkan perilaku tertentu. Untuk mendapatkan gambar hidup bisa menggunakan media video.

Teknik yang melibatkan demonstrasi perilaku yang diinginkan melalui representasi video disebut *video modelling*. Intervensi model melalui representasi video (*video modelling*) akan melibatkan individu untuk menonton demonstrasi yang ditayangkan dalam video dan kemudian meniru perilaku model. Anak-anak akan mendapatkan keterampilan yang luas dengan mengamati orang lain melakukan, bukan hanya melalui pengalaman pribadi anak sendiri. Bandura juga menemukan bahwa orang akan meniru dan melakukan perilaku dengan atau tanpa kehadiran model pada waktu lain. Jika seorang anak tidak mempunyai model maka ia tidak akan mampu meniru perilaku model. Model bagi anak-anak yang paling mungkin untuk hadir adalah orang yang mereka anggap kompeten dan mirip dengan mereka, misal karakteristik fisik, usia, kelompok yang sama dan etnis yang sama (Bandura, 1997).

Dalam *video modelling*, model yang digunakan dalam video bisa orang dewasa, teman sebaya, kelompok, saudara kandung, diri sendiri sebagai model (*Video Self Modelling/VSM*) maupun kombinasi atau campuran dari berbagai model (Kathleen, 2007). VSM adalah aplikasi spesifik pemodelan video yang memungkinkan anak untuk meniru perilaku yang ditargetkan dengan mengamati dia atau dirinya yang berhasil melakukan perilaku tertentu (Dorwick, 2011). Salah satu penelitian yang dilakukan oleh Hitchcock, Dowrick dan Prater (2003) telah menunjukkan bahwa VSM adalah pemodelan yang efektif untuk memodifikasi perilaku anak-anak dan meningkatkan keterampilan akademik mereka.

Penelitian tentang VSM juga dilakukan berbasis di sekolah karena banyak siswa yang beresiko mengalami kegagalan karena prestasi akademik yang rendah atau perilaku anak autisme yang mengganggu di dalam kelas. *Skinner's operant behavior theory* juga mendukung intervensi VSM ini karena orang dapat membedakan dengan jelas antara perilaku negatif dan positif dengan melihat diri mereka sendiri (Hitchcock, Dowrick & Prater, 2003). Ketika seseorang melihat dirinya berhasil melakukan sesuatu, maka hal ini merupakan informasi yang paling tepat tentang bagaimana cara yang terbaik untuk melakukan sesuatu sehingga berhasil dan hal ini akan meningkatkan *self-efficacy* anak.

Dalam teori keperawatan yang dikemukakan oleh Resnick tentang *self-efficacy* dijelaskan bahwa yang dimaksud dengan *self-efficacy* adalah keputusan seseorang dalam kemampuannya untuk mencapai hasil atau penampilan yang diinginkan dari tindakan yang dilakukan. *Self-efficacy* merupakan penentu perilaku bagi seseorang ketika memilih harus terlibat dan gigih menghadapi tantangan atautkah sebaliknya, juga memberikan dasar untuk motivasi, kesejahteraan dan prestasi pribadi seseorang (Resnick dalam Peterson, 2004). Seseorang yang memiliki tingkat *self-efficacy* yang tinggi akan memiliki kapasitas yang baik dalam mengatur tingkah lakunya.

Konsep *self-efficacy* dapat diaplikasikan pada pasien dengan berbagai masalah. Banyak penelitian keperawatan tentang *self-efficacy* dalam berbagai kondisi kesehatan termasuk di antaranya pada kondisi penyakit kronis, antara lain pada pasien dengan asma, COPD, penyakit jantung, pasien post operasi jantung, diabetes dan HIV. Tetapi sampai saat ini belum ada penelitian tentang *self-efficacy* untuk anak dengan autisme terutama dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya. Dari uraian di atas, dengan konsep teori pembelajaran sosial yang disampaikan oleh Bandura, *video modelling* khususnya *video self modelling* dapat diterapkan sebagai alternatif terapi yang mempengaruhi *self-efficacy* dalam melatih keterampilan sosial pada anak dengan autisme.

Pada saat ini peran perawat khususnya perawat anak dalam pemberian terapi pada anak dengan autisme masih minimal. Profesi yang banyak berperan dalam merawat atau melakukan terapi pada anak autisme adalah dokter, psikolog, terapis wicara, fisioterapis, *social worker* dan terapis-terapis lain.

Padahal sebetulnya banyak peluang perawat untuk bisa menjalankan perannya dalam menangani anak dengan autisme. Seperti yang disampaikan Pinto-Martin, Souders, Giarelli & Levy (2005), peran perawat dalam mengelola anak autisme bisa dimulai dari tatanan perawatan dasar yaitu melakukan identifikasi, *screening*, dan deteksi dini serta melakukan rujukan untuk anak yang beresiko ASD pada usia dini.

Peluang yang besar juga ada di Karesidenan Banyumas, dimana pada saat ini belum ada pusat terapi yang khusus melayani anak-anak autisme. Selama ini, bagi keluarga yang mampu dan menyadari anaknya mengalami autisme maka membawa anaknya ke Sekolah Luar Biasa (SLB) atau membawa anaknya untuk mengikuti terapi di luar kota, misalnya di Jakarta atau Yogyakarta. Untuk keluarga yang tidak mampu, mereka hanya merawat anaknya di rumah, bahkan cenderung disembunyikan di rumah karena dianggap anak yang nakal dan mengganggu teman-temannya.

Salamonsen (2007) juga mengemukakan bahwa area penting peran perawat dalam diagnosis autisme dimulai dari mengetahui gejala-gejala autisme, mengetahui alternatif pilihan untuk terapi atau perawatan, sebagai pendukung yang bisa mendengar dan memberi dukungan pada keluarga. Perawat juga berperan sebagai edukator maupun konsultan bagi keluarga dengan anak autisme di tatanan pelayanan dasar maupun di klinik. Selain itu, perawat juga berperan sebagai *care giver* dalam melakukan implementasi pada anak dengan ASD. Jadi sebetulnya peran perawat anak dalam menangani anak dengan ASD ini cukup banyak.

Salah satu peran perawat anak dalam penanganan anak ASD adalah menjadi *care giver* dalam implementasi keperawatan. Implementasi keperawatan bisa

berupa bantuan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan dasar pada anak dengan autisme. Sampai saat ini, di Indonesia belum ada data yang menunjukkan peran nyata perawat anak dalam pemenuhan kebutuhan dasar ini, termasuk tindakan-tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat yang sifatnya menstimuli anak autisme untuk mampu melakukan aktivitas kehidupan sehari-harinya secara mandiri maupun terapi yang meningkatkan kemampuan kemandirian dalam pemenuhan kebutuhan dasar pada anak autisme.

Dalam melaksanakan peran tersebut, perawat dapat menggunakan VSM sebagai media untuk melakukan intervensi secara mandiri dalam meningkatkan *self-efficacy* anak autisme ketika melatih kemandirian anak autisme dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari, misalnya pemenuhan kebutuhan nutrisi (makan, minum), *personal hygiene* (mandi, menggosok gigi) dan lain-lain. Namun dari penelusuran penulis, di Indonesia belum pernah dilakukan penelitian tentang penggunaan VSM dalam melatih kemandirian anak autisme dalam pemenuhan kebutuhan dasar yang dilakukan oleh perawat. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti efektivitas VSM terhadap kemampuan menggosok gigi pada anak dengan *Autisme Spectrum Disorders*.

1.2 Perumusan masalah

Autisme merupakan salah satu gangguan perkembangan pada anak yang menunjukkan peningkatan angka kejadiannya. Insiden autisme di dunia maupun di Indonesia cukup tinggi. Dahulu autisme dianggap sebagai kelainan seumur hidup yang tidak bisa disembuhkan, namun ternyata dengan diberikan terapi gejala-gejala autisme itu dapat dikoreksi. Anak autisme dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri sesuai kemampuan optimal yang mampu dicapainya. Kebutuhan-kebutuhan dasar sehari-hari bisa diajarkan sehingga mengurangi tingkat ketergantungannya terhadap orang lain.

Untuk dapat memenuhi kebutuhan itu, anak autisme harus dilatih. Pendekatan dalam mengajarkan keterampilan sosial pada anak autisme menekankan pada pembelajaran sosial (*social learning*). Pembelajaran sosial menjadi konsep dasar dalam pelatihan keterampilan sosial (*social skill training*). Salah satu teknik *social skill training* adalah teknik *modelling*.

Dalam intervensi *modelling*, peran model sangat berpengaruh terhadap hasil. Model bisa dilakukan oleh orang lain (teman sebaya, orang dewasa lain) maupun dirinya sendiri. Perilaku model bisa direpresentasikan melalui media video. Video menjadi alat bantu untuk menampilkan perilaku model yang melakukan tugas yang diamati dengan maksud akan ditiru oleh pengamat yaitu anak autisme. Bila dalam video menggunakan model anak yang akan mengamati itu sendiri, maka dinamakan *video self-modelling* (VSM).

Penggunaan VSM sangat efektif karena meningkatkan *self-efficacy* anak autisme. Anak akan merasa mampu untuk meniru tugas yang ditampilkan pada video ketika dia melihat dirinya telah berhasil melakukan tugas yang ada digambar video tersebut. Oleh karena itu VSM bisa digunakan untuk melatih keterampilan sosial sehari-hari sehingga kemandirian anak dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya bisa terpenuhi secara mandiri.

Dari uraian di atas, peneliti tertarik untuk mengetahui apakah intervensi VSM efektif terhadap pemenuhan kebutuhan dasar: menggosok gigi pada anak *Autisme Spectrum Disorders* (ASD) di Karesidenan Banyumas?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan mengetahui efektivitas VSM terhadap kemampuan menggosok gigi pada anak ASD.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Diketuinya karakteristik responden

- 1.3.2.2 Diketuainya kemampuan awal responden dalam menggosok gigi pada fase *baseline*.
- 1.3.2.3 Diketuainya kemampuan menggosok gigi responden pada fase intervensi, generalisasi dan *maintenance*.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.2 Manfaat untuk anak Autisme dan keluarga

Anak autisme diharapkan mendapatkan intervensi yang lebih bervariasi dan lebih dekat dengan dirinya, yaitu intervensi menggunakan VSM. Terapi ini akan menambah variasi atau bahkan menjadi alternatif terapi pilihan untuk meningkatkan kemampuan kemandirian anak autisme dalam pemenuhan kebutuhan dasar jadi mampu mandiri sesuai kemampuannya.

1.4.3 Manfaat untuk Profesi Perawat

Dijadikan alternatif intervensi dalam perawatan pemenuhan dasar manusia khususnya anak dengan autisme sehingga bisa dipakai sebagai bagian dari intervensi mandiri keperawatan yang diharapkan akan meningkatkan pengakuan terhadap perawat sebagai profesi mandiri.

1.4.4 Manfaat untuk Peneliti

Penelitian ini bermanfaat untuk mengaplikasikan sebagai intervensi mandiri keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan dasar anak dengan video sebagai alat bantu dan mengaplikasikan metodologi penelitian terutama mengidentifikasi efektivitas VSM untuk meningkatkan kemampuan keterampilan sosial anak autisme dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya khususnya kebutuhan *personal hygiene*: gosok gigi. Selain itu juga dapat menjadi informasi dan gagasan untuk pengembangan dan peningkatan asuhan pada anak dengan ASD. Penelitian ini juga dapat menjadi awal bagi penelitian selanjutnya baik yang berkaitan dengan autisme, intervensi VSM maupun pemenuhan kebutuhan dasar lainnya.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Bab ini akan menguraikan landasan teori yang berkaitan dengan pengertian *Autisme Spektrum Disorder* (ASD), prevalensi, kriteria diagnostik, penyebab dan terapi yang bisa diberikan pada anak dengan ASD. Selain itu juga akan diuraikan tentang kebutuhan dasar pada anak ASD, *Video Self Modeling* dan teori keperawatan tentang *self-efficacy*.

2.1 *Autisme Spectrum Disorder* (ASD)

2.1.1 Definisi

Banyak definisi-definisi yang dikemukakan berkaitan dengan ASD. Menurut Levy, Mandell dan Schultz (2009) yang dimaksud dengan autisme adalah gangguan *neurodevelopmental* yang termasuk dalam kategori gangguan pervasif, dengan karakteristik kerusakan pervasif pada *reciprocal socialisation*, kerusakan kualitatif dalam komunikasi dan perilaku yang tidak biasa dan selalu diulang-ulang. Selaras dengan definisi di atas, Frith (2003) menyampaikan tentang *triad of impairments* yang merupakan karakteristik dari autisme yang meliputi kerusakan interaksi sosial, komunikasi sosial dan imajinasi sosial.

Power (1989) mengemukakan bahwa ada 6 gangguan yang berkaitan dengan karakteristik anak dengan autisme yaitu gangguan di bidang interaksi sosial, komunikasi (bahasa dan bicara), perilaku-emosi, pola bermain, gangguan sensorik dan motorik perkembangan terlambat atau tidak normal. Mash dan Wolfe (2010) juga mengemukakan definisi tentang autisme di mana menurut mereka ASD atau autisme adalah gangguan perkembangan yang kompleks dengan karakteristik kelainan pada fungsi sosial, bahasa dan komunikasi, serta tingkah laku dan minat yang tidak biasa. Autisme mencakup seluruh aspek dalam interaksi anak dalam dunianya, melibatkan banyak bagian dalam otak, dan melemahkan sifat tanggung jawab sosial, kemampuan komunikasi, dan

perasaan kepada orang lain (Mash & Wolfe, 2010). Dari beberapa pengertian di atas bisa disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan autisme adalah suatu gangguan perkembangan pervasif yang ditandai dengan kerusakan interaksi sosial, komunikasi sosial dan perilaku yang tidak biasa dan berulang atau stereotip.

2.1.2 Prevalensi

Penderita autisme saat awal diperkenalkan oleh Leo Kanner pada tahun 1943 sejumlah 4-5 per 10.000 anak, selanjutnya dari survei yang dilakukan antara tahun 1966 sampai tahun 1998 di 12 negara yaitu Amerika Serikat, Inggris, Denmark, Jepang, Swedia, Irlandia, Jerman, Kanada, Perancis, Norwegia, Islandia, termasuk Indonesia, ditemukan jumlah kasus baru atau prevalensi penderita autisme berkisar antara 0,7-21,1/10.000, dengan rata-rata 5,2/10.000 atau 1/1923. Untuk insiden semua bentuk *Pervasive Developmental Disorders*, prevalensinya adalah 18,7/10.000 atau 1/535 (Fombonne dalam Ratajczak, 2011).

Situs *The Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network* melakukan analisis data dengan membandingkan prevalensi autisme pada tahun 2002 dengan tahun 2006 hasilnya prevalensi autisme 1/150 pada tahun 2002 dan 1/110 pada tahun 2006 dengan kenaikan rata-rata keseluruhan dari tahun 2002 sampai tahun 2006 adalah 57%. Prevalensi terbaru untuk Amerika Serikat adalah rata-rata 1/110 (*Center for Disease Control and Prevention*, 2010). Prevalensi autisme di Inggris lebih tinggi daripada di Amerika Serikat. Pada tahun 2006, prevalensi autisme dalam kohort anak-anak di South Thames adalah 1/86 (Baird, et al., 2006). Tiga tahun kemudian, sebuah studi berbasis sekolah di Cambridgeshire melaporkan prevalensi 1/64 (Baron-Cohen et al., 2009).

2.1.3 Kriteria Diagnostik

Menurut *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition (DSM-IV) dan *International Classification of Diseases*, 10th

edition (ICD-10) yang termasuk gangguan perkembangan pervasif (*Pervasif Developmental Disorder/PDD*) adalah gangguan autistik, *sindrome Asperger*, *pervasive developmental disorder-not otherwise specified* (PDD-NOS), *sindrome Rett* dan *childhood disintegrative disorder* (CDD) (WHO, 1993).

Berikut uraian dari gangguan yang termasuk dalam PDD di atas, *Autistic Spectrum Disorder* (ASD) atau autisme merupakan gangguan dengan gejala yang muncul sebelum usia 3 tahun dan ditunjukkan adanya hambatan dalam interaksi sosial, komunikasi dan kemampuan bermain secara imajinatif serta adanya perilaku stereotip pada minat dan aktivitas. *Asperger's Syndrome* merupakan sindrome hambatan perkembangan interaksi sosial dan adanya minat dan aktivitas yang terbatas, secara umum tidak menunjukkan keterlambatan bahasa dan bicara, serta memiliki tingkat intelegensia rata-rata hingga di atas rata-rata.

Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified (PDD-NOS) berlaku bila seorang anak tidak menunjukkan keseluruhan kriteria pada diagnosa tertentu (Autisme, Asperger atau *Rett Syndrome*). *Rett's Syndrome* lebih sering terjadi pada anak perempuan dan jarang terjadi pada anak laki-laki. Penderita sempat mengalami perkembangan yang normal kemudian terjadi kemunduran/kehilangan kemampuan yang dimilikinya; kehilangan kemampuan fungsional tangan yang digantikan dengan gerakan-gerakan tangan yang berulang-ulang pada rentang usia 1-4 tahun.

Childhood Disintegrative Disorder (CDD) merupakan kondisi yang menunjukkan perkembangan yang normal selama 2 tahun pertama usia perkembangan kemudian tiba-tiba kehilangan kemampuan-kemampuan yang telah dicapai sebelumnya. Dari uraian tersebut, ahli klinis dan peneliti menyepakati bahwa yang termasuk dalam *autism spectrum disorder*

(ASD) adalah autisme, *sindrome asperger* dan PDD-NOS (Levy, Mandell, & Schultz, 2009).

Karakteristik penderita autisme dalam kriteria diagnostic DSM IV-TR menurut *American Psychiatric Association* (2000) adalah:

- A. Harus ada sedikitnya 6 gejala dari (1), (2) dan (3) dengan minimal 2 gejala dari (1) dan masing-masing 1 gejala (2) dan (3) kriteria di bawah ini:
1. Kelemahan kualitatif dalam interaksi sosial, yang termanifestasi dalam sedikitnya 2 dari gejala berikut ini:
 - a. Kelemahan dalam penggunaan perilaku nonverbal, seperti kontak mata, ekspresi wajah, sikap tubuh, gerak tangan dalam interaksi sosial.
 - b. Kegagalan dalam mengembangkan hubungan dengan teman sebaya sesuai tingkat perkembangannya.
 - c. Kurangnya kemampuan untuk berbagi perasaan dan empati dengan orang lain.
 - d. Kurang mampu mengadakan hubungan sosial dan emosional timbal balik.
 2. Kelemahan kualitatif dalam bidang komunikasi. Minimal harus ada 1 dari gejala berikut ini:
 - a. Perkembangan bahasa lisan (bicara) terlambat atau sama sekali tidak berkembang dan anak tidak mencari jalan untuk berkomunikasi secara non verbal.
 - b. Bila anak bisa bicara, maka bicaranya tidak digunakan untuk berkomunikasi.
 - c. Sering menggunakan bahasa yang aneh, stereotipe dan berulang-ulang
 - d. Kurang mampu bermain imajinatif (*make believe play*) atau permainan imitasi sosial lainnya sesuai dengan taraf perkembangannya.

3. Pola perilaku serta minat dan kegiatan yang terbatas, berulang. Minimal harus ada 1 dari gejala berikut ini:

- a. Preokupasi terhadap satu atau lebih kegiatan dengan fokus dan intensitas yang abnormal/berlebihan.
- b. Terpaku pada suatu kegiatan ritualistik atau rutinitas seperti menggerak-gerakan tangan, bertepuk tangan, menggerakkan tubuh.
- c. Sikap tertarik yang sangat kuat/preokupasi dengan bagian-bagian tertentu dari obyek.

B. Keterlambatan atau abnormalitas muncul sebelum usia 3 tahun minimal pada salah satu bidang: (1) interaksi sosial, (2) kemampuan bahasa dan komunikasi, (3) cara bermain simbolik dan imajinatif.

C. Bukan disebabkan oleh Sindroma Rett atau Gangguan Desintegratif Masa Anak

2.1.3 Penyebab ASD

Autisme memiliki penyebab yang multifaktoral. Penyebab autisme yang utama adalah karena faktor genetik. Hal itu dibuktikan dari hasil penelitian DeFransesco (2001) menyatakan bahwa pada anak yang kembar identik atau monozigotik, jika salah satu menderita autisme maka 90% kembar lainnya akan mengalami gejala-gejala autisme. Sebaliknya pada anak yang kembar dizigotik, jika salah satu yang menderita autisme maka kemungkinan kembar lainnya memiliki gejala-gejala autisme hanya sebesar 2-3%. Ini menunjukkan bahwa faktor genetik merupakan salah satu penyebab autisme.

Penelitian yang dilakukan oleh Walsh, Usman and Tarpey (2001) menunjukkan hasil bahwa penyebab autisme bisa disebabkan karena gangguan metabolisme logam (*metal metabolism disorder*). Hal ini dibuktikan dari hasil penelitiannya yang melaporkan adanya peningkatan

kadar logam berat pada darah dan urine anak autisme. Analisis menunjukkan bahwa 85% subyek anak autisme menunjukkan rasio kadar Cu: Zn yang sangat tinggi dan 99% menunjukkan kejadian *metal metabolism disorder*, berkaitan dengan kerusakan metallothionein. Metallothionein adalah merupakan sistem utama yang dimiliki oleh tubuh dalam mendetoksifikasi air raksa, timbal dan logam berat lainnya. Kerusakan metallothionein ini dapat menyebabkan gangguan gastrointestinal, tract problems, peningkatan sensitivitas terhadap logam beracun dan abonormalitas perilaku, di mana hal-hal tersebut merupakan gejala dari autisme.

Penyebab autisme yang lain adalah berkaitan dengan neurotoksisitas merkuri (*neurotoxicity of mercury*). Merkuri dikenal neurotoksik dan memiliki efek merusak kekebalan tubuh. Merkuri di dalam tubuh akan merangsang endotel dan interleukin (IL)-6 melepas sel mast. Mediator ini akan mengganggu *blood-brain barrier* dan menyebabkan radang otak. Kondisi radang pada otak inilah yang mendukung terjadinya autisme (Kempuraj et al., 2010).

Thimerosal juga terbukti mendukung kejadian anak dengan autisme. Thimerosal yang merupakan bahan pengawet vaksin mengandung 49% etil mercury. Gejala utama pada anak dengan autisme sangat mirip dengan gejala-gejala dari seseorang yang keracunan merkuri, seperti gangguan kejiwaan (misalnya: gangguan sosialisasi, stereotipe, depresi, kecemasan dan neurosis), mudah terjadi alergi dan asma, kenaikan autoantibodi IgG terhadap otak dan myelin dasar protein dan penurunan sel fungsi pembunuh alami (*natural killer cell function*). Dari kesamaan itu diyakini thimerosal merupakan salah satu penyebab dari autisme (Bernard, Enayati, Redwood, Roger, & Binstock, 2001). Berkaitan dengan hal tersebut, Dufault et al (2009) menyampaikan banyak sekali sumber-sumber merkuri di sekitar lingkungan kita, dimana apabila terjadi akumulasi paparan merkuri dalam tubuh bisa menyebabkan autisme. Sumber-sumber tersebut

bisa dari polutan udara, tanah, air, debu, produk-produk makanan yang dikonsumsi, amalgam gigi, ikan dan makanan laut. Merkuri juga ditemukan pada sirup jagung tinggi fruktosa. Dufault juga menyampaikan bahwa konsumsi sirup jagung tinggi fruktosa dapat mempengaruhi perilaku anak dengan *Attention Deficit Hyperactive Disorder* (ADHD), di mana ADHD berhubungan dengan autisme. Selain itu beberapa zat pewarna buatan telah terbukti menyebabkan defisiensi zinc. Zinc dalam tubuh penting untuk menjaga proses metabolisme yang dibutuhkan untuk menghilangkan merkuri dalam tubuh. Kekurangan zat besi, zinc, yodium, selenium, tembaga, mangan, fluor, kromium dan molibdenum menyebabkan penurunan kesehatan, perubahan fungsi saraf sehingga berdampak pada perilaku.

Hasil penelitian Dziobek, Bahnemann, Convit and Heekeren (2010) menyatakan adanya bukti anatomi yang tidak normal dari sistem fusiform-amygdala dan berkaitan dengan defisit perilaku dari anak autisme. Amygdala pada sistem limbik juga bertanggung jawab terhadap rangsang sensoris pendengaran, penglihatan, perabaan dan rasa. Sehingga kelainan pada amygdala akan mengakibatkan gangguan rangsang sensoris tersebut. Kondisi tersebut ditemukan pada anak-anak dengan autisme.

Ada hubungan antara usia orang tua saat dengan kejadian autisme. Hal ini ditunjukkan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Shelton, Tancredi and Hertz-Picciotto (2010) dimana usia orang tua baik ayah ataupun ibu yang mengandung ketika usia sudah tua ternyata berkontribusi terhadap peningkatan resiko memiliki anak autisme. Ternyata kecenderungan menunda melahirkan anak memberikan kontribusi kenaikan angka penderita autisme sekitar 4,6%.

Kondisi infeksi pada saat kehamilan juga memberi kontribusi terjadinya autisme. Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Atladottir et al (2010) menunjukkan bahwa kondisi kehamilan pada seorang wanita

menyebabkan immunosupresi, sehingga membuat ibu dan janin yang dikandungnya lebih rentan terhadap infeksi. Infeksi karena virus yang terjadi pada ibu hamil trimester pertama dan infeksi karena bakteri pada ibu hamil trimester kedua berhubungan dengan diagnosis autisme pada anak yang dilahirkannya. Infeksi atau agen infeksi yang berkaitan dengan kejadian perilaku autistik antara lain ensefalitis yang disebabkan oleh campak, rubella, herpes virus simplex, gondok, varicella, cytomegalovirus, gondongan. Encefalitis karena infeksi virus yang menyebabkan autisme sering terjadi di dalam rahim (Libbey, Sweeten, McMahon, & Fujinami, 2005)

Obat-obatan juga dapat menyebabkan terjadinya autisme. Ada hubungan antara autisme dan cacat bawaan dengan riwayat penggunaan thalidomide oleh ibu saat hamil. Banyak juga obat lain yang dikonsumsi pada awal kehamilan yang berkaitan dengan kejadian autisme, antara lain: Misoprosol, analog dengan prostaglandin yang digunakan untuk pencegahan ulkus lambung (Landrigan, 2010). Juga penggunaan acetaminophen yang berulang kali akan menyebabkan penipisan sulfat dan glutation dan anak akan menampilkan gejala autisme, seperti hasil penelitian Schultz (2010) yang menyatakan bahwa anak-anak yang diberikan acetaminophen setelah menerima vaksin MMR II secara bermakna lebih cenderung menjadi autis dibandingkan dengan anak-anak yang diberi ibuprofen.

Penyebab autisme yang lain adalah pestisida. *Organophosphate pesticides* yang biasa digunakan untuk membasmi serangga baik di rumah, sekolah dan lahan-lahan pertanian dapat meracuni syaraf. Paparan pestisida ketika ibu mengandung (prenatal), maupun paparan langsung dari makanan, minuman atau pestisida yang digunakan terbukti menyebabkan ADHD. Data membuktikan adanya hubungan antara dimethy-lalkylphosphate (DMAP) yang mengandung *organophosphate pesticides* dengan

peningkatan angka kejadian ADHD (Boucard, Bellinger, Wright, & Weisskopf, 2010)

Selain penyebab-penyebab yang sudah diuraikan di atas, masih banyak lagi kemungkinan lain yang bisa menyebabkan munculnya gejala-gejala autisme yang tidak diuraikan di sini.

2.1.4 Terapi atau tindakan

Ada banyak terapi yang bisa dilakukan untuk anak ASD sesuai dengan gejala yang ditampilkan. Terapi bisa diberikan untuk mengatasi kerusakan interaksi sosial, komunikasi sosial maupun perilaku. Menurut Levy, Mandell and Schultz (2009) terapi yang ditujukan untuk mengatasi kerusakan sosialisasi antara lain: dengan kurikulum pendidikan (*educational curricula*) misalnya *Treatment and education of autistic and related communication handicapped children* (TEACCH), *strategies for teaching based on autism research* (STAR). Terapi lain bisa berupa pengajaran keterampilan sosial (*teaching social skill*). Yang termasuk dalam terapi ini antara lain; pengajaran keterampilan sosial dalam kelompok (*social skill groups*), *social stories*, *visual cueing*, permainan-permainan sosial (*social games*), *scripts*, *peer mediated techniques*, *play*, dan terapi *video modeling* (VM). Yang dimaksud VM bisa dengan model diri sendiri (*video self-modeling/VSM*) maupun dengan model orang lain (teman sebaya maupun orang dewasa lain).

Saat ini terapi pengajaran keterampilan sosial ini telah banyak diterapkan. Banyak penelitian yang telah dilakukan untuk mengetahui efektivitas *teaching social skill* ini. Kelebihannya adalah kurikulum dan *guidelines* dari terapi ini bisa digunakan dalam program pembelajaran di sekolah dan bisa diterapkan di rumah (Myers & Johnson, 2007).

Terapi-terapi yang bisa dilakukan untuk mengatasi gangguan komunikasi bisa berupa; intervensi komunikasi, antara lain; program yang

komprehensif (misalnya, pelatihan respon penting/ *pivotal response training* dan pusat lainnya), pendekatan sosial pragmatik dan pelatihan untuk orang tua. Intervensi lain adalah *Augmentative and assistive communication*, antara lain; sistem komunikasi pertukaran gambar (*picture exchange communication system*), bahasa isyarat, dan alat bantu teknologi, misal mikrofon.

Untuk gangguan perilaku banyak terapi yang bisa diberikan. Terapi-terapi tersebut berupa intervensi perilaku maupun intervensi yang bersifat psikofarmakologi misalnya; *selective serotonin reuptake inhibitors*, antikonvulsan, antipsikotik atipik, alfa-2 agonists.

Selain terapi-terapi di atas, ada terapi lain yang bersifat komplementer maupun pengobatan medis. Terapi ini bisa dibedakan *biological dan non biological*. Yang termasuk terapi *biological* antara lain; pemberian supplement berupa vitamin B6 atau ion magnesium, *dimethyl glycine*, dan minyak cod, obat anti infeksi, misal : antibiotik, anti jamur dan anti virus. pengobatan kelasi (*chelation medications*), obat-obat gastrointestinal, dengan melakukan diet khusus bebas gluten atau bebas casein dan *Hyperbaric oxygen administration*.

Terapi *non-biological* antara lain; latihan integrasi auditori, terapi chiropractic, manipulasi craniosacral, *facilitated communication*, massage, qigong, reiki maupun yoga.

2.2 Kebutuhan Dasar Anak *Autisme Spectrum Disorder*

Yang dimaksud dengan kebutuhan dasar manusia termasuk kebutuhan dasar anak adalah hal-hal yang penting untuk bertahan hidup dan kesehatan seorang anak. Setiap anak mempunyai jenis kebutuhan yang unik namun pada intinya setiap anak mempunyai kebutuhan dasar yang sama. Besarnya kebutuhan dasar yang terpenuhi menentukan tingkat kesehatan dan posisi pada rentang sehat-sakit. Dalam rentang kehidupan seseorang, kadang kala

kebutuhan dasarnya tidak terpenuhi, terpenuhi sebagian atau seluruh kebutuhannya tercukupi. Pada kondisi di mana seseorang terpenuhi seluruh kebutuhannya disebut orang yang sehat, sedangkan pada kondisi di mana hanya sebagian kebutuhan terpenuhi maka seseorang tersebut beresiko untuk sakit atau mungkin sehat pada satu atau lebih dimensi manusia (Potter & Perry, 2005). Pada anak autisme juga memiliki kebutuhan yang sama dengan anak-anak yang lain.

Ada beberapa model kebutuhan dasar manusia, diantaranya kebutuhan dasar manusia menurut Henderson, Abraham Maslow maupun Watson. Menurut Henderson ada 14 kebutuhan dasar, yaitu: bernapas secara normal, makan dan minum yang cukup, eliminasi, bergerak dan mempertahankan posisi yang dikehendaki, istirahat dan tidur, memilih pakaian yang tepat, mempertahankan suhu tubuh, menjaga tubuh tetap bersih dan rapi, menghindari bahaya dari lingkungan, berkomunikasi, beribadah, bekerja, bermain/rekreasi, belajar. Pada anak dengan autisme juga membutuhkan pemenuhan 14 kebutuhan-kebutuhan tersebut (Halloran, 1996).

Kebutuhan menjaga tubuh tetap bersih dan rapi adalah berkaitan dengan *personal hygiene* seseorang termasuk anak-anak. *Personal hygiene* ini termasuk diantaranya mandi maupun gosok gigi. Kebersihan gigi pada anak autisme merupakan satu kebutuhan sehari-hari yang harus diperhatikan. Salah satu penelitian yang dilakukan oleh Jaber (2011) didapatkan hasil bahwa anak-anak dengan autisme menunjukkan prevalensi karies lebih tinggi, kebersihan mulut yang buruk, dan kebutuhan perawatan gigi yang tidak terpenuhi. Dari penelitian tersebut ditemukan 96,7% dari seluruh responden memiliki kesehatan gigi yang buruk dan 97,0% dari anak-anak autistik ini menderita radang gusi.

Ada beberapa faktor yang menyebabkan kerusakan gigi pada anak ASD. Salah satunya dikarenakan pada individu yang menderita autisme memiliki laju aliran saliva yang lebih lambat serta kapasitas buffer air liur yang kurang baik bila dibandingkan dengan anak non-autisme (Bassoukou, Nicolau, &

Santos, 2009). Menurut Klein dan Nowak (1998) yang meningkatkan terjadinya karies pada anak autisme adalah secara umum anak autisme lebih memilih makanan lunak dan manis tetapi karena kurangnya koordinasi lidah anak autisme maka ada kecenderungan anak tidak segera menelannya tetapi menyimpannya di dalam mulut. Hal ini yang menyebabkan meningkatnya kerentanan terjadinya karies.

Faktor lain yang meningkatkan kejadian kerusakan gigi pada anak autisme adalah kesulitan yang dialami anak dalam membersihkan gigi baik itu menyikat gigi atau *flossing* oleh karena kurangnya ketangkasan anak autis. Kurangnya kesadaran akan fungsi kebersihan gigi, kurangnya pendidikan tentang kesehatan gigi serta adanya efek samping dari obat yang dikonsumsi seperti obat antikonvulsan, antidepresan maupun antipsikotik. Semua hal itu merupakan faktor-faktor yang meningkatkan kerusakan pada gigi dan gusi anak autisme (Rapin & Tuchman, 2008). Persentase kerusakan gigi ini akan meningkat seiring bertambahnya usia anak autisme. Peningkatan ini dikaitkan dengan akan tumbuhnya gigi geraham permanen sehingga menambah jumlah gigi yang rentan kerusakan. Oleh karena itu, kebersihan gigi menjadi kebutuhan yang penting bagi anak-anak autisme.

2.3 *Video Self Modelling*

Ada beberapa definisi dari *video modeling* antara lain yang disampaikan oleh Charlop-Christy and Freeman (2000) yang menyatakan bahwa *video modeling* merupakan intervensi yang melibatkan siswa untuk mengamati rekaman video, terlibat dalam target perilaku dan kemudian meniru perilaku tersebut. Jadi *video modelling* adalah suatu metode belajar dimana anak atau siswa belajar dengan melihat atau mengamati model dalam video yang memperagakan suatu target keterampilan tertentu. Model yang terlibat bisa teman kelompok dari anak tersebut saudaranya/*sibling*, orang dewasa lain atau orang lain yang lebih dari satu atau anak itu sendiri sebagai model (*video self modeling/VSM*). Jadi yang dimaksud dengan VSM adalah metode

belajar dimana anak belajar dengan melihat atau mengamati dirinya sendiri menjadi model dalam video yang memperagakan keterampilan tertentu.

Metode ini sudah terbukti efektif untuk mengajarkan berbagai perilaku adaptif pada anak ASD, antara lain keterampilan bersosialisasi dengan teman sebaya, bermain, keterampilan meminta, perawatan diri (*self-care*), berbelanja maupun keterampilan akademik. Dari penelitian yang dilakukan oleh Shipley-Benamou, Lutzker and Taubman (2002) menunjukkan bahwa metode ini dapat membantu dalam *functional living skill*, dimana anak ASD dapat belajar memasak dan menjaga kebersihan setelah melihat video yang mendemonstrasikan tentang keterampilan tersebut.

Penelitian tersebut bertujuan untuk menunjukkan efektivitas dari pengajaran dengan *video modeling* untuk mengajarkan keterampilan hidup fungsional. Dilakukan pada tiga anak autis, di mana anak akan melihat lima macam keterampilan sehari-hari kemudian diobservasi bagaimana anak tersebut meniru tugas yang ada di video. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa *instructional video modeling* efektif diterapkan, ketiga anak mampu menirukan tugas yang dilihat dan tetap mampu melakukan tugas tersebut selama fase postvideo dan 1 bulan kemudian saat dilakukan *follow-up*.

Konsep VSM didasarkan pada perpaduan dari banyak perspektif teori di mana teori pembelajaran sosial (*social learning theory*) merupakan dasar teoritis utama untuk intervensi VSM ini. Dalam teori ini Bandura menekankan belajar melalui pengamatan pada model, dimana ketika seseorang melihat dirinya berhasil melakukan sesuatu keterampilan, maka itu merupakan informasi terbaik tentang cara untuk melakukan dan memperkuat kemampuannya. Dowrick dan Dove (dalam Kathleen, K.S., 2003) menyampaikan bahwa VSM mengacu pada perubahan perilaku yang dihasilkan dengan cara melakukan pengamatan tentang dirinya sendiri secara berulang-ulang pada rekaman video yang menunjukkan perilaku yang diinginkan. Jadi dengan menonton dirinya sendiri yang terlibat dalam

perilaku produktif dan fungsional, maka memungkinkan seorang individu merasa diberdayakan kompetensi dirinya.

Dari hasil penelitian Hitchcock, Dowrick and Prater (2003) meta-analisis semua penelitian tentang VSM menunjukkan hasil kuat dan menunjukkan bahwa VSM merupakan intervensi yang efektif dan berhasil digunakan untuk mendukung perubahan perilaku siswa berkaitan dengan keterampilan komunikasi, perilaku dan kerja akademik. Selain itu, Clark, et al. (dalam Kathleen & Emily, 2003) menyampaikan bahwa VSM ini merupakan metode belajar yang relatif murah dan ekonomis, sehingga sangat direkomendasikan untuk menjadi media perubah tingkah laku sesuai yang diinginkan.

Murphy (2001) menyampaikan bahwa ada dua jenis VSM yang digunakan untuk mengubah perilaku. Yang pertama adalah *feed-forward modeling*, merupakan bentuk pemodelan yang paling dramatis yang menggunakan gambar video dari perilaku adaptif yang kompleks yang belum dicapai oleh seorang individu. Hal yang sama disampaikan Murphy dan Davis (2005) bahwa VSM *feed forward* ini menggunakan gambar video dari suatu perilaku adaptif kompleks yang belum dicapai oleh klien. Gambaran perilaku ini dibuat dengan mengedit rekaman video dari perilaku untuk membuat tampilan yang baik dari seluruh urutan perilaku.

Dalam VSM *feed-forward modeling* menunjukkan perubahan perilaku belajar anak autis yang lebih cepat karena *self-modeling* adalah dasar untuk belajar, sedangkan peer ataupun pemodelan lain berfungsi sebagai alternatif. Belajar dengan VSM akan menghasilkan stimulasi kognisi diri yang dapat diakses untuk memicu respon perilaku masa depan. Hal ini berkaitan dengan proses neurologi yang ditandai dengan *mental travel time* (MTT) dan aktivitas otak tertentu selama imajinasi atau simulasi (Dorwick, 2011).

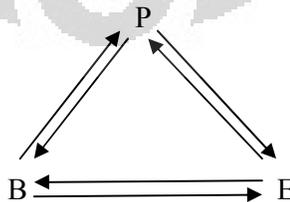
VSM perlu digunakan dalam pembelajaran anak dengan ASD. Dengan memanfaatkan video maka bisa diatur kapan intervensi diberikan. Saat ini

secara umum media video juga sudah dikenal bahkan sudah banyak dimiliki oleh masyarakat sehingga media ini mudah digunakan. Pesan yang disampaikan dalam VSM lebih konsisten dan bisa diulang-ulang sesuai kebutuhan. Selain itu dengan memperhatikan salah satu tipe anak autisme yaitu sangat suka duduk dan senang melihat layar, maka VSM merupakan media yang tepat. Anak ASD juga lebih banyak belajar dengan visual, sehingga VSM merupakan media belajar secara visual yang tepat. Selain itu, salah satu terapi untuk anak ASD agar lebih berkonsentrasi adalah dengan membatasi bidang visualnya sehingga mereka akan memperlihatkan perhatiannya lebih baik. Televisi atau layar komputer merupakan alat yang efektif karena membuat anak duduk, diam dan perhatian lebih terfokus (O'Brien, 2010).

2.4 Teori Keperawatan *Self-Efficacy*

Self-efficacy didasarkan pada kerangka teori besar yaitu teori kognisi sosial (*social cognitive theory*). Teori kognisi sosial merupakan penamaan baru dari Teori Belajar Sosial (*Social Learning Theory*) yang dikembangkan oleh Albert Bandura.

Sosial teori kognitif mendukung model sebab-akibat yang melibatkan determinisme timbal balik triadic (*triadic reciprocal*). *Triadic reciprocal* merupakan dalil dari Bandura di mana untuk membuat seseorang itu belajar, maka unsur orang tersebut (*person*), perilakunya (*behavior*) dan lingkungan (*environment*) semua terpisah dan tidak terpisahkan serta sebagai penentu interaksi yang saling mempengaruhi dua arah (gambar 1).



Gambar 2.1 *Triadic Reciprocal*

Dalam konsep sebab akibat timbal balik (*reciprocal causation*) ini tidak berarti bahwa berbagai sumber (orang, perilaku dan lingkungan) mempunyai pengaruh yang sama kuat. Beberapa mungkin lebih kuat daripada yang lain. Pengaruh timbal balik juga tidak semua terjadi secara bersamaan. Butuh waktu untuk faktor kausal/penyebab untuk menggunakan pengaruhnya dan mengaktifkan pengaruh timbal balik.

Teori *social learning* ini berfokus pada cara-cara dimana seseorang belajar dari hasil pengamatan atau proses belajar dengan cara mengamati (*observational learning*). Contoh yang sederhana adalah ketika suatu saat ada seorang model yang berada dalam lingkungan seorang individu, maka proses belajar dari seorang individu ini akan terjadi dengan cara mengamati memperhatikan seseorang yang menurut dia menjadi modelnya baik itu yang langsung maupun model yang ditampilkan oleh media. Hal ini yang disebut dengan proses *modeling* atau peniruan. Kadang-kadang tingkah laku seseorang bisa dengan cepat muncul hanya karena proses *modeling* ini. Bahkan Baran dan Davis (2000) menyampaikan bahwa *modeling* adalah merupakan reproduksi perilaku yang langsung dan mekanis.

Salah satu konsep dasar dari teori kognisi sosial ini adalah pemberian *reinforcement*, tetapi hal tersebut diterapkan dalam konteks belajar sosial. Menurut Bandura, *reinforcement* merupakan hal penting dalam menentukan apakah suatu tingkah laku akan terus terjadi apa tidak akan tetapi hal itu bukan merupakan satu-satunya pembentuk tingkah laku. Penguatan dalam konsep ini dilakukan melalui proses efek menghalangi (*inhibitory effects*) dan efek membiarkan (*disinhibitory effects*). Kedua efek penguatan tersebut tidak tergantung pada pemberian imbalan dan hukuman (*reward and punishment*). Pada kenyataannya, orang dapat belajar melakukan sesuatu hanya dengan mengamati dan mengulang apa yang dilihatnya yang ditampilkan oleh model. Jadi penguatan terjadi pada diri seseorang dengan melihat atau mengamati atas pengalaman apa yang dialami orang lain tetapi dirasakan seperti pengalamannya sendiri (*vicarious reinforcement*). Model

juga turut menentukan apakah proses belajar sosial akan terjadi atau tidak. Jika seorang individu merasakan adanya hubungan psikologis yang kuat dengan model yang diamati, maka proses belajar akan terjadi. Selain kedua hal tersebut di atas, untuk terjadinya perubahan perilaku seseorang masih ada syarat kritis yang harus dimiliki oleh seorang pengamat untuk terjadinya perubahan perilakunya, yaitu kemampuan dan kepercayaan yang dimiliki pengamat untuk menampilkan perilaku tersebut. Hal ini disebut dengan *self-efficacy* atau efikasi diri (Bandura, 1977a).

2.4.1 Pengertian *self-efficacy*

Bandura (1995) mendefinisikan *self-efficacy* adalah keyakinan pada kemampuan seseorang untuk mengatur dan menjalankan program tindakan yang dibutuhkan untuk mengelola situasi ke depan. Kemudian Bandura (1997) juga mendefinisikan *self-efficacy* adalah mengacu pada keyakinan akan kemampuan seseorang untuk mengatur dan menjalankan program tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan. Sedangkan *Self-efficacy* menurut Resnick (dalam Peterson, 2004) adalah penilaian tentang kemampuan mereka untuk mengatur dan menjalankan program tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan. Keyakinan akan *self-efficacy* memberikan dasar motivasi, kesejahteraan dan prestasi pribadi manusia. Dari beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan *self-efficacy* adalah keyakinan seseorang tentang kemampuannya untuk berhasil dalam situasi tertentu.

2.4.2 Sumber-sumber *self-efficacy*

Bandura (1995) menyampaikan ada empat sumber informasi yang penting untuk *self-efficacy*, yaitu: (1) penguasaan pengalaman atau pengalaman langsung (*enactive mastery experience/enactive attainment*); (2) pengalaman tak langsung (*vicarious experience*); (3) persuasi verbal (*verbal persuasion*); dan (4) keadaan fisiologis (*physiological state*). Efikasi diri seseorang dalam hal ini anak dapat diperoleh, diubah,

ditingkatkan atau diturunkan melalui salah satu atau kombinasi dari empat sumber di atas. Berikut uraian dari beberapa sumber informasi tersebut;

a. *Enactive attainment*

Pengalaman anak yang pernah berhasil mencapai tujuan merupakan sumber informasi *efficacy* yang sangat efektif dan berpengaruh. Ketika anak-anak memiliki pengalaman berhasil maka akan mempertinggi ekspektasi *self-efficacy*. Anak-anak yang kuat *self-efficacy* maka mereka akan tahan terhadap kegagalan, tetapi pada anak yang baru membentuk *self-efficacy*, kegagalan dapat merusak *self-efficacy* mereka. Namun pada anak-anak yang mengalami keberhasilan yang terlalu cepat, sering kali cepat dan mudah putus asa ketika mengalami kegagalan. Dengan demikian, anak-anak yang mempunyai *self-efficacy* yang paling tangguh adalah mereka yang pernah mengalami kegagalan dan rintangan, tetapi mereka berhasil mengalahkannya dengan ketekunan dan upaya yang terus menerus.

b. Pengalaman tak langsung

Pengalaman tak langsung akan meningkatkan *self-efficacy* karena anak-anak akan belajar atau melihat dari orang lain yang sukses melakukan aktivitas yang sama. Ketika anak-anak melihat orang lain yang dirasakan sama dengan dirinya berhasil melakukan sesuatu melalui upaya yang berkelanjutan, maka akan meningkatkan kepercayaan mereka. Individu yang dianggap model akan memiliki dampak terhadap *self-efficacy* anak apabila dianggap memiliki kesamaan dengan mereka.

c. Persuasi verbal

Cara ketiga untuk meningkatkan *self-efficacy* anak adalah melalui persuasi verbal. Yang termasuk persuasi verbal antara lain nasehat, saran, sugesti dan instruksi. Anak-anak yang diyakinkan secara lisan bahwa mereka memiliki kemampuan untuk melakukan sesuatu sehingga berhasil, maka akan membuat anak menunjukkan usaha yang lebih untuk mencapai hal tersebut. Namun persuasi verbal harus diberikan secara realistis dengan melihat kemampuan anak-anak,

sebab anak akan cepat mengalami putus asa apabila mereka mengalami kegagalan yang cepat dari usaha yang mereka lakukan.

d. Physiological feedback

Yang dimaksud dengan *physiological feedback* adalah kondisi fisik dan emosional anak. Kedua kondisi ini dapat berpengaruh terhadap *efficacy*. Ketika anak-anak berada dalam suasana hati yang positif, maka rasa *self-efficacy* dapat meningkat, sebaliknya bila kondisi cemas, tegang, keadaan perasaan (mood) kurang, letih dan penat maka dapat berpengaruh negatif terhadap ekspektasi *efficacy*.

2.4.3 Penelitian keperawatan terkait dengan *self-efficacy*

Saat ini sudah banyak penelitian tentang *self-efficacy* yang dilakukan di bidang keperawatan untuk mengukur dan menggunakan ekspektasi *self-efficacy* dan atau outcome ekspektasi untuk memprediksi perilaku. Penelitian berkisar pada manajemen dari penyakit kronik, pendidikan kesehatan untuk perawat maupun pelatihan-pelatihan untuk orang tua (Resnick, dalam Peterson, 2004).

Penelitian-penelitian tersebut antara lain yang dilakukan oleh Allen (1990) mengenai hubungan antara *self-efficacy* dengan penampilan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari, kemudian Hanson (1998) tentang *self-efficacy* orang tua dalam merawat anak dengan Asma. Penelitian McDougall (2000) tentang *self-efficacy* dalam manajemen pasien dengan kerusakan kognitif (*cognitif impairment*), Resnick dan Jenkin (2000) tentang *self-efficacy* dalam melakukan praktek promosi kesehatan (*health promotion*) dan masih banyak penelitian-penelitian keperawatan lain (Resnick, dalam Peterson, 2004).

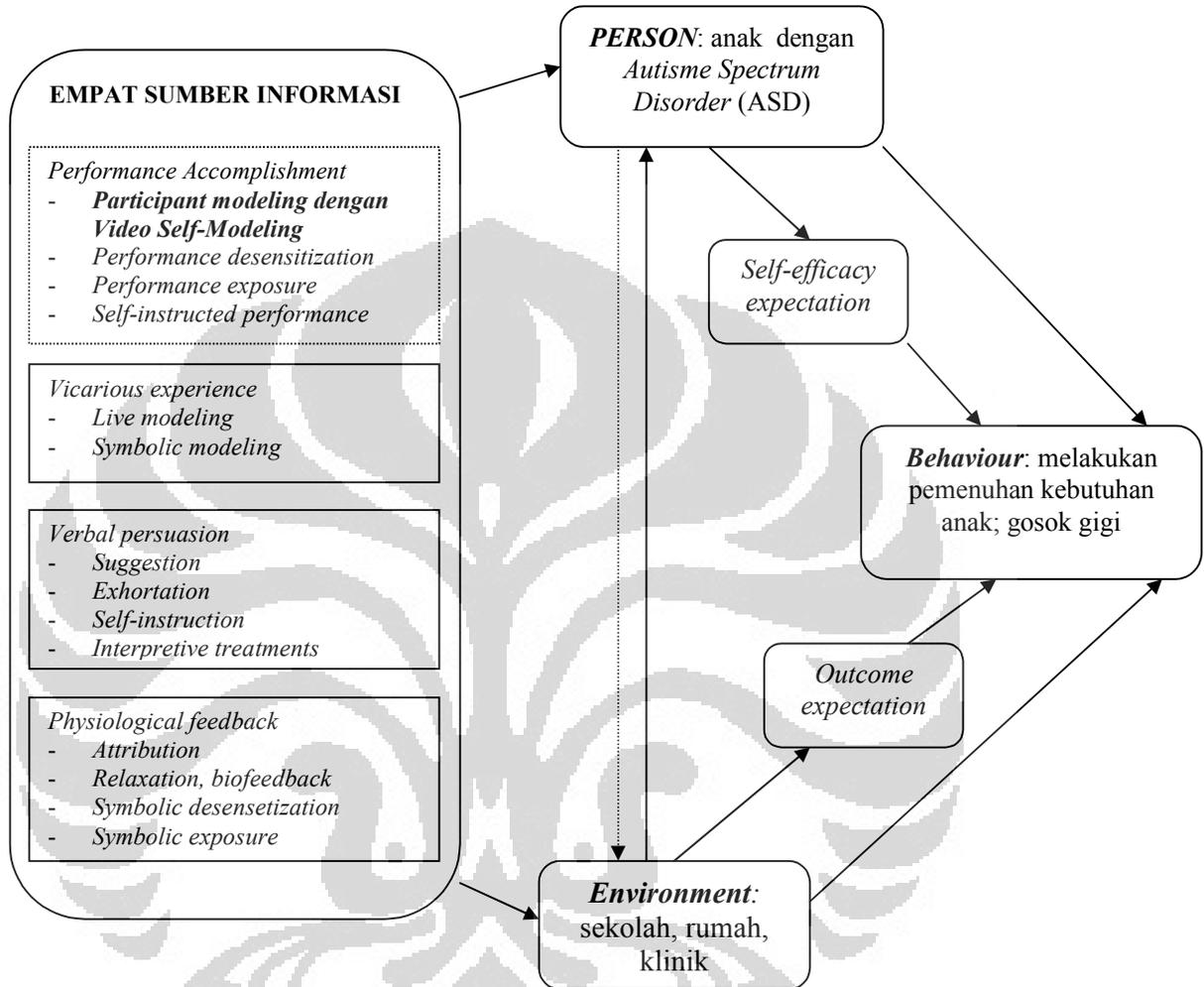
2.4.4 Kaitan *self-efficacy* dengan *video self modeling*

Seperti sudah dinyatakan sebelumnya, dengan melihat VSM maka anak-anak mampu belajar dengan mengamati dirinya sebagai model tanpa benar-benar mengalami perilaku tersebut secara langsung (Hithcock,

2003). Melalui pengamatan yang berulang-ulang dari model yang adalah dirinya sendiri mampu melakukan tugas-tugas baru atau menunjukkan perilaku teladan maka akan meningkatkan *self-efficacy* mereka. Seperti sudah diuraikan di atas bahwa sumber utama yang meningkatkan *self-efficacy* adalah melalui pengalaman langsung. VSM merupakan cara yang efektif untuk menciptakan kesadaran tentang keberhasilan diri melalui pengalaman langsung yang tampak selama intervensi pemutaran video diri. Selama intervensi, anak bisa belajar keterampilan dan praktek perilaku dalam rekaman video. Intervensi ini mendukung perubahan perilaku anak dengan cara meniru/imitasi. Imitasi dan melakukan observasi adalah awal dari anak belajar. Anak akan memutuskan meniru atau tidak perilaku yang ditampilkan salah satunya tergantung dari besarnya pengaruh yang dimiliki oleh model yang ditampilkan. Jadi VSM memanfaatkan konsep ini dengan memakai model anak yang mampu melakukan perilaku dengan dirinya sendiri melalui pengalaman langsung.

Sumber kedua untuk meningkatkan *self-efficacy* adalah melalui perwakilan pengalaman yang dilakukan oleh model lain. Ketika anak-anak melihat orang lain yang mirip dirinya berhasil melakukan tugas melalui usaha-usaha yang keras, maka ini akan menimbulkan kesadaran dan meningkatkan *self-efficacy* mereka. Cara kedua ini lebih relevan dengan media *video modeling*.

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Model teori *self-efficacy*

Sumber;

Resnick (dalam Peterson, 2004)

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

BAB III ini akan menguraikan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesa penelitian yang akan dilakukan, dan definisi operasional variabel-variabel dalam penelitian yang mendukung pelaksanaan penelitian dan mempermudah analisis data.

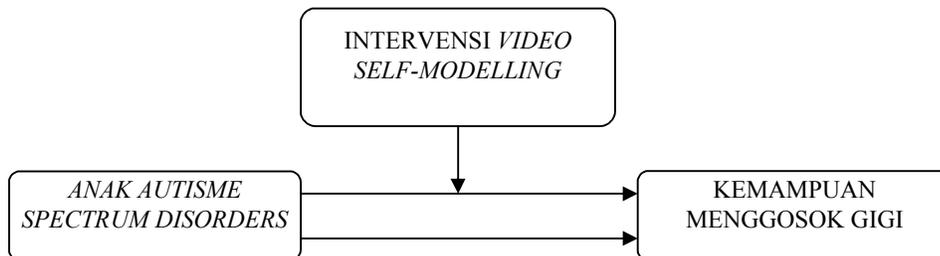
3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian merupakan landasan berpikir untuk melakukan penelitian yang akan dilakukan. Kerangka konsep dikembangkan berdasarkan kerangka teori yang sudah di bahas dalam tinjauan pustaka. Kerangka konsep penelitian akan menghubungkan variabel-variabel dalam penelitian. *Video self-modelling* merupakan variabel bebas.

Kerangka konsep penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel *dependen* (terikat) dan variabel *independen* (bebas). Menurut Notoatmodjo (2010) variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas, begitu juga sebaliknya. Variabel terikat disebut juga variabel akibat atau efek, sedang variabel bebas merupakan variabel resiko atau sebab. Adapun variabel terikat dalam penelitian ini adalah *target behavior*/perilaku sasaran yaitu kemampuan menggosok gigi secara mandiri. Variabel bebasnya adalah intervensi atau perlakuan yang diberikan yaitu *video self modelling*.

Adapun hubungan antar variabel tersebut dapat dilihat seperti pada skema 3.1 berikut ini:

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesa

Secara konsep yang dimaksud dengan hipotesis adalah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus diuji validitasnya secara empiris (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Hipotesis adalah merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data.

Dari kerangka konsep dan hubungan antara variabel-variabel dalam penelitian ini, hipotesa yang ingin dijawab adalah: ada pengaruh *video self-modelling* terhadap kemampuan menggosok gigi pada anak dengan *Autisme Spectrum Disorders*.

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini dijelaskan dalam tabel dibawah ini:

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Def. operasional	Jenis Ukuran	Keterangan
Variabel dependen			
Kemampuan menggosok gigi	Kemampuan anak ASD melakukan keterampilan menggosok gigi secara mandiri	Persentase	Perbandingan antara banyaknya suatu kejadian terhadap banyaknya kemungkinan terjadinya kejadian tersebut dikalikan seratus persen
Variabel independen			
<i>Video Self-Modelling</i>	Intervensi berupa video dimana anak ASD itu sendiri yang berperan sebagai model		

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Dalam bab ini akan diuraikan tentang metodologi penelitian yang digunakan untuk mengetahui efektivitas VSM terhadap kemampuan pemenuhan kebutuhan dasar: menggosok gigi pada anak dengan ASD. Metodologi penelitian meliputi desain penelitian yang digunakan, populasi dan sampel, prosedur penelitian, pengumpulan data, analisis data dan etika penelitian.

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian eksperimen dengan pendekatan subyek tunggal (*single subject experimental design*). Penelitian subyek tunggal digunakan untuk melakukan eksplorasi mendalam atau spesifik tentang kejadian tertentu atau beberapa peristiwa dari sebuah fenomena. Fokusnya adalah pada sejumlah kecil kejadian yang diselidiki secara mendalam dalam satu rentang waktu tertentu. Juga menfokuskan pada data individu sebagai sampel (Sunanto, Takeuchi & Nakata, 2005). Penelitian subyek tunggal juga digunakan untuk menyoroti atau merubah perilaku individu dengan satu masalah penting sebagai hasil dari intervensi atau *treatment* (Mooney, 1988 dalam Mudjiyanto, 2009).

Menurut D'Amico dan Iyer (2007) desain penelitian subyek tunggal merupakan desain yang tepat untuk digunakan pada penelitian anak dengan disabilitas termasuk autisme karena penelitian ini dapat mengevaluasi kinerja seorang individu. Desain penelitian ini mengacu pada *AB design*. *AB* terdiri dari dua tahapan desain, yaitu: *A* atau fase dasar/*baseline* dan *B* atau fase intervensi. Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen subyek tunggal yang menggunakan desain reversal *multiple baseline cross subjects* yaitu penelitian yang dilakukan pada lebih dari satu subyek dengan *target behavior* yang sama. Dalam penelitian ini jumlah subyek adalah tiga orang dengan *target behavior* yaitu menggosok gigi (Sunanto, Takeuchi & Nakata, 2005).

4.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan mulai bulan Februari sampai dengan Juni 2012. Adapun lokasi penelitian adalah di wilayah Karesidenan Banyumas. Dari rentang waktu tersebut terbagi dalam beberapa kegiatan penyusunan proposal selama 2 bulan, pengurusan ijin dan uji etik selama 3 minggu, pengumpulan data selama 6 minggu dan penyusunan hasil selama 3 minggu.

4.3 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak yang terdiagnosa *Austim Spectrum Disorder* (ASD) menurut kriteria DSM-IV. Sampel pada penelitian ini adalah tiga orang anak autisme, dengan kriteria: tiga subyek yang dipilih seimbang dalam hal *intelegentia quotion* (IQ) yaitu berkisar 60 sampai 90. Usia responden 6 sampai 12 tahun, memiliki ketidakmampuan belajar dengan kriteria ringan. Anak masih memiliki ketergantungan akan bantuan orang tua atau guru dalam hal melakukan keterampilan menggosok gigi. dan saat ini anak merupakan siswa sekolah.

Pada penelitian ini, strategi dalam penetapan responden dilakukan secara *non probability sampling* dengan *purposive sampling*. Metode ini merupakan pemilihan sampel yang dilakukan secara acak dan dilakukan oleh karena mempunyai tujuan tertentu yaitu memilih sampel yang kaya informasi (Utarini, 2008). Untuk mendapatkan responden yang sesuai dengan tujuan penelitian, maka peneliti menetapkan responden sesuai dengan kriteria-kriteria di atas.

4.4 Alat Pengumpul Data

Metode pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah observasi. Metode observasi digunakan untuk melihat, mengamati dan mencatat perilaku dan kejadian sebagaimana yang terjadi pada keadaan yang sebenarnya (Moleong, 2010). Alat yang digunakan dalam observasi ini adalah lembar observasi analisis tugas menggosok gigi.

Lembar observasi berisi urutan analisis tugas dari keterampilan menggosok gigi. Analisis tugas ini merupakan strategi pembelajaran yang digunakan untuk anak autisme dalam melakukan instruksi-instruksi yang kompleks terkait dengan keterampilan menggosok gigi seperti tabel 3.1. Analisis tugas ini merupakan alat observasi untuk melakukan pengumpulan data.

Pengumpulan data dari fase *baseline* sampai fase *maintenance* menggunakan lembar pengumpulan data (*data collection sheet*). Pengukuran dilakukan segera setelah anak melakukan keterampilan. Anak diamati dalam semua tahap selama melakukan keterampilan menggosok gigi. Dari langkah-langkah yang dilakukan dengan benar dibuat persentase dari mulai fase awal (sebelum anak mengamati video), selama intervensi (setelah mengamati video), generalisasi (menggosok gigi di setting lain) dan kemudian fase *maintenance* (satu minggu setelah intervensi ditiadakan).

Untuk melakukan analisis langkah-langkah yang benar dalam tugas menggosok gigi, dibuat lembar pengumpulan data (*data collection sheet*) seperti terdapat pada tabel 3.2. Lembar ini berisi catatan langkah-langkah dalam tugas menggosok gigi. Prosedur pencatatan dilakukan dengan observasi secara langsung untuk mencatat data variabel terikat (kemampuan menggosok gigi) pada perilaku dilakukan.

Dalam lembar pencatatan data, kolom sebelah kanan berisi jumlah percobaan yang dilakukan anak. Untuk setiap percobaan, peneliti mencatat akurasi kinerja anak dari setiap langkah yang ada dalam analisis tugas. Langkah yang dilakukan anak secara mandiri diberi tanda cek (v) sedang langkah yang tidak dilakukan atau salah diberi tanda (x). Setelah itu dihitung persentasenya dan dicatat pada formulir pengumpulan data. Persentase langkah-langkah dalam analisis tugas yang dilakukan dengan benar dihitung dengan membagi jumlah langkah yang benar dengan jumlah total seluruh item dalam analisis tugas dan hasilnya dikalikan 100.

Tabel 3.1 Analisis Tugas Menggosok Gigi

Analisis Tugas	Alat dan bahan
1. Ambil pasta gigi dari tempatnya	Pasta gigi
2. Buka tutup pasta gigi	
3. Taruh tutup pasta gigi	
4. Pencet pasta gigi sampai keluar	
5. Ambil sikat gigi dari tempatnya	Sikat gigi
6. Tuangkan pasta gigi di atas sikat gigi	
7. Taruh sikat gigi	
8. Ambil tutup pasta gigi	
9. Tutup pasta gigi	
10. Taruh pasta gigi yang sudah ditutup ke tempatnya	Tempat peralatan gosok gigi
11. Ambil cangkir	Cangkir/gayung
12. Ambil air menggunakan cangkir	Air
13. Kumur-kumur	
14. Buang air kumur	
15. Ambil sikat gigi	
16. Sikat gigi bagian depan atas	
17. Sikat gigi bagian depan bawah	
18. Sikat gigi bagian dalam atas	
19. Sikat gigi bagian dalam bawah	
20. Sikat bagian lidah	
21. Taruh sikat gigi	
22. Ambil cangkir yang berisi air	
23. Kumur-kumur sampai bersih	
24. Cuci sikat gigi	
25. Taruh sikat gigi kembali ke tempatnya	Tempat peralatan gosok gigi
26. Lap mulut dengan handuk	Handuk kecil

Tabel 3.2 Contoh Lembar Pengumpulan Data

Lembar Pengumpulan Data – Menggosok Gigi											
Nama Anak :	Tanggal lahir/Umur :										
	Dilakukan									v	
Fase:	Tidak dilakukan/salah									x	
	Analisis Tugas			Percobaan ke-							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Ambil pasta gigi dari tempatnya											
2. Buka tutup pasta gigi											
3. Taruh tutup pasta gigi											
4. Pencet pasta gigi sampai keluar											
5. Ambil sikat gigi dari tempatnya											
6. Tuangkan pasta gigi di atas sikat gigi											
7. Taruh sikat gigi											
8. Ambil tutup pasta gigi											
9. Tutup pasta gigi											
10. Taruh pasta gigi yang sudah ditutup ke tempatnya											
11. Ambil cangkir											
12. Ambil air menggunakan cangkir											
13. Kumur-kumur											
14. Buang air kumur											
15. Ambil sikat gigi											
16. Sikat gigi bagian depan atas											
17. Sikat gigi bagian depan bawah											
18. Sikat gigi bagian dalam atas											
19. Sikat gigi bagian dalam bawah											
20. Sikat bagian lidah											
21. Taruh sikat gigi											
22. Ambil cangkir yang berisi air											
23. Kumur-kumur sampai bersih											
24. Cuci sikat gigi											
25. Taruh sikat gigi kembali ke tempatnya											
26. Lap mulut dengan handuk											

Jumlah tugas yang dilakukan dengan benar

----- x 100 = persentase tugas yang benar

Jumlah seluruh item tugas

Untuk mengetahui apakah alat observasi di atas benar-benar mampu mengukur apa yang hendak diukur maka dilakukan uji validitas dan reliabilitas dari alat observasi tersebut. Pada penelitian ini, uji validitas dilakukan dengan cara melakukan dua kali uji coba alat observasi pada dua individu autisme yang lain yang karakteristiknya mirip dengan responden. Karena penelitian ini berkaitan dengan aspek *behavior*, seringkali tidak dapat dilakukan menggunakan alat-alat tertentu dan harus dilakukan secara langsung oleh manusia yang mengandalkan ketelitian inderanya (Sunanto, Takeuchi & Nakata, 2005). Sehingga pada penelitian ini, reliabilitas alat ukur dilakukan dengan cara observasi atau pengamatan perilaku dilakukan oleh dua orang *observer*. Sebagai *observer* pertama adalah peneliti.

Dalam penelitian ini peneliti menunjuk *observer* ke dua sebanyak tiga orang. Sehingga setiap responden memiliki *observer* ke dua yang berbeda orang. *Observer* yang ditunjuk adalah orang yang sudah mengetahui prosedur keterampilan kebersihan gigi yang benar. Mereka adalah seorang perawat lulusan S1 Keperawatan yang dilatih lebih dahulu sebelum menjadi *observer*.

Karena pengamatan dilakukan oleh dua orang, maka tentu saja hasilnya bisa saja berbeda meskipun yang diamati perilaku yang sama. Untuk mengetahui apakah alat observasi reliabel atau belum maka dilakukan uji *interater reliability* dengan perhitungan persentase kesepakatan (*percent agreemeent*). Apabila persentase kesepakatan anatar dua *observer* lebih dari 75%, maka alat observasi dianggap reliabel. Menurut Dharma (2011), Sunanto, Takeuchi dan Nakata (2005) untuk menghitung persentase kesepakatan dilakukan dengan menghitung persentase kesepakatan total (*total percent agreemeent*) dengan rumus berikut :

$$\frac{O + N}{T} \times 100 = \dots\%$$

O (*Occurrence agreement*) adalah interval dimana *target behavior* terjadi yaitu analisis tugas dilakukan oleh anak dan terjadi persamaan (*agreement*) antara observer 1 dan 2

N (*Nonoccurrence agreement*) adalah interval dimana *target behavior* tidak terjadi menurut kedua observer.

T adalah banyaknya interval yang digunakan atau jumlah total analisis tugas. Dalam penelitian ini, jumlah keseluruhan tugas dalam lembar observasi adalah 26.

Reliabilitas lembar observasi ini sudah dilakukan uji *interater reliability* dengan menggunakan *percent agreement*. Dilakukan pada anak autisme selain responden dan diamati bersama antara peneliti dengan 3 observer. Kemudian dilakukan penghitungan seperti tersebut di atas antara peneliti sebagai observer 1 dan asisten peneliti sebagai observer 2. Masing-masing asisten peneliti mendapatkan kesempatan untuk uji kesamaan dengan peneliti ini sebanyak 2 kali. Jadi uji ini sudah dilakukan sebanyak 6 kali. Dari 6 kali uji, hasilnya rata-rata 84% yang artinya alat observasi ini reliabel. Karena hasil ukur yang lebih dari 70% dianggap reliabel.

4.5 Prosedur Pengumpulan Data

Setelah perijinan diperoleh maka proses penelitian dimulai. Proses memulai penelitian diawali dengan peneliti memasukkan diri (*getting-in*) ke dalam lingkungan responden. Kegiatan dalam *getting-in* ini meliputi pengumpulan, pembangunan dan pemeliharaan kepercayaan responden yang akan diteliti (Utarini, 2008). Membangun dan memelihara kepercayaan merupakan hal yang harus dilakukan di awal dan sepanjang penelitian berlangsung.

Pertama kali peneliti menemui orang tua dari anak dengan autisme untuk menjelaskan tentang penelitian yang dilakukan baik itu prosedur, lama penelitian, hal-hal yang diteliti dan hak-hak apa saja yang dimiliki oleh responden. Setelah orang tua mendapatkan penjelasan dan menyetujui dirinya dan anaknya untuk terlibat sebagai responden maka orang tua diminta untuk

menandatangani surat persetujuan sebagai responden. Permohonan persetujuan diminta dari orang tua mengingat anak autisme tidak bisa mengambil keputusan secara mandiri walaupun dari usia sudah tergolong usia sekolah.

Langkah selanjutnya adalah peneliti mulai berkenalan dengan responden. Peneliti mulai ikut berinteraksi dengan Responden supaya responden bisa mengenal lebih dekat sehingga terbina hubungan saling percaya. Pada proses ini, ada beberapa rintangan yang dihadapi oleh peneliti, antara lain perilaku responden yang agresif atau pendiam sekali sehingga susah didekati. Gerakan-gerakan motorik yang menyulitkan peneliti untuk mendekati responden dan kurangnya kontak mata dan konsentrasi dari responden. Untuk mengatasi tantangan tersebut, peneliti melakukan pendekatan dengan cara mengajak duduk, bicara dan melatih mempertahankan kontak mata. Setiap peneliti bicara sambil memegang tangan responden sehingga bisa selalu kontak mata. Hubungan saling percaya ini baru terbina setelah dua minggu berinteraksi.

Untuk gambaran lebih jelas tentang prosedur penelitian seperti uraian di bawah ini:

a. Fase *Baseline*

Penelitian diawali dengan melakukan observasi awal atau disebut juga dengan fase *baseline*. Observasi awal ini berupa pengukuran kemampuan dasar anak akan sasaran perilaku yaitu kebersihan gigi sebelum dilakukan intervensi. Pada tahap ini dilakukan pengumpulan dan pencatatan data dasar (*baseline data*). Pencatatan data dilakukan menggunakan lembar pengumpulan data seperti yang sudah diuraikan di atas. Data dasar ini menggambarkan tingkat kinerja awal atau perilaku natural yang dimiliki seorang individu. Untuk mengetahui dan menilai keberhasilan dari sebuah intervensi perlu diketahui bagaimana kinerja atau perilaku seseorang sebelum dilakukan intervensi. Pada tahap awal ini pengamatan dilakukan beberapa sesi baik di rumah maupun di sekolah.

Panjang sesi pada kondisi *baseline* bisa digunakan tiga atau lima data point. Namun yang menjadi pertimbangan paling utama adalah tingkat kestabilannya. Data bisa dikatakan sudah stabil, delapan puluh persen sampai sembilan puluh persen data masih berada pada lima belas persen di atas dan di bawah mean. Mean level dihitung dengan cara menjumlahkan semua data yang ada pada ordinat dan dibagi dengan banyaknya data (Sunanto, Takeuchi, Nakata, 2005). Pada fase *baseline* ini, anak mulai diamati dalam kemampuannya menggosok gigi dan data mulai diambil dari sesi ini. Hasil pengamatan tentang kemampuan anak melakukan kebersihan gigi dicatat dalam lembar observasi. Setelah data awal pada fase *baseline* didapatkan maka dilanjutkan ke fase berikutnya yaitu fase intervensi, fase generalisasi dan fase maintenance.

b. Fase Intervensi

Perencanaan pada fase ini diawali dengan pembuatan video yang dipakai sebagai media untuk intervensi. Pembuatan video menggunakan anak itu sendiri sebagai model (*video self-modeling/VSM*), anak diminta melakukan keterampilan menggosok gigi sesuai daftar tugas (*task analysis*) yang sudah disiapkan. Dalam proses pembuatan video, anak dibantu apabila mengalami kesulitan-kesulitan. Setelah perekaman gambar selesai, selanjutnya dilakukan editing. Gambar video diedit dengan menghilangkan gambar-gambar yang memperlihatkan bantuan yang diberikan. Hasil editing dihasilkan gambar seolah-olah anak mampu melakukan keterampilan menggosok gigi secara mandiri.

Hasil rekaman video ditambahkan kata-kata dan gambar pengantar dan di akhir diberikan *reward* berupa kata-kata, acungan jempol atau tepuk tangan dari orang tua. Durasi dalam video ini dibuat 8-10 menit. Video berisi rekaman diri tentang keterampilan menggosok gigi secara mandiri inilah yang kemudian digunakan sebagai intervensi.

Video Self-Modeling ini diputar 1 kali dalam sehari sebelum anak mandi sore selama 5 kali. Hal ini dilakukan karena melihat bahwa salah satu gangguan yang dimiliki anak autisme adalah gangguan emosional. Menurut hasil penelitian Ramdhani, et al (2010) ada ekspresi emosi negatif yang ditampakkan anak autisme yang berupa marah. Ekspresi ini nampak apabila anak autisme diminta untuk melakukan sesuatu yang tidak dia kehendaki atau tidak disukai. Emosi negatif ini bisa muncul pada subyek tertentu, namun pada subyek lain bisa saja ekspresi ini tidak muncul.

Untuk mengantisipasi munculnya respon dari emosi negatif seperti marah dan tidak mau melakukan menggosok gigi, maka peneliti memilih waktu intervensi sore hari yaitu setelah anak beristirahat dan sebelum anak mandi sore. Pada waktu itu, kondisi emosi anak stabil sehingga memudahkan untuk meminta anak melakukan sesuatu.

Pada fase ini dilakukan di rumah, hal-hal yang direncanakan antara lain media untuk pemutaran video, ruangan untuk menonton video dan tempat untuk melakukan gosok gigi. Persiapan yang lain yaitu menyiapkan lembar observasi yang berisi analisis tugas dan *diary* atau catatan harian.

Setelah video sudah siap digunakan, tahap selanjutnya responden penelitian diberikan intervensi. Intervensi yang diberikan berupa pemutaran video diri atau *Video Self-Modeling* yang berisi rekaman diri anak yang mampu melakukan keterampilan menggosok gigi. Anak diminta untuk menonton video dirinya yang berisi rekaman gambar diri yang mampu menggosok gigi secara mandiri.

Setelah selesai menonton video, anak diminta ke kamar mandi untuk menggosok gigi dan dilakukan pengamatan. Observasi dilakukan oleh dua orang observer yang berpedoman pada lembar observasi analisis tugas. Data yang sudah terkumpul pada tahap pelaksanaan dan pengamatan

kemudian dianalisis. Hasil analisis dibandingkan dengan data awal, sehingga terlihat tingkat keberhasilan perilaku yang dilakukan anak. Hasil dari refleksi ini dijadikan acuan untuk sesi berikutnya. Hal ini dilakukan sampai didapatkan data yang stabil.

c. Fase Generalisasi

Fase berikutnya adalah fase generalisasi. Fase ini bertujuan untuk melihat apakah intervensi sudah berhasil mengajarkan perilaku yang ditetapkan. Jadi untuk melihat apakah VSM sudah berhasil mengajarkan perilaku menggosok gigi secara mandiri pada anak dengan autisme. Hal ini bisa dilihat jika anak mampu menggeneralisasikan keterampilan menggosok gigi di lingkungan yang lain. Fase ini dilakukan di sekolah responden.

Ini merupakan bagian penting dimana dalam tahap ini dilakukan penilaian tanpa adanya intervensi lagi. Hal ini bertujuan untuk menentukan apakah keterampilan yang telah berhasil dilakukan tersebut bersifat permanen atau menetap dan apakah kemampuan tersebut bisa digeneralisasi pada situasi atau lingkungan yang lain.

Pelaksanaan dilakukan saat jadwal rutin kegiatan menggosok gigi di sekolah. Responden bersama-sama dengan siswa lain melakukan kegiatan menggosok gigi. Saat responden menggosok gigi, diamati dan dicatat dalam lembar observasi.

Data yang sudah terkumpul pada fase generalisasi selanjutnya dianalisis. Hasil analisis dibandingkan dengan data awal dan data intervensi, sehingga terlihat tingkat keberhasilan perilaku yang dilakukan anak. Hasil dari refleksi ini dijadikan acuan untuk sesi berikutnya.

d. Fase *Maintenance*

Fase *maintenance* adalah fase terakhir dari desain penelitian ini. Fase ini untuk melihat kemampuan anak dalam melakukan tugas dari waktu ke

waktu tanpa adanya pengajaran ulang. Dalam fase ini peneliti memeriksa ulang kemampuan anak dalam melakukan keterampilan menggosok gigi untuk memastikan apakah anak masih mampu melakukan atau tidak. Pembelajaran berhasil apabila anak tetap mampu mempertahankan kemampuannya dari waktu ke waktu setelah intervensi tidak dilakukan lagi.

Pada fase *maintenance* ini, peneliti bekerja sama dengan orang tua karena fase ini dilakukan kembali di rumah. Pada fase ini, orang tua diberi informasi bahwa fase ini dilakukan 1 minggu setelah fase generalisasi dan anak diamati kemampuannya menggosok gigi tanpa ada lagi intervensi.

Sebelum mandi sore anak diamati apakah anak mempunyai inisiatif untuk menggosok gigi dan apakah anak mampu melakukannya secara mandiri. Kemampuan anak menggosok gigi diamati dan dicatat dalam lembar observasi. Data yang sudah terkumpul pada fase generalisasi kemudian dianalisis. Hasil analisis dibandingkan dengan data awal dan data intervensi, sehingga terlihat tingkat keberhasilan perilaku yang dilakukan anak.

Penelitian dilakukan secara berurutan dari fase *baseline*, intervensi, generalisasi dan *maintenance*. Lama sesi atau panjang pendeknya kondisi untuk tiap fase bervariasi. Secara umum panjang sesi tergantung pada kestabilan data. Menurut hasil penelitian LeBlanc (2003), Nikopoulos dan Keenan (2004), Bidwell (2004) dan Buggey (2005), lama sesi untuk fase *baseline* berkisar antara tiga sampai lima belas sesi, fase intervensi antara tiga sampai tiga puluh sesi, fase generalisasi dua sampai lima kali dan fase *maintenance* sebanyak dua sampai lima kali yang dilakukan seminggu sampai satu bulan setelah fase generalisasi.

4.6 Pengolahan dan Analisis Data

Setelah penelitian dilaksanakan, maka data siap dianalisis. Dari temuan-temuan data diilustrasikan dengan grafik untuk membantu mempermudah interpretasi secara visual. Menurut Sunanto, Takeuchi dan Nakata (2005) dalam metode analisis data pada penelitian subyek tunggal atau *single-subject* lebih banyak dilakukan analisis visual dengan banyak mempresentasikan data ke dalam grafik khususnya grafik garis. Grafik garis ini dapat menampilkan data secara kontinu. Grafik memberikan gambaran kemajuan dari fase awal sampai dengan fase *maintenance*. Hasil penelitian dicatat dan dibuat grafik dengan menggunakan Microsoft Excel. Grafik dibuat sederhana tetapi memberikan informasi yang cukup untuk memantau perilaku dan evaluasi intervensi yang sudah dilakukan.

Dalam grafik ini ada beberapa komponen yang penting. Sebuah grafik dibuat dalam satu set batas. Batasan-batasan ini disebut sumbu (sumbu tunggal). Sebuah grafik garis memiliki dua sumbu, sumbu horizontal atau x, dan sumbu vertikal atau y.

Sumbu x disebut juga absis adalah garis horizontal yang berfungsi sebagai batas bawah grafik. Sumbu x merupakan sumbu mendatar yang menunjukkan satuan dari variabel bebas. Dalam penelitian ini sumbu x menunjukkan jumlah percobaan (menggosok gigi).

Sumbu y disebut juga ordinat adalah garis vertikal yang berfungsi sebagai batas kiri dari grafik. Sumbu y merupakan sumbu vertikal yang menunjukkan satuan untuk variabel terikat. Dalam studi ini sumbu y menunjukkan persentase tugas yang dicapai dengan benar ketika melakukan keterampilan menggosok gigi.

Dari grafik yang ditampilkan kemudian dilakukan analisis data dengan metode analisis visual. Analisis visual berkaitan dengan banyaknya data point (skor) dalam setiap kondisi, tingkat stabilitas, perubahan level (*level change*)

data dalam satu kondisi dan antar kondisi serta arah perubahan dalam satu kondisi dan antar kondisi. Data poin ini didapat dari hasil perhitungan di lembar observasi.

Tingkat kestabilan (*level stability*) data bisa dihitung dari besar kecilnya rentang data dan tinggi rendahnya tingkat variasi. Apabila rentang data yang kecil dan tingkat variasinya rendah maka data dikatakan sudah stabil. Tingkat kestabilan bisa dihitung mean dari seluruh data. Apabila 80%-90% data masih berada pada 15% di atas dan dibawah mean, maka data dikatakan stabil.

Tingkat perubahan level (*level change*) bisa menunjukkan seberapa besar terjadinya perubahan data dalam suatu kondisi. Hal ini bisa dihitung dengan menentukan besar data point pertama dan terakhir pada satu kondisi atau satu fase. Kemudian mengurangi data yang besar dengan data yang kecil sehingga bisa ditentukan apakah selisihnya menunjukkan arah yang membaik atau memburuk.

Tingkat perubahan level data pada dua kondisi yang berbeda, misal baseline dengan intervensi. Tingkat perubahan dua kondisi ini bisa dihitung dari data point terakhir pada kondisi *baseline* dan menentukan data point pertama pada kondisi intervensi. Selanjutnya mengurangi data point yang besar dengan data point kecil sehingga bisa ditentukan perubahan level membaik atau memburuk sesuai dengan tujuan intervensi. Jika selisih besar dan membaik, hal ini mengindikasikan bahwa intervensi yang diberikan memiliki pengaruh yang kuat terhadap variabel terikat (*target behavior*).

Kecenderungan arah (*trend/slope*) grafik dari sesi ke sesi perlu dinilai untuk memberikan gambaran perilaku subyek yang sedang diteliti. Untuk menentukan *trend* dilakukan dengan metode *freehand*, yaitu mengamati secara langsung dari data point pada suatu kondisi kemudian menarik garis lurus yang membagi point menjadi dua bagian. Sementara bisa juga memakai

metode *split-middle*, yaitu menentukan kecenderungan arah grafik berdasarkan median data point nilai ordinatnya.

Menurut Sunanto, Takeuchi dan Nakata (2005) pada desain penelitian *multiple baseline cross subjects*, pengukuran data *baseline* dilakukan secara simultan untuk ketiga subyek. Setelah data *baseline* pada subyek pertama stabil, kemudian diberikan intervensi, sementara untuk kedua subyek yang lain masih dilanjutkan pengukuran *baseline*. Intervensi untuk subyek kedua diberikan setelah data *baseline* menjadi stabil, demikian juga untuk subyek ketiga.

4.7 Etika Penelitian

Dalam penelitian yang dilakukan, nantinya peneliti memperhatikan kode etik penelitian yang ada. Menurut ANA (1985, dalam Pollit & Beck, 2006) ada beberapa kode etik penelitian untuk profesi keperawatan adalah:

1. *Self determination*

Yang dimaksud dengan prinsip etika penelitian *self determination* adalah subyek penelitian atau responden merupakan agen yang memiliki otonomi dan hak untuk membuat keputusan, sehingga responden memiliki kebebasan untuk memilih tanpa adanya kontrol dari luar dirinya atau bebas dari paksaan. Dalam penelitian ini, sebelum pelaksanaan intervensi peneliti menjelaskan lebih dahulu tentang maksud, tujuan dan prosedur penelitian kepada responden dan keluarganya. Setelah diberikan informasi, maka responden dan keluarga diberikan keleluasaan untuk mengikuti atau menolak menjadi Responden. Setelah mereka memutuskan berpartisipasi maka diminta menandatangani surat pernyataan. Pada saat penelitian, ada satu responden yang menyatakan mengundurkan diri ketika fase *baseline* dimulai dan peneliti memperkenankan karena itu merupakan hak dari responden.

2. *Privacy and dignity*

Prinsip etika penelitian *privacy* dan *dignity* adalah kebebasan setiap individu untuk memberikan waktu, jarak dan perputaran informasi khusus

untuk digunakan atau dipegang oleh orang lain. Prinsip *privacy* dijaga dengan cara merahasiakan informasi-informasi yang telah diberikan oleh responden dan informasi yang didapat oleh peneliti hanya dimanfaatkan untuk kepentingan penelitian ini. Seluruh data yang didapat dari responden dalam penelitian ini, disimpan dan dirahasiakan oleh peneliti.

3. *Anonymity and confidentiality*

Yang dimaksud prinsip *anonymity* adalah saat identitas diri subyek peneliti tidak dapat dikaitkan oleh siapapun termasuk peneliti, sedangkan prinsip *confidentiality* berarti identitas individu yang menjadi subyek penelitian atau responden tidak dikaitkan dengan informasi yang diberikan dan tidak dipublikasikan. Jadi dalam melaksanakan prinsip etika penelitian ini, peneliti tidak mencantumkan nama responden dalam kuesioner, tetapi menggunakan nama samaran, sehingga prinsip *anonimity* ditegakkan. Dalam analisis dan penyajian data, peneliti hanya mendeskripsikan karakteristik responden tanpa mempublikasikan keterikatan informasi yang diberikan responden dengan identitas dirinya.

4. *Protection from discomfort and harm*

Prinsip etika penelitian ini adalah bahwa responden berhak melindungi dan mencegah dirinya dari ketidaknyaman dan dampak buruk akibat dari penelitian yang dilakukan. Kenyamanan dan dampak buruk tersebut dapat bentuk fisik, psikologis, sosial, atau ekonomi. Dalam penelitian ini responden diberikan bantuan untuk meningkatkan rasa nyamannya terkait dengan keterampilan menggosok gigi. Antara lain dengan memberikan sikat gigi yang lembut dan memakai air yang matang untuk berkumur. Juga memberikan pasta gigi dengan aroma dan rasa agar meningkatkan kenyamanan responden.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan menguraikan hasil penelitian tentang efektivitas *Video Self-Modelling* terhadap kemampuan menggosok gigi pada anak dengan *Autisme Spectrum Disorder* di Karesidenan Banyumas. Data diperoleh dari pengamatan terhadap kemampuan anak dalam menggosok gigi. Pengumpulan data diawali dengan pengumpulan data awal atau baseline data. Anak diminta melakukan keterampilan menggosok gigi seperti biasa anak melakukan sehari-hari. Keterampilan ini tidak dibantu oleh siapapun kemudian diamati. Pengamatan dilakukan berkisar antara 3 sampai dengan 7 kali. Hasil pengamatan inilah merupakan data dasar.

Setelah diperoleh data dasar, kemudian dilakukan pembuatan media video tentang menggosok gigi dimana anak berperan sebagai model. Dalam pembuatan video ini, anak dibantu agar melakukan sesuai tugas-tugas dalam keterampilan menggosok gigi. Hasil rekaman video diedit sampai didapatkan hasil rekaman seolah-olah anak mampu melakukan keterampilan menggosok gigi secara mandiri. Rekaman juga diberikan pengantar dan diakhiri dengan penghargaan dari orang tua berupa pujian secara verbal dan non verbal.

Rekaman video yang sudah dilakukan *editing* digunakan sebagai intervensi yang ditunjukkan kepada anak untuk ditonton. Intervensi ini dikenal dengan *video self modelling*. Setelah anak menonton video, kembali diamati kemampuan anak dalam menggosok gigi. Data dikumpulkan selama fase intervensi ini. Pengamatan dilakukan selama 5 kali data poin. Kemudian anak diamati dan data dikumpulkan selama fase generalisasi yang dilakukan di sekolah. Satu minggu kemudian fase *maintenance* dilakukan dengan mengamati kembali tentang kemampuan menggosok gigi setelah satu minggu dibiarkan tanpa intervensi. Hasil temuan data disajikan dalam tahap yang berurutan dari baseline, intervensi, generalisasi dan *maintenance*.

Dari tiap data yang sudah dikumpulkan dilakukan analisis data dengan metode analisis visual nantinya berkaitan dengan banyaknya data poin (skor) dalam setiap kondisi, banyaknya variabel terikat yang ingin diubah, tingkat stabilitas dan perubahan level data dalam suatu kondisi atau antar kondisi, arah perubahan dalam kondisi maupun antar kondisi.

4.1 Deskripsi Responden

Responden dalam studi ini adalah anak dengan *Autisme Spectrum Disorders* dan memiliki ketidakmampuan belajar dengan kriteria ringan. Anak masih memiliki ketergantungan akan bantuan orang tua atau guru dalam hal melakukan keterampilan menggosok gigi.

Penetapan responden dilakukan dengan memilih responden yang sesuai kriteria dan kaya akan informasi. Responden dipilih dengan melihat kriteria-kriteria yang telah ditetapkan. Pada awal penelitian, ditetapkan sebanyak tiga responden terdiri dari dua orang anak laki-laki dan satu orang anak perempuan. *Intellectual Quotion* (IQ) masing-masing 60, 68 dan 75. Usia antara 11 sampai 12 tahun.

4.2 Setting Penelitian

Pada penelitian fase *baseline* lokasi yang digunakan adalah kamar mandi rumah responden dan kamar mandi sekolah responden. Fase intervensi seluruhnya dilakukan di rumah responden, sedangkan fase generalisasi di sekolah anak. Fase terakhir yaitu fase *maintenance* dilakukan di rumah responden.

Penelitian dimulai pada tanggal 15 Mei 2012 sampai dengan 24 Juni 2012 atau selama 6 minggu. Dengan uraian kegiatan *briefing* dengan *membership* (asisten peneliti, orang tua dan guru) selama satu minggu, pengambilan data selama empat minggu, pembuatan media intervensi *video self-modelling* selama satu minggu.

4.3 Fase *Baseline*

Data *baseline* dikumpulkan setelah semua orang tua menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Data *baseline* ini diambil untuk mendapatkan data dasar atau data awal tentang kemampuan responden dalam keterampilan menggosok gigi. Pengambilan data dimulai dengan pengamatan anak menggosok gigi yang didokumentasikan dalam lembar pengamatan. Pengamatan ini dimulai secara bersamaan untuk ketiga responden. Panjang data *baseline* sebanyak tiga sampai tujuh data poin. Pengamatan berkaitan dengan penilaian terhadap kemampuan anak secara mandiri melakukan tugas-tugas dalam lembar *task analysis* yang sudah disiapkan. Anak diminta menggosok gigi tanpa diberi bantuan dan diamati tugas mana yang bisa dan tidak bisa dilakukan anak.

4.3.1 Hasil Fase *Baseline*

Pada fase *baseline*, pengamatan dilakukan secara simultan untuk ketiga responden. Hasil pengamatan dievaluasi kecenderungan arah dan trend dari grafik untuk bisa melanjutkan ke fase berikutnya. Berikut akan diuraikan hasil fase *baseline* untuk masing-masing responden.

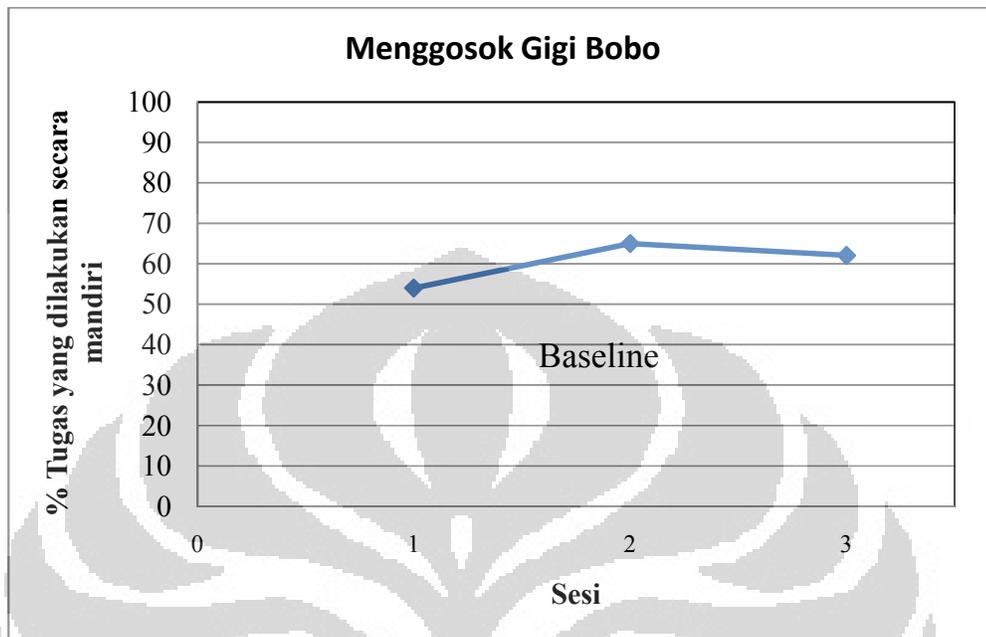
Tabel 4.1

Fase *Baseline* untuk Anak Bobo

Sesi	Langkah-langkah yang dilakukan secara mandiri	Persentase (%)
1	14/26	54
2	17/26	65
3	16/26	62

Dari tabel di atas, panjang kondisi *baseline* sebanyak tiga data *poin*, hasil menunjukkan bahwa anak Bobo mampu melakukan sekitar 14 sampai 17 tugas dari 26 tugas yang ada dalam lembar pengumpulan data. Data juga tampak bervariasi, namun tidak terpaut jauh berbeda. Untuk penyajian data dalam bentuk grafik, data-data dimasukkan ke dalam Microsoft Excel seperti hasil pada grafik 4.1

Grafik 4.1
Fase *Baseline* Anak Bobo



Dari grafik *baseline* di atas, kemudian dilakukan analisis data dengan metode analisis visual. Analisis visual berkaitan dengan banyaknya data poin (skor) dalam setiap kondisi, tingkat stabilitas, perubahan level (*level change*) data dalam kondisi *baseline* dan arah perubahan dalam kondisi *baseline*.

Dari grafik di atas tergambar bahwa banyaknya data poin (skor) adalah tiga data poin dalam tiga sesi pengamatan. Dari tiga data poin tersebut sudah tampak kestabilan data. Tingkat kestabilan (*level stability*) tampak dari rentang data yang kecil dan tingkat variasinya rendah. Jika dihitung mean dari seluruh data adalah 60,33%, maka selisih data dengan mean berkisar 6,33% di bawah mean, 1,67% dan 4,7% di atas mean. Secara umum apabila seluruh data masih berada pada 15% di atas dan dibawah mean, maka data dikatakan stabil.

Dari tingkat perubahan level (*level change*) bisa menunjukkan seberapa besar terjadinya perubahan data dalam suatu kondisi. Hal ini bisa dihitung dengan menentukan besar data poin pertama dan terakhir pada fase

baseline ini. Kemudian mengurangi data yang besar dengan data yang kecil sehingga bisa ditentukan apakah selisihnya menunjukkan arah yang membaik. Jika dilihat dari grafik *baseline* anak Bobo, skor pertama adalah 54, sedang skor terakhir adalah 62, jadi selisihnya 8 poin. Skor terbesar 65, skor terkecil 54, apabila dikurangkan maka hasilnya 11 poin. Bila dibandingkan hasilnya dari 8 poin kemudian 11 poin, maka menunjukkan arah yang membaik (*therapeutic*) sesuai dengan tujuan intervensi.

Kecenderungan arah (*trend/slope*) grafik dari sesi ke sesi perlu dinilai untuk memberikan gambaran perilaku subyek yang sedang diteliti. Dari data *baseline* Bobo, tampak data bervariasi, untuk menentukan *trend* dilakukan dengan metode *freehand*, yaitu mengamati secara langsung dari data poin pada suatu kondisi. Dengan menggunakan metode tersebut, data *baseline* Bobo menunjukkan kecenderungan arah meningkat, yang artinya perilaku subyek yang diteliti menunjukkan kecenderungan meningkat. Dengan kondisi data yang stabil, arah *level change* yang membaik dan kecenderungan arah yang meningkat, maka setelah didapatkan tiga data poin kemudian diputuskan untuk melanjutkan ke fase intervensi.

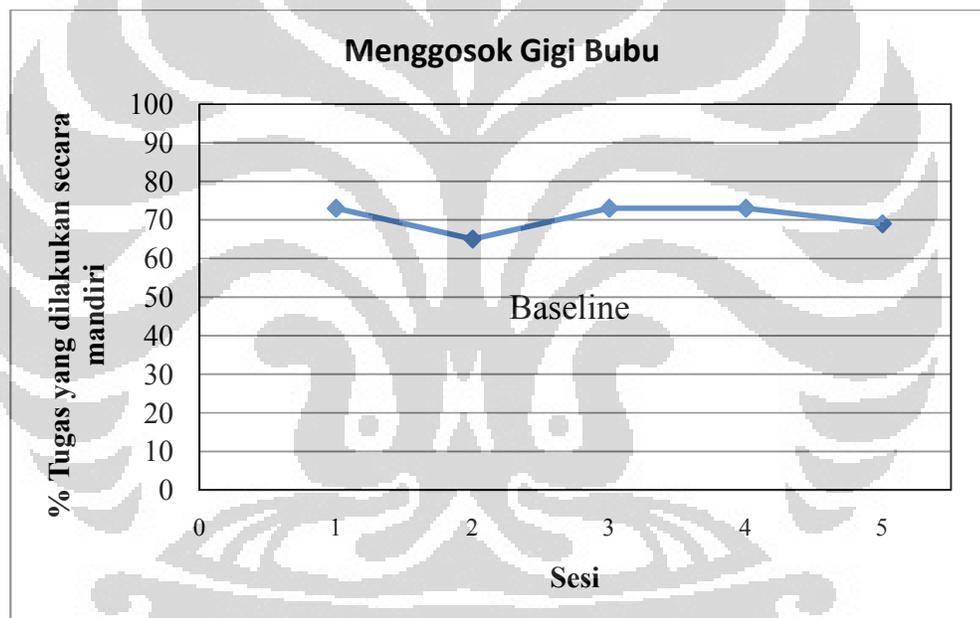
Pada responden kedua, pengambilan data fase *baseline* dimulai bersamaan dengan responden pertama. Berikut ini hasil penelitian fase *baseline* untuk responden ke dua yaitu Bubu. Hasil pengamatan lebih jelas nampak pada tabel 4.2

Tabel 4.2
Fase *Baseline* untuk Anak Bubu

Sesi	Langkah-langkah yang dilakukan secara mandiri	Persentase (%)
1	19/26	73
2	17/26	65
3	19/26	73
4	19/26	73
5	18/26	69

Dari tabel di atas, panjang kondisi *baseline* sebanyak tiga data poin, hasil menunjukkan bahwa anak Bubu mampu melakukan sekitar 17 sampai 19 tugas dari 26 tugas yang ada dalam lembar pengumpulan data. Anak mampu melakukan 17 tugas secara mandiri dalam 1 sesi percobaan, mampu melakukan 18 tugas secara mandiri dalam 1 sesi dan 19 tugas secara mandiri pada 3 sesi percobaan (*trials*). Kemudian data-data yang sudah ada di atas dimasukkan ke dalam Microsoft Excel untuk menghasilkan grafik seperti yang tampak pada gambar 4.2 di bawah ini.

Grafik 4.2

Fase *Baseline* Anak Bubu

Dari grafik di atas tergambar bahwa banyaknya data poin (skor) adalah lima data poin dalam lima sesi pengamatan. Dari lima data poin tersebut sudah tampak kestabilan data. Tingkat kestabilan (*level stability*) tampak dari rentang data yang kecil dan tingkat variasinya rendah. Jika dihitung mean dari seluruh data adalah 70,6%, maka selisih data dengan mean berkisar 1,6% dan 5,6% di bawah mean, 2,4% di atas mean. Secara umum apabila seluruh data masih berada pada 15% di atas dan dibawah mean, maka data dikatakan stabil.

Dari tingkat perubahan level (*level change*) bisa menunjukkan seberapa besar terjadinya perubahan data dalam suatu kondisi. Hal ini bisa dihitung dengan menentukan besar data poin pertama dan terakhir pada fase *baseline* ini. Kemudian mengurangi data yang besar dengan data yang kecil sehingga bisa ditentukan apakah selisihnya menunjukkan arah yang membaik. Jika dilihat dari grafik *baseline* anak Bubu, skor pertama adalah 73, sedang skor terakhir adalah 69, jadi selisihnya 4 poin. Skor terbesar 73, skor terkecil 65, apabila dikurangkan maka hasilnya 8 poin. Bila dibandingkan hasilnya dari 4 poin kemudian 8 poin, maka menunjukkan arah yang membaik (*therapeutic*) sesuai dengan tujuan intervensi.

Kecenderungan arah (*trend/slope*) grafik dari sesi ke sesi perlu dinilai untuk memberikan gambaran perilaku subyek yang sedang diteliti. Dari data *baseline* Bobo, tampak data bervariasi, untuk menentukan *trend* dilakukan dengan metode *split-middle* yaitu menentukan kecenderungan arah grafik berdasarkan median data poin yang memiliki nilai lebih besar. Dengan menggunakan metode tersebut, data *baseline* Bubu menunjukkan nilai median adalah 73 yang merupakan nilai tertinggi dari semua data poin, sehingga bisa disimpulkan kecenderungan arah meningkat, yang artinya perilaku subyek yang diteliti menunjukkan kecenderungan meningkat. Dengan kondisi data yang stabil, arah *level change* yang membaik dan kecenderungan arah yang meningkat, maka setelah didapatkan lima data poin kemudian diputuskan untuk melanjutkan ke fase intervensi.

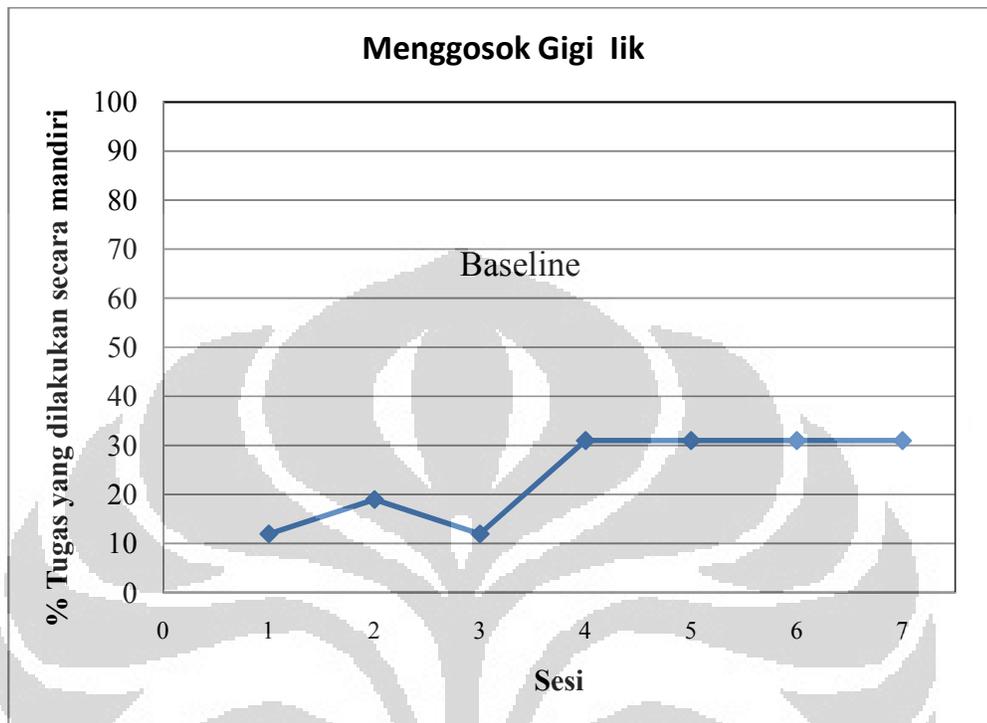
Berikut ini hasil penelitian fase *baseline* untuk responden ke tiga yaitu Iik. Hasil pengamatan lebih jelas nampak pada tabel 4.3.

Tabel 4.3
Fase *Baseline* untuk Anak Iik

Sesi	Langkah-langkah yang dilakukan secara mandiri	Persentase (%)
1	3/26	12
2	5/26	19
3	3/26	12
4	8/26	31
5	8/26	31
6	8/26	31
7	8/26	31

Dari tabel di atas, panjang kondisi *baseline* sebanyak tujuh data poin, hasil menunjukkan bahwa anak Iik mampu melakukan sekitar 3 sampai 8 tugas dari 26 tugas yang ada dalam lembar pengumpulan data. Data juga tampak bervariasi, namun tidak terpaut jauh berbeda. Anak Iik memang memiliki keterbatasan dalam kemampuan melakukan aktifitas hidup sehari-hari khususnya menggosok gigi. saat ini anak sudah kenal keterampilan menggosok gigi, namun belum mampu melakukan secara mandiri. Tampak dari hasil pengamatan bahwa anak Iik baru mampu melakukan 3 tugas dari 26 tugas secara mandiri pada 2 sesi *trials*. Anak mampu melakukan 5 tugas secara mandiri dalam 1 sesi *trial* dan 8 tugas secara mandiri dalam 4 sesi *trials*. Dari data-data di atas setelah dimasukkan ke dalam Microsoft Excel, maka dihasilkan grafik seperti pada gambar 4.3 di bawah ini

Grafik 4.3
Fase *Baseline* Anak Iik



Dari grafik di atas tergambar bahwa banyaknya data poin (skor) adalah tujuh data poin dalam tujuh sesi pengamatan. Pada awal pengamatan yaitu tiga sesi pertama tampak kemampuan anak kurang stabil. Kemampuan tiga sesi pertama tampak ada perbedaan (*range*) kemampuannya. Hal ini terjadi terutama pada 3 sesi pengamatan di awal. Dimungkinkan dikarenakan anak baru beradaptasi dengan tugas baru yang harus dia lakukan secara mandiri. Namun ketika sudah memasuki pengamatan sesi yang ke empat sampai ke tujuh, data tampak lebih stabil. Namun apabila dihitung, ternyata keseluruhan data masih stabil. Tingkat kestabilan (*level stability*) tampak dari rentang data yang kecil dan tingkat variasinya rendah. Jika dihitung mean dari seluruh data adalah 23,85%, maka selisih data dengan mean berkisar 4,85% dan 11,85% di bawah mean serta 7,15% di atas mean. Secara umum apabila seluruh data masih berada pada 15% di atas dan dibawah mean, maka data dikatakan stabil.

Dari tingkat perubahan level (*level change*) bisa menunjukkan seberapa besar terjadinya perubahan data dalam suatu kondisi. Hal ini bisa dihitung dengan menentukan besar data poin pertama dan terakhir pada fase *baseline* ini. Kemudian mengurangi data yang besar dengan data yang kecil sehingga bisa ditentukan apakah selisihnya menunjukkan arah yang membaik. Jika dilihat dari grafik *baseline* anak Iik, skor pertama adalah 12%, sedang skor terakhir adalah 31%, jadi selisihnya 19%. Skor terbesar 31%, skor terkecil 12%, apabila dikurangkan maka hasilnya juga 19%. Bila dibandingkan hasilnya ternyata sama-sama 195, maka artinya tingkat perubahan mendatar.

Kecenderungan arah (*trend/slope*) grafik dari sesi ke sesi perlu dinilai untuk memberikan gambaran perilaku subyek yang sedang diteliti. Dari data *baseline* Iik, tampak data bervariasi, untuk menentukan *trend* dilakukan dengan metode *split-middle* yaitu menentukan kecenderungan arah grafik berdasarkan median data poin yang memiliki nilai lebih besar. Dengan menggunakan metode tersebut, data *baseline* Iik menunjukkan nilai median adalah 31 yang merupakan nilai tertinggi dari semua data poin, sehingga bisa disimpulkan kecenderungan arah meningkat, yang artinya perilaku subyek yang diteliti menunjukkan kecenderungan meningkat. Dengan kondisi data yang stabil, arah *level change* yang mendatar namun kecenderungan arah yang meningkat, maka setelah didapatkan tujuh data poin kemudian diputuskan untuk melanjutkan ke fase intervensi.

4.4. Fase Intervensi

Sebelum memulai fase intervensi, lebih dahulu dilakukan pembuatan video yang akan dipakai untuk media intervensi. Yang berperan sebagai model dalam video ini adalah anak itu sendiri. Anak diminta menggosok gigi dan diberi bantuan apabila mengalami kesulitan dalam menggosok gigi. Bentuk bantuan yang diberikan berupa ungkapan verbal atau perintah kata-kata, kode-kode maupun bantuan secara langsung. Bantuan secara langsung

diberikan apabila anak benar-benar mengalami kesulitan dalam melakukan langkah tersebut secara mandiri.

Pembuatan video dilakukan selama tiga hari untuk tiga orang responden. Dalam pembuatan video peneliti melibatkan aktif keluarga responden yang berperan memberikan bantuan tentang langkah-langkah yang benar dalam menggosok gigi. Orang tua juga diambil gambarnya untuk memperlihatkan pujian yang diberikan diakhir kegiatan gosok gigi.

Setelah pengambilan gambar video selesai, selanjutnya dilakukan editing gambar. Editing gambar ini memakan waktu selama 4 hari. Gambar video diedit dengan menghilangkan suara-suara dan gambar-gambar yang memperlihatkan bantuan yang telah diberikan. Hasil *editing* memperlihatkan gambar seolah-olah semua langkah-langkah dalam keterampilan menggosok gigi ini dilakukan responden secara mandiri. Video juga ditambahkan dengan tulisan pengantar pada awal video dan diberikan *reward* berupa tepuk tangan dari orang tua di akhir video. Durasi video berkisar 8 sampai 10 menit.

Setelah media video telah siap maka responden diberi intervensi yaitu pemutaran video diri atau *Video Self-Modelling* yang telah dibuat sebelumnya. Responden diminta untuk menonton video dirinya yang berisi rekaman gambar diri yang mampu menggosok gigi secara mandiri.

Video ini diputar setiap sore hari setelah bangun tidur dan sebelum mandi sore. Video diputar dengan menggunakan DVD player sebanyak 5 kali. Pada saat menonton video dianjurkan saat anak sendiri tanpa ada teman-temannya. Peneliti memastikan video diputar dan ditonton oleh responden setiap harinya. Jadi sebelum jam pemutaran, peneliti selalu menelpon dan mengingatkan orang tua atau responden untuk menonton video. Pada saat jam mandi sore, responden diminta menggosok gigi dan dilakukan pengamatan. Data hasil pengamatan dikumpulkan dan dianalisis. Hasil analisis dibandingkan dengan data dasar di fase *baseline*.

4.4.1. Hasil Fase Intervensi

Setelah responden melihat video dirinya menggosok gigi, selanjutnya diperintah untuk menggosok gigi. responden diobservasi atau diamati dan data dikumpulkan. Setiap tugas yang dilakukan oleh responden secara mandiri dicatat dalam lembar pengumpulan data (*data sheet*). Secara keseluruhan responden menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kemampuan responden dalam melakukan tugas secara mandiri pada fase intervensi dibandingkan dengan fase *baseline*. Peningkatan kemampuan ini berkisar antara 4 sampai 7 tugas dari fase *baseline*. Gambaran lebih jelas untuk tiap responden pada fase intervensi ini tampak pada tabel 4.4 dan 4.5

Tabel 4.4

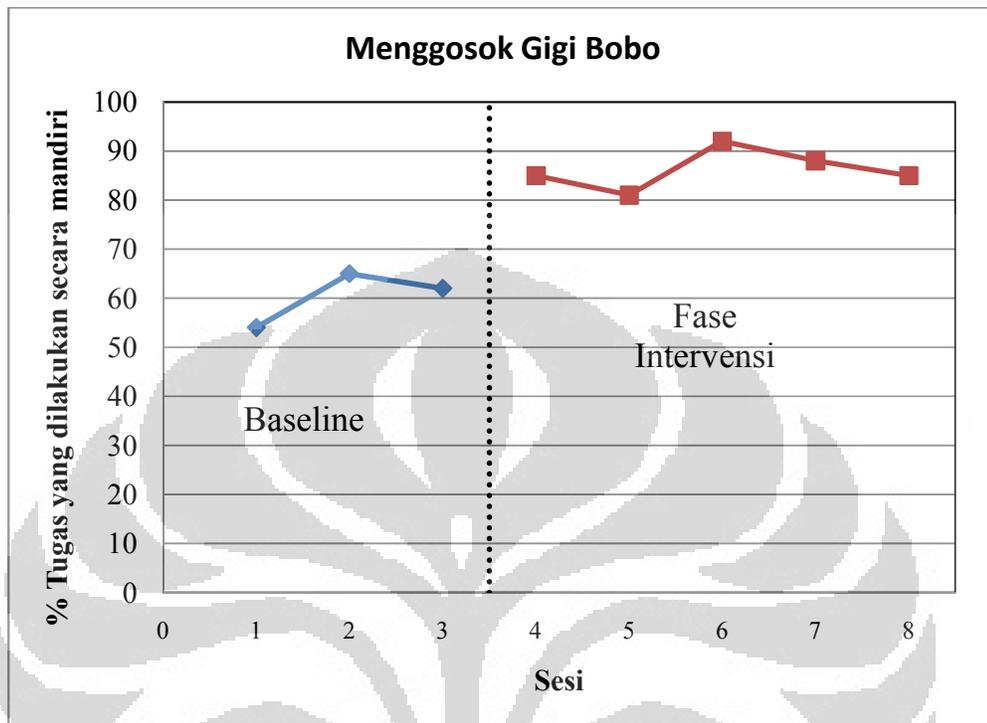
Fase Intervensi untuk Anak Bobo

Sesi	Langkah-langkah yang dilakukan secara mandiri	Persentase
4	22/26	85
5	21/26	81
6	24/26	92
7	23/26	88
8	22/26	85

Dari tabel di atas, panjang kondisi intervensi sebanyak lima data poin, hasil menunjukkan bahwa anak Bobo mampu melakukan sekitar 21 sampai 24 tugas dari 26 tugas yang ada dalam lembar pengumpulan data. Data juga tampak bervariasi, namun tidak terpaut jauh berbeda. Sebanyak 21 tugas dari 26 tugas dapat dilakukan secara mandiri pada 1 sesi dan 22 tugas secara mandiri pada 2 sesi. Sebanyak 23 tugas dan 24 tugas juga mampu dilakukan secara mandiri dalam 2 sesi.

Dari data di lembar observasi di atas kemudian dimasukkan ke Microsoft Excel dan dihasilkan grafik 4.4

Grafik 4.4
Fase *Intervensi* Anak Bobo



Dari grafik intervensi anak Bobo di atas, kemudian dilakukan analisa data dengan metode analisis visual. Oleh karena ada dua kondisi yaitu *baseline* dan intervensi, maka analisis visual selain berkaitan dengan banyaknya data poin (skor) dan tingkat stabilitas pada kondisi intervensi juga dianalisis perubahan level (*level change*) data antara kondisi *baseline* dan kondisi intervensi serta dianalisis arah perubahan dari kondisi *baseline* ke kondisi intervensi.

Dari grafik di atas tergambar bahwa banyaknya data poin (skor) fase intervensi adalah lima data poin dalam lima sesi pengamatan. Dari lima data poin tersebut sudah tampak kestabilan data. Tingkat kestabilan (*level stability*) tampak dari rentang data yang kecil dan tingkat variasinya rendah. Jika dihitung mean dari seluruh data adalah 86,2%, maka selisih data dengan mean berkisar 1,2% sampai 5,2% di bawah mean dan 2,2%

sampai 5,8% di atas mean. Secara umum apabila seluruh data masih berada pada 15% di atas dan dibawah mean, maka data dikatakan stabil.

Dari tingkat perubahan level (*level change*) dalam kondisi intervensi anak Bobo, skor pertama adalah 85%, sedang skor terakhir adalah 85% juga, jadi selisihnya 0%. Skor terbesar 92%, skor terkecil 81%, apabila dikurangkan maka hasilnya 11%. Bila dibandingkan hasilnya dari 0% kemudian 11%, maka menunjukkan arah yang membaik (*therapeutic*) pada fase atau kondisi intervensi.

Jika dianalisa tingkat perubahan level pada dua kondisi yaitu *baseline* dan intervensi, bisa dihitung dari data poin terakhir pada kondisi *baseline* dan menentukan data poin pertama pada kondisi intervensi. Selanjutnya mengurangi data poin yang besar dengan data poin kecil sehingga bisa ditentukan perubahan level membaik atau memburuk sesuai dengan tujuan intervensi. Bila kita hitung data poin terakhir fase *baseline* Bobo adalah 62%, data poin pertama fase intervensi Bobo adalah 85%, jadi selisihnya adalah 23%. Kemudian skor terbesar adalah 92% sedang skor terkecil adalah 54%, apabila dikurangkan hasilnya 38%. Bila dibandingkan hasilnya dari 23% kemudian 38%, maka menunjukkan arah yang membaik sesuai dengan tujuan intervensi yaitu mengetahui kemampuan anak. Karena selisih besar dan membaik, hal ini mengindikasikan bahwa intervensi VSM yang diberikan memiliki pengaruh yang kuat terhadap variabel terikat yaitu kemampuan menggosok gigi pada anak Bobo dengan *Autisme Spectrum Disorder* ini.

Kecenderungan arah (*trend/slope*) grafik dari fase *baseline* ke fase intervensi perlu dinilai untuk memberikan gambaran perilaku subyek yang sedang diteliti. Untuk menentukan *trend* dilakukan dengan metode *split-middle* yaitu menentukan kecenderungan arah grafik berdasarkan median data poin yang memiliki nilai lebih besar. Dengan menggunakan metode tersebut, data intervensi Bobo menunjukkan nilai median adalah 85 yang

merupakan nilai yang cukup tinggi dari semua data poin, sehingga bisa disimpulkan kecenderungan arah meningkat, yang artinya perilaku subyek yang diteliti menunjukkan kecenderungan meningkat. Jika dianalisa kecenderungan arah untuk fase *baseline* Bobo meningkat dan fase intervensi juga meningkat. Dengan kondisi data yang stabil, arah *level change* dua kondisi yang membaik dan kecenderungan arah dua kondisi yang meningkat, maka setelah didapatkan lima data poin pada fase intervensi kemudian diputuskan untuk melanjutkan ke fase maintenance.

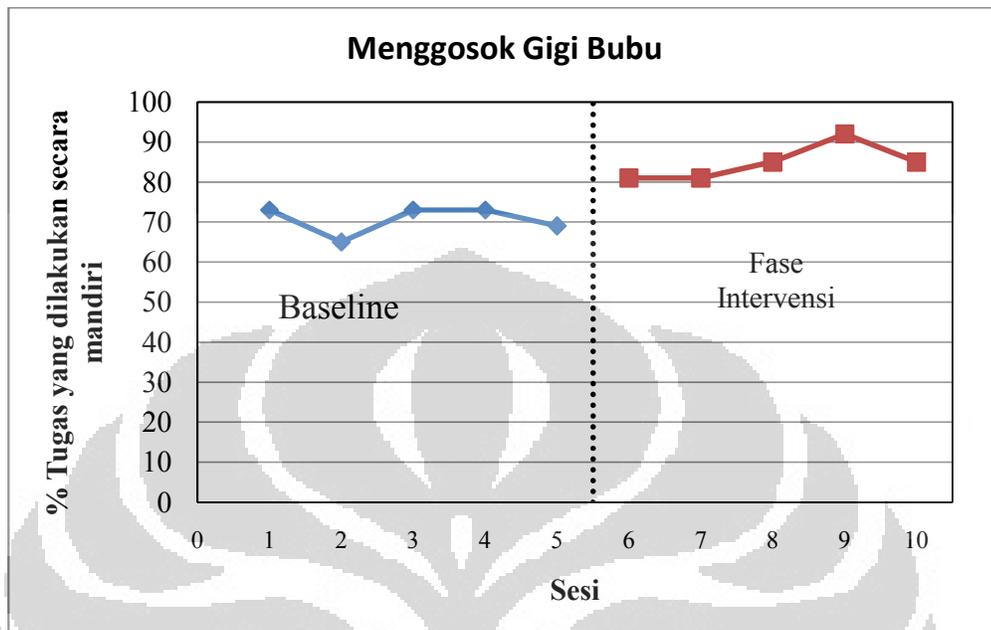
Sedangkan untuk responden kedua yaitu Bubu, hasil pengamatan bisa tampak pada tabel 4.5 dan grafik 4.5

Tabel 4.5
Fase Intervensi untuk anak Bubu

Sesi	Langkah-langkah yang dilakukan secara mandiri	Persentase (%)
6	21/26	81
7	21/26	81
8	22/26	85
9	24/26	92
10	22/26	85

Dari tabel di atas, panjang kondisi intervensi sebanyak lima data poin, hasil menunjukkan bahwa anak Bubu mampu melakukan sekitar 21 sampai 24 tugas dari 26 tugas yang ada dalam lembar pengumpulan data. Sebanyak 21 tugas mampu dilakukan secara mandiri oleh Bubu dalam 2 kali sesi trials, kemudian 22 tugas juga mampu dilakukan secara mandiri dalam 2 kali sesi trials. Sebanyak 24 tugas mampu dilakukan secara mandiri dalam 1 kali sesi. Data-data di atas dimasukkan ke dalam Microsoft Excel dan hasilnya seperti tampak pada grafik 4.6

Grafik 4.5
Fase *Intervensi* Anak Bubu



Dari grafik intervensi anak Bubu di atas, kemudian dilakukan analisa data dengan metode analisis visual. Oleh karena ada dua kondisi yaitu *baseline* dan intervensi, maka analisis visual selain berkaitan dengan banyaknya data poin (skor) dan tingkat stabilitas pada kondisi intervensi juga dianalisis perubahan level (*level change*) data antara kondisi *baseline* dan kondisi intervensi serta dianalisis arah perubahan dari kondisi *baseline* ke kondisi intervensi.

Dari grafik di atas tergambar bahwa banyaknya data poin (skor) fase intervensi adalah lima data poin dalam lima sesi pengamatan. Dari lima data poin tersebut sudah tampak kestabilan data. Tingkat kestabilan (*level stability*) tampak dari rentang data yang kecil dan tingkat variasinya rendah. Jika dihitung mean dari seluruh data adalah 84,8%, maka selisih data dengan mean berkisar 3,8% di bawah mean dan 0,2% dan 7,2% di atas mean. Secara umum apabila seluruh data masih berada pada 15% di atas dan dibawah mean, maka data dikatakan stabil.

Dari tingkat perubahan level (*level change*) dalam kondisi intervensi anak Bubu, skor pertama adalah 81%, sedang skor terakhir adalah 85% juga, jadi selisihnya 4%. Skor terbesar 92%, skor terkecil 81%, apabila dikurangkan maka hasilnya 11%. Bila dibandingkan hasilnya dari 4% kemudian 11%, maka menunjukkan arah yang membaik (*therapeutic*) pada fase atau kondisi intervensi.

Jika dianalisa tingkat perubahan level pada dua kondisi yaitu *baseline* dan intervensi, bisa dihitung dari data poin terakhir pada kondisi *baseline* dan menentukan data poin pertama pada kondisi intervensi. Selanjutnya mengurangi data poin yang besar dengan data poin kecil sehingga bisa ditentukan perubahan level membaik atau memburuk sesuai dengan tujuan intervensi. Bila kita hitung data poin terakhir fase *baseline* Bubu adalah 69%, data poin pertama fase intervensi Bobo adalah 81%, jadi selisihnya adalah 12%. Kemudian skor terbesar adalah 92% sedang skor terkecil adalah 65%, apabila dikurangkan hasilnya 27%. Bila dibandingkan hasilnya dari 12% kemudian 27%, maka menunjukkan arah yang membaik sesuai dengan tujuan intervensi yaitu mengetahui kemampuan anak. Karena selisih besar dan membaik, hal ini mengindikasikan bahwa intervensi VSM yang diberikan memiliki pengaruh yang kuat terhadap variabel terikat yaitu kemampuan menggosok gigi pada anak Bubu dengan *Autisme Spectrum Disorder* ini.

Kecenderungan arah (*trend/slope*) grafik dari fase *baseline* ke fase intervensi perlu dinilai untuk memberikan gambaran perilaku subyek yang sedang diteliti. Untuk menentukan *trend* dilakukan dengan metode *split-middle* yaitu menentukan kecenderungan arah grafik berdasarkan median data poin yang memiliki nilai lebih besar. Dengan menggunakan metode tersebut, data intervensi Bubu menunjukkan nilai median adalah 85 yang merupakan nilai yang cukup tinggi dari semua data poin, sehingga bisa disimpulkan kecenderungan arah meningkat, yang artinya perilaku subyek yang diteliti menunjukkan kecenderungan meningkat. Jika dianalisa

kecenderungan arah untuk fase *baseline* Bubu meningkat dan fase intervensi juga meningkat. Dengan kondisi data yang stabil, arah *level change* dua kondisi yang membaik dan kecenderungan arah dua kondisi yang meningkat, maka setelah didapatkan lima data poin pada fase intervensi kemudian diputuskan untuk melanjutkan ke fase maintenance.

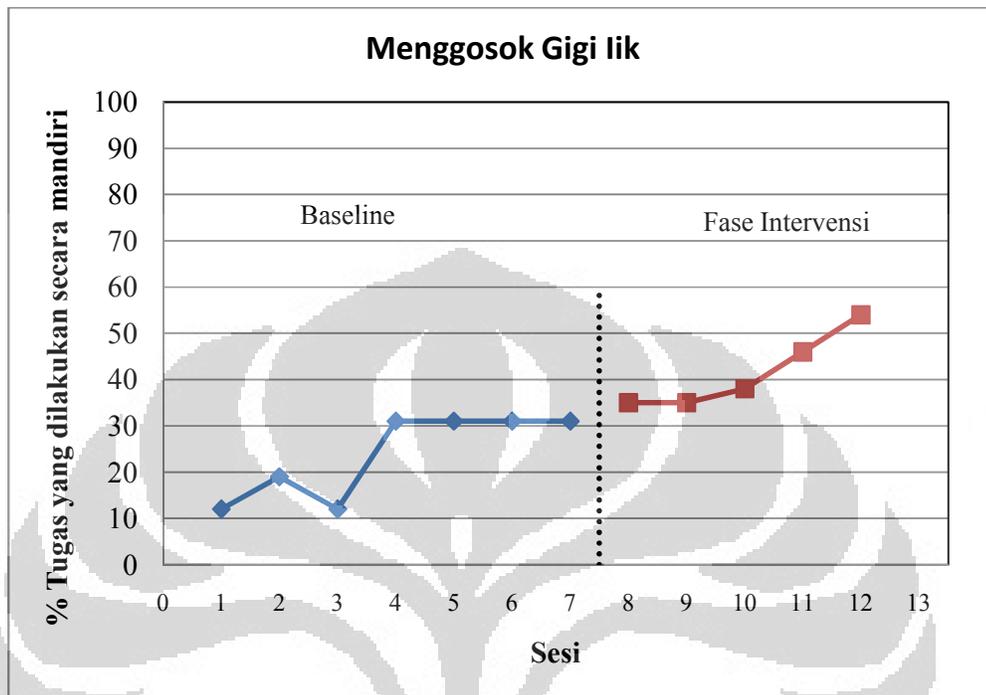
Pada responden ketiga, didapatkan hasil pengamatan yang tergambar dalam tabel 4.6 dan grafik 4.6

Tabel 4.6
Fase Intervensi untuk Anak Iik

Sesi	Langkah-langkah yang dilakukan secara mandiri	Persentase (%)
8	9/26	35
9	9/26	35
10	10/26	38
11	12/26	46
12	14/26	54

Dari tabel di atas, panjang kondisi intervensi sebanyak lima data poin, hasil menunjukkan bahwa anak Iik mampu melakukan sekitar 9 sampai 12 tugas dari 26 tugas yang ada dalam lembar pengumpulan data. Data juga tampak bervariasi, namun tidak terpaut jauh berbeda. Dari 26 tugas yang ada, responden mampu melakukan 9 tugas secara mandiri dalam 2 sesi, 10 tugas, 12 tugas dan 14 tugas secara mandiri masing-masing dalam 1 sesi.

Grafik 4.6
Fase Intervensi anak Iik



Dari grafik di atas tergambar bahwa banyaknya data poin (skor) fase intervensi adalah lima data poin dalam lima sesi pengamatan. Dari lima data poin tersebut sudah tampak kestabilan data. Tingkat kestabilan (*level stability*) tampak dari rentang data yang kecil dan tingkat variasinya rendah. Jika dihitung mean dari seluruh data adalah 41,6%, maka selisih data dengan mean berkisar 3,3% sampai 6,6% di bawah mean dan 4,4% sampai 12,4% di atas mean. Secara umum apabila seluruh data masih berada pada 15% di atas dan dibawah mean, maka data dikatakan stabil.

Dari tingkat perubahan level (*level change*) dalam kondisi intervensi anak Iik, skor pertama adalah 35%, sedang skor terakhir adalah 54% juga, jadi selisihnya 19%. Skor terbesar 54%, skor terkecil 35%, apabila dikurangkan maka hasilnya 11%. Bila dibandingkan hasilnya dari 0% kemudian 15%, maka menunjukkan arah yang mendatar.

Jika dianalisa tingkat perubahan level pada dua kondisi yaitu *baseline* dan intervensi, bisa dihitung dari data poin terakhir pada kondisi *baseline* dan menentukan data poin pertama pada kondisi intervensi. Selanjutnya mengurangi data poin yang besar dengan data poin kecil sehingga bisa ditentukan perubahan level membaik atau memburuk sesuai dengan tujuan intervensi. Bila kita hitung data poin terakhir fase *baseline* Iik adalah 31%, data poin pertama fase intervensi Iik adalah 35%, jadi selisihnya adalah 4%. Kemudian skor terbesar adalah 54% sedang skor terkecil adalah 12%, apabila dikurangkan hasilnya 42%. Bila dibandingkan hasilnya dari 4% kemudian 42%, maka menunjukkan arah yang membaik sesuai dengan tujuan intervensi yaitu mengetahui kemampuan anak. Karena selisih besar dan membaik, hal ini mengindikasikan bahwa intervensi VSM yang diberikan memiliki pengaruh yang kuat terhadap variabel terikat yaitu kemampuan menggosok gigi pada anak Iik dengan *Autisme Spectrum Disorder* ini.

Kecenderungan arah (*trend/slope*) grafik dari fase *baseline* ke fase intervensi perlu dinilai untuk memberikan gambaran perilaku subyek yang sedang diteliti. Untuk menentukan *trend* dilakukan dengan metode *split-middle* yaitu menentukan kecenderungan arah grafik berdasarkan median data poin yang memiliki nilai lebih besar. Dengan menggunakan metode tersebut, data intervensi Iik menunjukkan nilai median adalah 35 yang merupakan nilai yang cukup tinggi dari semua data poin, sehingga bisa disimpulkan kecenderungan arah meningkat, yang artinya perilaku subyek yang diteliti menunjukkan kecenderungan meningkat. Jika dianalisa kecenderungan arah untuk fase *baseline* Iik meningkat dan fase intervensi juga meningkat. Dengan kondisi data yang stabil, arah *level change* dua kondisi yang membaik dan kecenderungan arah dua kondisi yang meningkat, maka setelah didapatkan lima data poin pada fase intervensi kemudian diputuskan untuk melanjutkan ke fase *maintenance*.

4.5. Fase Generalisasi

Fase generalisasi dilakukan lingkungan yang berbeda dari lingkungan rumah yaitu di sekolah-sekolah responden. Pada fase ini, intervensi sudah tidak diberikan lagi. Orang tua diminta untuk tidak lagi memutar video kepada anaknya. Peneliti sebelumnya sudah bekerja sama dengan pihak sekolah untuk menentukan jadwal kegiatan keterampilan menggosok gigi bersama. Fase ini dilakukan masing-masing tiga kali untuk setiap responden. Setiap responden diamati ketika menggosok gigi bersama-sama dengan teman-temannya. Kemudian hasil pengamatan dianalisa dan dibandingkan dengan data-data pada fase sebelumnya.

4.5.1. Hasil Fase Generalisasi

Fase generalisasi dilakukan di sekolah responden. Fase ini dilakukan untuk mengetahui apakah kemampuan anak tentang menggosok gigi mampu dipertahankan walaupun di lokasi yang berbeda dari rumah. Masing-masing responden dilakukan 3 kali pengamatan di sekolah. Pelaksanaan menggosok gigi bersamaan dengan jadwal menggosok gigi di sekolah tersebut. Adapun hasil pengamatan pada fase generalisasi untuk tiap-tiap responden, tampak pada tabel 4.7 dan grafik 4.7

Tabel 4.7
Fase Generalisasi untuk Anak Bobo

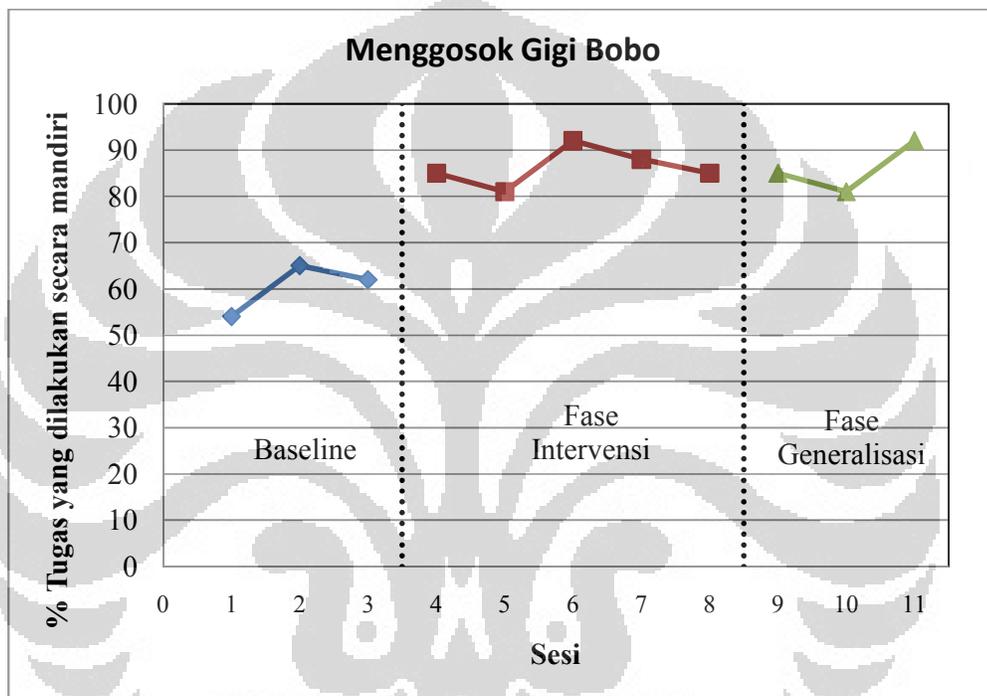
Sesi	Langkah-langkah yang dilakukan secara mandiri	Persentase (%)
8	22/26	85
9	25/26	96
10	25/26	96

Dari tabel di atas, panjang kondisi generalisasi sebanyak tiga data poin, hasil menunjukkan bahwa anak Bobo mampu melakukan sekitar 22 sampai 25 tugas dari 26 tugas yang ada dalam lembar pengumpulan data. Dari 26 tugas yang ada dalam *data sheet*, Bobo mampu menyelesaikan 22

tugas secara mandiri pada 1 sesi pengamatan dan 25 tugas mampu diselesaikan secara mandiri pada 2 sesi pengamatan. Dari data-data di atas, setelah dimasukkan dalam Microsoft Excel, maka dihasilkan grafik seperti tampak di bawah ini:

Grafik 4.7

Fase Generalisasi Bobo



Dari grafik di atas tergambar bahwa banyaknya data poin (skor) fase generalisasi adalah tiga data poin dalam tiga sesi pengamatan. Dari tiga data poin tersebut sudah tampak kestabilan data. Tingkat kestabilan (*level stability*) tampak dari rentang data yang kecil dan tingkat variasinya rendah. Jika dihitung mean dari seluruh data adalah 92,33%, maka selisih data dengan mean berkisar 7,33% di bawah mean dan 3,67% di atas mean. Secara umum apabila seluruh data masih berada pada 15% di atas dan dibawah mean, maka data dikatakan stabil.

Dari tingkat perubahan level (*level change*) dalam kondisi intervensi anak Bobo, skor pertama adalah 85%, sedang skor terakhir adalah 96% juga,

jadi selisihnya 11%. Skor terbesar 96%, skor terkecil 85%, apabila dikurangkan maka hasilnya 11%. Bila dibandingkan hasilnya dari 11% kemudian 11%, maka menunjukkan arah yang mendatar.

Jika dianalisa tingkat perubahan level pada dua kondisi yaitu intervensi dan generalisasi bisa dihitung dari data poin terakhir pada kondisi intervensi dan menentukan data poin pertama pada kondisi generalisasi. Selanjutnya mengurangi data poin yang besar dengan data poin kecil sehingga bisa ditentukan perubahan level membaik atau memburuk sesuai dengan tujuan intervensi. Bila kita hitung data poin terakhir fase intervensi Bobo adalah 85%, data poin pertama fase generalisasi Bobo adalah 85%, jadi selisihnya adalah 0%. Kemudian skor terbesar adalah 96% sedang skor terkecil adalah 85%, apabila dikurangkan hasilnya 11%. Bila dibandingkan hasilnya dari 0% kemudian 11%, maka menunjukkan arah yang membaik sesuai dengan tujuan intervensi yaitu mengetahui kemampuan anak.

Kecenderungan arah (*trend/slope*) grafik dari fase intervensi ke fase maintenance perlu dinilai untuk memberikan gambaran perilaku subyek yang sedang diteliti. Untuk menentukan *trend* dilakukan dengan metode *split-middle* yaitu menentukan kecenderungan arah grafik berdasarkan median data poin yang memiliki nilai lebih besar. Dengan menggunakan metode tersebut, data intervensi Bobo menunjukkan nilai median adalah 96 yang merupakan nilai yang tertinggi dari semua data poin, sehingga bisa disimpulkan kecenderungan arah meningkat, yang artinya perilaku subyek yang diteliti menunjukkan kecenderungan meningkat. Jika dianalisa kecenderungan arah untuk fase intervensi Bobo meningkat dan fase generalisasi juga meningkat. Dengan kondisi data yang stabil, arah *level change* dua kondisi yang membaik dan kecenderungan arah dua kondisi yang meningkat, artinya dalam situasi atau lokasi yang berbeda pun tidak mempengaruhi kemampuan Bobo dalam melakukan keterampilan menggosok gigi.

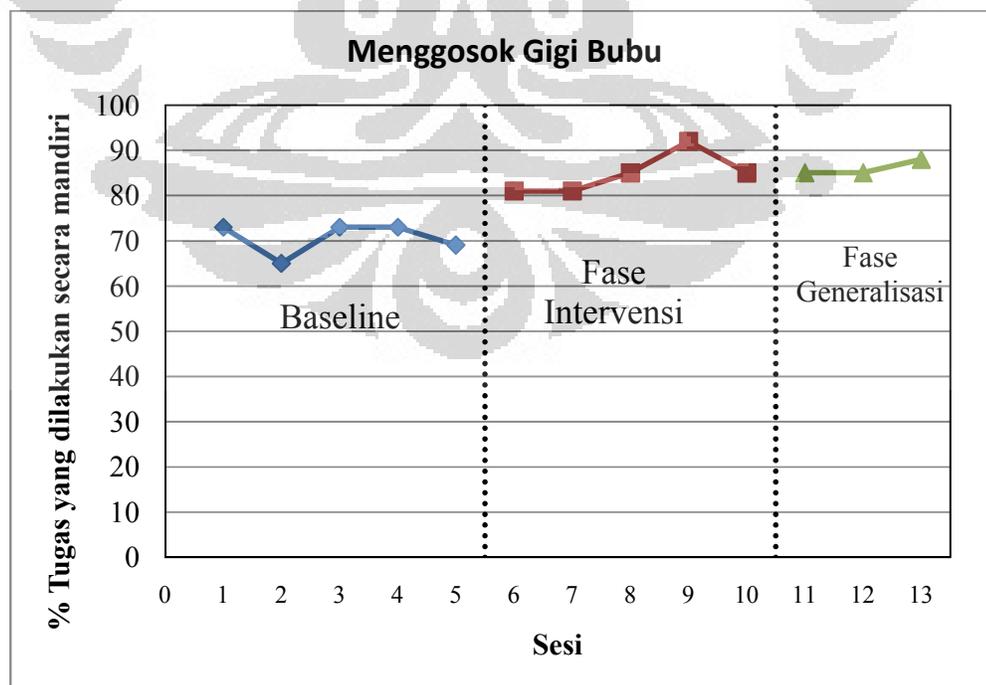
Berikut hasil pengamatan pada fase generalisasi untuk anak Bubu bisa dilihat pada tabel 4.8 dan grafik 4.8

Tabel 4.8
Fase Generalisasi untuk anak Bubu

Sesi	Langkah-langkah yang dilakukan secara mandiri	Persentase (%)
11	22/26	85
12	22/26	85
13	23/26	88

Dari tabel di atas, panjang kondisi generalisasi sebanyak tiga data poin, hasil menunjukkan bahwa anak Bubu mampu melakukan sekitar 22 sampai 23 tugas dari 26 tugas yang ada dalam lembar pengumpulan data. Sebanyak 22 tugas mampu dilakukan secara mandiri oleh Bubu dalam 2 kali pengamatan dan 23 tugas dalam 1 kali sesi pengamatan.

Grafik 4.8
Fase Generalisasi Anak Bubu



Dari grafik fase generalisasi Bubu di atas tergambar bahwa banyaknya data poin (skor) fase generalisasi adalah tiga data poin dalam tiga sesi pengamatan. Dari tiga data poin tersebut sudah tampak kestabilan data. Tingkat kestabilan (*level stability*) tampak dari rentang data yang kecil dan tingkat variasinya rendah. Jika dihitung mean dari seluruh data adalah 86%, maka selisih data dengan mean berkisar 1% di bawah mean dan 3% di atas mean. Secara umum apabila seluruh data masih berada pada 15% di atas dan dibawah mean, maka data dikatakan stabil.

Dari tingkat perubahan level (*level change*) dalam kondisi maintenance anak Bubu, skor pertama adalah 85%, sedang skor terakhir adalah 88% juga, jadi selisihnya 3%. Skor terbesar 88%, skor terkecil 85%, apabila dikurangkan maka hasilnya 3%. Bila dibandingkan hasilnya dari 3% kemudian 3%, maka menunjukkan arah yang mendatar.

Jika dianalisa tingkat perubahan level pada dua kondisi yaitu intervensi dan generalisasi bisa dihitung dari data poin terakhir pada kondisi intervensi dan menentukan data poin pertama pada kondisi generalisasi. Selanjutnya mengurangi data poin yang besar dengan data poin kecil sehingga bisa ditentukan perubahan level membaik atau memburuk sesuai dengan tujuan intervensi. Bila kita hitung data poin terakhir fase intervensi Bubu adalah 85%, data poin pertama fase generalisasi Bobo adalah 85%, jadi selisihnya adalah 0%. Kemudian skor terbesar adalah 88% sedang skor terkecil adalah 85%, apabila dikurangkan hasilnya 3%. Bila dibandingkan hasilnya dari 0% kemudian 3%, maka menunjukkan arah yang membaik sesuai dengan tujuan intervensi yaitu mengetahui kemampuan anak.

Kecenderungan arah (*trend/slope*) grafik dari fase intervensi ke fase *maintenance* perlu dinilai untuk memberikan gambaran perilaku subyek yang sedang diteliti. Untuk menentukan *trend* dilakukan dengan metode

split-middle yaitu menentukan kecenderungan arah grafik berdasarkan median data poin yang memiliki nilai lebih besar. Dengan menggunakan metode tersebut, data intervensi Bubu menunjukkan nilai median adalah 85 yang merupakan nilai yang cukup tinggi dari semua data poin, sehingga bisa disimpulkan kecenderungan arah meningkat, yang artinya perilaku subyek yang diteliti menunjukkan kecenderungan meningkat. Jika dianalisa kecenderungan arah untuk fase intervensi Bubu meningkat dan fase generalisasi juga meningkat. Dengan kondisi data yang stabil, arah *level change* dua kondisi yang membaik dan kecenderungan arah dua kondisi yang meningkat, artinya dalam situasi atau lokasi yang berbeda pun tidak mempengaruhi kemampuan Bubu dalam melakukan keterampilan menggosok gigi.

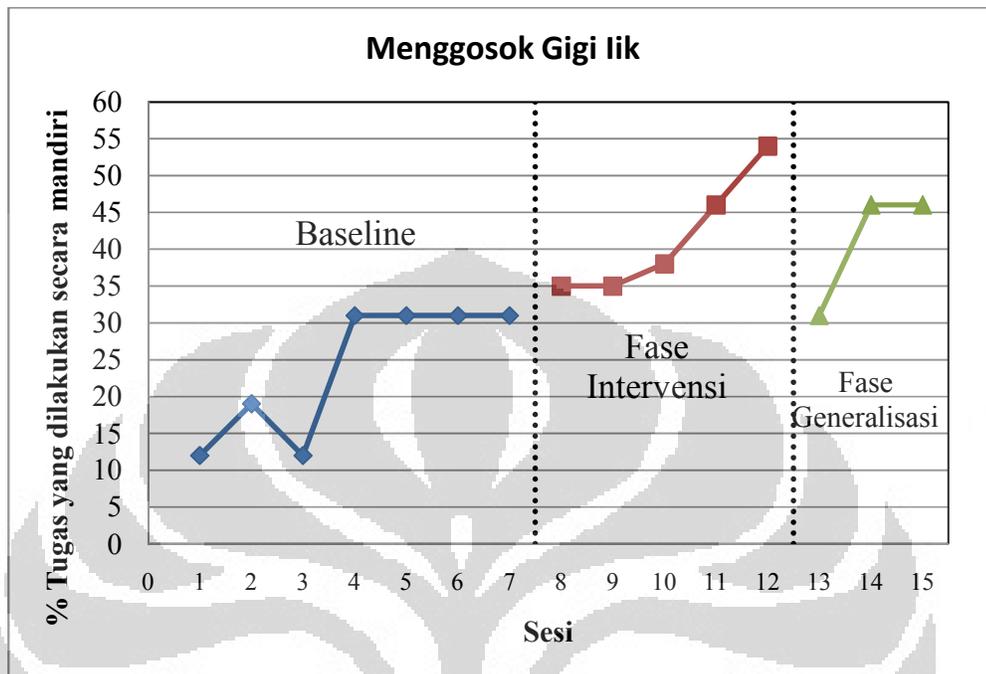
Hasil pengamatan pada fase generalisasi untuk anak Iik bisa dilihat pada tabel 4.9 dan grafik 4.9

Tabel 4.9
Fase Generalisasi untuk anak Iik

Sesi	Langkah-langkah yang dilakukan secara mandiri	Persentase (%)
16	8/26	31
17	12/26	46
18	12/26	46

Dari tabel di atas, panjang kondisi generalisasi sebanyak tiga data poin, hasil menunjukkan bahwa anak Iik mampu melakukan sekitar 8 sampai 12 tugas dari 26 tugas yang ada dalam lembar pengumpulan data. Data juga tampak bervariasi, namun tidak terpaut jauh berbeda.

Grafik 4.9
Fase Generalisasi Iik



Dari grafik fase generalisasi Iik di atas tergambar bahwa banyaknya data poin (skor) fase generalisasi adalah tiga data poin dalam tiga sesi pengamatan. Dari tiga data poin tersebut sudah tampak kestabilan data. Tingkat kestabilan (*level stability*) tampak dari rentang data yang kecil dan tingkat variasinya rendah. Jika dihitung mean dari seluruh data adalah 41%, maka selisih data dengan mean berkisar 10% di bawah mean dan 5% di atas mean. Secara umum apabila seluruh data masih berada pada 15% di atas dan di bawah mean, maka data dikatakan stabil.

Dari tingkat perubahan level (*level change*) dalam kondisi maintenance anak Iik, skor pertama adalah 31%, sedang skor terakhir adalah 46% juga, jadi selisihnya 15%. Skor terbesar 46%, skor terkecil 31%, apabila dikurangkan maka hasilnya 15%. Bila dibandingkan hasilnya dari 15% kemudian 15%, maka menunjukkan arah yang mendatar.

Jika dianalisa tingkat perubahan level pada dua kondisi yaitu intervensi dan generalisasi bisa dihitung dari data poin terakhir pada kondisi intervensi dan menentukan data poin pertama pada kondisi generalisasi. Selanjutnya mengurangi data poin yang besar dengan data poin kecil sehingga bisa ditentukan perubahan level membaik atau memburuk sesuai dengan tujuan intervensi. Bila kita hitung data poin terakhir fase intervensi Iik adalah 54%, data poin pertama fase generalisasi Bobo adalah 31%, jadi selisihnya adalah 23%. Kemudian skor terbesar adalah 46% sedang skor terkecil adalah 31%, apabila dikurangkan hasilnya 15%. Bila dibandingkan hasilnya dari 23% kemudian 15%, maka menunjukkan arah yang memburuk. Hal ini terjadi kemungkinan karena anak Iik belum beradaptasi di lingkungan yang baru sehingga mempengaruhi kemampuannya, namun pada sesi pengamatan selanjutnya anak ini masih mampu mempertahankan kemampuannya walaupun di tempat yang berbeda.

Kecenderungan arah (*trend/slope*) grafik dari fase intervensi ke fase maintenance perlu dinilai untuk memberikan gambaran perilaku subyek yang sedang diteliti. Untuk menentukan *trend* dilakukan dengan metode *split-middle* yaitu menentukan kecenderungan arah grafik berdasarkan median data poin yang memiliki nilai lebih besar. Dengan menggunakan metode tersebut, data intervensi Bubu menunjukkan nilai median adalah 46 yang merupakan nilai yang cukup tinggi dari semua data poin, sehingga bisa disimpulkan kecenderungan arah meningkat, yang artinya perilaku subyek yang diteliti menunjukkan kecenderungan meningkat. Jika dianalisa kecenderungan arah untuk fase intervensi Bubu meningkat dan fase generalisasi juga meningkat. Dengan kondisi data yang stabil, arah *level change* dua kondisi yang membaik dan kecenderungan arah dua kondisi yang meningkat, artinya dalam situasi atau lokasi yang berbeda pun tidak mempengaruhi kemampuan Iik dalam melakukan keterampilan menggosok gigi.

4.6. Fase *Maintenance*

Fase *maintenance* dilakukan satu minggu setelah fase generalisasi selesai. pengamatan ini dimaksudkan untuk mengetahui tingkat kemampuan anak setelah dalam beberapa waktu tidak diberikan intervensi. Pada fase ini pengamatan dilakukan di rumah responden. Responden tidak diberi intervensi sama sekali selama satu minggu, kemudian dilakukan pengamatan.

Pengamatan di lakukan di rumah masing-masing responden. Dilakukan sore hari sebelum mandi seperti rutinitas yang ada. Responden dibiarkan tanpa diperintah, tanpa dibantu oleh siapapun dan dilakukan pengamatan untuk pengambilan data. Hasil pengamatan ditulis dalam lembar pengumpulan data.

4.6.1. Hasil Fase *Maintenance*

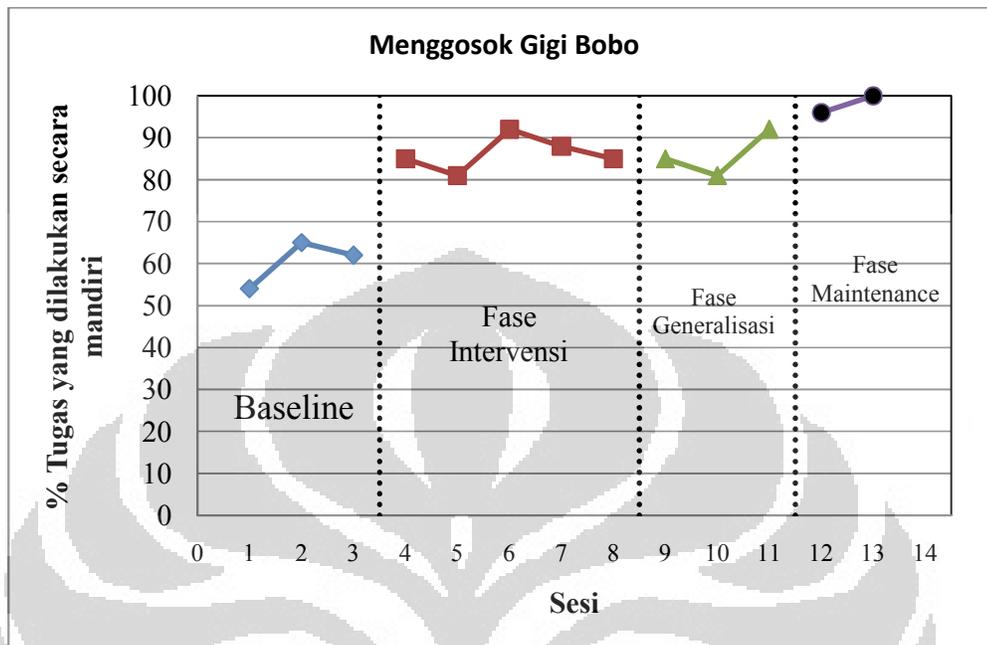
Hasil pengamatan pada fase *maintenance* dapat dilihat pada tabel 4.10 dan grafik 4.10.

Tabel 4.10
Fase *Maintenance* untuk Anak Bobo

Sesi	Langkah-langkah yang dilakukan secara mandiri	Persentase (%)
12	25/26	96
13	26/26	100

Dari tabel di atas, panjang kondisi *maintenance* sebanyak dua data poin, hasil menunjukkan bahwa anak Bobo mampu melakukan tugas secara mandiri sebanyak 25 tugas dari 26 tugas pada sesi pengamatan pertama dan keseluruhan tugas mampu dilakukan secara mandiri pada sesi pengamatan yang ke dua.

Grafik 4.10
Fase *Maintenance Bobo*



Dari grafik fase *maintenance* Bobo di atas tergambar bahwa banyaknya data poin (skor) fase *maintenance* adalah dua data poin dalam dua sesi pengamatan. Dari dua data poin tersebut sudah tampak kestabilan data. Tingkat kestabilan (*level stability*) tampak dari rentang data yang kecil dan tingkat variasinya rendah. Jika dihitung mean dari seluruh data adalah 98%, maka selisih data dengan mean berkisar 2% di bawah mean dan 2% di atas mean. Secara umum apabila seluruh data masih berada pada 15% di atas dan dibawah mean, maka data dikatakan stabil.

Dari tingkat perubahan level (*level change*) dalam kondisi *maintenance* anak Bobo, skor pertama adalah 96%, sedang skor terakhir adalah 100% juga, jadi selisihnya 4%. Skor terbesar 100%, skor terkecil 96%, apabila dikurangkan maka hasilnya 4%. Bila dibandingkan hasilnya dari 4% kemudian 4%, maka menunjukkan arah yang mendatar.

Jika dianalisa tingkat perubahan level pada dua kondisi yaitu generalisasi dan *maintenance* bisa dihitung dari data poin terakhir pada kondisi generalisasi dan menentukan data poin pertama pada kondisi *maintenance*. Selanjutnya mengurangi data poin yang besar dengan data poin kecil sehingga bisa ditentukan perubahan level membaik atau memburuk sesuai dengan tujuan intervensi. Bila kita hitung data poin terakhir fase generalisasi Bobo adalah 96%, data poin pertama fase *maintenance* Bobo adalah 96%, jadi selisihnya adalah 0%. Kemudian skor terbesar adalah 100% sedang skor terkecil adalah 96%, apabila dikurangkan hasilnya 4%. Bila dibandingkan hasilnya dari 0% kemudian 4%, maka menunjukkan arah yang membaik sesuai dengan tujuan intervensi yaitu mengetahui kemampuan anak.

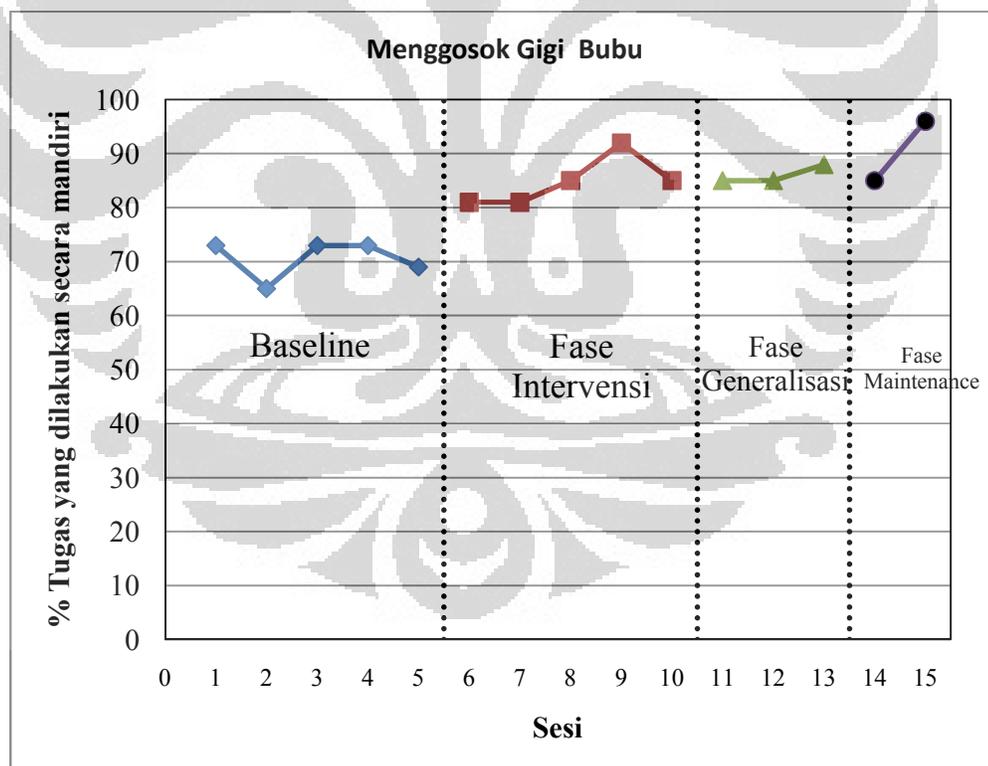
Kecenderungan arah (*trend/slope*) grafik dari fase generalisasi ke fase *maintenance* perlu dinilai untuk memberikan gambaran perilaku subyek yang sedang diteliti. Untuk menentukan *trend* dilakukan dengan metode *split-middle* yaitu menentukan kecenderungan arah grafik berdasarkan median data poin yang memiliki nilai lebih besar. Dengan menggunakan metode tersebut, data intervensi Bobo menunjukkan nilai median adalah 96 yang merupakan nilai yang cukup tinggi dari semua poin, sehingga bisa disimpulkan kecenderungan arah meningkat, yang artinya perilaku subyek yang diteliti menunjukkan kecenderungan meningkat. Jika dianalisa kecenderungan arah untuk fase generalisasi Bobo meningkat dan fase *maintenance* juga meningkat. Dengan kondisi data yang stabil, arah *level change* dua kondisi yang membaik dan kecenderungan arah dua kondisi yang meningkat, artinya anak Bobo masih tetap mampu mempertahankan kemampuannya dalam keterampilan menggosok gigi walaupun sudah berselang 1 minggu tanpa terpapar intervensi. Dari keseluruhan fase yang sudah dilewati oleh anak Bobo, juga menunjukkan adanya peningkatan kemampuan yang sangat signifikan.

Tabel 4.11
Fase *Maintenance* untuk Anak Bubu

Sesi	Langkah-langkah yang dilakukan secara mandiri	Persentase (%)
14	22/26	85
15	25/26	96

Dari tabel di atas, panjang kondisi *maintenance* sebanyak dua data poin, hasil menunjukkan bahwa anak Bubu mampu melakukan tugas secara mandiri sebesar 22 dari 26 tugas pada sesi pertama dan 25 dari 26 tugas pada sesi pengamatan kedua.

Grafik 4.11
Fase *Maintenance* Bubu



Dari grafik fase *maintenance* Bubu di atas tergambar bahwa banyaknya data poin (skor) fase *maintenance* adalah dua data poin dalam dua sesi

pengamatan. Dari dua data poin tersebut sudah tampak kestabilan data. Tingkat kestabilan (*level stability*) tampak dari rentang data yang kecil dan tingkat variasinya rendah. Jika dihitung mean dari seluruh data adalah 90,5%, maka selisih data dengan mean berkisar 5,5% di bawah mean dan 5,5% di atas mean. Secara umum apabila seluruh data masih berada pada 15% di atas dan dibawah mean, maka data dikatakan stabil.

Dari tingkat perubahan level (*level change*) dalam kondisi *maintenance* anak Bubu, skor pertama adalah 85%, sedang skor terakhir adalah 96% juga, jadi selisihnya 11%. Skor terbesar 96%, skor terkecil 85%, apabila dikurangkan maka hasilnya 11%. Bila dibandingkan hasilnya dari 11% kemudian 11%, maka menunjukkan arah yang mendatar.

Jika dianalisa tingkat perubahan level pada dua kondisi yaitu generalisasi dan *maintenance* bisa dihitung dari data poin terakhir pada kondisi generalisasi dan menentukan data poin pertama pada kondisi *maintenance*. Selanjutnya mengurangi data poin yang besar dengan data poin kecil sehingga bisa ditentukan perubahan level membaik atau memburuk sesuai dengan tujuan intervensi. Bila kita hitung data poin terakhir fase generalisasi Bubu adalah 88%, data poin pertama fase *maintenance* Bubu adalah 85%, jadi selisihnya adalah 3%. Kemudian skor terbesar adalah 96% sedang skor terkecil adalah 85%, apabila dikurangkan hasilnya 11%. Bila dibandingkan hasilnya dari 0% kemudian 4%, maka menunjukkan arah yang membaik sesuai dengan tujuan intervensi yaitu mengetahui kemampuan anak.

Kecenderungan arah (*trend/slope*) grafik dari fase generalisasi ke fase *maintenance* perlu dinilai untuk memberikan gambaran perilaku subyek yang sedang diteliti. Untuk menentukan *trend* dilakukan dengan metode *split-middle* yaitu menentukan kecenderungan arah grafik berdasarkan median data poin yang memiliki nilai lebih besar. Dengan menggunakan metode tersebut, data intervensi Bubu menunjukkan nilai median adalah

85 yang merupakan nilai yang cukup tinggi dari semua data poin, sehingga bisa disimpulkan kecenderungan arah meningkat, yang artinya perilaku subyek yang diteliti menunjukkan kecenderungan meningkat. Jika dianalisa kecenderungan arah untuk fase generalisasi Bubu meningkat dan fase maintenance juga meningkat. Dengan kondisi data yang stabil, arah *level change* dua kondisi yang membaik dan kecenderungan arah dua kondisi yang meningkat, artinya anak Bubu masih tetap mampu mempertahankan kemampuannya dalam keterampilan menggosok gigi walaupun sudah berselang 1 minggu tanpa terpapar intervensi. Dari keseluruhan fase yang sudah dilewati oleh anak Bubu, juga menunjukkan adanya peningkatan kemampuan yang sangat signifikan.

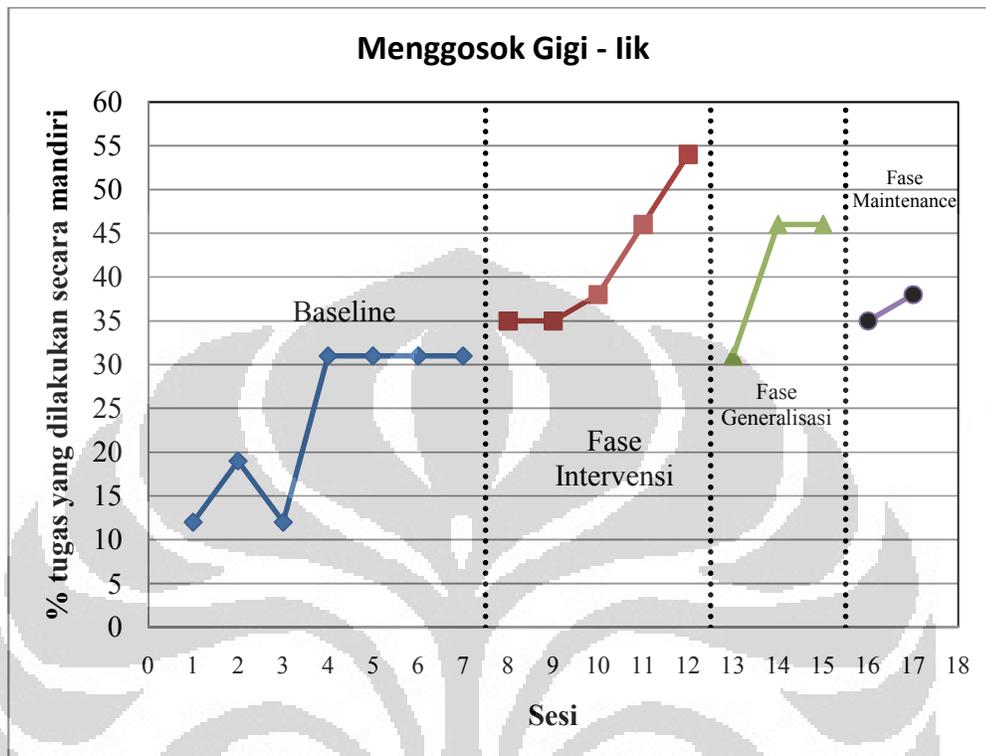
Berikut hasil fase maintenance pada responden ketiga. Secara detail tampak dalam tabel 4.12 dan grafik 4.12.

Tabel 4.12
Fase *Maintenance* untuk Anak Iik

Sesi	Langkah-langkah yang dilakukan secara mandiri	Persentase (%)
19	9/26	35
20	10/26	38

Dari tabel di atas, panjang kondisi *maintenance* sebanyak dua data poin, hasil menunjukkan bahwa anak Iik mampu melakukan tugas secara mandiri sebanyak 9 dari 26 tugas pada sesi pengamatan pertama dan 10 tugas secara mandiri dari 26 tugas yang ada pada sesi pengamatan yang kedua.

Grafik 4.12
Fase *Maintenance Iik*



Dari grafik fase *maintenance Iik* di atas tergambar bahwa banyaknya data poin (skor) fase *maintenance* adalah dua data poin dalam dua sesi pengamatan. Dari dua data poin tersebut sudah tampak kestabilan data. Tingkat kestabilan (*level stability*) tampak dari rentang data yang kecil dan tingkat variasinya rendah. Jika dihitung mean dari seluruh data adalah 36,5%, maka selisih data dengan mean berkisar 1,5% di bawah mean dan 1,5% di atas mean. Secara umum apabila seluruh data masih berada pada 15% di atas dan dibawah mean, maka data dikatakan stabil.

Dari tingkat perubahan level (*level change*) dalam kondisi *maintenance* anak Iik, skor pertama adalah 35%, sedang skor terakhir adalah 38%, jadi selisihnya 3%. Skor terbesar 38%, skor terkecil 35%, apabila dikurangkan maka hasilnya 3%. Bila dibandingkan hasilnya dari 3% kemudian 3%, maka menunjukkan arah yang mendatar.

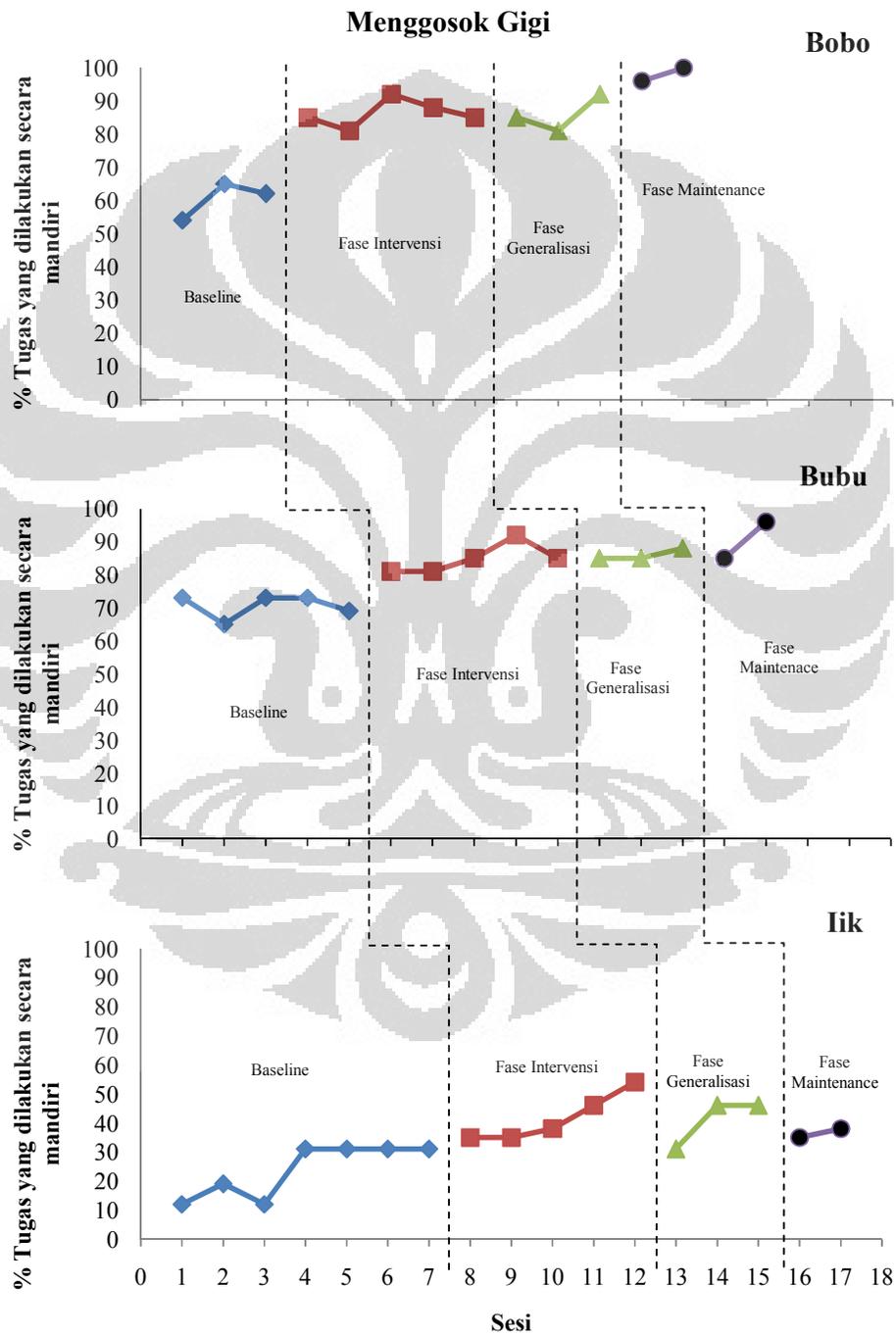
Jika dianalisa tingkat perubahan level pada dua kondisi yaitu generalisasi dan *maintenance* bisa dihitung dari data poin terakhir pada kondisi generalisasi dan menentukan data poin pertama pada kondisi *maintenance*. Selanjutnya mengurangi data poin yang besar dengan data poin kecil sehingga bisa ditentukan perubahan level membaik atau memburuk sesuai dengan tujuan intervensi. Bila kita hitung data poin terakhir fase generalisasi Iik adalah 46%, data poin pertama fase *maintenance* Bubu adalah 35%, jadi selisihnya adalah 11%. Kemudian skor terbesar adalah 46% sedang skor terkecil adalah 31%, apabila dikurangkan hasilnya 15%. Bila dibandingkan hasilnya dari 11% kemudian 15%, maka menunjukkan arah yang membaik sesuai dengan tujuan intervensi yaitu mengetahui kemampuan anak.

Kecenderungan arah (*trend/slope*) grafik dari fase generalisasi ke fase *maintenance* perlu dinilai untuk memberikan gambaran perilaku subyek yang sedang diteliti. Untuk menentukan *trend* dilakukan dengan metode *split-middle* yaitu menentukan kecenderungan arah grafik berdasarkan median data poin yang memiliki nilai lebih besar. Dengan menggunakan metode tersebut, data intervensi Iik menunjukkan nilai median adalah 46 yang merupakan nilai yang tertinggi dari semua data poin, sehingga bisa disimpulkan kecenderungan arah meningkat, yang artinya perilaku subyek yang diteliti menunjukkan kecenderungan meningkat. Jika dianalisa kecenderungan arah untuk fase generalisasi Iik meningkat dan fase *maintenance* juga meningkat. Dengan kondisi data yang stabil, arah *level change* dua kondisi yang membaik dan kecenderungan arah dua kondisi yang meningkat, artinya anak Iik masih tetap mampu mempertahankan kemampuannya dalam keterampilan menggosok gigi walaupun sudah berselang 1 minggu tanpa terpapar intervensi. Dari keseluruhan fase yang sudah dilewati oleh anak Iik, juga menunjukkan adanya peningkatan kemampuan yang sangat signifikan.

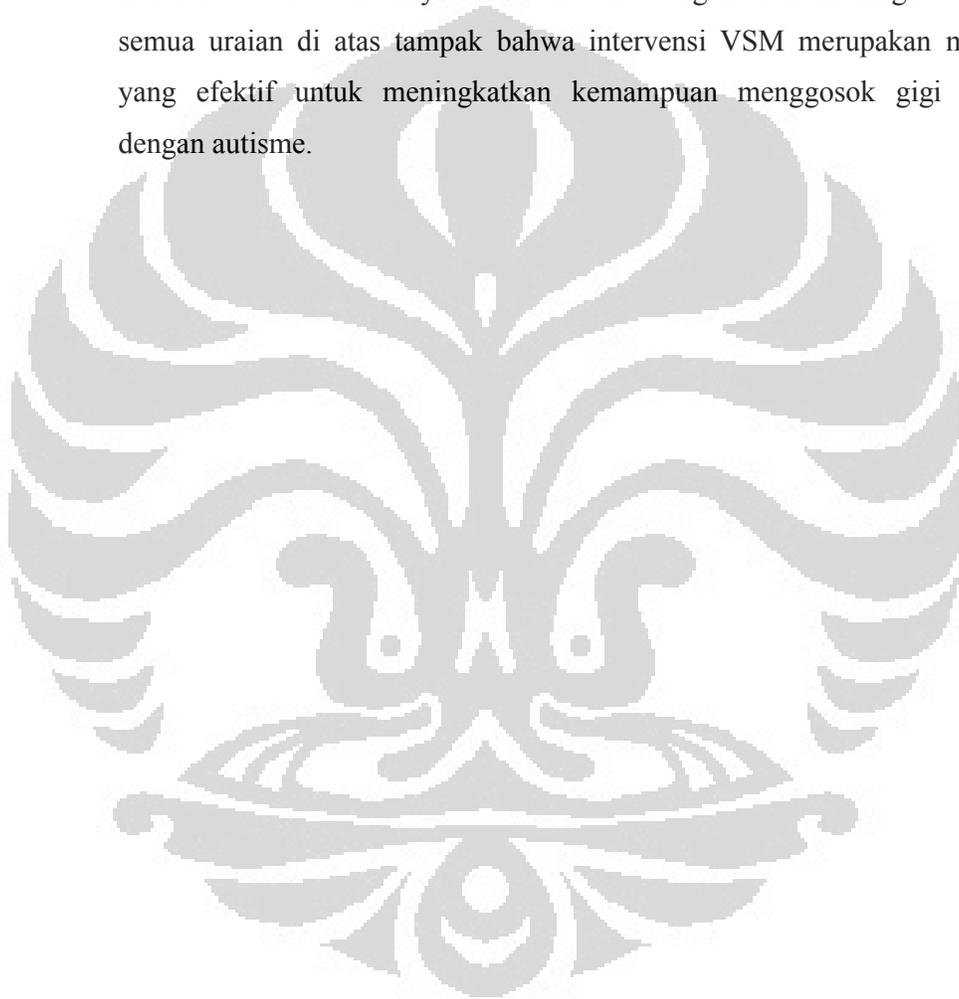
Secara keseluruhan kemampuan ketiga responden dalam menggosok gigi dapat dilihat pada grafik 4.13.

Grafik 4.13

Hasil Penelitian dengan Disain *Multiple Baseline Cross subjects*



Dari ketiga grafik ketiga responden di atas tergambar bahwa banyaknya data poin (skor) pada semua fase berkisar 13 sampai 17 data poin. Semua data tampak stabil. Tingkat kestabilan (*level stability*) tampak dari rentang data yang kecil dan tingkat variasinya rendah. Dari tingkat perubahan level (*level change*) dalam satu per satu kondisi dan antar kondisi semua menunjukkan membaik. Dari kecenderungan arah (*trend/slope*) antar kondisi atau fase hasilnya semua kecenderungan arah meningkat. Dari semua uraian di atas tampak bahwa intervensi VSM merupakan media yang efektif untuk meningkatkan kemampuan menggosok gigi anak dengan autisme.



BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan menguraikan tentang pembahasan hasil penelitian tentang efektivitas *Video Self-Modelling* terhadap kemampuan menggosok gigi pada anak dengan *Autisme Spectrum Disorder* di Karesidenan Banyumas. Pembahasan meliputi interpretasi hasil dan diskusi hasil penelitian dari masing-masing variabel penelitian dikaitkan dengan teori dan hasil-hasil penelitian sebelumnya. Selain itu, pada bab ini peneliti juga akan menyampaikan tentang keterbatasan dan implikasi dari penelitian yang telah dilaksanakan.

5.1. Fase *Baseline*

Dari hasil pengamatan kemampuan menggosok gigi yang tercatat dalam lembar pengumpulan data (*data sheet*) menunjukkan pencapaian kemampuan dasar yang masih rendah pada semua partisipan. Beberapa hasil penelitian menunjukkan hasil fase *baseline* yang serupa dengan data di atas. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Charlop dan Milstein (1989) yang menggunakan VM untuk mengajarkan kata-kata pada anak dengan autisme tentang kata-kata berkaitan dengan nama-nama mainan-mainan dan buku-buku. Didapatkan hasil bahwa selama fase *baseline*, semua partisipan menunjukkan frekuensi yang sangat rendah dalam menyebutkan kata-kata dengan benar.

Penelitian dengan hasil serupa juga dilakukan oleh Cihak et al (2010) yang mengevaluasi VM yang ditampilkan melalui video iPod untuk membantu anak-anak melakukan aktivitas-aktivitas selama di sekolah. Pada fase *baseline* didapatkan data bahwa dari seluruh partisipan menunjukkan data nilai sekitar 7% (dalam rentang 0% sampai 100%). Ini merupakan nilai yang rendah. Dari kedua hasil penelitian pada fase *baseline* di atas, hasilnya sama bila dibandingkan dengan hasil penelitian menggosok gigi yang dilakukan peneliti saat ini.

Kemampuan dasar yang masih rendah bisa dipengaruhi oleh kepercayaan diri akan kemampuan diri yang masih rendah. Kepercayaan diri dan kemampuan diri ini disebut dengan *self-efficacy*. Dikatakan juga bahwa *self-efficacy* adalah keyakinan seseorang tentang kemampuannya untuk berhasil dalam situasi tertentu. Menurut Bandura (1995), ada empat sumber penting untuk meningkatkan *self-efficacy*, yaitu pengalaman langsung, pengalaman tak langsung, persuasi verbal dan keadaan fisiologis. Sumber utama *self-efficacy* adalah pengalaman langsung. Pada kondisi fase *baseline* pada penelitian ini, kemampuan dasar anak masih rendah bisa disebabkan oleh karena masih minimalnya sumber-sumber *self-efficacy* yang diperoleh anak sehingga anak belum memiliki keyakinan dan kemampuan untuk melaksanakan tugas dengan berhasil.

5.2 Fase Intervensi

Dari hasil pengamatan dan mengumpulkan data pada fase intervensi dicatat dalam lembar pengumpulan data. Hasil pencatatan menunjukkan setelah menonton VSM seluruh partisipan mengalami peningkatan dalam kemampuannya melakukan tugas secara mandiri.

Pada fase intervensi, seluruh partisipan menunjukkan peningkatan kemampuan. Kemampuan anak rata-rata meningkat 19,6% dari fase *baseline*. Dengan angka peningkatan tertinggi 26% dan terendah 15%. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi VSM merupakan media instruksional secara visual yang sangat efektif untuk meningkatkan kemampuan anak autisme dalam melakukan keterampilan menggosok gigi.

Video Self-Modelling merupakan media yang sangat tepat untuk diterapkan pada anak-anak autisme. Hal ini dikarenakan bahwa anak Autisme itu adalah seorang pembelajar visual (*visual learners*) artinya mereka belajar dari apa yang sering mereka lihat dan amati. Media visual yang menetap seperti televisi, layar-layar monitor untuk memutar film atau video bisa

membantu mereka untuk duduk, diam dan belajar. Menurut Hodgdon (1999) menyampaikan bahwa anak spektrum Autistik cenderung belajar kehidupan di dunia ini dari visual. Penggunaan media visual dapat membantu anak Autisme merasa lebih baik karena mampu melakukan berbagai hal seperti anak-anak lain. Bahkan menurut Peeters (1997) dan Quill (1997) menyampaikan bahwa penggunaan media visual dapat memperkuat pemahaman anak Autism dalam berkomunikasi dengan lingkungannya. Penggunaan media visual akan meningkatkan interaksi, komunikasi dan pemahaman bagi anak autisme sehingga komunikasi menjadi lebih efektif.

Video modelling telah terbukti menjadi salah satu metode yang efektif untuk mengembangkan keterampilan fungsional (LeGrice & Blampied, 1994). Bahkan Charlop dan Milstein (1989) menyampaikan bahwa *video modelling* juga telah terbukti menjadi intervensi yang efektif untuk mengajarkan berbagai keterampilan kepada para penyandang cacat perkembangan (*developmental disabilities*).

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan hasil serupa dengan peneliti-peneliti sebelumnya. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui dan menilai pengaruh teknik pemodelan video diri (*video self-modelling*) terhadap keterampilan menggosok gigi pada anak Autisme. Dengan menggunakan teknologi video bagi anak-anak autisme, ternyata ini merupakan pendekatan yang efektif dan cepat. Hal ini dibuktikan dari hasil pengamatan pada sesi atau fase intervensi yang menunjukkan peningkatan kemampuan secara signifikan setelah partisipan mendapatkan intervensi *video self-modelling* (VSM). Konsisten dengan penelitian sebelumnya, data menunjukkan bahwa penggunaan video pada anak autisme adalah merupakan media yang bermanfaat untuk mencapai perubahan perilaku yang positif. Presentasi dari intervensi VSM mengakibatkan peningkatan kemampuan anak dalam melakukan keterampilan.

Peningkatan kemampuan selain dipengaruhi oleh pengalaman anak mengamati dan meniru model yang ada di video, juga dipengaruhi oleh kemampuan dan kepercayaan yang dimiliki anak untuk menampilkan perilaku tersebut. Kemampuan dan kepercayaan diri ini yang disebut dengan *self-efficacy* atau efikasi diri.

Dengan menonton VSM dan pengamatan yang berulang-ulang dari model yang adalah dirinya sendiri yang mampu melakukan tugas menggosok gigi maka akan meningkatkan *self-efficacy* anak. Seperti yang telah disampaikan di atas bahwa menurut Bandura (1995) peningkatan *self-efficacy* ini bisa bersumber dari penguasaan pengalaman, pengalaman tak langsung, persuasi verbal dan keadaan fisiologis. Sumber utama dari *self-efficacy* adalah melalui pengalaman langsung. Dengan intervensi VSM, maka anak akan memiliki pengalaman langsung sekaligus berperan menjadi model yang berhasil melakukan tugasnya. Keberhasilan diri ini akan menciptakan kesadaran anak bahwa anak mampu melakukan tugasnya sendiri.

Intervensi VSM mendukung peningkatan kemampuan anak dengan cara meniru atau imitasi. Imitasi dan mengamati adalah awal dari anak belajar. Media VSM memanfaatkan konsep ini dengan memakai model diri yang berhasil melakukan tugas melalui pengalaman langsung.

5.3 Fase Generalisasi

Fase generalisasi merupakan fase yang penting dilakukan ketika ingin mengukur perubahan perilaku seseorang. Apabila intervensi telah menghasilkan perubahan perilaku seperti yang diinginkan, maka perlu dilakukan penilaian atau pengamatan tambahan tanpa adanya intervensi. Hal ini perlu dilakukan untuk menentukan apakah terjadinya perubahan perilaku itu bersifat permanen dan bisa digeneralisasi pada situasi yang berbeda atau tidak.

Untuk mengetahui apakah ada perubahan perilaku yang berarti, maka peneliti melakukan pengamatan pada fase generalisasi. Seperti yang dikemukakan oleh Baer, Wolf dan Risley (1968) menyatakan bahwa perubahan perilaku dikatakan bisa digeneralisasikan apabila terbukti tahan lama dari waktu ke waktu, perilaku bisa muncul diberbagai lingkungan bahkan bisa menyebar ke berbagai perilaku yang terkait. Ada tiga cara dimana perilaku menunjukkan generalitas atau bersifat umum yaitu dari perilaku mampu dipertahankan dari waktu ke waktu, mampu dilakukan di seluruh pengaturan dan mampu dilakukan di seluruh perilaku yang terkait (Baer, Wolf & Risley, 1968).

Dari hasil penelitian, ternyata seluruh partisipan masih memiliki kemampuan untuk melakukan keterampilan menggosok gigi walaupun waktunya sudah berbeda dari fase sebelumnya, tanpa ada intervensi lagi dan dilakukan di tempat yang berbeda yaitu sekolah. Terbukti pada partisipan pertama bahkan mampu melakukan tugasnya secara mandiri. Data ini justru melebihi data tertinggi pada fase intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa partisipan mampu menggeneralisasi kemampuannya dalam melakukan keterampilan ini.

Pada partisipan kedua, ia mampu menyelesaikan tugasnya secara mandiri sebesar 88% pada sesi pengamatan ketiga. Data ini sedikit lebih kecil dibandingkan dengan data tertinggi pada fase intervensi. Namun demikian secara keseluruhan data, tidak jauh berbeda antara fase generalisasi dan intervensi. Hal yang sama juga dialami oleh partisipan ketiga yang menunjukkan kemampuannya 46% pada fase generalisasi sesi kedua dan ketiga. Data ini sama dengan data pada fase intervensi sesi pengamatan yang ke empat. Dengan demikian bisa disimpulkan bahwa keseluruhan partisipan memiliki kemampuan menggeneralisasikan keterampilan menggosok gigi itu pada waktu yang berbeda dan pada lingkungan yang berbeda. Melalui pengalaman langsung menjadi model dalam VSM dan pengalaman langsung menonton VSM secara berulang-ulang serta

melakukan keterampilan menggosok gigi secara berulang-ulang pula, maka *self-efficacy* anak terbukti meningkat dan tetap baik walaupun keterampilan dilakukan di lingkungan yang berbeda.

5.4 Fase *Maintenance*

Fase *maintenance* adalah fase yang menunjukkan kemampuan seseorang untuk melakukan tugas dari waktu ke waktu tanpa adanya pengajaran ulang. Fase *maintenance* dapat diukur ketika peneliti melakukan pengamatan dan penilaian ulang dari keterampilan yang ditugaskan untuk memastikan apakah partisipan masih bisa melakukan atau tidak.

Pada penelitian ini, untuk melihat apakah partisipan masih bisa melakukan atau memelihara kemampuan yang sudah dia miliki, maka dilakukan pengamatan ulang satu minggu setelah percobaan terakhir di fase sebelumnya. Partisipan diamati dalam melakukan keterampilan menggosok gigi di rumah. Partisipan diminta menggosok gigi secara mandiri tanpa adanya bantuan dari orang tua maupun peneliti.

Hasil pada fase *maintenance* ini semua partisipan masih mampu memelihara kemampuannya dalam melakukan tugas ini. Terbukti dari data-data yang diperoleh menunjukkan bahwa semua partisipan memiliki skor yang kurang lebih sama dengan fase sebelumnya. Pada partisipan pertama bahkan mampu melakukan tugasnya sebesar 100% yang artinya semua tugas yang ada dalam lembar *task analysis* mampu ia lakukan keseluruhan secara mandiri. Pada partisipan kedua juga mengalami hal yang sama, ia mampu mencapai nilai yang melebihi fase-fase sebelumnya. Partisipan kedua ini mampu melakukan tugasnya secara mandiri sebesar 96%, yang artinya hanya ada satu tugas yang dia belum bisa lakukan secara mandiri. Sedangkan pada partisipan ketiga, data yang didapat juga menunjukkan data yang kurang lebih sama dengan fase intervensi dan fase generalisasi yaitu 38%. Dari data ketiga partisipan tersebut, maka dapat dianalisa bahwa semua partisipan masih mampu mempertahankan kemampuannya walaupun

sudah ada selang waktu satu minggu dan tidak ada pengajaran ulang atau tidak ada intervensi lagi.

Hal ini selaras dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Shipley-Benamou et al (2002) yang mengajarkan keterampilan hidup sehari-hari pada tiga anak autis dengan menggunakan pemodelan video (*video modelling*). Keterampilan yang diajarkan adalah mengatur meja, membuat surat dan memeras jus jeruk. Setelah satu bulan dilakukan tindak lanjut, ternyata ketiga anak autisme tersebut masih mampu melakukan semua keterampilannya.

Dari catatan harian pada fase *maintenance*, seluruh partisipan masih tetap semangat, senang, tertawa-tawa dan berteriak-teriak senang. Walaupun sudah berselang waktu satu minggu tanpa ada intervensi, selain masih tetap mampu mempertahankan keterampilannya, seluruh partisipan juga masih menampilkan ekspresi emosi yang positif. Hal ini menunjukkan bahwa seluruh partisipan senang melakukan kegiatan menggosok gigi ini.

5.5 Keunggulan *Video Self Modelling* (VSM)

Video Self-Modelling sangat efektif untuk individu dengan autisme karena terbukti secara fakta bahwa VSM mengintegrasikan media belajar yang efektif bagi anak autisme melalui instruksi visual dengan teknik intervensi melalui modelling. Hal tersebut juga didukung hasil penelitian Sherer et al (2001) yang menyatakan bahwa menonton orang dalam video (*video modelling*) merupakan media yang paling efektif untuk anak-anak.

Ada beberapa hal yang membuat VSM menjadi intervensi yang efektif karena selain memanfaatkan efektivitas pembelajaran secara visual, VSM juga selaras dengan teori Bandura (1965) yang menyampaikan bahwa perhatian merupakan komponen yang penting dari pemodelan (*modelling*). Dengan menonton video, anak harus duduk dan diam maka memungkinkan anak tersebut untuk lebih fokus perhatiannya pada keterampilan atau

perilaku yang ditampilkan di video. Seseorang tidak akan bisa meniru perilaku model jika orang tersebut tidak hadir dalam perilaku model di video. Dengan penggunaan VSM maka memungkinkan peneliti untuk menghapus elemen-elemen yang tidak penting dan tidak relevan sehingga anak dengan autisme lebih fokus pada aspek penting dari keterampilan atau perilaku yang ditargetkan.

Dalam penelitian ini, pada saat merekam keterampilan menggosok gigi, peneliti melakukan *editing* elemen-elemen yang tidak penting dari gambar yang ada di video. *Editing* dilakukan terutama editing suara-suara instruksi verbal, gambar-gambar yang tidak relevan dengan keterampilan menggosok gigi. Hasil editing berupa rekaman gambar yang berfokus pada keterampilan menggosok gigi sehingga ketika anak menonton video tersebut, maka perhatiannya akan berfokus pada keterampilan yang ditargetkan.

Efektivitas VSM juga disampaikan oleh Charlop-Christy et al (2000) dalam hasil penelitiannya yang membandingkan efektivitas antara model video (*video modelling*) dengan model hidup (*live modelling*) untuk mengajar anak autisme. Hasil penelitian menunjukkan model video jauh lebih efektif dibandingkan dengan model hidup. Terbukti setelah anak mengamati model hidup bahkan setelah menyaksikan demonstrasi langsung dari model hidup, ternyata anak autisme tidak mampu mengulang keterampilan yang diajarkan. Berbeda hasilnya setelah anak autisme ini mengamati tugas keterampilan dari DVD model video, ternyata anak mampu mengulangi dan mampu melakukan keterampilan tersebut lebih cepat.

Media VSM menjadi efektif karena mampu mengakomodir salah satu ciri khas anak-anak autisme dimana mereka kemungkinan menunjukkan kecemasan dan kesusahan berkaitan dengan interaksi sosial dengan orang lain (Bellini Akullian, 2007). Kecemasan ini dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk belajar dan menyelesaikan tugas. Dengan intervensi VSM maka interaksi anak autisme dengan orang lain lebih

minimal, sehingga mengurangi kecemasan akan kesulitan yang berkaitan dengan interaksi sosial.

Hal lain yang mendukung keberhasilan VSM dalam mengubah perilaku anak adalah kegiatan menonton video apalagi video diri adalah kegiatan yang disukai oleh banyak orang baik dengan maupun tanpa autisme. Hal inilah yang menyebabkan peningkatan motivasi dan perhatian terhadap tugas yang dimodelkan dalam video. Dalam VSM dimana anak menonton diri sendiri pada video dapat meningkatkan motivasi anak karena melihat dirinya berperilaku positif atau mengerjakan tugas dengan berhasil (Dowrick, 2011). VSM juga dapat meningkatkan perhatian seseorang (Bandura, 1967). Ketika anak menonton dirinya berhasil melakukan suatu tugas tertentu, maka akan meningkatkan *self-efficacy* anak itu sehingga dia akan selalu berupaya mampu melakukan sendiri tugas tersebut.

5.6 Keterbatasan Penelitian

Penelitian tentang *Video Self-Modelling* (VM) ini tampaknya efektif tetapi ada beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan dan dipertimbangkan. Keterbatasan ini berkaitan dengan peralatan yang digunakan. Penggunaan kamera video bagi beberapa individu masih dianggap alat yang mahal dan operasionalisasi alatnya cukup rumit. Selain itu perlu beberapa hari untuk pengambilan gambar video dan proses *editing*, yang tentu saja akan memakan waktu penelitian menjadi lebih lama. Berbeda apabila dibandingkan dengan menggunakan media-media visual lain seperti gambar-gambar yang memerlukan waktu lebih singkat.

Proses *editing* untuk dapat menampilkan gambar sesuai target yang ingin dicapai juga menjadi suatu keterbatasan dalam penelitian ini, mengingat gambar yang ditampilkan harus diupayakan minimal stimuli dari luar. Proses ini cukup sulit karena semua partisipan masih harus dibantu baik secara verbal maupun bantuan langsung dalam melakukan keterampilan menggosok gigi ini. Meminimalkan efek-efek yang tidak dikehendaki

sehingga bisa dihasilkan gambar sesuai yang dikehendaki (seperti contoh hanya menampilkan wajah model saja) memerlukan tata ruang yang minimal dan gerakan motorik kasar anak yang harus dibatasi. Namun hal tersebut sulit dilakukan mengingat anak-anak autisme susah untuk mengendalikan gerakan-gerakan motoriknya.

5.7 Implikasi Keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa intervensi *Video Self-Modelling* (VSM) efektif meningkatkan kemampuan menggosok gigi pada anak autisme. Hasil penelitian ini memberikan implikasi keperawatan:

a. Pelayanan Keperawatan Anak

Implikasi penelitian ini memberikan pemahaman kepada perawat bahwa *Video Self-Modelling* (VSM) merupakan intervensi yang efektif yang bisa diterapkan dalam melakukan perawatan anak dengan autisme. Intervensi ini banyak melibatkan keluarga sehingga mendukung pelaksanaan asuhan yang berpusat pada keluarga atau *family center care*.

b. Media VSM merupakan salah satu intervensi keperawatan yang dapat dilakukan secara mandiri dan dikembangkan dalam pendidikan keperawatan sehingga semakin meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

c. Di pendidikan keperawatan, intervensi ini juga layak diperkenalkan bahkan dikembangkan untuk memberikan wawasan tentang media-media yang dapat digunakan guna mengubah perilaku atau meningkatkan kemampuan seseorang akan perilaku yang ditargetkan.

d. Bagi keluarga, VSM ini juga bisa dijadikan terapi alternatif yang efektif ditengah mahalnnya terapi untuk anak autisme yang ada saat ini.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Pada fase *baseline*, kemampuan dasar anak dalam menggosok gigi bervariasi. Dari tiga partisipan kemampuan baseline berkisar rata-rata 23%, 60 % dan 70%. Hasil wawancara menyatakan bahwa seluruh partisipan masih harus dibantu dalam melakukan kegiatan menggosok gigi. Kemampuan menggosok gigi dipengaruhi oleh faktor kesehatan dan suasana hati atau *mood*. Seluruh partisipan juga menunjukkan ekspresi emosi yang positif selama pengamatan.
- 7.1.2 Pada fase intervensi, kemampuan anak rata-rata meningkat 19,6% dari fase *baseline*. Dengan angka peningkatan tertinggi 26% dan terendah 15%. Dari catatan harian, seluruh partisipan meningkat *self-efficacy* dan memperlihatkan ekspresi emosi yang positif yang lebih baik dibandingkan dengan fase *baseline*.
- 7.1.3 Fase generalisasi, rata-rata kemampuan anak dalam menggosok gigi tetap tinggi. Hasil yang dicapai hampir sama dengan fase sebelumnya yaitu fase intervensi. Bisa disimpulkan bahwa kemampuan anak dalam menggosok gigi mampu dipertahankan walaupun di lingkungan yang berbeda yaitu di sekolah. Dari catatan harian juga memperlihatkan ekspresi emosi yang positif dan anak tampak lebih percaya diri.
- 7.1.4 Sebagaimana fase generalisasi, pada fase *maintenance*, rata-rata kemampuan anak dalam menggosok gigi sekitar 75,3% dengan nilai tertinggi 98% dan nilai terendah 37%. Hasil ini hampir sama dengan fase sebelumnya yaitu fase intervensi dan fase generalisasi. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan yang dikuasai anak mampu dipertahankan walaupun pada waktu yang sudah berbeda. Hasil catatan harian pun mendukung data tersebut, dimana seluruh partisipan menunjukkan ekspresi emosi yang positif dalam melakukan keterampilan menggosok gigi.
- 7.1.5 Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa video pemodelan diri atau *video self-modelling* (VSM) merupakan salah satu intervensi yang efektif dan relatif sederhana bagi anak dengan *Autisme Spectrum Disorders*. Intervensi ini memiliki beberapa

keunggulan dibandingkan dengan intervensi tradisional yang diterapkan pada anak dengan autisme (Buggey, 2005). VSM merupakan intervensi yang memanfaatkan teknologi yang ramah dan mudah dipelajari baik oleh orang tua, guru-guru, psikolog maupun tenaga-tenaga kesehatan. Ini memberikan manfaat hasil yang relatif cepat. VSM bisa menjadi intervensi pilihan yang layak diteliti karena sifat VSM yang ramah dengan anak, biaya murah dan waktu yang efisien.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Pelayanan Keperawatan

VSM merupakan media yang efektif merubah perilaku, yang bisa dekat dengan anak autisme dan lebih cepat dalam meningkatkan kemampuan anak. Peneliti menyarankan pemakaian media ini dalam perawatan anak dengan autisme. Untuk lebih efisien dan efektif berkaitan dengan waktu, tenaga dan biaya, disarankan untuk membuat VSM dengan media perekam yang sederhana seperti telepon genggam yang memiliki fasilitas video.

7.2.2 Bagi Penelitian Selanjutnya

Bagi penelitian masa depan bisa meneliti penggunaan VSM di berbagai keterampilan yang berkaitan dengan perawatan diri maupun pemenuhan kebutuhan dasar yang lain, misalnya pemenuhan kebutuhan nutrisi, mengajarkan keterampilan sosial, komunikasi dan interaksi dengan orang lain. Selain itu juga dapat melakukan evaluasi efek dari VSM dengan membuat modul-modul pelatihan secara sederhana sehingga diterapkan oleh orang tua, guru, psikolog, perawat, dokter maupun tenaga kesehatan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Adelman, C. (1993). Kurt Lewin and the origins of action research. *Educational Action Research*, 1, 7-24.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders text revision* (4th ed.), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Atladottir, H.O., et al. (2010). Maternal infection requiring hospitalization during pregnancy and autism spectrum disorders. *Journal Autism Dev. Disord.*, 40, 1432-1430.
- Bandura, A. (1965). Influences of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative response. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 589-595.
- Bandura, A. (1967). *Principles of behaviour modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Baer, A.M., Wolf, M.M., and Risley, T.R. (1968). Some current dimensions of applied behaviour analysis. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 1, 91-97.
- Baird, G., Cass, H., & Slonims. (2003). Diagnosis of autism. *British Medical Journal*, 327: 488-493.
- Baron-Cohen & Howlin, P. (1993). *The theory of mind deficit in autism: some questions for teaching and diagnosis*. Oxford: Oxford University Press.
- Bassoukou, I.H., Nicolau, J., & Santos, M.T. (2009). Saliva flow rate, buffer capacity, and pH of autistic individual. *Clin Oral Investig.*, 13, 23-27.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology study design and implementation for novice researcher. *The qualitative report*, 13; 544-559.
- Bellini, S., & Akullian, J. (2007). A meta-analysis of video modelling and video self modelling interventions for children and adolescent with autism spectrum disorders. *Exceptional Children*, 73, 264-287.
- Bernard, S., Enayati, A., Redwood, L., Roger, H., & Binstock, T. (2001). Autism: a novel form of mercury poisoning. *Med. Hypotheses*, 56, 462-471.

- Bidwell, M.A., & Rehfeldt, R.A. (2004). Using video modelling to teach a domestic skill with an embedded social skill to adults with severe mental retardation. *Behavioral Interventions*, 19; 363-374.
- Bouchard, M.F., Bellinger, D.C., Wright, R.O., & Weisskopf, M.G. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder and urinary metabolites of organophosphatase pesticides. *Pediatrics*, 125, 1270-1277.
- Buggey, T. (2005). Video self modelling applications with students with autism spectrum disorder in small school setting, *Focus on Autism and Other Disabilities*, 20; 52-63.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2006). *Prevalence of Autism Spectrum Disorders-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States*. MMWR Surveill Summ 2009, 58(SS-10).
- Charlop-Christy, M.H., Le, L., & Milstein J. (1989). Teaching autistic children conversational speech using video modelling. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 22(3), 275-285.
- Charlop-Christy, M.H., Le, L., & Freeman. (2000). A comparison of video modelling with an in vivo modelling for teaching children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 537-552.
- Cihak, D., Fahrenkrog, C., Ayres, K. M. And Smith, C. (2010). The use of video modelling via a video iPod and a system of least prompts to improve transitional behaviors for students with autism spectrum disorders in the general education classroom. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 12, 103-115.
- D'Amico, M., & Iyer, M. (2007). Seeking evidence: using clinical practice to generate research. *Physical Disabilities Special Interest Section Quarterly*, 30; 1-4.
- DeFransesco, L. (2001). Autisme on the rise. *The scientist*, 15, 16-19.
- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta: TIM.
- Dickens, L., & Watkins, K. (1999). Action research: Rethinking lewin. *Management Learning*, Vol 30.
- Dorwicks, P. W. (2011). *Self model theory : learning from the future*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Dufault, R., et al. (2009). Mercury exposure, nutritional deficiencies and metabolic disruptions may affect learning in children. *Behav. Brain Funct.*, 5, 44.

- Dziobek, I., Bahnemann, M., Convit, A., & Heekeren, H.R. (2010). The role of the fusiform-amygdala system in the pathophysiology of autism. *Arch. Gen. Psychiatry*, 67, 394-405.
- Edelson, S.M. (2011). *Science, the ARI Way. Autisme Research Institute*. San Diego, California, vol. 25(2), 3, 7.
- Edward J Halloran, E.J., (1996). Virginia Henderson and her timeless writings'. *Journal of Advanced Nursing*. 23, 17-24.
- Frith, U. (2003). *Autism. Explaining the enigma* (2nd ed). Carlton: Blackwell Publishing.
- Ginanjar, A.S. (2007). Memahami spektrum autistik secara holistik. Disertasi Fakultas Psikologi UI. Tidak diterbitkan.
- Handojo. (2004). *Autisma: petunjuk praktis dan pedoman materi untuk mengajar anak normal, autisme dan perilaku lain*. Jakarta: Gramedia.
- Henderson, V. (2006). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 53: 21-34.
- Heim, J. (2011). *Video modelling: a strategy for teaching students with ASD*. 3 Februari, 2012. Education Service Center of Lorain County. www.loraincountyesc.org
- Hitchcock, C.H., Dowrick, P.W., & Prater, M.A. (2003). Video self-modelling intervention in school based setting. *Remedial & Special Education*, 24, 36-46.
- Hodgdon, L. (1999). *Solving behavior problems in autism: improving communication with visual strategies*. Troy (Mich.): Quinn-Robets.
- Holter, I. M., & Barcott, D. S. (1993). Action research: What is it? How has it been used & how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 2, 298-304.
- Jaber, M. A. (2011). Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. *Journal Appl Oral Science*, 19(3), 212-217.
- Judarwanto, W. 2006. Makalah : masalah deteksi dini dan skrining autisme. Dalam situs www.puterakembara.com diakses tanggal 3 Januari 2012.
- Kathleen, K. S. (2003). *Video self-modelling and self efficacy: a literatur review*. University of Winconsin-Stout.

- Kathleen, M., & Emily, H. (2007). Video modelling for individuals with autism: A review of model types and effects. *Education and Treatment of Children*, 30, 183-213.
- Kempuraj, D., et al. (2010). Mercury induces inflammatory mediator release from human mast cells. *J.Neuroinflammation.*, 7, 20.
- Kemmis, S., & Taggart, R. (1982). *The action research planner*. Victoria: Deakin University Press.
- Klein, U., Nowak, A.J. (1998). Autistic disorder: a review for the pediatric dentist. *Pediatric Dentist*, 20: 312-317.
- Landrigan, P.J. (2010). What causes autism? Exploring the environmental contribution. *Curr. Opin. Pediatric*, 22, 219-225.
- Leblanc, L.A. (2003). Using video modelling and reinforcement to teach perspective taking skills to children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 36; 253-257.
- Legrice, B., and blampied, N. M. (1994). *Training pupils with intellectual disability to operate educational technology using video prompting*. Education and Training in Mental Retardation and developmental Disabilities, 29, 321-330.
- Levy, S.E., Mandell, D.S., & Schultz, R.T. (2009). Autism. *NIH Public Access Lancet*, 374(97010), 1627-1638.
- Libbey, J.E., Sweeten, T.L., McMahon, W.M., & Fujinami, R.S. (2005). Autistic disorder and viral infections. *Journal Neurovirol*, 11, 1-10.
- Macintyre, C. (2000). *The art of action research in the classroom*. London: David Fulton.
- Mash, E.J., & Wolfe, D.A. (2010). *Abnormal child psychology*. Fourth edition. USA: Wadsworth Cengage Learning.
- Moleong, L.J. (2010). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Mudjiyanto, B. (2009). Metode studi kasus merupakan salah satu pendekatan kualitatif. *Jurnal Studi Komunikasi dan Media*, 13, 155-168.
- Murphy, J.J & Davis, M.W. (2005). Video exceptions : an empirical case study of self-modelling with a developmental disabled child. *Journal of Systematic Therapies*, 24, 66-79.

- Murphy, J.J. 2001. Video self-modelling. Diunduh tanggal 9 Januari, 2012 dari http://faculty.uca.edu/~jmurphy/SFPS/Innovations/Self_Modelling.htm.
- Myers, S.M & Johnson, C.P. (2007). Management of children with autism spectrum disorders. *American Academy of Pediatrics*, 2007-2362.
- Nikopoulos, C.K., & Keenan, M. (2004). Effects of video modelling on social initiations by children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 37; 93-96.
- Notoatmodjo, S. (2010). Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novia. (2007). *Hubungan pengetahuan teoritis dan intervensi pendidikan bagi penyandang autisme*. Tesis. Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya. Universitas Islam Indonesia Yogyakarta. Tidak diterbitkan.
- O'Brien, R. (2010). A case study investigating the potential impact of video modelling on the teaching of a student with autism. Universitas of Limerick. Diunduh tanggal 3 Januari 2012 dari <http://ulir.ul.ie/bitstream/10344/542/4/ROBmthesis.pdf>.
- Peeters T. (1997). *Autism: From theoretical understanding to educational intervention*. London: Whurr.
- Peeters T. (2004). *Autisme: hubungan pengetahuan teoritis dan intervensi pendidikan bagi penyandang autis*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Peterson, S.J., & Bredow, T.S. (2004). *Middle range theories; application to nursing research*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Pinto-Martin, J.A., Souders, M.C., Giarelli, E., & Levy, S.E. (2005). The role of nurses in screening for autistic spectrum disorder in pediatric primary care. *Journal of Pediatric Nursing*, 20, 3.
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization sixth edition*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik* (Asih, Y., et al, Penerjemah.). Jakarta: EGC.
- Quill, K.A. (2000). *Do-Watch-Listen-Say. Social communication intervention for children with autism*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Ramdhani, N., Thiomina, R., Prastowo, B.N., & Kusumawardhani, S.S. (2010). Ekspresi emosi dan autistik: memetakan ekspresi emosi yang dapat dikenali anak-anak autis. *Autisme Care Working Group at UGM*.

- Rapim, I., & Tuchman, R. (2008). Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis. *Pediatrics Clinical N Am*, 55, 1129-1146.
- Ratajczak. (2011). Theoretical aspects of autism: Causes-a review. *Journal of Immunology*. 8: 68-79.
- Salamonsen, S. (2007). Increasing rates of autism diagnosis; a nurse's role, diakses 24 Februari 2012. Dari <http://nurs211f07researchfinal.com/2007/12/increasing-rates-of-autism-diagnosis.htm>
- Schreibman, L., Whalen, C. & Stahmer, A.C. (2000). The use of video priming to reduce disruptive transition behaviour in children with autism. *Journal of Positive Behaviour Interventions*, 2, 3-11.
- Schultz, S.T. (2010). Can autism be triggered by acetaminophen activation of the endocannabinoid system?. *Acta Neurobiol. Exp. (Wars)*, 70, 227-231.
- Shelton, J. F., Tancredi, D.J., & Hertz-Picciotto, I. 2010. Independent and dependent contributions of advanced maternal and paternal ages to autism risk. *Autism Res.*, 3, 30-39.
- Sherer, M., Pierce, K.L., Paredes, S., Kisacky, K.L., Ingersoll, B. & Schreibman, L. (2001). Enhancing conversational skills in children with autism via video technology. Which is better, self or other as a model?. *Behaviour Modification*, 25, 140-158.
- Shibley-Benamou, Lutzker, R., & Taubman, M. (2002). Teaching daily living skills to children with autism through instructional video modelling. *Journal of Positive Behaviour Interventions*, 4, 165-175.
- Sunanto, J., Takeuchi, K., & Nakata, H. (2005). Pengantar penelitian dengan subyek tunggal. *Center for Research on International Cooperation in Education Development (CRICED) Universitas of Tsukuba*.
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2006). *Nursing theorist and their work* (6th ed). Mosby Elsevier.
- Utarini, A. (2008, Juli). Action research and triangulation method in health care. Disajikan dalam International workshops on Contemporary Research in Nursing. STIK Immanuel and Flinders University. Bandung.
- Walsh, W.J., Usman, A., & Tarpey, J. (2001). Disordered metal metabolism in a large autism population. *Am. Psychiatric Association Meeting*, New Orleans.
- WHO. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.

The image features a large, light gray watermark of the Universitas Indonesia logo, which is a stylized, symmetrical emblem with intricate patterns. The word "LAMPIRAN" is centered over the logo in a bold, black, serif font.

LAMPIRAN

**SURAT PERMOHONAN UNTUK BERPARTISIPASI
SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : **Sumarti Endah PMM**
Umur : 37 tahun
Alamat : Perumahan Puntodewo Indah N0. 55 Kutu Wates RT
007 RW 010 Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta.
Pekerjaan : Mahasiswa Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Nomor kontak : Ponsel 081226221567

Dengan ini mengajukan dengan hormat kepada Bapak/Ibu/Saudara untuk bersedia agar putra/putri Bapak/Ibu/Saudara menjadi partisipan penelitian yang akan saya lakukan, dengan judul "Efektivitas *video self-modeling* dalam pemenuhan kebutuhan dasar: menggosok gigi pada anak dengan *Autisme Spectrum Disorders*".

Penelitian tersebut bertujuan untuk mengidentifikasi efek *video self-modeling* terhadap pemenuhan kebutuhan dasar anak menggosok gigi. Manfaat penelitian tersebut bagi penderita *Autisme Spectrum Disorder* diharapkan mendapatkan intervensi terapi *video self-modeling* sehingga akan meningkatkan kemampuan dirinya dalam ketrampilan sehari-hari.

Putra/putri Bapak/Ibu/Saudara akan diamati kemampuannya dalam menggosok gigi, kemudian mendapatkan intervensi dengan pemutaran *video self-modeling* dan kembali diamati. Penelitian akan dilakukan di rumah dan di sekolah. Penelitian juga akan melibatkan orang tua dan guru sekolah untuk mendapatkan data lengkap.

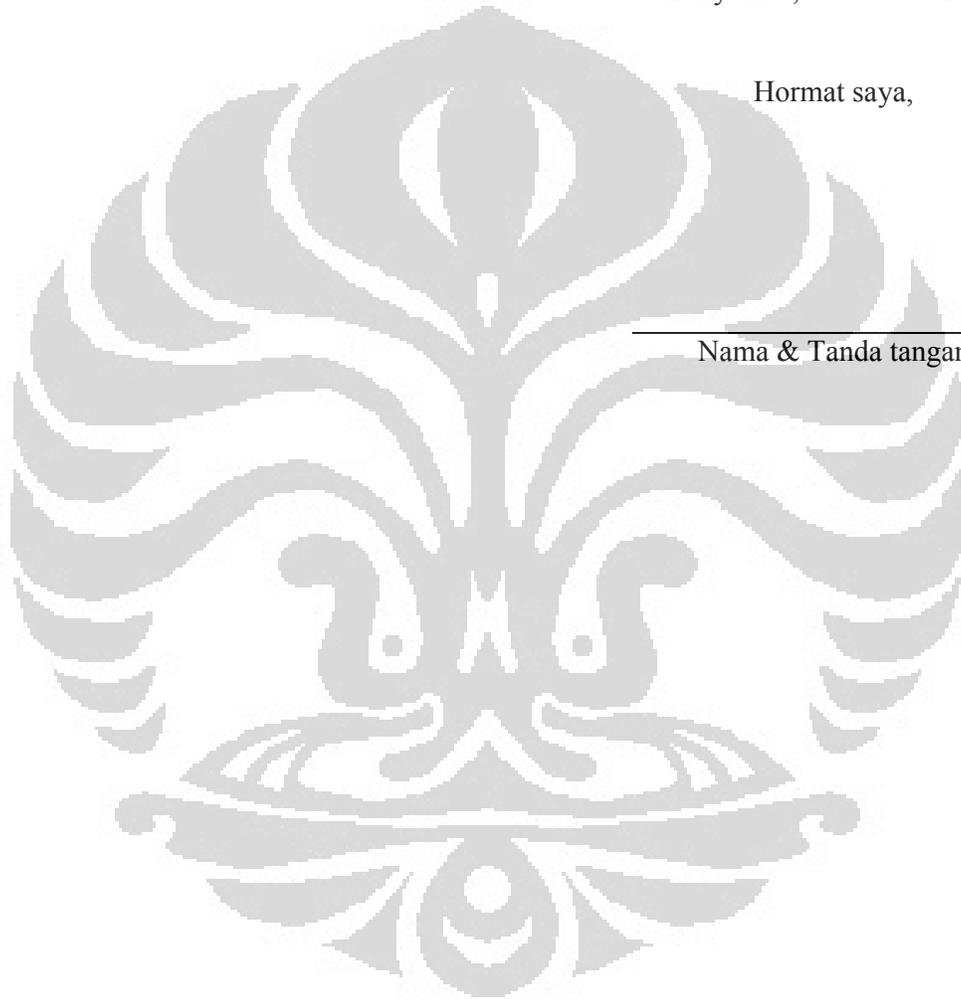
Universitas Indonesia

Apabila ada pertanyaan yang lebih mendalam tentang penelitian ini, maka bapak/ibu/saudara dapat menghubungi peneliti pada alamat dan nomor kontak diatas. Demikian permohonan ini saya buat, atas kerjasama yang baik saya ucapkan terimakasih

Banyumas,2012

Hormat saya,

Nama & Tanda tangan



**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertandatangan di bawah ini saya:

Nama : _____
Umur : _____
Alamat : _____

Menyatakan bahwa:

1. Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian ” Efektivitas *video self-modeling* dalam pemenuhan kebutuhan menggosok gigi pada anak dengan *Autisme Spectrum Disorders*”.
2. Telah diberikan kesempatan untuk bertanya dan mendapatkan jawaban terbuka dari peneliti.
3. Memahami prosedur penelitian yang akan dilakukan, tujuan, manfaat dan kemungkinan dampak buruk yang terjadi dari penelitian yang dilakukan.

Dari pertimbangan di atas, dengan ini saya memutuskan tanpa paksaan dari pihak manapun juga, bahwa **saya bersedia/tidak bersedia** * putra/putri saya ikut berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan seperlunya

Banyumas,2012

Saksi

Yang membuat pernyataan

Nama & Tanda tangan

Nama & Tanda tangan

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

Nama/Inisial Partisipan : _____
Umur : _____
Jenis Kelamin : _____
Intellegentia Quation/IQ : _____
Pendidikan : _____
Alamat Sekolah : _____

Nama Ayah/Ibu/Wali : _____
Umur : _____
Pendidikan : _____
Alamat rumah : _____

Lembar Pengumpulan Data – Menggosok Gigi															
Nama Partisipan :						Tanggal lahir/Umur :									
Fase: <i>Baseline</i>						Dilakukan			v						
						Tidak dilakukan/salah			x						
Analisa Tugas						Percobaan ke-									
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ambil pasta gigi dari tempatnya															
2. Buka tutup pasta gigi															
3. Taruh tutup pasta gigi															
4. Pencet pasta gigi sampai keluar															
5. Ambil sikat gigi dari tempatnya															
6. Tuangkan pasta gigi di atas sikat gigi															
7. Taruh sikat gigi															
8. Ambil tutup pasta gigi															
9. Tutup pasta gigi															
10. Taruh pasta gigi yang sudah ditutup ke tempatnya															
11. Ambil cangkir															
12. Ambil air menggunakan cangkir															
13. Kumur-kumur															
14. Buang air kumur															
15. Ambil sikat gigi															
16. Sikat gigi bagian depan atas															
17. Sikat gigi bagian depan bawah															
18. Sikat gigi bagian dalam atas															
19. Sikat gigi bagian dalam bawah															
20. Sikat bagian lidah															
21. Taruh sikat gigi															
22. Ambil cangkir yang berisi air															
23. Kumur-kumur sampai bersih															
24. Cuci sikat gigi															
25. Taruh sikat gigi kembali ke tempatnya															
26. Lap mulut dengan handuk															
Persentase															

$$\text{Persentase tugas yang benar} = \frac{\text{Jumlah tugas yang dilakukan dengan benar}}{\text{Jumlah seluruh item tugas}} \times 100$$

Lembar Pengumpulan Data – Menggosok Gigi															
Nama Partisipan :						Tanggal lahir/Umur :									
Fase: Intervensi						Dilakukan			v						
						Tidak dilakukan/salah			x						
Analisa Tugas						Percobaan ke-									
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ambil pasta gigi dari tempatnya															
2. Buka tutup pasta gigi															
3. Taruh tutup pasta gigi															
4. Pencet pasta gigi sampai keluar															
5. Ambil sikat gigi dari tempatnya															
6. Tuangkan pasta gigi di atas sikat gigi															
7. Taruh sikat gigi															
8. Ambil tutup pasta gigi															
9. Tutup pasta gigi															
10. Taruh pasta gigi yang sudah ditutup ke tempatnya															
11. Ambil cangkir															
12. Ambil air menggunakan cangkir															
13. Kumur-kumur															
14. Buang air kumur															
15. Ambil sikat gigi															
16. Sikat gigi bagian depan atas															
17. Sikat gigi bagian depan bawah															
18. Sikat gigi bagian dalam atas															
19. Sikat gigi bagian dalam bawah															
20. Sikat bagian lidah															
21. Taruh sikat gigi															
22. Ambil cangkir yang berisi air															
23. Kumur-kumur sampai bersih															
24. Cuci sikat gigi															
25. Taruh sikat gigi kembali ke tempatnya															
26. Lap mulut dengan handuk															
Persentase															

$$\text{Persentase tugas yang benar} = \frac{\text{Jumlah tugas yang dilakukan dengan benar}}{\text{Jumlah seluruh item tugas}} \times 100$$

lanjutan

Lembar Pengumpulan Data – Menggosok Gigi															
Nama Partisipan :						Tanggal lahir/Umur :									
Fase: Generalisasi						Dilakukan			v						
						Tidak dilakukan/salah			x						
Analisa Tugas						Percobaan ke-									
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ambil pasta gigi dari tempatnya															
2. Buka tutup pasta gigi															
3. Taruh tutup pasta gigi															
4. Pencet pasta gigi sampai keluar															
5. Ambil sikat gigi dari tempatnya															
6. Tuangkan pasta gigi di atas sikat gigi															
7. Taruh sikat gigi															
8. Ambil tutup pasta gigi															
9. Tutup pasta gigi															
10. Taruh pasta gigi yang sudah ditutup ke tempatnya															
11. Ambil cangkir															
12. Ambil air menggunakan cangkir															
13. Kumur-kumur															
14. Buang air kumur															
15. Ambil sikat gigi															
16. Sikat gigi bagian depan atas															
17. Sikat gigi bagian depan bawah															
18. Sikat gigi bagian dalam atas															
19. Sikat gigi bagian dalam bawah															
20. Sikat bagian lidah															
21. Taruh sikat gigi															
22. Ambil cangkir yang berisi air															
23. Kumur-kumur sampai bersih															
24. Cuci sikat gigi															
25. Taruh sikat gigi kembali ke tempatnya															
26. Lap mulut dengan handuk															
Persentase															

$$\text{Persentase tugas yang benar} = \frac{\text{Jumlah tugas yang dilakukan dengan benar}}{\text{Jumlah seluruh item tugas}} \times 100$$

Lembar Pengumpulan Data – Menggosok Gigi															
Nama Partisipan :						Tanggal lahir/Umur :									
Fase: <i>Maintenance</i>						Dilakukan			v						
						Tidak dilakukan/salah			x						
Analisa Tugas						Percobaan ke-									
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ambil pasta gigi dari tempatnya															
2. Buka tutup pasta gigi															
3. Taruh tutup pasta gigi															
4. Pencet pasta gigi sampai keluar															
5. Ambil sikat gigi dari tempatnya															
6. Tuangkan pasta gigi di atas sikat gigi															
7. Taruh sikat gigi															
8. Ambil tutup pasta gigi															
9. Tutup pasta gigi															
10. Taruh pasta gigi yang sudah ditutup ke tempatnya															
11. Ambil cangkir															
12. Ambil air menggunakan cangkir															
13. Kumur-kumur															
14. Buang air kumur															
15. Ambil sikat gigi															
16. Sikat gigi bagian depan atas															
17. Sikat gigi bagian depan bawah															
18. Sikat gigi bagian dalam atas															
19. Sikat gigi bagian dalam bawah															
20. Sikat bagian lidah															
21. Taruh sikat gigi															
22. Ambil cangkir yang berisi air															
23. Kumur-kumur sampai bersih															
24. Cuci sikat gigi															
25. Taruh sikat gigi kembali ke tempatnya															
26. Lap mulut dengan handuk															
Persentase															

$$\text{Persentase tugas yang benar} = \frac{\text{Jumlah tugas yang dilakukan dengan benar}}{\text{Jumlah seluruh item tugas}} \times 100$$

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Sumarti Endah Purnamaningsih Maria Margaretha
Alamat : Perumahan Puntodewo Indah No. 55 Kutuwates
Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta
Tempat/tanggal lahir : Klaten, 20 Januari 1974
Jenis Kelamin : Perempuan

Data Pendidikan

1985-1988 : SMP Negeri 1 Karangdowo Klaten
1989-1992 : SMA Negeri Cawas Klaten
1993- 1996 : Akademi Keperawatan Karya Husada Semarang
1997-2000 : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Padjajaran
Bandung
2010-sekarang : Mahasiswa Program Magister Keperawatan Kekhususan
Keperawatan Anak Universitas Indonesia

Pengalaman Kerja

2000-sekarang : Staf Pengajar Akademi Kesehatan Karya Husada
Yogyakarta