

**KARYA TULIS ILMIAH**

**PENGARUH TERAPI MUROTTAL SURAT AL-MULK TERHADAP  
RESPON KOGNITIF PADA ANAK AUTIS  
DI SEKOLAH LUAR BIASA NEGERI 01 BANTUL YOGYAKARTA**

Diajukan untuk Memenuhi Sebagian Syarat Memperoleh  
Derajat Sarjana Keperawatan pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta



**Disusun Oleh:**

**YURIKA CHENDY RUSIANTO**

**20120320025**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

**2016**

**HALAMAN PENGESAHAN KTI**  
**PENGARUH TERAPI MUROTTAL SURAT AL-MULK**  
**TERHADAP RESPON KOGNITIF PADA ANAK AUTIS**  
**DI SEKOLAH LUAR BIASA NEGERI 01 BANTUL**  
**YOGYAKARTA**

Disusun oleh :

**YURIKA CHENDY RUSIANTO**

20120320025

Telah disetujui dan diseminarkan pada tanggal 26 Agustus 2016

Dosen Pembimbing



**Romdzati, S.Kep, Ns., MNS**

NIK : 19820720200910173104

Dosen Penguji



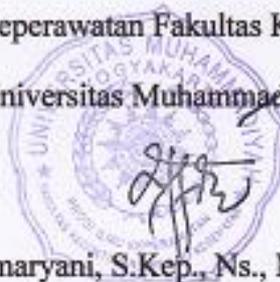
**Miftahullaq, M.S.I**

NIK : 19780322201204173181

Mengetahui

Kaprodi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta



**Sri Sumaryani, S.Kep., Ns., M.Kep, Sp.Mat., HNC**

NIK: 1997703132000104173046

### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yurika Chendy Rusianto  
NIM : 20120320025  
Program Studi : Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan belum diajukan dalam bentuk apa pun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka di bagian akhir Karya Tulis Ilmiah ini.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 26 Agustus 2016

Yang membuat pernyataan,



Yurika Chendy Rusianto

## **HALAMAN PERSEMBAHAN**

Syukur alhamdulillah penulis mempersembahkan karya tulis ini kepada:  
Semua keluarga tercinta, Ibu, Bapak, dan adik-adiku, semoga kalian senang dan bangga dengan karyaku ini.

Terima kasih untuk semua dukungan kalian baik itu doa, moral, maupun dukungan material karena tanpa itu semua, aku tidak akan pernah sampai di tahap ini walaupun ini belumlah tahap akhir melainkan ini adalah tahap permulaan untuk menuju kesuksesan kelak dan semoga aku bisa membalas semua kebaikan kalian dan membuat kalian bangga.

Terima kasih juga untuk semua teman-teman kampus maupun teman-teman kontrakan yang telah memberikan segala bentuk dukungan kepadaku sehingga semua hal bisa berjalan dengan lancar.

## **KATA PENGANTAR**

Puji serta syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Pengaruh Terapi Murottal Surat Al-Mulk Terhadap Respon Kognitif Pada Anak Autis di Sekolah Luar Biasa Negeri 1 Bantul Yogyakarta”. Shalawat serta salam senantiasa tercurahkan kepada Rasulullah SAW yang telah menjadi suri tauladan bagi kita. Karya Tulis Ilmiah ini diajukan untuk memenuhi sebagian syarat memperoleh derajat sarjana di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, antara lain:

1. Sri Sumaryani., S.Kep., Ns., M.kep., Sp.Mat., HNC. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengadakan dan menyusun Karya Tulis Ilmiah.
2. Romdzati, S.Kep, Ns., MNS selaku pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktu dan membimbing penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Miftahullaq, M.S.I selaku penguji yang telah bersedia menguji dan meluangkan waktu untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Shanti Wardaningsih, NS., M.Kep., Sp.Jiwa., Ph.D selaku Penanggung Jawab Karya Tulis Ilmiah PSIK FKIK UMY.

5. Ibu (Tutik Maryuni) dan Ayah (alm. Rusdianto) atas semua perhatian, nasihat, motivasi dan doa yang tak pernah putus untuk penulis.
6. Sekolah Luar Biasa Negeri 1 Bantul dan Sekolah Khusus Autis Fajar Nugraha yang telah memberikan izin tempat dan bantuan dalam penelitian ini.
7. Sahabat anak bapak dan anak indonesia yang selalu memberikan dukungannya kepada dukungan semangat yang tidak henti-hentinya.
8. Teman-teman Kontrakan orange yang memberikan motivasi dan semangat untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Teman-teman PSIK 2012 dan semua pihak yang membantu kelancaran penyusunan proposal penelitian ini.
10. Berbagai macam bentuk teknologi dan aplikasinya yang sudah memudahkan penulis mencari sumber pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis sangat menyadari bahwa dalam penulisan masih banyak terdapat kekurangan karena keterbatasan pengetahuan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk dikemudian hari. Semoga proposal ini dapat bermanfaat khususnya bagi penulis dan bagi pembaca pada umumnya, semoga kita semua selalu dalam karunia Allah SWT.

Yogyakarta, 26 Agustus 2016

Yurika Chendy Rusianto

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xi</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>xii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan .....	5
D. Manfaat .....	6
E. Keaslian Penelitian .....	7
<b>BAB II LANDASAN TEORI</b>	
A. Anak .....	9
B. Autis .....	13
C. Respon Kognitif .....	24
D. Murottal .....	30
E. Kerangka Konsep .....	34
F. Hipotesa .....	35
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Desain Penelitian .....	36
B. Populasi dan Sampel .....	36
C. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	37
D. Variabel Penelitian .....	38
E. Definisi Operasional .....	39
F. Instrumen Penelitian .....	40
G. Prosedur Penelitian dan Metode Pengumpulan Data .....	43
H. Uji Validitas dan Reliabilitas .....	45
I. Pengolahan dan Metode Analisa Data .....	48
J. Etika Penelitian .....	51
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil	
1. Gambaran umum lokasi penelitian .....	53
2. Hasil penelitian .....	54
3. Distribusi data rerata hasil pre-test dan post-test respon kognitif anak autis SLBN 01 Bantul Yogyakarta sesuai dengan intensitas terapi .....	55
4. Distribusi data pre-test respon kognitif pada anak autis di SLBN 01 Bantul .....	56

5.	Distribusi data post-test respon kognitif pada anak autis di SLBN 01 Bantul .....	56
6.	Pengaruh pemberian terapi murottal surat Al-Mulk terhadap respon kognitif pada anak autis saat pre-tset dan post-test .....	56
B.	Pembahasan	
1.	Karakteristik responden .....	57
2.	Analisa univariat .....	60
3.	Analisa bivariat .....	61
C.	Kekuatan dan Kelemahan Penelitian .....	69
<b>BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN</b>		
A.	Kesimpulan .....	70
B.	Saran .....	70
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>		
<b>LAMPIRAN</b>		

## **DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 3.1 Desain penelitian .....	33
Tabel 4.1 Karakteristik responden di SLB N 01 Bantul Yogyakarta berdasarkan usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan .....	49
Tabel 4.2 Data rerata hasil pre-test dan post-test kemampuan interaksi sosial anak autis dengan intensitas terapi. ....	50
Tabel 4.3 Data pre-test respon interaksi sosial pada anak autis di SLBN 01 Bantul .....	53
Table 4.4 Data post-test respon kognitif pada anak autis di SLBN 01 Bantul ...	53
Tabel 4.5 Hasil uji statistik respon kognitif anak autis pre-test-post-test kelompok intervensi terapi murottal.....	54

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Konsep .....	31

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1. Surat Keterangan Layak Etik
- Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
- Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari Bappeda Bantul
- Lampiran 4. Permohonan Responden
- Lampiran 5. Persetujuan Responden
- Lampiran 6. Kuesioner
- Lampiran 7. Daftar Hasil
- Lampiran 8. Hasil Validitas dan Reliabilitas

## INTISARI

Autis adalah suatu gangguan perkembangan yang kompleks pada anak, gejalanya meliputi gangguan respon kognitif, komunikasi, interaksi sosial, dan perilaku. Rata-rata 6 dari 1000 orang di dunia penyandang autisme. Oleh karena itu diperlukan suatu terapi baru untuk meningkatkan perkembangan pada anak autis. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada pengaruh terapi murottal surat Al-Mulk terhadap respon kognitif pada anak autis.

Jenis penelitian ini adalah *pra eksperimen* dengan pendekatan *one group pra-post test design*. Subyek penelitian ini adalah siswa autis di SLBN 01 Bantul Yogyakarta usia sekolah dan usia remaja sebanyak 12 anak, diberikan terapi sebanyak 10 kali berturut-turut. Penelitian dilakukan pada bulan juni 2016. Respon kognitif diukur dengan *Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)*. Analisa data menggunakan uji beda *paired rapid T test* untuk mengetahui perbedaan skor ATEC respon kognitif *pretest* dan *posttest*.

Penelitian ini didapatkan bahwa dari 12 responden rerata skor ATEC respon kognitif sebelum (21,58) dan sesudah (22,92). Hasil uji beda skor ATEC sebelum dan sesudah pemberian terapi murottal  $p=0.128$  ( $p>0,05$ ). Dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan respon kognitif yang signifikan setelah pemberian terapi murottal sebanyak 10 kali.

**Kata kunci:** Autis, Respon Kognitif, Terapi Murottal.

## **ABSTRACT**

*Autism is a complex developmental disorder in children, symptoms include disorders of cognitive response, communication, social interaction and behavior. On average 6 from 1000 people in the world with autism. Therefore we need a new therapy to improve growth in children with autism. This study aims to determine whether there is influence murottal therapy surah Al-Mulk against cognitive response in children with autism.*

*This type of research is pre experiment with the approach of one-group pre-post test design. The subjects of this study were students with autism in SLBN 01 Bantul Yogyakarta school age and adolescence as many as 12 children, therapy is given as many as 10 times in a row . The study was conducted in June 2016 . Cognitive responses measured by the Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC). Analysis of data using different test rapid paired T test to determine differences in cognitive response ATEC score pretest and posttest.*

*This study found that the mean score of 12 respondents ATEC cognitive responses before (21:58) and after (22.92). ATEC results of different test scores before and after therapy murottal  $p = 0.128$  ( $p > 0.05$ ). It can be concluded that there is no significant difference in cognitive response after therapy murottal 10 times.*

*Keywords: Autism, Cognitive Response, Murottal therapy.*

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Autis adalah suatu gangguan perkembangan pervasif pada anak yang ditandai dengan perkembangan fungsi psikologis yang meliputi gangguan dan keterlambatan dalam bidang kognitif, bahasa, perilaku, komunikasi, dan interaksi sosial (Sintowati, 2007). Autis merupakan gangguan perkembangan kompleks yang muncul tiga tahun pertama kehidupan akibat gangguan neurologi yang mempengaruhi fungsi otak *The Autism Society Of America* 2004 dalam (Hasdianah, 2013). Autisme adalah gangguan perkembangan kompleks yang gejalanya harus sudah muncul sebelum anak berusia 3 tahun (Yayasan Autisme Indonesia, 2015). Autis berarti gangguan perkembangan yang secara signifikan mempengaruhi komunikasi verbal dan non verbal serta interaksi sosial, yang pada umumnya terjadi sebelum usia tiga tahun (*The Individuals With Disabilities Education Act [IDEA]*, 2004).

Tahun 2011 tercatat 35 juta orang penyandang autisme di dunia, rata-rata 6 dari 1000 orang di dunia penyandang autisme *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO, 2011). Maret 2013, Amerika Serikat melaporkan, adanya peningkatan prevalensi menjadi 1:50 dalam kurun waktu setahun terakhir (*Center for Diseases Control and Prevention [CDC]*, 2014). Hal tersebut bukan hanya terjadi di negara-negara maju seperti Inggris, Australia, Jerman dan Amerika namun juga terjadi di negara berkembang seperti Indonesia. Prevalensi autis di dunia saat ini mencapai 15-

20 kasus per 10.000 anak atau berkisar 0,15-0,20%. Direktur Bina Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan, Diah Setia menyebutkan terdapat 112.000 anak di Indonesia yang menyandang autisme dengan rentang usia 5-19 tahun. Maka jika diasumsikan dengan prevalensi autisme 1,68 per 1000 anak dibawah 15 tahun. Jumlah anak yang berumur 5-19 tahun di Indonesia mencapai 66.000.805 jiwa, maka terdapat lebih dari 112.000 anak penyandang autisme pada rentang usia 5-19 tahun (Hazliansyah, 2013). Data yang diperoleh pada tahun 2001-2010 terdapat peningkatan jumlah penderita autis di DIY yang mencapai 3-4% tiap tahun (Jogja Autism Care, n.d).

Sampai saat ini penyebab dari *syndrome autisme* belum diketahui secara pasti. Pada penelitian sebelumnya terdapat karagaman penyebab. Hal ini termasuk bersifat genetik, metabolik dan gangguan syaraf pusat, infeksi pada masa hamil (rubella), gangguan pencernaan hingga keracunan logam berat, struktur otak yang tidak normal seperti hidrocephalus juga dapat menyebabkan anak autis. Dugaan penyebab lainnya adalah perilaku ibu pada masa hamil yang sering mengkonsumsi *seafood* dimana jenis makanan ini mengandung *mercury* yang sangat tinggi karena adanya pencemaran air laut (Yuwono, 2009). Istilah autisme sendiri digunakan untuk menggambarkan adanya masalah neurologis yang mempengaruhi pikiran, persepsi dan perhatian. Autisme adalah istilah yang

digunakan untuk menggambarkan satu jenis gangguan perkembangan pada anak, atau dengan kata lain autisme (autism) adalah kesendirian, kecenderungan menyendiri, atau cara berpikir yang dikendalikan kebutuhan

personal atau diri sendiri, menanggapi dunia dengan berdasarkan penglihatan dan harapan sendiri, menolak realita keyakinan ekstrim dengan pikiran dan fantasi sendiri. Terlihat acuh dengan lingkungan dan cenderung menyendiri seakan-akan hidup dalam dunia yang berbeda, perilaku aneh yang tergolong gangguan perkembangan berat ini terjadi karena berbagai faktor seperti orang tua, psikogenetik, lingkungan, sosiokultural, dan perinatal (Handoyo, 2008). Autisme juga mengakibatkan anak-anak dengan gangguan ASD (*Autistic Spectrum Disorder*) ini tertinggal dengan anak-anak yang lain dalam memahami dan menerima stimulasi materi, hal ini diakibatkan oleh ketidakmampuan anak-anak dengan gangguan ASD ini dalam memusatkan perhatian dan fokus terhadap stimulasi yang diberikan, padahal perhatian dan konsentrasi adalah suatu hal yang sangat penting dalam penyimpanan informasi (Hadist, 2006).

Berdasarkan data yang didapat tahun ke tahun angka prevalensi autisme meningkat, maka berbanding lurus dengan penurunan kecerdasan anak karena sulit konsentrasi saat belajar, dan hal sangat merugikan bagi anak itu sendiri. Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan mempunyai peranan penting dalam mengatasi masalah tersebut dengan memberikan inovasi intervensi keperawatan dengan memberikan asuhan keperawatan secara holistik. Asuhan keperawatan secara holistik dapat mendukung perkembangan positif pada anak autis. Intervensi yang diberikan kepada anak autis bertujuan untuk mengurangi gejala gangguan perilaku (Veskariyanti, 2012). Terapi musik merupakan salah satu terapi yang cukup efektif untuk meningkatkan

perkembangan pada anak autis, karena selain musik dapat menciptakan suasana yang menyenangkan, musik mampu meningkatkan pertumbuhan sel otak anak karena musik dapat merangsang pertumbuhan sel otak sehingga membuat anak rileks dan senang yang merupakan emosi yang positif, emosi positif inilah yang membuat fungsi berfikir seseorang menjadi maksimal *Music Therapy* dalam (Handayani, 2011).

Terapi dengan alunan bacaan murottal dapat dijadikan alternatif terapi baru, sebagai terapi relaksasi bahkan lebih baik dibandingkan dengan terapi musik lainnya karena stimulan Al-Qur'an dapat memunculkan gelombang delta sebesar 63,11% (Abdurrachman & Andhika, 2008). Gelombang delta, yaitu gelombang yang mempunyai amplitudo yang besar dan frekuensi yang rendah dibawah 4 hz, dihasilkan oleh otak ketika orang tertidur atau fase istirahat bagi tubuh dan pikiran. Suara surah Ar-Rahman telah diteliti sebelumnya dan terbukti efektif menurunkan tingkat perilaku kekerasan dan membantu pasien mengungkapkan emosinya dengan cara yang lebih adaptif (Widhowati, 2010). Terapi musik ini juga merupakan terapi yang murah dan tidak menimbulkan efek samping.

Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan pada 28 November 2015 di SLBN (Sekolah Luar Biasa Negeri) 01 Bantul Yogyakarta yang dilakukan melalui wawancara, 90% penderita autis mengalami gangguan respon kognitif. Di SLB tersebut sudah dilakukan beberapa macam terapi seperti terapi ABA, terapi berenang, terapi okupasi.

Hal ini menjadi menarik untuk diadakan penelitian lebih lanjut terhadap terapi murottal yang dapat di jadikan alternatif terapi terhadap konsentrasi anak autis. peneliti mengangkat judul “Pengaruh Terapi Murottal Surat Al-Mulk Terhadap Respon Kognitif Anak Autis ATEC di Sekolah Khusus Autis Negeri 01 Bantul Yogyakarta” untuk menambah informasi dan pengalaman bagi peneliti khususnya dan pembaca pada umumnya.

### **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan permasalahan, yaitu apakah ada pengaruh terapi murottal Surat Al-Mulk terhadap respon kognitif anak autis di Sekolah Khusus Autis Negeri 01 Bantul Yogyakarta.

### **C. Tujuan Penelitian**

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka tujuan penelitian sebagai berikut:

#### 1. Tujuan umum

Bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi murottal surat Al-Mulk terhadap respon kognitif pada anak autis.

#### 2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui respon kognitif sebelum diberikan terapi musik murottal surat Al-mulk pada anak autis.
- b. Mengetahui respon kognitif setelah diberikan terapi murottal surat Al-mulk pada anak autis.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Berdasarkan tujuan penelitian diatas, maka penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk:

1. Perawat

Diharapkan dalam penelitian ini dapat bermanfaat bagi perawat, untuk mengetahui pengaruh terapi musik murottal surat Al-Mulk terhadap respon kognitif anak autis, sehingga memudahkan peran perawat untuk menangani jika ditemukan kasus yang bersangkutan dengan penelitian ini.

2. Anak

Diharapkan dari penelitian ini dapat bermanfaat bagi anak untuk mengatasi permasalahan yang dialami pada dirinya yang sudah di perjelaskan seperti bagaimana uraian diatas. Instansi terkait dengan penelitian.

Diharapkan dari penelitian ini dapat bermanfaat bagi instansi terkait dengan penelitian khususnya ibu dan bapak dosen.

3. Pemerintah

Adanya penelitian ini di harapkan bisa menjadi referensi untuk memberikan terapi pada anak autis, dan digunakan untuk menanggulangi anak autis yang berhubungan dengan masalah respon kognitif.

#### 4. Institusi Pendidikan

Hasil penelitian diharapkan dapat dipergunakan sebagai informasi, khususnya pengelola tenaga keperawatan dan referensi untuk penelitian ilmiah selanjutnya.

#### E. Keaslian Penelitian

Berdasarkan penelusuran pustaka, penulis menemukan penelitian judul “Pengaruh terapi musik klasik (mozart) terhadap perubahan konsentrasi anak autis di SLB Aisyah 08 Mojokerto tahun 2011” oleh Iis Suwanti Tahun 2011. Jenis penelitian ini adalah penelitian *quast experiment* dengan *per-post test non randomized control group design*. Instrumen menggunakan lembar observasi dan lembar SAP dianalisi dengan uji statistik *wilcoxon* dan *mann whitney*.

Penulis juga menemukan penelitian judul “Intervensi terapi audio dengan murottal surah Ar-Rahman terhadap perilaku anak autis” oleh Eva Dwi Maryani dan Elis Hartati Tahun 2013. Jenis penelitian ini adalah penelitian *experimental*. Instrumen menggunakan lembar observasi perilaku anak autis *pretest* dan *post test*.

Sedangkan penelitian ini mengambil judul, yaitu: “Pengaruh Terapi Murottal Surat Al-mulk Terhadap Respon Kognitif Anak Autis di Sekolah Khusus Autis Negeri 01 Bantul Yogyakarta”. Adapun persamaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah variabel terikatnya dan tujuan penelitian. Adapun yang membedakan penelitian ini dengan penelitian

sebelumnya adalah jenis penelitiannya dengan menggunakan suara murottal anak Al-junaid dan tidak menggunakan satu surat saja.

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

#### **A. Anak**

##### 1. Pengertian Anak

Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan terdapat dalam Undang-undang No.23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. Pasal tersebut menjelaskan bahwa, anak adalah siapa saja yang belum berusia 18 tahun dan termasuk anak yang masih didalam kandungan, yang berarti segala kepentingan akan pengupayaan perlindungan terhadap anak sudah dimulai sejak anak tersebut berada didalam kandungan hingga berusia 18 tahun.

##### 2. Kebutuhan Dasar Anak

Kebutuhan dasar untuk tumbuh kembang anak secara umum digolongkan menjadi kebutuhan fisik-biomedis (*asuh*) yang meliputi, pangan atau gizi, perawatan kesehatan dasar, tempat tinggal yang layak, sanitasi, sandang, kesegaran jasmani atau rekreasi. Kebutuhan emosi atau kasih sayang (*Asih*), pada tahun-tahun pertama kehidupan, hubungan yang erat, mesra dan selaras antara ibu atau pengganti ibu dengan anak merupakan syarat yang mutlak untuk menjamin tumbuh kembang yang selaras baik fisik, mental maupun psikososial. Kebutuhan akan stimulasi mental (*Asah*), stimulasi mental merupakan cikal bakal dalam proses belajar (pendidikan dan pelatihan) pada anak. Stimulasi mental ini mengembangkan perkembangan mental psikososial diantaranya

kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreaktivitas, agama, kepribadian dan sebagainya.

### 3. Tingkat perkembangan anak

Menurut Damaiyanti (2008), karakteristik anak sesuai tingkat perkembangan :

#### a. Usia bayi (0-1 tahun)

Pada masa ini bayi belum dapat mengekspresikan perasaan dan pikirannya dengan kata-kata. Oleh karena itu, komunikasi dengan bayi lebih banyak menggunakan jenis komunikasi non verbal. Pada saat lapar, haus, basah dan perasaan tidak nyaman lainnya, bayi hanya bisa mengekspresikan perasaannya dengan menangis. Walaupun demikian, sebenarnya bayi dapat berespon terhadap tingkah laku orang dewasa yang berkomunikasi dengannya secara non verbal, misalnya memberikan sentuhan, dekapan, dan menggendong dan berbicara lemah lembut.

Ada beberapa respon non verbal yang biasa ditunjukkan bayi misalnya menggerakkan badan, tangan dan kaki. Hal ini terutama terjadi pada bayi kurang dari enam bulan sebagai cara menarik perhatian orang. Oleh karena itu, perhatian saat berkomunikasi dengannya. Jangan langsung menggendong atau memangkunya karena bayi akan merasa takut. Lakukan komunikasi terlebih dahulu dengan ibunya. Tunjukkan bahwa kita ingin membina hubungan yang baik dengan ibunya.

b. Usia pra sekolah (2-5 tahun)

Karakteristik anak pada masa ini terutama pada anak dibawah 3 tahun adalah sangat egosentris. Selain itu anak juga mempunyai perasaan takut oada ketidaktahuan sehingga anak perlu diberi tahu tentang apa yang akan akan terjadi padanya. Misalnya, pada saat akan diukur suhu, anak akan merasa melihat alat yang akan ditempelkan ke tubuhnya. Oleh karena itu jelaskan bagaimana akan merasakannya. Beri kesempatan padanya untuk memegang thermometer sampai ia yakin bahwa alat tersebut tidak berbahaya untuknya.

Dari hal bahasa, anak belum mampu berbicara fasih. Hal ini disebabkan karena anak belum mampu berkata-kata 900-1200 kata. Oleh karena itu saat menjelaskan, gunakan kata-kata yang sederhana, singkat dan gunakan istilah yang dikenalnya. Berkomunikasi dengan anak melalui objek transisional seperti boneka. Berbicara dengan orangtua bila anak malu-malu. Beri kesempatan pada yang lebih besar untuk berbicara tanpa keberadaan orangtua.

Satu hal yang akan mendorong anak untuk meningkatkan kemampuan dalam berkomunikasi adalah dengan memberikan pujian atas apa yang telah dicapainya.

c. Usia sekolah (6-12 tahun)

Anak pada usia ini sudah sangat peka terhadap stimulus yang dirasakan yang mengancam keutuhan tubuhnya. Oleh karena itu,

apabila berkomunikasi dan berinteraksi sosial dengan anak diusia ini harus menggunakan bahasa yang mudah dimengerti anak dan berikan contoh yang jelas sesuai dengan kemampuan kognitifnya.

Anak usia sekolah sudah lebih mampu berkomunikasi dengan orang dewasa. Perbendaharaan katanya sudah banyak, sekitar 3000 kata dikuasai dan anak sudah mampu berpikir secara konkret.

d. Usia remaja (13-18)

Fase remaja merupakan masa transisi atau peralihan dari akhir masa anak-anak menuju masa dewasa. Dengan demikian, pola pikir dan tingkah laku anak merupakan peralihan dari anak-anak menuju orang dewasa. Anak harus diberi kesempatan untuk belajar memecahkan masalah secara positif. Apabila anak merasa cemas atau stress, jelaskan bahwa ia dapat mengajak bicara teman sebaya atau orang dewasa yang ia percaya.

Menghargai keberadaan identitas diri dan harga diri merupakan hal yang prinsip dalam berkomunikasi. Luangkan waktu bersama dan tunjukkan ekspresi wajah bahagia.

4. Tugas Perkembangan Anak

Tugas perkembangan menurut teori Havighurst (1961) adalah tugas yang harus dilakukan dan dikuasai individu pada tiap tahap perkembangannya. Tugas perkembangan bayi 0-2 adalah berjalan, berbicara, makan makanan padat, kestabilan jasmani. Tugas perkembangan anak usia 3-5 tahun adalah mendapat kesempatan

bermain, berkesperimen dan bereksplorasi, meniru, mengenal jenis kelamin, membentuk pengertian sederhana mengenai kenyataan social dan alam, belajar mengadakan hubungan emosional, belajar membedakan salah dan benar serta mengembangkan kata hati juga proses sosialisasi.

Tugas perkembangan usia 6-12 tahun adalah belajar menguasai keterampilan fisik dan motorik, membentuk sikap yang sehat mengenai diri sendiri, belajar bergaul dengan teman sebaya, memainkan peranan sesuai dengan jenis kelamin, mengembangkan konsep yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari, mengembangkan keterampilan yang fundamental, mengembangkan pembentukan kata hati, moral dan sekala nilai, mengembangkan sikap yang sehat terhadap kelompok sosial dan lembaga. Tugas perkembangan anak usia 13-18 tahun adalah menerima keadaan fisiknya dan menerima peranannya sebagai perempuan dan laki-laki, menyadari hubungan-hubungan baru dengan teman sebaya dan kedua jenis kelamin, menemukan diri sendiri berkat refleksi dan kritik terhadap diri sendiri, serta mengembangkan nilai-nilai hidup.

## **B. Autis**

### **1. Pengertian Autis**

Autis berasal dari kata “*autos*” yang artinya segala sesuatu yang mengarah pada diri sendiri. Dalam Kamus Lengkap Psikologi, autisme didefinisikan sebagai (1) cara berpikir yang dikendalikan oleh kebutuhan personal dan harapan sendiri, (2) menanggapi dunia berdasarkan

penglihatan dan harapan sendiri, menolak realitas, dan (3) keasyikan ekstrim dengan pikiran dan fantasi sendiri (Chaplin, 2005).

*World Health Organization's International Classification of Diseases* (ICD-10) mendefinisikan autisme (dalam hal ini khusus *childhood autism*) sebagai adanya keabnormalan dan atau gangguan perkembangan yang muncul sebelum usia tiga tahun dengan tipe karakteristik tidak normalnya tiga bidang yaitu interaksi sosial, komunikasi, dan perilaku yang diulang-ulang (World Health Organization, 1992). *World Health Organization* (WHO) juga mengklasifikasikan autisme sebagai gangguan perkembangan sebagai hasil dari gangguan pada system syaraf pusat manusia.

## 2. Gejala-gejala Autis (Viana, 2005)

Gejala-gejala autisme mencakup gangguan pada:

- a. Gangguan pada bidang komunikasi verbal dan non verbal, terlambat bicara atau tidak dapat berbicara.
  - 1) Mengeluarkan kata-kata yang tidak dapat dimengerti oleh orang lain.
  - 2) Tidak menggunakan kata-kata dalam konteks yang sesuai.
  - 3) Bicara tidak digunakan untuk komunikasi.
  - 4) Menirukan kata-kata yang tanpa mengerti artinya.
  - 5) Kadang berbicara monoton seperti robot.
  - 6) Mimik muka datar.

- 7) Seperti anak tuli, tetapi bila mendengar suara yang di sukainya akan bereaksi dengan cepat.
- b. Gangguan pada bidang interaksi sosial.
- 1) Menolak atau menghindar untuk bertatap muka.
  - 2) Anak mengalami ketulian.
  - 3) Merasa tidak senang dan menolak bila di peluk.
  - 4) Tidak ada usaha untuk melakukan interaksi dengan orang.
  - 5) Bila menginginkan sesuatu dia akan menarik tangan orang yang terdekat dan mengharapkan orang tersebut melakukan sesuatu untuknya.
  - 6) Bila didekati untuk bermain justru menjauh.
  - 7) Tidak berbagi kesenangan dengan orang lain.
  - 8) Kadang mendekati orang lain untuk makan atau duduk dipangkuan sebentar, kemudian berdiri tanpa memperlihatkan mimik apapun.
  - 9) Keengganan untuk berinteraksi lebih nyata pada anak sebaya dibandingkan terhadap orang tuanya.
- c. Gangguan pada bidang perilaku dan bermain
- 1) Seperti tidak mengerti cara bermain, bermain sangat monoton dan melakukan gerakan yang sama berulang-ulang sampai berjam-jam.
  - 2) Bila sudah senang satu mainan tidak mau mainan lain.
  - 3) Keterpakuan pada roda atau suatu yang berputar.

- 4) Terdapat kelekatan dengan benda-benda tertentu, seperti sepotong tali, kartu, kertas, gambar yang terus dibawa kemana-mana.
  - 5) Sering memperhatikan jari-jarinya sendiri, kipas angin yang berputar, air yang bergerak.
  - 6) Perilaku ritualistik sering terjadi.
  - 7) Anak dapat terlihat hiperaktif sekali.
  - 8) Dapat juga anak terlalu diam.
- d. Gangguan pada bidang perasaan dan emosi.
- 1) Tidak ada atau rasa empati, misal melihat anak menangis tidak merasa kasihan, bahkan merasa terganggu, sehingga anak yang sedang menangis akan didatangi dan dipukulkan.
  - 2) Tertawa-tawa sendiri, menangis atau marah-marah tanpa sebab yang nyata.
  - 3) Sering mengamuk tidak terkendali, terutama bila tidak mendapatkan apa yang diinginkan, bahkan dapat menjadi agresif dan destruktif.
- e. Gangguan dalam persepsi sensoris.
- 1) Mencium-cium, mengigit, atau menjilat mainan atau benda apa saja.
  - 2) Bila mendengar suara keras langsung menutup mata.
  - 3) Tidak menyukai rabaan dan pelukan, bila digendong cenderung merosot untuk melepaskan diri dari pelukan.

- 4) Merasa tidak nyaman bila memakai pakaian dengan bahan tertentu.

### 3. Penyebab Kelainan Autis

Beberapa teori menjelaskan penyebab autisme :

#### a. Teori herediter (genetik)

Penelitian (*Steven Scherer*), di Universitas Toronto, Kanada, dilakukan dengan mengumpulkan gen dari 1.168 keluarga. Tiap-tiap keluarga itu memiliki minimal dua anak autis. Scherer memeriksa kromosom X yang berjumlah 23. Ternyata, pada masing-masing kromosom ada beberapa gen yang abnormal. Penelitian tersebut disimpulkan bahwa autisme bersifat genetik. Kromosom nomor 11 itulah yang paling menonjol kelainannya. Fakta ini menunjukkan bahwa 90% penyebab autisme adalah gen (Kelana & Diah, 2007).

#### b. Teori kelebihan opioid dan hubungan gluten dan protein kasein

Teori ini mengatakan bahwa pencernaan anak autis terhadap gluten dan kasein tidak sempurna. Kedua protein ini hanya terpecah sampai polipeptida. Polipeptida dari kedua protein tersebut terserap kedalam aliran darah dan menimbulkan “efek morfin” pada otak anak (Diana, 2009).

Hasil metabolisme *gluten* adalah protein *gliadin*. *Gliadin* akan berikatan dengan reseptor opioid C dan D. Reseptor tersebut berhubungan dengan mood dan tingkah laku. Diet bebas *gluten* dan kasein dapat menurunkan kadar peptida opioid serta dapat

mempengaruhi gejala autisme pada beberapa anak. Dari penelitian Whiteley, Rodger, Savery dan Shattock (1999), 22 anak autisme mendapat diet bebas *gluten* selama 5 bulan dibandingkan anak autisme yang tetap diberi diet mengandung gluten dan 6 pasien digunakan sebagai kelompok kontrol. Setelah 3 bulan, pada diet bebas *gluten* terjadi perbaikan komunikasi verbal dan non verbal, pendekatan efektif, motorik dan kemampuan anak yang diberi makanan mengandung *gluten* justru semuanya memburuk (Diana, 2009).

c. Teori vaksinasi virus

Dari hasil penelitian DR Vijendra Singh. Singh menemukan bahwa sampai 80% (dari 400 kasus dan kontrol) anak-anak autisme memiliki otoantibodi terhadap *Myelin Basic Protein* (MBP) yaitu jakrt yang menyelimuti serabut syaraf, sehingga serabut syaraf bersangkutan tidak lagi berfungsi karena tidak dapat menghantarkan sinyal. Semakin banyak jumlah antibodi terhadap virus campak, semakin banyak pula anti-MBP, sehingga semakin luaslah kerusakan di otak. Antibodi tersebut jarang ditemukan pada anak normal/kontrol (0-5%). Singh menyimpulkan bahwa autisme disebabkan oleh respon otoimun spesifik terhadap MBP yang menyebabkan kerusakan myelin pada otak yang sedang berkembang. Akhirnya, dengan adanya kerusakan ‘perkabelan’ otak maka terjadilah autisme (Sutadi, 2012).

d. Teori kelainan anatomi otak

Kelainan anatomi otak khususnya di *lobus parietalis*, serebelum serta pada sistem *limbic*-nya. Sekitar 43% penyandang autisme mempunyai kelainan di *lobus parietalis* otaknya, yang menyebabkan anak tampak acuh terhadap lingkungannya. Kelainan juga ditemukan pada otak kecil (*cerebellum*), terutama pada lobus ke VI dan VII. Otak kecil bertanggung jawab atas proses sensori, daya ingat, berfikir, belajar berbahasa dan proses atensi (perhatian). Jumlah sel *purkinje* di otak kecil juga didapatkan sangat sedikit, sehingga terjadi gangguan *serotonin* dan *dopamin*, menyebabkan gangguan atau kekacauan lalulintas impuls di otak. Ditemukan pula kelainan khas di daerah sistem limbik yang disebut *hipocampus* dan *amygdala*. Akibatnya terjadi gangguan fungsi kontrol terhadap agresi dan emosinya, sering terlalu agresif atau sangat pasif. Amigdala juga bertanggung jawab terhadap berbagai rangsang sensori seperti pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan, rasa dan rasa takut. *Hipocampus* bertanggung jawab terhadap fungsi belajar dan daya ingat. Terjadi kesulitan penyimpanan informasi baru. Perilaku diulang-ulang yang aneh dan hiperaktif juga disebabkan gangguan *hipocampus* (Diana, 2009).

e. Teori kekurangan vitamin

Kekurangan vitamin D diduga meningkatkan resiko autisme, teori ini di kemukakan John Cannell, ahli penyakit Autistik dari Amerika. Dalam studi penelitian hewan, terungkap fakta bahwa kekurangan

vitamin D pada hewan kekurangan protein dan menyebabkan gejala abnormal pada hewan seperti autisme pada manusia. Sedangkan anak yang kekurangan vitamin D dan memiliki gejala autisme, dapat berkurang dengan pemberian vitamin D dosis tinggi dan terapi secara teratur (Nurlis E & Mutia N, 2009).

f. Gangguan selama kehamilan dan kesulitan sewaktu persalinan

Gangguan kehamilan persalinan sangat umum terjadi dari ibu penyandang autisme. Faktor resiko berikut diduga berhubungan dengan autisme adalah: ibu dengan umur 35 tahun keatas pada waktu melahirkan anak, minum obat-obatan selama kehamilan, aspirasi mekonium (masuknya kotoran bayi pada ketuban), terjadi pendarahan pada waktu kandungan ibu berumur antara ataupun delapan bulan dan adanya rhesus (protein yang terdapat pada permukaan sel darah merah) yang tidak sesuai antara golongan darah ibu dan anak (Cohen & Bolton dalam Fabiola, 2008).

g. Keracunan timbal

Tingginya angka yang ditemukan dalam beberapa anak autisme disebabkan karena kadar timbal yang tinggi dalam darah (Widodo Judarwanto, 2005).

4. Terapi Pada Autisme

Tidak ada terapi tunggal untuk penderita autisme tapi banyak yang secara individu merespon baik terhadap program perbaikan sikap tersebut. *National of Child Health and Human Development*

merekomendasikan metode terapi untuk autis antara lain (*Autismspeak*, 2009):

a. *Applied Behavior Analysis (ABA)*

*Applied Behavior Analysis (ABA)* adalah ilmu yang menggunakan prosedur perubahan perilaku, untuk membantu individu membangun kemampuan dengan ukuran nilai-nilai yang ada dimasyarakat. Terapi meliputi semua aspek kehidupan yang dibutuhkan anak selama 40 jam per minggunya selama minimal 2 tahun (Davidson & Neale, 1993). ABA menyebabkan anak-anak autis mencapai suatu tingkat yang sebelumnya dikira merupakan hal yang mustahil. Penyandang autis dikatakan “sembuh” yaitu bila mereka berhasil masuk kedalam *mainstreaming*. Artinya mereka dapat masuk dan mengikuti sekolah reguler kemudian berkembang dan hidup mandiri dimasyarakat dengan tidak tampak gejala sisa, sehingga tidak ada yang menduga bahwa seseorang adalah mantan penyandang autis (Sutadi, 2012).

b. *Floortime*

Metode ini di kembangkan oleh Stanley Greenspan seorang psikiatri anak, floortime adalah sebuah metode terapi dan sebuah filosofi untuk berinteraksi dengan anak autis. Metode ini menjelaskan bahwa anak autis dapat meningkatkan dan membangun interaksi dengan orang lain. Hasil akhir dari metode floortime adalah merubah perkembangan anak autis melalui enam dasar

perkembangan milestone yang harus dikuasai oleh anak autis untuk pertumbuhan emosi dan intelektual. Greenspan menjelaskan tentang enam lingkaran pada jenjang perkembangan sebagai: mengatur diri sendiri dan minat dalam dunia ini; kekariban atau cinta khusus untuk dunia dari hubungan manusia; komunikasi dua arah; komunikasi yang kompleks; emosi pikiran; dan emosi berpikir.

c. *Gluten Free Casein Free Diet (GFCF)*

Mengurangi *gluten* (senyawa protein yang dapat ditemukan pada gandum, gandum) dan *casein* (senyawa protein yang dapat ditemukan pada susu) dalam diet anak autis, dapat mengurangi beberapa gejala dari anak autis. Hal ini berdasarkan pada hipotesis yang menyebutkan bahwa protein ini diserap dengan cara yang berbeda pada anak autis. Banyak keluarga melaporkan bahwa pola makan dengan mengeliminasi *gluten* dan *casein* telah menolong mengatur kebiasaan makan, tidur, aktivitas, sikap terbiasa dan mempertinggi seluruh perkembangan dalam individu anak tersebut.

d. *Occupational Therapy*

Terapi ini bisa bermanfaat bagi anak autis dengan berusaha untuk memperbaiki kualitas dari hidup secara individual. Adapun tujuannya adalah untuk memelihara, memperbaiki, atau memajukan keterampilan yang memperbolehkan seorang individu untuk berpartisipasi sebebaskan mungkin dalam arti penuh aktivitas hidup. Keterampilan awal, keterampilan motorik halus, keterampilan

bermain, keterampilan menolong diri sendiri, dan sosialisasi adalah target area yang harus dituju.

Melalui metode *Occupational Therapy*, seseorang dengan autisme dapat dibantu baik di rumah maupun di sekolah dengan cara aktivitas mengajar termasuk berpakaian, memberi makan, penggunaan kamar kecil, keterampilan sosial, motorik halus dan keterampilan visual yang membantu saat menulis, menggunakan gunting, koordinasi motorik kasar untuk menolong individu mengendarai motor atau berjalan dengan baik, dan keterampilan persepsi visual dibutuhkan untuk membaca dan menulis.

e. *Picture Exchange Communication System (PECS)*

Individu dengan autisme lebih mudah dengan belajar dengan melihat (*visual learners* atau *visual thinkers*). Anak-anak menggunakan gambar ini untuk “menyuarakan” sebuah keinginan, pandangan, atau perasaan. Gambar ini dapat dibeli dalam buku manual, atau mereka bisa membuat di rumah dengan menggunakan gambar dari koran, majalah, atau buku yang lainnya. Tipe teknik komunikasi ini sudah menunjukkan efektifitasnya untuk memperbaiki kemampuan komunikasi bebas.

f. Pendidikan khusus

Anak autisme mudah terganggu perhatiannya, sehingga pada pendidikan khusus satu guru menghadapi satu anak dalam ruangan yang tidak luas dan tidak ada gambar-gambar, di dinding atau benda-

benda yang tidak perlu, yang dapat mengalihkan perhatian anak. Setelah ada perkembangan, maka mulai dilibatkan dalam lingkungan kelompok kecil, kemudian baru kelompok yang lebih besar (Yusuf, 2014).

### **C. Respon Kognitif**

#### **1. Kognitif**

Kognitif yaitu fungsi mengenal, suatu proses mental yang dengannya seseorang individu menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungannya baik lingkungan dalam maupun luarnya (Yosep, 2014).

#### **2. Perkembangan kognitif anak (Budiningsih, 2012).**

Perkembangan kognitif merupakan suatu proses genetik, yaitu suatu proses yang didasarkan atas mekanisme biologis perkembangan sistem syaraf. Makin bertambahnya umur seseorang, maka makin komplekslah susunan sel syarafnya dan makin meningkat pula kemampuannya. Ketika individu berkembang menuju kedewasaan, akan mengalami adaptasi biologis dengan lingkungannya yang akan menyebabkan adanya perubahan-perubahan kualitatif didalam struktur kognitifnya. Bahwa daya pikir atau kekuatan mental anak yang berbeda usia akan berbeda pula secara kualitatif.

Proses belajar seseorang akan mengikuti pola dan tahap-tahap perkembangannya sesuai dengan umurnya. Pola dan tahap-tahap ini bersifat hirarkhis, artinya harus dilalui berdasarkan urutan tertentu dan seseorang tidak dapat belajar sesuatu yang berada di luar tahap

kognitifnya. Tahap-tahap perkembangan kognitif ini menjadi empat, yaitu :

a. Tahap sensorimotor (umur 0-2 tahun) :

Tahap sensorimotor menurut sejak umur 0 sampai 2 tahun. Pertumbuhan kemampuan anak tampak dari kegiatan motorik dan persepsinya yang sederhana. Ciri pokok perkembangannya berdasarkan tindakan, dan dilakukan langkah demi langkah. Kemampuan yang dimiliki antara lain :

- 1) Melihat dirinya sendiri sebagai makhluk yang berbeda dengan objek di sekitarnya.
- 2) Mencari rangsangan melalui sinar lampu dan suara.
- 3) Suka memperhatikan sesuatu lebih lama.
- 4) Mendefinisikan sesuatu dengan memanipulasinya.
- 5) Memperhatikan objek sebagai hal yang tetap, lalu ingin merubah tempatnya.

b. Tahap preoperasional (umur 2-7 atau 8 tahun) :

Tahap ini antara usia 2-7 atau 8 tahun. Ciri pokok perkembangan pada tahap ini adalah pada penggunaan symbol atau bahasa tanda, dan mulai berkembangnya konsep-konsep intuitif. Tahap ini dibagi menjadi dua, yaitu preoperasional dan intuitif.

Preoperasional (umur 2-4 tahun), anak telah mampu menggunakan bahasa dalam mengembangkan konsep nya, walaupun

masih sangat sederhana. Maka sering terjadi kesalahan dalam memahami objek. Karakteristik tahap ini adalah:

- 1) *Self counter* nya sangat menonjol.
- 2) Dapat mengklasifikasikan objek pada tingkat dasar secara tunggal dan mencolok.
- 3) Mampu mengumpulkan barang-barang menurut kriteria, termasuk kriteria yang benar.
- 4) Dapat menyusun benda-benda secara berderet, tetapi tidak dapat menjelaskan perbedaan antara deretan.

Tahap intuitif (umur 4-7 atau 8 tahun), anak telah dapat memperoleh pengetahuan berdasarkan pada kesan yang agak abstraks. Dalam menarik kesimpulan sering tidak diungkapkan dengan kata-kata. Oleh sebab itu, pada usia ini, anak telah dapat mengungkapkan isi hatinya secara simbolik terutama bagi mereka yang memiliki pengalaman yang luas. Karakteristik tahap ini adalah:

- 1) Anak dapat membentuk kelas-kelas atau kategori objek, tetapi kurang disadarinya.
- 2) Anak mulai mengetahui hubungan secara logis terhadap hal-hal yang lebih kompleks.
- 3) Anak dapat melakukan sesuatu terhadap sejumlah ide.
- 4) Anak mampu memperoleh prinsip-prinsip secara benar. Dia mengerti terhadap sejumlah objek yang teratur dan cara

mengelompokkannya. Anak kekekalan masa pada usia 5 tahun, kekekalan berat pada usia 6 tahun, dan kekekalan volume pada usia 7 tahun. Anak memahami bahwa jumlah objek adalah tetap sama meskipun objek itu dikelompokkan dengan cara yang berbeda.

c. Tahap operasional konkrit (umur 7 atau 8-11 atau 12 tahun):

Ciri pokok perkembangan pada tahap ini adalah anak sudah mulai menggunakan aturan-aturan yang jelas dan logis, dan ditandai adanya reversible dan kekekalan. Anak telah memiliki kecakapan berpikir logis, akan tetapi hanya dengan benda-benda yang bersifat konkret. Operation adalah suatu tipe tindakan untuk memanipulasi objek atau gambaran yang ada di dalam dirinya. Kegiatan ini memerlukan proses transformasi informasi ke dalam dirinya sehingga tindakannya lebih efektif. Anak sudah tidak perlu coba-coba dan membuat kesalahan, karena anak sudah dapat berpikir dengan menggunakan model "kemungkinan" dalam melakukan kegiatan tertentu. Ia dapat menggunakan hasil yang telah dicapai sebelumnya. Anak mampu menangani sistem klasifikasi.

Namun meskipun anak telah dapat melakukan pengklasifikasian, pengelompokan dan pengaturan masalah (*ordering problems*) ia tidak sepenuhnya menyadari adanya prinsip-prinsip yang terkandung di dalamnya. Namun taraf berpikirnya sudah dapat dikatakan maju. Anak sudah tidak memusatkan diri pada karakteristik perseptual

pasif. Untuk menghindari keterbatasan berpikir anak perlu diberi gambaran konkret, sehingga ia mampu menelaah persoalan, karena anak usia 7-12 tahun masih memiliki masalah mengenai berpikir abstrak.

d. Tahap operasional formal (umur 11/12-18 tahun) :

Ciri pokok perkembangan pada tahap ini adalah anak sudah mampu berpikir abstrak dan logis dengan menggunakan pola berpikir "kemungkinan". Model berpikir ilmiah dengan tipe *hypothetico-dedutive* dan *inductive* sudah mulai dimiliki anak, dengan kemampuan menarik kesimpulan, menafsirkan dan mengembangkan hipotesa. Pada tahap ini kondisi berpikir anak sudah dapat :

- 1) Bekerja secara efektif dan sistematis.
- 2) Menganalisis secara kombinasi. Dengan demikian telah diberikan dua kemungkinan penyebabnya, C1 dan C2 menghasilkan R, anak dapat merumuskan beberapa kemungkinan.
- 3) Berpikir secara proporsional, yakni menentukan macam-macam proporsional tentang C1, C2 dan R misalnya.
- 4) Menarik generalisasi secara mendasar pada satu macam isi. Pada tahap ini mula-mula Piaget percaya bahwa sebagian remaja mencapai formal operations paling lambat pada usia 15 tahun. Tetapi berdasarkan penelitian maupun studi selanjutnya

menemukan bahwa banyak siswa bahkan mahasiswa walaupun usianya telah melampaui, belum dapat melakukan formal operation.

Proses belajar yang dialami seorang anak pada tahap sensorimotor tentu akan berbeda dengan proses belajar yang dialami oleh seorang anak pada tahap preoperasional, dan akan berbeda pula dengan mereka yang sudah berada pada tahap operasional konkret, bahkan dengan mereka yang sudah berada pada tahap operasional formal. Secara umum, semakin tinggi tahap perkembangan kognitif seseorang akan semakin teratur dan semakin abstrak cara berpikirnya.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi respon kognitif (Piaget, 1960)

Menurut piaget ada 4 aspek yang besar yang ada hubungannya dengan perkembangan kognitif :

- a. Pendewasaan/kematangan, merupakan pengembangan dari susunan syaraf.
- b. Pengalaman fisis, anak harus mempunyai pengalaman dengan benda-benda dan stimulus-stimulus dalam lingkungan tempat ia beraksi terhadap benda-benda itu.
- c. Interaksi sosial, adalah pertukaran ide antara individu dengan individu.

- d. Keseimbangan, adalah suatu system pengaturan sendiri yang bekerja untuk menyelesaikan peranan pendewasaan, pengalaman fisis, dan interkasi sosial.

#### **D. Murottal**

##### **1. Definisi**

Murottal ialah rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori' (Sa'dulloh, 2008). Murottal adalah membaca Al-Quran yang memfokuskan pada dua hal yaitu kebenaran bacaan dan lagu Al-Quran. Firman Allah Ta'ala, "Dan bacalah Al-Quran itu dengan perlahan/tartil." (Q.S Al Furqan 32). Musik murottal Al-Qur'an dapat memunculkan stimulan gelombang delta sebesar 63,11% (Abdurrachman & Andhika, 2008). Gelombang delta yaitu gelombang yang mempunyai amplitudo yang besar dan frekuensi yang rendah dibawah 4 hz, di hasilkan oleh otak ketika orang tertidur atau fase istirahat bagi tubuh dan pikiran.

##### **2. Manfaat Murotal**

Al-Qur'an dapat merangsang perkembangan otak anak dan meningkatkan intelegensinya. Setiap suara atau sumber bunyi memiliki frekuensi dan panjang gelombang tertentu. Bacaan Al-Qur'an yang dibaca dengan tartil yang bagus dan sesuai dengan tajwid memiliki frekuensi dan panjang gelombang yang mampu mempengaruhi otak secara positif dan mengembalikan keseimbangan dalam tubuh.

Terapi dengan Al-Qur'an terbukti mampu meningkatkan kecerdasan seorang anak, dikarenakan frekuensi gelombang bacaan Al-Qur'an memiliki kemampuan untuk memprogram ulang sel-sel otak, meningkatkan kemampuan, serta menyeimbangkannya. Mendengarkan Al-Qur'an memiliki efek yang sangat baik untuk tubuh, seperti; memberikan efek menenangkan, meningkatkan kreativitas, meningkatkan kekebalan tubuh, meningkatkan kemampuan konsentrasi, menyembuhkan berbagai penyakit, menciptakan suasana damai dan meredakan ketegangan saraf otak, meredakan kegelisahan, mengatasi rasa takut, memperkuat kepribadian, dan meningkatkan kemampuan berbahasa (Anwar, 2010).

### 3. Surah Al mulk dan kandungannya

Surah Al Mulik (bahasa Arab: *الم ملك*) adalah surah ke 67 dalam Al-Qur'an. Surah ini tergolong surah 'makkiyah' yang terdiri dari 30 ayat. Dinamakan Al Mulik kerana kata Al Mulik yang terdapat pada ayat pertama surah ini. yang bererti 'Kerajaan'. Surat ini disebut juga dengan 'At Tabaarak' yang berarti Maha Suci.

Secara umum surah ini banyak mengisahkan tentang kekuasaan Allah terhadap makhluk ciptaan-Nya. Ini jelas digambarkan daripada tajuk surah ini, al-Mulik, yang bermaksud 'kerajaan'. Pada awal surah, ayat ini diceritakan kesempurnaan ciptaan alam ini, yang tidak ada cacat-celanya. Allah telah menciptakan alam ini daripada awal yang tiada apa-apa kepada yang ada dan seterusnya menjaga alam ini dengan penuh

kesempurnaan. Allah berkuasa menciptakan dan mematikan sesuatu menurut kehendak-Nya. Keutamaan dan faedah Surat Al-Mulk yang disebutkan dalam riwayat Ibnu Mas'ud adalah (Tuasikal, *n.d*):

a. Keutamaan Surat Al-Mulk

- 1) Surat Al-Mulk disebut dengan Surat Al-Ma'inah, yaitu penghalang dari siksa kubur jika rajin membacanya di malam hari.
- 2) Membaca Surat Al-Mulk di malam hari adalah suatu kebaikan.

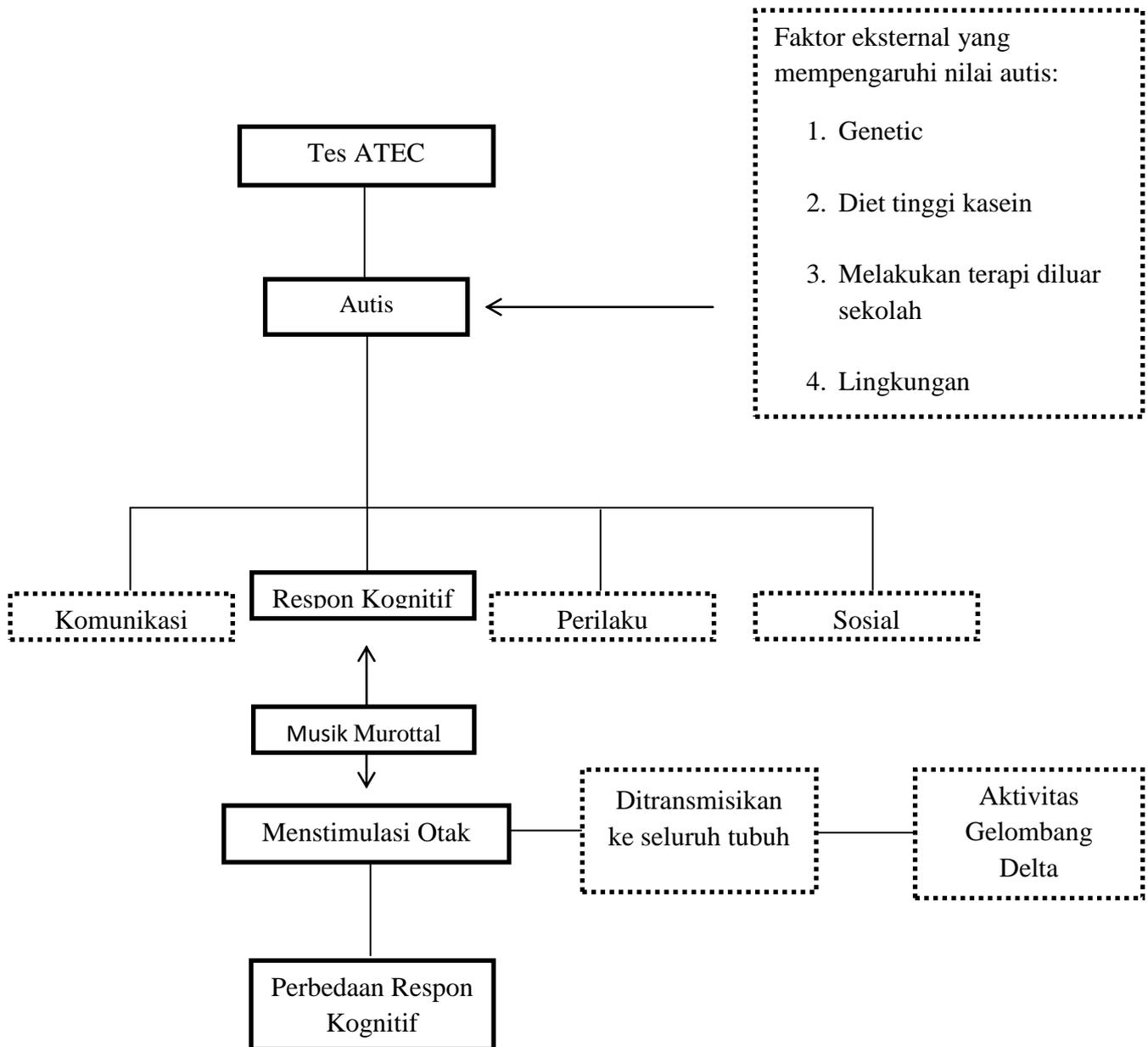
b. Faedah Surat Al-Mulk

- 1) Melimpah keberkahan dari sisi Allah
- 2) Allah Menguji manusia siapakah yang baik amalnya
- 3) Hikmah Allah menciptakan bintang dan langit
- 4) Keadaan neraka dan penghuninya
- 5) Keutamaan takut pada Allah dikala sepi
- 6) Tanda kekuasaan Allah pada burung
- 7) Hanya Allah pemberi rizki
- 8) Mereka yang berjalan telungkup di atas wajah
- 9) Bersyukur atas anugerah air

Kandungan surah al mulk ayat 20 dalam perkataan “*min dunir rahman*” (selain Allah yang Maha Pemurah) memberi pengertian bahwa rahmat Allah itu dilimpahkan kepada seluruh makhluk yang ada di alam ini, baik ia beriman kepada Allah maupun ia kafir kepadanya, sehingga semuanya dapat hidup dan berkembang (Dahlan & Noesalim, 2007).

Karakteristik rekaman murottal surah Al-Mulk yang digunakan sebagai terapi dalam penelitian ini adalah mempunyai tempo 64 beats per menit (bpm). Tempo 64 bpm termasuk dalam rentang tempo lambat. Rentang tempo lambat yaitu 60 sampai 120 bpm. Tempo lambat merupakan tempo yang seiring dengan detak jantung manusia, sehingga jantung akan mensinkronkan detakannya sesuai dengan tempo suara (Mayrani & Hartati, 2013).

### E. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

- :Yang akan diteliti  
 :Yang tidak diteliti

**F. Hipotesa**

Ada pengaruh respon kognitif setelah dilakukan terapi murottal pada siswa autis di Sekolah Luar Biasa Negeri (SLBN) 01 Bantul Yogyakarta.

### BAB III

#### METODE PENELITIAN

##### A. Desain Penelitian

Berdasarkan tujuan dan masalah yang diteliti, penelitian ini termasuk penelitian *pra eksperimen* dengan pendekatan *one group pra-post test design*. Rancangan *one group pra-post test design* adalah mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi (Nursalam, 2013).

Bentuk rancangan ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 desain penelitian

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca-Test
K	O	I	O1

Keterangan:

- K : subjek (anak autis) perlakuan
- O : observasi respon kognitif anak autis sebelum terapi murottal
- I : Intervensi (terapi murottal)
- O1 : observasi respon kognitif anak autis sesudah

##### B. Populasi Dan Sampel

###### 1. Populasi

Menurut Nursalam (2013), populasi penelitian adalah subjek (misalnya manusia, klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi dalam penelitian ini adalah siswa autis tahun ajaran 2015/2016 di SLBN 01 Bantul yaitu 16 siswa.

## 2. Sampel

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui *sampling*. Sedangkan *sampling* adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2013).

Teknik *sampling* atau cara pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dengan *Total sampling*, teknik menentukan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel (Raharjo, 2013).

Siswa yang digunakan sebagai sampel penelitian kelompok eksperimen adalah anak autis yang berjumlah 12 responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Sebab 2 anak beragama non Islam dan 2 anak sudah selesai ujian kelulusan.

- a. Kriteria inklusi : mengikuti kegiatan belajar di sekolah, siswa-siswi SD-SMP, pendengaran normal, beragama Islam, dan bersedia menjadi responden.
- b. Kriteria eksklusi : tidak bisa atau menolak melakukan terapi murottal, non muslim dan gangguan pendengaran.

### C. Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di SLBN 01 Bantul Yogyakarta, digunakan sebagai tempat penelitian untuk kelompok eksperimen. Alasan menggunakan sekolah ini diantaranya adalah SLBN 01 Bantul merupakan sekolah negeri

yang mempunyai siswa Autis terbanyak se-DIY. Penelitian ini dilakukan selama bulan Juni 2016.

#### **D. Variabel Penelitian**

Menurut Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (Soeparto 2000 *cit.* Nursalam, 2013). Variabel secara umum dibagi dua yaitu:

1. Variabel independen (variabel bebas) adalah variabel yang mempengaruhi. Variabel bebas dalam penelitian ini yaitu melakukan terapi murotal.
2. Variabel dependen (variabel terikat) adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas. Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu respon kognitif.
3. Variabel pengganggu (*confounding*) adalah variabel yang nilainya ikut menentukan variabel baik secara langsung maupun tidak langsung (Nursalam, 2013). Variabel pengganggu dalam penelitian ini yaitu stress, aktivitas fisik, program terapi lain yang sedang dilakukan oleh pihak sekolah, intake makanan atau nutrisi, lingkungan rumah dan keluarga.
  - a. Variabel pengganggu bisa dikendalikan: keseragaman guru dalam pelaksanaan terapi murotal dan kesamaan.
  - b. Variabel pengganggu yang tidak bisa di kendalikan: stress, lingkungan rumah dan keluarga, sedang melakukan terapi lain.

## E. Definisi Operasional

Definisi operasional bertujuan untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diamati atau diteliti serta mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010).

1. Murottal adalah lantunan ayat-ayat suci Al-Quran yang di lagukan oleh seorang qori direkam serta di perdengarkan dengan tempo yang lambat serta harmonis. Bacaan Al-Qur'an sebagai penyembuh penyakit jasmani dan rohani melalui suara, intonasi, makna ayat -ayat yang ditimbulkan baik perubahan terhadap sel-sel tubuh, perubahan pada denyut jantung. Peneliti menggunakan surat Al-Mulk dan akan diperdengarkan pada anak autis setiap hari dan dilakukan selama 1 bulan. Kandungan surat Al-Mulk ayat 20 dalam perkataan "*min dunir rahman*" (selain Allah yang Maha Pemurah) memberi pengertian bahwa rahmat Allah itu dilimpahkan kepada seluruh makhluk yang ada di alam ini, baik ia beriman kepada Allah maupun ia kafir kepada-Nya, sehingga semuanya dapat hidup dan berkembang. Durasi pembacaan surah Al-Mulk adalah selama 09 menit 45 detik dan irama pelan dengan pitch 24 Hz (Hertz). Durasi ini tidak terlalu singkat dan tidak terlalu lama untuk diperdengarkan. Durasi yang terlalu lama tidak efektif untuk diperdengarkan kepada anak autis karena akan mengganggu *mood*

anak autis dan konsentrasi anak autis tidak dapat bertahan dalam waktu yang lama.

2. Respon kognitif merupakan fungsi mengenal, suatu proses mental dimana seorang individu menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungannya baik lingkungan dalam maupun luarnya. Lembar kuisioner ATEC dengan menggunakan skala rasio, setiap pertanyaan dinilai dengan nilai 0 (tidak benar), 1 (sedikit benar) dan 2 (sangat benar). Semakin tinggi skor semakin sedikit masalah.

#### **F. Instrumen Penelitian**

1. Alat terapi, terdiri; dari: Audio murottal anak surat Al-Mulk dari Muhammad Taha Al Junayd dan *speaker*.

Surah Al-Mulk (bahasa Arab: **المَلِك**) adalah surah ke 67 dalam Al-Qur'an. Surah ini tergolong surah Makkiyah yang terdiri dari 30 ayat. Dinamakan Al-Mulk kerana kata Al-Mulk yang terdapat pada ayat pertama surah ini, yang bererti 'Kerajaan'. Surat ini disebut juga dengan 'At Tabaarak' yang bererti Maha Suci. Keutamaan dan faedah Surat Al-Mulk yang disebutkan dalam riwayat Ibnu Mas'ud adalah (Tuasikal, *n.d*):

##### a. Keutamaan Surat Al-Mulk

- 1) Surat Al-Mulk disebut dengan Surat Al-Ma'inah, yaitu penghalang dari siksa kubur jika rajin membacanya di malam hari.
- 2) Membaca Surat Al-Mulk di malam hari adalah suatu kebaikan.

b. Faedah Surat Al-Mulk

- 1) Melimpah keberkahan dari sisi Allah
- 2) Allah Menguji manusia siapakah yang baik amalnya
- 3) Hikmah Allah menciptakan bintang dan langit
- 4) Keadaan neraka dan penghuninya
- 5) Keutamaan takut pada Allah dikala sepi
- 6) Tanda kekuasaan Allah pada burung
- 7) Hanya Allah pemberi rizki
- 8) Mereka yang berjalan telungkup di atas wajah
- 9) Bersyukur atas anugerah air

Kandungan surah Al-Mulk ayat 20 dalam perkataan “*min dunir rahman*” (selain Allah yang Maha Pemurah) memberi pengertian bahwa rahmat Allah itu dilimpahkan kepada seluruh makhluk yang ada di alam ini, baik ia beriman kepada Allah maupun ia kafir kepadaNya, sehingga semuanya dapat hidup dan berkembang (Dahlan & Noesalim, 2007). Karakteristik rekaman murottal surah Al-Mulk yang digunakan sebagai terapi dalam penelitian ini adalah mempunyai tempo 64 *beats* per menit (bpm). Tempo 64 bpm termasuk dalam rentang tempo lambat. Rentang tempo lambat yaitu 60 sampai 120 bpm. Tempo lambat merupakan tempo yang seiring dengan detak jantung manusia, sehingga jantung akan mensinkronkan detaknya sesuai dengan tempo suara (Mayrani & Hartati, 2013). Durasi pembacaan surah Al-

Mulk adalah selama 09 menit 45 detik dilakukan sebanyak 10 kali dan irama pelan dengan *pitch* 24 Hz (*Hertz*).

Lama dan jumlah sesi yang digunakan pada penelitian sebelumnya bermacam-macam misalnya setiap hari, tiga kali per minggu, atau satu kali per minggu dengan durasi berbeda mulai dari 10 menit hingga 30 menit. Dalam penelitian Sumaja (2014) terapi musik (perlakuan) dilakukan selama 60 menit yaitu dari jam 10.00-11.00 WIB. Penelitian yang dilakukan Mayrani & Hartati (2013), menggunakan terapi murottal dengan sesi tiga kali dalam tiga hari berturut-turut dengan durasi 11 menit 19 detik. Banyaknya sesi pemberian terapi dapat mempengaruhi hasil dan pengaruh terhadap respon kognitif anak autis (Geretsegger *et al.*, 2012 dalam Mayrani dan Hartati, 2013).

Terapi musik dapat diputar saat anak tidur dan bangun atau beraktivitas dengan volume pelan yang cukup didengar oleh semua orang disekitar. Ketika memutar musik anak tidak harus konsentrasi atau sengaja mendengarkan. Mereka bisa tidur atau bermain sesuka hati mereka. Lama terapi ketika tidur 30 menit dan bangun 60 menit, rutin setiap hari sampai merasa tidak dibutuhkan terapi lagi (Pusat Riset Terapi Musik & Gelombang Otak, *n.d.*).

## 2. Lembar Kuisisioner ATEC dari Autism Research Institute

Skor respon kognitif adalah hasil yang diperoleh anak autis pada *pre-test* dan *post-test* menggunakan form ATEC. Perubahan respon

kognitif akan diukur dengan menggunakan form ATEC. Form ATEC perubahan respon kognitif memiliki 18 pernyataan. Tes ini dilakukan sebelum dan sesudah terapi mural. Masing-masing item pernyataan di nilai dari skala 0-2, skala 0 (tidak merespon), skala 1 (kadang-kadang merespon) dan skala 2 (merespon baik). Perubahan respon kognitif pada penelitian ini ditentukan dengan menjumlahkan skor masing-masing item pertanyaan dan dibuat persentase terhadap skor.

Pada dasarnya, semakin tinggi skor ATEC, semakin sedikit masalah. Jika pada satu hari seseorang skornya 20 dan dua minggu kemudian skornya 25, maka individu menunjukkan peningkatan baik. Karena fungsi utama dari ATEC adalah untuk mengukur efektivitas intervensi (ARI, *n.d.*)

#### **G. Prosedur Penelitian dan Metode Pengumpulan Data**

Tahap penelitian untuk pengumpulan data adalah sebagai berikut:

1. Perijinan

Mengurus surat izin di pengajaran FKIK UMY untuk melakukan uji etik di SLBN 01 Bantul Yogyakarta. Selanjutnya meminta izin di Badan Pembangunan dan Pengembangan Daerah DIY dan Kabupaten Bantul, untuk melakukan penelitian.

2. Proses adopsi instrumen penelitian

Melakukan adopsi/penerjemahan instrumen penelitian yaitu ATEC yang masih berbahasa Inggris ke dalam bahasa Indonesia oleh

penerjemah Pusat Pelatihan Bahasa Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (PPB UMY).

3. Melakukan uji validitas dan reliabilitas

Uji validitas dilakukan pada 22 siswa autis di Sekolah Khusus Autis Bina Anggita Banguntapan Bantul Yogyakarta.

4. Pengenalan program penelitian

Mengadakan perkumpulan di tempat penelitian yaitu di sekolah dengan guru, orangtua dan peneliti untuk memberikan maksud dan tujuan penelitian. Lembar *informed consent* diberikan kepada orangtua.

5. Pengambilan data murid yang terpilih sebagai sampel penelitian meliputi: identitas sampel dan tes ATEC (*pre-test*).

6. Melakukan terapi murottal pada kelompok sampel selama 10 hari, setiap hari di jam 08:30 WIB dengan durasi kurang lebih 09 menit 45 detik setelah semua pelajaran di sekolah selesai. Peneliti memberikan terapi murottal kepada anak autis dengan cara yaitu anak didengarkan murottal namun anak tetap dibiarkan bermain, bergerak dan beraktivitas. Pemberian terapi murottal dibantu oleh asisten peneliti yaitu guru di SLBN 01 Bantul yang sudah mengerti jalannya penelitian.

7. Pengambilan data

Pengambilan data murid yang terpilih sebagai sampel penelitian meliputi: identitas sampel dan tes ATEC (*post-test*).

#### 8. Melakukan pengolahan dan analisa data

Setelah data penelitian diperoleh, selanjutnya melakukan pengolahan dan analisa data yang sudah ditentukan. Sebelumnya melakukan normalitas data dengan menggunakan *Shapiro-wilk* di SPSS. Normalitas data didapatkan hasil *pre-test* (0,132 atau  $p > 0,05$ ) dan *post-test* (0,298 atau  $p > 0,05$ ), maka data terdistribusi normal. Data terdistribusi normal maka analisa data menggunakan *Paired T-test*.

#### 9. Penyusunan laporan

Menyusun laporan penelitian di BAB IV Hasil Penelitian dan Pembahasan sedangkan BAB V Kesimpulan dan Saran.

#### 10. Persentasi hasil penelitian

### H. Uji Validitas dan Reliabilitas

Untuk menjaga validitas dan reliabilitas data yang diperoleh, maka dilakukan pelaksanaan tes dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan instrumen kuisisioner ATEC yang disusun oleh Rimland & Edelson (1999) dari *Autism Research Institute* yang sudah teruji validitasnya dan sudah mendapatkan izin dari Stephen Edelson, Ph.D. Sebagai *Director of Autism Research Institute*.

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan dalam penelitian ini, untuk melakukan adopsi/penerjemahan instrumen penelitian yaitu ATEC yang masih berbahasa inggris ke dalam bahasa indonesia.

## 1. Validitas

Validitas (kesahihan) adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrument dalam pengumpulan data (Nursalam, 2013). Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan *Content validity* dengan *Pearson Product Moment*. Setiap *item* instrumen tes yang sudah dikonsultasikan dengan ahli, maka selanjutnya diuji cobakan dan dianalisa dengan analisa item *Pearson Product Moment*. Analisa *item* dilakukan dengan menghitung korelasi antara skor butir instrumen dengan skor total (Sugiyono, 2014). Sebelum kuesioner ATEC respon kognitif digunakan dalam penelitian, dilakukan uji validitas dan reliabilitas untuk memperoleh kuesioner yang valid. Uji validitas dilakukan kepada 22 orangtua dari penderita autis di SLB Bina Anggita Banguntapan Bantul Khusus anak autis pada bulan April 2016 sebelum digunakan untuk penelitian. Pengukuran validitas kuesioner dalam penelitian ini menggunakan rumus *Pearson Product Moment*.

$$r_{hitung} = \frac{n (\sum XY) - (\sum X) \cdot \sum Y}{\sqrt{[n \cdot \sum x^2 - (\sum X)^2] [n \cdot \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

$\sum X_i$  : jumlah skor item

$\sum Y_i$  : jumlah skor total (item)

n : jumlah responden

r hitung: koefisien korelasi

Uji validitas akan dilakukan pada anak autisme sebanyak 22 siswa, sehingga  $r$  tabel 0,461. Nilai signifikan yang diambil adalah  $p=0,05$ , maka valid jika  $r \geq 0,461$  dan tidak valid jika  $r < 0,461$  dengan  $r$  tabel  $>0,461$ . Dari 18 soal yang diuji validitas semua soal valid. Sehingga terdapat 18 soal kuesioner.

## 2. Reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan sampai sejauh mana alat ukur dapat dipertanggungjawabkan. Bila suatu alat ukur digunakan dua kali untuk mengukur gejala yang sama dan hasil pengukuran relatif konsisten, maka alat pengukur tersebut reliabel (Setiawan dan Saryono, 2010).

Arikunto (2008) menyebutkan bahwa reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup diukur berkali-kali dalam waktu yang berlainan. Dalam reliabilitas penelitian akan menggunakan pertanyaan yang dihitung dengan menggunakan analisis *Alpha Cronbach* yang dapat digunakan baik untuk instrument yang jawabnya berskala maupun yang bersifat dikotomis (hanya mengenal dua jawaban yaitu benar dan salah). Rumus koefisien reliabilitas *Alpha Cronbach* (Arikunto, 2008) :

$$r_{11} = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Keterangan :

$r_{11}$  : Reliabilitas instrument

$k$  : Banyaknya butir pertanyaan atau banyaknya soal

$\sum \sigma_b^2$  : Jumlah varian butir

$\sigma_t^2$  : Varian total

Dari hasil uji reabilitas diperoleh hasil uji koefisien respon kognitif anak autis dengan menggunakan *Alpha Cronbach's* diperoleh hasil sebesar 0,898 dan karenanya kuisioner ini dinyatakan reliabel.

## **I. Pengolahan dan Metode Analisa Data**

### **1. Pengolahan Data**

Pengolahan data dilakukan terlebih dahulu dengan mengolah data menjadi sebuah informasi. Proses yang dilakukan dalam pengolahan data antara lain sebagai berikut ;

#### **a) Penyuntingan (*editing*)**

Hasil wawancara atau angket yang diperoleh atau dikumpulkan melalui kuesioner perlu disunting (edit) terlebih dahulu. Sudah dilakukan ternyata masih ada data atau informasi yang tidak lengkap, dan tidak mungkin dilakukan wawancara ulang, maka kuesioner tersebut dikeluarkan (*droup out*) (Notoatmodjo, 2013).

#### **b) Pengolahan (*Cooding*)**

Menurut Setiadi (2007) pengkodean adalah metode mengklarifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam beberapa kategori setelah semua terkumpul. Dalam penelitian ini pengklasifikasian dilakukan dengan memberikan tanda/ kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban.

#### **c) Tabulasi (*Cobulating*)**

Tabulasi yaitu membuat table-tabel data, sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti (Notoatmodjo, 2012).

Angka-angka dalam skor setiap butir pernyataan dijumlahkan sehingga diperoleh skor keseluruhan. Hasil pengkodean dimasukkan ke dalam tabel yang dilakukan secara komputerisasi.

d) *Processing*

*Processing* adalah pemrosesan data dengan memasukkan data ke paket program komputer.

e) *Cleaning data*

Kegiatan dengan pengecekan kembali data-data yang sudah dimasukkan apakah ada kesalahan atau tidak.

2. Analisa Data

Analisa data merupakan suatu proses analisa yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Nursalam (2013), analisa data dibagi menjadi 2, yaitu:

a) Analisa deskriptif

Analisa deskriptif adalah suatu prosedur data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam tabel atau grafik. Data-data yang disajikan meliputi frekuensi, proporsi dan rasio, ukuran-ukuran kecenderungan pusat (rata-rata hitung, median, modus), maupun ukuran-ukuran variasi (simpangan baku, variansi, rentang dan kuartil).

b) Analisa inferensial (uji signifikansi)

Dalam pengujian inferensial, uji yang digunakan harus sesuai dengan rancangan penelitian.

- 1) Dasar-dasar pemilihan uji statistik
  - a. Tujuan penelitian
  - b. Skala pengukuran data
  - c. Sampel, yang dituliskan meliputi distribusi populasi, jenis sampel bebas atau berpasangan, jumlah kelompok sampel dan ukuran atau besar sampel.
  - d. Banyaknya variabel yang dianalisis
- 2) Dari uji statistik diperoleh 2 kemungkinan hasil uji, yaitu:
  - a. Signifikan/bermakna. Adanya hubungan, perbedaan atau pengaruh antara sampel yang diteliti, pada taraf signifikansi tertentu, misalnya 1% (0,01), 5% (0,05).
  - b. Tidak signifikan/tidak bermakna. Artinya tidak ada hubungan perbedaan atau pengaruh sampel yang diteliti.

Dalam penelitian ini, analisis inferensial digunakan untuk mengetahui hubungan dua variabel, meliputi variabel bebas (independen), yaitu terapi murottal dan variabel tergantung (dependen), yaitu respon kognitif. Uji ini untuk menguji pengaruh terapi murottal terhadap respon kognitif anak autis.

Uji normalitas data yang digunakan yaitu uji normalitas data *Shapiro-wilk*, karena jumlah responden  $< 50$ . Hasil uji normalitas data didapatkan nilai signifikan  $> 0,05$  yaitu *pre-test* (0,132 atau  $p > 0,05$ ) dan *post-test* (0,298 atau  $p > 0,05$ ) maka data terdistribusi dengan normal. Analisa data yang digunakan yaitu *Paired T-test*. Dua

kelompok berpasangan dalam penelitian ini yaitu kelompok pre dan kelompok post dengan individu yang sama.

## **J. Etika Penelitian**

Etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, sehingga segi etika penelitian harus diperhatikan (Nursalam,2013). Penulis terlebih dahulu meminta ijin dengan pihak sekolah, dengan rekomendasi dari fakultas. Penelitian memproteksi hak-hak responden selama proses penelitian. Peneliti ini sudah dilakukan izin etik di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan (FKIK) Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dengan Nomor: 222/EP-FKIK-UMY/I/2016, sesuai dengan peraturan yang ada di FKIK UMY. Menurut Hidayat (2007), etika yang harus diperhatikan antara lain sebagai berikut :

### 1. Lembar persetujuan (*Informed Consent*)

*Informed Consent* adalah bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan *Informed Consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian serta mengetahui dampaknya. *Informed Consent* diberikan sebelum penelitian dengan memberikan lembar persetujuan menjadi responden. Apabila responden bersedia, maka responden harus menandatangani lembar persetujuan. Responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden.

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

*Anonymity* adalah masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara memberikan atau mencantumkan nama responden, pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan. Dalam penelitian ini responden tidak perlu mengisi nama ataupun inisial nama mereka, karena peneliti sudah menuliskan nomor responden sebagai pengganti nama responden.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan adalah masalah yang memberikan jaminan kerahasiaan hasil peneliti, baik informasi, maupun masalah-masalah lainnya. Semua maksudnya informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran umum lokasi penelitian**

Sekolah Luar Biasa Negeri (SLB) 1 Bantul ini berdiri sejak tahun 1971 dan beberapa kali melakukan perubahan nama serta pindah lokasi dan akhirnya menetap di Jalan Wates 147, Km 3, Desa Ngetisharjo Kasihan Bantul Yogyakarta. SLB N 1 Bantul Yogyakarta merupakan satu-satunya Sekolah Luar Biasa terlengkap di DIY dengan membuka 5 jurusan yaitu : Tuna Netra (A), tuna Rungu Wicara (B), Tuna Grahita (C), Tuna Daksa (D), dan Autis.

Jumlah siswa di SLB N 1 Bantul pada tahun 2016 sebanyak 336 siswa. Jumlah siswa dari masing-masing setiap jurusan yaitu tunanetra dengan siswa sebanyak 17 siswa, tunarungu sebanyak 79 siswa, Tunagrahita 151 siswa, Tunadaksa 68 siswa dan autis sebanyak 16, semuanya terdiri dari TK, SD, SMP, SMA. Setiap jurusan mempunyai gedung dan tenaga pengajar sendiri. Tenaga kerja di SLB N 1 Bantul ini terdiri dari 85 orang yang terdiri dari 1 kepala sekolah, 39 guru madya, 19 guru muda, 17 guru pertama, 2 CPNS, 1 Ka TU, 4 pegawai administrasi umum, 1 penjaga kantor, dan 1 penjaga sekolah.

SLB N 1 Bantul memiliki lima jurusan dan setiap jurusan memiliki ruang kelas masing-masing. Metode yang digunakan guru untuk mengajar siswa adalah ceramah. Waktu pembelajaran dimulai dari hari

Senin sampai Sabtu, dari pukul 07.00 WIB sampai pukul 11.00 WIB. Fasilitas lain yang digunakan SLB N 1 Bantul terdiri dari aula tempat untuk rapat wali murid, ruang ekstrakurikuler, lapangan olahraga, masjid, perpustakaan dan juga terdapat kantin sekolah untuk anak-anak jajan.

## 2. Hasil Penelitian

Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi. Hasil data yang disajikan untuk mengukur pengaruh terapi murottal surat Al-Mulk pada anak autis siswa SLB N 1 Bantul memiliki karakteristik responden yang terdiri dari jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan. Berdasarkan hasil penelitian dapat dideskripsikan karakteristik responden sebagai berikut:

**Tabel 4.1 Karakteristik responden di SLB N 01 Bantul Yogyakarta berdasarkan usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan.**

Karakteristik	Jumlah	%
<b>1. Usia</b>		
Usia sekolah (6-12 tahun)	8	66,7
Usia remaja (13-18 tahun)	4	33,3
Jumlah	12	100
<b>2. Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	8	66,7
Perempuan	4	33,3
Jumlah	12	100
<b>3. Tingkat pendidikan</b>		
SD	7	58,3
SMP	5	41,7
Jumlah	12	100

*Sumber: Data Primer 2016*

### a. Karakteristik responden berdasarkan usia

Berdasarkan pada tabel di atas, karakteristik responden berdasarkan usia paling banyak usia sekolah yaitu 8 orang (66,7%) dan usia remaja sebanyak 4 orang (33,3%).

b. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki 8 orang (66,7%) dan perempuan 4 orang (33,3%).

c. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan

Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan paling banyak SD yaitu 7 orang (58,3%), SMP 5 orang (41,7%).

3. Distribusi data rerata hasil *pre-test* dan *post-test* respon kognitif anak autis SLBN 01 Bantul Yogyakarta sesuai dengan intensitas terapi.

**Tabel 4.2 Data rerata hasil *pre-test* dan *post-test* respon kognitif anak autis dengan intensitas terapi.**

Intensitas terapi	N	Persentase (%)	Mean	
			<i>pre-test</i>	<i>post-test</i>
Terapi 2 kali	2	16,7	17,0	17,5
Terapi 3 kali	2	16,7	24,5	26,5
Terapi 5 kali	2	16,7	25,5	25,5
Terapi 7 kali	2	16,7	14,5	18,0
Terapi 8 kali	3	25,0	26,3	27,7
Terapi 10 kali	1	8,3	17,0	17,0
Total	12	100	21,58	22,92
Sig			0,128	

*Sumber: Data Primer 2016*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa responden yang mengikuti terapi 10 kali hanya 1 siswa (8,3%). Paling banyak responden mengikuti terapi 8 kali yaitu 3 siswa (25%). Responden yang mengikuti terapi 2 kali, terapi 3 kali, terapi 5 kali, dan terapi 7 kali masing masing 2 siswa (16,7%).

4. Distribusi data *pre-test* respon kognitif pada anak autis di SLBN 01 Bantul.

**Tabel 4.3 Data *pre-test* respon kognitif pada anak autis di SLBN 01 Bantul**

<b>Data</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>
<i>Pre-test</i>	12	21,58

*Sumber: Data Primer 2016*

Tabel 4.2. menunjukkan bahwa rerata nilai data *post-test* 21.58 dengan jumlah responden 12.

5. Distribusi data *post-test* respon kognitif pada anak autis di SLBN 01 Bantul.

**Tabel 4.4 Data *post-test* respon kognitif pada anak autis di SLBN 01 Bantul**

<b>Data</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>
<i>Post-test</i>	12	22,92

*Sumber: Data Primer 2016*

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa rerata nilai data *post-test* 22.92 dengan jumlah responden 12.

6. Pengaruh pemberian terapi murottal surat Al-Mulk terhadap respon kognitif pada anak autis saat *pretest* dan *posttest*.

Perlakuan terapi murottal surat Al-Mulk diberikan kepada anak autis sebanyak 10 kali memberikan hasil berupa tidak ada perbaikan bermakna pada respon kognitif yang diukur dengan kuisioner ATEC.

**Tabel 4.5 Hasil uji statistik respon kognitif anak autis *pre-test-post-test* kelompok intervensi terapi murottal**

<b>Karakteristik</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>P</b>
<b>Intervensi</b>	<i>Pre-test</i>	12	21,58
	<i>Post-test</i>	12	22,92

*Sumber: Data Primer 2016*

Tabel 11 menunjukkan bahwa anak autis mengalami peningkatan skor ATEC yang tidak signifikan setelah diberi perlakuan. Uji statistik terhadap mean *pre-test* dan *post-test* menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan respon kognitif yang bermakna ( $p=0,128$ ). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh terapi murottal terhadap respon kognitif anak autis di SLBN 01 Bantul.

## **B. Pembahasan**

### **1. Karakteristik responden**

#### **a. Umur**

Berdasarkan tabel 4.1 umur responden yang paling banyak adalah usia sekolah 6-12 tahun, yaitu sebanyak 8 anak (66,7%). Pada negara maju, periode usia sekolah ini dimulai saat anak memasuki sekolah dasar pada usia 6 tahun. Remaja yang terjadi pada usia 12 tahun menandakan akhir dari masa pertengahan (Potter & Perry, 2009).

Dari hasil observasi yang peneliti lakukan selama di SLB N 01 Bantul Yogyakarta menunjukkan bahwa terdapat usia sekolah dan usia remaja. Hal ini terbagi dalam 2 kelas. usia remaja khusus kelas B dan usia sekolah khusus kelas A. Usia juga dapat mempengaruhi dari hasil dari kemajuan terapi itu sendiri pada aspek respon kognitif. Bahwa usia remaja lebih menunjukkan hasil perubahan setelah diperdengarkan terapi murottal. Anak usia remaja mempunyai respon kognitif lebih baik dari anak usia sekolah, terlihat ketika

dipanggil nama dan diberi sanjungan. Hal ini mungkin berhubungan dengan anak usia sekolah harus mengatasi perubahan dalam seluruh area perkembangan. Misalnya, anak usia 6 tahun dihadapkan pada kegiatan baru, guru, dan juga aturan serta batasan baru. Mereka harus bermain secara kooperatif dalam kelompok besar anak-anak dari berbagai latar belakang budaya. Anak usia sekolah harus memenuhi tantangan perkembangan keterampilan kognitif yang meningkatkan pemikirannya dan memungkinkan mereka untuk belajar menulis dan berhitung.

Potter & Perry (2009) mengatatakan bahwa Strees dari perubahan ini, anak mungkin menghadapi masalah Psikososial dan fisik. Namun pada anak autis tidak tahu bagaimana cara menyampaikan, hal ini karena anak autis mengalami gangguan dalam berkomunikasi, berinteraksi sosial, respon kognitif, dan perilaku. Sekolah atau pengalaman pendidikan memperluas dunia anak dan merupakan transisi dari kehidupan yang secara relatif bebas bermain ke kehidupan dengan bermain, belajar, dan bekerja yang terstruktur.

b. Jenis kelamin

Berdasarkan data karakteristik anak autis pada tabel 4.1 mengenai jenis kelamin pada kelompok intervensi ditemukan bahwa responden paling banyak adalah laki-laki sebanyak 8 anak (66,7%) dan responden yang berjenis kelamin perempuan berjumlah 4 anak

(33,3%). Anak laki-laki yang mengalami autisme berjumlah lebih banyak dari anak perempuan. Hal ini karena anak laki-laki lebih banyak memproduksi *hormone testoteron* sementara perempuan lebih banyak memproduksi *estrogen*.

Hal ini didukung oleh penelitian Suwanti (2011) yang menyebutkan bahwa autisme lebih banyak dialami oleh anak laki-laki. Perbandingan antara anak laki-laki dan perempuan yang mengalami gangguan autisme adalah 4:1 karena perempuan memiliki *hormone* yang dapat memperbaiki keadaan yaitu *hormone esterogen*. Anak laki-laki lebih banyak memproduksi *testoteron* sedangkan anak perempuan lebih banyak memproduksi *esterogen*. Hal ini karena *hormone esterogen* memiliki efek terhadap suatu gen pengatur fungsi otak yang disebut *retinoic acid-related orphan receptor-alpha*. *Testoteron* dapat menghambat kerja *retinoic acid-related orphan receptor alpha*, sementara *estrogen* justru dapat meningkatkan kinerjanya *retinoic acid-related-orphan receptor-alpha*.

Berdasarkan hasil observasi penelitian terdapat perbedaan respon kognitif antara laki-laki dan perempuan, hal ini terlihat ketika merespon saat dipanggil namanya. Menurut Mariyanti (2012) bahwa selain anak perempuan lebih sedikit menyandang autisme daripada laki-laki dan terlihat gejalanya lebih berat, pada anak perempuan juga memiliki tingkat intelegensi yang lebih rendah daripada laki-laki.

Selain itu, data post test menunjukkan bahwa kemampuan dalam berinteraksi sosial yang termasuk dalam kategori kurang didominasi oleh anak laki-laki daripada perempuan.

## 2. Analisa univariat

Dalam penelitian ini rerata nilai skor ATEC respon kognitif pada responden memiliki rata-rata nilai *pre-test* sejumlah 21,58 dan setelah dilakukan *post-test* sejumlah 22,92 mengalami peningkatan namun tidak signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian terapi murottal pada respon kognitif anak autisme mengalami peningkatan.

Hasil observasi menunjukkan bahwa kemampuan respon kognitif pada anak autisme mengalami sedikit peningkatan. Terlihat ketika responden dipanggil namanya dan merespon pujian dari peneliti, sebagian responden ada yang merespon dan ada yang tidak merespon. Hal ini karena anak cenderung masih belum bisa dikendalikan secara emosional dan sangat susah menerima perintah dan mematuhi perintah (Priyatna, 2010). Pada dasarnya, semakin tinggi skor ATEC (domain respon kognitif), maka semakin sedikit masalah pada anak autisme (ARI, *n.d.*).

Penelitian Mayrani, Hartati (2013) bahwa pemberian terapi murottal surat Ar-Rahman dapat menurunkan tingkat gangguan perilaku dan kemampuan interaksi sosial yang dialami oleh anak autisme yaitu dilihat dari hasil *pre-test* mempunyai rerata 5,06 dan setelah diberikan perlakuan rerata 4,06 pada *post-test*. Namun penelitian ini mempunyai durasi

waktu dan lama terapi yang lebih baik dibandingkan penelitian Mayrani dan Hartati (2013), yang melakukan terapi murottal dengan durasi 11 menit 19 detik yang dilakukan selama tiga hari berturut-turut. Sedangkan pada penelitian ini, terapi murottal dilakukan selama 10 hari dengan terapi selama durasi 12 menit. Banyaknya sesi pemberian terapi dapat mempengaruhi hasil dan pengaruh terhadap perilaku anak autis (Geretsegger *et al.*, 2012 dalam Mayrani dan Hartati, 2013).

### 3. Analisa bivariat

Berdasarkan analisa bivariat pada hasil uji *Paired T-Test* kemampuan respon kognitif *pre-test* dan *post-test* pada kelompok intervensi menunjukan bahwa nilai probabilitas Sig. (2-tailed) sebesar 0,12 ( $P>0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh terapi murottal terhadap respon kognitif anak autis di SLB N 01 Bantul.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Hady, *et al.* (2012), bahwa terapi musik murottal lebih efektif terhadap perkembangan kognitif anak autis dibandingkan dengan terapi musik klasik dilihat dari hasil persentase peningkatan kelompok musik klasik sebesar 27,59% dan untuk kelompok musik murottal persentase peningkatan sebesar 64,39%. Penelitian yang dilakukan Wulandari & Ayu (2012), juga menunjukan bahwa terapi musik mempunyai pengaruh terhadap peningkatan kemampuan bahasa pada anak autis yang diberikan terapi musik selama 30 menit dalam waktu 10 hari, dilihat pada hasil observasi yaitu terdapat 10 anak yang mengalami peningkatan kemampuan bahasa dari 15 anak

yang dijadikan sampel. Penelitian Sumaja (2014), juga menunjukkan bahwa terapi musik mempunyai pengaruh terhadap komunikasi verbal anak autis dengan melakukan terapi pada jam 10.00-11.00 selama 60 menit setiap hari, satu minggu enam hari selama satu bulan. Dilihat dari hasil nilai *pre-test* dan *post-test* yaitu 1,83 dan 1,42 dengan nilai  $p=0,017$ .

Terapi murottal kurang cukup mempengaruhi respon kognitif pada anak autis, hal ini dikarenakan banyaknya hal yang mempengaruhi keberhasilan terapi pada anak autis, antara lain:

a. Tingkat gangguan autis

Dalam penelitian ini tidak terdapat data yang menunjukkan tingkat atau derajat gangguan autis pada siswa autis di SLBN 01 Bantul. Penelitian yang dilakukan Minropa (2014), mengungkapkan persentase terapi yang tidak mengalami kemajuan paling tinggi pada responden yang mengalami autis derajat berat yaitu 76,8%. Hasil uji statistik menunjukkan nilai  $p=0,005$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara derajat autis dengan kemajuan terapi. Semakin ringan gangguan autis maka kemajuan terapi akan cepat tercapai. Hasil observasi penelitian juga terlihat hanya beberapa responden yang merespon ketika dipanggil dan mendapatkan pujian.

Penelitian yang dilakukan Septiari (2009) *cit.* Lestarin (2011), menghasilkan kesimpulan bahwa dua faktor yang berpengaruh

secara statistik terhadap lama pencapaian tingkat keberhasilan terapi adalah tingkat gangguan autis dan terapi di luar.

Kemajuan anak dalam *treatment* dipengaruhi oleh berat ringannya derajat kelainan. Semakin berat derajat kelainannya, semakin sulit berkembang menjadi normal, akan tetapi perlu diingat bahwa seringnya apapun kelainannya, anak tetap harus ditangani agar gangguannya tidak berubah menjadi lebih berat (Husnaini, 2013).

b. Dukungan orang tua

Dukungan orang tua juga memegang peranan penting dalam kemajuan terapi anak autis. Orang tua adalah orang yang paling kenal dan terdekat dengan anak. Kebersamaan orang tua lebih banyak dengan anak dibandingkan dengan kebersamaan terapis. Waktu anak di tempat terapi hanya selama 12 menit sehari. Waktu pemberian terapi beberapa responden tidak didampingi oleh orangtua melainkan oleh saudara atau pengasuh. Selain itu orangtua atau pengasuh mengajak responden pulang sebelum terapi selesai, padahal sudah mengisi lembar persetujuan. Pengalaman ahli menyatakan bahwa orang tua yang melaksanakan terapi secara intensif kepada anaknya akan memperoleh hasil yang sangat memuaskan karena anak menunjukkan kemajuan terapi yang sangat pesat (Priyatna, 2010 *cit*, Minropa, 2014).

Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh minropa (2014), persentase terapi yang tidak mengalami kemajuan

lebih tinggi pada responden yang menjalani terapi dengan orang tua yang tidak mendukung pelaksanaan terapi yaitu 87,5% dibandingkan dengan orang tua yang mendukung pelaksanaan terapi yaitu 22,9%. Hasil uji statistik yang dilakukan Minropa (2014), menunjukkan nilai  $p=0.000$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan orang tua dengan kemajuan terapi.

Bentuk dukungan orangtua terhadap kemajuan terapi anak salah satunya adalah bekerjasama dengan terapis dengan cara melanjutkan program terapi di rumah. Orang tua juga dituntut bijak dan sabar menghadapi anak autis (Milza, 2007 *cit*, Minropa, 2014). Anak autis membutuhkan bimbingan dan dukungan yang lebih dari orang tua dan lingkungan untuk tumbuh dan berkembang agar dapat hidup mandiri, mampu berkomunikasi, bersosialisasi dan pengelolaan perilaku yang positif (Agustian, 2009).

c. Usia

Hasil observasi yang peneliti lakukan selama di SLB N 01 Bantul Yogyakarta menunjukkan bahwa terdapat usia sekolah dan usia remaja.

1) Usia sekolah

Siswa autis usia sekolah di SLB N 01 Bantul adalah 6-12 tahun. Pada waktu pemberian terapi masih banyak siswa yang tidak merespon ketika dipanggil namanya dan diberi sanjungan. Hal ini mungkin dipengaruhi oleh anak usia sekolah yang harus

mengatasi perubahan dalam seluruh area perkembangan. Perubahan ini mungkin dapat mengakibatkan stress anak. Salah satu area perkembangan tersebut adalah keterampilan kognitif, anak usia sekolah harus memenuhi tantangan perkembangan kognitif untuk meningkatkan pemikirannya (Potter & Perry, 2009).

## 2) Usia remaja

Siswa autis usia remaja di SLBN 01 Bantul adalah 13-18 tahun. Hasil observasi saat penelitian siswa autis usia remaja mempunyai respon kognitif lebih baik dari siswa autis usia sekolah. Hal ini terbukti ketika pemberian terapi anak autis usia remaja banyak yang merespon ketika dipanggil namanya dan diberikan sanjungan. Hal ini mungkin dikarenakan perubahan yang terjadi pada pola pikir remaja yang merupakan peralihan dari anak-anak menuju orang dewasa (Potter & Perry, 2009).

Usia anak autis di SLB N 01 Bantul yaitu diatas 5 tahun. Pada usia 2-5 tahun merupakan usia yang sangat ideal untuk menangani anak dengan autis. Prinsip penanganan sedini mungkin jauh lebih baik daripada intervensi terlambat. Penanganan secara dini justru dapat menguntungkan untuk mengatasi masalah perkembangan anak autis.

Teori mengatakan bahwa gejala autis sebelum usia 3 tahun yakni mencakup interaksi sosial, komunikasi dan gangguan

perilaku serta kognitif. Sebaliknya penatalaksanaan terapi setelah usia 5 tahun hasilnya akan berjalan lebih lambat, karena itu terapi sebaiknya dilakukan dari usia dini jauh lebih baik (Minpora, 2014).

d. Intensitas terapi

Intensitas terapi pada penelitian ini hanya 2 jam dalam 10 hari, dengan durasi terapi 09 menit 45 detik. Dalam pemberian terapi murottal terdapat variasi intensitas terapi, banyak responden yang tidak teratur mengikuti terapi. Hanya 1 responden (8,3%) yang mengikuti terapi penuh 10 kali. Kemudian 3 responden (25%) yang mengikut terapi 8 kali. Responden yang mengikuti terapi 2 kali, terapi 3 kali, terapi 5 kali, dan terapi 7 kali masing masing 2 siswa (16,7%). Banyaknya responden yang tidak teratur mengikuti terapi dikarenakan responden sudah selesai melakukan ujian sekolah sehingga responden tidak diwajibkan mengikuti kegiatan belajar di sekolah. Pemberian terapi hari pertama responden tidak kooperatif, ada beberapa responden yang tidak merespon ketika dipanggil namanya dan tidak tertarik. Hari kelima pemberian terapi, responden yang mengikuti terapi penuh sebagian mulai merespon ketika dipanggil namanya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Minropa (2014) yaitu persentase terapi yang tidak mengalami kemajuan lebih tinggi pada pelaksanaan terapi yang tidak intens yaitu 56,3% dibandingkan pelaksanaan terapi yang intens yaitu

21,1%. Hasil uji statistik yang dilakukan Minropa (2014) menunjukkan nilai  $p=0.031$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara intensitas terapi dengan kemajuan terapi.

Teori Lovaas dalam Davidson (2009) menjelaskan bahwa terapi anak autis dilaksanakan 40 jam dalam satu minggu. Terapi autis yang dilakukan kepada anak harus dilakukan sangat intensif. Semakin intensif anak autis mendapat terapi, maka semakin besar mengalami kemajuan. Terapi formal dilakukan 4-8 jam sehari. Keluarga melanjutkan terapi di rumah selama 2 jam dalam sehari.

Anak autis mempunyai kecenderungan asik dengan dirinya sendiri. Pemberian rangsangan dalam bentuk terapi pada waktu yang cukup lama yaitu 40 jam atau lebih dalam seminggu akan dapat menarik anak tersebut ke dunia nyata. Intensitas yang baik ini akan dapat tercapai jika waktu terapi yang dilaksanakan di tempat terapi hanya 2-4 jam dalam sehari dilanjutkan oleh orang tua di rumah minimal 4 jam dalam sehari (Minropa, 2014).

Hal ini diperkuat oleh penelitian Kustianti (2010), terapi yang intensif dan terpadu merupakan salah satu kunci keberhasilan terapi pada penyandang autisme. Terapi secara formal sebaiknya dilakukan antara 4-8 jam sehari. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Schopler, Shoot & Mesibers, membandingkan 40 anak autisme yang telah mendapat terapi selama 2 tahun. Dua belas dari 20 anak yang mendapat terapi intensif selama 30-40 jam per minggunya, menunjukkan perkembangan dan kemajuan yang luar biasa dan mereka sudah bisa

memasuki bangku pendidikan formal. Sedangkan pada anak yang mendapat terapi sekitar 10 jam per minggunya, hanya 1 dari 20 anak yang menunjukkan perkembangan dan dapat duduk di bangku sekolah formal.

e. Kemampuan bicara dan berbahasa

Sebagian besar dari anak autisme yang menjadi responden pada penelitian tidak dapat berbicara dengan lancar, mereka hanya menirukan kata-kata yang diucapkan terapis atau guru dan mengulang kata-kata yang sama.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kustiani (2010) dua puluh persen penyandang autisme tidak mampu bicara seumur hidup, sedangkan sisanya memiliki kemampuan bicara dengan kefasihan yang berbedabeda. Mereka dengan kemampuan bicara yang baik mempunyai prognosis yang lebih baik. Pada saat umur 2 tahun, umumnya anak yang normal menggunakan kata-kata untuk menunjukkan benda-benda atau objek yang mereka maksud dan menggunakan satu/dua kalimat untuk mengekspresikan sesuatu yang lebih kompleks. Bahkan kalau mereka bisa berbicara pun, mereka echolalia atau membeo.

### C. Kekuatan dan Kelemahan Penelitian

#### 1. Kekuatan penelitian

Kekuatan dalam penelitian ini antarlain:

- a. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan lembar kuisioner ATEC dari Autism Research Institute.
- b. Terapi murotal belum pernah dilakukan di SLB N 01 Bantul
- c. Tempat penelitian yang mudah di jangkau oleh peneliti.

#### 2. Kelemahan penelitian

Adapun kelemahan penelitian ini adalah:

- a. Kurang besarnya jumlah responden, sehingga tidak dapat dibentuk kelompok kontrol. Hal ini dapat dimaklumi karena sangat susah mencari responden.
- b. Jumlah responden yang sering masuk sedikit juga mempengaruhi keberhasilan terapi.
- c. Pengambilan data sebagian dilakukan oleh pengasuh tidak diisi langsung oleh orangtua siswa, melainkan oleh pengasuh atau saudaranya sehingga meningkatkan terjadinya data bias.
- d. Frekuensi terapi tidak sesuai dengan rencana waktu terapi penelitian yang sudah ditentukan sebelumnya.
- e. Tidak terdapat data usia anak terdiagnosa menderita autis dan usia anak memulai sekolah.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Dari penelitian yang telah dilakukan diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Data demografi menunjukkan hasil, mayoritas responden usia sekolah (6-12 tahun), jenis kelamin mayoritas laki-laki, dan mayoritas pendidikan Sekolah Dasar (SD).
2. Berdasarkan hasil distribusi rerata skor ATEC Respon kognitif anak autis di SLBN 01 Bantul *pre-test* (21,58) dan *post-test* (22,92), hal ini menunjukkan bahwa hanya sedikit peningkatan.
3. Berdasarkan hasil uji *paired-T-test* menunjukkan bahwa respon kognitif *Pre-test* dan *post-test* menunjukkan nilai probabilitas *Sig. (2-tailed)* sebesar 0,128 ( $p > 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa nilai tersebut tidak terdapat pengaruh.

#### B. Saran

1. Peneliti

Menjadi pengalaman berharga dan menambah pengetahuan tentang pelaksanaan anak autis dan khususnya untuk meningkatkan respon kognitif anak autis di Sekolah Khusus Autis.

2. Bagi ilmu keperawatan

Dapat menjadikan referensi bagi perawat terutama pada perawat anak.

3. Bagi institusi pendidikan

Dapat digunakan sebagai acuan dan sebagai materi pembelajaran dalam pemberian terapi pada anak autis khususnya pada penerapan terapi murottal.

4. Peneliti selanjutnya

- a. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya jika memungkinkan dengan jumlah responden yang lebih banyak agar hasil tercapai lebih optimal.
- b. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh terapi murottal terhadap respon kognitif anak autis dengan jumlah sampel yang lebih banyak, menggunakan kelompok kontrol dan lama terapi yang lebih lama.
- c. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh terapi murottal terhadap respon kognitif anak autis dengan tingkat gangguan anak autis dan usia yang sama.
- d. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh terapi murottal terhadap anak-anak berkebutuhan khusus lain.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdurrachman, A., Perdana S., Andhika S. (2008). Murottal Al Qur'an Alternatif Terapi Suara Baru dalam Seminar Nasional Sains dan Teknologi-II. Lampung: Universitas Lampung, diakses pada tanggal 12 juni 2015
- Agustian, Ary Ginanjar (2009). *Rahasia Sukses Membangkitkan ESQ Power*. Jakarta : Arga Publishing
- Al-kuhfi, Hasan Basri. Dan Anwar, Chairul. (2006). *Al-Qur'an dan terjemahan dan penjelasan ayat-ayat*. Pena pundi aksara. Jakarta
- Anwar, Y., P.(2010). *Sembuh Dengan Al-Qur'an*. Jakarta: Sabil.
- Autism Research Institute. Studies Confirm Validity of ATEC Report. [http://www.autism.com/ind\\_atec\\_report](http://www.autism.com/ind_atec_report). Diakses pada tanggal 30 Juni 2015.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Budhiman, Dr. Melly, SpKj. Yayasan Autisme Indonesia, (2012). Diakses 6 Juni 2015 dari <http://autisme.or.id/istilah-istilah/autisme-masa-kanak/>
- Budiningsih, DR. C. Asri, (2012). *Belajar dan Pembelajaran*. Penerbit Rinika Cipta, Yogyakarta. Hal. 35-40.
- Center for Disease Control and Prevention (2014). Community Report on Autisme from the Autism and Development Disabilities Monitoring Network. Diakses 6 juni 2015, dari [http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/states/comm\\_report\\_autism\\_2014.pdf](http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/states/comm_report_autism_2014.pdf)
- Center for Disease Control and Prevention (2014). CDC Estimates 1 in 68 Children has been Identified with Autisme Spectrum Disorder. Diakses 14 juni 2015, dari <http://www.cdc.gov./media/release/2014/p0327-autism-spectrum-disorder.html>.
- Chaplin, P. (2005). *Kamus lengkap psikologi*. PT Grafindo Persada. Jakarta.
- Damiyanti, M. (2008). *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Bandung : PT Refika Aditama.
- Davidson, Geralt. C. (2009). Psikologi Abnormal. Jakarta: PT Raja Gravindo Persada.
- Diana, I. (2009). *Nutrisi Pada Pasien Autis*, Cermin Dunia Kedokteran 168/vol.36 no.2/maret-april 2009.
- Fabiola, P. H. (2008). Penanganan Autisme Melalui Terapi Sensory Integration dan Pendekatan yang Mendukung. Tesis. (tidak diterbitkan). Depok: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Hadis, Abdul. (2006). *Pendidikan anak Berkebutuhan Khusus Autistik*. Bandung : Alfa Beta.
- Hady, A.N., Wahyuni., & Purwaningsih, w. (2012). Perbedaan Efektivitas Terapi Musik Klasik dan Terapi Musik Murottal Terhadap Perkembangan

- Kognitif Anak Autis di SLB Autis Kota Surakarta. [Versi Elektronik]. *Gaster*,9(2).
- Handayani, R., Fajarsari,D., Asih, T.R.D., Rohmah, N. (2014). Pengaruh Terapi Murottal Al- Qur'an untuk Penurunan dan Kecemasan pada Ibu Bersalin Kala 1 Fase Aktif. *Jurnal Kebidanan*. 5(2). Diakses pada <http://ojs.akbidylpp.ac.id/index.php/Prada/article/view/98> Pada tanggal 7 juni 2015
- Handoyo, Y. (2008). *Autisma*. Jakarta: PT. Buana Ilmu Populer.
- Hardani, R. S. (2012). *Metode ABA (APPLIED BEHAVIOUR ANALYSIS) : Kemampuan Bersosialisasi*. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing*, 1-9.
- Hasdianah. (2013). *Autis Pada Anak Pencegahan, Perawatan dan Pengobatan*. Yogyakarta : Medical Book.
- Hazliansyah. (2013), April. *112.000 Anak Indonesia Diperkirakan Menyandang Autis*. *Republika Online*.
- Husnaini. (2013). *Hubungan Antara Traits Kepribadian Ibu dan kemajun Treatment Anak-anak Autisme*. Skripsi strata satu, Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya Jakarta.
- Jogja Autism Care. (n.d.). BAB 2 Tinjauan Autisme dan Pusat Terapi Anak Autis Diakses 13 November 2015, dari <http://www.e-journal.uajy.ac.id/3342/3/2TA12506.pdf>.
- Kelana, A & Diah, E. (2007). *Kromosom Abnormal Penyebab Autis*. Diakses 26 Juni 2015, dari <http://www.litbang.depkes.go.id/aktual/anak/autis130307.htm>
- Kementrian Pendidikan Dan Kebudayaan, (2015). Diakses 2 Juli 2015, dari [http://referensi.data.kemdikbud.go.id/pd\\_index.php?kode=040113&level=3](http://referensi.data.kemdikbud.go.id/pd_index.php?kode=040113&level=3)
- Kustiani, R. (2010). *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kegagalan Terapi Perilaku Terhadap Pada Penyandang Autisme Anak*, Karya Tulis Ilmiah strata satu, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
- Lestarin, D.R. (2011). *Pengaruh Senam Otak (Brain Gym) Terhadap Kualitas Komunikasi pada Anak Autis di Yogyakarta*, Karya Tulis Ilmiah strata satu, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Nurlis, E & mutia, N. 2009. *Kurang Vitamin D tingkatkan Resiko Autisme*. Diakses 13 Juni 2015, dari <http://www.autis.info/index.php/artikel-makalah/artikel/142-kurang-vitamin-d-tingkatkan-resiko-autisme>
- Nursalam. (2013). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, S. (2013). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Maryani, D.E., & Hartati, E. (2013). Intervensi Terapi Audio dengan Murottal Surah Ar-Rahman Terhadap Perilaku Anak Autis. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 8 (2).
- Maulana, Heri D.J. (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC
- Minropa, A. (2014). *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terapi Anak Autis di Kota Padang*. Thesis, Universitas Andalas, Padang.
- Permono, H. (2013). Peran Orangtua Dalam Optimalisasi Tumbuh Kembang Anak untuk Membangun Karakter Anak Usia Dini. Universitas Persada Indonesia, Jakarta. Diakses 06 Agustus 2016, dari <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/3994/02.pdf?sequence=1>.
- Potter, P.A & Perry, A.G. (2009). *Fundamental Keperawatan (7th ed)*. Jakarta: Salemba Medika
- Piaget dan Teorinya, (1997). Diakses 18 Juni 2015 Dari <https://ilmuwanmuda.wordpress.com/piaget-dan-teorinya/>
- Priyatna. 2010. *Amazing Autism*. Jakarta: Gramedia
- Sa'dulloh. (2008). *9 Cara Praktis Menghapal Al-Qur'an*. Jakarta: Gema Insani.
- Setiadi. (2007). *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Setiawan, A., & Saryono. (2010). *Metodologi Penelitian kebidanan*. Jakarta: Nuha Medika
- Sintowati, R. (2007). *Autisme*. Jakarta: Sunda Kelapa Pustaka.
- Sutadi, R. 2012, *Transisi Penyandang Autism ke Sekolah*. Yayasan Nathanisa Surabaya.
- Sumaja, W.H. (2014). Pengaruh Terapi Musik terhadap Komunikasi Verbal pada Anak Autisme di SLB Autis Permata Bunda Payakumbuh. Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat. Diakses 12 November 2015, dari <http://id.scribd.com/doc/264346573/Pengaruh-Terapi-Musik-Terhadap-Komunikasi-Verbal-Anak-Autis#scribd>.
- The Individuals With Disabilities Education Act (IDEA), (2004). Diakses 26 Oktober 2015, dari <http://idea.ed.gov/explore/view/p/%2Croot%2Cregs%2C300%2CA%2C300%252E8%2Cc%2C1%2Ci%2C>
- Veskariyanti, G. (2012). *Terapi Autis Paling Efektif*. Yogyakarta: Pustaka Angrek.
- Viana, S.(2005). *mengenal Anak Autisme*. Dari

<http://www.infoibu.com/mod.php?mod=publisher&op=viewarticle&artid=67>

- Wikipedia online, (2015). Diakses 14 Juni 2015, dari <http://id.wikipedia.org/wiki/Musik>
- Widhowati,S. (2010). *Efektifitas Terapi Audio dengan Murottal Surah Ar-Rahman untuk Menurunkan Perilaku Kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang*.Semarang: Universitas Diponegoro.
- Wulandari, K.H., & Ayu, I. (2012). Pengaruh Terapi Musik Klasik Terhadap Kemampuan Bahasa pada Anak Penderita Autisme di Sekolah Kebutuhan Khusus di Denpasar Tahun 2012. Universitas Udayana, Denpasar.
- Yayasan Autisme Indonesia, (2015). Diakses 26 Oktober 2015, dari <http://autisme.or.id/istilah-istilah/autisme-masa-kanak/>
- Yosep, H. Iyus. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.Bandung: PT Refika Aditama
- Yusuf, AH. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Surabaya: Salemba Medika
- Yuwono. Joko (2009). *Memahami Anak Autistik (Kajian Teoritik Dan Empirik)*. Bandung: Alfabeta.

# LAMPIRAN

**LEMBAR INFORMED**  
**PERMOHONAN UNTUK MENJADI RESPONDEN**

Kami yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Yurika Chendy R, Evi Novita Sari, Mega Nurul Anah, Desi Hapsari  
NIM : 20120320025, 20120320102, 20120320162, 20120320191

Adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yang bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Pengaruh Terapi Murottal Surat Al-Mulk Terhadap Kemampuan Komunikasi, Interaksi Sosial, Kognitif dan Perilaku pada Anak Autis di Sekolah Luar Biasa Negeri 01 Bantul Yogyakarta”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anak, orangtua maupun sekolah. Penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi orangtua maupun sekolah untuk dapat mengetahui pengaruh terapi murottal terhadap kemampuan komunikasi anak autis.

Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anak, orang tua maupun sekolah. Jika anda bersedia menjadi responden maka kami mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden, kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,

**Yurika Chendy R**  
**20120320025**

**Evi Novita Sari**  
**20120320102**

**Mega Nurul Anah**  
**20120320162**

**Desi Hapsari**  
**20120320191**

Kode Responden:

## LEMBAR CONSENT

### SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

No.HP :

Nama Anak :

menyatakan bersedia bahwa anak akan menjadi subjek (responden) dalam penelitian dari :

Nama : Yurika Chendy R, Evi Novita Sari, Mega Nurul Anah, Desi Hapsari

NIM : 20120320025, 20120320102, 20120320162, 20120320191

Progam studi : Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Judul : Pengaruh Terapi Murottal Surat Al-Mulk Terhadap Kemampuan Komunikasi, Interaksi Sosial, Kognitif dan Perilaku pada Anak Autis di Sekolah Luar Biasa Negeri 01 Bantul Yogyakarta.

Penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun pada anak selaku responden. Peneliti sudah memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui perbedaan kemampuan komunikasi sebelum dan setelah terapi murottal.

Dengan ini saya selaku orang tua menyatakan secara sukarela memperbolehkan anak saya ikut sebagai responden dalam penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar dan sebenar-benarnya.

Yogyakarta,

(.....)





PEMERINTAH KABUPATEN BANTUL  
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH  
( B A P P E D A )

Jln.Robert Wolter Monginsidi No. 1 Bantul 55711, Telp. 367533, Fax. (0274) 367796  
Website: bappeda.bantulkab.go.id Webmail: [bappeda@bantulkab.go.id](mailto:bappeda@bantulkab.go.id)

SURAT KETERANGAN/IZIN

**Nomor : 070 / Reg / 2610 / S1 / 2016**

**Menunjuk Surat** : Dari : Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, UMY Nomor : 016/B.4-III/V/2016  
Tanggal : 31 Mei 2016 Perihal : **Pemohonan Surat Izin Penelitian**

**Mengingat** : a. Peraturan Daerah Nomor 17 Tahun 2007 tentang Pembentukan Oganisasi Lembaga Teknis Daerah Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Bantul sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 16 Tahun 2009 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Nomor 17 Tahun 2007 tentang Pembentukan Oganisasi Lembaga Teknis Daerah Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Bantul;  
b. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 18 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelayanan Perijinan, Rekomendasi Pelaksanaan Survei, Penelitian, Pengembangan, Pengkajian, dan Studi Lapangan di Daerah Istimewa Yogyakarta;  
c. Peraturan Bupati Bantul Nomor 17 Tahun 2011 tentang Ijin Kuliah Kerja Nyata (KKN) dan Praktek Lapangan (PL) Perguruan Tinggi di Kabupaten Bantul.

**Diizinkan kepada**  
Nama : **YURIKA CHENDY RUSIANTO**  
P. T / Alamat : **Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, UMY  
Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan Bantul**  
NIP/NIM/No. KTP : **3502181501940005**  
Nomor Telp./HP : **083869712634**  
Tema/Judul Kegiatan : **PENGARUH TERAPI MUROTTAL SURAT AL-MULK TERHADAP RESPON KOGNITIF PADA ANAK AUTIS DI SEKOLAH LUAR BIASA NEGERI 01 BANTUL YOGYAKARTA**  
Lokasi : **SLB Negeri 01 Bantul Yogyakarta Dan SLB Fajar Nugraha Yogyakarta**  
Waktu : **31 Mei 2016 s/d 31 Agustus 2016**

**Dengan ketentuan sebagai berikut :**

1. Dalam melaksanakan kegiatan tersebut harus selalu berkoordinasi (menyampaikan maksud dan tujuan) dengan institusi Pemerintah Desa setempat serta dinas atau instansi terkait untuk mendapatkan petunjuk seperlunya;
2. Wajib menjaga ketertiban dan mematuhi peraturan perundangan yang berlaku;
3. Izin hanya digunakan untuk kegiatan sesuai izin yang diberikan;
4. Pemegang izin wajib melaporkan pelaksanaan kegiatan bentuk *softcopy* (CD) dan *hardcopy* kepada Pemerintah Kabupaten Bantul c.q Bappeda Kabupaten Bantul setelah selesai melaksanakan kegiatan;
5. Izin dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut di atas;
6. Memenuhi ketentuan, etika dan norma yang berlaku di lokasi kegiatan; dan
7. Izin ini tidak boleh disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu ketertiban umum dan kestabilan pemerintah.

Dikeluarkan di : B a n t u l  
Pada tanggal : 03 Juni 2016

A.n. Kepala,  
Kepala Bidang Dalitbang  
**Tlau Sakti S.S., M.Hum**  
NIP: 19700105199031006

**Tembusan disampaikan kepada Yth.**

1. Bupati Kab. Bantul (sebagai laporan)
2. Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Bantul
3. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Bantul
4. Ka. Dinas Pendidikan Menengah dan Non Formal Kab. Bantul
5. Ka. SLB Negeri 1 Bantul
6. Ka. SLB Fajar Nugraha Yogyakarta
7. Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, UMY
8. Yang Bersangkutan (Pemohon)



Status: Terakreditasi B  
DIRJEN DIKTI DEPKEMAS  
NO. : 071/Akred/PN/II/2015

Program Studi Ilmu Keperawatan  
**Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan**  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Nomor : 116 / B.4-III / XI / 2015  
Hal : Survey Pendahuluan  
Lamp. : -0-

Kepada Yth. :  
Kepala Sekolah Khusus Autistik Fajar Nugraha Yogyakarta  
di  
YOGYAKARTA.

*Assalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Pimpinan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, memohon ijin :

**N a m a** : **Yurika Chendy**  
**Nomor Mahasiswa.** : **2012 032 0025**  
**Program Studi** : **Ilmu Keperawatan**

Untuk mengadakan Survey Pendahuluan pada Instansi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka  
persiapan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ( KTI ) sebagai akhir studi Sarjana Keperawatan ( S1 ).  
“( Pengaruh Terapi Murattal Terhadap Kemampuan Kognitif Anak Autis ).”

Demikian, atas perkenan dan kerjasama yang diberikan diucapkan terima kasih.

*Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Yogyakarta, 26 Nopember 2015  
Ketua. Prodi PSIK FKIK UMY



**Sri Sumaryani, Ns.,M.Kep.,Sp.Mat.,HNC.**

Kampus:

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183  
Telp. (0274) 387656 ext. 215 Fax. FKIK (0274) 387658, Fax. Universitas (0274) 387646

*Muda mendunia*



Program Studi Ilmu Keperawatan  
**Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan**  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Status: Terakreditasi A

SK BAN-PT

No: 851/SK/BAN-PT/AK-SURV/PN/VIII/2015

Nomor : 017 / B.4-III / III / 2016  
Hal : Survey Pendahuluan  
Lamp. : -0-

Kepada Yth. :  
Kepala SLBN 02 Yogyakarta  
di  
YOGYAKARTA.

*Assalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Pimpinan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, memohon ijin :

<b>N a m a</b>	<b>: Mega Nurul Anah,</b>	<b>NIM : 20120320162</b>
	<b>Desi Hapsari,</b>	<b>NIM : 20120320191</b>
	<b>Yurika Chendy</b>	<b>NIM : 20120320025</b>
	<b>Evi Novita Sari</b>	<b>NIM : 20120320102</b>

**Program Studi : Ilmu Keperawatan**

Untuk mengadakan Survey Pendahuluan pada Instansi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka persiapan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ( KTI ) sebagai akhir studi Sarjana Keperawatan ( S1 ). “( **Pengaruh Terapi Murottal Terhadap Kemampuan Komunikasi, Interaksi Sosial, Kognitif dan Perilaku Anak Autis** ).”

Demikian, atas perkenan dan kerjasama yang diberikan diucapkan terima kasih.

*Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Yogyakarta, 23 Maret 2016  
Ketua. Prodi PSIK FKIK UMY

**Sri Sumaryani, Ns.,M.Kep.,Sp.Mat.,HNC.**



Kampus:

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183  
Telp. (0274) 387656 ext. 215 Fax. FKIK (0274) 387658. Fax. Universitas (0274) 387646

*Muda mendunia*



Status: Terakreditasi B  
DIRJEN DIKTI DEPDIKNAS  
NO.: 071/Akred/PN/III/2015

Program Studi Ilmu Keperawatan  
**Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan**  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Nomor : 116 / B.4-III / XI / 2015  
Hal : Survey Pendahuluan  
Lamp. : -0-

Kepada Yth. :  
Kepala Sekolah SLB Autisme Dian Amanah  
di  
YOGYAKARTA.

*Assalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Pimpinan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, memohon ijin :

**N a m a** : Yurika Chendy  
**Nomor Mahasiswa.** : 2012 032 0025  
**Program Studi** : Ilmu Keperawatan

Untuk mengadakan Survey Pendahuluan pada Instansi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka persiapan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ( KTI ) sebagai akhir studi Sarjana Keperawatan ( S1 ). “( **Pengaruh Terapi Murattal Terhadap Kemampuan Kognitif Anak Autis** ).”

Demikian, atas perkenan dan kerjasama yang diberikan diucapkan terima kasih.

*Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Yogyakarta, 26 Nopember 2015  
Ketua. Prodi PSIK FKIK UMY

Sri Sumaryani, Ns.,M.Kep.,Sp.Mat.,HNC.<sup>th</sup>

Kampus:

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183  
Telp. (0274) 387656 ext. 215 Fax. FKIK (0274) 387658, Fax. Universitas (0274) 387646

*Muda mendunia*



Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

**SURAT KETERANGAN  
KELAYAKAN ETIKA PENELITIAN**

Nomor : 205/EP-FKIK-UMYV/2016

Komisi Etika Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yang terdiri atas :

1. Prof. dr.H. Djauhar Ismail, Sp.A(K)., Ph.D.
2. Prof.Dr.dr.H. Soewito A, Sp.THT-KL
3. drg. Ana Medawati, M.Kes
4. drh. Tri Wulandari, M.Kes
5. Dr. dr. Titiek Hidayati, M. Kes
6. Dr. dr. Tri Wahyuliati, Sp. S., M. Kes
7. Titih Huriah, Ns., M. Kep., Sp. Kom
8. Dr. drg. Tita Ratya Utari, Sp. Ort
9. Sabtanti Harimurti, Ph. D., Apt
10. Dr. dr. Arlina Dewi, MMR
11. Yuni Permatasari Istanti, S. Kep. Ns., Sp. KMB
12. Dra. Irma Risdiyana, Apt., MPH
13. dr. Inayati Habib, Sp. MK., M. Kes

Telah mengkaji permohonan kelayakan etika penelitian yang diajukan oleh :

Nama Peneliti : Yurika Chendy Rusianto  
NIM : 20120320025  
Judul Penelitian : Pengaruh Terapi Murottal Surat Al-Mulk Terhadap Respon Kognitif Pada Anak Autis di Sekolah Luar Biasa Negeri I Bantul Yogyakarta  
Pada Tanggal : 25 Mei 2016  
Dengan Hasil : Layak Etik

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 26 Mei 2016

Sekretaris,  
  
Dr. dr. Titiek Hidayati, M. Kes

Kampus:

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183  
Telp. (0274) 387656 ext. 213, 7491350 Fax. (0274) 387658

*Muda mendunia*



Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Status: Terakreditasi A  
SK BAN-PT  
No: 851/SK/BAN-PT/AK-SURV/PNV/III/2015

Nomor : 016 /B.4-III / V /2016  
Hal : **Permohonan Surat Ijin Penelitian**  
Lamp. : -0-

Kepada Yth. :  
Kepala BAPPEDA Kabupaten Bantul Yogyakarta  
di-  
**YOGYAKARTA.**

*Assalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Bersama ini kami sampaikan dengan hormat, bahwa untuk memperoleh derajat sarjana Keperawatan, mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta diberi tugas Penulisan Karya Tulis Ilmiah ( KTI ). Untuk itu diperlukan penelitian di lapangan guna mendapatkan kebenaran dalam penulisan.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon mahasiswa tersebut di bawah ini dapat diijinkan untuk mencari data dan informasi sebagai penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Nama : Yurika Chendy Rusianto  
NIM : 2012032 0025  
Pembimbing : Romdzati, S.Kep., Ns.,MNS

Judul KTI : “( Pengaruh Terapi Murottal Surat Al-Mulk Terhadap Respon Kognitif Pada Anak Autis di Sekolah Luar Biasa Negeri I Bantul Yogyakarta ).”

Demikian surat permohonan ijin ini kami ajukan, atas terkabulnya serta kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.

*Wasalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Yogyakarta, 31 Mei 2016  
Ketua Prodi PSIK FKIK UMY



Sri Sumaryani, Ns.,M.Kep.,Sp.Mat.,HNC.

Kampus:

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183

**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 skorpretest – skorposttest	-1.333	2.807	.810	-3.117	.450	-1.646	11	.128

**Paired Samples Statistics**

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 skorpretest	21.58	12	6.708	1.936
skorposttest	22.92	12	6.082	1.756

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
skorpretest	.177	12	.200*	.894	12	.132
skorposttest	.207	12	.165	.921	12	.298

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Umur**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Usia sekolah	8	66.7	66.7	66.7
Usia Pubertas	4	33.3	33.3	100.0
Total	12	100.0	100.0	

**Jeniskelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki laki	8	66.7	66.7	66.7
perempuan	4	33.3	33.3	100.0
Total	12	100.0	100.0	

**Kelas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	SD	7	58.3	58.3	58.3
	SMP	5	41.7	41.7	100.0
	Total	12	100.0	100.0	



soal5	Pearson Correlation	.039	.060	.386	.321	1	.192	.180	.371	-.005	.192	.220	.408	.371	.060	.274	.309	1.000**	.386	.548**
	Sig. (2-tailed)	.862	.790	.076	.146		.392	.422	.089	.984	.392	.325	.059	.089	.790	.218	.162	.000	.076	.008
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
soal6	Pearson Correlation	.460*	.454*	.436*	.149	.192	1	.729**	.266	.441*	1.000**	.397	.130	.319	.454*	.351	.253	.192	.436*	.688**
	Sig. (2-tailed)	.031	.034	.042	.508	.392		.000	.232	.040	.000	.067	.566	.147	.034	.109	.257	.392	.042	.000
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
soal7	Pearson Correlation	.602**	.161	.631**	.302	.180	.729**	1	.037	.200	.729**	.332	.147	.489*	.161	.244	.244	.180	.631**	.613**
	Sig. (2-tailed)	.003	.474	.002	.172	.422	.000		.872	.373	.000	.131	.514	.021	.474	.274	.274	.422	.002	.002
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
soal8	Pearson Correlation	.366	.348	.371	.187	.371	.266	.037	1	.604**	.266	.131	.560**	.079	.348	.254	.392	.371	.371	.596**
	Sig. (2-tailed)	.093	.112	.089	.404	.089	.232	.872		.003	.232	.562	.007	.728	.112	.254	.071	.089	.089	.003
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
soal9	Pearson Correlation	.364	.434*	.305	.202	-.005	.441*	.200	.604**	1	.441*	.586**	.228	.104	.434*	.415	.515*	-.005	.305	.606**
	Sig. (2-tailed)	.096	.044	.167	.368	.984	.040	.373	.003		.040	.004	.307	.644	.044	.055	.014	.984	.167	.003

	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	
soal10	Pearson Correlation	.460*	.454*	.436*	.149	.192	1.000**	.729**	.266	.441*	1	.397	.130	.319	.454*	.351	.253	.192	.436*	.688**
	Sig. (2-tailed)	.031	.034	.042	.508	.392	.000	.000	.232	.040		.067	.566	.147	.034	.109	.257	.392	.042	.000
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
soal11	Pearson Correlation	.193	.420	.311	.163	.220	.397	.332	.131	.586**	.397	1	.326	.149	.420	.686**	.453*	.220	.311	.620**
	Sig. (2-tailed)	.389	.051	.158	.468	.325	.067	.131	.562	.004	.067		.138	.508	.051	.000	.034	.325	.158	.002
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
soal12	Pearson Correlation	.116	.423*	.305	.104	.408	.130	.147	.560**	.228	.130	.326	1	.049	.423*	.262	.090	.408	.305	.507*
	Sig. (2-tailed)	.606	.050	.167	.644	.059	.566	.514	.007	.307	.566	.138		.830	.050	.240	.689	.059	.167	.016
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
soal13	Pearson Correlation	.418	-.030	.585**	.467*	.371	.319	.489*	.079	.104	.319	.149	.049	1	-.030	.274	.436*	.371	.585**	.519*
	Sig. (2-tailed)	.053	.893	.004	.029	.089	.147	.021	.728	.644	.147	.508	.830		.893	.217	.043	.089	.004	.013
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
soal14	Pearson Correlation	.303	1.000**	.267	.030	.060	.454*	.161	.348	.434*	.454*	.420	.423*	-.030	1	.348	.241	.060	.267	.567**



total	Pearson	.611**	.567**	.792**	.430*	.548**	.688**	.613**	.596**	.606**	.688**	.620**	.507*	.519*	.567**	.595**	.680**	.548**	.792**	1
	Correlation																			
	Sig. (2-tailed)	.003	.006	.000	.046	.008	.000	.002	.003	.003	.000	.002	.016	.013	.006	.003	.000	.008	.000	
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

(2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level

(2-tailed).