



UNIVERSITAS INDONESIA

**PELATIHAN KETERAMPILAN MINUM PADA ANAK
KETERBELAKANGAN MENTAL BERAT DENGAN
POSITIVE REINFORCEMENT**
*Drinking Skill Training in Children with Severe Mental Retardation
Using Positive Reinforcement*

TUGAS AKHIR

**FITRA IFANA
0606013683**

**FAKULTAS PSIKOLOGI
PROGRAM MAGISTER PROFESI KLINIS ANAK
DEPOK
JULI, 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PELATIHAN KETERAMPILAN MINUM PADA ANAK
KETERBELAKANGAN MENTAL BERAT DENGAN
POSITIVE REINFORCEMENT**

*Drinking Skill Training in Children with Severe Mental Retardation
Using Positive Reinforcement*

TUGAS AKHIR

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Magister Psikologi**

**FITRA IFANA
0606013683**

**KEKHUSUSAN PSIKOLOGI KLINIS ANAK
PROGRAM STUDI MAGISTER PROFESI PSIKOLOGI
FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2009**

HALAMAN PENGESAHAN

Tugas Akhir ini diajukan oleh :

Nama : Fitra Ifana
NPM : 0606013683
Program Studi : Magister Profesi Psikologi Klinis Anak
Judul Tugas Akhir : Pelatihan Keterampilan Minum Pada Anak
Keterbelakangan Mental Berat Dengan *Positive Reinforcement*

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister pada Program Magister Profesi Psikologi Klinis Anak Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, pada hari Kamis, 9 Juli 2009.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Fenny Hartiani, M.Psi

[]

Penguji : Dra. Dini P. Daengsari, M.Si

[]

Luh Surini Yulia Savitri, M.Psi

[]

Depok, 9 Juli 2009


Ketua Program Pascasarjana
Fakultas Psikologi
Universitas Indonesia



Dr. Hamdi Muluk
NIP. 19660331 199903 1 001

Dekan Fakultas Psikologi
Universitas Indonesia




Dr. Wilman Dahlan Mansoer, M.Org.Psy.
NIP. 19490403 197603 1 002



PERNYATAAN

Saya menyatakan dengan sungguh-sungguh, bahwa Tugas Akhir yang saya susun sebagai syarat untuk memperoleh gelar Magister Profesi Psikologi Klinis Anak dari Program Pascasarjana Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia, merupakan hasil karya tulis saya sendiri.

Adapun bagian-bagian tertentu dalam Tugas Akhir, yang saya kutip dari hasil karya orang lain, telah dituliskan sumbernya secara jelas, sesuai dengan norma, kaidah, dan etika penulisan ilmiah.

Apabila di kemudian hari ditemukan adanya plagiat dalam Tugas Akhir ini, saya bersedia menerima sanksi pencabutan gelar akademik yang saya sandang dan sanksi-sanksi lainnya, sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Depok, 9 Juli 2008

Fitra Ifana

0606013683

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan hidayat yang telah diberikan selama saya menempuh pendidikan di Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, terutama selama pembuatan Tugas Akhir ini. Saya bersyukur telah diberikan kesehatan dan kekuatan untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Tugas Akhir ini tentunya tidak akan selesai tanpa dukungan perhatian, bantuan, dan dorongan yang datang dari berbagai pihak. Untuk itu saya ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dra. Fenny Hartiani, M.Psi selaku pembimbing Tugas Akhir yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikirannya dalam penyusunan Tugas Akhir ini.
2. Para dosen dan asisten dosen Profesi Klinis Anak Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, khususnya kepada Dra. Surastuti Nurdadi, M.Si., Prof. Dr. Sri Hartati Suradijono, Ph.D., M.A., Prof. Dr. Siti Marliah Tambunan, Eko Handayani, M.Psi., Luh Surini Yulia Savitri, M.Psi., dan Dra. Dini P. Daengsari, M.Si. selaku dosen pembimbing selama penanganan kasus.
3. Kelimabelas klien beserta orangtua selama penanganan kasus, khususnya subyek penelitian (S), keluarga S, atas kesempatan yang diberikan kepada peneliti untuk melakukan intervensi.
4. Seluruh keluarga saya : Ayah, Ibu, Nisa, Dedek, Mami, Papi (Alm.), Rini, Rinda, Kak Dida, Abel, serta suami (Akbar) dan anak (Keyaan) tersayang untuk doa dan dukungan yang tidak pernah putus.
5. Teman-teman Klinis Anak Angkatan 7 dan Klinis Anak Angkatan 8 untuk perhatian, semangat, masukan, dukungan, dan masa-masa yang penuh dengan suka dan duka.
6. Mba Wari yang senantiasa membantu selama penanganan kasus.

Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan yang telah kalian berikan

Depok, 9 Juli 2009



Fitra Ifana
0606013683

**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS
(Hasil Karya Perorangan)**

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

Nama : Fitra Ifana
NPM : 0606013683
Program Studi : Magister Profesi Psikologi Klinis Anak
Fakultas : Psikologi
Jenis karya : Tugas Akhir

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul: *Pelatihan Keterampilan Minum Pada Anak Keterbelakangan Mental Berat Dengan Positive Reinforcement*, beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/mempublikasikannya di Internet atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah ini menjadi tanggung jawab saya pribadi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, 9 Juli 2009



Fitra Ifana
0606013683

ABSTRAK

Nama : Fitra Ifana, S. Psi
Program Studi : Magister Profesi Psikologi Klinis Anak
Judul : Pelatihan Keterampilan Minum Pada Anak Keterbelakangan Mental Berat Dengan *Positive Reinforcement*

Tugas akhir ini membahas mengenai penerapan modifikasi perilaku dengan metode *positive reinforcement* dalam melatih keterampilan minum menggunakan sedotan pada anak dengan gangguan keterbelakangan mental berat. Tujuan dari intervensi ini adalah meningkatkan frekuensi minum menggunakan sedotan. Penerapan modifikasi perilaku yang berhasil dilakukan sebanyak delapan sesi dalam waktu delapan hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa metode *positive reinforcement* cukup efektif dalam melatih perilaku minum menggunakan sedotan pada anak dengan gangguan keterbelakangan mental berat.

Kata kunci:
Keterbelakangan mental berat, keterampilan minum, *positive reinforcement*

ABSTRACT

Name : Fitra Ifana, S.Psi
Study Program : Master degree of Clinical Child Psychology
Title : Drinking Skill Training in Children with Severe Mental Retardation using Positive Reinforcement

This final exam discusses the implementation of behavior modification, especially positive reinforcement method in training straw-drinking skill for children with severe mental retardation. The objective of this intervention was to increase the frequency of sucking in straw-drinking. The intervention of behavior modification was implemented in eight sessions during eight days. This research showed that the positive reinforcement method was effective in training straw-drinking skill for children with severe mental retardation

Key words:

Severe mental retardation, drinking skill, positive reinforcement

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Ilustrasi Kasus.....	1
1.2 Alasan Penggunaan Intervensi.....	3
BAB 2 KAJIAN TEORI	6
2.1 Keterbelakangan Mental.....	6
2.1.1. Definisi Keterbelakangan Mental	6
2.1.2. Karakteristik Keterbelakangan Mental Berat	7
2.1.3. Faktor Penyebab Keterbelakangan Mental	8
2.2. Perilaku Adaptif.....	9
2.2.1. Definisi Perilaku Adaptif.....	9
2.2.2. Keterampilan Minum	10
2.2.3. Perkembangan Oral Motor pada Anak.....	10

2.3. Modifikasi Perilaku.....	12
2.3.1. Definisi Modifikasi Perilaku.....	12
2.3.2. <i>Positive Reinforcement</i>	13
2.3.2. 1. Jenis <i>Positive Reinforcement</i>	14
2.3.2. 2. Jadwal Pemberian <i>Positive Reinforcement</i>	14
2.3.2. 3. Faktor yang Mempengaruhi Efektivitas <i>Positive Reinforcement</i>	15
BAB 3 RANCANGAN PROGRAM.....	18
3.1. Tahap <i>Screening</i>	18
3.1.1. Rancangan Tahap <i>Screening</i>	18
3.1.2. Hasil Tahap <i>Screening</i>	18
3.2. Tahap <i>Baseline</i>	20
3.2.1. Rancangan Tahap <i>Baseline</i>	20
3.2.2. Hasil Tahap <i>Baseline</i>	22
3.2.3. Hasil Observasi Tahap <i>Baseline</i>	24
3.3. Tahap <i>Treatment (Intervensi)</i>	27
3.3.1. Rancangan Tahap <i>Treatment (Intervensi)</i>	27
3.4. Tahap <i>Follow-up</i>	31
3.4.1. Rancangan Tahap <i>Follow-up</i>	31
BAB 4 HASIL INTERVENSI.....	34
4.1 Hasil Tahap <i>Treatment (Intervensi)</i>	34
4.2 Hasil Observasi Intervensi.....	35
4.3 Perbandingan Hasil <i>Baseline</i> dan Intervensi.....	43
4.4 Hasil Tahap <i>Follow-Up</i>	44
4.5. Hasil Observasi Tahap <i>Follow-up</i>	45

BAB 5 KESIMPULAN, DISKUSI DAN SARAN.....	49
5.1 Kesimpulan.....	49
5.2 Diskusi.....	49
5.3 Saran.....	52
DAFTAR PUSTAKA.....	54

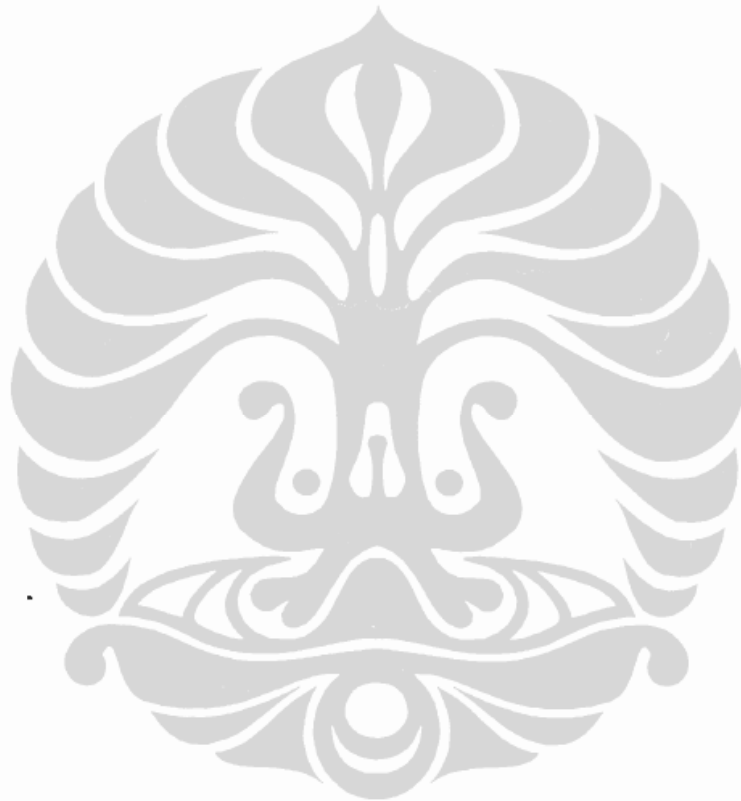


DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Tabel Jenis <i>Reinforcer</i>	20
Gambar 2. Rancangan Grafik Hasil <i>Baseline</i>	21
Gambar 3. Tabel Hasil <i>Baseline</i>	22
Gambar 4. Grafik Hasil <i>Baseline</i>	23
Gambar 5. Tabel Rancangan Intervensi	30
Gambar 6. Rancangan Grafik Hasil Intervensi	31
Gambar 7. Tabel Rancangan Tahap <i>Follow-up</i>	32
Gambar 8. Rancangan Grafik Perbandingan Hasil <i>Baseline</i> , Intervensi dan <i>Follow-up</i>	33
Gambar 9. Tabel Hasil Tahap <i>Treatment (Intervensi)</i>	35
Gambar 10. Grafik Hasil Intervensi.....	43
Gambar 11. Grafik Perbandingan Hasil <i>Baseline</i> dan Intervensi.....	44
Gambar 12. Tabel Hasil Tahap <i>Follow-up</i>	45
Gambar 13. Grafik Perbandingan <i>Baseline</i> , Intervensi dan <i>Follow-up</i>	48

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Pedoman Wawancara Dan Observasi Tahap <i>Screening</i>.....	56
Lampiran 2. Hasil Wawancara dan Observasi Tahap <i>Screening</i>.....	58
Lampiran 3. Observasi Tambahan Tahap <i>Baseline</i>.....	62



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Ilustrasi Kasus

S adalah anak perempuan yang berusia 3 tahun. Ia merupakan anak tunggal dari pasangan G (ibu) dan I (ayah). Sejak usia kandungan ibu 2 bulan, ayah pergi meninggalkan ibu dan tidak pernah kembali. Selama mengandung, ibu merasa sangat sedih dan marah karena ditinggal oleh ayah hingga ibu juga sering menangis dan mengurung diri di kamar. Menurut ibu, walaupun ditinggal oleh ayah, ia tetap berusaha untuk tegar dan menjaga janinnya sebaik-baiknya. S lahir melalui operasi *caesar* karena usia kandungan ibu sudah 42 minggu tapi belum mengalami kontraksi sedikit pun. Sesaat setelah lahir, S langsung menangis. S lahir dengan berat 3400 gram dan panjang 48 cm.

S terlihat mengalami keterlambatan perkembangan sejak awal kelahirannya. Ia baru dapat tengkurap pada usia 8 bulan dan belum dapat melakukan *babbling* pada usia 12 bulan. Dari hasil pemeriksaan dengan *vineland survey form* dan acuan *milestone* (tahap perkembangan) anak usia 0 hingga 3 tahun, perkembangan S berada jauh dibawah anak-anak seusianya.

Pada perkembangan motorik kasar, S sudah dapat tengkurap dan duduk sendiri, namun S masih belum dapat merangkak, berdiri sendiri, maupun berjalan. Dalam perkembangan motorik halus, kemampuan S sangat terbatas dimana ia baru dapat menggenggam sesuatu dalam waktu yang singkat, namun ia belum dapat memegang benda dalam waktu yang lama, belum dapat memegang botol susunya tanpa jatuh, belum dapat mengambil benda dengan menggunakan dua jari saja (telunjuk dan ibu jari), memutar benda, merobek maupun melipat kertas.

Pada perkembangan bahasa, baik ekspresif maupun reseptif, S mengalami keterbatasan. Dalam kemampuan bahasa ekspresif, S hanya bisa mengeluarkan suara seperti "maaa", "bapak", "enji" "embeh" tanpa makna yang jelas. S juga tidak mampu mengungkapkan apa yang ia inginkan walaupun dengan bahasa non-verbal. Selain itu, S memiliki keterbatasan dalam kemampuan bahasa reseptif dimana ia tidak dapat memahami apa yang diinginkan oleh orang lain

terhadapnya. Dengan keterbatasan yang dimiliki S, keluarga sulit untuk memahami apa yang diinginkan oleh S.

Dalam perkembangan sosial, S tampak tidak tertarik dengan lingkungannya. Ia sulit berinteraksi dengan orang lain dan tidak berespon ketika orang lain menyapanya. S bahkan memberikan ekspresi wajah yang datar apabila orang lain menyapanya dengan senyuman. Selain itu, S juga tidak tertarik dengan mainan. Walaupun terlihat sering menonton vcd *barney* atau *sesame street*, S tampak tidak tertarik dengan apa yang ada pada tontonan tersebut.

Dilihat dari perkembangan emosinya, S mudah marah dan menunjukkan perilaku agresif. Apabila ada sesuatu yang tidak berkenan baginya, ia mudah berteriak dan menangis keras sambil menggigit tangan, memukul wajah atau membantingkan badannya. Hal ini terjadi setiap hari sehingga nenek merasa kesulitan menangani S karena S tidak dapat memberitahukan apa yang sebenarnya ia rasakan atau inginkan.

Dengan kemampuannya yang jauh dibawah usianya, diduga S mengalami keterbelakangan mental berat. Keterbatasan yang dimiliki oleh S mempengaruhi perilaku adaptifnya, dimana ia membutuhkan bantuan penuh dari orang disekitarnya untuk memenuhi semua kebutuhannya, baik dalam aktivitas mandi, berpakaian, makan, minum maupun buang air.

S yang selalu diasuh oleh nenek kurang mendapatkan stimulasi. Hal ini berhubungan dengan tingkat sosial ekonomi keluarga yang berada pada golongan menengah ke bawah dan kurangnya pengetahuan keluarga mengenai apa yang seharusnya mereka lakukan untuk mengembangkan kemampuan S. Nenek yang pernah beberapa kali kontrol ke dokter untuk memeriksakan keadaan S selalu diingatkan untuk rutin membawa S ke pusat terapi, namun nenek tidak mengikuti perkataan dokter. Seorang dokter pernah mengatakan bahwa S sebaiknya dilatih kemampuannya dalam aktivitas minum misalnya dilatih untuk minum dengan menggunakan sedotan. Hal ini ditujukan untuk melenturkan otot-otot pergerakan di daerah mulut S atau dengan kata lain untuk mengembangkan kemampuan *oral motor* S. Melatih S untuk minum dengan menggunakan sedotan lebih mudah karena S tidak perlu memegang gelas mengingat keterbatasan motorik halus S.

Sehubungan dengan saran dokter tersebut, pelaksana intervensi membuat suatu program untuk melatih kemampuan S dalam minum, terutama minum dengan menggunakan sedotan.

S sebenarnya sudah mampu minum dengan menggunakan sedotan, namun frekuensi menyedotnya masih rendah. S juga jarang dilatih untuk menggunakan sedotan oleh keluarga karena seringkali baju yang S kenakan basah karena air yang ia minum sering tumpah. Hal ini yang menyebabkan S masih minum dengan menggunakan botol susu untuk semua jenis minuman.

Pada intervensi ini, pelaksana intervensi mencoba untuk melatih agar S dapat mengkonsumsi salah satu jenis minuman, yaitu air putih, dengan menggunakan sedotan dan meningkatkan frekuensi menyedot minuman tersebut. Pemilihan air putih dianggap lebih aman karena S memiliki gangguan pencernaan. Dengan melatih S untuk minum air putih dengan menggunakan sedotan, diharapkan kelak S mampu untuk mengkonsumsi semua jenis minuman dengan sedotan hingga akhirnya ia mampu untuk minum dengan menggunakan gelas terbuka.

1.2. Alasan Penggunaan Intervensi

Pelaksana intervensi menggunakan program modifikasi perilaku untuk meningkatkan perilaku S dalam menggunakan sedotan, terutama untuk meningkatkan frekuensi menyedot minuman.

Program modifikasi perilaku dipilih karena program ini banyak digunakan untuk menangani anak-anak dengan kebutuhan khusus. Menurut Wenar & Kerig, (2006), sejauh ini, teknik terapeutik untuk anak dengan gangguan keterbelakangan mental yang paling berhasil dan digunakan secara luas adalah modifikasi perilaku. Sejak tahun 1960, banyak penelitian menunjukkan bahwa program modifikasi perilaku telah berhasil diterapkan untuk mengajarkan orang-orang yang mengalami keterbelakangan mental (Martin & Pear, 2003).

Metode modifikasi perilaku banyak digunakan untuk meningkatkan berbagai area perilaku : pemeliharaan diri (seperti *toileting*, makan, berpakaian), perilaku yang berorientasi kerja (produktivitas, penyelesaian tugas), perilaku

sosial (kerjasama, aktivitas kelompok), kegiatan non-akademis di dalam kelas (kehadiran, menunggu giliran, berbicara pada waktu yang tepat), kegiatan akademis serta menurunkan perilaku agresif atau melukai diri sendiri. Salah satu keuntungan dari penggunaan metode ini adalah orangtua atau pengasuh anak dapat menerapkan kembali programnya di rumah. (Carr et.al. dalam Wenar & Kerig, 2006).

Metode modifikasi perilaku yang akan diterapkan kepada S menggunakan metode *positive reinforcement*. *Positive reinforcement* merupakan suatu metode untuk meningkatkan frekuensi suatu respon dengan memberikan konsekuensi tertentu setelah respon terjadi (Morris, 1985). Menurut Miltenberger (2004), untuk menggunakan *reinforcement*, perilaku yang diinginkan harus sudah pernah muncul walaupun hanya sesekali. Seperti yang diketahui, S sudah pernah memunculkan perilaku menyedot minuman walaupun tidak sering. Dengan menggunakan metode ini, diharapkan S mampu meningkatkan kemampuannya dalam menggunakan sedotan, terutama dalam meningkatkan frekuensi menyedot minuman.

Alasan pemilihan perilaku ini adalah karena S selalu minum dengan menggunakan botol susu atau dot dan belum dibiasakan untuk minum dengan menggunakan sedotan padahal sebenarnya S memiliki kemampuan untuk menyedot minuman dengan sedotan.

Perilaku ini diperlukan mengingat usia S yang sudah 3 tahun dan seharusnya tidak menggunakan botol susu lagi. Secara perlahan ia harus diperkenalkan media lain untuk minum, seperti sedotan dan gelas. Hal ini juga sesuai dengan saran dari salah seorang dokter yang pernah memeriksa S dimana dokter tersebut menyarankan agar S mulai dilatih untuk minum dengan menggunakan sedotan.

Penggunaan botol susu secara berkepanjangan ternyata memiliki dampak negatif terhadap perkembangan anak. Sebuah penelitian yang dilakukan terhadap 2121 anak usia 1 hingga 3 tahun menunjukkan bahwa penggunaan botol susu secara berkepanjangan (setelah usia 12 bulan) dapat menyebabkan defisiensi zat besi (Brotanek et al., 2005). Selain dapat menyebabkan defisiensi zat besi,

pemberian botol susu secara berkepanjangan dapat menyebabkan kerusakan gigi dan obesitas. Menurut Schmitt (2008) bayi yang dibiasakan tidur dengan menggunakan botol susu dan batita yang sering menggunakan botol susu sepanjang hari beresiko terhadap kerusakan gigi. Anak yang tidak bisa berhenti menggunakan botol susu di usia 15 bulan umumnya terbiasa untuk minum susu atau cairan manis sepanjang siang hari dan malam hari dibandingkan dengan minum air putih. Hal ini menyebabkan anak tidak mengkonsumsi makanan yang seimbang sehingga mereka menjadi obesitas (Bonuck & Kahn, 2003). Banyak akibat dari penggunaan botol susu secara berkepanjangan membuat para ahli menyarankan agar anak mulai meninggalkan botol susunya ketika mereka sudah 12 bulan.

Salah satu tahapan dalam aktivitas minum anak adalah mampu minum dengan menggunakan sedotan. Kemampuan minum dengan menggunakan sedotan umumnya muncul di usia 9 hingga 12 bulan (Richmond, 2006). Kemampuan dalam minum ini juga berhubungan dengan perkembangan oral motor seorang anak. Membiasakan S untuk minum dengan menggunakan sedotan juga dapat membantu melatih kemampuan gerakan mulutnya (*oral motor skills*). Menurut Anderson (2008), melatih anak untuk minum dengan menggunakan sedotan juga dapat mengembangkan otot-otot pada area mulut dan sangat baik untuk anak-anak dengan kebutuhan khusus yang mengalami masalah dalam aktivitas makan dan minum. Sedotan juga sering digunakan sebagai alat terapi dalam terapi bicara. Menurut Johnson dan Manning (2008), penggunaan sedotan dalam terapi bicara merupakan hal yang umum. Selama beberapa tahun, sedotan merupakan alat yang penting untuk makan dan latihan pergerakan mulut. Dengan melatih S untuk menggunakan sedotan, pelaksana intervensi juga berharap nantinya S mampu meninggalkan botol susu dan mulai dapat minum dengan menggunakan gelas.

BAB 2 KAJIAN TEORI

2.1. Keterbelakangan Mental (*Mental Retardation*)

2.1.1. Definisi Keterbelakangan Mental

Menurut Smith dan Mitchell (dalam Ciccarelli & Meyer, 2006), *developmentally delayed* atau yang biasa disebut dengan *mental retardation* adalah suatu keadaan dimana perilaku dan kemampuan kognitif seseorang berada pada tahapan perkembangan yang lebih awal dibandingkan perilaku dan kemampuan kognitif orang lain yang memiliki usia yang sama.

Dalam DSM-IV-TR, seseorang dikatakan mengalami keterbelakangan mental jika memiliki 3 kriteria. Pertama adalah fungsi inteligensi yang berada di bawah rata-rata, yaitu IQ 70 atau kurang (kriteria A). Hal itu harus disertai dengan keterbatasan dalam fungsi adaptif paling tidak dua dari bidang komunikasi, fungsi berdiskusi, kegiatan rumah tangga, sosial dan interpersonal, menggunakan sumber-sumber dalam komunitas, pengarahan diri, fungsi akademis, pekerjaan, hobi, kesehatan, dan keamanan (kriteria B). Yang terakhir adalah muncul sebelum usia 18 tahun (kriteria C) (DSM IV-TR, 2000).

Menurut DSM-IV-TR (2000), keterbelakangan mental digolongkan ke dalam 4 bagian, yaitu :

1. *Mild Mental Retardation* (Keterbelakangan Mental Ringan)

Keterbelakangan mental ringan termasuk dalam kategori belajar "*educable*". Kelompok ini memiliki segmentasi terbesar dari gangguan ini, yaitu sekitar 85%. Orang-orang dengan keterbelakangan mental ringan dapat mengembangkan keterampilan sosial dan komunikasi selama mereka berada di usia prasekolah (0-5 tahun), memiliki gangguan yang ringan pada area sensorimotor dan seringkali tidak dapat dibedakan dari anak yang tidak mengalami keterbelakangan mental hingga tahapan usia selanjutnya.

2. *Moderate Mental Retardation* (Keterbelakangan Mental Sedang)

Keterbelakangan mental sedang termasuk dalam kategori belajar "*trainable*". Persentase kelompok ini adalah 10% dari populasi keseluruhan

keterbelakangan mental. Kebanyakan orang yang berada pada kelompok ini memiliki keterampilan komunikasi selama usia *early childhood*. Mereka bisa mendapat manfaat dari *vocational training* dan dengan supervisi, mereka dapat memenuhi kebutuhan dirinya.

3. *Severe Mental Retardation* (Keterbelakangan Mental Berat)

Kelompok ini berjumlah 3-4% dari populasi keterbelakangan mental keseluruhan. Pada masa awal kehidupannya, mereka memperoleh kemampuan bicara yang sedikit atau tidak sama sekali. Selama masa sekolah, mereka dapat belajar untuk bicara dan dapat dilatih untuk memiliki kemampuan rawat diri yang dasar. Mereka terbatas dalam mempelajari materi yang berupa pengenalan huruf alfabet dan penghitungan sederhana, namun mereka dapat menguasai ketrampilan dalam mempelajari kata-kata penting ("*survival*" words)

4. *Profound Mental Retardation* (Keterbelakangan Mental Sangat Berat)

Kelompok *profound mental retardation* berjumlah 1-2% dari populasi keterbelakangan mental. Sebagian besar orang yang didiagnosa dengan gangguan ini memiliki kondisi neurologis yang menyebabkannya mengalami keterbelakangan mental. Pada masa kanak-kanak awal, mereka memperlihatkan gangguan fungsi sensorimotor yang jelas.

2.1.2. Karakteristik Anak dengan Gangguan Keterbelakangan Mental Berat

Menurut Mash dan Wolfe (2005), kebanyakan anak yang mengalami gangguan keterbelakangan mental berat mengalami satu atau lebih penyebab organik dari keterbelakangan mental, seperti kelainan genetik, dan dapat diidentifikasi di usia yang sangat kecil karena mereka memiliki keterlambatan dalam perkembangan dan kelainan bentuk fisik. Kemampuan seperti berdiri, berjalan, dan *toilet-training* mengalami keterlambatan dan kemampuan bantu diri yang dasar biasanya baru dapat dilakukan hingga usia 9 tahun. Dan berhubungan dengan gangguan intelektual, mereka juga memiliki masalah dengan mobilitas fisik, atau masalah kesehatan lainnya seperti gangguan pernafasan, jantung dan komplikasi fisik.

Kebanyakan orang dengan gangguan keterbelakangan mental berat membutuhkan bantuan khusus selama hidupnya. Selama usia *early childhood*, mereka memperoleh kemampuan berbicara yang sedikit atau tidak sama sekali. Di usia 12 tahun, mereka mungkin bisa mengucapkan dua atau tiga kata dalam satu kalimat. Antara usia 13 hingga 15 tahun, kemampuan akademis dan adaptif mereka setara dengan anak usia 4 hingga 6 tahun. Mereka terbatas dalam mempelajari materi yang berupa pengenalan huruf alfabet dan penghitungan sederhana, namun mereka dapat menguasai ketrampilan dalam mempelajari kata-kata penting, seperti panas, bahaya, berhenti. Di usia dewasa, mereka dapat melakukan pekerjaan sederhana dengan supervisi yang ketat. Sebagian besar dapat beradaptasi dengan baik di lingkungannya.

2.1.3. Faktor Penyebab Keterbelakangan Mental

Dalam DSM-IV-TR, disebutkan bahwa faktor penyebab keterbelakangan mental bisa dikarenakan faktor biologis atau psikososial, atau bisa juga kombinasi keduanya. Faktor penyebab itu meliputi:

a. Keturunan (*Heredity*)

Faktor ini meliputi kesalahan pembawaan sejak lahir (*inborn error*) yang kebanyakan diturunkan melalui mekanisme resesif autosom (seperti penyakit *Tay-Sachs*), abnormalitas gen tunggal lainnya dengan warisan *Mendelian* dan ekspresi variabel (seperti *tuberous sclerosis*) dan penyelewengan kromosom (seperti translokasi *Down Syndrome*, *Fragile X syndrome*). Kemajuan di genetik meningkatkan identifikasi bentuk warisan keterbelakangan mental.

b. Pergantian awal pada perkembangan embrio (*Early alteration of embryonic development*)

Faktor ini meliputi perubahan kromosom (seperti trisomy pada *down syndrome*) atau kerusakan pada masa prenatal karena zat berbahaya (seperti ibu yang mengkonsumsi alkohol, infeksi)

c. Pengaruh lingkungan (*Environmental influences*)

Faktor ini meliputi kurangnya perawatan atau pengasuhan, sosial, bahasa, dan stimulasi lainnya.

d. Gangguan mental (*Mental disorder*)

Faktor ini meliputi gangguan *autistic* dan gangguan perkembangan (*pervasive development disorder*) lainnya.

e. Masalah selama hamil dan proses kelahiran (*Pregnancy dan perinatal problems*)

Faktor ini meliputi kekurangan nutrisi pada janin, bayi yang prematur, *hypoxia* (kurangnya oksigen), infeksi viral dan trauma.

f. Kondisi medis umum yang bisa diperoleh pada masa bayi dan anak-anak (*General medical conditions acquires in infancy or childhood*)

Faktor ini meliputi infeksi, trauma dan keracunan pada saat bayi atau masa kanak-kanak.

2.2. Perilaku Adaptif

2.2.1. Definisi Perilaku Adaptif

Menurut Sattler (2002), *The American Association on Mental Retardation (AAMR, 1992)* mendefinisikan perilaku adaptif sebagai seberapa efektif individu mampu memenuhi standar dari kemandirian pribadi dan tanggung jawab sosial yang diharapkan sesuai dengan usia dan kelompok budaya individu tersebut. Asesmen tentang perilaku adaptif memfokuskan pada dua masalah utama, yaitu:

- a. Derajat dimana individu mampu untuk berfungsi dan mempertahankan dirinya secara mandiri.
- b. Derajat dimana mereka mampu memenuhi tuntutan budaya mengenai tanggung jawab pribadi dan sosial.

Schalock (dalam Sattler, 2002) mengatakan bahwa perilaku adaptif sebaiknya dipandang sebagai memiliki struktur yang multifaktor, yaitu :

- a. Keterampilan motorik atau fisik (misalnya, keterampilan dalam perilaku motorik kasar dan halus, keterampilan makan yang dasar, keterampilan *toileting*)
- b. Keterampilan kemandirian hidup (misalnya keterampilan dalam melakukan tugas rumah tangga, berpakaian, mandi, mempersiapkan makanan dan mencuci piring)

- c. Keterampilan dalam kognitif, komunikasi, dan akademik (misalnya, keterampilan dalam bahasa reseptif dan ekspresif, membaca dan menulis serta mengelola uang)
- d. Keterampilan kompetensi sosial (misalnya, keterampilan dalam menjalin hubungan pertemanan, berinteraksi dengan orang lain, penalaran sosial dan pemahaman sosial)

2.2.2. Keterampilan Minum

Keterampilan minum (*drinking skills*) merupakan salah satu komponen dari keterampilan makan dasar (Nardella, 2002). Seperti yang disebutkan mengenai perilaku adaptif diatas, keterampilan makan dasar merupakan salah satu multifaktor dari perilaku adaptif.

Dalam aktivitas minum, kemampuan pergerakan mulut anak memiliki kontribusi yang besar sehingga ia dapat melakukan aktivitas ini dengan baik. Misalnya ketika seorang anak akan minum dengan menggunakan gelas dan sedotan, kemampuan organ mulutnya seperti bibir, lidah, dan rahang berperan agar minuman yang ada pada gelas tersebut dapat disedot lewat sedotan hingga masuk kedalam mulut anak dan kemudian ditelannya. Hal ini disebut dengan kemampuan oral motor (*oral motor development*).

Menurut Hammer (dalam Bahr, 2008) kemampuan oral motor berkaitan dengan kegunaan dan fungsi dari lidah, bibir, rahang, dan gigi. Pergerakan dan koordinasi struktur ini sangat penting dalam memproduksi suara, menelan dengan aman dan mengkonsumsi berbagai tekstur makanan atau minuman. Perkembangan oral motor yang normal mulai sejak anak dilahirkan, bahkan banyak ahli yang berpendapat bahwa perkembangan ini sudah mulai sejak bayi berada dalam kandungan.

2.2.3. Perkembangan Oral Motor Pada Anak

Perkembangan oral motor tentunya berkembang seiring bertambahnya usianya anak. Berikut adalah perkembangan oral motor bayi baru lahir hingga usia 5 tahun (Richmond, 2006) :

a. Sebelum lahir

Mulai berkembang refleks menyedot (*sucking and suckling*) sekitar usia kandungan 36 minggu.

b. Usia 0 hingga 3 bulan

Pada usia ini, bayi mulai menunjukkan reflek untuk melindungi jalannya udara masuk ke mulutnya, berespon terhadap stimulasi di sekitar mulut, dan memutar kepala ke arah puting. Bayi juga menunjukkan bahwa ia siap makan dengan mengkonsumsi ASI atau susu formula. Selain itu, bayi mengkoordinasikan nafasnya dengan dua atau tiga kali menyedot cairan sebelum menelan dan bernafas.

c. Usia 3 hingga 6 bulan

Bayi mampu menaruh kedua tangannya ke botol walaupun masih membutuhkan bantuan untuk memegang botol tersebut. Bayi juga sudah dapat mengkonsumsi bubur atau sari buah dan mampu makan dengan menggunakan sendok bayi.

d. Usia 6 hingga 9 bulan

Pada usia ini, bayi sudah dapat memegang botolnya sendiri, membersihkan sendok dengan bagian atas bibirnya dan mengkonsumsi makanan yang dihaluskan.

e. Usia 9 hingga 12 bulan

Bayi sudah dapat menutup mulutnya ketika menelan cairan dan makanan yang halus. Bayi juga mulai makan sendiri dengan menggunakan jarinya untuk mengambil makanan kecil dan mulai mengkonsumsi makanan seperti biskuit atau sereal. Dalam aktivitas minum, bayi juga mulai bisa mengkonsumsi minuman dengan menggunakan sedotan atau *sippy cup*.

f. Usia 12 hingga 18 bulan

Anak mulai dapat mengkoordinasi perilaku menyedot, menelan dan bernafas dalam waktu yang lama. Anak juga dapat mengkonsumsi makanan yang dipotong-potong dan mulai dapat makan kue. Selain itu, anak juga dapat memindahkan makannya ke samping kiri dan kanan mulutnya ketika ia mengunyah.

g. Usia 18 hingga 24 bulan

Anak mampu makan sendiri dengan menggunakan sendok walaupun masih membutuhkan bantuan.

h. Usia 24 hingga 36 bulan

Anak sudah dapat mengkonsumsi berbagai cairan dan makanan padat melalui sedotan dan gelas. Mampu menyendok dan menyuap makanannya sendiri dengan baik.

i. Usia 36 bulan hingga 5 tahun

Pada usia ini, anak mampu minum dengan gelas tanpa bantuan orang lain dan mulai menggunakan garpu. Anak juga sudah mampu mengkonsumsi berbagai tekstur makanan.

2. 3. Modifikasi Perilaku

2. 3. 1. Definisi Modifikasi Perilaku

Menurut Miltenberger (2004), modifikasi perilaku merupakan ilmu dari psikologi yang berhubungan dengan menganalisa dan memodifikasi perilaku manusia. Menganalisa berarti mengidentifikasi hubungan fungsional antara lingkungan dan perilaku tertentu untuk memahami alasan perilaku atau untuk menentukan mengapa seseorang berperilaku seperti itu. Sedangkan memodifikasi berarti mengembangkan dan mengimplementasikan prosedur untuk membantu seseorang merubah perilakunya.

Modifikasi perilaku diartikan sebagai aplikasi sistematis dari teknik dan prinsip belajar untuk memeriksa (*assess*) dan memperbaiki perilaku individu baik yang tidak tampak (*covert*) maupun yang tampak (*overt*) guna membantu individu tersebut berfungsi lebih baik dalam masyarakat (Martin & Pear, 2003).

Menurut Martin & Pear (2003), keberhasilan suatu proram modifikasi perilaku melibatkan 4 tahap selama target perilaku telah diidentifikasi, didefinisikan dan direkam, yaitu:

1. Tahap *screening*

Tahap ini dilaksanakan pada awal pertemuan dengan anak, meliputi kegiatan asesmen melalui wawancara dan observasi dengan klien,

orangtua, guru atau pengasuh, pengambilan tes untuk memperoleh gambaran yang jelas mengenai keadaan anak. Tujuan dari tahap ini untuk memperjelas permasalahan yang ada dan menentukan siapa yang berwenang untuk menangani.

2. Tahap *baseline*

Selama tahap *baseline*, pelaksana intervensi melakukan asesmen terhadap target perilaku guna menentukan tingkat prioritas dari program yang akan dilaksanakan, dan menganalisa keadaan lingkungan klien saat ini untuk mengidentifikasi hal-hal yang dapat dikontrol dari perilaku yang akan diubah. Menurut Morris (1985) periode *baseline* sebaiknya dilakukan setidaknya selama 5 hari, atau diantara 5 hingga 15 sesi.

3. Tahap *treatment* (intervensi)

Idealnya, setelah membuat data *baseline*, selanjutnya pelaksana intervensi membuat program yang tepat untuk mencapai target perilaku. Pada program modifikasi perilaku, dilakukan observasi secara berulang dan pemantauan terhadap perilaku yang menjadi target perilaku selama pelaksanaan program atau pelatihan.

4. Tahap tindak lanjut (*follow-up*)

Tujuan dari tahap ini adalah untuk menentukan apakah terdapat perubahan dari target perilaku dan apakah perubahan perilaku tersebut dapat dipertahankan setelah program dianggap selesai.

2.3.2. *Positive Reinforcement*

Salah satu metode dalam modifikasi perilaku adalah *Positive Reinforcement*. *Positive reinforcement* merupakan suatu metode untuk meningkatkan frekuensi suatu respon dengan memberikan konsekuensi tertentu setelah respon terjadi (Morris, 1985). Menurut Martin dan Pear (2003), istilah *positive reinforcer* secara kasar merupakan sinonim dari kata *reward*. Ketika suatu keadaan telah ditentukan untuk berfungsi sebagai *positive reinforcer*, keadaan tersebut dapat digunakan untuk memperkuat perilaku dari individu tersebut pada situasi lain.

2.3.2.1. Jenis *Positive Reinforcement*

Menurut Martin dan Pear (2003), sebagian besar *reinforcer* dapat dimasukkan ke dalam lima kelompok besar yang juga bisa menjadi tumpang tindih yaitu:

1. *Consumable Reinforcer*

Reinforcer yang dapat dikonsumsi adalah semua makanan maupun minuman, seperti permen, kue, buah-buahan, minuman soda.

2. *Activity Reinforcer*

Reinforcer yang termasuk aktivitas misalnya kesempatan untuk menonton televisi atau kesempatan untuk membaca buku bergambar.

3. *Manipulative Reinforcer*

Reinforcer yang termasuk kelompok ini misalnya bermain dengan mainan kesukaan, *browsing internet*.

4. *Possessional Reinforcer*

Reinforcer yang termasuk kelompok ini adalah memiliki ruangan pribadi, kesempatan untuk memakai pakaian favorit.

5. *Social Reinforcer*

Reinforcer yang termasuk dalam kelompok ini adalah pelukan, pujian, anggukan kepala, sentuhan, senyuman, tepuk tangan.

2.3.2.2. Jadwal Pemberian *Positive Reinforcement*

Jadwal pemberian *reinforcement* untuk perilaku tertentu menjelaskan apakah setiap respon diikuti oleh *reinforcer* atau hanya beberapa respon yang diikuti oleh *reinforcer* (Miltenberger, 2004). Adapun beberapa macam jadwal pemberian *reinforcement*, yaitu:

1. *Continuous Reinforcement Schedule*

Merupakan jadwal dimana setiap respon yang muncul langsung diberikan *reinforcer*.

2. *Intermittent Reinforcement Schedule*

Merupakan jadwal dimana *reinforcer* diberikan setiap beberapa respon yang muncul. Dalam jadwal *intermittent reinforcement*, ada beberapa jenis jadwal yang diberikan, yaitu:

a. Fixed Ratio

Dalam *fixed ratio*, pemberian *reinforcer* berdasarkan jumlah tertentu respon yang muncul. Misalnya untuk jadwal *fixed ratio 5* (FR 5), *reinforcer* diberikan setiap 5 kali respon muncul.

b. Variable Ratio

Dalam *variable ratio*, pemberian *reinforcer* berdasarkan jumlah tertentu respon yang muncul, namun pemberian *reinforcer* tiap waktu dapat bervariasi. Misalnya untuk jadwal *variable ratio 3* (VR 3), jumlah respon yang diperlukan untuk mendapatkan *reinforcer* rata-rata sebanyak 3 respon, namun *reinforcer* bisa diberikan setelah 1 respon, setelah 2 respon, setelah 3 respon, setelah 4 respon atau setelah 5 respon.

c. Fixed Interval

Dalam jadwal ini, anak mendapatkan *reinforcer* setelah interval yang telah ditentukan, namun hanya apabila ia menunjukkan target perilaku ketika interval tersebut telah dilewati. Misalnya, untuk jadwal *Fixed Interval 1 menit* (FI 1'), seorang anak harus melewati satu menit terlebih dahulu apabila ia ingin mendapatkan *reinforcer*. Walaupun demikian, ia harus tetap memunculkan perilaku yang diinginkan dalam waktu satu menit tersebut.

d. Variable Interval

Jadwal ini hampir sama dengan *fixed interval*, namun anak tidak selalu mendapatkan *reinforcer* setiap interval yang sama. Misalnya untuk jadwal *Variable Interval 2 menit* (VI 2'), anak akan mendapatkan *reinforcer* setelah melewati rata-rata 2 menit. *Reinforcer* dapat diberikan setelah 15 detik, 45 detik, 1 menit, 3 menit, atau 5 menit.

2.3.2. 3. Faktor yang Mempengaruhi Efektifitas *Positive Reinforcement*

Menurut Miltenberger (2004) ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi keefektifan *reinforcement*, yaitu:

1. *Immediacy*

Waktu antara munculnya perilaku dan memberikan konsekuensi *reinforcement* merupakan hal yang penting. Untuk konsekuensi menjadi paling efektif sebagai *reinforcer*, harus diberikan langsung setelah perilaku muncul.

2. *Contingency*

Apabila suatu respon secara konsisten diikuti langsung oleh konsekuensi, konsekuensi lebih sering untuk *re-inforce* respon. Apabila respon menghasilkan konsekuensi dan konsekuensi tidak akan muncul kecuali bila respon muncul terlebih dahulu, kita bisa mengatakan bahwa *contingency* muncul antara respons (perilaku) dan konsekuensi (*reinforcer*).

3. *Establishing Operation*

Beberapa keadaan bisa membuat *reinforcer* tertentu menjadi lebih kuat pada suatu waktu dibandingkan waktu lain. Misalnya, makanan bisa menjadi *reinforcer* yang kuat bagi orang yang lapar dibandingkan orang yang baru saja makan dengan porsi yang besar. Sama halnya dengan segelas air putih menjadi *reinforcer* yang lebih kuat bagi orang yang belum minum sepanjang hari dibandingkan dengan orang yang sudah minum dengan ukuran gelas yang besar.

4. *Individual Differences*

Suatu konsekuensi yang berupa *reinforcer* bisa berbeda antara satu orang dengan orang lainnya sehingga penting untuk menentukan mana konsekuensi yang bisa menjadi *reinforcer* bagi orang tertentu. Kita juga tidak bisa berasumsi bahwa stimulus tertentu bisa menjadi *reinforcer* bagi seseorang karena *reinforcer* tersebut merupakan *reinforcer* yang umum bagi kebanyakan orang. Misalnya pujian bisa menjadi tidak berarti bagi orang tertentu walaupun kebanyakan orang senang diberi pujian.

5. *Magnitude*

Karakteristik lain dari suatu stimulus yang berhubungan dengan kekuatannya sebagai *reinforcer* adalah jumlah atau besarnya (*magnitude*). Efektifitas dari suatu stimulus menjadi besar apabila jumlah atau besarnya *reinforcer* tersebut semakin tinggi. Misalnya, seseorang mau bekerja lebih keras

dan lebih lama untuk mendapatkan uang dengan jumlah yang besar dibandingkan uang dengan jumlah yang kecil.



BAB 3 RANCANGAN PROGRAM

3.1. Tahap *Screening*

3.1.1. Rancangan Tahap *Screening*

a. Tujuan

Pada tahap ini, pelaksana intervensi ingin mendapatkan informasi untuk:

1. Menentukan target perilaku, definisi operasional target perilaku dan tujuan intervensi.
2. Menentukan prosedur (termasuk jadwal terapi) yang tepat untuk pelaksanaan intervensi.
3. Menentukan jenis-jenis *reinforcer* yang dapat diberikan kepada S.

b. Metode Pengambilan Data *Screening*

Pelaksana intervensi mengambil data dengan metode wawancara dan observasi. Wawancara dilakukan kepada beberapa anggota keluarga (nenek, ibu, dan tante) dan observasi dilakukan terhadap S. Pelaksana intervensi mencatat semua informasi yang diperlukan. (Pedoman wawancara dan observasi beserta hasilnya dapat dilihat pada lampiran).

c. Jumlah Hari Pengambilan Data *Screening*

Wawancara dan observasi akan dilakukan selama dua hari untuk mendapatkan informasi yang lengkap dari beberapa anggota keluarga.

d. Waktu dan Tempat

Pengambilan data *screening* dilakukan di rumah S pada hari Sabtu dan Minggu dimana ibu S sedang tidak bekerja.

3.1.2. Hasil Tahap *Screening*

a. Target Perilaku

Dari hasil wawancara dan observasi pada saat *screening*, pelaksana intervensi menentukan target perilaku yang berhubungan dengan kemampuan S dalam minum. Target modifikasi perilaku yang ingin dicapai dalam terapi adalah S dapat minum dengan menggunakan sedotan.

b. Definisi Operasional Minum Menggunakan Sedotan

Anak mampu mengarahkan bibir ke arah sedotan, menjepit sedotan dengan kedua bagian bibirnya, dan menyedot sedotan tersebut hingga minuman yang terdapat dalam gelas masuk ke dalam mulut.

Perilaku tetap dihitung walaupun tidak semua cairan yang masuk mulut ditelan oleh S. Sedangkan apabila S menyedot sedotan tanpa ada cairan yang masuk ke mulut, perilaku tersebut tidak dihitung.

c. Tujuan Intervensi

Pelaksana intervensi memberikan intervensi yang berupa modifikasi perilaku ini dengan tujuan untuk meningkatkan dan menguatkan perilaku S dalam aktivitas minum dengan menggunakan sedotan.

d. Prosedur Program

Dari hasil wawancara dan observasi, di dapat beberapa informasi mengenai prosedur program yang akan sebaiknya diberikan kepada S, yaitu:

- Sebaiknya intervensi atau pelatihan ketrampilan minum diberikan pada saat jam makan karena pada saat ini S harus selalu minum untuk mengurangi rasa hausnya. Walaupun jadwal makan S selalu berubah tergantung pukul berapa S bangun pagi, namun sebaiknya terapi diberikan pada jam makan pertama setelah S bangun. Pelatihan pada jam makan pertama dianggap lebih memudahkan bagi keluarga karena apabila dilakukan pada jam makan yang kedua, dikhawatirkan intervensi berjalan terlalu sore.
- Untuk melatih minum dengan menggunakan sedotan, sebaiknya sedotan yang digunakan berukuran kecil, berdiameter kecil dan transparan. Ukuran sedotan dan diameter sedotan yang kecil mempermudah S untuk menyedot minuman. Sedotan transparan digunakan untuk mempermudah melihat aliran minuman dari gelas ke mulut S. Hal ini juga untuk mempermudah menghitung frekuensi menyedot minuman.
- Jenis minuman yang digunakan sebaiknya air putih saja. Air putih tidak memiliki rasa sehingga bisa menghilangkan rasa haus setelah S makan.

Selain itu, air putih dianggap aman untuk S yang memiliki gangguan pencernaan.

e. Jenis *Reinforcer* Untuk S

Dari hasil wawancara dan observasi S, macam-macam *reinforcer* yang dapat diberikan kepada S adalah sebagai berikut:

No.	Jenis <i>Reinforcer</i>	Contoh
1	<i>Social Reinforcer</i>	Senyuman, sentuhan di pipi, sentuhan di tangan, belaian di rambut, tepuk tangan, dan pujian (“ <i>waah S pintar</i> ”, “ <i>hebaaat</i> ”)
2	<i>Activity Reinforcer</i>	Bermain ayunan kain, digendong ke luar rumah, jalan-jalan dengan mobil, diajak pergi ke pasar swalayan dekat rumah.
3	<i>Consumable Reinforcer</i>	Roti manis, biskuit

Gambar 1. Tabel Jenis *Reinforcer*

3.2. Tahap *Baseline*

3.2.1. Rancangan Tahap *Baseline*

a. Tujuan

Melihat seberapa jauh kemampuan S dalam melakukan aktivitas minum, termasuk sejauh mana ia dapat minum dengan menggunakan sedotan dan berapa kali ia mampu menyedot minuman dengan menggunakan sedotan. Dalam tahapan ini, pelaksana intervensi juga menganalisa dan mengidentifikasi hal-hal yang dapat dikontrol dari perilaku yang akan diubah.

b. Metode Pengambilan Data *Baseline*

Pengambilan data *baseline* akan dilakukan dengan menggunakan metode observasi. Observasi ini dilakukan untuk melihat kemampuan S dalam aktivitas minum dan menggunakan sedotan. Selain itu, pelaksana intervensi juga mencatat berapa kali S mampu menyedot minuman ketika ia mampu minum dengan menggunakan sedotan.

c. Jumlah Hari Pengambilan *Baseline*

Untuk melihat konsistensi perilaku S ketika sedang minum, pengambilan data *baseline* akan dilakukan hingga perilaku S dalam menggunakan sedotan

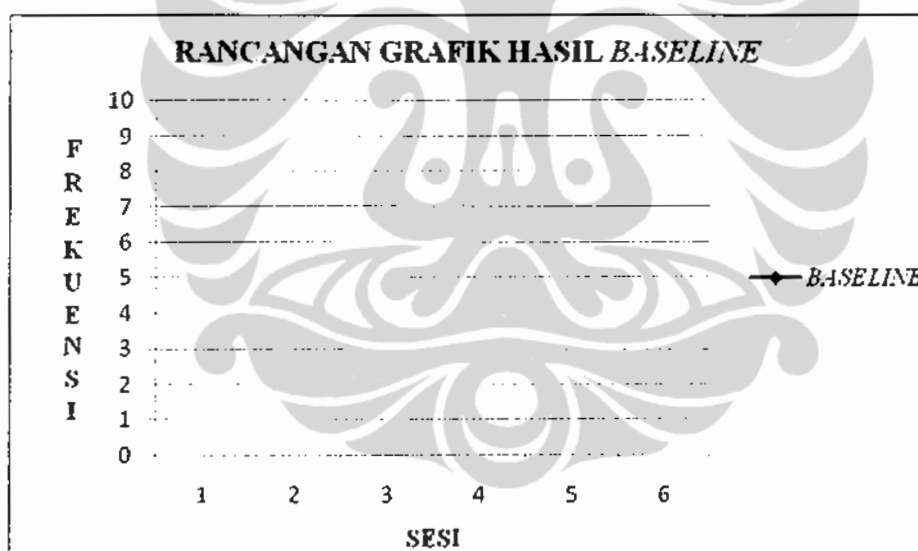
stabil selama 3 kali berturut-turut. Pelaksana intervensi memprediksikan *baseline* membutuhkan 5 atau 6 kali pertemuan. Namun hal ini juga tergantung bagaimana perilaku yang dimunculkan oleh S selama *baseline*. Apabila perilaku S dalam menggunakan sedotan belum stabil, pelaksana intervensi dapat menambah jumlah *baseline*.

d. Waktu dan Tempat Pengambilan Data *Baseline*

Baseline akan dilakukan di rumah klien. Waktu pengambilan *baseline* dilakukan pada saat S sedang minum, yaitu pada waktu makan pagi, sekitar pukul 09.00 WIB. Waktu pengambilan *baseline* juga dapat berubah apabila jadwal makan pagi S berubah.

e. Grafik Hasil *Baseline*

Data *baseline* yang sudah diambil akan dimasukkan ke dalam grafik yang berbentuk seperti berikut:



Gambar 2. Rancangan Grafik Hasil *Baseline*

3.2.2. Hasil Tahap *Baseline*

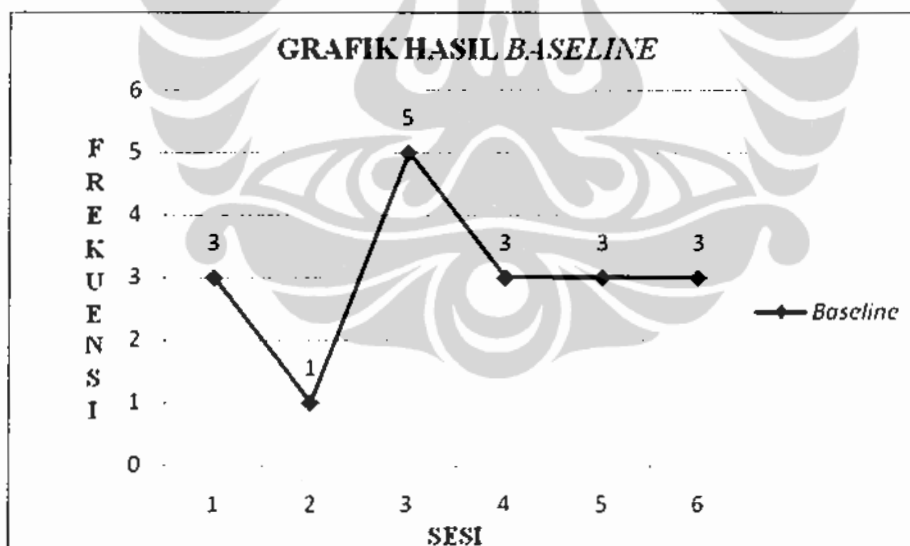
Berikut adalah tabel data *baseline* mengenai kemampuan S dalam minum dengan menggunakan sedotan yang dilakukan selama 6 hari.

Hari Ke	Tanggal	Situasi	Durasi	Hasil
1	Selasa, 21 April 2009	S sedang duduk di ruang keluarga sambil disuapi oleh nenek. Setelah beberapa kali suap, pelaksana intervensi memberikan minuman dengan menggunakan sedotan kepada S	30 menit	S mampu menyedot minuman sebanyak 3 kali
2	Kamis, 23 April 2009	S mulai menunjukkan perilaku agresif ketika disuapi oleh nenek. Beberapa kali nenek harus membujuk agar S mau makan. S juga sulit sekali ketika diminta untuk minum.	30 menit	S hanya mampu menyedot minuman sebanyak 1 kali
3	Kamis, 30 April 2009	S disuapi oleh nenek. Saat itu, S mau makan lebih banyak dan minum lebih banyak dibandingkan hari sebelumnya. Namun ia tetap harus dibujuk untuk minum	30 menit	Mampu menyedot minuman sebanyak 5 kali
4	Sabtu 2 Mei 2009	S sedang duduk di depan televisi sambil menonton vcd. Setelah disuapi oleh nenek, S diberikan	30 menit	S Mampu menyedot minuman sebanyak 3 kali

		minuman. Namun selama 30 menit, ia hanya mau minum sedikit		
5	Senin, 4 Mei 2009	S harus dibujuk untuk minum. Seringkali ia hanya menggigit sedotan tanpa menyedot minuman yang ada di gelas	30 menit	S mampu menyedot minuman sebanyak 3 kali
6	Selasa, 5 Mei 2009	S awalnya menolak untuk makan dan minum, namun setelah dibujuk, S mampu mencoba untuk minum dengan menggunakan sedotan	30 menit	Mampu menyedot minuman sebanyak 3 kali

Gambar 3. Tabel Hasil *Baseline*

Berikut adalah grafik hasil *baseline* yang dilakukan selama 6 hari :



Gambar 4. Grafik Hasil *Baseline*

3.2.3. Hasil Observasi Tahap *Baseline*

Baseline Hari-1

Selasa, 21 April 2009

Pukul : 09.45-10.15 WIB

Tante mempersilahkan pelaksana intervensi untuk masuk ketika sampai di rumah S. Saat itu, S sedang bermain ayunan kain sambil menonton vcd *barney*. Nenek menyapa pelaksana intervensi dan mengatakan bahwa S baru saja selesai mandi dan akan bersiap-siap untuk makan. Nenek kemudian membawa makanan dan minuman ke ruang keluarga dan mulai menyuapi S. Setelah beberapa kali suap, pelaksana intervensi memberikan minuman dengan menggunakan sedotan kepada S. S sering menolak untuk minum sehingga pelaksana intervensi harus bersabar. Ketika diberikan minuman, S hanya menggigit sedotan tanpa menyedot minuman yang ada pada gelas. Setelah 10 menit, S baru mulai menyedot walaupun hanya satu kali. Sekitar 10 menit kemudian, S mau menyedot satu kali dan beberapa menit menjelang *baseline* selesai, S menyedot sebanyak satu kali. Jumlah perilaku menyedot yang dimunculkan oleh S pada *baseline* hari pertama adalah sebanyak 3 kali.

Baseline Hari-2

Kamis, 23 April 2009

Pukul : 09.20 - 09.50 WIB

Ketika pelaksana intervensi datang, nenek mengatakan bahwa S baru saja "mengamuk" sehingga ia harus digendong oleh kakek. Setelah S mulai tenang, nenek mencoba menyuapi S namun S menyemburkan makanan dari mulutnya. Nenek menunggu sekitar beberapa menit dan kemudian menyuapi S kembali. Namun S tetap menolak untuk makan. S kemudian diberikan minuman namun ia hanya menggigit sedotan tanpa menyedot minuman. Nenek kemudian menyuapi S dan S mau menelan makanan tersebut. Setelah itu, S mau menyedot minuman walaupun hanya satu kali. Beberapa menit kemudian pelaksana intervensi memberikan minuman namun S menolak. S kemudian mulai menunjukkan perilaku agresif dan mulai memukul-mukul wajahnya. Ia juga berteriak dan

menggigit tangannya. Nenek langsung membuatkan susu dan menaruh S di ayunan kain. Tidak lama kemudian, S tertidur.

Baseline Hari-3

Kamis, 30 April 2009

Pukul : 10.30 – 11.00 WIB

Pada saat pelaksana intervensi datang, S sedang mandi bersama nenek. Setelah memandikan S, nenek menyiapkan makanan dan minuman untuk S. Nenek kemudian menyuapi S dan S terlihat mau makan. Ia juga tidak menyemburkan makannya ke luar. “*Sabrina lagi lapeer ya*” ucap nenek dengan tersenyum. Setelah beberapa kali suap, S mau minum dengan menggunakan sedotan. Jarak antara perilaku menyedot yang satu dengan yang lainnya adalah sekitar 3 menit. Jumlah perilaku menyedot yang dimunculkan oleh S pada hari itu adalah sebanyak 5 kali.

Baseline Hari-4

Sabtu, 2 Mei 2009

Pukul : 10.15-10.45 WIB

S sedang duduk di hadapan televisi menonton vcd *sesame street*. Nenek sudah mulai menyuapi S dan ia terlihat mau makan. Pelaksana intervensi kemudian memberikan minuman kepada S, namun S hanya menggigit sedotan tersebut. Beberapa menit kemudian, S diberikan minuman dan ia mau menyedot minuman tersebut sebanyak satu kali. Lima menit kemudian S mau menyedot minuman sebanyak satu kali. Setelah itu, S mau menyedot minuman lagi sehingga jumlah frekuensi menyedot yang dimunculkan oleh S adalah sebanyak 3 kali.

Baseline Hari-5

Senin, 4 Mei 2009

Pukul : 09.00-09.30 WIB

S sedang bermain ayunan kain ketika pelaksana intervensi datang. Nenek kemudian memindahkan S ke kasur dimana ia biasa duduk. Nenek menyiapkan

makanan dan minuman untuk S. Kemudian nenek mulai menyuapi S dan ia mau makan tanpa menyemburkan makanannya. Pelaksana intervensi memberikan minuman kepada S, namun beberapa kali S hanya menggigit sedotan tersebut. Pelaksana terus mencoba agar S mau menyedot minuman yang ada pada gelas. Akhirnya S mau menyedot minuman walaupun hanya sesekali. Di akhir *baseline* hari ke-5 ini, S mampu menyedot minuman sebanyak 3 kali.

Baseline Hari-6

Selasa, 5 Mei 2009

Pukul : 09.30-10.00 WIB

Ketika pelaksana intervensi datang, nenek mengeluhkan bahwa S sulit untuk dibujuk makan. Nenek sudah mulai menyuapi S, namun S menolak untuk makan. Pelaksana intervensi membujuk S agar mau makan, namun ia tetap menolak untuk makan. Setelah menunggu beberapa menit, nenek kembali menyuapi S dan ia akhirnya mau makan. Setelah makan, S diberikan minuman namun ia menolaknya. Setelah beberapa kali diberikan minuman, akhirnya S mau menyedot minuman sebanyak 3 kali.

Selain mendapatkan frekuensi perilaku menyedot minuman yang berupa air putih, pelaksana intervensi juga menganalisa beberapa faktor yang perlu dikontrol, yaitu :

a. Menu Makanan

Menu makanan yang disajikan pada saat makan diharapkan tidak terlalu berkuah. Apabila nenek memberikan makanan seperti sayur sop, kuahnya tidak terlalu banyak. Hal ini diupayakan untuk menghindari adanya pengaruh dari banyaknya kuah pada makanan terhadap keinginan untuk minum.

b. Minuman yang Dikonsumsi Sebelum Intervensi Dimulai

S memiliki kebiasaan untuk minum susu ketika ia bangun tidur. Jarak antara minum susu ke jadwal makan sekitar 1 hingga 2 jam. Jumlah susu yang dikonsumsi S rata-rata sebanyak 60 hingga 80 ml. Pelaksana intervensi merasa

perlu mengontrol jumlah minuman yang dikonsumsi oleh S sehingga tidak mempengaruhi keinginan S untuk minum pada sesi intervensi.

3.3. Tahap *Treatment* (Intervensi)

3.3.1. Rancangan Tahap *Treatment* (Intervensi)

a. Target Perilaku

Dari hasil *baseline*, pelaksana intervensi melihat bahwa S sudah mampu menyedot minuman dari sedotan walaupun perilaku ini tidak sering muncul. Selama 6 kali *baseline*, perilaku yang stabil pada S adalah ia mampu menyedot minuman sebanyak 3 kali selama waktu makan berlangsung. Berdasarkan hasil ini, pelaksana intervensi tidak ingin memberikan target yang terlalu tinggi bagi S mengingat gangguan yang dialaminya cukup berat. Karena itu, **target perilaku yang ingin dicapai pada akhir intervensi ini adalah S mampu menyedot minuman sebanyak 10 kali dengan menggunakan sedotan.**

Frekuensi sebanyak 10 kali ini diasumsikan tidak terlalu sulit bagi S karena jaraknya tidak terlalu jauh dengan frekuensi tertinggi pada saat *baseline* dimana S mampu menyedot minuman sebanyak 5 kali.

b. Jadwal Intervensi

Intervensi dilakukan sebanyak 10 sesi (10 hari), dengan frekuensi pelaksanaan sebanyak 2 hingga 3 kali seminggu. Intervensi diberikan pada saat jam makan yang pertama setelah S bangun. Jadwal ini bisa berubah-ubah setiap sesinya tergantung pukul berapa S bangun. Apabila S bangun pukul 08.00, terapi bisa dilakukan sekitar pukul 10.00, namun bila S bangun pukul 10.00, jadwal makan pertama kali bisa dilakukan pada siang hari. Kegiatan yang rutin S lewati setelah bangun adalah minum susu (60-80 ml) dan kemudian mandi.

b. Tempat dan Situasi Intervensi

Intervensi dilakukan di rumah S. Pada saat intervensi dimulai, S didudukkan di ruang keluarga, dengan beralaskan karpet atau kasur. Nenek mendampingi S setiap sesi dan berperan dalam menyuapi makanan. Pemberian minuman diberikan disela-sela makan atau setelah makan.

c. Durasi Intervensi

Terapi diberikan selama jam makan dengan durasi 30 menit.

d. Alat Bantu Intervensi

Guna menghindari adanya perbedaan hasil akibat perubahan alat bantu terapi, alat yang digunakan untuk setiap sesi adalah sama yaitu gelas yang berisikan minuman (air putih) dan sedotan tansparan dengan ukuran kecil (sedotan aqua).

Pelaksana intervensi juga menggunakan *handycam* dan kamera digital untuk merekam proses yang berlangsung selama intervensi.

e. Jenis Makanan (Menu)

Nasi dengan lauk yang sedikit berkuah. Misalnya nasi dengan sayur sup, nasi dengan semur telur, nasi dengan soto.

f. Jadwal Pemberian *Reinforcement*

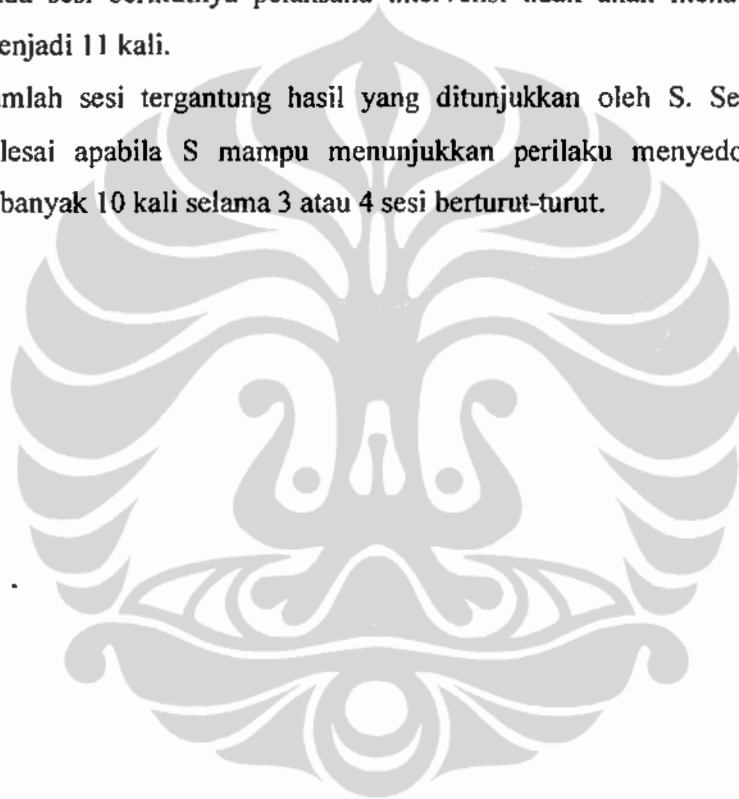
Dalam intervensi ini, pelaksana intervensi menggunakan jadwal *continuous reinforcement* dimana satu respon yang muncul langsung diberikan *reinforcer*. Jadwal ini digunakan dengan alasan respon perilaku menyedot S yang hanya sesekali dalam durasi 30 menit. Jarak antara satu perilaku menyedot dengan perilaku menyedot lainnya juga tidak selalu sama, misalnya terkadang antara satu perilaku menyedot dengan perilaku menyedot lainnya memiliki jeda lebih dari 15 menit. Apabila dalam kondisi ini diterapkan jadwal pemberian *reinforcement* yang lain, dikhawatirkan perilaku menyedot akan berkurang karena S tidak langsung mendapatkan *reinforcer*.

g. Target untuk Tiap Sesi

- Target tiap sesi diberikan agar S perlahan-lahan mencapai target akhir yaitu menyedot sebanyak 10 kali.
- Target dimulai dari menyedot minuman sebanyak 3 kali karena frekuensi menyedot minum yang dimunculkan S pada saat *baseline* rata-rata sebanyak 3 kali.
- Target dinaikkan setiap sesi, namun tergantung hasil yang diperoleh S. Misalnya apabila pada sesi 1 S mampu mencapai target menyedot sebanyak 3 kali, maka pada sesi 2 target bisa dinaikkan menjadi menyedot

sebanyak 4 kali. Namun apabila pada sesi 1 S tidak dapat mencapai target menyedot sebanyak 3 kali, target pada sesi 2 tidak dinaikkan.

- Apabila pada sesi tertentu S mampu menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam frekuensi menyedot minuman, target untuk sesi berikutnya bisa dinaikkan dua atau tiga kali mengikuti kemajuan perilaku S dalam menyedot minuman.
- Target hanya dinaikkan hingga frekuensi menyedot sebanyak 10 kali. Apabila S mampu menyedot dengan frekuensi lebih dari 10 kali, maka pada sesi berikutnya pelaksana intervensi tidak akan menaikkan target menjadi 11 kali.
- Jumlah sesi tergantung hasil yang ditunjukkan oleh S. Sesi dianggap selesai apabila S mampu menunjukkan perilaku menyedot minuman sebanyak 10 kali selama 3 atau 4 sesi berturut-turut.



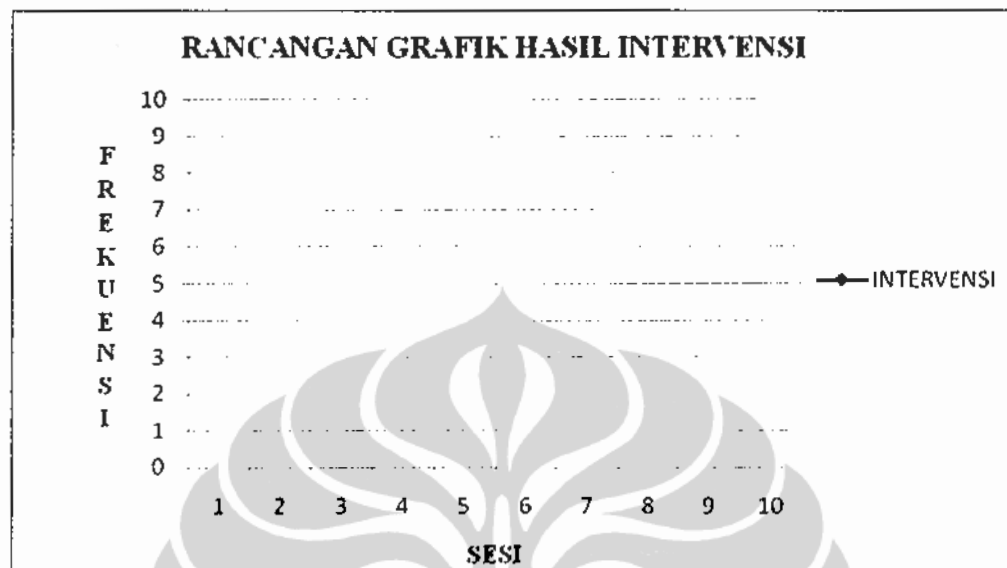
Berikut tabel rancangan intervensi :

Sesi	Durasi	Target Tiap Sesi	Jadwal Reinforcer	Jenis Reinforcer	Hasil	Ket
1	30 menit	3 kali menyedot	Continuous Reinforcement Schedule	Social dan activity reinforcer		
2	30 menit	4 kali menyedot	Continuous Reinforcement Schedule	Social dan activity reinforcer		
3	30 menit	5 kali menyedot	Continuous Reinforcement Schedule	Social dan activity reinforcer		
4	30 menit	6 kali menyedot	Continuous Reinforcement Schedule	Social dan activity reinforcer		
5	30 menit	7 kali menyedot	Continuous Reinforcement Schedule	Social dan consumable reinforcer		
6	30 menit	8 kali menyedot	Continuous Reinforcement Schedule	Social dan activity reinforcer		
7	30 menit	9 kali menyedot	Continuous Reinforcement Schedule	Social dan activity reinforcer		
8	30 menit	10 kali menyedot	Continuous Reinforcement Schedule	Social dan consumable reinforcer		
9	30 menit	10 kali menyedot	Continuous Reinforcement Schedule	Social dan activity reinforcer		
10	30 menit	10 kali menyedot	Continuous Reinforcement Schedule	Social dan activity reinforcer		

Gambar 5. Tabel Rancangan Intervensi

b. Grafik

Hasil intervensi yang didapatkan akan dimasukkan ke dalam grafik, seperti:



Gambar 6. Rancangan Grafik Hasil Intervensi

Grafik ini juga akan digunakan untuk membandingkan hasil data *baseline* dengan hasil yang didapat pada saat intervensi.

3.4. Tahap *Follow-Up*

3.4.1. Rancangan Tahap *Follow-up*

a. Tujuan

Tujuan dari tahap ini adalah untuk melihat apakah target perilaku yang dicapai oleh S pada saat intervensi dapat dipertahankan setelah program selesai.

b. Metode

Pada tahap ini, keluarga meneruskan apa yang sudah diberikan oleh pelaksana intervensi kepada S. Metode pada tahap *follow up* hampir sama dengan tahap intervensi, hanya saja yang melakukan terapi adalah keluarga S. Sebelum memulai *follow-up*, pelaksana intervensi harus memastikan bahwa nenek atau keluarga yang akan meneruskan program ini mengerti betul prosedur yang akan

diterapkan. Selama tahap ini, pelaksana intervensi akan mendapatkan informasi dari nenek melalui telpon mengenai hasil *follow-up* tiap harinya.

c. Jumlah Hari Pengambilan Data *Follow-up*

Follow-up dilakukan sebanyak 1 kali sehari selama satu minggu atau selama 7 hari berturut-turut.

d. Waktu dan Tempat

Seperti pada tahap intervensi, pengambilan data *follow-up* dilakukan di rumah S pada waktu jam makan pertama (selama 30 menit).

e. Alat Bantu Terapi

Pada tahap ini, alat yang digunakan sama dengan alat yang digunakan pada saat intervensi yaitu gelas yang berisi air putih dan sedotan aqua. Hal ini guna menghindari adanya perubahan perilaku akibat alat bantu terapi yang berbeda.

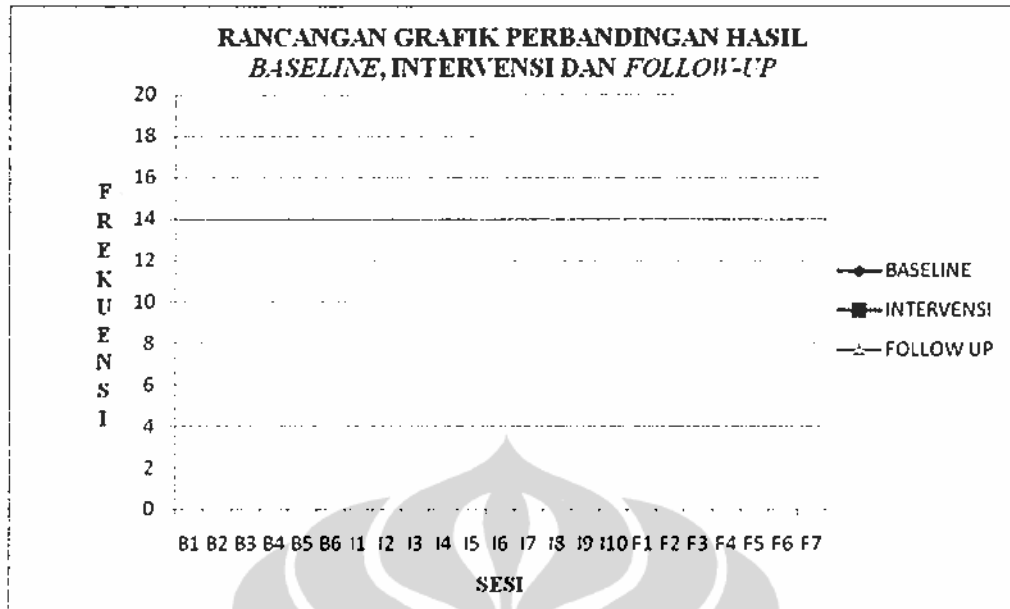
Berikut tabel rancangan tahap *follow-up* yang akan dilakukan selama 7 hari:

Sesi	Durasi	Jenis Reinforcer	Pelaksana Intervensi	Hasil	Keterangan
1	30 menit	<i>Social reinforcer</i>	Nenek atau Tante		
2	30 menit	<i>Social reinforcer</i>	Nenek atau Tante		
3	30 menit	<i>Social reinforcer</i>	Nenek atau Tante		
4	30 menit	<i>Social reinforcer</i>	Nenek atau Tante		
5	30 menit	<i>Social reinforcer</i>	Nenek atau Tante		
6	30 menit	<i>Social reinforcer</i>	Nenek atau Tante		
7	30 menit	<i>Social reinforcer</i>	Nenek atau Tante		

Gambar 7. Tabel Rancangan Tahap *Follow-up*

f. Grafik

Hasil yang didapat pada tahap *follow-up* akan dimasukkan ke dalam suatu grafik bersama dengan hasil *baseline* dan intervensi untuk melihat perbandingan antara ketiga tahap tersebut. Berikut contoh grafik :



**Gambar 8. Rancangan Grafik Perbandingan Hasil *Baseline*,
Intervensi dan *Follow-up***

BAB 4
HASIL INTERVENSI

4. 1. Hasil Tahap Treatment (Intervensi)

Tahap *treatment* (intervensi) program modifikasi perilaku yang diberikan kepada S berlangsung dari tanggal 12 Mei 2009 hingga 3 Juni 2009 dengan frekuensi 2-3 kali seminggu. Dari 12 sesi intervensi yang diberikan, hanya 8 sesi yang berhasil diikuti oleh S, yaitu sesi 1, 2, 4, 7, 8, 10, 11, dan 12. Sedangkan pada sesi ke 3, 5, 6 dan 9, intervensi gagal dilakukan. Berikut adalah hasil intervensi program modifikasi perilaku:

Sesi	Hari/ tanggal	Durasi	Target Menyedot	Hasil Menyedot	Keterangan
1	Selasa, 12 Mei 2009 Pukul 10.00	30 menit	3 kali	3 kali, dengan jeda ± 5 menit antara satu perilaku menyedot dengan yang lain	S mendapatkan <i>social</i> dan <i>activity reinforcer</i> dengan jadwal <i>continuous</i> .
2	Jum'at, 15 Mei 2009 Pukul 10.30	30 menit	4 kali	1 kali	S mendapatkan <i>social reinforce</i> saja.
3	Minggu, 17 Mei 2009 Pukul 10.15	30 menit	4 kali	-	Intervensi Gagal
4	Selasa, 19 Mei 2009 Pukul 09.30	30 menit	4 kali	5 kali, dengan jeda ± 3 menit antara satu sedotan dengan yang lain.	S mendapatkan <i>social</i> dan <i>activity reinforcer</i> dengan jadwal <i>continuous</i> .
5	Kamis, 21 Mei 2009 Pukul 09.30	30 menit	5 kali	-	Intervensi Gagal
6	Jum'at, 22 Mei 2009 Pukul 10.00	30 menit	5 kali	-	Intervensi Gagal
7	Selasa, 26 Mei 2009 Pukul 11.00	30 menit	5 kali	8 kali. S mulai menyedot lebih cepat.	S mendapatkan <i>social</i> dan <i>activity reinforce</i> , dengan jadwal <i>intermittent</i>

				Jeda antara satu sedotan dengan yang lain tidak lebih dari 1 menit.	
8	Kamis, 28 Mei 2009 Pukul 10.30	30 menit	8 kali	12 kali, dengan jeda kurang dari 1 menit	S mendapatkan <i>social</i> dan <i>activity</i> <i>reinforcer</i> dengan jadwal <i>intermittent</i>
9	Jum'at, 29 Mei 2009 Pukul 10.15	30 menit	10 kali	-	Intervensi Gagal
10	Sabtu, 30 Mei 2009 Pukul 13.00	30 menit	10 kali	20 kali, dengan jeda kurang dari 1 menit	S mendapatkan <i>social</i> dan <i>activity</i> <i>reinforce</i> dengan jadwal <i>intermittent</i>
11	Selasa, 2 Juni 2009 Pukul 10.15	30 menit	10 kali	37 kali, dengan jeda kurang dari 1 menit	S mendapatkan <i>social</i> dan <i>activity</i> <i>reinforcer</i> dengan jadwal <i>intermittent</i>
12	Rabu, 3 Juni 2009 Pukul 10.00	30 menit	10 kali	32 kali, dengan jeda kurang dari 1 menit	S mendapatkan <i>social</i> dan <i>activity</i> <i>reinforcer</i> dengan jadwal <i>intermittent</i>

Gambar 9. Tabel Hasil Tahap *Treatment* (Intervensi)

4.2. Hasil Observasi Intervensi

Sesi 1

Hari : Selasa, 12 Mei 2009

Pukul: 10.00 WIB

Ketika pelaksana intervensi datang, nenek menyambut dengan baik dan mempersilahkan pelaksana intervensi untuk masuk. Saat itu, S sedang duduk di kasur yang terletak di ruang keluarga sambil menonton vcd *barney*. S terlihat sering sekali memasukkan kedua tangannya secara bergantian ke dalam mulutnya. Ia juga masih suka menggigit bagian leher baju yang ia kenakan. Pelaksana intervensi kemudian duduk disamping S dan ia menoleh ke arah pelaksana intervensi walaupun dengan ekspresi datar. Pelaksana intervensi kemudian

menyapa S sambil tertawa namun ekspresi wajah S tetap datar dan ia tidak mengeluarkan suara apapun.

Beberapa saat kemudian nenek membawakan makanan untuk S yaitu berupa nasi dengan sup yang berisi sayuran dan ayam yang dipotong kecil. Nenek kemudian memasangkan celemek di leher S dan kemudian menyuapkan makanan ke mulut S dengan menggunakan sendok. Ketika makanan masuk ke dalam mulutnya, S dapat mengunyah dan menelannya. Namun setelah 3 kali suap, S mulai menyemburkan makanannya. Pelaksana intervensi kemudian mulai memberikan minuman yang berupa air putih dengan menggunakan sedotan.

Target perilaku yang di harapkan pada intervensi pertama adalah S mampu menyedot minuman dengan menggunakan sedotan sebanyak 3 kali. Pelaksana intervensi juga akan memberikan *reinforcement* yang berupa *social reinforcement* setiap kali S mampu menyedot minuman dengan menggunakan sedotan. Ketika pelaksana intervensi memberikan minuman kepada S, ia hanya menggigit sedotan dan tidak mau menyedotnya. Pelaksana intervensi kemudian menunggu beberapa saat dan mencoba memberikan minuman kepada S lagi, namun S tetap hanya menggigit sedotan tanpa mau menyedot minuman tersebut.

Nenek menyuapi S lagi dan kemudian setelah beberapa suap pelaksana intervensi memberikan minuman kepada S. S mampu menyedot minuman sebanyak 3 kali. Setiap kali perilaku yang diinginkan muncul, pelaksana intervensi memberikan *social reinforcement* berupa tepuk tangan, senyuman dan pujian kepada S. Nenek juga ikut bertepuk tangan dan memberikan pujian serta senyuman ketika S berhasil minum dengan menggunakan sedotan. Setelah berhasil mencapai target pada hari itu, pelaksana intervensi dan nenek memberikan pelukan kepada S.

Sesi 2

Hari : Jum'at, 15 Mei 2009

Pukul: 10.30 WIB

Ketika pemeriksa datang, tante S menyambut dan mempersilahkan S untuk masuk. Saat itu, nenek dan S sedang berada di ruang keluarga. Pelaksana

intervensi menyapa S namun S hanya menatap mata pemeriksa tanpa ekspresi apa pun. Nenek keluar dari dapur sambil membawakan makanan yang berupa nasi dengan semur ayam yang dipotong dengan ukuran kecil. Sebelum makan, pelaksana intervensi memberikan air putih dengan menggunakan sedotan kepada S, namun S hanya memasukkan sedotan ke dalam mulutnya tanpa menyedotnya. Karena S tidak mau minum, nenek kemudian menyuapi S dengan makanannya. Setelah beberapa kali suap, pelaksana intervensi memberikan minuman kepada S, namun S hanya menggigit sedotan. Ketika nenek menyuapi S lagi, ia mulai berteriak, menangis dan membantingkan badannya ke kasur yang terdapat di lantai. Nenek mencoba untuk membujuk S agar ia mau makan, namun S menyemburkan makanan yang disuapi oleh nenek. Terapi memberikan minuman kepada S namun hanya mau menyedot sebanyak 1 kali dan kemudian ia hanya menggigit sedotan yang ada di mulutnya. Nenek berhenti menyuapi S dan memeriksa celana S untuk memastikan apakah S buang air di celana atau tidak. S semakin berteriak dan mulai memukul kepalanya sehingga nenek harus menggendong S dan menaruhnya di ayunan kain. Nenek mengayunkan ayunan tersebut namun S tetap menangis dan menggigit tangannya. Nenek akhirnya memberikan botol susu kepada S dengan harapan agar S berhenti menangis. S hanya berhenti menangis sebentar, Intervensi terpaksa dihentikan karena kondisi S yang tidak memungkinkan.

Sesi 3

Hari : Minggu, 17 Mei 2009

Pukul : 10.15 WIB

Sebelum berangkat ke rumah S, pelaksana intervensi menelpon nenek untuk memastikan bahwa S sedang dalam keadaan bangun. Nenek mengatakan bahwa S sedang bangun dan menonton *vcd "barney"*. Ketika pelaksana intervensi datang ke rumah S, nenek mengatakan bahwa S sedang di ayunannya dalam keadaan mengantuk. Tidak lama kemudian, S tertidur pulas. Pelaksana intervensi tidak tega untuk membangunkan S karena suhu tubuhnya sedang tinggi. Pelaksana intervensi berniat untuk menunggu hingga S bangun. Namun nenek

menyarankan agar pelaksana intervensi datang di hari berikutnya saja karena nenek tidak bisa memprediksi berapa lama S akan tidur.

Sesi 4

Hari : Selasa, 19 Mei 2009

Pukul : 09.30 WIB

S sedang duduk di kasur sambil menonton vcd "*sesame street*" ketika pelaksana intervensi datang. Ekspresi wajah S sangat datar ketika pemeriksa menyapa S sambil tersenyum. S juga terlihat sibuk memasukkan tangannya kedalam mulut. Walaupun vcd sedang diputar, pandangan mata S tidak tertuju pada televisi. S juga tidak terlihat berespon dengan tayangan yang ada di televisi. Setelah selesai makan, pelaksana intervensi memberikan minuman kepada S dan kemudian S meminumnya. Awalnya S mampu menyedot sebanyak 2 kali, kemudian pelaksana intervensi langsung memberikan *reinforcement* berupa tepuk tangan dan pujian kepada S. S kemudian menyedot minuman sebanyak 3 kali dan pelaksana intervensi memberikan tepuk tangan dan pujian kepada S. Nenek juga ikut memberikan tepuk tangan dan pujian kepada S. Pada intervensi ini, S mampu menyedot minuman melebihi target, yaitu sebanyak 5 kali. Di akhir sesi, pelaksana intervensi memberikan *reinforcement* berupa ayunan kain karena S mampu mencapai target yang diharapkan pada sesi tersebut.

Sesi 5

Hari : Kamis, 21 Mei 2009

Pukul : 09.30 WIB

Ketika pelaksana intervensi datang, nenek sedang menggendong S di ruang keluarga. Nenek mengatakan bahwa S tiba-tiba tantrum. S berteriak keras sambil memukul-mukul wajahnya. S juga terlihat menggigit jarinya dan berusaha menggigit bahu neneknya. Nenek menaruh S di tempat tidur, namun tidak berhenti menangis dan berteriak. Pelaksana intervensi mencoba membujuk S, namun S tetap menggigit jarinya dan memukul wajahnya. Pelaksana intervensi kemudian menaruh S di ayunan kain sambil mengayunnya. S perlahan-lahan

mulai berhenti memukul wajahnya dan menggigit jarinya, namun ia tetap menangis walaupun sudah tidak berteriak. Nenek kemudian membuatkan susu dengan menggunakan botol susu dan memberikannya kepada S. Setelah itu, S memegang botol susunya dan tidak lama kemudian S tertidur. Nenek menganggap bahwa S sedang mengantuk karena ia baru dapat tidur di waktu subuh. Nenek mengeluhkan jam tidur S yang sangat tidak teratur dan cenderung bangun di malam hari dan tidur di siang hari. Ketika pelaksana intervensi ingin menunggu hingga S terbangun untuk melakukan intervensi, nenek menyarankan agar pelaksana intervensi datang esok hari karena S bisa tidur hingga 3 jam.

Sesi 6

Hari : Jum'at, 22 Mei 2009

Pukul : 10.00 WIB

Intervensi tidak dapat dilakukan karena S sedang sakit. Ketika pelaksana intervensi datang ke rumah S, ibu dan nenek mengatakan bahwa tadi malam mereka terpaksa membawa S ke gawat darurat karena S tidak berhenti menangis akibat sering muntah dan diare. Nenek menceritakan bahwa ia tidak bisa tidur karena harus merawat S yang sedang sakit. Nenek mengatakan bahwa apapun yang S konsumsi, baik makanan maupun minuman, selalu keluar lewat muntah. S terlihat sangat lemas dan suhu tubuhnya juga tinggi. Karena S sering sekali muntah, intervensi tidak mungkin dilakukan karena dikhawatirkan S akan muntah apabila diminta untuk minum dengan menggunakan sedotan.

Sesi 7

Hari : Selasa, 26 Mei 2009

Pukul : 11.00 WIB

Pelaksana intervensi datang ketika S sedang menonton televisi. Nenek membawakan makanan dan mulai menyuapi S dengan nasi yang diberi kecap dan ayam yang dipotong kecil-kecil. S terlihat mau mengunyah dan menelan semua makanan yang disuapi kepadanya. Setelah beberapa kali suap, pelaksana intervensi memberikan minuman kepada S. S mau mencondongkan badannya ke

depan sambil membuka mulutnya dan menyedot minuman sebanyak 3 kali. Pelaksana intervensi langsung bertepuk tangan dan memberikan pujian kepada S. Pelaksana intervensi kemudian memberikan minuman kepada S lagi dan ia mampu menyedot sebanyak 3 kali. Pelaksana intervensi kembali memberikan pujian sambil bertepuk tangan. Nenek juga ikut memuji S karena mampu minum dengan menggunakan sedotan. Nenek kembali menyuapi S, namun S mulai menyemburkan makanannya. Nenek terpaksa menunggu beberapa menit baru menyuapi S lagi. Setelah itu pelaksana intervensi memberikan minuman kepada S dan ia berhasil menyedot sebanyak 2 kali. S mulai menggigit sedotan dan terlihat tidak menyedot minuman ketika pelaksana intervensi memberikan minuman lagi. Setelah pelaksana intervensi mencoba beberapa kali lagi, S tetap tidak mau minum. Di akhir sesi, pelaksana intervensi memberikan *reinforcement* yaitu menggendong dan mengajak S ke luar pekarangan rumahnya karena S berhasil melampaui target pada hari itu, yaitu mampu menyedot minuman sebanyak 8 kali.

Sesi 8

Hari : Kamis, 28 Mei 2009

Pukul : 10.30 WIB

Ketika pelaksana intervensi datang, S sedang duduk di ruang keluarga sambil menonton televisi. Ketika pelaksana intervensi menghampiri dan menyapa S, ia tidak berespon. S menatap pelaksana intervensi namun dengan ekspresi yang datar. Nenek mulai menyiapkan makan yang berupa nasi dan ikan kecap. S mau membuka mulutnya ketika nenek menyuapinya. Setelah dua kali suap, pelaksana intervensi duduk di hadapan S dan memberikan minuman kepada S. Ia kemudian mulai menyedot minuman yang diberikan oleh pelaksana intervensi. S mampu menyedot sebanyak 4 kali, kemudian sebanyak 2 kali. Nenek kembali menyuapi S dengan makanan dan setelah beberapa suap, pelaksana intervensi memberikan minuman lagi. S mampu menyedot sebanyak 3 kali dan kemudian 3 kali lagi sehingga jumlah frekuensi menyedot minuman yang dimunculkan S adalah sebanyak 12 kali. Pelaksana intervensi memberikan pujian setiap beberapa kali sedotan yang dilakukan oleh S. Di akhir sesi, pelaksana intervensi mengajak S dan

nenek berkeliling dengan mobil selama 10 menit karena berhasil mencapai target pada sesi tersebut.

Sesi 9

Hari : Jum'at, 29 Mei 2009

Pukul : 10.15 WIB

Ketika pelaksana intervensi datang, S sedang minum susu di ayunan kainnya. Nenek mengatakan bahwa S baru saja menunjukkan perilaku agresif sehingga nenek harus memberikan botol susu untuk menenangkannya. Namun beberapa saat kemudian, S tertidur di ayunannya. Pelaksana intervensi sebelumnya sudah menelpon nenek untuk memastikan bahwa S sedang dalam keadaan bangun, namun nenek tidak dapat mengendalikan perilaku S yang mudah tertidur. Nenek mengatakan bahwa S terjaga hingga tengah malam sehingga ia mudah tertidur di pagi dan siang hari. Intervensi tidak berhasil dilakukan pada hari itu.

Sesi 10

Hari : Sabtu, 30 Mei 2009

Pukul : 13.00 WIB

Ketika pelaksana intervensi datang, S sedang duduk di hadapan televisi. Ia hanya diam dengan ekspresi wajah yang datar ketika pelaksana intervensi datang menghampirinya. Nenek membawakan makanan yang berupa nasi dengan sayur sup. S terlihat mau makan walaupun terkadang ia menyemburkan makanannya. Setelah selesai makan, pelaksana intervensi memberikan minuman kepada S dan S menyedotnya. S mampu menyedot minuman dengan jumlah sebanyak 20 kali. Pelaksana intervensi memberikan *social reinforcer* setelah S melakukan beberapa kali sedotan. Di akhir sesi, pelaksana intervensi memberikan kesempatan bagi S untuk bermain ayunan kain karena telah melewati target yang diharapkan.

Sesi 11

Hari : Selasa, 2 Juni 2009

Pukul : 10.15 WIB

Pelaksana intervensi datang disambut dengan baik oleh nenek. Ketika datang, S sedang berada di luar rumah bersama kakek. Nenek mengatakan bahwa S dibawa keluar rumah untuk dijemur. Setelah kembali masuk ke dalam rumah, S didudukkan di ruang keluarga untuk bersiap-siap makan. Nenek mengatakan bahwa S sulit sekali dibujuk untuk makan. Nenek kemudian mulai menyuapi S namun S menolaknya. Pelaksana intervensi memberikan minuman kepada S yang berupa air putih dengan menggunakan sedotan. S mampu menyedot minuman tersebut hingga 26 kali. Setelah minum, nenek menyuapi S kembali dengan makanan yang berupa nasi dengan kuah soto. S kembali menolak makanan yang disuapi oleh nenek. Pelaksana intervensi memberikan S minuman lagi dan ia mampu menyedot sebanyak 11 kali sehingga jumlah perilaku menyedot minuman pada hari itu adalah 37 kali. Setelah minum, nenek membujuk S kembali agar ia mau makan, akhirnya S mau membuka mulutnya dan menerima suapan dari nenek. Namun ketika nenek menyuapi S, ia langsung menjerit keras dan mulai memukul-mukul wajahnya. Nenek mengatakan "*oh mungkin kepedesan yaa nasinya*". Nenek akhirnya mengganti makanan S dengan nasi yang diberi kecap dan telur dadar. Pelaksana intervensi memberikan minuman kepada S, namun S menolak untuk minum dengan menggunakan sedotan. S juga menolak untuk makan walaupun nenek sudah menggantinya dengan yang baru. S tidak berhenti menangis dan akhirnya nenek memberikan botol susu kepada S. Tidak lama kemudian S tertidur.

Sesi 12

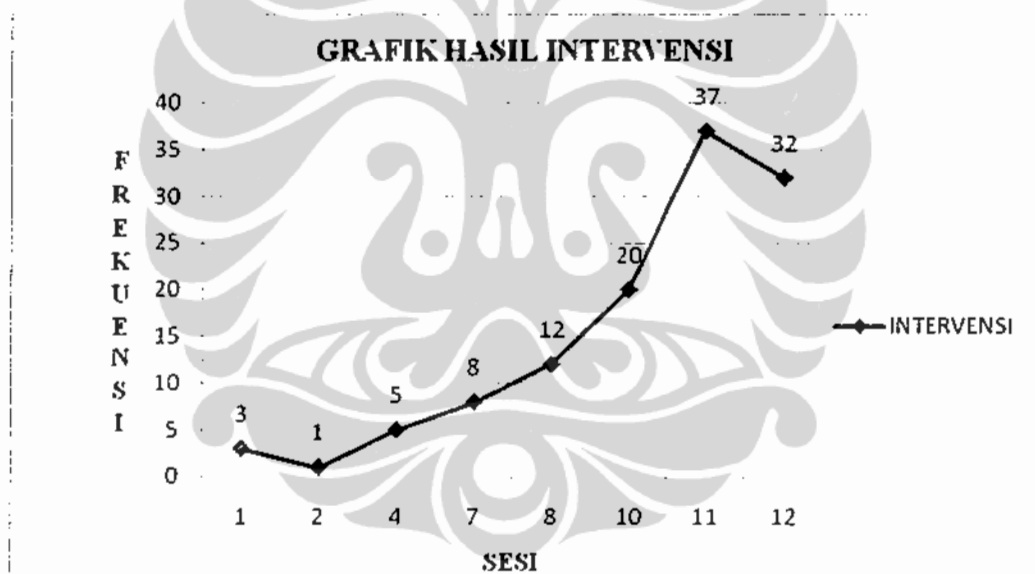
Hari : Rabu, 3 Juni 2009

Pukul : 10.00 WIB

Intervensi ini merupakan sesi terakhir karena perilaku yang dimunculkan oleh S sudah stabil, dimana S mampu menyedot minuman lebih dari 10 kali selama 4 sesi berturut-turut. Bahkan pada intervensi ke 10 dan 11, S mampu

melebihi 20 kali sedotan. Pada sesi kali ini, S terlihat tenang ketika pelaksana intervensi datang. Saat itu, S sedang bersiap untuk makan. Nenek memberikan makanan yang berupa nasi dengan semur telur. S mampu menyedot minuman yang berupa air putih dengan jumlah sebanyak 32 kali. Pelaksana intervensi memberikan pujian setiap S berhasil melakukan beberapa kali sedotan. Setelah sesi berakhir, pelaksana intervensi mengajak S pergi ke pasar swalayan yang berada di dekat rumahnya sebagai *reinforcer* bagi S karena telah berhasil melebihi target.

Seperti yang disebutkan sebelumnya, dari 12 hari intervensi, hanya 8 hari (8 sesi) yang berhasil dilakukan, yaitu intervensi ke-1, 2, 4, 7, 8, 10, 11, dan 12. Pelaksana intervensi hanya memasukkan data yang didapat selama 8 sesi yang berhasil ke dalam grafik hasil intervensi. Berikut adalah grafik hasil intervensi:

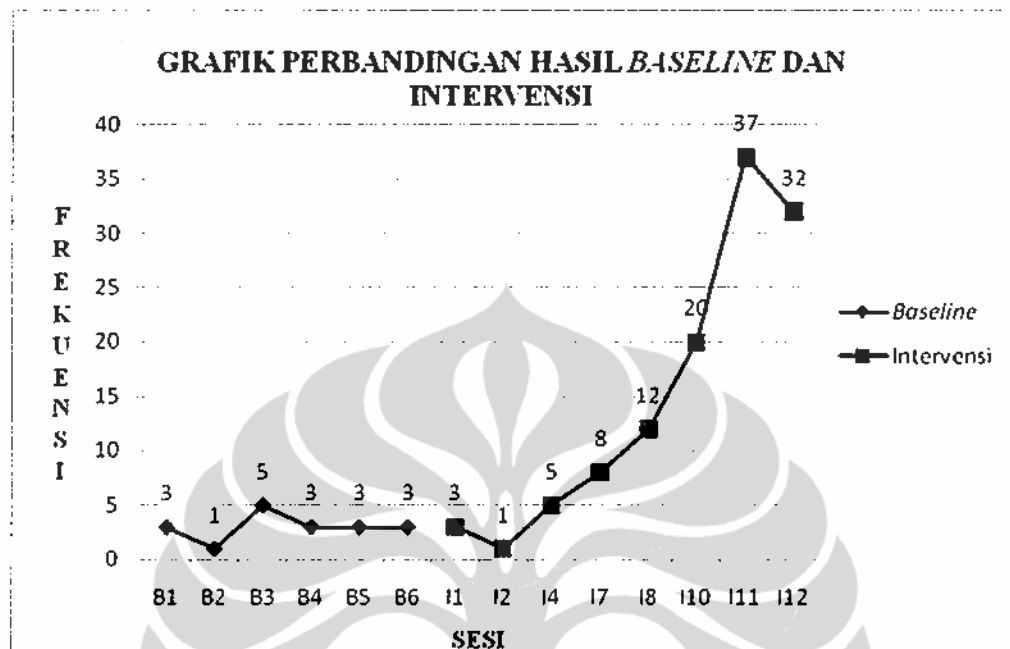


Gambar 10. Grafik Hasil Intervensi

4.3. Perbandingan Hasil *Baseline* dan Intervensi

Pada saat *baseline* dilakukan, S mampu menyedot minuman secara stabil sebanyak 3 kali sedotan, dengan frekuensi terendah sebanyak 1 kali dan frekuensi tertinggi sebanyak 5 kali sedotan. Sedangkan pada saat intervensi, kemampuan S dalam menyedot minuman meningkat. Di sesi-sesi terakhir intervensi, S mampu

menyedot minuman lebih dari 10 kali selama 4 kali berturut-turut, bahkan ia mampu menyedot minuman hingga lebih dari 30 kali sedotan. Berikut adalah grafik perbandingan antara hasil *baseline* dan hasil intervensi :



Gambar 11. Grafik Perbandingan Hasil *Baseline* dan Intervensi

4.4. Hasil Tahap *Follow-Up*

Tahap tindak lanjut atau *follow-up* dilakukan selama satu minggu untuk melihat bagaimana perilaku minum dengan menggunakan sedotan setelah intervensi selesai diberikan oleh pelaksana intervensi. Sebelum memulai tahap ini, pelaksana intervensi menginformasikan kepada tante dan nenek untuk melanjutkan program ini dengan cara memberikan kesempatan minum dengan menggunakan sedotan selama jam makan. Pelaksana intervensi juga menunjukkan kepada nenek dan tante bagaimana cara memberikan minuman kepada S dan bagaimana cara menghitung jumlah sedotan yang dilakukan oleh S. Selain itu, *social reinforcement* tetap diberikan kepada S.

Selama 7 hari, pelaksana intervensi menelpon nenek setiap hari untuk menanyakan bagaimana hasil dari *follow-up* dan kendala apa yang dialami oleh

nenek atau tante dalam memberikan minuman dengan sedotan kepada S. Berikut hasil *follow-up*:

No	Hari/ tanggal	Hasil	Keterangan
1	Kamis 4 Juni 2009	S mampu menyedot minuman sebanyak 24 kali	Berhasil. S mendapatkan <i>social reinforcer</i> setelah selesai minum dengan menggunakan sedotan
2	Jum'at 5 Juni 2009	S mampu menyedot minuman sebanyak 21 kali	Berhasil. S mendapatkan <i>social reinforcer</i> setelah selesai minum dengan menggunakan sedotan
3	Sabtu 6 Juni 2009	S mampu menyedot minuman sebanyak 26 kali	Berhasil. S mendapatkan <i>social reinforcer</i> setelah selesai minum dengan menggunakan sedotan
4	Minggu 7 Juni	S mampu menyedot minuman sebanyak 9 kali	Frekuensi menyedot rendah karena S sering tidak kooperatif (ia selalu mau tidur)
5	Senin 8 Juni 2009	S mampu menyedot minuman sebanyak 28 kali	Berhasil. S mendapatkan <i>social reinforcer</i> setelah selesai minum dengan menggunakan sedotan
6	Selasa 9 Juni 2009	S mampu menyedot minuman sebanyak 25 kali	Berhasil. S mendapatkan <i>social reinforcer</i> setelah selesai minum dengan menggunakan sedotan
7	Rabu 10 Juli 2009	S mampu menyedot minuman sebanyak 28 kali	Berhasil. S mendapatkan <i>social reinforcer</i> setelah selesai minum dengan menggunakan sedotan

Gambar 12. Tabel Hasil Tahap *Follow-up*

4.5. Hasil Observasi Tahap *Follow-up*

Follow-up Hari-1

Menurut nenek, S mau minum air putih dengan menggunakan sedotan. Nenek tidak merasa kesulitan ketika meminta S menggunakan sedotan. Setiap selesai menyuapi S, nenek memberikan minuman kepada S dan ia mau meminumnya. Nenek memberikan pujian setiap S selesai minum dengan

menggunakan sedotan. Frekuensi menyedot yang dimunculkan oleh S pada hari itu sebanyak 24 kali

Follow-up Hari-2

Pada follow-up hari kedua, pelaksana intervensi adalah Tante S, namun yang menyuapi S dengan makanan tetap nenek. Setiap beberapa kali suap, tante memberikan minuman kepada S dan ia mau meminumnya. Menurut tante, S masih perlu dibujuk agar ia mau minum dengan menggunakan sedotan. Namun secara umum tante tidak merasa kesulitan dalam melatih S untuk minum dengan menggunakan sedotan pada hari itu. Jumlah perilaku menyedot yang dimunculkan oleh S sebanyak 21 kali. Nenek dan tante memberikan pujian dan tepuk tangan setelah S selesai minum.

Follow-up Hari-3

Menurut nenek, S tidak menolak untuk makan dan minum ketika nenek menyuapinya. Ia mau minum dengan menggunakan sedotan setiap nenek memberikan minuman kepadanya. Walaupun masih sering menumpahkan minuman, S mau menyedot minuman dengan frekuensi yang cukup tinggi. Jumlah perilaku menyedot yang dimunculkan sebanyak 26 kali. S mendapatkan pujian dari nenek setiap ia selesai minum dengan menggunakan sedotan.

Follow-up Hari-4

Menurut nenek, S baru bisa tidur dini hari sehingga ia tidur seharian ketika nenek mencoba untuk mengajari minum dengan menggunakan sedotan. Pada saat makan, S mudah rewel karena ia masih ingin tidur. Hal ini juga mempengaruhi perilaku S dalam menyedot minuman dimana ia hanya menyedot sebanyak 9 kali. Nenek tetap memberikan pujian kepada S walaupun frekuensi perilaku menyedot yang ia munculkan rendah.

Follow-up Hari-5

Nenek tidak merasa kesulitan dalam melatih S untuk minum dengan menggunakan sedotan. S mampu menyedot minuman dalam jumlah yang cukup banyak. Jumlah perilaku menyedot yang S munculkan sebanyak 28 kali. Tante dan nenek memberikan pujian setelah S selesai minum dengan menggunakan sedotan.

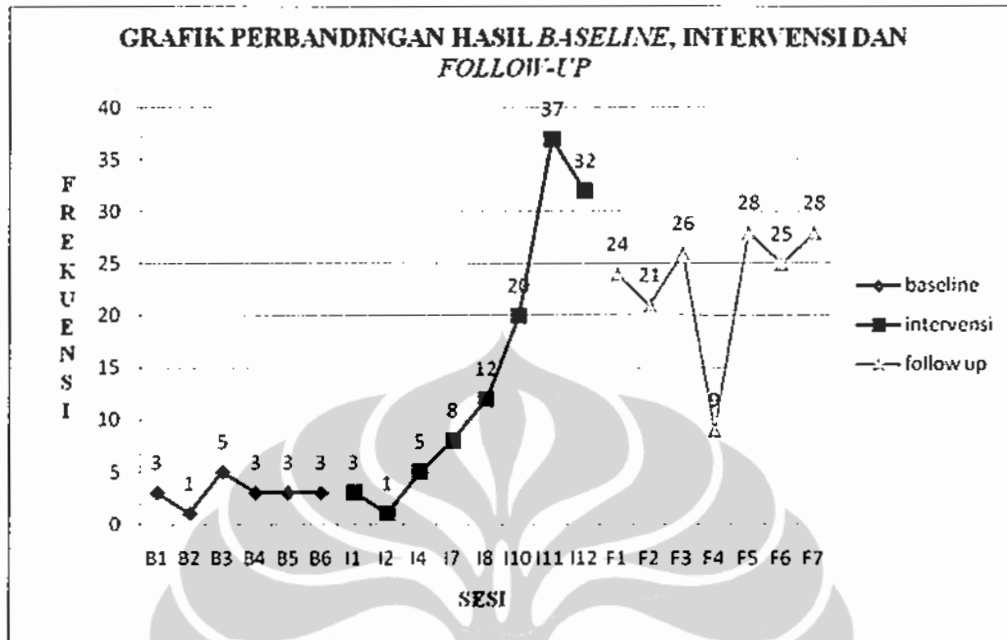
Follow-up Hari-6

Pada *follow-up* hari keenam ini, Nenek membutuhkan waktu untuk membujuk S agar mau minum dengan menggunakan sedotan. Ia beberapa kali menolak ketika diberikan minuman. Namun akhirnya S mau minum dengan menggunakan sedotan dan mampu menyedot sebanyak 25 kali. Kakek ikut memberikan pujian ketika melihat S mampu minum dengan menggunakan sedotan.

Follow-up Hari-7

Nenek tidak merasa kesulitan untuk melatih S agar mau minum dengan menggunakan sedotan. Ketika nenek memberikan minuman, S langsung menyedotnya. Ia juga mampu menyedot dengan jumlah yang banyak, yaitu 28 kali. Nenek memberikan pujian setelah S selesai minum dengan menggunakan sedotan.

Berikut adalah grafik perbandingan hasil *baseline*, *intervensi* dan *follow-up* :



Gambar 13. Grafik Perbandingan Hasil *Baseline*, *Intervensi* dan *Follow-up*

BAB 5

KESIMPULAN, DISKUSI DAN SARAN

5. 1. Kesimpulan

Program modifikasi perilaku dalam meningkatkan frekuensi S dalam menyedot minuman berhasil mencapai target yang diharapkan. Hasil yang dicapai bahkan jauh melebihi target yang ditetapkan pada rancangan program. Hal ini menunjukkan program modifikasi perilaku dengan menggunakan metode *positive reinforcement* efektif untuk melatih anak dengan gangguan keterbelakangan mental, terutama untuk anak dengan gangguan keterbelakangan mental berat.

5.2. Diskusi

Pada penelitian ini, pelaksana intervensi melakukan intervensi yang berupa program modifikasi perilaku pada anak yang mengalami gangguan keterbelakangan mental berat untuk melatih kemampuannya dalam aktivitas minum dengan menggunakan sedotan. Pada intervensi ini, pelaksana intervensi menggunakan metode *positive reinforcement* yang ditujukan untuk meningkatkan frekuensi perilaku menyedot minuman pada S. Jenis *reinforcer* yang diberikan juga beragam dan intervensi dilakukan di rumah S sebanyak 2 hingga 3 kali dalam satu minggu.

Selama intervensi berlangsung, ada beberapa faktor pendukung dan beberapa faktor penghambat atau kendala. Beberapa faktor pendukung dalam intervensi ini salah satunya adalah penerimaan dan kerjasama anggota keluarga S, terutama nenek dan tante. Nenek sangat terbuka dan selalu memberikan informasi tentang perkembangan S kepada pelaksana intervensi. Keluarga tidak keberatan dengan kehadiran pelaksana intervensi di rumah dan memperbolehkan pelaksana intervensi untuk datang kapan saja apabila nenek ada di rumah. Nenek juga selalu mendampingi S ketika intervensi dilakukan. Menurut Mash dan Wolfe (2005), keterlibatan pengasuh dan orang dewasa lainnya dalam kegiatan yang berpusat pada anak merupakan salah satu cara yang paling menjanjikan untuk meningkatkan kemampuan anak dengan gangguan perkembangan, termasuk anak

dengan gangguan keterbelakangan mental. Komitmen dari keluarga juga terlihat dari ketersediaan keluarga untuk melakukan tahap *follow-up*. Pada saat melakukan *follow-up*, nenek dan tante lah yang berperan sebagai pelaksana intervensi. Dalam melakukan program, pelaksana intervensi harus yakin bahwa pelaksana intervensi lain atau asisten lainnya yang terlibat dalam bekerja dengan anak kebutuhan khusus harus mengenal prosedur dengan baik dan mampu melanjutkan rencana program (Morris, 1985). Dengan keterlibatan nenek selama intervensi, nenek sudah mengetahui prosedur program modifikasi perilaku yang dijalankan sehingga ia mampu melanjutkan program pada tahap *follow-up* dengan baik.

Perilaku menyedot yang dimunculkan oleh S mulai sesi-sesi pertengahan intervensi menunjukkan peningkatan yang cukup signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan oral motor S dalam menyedot sebenarnya sudah cukup baik, hanya saja ia kurang mendapatkan kesempatan atau kurang stimulasi. Selain itu, pemilihan *reinforcement* yang sesuai untuk S menurut pelaksana intervensi merupakan salah satu faktor pendukung keberhasilan intervensi ini.

Dengan berhasilnya intervensi ini menunjukkan bahwa *positive reinforcement* yang merupakan salah satu metode modifikasi perilaku dapat digunakan untuk melatih anak-anak dengan kebutuhan khusus. Hal ini sesuai dengan pendapat Wenar & Kerig (2006), yang mengatakan bahwa sejauh ini, teknik terapeutik untuk anak dengan gangguan keterbelakangan mental yang paling sukses dan digunakan secara luas adalah modifikasi perilaku.

Selain adanya faktor pendukung, pelaksana intervensi juga menemukan beberapa faktor penghambat atau kendala selama menjalankan intervensi. Salah satu kendala yang dihadapi oleh pelaksana intervensi berhubungan dengan karakteristik dan gangguan yang dialami oleh S, seperti S yang tiba-tiba menunjukkan perilaku tantrum seperti berteriak, menangis sambil melakukan perilaku *self-injury* (memukul wajah, membantingkan badan, menggigit tangan) sehingga intervensi tidak berjalan seperti yang diharapkan. Intervensi terpaksa berhenti karena S sulit untuk ditenangkan. Dan ketika berhasil ditenangkan, S seringkali tertidur sehingga intervensi tidak bisa dilanjutkan. Menurut Smith dan

Ittenbach (2002), anak dengan gangguan keterbalakangan mental berat seringkali memunculkan perilaku yang sulit seperti agresif dan menyakiti diri sendiri (*self-injury*). Perilaku ini sering menghambat jalannya intervensi sehingga pelaksana intervensi harus bersabar dalam melatih S untuk minum dengan menggunakan sedotan. Selain itu, jadwal tidur S yang tidak tetap membuat kedatangan pelaksana intervensi untuk melakukan terapi seringkali sia-sia karena S tiba-tiba tertidur ketika pelaksana intervensi sampai di rumahnya. Pelaksana intervensi dan nenek sudah membuat kesepakatan mengenai jadwal intervensi. Bahkan pada hari intervensi dilakukan, pelaksana intervensi selalu menelpon nenek terlebih dahulu untuk memastikan bahwa S sudah bangun, namun seringkali ketika pelaksana intervensi sudah sampai di rumah S, S baru saja tertidur lagi. Menurut Morris (1985), gangguan yang dialami oleh anak yang mempengaruhi aplikasi program dapat mengurangi keberhasilan modifikasi perilaku.

Kendala lain yang dihadapi oleh pelaksana intervensi berhubungan dengan kondisi kesehatan S yang mudah sakit dan sering mengalami gangguan pencernaan sehingga rencana pemberian *consumable reinforcer* harus dibatalkan. Akhirnya selama intervensi berlangsung, pelaksana intervensi hanya memberikan *reinforcement* yang berupa *social reinforcer* dan *activity reinforcer*.

Rancangan program yang dibuat oleh pelaksana intervensi, ada yang mengalami perubahan tergantung perilaku yang dimunculkan oleh anak. Misalnya jadwal pemberian *reinforcement*. Pada rancangan tahap *treatment* (intervensi), pelaksana intervensi memberikan jadwal pemberian *reinforcement* yang *continuous* karena jeda perilaku menyedot S antara satu dengan yang lainnya cukup jauh. Namun mulai intervensi sesi ke-7, perilaku menyedot S semakin meningkat secara signifikan sehingga jeda antara satu perilaku menyedot dengan perilaku menyedot yang lain hanya berselang beberapa detik saja. Dengan keadaan seperti ini, pelaksana intervensi tidak memberikan *reinforcement* segera setelah satu kali menyedot (menggunakan *continuous reinforcement schedule*) melainkan setelah S selesai minum (setelah beberapa kali sedot). Menurut Morris (1985), walaupun memungkinkan untuk memberikan *reinforcement* untuk setiap respon, banyak literatur yang mengindikasikan bahwa prosedur ini kurang

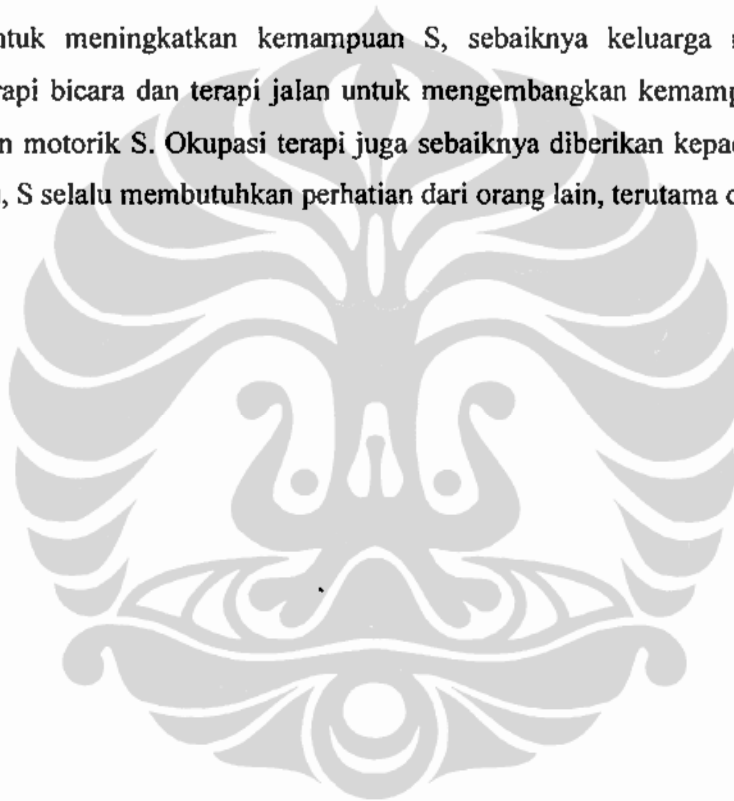
diinginkan. Pada beberapa kasus yang menggunakan *continuous reinforcement*, perilaku yang muncul akan berkurang secara cepat apabila *reinforcer* dihilangkan.

Walaupun intervensi ini sudah berhasil dan selesai dilakukan, sebaiknya keluarga meneruskan program ini guna meningkatkan kemampuan S dalam menggunakan sedotan. S memang sudah bisa minum dengan menggunakan sedotan dan frekuensi menyedotnya juga sudah banyak, namun S masih kesulitan untuk menelan semua minuman yang ia sedot. S memerlukan banyak latihan agar ia mampu menyedot minuman dengan baik tanpa tumpah. Selain itu, S juga harus dilatih untuk minum susu dengan menggunakan sedotan agar perlahan-lahan ia dapat meninggalkan botol susunya.

5.3. Saran

1. Pemberian *reinforcement* nampaknya sulit bila menggunakan *continuous reinforcement schedule* maupun *intermittent reinforcement schedule*. Untuk penelitian selanjutnya, *reinforcer* dapat diberikan setelah anak selesai minum saja tanpa harus menunggu anak memunculkan sejumlah perilaku menyedot. Hal ini akan lebih mudah mengingat jumlah menyedot yang dimunculkan anak bisa berbeda-beda setiap kali minum.
2. Bila memungkinkan, waktu pelatihan bisa diberikan setiap hari sehingga akan semakin terlihat konsistensi munculnya perilaku.
3. Jenis minuman yang diberikan untuk melatih perilaku menyedot bisa diganti dengan jus buah atau minuman lainnya yang disukai selama minuman tersebut tidak berdampak negatif terhadap pencernaan atau kesehatan anak.
4. Selain nenek dan tante, ibu juga bisa menjadi pelaksana intervensi terutama pada tahap *follow-up* mengingat peran ibu sangat penting untuk perkembangan anak.
5. Program modifikasi perilaku ini juga dapat digunakan untuk melatih kemampuan adaptif lainnya yang berhubungan dengan kegiatan minum, misalnya minum dengan menggunakan gelas tanpa sedotan.

6. Berhubung S sudah dapat minum dengan menggunakan sedotan, ia dapat dilatih untuk minum susu dengan menggunakan sedotan. Apabila ia mau minum susu dengan menggunakan sedotan, diharapkan S secara perlahan meninggalkan botol susunya.
7. Dalam melatih anak yang memiliki gangguan keterbelakangan mental berat, pelaksana intervensi dan anggota keluarga klien harus bersabar ketika anak menunjukkan perilaku agresif selama intervensi diberikan. Prosedur program juga bisa saja berubah tergantung keadaan dan kondisi anak.
8. Untuk meningkatkan kemampuan S, sebaiknya keluarga melanjutkan terapi bicara dan terapi jalan untuk mengembangkan kemampuan bahasa dan motorik S. Okupasi terapi juga sebaiknya diberikan kepada S. Selain itu, S selalu membutuhkan perhatian dari orang lain, terutama dari ibu.



DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2000). *Dignostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV – TR*. Washington DC: American Psychiatric Association
- Anderson, J. H. (2008). *Why Are Straw Cup a Better Choice Than a Sippy Cup*. Retrieved: September, 22nd 2008 from www.ezinearticle.com
- Bahr, Diane. (2008). *A Topical Bibliography on Oral Motor Assessment and Treatment : To Help Address the Current Controversy Regarding Oral Motor*. Oral Motor Institute Volume No. 2, Monograph No.1. 16 Januari 2008.
- Bonuck, K. A.,and Richard Kahn (2003), *Children Who Are Bottle Fed For a Prolonged Period of Time May be at Higher Than Normal Risk of Developing*. Montefiore Medical Center/Albert Einstein College of Medicine
- Brotanek, J. M., Halterman, J.S., Auinger, P., Flores, G., Weitzman, M. (2005). *Iron deficiency, prolonged bottle feeding, and racial/ethnic disparities in young children*, *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 159, 1038-1042
- Johnson, S.R. & Manning, D. F. (2008). *Straw – Using Simple Tools in Oral Motor Therapy*. Retrieved: May, 31st 2009 from www.speech-language-pathology-audiology.advanceweb.com
- Martin, G. & Pear, J. (2003). *Behavior Modification: What It Is and How To Do It*. 7th ed. New Jersey: Pearson Education International

- Mash & Wolfe. (2005). *Abnormal Child Psychology*. 3rd ed. USA : Thomson Wadsworth.
- Miltenberger, R.G. (2004). *Behavior Modification : Principles and Procedures*. 3rd ed. USA : Thomson Learning, Inc.
- Morris, R. J. (1985). *Behavior modification with exceptional children: Principles and Practices*. London: Scott, Foresman and Co
- Nardella M, et al. (2002). *Nutrition Interventions for Children with Special Health Care Needs*. Washington State Department of Health.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *Human Development*. 8th ed. New York: McGraw-Hill
- Richmond, M.L (2006). *Oral Motor Developmental Milestone*. Retrieved: May, 25th 2009 from www.superduperpublication.com
- Sattler, J.M (2002). *Assessment of Children : Behavioral and Clinical Application* 4th ed. San Diego: Jerome M. Sattler, Publisher, Inc.
- Schmitt, B.D. (2008). *Baby Bottle Tooth Decay : Prevention*. Retrieved: June, 2nd 2009 from http://www.med.umich.edu/1libr/pa/pa_bottleto_hhg.htm
- Smith, M.B., Ittenbach, R.F.& Patton,J.R. (2002). *Mental Retardation*. New Jersey: Merrill Prentice Hall.
- Wenar & Kerig (2006). *Developmental Psychology From Infancy through Adolescence*. New York : McGraw-Hill International Edition

LAMPIRAN 1**Pedoman Wawancara dan Observasi Tahap *Screening*****A. Wawancara**

1. Apa saja hal kecil yang mampu dilakukan oleh S dalam area bantu diri?
2. Apa saja yang diinginkan dari keluarga sehubungan dengan kemampuan bantu diri S ?
3. Apakah S sudah mampu memegang makanan atau minumannya sendiri?
4. Bagaimana kemampuan S dalam aktivitas minum?
5. Apakah ia selalu minum dengan menggunakan botol susu?
6. Pernahkah keluarga memberikan kesempatan kepada S untuk menggunakan media lain untuk minum, seperti sedotan atau gelas ?
7. Apa alasan keluarga untuk tidak menghentikan penggunaan botol susu pada S padahal sekarang S sudah berusia 3 tahun?
8. Apabila S dilatih untuk minum dengan menggunakan sedotan, pada waktu apa sebaiknya dilatih?
9. Kapan jadwal makan S (Jam berapa)?
10. Berapa lama durasi S bila makan?
11. Minuman apa yang biasa diminum S pada jam makan?
12. Berapa jumlah cairan yang dikonsumsi S dalam satu hari?
13. Berapa jumlah minuman yang dikonsumsi S selama jam makan?
14. Apa yang kira-kira mempengaruhi jumlah minuman yang ia minum?
15. Hari apa saja sebaiknya program dijalankan untuk S?
16. Apa kira-kira *reinforcer* (hadiah) yang bisa diberikan kepada S untuk melatih kemampuannya dalam minum?
17. Apakah S menyukai mainan tertentu?
18. Apakah S menyukai makanan tertentu?
19. Apakah S menyukai minuman tertentu?
20. Apakah S menyukai aktivitas tertentu?

B. Observasi

No.	Observasi Anak	Hasil
1	Apa yang bisa S lakukan dalam area bantu diri?	
2.	Apakah S bisa memegang makanan sendiri?	
3.	Apakah S bisa mengunyah makanan padat?	
4.	Apakah S sulit untuk menelan makanannya?	
5	Apakah S bisa menyuap makanan sendiri?	
6	Apakah S bisa minum tanpa bantuan orang lain?	
7	Apakah S bisa memegang botol susunya sendiri?	
8	Apakah S bisa minum dengan menggunakan sedotan?	
9	Apakah S bisa minum dengan menggunakan gelas terbuka?	
10.	Apakah S bisa memegang gelas tanpa bantuan?	
11.	Dalam minum dengan menggunakan sedotan, apakah S sulit untuk menyedot minuman?	
12.	Dalam minum dengan sedotan, apakah S kesulitan dalam menelan minuman?	
13.	Apakah S bisa minum tanpa berantakan/ tidak membasahi baju?	
14	Apa saja yang disukai oleh S (yang bisa dijadikan <i>reinforcer</i>)?	

LAMPIRAN 2

Hasil Wawancara dan Observasi Tahap *Screening*

A. Hasil Wawancara

Wawancara dilakukan kepada beberapa anggota keluarga (nenek, ibu dan tante) secara bersamaan untuk mendapatkan informasi yang lengkap. Berikut adalah hasil wawancara:

Dalam area bantu diri, S masih sepenuhnya dibantu oleh orang lain. Yang paling sering mengurus S adalah nenek karena ibu bekerja setiap hari. S juga belum dapat mengungkapkan keinginannya untuk mandi, berpakaian, makan, minum maupun buang air, sehingga apa yang ia lakukan sudah merupakan rutinitas saja. Keluarga sebenarnya berharap agar S bisa berjalan dan berbicara. Namun hal itu nampaknya tidak mungkin karena untuk hal-hal yang kecil saja S masih sulit. Keluarga tidak banyak berharap karena memahami keterbatasan yang dimiliki oleh S.

Dalam kegiatan makan dan minum, S masih sepenuhnya dibantu nenek. Nenek harus selalu menyuapi S dan memberikan minuman dalam botol susu apabila S haus. Ketika makan, S sudah bisa membuka mulutnya dan bisa mengunyah makanan hingga kemudian ditelannya. S juga tidak kesulitan dalam mengunyah makanan yang padat atau bertekstur keras. Namun S belum dapat memegang makanannya sendiri. Apabila S sedang rewel, ia sering menyemburkan makanannya keluar sehingga nenek harus bersabar dalam menyuapinya.

Dalam aktivitas minum, S masih minum dengan menggunakan botol susu. Apabila S ingin minum air putih, keluarga selalu menaruh air putih ke dalam botol susu. Begitu juga untuk jenis minuman lainnya, selalu ditaruh ke dalam botol susu sebelum diberikan kepada S. S masih belum dapat lepas dari penggunaan botol susu karena menurut keluarga, minum dengan menggunakan botol susu membuat S merasa nyaman. Selain itu, penggunaan botol susu dianggap lebih aman karena S sering minum sambil berbaring dan botol susu tidak membuat berantakan. Keluarga pernah mencoba memberikan minuman dengan menggunakan sedotan dan gelas kepada S, namun baju S seringkali terkena tumpahan air. S pernah

sesekali minum dengan menggunakan sedotan namun jarang dilatih oleh keluarga karena S sering menumpahi bajunya dengan air yang ia minum.

Keluarga sangat senang apabila pelaksana intervensi membuat suatu program untuk melatih S. Apabila akan melatih kemampuan S dalam minum dengan menggunakan sedotan, keluarga menyarankan agar dilakukan pada jam makan karena pada saat itu S pasti haus dan cenderung ingin minum. Jadwal makan pagi S adalah sekitar pukul 08.00 atau jam 09.00 pagi, namun itu juga tergantung pukul berapa S bangun. Keluarga menyarankan pelaksana intervensi datang pada pagi atau siang hari saja apabila ingin membuat program untuk S. Keluarga tidak ingin intervensi berjalan terlalu sore dan takut merepotkan untuk pelaksana intervensi. Dalam makan, biasanya S menghabiskan waktu sekitar 30 menit, namun terkadang bisa lebih cepat atau bisa lebih lama. Ketika makan, nenek selalu memberikan minuman yang berupa air putih karena apabila diberikan jenis minuman yang lain, dikhawatirkan S akan semakin haus. Dalam sehari S mengkonsumsi minuman sekitar 1500 ml. Minuman yang banyak dikonsumsi oleh S adalah susu. Ia bisa menghabiskan 4 botol yang berisi 200 ml susu dalam sehari. Selain itu, S juga mengkonsumsi air putih, namun tidak sebanyak susu. Dalam satu kali makan, air putih yang diminum oleh S tidak selalu sama. Terkadang S hanya mau minum sedikit, namun terkadang ia bisa minum hingga satu botol kecil (60 ml). Mengenai apa yang bisa mempengaruhi S minum, keluarga tidak tahu. Menurut keluarga, perilaku S terkadang sulit ditebak. Terkadang ia bisa minum sedikit, terkadang banyak, tergantung *mood* S.

Untuk membuat program bagi S, keluarga mempersilahkan pelaksana intervensi untuk datang kapan saja. Keluarga tidak merasa keberatan dan menerima kehadiran pelaksana intervensi, sejauh kondisi S memang memungkinkan untuk menjalankan program. Mengenai *reinforcer* yang mungkin diberikan kepada S, keluarga awalnya merasa bingung. "*mmm apa yaa, susah juga sih, S ngga terlalu suka apa-apa*", ucap ibu dan nenek. Menurut tante, S tidak menyukai mainan. Walaupun ia sering dibelikan mainan, tapi ia tidak tertarik dengan mainan tersebut. S menyukai kegiatan bermain ayunan kain dan naik mobil. Keluarga juga mengatakan bahwa S senang digendong dan diajak

jalan-jalan ke pasar swalayan dekat rumah. S juga suka dengan makanan yang manis, seperti roti atau biskuit. Namun untuk permen dan coklat, keluarga tidak berani memberikannya kepada S. Untuk minuman, S tidak memiliki kesukaan terhadap minuman tertentu. Selain itu, S juga mulai menunjukkan rasa senang apabila ada orang yang memuji atau memperhatikannya.

B. Hasil Observasi

No.	Observasi Anak	Hasil
1	Apa yang bisa S lakukan dalam area bantu diri?	Sepenuhnya dibantu oleh keluarga
2.	Apakah S bisa memegang makanan sendiri?	Terkadang, namun jarang sekali. Ia cenderung menjatuhkan apa yang ia pegang
3.	Apakah S bisa mengunyah makanan padat?	Bisa
4.	Apakah S sulit untuk menelan makanannya?	Tidak
5	Apakah S bisa menyuap makanan sendiri?	Tidak, masih dibantu nenek
6	Apakah S bisa minum tanpa bantuan orang lain?	Tidak, nenek harus selalu menyiapkan dan membantu S dalam minum
7	Apakah S bisa memegang botol susunya sendiri?	Terkadang bisa, namun tidak untuk waktu yang lama.
8	Apakah S bisa minum dengan menggunakan sedotan?	Terkadang bisa
9	Apakah S bisa minum dengan menggunakan gelas terbuka?	Masih sulit, karena selalu tumpah
10.	Apakah S bisa memegang gelas tanpa bantuan?	Tidak bisa, harus dipegangi oleh orang lain
11.	Dalam minum dengan menggunakan sedotan, apakah S sulit untuk menyedot minuman?	Terkadang sulit, tergantung sedotan. S lebih mudah menggunakan sedotan kecil
12.	Dalam minum dengan sedotan, apakah S kesulitan dalam menelan minuman?	S tidak selalu menelan semua cairan yang ia sedot, terkadang setengahnya ia semburkan kembali keluar.
13.	Apakah S bisa minum tanpa berantakan/ tidak membasahi baju?	Belum bisa
14.	Apakah S harus menggunakan sedotan tertentu?	S lebih mudah menggunakan sedotan yang kecil seperti sedotan gelas <i>aqua</i>
15.	Apa saja yang disukai oleh S (yang bisa dijadikan <i>reinforcer</i>)?	S tidak suka mainan, ia suka sesuatu yang bisa membuatnya bergoyang

		(seperti naik ayunan kain, naik mobil, digendong, berjalan-jalan ke warung terdekat). S juga terlihat suka mendapatkan perhatian dari orang lain (seperti senyuman, sentuhan di pipi, sentuhan di tangan, belaian di rambut, tepuk tangan, dan pujian)
--	--	---



LAMPIRAN 3

Observasi Tambahan Tahap *Baseline*

Apa saja yang kira-kira dapat mempengaruhi frekuensi menyedot ?

Dari observasi pada saat *baseline*, pelaksana intervensi mendapatkan tambahan informasi mengenai apa saja yang kira-kira perlu dikontrol pada saat pelaksanaan intervensi, yaitu:

a. Menu Makanan

Setiap makan, nenek menyiapkan menu yang berbeda-beda. Terkadang nenek menyiapkan nasi dengan telur dadar yang diberi kecap, di lain waktu nenek menyiapkan nasi dengan daging ikan atau daging ayam, sedangkan di waktu lain, nenek memberikan nasi dengan sayur sup atau nasi dengan semur. Menu makanan ini ada yang berkuah, ada yang tidak. Misalnya untuk nasi dengan sayur sup atau nasi dengan soto, tentunya berkuah. Makanan yang berkuah banyak dikhawatirkan mengurangi keinginan S untuk minum sehingga pada saat intervensi nantinya diharapkan menu makanan yang disajikan oleh nenek sebaiknya tidak terlalu berkuah. Nenek boleh memberikan nasi dengan sayur sup atau soto, namun ketika menyuapi S diharapkan tidak memberikan banyak kuah. Hal ini ditujukan untuk mengontrol adanya pengaruh menu makanan terhadap perilaku minum pada S.

b. Minuman yang Dikonsumsi Sebelum Intervensi Dimulai

Pada saat bangun tidur, S memiliki kebiasaan untuk minum susu. Sebelum ia beranjak dari tempat tidurnya, ia selalu diberikan susu dengan menggunakan botol oleh nenek. Setelah itu, S mandi dan bersiap-siap untuk makan. Jarak antara minum susu ke jadwal makan sekitar 1 hingga 2 jam. Jumlah susu yang dikonsumsi S rata-rata sebanyak 60 hingga 80 ml. Untuk intervensi nantinya, sebaiknya dikontrol jumlah minuman yang dikonsumsi oleh S sehingga tidak mempengaruhi keinginan S untuk minum pada sesi intervensi.