

LAPORAN AKHIR



PENGARUH PENGGUNAAN MODEL “SARIKSA” TERHADAP KEMANDIRIAN PERSONAL HYGIENE ANAK RETARDASI MENTAL DISEKOLAH PENDIDIKAN LUAR BIASA (SLB)-C ASIH MANUNGGAL KOTA BANDUNG

Tim Peneliti

Dr. Asep Setiawan., SKp., M.Kep

NIP. 197004251993031003

Haris Sofyana., S.Kep.Ners., M.Kep

NIP. 197306211998031003

Kusmiyati, SKp, MKes

NIP. 196704211990032013

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BANDUNG
NOVEMBER 2018**

LAPORAN AKHIR



PENGARUH PENGGUNAAN MODEL “SARIKSA” TERHADAP KEMANDIRIAN PERSONAL HYGIENE ANAK RETARDASI MENTAL DISEKOLAH PENDIDIKAN LUAR BIASA (SPLB)-C ASIH MANUNGGAL KOTA BANDUNG

Tim Peneliti

Dr. Asep Setiawan., SKp., M.Kep

NIP. 197004251993031003

Haris Sofyana., S.Kep.Ners., M.Kep

NIP. 197306211998031003

Kusmiyati, SKp, MKes

NIP. 196704211990032013

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BANDUNG
NOVEMBER 2018**

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke Khadlirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, Allah SWT, karena atas Ridho dan Rahmat-Nya, laporan akhir Penelitian ini dapat selesai tepat pada waktunya. Penulis menyadari bahwa penyusunan laporan ini telah mendapatkan bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, Oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Dr. Ir. H. Osman Syarief., MKM Selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bandung
2. Dr. H. Asep Setiawan., SKP., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Bandung.
3. Dr. Roro Selaku Kepala Unit Penelitain dan Pengabdian Masyarakat (UPPM) Poltekkes Kemenkes RI Bandung beserta segenap staf
4. Tim Pakar dari Pusdiklatnakes PPSDM Kesehatan Kemenkes RI yang telah memberikan saran dan masukan bagi perbaikan penyusunan laporan akhir penelitian ini.
5. Ibu Wiwin Wiartini,S.Pd,M.M.Pd. Selaku Kepala Sekolah SLB Asih Manunggal kota Bandung beserta segenap staf.
6. Ibu Lia Anjasmara., SPd., MPd selaku Kepala Sekolah SLB Yayasan bahagia Kota Tasikmalaya beserta segenap staf
7. Rekan-rekan sejawat staf dan karyawan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Bandung yang telah dengan penuh keihklasan membantu dan mendorong penulis dalam menyelesaikan laporan ini.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu

Penulis menyadari bahwa penyusunan proposal ini masih sangat jauh dari sempurna. Untuk itu kritik, saran dan masukan untuk perbaikan selanjutnya sangat penulis harapkan.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan proposal penelitian ini.

Bandung, Nopember 2018

Peneliti

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
ABSTRAK	ix
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Urgensi Penelitian	8
1.4 Target Hasil Penelitian	8
1.5 Tujuan Penelitian	8
1.6 Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dukungan keluarga	10
2.1.1 Pengertian Dukungan keluarga	10
2.1.2 Jenis-jenis Dukungan Keluarga	11
2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Keefektipan dukungan keluarga	13
2.2 Tingkat Kemandirian Personal Hygiene	13
2.2.1 Pengertian Personal Hygiene	13
2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi Kemandirian anak	14
2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Personal Hygiene	14
2.2.4 Bagian-bagian personal hygiene	16
2.3 Konsep Self care defisit	2
2.3.1 Perawatan Diri Sendiri (Self Care)	2
2.3.2 Self Care Agency	23
2.3.3 Self Care Demand	23
2.3.4 Self Care Defisit	24
2.4 Konsep Parent Child interactional Model	24
2.4.1 Dasar Teori	25
2.4.2 Konsep dan Definisi Utama	25
2.4.3 Fokus Teori	26
2.5 Kerangka konsep Penelitian	29
	31

BAB III	METODOLOGI PENELITIAN	
	3.1 Desain Penelitian	33
	3.2 Kerangka Kerja penelitian	35
	3.3 Variabel dan definisi Operasional penelitian	36
	3.4 Hypotesis Penelitian	38
	3.5 Tempat dan Waktu penelitian	38
	3.6 Populasi dan Sampel	38
	3.7 Cara pengumpulan Data	39
	3.8 Cara Pengolahan data	45
	3.9 Cara Analisis Data	46
BAB IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
	4.1 Hasil tahap eksplorasi	48
	4.1.1 Profil SLB-C Asih Manunggal	48
	4.1.2 Profil SLB-C Yayasan bahagia	53
	4.1.3 Data kualitatif hasil interview dan FGD	55
	4.1.4 Deskripsi model	60
	4.1.5 Komponen Model	63
	4.2 Hasil Validasi Model	69
	4.2.1 Hasil Validasi Tahap Pelatihan	69
	4.2.2 Hasil validasi model tahap penerapan model	74
	4.3 Pembahasan	80
	4.3.1 Tahap Eksplorasi	80
	4.3.2 Tahap Penyusunan Model dan Pelatihan	85
	4.3.3 Tahap Pengujian Model	
BAB V	KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	
	5.1 Kesimpulan	94
	5.2 Rekomendasi	94

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

		Hal
Tabel 3.1	: Definisi Operasional	36
Tabel 4.1	: Keadaan Peserta didik sampai dengan tahun 2017 Di SLB Asih Manunggal Kota Bandung	52
Tabel 4.2	: Keadaan guru dan karyawan SLB C Asih Manunggal Kota Bandung Sampai dengan Tahun 2017	53
Tabel 4.3	: Distribusi Frekwensi responden pada tahap eksplorasi	56
Tabel 4.4	: Analisis Tematik Hasil FGD	57
Tabel, 4.5	: Karakteristik Responden (orangtua) anak penyandang disabilitas Dengan retardasi mental di SLB C Asih Manunggal Berdasarkan usia, pendidikan dan pekerjaan	69
Tabel 4.6	: Karakteristik Responden anak penyandang disabilitas Dengan retardasi mental di SLB C Asih Manunggal berdasarkan pendidikan dan jenis kelamin	70
Tabel 4.7	Distribusi Rekwensi Penyandang Disabilitas Retardasi Mental Berdasarkan Tingkat Retardasi Mental Dan Jenjang Pendidikan Anak di SLB C Asih Manunggal	71
Tabel 4.8	Distribusi Rekwensi Penyandang Disabilitas Retardasi Mental Berdasarkan Tingkat Retardasi Mental Dan Jenjang Pendidikan Ibu di SLB C Asih Manunggal	72
Tabel 4.9	Pengaruh pelatihan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap orang tua dalam memberikan dukungan pada anak disabilitas dengan Retardasi mental di SLB Asih manunggal kota Bandung	72
Tabel 4.10	Perbedaan rata-rata pengetahuan dan sikap orang tua tentang dukungan keluarga pada anak disabilitas dengan Retardasi mental berdasarkan jenjang pendidikan anak di SLB Asih manunggal kota Bandung	73
Tabel 4.11	Perbedaan rata-rata pengetahuan dan sikap orang tua tentang dukungan keluarga pada anak disabilitas dengan Retardasi mental berdasarkan jenjang pendidikan Orang Tua (Ibu) di SLB Asih Manunggal kota Bandung	74
Tabel 4.12	Dukungan keluarga dalam mencapai kemandirian personal hygiene anak Berdasarkan jenis dukungan yang diberikan sebelum penerapan model	75

Tabel 4.13	Dukungan keluarga dalam mencapai kemandirian personal hygiene anak Berdasarkan jenis dukungan yang diberikan setelah penerapan model	75
Tabel 4.14	Perbedaan skor rata-rata dukungan keluarga sebelum dan setelah implementasi SARIKSA	76
Tabel 4.15	Perbedaan skor rata-rata dukungan keluarga sebelum dan setelah implementasi SARIKSA berdasarkan latar belakang pendidikan ibu	77
Tabel 4.16	Hasil pengukuran kemandirian personal hygiene anak berkebutuhan khusus dengan retardasi mental oleh orang tua sebelum penerapan model SARIKSA	78
Tabel 4.17	: Hasil pengukuran kemandirian personal hygiene anak berkebutuhan khusus dengan retardasi mental oleh Orang tua Setelah penerapan model	78
Tabel 4.18	Hasil pengukuran nilai kemandirian personal hygiene anak berkebutuhan khusus dengan retardasi mental Sebelum dan setelah penerapan model (orang tua) berdasarkan tingkat retardasi mental	79
Tabel 4.19	Hasil pengukuran nilai kemandirian personal hygiene anak berkebutuhan khusus dengan retardasi mental Sebelum dan setelah penerapan model (orang tua) berdasarkan tingkat Pendidikan di tempuh	79

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1 : Konsep Teori Self Care Deficit	25
Gambar 2.2 : Model Barnard	26
Gambar 2.3 : Model interaksi Pengkajian Kesehatan Menurut Barnad	30
Gambar 3.1 : Skema Desain Penelitian	34
Gambar 3.2 : Skema kerangka Kerja Penelitian	35
Gambar 3.3 : Skema Alur Pengumpulan data dan Tahapan Penelitian	45
Gambar 4.1 : Gambaran skema model : Deskripsi model	63
Gambar 4.2 : Model Sariksa	86

**JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN
KESEHATAN BANDUNG**

**PENGARUH PENGGUNAAN MODEL “SARIKSA” TERHADAP
KEMANDIRIAN PERSONAL HYGIENE ANAK RETARDASI
MENTAL DI SEKOLAH PENDIDIKAN LUAR BIASA
(SPLB)-C ASIH MANUNGGAL KOTA BANDUNG**

*Asep Setiawan
Haris Sofyana
Kusmiyati*

Abstrak

Penelitian ini dilatarbelakangi oleh populasi anak Retardasi Mental (RM) yang menempati angka paling besar dibanding jumlah anak dengan disabilitas/keterbatasan lainnya. Jumlah tuna grahita atau Retardasi Mental (RM) di Indonesia saat ini diperkirakan sekitar 6,6 juta jiwa (Ahsan, 2011), dari jumlah tersebut hanya 1-1,5% yang terdata. Hal ini menjadi masalah serius dan membutuhkan keterlibatan semua pihak, terutama di negara berkembang termasuk Indonesia. Di Jawa Barat terdapat 45 SLB yang melaksanakan pendidikan bagi anak disabilitas. Salah satunya SLB Asih Manunggal di Kota Bandung dan SLB Yayasan Bahagia di Kota Tasikmalaya. Kedua yayasan ini secara terus menerus dan berkelanjutan melaksanakan pendidikan khusus bagi anak-anak special yang mengalami Tunagrahita Retardasi Mental. Tujuan Penelitian ini adalah untuk Mengetahui efektifitas penggunaan model dukungan keluarga terhadap kemandirian *personal hygiene* anak retardasi mental di Sekolah Luar Biasa (SLB) SLB-C . Desain penelitian yang digunakan adalah *Mix Methode* melalui tiga tahapan dengan desain penelitian yang berbeda yaitu penelitian kualitatif pada tahap explorasi dan kuantitatif pada tahap pembuatan dan pengujian model. Jumlah sampel sebanyak 34 sampel anak dan orang tua yang mengalami keterbatasan dengan retradasi mental. Hasil penelitian menunjukkan Hasilnya menunjukkan bahwa terdapat tiga topic utama yang menjadi kendala dalam membrikan dukungan keluarga ekepada anak-anak penyandang disabilitas dengan retardasi Mental. Selain itu hasil penelitian menunjukkan adanya efektifitas model sariksa dalam meningkatkan dukungan keluarga untuk mencapai kemandirian personal hygiene anak dengan keterbatasan retardasi mental. Model SARIKSA merupakan model yang digunakan oleh orang tua untuk memandirikan anak dalam memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya sendiri. Model ini merupakan sintesis dari model *parent-child interactional model* dengan *self-care model*. Model sariksa ditujukan bagi peningkatan *self-care agency* anak untuk menjawab tuntutan *self care demand*. Rekomendasi Model sariksa dapat digunakan sebagai panduan memandirikan anak dalam memelihara dan memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya secara mandiri

Kata kunci : Modul, Dukungan keluarga, Personal Hygine

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang Masalah

Anak adalah individu yang unik dan memiliki karakteristik sesuai tahapan usianya. *World Health Organization/WHO* (2015) mengklasifikasikan anak pada rentang usia 0 – 18 tahun. Anak merupakan populasi penduduk yang memiliki kerentanan mengalami masalah kesehatan termasuk anak yang berkebutuhan khusus. Jumlah anak berkebutuhan khusus diestimasi sekitar 7-10 % dari total jumlah anak usia 0-18 tahun atau sebesar 6.230.000 juta anak pada tahun 2007 (Pusat Data dan Informasi, Kemenkes RI, 2010). Riskesdas (2013) menyebutkan jumlah penduduk Indonesia yang mengalami disabilitas sebesar 8,35% dari total populasi.

Populasi anak Retardasi Mental (RM) menempati angka paling besar dibanding jumlah anak dengan disabilitas/keterbatasan lainnya. Jumlah tuna grahita atau Retardasi Mental (RM) di Indonesia saat ini diperkirakan sekitar 6,6 juta jiwa (Ahsan, 2011), dari jumlah tersebut hanya 1-1,5% yang terdata. Hal ini menjadi masalah serius dan membutuhkan keterlibatan semua pihak, terutama di negara berkembang termasuk Indonesia (Kusumaningrum, 2014). Sebagian besar dari jumlah anak retardasi mental tersebut berada di masyarakat yakni sebanyak 85,6%, dan hanya sebagian kecil (14,4%) yang berada di institusi baik sekolah, panti, maupun Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak (LKSA). Di Indonesia terdapat 2.456 Sekolah Luar Biasa (SLB) dengan jumlah siswa yang terdaftar sebanyak 89.223 orang, dan jumlah tersebut tersebar baik di SLB Negeri maupun SLB Swasta (Kementerian Pendidikan Nasional, 2013).

Tujuan pendidikan luar biasa tercantum dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 1991 tentang pendidikan luar biasa. Pendidikan ini bertujuan membantu peserta didik yang menyandang kelainan fisik dan/atau mental agar mampu mengembangkan sikap, pengetahuan dan keterampilan

sebagai pribadi maupun anggota masyarakat dalam mengadakan hubungan timbal balik dengan lingkungan sosial, budaya dan alam sekitar serta dapat mengembangkan kemampuan dalam dunia kerja atau mengikuti pendidikan lanjutan. Kurikulum SLB-C yang diperuntukkan bagi anak tuna grahita yaitu melakukan kegiatan pembelajaran bina diri meliputi: merawat diri seperti makan, minum, menjaga kebersihan badan, buang air; mengurus diri seperti berpakaian dan berhias diri; okupasi yaitu melakukan kegiatan sehari-hari seperti mencuci dan menyeterika baju, menyemir sepatu, membuat minuman, memasang spre, dan membersihkan lantai (Peraturan Menteri Pendidikan Nasional No 33 Tahun 2008).

Undang-Undang Republik Indonesia No.4 tahun 1997, tentang penyandang cacat, menyatakan bahwa penyandang cacat mempunyai hak dan kesempatan yang sama dalam berbagai aspek kehidupan dan penghidupan. Hak tersebut diperjelas dalam Undang – Undang No. 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak, yang menegaskan bahwa semua anak termasuk anak penyandang cacat mempunyai hak untuk kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang, perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi serta hak untuk didengar pendapatnya. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak memberikan perhatian yang cukup besar terhadap beberapa aspek terkait perlindungan anak dari berbagai bentuk keterbatasan, yang menurut Pasal 13 ayat (1) meliputi: diskriminasi; eksploitasi, baik ekonomi maupun seksual; penelantaran; kekejaman; kekerasan dan penganiayaan; ketidakadilan; dan perlakuan salah lainnya.

Upaya pemerintah dalam memberikan perhatian terhadap anak dengan keterbatasan dan berkebutuhan khusus telah dilakukan melalui berbagai program. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan anak yang memerlukan kebutuhan khusus harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial, ekonomis dan bermartabat. Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi penyandang cacat untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis. Oleh karena itu pelayanan kesehatan terhadap anak yang memiliki keterbatasan atau memerlukan perhatian

khusus harus dilaksanakan sama dan setara seperti yang diberikan pada anak-anak lainnya. Guna menjamin terselenggaranya pelayanan yang baik dan optimal kepada anak-anak yang mengalami keterbatasan (disabilitas) dan memerlukan perhatian tersebut, perlu dipersiapkan Sumber Daya Manusia (SDM) yang kompeten dan berkualitas.

Program kesehatan bagi penyandang disabilitas diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat anak-anak dalam lingkungan hidup yang menjamin pertumbuhan dan perkembangan optimal, sehingga anak dapat belajar, tumbuh, dan berkembang secara harmonis dan setinggi-tingginya menjadi sumber daya manusia yang berkualitas, yang diperoleh melalui lingkungan rumah dan keluarga yang kondusif. Pengaruh faktor lingkungan salah satu di antaranya adalah melalui pendidikan. Menurut Hidayat (2010) Pendidikan bukan saja penting bagi upaya melahirkan individu dan masyarakat yang terdidik, melainkan juga untuk membangun generasi bangsa yang mandiri, yang siap menghadapi tantangan masa depan. Generasi penerus bangsa termasuk anak retardasi mental merupakan anak yang mempunyai kebutuhan khusus memiliki hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan pendidikan yang sama dengan anak lainnya. Dalam hal ini, orang tua mempunyai peranan yang sangat penting dalam meningkatkan pemahaman dan mengubah sikap & perilaku untuk mengenali sejak dini tanda dan gejala anak yang mengalami perubahan baik fisik maupun psikologisnya. Penanganan anak-anak retardasi mental yang mengalami kesulitan belajar, orang tua atau guru tidak bisa bekerja sendiri, tetapi harus terintegrasi bekerjasama secara baik dan terstruktur. Mengingat keterbatasan pada setiap anak maka perlu pelayanan yang terintegrasi dan kerjasama interdisiplin sehingga keluarga dapat merawat anaknya dan anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

Jawa Barat masuk ke dalam tiga provinsi dengan proporsi terbanyak anak penderita disabilitasnya. Disabilitas yang menduduki jumlah populasi tertinggi adalah tuna grahita atau retardasi mental, yakni sebanyak 2.109 orang (Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan, 2013). Anak retardasi mental memerlukan pendidikan khusus, pendidikan tersebut disesuaikan dengan taraf kecerdasannya, mereka digolongkan ke dalam anak mampu didik untuk golongan

retardasi mental ringan dan anak mampu latih untuk retardasi mental sedang. Sekolah khusus untuk anak retardasi mental ini adalah SLB-C. Di Kota Bandung sendiri terdapat 22 SLB tipe C maupun SLB campuran yang menampung anak retardasi mental. (Dinas Pendidikan Jawa Barat, 2013).

Menurut Doherty dan Champbell (1998) dalam Newton (2006) bahwa keluarga mempunyai pengaruh utama dalam kesehatan fisik dan mental setiap anggota keluarganya. Jadi Keluarga adalah sekelompok orang yang hidup bersama atau berhubungan erat yang saling memberikan perhatian dan memberikan bimbingan untuk anggota keluarga mereka. (Wong, dkk 2009). Setiap keluarga menginginkan semua anggota keluarganya dapat tumbuh dan berkembang secara normal terutama anak. Namun kadang kala tidak bisa didapat oleh keluarga yang memiliki anak yang lahir dengan retardasi mental. Banyak masyarakat merasa memiliki anak cacat/ retardasi mental merupakan aib keluarga, hal ini karena ketidaktahuan keluarga dengan masalah anak retardasi mental dan kurangnya informasi yang didapat, oleh karena itu dukungan keluarga sangatlah dibutuhkan, terutama untuk anak yang mengalami disabilitas.

Hasil penelitian Sidik (2012) bahwa dukungan keluarga pada kategori baik 94,1%, untuk kategori cukup sebanyak 0,0%, dan untuk kategori buruk sebanyak 5,9%. Penelitian Arfandi (2014) menjelaskan bahwa responden memberi dukungan yang bervariasi. Sebagian besar dukungan dalam kategori cukup sejumlah 30 orang (58,8%), 18 orang (35,3) kategori baik, dan 3 orang (5,9%) dalam kategori buruk. Hasil ini sama dengan hasil penelitian habibah (2016) yang menjelaskan bahwa responden memberikan dukungan yang baik terhadap anak yang mengalami retardasi mental 86,5%.

Anak retardasi mental yang bersekolah dan mendapat berbagai program pengajaran di SLB-C, berarti mereka diajarkan untuk mampu melakukan aktivitas atau memenuhi perawatan dirinya secara mandiri. Berbagai aktivitas sehari-hari seperti: kemampuan makan, mandi, eliminasi, kebersihan diri dan berpakaian merupakan kegiatan yang sudah seharusnya mampu dilakukan. Hal tersebut tidak terlepas dari berbagai faktor baik internal maupun eksternal.

Intelegensi menjadi salah satu faktor internal yang mempengaruhi, taraf intelegensi yang kurang atau dibawah rata-rata menjadikan anak retardasi mental memiliki defisit dalam fungsi adaptif, permasalahan yang sering dijumpai pada anak retardasi mental yaitu kesulitan dalam kehidupan sehari-hari seperti dalam melakukan kegiatan bina diri diantaranya adalah mampu merawat diri, mampu mengurus diri, mampu menolong diri, mampu berkomunikasi dengan orang lain dan mampu beradaptasi dengan lingkungan (Tresiani dkk, 2013). Maka dalam melaksanakan aktivitas dan memenuhi kebutuhan sehari-harinya termasuk dalam memenuhi kebutuhan personal hygienenya, anak retardasi mental pasti mengalami banyak atau sedikit kesulitan, sehingga memerlukan panduan model dan model yang menjadi pedoman bagi keluarga, praktisi pendidikan dan praktisi kesehatan dalam upaya memandirikan anak penyandang retardasi mental.

Di Jawa Barat terdapat 45 SLB yang melaksanakan pendidikan bagi anak disabilitas. Salah satunya SLB Asih Manunggal di Kota Bandung dan SLB Yayasan Bahagia di Kota Tasikmalaya. Kedua yayasan ini secara terus menerus dan berkelanjutan melaksanakan pendidikan khusus bagi anak-anak special yang mengalami Tunagrahita Retardasi Mental. SLB C YPLB Asih Manunggal berdiri dengan ijin Operasional dari Kepala Kantor Wilayah Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Propinsi Jawa Barat Nomor:1925/IO2.1/Kep/OT/2000 tanggal 11 Juli 2000 dan secara resmi, sekolah ini mulai beraktifitas pada tanggal 17 Juli 2000 dengan jumlah peserta didik sebanyak 60 orang dan tenaga pendidik sebanyak 12 orang (5 orang PNS dan 7 orang non PNS) yang berlokasi di jalan Singaperbangsa No 103 kelurahan Lebak Gede kecamatan Cobleng. Sampai saat ini sekolah ini melaksanakan kegiatan belajar mengajar pada satuan pendidikan dasar dan menengah serta sheltered workshop untuk menampung peserta didik paska SMA yang diberikan keterampilan kecakapan hidup. Sesuai dengan Visi dan Misinya, maka semua kegiatan belajar mengajar yang dilaksanakan di SLB C YPLB Asih Manunggal bertujuan untuk kemandirian peserta didik, agar mereka mampu beradaptasi dan bersosialisasi dengan lingkungan dimana mereka berada.

SLB Yayasan Bahagia Kota Tasikmalaya didirikan pada tanggal 12 September 1959. SLB Yayasan Bahagia didirikan pada tahun 1959 berawal dari inisiatif bersama para ibu Anggota Pertiwi dengan Akte Notaris No. 11 tanggal 12 September 1959. Gedung SLB Yayasan Bahagia yang sekarang ditempati bangunan di atas tanah Angkatan Darat seluas kurang lebih 999m². SLB Yayasan Bahagia diresmikan dalam rangka kebangkitan Nasional ke 68 dan HUT TRI Dasa Warsa Siliwangi, tanggal 25 Mei 1976 oleh panglima Daerah Militer VI Siliwangi, Bapak Himawan Sutanto Mayor Jendral TNI. Di rehab pada bulan juli 2001 bantuan dari pemerintah melalui Dinas pendidikan provinsi Jawa Barat dan tambahan lokal, 1 lokal pada bulan januari 2004.

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang sering berinteraksi dengan klien anak dan keluarga, merupakan SDM yang berperan dalam memberikan pelayanan keperawatan pada anak dan keluarga dengan retardasi mental. Peranan perawat sebagai pendamping klien dalam memberdayakan (empowering) keluarga dapat diwujudkan melalui upaya pengkondisian lingkungan yang kondusif bagi pertumbuhan dan perkembangan anak dengan retardasi mental Hal ini sesuai dengan pendekatan perawatan anak yang berfokus pada keluarga atau *family center care (FCC)*. Potter & Perry (2005) menjelaskan bahwa perawat sebagai *educator* hendaknya mampu memberikan informasi penting dan mengevaluasi hasil intervensi yang diberikan kepada anak & keluarga yang memiliki permasalahan, termasuk akibat yang ditimbulkan oleh keterbatasan akibat retardasi mental.

Merujuk pada peran dan fungsi perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan pada anak yang berkebutuhan khusus, dalam tinjauan keperawatan dikenal teori *self care deficit of nursing* dan *Parent-child interactional model*. Teori *self care deficit* di kembangkan oleh Dorothea Orem (1914) menggambarkan bahwa individu membutuhkan perawatan diri untuk bisa mandiri. Teori ini memfasilitasi untuk pemenuhan *self-care* sampai mencapai kemandirian. Lebih jauh dalam teori ini dibahas bahwa asuhan keperawatan diperlukan ketika klien tidak mampu memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, perkembangan dan sosial. Pada anak-anak yang sehat akan bisa dikaji bagaimana kemandirianya, dan pada anak yang

sakit bisa dikaji sejauh mana yang bisa dilakukan dan sejauh mana harus dengan bantuan.

Parent child interactional model yang dikembangkan oleh Catherine Barnard (1977) dalam Aligood (2004) merupakan model keperawatan yang berfokus pada evaluasi kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan anak disamping memandang orangtua dan anak sebagai sebuah sistem interaktif. sistem orangtua-anak dipengaruhi oleh karakteristik individu setiap anggota dan karakteristik individu tersebut dimodifikasi untuk memenuhi kebutuhan sistem dan melakukan modifikasi sebagai perilaku adaptif. interaksi antara orangtua dan anak.

Berdasarkan uraian diatas, faktor dukungan keluarga dan taraf intelegensi merupakan unsur yang menentukan dalam menumbuhkan kemandirian anak dengan Retardasi Mental untuk memenuhi kebutuhan personal hygienenya, namun masih banyak yang belum berkembang secara optimal. Hal ini diakibatkan masih kurangnya pemahaman keluarga terhadap upaya perawatan dalam mendukung aktifitas anak dengan retardasi metal, sehingga diperlukan pedoman dalam bentuk model dan model yang dapat memfasilitasi keluarga meningkatkan kemampuan personal hygiene anak dengan retardasi mental tersebut. Bagi perawat yang bekerja dalam tataran pelayanan pemberian asuhan keperawatan pada anak dengan retardasi mental diperlukan model yang melibatkan Keluarga sebagai penuntun dalam meningkatkan kemandirian anak. Model dan model pembelajaran bagi keluarga harus mampu memfasilitasi kebutuhan anak untuk memenuhi kebutuhan personal hygienenya secara mandiri.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan paparan pada latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “Bagaimana pengaruh penggunaan model “Sariksa” terhadap kemandirian personal hygiene anak retardasi mental di Sekolah Pendidikan Luar Biasa (SLB)-C Asih Manunggal Kota Bandung ?”

1.3 Urgensi Penelitian

Penelitian ini penting untuk dilakukan dalam upaya pengembangan kelimuan keperawatan dalam tataran praktik klinik keperawatan bagi anak-anak penyandang disabilitas, khususnya Retardasi Mental. Hasil penelitian model “Sariksa” akan dapat digunakan sebagai standar acuan dan pedoman bagi semua kelompok yang berkepentingan (orang tua, lembaga pendidikan dan perawat) dalam memberikan pelayanan secara optimal pada anak-anak penderita retardasi Mental, sehingga mereka dapat mencapai kualitas sesuai dengan tahapan pertumbuhan dan perkembangannya. Selain itu, hasil penelitian model “Sariksa” ini dapat dijadikan rujukan yang digunakan oleh lembaga-lembaga pendidikan SLB C dalam memandirikan personal hygiene anak-anak retardasi mental di SLB C yang selama ini belum didapatkan

1.4 Target Temuan Penelitian

1. Modul pelatihan model “Sariksa” bagi guru SLB C dan orang tua
2. Modul pelaksanaan model “Sariksa” dalam implementasi pelayanan kemandirian anak penderita retardasi mental di SLB C
3. Model pedoman komunikasi orang tua dan lembaga pendidikan dalam upaya meningkatkan kemandirian anak-anak penderita retardasi mental di SLB C Asih Manunggal Bandung
4. Model “Sariksa” dalam penerapan pelaksanaan Dukungan keluarga untuk melatih kemandirian personal Hygiene anak RM bagi petugas kesehatan/ perawat, orang tua dan Guru SLB C
5. Peningkatan kemandirian personal hygiene anak-anak retardasi mental di SLB C

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan Umum

Mengetahui efektifitas penggunaan model dukungan keluarga terhadap kemandirian *personal hygiene* anak retardasi mental di Sekolah Luar Biasa (SLB) SLB-C

1.5.2 Tujuan Khusus

Mengidentifikasi berbagai kendala dan upaya yang dapat dilakukan dalam memandirikan anak penderita retardasi mental dalam memenuhi kebutuhan personal hygienenya

1. Menyusun model dukungan keluarga yang diberikan pada anak retardasi mental dalam ilmu keperawatan untuk meningkatkan kemandirian anak retardasi mental dalam personal hygienenya
2. Menguji model dukungan keluarga yang diberikan pada anak retardasi mental dalam ilmu keperawatan untuk membantu personal hygiene anak retardasi mental di Sekolah Luar Biasa (SLB) SLB-C

1.6 Manfaat

1.6.1 Bagi Kepentingan Pengembangan Program Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dan pengembangan pelayanan keperawatan anak komprehensif di Sekolah Luar Biasa (SLB), khususnya dalam pelayanan keperawatan di lembaga pendidikan khusus, mandiri, *home care* dan asuhan keperawatan pada keluarga yang memiliki anak retardasi mental .

Model dukungan keluarga dalam *personal hygiene* dapat digunakan sebagai pedoman pemantauan dan pendampingan (advokasi) perawat terhadap keluarga yang memiliki anak retardasi mental di rumah dan Sekolah Luar Biasa (SLB) SLB-C.

1.6.2 Bagi perkembangan ilmu pengetahuan

1. Menjadi bahan informasi ilmiah terhadap pengembangan program dan penelitian yang berhubungan dengan pelayanan keperawatan anak di lembaga pendidikan khusus, komunitas dan keluarga, sehingga dapat dijadikan rujukan dalam pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan.

2. Membuktikan hipotesis bahwa adanya pengaruh model dukungan keluarga terhadap Kemandirian *Personal Hygiene* Anak Retardasi Mental di Sekolah Luar Biasa (SLB) SLB-C .

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dukungan keluarga

2.1.1 Pengertian Dukungan Keluarga

Friedman (1998) dalam Murniasih (2007) menyatakan Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika di perlukan. Dukungan keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan (Setiadi, 2008). Menurut Smet (1994) dalam Christine (2010), Dukungan keluarga didefinisikan sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya.

2.1.2 Jenis jenis dukungan keluarga

Keluarga merupakan bagian dari kelompok sosial. Ada 5 dimensi dari dukungan sosial keluarga yang dikemukakan Friedmann (1998) dalam Astari, (2010) adalah:

2.1.2.1. Dukungan informasional

Mencakup pemberian nasehat, petunjuk saran dan mengajarkan keterampilan yang bisa menyediakan pemecahan. Manfaat dalam dukungan ini adalah adanya informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang

dokter, terapi yang baik bagi dirinya, dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan feed back (Sheiley, 1995). Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

2.1.2.2. Dukungan penghargaan

Ungkapan penghargaan positif untuk orang lain, dorongan maju, persetujuan dengan gagasan atau dengan individu, dan perhatian kepada individu lain.

2.1.2.3. Dukungan instrumental

Bantuan secara langsung seperti ketika anggota keluarga lain memberikan, menolong, membantu menyelesaikan masalah seseorang pada situasi tertentu. Keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit.

2.1.2.4. Dukungan emosional

Mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap individu-individu lain. Dengan begitu individu merasa dicintai dan merasa aman. Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas, dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal dimiliki dan dicintai. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat.

2.1.2.5. Dukungan sosial

Hubungan sosial adalah yang memerlukan bantuan orang lain. Bisa juga menghabiskan waktu dengan orang lain pada waktu luang. Oleh karena itu, individu merupakan bagian dari keluarga, teman sekolah atau kerja, kegiatan agama atau bagian dari kelompok lainnya.

2.1.3 Faktor yang mempengaruhi keefektifan dukungan keluarga

Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga, (Cohen&Syme, 1985 dalam Widyastuti, 2008) adalah :

2.1.3.1. Pemberi dukungan sosial

Dukungan lebih mempunyai makna, apabila berasal dari sumber yang sama. Hal ini akan menjalinkan keakraban dan tingkat kepercayaan penerima dukungan

2.1.3.2. Jenis dukungan

Dukungan yang diberikan itu bermanfaat sesuai dengan kondisi yang terjadi, misalnya dukungan informatif yang diberikan akan lebih bermanfaat diberikan pada orang yang kekurangan pengetahuan.

2.1.3.3. Penerima dukungan

Penerimaan dukungan itu dipengaruhi oleh kemampuan penerima dukungan untuk mencari dan mempertahankan dukungan yang diperoleh.

2.1.3.4. Lamanya pemberian dukungan

Lama atau singkatnya pemberian dukungan tergantung kapasitas dari pemberi dukungan dalam suatu periode tertentu.

2.2. Tingkat Kemadirian Personal hygiene

2.2.1 Pengertian *Personal Hygiene*

Perawatan diri atau kebersihan diri (*personal hygiene*) adalah kegiatan dalam hal perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologis (Hidayat, 2008). *Personal hygiene* berasal dari bahasa Yunani, *personal* artinya perorangan dan *hygiene* artinya sehat. Kebersihan perorangan merupakan suatu tindakan dalam memelihara kebersihan dan kesehatan untuk mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikis (Wartolah, 2006).

Personal hygiene merupakan cara perawatan diri setiap orang untuk memelihara kesehatan mereka. Pemeliharaan *hygiene* perorangan sangat diperlukan untuk memperoleh kenyamanan, meningkatkan kesehatan seseorang, memelihara kebersihan diri seseorang, memperbaiki *personal hygiene* yang kurang, mencegah penyakit, meningkatkan percaya diri seseorang dan mendapat nilai estetika atau keindahan. Tindakan *hygiene* sama halnya dengan meningkatkan kesehatan (Perry & Potter, 2006).

Dari ketiga pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa kebersihan diri (*personal hygiene*) merupakan suatu tindakan dalam hal perawatan diri untuk memperoleh dan mempertahankan derajat kesehatannya, baik dari segi fisik maupun psikologis.

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian anak

Barus (2002) secara spesifik mengungkap faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian anak adalah Jenis Kelamin, Intelegensi, Peranan anggota keluarga lain, Pendidikan, Pendidikan Orang Tua, Sikap Orang Tua, Pola Asuh orang Tua, Urutan posisi anak, Kebiasaan serta usia anak.

2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Personal Hygiene

Menurut Potter dan Perry (2006), sikap seseorang melakukan *personal hygiene* dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain:

2.2.3.1. Citra tubuh (*Body Image*)

Penampilan umum seseorang dapat menggambarkan pentingnya *personal hygiene* pada orang tersebut. Citra tubuh adalah suatu konsep subjektif seseorang mengenai penampilan fisiknya. Citra tubuh dapat berubah, karena operasi, pembedahan atau penyakit fisik, untuk itu perawat harus membuat suatu usaha ekstra untuk meningkatkan *hygiene* dimana citra tubuh mempengaruhi cara mempertahankan *hygiene*. *Body image* seseorang berpengaruh dalam pemenuhan *personal hygiene* karena adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya.

2.2.3.2. **Praktik sosial**

Kelompok-kelompok sosial wadah seorang pasien berhubungan dapat mempengaruhi bagaimana seseorang dalam pelaksanaan praktik *personal hygiene*. Perawat harus menentukan apakah pasien dapat menyediakan bahan-bahan yang penting seperti deodorant, sampo, pasta gigi, dan kosmetik. Perawat juga harus menentukan jika penggunaan dari produk-produk ini merupakan bagian dari kebiasaan sosial yang dipraktekkan oleh kelompok sosial seseorang.

2.2.3.3. **Status sosial ekonomi**

Pendapatan keluarga akan mempengaruhi kemampuan keluarga untuk menyediakan fasilitas dan kebutuhan-kebutuhan yang diperlukan untuk menunjang hidup dan kelangsungan hidup keluarga. Sumber daya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkatan praktik *personal hygiene*. Untuk melakukan *personal hygiene* yang baik dibutuhkan sarana dan prasarana yang memadai, seperti kamar mandi, peralatan mandi, serta perlengkapan mandi yang cukup.

2.2.3.4. **Pengetahuan**

Pengetahuan tentang *personal hygiene* sangat penting, karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Pengetahuan yang didapatkan seseorang tentang pentingnya *hygiene* bagi kesehatan mempengaruhi pelaksanaan *hygiene* pada orang tersebut. Meskipun demikian, pengetahuan sendiri tidaklah cukup, seseorang juga perlu motivasi untuk memelihara *personal hygiene*. Individu dengan pengetahuan tentang pentingnya *personal hygiene* akan selalu menjaga kebersihan dirinya untuk mencegah dari kondisi atau keadaan sakit

2.2.3.5. **Kebudayaan**

Kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi kemampuan perawatan *personal hygiene*. Seseorang dari latar belakang kebudayaan yang berbeda, melaksanakan praktik personal hygiene yang berbeda. Keyakinan yang didasari kultur sering menentukan defenisi tentang kesehatan dan perawatan diri.

2.2.3.6. Kebiasaan dan kondisi fisik seseorang

Setiap orang memiliki keinginan dan pilihan tentang kapan untuk mandi, bercukur, dan melakukan perawatan rambut. Orang yang menderita penyakit tertentu atau yang menjalani operasi seringkali kekurangan energi untuk melakukan *personal hygiene*. Selain itu Mutaqqin (2008) menyebutkan faktor yang menyebabkan seseorang dalam merawat kebersihan dirinya adalah kemampuan IQ nya yang terhambat atau dikatakan kurang dari rata-rata termasuk didalamnya retardasi mental, sehingga mempengaruhi kemampuannya dalam menjaga dan merawat kebersihan dirinya.

2.2.3.7. Peran keluarga

Keluarga secara kuat mempengaruhi perilaku sehat setiap anggotanya begitu juga status kesehatan dari setiap individu mempengaruhi bagaimana fungsi unit keluarga dan kemampuan untuk mencapai tujuan. Pada saat kepuasan keluarga terpenuhi tujuannya melalui fungsi yang adekuat, anggota keluarga tersebut cenderung untuk merasa positif mengenai diri mereka sendiri dan keluarga mereka (Potter & Perry, 2006). Mutaqqin (2008) menyebutkan bahwa keluarga terutama orang tua merupakan tempat belajar yang pertama dan utama bagi anak termasuk belajar melakukan *personal hygiene*. Anak lebih banyak menghabiskan waktunya berada di tengah-tengah keluarga, sehingga pola asuh orang tua mempunyai kontribusi signifikan terhadap *personal hygiene*. Hal tersebut berkaitan dengan fungsi keluarga yaitu dalam pemenuhan kebutuhan dasar anak yang meliputi pemenuhan gizi, perawatan kesehatan dasar, tempat tinggal yang layak, kebersihan diri, lingkungan dan rekreasi. Dalam pemenuhan kebutuhan perawatan kesehatan dan kebersihan diri, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan. Elisabeth (2012) dalam penelitiannya menyatakan bahwa pola asuh orang tua memberikan kontribusi yang signifikan dengan status *personal hygiene* anak retardasi mental. Artinya keluarga memiliki peranan cukup penting dalam pelaksanaan praktik *personal hygiene* seseorang.

2.2.4 Bagian-Bagian Personal Hygiene

Bagian-bagian personal hygiene, menurut Hidayat (2008):

2.2.4.1. Perawatan diri pada rambut

Rambut adalah salah satu bagian dari tubuh yang memiliki fungsi sebagai proteksi serta pengatur suhu, perubahan status kesehatan diri dapat diidentifikasi melalui rambut. Rambut yang bersih tak hanya menghindarkan aroma tak sedap, tetapi juga menghindari gangguan pada kulit kepala seperti ketombe, mudah rontok atau bahkan kutu rambut. Rambut bermanfaat mencegah infeksi daerah kepala. Kebersihan rambut bisa membantu melancarkan sirkulasi darah pada kulit kepala. Rambut yang bersih juga membantu mengurangi stress dan membantu jaringan metabolisme agar tetap tumbuh dan berkembang secara normal. Kutu rambut pun tidak diberi kesempatan untuk hidup. Karena itu, anak perlu diajarkan untuk keramas secara teratur minimal membersihkan rambut dua kali dalam seminggu, atau setelah berolah raga atau banyak mengeluarkan keringat, keramas dengan menggunakan shampoo, agar kebersihan rambut dan kulit kepala terjaga. (Haince, 2012 dalam Endah, 2014). Penyisiran pada rambut juga sangat penting, karena dapat mencegah rambut menjadi kusut dan dapat membentuk gaya rambut. Rambut dan kulit kepala mempunyai kecenderungan kering, maka diperlukan penyisiran sehari-hari agar tidak kusut (Potter & Perry, 2006).

2.2.4.2. Kebersihan diri pada mata

Sebenarnya tidak ada perawatan khusus yang diperlukan untuk mata, karena mata secara terus menerus dibersihkan oleh air mata, dan kelopak mata dan bulu mata mencegah masuknya partikel asing. Seseorang hanya perlu untuk mengeluarkan sekresi kering atau kotoran yang terkumpul pada kantung bagian dalam atau bulu mata. Pembersihan mata biasanya dilakukan selama mandi dan melibatkan pembersihan dengan waslap pembersih yang dilembabkan dalam air (Potter & Perry, 2006).

2.2.4.3. Kebersihan telinga dan hidung.

Hygiene telinga mempunyai penilaian untuk ketajaman pendengaran bila serumen atau benda asing berkumpul pada telinga luar, yang mengganggu konduksi suara. Hidung selain sebagai indera penciuman tetapi juga berfungsi untuk memantau temperatur dan kelembapan udara yang dihirup serta mencegah masuknya partikel asing ke dalam sistem pernafasan. Karakteristik *hygiene* hidung dilihat pada akumulasi sekresi yang mengeras di dalam nares, yang apabila dibiarkan maka dapat merusak sensasi olfaktorik pernafasan. (Potter & Perry, 2006).

2.2.4.4. Kebersihan mulut dan gigi.

Hygiene mulut membantu mempertahankan status kesehatan mulut, gigi, gusi dan bibir. Hygiene mulut yang lengkap memberikan rasa sehat dan selanjutnya menstimulasi nafsu makan (Potter & Perry, 2006).

Gigi dan mulut adalah bagian penting yang harus dipertahankan kebersihannya, sebab melalui organ ini berbagai kuman dapat masuk. Tujuan dari menjaga kebersihan mulut dan gigi adalah agar gigi bersih dan tidak berlubang, mulut tidak berbau, lidah bersih, gusi tidak bengkak, bibir tidak pecah-pecah. Sehingga menyikat gigi bertujuan untuk menghilangkan plak yang dapat menyebabkan gigi berlubang (caries) dan menyebabkan sakit gigi. (Hidayat, 2008). Pentingnya menyikat gigi, karena gigi akan tetap dalam kondisi baik hingga usia dewasa. Menggosok gigi secara benar dan teratur, sedikitnya 4 kali sehari, dianjurkan setiap selesai makan dan sebelum tidur. Menggosok gigi menggunakan sikat gigi sendiri. Sikat gigi harus diganti setiap 3 bulan sekali (Potter & Perry, 2006).

2.2.4.5. Perawatan diri pada kuku kaki dan tangan.

Menjaga kebersihan kuku merupakan salah satu aspek penting dalam mempertahankan perawatan diri karena kuman dapat masuk ke dalam tubuh melalui kuku (Hidayat, 2008). Karakteristik kuku normal yang sehat yaitu transparan, lembut serta bersih tidak menumpuk kotoran. Adanya masalah pada kuku kaki dan tangan sampai terdapat keluhan nyeri atau ketidaknyamanan,

terjadi karena perawatan yang salah atau kurang terhadap kaki dan tangan seperti menggigit kuku atau pemotongan yang tidak tepat dan pemakaian sepatu yang tidak pas (Potter & Perry,2006). Tangan dan kaki perlu dibersihkan sehari minimal 2x/hr atau setiap kotor. Mencuci tangan menggunakan sabun dan air bersih mengalir. Sabun dapat membersihkan kotoran dan membunuh kuman, karena tanpa sabun, kotoran dan kuman masih tertinggal di tangan. Oleh karena itu cuci tangan dengan air bersih yang mengalir dan memakai sabun perlu dilakukan agar tangan bersih dan sehat. Untuk menjaga kebersihan dan kesehatan pada kaki, harus menggunakan alas kaki yang lembut, aman, dan nyaman. Jenis alas kaki yang dipakai dapat mempengaruhi masalah kaki dan kuku. Sepatu yang sempit atau kurang pas dapat menyebabkan luka kulit tertentu dan mengganggu sirkulasi kaki. Menjaga kebersihan sepatu itu juga sangat penting. Begitu kaki berkeringat, keringatnya akan menempel pada sepatu, sehingga menjadi tempat tumbuhnya bakteri yang bisa menyebabkan penyakit-penyakit timbul di kaki. Anak perlu diajarkan untuk mencuci kakinya dan mengeringkannya dengan baik sesuai melakukan aktivitas. Cuci kaki dengan baik ketika mandi atau sebelum pergi tidur. Keringkan dengan baik menggunakan handuk bersih. (Haince, 2012 dalam Endah, 2014).

2.2.4.6. Perawatan diri pada kulit

Kulit merupakan salah satu bagian penting dari tubuh yang dapat melindungi tubuh dari berbagai kuman atau trauma, sehingga diperlukan perawatan yang adekuat dalam mempertahankan fungsinya. Kulit secara umum mempunyai berbagai fungsi, diantaranya:

- 1) Melindungi tubuh dari masuknya berbagai kuman atau trauma jaringan bagian dalam yang juga dapat menjaga keutuhan kulit.
- 2) Mengatur keseimbangan suhu tubuh dan membantu produksi keringat serta penguapan.
- 3) Sebagai alat peraba yang dapat membantu tubuh menerima rangsangan dari luar melalui rasa sakit, sentuhan, tekanan, atau suhu.

- 4) Sebagai alat ekskresi keringat melalui pengeluaran air, garam, dan nitrogen.
- 5) Mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit yang bertugas mencegah pengeluaran cairan tubuh secara berlebihan.
- 6) Memproduksi dan menyerap vitamin D sebagai penghubung atau pemberi vitamin D dari sinar ultraviolet matahari (Hidayat, 2008).

Karakteristik kulit normal adalah kulit halus, kering, bersih lembut dan fleksibel. Yang dapat dilakukan dalam perawatan kulit yaitu dengan melakukan mandi. Mandi sangat bermanfaat untuk menghilangkan atau membersihkan bau badan, keringat dan sel yang mati, serta merangsang sirkulasi darah, dan membuat rasan yaman.

2.2.4.7. Perawatan Genitalia pada Perempuan Saat Menstruasi

Perilaku *hygiene* menstruasi adalah tindakan bagaimana menjaga kebersihan diri disaat menstruasi. Menurut Prasetyaningtyas (2007) dalam penelitian Ridhalia (2013) menjelaskan bahwa untuk menjaga kebersihan vagina selama menstruasi, perempuan setidaknya memahami dan menerapkan beberapa hal ini:

- 1) Ganti pembalut sesering mungkin saat menstruasi. Darah yang keluar bisa menjadi media tumbuhnya kuman apabila terlalu lama tidak diganti. Idealnya mengganti pembalut 4 jam sekali.
- 2) Saat membersihkan vagina, bilas dari arah depan ke belakang. Cara ini dilakukan untuk menghindari terbawanya kuman dari anus ke vagina. Lebih baik air untuk membersihkan langsung ditadah dari kran biasa atau dengan air semprot. Air yang terkumpul di ember bisa terkontaminasi air kencing orang lain, spora, jamur, atau kuman.
- 3) Jaga organ kelamin agar tidak lembab setelah buang air kecil atau buang air besar. Bilas vagina sampai bersih, kemudian keringkan sebelum memakai celana dalam. Usahakan segar daerah kemaluan dan

selangkangan selalu bersih dan kering apalagi bagi perempuan bertubuh gemuk, karena suasana lembab sangat disukai jamur.

- 4) Gantilah celana dalam sekurang-kurangnya 2-3 kali sehari
- 5) Sebaiknya tidak mengenakan celana terlalu ketat, berbahan nilon, jeans, dan kulit. Pakai celana dalam berbahan katun yang menyerap keringat. Panty liner sebaiknya hanya digunakan antara 2-3 jam.
- 6) Jangan biarkan celana basah atau lembab karena memberi peluang tumbuhnya jamur.

Endaryati (2009) menyatakan bagi remaja putri normal tidak perlu ada bantuan untuk melakukan sesuatu yang berhubungan dengan perawatan diri. Bagi remaja putri dengan tunagrahita dalam perkembangannya akan mengalami keterlambatan dalam melakukan tugas-tugas kehidupan, bahkan sampai dewasa pun mereka belum dapat merawat dirinya sendiri dengan sempurna termasuk dalam hal perawatan diri selama menstruasi.

Amandafe (2015) telah melakukan penelitian tentang tingkat kemandirian kebersihan diri saat menstruasi pada remaja putri tunagrahita di SLB N I Bantul, hasil penelitiannya menyimpulkan bahwa semua remaja putri tunagrahita ringan mandiri dalam kebersihan diri saat menstruasi. Remaja putri tunagrahita sedang memerlukan bantuan penuh dalam melakukan kebersihan diri saat menstruasi sebanyak 4 siswi (22,2%), bantuan sebagian dan mandiri masing-masing 7 orang (38,9%).

Perbedaan kemampuan antara remaja tunagrahita ringan dan sedang bukan hanya terletak pada kemampuan akademis, namun juga dalam kemampuan melakukan keterampilan hidup sehari-hari seperti keterampilan perawatan diri dan pekerjaan rumah tangga. Walaupun demikian, remaja tunagrahita sedang masih dapat dilatih melakukan keterampilan hidup sederhana walaupun membutuhkan kesabaran dan waktu yang lebih lama dibandingkan remaja tunagrahita ringan (Amandafe, 2015)

2.3. Konsep Teori Self Care Defisit dari Orem

Model konsep menurut Dorothea Orem yang dikenal dengan *Model Self Care* (perawatan diri) memberikan pengertian jelas bahwa bentuk pelayanan keperawatan dipandang dari suatu pelaksanaan kegiatan dapat dilakukan individu dalam memenuhi kebutuhan dasar dengan tujuan mempertahankan kehidupan, kesehatan, kesejahteraan sesuai dengan keadaan sehat dan sakit, yang ditekankan pada kebutuhan klien tentang perawatan diri sendiri.

Model Self Care (perawatan diri) ini memiliki keyakinan dan nilai yang ada dalam keperawatan di antaranya dalam pelaksanaan berdasarkan tindakan atas kemampuan. *Self Care* didasarkan atas kesengajaan serta dalam pengambilan keputusan dijadikan sebagai pedoman dalam tindakan, setiap manusia menghendaki adanya *Self Care* (perawatan diri) dan sebagai bagian dari kebutuhan dasar manusia.

Pada dasarnya semua manusia mempunyai kebutuhan untuk melakukan perawatan diri dan mempunyai hak untuk melakukan perawatan diri secara mandiri, kecuali bila orang itu tidak mampu. *Self care* menurut Orem (2001) adalah kegiatan memenuhi kebutuhan dalam mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan individu baik dalam keadaan sehat maupun sakit yang dilakukan oleh individu itu sendiri.

Teori defisit perawatan diri (*Deficit Self Care*) Orem dibentuk menjadi 3 teori yang saling berhubungan :

- a. Teori perawatan diri (*self care theory*) : menggambarkan dan menjelaskan tujuan dan cara individu melakukan perawatan dirinya.
- b. Teori defisit perawatan diri (*deficit self care theory*) : menggambarkan dan menjelaskan keadaan individu yang membutuhkan bantuan dalam melakukan perawatan diri, salah satunya adalah dari tenaga keperawatan.
- c. Teori sistem keperawatan (*nursing system theory*) : menggambarkan dan

menjelaskan hubungan interpersonal yang harus dilakukan dan dipertahankan oleh seorang perawat agar dapat melakukan sesuatu secara produktif.

Pandangan Teori Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya. Dalam konsep praktek keperawatan Orem mengembangkan tiga bentuk teori self care di antaranya:

2.3.1 Perawatan Diri Sendiri (*Self Care*)

Dalam teori *self care*, Orem mengemukakan bahwa *self care* meliputi *Self Care* itu sendiri, yang merupakan aktivitas dan *inisiatif* dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan.

2.3.2 *Self Care Agency*

Selfcare Agency merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri, yang dapat dipengaruhi oleh usia, perkembangan, sosiokultural, kesehatan dan lain-lain. Adanya tuntutan/permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan yang tepat.

Agen perawatan diri (*self care agency*) adalah kemampuan yang kompleks dari individu atau orang-orang dewasa (matur) untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhannya yang ditujukan untuk melakukan fungsi dan perkembangan tubuh. *Self Care Agency* ini dipengaruhi oleh tingkat perkembangan usia, pengalaman hidup, orientasi sosial kultural tentang kesehatan dan sumber-sumber lain yang ada pada dirinya

2.3.3 Self Care demand

Self care demand merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyediaan dan perawatan diri sendiri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan manusia serta dalam upaya mempertahankan fungsi tubuh.

Therapeutic self care demands adalah tindakan perawatan diri secara total yang dilakukan dalam jangka waktu tertentu untuk memenuhi seluruh kebutuhan perawatan diri individu melalui cara-cara tertentu seperti, pengaturan nilai-nilai terkait dengan keadekuatan pemenuhan udara, cairan serta pemenuhan elemen-elemen aktivitas yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan tersebut (upaya promosi, pencegahan, pemeliharaan dan penyediaan kebutuhan).

2.3.4 Self Care Defisit

Selfcare defisit terjadi ketika self care agency lebih kecil dibanding self care demand. Dalam pemenuhan perawatan diri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, Orem memiliki metode untuk proses tersebut diantaranya bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi *support*, meningkatkan pengembangan lingkungan pribadi serta mengajarkan atau mendidik pada orang lain. Self care defisit menggambarkan dan menjelaskan keadaan individu yang membutuhkan bantuan dalam melakukan perawatan diri.

Secara diagram Orem menggambarkan teori modelnya seperti terlihat pada gambar 2.1

Gambar 2.1
Konsep Teori Self Care Deficit



2.4 Konsep *Parent Child Interactional Model*

2.4.1 Dasar Teori

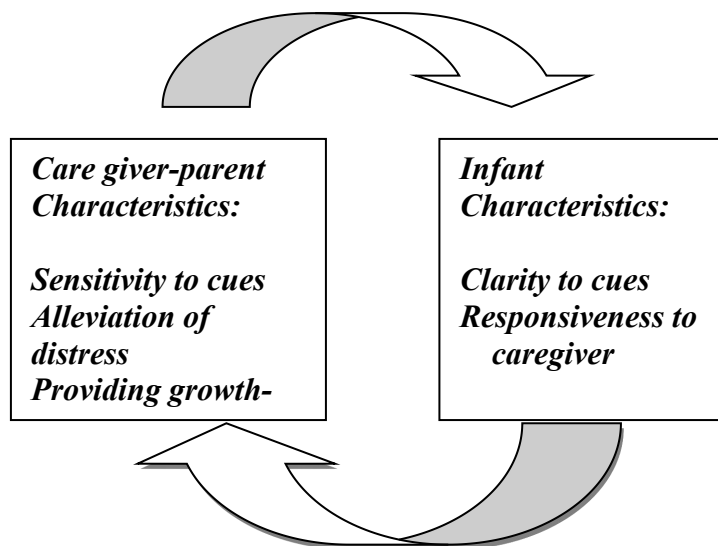
Teori-teori yang dikemukakan oleh Florence Nightingale, Virginia Henderson dan Martha Rogers menjadi dasar teori Barnard dalam mengembangkan model *Parent child Interaction Model*. Menurutnya Blake adalah seorang *pediatric nursing clinician* dan seorang pendidik yang memiliki orientasi lebih kepada pasien daripada prosedur dan memandang prinsip hubungan orangtua - perawat yang memiliki kapasitas dalam membangun dan mempertahankan hubungan yang memuaskan satu sama lain. Selain itu, Barnard juga menggunakan *Neal Nursing Construct* yang menyatakan tentang empat ekspresi kesehatan dan penyakit yaitu *cognition, sensation, motion and affiliation* sebagai konsep dasar teori yang dikembangkannya.

2.4.2 Konsep dan Definisi Utama

Fokus teori Barnard adalah perkembangan alat pengkajian untuk mengevaluasi kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan anak disamping memandang orangtua dan anak sebagai sebuah sistem interaktif. sistem orangtua-anak dipengaruhi oleh karakteristik individu setiap anggota dan karakteristik individu tersebut dimodifikasi untuk memenuhi kebutuhan sistem dan beliau mendefinisikan

modifikasi sebagai perilaku adaptif. Interaksi antara orangtua dan anak digambarkan dalam diagram di bawah ini :

Gambar 2.2 : Model Barnard



2.4.2.1. *Infant's Clarity of cues*

Seorang anak (bayi) akan memberikan suatu sinyal (*cues*) kepada orang tua dan petugas kesehatan. Pertanda yang dikirimkan dapat mempermudah atau mempersulit orangtua untuk membaca tanda tersebut dan membuat modifikasi yang sesuai dengan tanda tersebut. Pertanda yang diberikan oleh seorang anak (bayi) dapat berupa tidur, bangun, lapar, dan lain-lain. Apabila pertanda yang diberikan membingungkan maka dapat mengganggu kemampuan adaptasi petugas kesehatan.

2.4.2.2. *Infant's responsiveness to the caregiver*

Seorang anak (bayi) juga dapat membaca pertanda (cues) yang ditunjukkan petugas kesehatan dan orang tua, sehingga anak (bayi) dapat memodifikasi kembali perilakunya. Jika seorang anak (bayi) tidak berespon terhadap perilaku dari petugas kesehatan maka adaptasi tidak mungkin terjadi.

2.4.2.3. *Parent's sensitivity to the child's cues*

Orangtua harus dapat membaca pertanda yang diberikan anak (bayi), sehingga mereka dapat memodifikasi perilakunya dengan tepat. Ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi kesensitifan orangtua yaitu: keuangan, emosi, dan stress perkawinan.

2.4.2.4. *Parent's ability to alleviate the infant's distress*

Kemampuan orangtua untuk mengurangi distress pada anaknya tergantung pada

- 1) Pemahaman orang tua tentang saat terjadinya stress
- 2) Pengetahuan orang tua tentang tindakan yang tepat dilakukan saat stress terjadi

2.4.2.5. *Parent's social and emotional growth fostering activities*

Kemampuan orang tua dalam menstimulasi pertumbuhan sosial dan emosional anak memerlukan proses adaptasi. Orangtua berperan mengasuh anak, menjalin interaksi sosial dengan anak, seperti pada saat makan bersama anak dan memberikan *reinforcement* positif terhadap perilaku anak. Orangtua harus memahami tingkat perkembangan anak dan dapat menyesuaikan perilakunya terhadap kebutuhan perkembangan anak

2.4.2.6. *Parent's cognitive growth fostering activities*

Kemampuan orang tua dalam menstimulasi perkembangan kognitif anak harus ditingkatkan. Sejumlah penelitian telah mengungkapkan bahwa pertumbuhan kognitif difasilitasi dengan pemberian rangsangan yang dapat membantu meningkatkan tingkat pengertian anak. Barnard kemudian mengembangkan teorinya dengan menggunakan konsep *Child Health Assessment Interaction Theory* yang memiliki 3 konsep dasar yaitu :

1) Anak.

Dalam menggambarkan seorang anak Barnard menggunakan karakteristik sebagai perilaku baru lahir (neonatus), pola makan dan tidur, tampilan fisik, temperamen dan kemampuan anak untuk beradaptasi terhadap petugas kesehatan dan lingkungan.

2) Ibu.

Ibu dalam teori Barnard di definisikan sebagai pengasuh atau orangtua yang memiliki karakteristik : kemampuan psikososial, kepedulian terhadap anak dan kesehatannya, pengalaman hidup, harapan terhadap anaknya, dan yang lebih penting adalah kemampuannya menjadi orangtua bagi anaknya dan keterampilan untuk beradaptasi terhadap kemampuannya tersebut.

3) Lingkungan

Lingkungan di sini merujuk pada lingkungan ibu dan anak. Karakteristik lingkungan meliputi :

- Aspek lingkungan fisik dan keluarga.
- Keterlibatan ayah.
- Tingkat hubungan orangtua yang saling menguntungkan dengan anaknya.

Menurut Barnard karakteristik individu dari tiap anggota mempengaruhi sistem orangtua-anak (bayi) sehingga terjadi modifikasi perilaku adaptasi untuk memenuhi kebutuhan sistem. Teori Barnard berfokus pada interaksi ibu-anak (bayi) dengan lingkungan.

2.4.3 Fokus Teori

Fokus teori yang dikemukakan Barnard dalam *Barnard's Child Health Assessment Interaction Theory*, adalah :

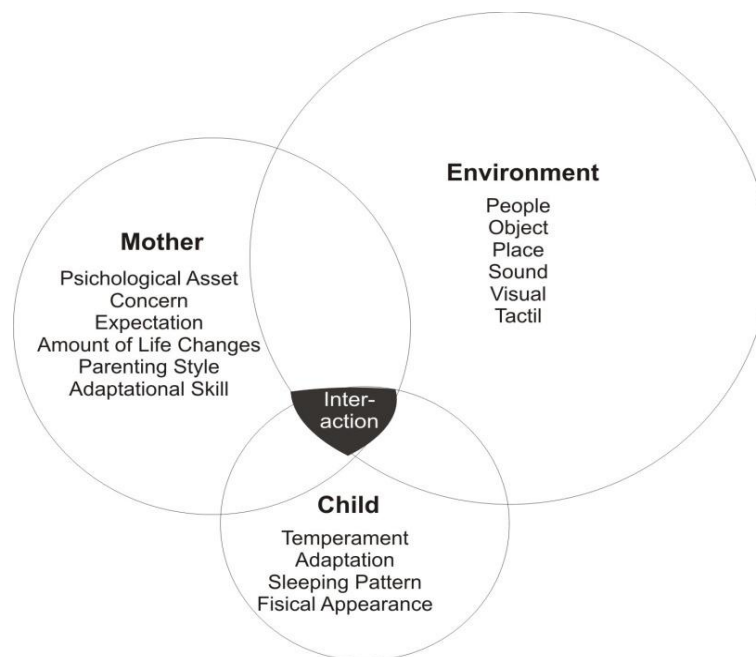
1. Pengkajian anak bertujuan mengidentifikasi masalah sebelum mereka berkembang dan ketika intervensi menjadi hal yang paling efektif.
2. Faktor lingkungan di pahami sebagai proses interaksi antara orangtua dan anak yang merupakan hal penting untuk menentukan tercapainya kesehatan anak.
3. Interaksi pemberi asuhan dan anak merefleksikan lingkungan alamiah anak yang diterima secara terus menerus.
4. Kapasitas adaptasi dari pemberi asuhan dipengaruhi oleh respon anak dan lingkungannya.
5. Interaksi adaptasi orangtua dan anak merupakan suatu proses yang saling menguntungkan, dimana perilaku orangtua akan mempengaruhi anak dan sebaliknya anak akan mempengaruhi orangtua sehingga keduanya mengalami perubahan.
6. Proses adaptasi lebih mudah dimodifikasi dari karakteristik dasar ibu dan anak, sehingga interaksi keperawatan seharusnya menekankan sensitifitas dan respon ibu dalam mengartikan isyarat anak daripada mencoba merubah karakteristik dasarnya.
7. Aspek penting yang perlu ditingkatkan berkaitan dengan proses belajar anak adalah memberikan kesempatan anak untuk mengenali perilakunya dan memperkuat kemampuan anak di dalam melaksanakan tugasnya.

8. Issue utama bagi profesi keperawatan adalah memberi dukungan selama tahun pertama kehidupan anak.
9. Pengkajian terhadap proses interaksi adalah suatu proses yang komprehensif dalam model perawatan kesehatan anak.
10. Pengkajian terhadap lingkungan anak adalah sangat penting dalam pengkajian kesehatan anak.

Model *The Child Health Assessment Interaction Model* diperlihatkan dalam gambar di bawah ini :

Gambar 2.3

“Model interaksi pengkajian kesehatan anak menurut Barnad”



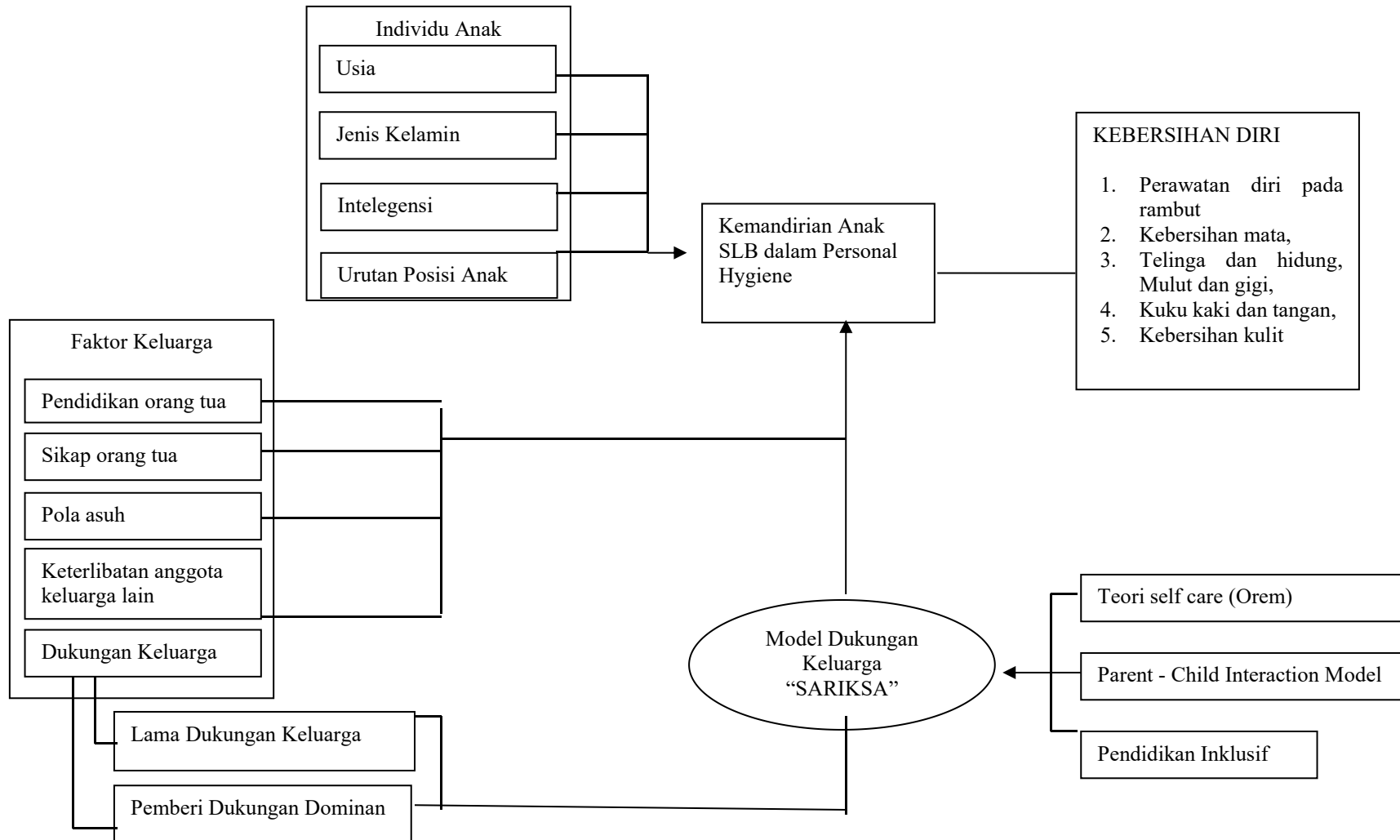
2.5 Kerangka Konsep Penelitian

Anak berkebutuhan khusus membutuhkan pendampingan dan dukungan dari individu-individu terdekatnya. Keluarga merupakan individu terdekat bagi anak berkebutuhan khusus. Salah satu upaya dukungan keluarga adalah upaya untuk meningkatkan kemandirian anak dalam menjaga personal hygienenya.

Kemandirian anak berkebutuhan khusus dipengaruhi baik oleh individu anak maupun faktor diluar anak terutama keluarga. Faktor anak yang mempengaruhi kemandiriannya adalah faktor usia, jenis kelamin, urutan anak, intelegensi, dan pendidikan (Barus, 2002). Pada faktor keluarga beberapa aspek yang mempengaruhi kemandirian anak antara lain pendidikan, sikap, pola asuh, keterlibatan anggota keluarga, dan dukungan keluarga (Barus, 2002 ; Widyastuti, 2008). Dukungan keluarga sendiri meliputi aspek dukungan informasional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan sosial (Friedmann 1998 dalam Astari 2010).

Keluarga dalam upaya meningkatkan kemandirian anak berkebutuhan khusus membutuhkan sebuah media yang memudahkan mereka memberikan dukungan bagi anak berkebutuhan khusus. Media yang dibuat dengan sederhana, mudah difahami, memuat substansi yang harus dilakukan diharapkan mampu memfasilitasi keluarga dalam memandirikan anak berkebutuhan khusus dalam memenuhi kebersihan diri (*personal hygiene*) mereka .

Kerangka Konsep Penelitian



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini membahas tentang metode yang digunakan dalam penelitian ini, meliputi : desain penelitian, tempat dan waktu penelitian, populasi dan sampel, cara pengumpulan data, cara pengolahan data dan cara analisis data.

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan *Mix Methode* melalui tiga tahapan dengan desain penelitian yang berbeda

3.1.1 Tahap Pertama : Studi Eksplorasi

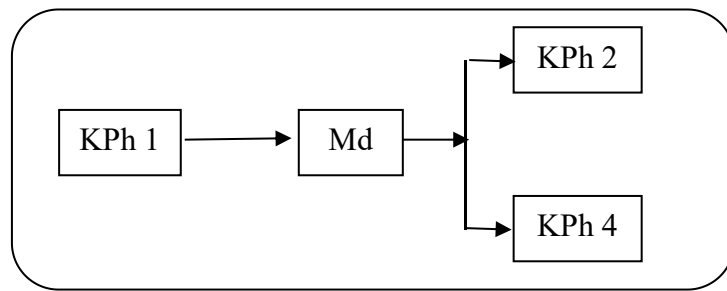
Desain penelitian yang digunakan adalah kualitatif fenomenologi tentang upaya memandirikan anak penderita retardasi mental dalam pemenuhan kebutuhan hygiene. Studi kualitatif ini dilakukan pada guru sekolah, orang tua anak, psikolog, dan perawat.

3.1.2 Tahap Dua : Pembuatan Model

Berbasis hasil studi eksplorasi, dibentuk suatu model dukungan keluarga terhadap kemandirian anak penderita retardasi mental dengan mensintesis dari teori *self-care Orem*, *Child-Parent Interaction Model* untuk memandirikan anak dalam memenuhi kebutuhan personal hygienenya

3.1.3 Tahap Tiga : Pengujian Model

Desain penelitian menggunakan penelitian kuantitatif kuasi eksperimen melalui pendekatan rancangan *non randomised group design Pre-Post test with control*. Dalam Penelitian ini akan di ukur pengaruh penerapan model dukungan keluarga terhadap tingkat kemandirian personal hygiene merawat anak Retardasi Mental. Desain penelitian dilakukan dengan membandingkan hasil intervensi penerapan model dukungan keluarga sebelum dan setelah perlakuan pada kelompok anak-anak dengan retardasi mental di Sekolah Luar Biasa (SLB) antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.



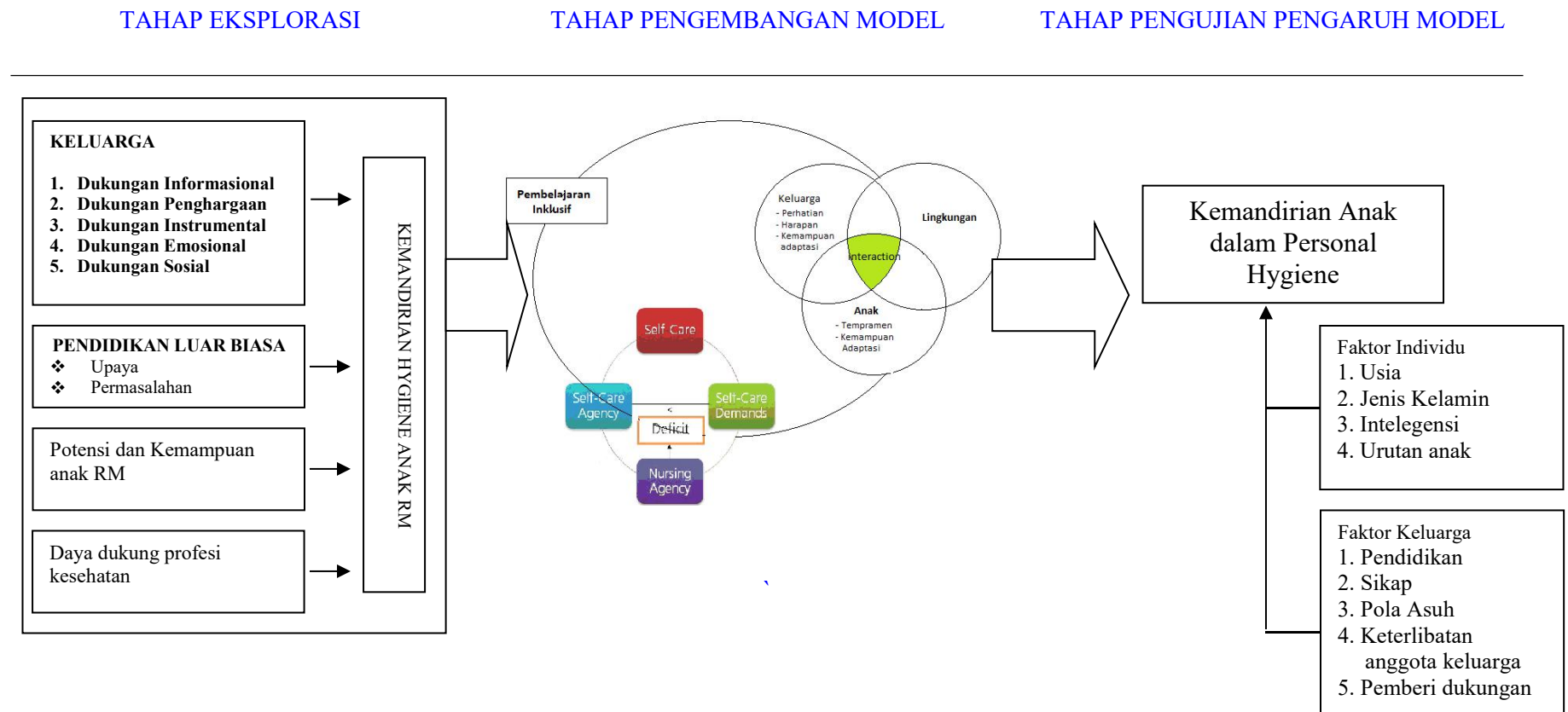
Gambar. 3. 1
Skema Desain Penelitian

Keterangan :

- KPh 1 : Kemandirian personal hygiene sebelum intervensi
- KPh 2-4 : Kemandirian personal hygiene sesudah intervensi 2-4 minggu
- Md : Intervensi Model Dukungan Keluarga

3.2 Kerangka Kerja Penelitian

Gambar. 3.2
Skema Kerangka Kerja Penelitian



3.3 Variabel dan Definisi Operasional

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari 2 variabel yaitu : Variabel independent yaitu Model dukungan keluarga dan variable dependent Kemandirian personal hygiene. Dari kedua variable tersebut terdapat sub variable penelitian yaitu Model dukungan keluarga terdiri dari : informasional, penghargaan, instrumental, emosional dan social. Sedangkan Kemandirian Personal Hygiene meliputi Perawatan rambut, mata, kulit, kuku telinga dan hidung. Variabel lain yang berpengaruh terhadap kemandirian anak yang akan diteliti meliputi faktor internal anak dan faktor keluarga lain

Tabel 3.1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Model SARIKSA	Pendekatan dukungan keluarga meliputi dukungan informasional, penghargaan, instrumental, emosional dan social untuk meningkatkan potensi (self care agency) anak berkebutuhan khusus untuk mampu menjaga kebersihan dirinya secara mandiri			
Kemandirian Personal hygiene	Penampilan fisik yang ditampilkan siswa SLB C dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kesehatan pribadinya, meliputi : perawatan rambut, mata, hidung dan telinga, mulut dan gigi, kuku dan kulit	Lembar observasi	Nilai score capaian kemandirian personal hygiene : 0 - 100	Rasio

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Faktor Anak				
Usia	Lama hidup responden sejak lahir sampai penelitian berlangsung, kurang dari 6 bulan dibulatkan ke bawah dan sama atau lebih dari 6 bulan dibulatkan ke atas	Quesioner	Usia dalam tahun	Rasio
Jenis Kelamin	Karakteristik biologis responden	Quesioner	Laki-laki Perempuan	Nominal
Pendidikan	Jenjang pendidikan anak saat penelitian dilaksanakan	Quesione	SD SMP SMA	Ordinal
Faktor Orang Tua				
Pendidikan	Jenjang pendidikan formal kepala keluarga yang ditempuh terakhir kali ditandai dengan kepemilikan ijazah terakhir	Quesioner	Pendidikan Dasar Pendidikan Menengah Pendidikan Tinggi	Ordinal
Sikap	Kecenderungan berperilaku dari orang tua untuk memberikan dukungan pada responden dalam meningkatkan kemandirian responden memenuhi kebutuhan personal hygienenya	Quesioner	Skala likert	Interval
Pengetahuan	Hal yang diketahui keluarga terkait dukungan dan kebutuhan kebersihan diri anak	quesioner	Skor	Ratio

3.4 Hipotesis Penelitian

Model SARIKSA efektif meningkatkan kemandirian *personal hygiene* anak retardasi mental di Sekolah Luar Biasa (SLB) SLB-C

3.5 Tempat dan Waktu Penelitian

3.5.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Sekolah Pendidikan Luar Biasa Type C (SLB-C) YPLB Asih Manunggal Kota Bandung dan SLB – C Yayasan Bahagia Kota Tasikmalaya

3.5.2 Waktu Penelitian

Seluruh rangkaian tahapan penelitian dilaksanakan pada Februari 2018 sampai dengan Desember 2018. Tahapan pengambilan data dilaksanakan pada periode Juli sampai dengan Desember 2018.

3.6 Populasi Dan Sampel

3.6.1 Tahap I : Studi Eksplorasi

Studi kuantitatif dilakukan pada guru pengajar SLB C, Keluarga anak penderita RM, Psikolog, dan perawat. Besarnya sampel penelitian studi eksplorasi dilakukan pada 13 guru, 8 orang tua anak berkebutuhan khusus dari dua sekolah luar biasa C, 2 orang psikog, 3 perawat anak.

3.6.2 Tahap II : Pengembangan Model

Pengembangan modul dilaksanakan dengan workshop yang melibatkan guru SLB C, psikolog, dan perawat anak sebagai tenaga kesehatan

3.6.3 Tahap III : Pengujian efektifitas model

Populasi dan Sampel Penelitian adalah anak-anak retardasi mental yang bersekolah di SLB-C yang berlokasi di Bandung dan Tasikmalaya. Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus

$$n = \frac{2\sigma^2 (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan :

- σ = Standar deviasi dari beda 2 rata-rata independen penelitian terdahulu atau penelitian awal
- $Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z pada derajat kepercayaan $1-\alpha/2$ atau derajat kemaknaan α pada uji 2 sisi (two tail)
- $Z_{1-\beta}$ = Nilai Z pada kekuatan uji (power) $1-\beta$
- μ_1 = Rata-rata pada keadaan sebelum intervensi
- μ_2 = Rata-rata pada keadaan setelah intervensi
- n = Jumlah sampel yang dibutuhkan

Berdasarkan penelitian Wardani (2015) tentang pengaruh terapi generalis defisit perawatan diri terhadap kemandirian perawatan diri anak retardasi mental di SDLB-C TPA Kabupaten Jember diperoleh nilai rata-rata sebelum dan setelah intervensi dan simpangan deviasinya, maka besar sampel yang dibutuhkan adalah

$$n = \frac{2(1,69)^2 (1,96 + 0,84)^2}{(54,40 - 56,00)^2}$$

$$n = 17,63$$

Jumlah sampel minimal pada penelitian ini adalah 18 orang. Pada pelaksanaannya sampel diambil sebanyak 34 responden yaitu keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus yang bersekolah di SLB Asih Manunggal Bandung.

3.7 Cara Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini, dilakukan dalam beberapa tahapan sebagai berikut :

Setelah memperoleh ijin penelitian dari Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Poltekkes Bandung dan Sekolah Pendidikan Luar Biasa SLB C, Peneliti Melakukan langkah-langkah penelitian sebagai berikut :

- 1) Mengusulkan diterbitkannya *ethical Clearance/ethical Approuval* kepada Majelis Kode Etik Penelitian (MKEP) Poltekkes Kemenkes RI Bandung.
- 2) Melakukan *workshop* penyusunan model dukungan keluarga dengan berbagai unsur terkait yang berkepentingan dalam pengembangan pendidikan di Sekolah Pendidikan Luar Biasa Type C Yayasan Pendidikan Luar Biasa (SLB-C YPLB), Tim penyusun model adalah
 1. Tim peneliti
 2. Psikolog
 3. Guru SLB C
 4. Pakar pendidikan

Model disusun dengan sistematis pada masing-masing kegiatan belajar sebagai berikut : Tujuan, Sub pokok bahasan, indicator, uraian materi, lembar tugas, rangkuman, tes formatif dan lembar evaluasi. Selanjutnya model disusun sesuai standar penyusunan model yang terdiri dari 5 Kegiatan Belajar (KB), yaitu :

(1) Kegiatan Belajar I (KB-I) : Konsep Dasar Konsep Sariksa

Pada Kegiatan Belajar I, Peserta diperkenalkan pada konsep model yang akan disusun yaitu, Sariksa. Konsep model Sariksa merupakan istilah yang digunakan dalam bahasa sunda, *Riksa*, yang artinya menjaga atau mengawasi. Sariksa merupakan kata bentukan dari *riksa* dengan awala *sa* Sariksa secara harfiah adalah menjaga bersama-sama. Kata sariksa sering di gandengkan dengan kata sabanda yang berarti harta milik, atau kekayaan. Sabanda sariksa berarti menjaga bersama harta kekayaan. Arti sariksa dalam modul ini adalah bentuk pengawasan dan penjagaan keluarga terhadap kekayaan yang tidak ternilai harganya, yaitu anak.

Bentuk sariksa dalam arti penjagaan keluarga tersebut direalisasikan dengan pendekatan dukungan keluarga berupa dukungan informasional, penghargaan, instrumenta, emosional dan social terhadap anak penyandang disabilitas dengan retardasi mental. Sariksa dalam modul ini juga di artikan sebagai akronim dari sifat-sifat Sehat, Rajin, Kuat dan Sejahtera. Sifat dan karekter Sariksa inilah yang diharapkan tumbuh dan berkembang secara optimal pada anak-anak penyandang disabilitas retardasi Mental

(2) Kegiatan Belajar II : Gambaran Umum SLB-C

Pada kegiatan belajar II teridentifikasi profil SLB-C yang akan di pelajari oleh keluarga siswa. Dengan gambaran ini, diharapkan akan mereview pemahaman, tujuan dan manfaat yang akan diperoleh oleh keluarga dengan menyekolahkan anaknya di SLB-C, sehingga mereorientasi bentuk keterlibatan keluarga dalam memaksimalkan fungsi-fungsi social personal ankanya. Dengan kegiatan belajar I ini keluarga akan memahami tujuan pembuatan dan penggunaan model dalam upaya meningkatkan kemandirian putra-putrinya. Model kegiatan belajar I terdiri dari : Tujuan, pokok bahasan, Indikator, Uraian materi, lembar tugas, Lembar observasi kegiatan, dan daftar pustaka.

(3) Kegiatan Belajar III (KB III) : Model Dukungan Informasional

Pada kegiatan belajar III berisikan langkah-langkah yang harus dilakukan oleh keluarga dalam membantu memandiriakan anaknya pada aspek informasional. Kegiatan belajar II mensyaratkan adanya kerjasama antara pihak lembaga/ sekolah dengan keluarga. Mencakup pemberian nasehat, petunjuk saran dan mengajarkan keterampilan yang bisa menyediakan pemecahan. Manfaat dalam dukungan ini adalah adanya informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya, dan

tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan *feed back*. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi. Model kegiatan belajar II terdiri dari : Tujuan, pokok bahasan, Indikator, Uraian materi, lembar tugas, Lembar observasi kegiatan, dan daftar pustaka.

(4) Kegiatan Belajar IV (KB IV) : Model Dukungan Penghargaan.

Seperti halnya kegiatan belajar IV, pada kegiatan belajar IV keluarga di dorong untuk dapat memberikan dukungan dalam hal penghargaan kepada setiap kelebihan yang dimiliki oleh anaknya. Pada kegiatan belajar ini, akan disusun pedoman bagi keluarga agar dapat melakukan ungkapan penghargaan positif untuk orang lain, dorongan untuk maju, persetujuan dengan gagasan atau dengan individu, dan perhatian kepada individu lain. Model kegiatan belajar III terdiri dari : Tujuan, pokok bahasan, Indikator, Uraian materi, lembar tugas, Lembar observasi kegiatan, dan daftar pustaka.

(5) Kegiatan Belajar V (KB V : Model Dukungan Instrumental)

Pada kegiatan belajar V, akan di susun pedoman keluarga dalam memberikan dukungan instrumentali, dengan menggunakan bahasa dan dan pedoman gambar yang mudah di fahami. Pedomen ini mengarahkan keluarga untuk memberikan bantuan secara langsung seperti ketika anggota keluarga lain memberikan, menolong, membantu menyelesaikan masalah seseorang pada situasi tertentu. Keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit. Model kegiatan belajar IV terdiri dari : Tujuan, pokok bahasan, Indikator, Uraian materi, lembar tugas, Lembar observasi kegiatan, dan daftar pustaka.

(6) Kegiatan Belajar VI (KB VI) : Model Dukungan Emosional

Pada kegiatan Belajar VI, model akan membimbing keluarga dalam mengarahkan pemberian dukungan secara emosional. Kegiatan belajar di susun dalam contoh-contoh kalimat dan gambar yang menunjukkan bentuk dukungan emosional keluarga pada anak penderita retardasi Mental,

mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap individu-individu lain. Dengan begitu individu merasa dicintai dan merasa aman. Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas, dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal dimiliki dan dicintai. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat. Model kegiatan belajar V terdiri dari : Tujuan, pokok bahasan, Indikator, Uraian materi, lembar tugas, Lembar observasi kegiatan, dan daftar pustaka.

(7) Kegiatan Belajar VII (KB VII) : Model Dukungan Sosial

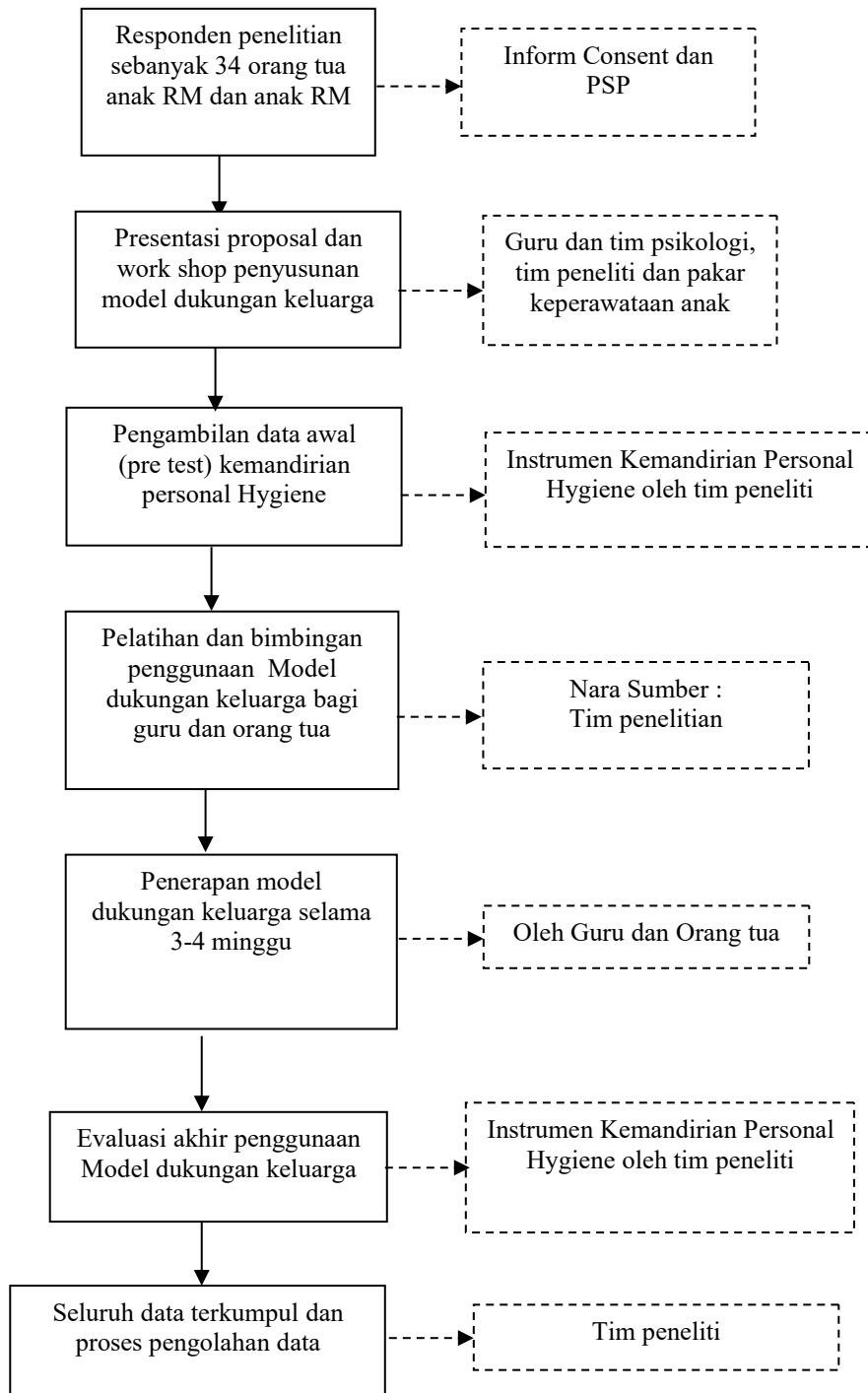
Kegiatan belajar VII berisikan pedoman dukungan keluarga pada aspek social. Pada kegiatan belajar ini, model disusun agar dapat memberikan pedoman dalam memberikan bantuan / kehadiran bantuan orang lain bagi anak penderita retardasi mental. Bisa juga menghabiskan waktu dengan orang lain pada waktu luang. Oleh karena itu, individu merupakan bagian dari keluarga, teman sekolah atau kerja, kegiatan agama atau bagian dari kelompok lainnya. Model kegiatan belajar VI terdiri dari : Tujuan, pokok bahasan, Indikator, Uraian materi, lembar tugas, Lembar observasi kegiatan, dan daftar pustaka.

3) Kelompok Intervensi

- (1) Bimbingan dan pelatihan tentang penggunaan model dukungan keluarga dalam peningkatan kemandirian anak Retardasi Mental bagi guru dan orang tua siswa SLB C selama 2 hari, sekaligus melakukan inform consent penelitian bagi orang tua siswa. Pada akhir bimbingan dan pelatihan, peserta pelatihan (guru dan orang tua anak yang mengalami Retardasi Mental) dibimbing untuk mengisi format/pedoman kegiatan/latihan sesuai standar model yang telah di susun peneliti. Pengukuran awal *pre test* untuk personal hygiene siswa SLB C.

- (2) Pada akhir pelatihan, peserta pelatihan yaitu guru dan orang tua anak yang mengalami Retardasi Mental dibimbing untuk mengisi format/pedoman perawatan dan pengawasan sesuai standar yang telah di susun peneliti.
- (3) Peneliti mencetak kemudian membagikan model dan format/pedoman perawatan dan pengawasan keluarga terhadap anak Retardasi Mental sesuai standar yang telah di susun peneliti kepada guru dan orang tua anak Retardasi Mental. Pedoman ini untuk di bawa ke rumah dan dijadikan pegangan dalam perawatan anak Retardasi Mental.
- (4) Peneliti mengontrol perilaku/kepatuhan dan ketaatan keluarga menggunakan pedoman/model dalam rentang waktu 3-4 minggu melalui guru sekolah setiap hari.
- (5) Peneliti mengumpulkan questioner yang sudah di isi oleh orang tua/keluarga anak yang retardasi mental melalui guru kelas. Hasil isian orang tua di catat dalam format analisis data untuk di ukur tingkat ketaatan penggunaan modelnya.
- (6) Hasil perubahan kemandirian personal hygiene diukur pada minggu ke dua dan ke empat pasca penerapan modul. Setiap kali selesai pengukuran di ukur perubahan kemandiriannya.
- (7) Hasil perubahan akhir kemandirian personal hygiene dilakukan pada pengukuran ke empat setelah penggunaan model dukungan keluarga.
- (8) Selanjutnya peneliti melakukan evaluasi penerapan model dengan mengundang seluruh responden pada akhir masa penerapan model. Evaluasi dilakukan bersamaan dengan pelaksanaan evaluasi pendidikan semester 1, dengan dihadiri oleh guru dan orang tua siswa SLB.

Secara skematis, alur pengumpulan data adalah sebagai berikut:



Gambar 3.3
Skema Alur pengumpulan data dan tahapan penelitian

3.8 Cara Pengolahan Data

Setelah semua data kedua kelompok terkumpul data selanjutnya di olah dengan menggunakan perangkat komputer melalui tahapan *coding*, *editing*, *clearing* dan *tabulating*, sebaqqai berikut :

1. Seluruh data di entry kedalam program pengolahan data secara komputerisasi, dilanjutkan dengan uji normalitas data. Pada kelompok variabel penelitian yang akan di uji dengan *t-test paired dependent*. Uji normalitas dilakukan dengan menggunakan kriteria standar yaitu kurva kenormalan, perbandingan standar error dan nilai skewness serta uji Kolmogorov smirnov. Setelah dilakukan uji tersebut, kelompok data Tingkat kemandirian personal hygiene sebelum dan sesudah intervensi dinyatakan terdistribusi normal
2. Data variable independent penggunaan model di upayakan dapat dicapai diatas 80 % sehingga semua responden layak untuk dikategorikan menggunakan model.
3. Data Univariat terdiri dari : Karakteristik orang tua (usia, pendidikan, pekerjaan), karakteristik anak (usia, pendidikan). Data uni variat ini termasuk juga tingkat kemandirian personal hygiene sebelum dan sesudah intervensi model dukungan keluarga diterapkan. Data univariat disajikan dalam bentuk distribusi frekwensi dan ukuran *tendency central*.
4. Data bivariate pengaruh perbedaan rata-rata nilai kemandirian personal hygiene sebelum dan sesudah penerapan model dukungan keluarga. Data dioleh dengan menggunakan soft ware program pengolahan data, mennggunakan uji *paired t-test dependent*.

3.9 Cara Analisis data

4.9.1. Analisa Univariat

Dilakukan terhadap data khusus berupa karakteristik responden anak dan orang tua dan variable penelitian dengan melihat ukuran *tendency central*

(mean, median, modus dan standar deviasi) atau distribusi frekwensi sesuai skala data masing-masing variable.

4.9.2. Analisis bivariate

Analisis bivariate dilakukan untuk menguji pengaruh penerapan model dukungan keluarga dengan mengukur perbedaan nilai rata-rata tingkat kemandirian personal hygiene responden sebelum dan setelah penggunaan model. Analisa aspek tersebut dilakukan dengan menggunakan uji statistic *t-test paired dependent* untuk melihat perubahan pada satu kelompok. Guna membandingkan antar kelompok dilakukan menggunakan uji t independent baik sebelum maupun setelah intervensi

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini menghasilkan model SARIKSA yang merupakan akronim dari Sehat, Rajin, Kreatif dan Sejahtera. Akronim ini merupakan indikator anak penyandang disabilitas dengan retardasi mental yang dapat berfungsi secara optimal sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangannya dalam mengelola kebersihan diri atau personal hygiene secara mandiri. Model “Sariksa” disusun sebagai bentuk pelayanan pendidikan integrative yang memberikan pelayanan pemantauan perkembangan social personal anak dengan retardasi mental agar mencapai kemandirian dalam melakukan personal hygiene. Pemantauan dilaksanakan oleh orang tua dan guru sebagai satu kesatuan lingkungan terbesar yang digunakan oleh anak disabilitas dalam berinteraksi. Pelaksanaan penelitian dilakukan dengan melibatkan pihak pendidikan atau guru, perawat kesehatan, psikolog dan orang tua. Sampai dengan Akhir Agustus 2018, hasil penelitian yang sudah dicapai adalah sebagai berikut :

4.1 Hasil Tahap Eksplorasi

Hasil tahap eksplorasi diidentifikasi kedalam 3 bagian utama, yaitu 1) Profil sekolah Pendidikan Luar Biasa (SLB) C Asih Manunggal Kota Bandung., 2) Profil sekolah Pendidikan Luar Biasa (SLB) C Yayasan Bahagia Kota Tasikmalaya dan 3) Data kualitatif hasil interview dan focus group discussions.

4.1.1 Profil SLB C Asih Manunggal

4.1.1.1 Sejarah SLB-C YPLB Asih Manunggal

Yayasan Pendidikan Luar Biasa Asih Manunggal didirikan atas dasar kepedulian yang tinggi dari masyarakat, khususnya orang tua peserta didik Tunagrahita, guru pendidikan khusus, serta para pemerhati pendidikan anak berkebutuhan khusus terhadap tantangan yang dihadapi anak-anak Tunagrahita dimasa yang akan datang. Secara resmi Yayasan ini didirikan di Bandung pada tanggal 08 Februari 2000 dengan Akte Notaris (oleh Notaris Yunita Elida Tanwir, S.H) dengan salah satu fungsi dan peranannya adalah melaksanakan PP. No. 72/1991 tentang

Pendidikan Luar Biasa, pada pasal 2, disebutkan bahwa “Pendidikan Luar Biasa bertujuan membantu peserta didik yang menyandang kelainan fisik, dan atau mental agar mampu mengembangkan sikap, pengetahuan dan keterampilan sebagai pribadi maupun anggota masyarakat dalam mengadakan hubungan timbal balik dengan lingkungan sosial, budaya dan alam sekitar serta dapat mengembangkan kemampuan dalam dunia kerja atau mengikuti pendidikan lanjutan”

Sejalan dengan fungsi di atas, maka yayasan ini mendirikan sekolah yang khusus menangani anak Tunagrahita dengan nama SLB C YPLB Asih Manunggal yang berdiri dengan ijin Operasional dari Kepala Kantor Wilayah Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Propinsi Jawa Barat Nomor: 1925/IO2.1/Kep/OT/2000 tanggal 11 Juli 2000. Dan secara resmi, sekolah ini mulai beraktifitas pada tanggal 17 Juli 2000 dengan jumlah peserta didik sebanyak 60 orang dan tenaga pendidik sebanyak 12 orang (5 orang PNS dan 7 orang non PNS) yang berlokasi di jalan Singaperbangsa No 103 kelurahan Lebak Gede kecamatan Cobleng.

Sebagai bagian integral dari Dinas Pendidikan, sejak mulai berdiri sampai sekarang, sekolah ini melaksanakan kegiatan belajar mengajar pada satuan pendidikan dasar dan menengah serta sheltered workshop untuk menampung peserta didik paska SMA yang diberikan keterampilan kecakapan hidup. Sesuai dengan Visi dan Misinya, maka semua kegiatan belajar mengajar yang dilaksanakan di SLB C YPLB Asih Manunggal bertujuan untuk kemandirian peserta didik, agar mereka mampu beradaptasi dan bersosialisasi dengan lingkungan dimana mereka berada.

Sebagai implementasi dari kurikulum 2013, sekolah melaksanakan kegiatan kegiatan positif untuk pengembangan karakter, melalui pembiasaan. Selain itu kegiatan keagamaan juga dilaksanakan seperti solat Dhuha dan solat Dhuhur berjamaah. Untuk pelaksanaan gerakan literasi sekolah, setiap hari diadakan gerakan membaca 15 menit sebelum pelajaran dimulai, baik membaca Al Qur’an maupun membaca fiksi atau cerita pendek yang sesuai dengan kemampuannya; selain itu juga peserta didik diajak untuk berliterasi dengan lingkungannya baik di lingkungan sekolah maupun tempat lain.

Sekolah berupaya untuk mengembangkan potensi peserta didik seoptimal mungkin; baik dalam bidang olah raga, seni maupun keterampilan dengan mendorong peserta didik untuk mengikuti latihan atau kursus kursus yang sesuai serta mengikut sertakan pada lomba lomba yang dilaksanakan oleh pemerintah maupun komunitas lain yang peduli pada anak berkebutuhan khusus. Secara moral, para pendiri, pengurus dan pendidik pada Yayasan ini yakin bahwa karya dan pengabdian yang diberikan dalam kegiatan pendidikan khusus di sekolah ini merupakan tugas mulia dari Tuhan Yang Maha Esa.

4.1.1.2 Identitas Sekolah

Nama Sekolah	: SLB-C YPLB ASIH MANUNGGAL
Status Sekolah	: SWASTA
NSS	: 802026023002
NPSN	: 20219859
Alamat Sekolah	: Jl. Singaperbangsa No. 103 RT. 07/07 Kel. Lebak Gede Kec.Coblong Kota Bandung 40132
Nomor Telepon	: 022- 2516084
Email	: asihmanunggal@gmail.com
Tahun Berdiri	: 2000
Izin Operasional	: 1925/ IO2.1/ Kep/OT/2000
Status Akreditasi	:
1. SDLB	: A/B/C/ Belum Terakreditasi *)
2. SMPLB	: A/B/C/ Belum Terakreditasi *)
3. SMALB	: A/B/C/ Belum Terakreditasi *)
Waktu Penyelenggaraan	: Pagi
Nama Kepala Sekolah:	Wiwin Wiartini,S.Pd,M.M.Pd.
NPWP Sekolah	: 66.434.326.6-423.000
Nomor Rekening	:
1. BRI	: 0991-01-011348-53-9
2. BJB	: 0057178949100

4.1.1.3 Identitas Yayasan

Nama Yayasan	: YAYASAN PENDIDIKAN LUAR BIASA (YPLB) ASIH MANUNGGAL
Alamat Yayasan	: Jl. Singaperbangsa No. 103 RT. 07/07 Kel. Lebak Gede Kec.Coblong Kota Bandung 40132
No.Akte Notaris/Tanggal	: 07/ 04 Desember 2015
Nama Ketua Yayasan	: Ir. Santy Junitha
Sekretaris	: Hendra Djuhendi,S.Pd,M.M
Bendahara	: Reni Gusnaeni,M.Pd
Humas	: Dra. Normah Ir. Rizky Primajaya Soekarno
Pengawas	: Sri Handikin,M.Pd Silvana Mariana
Nama Komite Sekolah	:
Ketua	: Ny. Dida Dahlia
Sekretaris	: Ny. Masturoh
Bendahara	: Ny. Novianti

4.1.1.4 Visi, Misi, Stategi Sekolah

1. Visi

Visi SLB-C YPLB Asih Manunggal adalah mendidik Anak Tunagrahita agar Terwujud Pendidikan bagi Anak Tunagrahita secara Optimal Sehingga Dapat Mandiri dan Berdaya Guna bagi Keluarga, Masyarakat, Bangsa dan Negara.

2. Misi

Untuk dapat merealisasikan visi tersebut maka disusunlah misi sekolah yaitu untuk menjadi lembaga pendidikan bagi anak tunagrahita yang terintegrasi dengan seluruh potensi bangsa baik dalam maupun luar negeri. Adapun penjabaran dari misi di atas adalah sebagai berikut:

- 1) Menjadikan anak cerdas dan terampil
- 2) Membekali anak untuk hidup mandiri
- 3) Meyiapkan anak didik agar dapat hidup bermasyarakat

3. Strategi

Untuk mewujudkan misi tersebut maka sekolah menentukan langkah-langkah strategis sebagai berikut:

- 1) Memberikan layanan pendidikan sesuai dengan kebutuhan
- 2) Mengembangkan kemampuan peserta didik sesuai dengan minat dan bakat yang dimilikinya.
- 3) Menjadikan peserta didik agar memiliki kepedulian terhadap lingkungan, mampu beradaptasi dan berpartisipasi aktif dalam masyarakat sesuai kapasitas dan kemampuannya. Serta memiliki nilai-nilai karakter dan kepribadian yang baik dan positif, dalam menjalani kehidupannya
- 4) Menjadikan peserta didik mampu menolong dirinya sendiri dan dapat bekerja sesuai dengan keterampilan yang dimilikinya, agar dapat berdaya guna dan berhasil guna.

4.1.1.5 Keadaan Peserta Didik

Tabel 4.1
Keadaan Peserta didik sampai dengan tahun 2017
Di SLB Asih Manunggal Kota Bandung

NO	TINGKAT KELAS	JENIS KELAINAN		JUMLAH	KETERANGAN
		C1	C		
SDLB					
1	SDLB/ I				
2	SDLB/ II	1		1	
3	SDLB/ III	4		4	
4	SDLB/ IV				
5	SDLB/ V	3		3	
6	SDLB/ VI	1		1	
JUMLAH		9		9	
SMPLB					
7	SMPLB/ VII	5		5	
8	SMPLB/ VIII	6	1	7	
9	SMPLB/ IX		3	3	
JUMLAH		11	4	15	
SMALB					
10	SMALB/ X	2	2	4	
11	SMALB/ XI	2	1	3	
12	SMALB/ XII	3		3	
JUMLAH		7	3	10	
Kelas Keterampilan					
Keterampilan Putra		3	3	6	
Keterampilan Putri		8		8	
JUMLAH		11	3	14	
JUMLAH KESELURUHAN		38	10	48	

4.1.1.6 Keadaan Guru dan Karyawan

Tabel 4.2
Keadaan guru dan karyawan
SLB C Asih Manunggal Kota Bandung Sampai dengan Tahun 2017

STATUS KEPEGAWAIAN	JABATAN										JUMLAH		
	KEPSEK		GURU						TATA USAHA A				
			L	P	L	P	L	P			L	P	L
1. PNS		1	1	6							1	7	8
2. NON PNS													
a. Tetap yayasan			1	1						1	1	2	3
b. Honor													
Jumlah		1	2	7						1	2	9	11

4.1.2 Profil SLB C Yayasan Bahagia Tasikmalaya

4.1.2.1 Sejarah Pendirian Sekolah

SLB Yayasan Bahagia Kota Tasikmalaya didirikan pada tanggal 12 September 1959. SLB Yayasan Bahagia didirikan pada tahun 1959 berawal dari inisiatif bersama para ibu Anggota Pertiwi dengan Akte Notaris No. 11 tanggal 12 September 1959. Gedung SLB Yayasan Bahagia yang sekarang ditempati bangunan di atas tanah Angkatan Darat seluas kurang lebih 999m² dengan status tanah Hak Guna Pakai, sedangkan bangunannya adalah Hak Milik, bangunannya bantuan atau sumbangan dari :

1. Seseorang di Negeri Belanda dengan perantaraan LPPS di Jakarta
2. Bapak panglima kodam VI Siliwangi
3. NCK (Nederlands Comite Voor Kinderpostzegelds) di Negeri Belanda
4. Masyarakat Tasikmalaya, Belanda dan Jakarta

Diresmikan dalam rangka kebangkitan Nasional ke 68 dan HUT TRI Dasa Warsa Siliwangi, tanggal 25 Mei 1976 oleh panglima Daerah Militer VI Siliwangi ,Bapak

Himawan Sutanto Mayor Jendral TNI. Di rehab pada bulan juli 2001 bantuan dari pemerintah melalui Dinas pendidikan provinsi Jawa Barat dan tambahan lokal,1 lokal pada bulan januari 2004. SLB Yayasan Bahagia Kota Tasikmalaya telah mengalami beberapa kali pergantian kepemimpinan diantaranya:

1. Engkos Koswara (1976 – 1987)
2. Drs. Abdul hamid (1987 – 1996)
3. H. Ajat Sudrajat S.Pd (1996 – 2006)
4. Darsono, S.Pd (2006 – 2015)
5. Endang Ramdon, S.Pd (2015 – 2016)
6. Lia Anjasmara, M.Pd (2016 sampai sekarang)

4.1.2.2 Visi, Misi dan Tujuan Sekolah

Dengan berpedoman kepada visi dan misi yayasan Aditya Grahita kota Bandung yang tertuang dalam rencana strategis tahun 2007 sampai 2012 dan disesuaikan serta diselaraskan dengan visi dan misi Subdin PLB Dinas Pendidikan Provinsi Jawa Barat (tersebar nya lembaga PLB di seluruh Jawa Barat dan terwujud nya mutu PLB di Jawa Barat yang terunggul di Indonesia sehingga menjadi barometer PLB di tahun 2010) serta disesuaikan dengan situasi dan kondisi dengan berlandaskan kepada potensi sumber daya yang ada, maka SLB Aditya Grahita kota Bandung menetapkan visi sebagai berikut: “Terwujud nya SLB Aditya Grahita yang berdaya saing tinggi dan terunggul dalam meningkatkan pelayanan dan mutu Pendidikan Luar Biasa tahun 2013 sehingga dihasilkan siswa cerdas secara intelektual, emosional, dan spiritual.” Untuk mewujudkan visi yang telah ditetapkan maka SLB Bahagia Kota Tasikmalaya menetapkan misinya sebagai berikut:

1. Meningkatkan mutu pelayanan pembelajaran bagi sisw
2. Meningkatkan kualitas dan kompetensi guru dalam penguasaan Pendidikan Luar Biasa
3. Mewujudkan pendidikan dan pengajaran berbasis kemandirian yang berorientasi pada kecakapan hidup (*life skill*)
4. Mengembangkan prestasi siswa dalam kegiatan ekstra kurikuler dalam bidang kesenian, keterampilan, dan olahraga

4.1.2.3 Profil Sekolah

Nama Sekolah	: SLB Yayasan Bahagia
Alamat	: Jl. Taman Pahlawan No. 20 Kelurahan Cikalang Kecamatan Tawang Kota Tasikmalaya Provinsi Jawa Barat 46114
NSS	: 8221 1102 31001
Jenjang akreditasi	: “B” (SDLB, SMPLB)
Tahun didirikan	: 1959
Tahun beroperasi	: 1959
Ijin Operasional	
Nomor	: 030/SLB/JP/XII/1987
Tanggal	: 28 Desember1987
Kepemilikan tanah	:
Status tanah	: Hak Guna Pakai
Luas Tanah	: ± 999 m ²
Status Bangunan	: Hak Milik
Jumlah Bangunan	: 2
Jumlah Ruang kelas	: 47 kelas
Rombel	: 45 Rombel
Luas Tanah	: 999 M ²
Luas Bangunan	: 370 M ²
Waktu Belajar	: Pagi Hari

4.1.3 Data kualitatif hasil interview dan focus group discussions.

Studi kualitatif pada fase eksplorasi dilakukan untuk menggali dan memperoleh data awal terkait berbagai kendala dan upaya yang dihadapi oleh berbagai elemen dalam memberikan pelayanan pendidikan kepada anak penyandang retardasi mental. Pelayanan pendidikan dan kesehatan yang di gali dalam bentuk berbagai upaya dan Kendala tersebut di peroleh melalui pendapat dan masukan dalam wawancara mendalam dan focus grup discussions. Selain itu, pada tahap ini kajian

diarahkan juga pada upaya, kendala dan kebutuhan yang diperlukan untuk dapat menstimulasi model pengajaran integratif orang tua dan sekolah agar dapat melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak penyandang Retardasi Mental dalam melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri, khususnya dalam melakukan perawatan personal hygiene.. Upaya Eksplorasi dilakukan terhadap Psikolog, guru SLB Asih Manunggal, orang tua dan perawat anak yang bergerak dalam aktifitas pendidikan bagi penyandang disabilitas. Pada tahapan ekplorasi, dikaji berbagai upaya, kendala dan kebutuhan dominan yang sering dihadapi dalam upaya pencapaian kemandirian anak retardasi mental dalam melakukan personal hygiene.

Tabel 4.3
Distribusi Frekwensi responden pada tahap eksplorasi

Kualifikasi Responden	Frekuensi	Prosentase
SLB C Asih Manunggal		
- Guru	11	61.11
- Orang Tua	5	27.78
- Psikolog	1	5.55
- Perawat	1	5.55
Jumlah	18	100
SLB Yayasan Bahagia		
- Guru	2	22.00
- Orang Tua	3	37.50
- Psikolog	1	12.50
- Perawat	2	25.00
Jumlah	8	100

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa distribusi responden pada tahap eksplorasi ini diperoleh sebanyak 26 responden yang berasal dari guru SLB, Psikolog, Perawat anak, dan orang tua. Jumlah ini terdistribusi di dua SLB yaitu SLB Asih Manunggal kota Bandung sebanyak 18 responden, dan SLB Yayasan Bahagia Tasikmalaya sebanyak 8 responden. Jumlah ini berbeda dengan rencana awal jumlah responden sebanyak 17 orang.

DATA	THEMA
<p>Guru 1, 2, 3 dan 4</p> <p>“ dalam pendidikan Luar biasa kami berorientasi pada panduan pendidikan kurikulum secara umum untuk anak-anak penyandang keterbatasan, semacam kurikulum pendidikan (saya lupa) pastinya, tapi model atau pedoman khusus dalam perawatan personal hygiene sebagai hasil penelitian kami belum menemukan referensinya”</p> <p>“.....Belum ada panduan yang jelas dan upaya menilainya secara objektif.....”</p> <p>“..... Saat ini karena sebagian besar anak-anak kami berada dalam gradasi, ringan dan sedang, ya ... kami memperlakukan mereka sama, karena jujur saja kami kesulitan memantaunya secara rinci satu persatu.....”</p> <p>“ Mereka (anak-anak RM) memang memerlukan panduan khusus dalam belajar memandirikan diri mereka sendiri”</p> <p>“ Kami sering merasa sendirian dalam memperhatikan mereka, sementara sedikit sekali masyarakat yang peduli dengan kami dan mereka”</p> <p>“ Mata pelajaran Bina Diri, satu-satunya pedoman bagi kami untuk mendidik dan melatih kemandirian siswa yang meliputi : Merawat diri, menghindari bahaya... (trus apa lupa lagi saya). Pokoknya da di mata pelajarn ini....”</p> <p>“ Komunikasi dengan orang tua, mellalui media social yang dilakukan. Bukan melalui dokumen atau penduan/pedoman. Kami juga sering bertemu dengan orang tua kalau dipandang perlu ada komunikasi, yang terjadwal itu setiap semester...”</p> <p>“ Pedoman yang biasa digunakan oleh guru0guru adalah Buku Kuning, sejenis GBPP untuk mata kuliah Bina Diri....”</p> <p>Orang tua 1, 2, 3 dan 4</p> <p>“ Tidak ada pedoman, ataupun modul yang diberikan pihak sekolah sebagai pedoman melatih anak di rumah.....”</p> <p>“..... Saya biasanya melihat dan memperhatikan anak saya melakukannya, kalau tidak biasa di Bantu atau ditolong.....”</p> <p>“..... Saya senang kalau anak saya dapat mengerjakannya sendiri, tanpa bantuan dan hasilnya bersih atau baik.....”</p> <p>“Lebih sering anak saya mandi sendiri, hanya hasilnya kadang kurang bersih.....”</p> <p>“ Sebenarnya sering saya arahkan, hanya, ya begitulah, sulit di atur anak-anak kami.....”</p> <p>“..... Pada kondisi seperti ini, dukungan keluarga yang paling kuat harus ihklas, sabar, mau menerima mereka apa adanya.....”</p>	<p>Belum ada model yang jadi pedoman anak retardasi mental dalam mencapai kemandirian personal hygiene ditinjau dari aspek kesehatan/keperawatan.</p>

Pengambilan data terhadap responden tahap eksplorasi dilakukan sebanyak 2 kali, yaitu pada tanggal 24 September 2018 di Bandung dan di Tasikmalaya pada tanggal 27 September 2018. Metode yang dilakukan adalah dengan *focus grup discussion* dan wawancara mendalam atau *indeepth interview*. Selanjutnya hasil analisa data hasil *indeepth interview* dan *focus group Discussion* yang dilakukan secara tematik dengan memperhatikan kejenuhan data dari masing-masing pendapat responden sesuai tema yang di kumpulkan. Hasil akhir tema-tema yang diperoleh adalah sebagai berikut : :

Tabel, 4.4
Data kualitaitaif interview dan Focus Group Dscussion

<p>Psikolog “ Se jauh ini belum ada instrument standar yang memberikan panduan bagi anak disabilitas dengan RM untuk memandirikan mereka dalam kegiatan personal hygiene..... “ “ Sebagai praktisi, saya menyambut baik, upaya yang dilakukan teman-teman perawat untuk lebih intens memperhatikan penyandang disabilitas.....” “ Saya bersedia membantu dan memfasilitasi selama hal tersebut di butuhkan teman-teman.....” “ Dari pandangan Psikolog, istilah penderita itu tidak tepat, orang tua harus tahu, bahwa mereka adalah anak-anak kita yang special atau istimewa.....”</p> <p>Perawat anak “ Model dan modul bagi perawatan disabilitas dan kemandirian dalam personal hygiene belum pernah mengenal” “ selama ini yang kita kenal adalah konsep model self care defrisit yang digunakan oleh Dorothea orem sebagai pedoman dalam melatih kemandirian pasien, hanya tidak spesifik bagi penderita disabilitas.....” “ Perlu adanya panduan yang lebih mengarahkan perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita RM sesuai kompetensi dan kewenangan, khususnya perawat anak.....”</p>	
<p>Guru 1, 2, 3 dan 4 “Salah satu kendala pelaksanaan memandirikan anak RM di sekolaha dalah kurangnya SDM yang mengasuh, rasio guru dan murid cukup besar 1 : 11, yang tentunya tidak bias memantau secara intensif selama mereka besekolah.....” “ Waktu mereka disekolah cukup singkat, selebihnya mereka lebih banyak menghabiskan waktunya di rumah, sehingga orang tua haris lebih aktif memantau....” “ Sebenarnya kami sudah memberikan buku komunikasi dalam bentuk monitoring aktifitas siswa secara umum., hanya belum detail pada masalah personal hygiene.....” “ Pelajaran personal hygiene sering dilakukan disekolah, hanya mungkin pemantauannya yang belum optimal.....” “..... Mudah-mudahan hasil penelitian ini dapat digunakan oleh pihak kami, sebagai pendidik untuk lebih memberikan pelayanan pada para siswa.....”</p> <p>Orang tua 1,2 3 dan 4 “ Kami sangat sedih dengan keadaan putra-putri kami, saya sudah mengurusnya sejak 8 tahun yang lalu, kami ingin yang terbaik bagi putra kami, hanya kadang-kadang kesabaran kami juga suka terganggu, dan memarahi mereka....” “..... Saya suka hadir jika dipanggil pihak sekolah, berdiskusi, dan membicarakan kemajuan putra kami, meskipun kalau di berikan pedoman untuk mengontrol aktifitas kebersihan anak-anak kami belum pernah.....” “..... Sebagai orang tua, saya sering bingung, dengan keadaan anak kami, terutama kalau sedang marah-marah, akhirnya biarlah kami yang mengalah dan bersabar....” “..... Saya senang kalau diberi pelajaran khusus cara memandirikan anak-anak kami....”</p> <p>Psikolog “ Banyak masyarakat yang tidak mau ke Puskesmas, apalagi kalau pelaksanaannya dilakukan saat banyak kegiatan di wilayah”</p> <p>Perawat anak “ Perawat tidak terlibat secara intens dalam proses pembelajaran anak, hanya kalau ada yang sakit, jadi tidak tahu” “.....Perawat belum secara legal, menajdi perawat yang melayani anak-anak dengan disabilitas, kecuali sebatas bekerjasama dengan dokter anak, dan psikolog, sehingga kewenangannya memang belum jelas.....”</p>	<p>Hambatan dan kendala utama dalam melakukan pendidikan kemandirian pada anak retardasi mental adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah SDM guru SLB terbatas - Komunikasi yang kurang antara sekolah dengan orang tua. - Orang tua tidak tahu apa yang harus dilakukan - Orang tua cemas dengan kondisi anaknya - Harapan orang tua yang berlebihan - Orang tua over protektif

<p><u>Guru 1, 2 3, dan 4</u> “ Betul, perlu adanya kerjasama dengan orang tua, sebagai guru, saya senang kalau ada pelatihan bagi para orang tua” “perlu ada kerjasama dengan orang tua..... “ “ ... Keluarga dan orang tua perlu mendukung baik secara sosial maupun personal agar anak mandiri” “ Dukungan keluarga sangat berarti dalam membangun kepercayaan anak....” “ Anak harus mendapatkan dukungan yang cukup dalam melakukan aktifitas sehari-harinya.....”</p> <p><u>Psikolog</u> “ Masih banyak orang tua yang memiliki persepsi kurang baik terhadap anak dengan retardasi mental” “ Orang tua perlu memiliki pengetahuan yang cukup dalam mendukung optimalisasi anak-anak RM....” “ Komunikasi tertulis, lisan, dan profesional perlu di kembangkan antara orangtua dan guru SLB-C.....”</p> <p><u>Orang tua</u> “.... Sangat senang kalau diberikan pelatihan dan pemahaman, tapi jangan jam kerja.....” “ Akan mendukung kalau diadakan pelatihan untuk orang tua.....” “ Sangat ingin melakukan perawatan anak secara benar di rumah, tapi selama ini tidak tahu cara yang baiknya... mengalir saja. ”</p>	<p>Perlu pelatihan bagi orang tua dan guru</p> <p>Perlu pedoman komunikasi orang tua dan guru</p>
--	---

Table 4.4 menggambarkan studi eksploratif yang menunjukkan kejenuhan data setelah dilakukan wawancara mendalam (*deep interview*) pada 28 responden penelitian yang tersebar di Kota Bandung dan Kota Tasikmalaya. Semua responden tersebut adalah : orang tua siswa 8 orang, Guru SLB 13 orang, Psikolog 2 orang dan perawat anak 3 orang. Hasilnya menunjukkan bahwa terdapat tiga topic utama yang menjadi kendala dalam membrikan dukungan keluarga ekepada anak-anak penyandang disabilitas dengan retardasi Mental, yaitu :

- 1) Belum ada model yang menjadi pedoman orang tua untuk memberikan dukungan keluarga agar anak penyandang retardasi mental dapat mencapai kemandirian personal hygiene ditinjau dari aspek kesehatan/ keperawatan
- 2) Hambatan dan kendala utama dalam melakukan pendidikan kemandirian pada anak retardasi mental adalah :
 - (1) Jumlah SDM guru SLB terbatas
 - (2) Komunikasi yang kurang antara sekolah dengan orang tua.
 - (3) Orang tua tidak tahu apa yang harus dilakukan
 - (4) Orang tua cemas dengan kondisi anaknya

- (5) Orang tua yang over protektif pada anak
- 3) Perlu pelatihan bagi orang tua dan guru
- 4) Perlu pedoman komunikasi orang tua dan guru

4.1.4 Deskripsi model

Model Sariksa merupakan sintesa dari dua model yaitu model defisit perawatan diri yang dikemukakan oleh Dorothea Orem (*Orem's self care deficit Model*) dan model interaksi keluarga dan anak dari Barnard (Barnard's parent child interaction model)

Teori keperawatan Barnard berfokus pada interaksi antara ibu-bayi dengan lingkungannya. Teori ini dapat juga diderivasi kepada hubungan orang tua dengan anak bukan hanya pada periode bayi. Teori ini didasarkan skala perkembangan anak salah satunya melalui pendidikan kesehatan dan lingkungan (Tomey & Alligood, 2006). Model ini digokuskan pada pengembangan perangkat untuk mengevaluasi kesehatan anak, perkembangan dan pertumbuhannya dengan melihat hubungan orang tua – anak sebagai sebuah interaksi. Karakteristik orang tua dan anak dimodifikasi sedemikian rupa sesuai dengan kebutuhan system. Barnard menekankan modifikasi sebagai perilaku adaptif.

Perilaku adaptif menurut teori Barnard meliputi

1. Kejelasan isyarat (*Clarity of cues*)

Anak mengirim isyarat atau tanda untuk menyampaikan pesannya. Pesan ini bisa ditransfer secara verbal ataupun non verbal. Isyarat/tanda yang dikirimkan dapat mempermudah atau mempersulit orangtua untuk membaca tanda tersebut dan membuat modifikasi yang sesuai dengan tanda tersebut. Apabila pertanda yang diberikan membingungkan maka dapat mengganggu kemampuan orang tua untuk merespon kebutuhan anak tersebut.

Pada anak berkebutuhan khusus sangatlah penting orang tua menangkap dan menterjemahkan isyarat tertentu yang dimunculkan anak. Keterbatasan bahasan verbal maupun non verbal menjadi perhatian bagi orang tua agar pesan yang

ditampilkan anak tetap dapat diterima dengan baik. Isyarat yang dimunculkan anak bisa mempermudah atau bahkan mempersulit orang tua dalam memahaminya sehingga sangat berpengaruh pada respon ataupun perilaku yang diberikan orang tua.

2. *Responsiveness to caregiver*

Seorang anak seperti halnya juga orang tua dalam menerima isyarat/tanda yang diberikan anaknya, anak juga dapat membaca pertanda (*cues*) yang ditunjukkan oleh orang tuanya sehingga anak dapat merespon dan memodifikasi kembali perilakunya. Respon yang diberikan bersifat timbal balik. Respon orang tua dalam menjawab isyarat yang diberikan anak juga akan berefek timbulnya kembali respon anak terhadap perilaku yang diberikan orang tua.

3. *Parent sensitivity to the child's cues* (sensitifitas orang tua pada isyarat yang ditampilkan anak)

Orangtua harus memiliki sensitifitas yang baik dalam merespon perilaku anak. Orang tua harus dapat membaca pertanda yang diberikan anak sehingga mereka dapat memodifikasi perilakunya dengan tepat. Sensitifitas ini ditunjukkan dalam sikap responsive terhadap perilaku yang ditujukan anak dalam menyampaikan pesan/keinginannya

4. *Parent's ability to alleviate the child's distress* (Kemampuan orang tua mengurangi distress pada anaknya)

Anak berkebutuhan khusus seperti halnya anak biasa, menerima stressor dari berbagai sumber baik internal maupun eksternal. Pada beberapa kondisi anak dapat menyesuaikan diri pada stressor tetapi juga dapat mengalami distress. Kemampuan orangtua untuk mengurangi distress pada anaknya tergantung pada pemahaman orangtua tentang saat terjadinya stres dan pengetahuan orangtua tentang tindakan yang tepat dilakukan saat stres terjadi. Oleh karenanya orang tua harus membekali diri dengan pengetahuan-pengetahuan terkait pemenuhan kebutuhan anak berkebutuhan khusus termasuk kebutuhan akan kebersihan diri sendiri.

5. *Parent's social and emotional growth fostering activities* (orang tua membantu pertumbuhan social dan emosional)

Orang tua memiliki tanggungjawab bagi tumbuh kembangnya seorang anak termasuk anak yang berkebutuhan khusus. Kemampuan orangtua dalam memberi rangsangan pertumbuhan fisik, sosial dan emosional diperlukan agar anak mampu beradaptasi dengan lingkungannya. Orangtua bertanggungjawab dalam mengasuh anak, menjalin interaksi sosial, dan memberikan penguatan positif terhadap perilaku anak. Penguatan ini sangat penting bagi anak sebagai bentuk perhatian orang tua pada anaknya. Orangtua harus memahami tingkat perkembangan anak dan dapat menyesuaikan perilakunya terhadap kebutuhan perkembangan anak

6. *Parent's cognitive growth fostering activities* (orang tua membantu perkembangan kognitif)

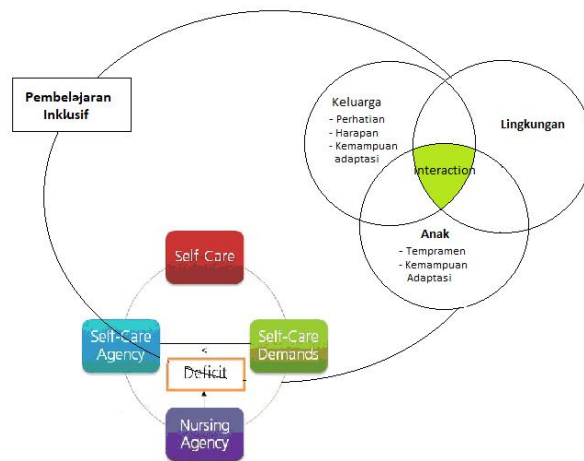
Orang tua harus memiliki kemampuan dalam menstimulasi perkembangan kognitif anak. Kemampuan ini diperoleh orang tua dari berbagai metode baik langsung belajar dari orang yang memiliki pengetahuan itu, ataupun melalui sumber-sumber yang lainnya.

Model interaksi keluarga dan anak dari Barnard ini digunakan dalam meningkatkan *self agency* anak berkebutuhan khusus sehingga memiliki kemampuan dalam memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya. *Selfcare Agency* merupakan suatu kemampuan anak berkebutuhan khusus dalam melakukan perawatan diri sendiri, yang dapat dipengaruhi oleh usia, perkembangan, sosiokultural, kesehatan dan lain-lain. Interaksi orang tua dengan anak diarahkan bagi tumbuh dan berkembangnya kemampuan anak. Dukungan keluarga baik informasional, instrumental, social, emosional diarahkan bagi peningkatan potensi anak dalam memenuhi kebutuhan dirinya sendiri dalam hal pemenuhan kebutuhan kebersihan diri.

Peningkatan potensi anak (*self agency*) diharapkan mampu menjawab tuntutan untuk memenuhi kebutuhan sendiri (*self care demand*). Pada kondisi dimana *self*

agency anak berkebutuhan khusus meningkat dan melebihi tuntutan self care (self care demand) maka tidak akan terjadi self care deficit terkait pemenuhan kebutuhan kebersihan diri anak.

Gambar 4.1
Gambaran Skema Model : Deskripsi model



4.1.5 Komponen Model

Model pembelajaran terdiri atas 3 komponen utama yaitu modul, pelatihan dan Pengukuran awal kemandirian dan pendampingan pemberian dukungan.

1) Modul Pelatihan Dukungan Keluarga

Modul disusun berdasarkan hasil studi eksplorasi yang melibatkan guru pendidik di SLB C Asih Manunggal dan SLB C Yayasan Bahagia Tasikmalaya, psikolog, perawat anak dan orang tua yang memiliki anak berkebutuhan khusus. Hasil studi eksplorasi kemudian disintesis dengan dua teori keperawatan yaitu teori perawata diri (*self care*) dari Orem dan teori interaksi orang tua dan anak (*Parental – Child Interaction*) dari Bernard.

Interaksi orang tua dengan anak berkebutuhan khusus ditujukan bagi meningkatkan dan optimalisasi potensi yang dimiliki anak (*self agency*) sehingga mampu memenuhi tuntutan (*self care demand*) khususnya dalam memenuhi

kebutuhan kebersihan diri. Bentuk interaksi orang tua anak ditujukan bagi tersedianya dukungan keluarga bagi kemandirian anak berkebutuhan khusus.

Dukungan keluarga yang digunakan meliputi beberapa jenis dukungan yaitu dukungan informasional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dukungan emosional dan dukungan social. Kelima komponen dukungan ini merupakan isi interaksi orang tua dengan anak dalam meningkatkan potensi anak dalam memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya secara mandiri.

Modul yang disusun merupakan pedoman pemberian pelatihan untuk guru di SLB dan orang tua dalam memberikan dukungan bagi siswa dan anak-anak berkebutuhan khusus dengan retardasi mental. Modul ini membahas tentang berbagai bentuk dukungan yang dapat dilakukan oleh keluarga dalam upaya memandirikan anak berkebutuhan khusus dengan Retardasi Mental agar dapat melaksanakan tugas-tugas kehidupan sehari-hari (*activity Daily Living*) dalam perawatan personal hygiene. Istilah SARIKSA digunakan untuk mendeskripsikan kondisi anak-berkebutuhan khusus yang memiliki sifat dan karakter Sehat-Rajin-Kuat-Sejahtera. Modul disusun dengan mengelaborasi peran keluarga yang sinergis dengan program-program pendidikan formal di Sekolah Pendidikan Luar Biasa Type C (SLB-C). Selain itu, dalam proses pelatihannya, modul ini disusun dengan pendekatan model keperawatan *self care deficit* (Dorothea Orem) dan *Parent Child Interactional* (Catherine Bernard). Upaya memandirikan kemampuan personal hygiene, di arahkan pada dukungan keluarga yang sinergis dengan program pendidikan ditinjau dari aspek dukungan : Informasional, Penghargaan, Instrumental, Emosional, dan social. *Personal hygiene* merupakan cara perawatan diri setiap orang untuk memelihara kesehatan mereka. Pemeliharaan *hygiene* perorangan sangat diperlukan untuk memperoleh kenyamanan, meningkatkan kesehatan seseorang, memelihara kebersihan diri seseorang, memperbaiki *personal hygiene* yang kurang, mencegah penyakit, meningkatkan percaya diri seseorang dan mendapat nilai estetika atau keindahan. Tindakan *hygiene* sama halnya dengan meningkatkan kesehatan.

Materi dalam modul Sariksa :Dukungan Keluarga Dalam Mencapai Kemandirian Anak Penyandang Disabilitas Dengan Retardasi Mental Di Sekolah Pendidikan

Luar Biasa Type C (SLB-C) Asih Manunggal kota Bandung ini penting untuk dilakukan dalam upaya pengembangan kelimuan keperawatan dalam tataran praktik klinik keperawatan bagi anak-anak penyandang disabilitas, khususnya Retardasi Mental. Hasil penelitian model “Sariksa” akan dapat digunakan sebagai standar acuan dan pedoman bagi semua kelompok yang berkepentingan (orang tua, lembaga pendidikan dan perawat) dalam memberikan pelayanan secara optimal pada anak-anak penderita retardasi Mental, sehingga mereka dapat mencapai kualitas sesuai dengan tahapan pertumbuhan dan perkembangannya. Selain itu, hasil penelitian model “Sariksa” ini dapat dijadikan rujukan yang digunakan oleh lembaga-lembaga pendidikan SLB C dalam memandirikan personal hygiene anak-anak retardasi mental di SLB C yang selama ini belum didapatkan

Modul Dukungan Keluarga Dalam Mencapai Kemandirian Anak Penyandang Disabilitas Dengan Retardasi Mental Di Sekolah Pendidikan Luar Biasa Type C (SLB-C) Asih Manunggal kota Bandung ini terdiri dari 7 kegiatan belajar, yaitu: Kegiatan Belajar 1: Konsep dasar Model SARIKSA., 2: Tinjauan Profil SLB Asih Manunggal Kota Bandung dan Yayasan Bahagia Tasikmalaya., 3. Dukungan Informasional Keluarga 4: Dukungan Penghargaan Keluarga., 5. Dukungan instrumental keluarga., 5. Dukungan Emosional Keluarga., dan 7. Dukungan Sosial Keluarga. Modul ini dilengkapi juga dengan materi beserta latihan, rangkuman, tes Petunjuk bimbingan., Model gambar dan lembar observasi tugas dukungan keluarga..

Modul yang dikembangkan terdiri dari 7 Kegiatan belajar (KB) yaitu,:

(1) Modul Kegiatan Belajar (KB) I : Konsep Dasar Model Sariksa

Materi yang disampaikan pada KB 1 terkait sintesa dua model yaitu model self care dan parent-child interaction. Materi pada KB 1 berisikan pentingnya interaksi orang tua dengan anak berkebutuhan khusus bagi meningkatnya dan optimalisasi potensi yang dimiliki anak (self agency) sehingga mampu memenuhi tuntutan (self care demand) khususnya dalam memenuhi kebutuhan kebersihan diri. Bentuk interaksi orang tua anak ditujukan bagi tersedianya dukungan keluarga bagi kemandirian anak berkebutuhan khusus.

Dukungan keluarga yang digunakan meliputi beberapa jenis dukungan yaitu dukungan informasional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dukungan emosional dan dukungan social. Kelima komponen dukungan ini merupakan isi interaksi orang tua dengan anak dalam meningkatkan potensi anak dalam memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya secara mandiri

(2) Modul Kegiatan Belajar (KB) II : Profil SLB C

Pada kegiatan Belajar II dijelaskan secara lengkap profil kedua SLB C yang menjadi tempat penelitian. Yaitu Asih Manunggal Kota Bandung dan Yayasan Bahagia Tasik Malaya. Penjelasan meliputi Visi misi, sejarah, kegiatan akademik, jumlah siswa dan ketersediaan SDM, kesediaan fasilitas pembejaran dan berbagai fasilitas penunjang pendidikan lainnya.

(3) Modul Kegiatan Belajar (KB) III : Model Dukungan Informasional

Pada kegiatan belajar III berisikan langkah-langkah yang harus dilakukan oleh keluarga dalam membantu memandiriakan anaknya pada aspek informasional. Kegiatan belajar II mensyaratkan adanya kerjasama antara pihak lembaga/ sekolah dengan keluarga. Mencakup pemberian nasehat, petunjuk saran dan mengajarkan keterampilan yang bisa menyediakan pemecahan. Manfaat dalam dukungan ini adalah adanya informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya, dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan *feed back*. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi. Model kegiatan belajar II terdiri dari : Tujuan, pokok bahasan, Indikator, Uraian materi, lembar tugas, Lembar observasi kegiatan, dan daftar pustaka.

(4) Modul Kegiatan Belajar (KB) IV : Model dukungan penghargaan

Seperti halnya kegiatan belajar III, pada kegiatan belajar IV, keluarga di dorong untuk dapat memberikan dukungan dalam hal penghargaan kepada setiap kelebihan yang dimiliki oleh anaknya. Pada kegiatan belajar ini, akan disusun pedoman bagi keluarga agar dapat melakukan ungkapan penghargaan positif untuk orang lain, dorongan untuk maju, persetujuan dengan gagasan atau dengan individu, dan

perhatian kepada individu lain. Model kegiatan belajar IV terdiri dari : Tujuan, pokok bahasan, Indikator, Uraian materi, lembar tugas, Lembar observasi kegiatan, dan daftar pustaka..

(5) Modul Kegiatan Belajar (KB) V : Dukungan instrumental

Pada kegiatan belajar V, akan di susun pedoman keluarga dalam memberikan dukungan instrumental, dengan menggunakan bahasa dan dan pedoman gambar yang mudah di fahami. Pedomen ini mengarahkan keluarga untuk memberikan bantuan secara langsung seperti ketika anggota keluarga lain memberikan, menolong, membantu menyelesaikan masalah seseorang pada situasi tertentu. Keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit. Model kegiatan belajar IV terdiri dari : Tujuan, pokok bahasan, Indikator, Uraian materi, lembar tugas, Lembar observasi kegiatan, dan daftar pustaka

(6) Modul Kegiatan Belajar (KB) VI : Model dukungan emosional

Pada kegiatan Belajar VI, model akan membimbing keluarga dalam mengarahkan pemberian dukungan secara emosional. Kegiatan belajar di susun dalam contoh-contoh kalimat dan gambar yang menunjukkan bentuk dukungan emosional keluarga pada anak penderita retardasi Mental, mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap individu-individu lain. Dengan begitu individu merasa dicintai dan merasa aman. Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas, dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal dimiliki dan dicintai. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat. Model kegiatan belajar V terdiri dari : Tujuan, pokok bahasan, Indikator, Uraian materi, lembar tugas, Lembar observasi kegiatan, dan daftar pustaka..

(7) Modul Kegiatan Belajar (KB) VII : Model dukungan sosial

Kegiatan belajar VI berisikan pedoman dukungan keluarga pada aspek social. Pada kegiatan belajar ini, model disusun agar dapat memberikan pedoman dalam memberikan bantuan / kehadiran bantuan orang lain bagi anak penderita retardasi

mental. Bisa juga menghabiskan waktu dengan orang lain pada waktu luang. Oleh karena itu, individu merupakan bagian dari keluarga, teman sekolah atau kerja, kegiatan agama atau bagian dari kelompok lainnya. Model kegiatan belajar VI terdiri dari : Tujuan, pokok bahasan, Indikator, Uraian materi, lembar tugas, Lembar observasi kegiatan, dan daftar pustaka

2) Pelatihan Pemberian Dukungan bagi Anak berkebutuhan khusus dengan retardasi mental

Komponen pelatihan dilakukan sebanyak 2 tahapan, yaitu tahapan pelatihan bagi para guru SLB C Asih Manunggal dan pelatihan bagi para orangtua siswa SLB C Asih manunggal. Masing-masing pelatihan dilakukan selama 3 hari. Pelatihan bagi guru dilakukan pada tanggal 19-21 Nopember 2018 mulai pukul 12.30 – 16.30, sedangkan pelatihan untuk orangtua dilakukan pada tanggal 22-24 Nopember 2018, pukul 08.00 – 12.00 WIB. Modul pelatihan yang digunakan adalah modul yang sudah disusun pada tahap sebelumnya.

Pada tahap pelatihan diukur kemampuan guru dan orangtua dalam memahami konsep dukungan keluarga untuk memandirikan anak berkebutuhan khusus pada ketiga aspek perilaku, yaitu aspek pengetahuan, keterampilan dan sikap (hasil pengukuran disajikan dalam sub topic validasi model). Pengukuran dilakukan sebelum dan setelah pelatihan. Metode pelatihan dilakukan dengan ceramah dan tanya jawab, diskusi, diskusi kelompok, demonstrasi, dan simulasi. Hari pertama diisi dengan materi dan konsep. Hari kedua demonstrasi dan diskusi dan hari Ketiga dilakukan praktik simulasi.pemberian dukungan

3) Pengukuran awal Kemandirian Personal Hygiene dan Pendampingan pemberian dukungan

Proses Pengukuran awal Kemandirian Personal Hygiene dan Pendampingan pemberian dukungan dilakukan setelah proses pelatihan dilalui. Pendampingan dilakukan pada saat kegiatan proses belajar mengajar. Pendampingan bersifat monitoring dengan membuat daftar checklist kegiatan yang harus dilakukan oleh guru dan orang tua dengan memberikan penilaian

awal keadaan personal Hygienen anak didik. -masing. Proses pengukuran dan pendampingan terintegrasi dan sinergis dengan kegiatan belajar siswa sehari-hari. Pendampingan dilakukan pada periode 25 November sampai Desember 2018

4.2 Hasil Validasi Model

Hasil validasi diarahkan pada indikator keberhasilan model, yaitu : Peningkatan kemampuan keluarga dalam memebrikan dukungan, peningkatan kemandirian anak berkebutuhan khusus dengan retardasi mental dalam melakukan personal hygiene dan peningkatan status personal hygiene anak berkebutuhan khusus dengan retardasi mental.

4.2.1 Hasil Validasi Model tahap pelatihan

1) Karakteristik Orang Tua

Tabel 4.5
Karakteristik Responden (orangtua) anak penyandang disabilitas
Dengan retardasi mental di SLB C Asih Manunggal
Berdasarkan usia, pendidikan dan pekerjaan.

VARIABEL	PERAN	Frekwensi (f)	Prosentase (%)
USIA	IBU		
	- ≤ 30 thn	7	20.6
	- 31 – 40 thn	17	50.0
	- 41 – 50 thn	9	26.5
	- ≥ 51	1	2.9
	Jumlah	34	100
	AYAH		
	- ≤ 30 thn	2	5.9
	- 31 – 40 thn	12	35.3
	- 41 – 50 thn	16	47.1
≥ 51	4	11.8	
Jumlah	34	100	
PENDIDIKAN	IBU		
	- SD	2	5.9
	- SMP/Sederajat	4	11.8
	- SMA/Sederajat	18	52.9
	- PT	10	29.4
	Jumlah	34	100
	AYAH		
	- SD	0	0
	- SMP/Sederajat	3	8.8
	- SMA/Sederajat	19	55.9

	- PT	12	35.3
	Jumlah	34	100
PEKERJAAN	IBU		
	- Bekerja	9	26.5
	- Tidak Bekerja	25	73.5
	Jumlah	34	100
	AYAH		
	- PNS / TNI/Polri	5	14.7
	- Swasta	29	85.3
	Jumlah	34	100

Table 4.5 memberikan gambaran bahwa usia ibu paling besar terdistribusi pada rentang usia 31-40 tahun yaitu 17 orang (50%), sedangkan usia ayah terdistribusi pada rentang usia 41-50 tahun, yaitu 16 orang (47.1%). Pada variabel pendidikan ayah dan ibu, berpendidikan SMA/Sederajat yaitu 18-19 orang (52.9%-55.9%). Variabel pekerjaan, sebagian besar ibu tidak bekerja, yaitu 25 orang (73.5%), sementara ayah semuanya bekerja dengan distribusi terbesar bekerja swasta sebanyak 29 orang (85.3%).

2) Karakteristik Anak

Tabel 4.6
Karakteristik Responden anak penyandang disabilitas
Dengan retardasi mental di SLB C Asih Manunggal
berdasarkan pendidikan dan jenis kelamin

VARIABEL	PERAN	Frekwensi (f)	Prosentase (%)
PENDIDIKAN	SEKOLAH DASAR /SD		
	- Kelas 1	0	0
	- Kelas 2	1	2.9
	- Kelas 3	4	11.8
	- Kelas 4	0	0
	- Kelas 5	3	8.8
	- Kelas 6	1	2.9
	Jumlah	9	26.47
	SEKOLAH MENENGAH PERTAMA / SMP		
	- Kelas 7	3	8.8
	- Kelas 8	6	17.6
	- Kelas 9	4	11.8
	Jumlah	13	38.23
	SEKOLAH MENENGAH ATAS / SMA		
	- Kelas 10	3	8.8
	- Kelas 11	4	11.8
	- Kelas 12	5	14.7
	Jumlah	12	35.29

Tingkat Pendidikan	Tingkat Retardasi Mental				Total	%
	Ringan		Sedang			
	f	%	f	%		
Sekolah Dasar (SD)	0	0	9	100	9	100
Sekolah Mengah Pertama(SMP)	4	30.8	9	69.2	13	100
Sekolah mengah Atas (SMA)	6	50.0	6	50.0	12	100
Total	10	29.4	24	70.6	34	100

JENIS KELAMIN	-	Laki-laki	21	61.8
	-	Perempuan	13	38.2
Jumlah			34	100
TINGKAT RETARDASI MENTAL	-	Ringan	10	29.4
	-	Sedang	24	70.6
Jumlah			34	100

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa anak penyandang disabilitas Retardasi Mental di SLB Asih Manunggal terdistribusi pada jenjang pendidikan dasar (SD) dan menengah (SMP/SMA). Hanya 9 orang (26,47%) yang sedang menyelesaikan pendidikan SD, sedangkan 25 orang 73.52% sedang bersekolah di jenjang pendidikan menengah (SMP dan SMA).

Berdasarkan tingkat retardasi mental, siswa SLB C Asih Manunggal dapat dilihat pada table 4.5 berikut

Tabel 4.7

Distribusi Rekwensi Penyandang Disabilitas Retardasi Mental Berdasarkan Tingkat Retardasi Mental Dan Jenjang Pendidikan Anak di SLB C Asih Manunggal

Tabel 4.7 memperlihatkan seluruh siswa SLB C Asih Manunggal tingkatan SD seluruhnya mengalami retardasi mental sedang, lebih dari setengahnya siswa SMP mengalami retardasi mental sedang dan setengahnya siswa SMA mengalami retardasi sedang.

Tingkat Pendidikan Ibu	Tingkat Retardasi Mental				Total	%
	Ringan		Sedang			
	f	%	f	%		
Sekolah Dasar (SD)	2	100	0	0	2	100
Sekolah Mengah Pertama(SMP)	2	50.0	2	50.0	4	100
Sekolah mengah Atas (SMA)	4	22.2	14	77.8	18	100
Perguruan tinggi (PT)	2	20.0	8	80.0	10	100
Total	10	29.4	24	70.6	34	100

Tabel 4.8

Distribusi Rekwensi Penyandang Disabilitas Retardasi Mental Berdasarkan Tingkat Retardasi Mental Dan **Jenjang Pendidikan Ibu** di SLB C Asih Manunggal

Tabel 4.8 memperlihatkan seluruh ibu yang memiliki anak yang sekolah di SLB C Asih manunggal seluruhnya memiliki anak dengan retardasi mental ringan, setengahnya ibu yang berpendidikan SMP memiliki anak retardasi mental ringan, sebagian besar ibu berpendidikan SMA memiliki anak dengan retardasi mental sedang, dan sebageian besar ibu berpendidikan perguruan tinggi memilii anak dengan retardasi mental sedang.

3) Pengukuran Pengetahuan dan Sikap Orangtua

Tabel 4.9

Pengaruh pelatihan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap orang tua dalam memberikan dukungan pada anak disabilitas dengan Retardasi mental di SLB Asih manunggal kota Bandung

VARIABEL	N	MEAN	STND DEVIASI	STND ERROR	p value
PENGETAHUAN					
- Sebelum	34	72.01	9.14	1.56	0.000
- Sesudah	34	77.61	8.51	1.46	
SIKAP					
- Sebelum	34	73.79	554	0.95	0.000
- Sesudah	34	76.22	5.90	1.01	

Tabel 4.9 rata-rata skor pengetahuan orang tua sebelum diberikan pelatihan tentang upaya meningkatkan kemandirian anak dalam kebersihan diri dengan menggunakan model SARIKSA ada pada skor 72.01. Sementara pasca dilakukan pelatihan naik menjadi 77.61. Merujuk pada nilai p sebesar 0.000 disimpulkan adanya kenaikan skor rata-rata pengetahuan orang tua secara signifikan setelah dilakukannya pelatihan.

Pada variable sikap, sikap orang tua sebelum dilakukan pelatihan tentang upaya meningkatkan kemandirian anak dalam kebersihan diri dengan menggunakan model SARIKSA ada pada skor 73.79. Sementara pasca dilakukan pelatihan naik menjadi 76.22. Merujuk pada nilai p sebesar 0.000 disimpulkan adanya kenaikan skor rata-rata sikap orang tua secara signifikan setelah dilakukannya pelatihan.

Penelitian kemudian mencoba mengeksplorasi perubahan pengetahuan orang tua tentang perawatan kebersihan anak berdasarkan level jenjang pendidikan anak.

Tabel 4.10
Perbedaan rata-rata pengetahuan dan sikap orang tua tentang dukungan keluarga pada anak disabilitas dengan Retardasi mental berdasarkan jenjang pendidikan anak di SLB Asih manunggal kota Bandung

variabel	Pendidikan anak									
	SD			SMP			SMA			
	N	Mean	pValue	N	Mean	N	Mean	P Value		
Pengetahuan	Sebelum	9	69.52	0.005	13	75.67	0.000	12	69.88	0.000
	Sesudah		74.90			80.15			76.88	
Sikap	Sebelum	9	72.08	0.180	13	74.51	0.007	12	74.30	0.001
	Sesudah		73.82			77.17			77.00	

Tabel 4.10 memperlihatkan perubahan pengetahuan dan sikap orang tua tentang kemandirian anak dalam menjaga kebersihannya berdasarkan level pendidikan anak. Pada aspek pengetahuan orang tua, pada semua level pendidikan anak, pengetahuan orang tua naik secara signifikan antara sebelum dilakukan pelatihan dengan setelah dilakukan penelitian. Kenaikan terbesar terjadi pada orang tua yang memiliki anak yang sekolah di SMA dengan rata-rata kenaikan 7 point.

Perubahan sikap orang tua, berdasarkan tabel 5.10 terlihat terjadi kenaikan yang signifikan secara statistic pada orang tua yang memiliki anak yang sedang sekolah di SMP dan SMA. Sementara pada orang tua yang memiliki anak di tingkat SD walaupun terjadi kenaikan skor rata-rata sikap tetapi secara statistic kenaikan tersebut tidak bermakna.

Eksplorasi selanjutnya adalah melihat perubahan pengetahuan dan sikap orang tua sebelum dan setelah mengikuti pelatihan model SARIKSA dalam meningkatkan kemandirian anak menjaga kebersihan dirinya. Hasilnya terlihat pada tabel 4.11 sebagai berikut :

Tabel 4.11
Perbedaan rata-rata pengetahuan dan sikap orang tua tentang dukungan keluarga pada anak disabilitas dengan Retardasi mental berdasarkan jenjang pendidikan Orang Tua (Ibu) di SLB Asih Manunggal kota Bandung

variabel		Pendidikan											
		SD			SMP			SMA			PT		
		n	Mean	P Value	n	Mean	P Value	n	Mean	P value	n	Mean	P value
Pengetahuan	Sebelum	2	59.67	0.204	4	74.18	0.214	18	71.68	0.000	10	74.18	0.002
	Sesudah		64.51			76.61			77.95			80.00	
Sikap	Sebelum		70.48	0.700		75.48	0.872		73.41	0.000		74.48	0.041
	Sesudah		71.47			75.90			76.43			76.91	

Tabel 4.11 memperlihatkan perubahan pengetahuan dan sikap orang tua sebelum dan setelah dilakukannya pelatihan model SARIKSA dalam memandirikan anak. Pada dua level pendidikan yaitu SD dan SMP secara statistic tidak terjadi peningkatan yang signifikan skor rata-rata pengetahuan dan sikap. Walaupun secara statistik tidak bermakna tetapi secara angka terjadi kenaikan skor pengetahuan dan sikap orang tua yang berpendidikan SD dan SMP.

Pada orang tua yang berpendidikan SMA dan PT terjadi kenaikan yang bermakna secara statistic baik skor rata-rata pengetahuan maupun skor rata-rata sikap. Skor peningkatan tertinggi terjadi pada orang tua yang berlatar belakang pendidikan SMA yaitu 6.27. Sementara pada sikap kenaikan tertinggi juga pada orang tua yang berlatar belakang pendidikan SMA yaitu sebesar 3.02.

4.2.2 Hasil Validasi model Tahap Penerapan Model

1) Dukungan keluarga sebelum Penerapan Model

Dukungan keluarga dinilai berdasarkan hasil kajian kepada keluarga terkait jenis-jenis dukungan yang diberikan oleh keluarga pada anak berkebutuhan khusus dengan retardasi mental. Hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut :

Tabel 4.12
 Dukungan keluarga dalam mencapai kemandirian personal hygiene anak
 Berdasarkan jenis dukungan yang diberikan sebelum penerapan model

Variabel Dukungan	N	Mean	SD	Range	
				Minimum	Maksimum
Informasional	34	83.46	11.27	66.66	100
Emosional	34	82.10	15.57	25	100
Penghargaan	34	77.76	20.01	66.67	100
Instrumental	34	85.78	11.19	66.66.	100
Sosial	34	75.97	12.56	50	100
Total	34	81.44	9.57	64.16	100

Tabel 4.12 memperlihatkan dukungan keluarga terhadap anak dalam memandirikan kebersihan dirinya. Dilihat dari aspek dukungan, dukungan instrumental memiliki nilai tertinggi (85,78) dibanding skor dukungan keluarga yang lainnya. Dilihat dari rata-rata dukungan sudah terlihat baik dengan nilai rata-rata 81.44 tetapi dilihat nilai minimum masih ada di angka 64.11

2) Dukungan keluarga Setelah Penerapan Model

Dukungan keluarga dinilai berdasarkan hasil kajian kepada keluarga terkait jenis-jenis dukungan yang diberikan oleh keluarga pada anak berkebutuhan khusus dengan retardasi mental.

Tabel 4.13
 Dukungan keluarga dalam mencapai kemandirian personal hygiene anak
 Berdasarkan jenis dukungan yang diberikan setelah penerapan model

Variabel Dukungan	N	Mean	SD	Range	
				Minimum	Maksimum
Informasional	34	84.69	11.47	63.18	100.00
Emosional	34	82.87	14.43	33.12	100.00
Penghargaan	34	80.70	15.25	25.93	100.00
Instrumental	34	88.18	9.38	70.83	100.00
Sosial	34	79.03	11.21	62.50	100.00
Total	34	83.1006	8.68	66.88	100.00

Tabel 4.13 memperlihatkan dukungan keluarga terhadap anak dalam memandirikan kebersihan dirinya setelah diberikan intervensi. Secara total terjadi kenaikan skor rata-rata dukungan orang tua dalam memandirikan anak

dibanding sebelumnya. Skor rata-rata naik dari 81.44 menjadi 83.1. Dilihat dari aspek dukungan, dukungan instrumental memiliki nilai tertinggi (88.18) dibanding skor dukungan keluarga yang lainnya.

3) Perbedaan Rata-rata dukungan Keluarga Sebelum dan setelah Penerapan Model

Perbedaan skor rata-rata dukungan keluarga sebelum dan setelah implementasi model SARIKSA terlihat seperti tabel 4.14 berikut

Tabel 4.14
Perbedaan skor rata-rata dukungan keluarga
sebelum dan setelah implementasi SARIKSA

VARIABEL DUKUNGAN		N	MEAN	STND DEVIASI	P value
INFORMASIONAL	Sebelum	34	83.46	11.27	0.019
	Sesudah	34	84.69	11.47	
EMOSIONAL	Sebelum	34	82.10	15.57	0.105
	Sesudah	34	82.87	14.43	
PENGHARGAAN	Sebelum	34	79.53	15.73	0.003
	Sesudah	34	80.70	15.25	
INSTRUMENTAL	Sebelum	34	85.78	11.19	0.001
	Sesudah	34	88.18	9.38	
SOSIAL	Sebelum	34	75.97	12.56	0.000
	Sesudah	34	79.03	11.21	
TOTAL	Sebelum	34	81.83	9.57	0.000
	Sesudah	34	83.10	8.68	

Tabel 4.14 memperlihatkan perubahan skor rata-rata dukungan keluarga untuk setiap aspek dukungan. Secara keseluruhan terjadi peningkatan skor rata-rata dukungan dari 81.83 menjadi 83.10. Peningkatan ini secara statistic dinilai bermakna (pValue 0.000). Peningkatan terbesar terjadi pada dukungan instrumental sebesar 2,4. Dukungan emosional tidak mengalami kenaikan yang signifikan secara statistic.

Eksplorasi lebih lanjut mencoba melihat perubahan dukungan keluarga untuk setiap aspek dengan mempertimbangkan latar belakang pendidikan orang tua dalam hal ini ibu

Tabel 4.15
Perbedaan skor rata-rata dukungan keluarga sebelum dan setelah implementasi SARIKSA berdasarkan latar belakang pendidikan ibu

Variabel Dukungan	Tingkat Pendidikan Ibu											
	SD (n 2)			SMP (n 4)			SMA (n 18)			PT (n 10)		
	Pre	Post	P value	Pre	Post	P value	Pre	Post	P value	Pre	Post	P value
Informasional	89.58	90.14	0.500	81.24	81.94	0.267	81.72	82.59	0.064	86.24	88.48	0.169
Emosional	77.08	79.08	0.500	84.37	83.79	.0.621	81.47	82.53	0.082	83.33	83.88	0.624
Penghargaan	85.41	83.33	0.500	76.03	80.33	0.020	79.16	80.12	.0.022	80.41	81.36	0.115
Instrumental	85.41	89.58	0.500	80.20	84.37	0.092	86.80	88.88	0.015	86.24	88.17	0.203
Sosial	87.50	89.58	0.500	78.12	81.24	0.058	76.61	80.29	0.000	71.66	73.78	0.168
Total	85.00	86.34	0.500	79.99	82.34	0.037	81.47	82.88	0.002	81.24	83.14	0.033

Tabel 4.15 memperlihatkan pada latar belakang pendidikan ibu sekolah dasar terjadi kenaikan skor rata-rata dukungan orang tua sebesar 1.34. Sementara pada ibu yang berlatar belakang pendidikan SMP terjadi kenaikan skor rata-rata dukungan sebesar 2,35. Pada ibu berlatar belakang pendidikan SMA terjadi kenaikan skor rata-rata dukungan sebesar 3,68, dan pada ibu berlatar belakang pendidikan perguruan tinggi terjadi kenaikan sebesar 1.9. Kenaikan terbesar terlihat pada ibu yang berlatarbelakang pendidikan SMA.

4) Kemandirian Personal Hygiene Sebelum Penerapan Model

Kemandirian anak dalam melakukan personal hygiene dilihat dari sudut pandang orang tua dan sudut pandang guru. Tabel 5.16 memperlihatkan skor rata-rata kemandirian anak dalam melakukan personal hygienenya dari sudut pandang orang.

Tabel 4.16
 Hasil pengukuran kemandirian personal hygiene anak berkebutuhan khusus dengan retardasi mental oleh orang tua sebelum penerapan model SARIKSA

Kemandirian dalam Personal Hygiene	n	Mean	SD	Range	
				Minimum	Maksimum
Mandi	34	81.13	16.75	33.34	100
Gosok gigi	34	88.62	15.52	33.34	100
Keramas	34	81.50	17.25	33.34	100
Potong Kuku	34	77.09	20.25	33.34	100
BAB/BAK	34	87.49	14.68	33.34	100
Menstruasi	11	73.93	22.99	33.34	100
Total	34	83.57	13.43	33.34	100

Tabel 4.16 memperlihatkan kemandirian anak dalam personal hygiene dalam penilaian orang tua sudah mencapai 83.01. Paling rendah adalah pada aspek

Pengukuran kemandirian anak dalam personal hygiene sebelum penerapan model SARIKSA dari persepsi guru terlihat pada tabel 4.17

5) Kemandirian Personal Hygiene Setelah Penerapan Model

Tabel 4.17
 Hasil pengukuran kemandirian personal hygiene anak berkebutuhan khusus dengan retardasi mental oleh Orang tua Setelah penerapan model

Kemandirian Personal Hygiene	N	Mean	SD	Range	
				Minimum	Maksimum
Mandi	34	86.3712	15.33830	40.00	100.00
Gosok gigi	34	91.3726	13.13302	46.67	100.00
Keramas	34	85.4432	14.42667	41.34	100.00
Potong Kuku	34	80.3953	18.01048	33.34	100.00
BAB/BAK	34	89.0256	12.67198	42.42	100.00
Menstruasi	11	77.57	20.87	33.34	100.00
Total		86.5218	11.61732	46.09	100.00

Tabel 4.18 memperlihatkan kemandirian anak dalam personal hygiene dalam penilaian orang tua mengalami kenaikan dari 83.01 menjadi 86.52 setelah penerapan model SARIKSA.

Eksplorasi lebih lanjut dilakukan untuk melihat kemandirian anak melakukan personal hygiene dilihat dari derajat retardasi mental anak seperti terlihat pada Tabel 4.19.

Tabel 4.18
 Hasil pengukuran nilai kemandirian personal hygiene anak berkebutuhan khusus dengan retardasi mental Sebelum dan setelah penerapan model (orang tua) berdasarkan tingkat retardasi mental

Variabel Kemandirian PH	Tingkat retardasi Mental							
	Ringan				Sedang			N
	Pre	Post	P Value	N	Pre	Post	P Value	24
Mandi	87.99	90.66	0.087	10	81.10	84.58	0.000	24
Gosok gigi	91.99	94.66	0.022	10	87.22	90.00	0.001	24
Keramas	87.13	90.45	0.052	10	79.16	83.35	0.000	24
Potong Kuku	90.83	91.84	0.101	10	71.37	75.62	0.000	24
BAB/BAK	94.16	95.13	0.251	10	84.72	86.47	0.022	24
Menstruasi								
Total	90.3140	92.55	0.160	10	79.97	84.00	0.001	24

Tabel 4.18 memberikan gambaran bahwa kemandirian personal hygiene pada aspek gosok gigi bermakna secara statistic pada kelompok retardasi ringan ($p \leq 0,022 \leq 0,05$), sedangkan pada kelompok retardasi sedang, kemandirian personal hygiene bermakna secara statistic pada semua aspek personal hygiene.

Tabel 4.19
 Hasil pengukuran nilai kemandirian personal hygiene anak berkebutuhan khusus dengan retardasi mental Sebelum dan setelah penerapan model (orang tua) berdasarkan tingkat Pendidikan di tempuh

Variabel Dukungan	Tingkat Pendidikan Anak											
	SD				SMP				SMA			
	Pre	Post	P Value	n	Pre	Post	P value	n	Pre	Post	P Value	n
Mandi	78.88	81.85	0.009	9	84.61	88.46	0.002	13	84.72	87.49	0.005	12
Gosok gigi	85.92	88.14	0.022	9	90.25	93.33	0.021	13	88.88	91.66	0.010	12
Keramas	85.18	89.02	0.020	9	79.858	84.20	0.007	13	80.55	84.10	0.025	12
Potong Kuku	72.22	75.34	0.011	9	75.31	78.36	0.008	13	82.63	86.38	0.013	12
BAB/BAK	80.55	84.00	0.005	9	91.64	92.58	0.446	13	88.19	88.93	0.115	12
Menstruasi												
Total	78.23	83.67	0.071	9	84.61	87.39	0.003	13	84.87	87.71	0.035	12

Tabel 4.19 memberikan gambaran bahwa kemandirian personal hygiene pada aspek yang diukur, bermakna secara statistic pada kelompok SD ($p \leq 0,05$), sedangkan pada kelompok SMP dan SMA semua aspek menunjukkan nilai yang bermakna secara statistic ($p \leq 0,05$), hanya tidak bermakna pada aspek

kemandirian BAB/BAK ($p \geq 0.05$) , kemandirian personal hygiene bermakna secara statistic pada semua aspek personal hygiene.

4.3 Pembahasan

4.3.1 Tahap eksplorasi

Tahapan eksplorasi melibatkan 26 responden yang berasal dari guru SLB C di dua kota, Psikolog, Perawat anak, dan orang tua. Tahapan ini menemukan tema

4.3.1.1 Belum ada model/panduan yang jadi pedoman anak retardasi mental dalam mencapai kemandirian personal hygiene ditinjau dari aspek kesehatan/keperawatan yang menjadi pegangan orang tua

Keberadaan pendamping terutama orang tua dan sibling bagi anak berkebutuhan khusus memiliki peran penting untuk menjamin anak berkebutuhan khusus mencapai tumbuh dan kembang yang optimal sesuai potensi yang dimilikinya. Peningkatan kapasitas pendamping mutlak harus dilakukan bukan hanya bagi orang tua, saudara kandung bahkan masyarakat di lingkungan anak berkebutuhan khusus. Pendamping yang memiliki sumberdaya yang baik akan memberikan dampak signifikan dalam merawat, memelihara, mendidik, dan melatih sekaligus mengoptimalkan potensi yang dimiliki setiap anak berkebutuhan khusus. Kesiapan dan kesiagaan orang tua dan keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus merupakan kunci sukses penanganan, ditambah dukungan dari masyarakat dan pemerintah dalam menyediakan lingkungan dan fasilitas yang ramah terhadap anak berkebutuhan khusus.

Setiap pendamping memerlukan pengetahuan yang cukup terkait dengan kondisi yang dialami anak berkebutuhan khusus. Anak berkebutuhan khusus perlu mendapat arahan, bantuan, latihan dan tentu motivasi yang mendorong mereka mampu melakukan aktifitas sesuai kebutuhannya. Potensi yang dimiliki anak-anak berkebutuhan khusus akan tumbuh berkembang seiring dengan keberhasilan peran pendamping dalam memahami dan memupuk potensi anak-anak tersebut.

Kementerian pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak menerbitkan “Panduan Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus bagi Pendamping (Orang Tua, Keluarga dan Masyarakat) tahun 2013 yang disusun oleh Winarsih, dkk. Panduan ini telah memuat penanganan khusus bagi anak disabilitas termasuk anak dengan disabilitas intelektual.

Winarsih (2013) mengungkap hal-hal yang perlu dilakukan oleh orang tua, keluarga bila anak menunjukkan ciri adanya disabilitas intelektual adalah

- 1) Membawa anak ke puskesmas atau rumah sakit terdekat untuk diperiksa tenaga medic
- 2) Menindaklanjuti hasil pemeriksaan dari tenaga medis dengan mengikuti petunjuk dan saran yang diberikan.
- 3) Memasukkan anak ke sekolah yang sesuai dan kembangkan potensi yang dimiliki anak.
- 4) Mengajarkan sesuatu secara bertahap dan berulang ulang.
- 5) Perlu diingat, bahwa kebutuhan biologis anak dengan disabilitas intelektual sama dengan anak lainnya, hanya saja mereka tidak mengerti bagaimana mengatasi bila rasa tersebut timbul dan apa yang harus mereka lakukan. Untuk itu orangtua, keluarga harus memberikan contoh tentang sikap dan nilai berperilaku yang baik

Panduan yang dikeluarkan oleh Kementerian pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak tidak secara spesifik memuat tentang pendampingan orang tua, keluarga dalam memandirikan anak dalam hal pemenuhan kebutuhan kebersihan dirinya.

Figen (2008) menekankan bahwa memperbaiki personal hygiene pada anak yang mengalami disabilitas mental membutuhkan perhatian dari keluarga, institusi maupun komunitas. Perlunya pendamping dalam hal ini keluarga dalam memandirikan kebersihan diri anak harus ditunjang oleh sumber informasi bagi mereka sebagai rujukan dalam mengasuh dan memandirikan anaknya.

Keberadaan panduan bagi orang tua dalam memandirikan anak berkebutuhan khusus dalam kebersihan dirinya sangat diperlukan. Pada sisi sekolah, sudah ada substansi terkait hal ini yaitu materi pembelajaran mengenai “Bina Diri”. Hal ini berarti di sekolah anak sudah mendapatkan hal-hal terkait *activity daily living* termasuk dalam kebersihan dirinya. Hanya saja orang tua tidak memiliki panduan/pedoman untuk sekaligus menerapkan bina diri yang telah diajarkan di sekolahnya.

Ungkapan responden (guru) berikut menunjukkan bahwa proses pembelajaran terkait bina diri sudah dilakukan sesuai kurikulum yang ada

“ Waktu mereka disekolah cukup singkat, selebihnya mereka lebih banyak menghabiskan waktunya di rumah, sehingga orang tua harus lebih aktif memantau....”
(Responden Guru)

“ Sebenarnya kami sudah memberikan buku komunikasi dalam bentuk monitoring aktifitas siswa secara umum., hanya belum detail pada masalah personal hygiene.....” (Responden guru)

“..... Saya senang kalau diberi pelajaran khusus cara memandirikan anak-anak kami....” (Responden orang tua)

Modul SARIKSA dibuat untuk menjawab kebutuhan ini. Modul disusun dengan substansi khusus dalam upaya memandirikan orang tua dalam menjaga dan merawat kebersihan dirinya sendiri. Pendekatan interaksi orang tua dengan anak pada model ini digunakan untuk mengoptimalkan potensi anak (*self care agency*) sehingga anak memiliki kemampuan untuk melakukannya.

4.3.1.2 Kendala utama dalam melakukan pendidikan kemandirian pada anak retardasi mental

Hasil penelitian mengungkap beberapa permasalahan yang menjadi penghambat dalam melatih kemandirian anak. Pada sisi orang tua permasalahan yang muncul adalah kecemasan, harapan orang tua yang berlebihan, dan orang tua yang over protektif.

“..... Sebagai orang tua, saya sering bingung, dengan keadaan anak kami, terutama kalau sedang marah-marah, akhirnya biarlah kami yang mengalah dan bersabar....”

Ungkapan orang tua ini mencerminkan kecemasan dan sikap mengalah dan bersabar dalam mengasuh anaknya. Gupta (2010) menjelaskan keluarga akan memperlihatkan variasi reaksi ketika mengetahui anaknya mengalami disabilitas bisa jadi shock, mengingkari, merasa bersalah, menolak atau justru menerimanya.

Keluarga yang memiliki anak dengan disabilitas intelektual lebih mengalami masalah psikologis dibanding keluarga yang memiliki anak normal. Asghari Bayat, dan Salehi (2011) menyebut bahwa ibu jauh memiliki stress yang lebih besar dibanding bapaknya. Ibu merupakan sosok utama yang biasa mengasuh anak. Menjadi wajar ibu yang akan mengalami stress lebih besar. Membesarkan anak dengan penuh tantangan dan kesulitan, masa depan yang relatif tidak jelas menjadi stressor utama yang dirasakan oleh orang tua khususnya ibu.

Orang tua berharap akan masa depan yang lebih baik bagi anak baik normal maupun anak berkebutuhan khusus. Walaupun tidak harus sama dengan mengasuh anak normal, orang tua harus juga berupaya memberi perlakuan yang tidak ekstrim berbeda. Seringkali perilaku over protektif pada anak dilakukan. Hal ini bisa menjadi pengganggu perkembangan kemandirian anak. Disamping perilaku overprotektif harapan orang tua juga kadang berlebihan dan menyamakan dengan anak yang tidak memiliki kebutuhan khusus.

“ Kami sangat sedih dengan keadaan putra-putri kami, saya sudah mengurusnya sejak 8 tahun yang lalu, kami ingin yang terbaik bagi putra kami, hanya kadang-kadang kesabaran kami juga suka terganggu, dan memarahi mereka....”

Keluarga membutuhkan support system yang baik dalam menghadapi masalah ini. Institusi pelayanan social, kesehatan, pendidikan merupakan institusi-institusi yang harus menyediakan fasilitas pendampingan orang tua sesuai bidangnya guna mengatasi kecemasan tersebut. Hubungan harus bersifat timbal balik dan tidak saling menunggu. Seringkali orang tua juga bersifat pasif karena rasa malu, sedih, cemas ketika memiliki anak berkebutuhan khusus.

“ Sangat ingin melakukan perawatan anak secara benar di rumah, tapi selama ini tidak tahu cara yang baiknya... mengalir saja” (Responden orang tua)

“ Banyak masyarakat yang tidak mau ke Puskesmas, apalagi kalau pelaksanaannya dilakukan saat banyak kegiatan di wilayah” (responden Psikolog)

Pendekatan pro aktif dari institusi pelayanan menjadi penting dilakukan. Walau bagaimanapun interaksi orang tua dengan anak jauh lebih lama, lebih intens dibanding interaksi dengan petugas lain sekalipun dengan guru di sekolah.

4.3.1.3 Perlu pelatihan bagi orang tua

“..... Saya senang kalau diberi pelajaran khusus cara memandirikan anak-anak kami.....” (Responden orang tua)

“..... Saya suka hadir jika dipanggil pihak sekolah, berdiskusi, dan membicarakan kemajuan putra kami, meskipun kalau di berikan pedoman untuk mengontrol aktifitas kebersihan anak-anak kami belum pernah.....” (Responden orang tua)

Pernyataan-pernyataan di atas menunjukkan pentingnya orang tua memiliki informasi yang cukup dalam mengasuh anaknya khususnya dalam hal menjaga kebersihan diri anak yang bersangkutan.

Orang tua yang memiliki pengetahuan tentang asuhan kepada anaknya akan membawa dampak yang lebih baik dibanding orang tua yang hanya mengandalkan pembelajaran bagi anaknya di sekolah. Orang tua sebaiknya terlibat aktif dalam pembelajaran anak, bukan berarti mengikuti anak di sekolah selama pembelajaran, tetapi dalam konteks peran serta aktif membelajarkan anak bukan hanya di sekolah. Mohsin, Khan, Doger dan Awan (2011) mengutip Karnes dan Taska (1975) menjelaskan keterlibatan orang tua pada pendidikan anak dengan keterbatasan intelektual dalam memperbaiki dan meningkatkan outcome keberhasilan anak.

Minnes, Perry dan Weiss (2014) menjelaskan bahwa pemberdayaan keluarga dapat menurunkan distress keluarga dalam mengasuh anaknya. Pemberdayaan keluarga hanya bisa dilakukan apabila keluarga dibekali pengetahuan dan keterampilan yang cukup dalam mengasuh, mendidik, dan melatih anaknya yang memiliki kebutuhan khusus.

Interaksi orang tua dengan anak dalam model SARIKSA dilandaskan pada pemberian informasi terlebih dahulu kepada orang tua. Informasi yang diberikan kepada orang tua terkait pemenuhan kebutuhan dasar anak dalam hal personal hygienenya. Informasi ini diharapkan mampu meningkatkan kemampuan orang tua dan mengasuh anaknya.

4.3.2 Tahap Penyusunan Model dan Pelatihan

Model SARIKSA dihasilkan berdasarkan sintesa pada dua teori keperawatan yaitu *parent-child interactional model* dan teori *self-care* dari Orem. Fokus model ini adalah meningkatkan dan mengoptimalkan potensi anak (*self agency*) dalam memenuhi tuntutan (*self-care demand*) pemenuhan kebutuhan kebersihan diri.

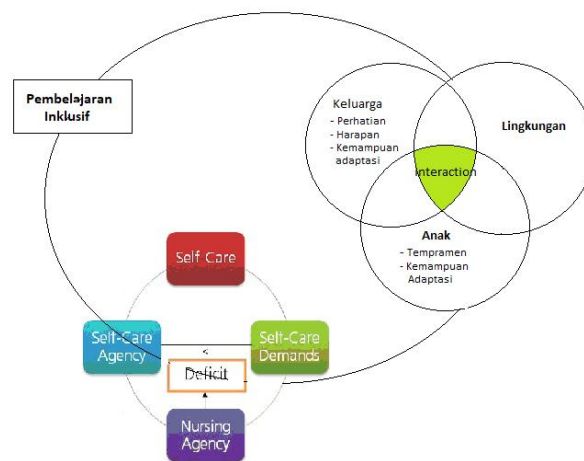
Selama proses interaksi orang tua dengan anak berkebutuhan khusus. Orang tua memiliki tanggungjawab bagi tumbuh kembangnya seorang anak termasuk anak yang berkebutuhan khusus. Kemampuan orangtua dalam memberi rangsangan pertumbuhan fisik, sosial dan emosional diperlukan agar anak mampu beradaptasi dengan lingkungannya. Orangtua bertanggungjawab dalam mengasuh anak, menjalin interaksi sosial, dan memberikan penguatan positif terhadap perilaku anak. Penguatan ini sangat penting bagi anak sebagai bentuk perhatian orang tua pada anaknya. Orangtua harus memahami tingkat perkembangan anak dan dapat menyesuaikan perilakunya terhadap kebutuhan perkembangan anak.

Pada dasarnya semua manusia mempunyai kebutuhan untuk melakukan perawatan diri dan mempunyai hak untuk melakukan perawatan diri secara mandiri, kecuali bila orang itu tidak mampu. Demikian halnya dengan anak yang memiliki kebutuhan khusus. Mereka juga memiliki tuntutan untuk memiliki diri yang bersih, yang bisa dia lakukan ketika ada kemampuan yang dimiliki. Self care menurut

Orem (2001) adalah kegiatan memenuhi kebutuhan dalam mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan individu baik dalam keadaan sehat maupun sakit yang dilakukan oleh individu itu sendiri.

Model SARIKSA memiliki kandungan isi upaya-upaya memandirikan anak berkebutuhan khusus terkait pemenuhan kebersihan dirinya. Secara diagram dapat digambarkan sebagai berikut

Gambar 4.2
Model Sariksa



Interaksi keluarga – anak – lingkungan pada model *Parent-Child Interaction* diarahkan bagi peningkatan *self agency* anak pada teori Orem. Kedua model ini memperkuat pembelajaran inklusif yang ditempuh anak di jalur pendidikan formal.

Model ini dilengkapi dengan dua modul. Modul pertama adalah modul untuk guru-guru pendidik di SLB C berisikan pembahasan model dan bentuk-bentuk dukungan pada keluarga. Sementara modul kedua merupakan modul yang digunakan untuk menjadi pedoman orang tua dalam mengasuh anaknya terkait meningkatkan kemandirian anak dalam personal hygienenya. Khusus untuk modul bagi keluarga/orang tua, modul diajarkan dan dilatihkan secara khusus untuk memperoleh pemahaman yang sama terkait perawatan anaknya.

4.3.3 Tahap Pengujian Model

4.3.3.1 Karakteristik orang tua

Keterlibatan orang tua anak berkebutuhan khusus dalam penelitian ini mencapai 100% dimana 34 orang tua terlibat didalamnya. Peran serta aktif ini menunjukkan perhatian dan motivasi yang baik dalam mengetahui upaya-upaya terbaik dalam mengasuh anak yang mereka miliki khususnya dalam pemenuhan kebutuhan dirinya sendiri. Berdasarkan variabel usia ibu, terbanyak pada kelompok usia 31 – 40 tahun sebanyak 50%, sementara usia ayah 47,1% berada pada kelompok usia 41-50 tahun. Kelompok usia ini sangat potensial dalam menerima informasi baru juga masih produktif secara ekonomis. Berdasarkan variabel pendidikan orang tua, baik ibu maupun ayah lebih dari setengahnya memiliki tingkat pendidikan SMA/ sederajat, pendidikan tinggi ibu 29,4% dan ayah 35,3%.

Karakteristik ibu dan bapak dilihat dari variabel usia dan pendidikan sangat potensial dioptimalkan baik dalam menyerap informasi baru maupun pada implementasinya. Usia orang tua juga berhubungan dengan cara memandang sebuah masalah seperti halnya dalam membesarkan anak yang mengalami kebutuhan khusus. Penerimaan kondisi anak lebih mudah difahami pada usia dewasa menengah sampai dewasa tua. Proses adaptasi orang tua yang masih relatif muda terhadap keterbatasan anak berkebutuhan khusus masih membutuhkan waktu.

4.3.3.2 Karakteristik anak berkebutuhan khusus

Penelitian ini difokuskan pada anak-anak yang ada pada katagori retardasi mental ringan dan sedang, dimana 70,6% anak memiliki derajat sedang. Kedua kelompok ini memiliki potensi yang bisa dioptimalkan dalam kemampuan memelihara dan memenuhi kebutuhan kebersihan diri sendiri.

Pada anak dengan retardasi mental ringan dapat belajar ketrampilan praktis, dapat mencapai ketrampilan untuk penyesuaian sosial dan pekerjaan untuk pemeliharaan diri tapi dilakukan dengan lamban. Anak membutuhkan dukungan dan bimbingan berkala saat mengalami tekanan sosial yang tidak biasa. Sementara

pada derajat sedang anak menampilkan karakteristik lambat dalam bergerak serta berbicara dan berkomunikasi secara sederhana, bisa dilatih mengerjakan tugas-tugas sederhana untuk menolong diri dan dapat dilatih ketrampilan-ketrampilan sederhana. Pembelajaran pada anak tunagrahita harus lebih sering diulang, menggunakan bahasa yang jelas (mudah difahami). Intensitas pembelajaran yang semakin sering berperan besar dalam peningkatan kemandirian dan ketrampilan kerjanya.

4.3.3.3 Pengetahuan dan Sikap Orang Tua

Pengetahuan orang tua tentang perawatan kebersihan diri anak sebelum penerapan model SARIKSA sudah ada pada posisi baik yaitu di skor 72.01. demikian pula dengan skor sikap yang sudah ada pada point 77,61. Kondisi ini dimungkinkan karena orang tua ini telah mengasuh anaknya minimal 6 tahun dimana sekarang anaknya sudah sekolah SD bahkan sudah sampai di level SMA.

Guna mengeksplorasi terkait pengetahuan orang tua berdasarkan lama interaksi orang tua dengan anak, pengetahuan orang tua mencoba dilihat dari variabel sekolah anak. Pengetahuan orang tua yang anaknya sekolah di SMP ternyata lebih tinggi dibanding dengan pengetahuan orang tua yang anaknya sekolah di SD dan SMA. Sementara dilihat dari sikap cenderung merata baik pada orang tua yang memiliki anak SD maupun SMP dan SMA.

Efek pelatihan penerapan model SARIKSA dapat dilihat dari perbedaan skor rata-rata pengetahuan dan sikap orang tua antara sebelum dan setelah pelatihan. Secara keseluruhan terjadi peningkatan skor pengetahuan sebesar 5.51 dari 72.01 menjadi 77.61 dengan nilai $p < 0.000$ sehingga disimpulkan adanya kenaikan yang bermakna secara statistik terkait pengetahuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan kebersihan diri anak. Perubahan sikap orang tua terlihat dari peningkatan skor sikap dari 73.79 menjadi 76,22 atau terjadi kenaikan sebesar 2,43 dimana kenaikan ini bermakna secara statistik ($p < 0.000$).

Eksplorasi lebih jauh mencoba mengungkap apakah model SARIKSA meningkatkan pengetahuan dan sikap semua orang tua berdasarkan level pendidikan anak. Hasil penelitian menunjukkan pada orang tua yang memiliki anak SD pengetahuan meningkat secara bermakna ($p < 0.005$) dari 69,52 menjadi 74,90 tetapi tidak terjadi kenaikan bermakna ($p > 0.180$) pada aspek sikap yang skornya naik dari 72.08 menjadi 73.83.

Pengetahuan orang tua tentang perawatan kebersihan diri anak bagi orang tua yang memiliki anak SMP meningkat secara bermakna ($p < 0.000$) dari 75.67 menjadi 80.15. Demikian juga dengan sikap orang tua terjadi kenaikan secara bermakna ($p < 0.007$) dari 74.51 menjadi 77.17.

Pengetahuan orang tua tentang perawatan kebersihan diri anak bagi orang tua yang memiliki anak SMA meningkat secara bermakna ($p < 0.000$) dari 69.88 menjadi 76.88. Demikian juga dengan sikap orang tua terjadi kenaikan secara bermakna ($p < 0.001$) dari 74.30 menjadi 77.00

Pengetahuan dan sikap merupakan dua hal penting bagi orang tua dalam mengasuh, mendidik, dan membesarkan anak berkebutuhan khusus yang memiliki tantangan lebih berat dibanding anak normal pada umumnya. Chandramukti dan Shastry (2012) mengungkap baik guru maupun keluarga harus memiliki pemahaman yang baik terkait anak berkebutuhan khusus. Guru ataupun profesi lain termasuk kesehatan sangat membutuhkan pemahaman orang tua terkait anaknya dalam memberikan intervensi yang sesuai. Informasi yang akurat dari keluarga akan sangat membantu mengambil tindakan yang paling tepat bagi anaknya. Oleh karenanya pengetahuan orang tua dan sikap orang tua menjadi sangat penting. Winarsih (2013) menegaskan dalam menangani anak-anak berkebutuhan khusus, para pendamping memerlukan pengetahuan tentang anak tersebut, keterampilan mengasuh dan melayaninya.

Latar belakang pendidikan orang tua juga mempengaruhi cara pandang terhadap anaknya termasuk dalam menerima informasi baru. Hasil penelitian ini memperlihatkan terjadi peningkatan pengetahuan secara bermakna dari pengetahuan dan sikap pada orang tua yang memiliki latar belakang pendidikan

SMA dan PT ($p < 0.05$). sementara pada orang tua yang memiliki latar belakang pendidikan SD dan SMP tidak terjadi kenaikan yang signifikan dari pengetahuan dan sikap ($p > 0.05$).

4.3.3.4 Dukungan Keluarga

Model ini mampu meningkatkan dukungan keluarga pada anak dalam hal pemandirian anak untuk memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya sendiri. Secara statistik terjadi kenaikan bermakna ($p < 0.000$) dukungan keluarga dari 81.83 menjadi 83.10. Merujuk pada perubahan skor setiap dimensi dukungan, dari lima jenis dukungan keluarga meliputi informasional, emosional, penghargaan, instrumental, dan sosial semuanya terjadi kenaikan bermakna ($p < 0.05$) kecuali dukungan emosional yang kenaikannya tidak bermakna secara statistik ($p > 0.105$).

Hal yang sangat penting bagi keluarga memberikan dukungan penuh bagi anak berkebutuhan khusus khususnya dalam pemandirian mereka untuk mampu memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya secara mandiri. Mohsin, Khan, Doger dan Awan (2011) menjelaskan bahwa orang tua memainkan peran vital dalam melatih dan mengembangkan anak yang memiliki kebutuhan khusus. Dalam melatih keterampilan-keterampilan fungsional sehari-hari, keluarga memiliki porsi yang lebih banyak dibanding orang lain. Bruner (1975) yang dikutip Mohsin (2011) menyebut orang tua sebagai guru kunci, agent pensosialisasi dan *caregiver* anak terutama pada tahun-tahun awal kehidupan anak.

Model SARIKSA memberikan kompetensi orang tua pada berbagai dukungan bagi anaknya. Dukungan instrumental misalnya memungkinkan keluarga memenuhi kebutuhan sekaligus menata kebutuhan anak yang memudahkan anak melaksanakan aktifitas memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya. Model SARIKSA mencoba menerapkan konsep yang dikemukakan baine (1991) dalam Mohsin (2012) bahwa dalam pelibatan orang tua dalam membelajarkan anak harus memecah tindakan kompleks menjadi beberapa bagian. Dalam hal ini kebersihan diri anak dipecah menjadi kebiasaan mandi, menggosok gigi, memotong kuku, dll.

Pengulangan pembelajaran, demonstrasi, mengajarkan dalam bentuk bermain, pemberian reward merupakan hal-hal penting dukungan keluarga yang diterapkan pada model SARIKSA yang ditujukan bagi orang tua. Winarsih (2012) mempertegas bahwa penanganan anak berkebutuhan khusus memerlukan keberpihakan kultural dan struktural dari berbagai pihak baik orang tua, masyarakat, maupun pemerintah. Anak berkebutuhan khusus perlu mendapat support, bantuan, arahan jelas dengan kalimat sederhana dan praktek langsung dengan tahapan sederhana dan sistematis.

Tidak dipungkiri stigma negatif masih juga ada terkait anak berkebutuhan khusus. Bukan hanya di dalam negeri tetapi juga di luar negeri. Chandramuki, Shastry dan Vranda (2012) misalnya mengungkap di India, disabilitas masih dipandang sebagai sebuah “tragedi”. Persepsi yang salah dari orang tua akan berdampak pada kurang adekuatnya pemberian dukungan keluarga bagi anaknya.

Pandangan negatif merupakan hal yang keliru dan merupakan sikap diskriminatif terhadap hak-hak anak secara umum. Anak berkebutuhan khusus merupakan individu-individu yang rentan mendapat kekerasan baik fisik maupun psikologis. Sikap positif keluarga, masyarakat dan institusi layanan merupakan pilar penting untuk menjamin hak hak mereka.

Kebutuhan keluarga dalam memberi dukungan adekuat bagi anaknya dalam memenuhi kebutuhan kebersihan diri juga memerlukan dukungan fasilitas lain. Salah satu dukungan keluarga adalah dukungan informasi. Keluarga harus dijamin memiliki informasi yang cukup dalam memandirikan anak untuk memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya. Bagi institusi pelayanan kesehatan, Puskesmas merupakan institusi layanan kesehatan terdepan dan berhadapan langsung dengan keluarga. Program perawatan kesehatan masyarakat dan perawatan keluarga merupakan pintu masuk yang sangat baik bagi perawat untuk dapat memfasilitasi pemberian informasi kepada keluarga. Informasi pentingnya berperilaku hidup bersih dan sehat harus disampaikan kepada keluarga. Efek informasi tersebut diharapkan mampu menanamkan pentingnya kebersihan anak juga. Orang tua perlu berulang untuk mengajarkannya kepada anaknya yang berkebutuhan khusus.

Orangtua perlu mengajarkan dengan sabar dan berulang-ulang hingga anak dapat melakukannya secara mandiri. Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dapat dimulai dari kebiasaan-kebiasaan kecil seperti mencuci tangan menggunakan sabun sebelum makan, setelah bermain, setelah kontak dengan binatang, mencuci kaki setiap akan naik ke tempat tidur, menggosok gigi, mandi dan lainnya

Dukungan penghargaan bagi anak bukan dimaksudkan pemberian hadiah berupa materi atau barang. Perlakuan anak dengan pujian, menyediakan makan kesukaannya merupakan salah satu bentuk dukungan penghargaan. Sangat penting bagi keluarga untuk melakukan hal ini untuk meningkatkan motivasi anak. Ungkapan penghargaan positif untuk anak, dorongan maju, ungkapan setuju dengan gagasan atau dengan pendapat anak, dan perhatian anak akan perilaku positif yang mereka tunjukkan

Dukungan instrumental berupa penyediaan sarana prasarana yang memungkinkan anak dapat melaksanakan pemenuhan kebutuhan kebersihannya secara mandiri. Sebagai orang tua kita harus memberikan bantuan secara langsung kepada anak kita. Seluruh anggota keluarga harus memiliki tanggungjawab yang sama untuk mendampingi anggota keluarga kita yang memiliki kebutuhan khusus

Bantuan yang diberikan tidak boleh diandalkan dari satu orang anggota keluarga maupun kepala keluarga. Dukungan penuh dari seluruh anggota keluarga sangat bermanfaat bagi peningkatan kemandirian anak kita yang membutuhkan hal-hal yang sifatnya khusus

Dukungan emosional mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap anak kita yang berkebutuhan khusus. Sikap ini akan berdampak pada anak merasa dicintai dan merasa aman.

Dukungan emosional memberikan anak perasaan nyaman, merasa dicintai. Bantuan dalam bentuk pemberian semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga anak merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat

4.3.3.5 Kemandirian Anak

Efek model SARIKSA terhadap kemandirian anak terlihat dari peningkatan skor rata-rata dari sebelum intervensi menjadi setelah intervensi khususnya pada anak yang mengalami retardasi mental sedang yaitu dari 79,97 menjadi 84.00 (pValue 0.001). sementara pada anak retardasi mental ringan secara statistik tidak terjadi peningkatan yang signifikan (p 0.160) walaupun secara skor meningkat dari 90.31 menjadi 92.55.

Tidak terjadinya peningkatan dimungkinkan karena pengukuran baru dilakukan 1 minggu pasca penerapan model SARIKSA. Pengukuran lanjutan dalam 1 bulan pasca penerapan model ini diperlukan untuk melihat efeknya.

Anak berkebutuhan khusus bukanlah individu yang tidak berdaya sama sekali. Mereka memiliki potensi yang bisa distimulus, dioptimalkan. Penting bagi keluarga untuk melatih dengan kesabaran, berulang, tidak putus asa. Anak berkebutuhan khusus retardasi mental ringan dan sedang memungkinkan sekali untuk dilatih dan mampu melakukan pemenuhan kebutuhan secara mandiri. Hal ini terlihat pula pada pengukuran awal riset ini yang menunjukkan tingkat kemandirian personal hygien anak retardasi mental ringan sudah sangat tinggi yaitu di angka 90.31 dan retardasi mental sedang di 84.00. Hal ini memperlihatkan potensi mereka untuk mencapai kemandirian sangat besar tergantung support sistem yang ada khususnya keluarga.

BAB V

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

5.1 Kesimpulan

1. Model SARIKSA merupakan model yang digunakan oleh orang tua untuk memandirikan anak dalam memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya sendiri. Model ini merupakan sintesis dari model *parent-child interactional model* dengan *self-care model*. Model sariksa ditujukan bagi peningkatan *self-care agency* anak untuk menjawab tuntutan *self care demand*.
2. Efektifitas model sariksa terhadap kemandirian anak dalam personal hygiene secara mandiri belum bisa diukur dengan akurat sehubungan pengukuran baru dilaksanakan 1 minggu pasca penerapan model. Perencanaan efektifitas ini akan diukur pada minggu ke 2 dan minggu ke 4 pasca penerapan model. Hasil yang ada baru pengukuran pada minggu pertama yang menunjukkan tidak terjadi peningkatan kemandirian anak retardasi mental ringan ($p 0.160$) dan terjadi peningkatan pada kemandirian anak retardasi mental sedang ($p 0.001$). skor kemandirian anak retardasi mental ringan sebelumnya sudah tinggi yaitu 90,31 sehingga peningkatan angka ke dia atasnya sulit diukur apalagi pada rentang waktu yang masing pendek

5.2 Rekomendasi

5.2.1 Bagi Keluarga

Model sariksa dapat digunakan sebagai panduan memandirikan anak dalam memelihara dan memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya secara mandiri. Modul yang dibuat sebagai penterjemahan model sariksa menjadi jawaban bagi orang tua yang memerlukan panduan praktis yang bisa digunakan di rumah dalam mendidik, melatih, dan mendampingi anak memenuhi kebersihan dirinya.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan Luar Biasa

Modul SARIKSA sebagai bagian dari Model SARIKSA bisa digunakan sebagai suplemen selain mata ajaran BINA DIRI yang sudah ada pada kurikulum pendidikan luar biasa.

5.2.3 Bagi Institusi Keperawatan

Puskesmas menjadi pintu terdepan untuk menjalankan program perawatan keluarga untuk memberikan dukungan positif bagi kemandirian anak berkebutuhan khusus dalam memenuhi kebutuhan dirinya sendiri. Puskesmas harus mengoptimalkan program pokok puskesmas terkait Perawatan Kesehatan Masyarakat yang didalamnya terdapat perawatan keluarga dan perawatan pada kelompok khusus

DAFTAR PUSTAKA

- Amandafe. (2015). Tingkat Kemandirian Kebersihan Diri saat Menstruasi pada Remaja Putri Tunagrahita di SLB N 1 Bantul Yogyakarta. Skripsi. Yogyakarta : STIKES 'Aisyiyah
- Ana Ivannovna, (2014). The development of self-care skill of children with severe mental retardation in the context of lekoteka. *World applied sciences journal* 29 (6). 224-727
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian*, Jakarta : Rineka Cipta.
- Balitbang Kemenkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Chandramuki, Shastry, IVK, & Vrandam, MN. (2012). Attitudes of parents towards children with specific learning disabilities. *Dcidj.org*. 23 (1); 63-69
- Departemen Kesehatan. (2010). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Anak di Sekolah Luar Biasa (SLB) Bagi Petugas Kesehatan*. <http://www.gizikia.depkes.go.id/wp-content/uploads/downloads/2011/01/PEDOMAN-YANKES-ANAK-DI-SLB-BAGI-PETUGAS-KESEHATAN.pdf>. Diakses pada tanggal 30 November 2015 08:15
- Ekaete, R., et al. (2015)., Mentally retarded children and deficits in daily living skill : case study of calabar municipality local government area, cross river state Nigeria., *IOSR Journal of Research & Method in Education*. 5(2). 21-26
- Elisabeth. (2012). Hubungan Antara Pola Asuh Orang Tua dengan Status Personal Hygiene pada Anak Retardasi Mental Ringan dan Sedang di SLB Negeri II Yogyakarta. Skripsi. Yogyakarta: Universitas Respati Yogyakarta
- Endah. (2012). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Personal Hygiene pada Anak SDN 1 Gambiran Kec. Pamotan Kab. Rembang. Skripsi. Rembang: Universitas Rembang
- Endaryati. D. (2009). Psikologi Abnormal: Perspektif Klinis pada Gangguan Psikologi. Ed. 6. Jakarta: Salemba Humanika
- Fajar. (2012). Hubungan Perilaku Kesehatan Orang Tua Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia 1-4 Tahun Di Rsud Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat. Karya Tulis Ilmiah. Bandung: Poltekkes Kemenkes Bandung
- Habibah A (2016), Hubungan Tingkat Retardasi Mental Dengan Status *Personal Hygiene* Anak Di SPLB-C Cipaganti Kota Bandung, Karya Tulis Ilmiah, Tidak di Publikasikan

- Herawan, Tresiani. Ngadiran, A. & Sinaga, S. (2013). *Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Retardasi Mental di SLB BC YPLAB Banjaran*. Volume 7 (Nomor 1), halaman 150.
- Hidayat. A. Aziz Alimul. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. (2008). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan Buku 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan. (2009). *Buletin Disabilitas*. www.depkes.go.id. Diakses pada tanggal 30 November 2015 08:25
- Kusumaningrum. RA. (2014). *Data Penderita Disabilitas Dunia*. http://eprints.ums.ac.id/30897/18/02._NASKAH_PUBLIKASI.pdf Diakses pada tanggal 30 November 2015 08:16
- Lailatul. (2008). *Kendala Penerapan Terapi ABA (Applied Behavior Analysis) Terhadap Kemandirian Anak Retardasi Mental/Gdd Di Pusat Terapi Terpadu A Plus Malang*. Skripsi. Malang: Universitas Islam Negeri Malang
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia. (1991). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 72 Tentang Pendidikan Luar Biasa*. Jakarta: Pemerintah Republik Indonesia.
- Permendiknas. (2008). *Standar Sarana dan Prasarana untuk Sekolah Dasar Luar Biasa*. Jakarta: Permendiknas
- Pieter, Zan Herri. Janiwarti, B. & Saragih, M. (2011). *Pengantar Psikopatologi untuk Keperawatan*. Jakarta: Kencana.
- Potter, P.A, Perry, A.G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, Dan Praktik*. Edisi Keempat. Volume 1. Alih Bahasa : Yasmin Asih, dkk. Jakarta : EGC
- Ridhalia. (2013). *Pengetahuan dan Praktik Personal Hygiene saat Menstruasi pada Remaja Putri Di Kota dan Desa (SMA Negeri 11 Ambon dan SMA LKMD Laha) Tahun 2013*. Skripsi. Makassar : Universitas Hasanuddin
- Rini, Puspita Reni. (2012). *Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Orang Tua Dengan Tingkat Kemandirian Anak Retardasi Mental Dalam Personal Hygiene Di SDLB Negeri Colomadu*. Skripsi. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Salmiah, Siti. (2010). *Retardasi Mental*. Medan: Universitas Sumatera Utara.

- Sendi. (2009). *Gambaran Kemandirian Anak Retardasi Mental Ringan di SPLB-C YPLB Cipaganti*. Karya Tulis Ilmiah. Bandung: Poltekkes Kemenkes Bandung
- Shenai, N.T., Wadia, D.N., (2014). Development of a self care skill scale for children with developmental disorders: A pilot study. *The Indian Journal of Occupational Therapy*. Vol 46 (1). 17-21
- Soetjiningsih. (2015). *Tumbuh Kembang Anak*. Edisi Kedua. Jakarta: EGC
- Tiya N (2016), *Gambaran Dukungan Keluarga Terhadap Anak Retardasi Mental Di SLB-C YPLB Kota Bandung*
- Virginia State Department of Health. *A Helpful guide in the training of a mentally retarded child*. National Association for Retarded Children
- Wartolah, Tarwoto. (2006). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses keperawatan*, Edisi Ketiga. Jakarta : Salemba Medika

PENELITI ANGGOTA (1)

1. Biodata

Identitas	
Nama	Haris Sofyana
Gelar	S.Kep Ners, M.Kep
Tempat, tanggal lahir	Bandung, 21 Juni 1973
Alamat korespondensi	Jalan Dr. Otten No.32 Bandung
Alamat Email	hsofyana@yahoo.co.id
Telepon	0813 2237 9949
Institusi Utama	Poltekkes Kemenkes RI Bandung
Bagian/Divisi	Jurusan Keperawatan Bandung
Telpon dan Fax Kantor	(022) 4231057 – (022) 4213391
Kualifikasi	
Tahun : 2001	Institusi : UGM Yogyakarta
	Gelar : Sarjana Keperawatan (S.Kep, Ners)
Tahun : 2011	Institusi : Universitas Indonesia
	Gelar : Magister Keperawatan (M.Kep)

2. Riwayat Pendidikan

SLTP	SLTA	PERGURUAN TINGGI
Sekolah Menengah Negeri 1 Banjaran Lulus Tahun 1989	Sekolah Menengah Negeri 1 Baleendah Bandung Lulus Tahun 1992	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendidikan Ahli Madya (PAM) Keperawatan Depkes Dr. Otten Bandung, lulus tahun 1995. 2. PSIK – FK UGM Lulus tahun 2002. 3. Program Profesi Ners pada PSIK FK UGM, Lulus tahun 2003 4. Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI 2009- sekarang

3. Hasil Penelitian Dan Karya Ilmiah Yang Telah Dihilangkan

PENELITI	JUDUL	MAJALAH / JURNAL	TAHUN
Haris Sofyana., S.Kep.Ners., M.Kep	1. Pengaruh Obesitas Pada Wanita dengan infertilitas	Risbinakes Jurusan kebidanan Sutomo Surabaya	2003
	2. Kemandirian Politeknik Kesehatan Bandung :Idealisme, Cita-cita dan Perjuangan	Pemenang harapan III Lomba Penulisan Karya	2006
	3. Pengaruh Terapi Cairan dalam	Penelitian Ilmiah :	2006

	<p>mengurangi Resiko Terjadinya Infeksi saluran Perkemihan.</p> <p>4. Hubungan berbagai variasi nutrisi dengan perubahan berat badan neonatus usia 10-14 hari di wilayah kerja Puskesmas Garuda Bandung</p> <p>5. Perbedaan dampak pemberian nutrisi asi eksklusif dan non eksklusif terhadap perubahan ukuran antropometri dan status imunitas pada neonatus di Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan Provinsi Jawa Barat”</p>	<p>Risbinakes Poltekkes Bandung Penelitian Ilmiah : Risbinakes Poltekkes Bandung</p> <p>Tesis, Terbit : Jurnal Keperawatan Jurusan keperawatan Bandung, edisi 1 Vil I tahun 2013</p>	<p>2007</p> <p>2011</p>
	<p>6. Model <i>Discharge planning</i> Pada Klien Anak Dan Keluarga terhadap tingkat Kepuasan Dan <i>Customer loyalty</i> keluarga di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat. Risbinakes Poltekkes Kemenkes Bandung. Tahun 2012</p> <p>7. Pengaruh Modul Pemberdayaan Keluarga Dalam Penggunaan Tenaga Kesehatan Terhadap Perilaku Keluarga Anak Disleksia Di Perkumpulan Anak Disleksia Kota Bandung</p> <p>8. Pengaruh pelatihan ASAL KENA dalam meningkatkan perilaku siswa Sekolah Menengah Pertama (SMP) tentang kebencanaan Di Kecamatan Banjaran.</p> <p>9. Pemberdayaan gugus desa sebagai satuan tugas Dalam normalisasi masalah fisik dan Psikologis korban pasca bencana</p>	<p>Risbinakes 2012 Terbit : Jurnal Riset Kesehatan Volume 6, Nomor 1, April 2013 ISSN : 1979-8253</p> <p>Risbinakes 2013 Terbit : Jurnal Riset Kesehatan Volume 7, Nomor 2, Oktober 2014 ISSN : 1979-8253</p> <p>Risbinakes 2014 : Belum di Publikasikan</p> <p>Risbinakes Penelitian Unggulan 2015. Belum di publikasikan</p>	<p>2012</p> <p>2013</p> <p>2014</p> <p>2015</p>
	<p>10. Efektifitas Model Pembelajaran <i>Simulation Based Learning (SBL)</i> terhadap kompetensi, motivasi mahasiswa keperawatan di Poltekkes Jurusan Keperawatan Bandung Dan Ternate</p>	<p>Risbinakes Penelitian Unggulan 2016. Belum di publikasikan</p>	<p>2016</p>

PENELITI ANGGOTA (2)

1. Biodata

1	Nama Lengkap	Kusmiyati, SKp, MKes
2	Jenis kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Lektor
4	NIP	196704211990032013
5	NIDN	4021046702
6	Tempat dan tanggal lahir	Bandung, 21 April 1967
7	e-mail	kusmiyatimada@yahoo.com
8	Nomor HP	08122372232
9	Alamat Kantor	Jl Cilolohan No. 35 Tasikmalaya Jawa Barat
10	No Faks/ tlp	0265 331933
11	Mata Kuliah yang diampu	1. Keperawatan dasar 2. Keperawatan Medikal Bedah I, II, III, IV 3. Promosi Kesehatan 4. Keperawatan Gawat Darurat

2. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2
Nama perguruan tinggi	UNPAD	UGM
Bidang ilmu	Keperawatan	Kesehatan Masyarakat Minat Promosi Kesehatan
Tahun masuk-lulus	1994 - 1997	2000 - 2002

3. Pengalaman penelitian dalam 5 tahun terakhir

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah (Juta Rp)
1.	2016	Hubungan factor risiko terjadinya HIV positif/AIDS dengan upaya pencegahan penularan pada pasien HIV/AIDS di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya	DIPA	32.500.000,-
2.	2015	Faktor factor kejadian ulkus diabetikum pada pasien diabetes mellitus (DM) tipe 2 RSUD dr. Soekarjo Tasikmalaya	DIPA	10.000.000,-
3.	2014	Hubungan Kadar Gula Darah Sewaktu dengan Ankle Brachial Indeks Pasien DM Tipe 2 di Klinik Az Zahra Medika Kota Tasikmalaya	DIPA	4.000.000,-
4.	2013	Studi komparasi metode pembelajaran Problem Base Learning (PBL) dengan metode Ceramah Tanya Jawab (CTJ) terhadap hasil belajar mahasiswa dalam pembelajaran keperawatan medical bedah system pernafasan pada mahasiswa tingkat II Diploma III Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Tasikmalaya SMT TA 2013/2014	DIPA	25.300.000,-

5.	2012	Studi komparasi jumlah koloni bakteri pada kultur apus luka kaki diabet setelah pemaparan gula betadine di RSUD Kota Tasikmalaya	DIPA	24.100.000,-
6.	2011	Pengaruh senam Diabetes Mellitus terhadap nilai Ankle Brachial Indeks di RSUD Kota Tasikmalaya	DIPA	

4. Pengalaman pengabdian masyarakat dalam 5 tahun terakhir

No.	Tahun	Judul Pengabmas	Sumber Dana	Jumlah (Rp)
1.	2016	IbM Kelurahan Kahuripan Kecamatan Tawang Kota Tasikmalaya Untuk hidup Sehat dan Produktif melalui program pendidikan kesehatan fisik dan mental serta pendidikan kewirausahaan	DIPA	10.000.000,-
2.	2016	Program pembentukan kampung layak anak di kecamatan cipedes	DIPA	
3.	2016	Penyuluhan kesehatan di LAPAS Kota Tasikmalaya	DIPA	300.000,-
4.	12 Mei 2013	Program kelurahan binaan di wilayah kelurahan suka hurip kecamatan tamansari Kota Tasikmalaya	DIPA	
5.	26 Mei 2013	Penyuluhan tentang narkoba	DIPA	
6.	3 Des 2013	Penyuluhan tentang HIV/AIDS	DIPA	

OUTPUT BERDASARKAN JENJANG PENDIDIKAN

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
pengetahuan	10	54.83	87.09	74.1880	3.29719	10.42664
Pengetahuan2	10	61.29	90.32	80.0000	3.14620	9.94917
sikap	10	70.24	82.43	74.4830	1.32897	4.20257
Sikap2	10	72.19	85.67	76.9180	1.33823	4.23184
Valid N (listwise)	10					

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pengetahuan	4	67.74	80.64	74.1875	5.88802
Pengetahuan2	4	74.19	80.65	76.6100	3.09162
sikap	4	71.21	78.53	75.4825	3.29567
Sikap2	4	74.18	78.53	75.9075	1.93107
Valid N (listwise)	4				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pengetahuan	2	51.61	67.74	59.6750	11.40563
Pengetahuan2	2	58.06	70.97	64.5150	9.12875
sikap	2	68.78	72.19	70.4850	2.41123
Sikap2	2	71.24	71.70	71.4700	.32527
Valid N (listwise)	2				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pengetahuan	18	51.61	83.87	71.6800	8.31981
Pengetahuan2	18	64.52	90.32	77.9578	7.60548
sikap	18	51.21	83.90	73.4106	6.76509
Sikap2	18	52.18	88.21	76.4389	7.38491
Valid N (listwise)	18				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
dukiformasional	2	79.16	100.00	89.5800	14.73611
dukinfo2	2	80.28	100.00	90.1400	13.94415
dukemosional	2	54.16	100.00	77.0800	32.41377
Dukemosi2	2	58.16	100.00	79.0800	29.58535
dukpenghargaan	2	70.83	100.00	85.4150	20.62630
Dukpenghar2	2	66.67	100.00	83.3350	23.56787
dukinstrumental	2	70.83	100.00	85.4150	20.62630
Dukinstru2	2	79.16	100.00	89.5800	14.73611
duksosial	2	75.00	100.00	87.5000	17.67767
Duksosial2	2	79.16	100.00	89.5800	14.73611
duktotal	2	70.00	100.00	85.0000	21.21320
Duktota2	2	72.69	100.00	86.3450	19.31109
Valid N (listwise)	2				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
dukiformasional	18	66.66	100.00	81.7294	12.32814
dukinfo2	18	66.83	100.00	82.5961	11.52895
dukemosional	18	25.00	100.00	81.4783	17.74761
Dukemosi2	18	33.12	100.00	82.5367	16.29323
dukpenghargaan	18	25.00	100.00	79.1644	19.06790
Dukpenghar2	18	25.93	100.00	80.1233	18.40257
dukinstrumental	18	66.67	100.00	86.8044	11.36562
Dukinstru2	18	70.83	100.00	88.8872	9.58774
duksosial	18	58.33	100.00	76.6178	12.13763
Duksosial2	18	62.50	100.00	80.2944	11.53096
duktotal	18	64.16	99.16	81.4733	10.56977
Dukttotal2	18	66.88	100.00	82.8867	9.61325
Valid N (listwise)	18				

Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.02

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
dukiformasional	10	66.66	100.00	86.2480	8.79722
dukinfo2	10	63.18	100.00	88.4890	11.30037
dukemosional	10	66.66	100.00	83.3310	10.76001
Dukemosi2	10	67.19	100.00	83.8830	11.07304
dukpenghargaan	10	66.66	100.00	80.4150	11.95555
Dukpenghar2	10	66.34	100.00	81.3620	11.51749
dukinstrumental	10	66.66	100.00	86.2470	11.29375
Dukinstru2	10	70.83	100.00	88.1790	9.82646
duksosial	10	50.00	100.00	71.6640	12.84951
Duksosial2	10	62.50	95.83	73.7890	9.61069
duktotal	10	71.67	100.00	81.2480	8.12979
Dukttotal2	10	71.81	97.50	83.1410	7.21879
Valid N (listwise)	10				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
dukiformasional	4	66.66	91.67	81.2475	12.50167
dukinfo2	4	67.28	91.67	81.9475	11.92650
dukemosional	4	70.83	100.00	84.3725	12.44413
Dukemosi2	4	71.13	96.43	83.7925	10.67953
dukpenghargaan	4	66.66	83.33	76.0375	7.11675
Dukpenghar2	4	70.83	87.41	80.3375	6.91544
dukinstrumental	4	70.83	91.67	80.2050	8.59304
Dukinstru2	4	79.16	95.83	84.3700	7.88884
duksosial	4	70.83	95.83	78.1225	11.96755
Duksosial2	4	75.00	95.83	81.2475	9.91748
duktotal	4	75.83	84.16	79.9975	3.96629
Dukttotal2	4	76.85	85.99	82.3400	4.10692
Valid N (listwise)	4				

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jenjanganak * Tunagrahita	34	100.0%	0	0.0%	34	100.0%

jenjanganak * Tunagrahita Crosstabulation

			Tunagrahita		Total
			ringan	sedang	
SD	Count		0	9	9
	% within jenanganak		0.0%	100.0%	100.0%
	% of Total		0.0%	26.5%	26.5%
jenjanganak SMP	Count		4	9	13
	% within jenanganak		30.8%	69.2%	100.0%
	% of Total		11.8%	26.5%	38.2%
SMA/Sederajat	Count		6	6	12
	% within jenanganak		50.0%	50.0%	100.0%
	% of Total		17.6%	17.6%	35.3%
Total	Count		10	24	34
	% within jenanganak		29.4%	70.6%	100.0%
	% of Total		29.4%	70.6%	100.0%

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PHmandi	34	33.30	100.00	83.1341	16.75929
PHMandi2	34	40.00	100.00	86.3712	15.33830
PHgosokgigi	34	33.33	100.00	88.6262	15.52952
PHGosok2	34	46.67	100.00	91.3726	13.13302
PHkeramas	34	33.33	100.00	81.5091	17.25967
PHKeramas2	34	41.34	100.00	85.4432	14.42667
PHpotongkuku	34	33.33	100.00	77.0985	20.25933
PHPotku2	34	33.34	100.00	80.3953	18.01048
PHbabbak	34	33.33	100.00	87.4985	14.68700
PHBabBak2	34	42.42	100.00	89.0256	12.67198
PHmenstruasi	34	.00	100.00	23.9209	37.32100
PHMenstr2	34	.00	100.00	25.0976	38.58764
PHtotal	34	42.22	100.00	83.0182	13.22655
PHTotal2	34	46.09	100.00	86.5218	11.61732
Valid N (listwise)	34				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PHmandi	9	33.30	100.00	78.8833	20.21571
PHMandi2	9	40.00	100.00	81.8511	18.64241
PHgosokgigi	9	73.33	100.00	85.9256	8.46193
PHGosok2	9	73.33	100.00	88.1478	8.35290
PHkeramas	9	66.67	100.00	85.1822	12.69760
PHKeramas2	9	76.67	100.00	89.0211	10.51286
PHpotongkuku	9	33.33	100.00	72.2211	19.09534
PHPotku2	9	41.67	100.00	75.3411	16.61525
PHbabbak	9	66.67	100.00	80.5544	11.02176
PHBabBak2	9	71.33	100.00	84.0011	10.01132
PHmenstruasi	9	.00	33.33	7.4067	14.69715
PHMenstr2	9	.00	46.67	8.8889	17.95086
PHtotal	9	65.71	88.89	78.2344	7.50763
PHTotal2	9	69.15	96.67	83.6722	8.52043
Valid N (listwise)	9				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PHmandi	13	60.00	100.00	84.6131	12.51221
PHMandi2	13	66.66	100.00	88.4600	11.27293
PHgosokgigi	13	33.33	100.00	90.2546	18.78155
PHGosok2	13	46.67	100.00	93.3338	15.09157
PHkeramas	13	33.33	100.00	79.8508	19.25998
PHKeramas2	13	41.34	100.00	84.2054	16.37108
PHpotongkuku	13	33.33	100.00	75.3631	22.20046
PHPotku2	13	33.34	100.00	78.3677	20.37118
PHbabbak	13	33.33	100.00	91.6654	18.32171
PHBabBak2	13	42.42	100.00	92.5885	15.57669
PHmenstruasi	13	.00	93.33	30.2554	40.14796
PHMenstr2	13	.00	93.33	31.7938	42.06594
PHtotal	13	42.22	100.00	84.6131	15.02812
PHTotal2	13	46.09	100.00	87.3915	14.14426
Valid N (listwise)	13				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PHmandi	12	33.33	100.00	84.7200	18.82823
PHMandi2	12	40.00	100.00	87.4983	17.06296
PHgosokgigi	12	46.67	100.00	88.8875	16.65628
PHGosok2	12	53.33	100.00	91.6667	14.32050
PHkeramas	12	33.33	100.00	80.5508	18.88045
PHKeramas2	12	46.67	100.00	84.1008	15.40716
PHpotongkuku	12	33.33	100.00	82.6367	19.28693
PHPotku2	12	45.18	100.00	86.3825	15.96186
PHbabbak	12	66.66	100.00	88.1925	11.49240
PHBabBak2	12	71.42	100.00	88.9342	10.41575
PHmenstruasi	12	.00	100.00	29.4442	44.26340
PHMenstr2	12	.00	100.00	30.0000	44.81170
PHtotal	12	51.11	100.00	84.8783	14.55859
PHTotal2	12	64.67	100.00	87.7167	11.16895
Valid N (listwise)	12				

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
PHMandi2	34	60.00	40.00	100.00	86.3712	2.63050	15.33830
PHGosok2	34	53.33	46.67	100.00	91.3726	2.25229	13.13302
PHKeramas2	34	58.66	41.34	100.00	85.4432	2.47415	14.42667
PHPotku2	34	66.66	33.34	100.00	80.3953	3.08877	18.01048
PHBabBak2	34	57.58	42.42	100.00	89.0256	2.17323	12.67198
PHMenstr2	34	100.00	.00	100.00	25.0976	6.61773	38.58764
PHTotal2	34	53.91	46.09	100.00	86.5218	1.99235	11.61732
Valid N (listwise)	34						

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PHmandi	24	33.30	100.00	81.1071	14.83557
PHMandi2	24	40.00	100.00	84.5817	13.68415
PHgosokgigi	24	33.33	100.00	87.2208	15.34449
PHGosok2	24	46.67	100.00	90.0000	12.54923
PHkeramas	24	33.33	100.00	79.1633	15.24117
PHKeramas2	24	41.34	100.00	83.3563	13.04523
PHpotongkuku	24	33.33	100.00	71.3767	20.53512
PHPotku2	24	33.34	100.00	75.6258	18.56061
PHbabbak	24	33.33	100.00	84.7204	15.67074
PHBabBak2	24	42.42	100.00	86.4796	13.32491
PHmenstruasi	24	.00	100.00	25.8325	36.53066
PHMenstr2	24	.00	100.00	27.4996	38.27451
PHtotal	24	42.22	100.00	79.9783	11.43412
PHTotal2	24	46.09	100.00	84.0088	11.14709
Valid N (listwise)	24				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PHmandi	10	33.33	100.00	87.9990	20.74014
PHMandi2	10	40.00	100.00	90.6660	18.84291
PHgosokgigi	10	46.67	100.00	91.9990	16.26818
PHGosok2	10	53.33	100.00	94.6670	14.59017
PHkeramas	10	33.33	100.00	87.1390	21.18389
PHKeramas2	10	46.67	100.00	90.4520	16.99263
PHpotongkuku	10	66.66	100.00	90.8310	11.42158
PHPotku2	10	71.42	100.00	91.8420	10.13696
PHbabbak	10	75.00	100.00	94.1660	9.66335
PHBabBak2	10	75.00	100.00	95.1360	8.73336
PHmenstruasi	10	.00	100.00	19.3330	40.78785
PHMenstr2	10	.00	100.00	19.3330	40.78785
PHtotal	10	51.11	100.00	90.3140	14.95180
PHTotal2	10	64.67	100.00	92.5530	10.95700
Valid N (listwise)	10				

T-Test

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 PHmandi	87.9990	10	20.74014	6.55861
PHMandi2	90.6660	10	18.84291	5.95865
Pair 2 PHgosokgigi	91.9990	10	16.26818	5.14445
PHGosok2	94.6670	10	14.59017	4.61382
Pair 3 PHkeramas	87.1390	10	21.18389	6.69893
PHKeramas2	90.4520	10	16.99263	5.37354
Pair 4 PHpotongkuku	90.8310	10	11.42158	3.61182
PHPotku2	91.8420	10	10.13696	3.20559
Pair 5 PHbabbak	94.1660	10	9.66335	3.05582
PHBabBak2	95.1360	10	8.73336	2.76173
Pair 6 PHmenstruasi	19.3330 ^a	10	40.78785	12.89825
PHMenstr2	19.3330 ^a	10	40.78785	12.89825
Pair 7 PHtotal	90.3140	10	14.95180	4.72817
PHTotal2	92.5530	10	10.95700	3.46491

a. The correlation and t cannot be computed because the standard error of the difference is 0.

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	PHmandi & PHMandi2	10	.980	.000
Pair 2	PHgosokgigi & PHGosok2	10	.986	.000
Pair 3	PHkeramas & PHKeramas2	10	.994	.000
Pair 4	PHpotongkuku & PHPotku2	10	.994	.000
Pair 5	PHbabbak & PHBabBak2	10	.968	.000
Pair 7	PHtotal & PHTotal2	10	.983	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	PHmandi - PHMandi2	-2.66700	4.38803	1.38762	-5.80601	.47201	-1.922	9	.087
Pair 2	PHgosokgigi - PHGosok2	-2.66800	3.06345	.96875	-4.85946	-.47654	-2.754	9	.022
Pair 3	PHkeramas - PHKeramas2	-3.31300	4.67982	1.47989	-6.66074	.03474	-2.239	9	.052
Pair 4	PHpotongkuku - PHPotku2	-1.01100	1.75221	.55410	-2.26445	.24245	-1.825	9	.101
Pair 5	PHbabbak - PHBabBak2	-.97000	2.49980	.79051	-2.75825	.81825	-1.227	9	.251
Pair 7	PHtotal - PHTotal2	-2.23900	4.62726	1.46327	-5.54914	1.07114	-1.530	9	.160

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PHmandi	87.9990	10	20.74014	6.55861
	PHMandi2	90.6660	10	18.84291	5.95865
Pair 2	PHgosokgigi	91.9990	10	16.26818	5.14445
	PHGosok2	94.6670	10	14.59017	4.61382
Pair 3	PHkeramas	87.1390	10	21.18389	6.69893
	PHKeramas2	90.4520	10	16.99263	5.37354
Pair 4	PHpotongkuku	90.8310	10	11.42158	3.61182
	PHPotku2	91.8420	10	10.13696	3.20559
Pair 5	PHbabbak	94.1660	10	9.66335	3.05582
	PHBabBak2	95.1360	10	8.73336	2.76173
Pair 6	PHmenstruasi	19.3330 ^a	10	40.78785	12.89825
	PHMenstr2	19.3330 ^a	10	40.78785	12.89825
Pair 7	PHtotal	90.3140	10	14.95180	4.72817
	PHTotal2	92.5530	10	10.95700	3.46491

a. The correlation and t cannot be computed because the standard error of the difference is 0.

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	PHmandi & PHMandi2	10	.980	.000
Pair 2	PHgosokgigi & PHGosok2	10	.986	.000
Pair 3	PHkeramas & PHKeramas2	10	.994	.000
Pair 4	PHpotongkuku & PHPotku2	10	.994	.000
Pair 5	PHbabbak & PHBabBak2	10	.968	.000
Pair 7	PHtotal & PHTotal2	10	.983	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	PHmandi - PHMandi2	2.66700	4.38803	1.38762	5.80601	.47201	1.922	9	.087
Pair 2	PHgosokgigi - PHGosok2	2.66800	3.06345	.96875	4.85946	-.47654	2.754	9	.022
Pair 3	PHkeramas - PHKeramas2	3.31300	4.67982	1.47989	6.66074	.03474	2.239	9	.052
Pair 4	PHpotongkuku - PHPotku2	1.01100	1.75221	.55410	2.26445	.24245	1.825	9	.101
Pair 5	PHbabbak - PHBabBak2	-.97000	2.49980	.79051	2.75825	.81825	1.227	9	.251
Pair 7	PHtotal - PHTotal2	2.23900	4.62726	1.46327	5.54914	1.07114	1.530	9	.160

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PHmandi	81.1071	24	14.83557	3.02830
	PHMandi2	84.5817	24	13.68415	2.79327
Pair 2	PHgosokgigi	87.2208	24	15.34449	3.13218
	PHGosok2	90.0000	24	12.54923	2.56160
Pair 3	PHkeramas	79.1633	24	15.24117	3.11109
	PHKeramas2	83.3563	24	13.04523	2.66285
Pair 4	PHpotongkuku	71.3767	24	20.53512	4.19171
	PHPotku2	75.6258	24	18.56061	3.78867
Pair 5	PHbabbak	84.7204	24	15.67074	3.19878
	PHBabBak2	86.4796	24	13.32491	2.71994
Pair 6	PHmenstruasi	25.8325	24	36.53066	7.45679
	PHMenstr2	27.4996	24	38.27451	7.81275
Pair 7	PHtotal	79.9783	24	11.43412	2.33398
	PHTotal2	84.0088	24	11.14709	2.27539

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	PHmandi & PHMandi2	24	.990	.000
Pair 2	PHgosokgigi & PHGosok2	24	.988	.000
Pair 3	PHkeramas & PHKeramas2	24	.963	.000
Pair 4	PHpotongkuku & PHPotku2	24	.987	.000
Pair 5	PHbabbak & PHBabBak2	24	.984	.000
Pair 6	PHmenstruasi & PHMenstr2	24	.996	.000
Pair 7	PHtotal & PHTotal2	24	.898	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Pair 1	PHmandi - PHMandi2	-3.47458	2.30134	.46976	-4.44635	-2.50281
Pair 2	PHgosokgigi - PHGosok2	-2.77917	3.50008	.71445	-4.25712	-1.30122
Pair 3	PHkeramas - PHKeramas2	-4.19292	4.43563	.90542	-6.06592	-2.32002
Pair 4	PHpotongkuku - PHPotku2	-4.24917	3.73469	.76234	-5.82619	-2.67215
Pair 5	PHbabbak - PHBabBak2	-1.75917	3.50407	.71527	-3.23881	-0.27953

Pair 6	PHmenstruasi - PHMenstr2	-1.66708	3.67910	.75099	-3.22063
Pair 7	PHtotal - PHTotal2	-4.03042	5.09968	1.04097	-6.18382

DATASET ACTIVATE DataSet19.

T-TEST PAIRS=PHmandi PHgosokgigi PHkeramas PHpotongkuku PHbabbak PHmenstruasi PHtotal
 WITH PHMandi2 PHGosok2 PHKeramas2 PHPotku2 PHBabBak2 PHMenstr2 PHTotal2 (PAIRED)
 /CRITERIA=CI(.9500)
 /MISSING=ANALYSIS.

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PHmandi	78.8833	9	20.21571	6.73857
	PHMandi2	81.8511	9	18.64241	6.21414
Pair 2	PHgosokgigi	85.9256	9	8.46193	2.82064
	PHGosok2	88.1478	9	8.35290	2.78430
Pair 3	PHkeramas	85.1822	9	12.69760	4.23253
	PHKeramas2	89.0211	9	10.51286	3.50429
Pair 4	PHpotongkuku	72.2211	9	19.09534	6.36511
	PHPotku2	75.3411	9	16.61525	5.53842
Pair 5	PHbabbak	80.5544	9	11.02176	3.67392
	PHBabBak2	84.0011	9	10.01132	3.33711
Pair 6	PHmenstruasi	7.4067	9	14.69715	4.89905
	PHMenstr2	8.8889	9	17.95086	5.98362
Pair 7	PHtotal	78.2344	9	7.50763	2.50254
	PHTotal2	83.6722	9	8.52043	2.84014

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	PHmandi & PHMandi2	9	.994	.000
Pair 2	PHgosokgigi & PHGosok2	9	.961	.000
Pair 3	PHkeramas & PHKeramas2	9	.958	.000
Pair 4	PHpotongkuku & PHPotku2	9	.997	.000
Pair 5	PHbabbak & PHBabBak2	9	.972	.000
Pair 6	PHmenstruasi & PHMenstr2	9	.983	.000
Pair 7	PHtotal & PHTotal2	9	.527	.145

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	PHmandi - PHMandi2	-2.96778	2.61084	.87028	-4.97465	-.96091	-3.410	8	.009
Pair 2	PHgosokgigi - PHGosok2	-2.22222	2.35761	.78587	-4.03444	-.41000	-2.828	8	.022
Pair 3	PHkeramas - PHKeramas2	-3.83889	3.98229	1.32743	-6.89995	-.77783	-2.892	8	.020
Pair 4	PHpotongkuku - PHPotku2	-3.12000	2.84385	.94795	-5.30598	-.93402	-3.291	8	.011
Pair 5	PHbabbak - PHBabBak2	-3.44667	2.70316	.90105	-5.52450	-1.36883	-3.825	8	.005
Pair 6	PHmenstruasi - PHMenstr2	-1.48222	4.44667	1.48222	-4.90023	1.93579	-1.000	8	.347
Pair 7	PHtotal - PHTotal2	-5.43778	7.84498	2.61499	-11.46796	.59241	-2.079	8	.071

DATASET ACTIVATE DataSet20.

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PHmandi	84.6131	13	12.51221	3.47026
	PHMandi2	88.4600	13	11.27293	3.12655
Pair 2	PHgosokgigi	90.2546	13	18.78155	5.20906
	PHGosok2	93.3338	13	15.09157	4.18565
Pair 3	PHkeramas	79.8508	13	19.25998	5.34176
	PHKeramas2	84.2054	13	16.37108	4.54052
Pair 4	PHpotongkuku	75.3631	13	22.20046	6.15730
	PHPotku2	78.3677	13	20.37118	5.64995
Pair 5	PHbabbak	91.6654	13	18.32171	5.08153
	PHBabBak2	92.5885	13	15.57669	4.32020
Pair 6	PHmenstruasi	30.2554	13	40.14796	11.13504
	PHMenstr2	31.7938	13	42.06594	11.66699
Pair 7	PHtotal	84.6131	13	15.02812	4.16805
	PHTotal2	87.3915	13	14.14426	3.92291

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	PHmandi & PHMandi2	13	.961	.000
Pair 2	PHgosokgigi & PHGosok2	13	.993	.000
Pair 3	PHkeramas & PHKeramas2	13	.976	.000
Pair 4	PHpotongkuku & PHPotku2	13	.991	.000
Pair 5	PHbabbak & PHBabBak2	13	.982	.000
Pair 6	PHmenstruasi & PHMenstr2	13	.998	.000
Pair 7	PHtotal & PHTotal2	13	.984	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	PHmandi - PHMandi2	-3.84692	3.55869	.98700	-5.99742	-	-3.898	12	.002
Pair 2	PHgosokgigi - PHGosok2	-3.07923	4.18800	1.16154	-5.61001	1.69643	-2.651	12	.021
Pair 3	PHkeramas - PHKeramas2	-4.35462	4.81560	1.33561	-7.26466	-	-3.260	12	.007
Pair 4	PHpotongkuku - PHPotku2	-3.00462	3.41459	.94704	-5.06803	-	-3.173	12	.008
Pair 5	PHbabbak - PHBabBak2	-.92308	4.22794	1.17262	-3.47800	1.63184	-.787	12	.446
Pair 6	PHmenstruasi - PHMenstr2	-1.53846	3.22501	.89446	-3.48732	.41039	-1.720	12	.111
Pair 7	PHtotal - PHTotal2	-2.77846	2.74129	.76030	-4.43501	-	-3.654	12	.003

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PHmandi	84.7200	12	18.82823	5.43524
	PHMandi2	87.4983	12	17.06296	4.92565
Pair 2	PHgosokgigi	88.8875	12	16.65628	4.80825
	PHGosok2	91.6667	12	14.32050	4.13397
Pair 3	PHkeramas	80.5508	12	18.88045	5.45032
	PHKeramas2	84.1008	12	15.40716	4.44766
Pair 4	PHpotongkuku	82.6367	12	19.28693	5.56766
	PHPotku2	86.3825	12	15.96186	4.60779
Pair 5	PHbabbak	88.1925	12	11.49240	3.31757
	PHBabBak2	88.9342	12	10.41575	3.00677
Pair 6	PHmenstruasi	29.4442	12	44.26340	12.77774
	PHMenstr2	30.0000	12	44.81170	12.93602
Pair 7	PHTotal	84.8783	12	14.55859	4.20270
	PHTotal2	87.7167	12	11.16895	3.22420

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	PHmandi & PHMandi2	12	.993	.000
Pair 2	PHgosokgigi & PHGosok2	12	.991	.000
Pair 3	PHkeramas & PHKeramas2	12	.982	.000
Pair 4	PHpotongkuku & PHPotku2	12	.986	.000
Pair 5	PHbabbak & PHBabBak2	12	.995	.000
Pair 6	PHmenstruasi & PHMenstr2	12	.999	.000
Pair 7	PHTotal & PHTotal2	12	.984	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	PHmandi - PHMandi2	-2.77833	2.78295	.80337	-4.54653	-1.01013	-3.458	11	.005
Pair 2	PHgosokgigi - PHGosok2	-2.77917	3.12538	.90222	-4.76494	-.79339	-3.080	11	.010
Pair 3	PHkeramas - PHKeramas2	-3.55000	4.72703	1.36458	-6.55341	-.54659	-2.602	11	.025
Pair 4	PHpotongkuku - PHPotku2	-3.74583	4.41101	1.27335	-6.54846	-.94321	-2.942	11	.013
Pair 5	PHbabbak - PHBabBak2	-.74167	1.50068	.43321	-1.69515	.21182	-1.712	11	.115
Pair 6	PHmenstruasi - PHMenstr2	-.55583	1.92546	.55583	-1.77921	.66755	-1.000	11	.339
Pair 7	PHTotal - PHTotal2	-2.83833	4.10287	1.18440	-5.44518	-.23149	-2.396	11	.035

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pendidikanibu * Tunagrahita	34	100.0%	0	0.0%	34	100.0%

pendidikanibu * Tunagrahita Crosstabulation

			Tunagrahita		Total
			ringan	sedang	
pendidikanibu	SD	Count	2	0	2
		Expected Count	.6	1.4	2.0
		% within pendidikanibu	100.0%	0.0%	100.0%
		% of Total	5.9%	0.0%	5.9%
	SMP	Count	2	2	4
		Expected Count	1.2	2.8	4.0
		% within pendidikanibu	50.0%	50.0%	100.0%
		% of Total	5.9%	5.9%	11.8%
	SMA/Sederajat	Count	4	14	18
		Expected Count	5.3	12.7	18.0
		% within pendidikanibu	22.2%	77.8%	100.0%
		% of Total	11.8%	41.2%	52.9%
	Perguruan Tinggi	Count	2	8	10
		Expected Count	2.9	7.1	10.0
		% within pendidikanibu	20.0%	80.0%	100.0%
		% of Total	5.9%	23.5%	29.4%
	Total	Count	10	24	34
		Expected Count	10.0	24.0	34.0
% within pendidikanibu		29.4%	70.6%	100.0%	
% of Total		29.4%	70.6%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.491 ^a	3	.090
Likelihood Ratio	6.572	3	.087
Linear-by-Linear Association	4.498	1	.034
N of Valid Cases	34		

a. 5 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .59.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.369	.166	2.247	.032 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.304	.175	1.807	.080 ^c
N of Valid Cases		34			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pendidikanibu * Tunagrahita	34	100.0%	0	0.0%	34	100.0%

pendidikanibu * Tunagrahita Crosstabulation

			Tunagrahita		Total
			ringan	sedang	
pendidikanibu	SD	Count	2	0	2
		Expected Count	.6	1.4	2.0
		% within pendidikanibu	100.0%	0.0%	100.0%
		% of Total	5.9%	0.0%	5.9%
	SMP	Count	2	2	4
		Expected Count	1.2	2.8	4.0
		% within pendidikanibu	50.0%	50.0%	100.0%
		% of Total	5.9%	5.9%	11.8%
	SMA/Sederajat	Count	4	14	18
		Expected Count	5.3	12.7	18.0
		% within pendidikanibu	22.2%	77.8%	100.0%
		% of Total	11.8%	41.2%	52.9%
Perguruan Tinggi	Count	2	8	10	
	Expected Count	2.9	7.1	10.0	
	% within pendidikanibu	20.0%	80.0%	100.0%	
	% of Total	5.9%	23.5%	29.4%	
Total	Count	10	24	34	
	Expected Count	10.0	24.0	34.0	
	% within pendidikanibu	29.4%	70.6%	100.0%	
	% of Total	29.4%	70.6%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.491 ^a	3	.090
Likelihood Ratio	6.572	3	.087
Linear-by-Linear Association	4.498	1	.034
N of Valid Cases	34		

a. 5 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .59.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.369	.166	2.247	.032 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.304	.175	1.807	.080 ^c
N of Valid Cases		34			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pendidikanibu * Tunagrahita	34	100.0%	0	0.0%	34	100.0%

pendidikanibu * Tunagrahita Crosstabulation

Count

		Tunagrahita		Total
		ringan	sedang	
pendidikanibu	SD	2	0	2
	SMP	2	2	4
	SMA/Sederajat	4	14	18
	Perguruan Tinggi	2	8	10
Total		10	24	34

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.491 ^a	3	.090
Likelihood Ratio	6.572	3	.087
Linear-by-Linear Association	4.498	1	.034
N of Valid Cases	34		

a. 5 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .59.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.369	.166	2.247	.032 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.304	.175	1.807	.080 ^c
N of Valid Cases	34			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for pendidikanibu (SD / SMP)	a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pengetahuan	59.6750	2	11.40563	8.06500
	Pengetahuan2	64.5150	2	9.12875	6.45500

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	pengetahuan & Pengetahuan2	2	1.000	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	pengetahuan - Pengetahuan2	-4.84000	2.27688	1.61000	-25.29699	15.61699	-3.006	1	.204

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	sikap	70.4850	2	2.41123	1.70500
	Sikap2	71.4700	2	.32527	.23000

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	sikap & Sikap2	2	-1.000	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	sikap - Sikap2	-.98500	2.73650	1.93500	-25.57151	23.60151	-.509	1	.700

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pengetahuan	74.1875	4	5.88802	2.94401
	Pengetahuan2	76.6100	4	3.09162	1.54581
Pair 2	sikap	75.4825	4	3.29567	1.64783
	Sikap2	75.9075	4	1.93107	.96553

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	pengetahuan & Pengetahuan2	4	.953	.047
Pair 2	sikap & Sikap2	4	-.687	.313

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	pengetahuan - Pengetahuan2	-2.42250	3.08553	1.54276	-7.33227	2.48727	1.570	3	.214
Pair 2	sikap - Sikap2	-.42500	4.83111	2.41556	-8.11238	7.26238	-.176	3	.872

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pengetahuan	71.6800	18	8.31981	1.96100
	Pengetahuan2	77.9578	18	7.60548	1.79263
Pair 2	sikap	73.4106	18	6.76509	1.59455
	Sikap2	76.4389	18	7.38491	1.74064

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	pengetahuan & Pengetahuan2	18	.864	.000
Pair 2	sikap & Sikap2	18	.969	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	pengetahuan - Pengetahuan2	-6.27778	4.20866	.99199	-8.37069	-4.18486	-6.328	17	.000
Pair 2	sikap - Sikap2	-3.02833	1.86219	.43892	-3.95438	-2.10229	-6.899	17	.000

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pengetahuan	74.1880	10	10.42664	3.29719
	Pengetahuan2	80.0000	10	9.94917	3.14620
Pair 2	sikap	74.4830	10	4.20257	1.32897
	Sikap2	76.9180	10	4.23184	1.33823

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	pengetahuan & Pengetahuan2	10	.914	.000
Pair 2	sikap & Sikap2	10	.708	.022

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	pengetahuan - Pengetahuan2	-5.81200	4.24962	1.34385	-8.85200	-2.77200	-4.325	9	.002
Pair 2	sikap - Sikap2	-2.43500	3.22170	1.01879	-4.73966	-.13034	-2.390	9	.041

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pengetahuan	69.5278	9	9.13990	3.04663
	Pengetahuan2	74.9089	9	9.51170	3.17057
Pair 2	sikap	72.0822	9	8.67594	2.89198
	Sikap2	73.8244	9	8.91470	2.97157

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	pengetahuan & Pengetahuan2	9	.896	.001
Pair 2	sikap & Sikap2	9	.918	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	pengetahuan - Pengetahuan2	-5.38111	4.26943	1.42314	-8.66288	-2.09934	-3.781	8	.005
Pair 2	sikap - Sikap2	-1.74222	3.55946	1.18649	-4.47827	.99382	-1.468	8	.180

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pengetahuan	75.6777	13	6.12358	1.69838
	Pengetahuan2	80.1500	13	6.29570	1.74611
Pair 2	sikap	74.5169	13	3.69012	1.02345
	Sikap2	77.1715	13	4.01151	1.11259

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	pengetahuan & Pengetahuan2	13	.853	.000
Pair 2	sikap & Sikap2	13	.712	.006

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	pengetahuan - Pengetahuan2	-4.47231	3.36943	.93451	-6.50843	2.43618	-4.786	12	.000
Pair 2	sikap - Sikap2	-2.65462	2.93706	.81459	-4.42947	-.87977	-3.259	12	.007

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pengetahuan	69.8883	12	11.11630	3.20900
	Pengetahuan2	76.8817	12	9.71019	2.80309
Pair 2	sikap	74.3050	12	4.41279	1.27386
	Sikap2	77.0000	12	4.77917	1.37963

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	pengetahuan & Pengetahuan2	12	.914	.000
Pair 2	sikap & Sikap2	12	.904	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	pengetahuan - Pengetahuan2	-6.99333	4.52605	1.30656	-9.86905	-4.11762	-5.352	11	.000
Pair 2	sikap - Sikap2	-2.69500	2.04369	.58996	-3.99350	-1.39650	-4.568	11	.001

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pendidikanibu * Tunagrahita	34	100.0%	0	0.0%	34	100.0%

pendidikanibu * Tunagrahita Crosstabulation

Count

		Tunagrahita		Total
		ringan	sedang	
pendidikanibu	SD	2	0	2
	SMP	2	2	4
	SMA/Sederajat	4	14	18
	Perguruan Tinggi	2	8	10
Total		10	24	34

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.491 ^a	3	.090
Likelihood Ratio	6.572	3	.087
Linear-by-Linear Association	4.498	1	.034
N of Valid Cases	34		

a. 5 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .59.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.369	.166	2.247	.032 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.304	.175	1.807	.080 ^c
N of Valid Cases		34			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for pendidikanibu (SD / SMP)	^a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jenjanganak * Tunagrahita	34	100.0%	0	0.0%	34	100.0%

jenjanganak * Tunagrahita Crosstabulation

Count

		Tunagrahita		Total
		ringan	sedang	
jenjanganak	SD	0	9	9
	SMP	4	9	13
	SMA/Sederajat	6	6	12
Total		10	24	34

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.212 ^a	2	.045
Likelihood Ratio	8.510	2	.014
Linear-by-Linear Association	5.905	1	.015
N of Valid Cases	34		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.65.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.423	.122	-2.641	.013 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.420	.127	-2.620	.013 ^c
N of Valid Cases		34			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for jenjanganak (SD / SMP)	a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	dukiformasional	89.5800	2	14.73611	10.42000
	dukinfo2	90.1400	2	13.94415	9.86000
Pair 2	dukemosional	77.0800	2	32.41377	22.92000
	Dukemosi2	79.0800	2	29.58535	20.92000
Pair 3	dukpenghargaan	85.4150	2	20.62630	14.58500
	Dukpenghar2	83.3350	2	23.56787	16.66500
Pair 4	dukinstrumental	85.4150	2	20.62630	14.58500
	Dukinstru2	89.5800	2	14.73611	10.42000
Pair 5	duksosial	87.5000	2	17.67767	12.50000
	Duksosial2	89.5800	2	14.73611	10.42000
Pair 6	duktotal	85.0000	2	21.21320	15.00000
	Dukttotal2	86.3450	2	19.31109	13.65500

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	dukiformasional & dukinfo2	2	1.000	.000
Pair 2	dukemosional & Dukemosi2	2	1.000	.000
Pair 3	dukpenghargaan & Dukpenghar2	2	1.000	.000
Pair 4	dukinstrumental & Dukinstru2	2	1.000	.000
Pair 5	duksosial & Duksosial2	2	1.000	.000
Pair 6	duktotal & Dukttotal2	2	1.000	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	dukiformasional - dukinfo2	-.56000	.79196	.56000	-7.67547	6.55547	-1.000	1	.500
Pair 2	dukemosional - Dukemosi2	-2.00000	2.82843	2.00000	-27.41241	23.41241	-1.000	1	.500
Pair 3	dukpenghargaan - Dukpenghar2	2.08000	2.94156	2.08000	-24.34891	28.50891	1.000	1	.500
Pair 4	dukinstrumental - Dukinstru2	-4.16500	5.89020	4.16500	-57.08634	48.75634	-1.000	1	.500
Pair 5	duksosial - Duksosial2	-2.08000	2.94156	2.08000	-28.50891	24.34891	-1.000	1	.500
Pair 6	duktotal - Dukttotal2	-1.34500	1.90212	1.34500	-18.43485	15.74485	-1.000	1	.500

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PHmenstruasi	83.9980	5	12.11143	5.41639
	PHMenstr2	86.6640	5	10.27510	4.59517

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	PHmenstruasi & PHMenstr2	5	.938	.019

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	PHmenstruasi - PHMenstr2	-2.6660	4.34601	1.94359	-8.06228	2.73028	1.372	4	.242

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PHmenstruasi	88.3325	4	15.75566	7.87783
	PHMenstr2	90.0000	4	12.76686	6.38343

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	PHmenstruasi & PHMenstr2	4	.995	.005

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	PHmenstruasi - PHMenstr2	-1.66750	3.33500	1.66750	-6.97423	3.63923	1.000	3	.391

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PHtotal	83.0182	34	13.22655	2.26833
	PHTotal2	86.5218	34	11.61732	1.99235

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	PHtotal & PHTotal2	34	.928	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	PHtotal - PHTotal2	-3.50353	4.96506	.85150	-5.23592	-1.77114	-4.115	33	.000

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PHmenstruasi	96.6650 ^a	2	4.71640	3.33500
	PHMenstr2	96.6650 ^a	2	4.71640	3.33500

a. The correlation and t cannot be computed because the standard error of the difference is 0.

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PHmenstruasi	71.8500	9	24.67235	8.22412
	PHMenstr2	75.1844	9	22.42997	7.47666

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	PHmenstruasi & PHMenstr2	9	.984	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	PHmenstruasi - PHMenstr2	-3.33444	4.71640	1.57213	-6.95979	.29090	-2.121	8	.067

Frequencies

Statistics

		PHtotal	PHTotal2
N	Valid	34	34
	Missing	0	0
Mean		83.0182	86.5218
Std. Deviation		13.22655	11.61732
Minimum		42.22	46.09
Maximum		100.00	100.00

Frequency Table Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PHtotal3pre	34	38.66	100.00	83.5733	13.43560
PHTotal3Post	34	46.09	100.00	86.5216	11.61768
Valid N (listwise)	34				

OUTPUT PENELITIAN

DATA FREKWENSI ANAK

Frequencies

Statistics

		Usiaanak2	jeniskelanak	anakke	jumlahsoddara	pendidikanana
N	Valid	34	34	34	34	34
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

Usiaanak2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	9	26.5	26.5	26.5
	2	6	17.6	17.6	44.1
	3	14	41.2	41.2	85.3
	4	3	8.8	8.8	94.1
	5	2	5.9	5.9	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

jeniskelanak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	21	61.8	61.8	61.8
	Perempuan	13	38.2	38.2	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

anakke

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	13	38.2	38.2	38.2
	2	14	41.2	41.2	79.4
	3	5	14.7	14.7	94.1
	4	1	2.9	2.9	97.1
	9	1	2.9	2.9	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

jumlahsoddara

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	11.8	11.8	11.8
	1	10	29.4	29.4	41.2
	2	12	35.3	35.3	76.5
	3	6	17.6	17.6	94.1
	4	1	2.9	2.9	97.1
	8	1	2.9	2.9	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

pendidikanana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	1	2.9	2.9	2.9
3	4	11.8	11.8	14.7
5	3	8.8	8.8	23.5
6	1	2.9	2.9	26.5
7	3	8.8	8.8	35.3
Valid 8	6	17.6	17.6	52.9
9	4	11.8	11.8	64.7
10	3	8.8	8.8	73.5
11	4	11.8	11.8	85.3
12	5	14.7	14.7	100.0
Total	34	100.0	100.0	

DATA FREKWENSI ORANGTUA

Frequencies

Statistics

		Usiaibu2	pendidikanibu	pekerjaanibu
N	Valid	34	34	34
	Missing	0	0	0

Frequency Table

Usiaibu2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	7	20.6	20.6	20.6
2	17	50.0	50.0	70.6
Valid 3	9	26.5	26.5	97.1
4	1	2.9	2.9	100.0
Total	34	100.0	100.0	

pendidikanibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SD	2	5.9	5.9	5.9
SMP	4	11.8	11.8	17.6
Valid SMA/Sederajat	18	52.9	52.9	70.6
Perguruan Tinggi	10	29.4	29.4	100.0
Total	34	100.0	100.0	

pekerjaanibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Bekerja	9	26.5	26.5	26.5
Valid Tidak bekerja	25	73.5	73.5	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Usiaayah2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	5.9	5.9	5.9
Valid 2	12	35.3	35.3	41.2
Valid 3	16	47.1	47.1	88.2
Valid 4	4	11.8	11.8	100.0
Total	34	100.0	100.0	

pekerjaanayah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PNS	5	14.7	14.7	14.7
Valid Swasta	29	85.3	85.3	100.0
Total	34	100.0	100.0	

pedidikanayah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SMP	3	8.8	8.8	8.8
Valid SMA/Sederajat	19	55.9	55.9	64.7
Valid Perguruan Tinggi	12	35.3	35.3	100.0
Total	34	100.0	100.0	

KARAKTERISTIK ANAK

Statistics

	Usiaanak2	jeniskelanak	anakke	jumlahsoddara	pendidikanana
N Valid	34	34	34	34	34
Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

Usiaanak2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	26.5	26.5	26.5
Valid 2	6	17.6	17.6	44.1
Valid 3	14	41.2	41.2	85.3
Valid 4	3	8.8	8.8	94.1
Valid 5	2	5.9	5.9	100.0
Total	34	100.0	100.0	

jeniskelanak

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	21	61.8	61.8	61.8
Valid Perempuan	13	38.2	38.2	100.0
Total	34	100.0	100.0	

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pengetahuan	72.0065	34	9.14848	1.56895
	Pengetahuan2	77.6091	34	8.51465	1.46025
Pair 2	sikap	73.7976	34	5.54890	.95163
	Sikap2	76.2250	34	5.90543	1.01277

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	pengetahuan & Pengetahuan2	34	.896	.000
Pair 2	sikap & Sikap2	34	.883	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	pengetahuan - Pengetahuan2	-5.60265	4.07378	.69865	7.02405	4.18124	8.019	33	.000
Pair 2	sikap - Sikap2	-2.42735	2.78836	.47820	3.40026	1.45445	5.076	33	.000

OUTPUT PENERAPAN MODEL

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
PHtotal	34	42.22	100.00	83.0182	2.26833	13.22655	174.942
duktotal	34	64.16	100.00	81.4409	1.64207	9.57480	91.677
GPHtotal	34	34.44	100.00	83.4562	2.78976	16.26695	264.614
Valid N (listwise)	34						

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
dukiformasio	34	33.34	66.66	100.00	83.4635	1.93301	11.27129	127.042
nal	34	75.00	25.00	100.00	82.1050	2.67106	15.57485	242.576
dukemosional	34	93.33	6.67	100.00	77.7674	3.43135	20.00804	400.321
dukpenghargaan	34	33.34	66.66	100.00	85.7824	1.92010	11.19602	125.351
dukinstrumental	34	50.00	50.00	100.00	75.9779	2.15488	12.56500	157.879
duksosial	34	35.84	64.16	100.00	81.4409	1.64207	9.57480	91.677
duktotal	34							
Valid N (listwise)	34							

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
GPHmandi	34	66.67	33.33	100.00	85.5862	2.57493	15.01429	225.429
GPHGosokgi	34	66.67	33.33	100.00	86.4685	3.03806	17.71480	313.814
GPHkeramas	34	66.67	33.33	100.00	81.6497	3.17351	18.50461	342.420
GPHpotongku	34	66.67	33.33	100.00	74.2618	3.67964	21.45583	460.353
GPHbabbak	34	66.67	33.33	100.00	87.2524	3.07211	17.91335	320.888
GPHmenstruasi	34	100.00	.00	100.00	21.7641	6.42637	37.47188	1404.142
GPHtotal	34	65.56	34.44	100.00	83.4562	2.78976	16.26695	264.614
Valid N (listwise)	34							

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	dukiformasional	83.4635	34	11.27129	1.93301
	dukinfo2	84.6968	34	11.47165	1.96737
Pair 2	dukemosional	82.1050	34	15.57485	2.67106
	Dukemosi2	82.8771	34	14.43725	2.47597
Pair 3	dukpenghargaan	79.5321	34	15.73747	2.69895
	Dukpenghar2	80.7018	34	15.25013	2.61538
Pair 4	dukinstrumental	85.7824	34	11.19602	1.92010
	Dukinstru2	88.1882	34	9.38502	1.60952
Pair 5	duksosial	75.9779	34	12.56500	2.15488
	Duksosial2	79.0394	34	11.21364	1.92312
Pair 6	duktotal	81.4409	34	9.57480	1.64207
	Dukttotal2	83.1006	34	8.68257	1.48905

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	dukiformasional & dukinfo2	34	.967	.000
Pair 2	dukemosional & Dukemosi2	34	.987	.000
Pair 3	dukpenghargaan & Dukpenghar2	34	.991	.000
Pair 4	dukinstrumental & Dukinstru2	34	.950	.000
Pair 5	duksosial & Duksosial2	34	.973	.000
Pair 6	duktotal & Dukttotal2	34	.984	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	dukiformasional - dukinfo2	-1.23324	2.90974	.49902	-2.24849	-.21798	-2.471	33	.019
Pair 2	dukemosional - Dukemosi2	-.77206	2.69847	.46278	-1.71360	.16948	-1.668	33	.105
Pair 3	dukpenghargaan - Dukpenghar2	-1.16971	2.14433	.36775	-1.91790	-.42151	-3.181	33	.003
Pair 4	dukinstrumental - Dukinstru2	-2.40588	3.70208	.63490	-3.69760	-	1.11417	33	.001
Pair 5	duksosial - Duksosial2	-3.06147	3.08035	.52828	-4.13625	-	1.98669	33	.000
Pair 6	duktotal - Dukttotal2	-1.65971	1.83871	.31534	-2.30126	-	1.01815	33	.000

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	dukiformasional	83.3609	11	8.78798	2.64968
	dukinfo2	85.1709	11	9.46666	2.85431
Pair 2	dukemosional	87.4982	11	7.45282	2.24711
	Dukemosi2	88.0427	11	7.93215	2.39163
Pair 3	dukpenghargaan	79.5436	11	9.94048	2.99717
	Dukpenghar2	80.3582	11	9.74992	2.93971
Pair 4	dukinstrumental	80.3009	11	9.51819	2.86984
	Dukinstru2	82.4355	11	8.64821	2.60753
Pair 5	duksosial	73.4827	11	7.28037	2.19511
	Duksosial2	76.1100	11	8.39098	2.52998
Pair 6	duktotal	80.9818	11	5.38580	1.62388
	Dukttotal2	82.4236	11	4.94648	1.49142
Pair 7	PHmandi	84.8464	11	11.86665	3.57793
	PHMandi2	87.5745	11	10.33710	3.11675
Pair 8	PHgosokgigi	92.7264	11	8.66970	2.61401
	PHGosok2	95.1518	11	6.38837	1.92617
Pair 9	PHkeramas	77.4855	11	12.06371	3.63735
	PHKeramas2	81.6000	11	8.67112	2.61444
Pair 10	PHpotongkuku	73.9155	11	16.45715	4.96202
	PHPotku2	78.0445	11	14.02109	4.22752
Pair 11	PHbabbak	84.8473	11	12.81214	3.86301
	PHBabBak2	86.9464	11	11.60572	3.49926
Pair 12	PHmenstruasi	73.9373	11	22.99012	6.93178
	PHMenstr2	77.5745	11	20.87487	6.29401
Pair 13	PHTotal	82.1609	11	9.62867	2.90315
	PHTotal2	85.8627	11	7.06689	2.13075

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	dukiformasional & dukinfo2	11	.964	.000
Pair 2	dukemosional & Dukemosi2	11	.920	.000
Pair 3	dukpenghargaan & Dukpenghar2	11	.984	.000
Pair 4	dukinstrumental & Dukinstru2	11	.957	.000
Pair 5	duksosial & Duksosial2	11	.973	.000
Pair 6	duktotal & Dukttotal2	11	.965	.000
Pair 7	PHmandi & PHMandi2	11	.984	.000
Pair 8	PHgosokgigi & PHGosok2	11	.985	.000
Pair 9	PHkeramas & PHKeramas2	11	.901	.000
Pair 10	PHpotongkuku & PHPotku2	11	.983	.000
Pair 11	PHbabbak & PHBabBak2	11	.979	.000
Pair 12	PHmenstruasi & PHMenstr2	11	.980	.000
Pair 13	PHTotal & PHTotal2	11	.911	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	dukiformasional - dukinfo2	-1.81000	2.54701	.76795	-3.52110	-.09890	-2.357	10	.040
Pair 2	dukemosional - Dukemosi2	-.54455	3.11432	.93900	-2.63678	1.54769	-.580	10	.575
Pair 3	dukpenghargaan - Dukpenghar2	-.81455	1.76832	.53317	-2.00252	.37343	-1.528	10	.158
Pair 4	dukinstrumental - Dukinstru2	-2.13455	2.80105	.84455	-4.01632	-.25277	-2.527	10	.030
Pair 5	duksosial - Duksosial2	-2.62727	2.13677	.64426	-4.06278	-1.19177	-4.078	10	.002
Pair 6	duktotal - Dukttotal2	-1.44182	1.42660	.43014	-2.40022	-.48341	-3.352	10	.007
Pair 7	PHmandi - PHMandi2	-2.72818	2.50233	.75448	-4.40927	-1.04710	-3.616	10	.005
Pair 8	PHgosokgigi - PHGosok2	-2.42545	2.62213	.79060	-4.18703	-.66388	-3.068	10	.012
Pair 9	PHkeramas - PHKeramas2	-4.11455	5.66884	1.70922	-7.92293	-.30617	-2.407	10	.037
Pair 10	PHpotongkuku - PHPotku2	-4.12909	3.69007	1.11260	-6.60811	-1.65007	-3.711	10	.004
Pair 11	PHbabbak - PHBabBak2	-2.09909	2.75306	.83008	-3.94862	-.24956	-2.529	10	.030
Pair 12	PHmenstruasi - PHMenstr2	-3.63727	4.82177	1.45382	-6.87658	-.39796	-2.502	10	.031
Pair 13	PHtotal - PHTotal2	-3.70182	4.31776	1.30185	-6.60253	-.80111	-2.843	10	.017