



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH TERAPI KELOMPOK SUPORTIF TERHADAP  
KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MELATIH “SELF  
CARE” ANAK TUNANETRA GANDA DI SLB G RAWINALA  
DI JAKARTA**

**TESIS**

Oleh:  
**SRI HUNUN WIDIASTUTI**  
**0806446914**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, JULI 2010**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH TERAPI KELOMPOK SUPORTIF TERHADAP  
KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MELATIH “SELF  
CARE” ANAK TUNANETRA GANDA DI SLB G RAWINALA  
DI JAKARTA**

**TESIS**

Diajukan sebagai persyaratan untuk  
memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Keperawatan Jiwa

Oleh:  
**SRI HUNUN WIDIASTUTI**  
**0806446914**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, JULI 2010**

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Sri Hunun Widiastuti  
NPM : 0806446914  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul Tesis : Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Melatih "Self Care" Anak Tunanetra Ganda di SLB G Rawinala di Jakarta

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

## DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Prof. Achir Yani S.Hamid D.N.Sc

(.....)

Pembimbing II : Tuti Nuraini, SKp.M.BioMed

(.....)

Penguji I : Novy Helena CD, SKp. MSc

(.....)

Penguji II : Widya Lolita, SKp, MKep

(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 20 Juli 2010

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Hasil penelitian ini yang berjudul **PENGARUH TERAPI KELOMPOK SUPORTIF TERHADAP KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MELATIH “SELF CARE” ANAK TUNANETRA GANDA DI SLB G RAWINALA DI JAKARTA**

Depok, 15 Juli 2010

Pembimbing I



**Prof. Achir Yani S. Hamid, D.N.Sc**

Pembimbing II



**Tuti Nuraini, SKp.M.BioMed**

## ABSTRAK

Nama : Sri Hunun Widiastuti  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul : Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemampuan Keluarga Melatih “Self Care” Anak Tunanetra Ganda di SLB G Rawinala Jakarta

x + 110 hal + 17 tabel + 4 skema + 15 lampiran

Reaksi dan persepsi orangtua terhadap ketunaan anaknya mempengaruhi cara mereka merawat dan berdampak pada tingkat perkembangan dan kemandirian *self care* anak. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap kemampuan orangtua dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda di SLB G Rawinala Jakarta Timur. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *quasi experiment pre-post test with control group* dengan 51 responden, terdiri dari 26 responden untuk kelompok intervensi dan 25 responden untuk kelompok kontrol. Terapi ini adalah terapi *mutual support*, diberikan dalam 4 sesi dan dilakukan selama 6 minggu. Kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor orangtua dianalisis menggunakan uji T test, Chi – Square dan Regresi Linear sederhana. Hasil penelitian menunjukkan peningkatan kemampuan orangtua secara bermakna setelah diberikan terapi pada kelompok intervensi.

Kata kunci : Kemampuan orangtua, terapi kelompok suportif, *self care*, tunanetra ganda

Daftar pustaka : 80 buah (1999-2009)

## ABSTRACT

Name : Sri Hunun Widiastuti  
Study Program : Master of Nursing Science  
Title : The Influence of Group Supportive Therapy of Family Ability to Train of Multiple Disable Visual Impairment (MDVI) Child Self Care in SLB G Rawinala, East Jakarta

x + 110 pages + 17 tables + 4 scheme + 15 appendixs

Perception and reaction of parents towards their children's disability including MDVI, affects how to care and had effect to the child independent self care and development level. The purpose of this research is influence of Group Supportive Therapy to family ability train of MDVI child self care of SLB G Rawinala, east Jakarta. Design of this research was using "Quasi experiment by using pre-post test with control group" on 51 samples. The consist of samples to 26 peoples for intervension group and 25 peoples for control group. This therapy is the mutual support group, the treatment has been done almost 6 weeks for 4 session. The parents's cognitive, affective, and psychomotor ability are valued by using quistioner and then the results of quesioners are analyzed by using T-test. Chi-Square, and Simple Linear Reggression method. The parents ability of the group that treated by group supportive therapy were increase highly and significantly.

Keywords: Parents ability, group supportive therapy, self care, multiple disable visual impairment (MDVI)

Bibliography : 80 items (1999-2009)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Pengasih, karena atas kasih karunia-Nya, tesis dengan judul : **“Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemampuan Keluarga dalam Melatih Self Care Anak Tunanetra Ganda di SLB G Rawinala di Jakarta”** dapat diselesaikan. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dewi Irawaty, M.A, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Herni Susanti, S.Kp.MN, selaku Penasehat Akademik yang selama ini telah membantu saya dalam menyelesaikan program pembelajaran.
4. Prof. Achir Yani S. Hamid, D.N.Sc, selaku pembimbing tesis yang telah membuka wawasan penulis, memberi bimbingan dan arahan dengan sangat sabar, dan sangat cermat memberikan masukan untuk perbaikan serta memotivasi dalam penyelesaian tesis ini.
5. Tuti Nuraini, S.Kp, M.Bio.Med, selaku pembimbing II tesis, yang dengan penuh perhatian membimbing dan memotivasi penulis, senantiasa meluangkan waktu dan murah hati memberikan referensi yang dibutuhkan penulis.
6. Rumondang Panjaitan, S.Kp, M.Kep, M.Min, selaku Direktur Akper RS.PGI.Cikini, beserta staf yang senantiasa mendukung saya dalam doa.
7. Ketua Yayasan Dwituna Rawinala, Direktur, Kepala SLB G Rawinala dan Staf, yang telah mengizinkan dan memfasilitasi saya dalam melakukan penelitian.

8. Suami (Sigid Widodo), dan anak-anakku (Widianto Nugroho, Wibisono Kristianto, Yuliana Kurniasari, Caesario Rangga) tersayang, terima kasih atas bantuan dan pengertiannya, maaf atas waktu-waktu yang sering kalian lewatkan tanpa ibu.
9. Koordinator *Parent Support Group* SLB G Rawinala beserta staf dan responden penelitian, yang begitu semangat terlibat dalam penelitian ini.
10. Rekan-rekan angkatan IV Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan dan mewarnai kebersamaan kita, dalam suka dan duka.
11. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini.

Semoga tesis ini membawa manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan dan khususnya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Bekasi, 15 Juli 2010

Penulis



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	viii
ABSTRAK	ix
<i>ABSTRACT</i>	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR SKEMA	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
<b>1. PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Tujuan Penelitian	11
1.4 Manfaat Penelitian	12
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Definisi Tunaganda	14
2.2 Faktor-faktor Penyebab Anak Tunaganda	16
2.3 Karakteristik Anak Tunaganda	17
2.4 Tunanetra Ganda	18
2.5 Kebutuhan Anak Tunanetra Ganda	20
2.6. Keluarga Dengan Anak Tunaganda	21
2.7. Landasan Teoritis Intervensi Keperawatan Jiwa	38
2.8. Masalah psikososial	40
2.9. Terapi Suportif	42
<b>3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL</b>	
3.1 Kerangka Konsep	50
3.2 Hipotesis	52
3.3 Definisi Operasional	52
<b>4. METODA PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian	56
4.2 Populasi dan Sampel	57
4.3 Tempat Penelitian	60
4.4 Waktu Penelitian	61
4.5 Etika Penelitian	62
4.6 Alat Pengumpul Data	64
4.7 Uji Coba instrumen	67
4.8 Prosedur Pelaksanaan Penelitian	68
4.9 Analisis Data	72

<b>5. HASIL PENELITIAN</b>	
5.1 Proses Pelaksanaan Penelitian	78
5.2 Karakteristik Keluarga Yang Mempunyai Anak Tunanetra Ganda	82
5.3 Kemampuan Kognitif, Afektif, dan Psikomotor Keluarga Dalam Melatih <i>self care</i> Anak Tunanetra Ganda	87
5.4 Faktor Yang Berkontribusi Pada Kemampuan Keluarga dalam Melatih <i>self care</i> Anak Tunanetra Ganda	93
<b>6. PEMBAHASAN</b>	
6.1 Pengaruh Terapi Suportif Kelompok Terhadap Kemampuan Keluarga dalam Melatih Self Care Anak Tunanetra Ganda	98
6.2 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Kognitif, Afektif dan Psikomotor Orangtua dalam Memberikan Latihan Self Care pada ATG	103
6.3 Keterbatasan Penelitian	107
6.4 Implikasi Hasil Penelitian	109
<b>7. SIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1 Simpulan	111
7.2 Saran	112

## DAFTAR REFERENSI

## LAMPIRAN

## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka Teori Penelitian .....	Hal 49
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian .....	51
Skema 4.1	Desain Penelitian <i>Pre</i> dan <i>Post Test</i> .....	56
Skema 4.2	Kerangka Kerja Terapi Kelompok Suportif .....	72



## DAFTAR TABEL

	Hal	
Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Independen Penelitian	52
Tabel 3.2	Definisi Operasional Variabel Confounding Penelitian	54
Tabel 4.1	Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Melatih <i>self care</i> anak tunanetra ganda di SLB G Rawinala Jakarta	75
Tabel 4.2	Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Suportif Kelompok Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Melatih <i>self care</i> anak tunanetra ganda di SLB-G Rawinala Jakarta .	77
Tabel 5.1	Jadwal Pelaksanaan Terapi Suportif Kelompok Pada Orangtua dengan Anak Tunanetra Ganda Pada Kelompok Intervensi di SLB-G Rawinala, Jakarta	81
Tabel 5.2	Analisis Keluarga Yang Mempunyai ATG Berdasarkan Usia Pada Kelompok Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Yang Tidak Mendapat TKS di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur pada bulan Mei – Juni 2010 (n = 51)	83
Tabel 5.3	Distribusi Karakteristik Keluarga Menurut Hubungan Keluarga Pendidikan, Pekerjaan, dan Pendapatan Pada Kelompok Yang Mendapat TKS dan Kelompok Yang Tidak Mendapat TKS Di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Bulan Mei – Juni 2010	84
Tabel 5.4	Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia Keluarga Pada Kelompok Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Yang Tidak Mendapat TKS Di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Bulan Mei- Juni 2010	85
Tabel 5.5	Analisis Kesetaraan Karakteristik Hubungan Keluarga, Pendidikan, Pekerjaan, dan Pendapatan Antara Kelompok Intervensi Dengan Kelompok Kontrol Di SLB G Rawinala dan Bakti Lu - Hur, Bulan Mei – Juni 2010	86
Tabel 5.6	Analisis Kemampuan Keluarga Dalam Melatih <i>Self Care</i> ATG Pada Kelompok Keluarga Yang Mendapat Dan Yang Tidak Mendapat TKS Sebelum Pelaksanaan Terapi Suportif Kelompok Mei – Juni 2010 (n=51)	87

Tabel 5.7	Analisis Kesetaraan Kemampuan Keluarga Dalam Melatih <i>Self Care</i> ATG pada Kelompok Keluarga Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS Sebelum Pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif Di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Mei juni 2010 (n=51)	89
Tabel 5.8	Analisis Kemampuan Keluarga Dalam Melatih <i>Self Care</i> ATG Sebelum Dan Sesudah Terapi Kelompok Suportif Pada Kelompok Keluarga Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS Di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Bulan Mei-Juni 2010 (n=51)	90
Tabel 5.9	Analisis Selisih Kemampuan Keluarga Dalam Melatih <i>Self Care</i> ATG Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Terapi Suportif Kelompok Pada Kelompok Keluarga Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS Di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Bulan Mei-Juni 2010 (n=51)	92
Tabel 5.10	Analisis Kemampuan Keluarga Dalam Melatih <i>Self Care</i> ATG Sesudah Dilakukan Terapi Kelompok Suportif Pada Kelompok Keluarga Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS Di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Bulan Mei – Juni 2010	93
Tabel 5.11	Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Kognitif Keluarga Dalam Melatih <i>Self Care</i> ATG di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Bulan Mei – Juni 2010	94
Tabel 5.12	Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Afektif Keluarga Dalam Melatih <i>Self Care</i> ATG bulan Mei- Juni 2010	94
Tabel 5.13	Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Psikomotor Keluarga Dalam Melatih <i>Self Care</i> ATG di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur bulan Mei-Juni 2010 (n=51)	95

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1      Penjelasan Tentang Penelitian
- Lampiran 2      Lembar Persetujuan (*informed consent*)
- Lampiran 3      Kisi-Kisi Kuesioner
- Lampiran 4      Instrumen A: Data Sosio Demografi Responden
- Lampiran 5      Instrumen B: Kuesioner Kemampuan Kognitif Keluarga
- Lampiran 6      Instrumen C: Kuesioner Kemampuan Afektif Keluarga
- Lampiran 7      Instrumen D: Kuesioner Kemampuan Psikomotor Keluarga
- Lampiran 8      Uji Lolos Etik
- Lampiran 9      Surat Ijin Penelitian Dari SLB G Rawinala
- Lampiran 10     Modul Terapi Kelompok Suportif
- Lampiran 11     Lembar Evaluasi dan Dokumentasi Terapi Kelompok Suportif
- Lampiran 12     Buku Kerja Keluarga tentang *Self Care* Anak
- Lampiran 13     Materi
- Lampiran 14     Daftar Riwayat Hidup

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan hal yang dibutuhkan oleh setiap orang untuk menghasilkan manusia yang berkualitas dan terbebas dari gangguan jiwa. Menurut Stuart & Laraia (2005), kesehatan jiwa adalah keadaan sejahtera ditandai dengan perasaan bahagia, keseimbangan, merasa puas, pencapaian diri dan optimis.

Kesehatan jiwa mempunyai sifat-sifat yang harmonis (serasi) dan memperhatikan semua segi-segi dalam kehidupan manusia dalam hubungannya dengan manusia lainnya. Menurut Undang Undang No. 3 tahun 1996 tentang Kesehatan Jiwa dinyatakan bahwa kesehatan jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain. Hal ini berarti bahwa orang yang jiwanya sehat adalah orang yang sanggup berkembang secara wajar dan berfungsi dengan baik.

Undang-Undang No : 36 tahun 2009 tentang kesehatan jiwa, menyatakan bahwa upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa. Upaya tersebut terdiri atas preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial. Setiap warga negara berhak mendapatkan hak dalam upaya kesehatan jiwa yang meliputi persamaan perlakuan dalam setiap aspek kehidupan di berbagai tatanan di masyarakat,

Salah satu tatanan di masyarakat yang berhak untuk hidup sehat jiwa sebagaimana dinyatakan dalam Undang-Undang tersebut, adalah keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus, yaitu keluarga yang memiliki anak yang berbeda dengan anak normal dalam karakteristik mental, kemampuan

sensori, kemampuan berkomunikasi, tingkah laku sosial atau karakteristik fisik (Kirk dan Gallagher, 1986). Wiliam (dalam Hallahan & Kauffman, 2006) mengutarakan bahwa anak berkebutuhan khusus, terbagi menjadi 9 kategori, yang salah satunya *severe disabilities* yang dalam bahasa Indonesia, disebut tunamajemuk atau tunaganda.

Berdasarkan data Sensus Nasional (Susenas) tahun 2003, penyandang cacat di Indonesia 1, 48 juta (0,7 % dari jumlah penduduk Indonesia). Sedangkan jumlah penyandang cacat ganda menurut jenis cacat dan tipe daerah, pedesaan dan perkotaan, adalah 5,64 %. Presentase penyandang cacat ganda menurut jenis dan penyebab kecacatan adalah sebagai berikut, bawaan sejak lahir 57,47 %, kecelakaan/bencana alam/kerusakan 16,13 % dan karena penyakit 26,40 %. Oleh karena presentase terbesar penyebab kecacatan tunaganda adalah bawaan sejak lahir, maka beban psikologis yang disebabkan kehadiran anak seharusnya dapat diantisipasi.

Mangunsong, dkk.(1998) mendefinisikan anak tunaganda adalah anak yang menderita kombinasi atau gabungan dari dua atau lebih kelainan atau kecacatan dalam segi fisik, mental dan sosial sehingga memerlukan pelayanan pendidikan, psikologis, medik, sosial serta vokasional melebihi pelayanan yang biasanya tersedia bagi anak yang berkelainan tunggal yang ditujukan agar anak tunaganda dapat mengembangkan kemampuannya seoptimal mungkin.

Berkaitan dengan penelitian ini, tunaganda lebih difokuskan pada *multiple disabilities and visual impairment* (MDVI) atau dengan sebutan lain tunanetra-ganda, yaitu seseorang yang memiliki “keterbatasan” secara fisik, sensorik, mental ataupun perilaku yang cukup parah dalam diri mereka ataupun merupakan kombinasi dengan kekurangan penglihatan mereka, dibandingkan dengan mereka yang memiliki perkembangan dan juga pendidikan normal (Tilstone *et al*, 2004)



Keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus termasuk anak tunanetra-ganda, juga merupakan masalah kesehatan jiwa komunitas. Orangtua dan seluruh anggota keluarga cenderung bereaksi negatif, antara lain terkejut, mengingkari, marah, malu, merasa tidak berharga, bersalah, kecewa, sedih, berduka dan lain sebagainya (Zelalem, 2002). Reaksi tersebut muncul karena respon dari “kehilangan” dari harapan lahirnya bayi normal dan kenyataannya tidak demikian.

Reaksi yang muncul atas kehadiran anak yang berkebutuhan khusus, (Blacher, 2002) membaginya dalam tiga tahap. Pertama, orangtua dikatakan mengalami masa krisis emosi ditandai dengan keterkejutan penyangkalan dan ketidakpercayaan. Pada tahap kedua, reaksi ini diikuti oleh masa ketidakteraturan emosi yang meliputi perubahan perasaan dari marah, bersalah, depresi, malu, harga diri rendah, penolakan terhadap anak dan perlindungan yang berlebihan. Pada tahap ketiga adalah tahap di mana mereka mulai menerima anak mereka. Ini adalah fase kehilangan

Tahapan reaksi sebagaimana tersebut di atas, terdapat 2 hal yang perlu menjadi perhatian. *Pertama*, orangtua tidak harus melewati urutan tahap-tahap yang serupa, karena waktu yang dibutuhkan dalam penyesuaian berbeda dan adanya berbagai macam reaksi dari orang tua terhadap anaknya yang memiliki ketunaan (Allen & Affleck 1985, dalam Heward, 1996). *Kedua*, dengan beragamnya cara bereaksi dan perasaan psikologis yang dirasakan orang tua, maka selama masa penyesuaian, mereka membutuhkan dukungan dari teman-teman, kerabat serta ahli-ahli yang peka terhadap permasalahan mereka (Turnbull, 2004).

Hal ini dapat dipahami, karena kondisi anak tunanetra ganda, memiliki beberapa karakteristik yang memerlukan perhatian lebih, antara lain rata-rata dari mereka lamban mempelajari keterampilan baru, kesulitan dalam menerapkan dan memelihara keterampilan baru yang dipelajari, kesulitan berkomunikasi, gangguan perkembangan fisik dan motorik, kemampuan

asuhan mandiri (*self care*) serta berulangnya tingkah laku yang tidak sesuai (Heward, 1996)

Seluruh reaksi yang dialami oleh orangtua, berdampak dalam seluruh perkembangan anak. Hal itu terjadi timbal balik, anak mengalami kelambatan perkembangan karena orang tua, masih dalam reaksi krisis emosi dan ketidakteraturan emosi. Orangtua terus dalam posisi tersebut, karena cenderung berpikir bahwa anaknya tidak akan bisa berkembang. Menurut Warren dan Trachtenberg, (1987, dalam Zelalem, 2002), persepsi dari orangtua terhadap kebutuhan khusus anaknya, mempengaruhi cara merawat dan mengasuh anak mereka. Meskipun anak tuna netra ganda memiliki segala keterbatasan dan karakteristiknya, mereka tetap memerlukan kesempatan belajar. Setiap anak, baik “normal” maupun memiliki kebutuhan khusus, seharusnya memiliki kesempatan yang sama dalam hal pendidikan dan pengajaran (Carolina, 2006), bahkan keterlibatan orangtua menjadi lebih besar dalam pendidikan bagi anaknya. Hal tersebut menunjukkan bahwa orangtua sangat berperan penting terhadap proses pertumbuhan dan perkembangan anaknya, khususnya di dalam kemandirian anak untuk *daily activities* dan *self care*

Kehadiran penyandang kebutuhan khusus di sebuah keluarga, juga mempengaruhi hubungan suami istri. Gallagher dan Bristol dalam penelitiannya, menemukan bahwa rata-rata jumlah perceraian dua kali lebih besar terdapat pada pasangan suami istri yang memiliki anak yang memiliki “keterbatasan”, dibandingkan dengan pasangan suami istri yang memiliki anak, pada usia yang sama tanpa “keterbatasan” (Kirk & Gallagher, 2007). Kebutuhan akan pengasuhan dan pelayanan pada anak tunanetra ganda lebih menyita waktu dan mengganggu aktifitas sehari-hari dan kehidupan sosial orang tua. Gangguan ini secara langsung menuju pada munculnya masalah-masalah pernikahan (Balcher, et al, 1984 dalam Selingman & Darling, 1997).

Dalam suatu penelitian mengungkapkan, orangtua yang memilih untuk memelihara anak mereka yang memiliki tunanetra ganda di rumah, akan memberikan dampak negatif bagi kedua pihak (Farber, 2007). Pihak keluarga dengan kehadiran anak tunanetra ganda terbukti cenderung memiliki emosi yang lebih negatif, dalam hal “ketegangan” dalam menjalankan peran dalam keluarga, kemudian keluhan penyakit fisik juga semakin bertambah, beban keuangan semakin meningkat, dan menambah stress dalam kehidupan pernikahan (Seligman & Darling, 1997)

Disamping itu, kehadiran mereka di dalam sebuah keluarga, juga berpengaruh pada sub sistem keluarga yang lain, karena keluarga merupakan suatu sistem dimana di dalamnya terdapat saling berhubungan dan ketergantungan antar sub sistem (Friedman, 1998), yaitu pada hubungan antar saudara kandung (*sibling relationship*). Featherston, 1981 (dalam Hallahan & Kaufman, 2006) mengungkapkan bahwa saudara kandung sebenarnya juga memiliki perhatian sama besar dengan orangtua mengenai keadaan anggota keluarga. Dampak kehadiran mereka terhadap saudara kandung, bisa positif dan negatif. Gagnon (2005), menyebutkan bahwa saudara yang berpotensi mengalami masalah psikologis merasakan pengalaman negatif seperti merasa bersalah, malu, merasa terbuang dan merasa tiak berguna serta memiliki perasaan negatif terhadap saudaranya.

Namun di sisi lain, ternyata keberadaan anak tunanetra ganda juga dapat memberikan pengaruh positif terhadap saudara kandungnya, meliputi tingkat kedewasaan, tanggungjawab, cenderung lebih empati dan toleran terhadap perbedaan (Gabel, 2005). Selanjutnya orangtua, perlu menjalin hubungan dengan pihak sekolah dan komunitas di lingkungan terdekat anak. Orangtua berperan dalam keterlibatan proses pendidikan anak, sehingga orangtua perlu memperoleh pengetahuan khusus dalam mendidik anaknya (Heward, 1996)

Menurut Heward (1996), orangtua adalah guru pertama bagi anak, orang yang selalu memberi dukungan, dorongan, pujian dan umpan balik yang baik.

Orangtua bertanggungjawab untuk membantu anak mempelajari berbagai keterampilan. Dinyatakan pula oleh Heward (1996) bahwa pengasuhan adalah tanggung jawab yang besar bagi orangtua karena orangtua yang dapat mengetahui keadaan anak selama 24 jam. Bagaimanapun kondisi reaksi mereka, sebaiknya orangtua berupaya untuk menyadari akan tuntutan peran yang beragam yang harus dipenuhi (Heward, 1996), yaitu anak mereka perlu dibimbing sehingga mereka harus berperan penuh terhadap anaknya tersebut.

Orangtua berkebutuhan khusus, termasuk dalam hal ini tuna netra ganda, memiliki berbagai peran yaitu : mengajarkan anak, memberi konseling kepada anak, mengatur tingkah laku untuk menjalin hubungan dengan anak, mengasuh saudara kandung yang tidak berkebutuhan khusus, menjaga hubungan orangtua dengan orangtua, mendidik orang-orang terdekat (significant others) dan menjalin hubungan dengan sekolah dan masyarakat (Heward, 1996).

Keluarga merupakan sumber terbesar bagi perkembangan anak-anak berkebutuhan khusus, sehingga cara terbaik membantu anak berkebutuhan khusus adalah dengan memanfaatkan potensi individu dalam keluarga (Miles & Rigio, 1999). Potensi tersebut dapat dikembangkan dengan mengenal kebutuhan dasar keluarga. Empat kebutuhan penting orangtua anak dengan kebutuhan khusus dibahas di bawah ini, yaitu : 1) diagnosis kecacatan yang dikomunikasi kepada mereka dengan empati dan konstruktif ; 2) informasi mengenai kondisi kecacatan dan saran memfasilitasi perkembangan anak; 3) dukungan emosional dan membantu memahami perasaan dan reaksi; 4) dan bertemu orang tua anak berkebutuhan khusus lain yang sama (Mitchel & Brown, 1991).

Dalam kenyataannya, empat kebutuhan penting tersebut belum dapat di penuhi pada keluarga-keluarga yang mempunyai anak berkebutuhan khusus. Kurangnya informasi yang tepat tentang diagnosis, kondisi kecacatan dan cara memfasilitasi perkembangan anak membuat orangtua cenderung

mengakibatkan ketidak tahuan orangtua. Kurangnya dukungan emosional serta sikap yang empati dan konstruktif dalam memahami perasaan dan reaksi orangtua, cenderung mengakibatkan ketidakmauan atau demotivasi orangtua. Belum adanya kelompok orangtua dengan anak berkebutuhan khusus serta tenaga pendamping profesional, cenderung mengakibatkan ketidakmampuan orangtua dalam memfasilitasi kemandirian anak.

Dukungan kepada keluarga menjadi penting, mengingat peran mereka berat. Mereka bukan saja menghadapi banyaknya keterbatasan yang dimiliki anak, tetapi juga menghadapi stigma masyarakat bahwa ketunaan anaknya sebagai hukuman atas dosa, akibat penyakit sosial, dan pelanggaran moral (Zelalem, 2002). Dukungan sosial merupakan salah satu sumber coping individu dan dapat berasal dari hubungan antar teman, anggota keluarga dan bahkan pemberi perawatan kesehatan yang membantu seseorang saat menghadapi masalah (Videbeck, 2006).

Keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus dalam hal ini tunanetra ganda, membutuhkan pemberdayaan keluarga sebagai bentuk dukungan, supaya pertumbuhan dan perkembangan anaknya dapat optimal. Pemberdayaan keluarga, serupa dengan pemberdayaan sistem yang berupaya untuk membantu individu (anggota keluarga) untuk mengontrol diri dan mempengaruhi komunitas dalam pemberdayaan individu dan keluarga (sistem dalam komunitas) dengan tujuan meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kapasitas keluarga agar dapat menjadi pelindung yang handal untuk keluarganya sendiri (Keliat, 2003).

Pemberdayaan keluarga ini meliputi upaya untuk: 1) meningkatkan kemampuan keluarga untuk memenuhi pengobatan anggota; 2) membantu keluarga dalam mengurangi *disability* sosial dan personal anggota; 3) membantu keluarga membangun harapan dan memberi cukup pengaruh dalam lingkungan rumah; dan 4) membantu keluarga dalam meningkatkan kemampuan vokasional klien, memberi dukungan emosi pada pemberi

perawatan, dan mengembangkan kelompok swabantu untuk memberi dukungan yang bermanfaat dan membuat jejaring antar keluarga (Murthy, 2003). Jadi salah satu upaya yang dapat dilakukan dalam memberdayakan keluarga dalam rangka melatih kemampuan *self care* anak adalah membantu keluarga meningkatkan kemampuan anak dengan cara memberi dukungan.

Kemampuan memberikan dukungan oleh keluarga, dapat ditingkatkan dengan pemberian psikoterapi. Beberapa psikoterapi yang dapat diberikan pada keluarga adalah *Psychotherapy Group*, *Family Therapy*, *Family Education*, *Education Group*, *Self Help Group* (Videbeck, 2006), *Supportive Group* (Rockland, 1993 dalam Stuart, 2005; Teschinsky, 2000 dalam Videbeck, 2006), dan *Multiple Family Therapy* (Anderson, dkk., 1986 dalam Bedell, dkk., 1997). Dari berbagai psikoterapi yang berguna dalam mengoptimalkan pemberdayaan keluarga dalam melatih kemampuan *self care* anak tunanetra ganda, *Supportive Group* merupakan alternatif pilihan terapi yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga menjadi *support system*. *Supportive Group* merupakan terapi yang diorganisasikan untuk membantu anggota saling bertukar pengalaman mengenai masalah tertentu agar dapat meningkatkan kopingnya. *Support group* ditujukan untuk mengurangi beban keluarga dan meningkatkan koping keluarga serta meningkatkan dukungan sosial (Fadden, 1998, Wituk, dkk., 2000 dalam Chien, dkk., 2006).

Hasil penelitian Chien, dkk. (2006) mengenai hasil *support group* pada keluarga China dengan diagnosa Skizofrenia menunjukkan bahwa *Supportive Therapy* (TS) memberi efek positif pada beban keluarga, fungsi klien, dan lamanya klien kembali ke RS. Selain itu, memberi dampak pada perilaku keluarga selama 12 bulan lamanya setelah pemberian terapi. Hasil penelitian, Tati Hernawaty (2009), pengaruh terapi suportif berdampak secara signifikan terhadap kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa di kelurahan Bubulak. Sementara ini, belum diketahui ada penelitian manfaat terapi suportif pada orangtua dengan anak tunanetra-ganda.

Seperti juga keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, maka keluarga dengan anak berkebutuhan khusus; tunanetra ganda, juga mengalami beban psikososial yang tinggi. Hal ini seperti yang dikatakan oleh Heward dan Orlansky (1992), pasangan yang memiliki anak tuna ganda, mengasuh anaknya di bawah stress keuangan, fisik, emosional dan ancaman retaknya pernikahan. Mereka membutuhkan pelayanan melebihi pasangan lain yang memiliki anak “normal”. Beban psikologis; ketakutan, kecemasan dalam menyediakan kebutuhan anak tidak jarang menimbulkan permasalahan suami istri yang dapat menjadi pemicu perceraian (Heward & Orlansky,1992). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Blok (dalam Mangunsong, dkk, 1998) juga mengatakan bahwa masalah perkawinan, bunuh diri dan alkoholisme lebih banyak muncul dalam keluarga anak berkebutuhan khusus.

Permasalahan diatas akan lebih baik, jika diatasi bersama dengan saling membantu dan mendukung antar dan inter keluarga, terutama pada pasangan orangtua dengan anak berkebutuhan khusus itu sendiri (Pinsot & Lebou, 2005). Disamping itu, Mitchel dan Brown (1991) mengatakan bahwa salah satu kebutuhan penting orangtua adalah bertemu dengan orangtua anak berkebutuhan khusus yang lainnya.

Jika hasil penelitian Taty (2009), mendapatkan efek positif dari terapi suportif terhadap kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa, maka dengan beban keluarga yang kurang lebih sama pada keluarga tunanetra ganda berdasarkan penjelasan diatas, kemungkinan terapi suportif akan memberi dampak positif pada kemampuan keluarga dalam melatih kemandirian anak.

Ditambah lagi dengan hasil observasi maupun wawancara peneliti, pada bulan November 2009, pada orangtua dan guru di SLB G Rawinala. Diperoleh data bahwa partisipasi keluarga terhadap proses pendidikan kemandirian anak tunanetra ganda cenderung rendah. Hal ini ditunjukkan

dengan kehadiran orangtua dalam setiap kegiatan pertemuan orangtua dengan sekolah dan pelatihan yang diselenggarakan oleh SLB G Rawinala kurang mencapai sasaran. Selain itu, banyak diantara mereka masih dalam proses penyesuaian dalam menerima anaknya. Orangtua cenderung menyibukkan diri dengan pekerjaan atau hal lain yang tidak berhubungan langsung dengan proses pendidikan anaknya dan atau menyerahkan pendidikan anak pada pengasuh.

Berdasarkan data tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan dalam proses perkembangan anaknya untuk mencapai kemandirian, belum optimal. Hal ini dikarenakan beban keluarga dalam merawat anak tunanetra ganda. Untuk itu keluarga perlu mendapat dukungan profesional, melalui kegiatan dalam *parent support group*. Peneliti ingin mencoba melaksanakan terapi suportif kelompok agar keluarga dapat saling berbagi pengalaman, persepsi dan pada akhirnya meningkatkan kemampuan coping untuk dapat berperan dalam proses pendidikan anaknya. Dalam penelitian ini akan diteliti pengaruh terapi suportif kelompok terhadap kemampuan keluarga melatih kemampuan *self care* anak tuna netra ganda di SLB G Rawinala Jakarta Timur.

Sekolah Luar Biasa (SLB) G Rawinala ada dibawah pengelolaan Yayasan Pendidikan Dwituna Rawinala, berdiri sejak tahun 1973. Yayasan ini merupakan SLB yang khusus melayani kebutuhan pendidikan para siswa tunanetra ganda, yang karena jenis ketunaannya menyebabkan siswa sulit untuk mendapatkan dan mengikuti pendidikan di SLB yang hanya melayani satu jenis ketunaan saja (Yayasan Pendidikan Dwituna Rawinala, 2008)

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka dapat disimpulkan beberapa masalah penelitian yaitu :



- 1.2.1. Ditemukannya, data bahwa partisipasi orangtua dengan anak tunanetra ganda, masih rendah, khususnya terkait dengan melatih “self care “ anak.
- 1.2.2. Berdasarkan teroris maupun empiris, ditemukan data bahwa beban psikologis keluarga seperti ketakutan, kecemasan dan konflik keluarga atau perceraian sering terjadi pada keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus.
- 1.2.3. Pengetahuan dan kemampuan, keluarga menggunakan sumber dukungan dalam melatih “self care” anak tunanetra ganda di SLB G Rawinala masih kurang.
- 1.2.4. Program pelayanan kesehatan jiwa belum pernah dilakukan di SLB G Rawinala.
- 1.2.5. Terapi Kelompok Suportif (TKS) belum pernah diberikan pada keluarga anak tunanetra ganda di SLB G Rawinala.  
Penelitian ini ingin mengembangkan TKS sehingga pertanyaan penelitian yang dirumuskan sebagai berikut :
- 1.2.6. Bagaimana reaksi orangtua terhadap kelahiran anaknya yang tunanetra-ganda?
- 1.2.7. Bagaimana kemampuan keluarga menggunakan sumber dukungan dalam merawat anak dengan tunanetra-ganda?
- 1.2.8. Adakah perbedaan kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra-ganda sebelum dan setelah mendapatkan Terapi Kelompok Suportif?
- 1.2.9. Adakah hubungan karakteristik keluarga (usia, hubungan keluarga, pendidikan, pendapatan) dengan kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra-ganda ?

### **1.3. Tujuan Penelitian**

#### 1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap kemampuan keluarga melatih *self care* anak tunanetra-ganda

### 1.3.2. Tujuan Khusus

- 1.3.2.1. Diketuainya karakteristik keluarga dengan anak tunanetra ganda di SLB G Rawinala.
- 1.3.2.2. Diketuainya kemampuan keluarga dalam merawat dan melatih kemampuan *self care* anak sebelum diberikan Terapi Kelompok Suportif di SLB G Rawinala.
- 1.3.2.3. Diketuainya kemampuan keluarga dalam merawat dan melatih kemampuan *self care* anak setelah diberikan terapi Kelompok Suportif di SLB G Rawinala.
- 1.3.2.4. Diketuainya perbedaan kemampuan keluarga dalam merawat dan melatih *self care* anak tunanetra-ganda sebelum dan sesudah Terapi Kelompok Suportif di SLB G Rawinala.
- 1.3.2.5. Diketuainya perbedaan kemampuan antara kelompok keluarga yang diberi Terapi Kelompok Suportif dengan yang tidak di beri Terapi Kelompok Suportif di SLB G Rawinala.
- 1.3.2.6. Diketuainya karakteristik keluarga yang berkontribusi dengan kemampuan keluarga dalam merawat dan melatih *self care* anak tunanetra ganda.

### 1.4. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam pengembangan pelayanan keperawatan khususnya keperawatan jiwa dan institusi pengembangan pelayanan pendidikan di SLB G.

#### 1.4.1. Manfaat Aplikatif

Hasil dari penelitian ini, diharapkan dapat digunakan sebagai :

- 1.4.1.1. Pedoman pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami respon psikososial di masyarakat
- 1.4.1.2. Sebagai salah satu cara peningkatan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya dalamantisipasi terjadinya gangguan jiwa di masyarakat.

- 1.4.1.3. Sebagai dasar dalam praktek mandiri perawat spesialis keperawatan jiwa di berbagai tatanan.
- 1.4.1.4. Sebagai informasi dan menjadi pengetahuan bagi orangtua yang menjadi subjek penelitian, untuk mengembangkan perannya dalam merawat dan melatih self care, sehingga anak tunanetra-ganda dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.
- 1.4.1.5. Sebagai informasi dan menjadi pengetahuan bagi pengelola institusi pendidikan SLB G, tentang pentingnya “*Parent Support Group*” dalam meningkatkan kemampuan orangtua.

#### *1.4.2. Manfaat Keilmuan*

- 1.4.2.1. Mengembangkan terapi kelompok dengan menerapkan Terapi Kelompok Suportif di masyarakat.
- 1.4.2.2. Hasil penelitian ini, dapat dijadikan sebagai dasar praktek keperawatan, serta sebagai bahan pembelajaran dalam pendidikan keperawatan dan pelayanan institusi pendidikan SLB G.
- 1.4.2.3. Hasil penelitian ini dapat memperkuat pentingnya Terapi Suportif sebagai terapi kelompok yang esensial dalam keperawatan jiwa serta dapat digunakan dalam berbagai tatanan pelayanan di masyarakat.

#### *1.4.3. Manfaat bagi Pengembangan Metodologi Penelitian*

- 1.4.3.1. Dapat memberikan gambaran bagi penelitian berikutnya khususnya dari pelayanan keperawatan jiwa terutama yang berkaitan dengan psikoterapi : terapi kelompok khususnya dengan kasus tunanetra- ganda.
- 1.4.3.2. Hasil penelitian dapat direkomendasikan untuk penelitian lebih lanjut dalam rangka mengoptimalkan peran keluarga dengan hasil akhir anak tunanetra ganda dapat bertumbuh dan berkembang dengan optimal.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab dua ini akan dibahas mengenai teori dan konsep yang berkaitan dengan permasalahan penelitian sebagai landasan dan rujukan. Adapun konsep dan teori tersebut adalah tentang definisi tunaganda, faktor-faktor penyebab anak tuna ganda, karakteristik anak tunaganda, tunanetra ganda, pengertian keluarga, kemampuan keluarga, orangtua, reaksi orang tua, peran orang tua yang mempunyai anak tunanetra ganda, keterlibatan orang tua, beban keluarga, landasan teoritis intervensi keperawatan jiwa, masalah psikososial dan terapi suportif kelompok

Perkembangan anak penting dijadikan perhatian khusus bagi orangtua. Sebab, proses tumbuh kembang anak akan mempengaruhi kehidupan mereka pada masa mendatang. Jika perkembangan anak luput dari perhatian orangtua (tanpa arahan dan pendampingan orangtua), maka anak akan tumbuh seadanya sesuai dengan yang hadir dan menghampiri mereka ( Depkes RI, 2006). Demikian juga halnya dengan pertumbuhan perkembangan anak berkebutuhan khusus, sangat membutuhkan perhatian orangtuanya, supaya pertumbuhan dan perkembangan anak optimal.

#### **2.1. Definisi Tunaganda**

Anak tunaganda merupakan salah satu bentuk dari anak berkebutuhan khusus. Definisi anak berkebutuhan khusus itu sendiri menurut Hallahan dan Kauffman (2006), adalah anak yang membutuhkan pendidikan khusus dan pelayanan terkait agar dapat mengembangkan segenap potensi yang dimiliki.

Menurut Kirk dan Gallagher (2007) yang memiliki perbedaan atau kelainan dibandingkan dengan anak-anak normal pada umumnya dalam karakteristik mental, kemampuan sensorik, kemampuan berkomunikasi, perilaku sosial dan juga katakteristik fisik mereka. Kondisi mereka yang demikian membuat

mereka membutuhkan modifikasi praktek latihan, atau pelayanan pendidikan khusus untuk mengembangkan kapasitas kemampuan mereka.

Terlepas dari kombinasi dan tingkat keparahan ketunaan serta usia penyandang, mereka memiliki beberapa karakteristik yang sama, yaitu kesulitan berkomunikasi, terhambat dalam aktivitas fisik dasar, keterampilan generalisasi yang minim dan membutuhkan dukungan dalam menjalankan aktivitas kehidupan utama (misalnya *self care*, vokasional, pemanfaatan waktu luang) ([www.nichcy.or](http://www.nichcy.or), 2008)

Pada anak tunaganda, mereka memiliki keterbatasan dalam bentuk fisik, intelektual dan perilaku. Oleh karena itu, mereka memiliki kecenderungan untuk tumbuh, belajar dan berkembang jauh lebih lambat dibandingkan anak lainnya termasuk anak berkebutuhan khusus lain (Heward & Orlansky, 1992). Menurut Heward dan Orlansky (1992) bahwa tanpa pelatihan secara intensif, banyak individu dengan tunaganda tidak dapat melakukan tugas yang paling dasar sekalipun yang sangat diperlukan untuk bertahan hidup sebagai manusia, seperti makan, buang air, berpakaian, mengurus diri serta berkomunikasi dan mencari tempat tinggal.

Definisi dari anak tunaganda dan tunamajemuk adalah penderita dua atau lebih kelainan dalam segi jasmani, keindraan, mental, sosial dan emosi sehingga untuk mencapai perkembangan kemampuan yang optimal diperlukan pelayanan secara khusus dalam pendidikan, medik dan sebagainya (Mangunsong dkk, 1998)

Menurut sumber lain yang dikatakan oleh Heward dan Orlansky (1992) anak-anak yang tergolong tunaganda adalah anak-anak yang mempunyai masalah jasmani, mental atau emosional yang sangat berat atau kombinasi dari beberapa masalah tersebut. Oleh karena itu, mereka memerlukan pelayanan pendidikan, sosial, psikologis dan medik melebihi pelayanan program pendidikan luar biasa tingkat reguler yang diberikan pada anak

berkebutuhan khusus selain tunaganda. Hal ini dimaksudkan agar potensi mereka dapat berkembang secara maksimal sehingga berguna dalam partisipasi mereka di masyarakat dan dapat memenuhi kebutuhannya sendiri atau pemenuhan diri mereka (Heward & Orlansky, 1992).

Snell (2009) mengatakan, anak tunaganda di definisikan sebagai berikut. (1) Mereka memiliki ketunaan atau keterbatasan yang berat dan sifatnya intens, (2) mereka membutuhkan program pendidikan yang membutuhkan sumber lebih besar dibandingkan program pendidikan biasa, (3) mereka membutuhkan program yang memfokuskan pada keterampilan yang penting bagi fungsi kemandirian dan pemenuhan diri.

Dari beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa anak yang tergolong tunaganda adalah anak yang memiliki keterbatasan secara fisik, mental, sosial dan emosional yang sangat berat, ataupun kombinasi dari keterbatasan tersebut. Oleh karena itu, anak tunaganda membutuhkan pendidikan dan pelayanan melebihi anak dengan ketunaan biasa. Hal itu dimaksudkan agar anak bisa bertahan, mengembangkan potensi di berbagai bidang yang berguna dalam berpartisipasi di masyarakat ataupun sebagai sarana agar anak mampu untuk memenuhi kebutuhannya sendiri.

## **2.2. Faktor-faktor Penyebab Anak Tunaganda**

Tunaganda pada anak dapat disebabkan oleh berbagai macam faktor. Sebagian besar disebabkan oleh faktor biologi, yang terjadi sebelum, selama dan setelah kelahiran anak (Heward & Orlansky, 1992). Ibu hamil yang menggunakan obat-obatan terlarang dan alkohol yang berlebihan atau kekurangan gizi memiliki resiko tinggi untuk melahirkan seorang bayi tuna ganda. Banyak anak tuna ganda yang lahir dengan kelainan kromosom, seperti *Down Syndrome*, atau dengan kelainan genetik dan metabolisme yang menyebabkan masalah serius dalam perkembangan fisik dan intelektual anak (Heward & Orlansky, 1992). Selain itu, komplikasi pada saat melahirkan, termasuk kelahiran dini, ketidaksesuaian Rhesus (*Rh*) dan penyakit infeksi

yang diderita ibu, dapat menyebabkan dan memperbesar terjadinya ketunaan ganda pada anak yang dilahirkan (Heward & Orlansky, 1992)

Proses melahirkan juga dapat menjadi faktor penyebab ketunaan ganda pada anak, seperti bahaya dari modifikasi persalinan dan komplikasi tertentu. Bayi cenderung mudah untuk kehilangan oksigen dan mengalami gegar otak selama proses melahirkan (Heward & Orlansky, 1992). Ketunaan ganda juga dapat terjadi pada fase kehidupan anak selanjutnya, seperti ketika anak mengalami trauma kepala akibat kecelakaan mobil atau sepeda, jatuh, diserang maupun disiksa. Kekurangan gizi, pengabaian oleh orangtua, keracunan dan berbagai penyakit yang menyerang otak (seperti radang selaput otak dan radang otak) dapat juga menjadi faktor penyebab anak menjadi tunaganda.

Menurut Mangunsong (1998), faktor etiologi anak tunaganda dan majemuk, dibagi dalam 4 faktor yaitu, *pertama*, adanya *brain injuries* yang disebabkan oleh luka waktu lahir, hydrocephalus, penyakit infeksi (TBC, cacar, meningitis dan *encephalitis*); *kedua*, adanya gangguan fisiologis seperti *rubella-germaneales*; faktor perbedaan rhesus dan mongolism; *ketiga*, adanya faktor keturunan yaitu kerusakan pada jejas syaraf dan hasil perkawinan dari ayah ibu yang rendah intelegensinya; *empat*, adanya faktor kebudayaan dan lingkungan, misalnya; terdapat pada daerah tertentu bahwa budaya memberi makan ketika anaknya masih bayi dengan cara terlebih dahulu dikunyahkan oleh ibunya, sehingga gizi dalam makanan tersebut terserap ibunya dan akhirnya bayi kekurangan gizi (gizi buruk yang dapat mengakibatkan kecacatan). Selain itu juga, kecacatan dapat diakibatkan karena bencana alam dan peperangan.

### 2.3. Karakteristik Anak Tunaganda

Heward dan Orlansky (1992) menemukan karakteristik tingkah laku anak tunanetra ganda, yaitu :

1. Kurangnya kemampuan komunikasi

2. Perkembangan fisik dan motorik yang terhalang
3. Anak tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan pribadinya
4. Pembentukan tingkah laku dan interaksi dengan orang lain yang sangat jarang terjadi
5. Seringnya muncul tingkah laku yang tidak sesuai, seperti menunjukkan gerakan berulang (seperti menggoyangkan badan ke depan dan belakang berulang-ulang), menstimulasi diri sendiri (seperti menggertak gigi dan bertepuk tangan) ,maupun tingkah laku menyakiti diri sendiri (seperti menarik-narik rambut dan memukul diri sendiri)

Selain itu, menurut Hallahan dan Kauffman (2006), anak tuna ganda juga memiliki karakteristik *tantrum*, yang ditunjukkan dengan tingkah laku menyakiti diri sendiri, berteriak-teriak, menangis, melempar atau menghancurkan benda dan menunjukkan agresi pada orang lain. Selanjutnya (Stieler,1994 dalam Ashman & Elkins, 1998) menyebutkan karakteristik lain dari anak tunaganda, yaitu (1) memiliki keterbatasan dalam indera penglihatan dan pendengaran karena adanya kerusakan sensori, (2) mengalami gangguan neurologis, (3) responsivitas yang rendah terhadap realitas sehingga mereka tidak peduli dengan kehadiran orang lain, dimana hal ini dikarenakan keterbatasan anak dalam mengekspresikan diri dan memahami orang lain dan (4) memiliki atensi yang sangat terbatas karena hambatan individu dalam memahami situasi di sekitarnya. Namun selain karakteristik yang terkesan negatif di atas, anak tunaganda juga memiliki karakteristik positif pada diri mereka, seperti keramahan, ketekunan, kebulatan tekad, rasa humor, kemampuan bersosialisasi dan karakter positif lainnya (Forest & Lusthaus, 1989; Stainback & Stainback, 1984 dalam Heward & Orlansky, 1992).

#### **2.4. Tunanetra Ganda**

Pada penelitian ini, lebih difokuskan pada anak tuna ganda dengan gangguan penglihatan yang dikenal dengan istilah *Multi Disable and Visual Impairment* (MDVI) atau di Indonesia dikenal dengan istilah tunanetra ganda. Pengertian



anak tunanetra ganda menurut jurnal Pendidikan dan Pembelajaran adalah anak yang tidak dapat melihat dan memiliki beberapa ketunaan (Widjayantin, 2002).

Selain pengertian tersebut, dikemukakan pula oleh Monaghan (2008) bahwa area yang berkaitan dengan anak tunanetra ganda adalah gangguan emosi. Gangguan emosi diperkirakan sering terjadi pada anak tunanetra ganda yang berat. Stieler (1994) menyatakan bahwa anak tunanetra ganda adalah anak tunanetra dengan ketunaan lain yang sangat berat, sehingga ia tidak dapat dilayani dalam pelayanan pendidikan untuk anak tunanetra saja. Tunanetra ganda adalah seseorang dengan kombinasi hambatan penglihatan, pendengaran dan fisik atau mental, yang menyebabkan kesulitan komunikasi dan masalah pendidikan, sehingga tidak dapat dilayani dalam program pendidikan khusus untuk satu jenis kecacatan (Rawal, 2009)

Dengan demikian, anak tunanetra ganda adalah anak yang tidak dapat melihat dan memiliki beberapa ketunaan dalam segi fisik, mental, emosi dan sosial, sehingga mengalami masalah-masalah jasmani, mental atau emosional yang sangat berat, dimana masing-masing ketunaan tersebut memiliki sebab dan akibat bagi kemampuan anak untuk belajar dan dapat hidup secara normal. Oleh karena keterbatasannya itu, maka mereka memerlukan pelayanan dan pendidikan, psikologik, medik, sosial, vokasional melebihi pelayanan yang sudah tersedia bagi anak yang berkelainan tunggal, agar masih dapat mengembangkan kemampuannya seoptimal mungkin untuk mengurus dirinya sendiri dan berpartisipasi dalam masyarakat.

Kemampuan dan kemandirian anak tunanetra ganda dapat diukur melalui kegiatan sebagai berikut : (Yayasan pendidikan Dwituna Rawinala, 2008)

1. Bina diri (*self care*), yaitu anak mampu menolong dirinya sendiri dalam kegiatan sehari-hari seperti : makan, mandi, *toilet training*, memakai baju, memakai sepatu dan berhias.

2. Orientasi dan mobilitas, misalnya: anak mampu berorientasi di lingkungan sekolah, asrama, rumah dan fasilitas umum terdekat.
3. Keterampilan sosial, misalnya: anak dapat mengungkapkan perasaan/keinginan, bermain sendiri, bermain bersama teman-teman, dapat menawarkan makanan kepada orang lain, dapat berbelanja menggunakan uang dan lainnya.
4. Kerumahtanggan, misalnya: melap meja, mencuci baju sendiri, merapihkan kamar tidur, ruang tamu, menyiapkan nasi untuk makan bersama, menyiapkan peralatan masak, mencuci piring/gelas/peralatan masak dan lainnya.

## **2.5. Kebutuhan Anak Tunanetra Ganda**

Penting sekali orang-orang di sekitar tunanetra ganda, mengenal kebutuhan mereka. Hal ini akan memudahkan dalam mengajar dan melatih serta menyediakan lingkungan dan suasana yang efektif bagi mereka. Menurut Nicola (2002), kebutuhan anak tunanetra ganda adalah sebagai berikut :

### **2.5.1. Lingkungan belajar yang terstruktur**

Anak tunanetra ganda membutuhkan kegiatan rutin, sehingga dia membutuhkan informasi kegiatan apa yang dilakukan dan juga kegiatan berikutnya, supaya merasa tetap aman dan terarah.

### **2.5.2. Perhatian individual**

Banyak dari anak seperti ini, yang kurang dihargai oleh masyarakat dan karena itu tidak menerima perhatian yang diperlukan mereka. Anak memerlukan kasih sayang dari orang-orang terdekatnya, oleh sebab itu perlu disediakan suasana yang positif, waktu untuk mendengarkan cerita atau ekspresi anak serta kepekaan untuk mengetahui kebutuhan anak, supaya anak dalam keadaan emosi stabil.

### **2.5.3. Stimulasi sensori ganda**

Anak tunanetra ganda pada umumnya mempunyai hambatan sensoris. Oleh sebab itu anak perlu dilatih dan berpartisipasi dalam kegiatan belajar mengajar, seperti: meraba, mencium dan menyentuh/memegang.

#### 2.5.4. Waktu

Anak tunanetra ganda membutuhkan waktu lebih lama untuk belajar sesuatu hal, bila dibandingkan dengan anak biasa. Oleh karena ada hambatan penglihatan maka anak sulit untuk mencontoh. Dengan adanya hambatan lain, misalnya tunagrahita, maka anak akan kesulitan mengerti hal yang rutin.

#### 2.5.5. Kesempatan untuk mempraktekkan keterampilan

Anak tunanetra ganda harus sering diberi kesempatan untuk melakukan sendiri keterampilan yang sudah pernah diajarkannya, karena daya ingat mereka biasanya terbatas. Sehingga kalau tidak sering dilakukan, maka keterampilan yang pernah diajarkan akan hilang untuk itu, latihan dilakukan secara rutin dan berkesinambungan.

#### 2.5.6. Mulai dari kemampuan yang ada

Biasanya anak tunanetra ganda sulit untuk menangkap teori-teori, sehingga untuk melatihnya harus dimulai dari kemampuan yang dimiliki anak, dan secara bertahap ditambahkan kemampuannya sesuai dengan kebutuhan dan potensinya.

#### 2.5.7. Waktu istirahat

Jika dalam proses belajar anak sering dilibatkan, maka suatu kegiatan tidak bisa dilakukan terus menerus, tetapi harus diberikan waktu untuk istirahat. Hal ini karena, kemampuan belajar anak lebih lambat dari anak biasa.

### **2.6. Keluarga Dengan Anak Tunaganda**

#### 2.6.1. Pengertian keluarga

Keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan dengan emosional, darah atau keduanya dimana berkembangnya pola interaksi

dan *relationship* (Carter & McGoldrick, 1996 dalam Boyd, 2002). Hanson dan Boyd (1998) dalam Frisch (2006) mempunyai pengertian lain, keluarga adalah suatu sistem sosial yang terdiri dari dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan dihubungkan oleh kasih sayang, tanggung jawab bersama dalam jangka waktu tertentu yang dikarakteristikkan melalui komitmen, membuat keputusan bersama dan mencapai tujuan bersama. Struktur dan peran yang dipunyai oleh para anggotanya sangat bervariasi dari suatu masyarakat ke masyarakat lain, sehingga istilah keluarga tidak mudah didefinisikan. Secara dinamis individu yang membentuk sebuah keluarga, dapat digambarkan sebagai anggota dari grup masyarakat yang paling dasar yang tinggal bersama dan berinteraksi untuk memenuhi kebutuhan individu maupun antar individu.

Sebuah keluarga yang sehat akan menghasilkan individu dengan berbagai ketrampilan yang akan membimbing individu berfungsi dengan baik di lingkungan mereka, termasuk lingkungan kerja meskipun individu tersebut berasal dari berbagai kultur yang berbeda. Keterampilan tersebut akan dipelajari melalui berbagai aktifitas/kegiatan yang dihubungkan dengan kehidupan keluarga tempat individu berasal (Vaccarolis, 2006). Sampai saat ini, keluarga masih tetap merupakan bagian terpenting dari jaringan sosial individu sekaligus sebagai lingkungan pertama selama tahun-tahun formatif awal untuk memperoleh pengalaman sosial dini, yang kelak akan berperan penting dalam menentukan hubungan sosial di masa depan dan juga berperilaku terhadap orang lain. Demikian halnya bagi anak tunaganda, keluarga memiliki arti yang penting bagi perkembangannya. Keluarga merupakan bagian yang paling dekat dan menetap pada kehidupan anak. Sebuah studi literatur yang sebelumnya lebih berfokus kepada pendidikan anak tunaganda saja, kini semakin meluas melingkupi keluarga dengan orangtua sebagai fokus utamanya.

Adapun lima peran dari keluarga menurut Mohr (2006) adalah memberikan respon terhadap kebutuhan anggota keluarga terutama kebutuhan terhadap stimulasi tumbuh kembang usia kanak – kanak, membantu mengatasi masalah dan stress dalam keluarga secara aktif akibat tidak terpenuhinya kebutuhan tumbuh kembang usia kanak – kanak, memenuhi tugas dengan distribusi yang merata dalam keluarga terkait stimulasi perkembangan kanak – kanak , menganjurkan interaksi terhadap sesama anggota keluarga dan komunitas serta meningkatkan kesehatan personal.

Keluarga yang berhasil, berfungsi dengan baik, bahagia, dan kuat tidak hanya seimbang dalam hal memberi perhatian terhadap anggota keluarga yang lain, menggunakan waktu bersama-sama, memiliki pola komunikasi yang baik, memiliki tingkat orientasi yang tinggi terhadap agama, tetapi juga dapat menghadapi krisis dengan pola yang positif. Krisis dalam keluarga dapat lebih dimengerti apabila tiap tahap perkembangan keluarga diteliti karena setiap tahap membutuhkan peran, tanggung jawab dalam menyelesaikan masalah dan tantangan. Suatu patologi keluarga muncul akibat dari perkembangan yang disfungsional (Varcarolis, 2006). Kerjasama antar anggota keluarga sangat dibutuhkan dalam pemecahan masalah bila ada krisis, terutama dalam menghadapi ketunaan anak.

Menurut Stuart dan Laraia (2005), disfungsi keluarga diartikan sebagai “gejala” dengan paradigma patologi dan pemberdayaan koping yang maladaptif yang meliputi hal-hal berikut :

1. Orang tua yang over protektif, karena melihat keterbatasan dan kelemahan anak, maka orangtua cenderung membatasi aktifitas anak bahkan banyak dilayani kebutuhannya, sehingga anak tidak berkembang optimal.
2. Peran yang terlalu mendominasi dari salah satu pihak terhadap pasangannya. Tidak adanya kerjasama dalam keluarga dapat

- disebabkan oleh karena istri/suami membuat keputusan sendiri.
3. Keluarga dengan riwayat penganiayaan terhadap salah satu anggota keluarganya,
  4. Keluarga dengan anggota yang pernah mengalami penganiayaan fisik, emosional dan seksual oleh orang lain atau dari keluarga itu sendiri
  5. Keluarga yang menjadikan anak sebagai pelampiasan kesalahan atau kekesalan, untuk menutupi konflik perkawinan yang terjadi

Sebuah keluarga merupakan sebuah unit sistem yang dinamis dan interaktif dimana tiap anggota pasti mempunyai kontribusi yang signifikan dalam membentuk 'budaya', nilai dan norma, tradisi hingga model interaksi dalam keluarga tersebut. Setiap keluarga mempunyai mekanisme yang berbeda dalam menangkap dan menyikapi tekanan emosi yang dirasakan baik dari dalam ataupun dari luar lingkungan keluarga. Sehingga dari beberapa kondisi keluarga yang patologis di atas, dapat disimpulkan bahwa disfungsi keluarga adalah ketidakmampuan keluarga dalam menjalankan satu atau lebih fungsinya sehingga kelak akan sangat berperan dan mempengaruhi hampir semua aspek kehidupan dari anggotanya dan terutama pada pertumbuhan serta perkembangan anaknya yang memiliki kebutuhan khusus.

#### 2.6.2. Kemampuan keluarga

Perilaku manusia yang sangat kompleks dapat dibagi dalam 3 domain yaitu kognitif, afektif dan psikomotor (Bloom, 1956 dalam Potter & Perry, 2001). Selanjutnya ketiga domain tersebut lebih dikenal sebagai pengetahuan, sikap dan praktek. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan keluarga yang merujuk pada pikiran rasional, mempelajari fakta, mengambil keputusan dan mengembangkan pemikiran (Craven, 2006). Sikap atau afektif merupakan reaksi/respon yang masih tertutup dari keluarga

terhadap stimulus atau obyek (Notoatmodjo, 2003). Afektif dapat berupa perubahan keyakinan, sikap, nilai, sensitivitas dan situasi emosi, serta lebih sulit diukur (Craven, 2006). Psikomotor atau kemampuan praktek merujuk pada pergerakan muskuler yang merupakan hasil dari koordinasi pengetahuan dan menunjukkan penguasaan terhadap suatu tugas atau ketrampilan (Craven, 2006).

Karakteristik utama kemampuan keluarga adalah kemampuan untuk manajemen stres yang produktif (Fontaine, 2003). Kelelahan fisik, emosi, dan sosial serta beban finansial, selama mengasuh anggota keluarga dengan tuna netra ganda sering melanda anggota keluarga sehingga bisa menyebabkan problem kesehatan. Hal ini disebabkan menurunnya daya tahan tubuh dan problem interpersonal karena berkurangnya *stress tolerance* dan *kelelahan*.

### 2.6.3. Orangtua

Menurut Heward (1996), orangtua adalah guru pertama bagi anak, orang yang selalu memberi dukungan, dorongan, pujian dan umpan balik yang baik. Orangtua bertanggung jawab untuk membantu anak mempelajari ratusan keterampilan secara sesungguhnya. Selain itu, orangtua bertanggung jawab membantu anak dalam menyelesaikan tugas-tugas perkembangan pada setiap tahap perkembangan yang dilalui.

Setiap orangtua memiliki bermacam-macam peran dan tanggungjawab dalam berhubungan dengan anak, seperti pemeliharaan, pengasuhan, pengajaran, pembela, pendisiplin dan pemberi nasehat (Martin & Colbert, 1997). Brooks (2008) juga menyatakan bahwa dalam mengasuh anak, orangtua berkewajiban untuk memelihara, melindungi dan mengarahkan anak dalam berkembang. Mereka juga berkewajiban memberikan kehangatan, membangun hubungan

emosional dengan anak dan menyediakan kesempatan untuk perkembangan kompetensi dan jati diri anak.

Terhadap keluarga dimana ke dua orangtua bekerja, pada dasarnya mempunyai peran seperti tersebut di atas. Peran untuk mengajar atau melatih anak sepenuhnya di bawah kendali orangtua, walaupun peran itu di gantikan oleh pengasuh atau anggota keluarga lainnya. Bentuk keterlibatan orangtua, adalah melatih pengasuh untuk melakukan cara yang benar dalam melatih *self care* anak, membuat jadwal kegiatan anak yang di laksanakan pengasuh serta meminta informasi kegiatan anak pada pengasuh.

#### 2.6.4. Reaksi orangtua

Orang tua akan memberikan beberapa reaksi ketika mengetahui bahwa anak mereka terlahir dengan memiliki kondisi berkebutuhan khusus, yaitu antara lain mengalami perasaan keterkejutan dan terganggu, menolak, sedih, cemas dan takut, marah dan kemudian pada akhirnya beradaptasi (Drotar, 1998 dalam Hallahan dan Kauffman, 2006).

Menurut Hin dan Tham-Toh (2002), terdapat beberapa bentuk tingkah laku yang umum muncul pada orang tua anak berkebutuhan khusus, antara lain :

##### *a. Terlalu mengekang*

Orang tua yang cemas akan perkembangan anak, berusaha meminta tenaga profesional untuk melakukan segala hal yang mereka rencanakan untuk anak. Karena berharap memberikan intervensi sebelum terlambat, orang tua memenuhi hari-hari anak dengan berbagai program terapi, sekolah dan apapun yang bisa diberikan untuk anak.

##### *b. Menarik diri*

Akibat dari kehadiran anaknya yang berkebutuhan khusus, orang tua dipenuhi dengan kekecewaan yang besar, orang tua dapat



merasa marah, sangat sedih ataupun takut dalam menghadapi masa depan. Mereka merasa tidak ada kemajuan meskipun anak telah diikutkan dengan berbagai terapi dan perawatan. Orang tua yang seperti ini cenderung tidak dekat dengan anak dan menarik diri dari berbagai aktivitas yang berhubungan dengan anak.

c. *Terlalu protektif*

Beberapa orang tua merasa bersalah karena anggapan bahwa mereka yang menyebabkan kondisi anak. Untuk menghadapi rasa bersalah, mereka meminimalisir harapan mereka terhadap anak. Sebagai hasilnya, orang tua berhadapan dengan masalah kedisiplinan anak. Adanya ketakutan bahwa anak akan melukai dirinya sendiri membuat orang tua membatasi aktifitas yang mampu meningkatkan perkembangannya.

Blacher, (1984, dalam Heward, 1996) menetapkan tiga tahap penyesuaian orang tua pada anak dengan kebutuhan khusus. *Pertama*, orang tua akan mengalami periode masa krisis emosi yang ditandai dengan syok, penyangkalan dan ketidakpercayaan. *Kedua*, reaksi awal tersebut akan diikuti dengan periode gangguan emosi. Reaksi ini ditandai dengan munculnya perasaan marah, rasa bersalah, depresi, malu, percaya diri rendah, penolakan terhadap anak dan terlalu melindungi anak. *Ketiga*, pada akhirnya orang tua akan mencapai periode menerima keadaan anaknya. Pada tahap ini orangtua koperatif terhadap upaya pendidikan dan pengembangan anaknya.

Kubler-Ross (2005), menggambarkan tahapan reaksi yang biasanya muncul pada orang tua dengan anak berkebutuhan khusus, dalam hal ini tuna ganda. Reaksi tersebut adalah.

a. *Denial* (penyangkalan)

*Shock* dan *denial* adalah reaksi pertama yang muncul pada orang tua. Penyangkalan muncul dalam ketidaksadaran dan

ditunjukkan dengan kekuatiran yang berlebihan. Jika penyangkalan bertahan dalam waktu lama, hal itu harus diperhatikan agar orang tua jangan terlalu memaksa anak diluar batas kemampuan anak tersebut. Pada tahap ini, banyak orang tua melaporkan perasaan mereka yang bingung, disorganisasi dan tidak berdaya.

b. *Bargaining* (tawar menawar)

Tahap ini, memiliki ciri adanya fantasi dalam pikiran orang tua. Hal yang ditekankan adalah jika orang tua bekerja keras, keadaan anak akan mengalami peningkatan. Selama proses bargaining ini, dapat dilihat keterlibatan orang tua dalam aktivitas yang membawa keuntungan tertentu. Wujud penerapan lain, yaitu beralih ke religi atau mengharapkan keajaiban dengan upaya “membeli “ kemurahan Tuhan.

c. *Anger* (marah)

Ketika orang tua sadar bahwa anak tidak menunjukkan kemajuan yang signifikan, perasaan marah (*anger*) biasanya muncul. *Anger* sering ditujukan kepada tenaga profesional yang menangani anak, karena tidak mampu menyembuhkan anak tersebut atau karena tidak membantu anak untuk mencapai hasil signifikan dalam belajarnya. Bahkan tidak jarang mereka marah kepada Tuhan, setelah banyak upaya kebaikan yang telah diperbuatnya. Perasaan salah berlebihan, dapat menjadi anger yang mengarah pada diri sendiri atas keadaan anaknya.

d. *Depression* (depresi)

*Depression* biasanya muncul ketika orang tua sadar bahwa kemarahan mereka tidak mengubah keadaan anak mereka, dan mereka tidak bisa menerima akan keadaan kronis dari kondisi “keterbatasan” tersebut serta implikasinya pada keluarga. Tingkat keparahan depresi tergantung pada bagaimana keluarga menginterpretasikan dan memaknai sebuah peristiwa serta kemampuan *coping* yang dimiliki

e. *Acceptance* (Penerimaan)

*Acceptance* terjadi ketika orang tua telah dapat menunjukkan beberapa karakteristik, antara lain orang tua dapat mendiskusikan mengenai kekurangan anaknya pada saudaranya, menemukan keseimbangan antara mendorong kemandirian dan menunjukkan kasih sayang pada anak, dapat berkolaborasi dengan tenaga profesional dan membuat rencana-rencana jangka pendek dan jangka panjang yang realistis untuk anak dan juga dapat menghilangkan sikap overprotektif atau perlakuan yang keras terhadap anak. Bahkan menemukan keseimbangan didalam menjalankan peran untuk anaknya yang lain.

Menjadi orangtua dengan anak tunanetra ganda bukan karena pilihan, oleh karena itu kita sulit menemukan orangtua yang antusias untuk terlibat dalam proses pendidikan anaknya. Seperti keluarga pada umumnya, awalnya mereka mempunyai mimpi-mimpi, keinginan dan ambisi anaknya, tetapi ketika mereka mengetahui anaknya berbeda dengan anak lainnya, maka semua itu menjadi hilang. Orangtua masuk dalam fase emosional seperti, penolakan, rasa bersalah, malu, cemas dan akhirnya bisa menerima (Narayan, 2009).

Brooks (2008) mengatakan, kondisi keterbatasan anak akan mempengaruhi seluruh anggota keluarga. Baik ibu ataupun ayah harus menghadapi pengalaman-pengalaman dimana mereka belum pernah mengantisipasi hal tersebut sebelumnya. Dan juga akan mempengaruhi kehidupan mereka termasuk para tenaga profesional dan berbagai aktifitas orang tua dalam hal melakukan tugas-tugas pengasuhan anak mereka.

Menurut Fewell dan Gelb, 1986 (dalam Seligman dan Darling, 1997) dalam penelitiannya yang mengatakan bahwa isolasi sosial yang dialami pada anak tunaganda secara tidak layak, secara kuat akan mempengaruhi orang tua mereka. Roskies, 1992 (dalam Seligman dan

Darling, 1997) juga mengatakan bahwa faktor sosial merupakan hal yang paling utama mengundang reaksi orangtua. Faktor sosial itu adalah stigma masyarakat bahwa ketunaan akibat hukuman atas dosa, akibat penyakit sosial dan pelanggaran moral (Zelalem, 2002).

Seluruh reaksi yang muncul pada orangtua, berdampak dalam seluruh perkembangan anak. Hal itu terjadi timbal balik, anak mengalami kelambatan perkembangan karena orang tua, masih dalam reaksi tahap satu dan dua. Sedangkan orangtua terus dalam posisi tersebut, karena cenderung berpikir bahwa anaknya tidak akan bisa berkembang. Menurut Warren dan Trachtenberg, 1987 (dalam Zelalem, 2002), persepsi dari orang tua terhadap kebutuhan khusus anaknya, mempengaruhi cara merawat dan mengasuh anak mereka. Meskipun anak tunanetra ganda memiliki segala keterbatasan dan karakteristiknya, mereka tetap memerlukan kesempatan belajar. Setiap anak, baik “normal” maupun berkebutuhan khusus, memiliki kesempatan yang sama dalam hal pendidikan dan pengajaran (Carolina, 2006), bahkan keterlibatan orangtua menjadi lebih besar dalam pendidikan bagi anaknya (Waldron, K.A, 1996). Hal tersebut menunjukkan bahwa orangtua sangat berperan penting terhadap proses pertumbuhan dan perkembangan anaknya, khususnya di dalam melatih *self care*.

Orang tua yang masih pada tahap penyangkalan terhadap anak mereka yang berkebutuhan khusus terlihat kurang mau bekerjasama (menunjukkan sikap kaku) dengan tenaga profesional terutama yang bekerja di sekolah anak mereka (Seligman dan Darling, 1997)

#### 2.6.5. Peran orangtua yang mempunyai anak tunanetra ganda

Keterlibatan orangtua telah menerima perhatian yang besar dalam pendidikan khusus. Orangtua dan guru mengembangkan cara yang lebih baik untuk berkomunikasi dan bekerja dengan orang lain, untuk

kebaikan pendidikan anak kebutuhan khusus (Heward, 1996). Dalam konteks anak tunanetra ganda, selain pengajar, orangtua juga turut berperan penting dalam pendidikan khusus. Memberikan pelayanan pendidikan untuk anak normal tanpa berkebutuhan khusus saja, sudah merupakan tanggung jawab dan peran yang penting dari orangtua. Hal ini bukan merupakan hal yang mudah, terlebih jika anak yang memerlukan pendidikan tersebut adalah anak tunanetra ganda. Dengan segala keterbatasan yang dimiliki oleh anak dengan kebutuhan khusus dan reaksi orangtua yang beragam terhadap kebutuhan khusus anaknya, orangtua pada akhirnya menjalankan perannya untuk mengasuh dan merawat anaknya dengan beragam cara. Proses penerimaan yang terjadi pada orangtua berdampak pada bagaimana orangtua harus merawat dan mengasuh anak selanjutnya .

Heward (1996) menyebutkan beberapa peran yang harus dijalankan orangtua yang memiliki anak penyandang kebutuhan khusus yang akan menjadi pedoman dalam penelitian ini, yaitu :

*a. Mengajar*

Meskipun seluruh orangtua adalah guru pertama bagi anaknya, kebanyakan anak memperoleh ketrampilan dasar tidak dari mereka. Untuk hal-hal tertentu, orangtua tidak dapat mengajarkannya langsung oleh karena sebab ketidaktahuan, ketidakmauan atau ketidakmampuan dalam mendidik anak berkebutuhan khusus. Anak dengan *disability*, bagaimanapun, sering tidak mempelajari banyak keterampilan penting sealami atau semandiri teman-teman sebayanya. Di dalam tambahan tehnik mengajar sistimatis, beberapa orangtua belajar dan mengajar anak-anak menggunakan peralatan khusus dan perangkat yang membantu seperti alat bantu dengar, kursi roda dan peralatan makan yang diadaptasi (Heward, 1996).

*b. Memberikan Konseling*

Seluruh orangtua adalah konselor dimana mereka mengembangkan dan mengelola perubahan emosi, perasaan dan sikap anak. Orangtua dari anak dengan ketunaan harus peka terhadap perubahan perasaan anak mereka mengenai ketunaan tertentu dari dirinya, misalnya saat anak senang, sedih atau kecewa. “Akankah saya tetap tuli ketika saya tumbuh besar nanti?”. “Saya tidak bisa bermain di luar lagi, mereka selalu mengganggu saya”. “Mengapa saya tidak dapat pergi berenang seperti anak lainnya?”. Orangtua memainkan peranan penting dalam memahami bagaimana anak dengan ketunaan dapat merasakan tentang dirinya. Interaksi mereka dapat mengembangkan hubungan yang aktif, kreatif dan membangun. Anak diberi kesempatan mencoba beberapa hal secara nyaman atau orangtua yang berkontribusi terhadap pengendalian anak dari sikap negatif anak ,terhadap dirinya dan orang lain (Heward, 1996)

*c. Mengatur tingkah laku*

Meskipun seluruh dari perilaku anak berubah dari satu waktu ke waktu lain, jarak dan tingkat keparahan dari tingkah laku yang menantang yang ditunjukkan oleh beberapa anak dengan ketunaan, namun mereka tetap membutuhkan penanganan yang khusus dan konsisten. Beberapa orangtua harus belajar menggunakan teknik manajemen tingkah laku, untuk memiliki hubungan yang baik dengan anak mereka (Snell & Beckman-Brindley, 1984 dalam Heward, 1996)

*d. Mengasuh saudara kandung yang tanpa ketunaan dari anak tunanetra ganda.*

Anak dipengaruhi sangat dalam oleh keberadaan kakak atau adiknya dengan kebutuhan khusus (Powell & Ogle; Wilson, Blacher & Baker, 1989 dalam Heward, 1996). Kakak atau adik dari anak dengan ketunaan sering prihatin terhadap ketunaan saudaranya. Pemahaman yang tidak pasti mengenai penyebab

ketunaan dan dampaknya terhadap mereka, ketidakmudahan menerima reaksi yang berlebih dari teman-temannya, serta perasaan untuk dituntut melakukan banyak hal terhadap saudaranya yang memiliki ketunaan (Heward, 1996), membuat beban psikologis tersendiri bagi mereka. Sementara itu menurut Winzer, 2000 (dalam Zelalem, 2002), saudara kandung dari anak dengan ketunaan memiliki masalah emosional yang tinggi. Hal ini berkaitan dengan perasaan bersalah menjadi anak normal dan terhadap harapan orangtuanya bahwa mereka akan lebih menonjol. Oleh karena itu, orangtua juga harus mampu memperhatikan dan mengasuh kakak atau adik dari anak yang mengalami ketunaan.

*e. Memelihara hubungan orangtua dengan orangtua*

Memiliki anak dengan ketunaan dapat menimbulkan tekanan dalam hubungan suami istri (Frey, Greenberg & Fewll, 1994 dalam Heward, 1996). Tekanan tertentu dapat menimbulkan pembahasan yang beragam mengenai kesalahan yang dimiliki masing-masing dalam memiliki anak dengan ketunaan. Perbedaan mengenai harapan yang seharusnya dimiliki oleh anak dengan ketunaan, dan menghabiskan banyak waktu, uang dan tenaga untuk anak dengan ketunaan yang sedikit dirasakan oleh orangtua. Ditambahkan pula menurut Zelalem (2002) bahwa kelahiran dari anak yang buta dapat menguras secara emosional bagi orangtuanya, mereka dapat merasa bingung, takut dan marah, dapat mengharap keajaiban atau dapat menyalahkan satu sama lain terhadap ketunaan anaknya. Perasaan-perasaan dan reaksi ini dapat meningkatkan stress dalam hubungan keluarga dan bahkan perceraian (Harrison & Crow, 1993 dalam Zelalem, 2002). Oleh karena itu, orangtua harus dapat memelihara hubungan antara suami istri di tengah memiliki anak yang mengalami ketunaan.

*f. Mendidik orang-orang terdekat*

Kakek-nenek, paman dan bibi, tetangga dan bahkan supir bis sekolah atau pengasuh dapat memiliki dampak yang penting bagi

perkembangan anak dengan ketunaan. Kalau orangtua dari anak tanpa ketunaan dapat berharap bahwa anak mereka menerima jenis penanganan tertentu dari orang-orang terdekat, tidak demikian dengan orangtua anak Tunaganda. Mereka mengetahui bahwa mereka tidak dapat bergantung pada interaksi yang sesuai atau yang diharapkannya. Orangtua harus dapat memastikan bahwa orang-orang terdekat dari anak mampu berinteraksi dengan baik kepada anak tersebut (Heward, 1996). Pada hasil penelitian yang dilakukan (Watson dan Midlarsky, 1986 dalam Seligman dan Darling, 1997), perilaku terlalu melindungi anak pada ibu dengan anak tuna ganda, bukan disebabkan oleh rasa bersalah mereka. Hal tersebut merupakan wujud dari persepsi ibu, bahwa orang lain yang dianggap “normal”, akan memperlakukan anaknya secara negatif.

g. *Berhubungan dengan pihak sekolah dan masyarakat.*

Keterlibatan proses pendidikan meliputi seluruh orangtua dari anak. Mereka butuh memperoleh pengetahuan khusus dan mempelajari keterampilan khusus. Orangtua dari anak dengan ketunaan sering memiliki keprihatinan misalnya mereka peduli untuk memiliki tempat bermain yang tepat, orangtua dari anak yang menggunakan kursi roda ingin juga menemukan untuk mereka sendiri sebuah tempat bermain yang mudah terjangkau (Heward, 1996). Hal tersebut menambah keprihatinan orangtua, ditambah lagi belum banyak fasilitas yang disediakan pemerintah untuk anak-anak berkebutuhan khusus.

#### 2.6.6. Keterlibatan Orangtua

Brooks (2008) mengatakan, ketika kondisi anak yang memiliki “keterbatasan” telah terdeteksi, orang tua harus secepat mungkin mencari tenaga profesional/konsultan profesional jika tidak disediakan. Suatu penelitian mengatakan bahwa, pada mayoritas anak berkebutuhan khusus, semakin dini dilakukan diagnosis dan intervensi, maka akan semakin besar pula tingkat kemajuan perkembangan anak.



Orang tua adalah orang yang paling penting dalam program intervensi dini. Mereka bertindak sebagai penasihat, berpartisipasi dalam rencana pendidikan, mengobservasi tingkah laku anak, membantu menetapkan tujuan realistis, bekerja dalam ruang kelas, dan mengajarkan anak di rumah (Heward, 1996). Kebanyakan orangtua dengan anak berkebutuhan khusus, menginginkan anaknya untuk berteman dengan anak lain yang bukan berkebutuhan khusus.

Orangtua memiliki tantangan dan tanggungjawab ekstra dalam membesarkan anak dengan keterbatasan, termasuk mengajarkan dan menasehati anak, mengatur tingkah laku, menghadapi anak lain dan orang di lingkungannya, menjaga hubungan antara orang tua, dan berhubungan dengan sekolah dan komunitas Heward (1996). Peran ibu, terlihat yang paling utama dan paling penting dalam pengasuhan dini anak, dan ayah memainkan peran sebagai pendukung peran ibu (Bowlby, 1976 dalam Seligman dan Darling, 1997). Dapat dilihat bahwa , keduanya memiliki peran masing-masing dan saling melengkapi dalam membimbing anak mereka yang memiliki kebutuhan khusus.

Keterlibatan orangtua, sangat penting karena anak selama hidupnya akan bersama dalam keluarga. Tanpa dorongan dan keterlibatan serta kerjasama dengan institusi pendidikan (sekolah), maka pendidikan dan latihan pada anak tuna netra ganda, tidak akan berarti (Porter, 2000). Pendidikan, pengajaran dan latihan bagi anak tuna netra ganda tidak bisa terputus, oleh karenanya ketika anak berada dalam lingkungan keluarga, latihan tetap dilanjutkan. Latihan harus dilakukan secara terus menerus sehingga kemampuan anak akan tetap terpantau dan yang diharapkan adalah peningkatan kemandirian anak meski sekecil apapun.

Keluarga hendaknya tetap melibatkan anak dalam aktifitas di rumah.

Banyak keluarga lebih senang melayani saja anaknya dari pada melatih dan mengajarkan anak keterampilan tertentu, sehingga sampai dewasa anak tetap bergantung pada orang lain termasuk dalam memenuhi kebutuhan *self care* (Porter, 2000).

Pada penelitian ini latihan *self care* meliputi area kegiatan makan, berpakaian, mandi, berhias dan *toilet training* (Astati, 2003). Kelima kegiatan tersebut meliputi : 1) Makan terdiri dari kegiatan makan, mulai dari mengambil alat makan, makan sampai dengan mengembalikan alat makan ke tempatnya; 2) berpakaian terdiri dari kegiatan melepas-memakai baju kaos, melepas-memakai celana atau rok dan melepas-memakai baju berkancing; 3) mandi terdiri dari kegiatan mandi, menggosok gigi dan mencuci rambut; 4) berhias terdiri dari menyisir rambut dan memakai bedak; dan 5) *toilet* terdiri dari buang air besar dan air kecil.

Keterlibatan keluarga bagi anak tuna ganda, di SLB G Rawinala, diantaranya dapat diukur melalui beberapa kegiatan sebagai berikut :

- a. Orangtua/keluarga, ikut serta dan terlibat aktif dalam pelatihan yang diselenggarakan oleh SLB G Rawinala.
- b. Orangtua ikut serta dalam kegiatan pertemuan orangtua murid dengan guru.
- c. Orang tua/keluarga terlibat dalam proses belajar di sekolah. Hal ini bertujuan untuk memahami dan mengerti perkembangan anak, cara mengajar/membimbing anak, cara mengatasi kesulitan dalam mendidik anak, serta akhirnya dapat meneruskan proses belajar mengajar ketika anak di rumah.
- d. Ketika anak tidak di sekolah, orangtua/keluarga melibatkan anak dalam kegiatan di rumah. Banyak sekali pilihan kegiatan sehari-hari yang dapat dijadikan proses belajar anak di rumah, sehingga pengalaman dan latihan yang di dapat dari sekolah atau asrama, tidak terputus, seperti mengajarkan anak kegiatan *daily activities*

(*self care*)

- e. Orang tua/keluarga mendampingi anak dalam mengerjakan pekerjaan rumah yang diberikan guru.
- f. Bertanya pada guru/pengasuh jika mengalami kesulitan dalam pendidikan atau melatih anak, sehingga mendapatkan solusi yang tepat
- g. Orang tua/keluarga mengikuti perkembangan pendidikan anaknya, melalui monitor dan bertanya langsung pada pendidik atau pengasuh

#### 2.6.7. Beban keluarga

Pasangan suami istri (orangtua anak tuna ganda), biasanya akan lebih kesulitan untuk menghadapi anaknya, dibandingkan dengan orangtua anak berkebutuhan khusus ringan, karena beban ataupun tanggungan yang mereka hadapi lebih besar (Kauffman & Hallahan, 2006). Mayoritas pasangan suami istri yang memiliki anak tuna ganda dan majemuk, akan menghadapi 2 situasi krisis utama. *Pertama*, orangtua akan merasa kehadiran anak sebagai kematian secara simbolik. Mereka kehilangan segala impian dan harapan pada anak mereka. *Kedua*, orangtua akan terus merasa kesulitan untuk menyediakan perawatan sehari-hari anak mereka dengan kondisi tuna ganda. Pemikiran bahwa anak mereka tidak akan mencapai perkembangan secara normal, tanpa ketergantungan pada orang lain, akan menambah berat beban bagi orangtua (Kirk & Gallagher, 2007).

Fontaine (2003) mengatakan bahwa beban keluarga adalah tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya. Kondisi ini dapat menyebabkan meningkatnya stres emosional dan ekonomi dari keluarga. Sebagaimana respon keluarga terhadap berduka dan trauma, keluarga dengan anak tunaganda juga membutuhkan empati dan dukungan dari tenaga kesehatan profesional (Mohr & Regan-Kubinski, 2001 dalam Fontaine, 2003).

Dalam laporan WHO (2008), dikatakan bahwa anggota keluarga merupakan pihak utama yang menanggung beban fisik, emosional dan finansial karena adanya salah satu anggota keluarga yang menderita gangguan kesehatan jiwa. Dampak langsung yang dirasakan anggota keluarga meliputi penolakan/pengucilan oleh teman, kolega, tetangga dan komunitas yang dapat mengakibatkan anggota keluarga cenderung mengisolasi diri, membatasi diri dalam aktivitas sosial dan menolak berpartisipasi dalam kehidupan sosial yang normal. Kegagalan dalam berhubungan sosial sangat mempengaruhi anggota keluarga dalam hal ketersediaan dukungan dari lingkungan sosial.

Menurut Mohr (2006), ada 3 jenis beban keluarga dengan gangguan jiwa yaitu :

1. Beban Obyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan pelaksanaan perawat klien meliputi tempat tinggal, makanan, transportasi, pengobatan, keuangan dan intervensi krisis
2. Beban Subyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan kehilangan, takut, merasa bersalah, marah dan perasaan negatif lainnya yang dialami oleh keluarga sebagai respon terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
3. Beban Iatrogenik, merupakan beban yang disebabkan karena tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang dapat mengakibatkan intervensi dan rehabilitasi tidak berjalan sesuai fungsinya.

## **2.7. Landasan Teoritis Intervensi Keperawatan Jiwa**

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan, mempunyai tanggung jawab dan peran dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat. Termasuk dalam hal ini adalah meningkatkan status kesehatan jiwa masyarakat.

Di beberapa negara yang sudah berkembang telah menerapkan pelayanan keperawatan kesehatan jiwa yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan umum, yang diberikan kepada konsumen (pasien dan keluarga) untuk mengatasi masalah-masalah psikososial yang dihadapinya. Wujud dari pelayanan keperawatan kesehatan jiwa yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan umum ini dikenal dengan istilah *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PCLN). Asosiasi perawat Amerika (*The American Nurses Association* (ANA)) menjelaskan bahwa PCLN merupakan suatu bentuk praktek perawat sub spesialisik atau peran *advance* seorang perawat (ANA, 1990 dalam Frisch & Frisch, 2006).

PCLN merupakan sebuah program subspecialistik dari keperawatan yang memberikan konsultasi tentang masalah kesehatan psikososial dan kesehatan jiwa di tatanan pelayanan kesehatan umum (Frisch & Frisch, 2006). Seorang PCLN mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan psikiatri di tatanan pelayanan kesehatan umum, memberikan konsultasi dan pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga terkait dengan masalah psikososial yang dihadapinya (Stuart & Laraia, 2005). Disamping itu seorang PCLN, dapat berperan dalam konsultasi untuk staf keperawatan dan administrasi, mendidik tim keperawatan dan mengarahkan pasien dan keluarganya (Frisch & Frisch, 2006).

Menurut Chase dan kawan-kawan (2000, dalam Stuart & Laraia, 2005), seorang yang memiliki sertifikasi PCLN dapat melakukan pengkajian, merekomendasikan, dan atau memberikan terapi suportif pada pasien-pasien yang mengalami kecemasan, depresi, dan masalah-masalah psikologis maupun distres emosional lainnya yang diakibatkan masalah kesehatan fisiknya. Bentuk kontribusi langsung yang dapat dilakukan oleh seorang PCLN dapat berupa pemberian intervensi keperawatan spesialisik seperti terapi-terapi psikososial yang ditujukan untuk individu, keluarga dan masyarakat.

## 2.8. Masalah psikosial

Masalah psikosial merupakan area keperawatan jiwa, yang juga menjadi perhatian penting bagi seorang spesialis keperawatan jiwa. Kelompok kerja Community Mental Health Nursing (CMHN) (FIK UI - WHO, 2005) merumuskan ciri-ciri masalah psikosial, yaitu : cemas, kuatir berlebihan, takut, mudah tersinggung, sulit konsentrasi, bersifat ragu-ragu dan merasa rendah diri, merasa kecewa, Pemarah dan agresif dan seringkali muncul keluhan reaksi fisik seperti ; sulit tidur, jantung berdebar, sesak nafas, otot tegang, sakit kepala dan gatal-gatal.

Telah dijelaskan dalam konsep sebelumnya bahwa keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus termasuk anak tunanetra-ganda, menghadapi masalah-masalah psikosial dan merupakan masalah kesehatan di masyarakat. Orangtua dan seluruh anggota keluarga cenderung bereaksi negatif, antara lain terkejut, mengingkari, marah, malu, merasa tidak berharga, bersalah, kecewa, sedih, berduka dan lain sebagainya (Zelalem, 2002). Reaksi tersebut muncul karena respon dari “kehilangan” dari harapan lahirnya bayi normal dan kenyataannya tidak demikian. Perawat spesialis jiwa bertanggung jawab untuk meningkatkan kemampuan orangtua dan keluarga dalam mencapai fungsi adaptif keluarga dengan penggunaan strategi koping yang positif dalam konteks sistem keluarga.

Salah satu masalah atau diagnosa keperawatan terkait dengan masalah psikosial adalah gangguan konsep diri. Konsep diri adalah semua pikiran, dan keyakinan yang merupakan pengetahuan individu tentang dirinya dan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain (Stuart, 2006). Sedangkan menurut Videbeck (2001), konsep diri adalah cara individu memandang dirinya dalam hal harga diri dan martabat. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa konsep diri adalah cara bagaimana individu memandang dirinya sendiri dimana hal ini dapat mempengaruhinya dalam berhubungan dengan orang lain.

Menurut Stuart (2005), komponen konsep diri adalah *Citra tubuh*, yaitu kumpulan dari sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya, termasuk persepsi masa lalu dan pengalaman yang baru; *Ideal diri*, yaitu persepsi individu tentang bagaimana dia seharusnya berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan atau personal tertentu; *Harga diri*, yaitu penilaian individu tentang penilaian personal tertentu; Penampilan atau performa *Peran* adalah serangkaian pola perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi individu di berbagai kelompok sosial; dan *Identitas* personal adalah pengorganisasian prinsip dari kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsistensi dan keunikan individu.

Gangguan konsep diri: harga diri rendah adalah keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan atau diri (Carpenito, 2000). Harga diri rendah adalah evaluasi atau perasaan yang negatif terhadap diri dan kemampuan diri yang berkepanjangan (NANDA, 2005). Dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah adalah cara pandang individu terhadap dirinya yang bersifat negatif dimana ia tidak mampu mengenal kemampuan atau aspek positif dirinya sendiri.

Intervensi keperawatan generalis untuk mengatasi diagnosa keperawatan harga diri rendah berupa membantu pasien memeriksa penilaian kognitif dirinya terhadap situasi yang berhubungan dengan perasaan untuk membantu pasien dalam meningkatkan penghayatan diri dan kemudian melakukan tindakan untuk mengubah perilaku (Townsend, 2005). Pendekatan penyelesaian masalah harga diri rendah berupa meluaskan kesadaran diri, eksplorasi diri, evaluasi diri, perencanaan yang realistis dan komitmen terhadap tindakan (Stuart & Laraia, 2005).

Intervensi keperawatan spesialis pada pasien dengan perilaku masalah psikososial tertuju pada individu, kelompok, keluarga dan masyarakat (Boyd & Nihart, 1998). Intervensi keperawatan spesialis yang dapat diberikan

meliputi *Terapi Individu* seperti terapi kognitif, terapi Perilaku, dan terapi Kognitif – Perilaku (*Cognitive Behaviour Therapy/ CBT*); *Terapi Kelompok*, seperti terapi Suportif dan terapi Logo (*Logotherapy*); *Terapi Keluarga*, berupa terapi Psikoedukasi Keluarga; dan *terapi Komunitas*, berupa terapi Asertif Komunitas atau *Assertif Community Therapy (ACT)* (Stuart & Laraia, 2005; Frisch & Frisch, 2006; Copel, 2007).

## 2.9. Terapi Suportif

### 2.9.1. Pengertian

Terapi suportif termasuk salah satu model psikoterapi yang biasanya digunakan di masyarakat dan di rumah sakit. Terapi ini merupakan suatu terapi yang dikembangkan oleh Lawrence Rockland (2003), dengan istilah *Psychodynamically Oriented Psychotherapy*, namun ada pula istilah lain yang diperkenalkan adalah *Supportive Analytic Therapy* (Rockland, 2003 dalam Holmes, 1995). Hasil survei di Amerika menunjukkan bahwa psikoterapi suportif menduduki peringkat ke delapan dalam psikoterapi yang penting (Langsay & Yager, 1988 dalam Holmes, 1995)

Terapi suportif dapat diberikan secara individu dan berkelompok (Scott, dkk, 1995). Pada modul yang tersedia ini, pemberian Terapi Suportif lebih difokuskan pada orangtua atau keluarga secara berkelompok dengan pertimbangan bahwa keluarga merupakan sistem pendukung anak berkebutuhan khusus. Kriteria pemberian psikoterapi kelompok adalah suatu kelompok individu yang berkumpul untuk satu tujuan terapeutik, dibantu oleh seorang pemimpin yang profesional, interaksi serta hubungan antara anggota digunakan sebagai alat untuk mengklarifikasi, memotivasi atau mengubah perilaku (Powles, 1964 dalam Scott, 1995)

Strategi dasar dalam terapi suportif adalah menciptakan suasana yang aman dimana anggota dapat bekerja bersama terapis untuk mengatasi



rintangan baik dari dalam maupun dari luar yang hadir dalam mencapai tujuannya (Appelbaum, 2005). Pemberiannya terapi suportif dapat dilakukan satu atau dua kali dalam seminggu dengan durasi 50 menit setiap sessinya (Roeland, 2003), namun menurut Holmes (1995), di Inggris pelaksanaannya dapat kurang dari satu minggu yakni bisa empat hari sekali, sebulan sekali, dengan durasi 50-100 menit untuk setiap sessinya. Jadi pemberian terapi suportif dapat diberikan dengan mempertimbangkan waktu serta kondisi anggota yang akan menerimanya.

Suportif group merupakan sekumpulan orang-orang yang berencana, mengatur dan berespon secara langsung terhadap issue-issue dan tekanan yang khusus maupun keadaan yang merugikan. Tujuan awal dari grup ini didirikan adalah memberikan support dan menyelesaikan pengalaman yang tidak menyenangkan, ketidak tahuan, kebingungan dan situasi yang menekan dari kondisi masing-masing anggota (Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt, 2004)

Menurut Heller, dkk (1997, dalam Chien, Chan dan Thompson, 2006) hasil penelitian mengindikasi peer support (dukungan kelompok) berhubungan dengan peningkatan fungsi secara psikologis dan beban keluarga. Sedangkan mutual support (dukungan yang bermanfaat) adalah suatu proses partisipasi dimana terjadi aktifitas berbagi berbagai pengalaman, situasi dan masalah yang difokuskan pada prinsip memberi dan menerima, mengaplikasikan keterampilan *Self Help* dan pengembangan pengetahuan (Cook, dkk 1999 dalam Chien, Chan dan Thompson, 2006)

Berdasarkan pemahaman tersebut, pengertian terapi kelompok suportif pada orangtua dengan anak tunanetra ganda, adalah terapi suportif yang diberikan pada sekumpulan dua orang atau lebih orangtua yang memiliki anggota dengan anak tunanetra ganda, dengan

cara mengklarifikasi permasalahan yang dihadapi orangtua sehingga keluarga mampu memanfaatkan support system yang dimilikinya dan mengekspresikan pikiran serta perasannya melalui ekspresi verbal.

#### 2.9.2. Tujuan terapi kelompok suportif

Tujuan terapi kelompok suportif adalah terapi yang memberikan *support* terhadap orangtua dalam kelompok, sehingga mampu menyelesaikan krisis yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif antara klien-terapis. Hubungan terapeutik ini untuk meningkatkan kekuatan keluarga, keterampilan koping dan kemampuan keluarga menggunakan sumber kopingnya, meningkatkan otonomi keluarga dalam keputusan tentang pengobatan, meningkatkan kemampuan keluarga mencapai kemandirian seoptimal mungkin, dan kemampuan mengurangi distress subyektif dan respons koping yang maladaptif.

#### 2.9.3. Prinsip terapi kelompok suportif

Beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam memberikan terapi suportif kelompok (Chien, Chan & Thompson, 2006)

- a. Memperlihatkan hubungan saling percaya
- b. Memikirkan ide dan alternatif untuk memecahkan masalah
- c. Mendiskusikan area yang tabu (tukar pengalaman mengenai rahasia dan konflik internal secara psikologis)
- d. Menghargai situasi yang sama dan bertindak bersama.
- e. Adanya sistem dukungan yang membantunya
- f. Pemecahan masalah secara individu.

#### 2.9.4. Karakteristik terapi kelompok suportif

Beberapa karakteristik terapi kelompok suportif adalah :

- a. Kelompok kecil berjumlah 7 -10 orang
- b. Anggota homogen
- c. Anggota berpartisipasi penuh dan mempunyai otonomi

- d. Kepemimpinan kolektif
- e. Keanggotaan sukarela dan non politik
- f. Anggota saling membantu dan dapat melakukan pertemuan di luar sesi.

#### 2.9.5. Aturan dalam terapi kelompok suportif

Aturan dalam pemberian terapi kelompok suportif meliputi :

- a. Terapis dan anggota kelompok berperan aktif dengan komunikasi dua arah. Terapis harus selalu berperan serta aktif dalam memimpin dan tiap anggota berperan secara aktif untuk berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok.
- b. Melibatkan dukungan dari keluarga dan sosial serta tanggung jawabnya dalam pengambilan keputusan.
- c. Keluarga berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok.
- d. Terapis merespon pertanyaan keluarga, menghindari interogasi, konfrontasi dan interpretasi. Melakukan klarifikasi pada keluarga tentang masalahnya dengan memberikan nasihat, melakukan konfrontasi suportif, membatasi seting, memberikan pendidikan kesehatan dan jika perlu melakukan perubahan lingkungan keluarga.
- e. Kenyamanan secara fisik dan emosi harus dijaga. Sesama anggota saling memahami, mengetahui dan membantu berdasarkan kesetaraan, respek antara satu dengan yang lain dan hubungan timbal balik. Kelompok harus menghargai *privacy* dan kerahasiaan dari anggota kelompoknya.
- f. Harus mampu menunjukkan rasa empati, ketertarikan atau keseriusan terhadap masalah
- g. Keluarga harus mengekspresikan pikiran dan perasaannya.
- h. Tujuan terapi harus dijaga sejak awal sampai akhir.
- i. Berperilaku jujur kepada kelompok dengan selalu menceritakan

setiap perkembangan yang terjadi pada keluarga dan melihat bagaimana respon keluarga saat diberitahukan tentang kondisinya.

#### 2.9.6. Keanggotaan

Syarat yang harus dipenuhi dalam melibatkan keluarga meliputi

1. Anggota mempunyai anggota keluarga (anak) yang tunanetra ganda
2. Orang tua (ayah dan atau ibu); kandung, angkat, atau tiri
3. Bertanggung jawab terhadap anak dan tinggal bersama anak
4. Berusia antara 18 sampai 60 tahun
5. Bersedia untuk berpartisipasi penuh selama mengikuti terapi
6. Dapat membaca dan menulis.

#### 2.9.7. Pelaksanaan

Terapi kelompok suportif dalam pelaksanaannya dapat diberikan dalam empat sesi. Ke empat 4 sesi tersebut, meliputi: *sesi pertama*, yaitu mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sistem keluarga. Pada sesi ini, yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan keluarga mengenai: apa yang diketahuinya mengenai anak tunanetra ganda, cara yang biasa dilakukan dan hambatannya dalam merawat dan melatih anak, sumber pendukung yang ada. Selain itu, memberi motivasi pada keluarga untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi yang diketahui, memberi umpan balik positif kepada keluarga mengenai perawatan anak yang sudah benar dilakukannya selama ini, dan memberi masukan serta penjelasan mengenai perawatan dan latihan yang belum diketahui/ dipahami. Hasil dari sesi pertama ini, orangtua mampu menjelaskan: kemampuan positifnya dalam merawat dan melatih anak serta mengenal masalah yang dihadapinya, kemudian mampu menjelaskan sumber pendukung yang ada.

*Sesi kedua*, yaitu bagaimana keluarga menggunakan sistem pendukung, monitor hasil, dan hambatannya. Pada sesi ini yang

dilakukan adalah: mendiskusikan dengan keluarga mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung dalam keluarga (keterlibatan seluruh anggota keluarga ) dan hambatannya, melatih serta meminta keluarga untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dengan melibatkan anggota kelompok lainnya. Hasil dari sesi kedua ini, keluarga: memiliki daftar kemampuan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga, mampu melakukan *role play* menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga, mengetahui cara menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga, dan orangtua mampu memonitor dalam pelaksanaan, hasil, serta hambatan menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.

*Sesi ketiga*, yaitu bagaimana keluarga mengakses berbagai sumber dukungan yang ada diluar keluarga, monitor hasil dan hambatannya. Pada sesi ini yang dilakukan adalah: mendiskusikan dengan keluarga mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dan hambatannya, melatih serta meminta keluarga untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dengan melibatkan anggota kelompok lainnya. Hasil dari sesi ketiga ini, keluarga: memiliki daftar kemampuan dalam menggunakan sistem pendukung, mampu melakukan *role play* menggunakan sistem pendukung , dan mengetahui cara menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga, serta mampu memonitor dalam pelaksanaan, hasil, dan hambatan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.

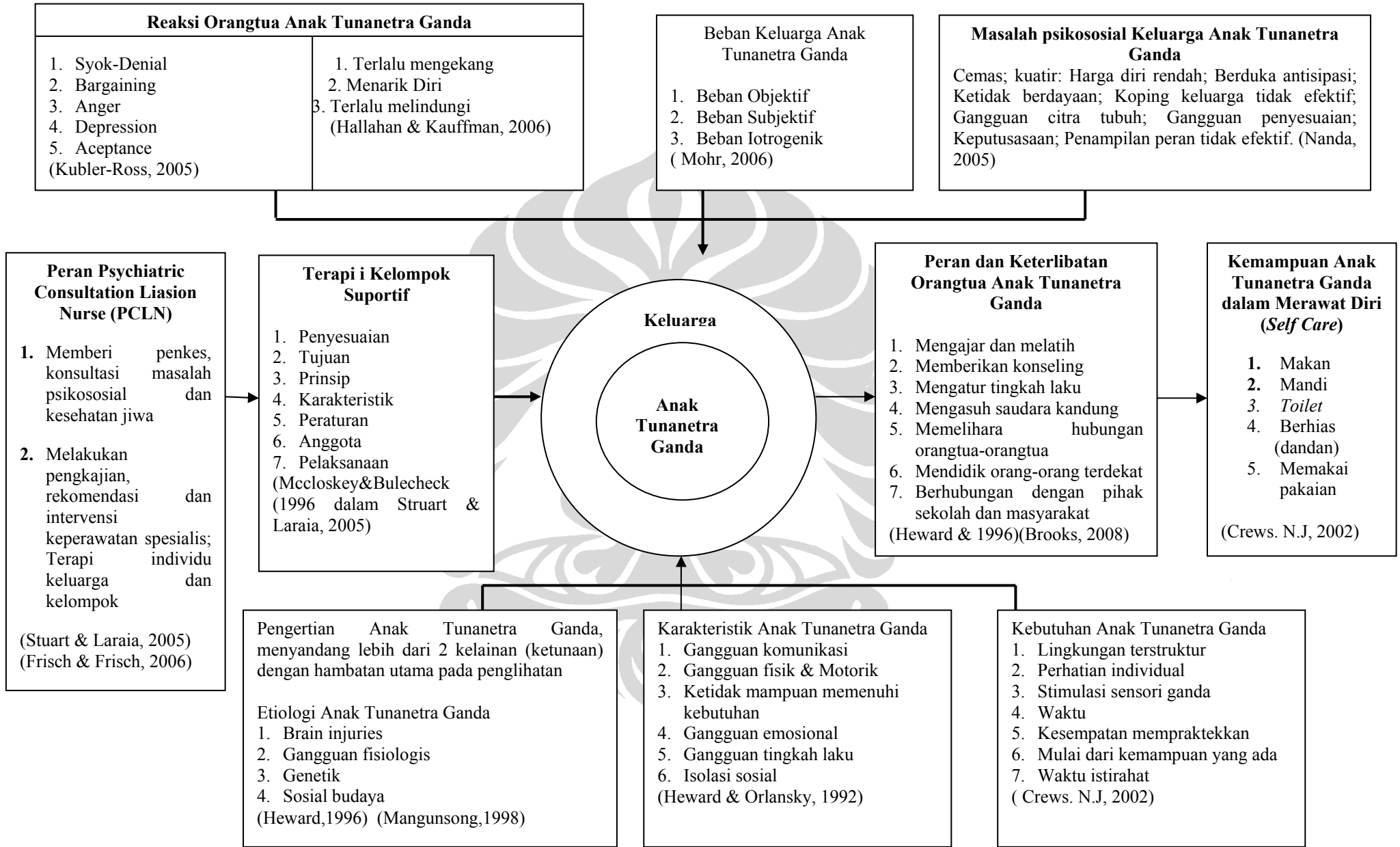
*Seesi keempat*, yaitu bagaimana keluarga mengevaluasi penggunaan sumber. Pada sesi ini yang dilakukan adalah mengevaluasi pengalaman yang dipelajari dan pencapaian tujuan, mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam keluarga

maupun diluar keluarga, dan cara memenuhi kebutuhan tersebut, serta mendiskusikan kelanjutan dari perawatan setelah program terapi. Hasil dari sesi keempat ini, keluarga mampu mengungkapkan hambatan dan upaya menggunakan berbagai sumber dukungan yang ada baik di dalam dan di luar keluarga.

Keempat sesi dilakukan dalam 5 kali pertemuan selama 6 minggu dan setiap pertemuan dilaksanakan selama 50 menit. Setiap akhir sesi, keluarga menulis kegiatannya di buku kerja. Setiap lembar buku kerja terdapat tanggal dan nama sesi. Dengan demikian setiap keluarga memiliki catatan perkembangan selama mengikuti Terapi Suportif Kelompok.

Skema di bawah ini menggambarkan landasan teoritis yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu meliputi konsep tentang tuna ganda dan tunanetra ganda, pengertian dan kemampuan keluarga. Selanjutnya juga dibahas, tentang keluarga dengan anak tunanetra ganda yang menyoroti reaksi, peran, keterlibatan dan beban keluarga karena memiliki anak tunanetra ganda. Pada akhirnya kemampuan keluarga ini, akan mempengaruhi keluarga untuk melatih anak dalam kemandirian perawatan diri (*self care*), sehingga keluarga perlu diberikan intervensi melalui terapi kelompok suportif untuk membantu keluarga memaksimalkan potensi dirinya, dalam hal ini adalah kemampuan orangtua dengan anak tunanetra ganda.

### Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian



### BAB 3

## KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesis penelitian yang dilakukan dan definisi operasional variabel-variabel dalam penelitian ini.

### 3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep ini merupakan bagian dari kerangka teori yang menjadi panduan dalam pelaksanaan penelitian. Berdasarkan teori yang telah dikemukakan sebelumnya, salah satu terapi yang dapat diterapkan pada keluarga dengan anak tunanetra ganda adalah terapi suportif kelompok. Dalam penelitian ini terapi suportif kelompok merupakan tindakan perawatan yang menjadi intervensi pada penelitian. Dengan terapi ini diharapkan terjadi penurunan beban keluarga, peningkatan kemampuan keluarga, dan peningkatan kemandirian anak dalam perawatan diri.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi suportif kelompok dan variabel dependen terdiri dari beban dan kemampuan keluarga yang meliputi kemampuan kognitif, afektif dan kemampuan psikomotor. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah pemberian terapi suportif kelompok untuk keluarga dan latihan keterampilan *self care* untuk anak tunanetra ganda.

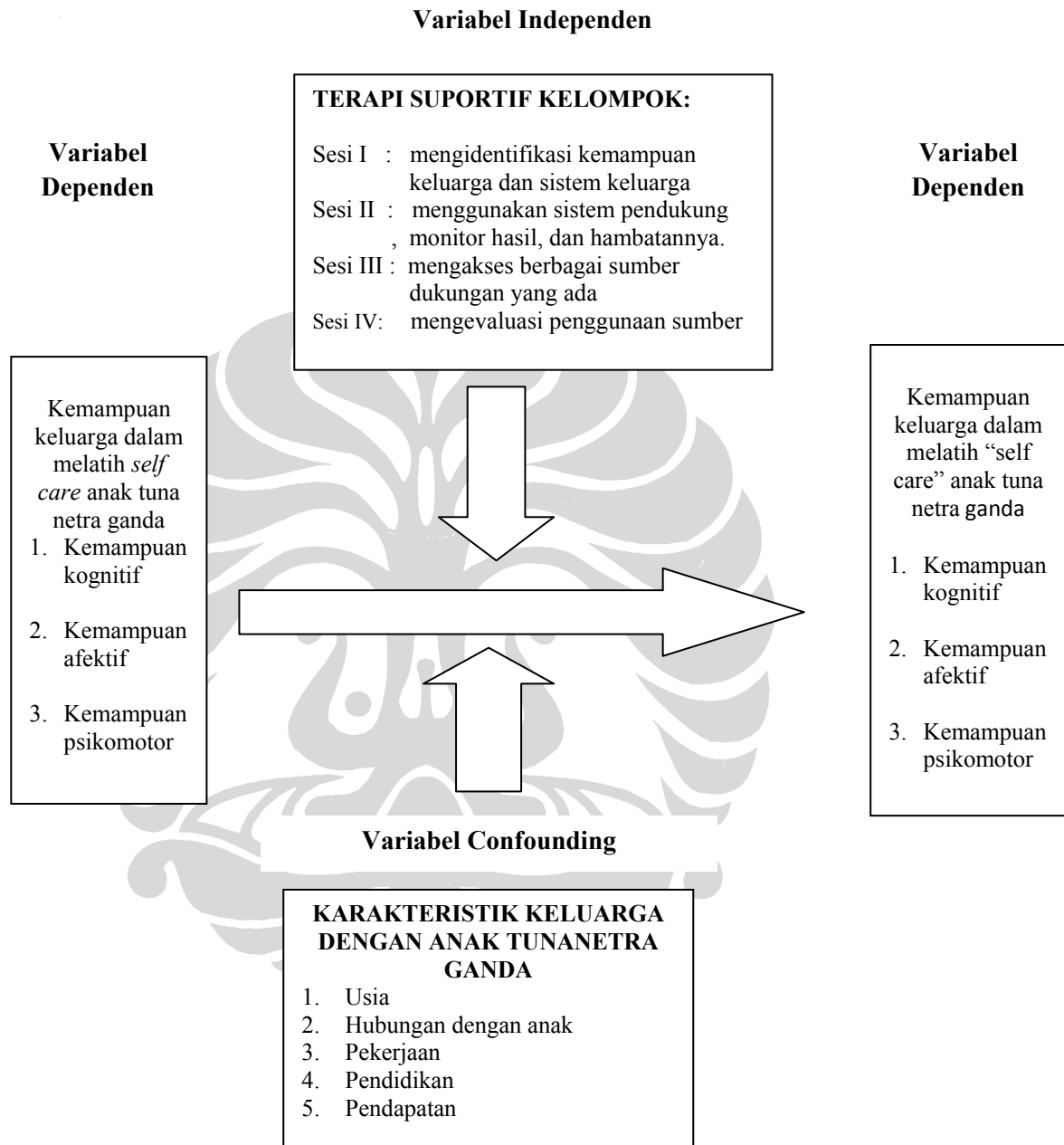
Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan ditetapkan sebagai *confounding factors* adalah usia, hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan. *Output* yang dilihat dari penelitian ini adalah kemampuan keluarga/orangtua dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda. Nilai *post test* dibandingkan dengan nilai *pre test* untuk mengetahui perbedaan tingkat kemampuan sebelum dan sesudah dilakukannya terapi suportif kelompok untuk keluarga.



Berikut ini adalah skema kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian

### Skema 3.1

#### Kerangka Konsep Penelitian



### 3.2 Hipotesis

- 3.2.1 Ada pengaruh pemberian terapi suportif kelompok terhadap kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda.
- 3.2.2 Ada perbedaan kemampuan keluarga yang mendapat terapi dan yang tidak mendapat terapi dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda .
- 3.2.2 Ada hubungan karakteristik keluarga (usia, hubungan keluarga , pendidikan, pekerjaan, pendapatan) dengan kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda .

### 3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional ialah suatu definisi yang didasarkan pada karakteristik yang dapat diobservasi dari apa yang sedang didefinisikan atau mengubah konsep-konsep yang berupa konstruk dengan kata-kata yang menggambarkan perilaku atau gejala yang dapat diamati dan dapat diuji serta ditentukan kebenarannya oleh orang lain (Arikunto,S. 2006). Tujuan dari definisi operasional adalah agar variabel penelitian dapat didefinisikan secara operasional, agar lebih mudah dicari hubungannya antara satu variabel dengan yang lain dan memudahkan pengukurannya.

Definisi operasional untuk setiap variabel dapat dilihat pada tabel berikut ini.

**Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Independen Penelitian**

Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Dependen				
Kemampuan keluarga dalam melatih self care anak tunanetra ganda.	Kemampuan keluarga baik secara kognitif, afektif maupun psikomotor untuk melatih self care tunanetra ganda.	Menggunakan kuesioner tentang kemampuan keluarga meliputi kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor serta buku kerja keluarga.	Skore kemampuan kognitif, kemampuan afektif dan kemampuan psikomotor, masing-masing dengan nilai maksimal 23; 68; 30.	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil Ukur	Skala
Sub Variabel				
Kemampuan kognitif	Kemampuan keluarga secara kognitif untuk mengetahui peran orangtua memenuhi kebutuhan anak tunanetra ganda yang meliputi, mengajar, melatih, memberikan konseling, mengatur tingkah laku, mengasuh saudara kandung, memelihara hubungan perkawinan, mendidik orang terdekat dan menggunakan sumber dukungan,	Menggunakan kuesioner sebanyak 30 pertanyaan.  Penilaian memilih jawaban yang sesuai dengan responden (benar atau salah)	Kuesioner pertanyaan mengetahui tingkat kemampuan keluarga dengan menjawab 30 pertanyaan. Bila jawaban benar di beri nilai 1 dan bila salah dinilai 0, untuk pertanyaan positif dan penilaian sebaliknya untuk penilaian negatif. Nilai terendah 0 dan nilai tertinggi adalah 30	Interval
Kemampuan Afektif	Kemampuan keluarga secara afektif terkait dengan aspek perasaan dan emosi keluarga dalam melaksanakan peran orangtua dalam memenuhi kebutuhan anak tunanetra ganda.	Menggunakan kuesioner pertanyaan sebanyak 20 pernyataan	Kuesioner pertanyaan, mengetahui kemampuan afeksi keluarga dengan menjawab 20 pertanyaan, Nilai terendah 20 dan tertinggi 80. Jawaban untuk pertanyaan positif diberi nilai 1, untuk pernyataan sangat tidak setuju; 2 untuk jawaban tiak setuju; 3 untuk jawaban setuju dan nilai 4 untuk jawaban sangat setuju, dan sebaliknya untuk pertanyaan negatif.	Interval

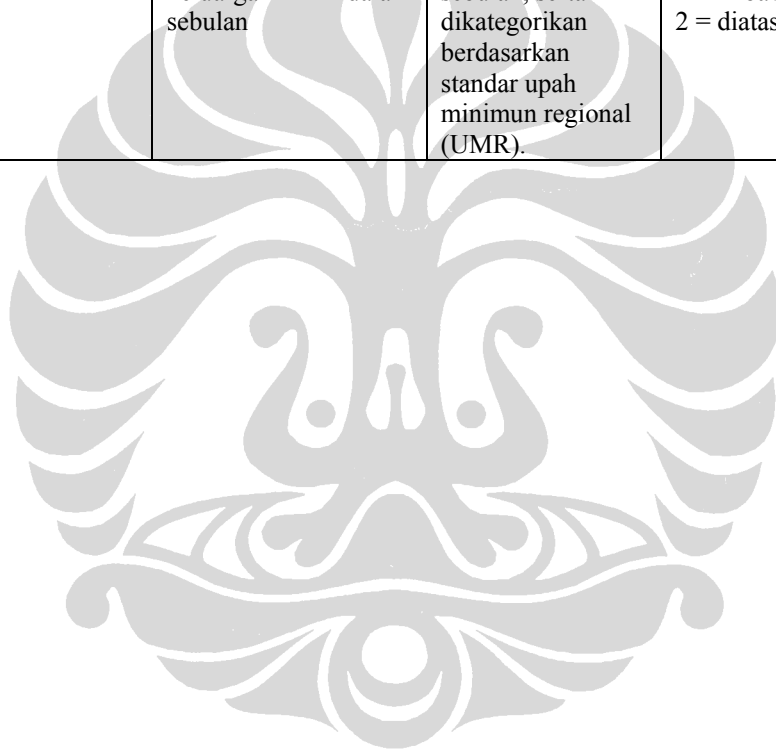
Kemampuan psikomotor	Kemampuan keluarga secara psikomotor terkait dengan pelaksanaan peran keluarga dalam memenuhi kebutuhan anak dan melatih <i>self care</i> tunanetra ganda	Menggunakan kuesioner pertanyaan sebanyak 30 pernyataan  Checklist lembar evaluasi diri	Lembar evaluasi diri untuk mengetahui kemampuan psikomotor keluarga dalam melaksanakan peran keluarga dan kebutuhan anak tunanetra ganda. Berisi 30 item pernyataan evaluasi diri, bila dilakukan nilai 1 bila tidak dilakukan nilai 0 untuk pernyataan positif dan nilai 1 jika tidak dilakukan dan 0 jika dilakukan untuk pernyataan negatif. Nilai terendah 0 dan nilai tertinggi 30	Interval
Terapi Suportif Kelompok	Kelompok keluarga yang mempunyai anak tunanetra ganda, bersama-sama, melakukan kegiatan yaitu memahami peran orang tua dan kebutuhan anak tunanetra ganda, melalui kegiatan dalam 4 sesi.	Menggunakan lembar evaluasi pada tiap sesi terapi suportif kelompok.  Keluarga yang telah mengikuti 4 sesi, dinyatakan telah diberi terapi suportif kelompok.	1 = tidak dilakukan tindakan terapi suportif kelompok  2 = dilakukan tindakan terapi suportif kelompok sesuai dengan pedoman	Interval

Tabel 3.2

### Definisi Operasional Variabel *Confounding* Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara ukur	Hasil Ukur	Skala
Usia	Lama hidup seseorang sampai hari ulang tahun terakhir	Wawancara tentang usia responden dalam tahun.	Usia dalam tahun	Interval
Hubungan dengan Anak	Hubungan keluarga responden dengan anak	Wawancara tentang hubungan responden dengan anak	Dinyatakan dengan angka : 1-2 Pilihan jawaban terdiri : 1. Orangtua kandung 2. Bukan orangtua kandung	Nominal
Pekerjaan	Kegiatan keluarga yang dapat menghasilkan uang	Checklist Format data demografi dengan cara wawancara	Dinyatakan dengan angka : 1-2 Pilihan jawaban terdiri :	Nominal

			1. Bekerja 2. Tidak bekerja	
Pendidikan	Pendidikan yang ditempuh responden secara formal	Wawancara tentang pendidikan responden	1 = rendah (tidak tamat SD dan SMP, tamat SMP) 2 = menengah (tidak tamat SMA dan tamat SMA) 3 = tinggi (Diploma dan Perguruan tinggi)	Ordinal
Pendapatan	Keadaan sosial ekonomi dari keluarga yang digambarkan dengan penghasilan keluarga dalam sebulan	Wawancara tentang pendapatan responden dalam sebulan, serta dikategorikan berdasarkan standar upah minimum regional (UMR).	Dinyatakan dengan angka : 1-2 Pilihan jawaban terdiri dari 1 = Dibawah UMR 2 = diatas UMR	Interval



## BAB 4

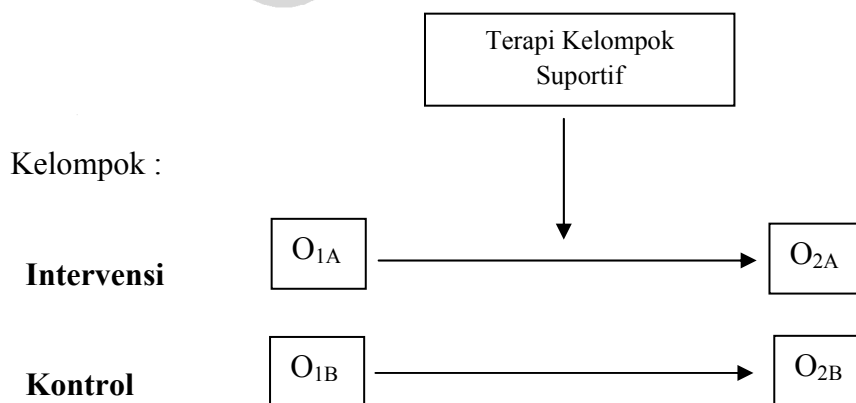
### METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang metodologi penelitian yang terdiri dari : desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, metode pengumpulan data, uji coba instrumen, prosedur pengumpulan data dan hasil analisis data.

#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode intervensi semu (*quasi eksperiment*) dengan rancangan *pre post test with control group design* dengan intervensi Terapi Kelompok Suportif. Dalam desain ini dilakukan observasi sebanyak dua kali yakni observasi sebelum eksperiment dan sesudah eksperimen. Kemudian diasumsikan perbedaan dari sesudah dan sebelum eksperimen, adalah hasil dari treatment yaitu Terapi Kelompok Suportif. Penelitian dilakukan untuk mengetahui perubahan tingkat kemampuan orangtua dalam melatih *self care* anak Tunanetra Ganda, dengan membandingkan kemampuan afektif, kognitif dan psikomotor orangtua sebelum dan sesudah diberikan terapi. Selanjutnya kemampuan ini dibandingkan dengan kelompok orangtua yang tidak mendapatkan Terapi Kelompok Suportif. Berikut ini adalah skema desain penelitian yang akan digunakan :

Skema 4.1 Desain penelitian *pre* dan *post test*



Skema 4.1 Desain Penelitian

Keterangan :

- O1A : Kemampuan orangtua dalam melatih *self care* ATG, pada kelompok intervensi sebelum dilakukan perlakuan (intervensi) Terapi Suportif Kelompok
- O2A : Kemampuan orangtua dalam melatih *self care* ATG, pada kelompok intervensi sesudah dilakukan perlakuan (intervensi) Terapi Suportif Kelompok
- O1B : Kemampuan orangtua dalam melatih *self care* ATG, pada kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan perlakuan (intervensi) Terapi Suportif Kelompok
- O2B : Kemampuan orangtua dalam melatih *self care* ATG, pada kelompok kontrol sesudah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan (intervensi) Terapi Suportif Kelompok
- O2A – 01A : Perbedaan kemampuan orangtua dalam melatih *self care* ATG, pada kelompok intervensi setelah dan sebelum dilakukan perlakuan (intervensi) Terapi Kelompok Suportif.
- O2B – 01B : Perbedaan kemampuan orangtua dalam melatih *self care* ATG, pada kelompok kontrol setelah dan sebelum kelompok intervensi mendapatkan perlakuan (intervensi) Terapi Kelompok Suportif.
- O2A-02B : Adanya perbedaan kemampuan orangtua dalam melatih *self care* ATG antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan (intervensi) Terapi Kelompok Suportif.

## 4.2. Populasi dan Sampel

### 4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan gejala/satuan yang ingin diteliti (Prasetyo, 2005). Populasi penelitian ini adalah seluruh keluarga yang memiliki anak Tunanetra Ganda yang ada di Yayasan SLB-G Rawinala, Jakarta

Timur dan Yayasan SLB-G Bakti Luhur Pamulang, Jakarta Selatan berjumlah 133 orang.

#### 4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik populasi yang diteliti (Arikunto, 2006). Sampel harus dapat menggambarkan populasi yang sebenarnya dan jumlah sampel atau subjek sangat menentukan manfaat penelitian (Sastroasmoro dan Ismael, 2007). Sampel yang digunakan dalam penelitian harus memenuhi kriteria inklusi, yakni karakteristik umum subjek penelitian pada populasi (Sastroasmoro dan Ismael, 2007). Adapun karakteristik sampel untuk keluarga yang dapat dimasukkan dalam kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

1. Orangtua ( ayah dan atau ibu)
2. Bertanggung jawab terhadap anak dan tinggal bersama anak.
3. Berusia lebih dari 18 tahun
4. Bisa membaca dan menulis
5. Bersedia sebagai responden dalam penelitian

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan estimasi (perkiraan) untuk menguji hipotesis beda rata-rata 2 kelompok berpasangan dengan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismael, 2007):

$$n = \frac{[Z_{\alpha} + Z_{\beta}]^2 \cdot f}{d^2}$$

#### Keterangan:

- n** : Besar sampel
- Z<sub>α</sub>** : Harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian pada CI 95 % (α = 0,05), maka Z<sub>α</sub> = 1,96
- Z<sub>β</sub>** : Bila α = 0,05 dan power = 0,80 maka Z<sub>β</sub> = 0,842
- f** : Kesalahan tipe II yang setara dengan 20 % (= 0,2)
- d** : Beda rata-rata yang klinis penting (*clinical judgement*)



$$= 25 \% \text{ atau } 0,25$$

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus diatas, maka :

$$n = \frac{(1,96 + 0,842)^2 \cdot 0,2}{(0,25)^2}$$

$$n = 25,123 \text{ dibulatkan menjadi } 25$$

Maka besar sampel untuk penelitian ini adalah 25 responden untuk setiap kelompok, baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Dalam studi quasi eksperimental ini, untuk mengantisipasi adanya *drop out, loss to follow-up* atau subjek yang tidak taat dalam proses penelitian, maka kemungkinan berkurangnya sampel perlu diantisipasi, yaitu dengan cara melakukan koreksi terhadap besar sampel yang dihitung. Cara yang digunakan adalah dengan menambahkan sejumlah subjek agar besar sample tetap terpenuhi. Adapun rumus untuk penambahan subjek penelitian ini adalah, sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismael, 2007) :

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan :

n' : Ukuran sampel setelah revisi

n : Ukuran sampel asli

1 - f : Perkiraan proporsi drop out, yang diperkirakan 10 % (f = 0,1)

maka :

$$n = \frac{25}{1-0,1}$$

$$n = 27,27 \text{ dibulatkan menjadi } 28$$

Berdasarkan rumus tersebut diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 28 responden untuk setiap kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol sehingga jumlah total sampel adalah 56 responden. Pada pelaksanaan penelitian ini responden yang digunakan untuk kelompok intervensi 26 orang dan kelompok kontrol 25 orang sehingga jumlah total sampel pada penelitian ini adalah 51 responden.

Teknik pengambilan sampel merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2007). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Consecutive Sampling*. Pada *Consecutive Sampling*, semua subyek yang ada dan memenuhi kriteria inklusi dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2007). Sampel dalam penelitian ini adalah orangtua dari anak dengan tunanetra ganda yang tercatat sebagai murid pada kedua Yayasan SLB-G Dwituna Rawinala dan Bakti luhur yang memenuhi kriteria inklusi. Besar sampel untuk setiap kelompoknya sebanyak 28 responden dan diupayakan tingkat homogenitas setara antara kedua kelompok tersebut. Kelompok kontrol adalah kelompok sampel yang memenuhi kriteria inklusi yang ada di SLB G Bhakti Luhur, Pamulang Jakarta dan hanya diberikan asuhan keperawatan generalis koping keluarga tidak efektif dan kurang pengetahuan keluarga dalam melatih anak tunanetra ganda. Sedangkan kelompok intervensi adalah kelompok sampel yang memenuhi kriteria inklusi yang ada di SLB G Rawinala Jakarta Timur, dan diberikan terapi tambahan yaitu Terapi Kelompok Suportif.

#### **4.3. Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di SLB-G Rawinala , Jakarta Timur dan SLB-G Bakti Luhur, Pamulang Jakarta. SLB-G Rawinala sebagai kelompok intervensi dan SLB-G Bakti Luhur sebagai kelompok kontrol. Kelompok

kontrol adalah kelompok sample yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak mendapat intervensi Terapi Kelompok Suportif sedangkan kelompok intervensi adalah kelompok sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan mendapat intervensi Terapi Kelompok Suportif. Pemilihan 2 lokasi ini untuk meminimalkan terjadinya bias antar 2 kelompok.

Pemilihan tempat penelitian didasarkan atas kebutuhan peneliti dan kebutuhan institusi SLB G Rawinala serta keterbukaan untuk menerima informasi dan perubahan baru yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan dalam berbagai tatanan masyarakat. Keterbukaan ini dibuktikan dengan Peneliti diberi kesempatan untuk memberikan penyuluhan kesehatan pada acara yang dilakukan oleh Persatuan Orangtua Murid dan Guru (POMG) pada tahun 2009 di SLB-G Rawinala. Disamping itu kelompok Intervensi diambil dari SLB-G Rawinala, karena SLB ini sudah mempunyai wadah perkumpulan orangtua namun belum efektif dan belum pernah ada intervensi dari pelayanan keperawatan, khususnya keperawatan Jiwa. Hal lain yang membuat peneliti memilih SLB-G ini, adalah pernah dilakukannya penelitian dari mahasiswa STISIP Widuri tahun 2007 tentang Hubungan partisipasi keluarga dengan kemandirian anak cacat ganda dengan hasil penelitian didapatkan ada hubungan yang signifikan. Jika partisipasi keluarga dalam katagori tinggi, maka kemandirian anak pada tingkat tinggi, namun belum ada intervensi lanjutan.

#### **4.4. Waktu Penelitian**

Waktu penelitian dimulai dari Februari sampai Juli 2010, yaitu selama enam bulan. Kegiatan dimulai dari penyusunan proposal, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian. Pengumpulan data berlangsung selama 6 minggu yaitu dari tanggal 23 Mei sampai dengan 18 Juni 2010. Penetapan waktu pelaksanaan tindakan terapi kelompok disesuaikan dengan kegiatan institusi pendidikan dari SLB-G masing-masing, tanpa mengurangi tujuan

dan rancangan waktu penelitian.

#### 4.5. Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, dilakukan uji etik oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan hasil uji etik menyatakan penelitian ini lolos dan layak untuk dilakukan penelitian. Selanjutnya peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian pada Pengurus Yayasan SLB-G Dwituna Rawinala dan SLB-G Bakti Luhur. Setelah mendapat persetujuan, peneliti mengkoordinasikan pelaksanaan intervensi dengan pejabat terkait yang berwenang dalam proses pendidikan anak dan pengurus POMG.

Pada saat pelaksanaan, peneliti memberikan penjelasan pada keluarga yang bersedia menjadi responden mengenai: tujuan, manfaat, jaminan kerahasiaan penelitian, dan peran yang dapat dilakukan oleh keluarga selaku responden penelitian. Selanjutnya keluarga diberikan *informed consent* dan menandatangani sebagai bukti kesediaan menjadi responden penelitian.

Apabila responden menolak atau tidak bersedia ikut serta dalam penelitian ini maka peneliti menghormati keputusan tersebut. Etika penelitian terhadap responden penelitian ini meliputi hak klien dihormati jika timbul respon negatif, privasi responden dihormati, anonimitas dipertahankan sedangkan terhadap data dijaga kerahasiaannya, akses hanya pada peneliti dan jika data tersebut sudah selesai digunakan maka data dimusnahkan.

Penelitian ini juga memenuhi beberapa prinsip etik yaitu :

a. *Autonomy* (Kebebasan)

Memberikan penawaran dan kebebasan kepada responden penelitian untuk menentukan apakah bersedia atau tidak mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela. Kebersediaan responden dilegalkan dengan memberikan tanda tangan pada lembar *informed consent*. Tujuan,

manfaat dan resiko yang mungkin terjadi pada pelaksanaan penelitian dijelaskan sebelum responden memberikan persetujuan. Responden juga diberi kebebasan untuk mengundurkan diri setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti atau pada saat penelitian.

b. *Anonymity* (Kerahasiaan)

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak menuliskan nama sebenarnya tetapi dengan kode sehingga responden merasa aman dan tenang.

c. *Confidentially*

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikan. Semua catatan dan data responden disimpan sebagai dokumentasi penelitian.

d. *Non maleficence*

Responden penelitian diusahakan bebas dari rasa tidak nyaman baik ketidaknyamanan fisik (nyeri, panas, dingin) ataupun ketidaknyamanan psikologis (rasa tertekan, cemas).

e. *Justice*

Penelitian ini tidak melakukan diskriminasi pada kriteria yang tidak relevan saat memilih subyek penelitian, namun berdasarkan alasan yang berhubungan langsung dengan masalah penelitian. Setiap subyek penelitian mendapat perlakuan yang sama selama pelaksanaan intervensi.

Seluruh proses penelitian dan didalamnya Intervensi yaitu Terapi Kelompok Suportif yang dilakukan pada responden, harus memperhatikan prinsip-prinsip etik diatas. Sebagai contoh memperhatikan prinsip kejujuran (*honesty*) maka jika pada keluarga kelompok intervensi diberikan Terapi Kelompok Suportif, maka pada keluarga kelompok kontrol diberikan pendidikan kesehatan ataupun terapi yang sama yang diberikan setelah pemberian terapi pada kelompok intervensi, untuk menghindari hasil yang bias dan memenuhi prinsip etik penelitian. Diakhir setiap sesi terapi, dilakukan

evaluasi pelaksanaan terapi sehingga keluarga mengetahui bagaimana perkembangannya selama mengikuti terapi, merupakan salah satu aplikasi dari prinsip kejujuran.

#### 4.6. Alat Pengumpul Data

Mengumpulkan data merupakan hal yang sangat menentukan dalam sebuah penelitian. Pemilihan instrumen yang tepat dan sesuai akan memberikan hasil yang memuaskan dan dapat mengurangi bias. Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara, observasi dan kuisioner sebagai instrumen penelitian untuk mengidentifikasi kemampuan orangtua dalam memberikan latihan *self care* pada anak tunanetra ganda. Pada proses pengumpulan data ini, peneliti dibantu oleh staf pengajar dari Rawinala.

##### 4.6.1. Data Demografi Responden

Instrumen yang akan diberikan terdiri dari instrumen A yaitu Instrumen data demografi: merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik keluarga yang terdiri dari : usia, jenis kelamin, agama. Data demografi responden yang diperlukan dalam penelitian adalah beberapa hal yang berhubungan dengan responden yang berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda . Pertanyaan A yang terdiri dari lima pertanyaan tentang data demografi yang meliputi: usia, hubungan keluarga dengan anak, pendidikan terakhir keluarga, pekerjaan keluarga, dan pendapatan keluarga. Bentuk pertanyaan dalam bentuk pertanyaan tertutup dan peneliti memberi jawaban yang tersedia, sesuai dengan *option* yang dipilih oleh responden.

##### 4.6.2. Pengukuran Kemampuan Orangtua Dalam Melatih *self care* anak tunanetra ganda (ATG)

Selanjutnya instrumen yang diberikan adalah Instrumen

kemampuan orangtua. Instrumen ini merupakan instrumen untuk mengukur kemampuan orangtua dalam memberikan latihan *self care* pada anak. Kemampuan orangtua diukur dengan menggunakan format evaluasi diri kemampuan orangtua secara kognitif yaitu instrument B (mencakup pengetahuan orangtua tentang peran orangtua dan kebutuhan anak dengan tunanetra ganda), dan mengukur kemampuan afektif orangtua dengan menggunakan instrument C (mencakup sikap, reaksi dan harapan orangtua terkait perannya dalam memenuhi kebutuhan anak tunanetra ganda), serta mengukur kemampuan psikomotor orangtua dengan menggunakan instrument D (mencakup keterampilan orangtua terkait perannya dan dalam melakukan latihan *self care* pada anak) dan buku kerja Terapi Kelompok Suportif sebagai instrumen pelengkap.

Instrumen B diberikan untuk mengukur kemampuan kognitif. Penyusunan instrumen B dibuat dan dikembangkan berdasarkan teori dan konsep kebutuhan anak berkebutuhan khusus dan *supportive group*. Penilaian yang dilakukan berdasarkan pernyataan yang diisi. Pernyataan *favorable* yang dijawab "Benar" diberi nilai 1, jawaban "Salah" diberi nilai 0, sedangkan untuk pernyataan *unfavorable* diberi nilai sebaliknya. Responden memberi tanda *checkbox* (✓) pada kolom yang sesuai dengan pengetahuan yang keluarga miliki. Penilaian ditetapkan berdasarkan gradasi dimana nilai 1 dikalikan 23 item pernyataan sama dengan 23 sebagai nilai tertinggi dan nilai 0 dikalikan 23 item pernyataan sama dengan 0 sebagai nilai terendah. Dengan demikian, rentang nilai 0-23 tersebut sebagai batasan kemampuan kognitif. Untuk kemampuan kognitif, rentang 15,5-23 dikategorikan baik, 8,5-15,5 dikategorikan sedang/cukup, dan 0-8,5 dikategorikan kurang.

Instrumen C diberikan untuk mengukur kemampuan afektif. Penyusunan instrumen B, C dan D merupakan modifikasi dari Hellen Keller International Indonesia dan Hilton Perkins International Program 2006 dalam "*The Oregon Project For Visually Impaired and Blind*) mengenai peran orangtua dan kebutuhan ATG. Instrumen mengenai afektif terdiri dari 17 pernyataan setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Penilaian untuk pernyataan *favorable*, jawaban 'sangat setuju' diberi nilai 4, jawaban 'setuju' diberi nilai 3, jawaban 'tidak setuju' diberi nilai 2, dan jawaban 'sangat tidak setuju' diberi nilai 1, sedangkan untuk pernyataan *unfavorable* diberi nilai sebaliknya. Responden memberi tanda *checklist* (√) pada kolom yang sesuai dengan kemampuan afektifnya. Penilaian ditetapkan berdasarkan gradasi dimana nilai 4 dikalikan 17 item pernyataan sama dengan 68 sebagai nilai tertinggi dan nilai 1 dikalikan 17 item pernyataan sama dengan 17 sebagai nilai terendah. Dengan demikian, rentang nilai 17-68 tersebut sebagai batasan kemampuan afektif. Untuk kemampuan afektif, rentang 46,5-68 dikategorikan baik, 24,5-46,5 dikategorikan sedang/cukup, dan 17-24,5 dikategorikan kurang.

Instrumen D diberikan untuk mengukur kemampuan psikomotor. Penyusunan instrumen D 30 pernyataan. Penilaian untuk pernyataan *favorable*, jawaban 'Tidak' diberi nilai 0 dan jawaban 'Ya' diberi nilai 1, sedangkan untuk pertanyaan *unfavorable* diberi nilai sebaliknya. Responden memberi tanda *checklist* (√) pada kolom yang sesuai dengan kemampuan psikomotornya. Penilaian ditetapkan berdasarkan gradasi dimana nilai 1 dikalikan 30 item pernyataan sehingga 30 sebagai nilai tertinggi kemampuan psikomotor. Nilai 0 dikalikan 30 item pernyataan sehingga 0 sebagai nilai terendah kemampuan psikomotor. Dengan demikian rentang nilai 0-30 tersebut sebagai batasan untuk kemampuan psikomotor. Untuk



kemampuan Psikomotor, rentang 20,5-30 berarti dikategorikan baik, rentang 10,5-20,5 sedang/cukup, dan rentang 0-10,5 dikategorikan kurang.

#### 4.7. Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Uji coba ini dilakukan pada 30 orang responden di kedua SLB-G dengan mempertimbangkan karakteristik yang hampir sama dengan responden penelitian. Keluarga yang diikuti sertakan sebagai responden untuk uji coba instrument tidak diikutsertakan sebagai responden penelitian. Instrumen penelitian yang digunakan merupakan modifikasi peneliti yaitu kuisisioner B, C dan D serta data demografi responden yaitu kuisisioner A.

Uji validitas ditujukan untuk mengukur apa yang memang sesungguhnya hendak diukur dan dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment*. Hasil uji dikatakan valid apabila nilai  $r$  hasil (kolom *corrected item- total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari  $r$  tabel (Hastono, 2005). Hasil uji validitas didapatkan pernyataan valid 23 item untuk kuisisioner B, 17 item untuk kuisisioner C dan 30 item untuk kuisisioner Psikomotor dengan  $r$  hasil lebih besar dari  $r$  tabel (0,381).

Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama, atau hasil pengukuran konsisten dan bebas dari kesalahan. Uji reliabilitas dalam penelitian ini membandingkan antara *Cronbach's Coefficient-Alpha* dan nilai  $r$ -tabel. Menurut Partney dan Watkins (2000), estimasi berdasarkan konsep varians/variasi nilai antara dalam sampel dengan nilai koefisien 0,00-1,00. Instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas bila *Cronbach's Coefficient-Alpha* lebih besar dari nilai  $r$ -tabel. Hasil uji instrumen kemampuan kognitif keluarga reliabel dengan nilai *Cronbach's Coefficient-Alpha* 0,5810 dibandingkan nilai  $r$ -

tabel 0,381. Hasil uji instrumen kemampuan afektif keluarga reliabel dengan nilai *Cronbach's Coefficient-Alpha* 0,6023 dibandingkan nilai *r*-tabel 0,381. Hasil uji instrumen kemampuan psikomotor keluarga reliabel dengan nilai *Cronbach's Coefficient-Alpha* 0,6523 dibandingkan nilai *r*-tabel 0,381. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa instrumen penelitian yang digunakan reliabel.

#### 4.8. Prosedur Pelaksanaan Penelitian

Prosedur penelitian dilaksanakan dalam tahapan, sebagai berikut :

##### 4.8.1. Tahap persiapan :

Pada tahap ini, sebagai langkah awal peneliti adalah mengurus surat izin penelitian, yaitu : mengurus surat perizinan dari SLB-G Dwituna Rawinala dan SLB-G Bakti Luhur yang akan dilakukan pada pertengahan bulan April 2010. Setelah mendapat izin, peneliti mengidentifikasi daftar keluarga yang memenuhi kriteria inklusi sampel penelitian. Selanjutnya memberikan lembar penjelasan penelitian pada bakal calon responden dan menjelaskan tujuan serta konsekuensi dari penelitian. Keluarga diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang tidak dimengertinya dan bila ada pertanyaan peneliti menjelaskannya. Langkah akhir dalam mengambil responden peneliti menyerahkan lembar persetujuan menjadi responden atau *informed consent* kepada keluarga. Kesiapan menjadi responden ditandai dengan penandatanganan lembar persetujuan. Proses pengambilan responden berjalan simultan dengan uji coba kuisioner penelitian.

##### 4.8.2. Tahap pelaksanaan :

Pada tahap ini dilaksanakan *pre test*, pelaksanaan terapi, dan *post test*, digambarkan dalam bagan 4.2. Setelah keluarga menandatangani *informed consent*, selanjutnya dilakukan *pre test* dengan diberikan instrumen data demografi (A), instrumen

pengukuran kognitif (B), instrumen pengukuran afektif (C), dan instrumen pengukuran psikomotor (D). Responden memberi tanda *checklist* (√) pada kolom yang disediakan. Setelah mengisi kuesioner, responden diminta menyerahkan kembali kuesioner yang telah diisi dan peneliti mengecek kelengkapannya.

Selanjutnya dijadwalkan pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif yang didasarkan atas kesepakatan bersama pengurus POMG SLB-Rawinala. Keluarga berkumpul di tempat yang telah disepakati pada hari yang berbeda untuk diberikan Terapi Kelompok Suportif sesi satu sampai dengan empat.

Pada sesi I ini, keluarga dalam hal ini orangtua, diharapkan mampu mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sumber pendukung yang ada. Terapis dan keluarga mendiskusikan mengenai apa yang diketahui keluarga mengenai anak tunanetra ganda, cara yang biasa dilakukan keluarga dan hambatannya dalam merawat anak, khususnya dalam melatih *self care anak*, serta sumber pendukung yang ada. Selain itu, memberi motivasi pada keluarga untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi yang diketahui, memberi umpan balik positif kepada keluarga mengenai perawatan anak pada aspek yang sudah benar dilakukannya selama ini, dan memberi masukan serta penjelasan mengenai perawatan anak tunanetra ganda yang belum diketahui/belum dipahami oleh keluarga.

Setelah sesi I berakhir, keluarga mendokumentasikan apa yang didiskusikan selama pertemuan mengenai kemampuan positifnya dalam merawat dan melatih anak serta masalah yang dihadapinya, kemudian menjelaskan sumber pendukung yang ada.

Pelaksanaan sesi II dilakukan pada hari yang sama dengan jam yang berbeda. Pada sesi II ini, keluarga diharapkan mampu menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dan mengidentifikasi hambatannya. Terapis dan keluarga mendiskusikan mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dan hambatannya, melatih serta meminta keluarga untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dengan melibatkan anggota kelompok lainnya.

Setelah sesi II berakhir, keluarga mendokumentasikan apa yang didiskusikan selama pertemuan mengenai daftar kemampuannya dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga, cara menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga, dan hambatan menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.

Pada pelaksanaan sesi III ini, keluarga diharapkan mampu menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dan mengidentifikasi hambatannya. Terapis dan keluarga mendiskusikan mengenai kemampuan positif keluarga menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dan hambatannya, melatih serta meminta keluarga untuk melakukan demonstrasi melatih "self care" anak tunanetra ganda dengan pasangan orangtua dan anaknya untuk keterampilan makan; mengambil alat makan, makan, mengambil minum, dan mencuci alat makan. Kegiatan ini menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dengan melibatkan anggota kelompok lainnya.

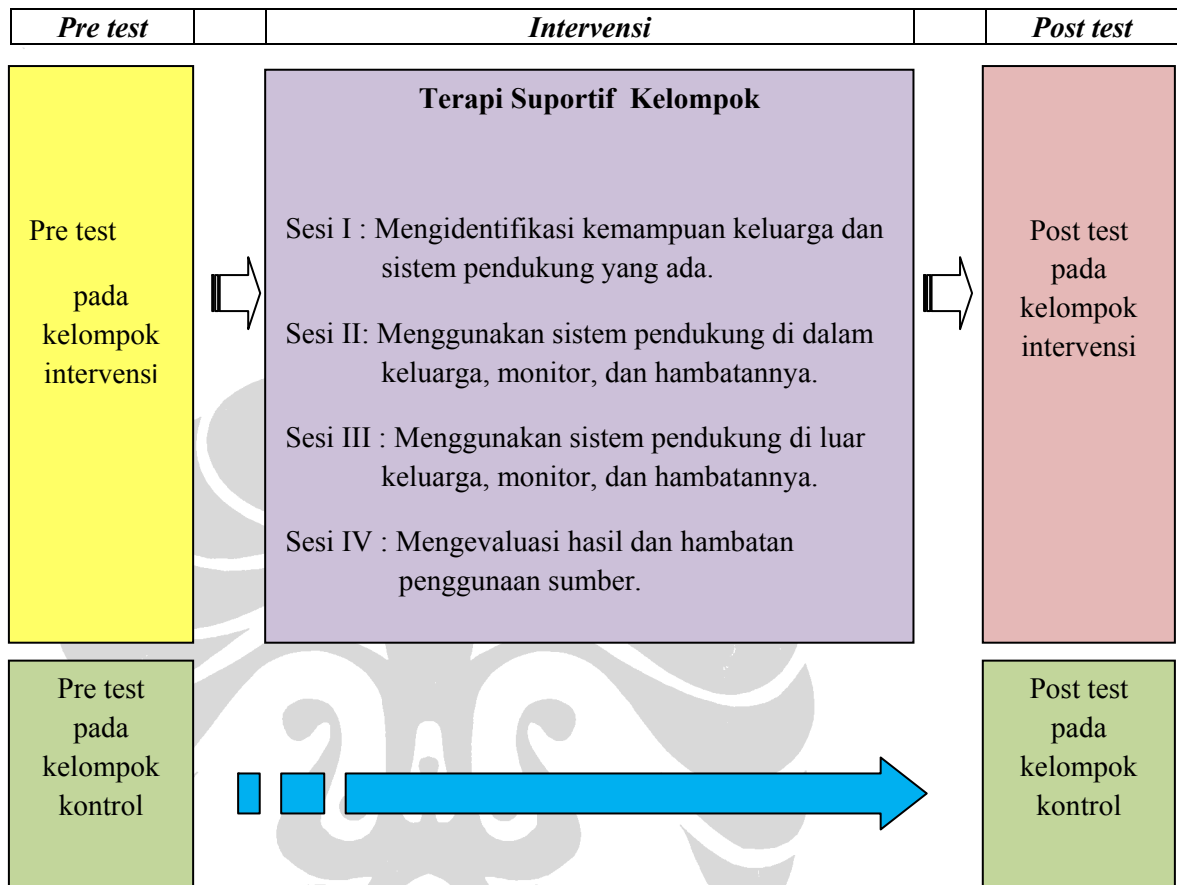
Setelah sesi III berakhir, keluarga mendokumentasikan apa yang didiskusikan selama pertemuan mengenai daftar kemampuannya dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga,

cara menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga, dan hambatan menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga dalam melatih "self care" anak.

Pada pelaksanaan sesi IV ini, terapis dan keluarga mengevaluasi pengalaman yang dipelajari dan pencapaian tujuan, mendiskusikan hambatan yang dihadapi keluarga, dan mengidentifikasi kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam maupun di luar keluarga, cara memenuhi kebutuhan tersebut, serta mendiskusikan kelanjutan dari perawatan setelah program terapi, yaitu latihan *self care* untuk semua aspek kegiatan dalam *self care*. Pada sesi ini semua keterampilan *self care* anak yaitu; berpakaian, mandi, berhias, dan toilet dilatihkan dengan melakukan demonstrasi tetapi belum langsung kepada anak. Setelah sesi IV berakhir, keluarga mendokumentasikan apa yang didiskusikan selama pertemuan mengenai hambatan dan upaya menggunakan berbagai sumber dukungan yang ada baik di dalam dan di luar keluarga dalam melatih *self care* anak.

Pada tahap akhir pelaksanaan pemberian intervensi berupa Terapi Kelompok Suportif, peneliti kembali meminta responden mengisi kuesioner (instrument B, C, dan D) dan mengembalikan buku kerja yang berisi kemampuan anak dalam melakukan "self care". Pengisian kuesioner dilakukan setelah responden menyelesaikan keempat sesi terapi, sedangkan buku kerja sudah diberikan di awal sesi untuk pekerjaan rumah keluarga. Kerangka kerja dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema 4.2

**Skema 4.2**  
**Kerangka Kerja Terapi Suportif Kelompok**  
**Terhadap Keluarga Dengan Anak Tunanetra Ganda**



#### 4.9. Analisa Data

##### 4.9.1. Pengolahan data

Pengolahan data dilakukan melalui serangkaian kegiatan yang meliputi :

- a. *Editing*, untuk memeriksa kelengkapan pengisian instrumen penelitian data yang masuk. Setelah data dikumpulkan selanjutnya peneliti melakukan *editing* dengan cara mengecek kembali semua pernyataan yang diisi oleh responden bahwa semuanya sudah diisi dengan tanda *checklist* (□) dan jawaban relevan dengan kondisi kemampuan keluarga.

- b. *Coding*, untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Pengkodean dilakukan dengan cara melakukan pemberian kode untuk membedakan kedua kelompok keluarga yakni kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS dengan memberi kode angka 1 dan kelompok keluarga yang mendapat TKS dengan memberi kode angka 2. Selain itu pemberian kode dilakukan pada semua data demografi keluarga kecuali usia. Pada variabel hubungan dengan klien dilakukan pengkodean dengan angka 1 untuk hubungan sebagai orangtua kandung dan angka 2 untuk orangtua angkat dan orangtua tiri. Pada variabel pendidikan dilakukan pengkodean dengan angka 1 (pendidikan dasar) untuk responden dengan latar belakang pendidikan SD, dan SMP tidak tamat dan SD tamat. Angka 2 (pendidikan menengah) untuk responden dengan latar belakang pendidikan tamat SLTP dan SLTA tamat dan tidak tamat.

Pada variabel pekerjaan dilakukan pengkodean dengan angka 1 (tidak bekerja) untuk responden sebagai Bapak dan atau Ibu Rumah Tangga dan angka 2 (bekerja) untuk responden dengan pekerjaan sebagai buruh, swasta, pegawai negeri sipil, TNI/Polri dan wiraswasta. Pada variabel pendapatan dilakukan pengkodean dengan angka 1 (di bawah Upah Minimum Reguler/UMR) untuk responden dengan pendapatan di bawah 1 juta dan angka 2 (di atas UMR) untuk pendapatan di atas 1 juta.

- c. *Entry data*, untuk dapat memulai kegiatan memproses data di komputer. Peneliti memasukkan semua data ke dalam paket program komputer.
- d. *Cleaning data*, agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data. Peneliti melakukan kembali pengecekan data yang sudah di-*entry* dan hasilnya menunjukkan bahwa semua data sudah dimasukkan ke dalam program komputer dan tidak ada *missing data*.

## 4.9.2. Analisis Data

### 4.9.2.1. Analisis Univariat

Pada penelitian ini analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel yang diukur dalam penelitian. Karakteristik responden yang meliputi usia, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan anak dan pendapatan, merupakan data katagorik yang dianalisis untuk menghitung frekuensi dan persentase variabel. Kemampuan keluarga ( afektif, kognitif dan psikomotor) merupakan data numerik yang dianalisis untuk menghitung mean, median, standar deviasi, *confidence interval* 95%, nilai maksimal dan minimal. Penyajian data masing-masing variabel dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

### 4.9.2.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan pada penelitian ini untuk membuktikan hipotesis penelitian pertama dan kedua yaitu pembuktian kesetaraan karakteristik keluarga dengan menggunakan *Paired T-Test*. Penggunaan *Paired T-Test* untuk variabel kategorikal, berpasangan, dan lebih dari 2 kelompok. Sebelum dilakukan uji hipotesis, terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan karakteristik keluarga antar kelompok menurut usia yang dianalisis menggunakan Uji Regresi Linear Sederhana sedangkan variabel: hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan antar kelompok diuji dengan menggunakan Uji *Chi-Square*. Uji kesetaraan juga dilakukan terhadap kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor keluarga dalam melatih kemampuan *self care* anak tunanetra ganda pada kedua kelompok (kontrol dan intervensi) sebelum TKS dengan menggunakan *Independent T-Test*.



Uji kesetaraan juga diistilahkan dengan uji homogenitas atau uji normalitas data terhadap karakteristik keluarga yaitu variabel usia, hubungan dengan anak, pendidikan, status pekerjaan dan pendapatan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi, dilakukan uji *Chi-Square*. Variabel tersebut pada penelitian ini didapatkan hasil setara atau berdistribusi normal nilai *p* value lebih besar dari  $\alpha$ . Pada penelitian ini kesetaraan kemampuan keluarga dalam memberikan latihan *self care* pada anak digunakan uji *independent sample t-test*. Dengan hasil *p-value* besar dari  $\alpha$  maka kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat disimpulkan setara/ homogen. Data dianalisis dengan menggunakan tingkat kemaknaan (confidence interval) 95 % ( $\alpha = 0,05$ )

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu mengidentifikasi pengaruh Terapi Suportif Kelompok terhadap kemampuan keluarga dalam memberikan latihan *self care* anak tunanetra ganda, di SLB-G Rawinala..

**Tabel 4.1 Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Melatih *self care* anak tunanetra ganda di SLB-G Rawinala, Jakarta**

<b>A. Uji Kesetaraan Karakteristik dan Kemampuan Keluarga</b>			
<b>No</b>	<b>Kelompok Kontrol</b>	<b>Kelompok Intervensi</b>	<b>Cara analisis</b>
1	Usia (data interval)	Usia (data interval)	<i>Independent t-test</i>
2	Hubungan keluarga (data nominal)	Hubungan keluarga (data nominal)	<i>Chi Square</i>
3	Pendidikan (data ordinal)	Pendidikan (data ordinal)	<i>Chi Square</i>

4	Pekerjaan (data nominal)	Pekerjaan (data nominal)	<i>Chi Square</i>
5	Pendapatan (data ordinal)	Pendapatan (data ordinal)	<i>Chi Square</i>
A			
6	Kemampuan keluarga sebelum penelitian (data interval)	Kemampuan keluarga sebelum penelitian (data interval)	<i>Independent t-test</i>
<b>B:</b>			
<b>Analisis Variabel kemampuan Keluarga (Kognitif , afektid dan Psikomotor)</b>			
1	Kemampuan keluarga kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval).	Kemampuan keluarga kelompok intervensi sesudah penelitian (data interval).	<i>Paired t- test</i>
2	Kemampuan keluarga kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval).	Kemampuan keluarga kelompok kontrol sesudah penelitian (data interval).	<i>Paired t- test</i>
3	Kemampuan keluarga kelompok intervensi sesudah penelitian (data interval).	Kemampuan keluarga kelompok kontrol sesudah penelitian (data interval).	<i>Independent t-test</i>

Analisa bivariat digunakan untuk membuktikan tiga hipotesis penelitian: 1) Ada pengaruh pemberian Terapi Kelompok Suportif terhadap kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak, 2) Ada perbedaan kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak setelah dan sebelum mendapatkan Terapi Kelompok Suportif, dan 3) Ada hubungan karakteristik keluarga (usia, hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan) dengan kemampuan keluarga dalam melatih self care anak.

**Tabel 4.2 Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Melatih *self care* anak tunanetra ganda di SLB-G Rawinala, Jakarta.**

<b>A. Analisis Bivariat</b>			
<b>No</b>	<b>Variabel Karakteristik Keluarga</b>	<b>Variabel kemampuan</b>	<b>Cara analisis</b>
1	Usia (data interval)	Kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor keluarga (data interval).	<i>Regresi Linear Sederhana</i>
2	Hubungan dengan klien (data nominal)	Kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor keluarga (data interval).	<i>Regresi Linear Sederhana</i>
3	Pendidikan (data katagorik)	Kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor keluarga (data interval).	<i>Regresi Linear Sederhana</i>
4	Pekerjaan (nominal)	Kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor keluarga (data interval).	<i>Regresi Linear Sederhana</i>
5	Pendapatan (data ordinal)	Kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor keluarga (data interval).	<i>Regresi Linear Sederhana</i>

#### 4.9.2.3. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesa penelitian bahwa ada hubungan antara karakteristik keluarga yang meliputi: usia, hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan, dengan kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda setelah diberikan Terapi Kelompok Suportif. Proses analisis bivariat ini dilakukan dengan cara menghubungkan satu variabel independen dengan seluruh variabel dependen menggunakan Uji Regresi Linear Sederhana.

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh terapi kelompok suportif (TKS) terhadap kemampuan orangtua dalam melatih “self care” anak tunanetra ganda di SLB-G Rawinala Jakarta Timur, yang dilaksanakan pada tanggal 23 Mei sampai 18 Juni 2010. Teknik pengambilan sample yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Consecutive Sampling* yaitu semua subyek yang ada dan memenuhi kriteria inklusi dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan terpenuhi. Sampel dalam penelitian ini adalah orangtua dari anak dengan tunanetra ganda yang tercatat sebagai murid pada kedua Yayasan SLB-G Dwituna Rawinala dan SLB-G Bakti luhur.

Besar sampel yang direncanakan semula untuk penelitian ini adalah sebanyak 56 orang (28 keluarga yang mendapat TKS dan 28 keluarga yang tidak mendapat TKS) sesuai kriteria inklusi, namun pada pelaksanaannya tidak terpenuhi. Pada saat seleksi ada keluarga yang menolak menjadi responden dua keluarga masing-masing untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dan satu keluarga tertimpa musibah pada kelompok kontrol. sehingga jumlah seluruh keluarga yang menjadi responden sebanyak 51 keluarga dari 56 keluarga yang menjadi responden, yaitu 26 keluarga sebagai kelompok yang mendapat TKS (empat sesi) dan 25 keluarga sebagai kelompok yang tidak mendapat TKS. Pada kedua kelompok dilakukan *pre-test* dan *post-test* dan hasilnya dibandingkan. Hasil penelitian ini terdiri dari empat bagian yang akan diuraikan sebagai berikut:

#### **5.1 Proses Pelaksanaan Penelitian**

Seleksi keluarga yang akan menjadi responden dilakukan berdasarkan kriteria inklusi. Pada saat pemberian *informed consent*, terdapat 2 keluarga; satu di SLB-G Rawinala dan satu SLB-G Bakti Luhur, menolak menjadi responden dalam penelitian. 3 keluarga mengundurkan diri (*drop out*), satu di SLB-G Rawinala dan 2 di SLB G Bakti Luhur. Alasan mengundurkan diri karena urusan keluarga, anak dan suami sakit. Jadi jumlah sampel yang didapatkan

berjumlah 51 keluarga dengan jumlah 26 keluarga yang mendapat TKS dan 25 keluarga yang tidak mendapat TKS.

Selanjutnya dari 26 kelompok keluarga Intervensi dibagi menjadi 3 kelompok yaitu kelompok A, B dan Kelompok C . Masing-masing kelompok terdiri dari 8 orang dua kelompok dan 7 orang satu kelompok. Sementara keluarga yang tidak mendapat TKS tidak dibagi dalam kelompok, mereka terdiri dari satu komunitas yaitu kelompok orangtua di SLB-G Bakti Luhur.

Instrumen yang diberikan adalah Instrumen kuisisioner, instrumen ini merupakan instrumen untuk mengukur kemampuan orangtua dalam memberikan latihan *self care* pada anak. Kemampuan orangtua diukur dengan menggunakan format evaluasi diri kemampuan orangtua secara kognitif yaitu instrumen B mencakup pengetahuan orangtua tentang peran orangtua dan kebutuhan anak dengan tunanetra ganda dan mengukur kemampuan afektif orangtua dengan menggunakan instrument C mencakup sikap, reaksi dan harapan orangtua terkait perannya dalam memenuhi kebutuhan anak tunanetra ganda serta mengukur kemampuan psikomotor orangtua dengan menggunakan instrumen D mencakup keterampilan orangtua terkait perannya dalam melakukan latihan *self care* pada anak.

Sebelum instrumen diberikan terlebih dahulu dilakukan uji coba instrumen untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Uji coba ini dilakukan pada tanggal 17 Mei 2010 dengan 30 orang responden di kedua SLB-G, dengan mempertimbangkan karakteristik yang hampir sama dengan responden penelitian. Keluarga yang diikuti sertakan sebagai responden untuk uji coba instrumen tidak diikutsertakan sebagai responden penelitian.

Hasil uji validitas ini menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment*. Hasil uji dikatakan valid karena nilai  $r$  hasil (kolom *corrected item- total*

*correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari  $r$  tabel (Hastono, 2005).

Selanjutnya untuk menguji reliabel dari instrumen yang digunakan adalah dengan membandingkan antara *Cronbach's Coefficient-Alpha* dan nilai  $r$ -tabel. Menurut Partney dan Watkins (2000), estimasi berdasarkan konsep varians/variiasi nilai antara dalam sampel dengan nilai koefisien 0,00-1,00. Instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas bila *Cronbach's Coefficient-Alpha* lebih besar dari nilai  $r$ -tabel. Pada uji coba instrumen ini, pernyataan untuk instrumen B gugur 7 item, untuk instrumen C gugur 3 item, untuk instrumen D gugur 5 item, sehingga item yang digunakan pada instrumen B terdiri dari 23 item instrumen C 17 item dan instrumen D, terdiri dari 30 item.

Proses pelaksanaan selanjutnya adalah melakukan *pre test* yang sebelumnya didahului dengan memberikan penjelasan pada keluarga yang bersedia menjadi responden mengenai: tujuan, manfaat, jaminan kerahasiaan penelitian, dan peran yang dapat dilakukan oleh orangtua selaku responden penelitian. Selanjutnya orangtua memberikan *informed consent* dengan menandatangani sebagai bukti kesediaan menjadi responden penelitian.

Kegiatan ini dilakukan pada tanggal 21 Mei 2010 dan dilengkapi pada tanggal 24 Mei 2010. *Pre test* dilakukan dengan cara membagikan lembar kuesioner yang terdiri dari 4 bagian yakni instrumen A (demografi keluarga), instrumen B (kemampuan kognitif), instrumen C (kemampuan afektif), dan instrumen D (kemampuan psikomotor). Semua responden dapat mengisi seluruh instrumen yang diberikan baik instrumen A, B, C, dan D.

Pelaksanaan terapi kelompok suportif pada kelompok A, B dan C dilakukan pada tanggal 27 Mei untuk sesi 1 dan 2 dan pada tanggal 2 untuk sesi 3 dan pada tanggal 9, 11, dan 18 Juni 2010 untuk sesi 4. Pada sesi 4 ini kegiatan difokuskan kepada kegiatan *self care* secara keseluruhan yaitu makan, mandi,

berpakaian, berhias, dan *toilet training*; bab/bak. Kegiatan dilakukan pada tanggal 11 Juni 2010 untuk 3 kelompok sekaligus dan tanggal 18 Juni 2010 untuk masing-masing kelompok agar lebih intensif dan observasi tidak bias untuk tiap anggota kelompok.

Di bawah ini adalah bagan waktu pelaksanaan terapi kelompok suportif, terdiri dari empat sesi terapi yang dilakukan pada orangtua dengan anak tunanetra ganda,

**Tabel 5.1**  
**Jadwal Pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif**  
**Pada Orangtua dengan Anak Tunanetra Ganda Pada Kelompok**  
**Intervensi, di SLB-G Rawinala, Jakarta**

Kegiatan Waktu & tanggal	Terapi Kelompok Suportif				
	Sesi pada TKS				
	I & II 27 Mei 2010	III 2 Juni 2010	IV 9 Juni 2010	IV 11 Juni 2010	IV 18 Juni 2010
08.00 – 09.00	A	B	C	AB & C	C
09.00 – 10.00	A		A		
10.00 – 11.00	B	C			
11.00 – 12.00	B				
12.00 – 13.00	Istirahat				
13.00 – 14.00	C	A	B	AB & C	B
14.00 – 15.00	C				

Pelaksanaan TKS sesi I sampai IV hampir tidak menemui kendala yang berarti, karena sangat didukung oleh pihak sekolah dan juga para orangtua ATG. Pelaksanaan sesi 1 dan II dilaksanakan pada hari yang sama yaitu tanggal 27 Mei 2010 sedangkan untuk sesi III dilakukan pada tanggal 2 Juni dan untuk sesi IV dilakukan selama 3 kali yaitu tanggal 9, 11, dan 18 Juni 2010. Hal ini merupakan kesepakatan bersama dengan anggota kelompok dan pihak sekolah terkait dengan adanya kegiatan sekolah dan kebutuhan yang lebih intensif untuk mengajarkan orang tua melatih *self care* anak menyangkut semua kegiatan aitu makan, mandi, berpakaian, berhias, dan toilet. Kegiatan dilakukan atas dasar kebutuhan bersama, bertujuan untuk meningkatkan

kemampuan orangtua dalam melatih *self care* ATG, sharing pengalaman dalam melatih anak dan meningkatkan kemampuan koping dalam merawat dan melatih anak. Pelaksanaan diatur sedemikian rupa sehingga setiap anggota kelompok mendapat kesempatan yang sama. Proses kegiatan melalui tahapan kemampuan psikomotor, yaitu setelah menerima teori anggota kelompok diberi demonstrasi cara-cara melatih *self care* dan pada akhirnya setiap anggota secara berpasangan dan bergantian peran melakukan redemonstrasi sesama pasangan orang tua dan dengan anaknya untuk kegiatan *self care*. Selanjutnya setiap kali pertemuan pelatihan orang tua diberi buku kerja untuk mengevaluasi sendiri kemampuan melatih ATG di rumah.

Pelaksanaan kegiatan ini, peneliti dibantu oleh guru-guru dari pihak sekolah. Kegiatan melatih *self care* selanjutnya dikoordinir/ ditindak lanjuti oleh pihak sekolah dalam mendemonstrasikan keterampilan melatih *self care* pada orang tua melalui kegiatan *home visite* yang sudah terjadwal rutin. Pada akhir kegiatan peneliti melakukan post test yaitu pada tanggal 23 Juni 2010 sambil mengumpulkan buku kerja sehingga evaluasi kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak lebih objektif karena didasarkan pada laporan kegiatan orangtua yang tertulis pada buku kerja.

## **5.2 Karakteristik Keluarga Yang Mempunyai Anak Tunanetra Ganda**

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang karakteristik keluarga yang mempunyai anak tunanetra ganda yang meliputi: usia, hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan dan kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda. Hasil analisa akan diuraikan sesuai dengan data keluarga baik pada kelompok keluarga yang mendapat TKS dan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS.

### **5.2.1 Karakteristik Keluarga Yang Mempunyai Anak Tunanetra Ganda Dalam Melatih kemampuan self care ATG Pada Kelompok Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Yang Tidak Mendapat TKS**

Pada bagian ini akan dijelaskan mengenai distribusi karakteristik keluarga yang mempunyai anak tunanetra ganda yang meliputi: usia, hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan.



### 5.2.1.1 Usia

Karakteristik usia keluarga merupakan variabel numerik yang dianalisis secara deskriptif. Hasil distribusinya disajikan pada tabel 5.2 berikut :

**Tabel 5.2 Analisis Keluarga Yang Mempunyai ATG Berdasarkan Usia Pada Kelompok Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Yang Tidak Mendapat TKS di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Bulan Mei-Juni 2010 (n=51)**

Variabel	Jenis Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Usia keluarga	Keluarga Yang Mendapat TKS	26	42,54	42,00	8,272	30-55	39,20 – 45,88
	Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS	25	38,00	41,00	12,045	18-57	33,03 – 42,97
TOTAL		51	40,27	41,50	10,158	18-57	36,12 – 44,43

Hasil pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 51 keluarga yang mempunyai anak tunanetra ganda, terdiri dari 26 kelompok keluarga yang mendapat TKS dan 25 kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS. Rerata usia keluarga dalam penelitian ini adalah 40,27 tahun. Kelompok keluarga yang mendapat TKS rata-rata berusia 42,54 tahun, dengan nilai standar deviasi 8,27, usia paling muda 30 tahun dan usia paling tua 55 tahun. Hasil estimasi interval menunjukkan bahwa 95 % usia responden yang mendapat TKS diyakini berada pada rentang 39,20 sampai dengan 45,88. Sedangkan dari 25 keluarga yang tidak mendapat TKS rata-rata berusia 38.00 tahun dengan nilai standar deviasi 12,05, usia paling muda 18 tahun dan usia paling tua 57 tahun. Hasil estimasi interval menunjukkan bahwa 95 % usia responden

yang tidak mendapat TKS diyakini berada pada rentang 33,03 sampai dengan 42,97.

- 5.2.1.2 Hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan  
Karakteristik keluarga yang meliputi: hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan merupakan variabel kategorik yang dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil distribusinya disajikan pada tabel 5.3 berikut :

**Tabel 5.3 Distribusi Karakteristik Keluarga Menurut Hubungan Keluarga, Pendidikan, Pekerjaan, dan Pendapatan Pada Kelompok Yang Mendapat TKS dan Kelompok Yang Tidak Mendapat TKS Di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Bulan Mei – Juni 2010 (n=51)**

Karakteristik	Kelompok Yang Mendapat TKS (n=26)		Kelompok Yang Tidak Mendapat TKS (n=25)		Jumlah (N= 51)	
	N	%	n	%	n	%
1. Hubungan keluarga						
a. Kandung	23	45,08	17	33,32	40	78,4
b. Bukan Kandung	3	10,8	8	10,8	11	21,6
2. Pendidikan Keluarga						
a. Pendidikan Menengah	18	39,2	18	35,1	36	74,3
b. Pendidikan Tinggi	8	10,8	7	14,9	15	25,7
3. Pekerjaan Keluarga						
a. Bekerja	20	41,9	19	41,9	39	83,8
b. Tidak bekerja	6	8,1	6	8,1	12	16,2
4. Pendapatan						
a. Di atas UMR	22	44,6	20	43,2	42	87,8
b. Di bawah UMR	4	5,4	5	6,8	9	12,2

Hasil pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa keluarga dalam penelitian ini paling banyak adalah sebagai orangtua kandung ATG yaitu 78,4 % dan bukan kandung 21,6 %. Berpendidikan menengah 74,3 %, pendidikan tinggi 25,7. Berstatus bekerja 83,8 % dan tidak bekerja 16,2 % dan berpendapatan diatas UMR 87,8 %, di bawah Upah Minimum Reguler 12,2 %.

## 5.2.2 Kesetaraan Karakteristik Keluarga Yang Mempunyai Anak Tunanetra Ganda Dalam Melatih *self care* anak Antara Kelompok Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Yang Tidak Mendapat TKS

Validitas hasil penelitian *quasi experiment* ditentukan dengan menguji kesetaraan karakteristik subyek penelitian antara kelompok keluarga yang mendapat TKS dan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS. Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak ada perbedaan secara bermakna antara kelompok keluarga yang mendapat TKS dan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS atau dengan kata lain kedua kelompok sebanding.

### 5.2.2.1 Kesetaraan Karakteristik Keluarga Berdasarkan Usia

Untuk melihat kesetaraan karakteristik usia keluarga pada kelompok keluarga yang mendapat TKS dan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS dilakukan dengan menggunakan *Independent T-Test*. Hasil uji kesetaraan usia keluarga dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut :

**Tabel 5.4 Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia Keluarga Pada Kelompok Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Yang Tidak Mendapat TKS Di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Bulan Mei- Juni 2010 (n=51)**

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	T	P value
Usia	Keluarga Yang Mendapat TKS	26	42,54	8,272	1,622	1,574	0,122
	Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS	25	38,00	12,045	2,409		

Hasil analisis uji statistik pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa usia pada kelompok keluarga yang mendapat TKS dan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS setara ( $p > \alpha 0,05$ ).

### 5.2.2.2 Kesetaraan Karakteristik Keluarga Berdasarkan Hubungan Keluarga, Pendidikan, Pekerjaan, dan Pendapatan

Uji kesetaraan karakteristik keluarga yang meliputi: hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan keluarga baik pada kelompok keluarga yang mendapat TKS dan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS menggunakan Uji *Chi Square*. Hasil uji disajikan pada tabel 5.5 berikut :

**Tabel 5.5 Analisis Kesetaraan Karakteristik Hubungan Keluarga, Pendidikan, Pekerjaan, dan Pendapatan Antara Kelompok Intervensi Dengan Kelompok Kontrol Di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Bulan Mei – Juni 2010**

Karakteristik	Keluarga Yang Mendapat TKS (n=26)		Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS (n=25)		Jumlah (n=51)		P Value
	N	%	n	%	N	%	
1. Hubungan keluarga							
a. Kandung	23	45,1	24	47,1	47	92,2	0,610
b. Bukan kandung	3	5,8	1	2,0	4	7,8	
TOTAL	26	50,9	25	49,1	51	100	
2. Pendidikan Keluarga							
a. Rendah	0	0	12	23,5	12	23,5	0,567
b. Menengah	15	29,4	9	17,2	24	47,1	
c. Tinggi	11	21,5	4	7,9	15	29,4	
TOTAL	26	50,9	25	49,1	51	100	
3. Pekerjaan Keluarga							
a. Bekerja	20	21,5	16	31,4	27	52,9	0,614
b. Tidak Bekerja	6	29,4	9	17,7	24	47,1	
TOTAL	26	50,9	25	49,1	51	100	
4. Pendapatan							
a. Diatas UMR	22	31,3	12	23,6	28	54,9	0,199
b. Di bawah UMR	4	19,6	13	25,5	23	45,1	
TOTAL	26	50,9	25	49,1	51	100	

Hasil analisis pada tabel 5.5 dapat disimpulkan bahwa karakteristik hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan pada kelompok keluarga yang mendapat TKS dan

kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS setara ( $p > \alpha$  0,05). ( $p$  berturut-turut: (0,610; ; 0,567; 0,614,dan 0,199).

### 5.3 Kemampuan Kognitif, Afektif, dan Psikomotor Keluarga dalam melatih self care Anak Tunanetra Ganda (ATG)

Pada bagian ini akan dijelaskan mengenai kemampuan keluarga yang mempunyai ATG dalam melatih self care anak, baik pada kelompok keluarga yang mendapat TKS dan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS serta analisis kesetaraan diantaranya.

#### 5.3.1 Kemampuan Kelompok Keluarga Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS Sebelum Pelaksanaan Terapi kelompok suportif.

Kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda pada kelompok keluarga yang mendapat TKS dan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS dilakukan dengan menggunakan analisis deskriptif. Distribusi hasil disajikan pada tabel 5.6 berikut :

**Tabel 5.6 Analisis Kemampuan Keluarga Dalam Melatih *Self Care* ATG Pada Kelompok Keluarga Yang Mendapat Dan Yang Tidak Mendapat TKS Sebelum Pelaksanaan Terapi kelompok suportif Mei – Juni 2010 (n=51)**

Kemampuan	Kelompok	n	Mean	SD	Median	Min-Maks	95% CI
Kognitif	Keluarga Yang Mendapat TKS	26	20,42	1,629	21,00	16 - 23	19,77 – 21,08
	Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS	25	19,24	3,421	20,00	6 - 23	17,82 – 20,66
Afektif	Keluarga Yang Mendapat TKS	26	52,46	3,361	53,00	46 - 59	51,10 – 53,82
	Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS	25	50,08	5,049	50,00	41 - 59	48,00 – 52,16
Psiko Motor	Keluarga Yang Mendapat TKS	26	21,69	5,555	23,50	9 - 29	19,45 – 23,94
	Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS	25	26,36	3,377	28,00	19 - 30	24,97 – 27,75

Hasil analisis pada tabel 5.6 menunjukkan bahwa rerata kemampuan kognitif keluarga dalam penelitian ini adalah 19,83. Kelompok keluarga yang mendapat TKS rerata kemampuan kognitifnya 20,42 sedangkan dari keluarga yang tidak mendapat TKS rerata kemampuan kognitifnya 19,24. Dengan demikian kemampuan kognitif keluarga sebelum diberikan TKS berada pada kategori baik (rentang kategori baik 15,5- 23).

Rerata kemampuan afektif keluarga dalam penelitian ini adalah 51,27. Kelompok keluarga yang mendapat TKS rerata kemampuan afektifnya 52,46 sedangkan dari keluarga yang tidak mendapat TKS rerata kemampuan afektifnya 50,08. Dengan demikian kemampuan afektif keluarga sebelum diberikan TKS berada pada kategori baik (rentang kategori baik 46,5-68).

Rerata kemampuan psikomotor keluarga dalam penelitian ini adalah 24,03. Kelompok keluarga yang mendapat TKS rerata kemampuan psikomotornya 21,69 sedangkan dari keluarga yang tidak mendapat TKS rerata kemampuan psikomotornya 26,36. Dengan demikian kemampuan psikomotor keluarga sebelum diberikan TKS berada pada kategori baik (rentang kategori baik 20,5-30).

### 5.3.2 Kesetaraan Kemampuan Kelompok Keluarga Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS

Untuk melihat kesetaraan kemampuan keluarga dalam melatih *self care* ATG pada kelompok keluarga yang mendapat TKS dan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS dilakukan dengan menggunakan *Independent T-Test*. Hasil uji memperlihatkan kemampuan keluarga dalam melatih *self care* Anak tunanetra ganda pada kelompok keluarga yang mendapat TKS dan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS berdasarkan uji statistik adalah setara ( $p > \alpha 0,05$ ). Hasil uji disajikan pada tabel 5.7 berikut :

**Tabel 5.7 Analisis Kesetaraan Kemampuan Keluarga Dalam Melatih *Self Care* ATG pada Kelompok Keluarga Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS Sebelum Pelaksanaan Terapi kelompok suportif Di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Mei-Juni 2010 (n=51)**

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	T	P value
Kognitif (Pre Test) <sup>6</sup>	Keluarga Yang Mendapat TKS	26	20,42	1,629	0,319	1,563	0,127
	Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS	25	19,24	3,431	0,686		
Afektif (Pre Test)	Keluarga Yang Mendapat TKS	26	52,46	3,361	0,659	1,975	0,555
	Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS	25	50,08	5,049	1,010		
Psikomotor (Pre Test)	Keluarga Yang Mendapat TKS	26	21,69	5,555	1,089	1,059	0,226
	Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS	25	26,36	3,377	0,675		

Hasil analisis pada tabel 5.7 menunjukkan bahwa kemampuan pada kelompok keluarga yang mendapat TKS dan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS setara (p berturut-turut : 0,127; 0,555; 0,226).

5.3.3. Kemampuan Kelompok Keluarga Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS Sebelum-Sesudah Pelaksanaan Terapi kelompok suportif  
Kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda pada kelompok keluarga yang mendapat TKS dan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS, sebelum dan sesudah, dilakukan dengan menggunakan *Dependent Paired T-Test*. Distribusi hasil disajikan pada tabel 5.8, berikut :

**Tabel 5.8 Analisis Kemampuan Keluarga Dalam Melatih *Self Care* ATG Sebelum Dan Sesudah Terapi kelompok suportif Pada Kelompok Keluarga Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS Di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Bulan Mei-Juni 2010 (n=51)**

Kelompok	Kemampuan	n	Mean	SD	SE	T	P-value	
Keluarga Yang Mendapat TKS	Kognitif	a. Sebelum	26	20,42	1,629	0,319	-2,403	0,024
		b. Sesudah	26	21,62	2,228	0,437		
		Selisih		1,20	0,599	0,118		
	Afektif	a. Sebelum	26	52,46	3,361	0,659	-5,318	0,000
		b. Sesudah	26	58,31	4,663	0,914		
		Selisih		5,85	1,302	0,255		
	Psikomotor	a. Sebelum	26	21,69	5,555	1,089	-5,590	0,000
		b. Sesudah	26	26,69	4,269	0,837		
		Selisih		5,00	1,286	0,252		
Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS	Kognitif	a. Sebelum	25	19,24	3,431	0,686	2,000	0,057
		b. Sesudah	25	19,04	3,446	0,689		
		Selisih		-0,20	0,015	0,003		
	Afektif	a. Sebelum	25	50,08	5,049	1,010	-1,365	0,185
		b. Sesudah	25	50,20	5,066	1,013		
		Selisih		0,12	0,017	0,003		
	Psikomotor	a. Sebelum	25	26,36	3,377	0,675	1,693	0,103
		b. Sesudah	25	26,20	3,317	0,663		
		Selisih		-0,16	0,060	0,012		

Hasil analisis pada tabel 5.8 menunjukkan bahwa sebelum dan sesudah, pada kelompok keluarga yang mendapat TKS terdapat peningkatan kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor yang bermakna dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda. Pada kemampuan kognitif meningkat secara bermakna sebesar 1,2 dengan  $p = 0,024$  ( $\alpha=0,05$ ). Peningkatan ini sudah menunjukkan skor rata-rata kemampuan kognitif menjadi termasuk kategori baik (skor minimal kategori baik = 15,5). Kemampuan afektif pun meningkat secara bermakna sebesar 5,85 dengan  $p = 0,000$  ( $\alpha=0,05$ ). Peningkatan ini sudah menunjukkan skor rata-rata kemampuan afektif menjadi termasuk kategori baik (skor minimal kategori baik = 46,5). Peningkatan secara bermakna terjadi pula pada kemampuan psikomotor yakni sebesar 5,00 dengan  $p = 0,000$  ( $\alpha=0,05$ ). Peningkatan ini pun sudah menjadikan skor rata-rata



kemampuan psikomotor mencapai batas minimal kategori baik (skor minimal kategori baik = 20,5). Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa pada alpha 5%, sebelum dengan sesudah TKS, ada peningkatan yang bermakna rata-rata kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor pada kelompok keluarga yang mendapat TKS dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda ( $p < \alpha 0,05$ ).

Kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda sebelum dan sesudah, pada kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS terjadi penurunan. Kemampuan kognitif turun sebesar -0,2 dengan  $p=0,057$  ( $\alpha=0,05$ ). Kemampuan psikomotor mengalami penurunan sebesar -0,16 dengan  $p=0,103$  ( $\alpha = 0,05$ ) sedangkan kemampuan afektif keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda, sebelum dan sesudah, terjadi peningkatan secara tidak bermakna sebesar 0,12 dengan  $p=0,185$  ( $\alpha=0,05$ ) sama dengan ( $p\text{-value} > 0,05$ ). Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa pada alpha 5% terdapat peningkatan tidak bermakna pada kemampuan kognitif keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda pada kelompok yang tidak mendapat TKS sebelum-sesudah TKS ( $p < \alpha 0,05$ ) namun terdapat penurunan pada kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dengan ( $p > \alpha 0,05$ ).

#### 5.3.4 Selisih Kemampuan Kelompok Keluarga Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS Sesudah Pelaksanaan Terapi kelompok suportif

Selisih kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda sebelum dan sesudah pelaksanaan TKS pada kelompok yang mendapat TKS dan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS dijelaskan pada tabel 5.9. berikut :

**Tabel 5.9 Analisis Selisih Kemampuan Keluarga Dalam Melatih *Self Care* ATG Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Terapi kelompok suportif Pada Kelompok Keluarga Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS Di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Bulan Mei-Juni 2010 (n=51)**

Kemampuan	Kelompok	Selisih	p value
Kognitif	Keluarga Yang Mendapat TKS	1,20	0,024
	Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS	-0,20	
Afektif	Keluarga Yang Mendapat TKS	5,85	0,000
	Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS	0,12	
Psikomotor	Keluarga Yang Mendapat TKS	5,00	0,000
	Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS	-0,16	

Hasil analisis pada tabel 5.9 menunjukkan bahwa selisih peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor pada kelompok keluarga yang mendapat TKS, lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS ( $p < \alpha 0,05$ ).

#### 5.3.5 Perbedaan Kemampuan Kelompok Keluarga Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS Sesudah Pelaksanaan Terapi kelompok suportif

Perbedaan kemampuan Keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda pada kelompok keluarga yang mendapat TKS dan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS, dilakukan dengan menggunakan *Independent T-Test*. Hasil analisis disajikan pada tabel 5.10.berikut :

**Tabel 5.10 Analisis Kemampuan Keluarga Dalam Melatih *Self Care* ATG Sesudah Dilakukan Terapi kelompok suportif Pada Kelompok Keluarga Yang Mendapat TKS Dan Kelompok Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS Di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Bulan Mei -Juni 2010 (n=51)**

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	T	P-value
Kognitif ( <i>Post Test</i> )	Keluarga Yang Mendapat TKS	26	21,62	2,228	0,437	3,156	0,003
	Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS	25	19,04	3,446	0,689		
	Selisih		4,21	0,447			
Afektif ( <i>Post Test</i> )	Keluarga Yang Mendapat TKS	26	58,31	4,663	0,94	5,940	0,000
	Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS	25	50,20	5,066	1,013		
	Selisih		3,92	3,125			
Psikomotor ( <i>Post Tes</i> )	Keluarga Yang Mendapat TKS	26	26,69	4,269	1,026	3,287	0,006
	Keluarga Yang Tidak Mendapat TKS	25	26,20	3,317	0,837		
	Selisih		14,10	0,336			

Hasil analisis pada tabel 5.10 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor lebih tinggi secara bermakna, pada keluarga yang mendapat TKS dibandingkan dengan kelompok keluarga yang tidak mendapat TKS ( $p < \alpha 0,05$ ), yaitu secara berturut-turut ( 0,003; 0,000; 0,006 )

#### 5.4 Faktor Yang Berkontribusi Pada Kemampuan Keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda

Faktor-faktor yang berkontribusi pada kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda yang meliputi: jenis kelamin, usia, agama, , pendidikan, pekerjaan, pendapatan, hubungan keluarga dan TKS, dianalisis menggunakan Uji Korelasi Regresi Linier Sederhana. Hasil analisis faktor-faktor yang berkontribusi pada kemampuan kognitif keluarga disajikan pada tabel 5.11, pada kemampuan afektif keluarga disajikan pada tabel 5.12, dan pada kemampuan psikomotor keluarga disajikan pada tabel 5.13.

**Tabel 5.11 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Kognitif Keluarga Dalam Melatih *Self Care* ATG di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur Bulan Mei – Juni 2010 (n=51)**

Karakteristik Keluarga	Kemampuan Kognitif				
	N	R	R square	T	p-value
1. Usia	51	0,534	0,285	-0,053	0,958
2. Pendidikan	51			0,683	0,498
3. Pekerjaan	51			0,916	0,365
4. Pendapatan	51			0,948	0,349
5. Hubungan Keluarga	51			-0,337	0,738
6. Terapi kelompok suportif	51			3,462	0,005

Hasil analisis dari tabel 5.11 menunjukkan bahwa tidak ada karakteristik keluarga (usia, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan hubungan keluarga) yang berkontribusi terhadap kemampuan kognitif keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda ( $p > \alpha 0,05$ ). Nilai koefisien determinasi (*R square*) sebesar 0,285, hal ini berarti bahwa variabel TKS berpeluang meningkatkan kemampuan kognitif sebesar 28,5% sedangkan sisanya oleh faktor lain.

**Tabel 5.12 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Afektif Keluarga Dalam Melatih *Self Care* ATG bulan Mei- Juni 2010 (n=51)**

Karakteristik Keluarga	Kemampuan Afektif				
	N	R	R square	T	p-value
1. Usia	51	0,765	0,585	-0,564	2,576
2. Pendidikan	51			2,507	0,016
3. Pekerjaan	51			-0,506	0,616
4. Pendapatan	51			1,177	0,246
5. Hubungan Keluarga	51			0,377	0,708
6. Terapi kelompok suportif	51			3,751	0,001

Hasil analisis dari tabel 5.12 menunjukkan bahwa tidak ada karakteristik keluarga (usia, pekerjaan, pendapatan dan hubungan keluarga) yang berkontribusi terhadap kemampuan afektif keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda ( $p > \alpha 0,05$ ) kecuali pendidikan ( $p < \alpha 0,05$ ). Nilai

koefisien determinasi (*R square*) sebesar 0,585, hal ini berarti bahwa variabel TKS berpeluang meningkatkan kemampuan afektif sebesar 58,8% sedangkan sisanya oleh faktor lain.

**Tabel 5.13 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Psikomotor Keluarga Dalam Melatih *Self Care* ATG di SLB G Rawinala dan Bakti Luhur bulan Mei-Juni 2010 (n=51)**

Karakteristik Keluarga	Kemampuan Psikomotor				
	N	R	<i>R square</i>	T	p-value
1. Usia	51			0,009	0,993
2. Pendidikan	51			-0,700	0,488
3. Pekerjaan	51	0,437	0,459	-0,695	0,491
4. Pendapatan	51			1,934	0,060
5. Hubungan keluarga	51			0,544	0,589
6. Terapi kelompok suportif	51			2,798	0,002

Hasil analisis dari tabel 5.13 menunjukkan bahwa tidak ada karakteristik keluarga (jenis kelamin, usia, agama, hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan) yang berkontribusi terhadap kemampuan psikomotor keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda ( $p > \alpha$  0,05). Nilai koefisien determinasi (*R square*) sebesar 0,459, hal ini berarti bahwa variabel TKS berpeluang meningkatkan kemampuan psikomotor sebesar 45,9% sedangkan sisanya oleh faktor lain.

## BAB 6

### PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil dari penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya; keterbatasan penelitian yang terkait dengan desain penelitian yang digunakan dan karakteristik sampel yang digunakan; dan selanjutnya akan dibahas pula tentang bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh terapi suportif kelompok terhadap kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak dengan tunanetra ganda. Di SLB-G Rawinala, Jakarta Timur. Mengetahui perbedaan kemampuan keluarga dalam memberikan latihan *self care* yang mendapat terapi kelompok suportif selama kurang lebih 6 minggu dengan kemampuan keluarga yang tidak mendapatkan terapi kelompok suportif.

Keluarga dengan anak berkebutuhan khusus yaitu anak tunanetra ganda membutuhkan dukungan kelompok untuk dapat menjalankan perannya khususnya dalam memandirikan *self care* anak. Di dalam kelompok, keluarga atau orangtua dapat membangun hubungan yang bersifat suportif antara anggota-terapis dan anggota dengan anggota. Hubungan terapeutik ini untuk meningkatkan kekuatan keluarga, keterampilan koping dan kemampuan keluarga menggunakan sumber kopingnya, meningkatkan otonomi keluarga dalam keputusan tentang perawatan anaknya, meningkatkan kemampuan keluarga mencapai kemandirian seoptimal mungkin, dan kemampuan mengurangi distress subyektif serta respons koping yang maladaptif. Untuk itu diperlukan suatu terapi yang bisa memenuhi kebutuhan keluarga akan adanya kelompok yang terapeutik, yaitu melalui terapi kelompok suportif.

## **6.1 Pengaruh Terapi kelompok suportif Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Melatih *self care* Anak Tunanetra Ganda.**

### 6.1.1 Kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda pada kelompok yang tidak mendapat terapi kelompok suportif (TKS).

Hasil uji statistik menunjukkan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda sebelum dan sesudah, keluarga yang tidak mendapat TKS terjadi penurunan kemampuan. Sementara pada kemampuan afektif terjadi peningkatan namun peningkatan ini tidak bermakna. Secara keseluruhan, berdasarkan hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor orang tua pada kelompok kontrol yaitu kelompok yang tidak mendapatkan terapi kelompok suportif terjadi peningkatan secara tidak bermakna.

Pada kelompok kontrol ini, yaitu kelompok yang tidak mendapatkan terapi kelompok suportif, kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga tidak dilatih secara berkala dan terstruktur, sehingga proses pembelajaran terhadap kemampuan memberikan latihan *self care* pada ATG tidak terjadi. Pada aspek afektif terjadi peningkatan yang tidak bermakna karena kemampuan afektif ini dapat meningkat jika kelompok terpapar secara kognitif dan emosi tentang kebutuhan anak dan peran orangtua. Pada kelompok ini, responden tidak mendapatkan informasi tentang pengetahuan ATG serta tidak mendapatkan cara mempraktikkan memberikan latihan *self care* pada anaknya. Hal inilah yang menjadi dasar tidak signifikannya peningkatan kemampuan keluarga dalam memberikan latihan *self care* pada kelompok yang tidak mendapat terapi kelompok suportif, meskipun sebelumnya sudah berada pada katagori baik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan fenomena masalah penelitian dimana keluarga membutuhkan dukungan sosial melalui sesama orangtua yang memiliki anak berkebutuhan khusus atau seorang pemberi perawatan kesehatan (Videbeck, 2006). Hal ini menjadi penting, mengingat peran mereka berat. Mereka bukan saja menghadapi banyaknya keterbatasan yang dimiliki anak, tetapi juga menghadapi stigma masyarakat bahwa ketunaan anaknya sebagai hukuman atas dosa, akibat penyakit sosial, dan pelanggaran moral (Zelalem, 2002). Heward (1996) mengatakan bahwa mendidik dan melatih anak berkebutuhan khusus merupakan peran orangtua, Miles dan Regio (1999) mengatakan bahwa keluarga merupakan sumber terbesar bagi perkembangan anak berkebutuhan khusus, sehingga cara terbaik membantu anak berkebutuhan khusus adalah dengan memanfaatkan potensi individu dalam keluarga.

Dukungan sosial yang diberikan kepada keluarga melalui terapi kelompok suportif, merupakan salah satu intervensi untuk meningkatkan potensi orangtua sebagai sumber koping individu. Keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus dalam hal ini tunanetra ganda, membutuhkan pemberdayaan keluarga sebagai bentuk dukungan, supaya pertumbuhan dan perkembangan anaknya dapat optimal. Asumsi peneliti bahwa kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga atau orangtua, akan bisa terus meningkat jika dilakukan pendampingan melalui pelatihan secara berkala dan terstruktur terkait dengan peran orangtua untuk memandirikan anak melakukan *self care* dalam segala keterbatasan dan hambatannya.

#### 6.1.2 Kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda pada kelompok yang mendapat terapi kelompok suportif (TKS).

Kemampuan orangtua pada kelompok intervensi terjadi peningkatan yang bermakna setelah dilakukan terapi kelompok suportif. Artinya terapi kelompok suportif berpengaruh secara bermakna terhadap



kemampuan orang tua yang meliputi aspek kognitif, afeksi, dan psikomotor, didasarkan atas uji statistik dengan ( $p\text{-value} < 0,05$ ).

Hasil tersebut sesuai dengan pendapat Heller, dkk (1997, dalam Chien, Chan, dan Thompson, 2006) bahwa dukungan kelompok dalam hal ini melalui terapi kelompok suportif berhubungan dengan peningkatan fungsi secara psikologis dan mengurangi beban keluarga. Sedangkan mutual support yaitu dukungan yang bermanfaat adalah suatu proses partisipasi dimana terjadi aktifitas berbagai pengalaman situasi dan masalah yang difokuskan pada prinsip memberi dan menerima. Terapi kelompok suportif mengakomodasi prinsip mutual support ini sehingga, keluarga dapat mengembangkan pengetahuan dan mengaplikasikan keterampilan *self care* pada anak.

Proses pendampingan perawat di dalam melakukan terapi suportif sejalan dengan peran perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan, karena perawat mempunyai tanggung jawab dan peran dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat, yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Termasuk dalam upaya ini adalah meningkatkan status kesehatan jiwa masyarakat, melalui upaya promotif dengan melakukan terapi spesialis jiwa yaitu terapi psychoedukasi dan terapi kelompok suportif. Wujud dari pelayanan keperawatan kesehatan jiwa yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan umum ini dikenal dengan istilah *Psychiatric Consultation Liaison Nurse (PCLN)*.

Seorang PCLN mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan psikiatri dengan memberikan konsultasi dan pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga terkait dengan masalah psikososial yang dihadapinya (Stuart & Laraia, 2005). Menurut (Chase dan kawan-kawan, 2000, dalam Stuart & Laraia, 2005), PCLN dapat melakukan pengkajian, merekomendasikan, dan atau memberikan terapi suportif

pada pasien-pasien yang mengalami kecemasan, depresi, dan masalah-masalah psikologis maupun distres emosional. Bentuk kontribusi langsung yang dapat dilakukan oleh seorang PCLN dapat berupa pemberian intervensi keperawatan spesialistik seperti terapi-terapi psikososial yang ditujukan untuk individu, keluarga dan masyarakat.

Dapat disimpulkan terkait dengan penelitian ini, bahwa seorang perawat spesialis jiwa bertanggung jawab untuk meningkatkan kemampuan klien dan keluarga dalam mencapai fungsi adaptif keluarga dan penggunaan strategi koping yang positif dalam konteks sistem keluarga. Hal ini diperkuat dengan hasil analisis diatas bahwa pemberian terapi bermakna meningkatkan kemampuan keluarga dalam menerima dan beradaptasi dengan kondisi anaknya, bahkan membantu kemandirian anak.

Suatu upaya perlu dilakukan terus menerus secara berkesinambungan untuk memampukan keluarga melatih *self care* anak tunanetra ganda. Brooks (2008) mengatakan dalam penelitiannya bahwa, pada mayoritas anak berkebutuhan khusus, semakin dini dilakukan diagnosis dan intervensi, maka akan semakin besar pula tingkat kemajuan perkembangan anak. Zelalem ( 2002) mengatakan bahwa persepsi dari orang tua terhadap kebutuhan khusus anaknya, mempengaruhi cara merawat dan mengasuh anak mereka. Persepsi mereka ditentukan dengan penerimaan mereka akan keadaan anaknya. Waldron (1996) mengatakan bahwa keterlibatan orangtua menjadi lebih besar dalam pendidikan bagi anaknya dan orangtua sangat berperan penting terhadap proses pertumbuhan dan perkembangan anak.

Pemberian terapi TKS, merupakan upaya nyata peran perawat spesialis jiwa dalam membantu keluarga mendampingi anaknya yang berkebutuhan khusus. Di dalam terapi ini aspek psikoedukasi yang ada di dalam TKS dimaksud adalah pada kegiatan diskusi yang meliputi:

pengetahuan keluarga mengenai kebutuhan dan cara melatih *self care* anak tunanetra ganda, hambatan yang dirasakan, dan pengetahuan mengenai sumber pendukung. Seluruh kegiatan ini terdapat pada sesi TKS. Terapi kelompok ini memberi kesempatan kepada anggotanya untuk saling berbagi pengalaman, saling membantu satu dengan lainnya, untuk menemukan cara menyelesaikan masalah dan mengantisipasi masalah yang akan dihadapi dengan mengajarkan cara yang efektif untuk mengendalikan stres dan saling memberikan penguatan untuk membentuk perilaku yang adaptif. Dari analisis uji statistik terbukti rerata kemampuan afektif orangtua meningkat secara bermakna setelah dilakukan terapi, meskipun menurut Craven, (2006) afektif lebih sulit diukur. Afektif dapat berupa perubahan keyakinan, sikap, nilai, sensitivitas dan situasi emosi.

Peningkatan rerata kemampuan kognitif orangtua pada analisis penelitian hasilnya lebih rendah daripada kemampuan ranah afektif dan psikomotor, kemungkinan disebabkan responden sudah pernah terpapar informasi berkaitan dengan peran dan kebutuhan anak melalui kegiatan *parent support group* yang rutin dilakukan di SLB-G Rawinala. Sedangkan rerata peningkatan kemampuan psikomotor didapatkan lebih rendah dari kemampuan afektif orangtua. Menurut Craven, (2006) kemampuan psikomotor merujuk pada pergerakan muskuler yang merupakan hasil dari koordinasi pengetahuan dan menunjukkan penguasaan terhadap suatu tugas atau ketrampilan.

Dari pernyataan tersebut peneliti berpendapat, bahwa latihan *self care* pada anak tunanetra ganda membutuhkan waktu yang lebih panjang dan intens karena juga menyangkut kemampuan koordinasi dari fungsi fisiologis tubuh. Waktu enam minggu yang dilakukan peneliti dirasa kurang untuk dapat mengobservasi semua kegiatan *self care*; yang terdiri dari: makan, berpakaian, mandi, berhias dan bab/bak. Hal ini terlihat dari peningkatan *point* yang tidak menonjol (tinggi), meski

secara uji statistik menunjukkan peningkatan yang signifikan dengan ( $p < \alpha 0,05$ ).

Perbandingan kemampuan orangtua dalam melatih self care anak antar kelompok yang mendapat dan yang tidak mendapat terapi kelompok suportif menunjukkan terjadinya peningkatan kemampuan, baik kognitif, afektif maupun psikomotor pada orangtua yang mendapat terapi kelompok suportif. Keterampilan psikomotor orangtua dalam melatih self care anak perlu dilatih secara terus menerus sehingga didapatkan hasil yang optimal. Kesempatan untuk melakukan demonstrasi melatih self care anak, untuk semua kegiatan self care perlu dilakukan oleh orangtua pada anaknya, dan untuk itu perlu upaya pengulangan dalam memberi contoh dan kesempatan sehingga semua anggota keluarga mempunyai kesempatan yang sama. Heward, (1996) memperkuat pandangan ini dengan mengatakan bahwa orangtua merupakan orang yang paling penting dalam program intervensi dini untuk mengajar dan melatih anak dalam keterbatasannya dan hal ini dilakukan secara terstruktur dan terprogram.

Keterampilan yang dilatih melalui praktik secara berulang-ulang akan menjadi kebiasaan atau otomatis dilakukan dan latihan yang dilakukan berulang-ulang akan memberikan pengaruh yang sangat besar pada pematangan keterampilan. Lebih lanjut dalam penelitian itu dilaporkan bahwa pengulangan saja tidak cukup menghasilkan kemampuan yang meningkat, namun diperlukan umpan balik yang relevan yang berfungsi untuk memantapkan kebiasaan.

## **6.2 Faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor orangtua dalam memberikan latihan *self care* pada ATG.**

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada kontribusi karakteristik orangtua terhadap kemampuan orangtua dalam memberikan latihan self care pada anak tunanetra ganda. Hal ini membuktikan bahwa kemampuan kognitif, afektif dan

psikomotor orangtua dalam memberikan latihan *self care* dapat dilatih dengan intervensi yang baik salah satunya adalah terapi kelompok suportif.

#### 6.2.1 Faktor usia orangtua

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada kontribusi usia orangtua terhadap kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor orangtua dalam memberikan latihan *self care*. Rata-rata usia orangtua adalah usia dewasa (Mean usia 42,54 tahun) untuk kelompok intervensi dan (Mean usia 38.00 tahun) untuk kelompok kontrol, dengan kata lain bahwa kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor orangtua tidak dipengaruhi berapapun usianya. Menurut Siagian (1995), semakin lanjut usia seseorang semakin meningkat pula kedewasaan teknis dan tingkat kedewasaan psikologisnya yang menunjukkan kematangan jiwa, dalam arti semakin bijaksana, mampu berfikir secara rasional, mengendalikan emosi dan bertoleransi terhadap orang lain. Stuart dan Laraia (2005) menyatakan usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam mekanisme coping. Dapat disimpulkan bahwa usia tersebut diatas sudah mampu untuk memilih kebutuhan dasarnya secara baik dan dapat melakukan tindakan yang dapat memperbaiki kondisi dirinya.

Hasil penelitian diatas menunjukkan kemampuan orangtua dalam memberikan latihan *self care* pada anak tidak dipengaruhi oleh karakteristik usia, sehingga usia tidak menjadi variabel *confounding* terhadap kemampuan keluarga.

#### 6.2.2 Faktor Pendidikan keluarga

Penelitian menunjukkan tidak ada kontribusi pendidikan orangtua terhadap kemampuan kognitif, maupun kemampuan psikomotor orangtua dalam memberikan latihan *self care* pada ATG ( $p\text{-value} > 0,05$ ) dan dari analisis uji statistik ini juga menunjukkan ada kontribusi pendidikan pada kemampuan afektif orangtua dengan ( $p\text{-value} < 0,05$ ).

Hasil tersebut menunjukkan walaupun pendidikan orangtua 29,4 % menengah dan 21,5 % perguruan tinggi pada kelompok intervensi dan 17,2 % menengah dan 7,9 pendidikan tinggi pada kelompok kontrol, ternyata tidak ada pengaruh pada kemampuan orangtua terutama dalam kemampuan psikomotor melatih self care anak. Hal ini cukup membesarkan hati, karena kehadiran anak berkebutuhan khusus sebagian besar justru berada pada keluarga dengan sosial ekonomi menengah kebawah dengan rata-rata pendidikan keluarga rendah, (penyebab kecacatan; berdasarkan data Susenas tahun 2003)

Namun demikian hasil ini kurang mendukung pernyataan menurut Siagian (1995), yang mengatakan semakin tinggi pendidikan seseorang semakin besar untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan. Hal ini berarti bahwa pendidikan dapatengaruhi perilaku individu. Individu dengan pendidikan lebih tinggi akan lebih mudah menerima informasi, mudah mengerti dan mudah menyelesaikan masalah.

Hasil analisis diatas disimpulkan pendidikan tidak berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotor, namun mempengaruhi kemampuan afektif orangtua, dalam memberikan latihan self care anak tunanetra ganda.

Menurut Fountaine, (2003), bahwa karakteristik utama kemampuan keluarga dalam mengasuh anaknya, adalah kemampuan untuk manajemen stress yang produktif, artinya bahwa keluarga lebih membutuhkan ventilasi psikososial (beban psikis) dalam melatih anaknya. Untuk itu terapi kelompok suportif dapat mengakomodasi orangtua belajar mengatasi masalah (beban psikologis). Mitchel dan Brown, (1991) mengatakan kebutuhan penting orangtua pada anak berkebutuhan khusus adalah bertemu dengan orangtua anak berkebutuhan khusus lainnya.

Disamping itu, peneliti berpendapat bahwa pencapaian peningkatan afektif yang dominan pada orangtua setelah diberikan terapi kelompok suportif dan bahwa pendidikan tidak berkontribusi terhadap kemampuan afektif orangtua dikarenakan pada proses pelaksanaan terapi keluarga diajak untuk menghayati dan berperan sebagai orang yang tidak bisa melihat (buta) dengan menggunakan *blind fold*. Orangtua juga diajak untuk merefleksikan diri sebagai orang yang berkebutuhan khusus, sehingga mereka bisa berperan dan merasakan keterbatasan anak. Mereka juga diajak berempati melalui berbagai cerita nyata pengalaman orangtua dengan anak berkebutuhan khusus lainnya, termasuk pengalaman pribadi peneliti ketika didiagnosa akan mendapatkan anak berkebutuhan khusus oleh karena virus toksoplasma dan rubella pada saat kehamilan kedua. Jadi kemampuan berempati terhadap anak dan kebutuhannya, mampu memotivasi orangtua untuk keluar dari “masalahnya” dan berkomitmen melatih anaknya. Hal ini ditegaskan oleh pendapat Seligman dan Darling, (1997), bahwa kemampuan orangtua dalam mendidik, mengajar dan bekerjasama dengan tenaga profesional, sangat dipengaruhi pada tahap penyangkalan orang tua terhadap anak mereka yang berkebutuhan khusus. Warren dan Trachtenberg, 1987 (dalam Zelalem, 2002) menegaskan bahwa persepsi dari orangtua dari ketunaan anaknya, mempengaruhi cara merawat dan mengasuh anak mereka. Hal ini berarti keterlambatan perkembangan atau ketidakmandirian anak dalam melakukan self care, dapat disebabkan oleh tahap penerimaan orangtua terhadap anaknya.

### 6.2.3 Faktor Pekerjaan keluarga.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada kontribusi pekerjaan terhadap kemampuan kognitif, afektif maupun kemampuan psikomotor orangtua dalam memberikan latihan self care pada anak ( $p\text{-value } 0,365 > 0,05$ ) untuk kemampuan kognitif, ( $p\text{-value } 0,616 > 0,05$ ) untuk kemampuan afektif dan ( $p\text{-value } 0,491 > 0,05$ ) sehingga apapun status pekerjaan responden tidak berpengaruh terhadap kemampuan orangtua dalam

memberikan latihan *self care* pada anak tunanetra ganda. Artinya meskipun masalah pekerjaan merupakan sumber stress pada diri seseorang dan pendukung status ekonomi keluarga dalam menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung perkembangan dan latihan anak, namun ternyata bukan faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan orangtua melatih *self care* anak.

Asumsi peneliti dari hasil penelitian ini tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara pekerjaan dengan kemampuan kognitif, afektif maupun psikomotor orangtua dalam memberikan latihan *self care* pada anak, hal ini dikarenakan 29,4 % responden tidak bekerja sehingga dapat lebih fokus dalam melatih dan mendampingi anak dirumah. Penelitian ini juga menunjukkan walaupun bekerja ataupun tidak bekerja, kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor orangtua akan meningkat apabila dilakukan terapi kelompok suportif dalam wadah *parent support group*.

#### 6.2.4 Faktor Pendapatan keluarga.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada kontribusi pendapatan orangtua terhadap kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda ( $p\text{-value} > 0,05$ ), sehingga berapapun penghasilan orangtua tidak berkontribusi terhadap kemampuan orangtua atau keluarga dalam memberikan latihan.pada anak.

Terapi kelompok suportif dalam penelitian ini menjadi alternatif untuk mengatasi kesulitan orangtua dalam merawat dan melatih anak dengan tunanetra ganda. Orangtua belajar mengenal kebutuhan mereka. Hal ini akan memudahkan dalam mengajar dan melatih serta menyediakan lingkungan dan suasana yang efektif bagi mereka. Menurut Nicola (2002), kebutuhan anak tuna netra ganda adalah sebagai berikut : menyediakan lingkungan yang terstruktur; anak tunanetra ganda membutuhkan kegiatan rutin, sehingga dia membutuhkan informasi



kegiatan apa yang dilakukan dan juga kegiatan berikutnya, supaya merasa tetap aman. Perhatian individu; anak memerlukan kasih sayang dari orang-orang terdekatnya, oleh sebab itu perlu disediakan suasana yang positif, waktu untuk mendengarkan cerita atau ekspresi anak, bantuan cukup supaya anak dalam keadaan emosi stabil, stimulasi sensoris ganda; anak mempunyai hambatan sensoris.

Oleh sebab itu anak perlu berpartisipasi aktif dalam kegiatan belajar mengajar, seperti meraba, mencium dan menyentuh/memegang, waktu; anak tunanetra ganda membutuhkan waktu lebih lama untuk belajar sesuatu hal, bila dibandingkan dengan anak biasa. Oleh karena ada hambatan penglihatan maka anak sulit untuk mencontoh. Dengan adanya hambatan lain, misalnya tunagrahita, maka anak akan kesulitan mengerti hal yang rutin. Anak tunanetra ganda harus sering diberi kesempatan untuk melakukan sendiri keterampilan yang sudah pernah diajarkannya, karena daya ingat mereka biasanya terbatas. sehingga kalau tidak sering dilakukan, maka keterampilan yang pernah diajarkan akan hilang. Anak juga perlu waktu istirahat dan latihan dimulai dari kemampuan yang ada pada anak.

### **6.3 Keterbatasan penelitian**

Dalam setiap penelitian tentu memiliki keterbatasan-keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan sebagai ancaman meliputi: keterbatasan instrumen, keterbatasan variable dan keterbatasan hasil.

#### **6.3.1 Proses Pelaksanaan Penelitian**

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah ”*Quasi experimental pre-post test control group*” dengan intervensi terapi kelompok suportif. Pengumpulan data dan pengukuran variabel dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah tindakan terapi kelompok suportif. Area penelitian yang dilakukan, adalah orangtua yang menyekolahkan anaknya di SLB-G dengan berbagai karakteristik

yang berbeda dan bervariasi. Oleh karena itu dilakukan uji kesetaraan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Keterbatasan dan kendala dalam proses pelaksanaan penelitian lebih kepada masalah teknis, seperti kesepakatan waktu yang memungkinkan pertemuan dalam tiap sesi terapi bisa dihadiri oleh anggota kelompok. Berikutnya adalah masalah waktu, karena untuk mencapai kemampuan keluarga melatih self care anak banyak waktu yang diperlukan. Pertama mengingat bahwa anak berkebutuhan khusus memiliki hambatan dalam menerima stimulus dari lingkungan sehingga ada cara-cara yang khusus pula dalam menangani mereka dan orangtua perlu belajar cara-cara tersebut. Faktor pendukung peneliti adalah pihak sekolah sangat mendukung kegiatan ini sehingga mereka memfasilitasi dengan mengerahkan staf pengajar sebagai pelatih sekaligus observer untuk memantau kemampuan orangtua. Meskipun demikian karena keterbatasan waktu penelitian yang sudah memanjang selama 2 minggu, maka keterampilan melatih self care pada anak secara demonstrasi baru dilakukan pada kegiatan makan. Kegiatan ini meliputi kegiatan menyiapkan alat makan, proses mengambil makanan sendiri, mengambil minum dan mencuci sendiri alat makan. Hal ini terlihat mudah pada umumnya, namun tidak demikian pada anak berkebutuhan khusus, terutama mereka yang mengalami low vision atau buta sekaligus ditambah dengan penyerta hambatan fisik lainnya. Untuk kegiatan *self care* yang lain hanya dapat diberikan melalui teori dan demonstrasi dari pelatih, yakni staf pengajar di Rawinala.

Keterbatasan lainnya ialah dalam pemilihan teknik pengambilan sampel. Teknik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Consecutive Sampling*. Pada *Consecutive Sampling*, semua subyek yang ada dan memenuhi kriteria inklusi dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2007). Kelemahan dari teknik ini adalah keterbatasan jumlah sample yang

memenuhi kriteria inklusi, walaupun pada akhirnya jumlah sample dapat diambil sesuai rencana, namun lebih banyak yang tidak terpilih, dan dari yang terpilih memiliki kendala untuk menjadi responden.

#### **6.4 Implikasi Hasil Penelitian.**

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh *terapi kelompok suportif* terhadap kemampuan keluarga dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda di SLB-G Rawinala, Jakarta Timur. Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap:

##### **6.4.1 Pelayanan Keperawatan jiwa di tatanan masyarakat**

Pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di masyarakat dapat menerapkan terapi kelompok suportif terhadap keluarga dalam melatih orangtua dalam memandirikan anak untuk memenuhi kebutuhan *self care*, di sekolah-sekolah berkebutuhan khusus yang banyak tersebar di Indonesia.

Selama ini area anak berkebutuhan khusus belum secara terstruktur disentuh oleh perawat spesialis keperawatan jiwa. Keperawatan jiwa dapat berkiprah dalam program kesehatan jiwa masyarakat dan bekerja sama dengan Direktorat Pendidikan Luarbiasa dibawah Departemen Pendidikan Nasional, mendukung kegiatan yang sudah ada dan mengadakan kegiatan yang belum ada terkait dengan upaya promotif dan prevensi kesehatan jiwa.

Bagi pihak sekolah dengan penelitian ini, dapat menggambarkan kebutuhan para orangtua akan kelompok parent support group, yang didalamnya orangtua bisa saling berbagi pengalaman, pengetahuan dan berlatih meningkatkan mekanisme koping yang adaptif untuk merawat anak.

##### **6.4.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan**

Hasil penelitian menunjukkan pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan keluarga dalam melatih *self care*. Hasil penelitian

ini dapat menambah keilmuan terapi bagi perawat khususnya mata ajar keperawatan jiwa tentang terapi kelompok suportif sebagai bentuk terapi pada kelompok sehat dalam upaya meningkatkan kesehatan dan dapat diberikan sebagai bahan pembelajaran pendidikan keperawatan jiwa terutama pada terapi keperawatan jiwa.

#### 6.4.3 Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian merupakan penelitian awal untuk mengetahui pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan orangtua dalam memberikan latihan *self care* pada anak tunanetra ganda. Untuk itu dapat menjadi stimulus untuk dilakukan penelitian pada aspek peran orangtua yang lain, karena melatih *self care* hanya merupakan sebagian dari peran orangtua dengan anak berkebutuhan khusus., masih banyak peran yang lain dan atau melakukan penelitian yang sama yaitu melatih *self care* pada anak berkebutuhan khusus usia dini. Hal ini untuk menguatkan pendapat, bahwa semakin dini anak berkebutuhan khusus dilatih maka semakin potensial kemampuan optimal dan kemandirian anak tercapai.

## BAB 7

### SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penjelasan dari bab sebelumnya sampai dengan pembahasan hasil penelitian ini maka dapat ditarik simpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan seperti penjelasan berikut:

#### 7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik keluarga yang mempunyai anak tunanetra ganda rata-rata berusia 40,3 tahun. Kelompok keluarga yang mendapat TSK rata-rata berusia 42,54 tahun sedangkan kelompok keluarga yang tidak mendapat TSK rata-rata berusia 38 tahun. Pada kelompok yang mendapat TSK, dari 26 responden terdiri dari 7 pasang suami istri dan selebihnya adalah wanita, sedangkan pada kelompok yang tidak mendapat TSK dari 25 responden, terdiri dari 5 orang pria dan selebihnya wanita.
- 7.1.2 Karakteristik responden untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol serta kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor orangtua dalam memberikan latihan *self care*, sebelum mendapat terapi kelompok suportif adalah setara.
- 7.1.3 Pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor orangtua dalam memberikan latihan *self care* sebelum dan sesudah terapi kelompok suportif meningkat secara bermakna pada kelompok intervensi.
- 7.1.4 Peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor orangtua dalam memberikan latihan *self care* pada orangtua yang mendapat terapi kelompok suportif lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapat terapi kelompok suportif.
- 7.1.5 Terapi kelompok suportif berpeluang meningkatkan kemampuan kognitif sebesar 28,5%, dan meningkatkan kemampuan afektif sebesar 58,5 % serta kemampuan psikomotor sebesar 45,9 % setelah dikontrol oleh faktor lain.

**Universitas Indonesia**

7.1.6 Kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor orangtua dalam memberikan latihan *self care* tidak dipengaruhi oleh karakteristik keluarga, yaitu : usia, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan hubungan keluarga.

## 7.2 Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor orangtua dalam memberikan latihan *self care*.

### 7.2.1 Aplikasi keperawatan

7.2.1.1 Menyambut kebijakan dari Departemen Kesehatan RI yang menetapkan pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat sebagai salah satu pelayanan kesehatan dasar dan upaya promotif pada kelompok sehat maka diharapkan terbentuk hubungan kerjasama dengan institusi pendidikan dibawah Departemen Pendidikan Nasional dalam hal ini adalah Direktorat Pendidikan Luarbiasa. Sebagai upaya awal kerjasama ini dapat dilakukan dengan membangun jejaring melalui institusi suku dinas kesehatan (Sudinkes) Jakarta Timur. Selanjutnya dapat dibentuk wadah organisasi yang memungkinkan ditetapkannya batasan kerja yang menjadi tanggung jawab dan wewenang perawat spesialis keperawatan jiwa dan membangun sistem rujukan ke pelayanan kesehatan masyarakat.

7.2.1.2 Departemen Kesehatan RI menetapkan suatu kebijakan untuk meningkatkan upaya promosi kesehatan pada kelompok resiko yang berbasis komunitas sesuai dengan issue kesehatan jiwa di dunia yaitu pemberdayaan masyarakat. Pemahaman akan komunitas dipahami bersama sebagai area yang luas, formal dan informal. SLB merupakan area formal, sebagai salah satu pilihan.

7.2.1.3 Organisasi profesi menetapkan terapi kelompok suportif sebagai salah satu kompetensi dari perawat spesialis keperawatan jiwa

setelah sebelumnya terapi spesialis tersebut melalui tahap uji kompetensi dari ahli keperawatan jiwa.

7.2.1.4 Peneliti dalam hal ini mahasiswa S2 Keperawatan jiwa melakukan sosialisasi hasil penelitian tentang terapi kelompok suportif kepada institusi pendidikan dalam hal ini Direktorat Pendidikan Luar biasa dan Yayasan Pendidikan Dwituna Rawinala. Mahasiswa spesialis keperawatan jiwa melakukan kerjasama dengan pihak sekolah untuk melakukan pelatihan berkesinambungan kepada orangtua dan diharapkan ini menjadi *pilot project* untuk sekolah-sekolah sejenis bahkan merambah kesekolah-sekolah umum sehingga mampu mengatasi masalah psikososial yang terdapat dalam proses pengalaman belajar. perawat puskesmas khususnya yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan jiwa untuk diterapkan diwilayah kerja masing-masing dan adanya supervisi yang berjenjang dan terjadual untuk pelaksanaan terapi kelompok terapeutik.

7.2.1.5 Perawat spesialis jiwa melakukan pendampingan dan supervisi bahkan melakukan pelatihan bagi staf pengajar sehingga menambah barisan tim kesehatan jiwa. Diharapkan pada akhirnya masalah psikososial yang bertendensi terjadinya gangguan jiwa dapat dicegah.

## 7.2.2 Keilmuan

7.2.2.1 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan terapi pada kelompok resiko dalam upaya meningkatkan kemampuan keluarga dalam berbagai tatanan masyarakat, yaitu dunia pendidikan

7.2.2.2 *Evidence based* dalam mengembangkan teknik pemberian asuhan keperawatan jiwa pada semua tatanan pelayanan kesehatan dalam penerapan terapi kelompok suportif bagi keluarga yang mempunyai anak berkebutuhan khusus, bahkan mungkin terapi-terapi yang lain.

### 7.2.3 Metodologi

- 7.2.3.1 Perlunya dilakukan penelitian lanjutan pada tatanan masyarakat yang lebih luas sehingga diketahui keefektifan penggunaan terapi kelompok suportif dalam meningkatkan kemampuan keluarga melatih *self care* ATG.
- 7.2.3.2 Perlu dilakukan penelitian lanjutan pada anak yang keluarganya telah diberikan terapi kelompok suportif untuk melihat sejauhmana anak mampu mengurus dirinya sendiri Hasil penelitian merupakan data awal untuk melakukan penelitian terapi kelompok suportif dimasyarakat.
- 7.2.3.3 Perlu diteliti lebih lanjut tentang faktor perancu lain yang dapat mempengaruhi keberhasilan terapi kelompok suportif sebagai salah satu bentuk terapi kelompok untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat ATG seperti usia anak, dan jenis kelamin orangtua.
- 7.2.3.4 Perlu perencanaan yang terarah dan berkesinambungan dalam upaya meningkatkan kualitas untuk menerapkan terapi kelompok suportif sebagai sarana orangtua memventilasikan beban psikologisnya sehingga mereka terbantu dalam tahap penerimaan terhadap ketunaan anaknya.
- 7.2.3.5 Perlu dilakukan penyempurnaan pelaksanaan terapi kelompok suportif untuk menjadikan terapi kelompok sebagai salah satu model bentuk terapi keperawatan jiwa kelompok resiko di masyarakat dan khususnya di pendidikan SLB
- 7.2.3.6 Instrumen yang sudah digunakan dalam penelitian ini hendaknya dapat digunakan sebagai alat ukur dalam pelaksanaan kegiatan terapi kelompok suportif.



## DAFTAR REFERENSI

- Appelbaum, A.H. (2005). *Supportive therapy*, ¶4, <http://www.focus.psychiatryonline.org/cgi>, diperoleh tanggal 2 Maret 2010
- Arikunto, S (2006). *Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktik. edisi revisi VI*. Jakarta: Rineka Cipta
- Ashman, A., & Elkins, J. (1998), *Educating children with special needs (3rd ed.)*. Australia: Prentice Hall
- Astati, (2003), *Program khusus bina diri, pelatihan program guru khusus bagi guru SLB/SLB tingkat nasional*. Depdiknas – Direktorat PLB
- Bedell, J.R., dkk. (1997). *Current approaches to assessment and treatment of person with serious mental illness*, ¶70, <http://www.psychosocial.com/research/current.html>, diperoleh tanggal 2 Maret 2010.
- Blacher, J (1984) *Severely handicapped young children and their families*, Orlando: Academic Press.
- Boyd, M.A., & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric nursing contemporary practise*, Philadelphia: Lippincott
- Brooks, J. (2008). *The process of parenting* (7th ed.). New York : McGraw-Hill.
- Chien, W.T. & Wong, K.F. (2007). *A Family psychoeducation group program for chinese people with schizophrenia in Hong Kong*. Psychiatric Services. Arlington. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 25 Februari 2010
- Chien, W.T., Chan, S.W.C., dan Thompson, D.R. (2006). *Effects of a mutual support group for families of chinese people with schizophrenia: 18-Months follow-up*. <http://bjp.rcpsych.org>, diperoleh tanggal 9 Maret 2010.
- CMHN (2005). *Modul basic course community mental health nursing*. Jakarta : WHO FIK UI
- Craven, R.F. & Hirnle, C.J. (2006). *Fundamental of nursing human health and function*. (Fifth edition), Lippincott: Williams & Wilkins.
- Crews, N.J (2002). *Buku pegangan guru untuk anak cacat*. Jakarta: Yayasan Pendidikan Dwituna Rawinala
- Cronbach, L.J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th ed). New York : Harpercollins publication.

- Copel, L.C. (2007). *Kesehatan jiwa & psikiatri, pedoman klinis perawat (psychiatric and mental health care: nurse's clinical guide)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan kedua). Alihbahasa : Akemat. Jakarta : EGC.
- Depkes RI. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes RI. (2006) *Stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak di tingkat pelayanan kesehatan dasar*. Jakarta
- Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat-Depkes RI. (2006). *Kebijakan nasional dan rencana strategis pembangunan kesehatan jiwa masyarakat 2001-2004*. Jakarta
- Farber, C (2007) *A Special education : one family's journey through the maze of learning disabilities*, Cambrigde Mass
- Fetherstone, H (1980) *A difference in the family : living with a disabled child*, London : Penguin Books
- Fewel (1986), *Families of handicapped children*, Austin : Tex:Pro Ed
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental health nursing*. New Jersey. Pearson Education. Inc
- Friedman, (1998). *Keperawatan keluarga teori dan praktek*. Edisi 3. EGS. Jakarta
- Frisch, N.C. & Frisch, L.E. (2006). *Psychiatric mental health nursing. Third edition*. Canada. Thomson Delmar Learning
- Gabel, S.L, (2005) *Disability studies in education readings theory and method*, Vienna : Oxford Lang.
- Hastono, S.P. (2006) *Basic data analysis for health research*. Tidak dipublikasikan. Depok: FKM-UI
- Harisson, F & Crow, M. (1993). *Living and learning with blind children, a guide for parents and teacher of visual impaired children*, Kanada : University Of Toronto Press.
- Hallahan, D.P., & Kauffman, J.M (2006), *Exceptional learners: an introduction to special education* (10th Ed.). Boston : Pearson
- Heward, W.L.(1996). *Exceptional children: an introduction to special education* (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall
- Hernawaty, T. (2009). Tesis. *Pengaruh self help group terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di kelurahan Sindang Barang Bogor Tahun 2008*. Jakarta. Tidak dipublikasikan.

- Hin, L.E., & Tham-Toh, J. (2002). *Rainbow dreams* (2nd ed.). Singapore: Armour Publishing.
- Hidayat, A.A.A. (2007). *Metode penelitian keperawatan dan tehnik analisis data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Holmes, J (1995). *Supportive psychotherapy the search for positive meanings* ¶1, <http://www.bjp.rcpsych.org/cgi> , diperoleh tanggal 2 Maret 2010
- Hunt. (2004). *A Resource kit for self help/ support groups for people affected by an eating disorder*. <http://www.medhelp.org/njgroups/VolunteerGuide.pdf> Diperoleh tanggal 6 Maret 2010
- Keliat, B.A. (1996). *Peran serta keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa*. Jakarta. EGC
- Kirk, S.A., & Gallagher, J.J. (1986). *Educating exceptional children* (5th ed). Boston: Houghton Mifflin Company
- Kirk, S.A., & Gallagher, J. J ( 2007) *Educating exceptional children*, Princenton, N.J : Recording for the Blind & Dyslexic,
- Kubler, R (2005), *On grief and grieving*, New York : Scribner
- Mangunsong, F.,dkk ( 1998) *Psikologi dan pendidikan anak luar biasa*. Depok: LPSP3 UI
- Martin, C.A., & Colbert, K.K (1999). *Parenting a live span perspective*. New York: McGraw-Hill
- Miles, B., & Rigio, M. (1999). *Remakable conversations*. Massachusetts: Perkins Scool For The Blind
- Mitchel, D., & Brown, R.I. (1991). *Early intervention studies for young children with special needs*. London: Chamman and Hall
- Mohr, W.K., ( 2006 ). *Psychiatric mental health nursing* ( 6 th edition ), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Murthy, S.. (2003). *Family interventions and empowerment as an approach to enhance mental health resources in developing countries*. [www.pubmedcentral.nih.gov](http://www.pubmedcentral.nih.gov). Diperoleh tanggal 11 Februari 2008
- Notoatmojo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- NANDA. (2005). *Nursing diagnoses: definitions & clacification 2005-2006*. Philadelphia. USA: NANDA International
- Pinsof, W.M., & Jal, L.L. (2005). *Family psychology: The Art Of Science*. New York: Oxford University Press

- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing : concept, process, and practice*, Philadelphia : Mosby Years Book Inc.
- Porter, L., & McKenzie, S. (2000), *Profesional collaboration with parents of children with disabilities*. New South Wales: MacLennan & Petty Pty Limited
- Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan UI (2008), *Pedoman penulisan tesis*. Jakarta: Tidak dipublikasikan
- Prasetyo, B. & Jannah, L.M. (2005). *Metode penelitian kuantitatif*. Jakarta. Raja Grafindo Perkasa
- Rocland, L.H (2003), *Supportive therapy*, New York : Oxford Publicity Partnership
- Roskies, E (1972), *Abnormality and normality: the mothering of thalidomide children*, Cornell University Press.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2007). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. (2<sup>th</sup> ed), Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Scott, J.E. dan Dixon, L.B. (1995). *Psychological interventions for schizophrenia*, ¶13, <http://www.schizophreniabulletin.oxfordjournals.org>, diperoleh tanggal 2 Maret 2010
- Seligman, M., & Darling, R.B. (1997). *Ordinary families special children: a systems approach to childhood disability* (2nd ed). New York: The Guilford Press.
- Snell, M.E. (1983). *Systematic instruction of the moderately and severely handicapped* (2nd.ed.). Colombus: Charles E. Merrill Publishing.
- Snell, M.E. (2009). *Handbook of developmental disabilities*. New York : The Guilford Press
- Stieler, S. (1994). *Children with special needs* (2nd Ed). New York: Prentice-Hall Inc
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7<sup>th</sup> ed.). St. Louis : Mosby Year B.
- Townsend, C.M. (2005). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. (3<sup>th</sup> Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Turnbull, A. (2004) *Families and persons with mental retardation and quality of live*, Washington DC : American Association on Mental Retardation.
- Tilstone, C., Layton, L., Anderson, A., Gerrish, R., Morgan, J., & Williams, A. (2004). *Child development and teaching pupils with special educational needs*. London & New York : Routledge Falmer Taylor & Francis Group

- . *Severe/multiple disabilities. disability fact sheet*, No.10, Januari 2004. Diunduh dari [www.nichey.org](http://www.nichey.org) pada 15 Februari 2010
- Varcarolis, E.M. (2006), *Psychiatric nursing clinical guide: assesment tools and diagnosis*. Philadelphia. W.B Saunders Co
- Videbeck, S.L. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (3<sup>rd</sup> Ed). Philadelpia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Waldron, K.A. (1996). *Introduction to a special education: the inclusive class*. New York: Delmar Publishers Inc
- Widjayantin, A, (2002). *Pendidikan bagi tunanetra ganda*. Jurnal Pendidikan dan Pembelajaran. (Vol.9 no.2) (pp.90-98). Malang: Universitas Negeri Malang
- Winzer, M.A. (2000). *Special education in the twenty first century*, Washington DC : Gallaudet University
- WHO (2007). *The lancet*. London. Elsevier Properties SA
- Workshop II spesialis keperawatan jiwa FIK UI* tanggal 1 Februari 2008, tidak dipublikasikan
- Yayasan Pendidikan Dwituna Rawinala, (2008). *Lentera: light of the heart* (vol.1,Issue 1). Edisi: 10 November 2008
- Zelalem, F.(2002). *The attitudes of parents towards their blind children : a case study in Bahir Dar Town*. Addis Ababa University School of Graduates Study

## PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian :

“Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Melatih *Self Care* Anak Tunanetra Ganda di SLB G Rawinala Jakarta ”

Peneliti : Sri Hunun Widiastuti

No Telpon : 081381488211

Saya, Sri Hunun Widiastuti (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemampuan Keluarga dalam Melatih *Self Care* Anak Tunanetra Ganda di SLB G Rawinala Jakarta.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa, di berbagai tatanan masyarakat.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara : 1) Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya. 2) Menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan saudara bersedia menjadi responden. Atas perhatian dan kesediannya, diucapkan terimakasih

## LEMBAR PERSETUJUAN

---

---

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat. Dalam hal ini, meningkatkan kemampuan orangtua dalam merawat dan melatih *self care*, sehingga anak dapat mandiri sesuai dengan kemampuannya.

Persetujuan yang saya tanda tangani menyatakan bahwa saya berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta, .....2010

Responden,

.....  
Nama Jelas

## Instrumen A

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut ini!
2. Isilah jawaban pada tempat yang tersedia
3. Apabila pertanyaan berupa pilihan, cukup dijawab dengan memberikan tanda (√) pada tempat yang tersedia

Nomor responden : .....(diisi peneliti)

Tanggal : .....

Alamat : .....

### DATA DIRI RESPONDEN

1. Usia : ..... tahun
2. Jenis kelamin :  Laki-laki  
 Perempuan
3. Agama :  Islam  Hindu  
 Kristen  Budha
4. Pendidikan terakhir :  Tidak sekolah  SMA  
 SD  DIPLOMA  
 SMP  PT
5. Pekerjaan :  Tidak bekerja  TNI/Polri  
 Pegawai Negeri  .....  
 Swasta
6. Pendapatan per bulan :  Kurang dari Rp.1.000.000  
 Antara Rp. 1.000.000 – Rp. 2.000.000  
 Diatas Rp.2.000.000,-
7. Hubungan dengan klien :  Orangtua kandung  Orangtua tiri  
 Orangtua angkat



**INSTRUMEN B**  
**KEMAMPUAN KOGNITIF**

**No.Responden** :  
**( Diisi oleh peneliti)**

**Petunjuk Pengisian :**

1. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda check list (√) pada jawaban yang saudara anggap benar.
2. Setiap pernyataan hanya berisi satu jawaban

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Supaya mandiri dalam merawat dirinya, anak diberi latihan rutin		
2	Anak tidak perlu kegiatan yang terjadwal		
3	Urutan pertama dalam melatih anak mandi pada tunanetra ganda adalah mengorientasikan anak letak kamar mandi.		
4	Setiap kegiatan anak, sebaiknya dilakukan dengan tahapan yang benar.		
5	Latihan kemandirian anak untuk merawat dirinya, harus diberikan dengan singkat, sederhana, berulang-ulang dan menyenangkan.		
6	Melatih perawatan diri anak mulai dari kemampuan yang sudah dimilikinya.		
7	Cara memandirikan anak tunanetra ganda adalah dengan melatih anak merawat dirinya sendiri.		
8	Anak tidak perlu diajak bicara dan berinteraksi dengan lingkungan karena anak juga tidak melihat dan tidak mengerti.		
9	Jika anggota keluarga dengan anak tunanetra ganda mengalami keluhan atau penyakit fisik harus segera dibawa ke Puskesmas atau pelayanan kesehatan		
10	Saya tahu tahapan yang benar untuk melatih anak melakukan kegiatan perawatan diri.		
11	Pertemuan rutin orangtua anak dengan guru dan tenaga profesional, bermanfaat untuk mengurangi beban dalam mendidik dan merawat anak.		

No	Pernyataan	Benar	Salah
12	Anggota keluarga dengan anak tunanetra ganda mampu bergaul dengan orang lain tanpa rasa malu.		
13	Perkembangan anak tunanetra ganda tidak dapat optimal, oleh karena banyak kecacatan yang dimilikinya		
14	Karakteristik anak dengan tunanetra ganda adalah adanya gangguan penglihatan, komunikasi, emosi, fisik dan perilaku		
15	Anak tidak perlu diberi tahu kegiatan yang akan dilakukannya		
16	Anak tidak perlu dibawa ke rumah sakit meskipun kondisinya parah.		
17	Anak tidak perlu diajarkan menyentuh atau memegang benda, karena akan bisa dengan sendirinya.		
18	Orangtua bukan figur yang utama dalam melatih kemandirian anak tunanetra ganda		
19	Cara merawat anak yang tidak mampu mandi atau makan adalah dengan memandikan dan menyuapi anak.		
20	Semua anggota keluarga tidak perlu dilibatkan dalam melatih kemandirian anak tunanetra ganda, karena hanya akan merepotkan.		
21	Anak tunanetra ganda tidak perlu di beri sangsi kalau bersikap negatif terhadap dirinya atau orang lain.		
22	Anak tunanetra ganda harus dipenuhi semua keinginannya.		
23	Dalam setiap kegiatan, anak perlu diberi waktu untuk istirahat		

**INSTRUMEN C:****KUESIONER KEMAMPUAN AFEKTIF KELUARGA**

**No.Responden** :  
**( Diisi oleh peneliti)**

Petunjuk pengisian

1. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda ckeck list (√) pada kolom jawaban yang sesuai dengan yang anda alami.
2. Setiap pernyataan mengenai tindakan di bawah ini berisi satu jawaban.
3. Tidak ada jawaban yang benar atau salah, isilah sesuai dengan kondisi saudara saat ini.

No	Menurut saya.....	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1.	Memberi pujian pada anak perlu, jika anak melakukan sesuatu yang baik.	-			
2.	Memberi hukuman perlu, jika anak melakukan sesuatu yang negatif.	+			
3.	Jika anak tidak mau melakukan kegiatan sebaiknya dipaksa agar tidak menjadi kebiasaan				
4.	Harus merasa malu karena memiliki anggota keluarga tunanetra ganda (berkebutuhan khusus).				
5.	Jika anak tidak nyaman berinteraksi dengan orang lain, sebaiknya tidak dibawa ke luar rumah	-			
6.	Mengajak anak untuk berinteraksi dengan orang lain itu penting.				
7.	Mengajak anak untuk berinteraksi dengan anggota keluarga yang lain itu penting.				
8.	Keluarga tidak perlu melibatkan tetangga dalam merawat anak, karena hanya merepotkan saja.				
9.	Kalau anak marah tiba-tiba, sebaiknya dijauhkan dari tempat yang berbahaya.				
10.	Saya sudah menerima keadaan anak, sehingga tidak perlu bertanya atau konsultasi				

	dengan profesional (psikolog, psikiater, pekerja sosial, tenaga medis lainnya)				
<b>No</b>	<b>Menurut saya.....</b>	<b>Sangat Tidak Setuju</b>	<b>Tidak Setuju</b>	<b>Setuju</b>	<b>Sangat Setuju</b>
11.	Jika perkembangan anak saya meningkat sekecil apapun, saya tetap merasa puas				
12.	Saya tidak perlu sedih memikirkan masa depan anak saya, karena hidup anak saya sudah diatur oleh Tuhan.				
13.	Saudara kandung harus diberi tanggungjawab lebih karena dia normal.				
14.	Jika anak saya tidak nampak perkembangannya, berarti pihak sekolah yang salah.				
15.	Kepentingan anak saya, harus di dahulukan dari kepentingan saudara kandung yang lain.				
16.	Dalam keadaan merasa tertekan, biasanya saya lebih mudah marah, cepat tersinggung dan sering sakit kepala				
17.	Jika keluarga besar saya, tidak bisa menerima anak saya, maka lebih baik tidak membawa anak untuk mengunjungi mereka				

**INSTRUMEN D**  
**KEMAMPUAN PSIKOMOTORIK**

**No.Responden** :  
**( Diisi oleh peneliti)**

**Petunjuk Pengisian :**

1. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda check list (√) pada kolom “Ya” atau “Tidak”, sesuai dengan yang dilakukan keluarga
2. Tidak ada jawaban yang benar atau salah, isilah sesuai dengan kondisi saudara saat ini.

No	Pernyataan Kemampuan Keluarga dalam Memenuhi Kebutuhan Anak	Ya	Tidak
1	Saya mengatur waktu saya setiap hari untuk bisa berinteraksi dengan anak.		
2	Saya mengajarkan anak secara rutin untuk melakukan kegiatan sehari-hari		
3	Saya sering melibatkan anak untuk berinteraksi dengan anggota keluarga dan orang lain.		
4	Saya membuatkan jadwal kegiatan harian untuk anak.		
5	Saya mengajarkan kegiatan mandi dengan tahapan yang benar		
6	Saya mengajarkan toilet training (BAB dan BAK ) dengan tahapan yang benar.		
7	Saya mengajarkan berpakaian pada anak dengan tahapan yang benar		
8	Saya mengajarkan menyisir rambut pada anak dengan tahapan yang benar		
9	Saya mengajarkan menggosok gigi pada anak dengan tahapan yang benar		
10	Saya mengajarkan mencuci kaki dan tangan sebelum tidur dengan tahapan yang benar.		
11	Saya mengajarkan menyiapkan peralatan makan dengan tahapan yang benar.		
12	Saya mengajarkan kegiatan makan dengan tahapan yang benar.		

13	Saya mengajarkan mencuci piring setelah makan dengan tahapan yang benar		
<b>No</b>	<b>Pernyataan Kemampuan Keluarga dalam Memenuhi Kebutuhan Anak</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
14	Saya melibatkan anak untuk merapikan rumah dengan tahapan yang benar.		
15	Saya melibatkan anak untuk berbelanja ke warung dengan tahapan yang benar.		
16	Saya tidak membiarkan anak menyendiri di kamar tanpa ada kegiatan		
17	Saya membiarkan saja jika anak tidak mau mengerjakan pekerjaan sehari-hari di rumah		
18	Saya sering memberi kesempatan kepada anak saya untuk melakukan kegiatan sendiri.		
19	Saya memberikan pujian jika anak mau melakukan kegiatan dengan baik		
20	Saya memberikan hadiah jika anak berhasil melakukan latihan		
21	Saya membawa anak ke pelayanan kesehatan jika sakit		
22	Saya melibatkan anak dalam kegiatan ibadah di rumah		
23	Saya mengajak anak untuk pergi beribadah		
24	Saya meminta informasi perkembangan anak pada guru, pengasuh di asrama dan pengasuh di rumah		
25	Saya hadir dalam setiap pertemuan yang di selenggarakan sekolah		
26	Saya berkonsultasi kepada profesional (psikolog, psikiater, pekerja sosial, tenaga medis, guru) untuk mengatasi perasaan dan masalah anak saya		
27	Saya melakukan pekerjaan yang saya senangi untuk mengatasi stress dalam melatih anak		
28	Saya melakukan tarik nafas dalam untuk mengatasi stress dalam melatih anak		
29	Saya berbicara dengan anggota keluarga untuk mengatasi stress dalam melatih anak		
30	Saya berbicara dengan orang lain untuk mengatasi stress dalam melatih anak		

## KISI KISI INSTRUMEN

No	Variabel dan Sub Variabel Peran Orangtua dan Kebutuhan Anak Tunanetra Ganda (ATG)	Item Pernyataan
1	Mengajar dan melatih anak a. Lingkungan belajar yang terstruktur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apakah ATG mempunyai kegiatan yang rutin</li> <li>2) Apakah ATG diberi tahu kegiatan yang akan dilakukan</li> <li>3) Apakah ATG aman dan nyaman dalam melakukan kegiatannya</li> <li>4) Apakah orangtua membantu mengajarkan ATG kegiatan yang baru</li> </ol>
	b. Waktu belajar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apakah orangtua menyediakan waktu untuk mengajarkan kegiatan pada ATG</li> <li>2) Apakah orangtua sabar dengan waktu yang lama dalam mengajarkan anak setiap kegiatan</li> <li>3) Apakah orangtua menyediakan dan menjadwalkan kegiatan ATG</li> </ol>
	c. Kesempatan mempraktekkan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apakah ATG diberikan kesempatan mempraktekkan sendiri kegiatan yang dilatihnya</li> <li>2) Apakah orangtua sabar menahan diri untuk tidak membantu ATG</li> <li>3) Apakah orangtua konsisten dalam melatih ATG</li> </ol>
	d. Dimulai dari kemampuan yang dimiliki ATG	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apakah orangtua dapat mengenal kemampuan ATG</li> <li>2) Apakah orangtua melatih ATG sesuai dengan kemampuan yang dimiliki</li> <li>3) Apakah orangtua dapat mengidentifikasi kemampuan yang sudah dimiliki ATG</li> </ol>
2	Memberikan konseling a. Mengakomodasi kebutuhan emosional ATG	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apakah orangtua mengenal kebutuhan emosi ATG</li> <li>2) Apakah orangtua peduli dengan reaksi emosional ATG</li> <li>3) Apakah orangtua sabar menghadapi emosional ATG yang berubah dengan cepat</li> <li>4) Apakah yang dilakukan orangtua sudah efektif untuk mengatasi emosi anak</li> <li>5) Apakah ATG diberikan kesempatan mencoba beberapa hal secara nyaman</li> <li>6) Apakah orangtua berkontribusi terhadap pengendalian ATG, dari sikap negatif ATG, terhadap dirinya dan orang lain.</li> </ol>

	b. Perhatian individual	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apakah orangtua memberi perhatian terhadap masalah ATG</li> <li>2) Apakah orangtua mengetahui bahwa ATG membutuhkan dorongan dan pujian</li> <li>3) Apakah orangtua konsisten dalam memberi dorongan dan pujian untuk ATG</li> </ol>
	c. Waktu istirahat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apakah orangtua mengetahui bahwa ATG membutuhkan waktu yang lebih banyak untuk istirahat dibandingkan dengan anak normal</li> <li>2) Apakah orangtua memberi kesempatan istirahat yang baik untuk ATG</li> <li>3) Apakah menurut orangtua istirahat sama dengan tidur</li> </ol>
3	Mengatur tingkah laku ATG a. Memberi batasan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apakah orangtua mengetahui dari penerapan peraturan dan sanksi kepada ATG</li> <li>2) Apakah orangtua mengetahui bahwa ATG perlu diberikan peraturan dan sanksi</li> <li>3) Apakah orangtua memberi peraturan pada ATG</li> <li>4) Apakah orangtua memberi sanksi/hukuman pada ATG jika melanggar peraturan.</li> <li>5) Apakah orangtua mengetahui cara memberi peraturan dan sanksi pada ATG</li> <li>6) Apakah orangtua konsisten terhadap peraturan yang dibuatnya</li> </ol>
	b. Stimulasi sensoris ganda	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apakah orangtua mengetahui cara menstimulasi pancaindera ATG yang tidak mengalami ketunaan.</li> <li>2) Apakah orangtua memfasilitasi ATG dalam berpartisipasi aktif mengikuti pelajaran dengan menggunakan indera sensoris; meraba, mencium, menyentuh dan memegang</li> </ol>
4	Mengasuh saudara kandung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apakah orangtua mengetahui bahwa saudara kandung ATG juga memiliki beban psikologis</li> <li>2) Apakah saudara kandung ATG dijadikan tumpuan harapan orangtua</li> <li>3) Apakah orangtua memberi perhatian yang sama kepada saudara kandung ATG</li> <li>4) Apakah orangtua melibatkan saudara kandung ATG dalam perawatan ATG</li> <li>5) Apakah orangtua dapat menerima reaksi emosional dari saudara kandung ATG</li> </ol>
5,	Memelihara hubungan perkawinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apakah orangtua sepaham dan sepatutnya dalam merawat ATG</li> <li>2) Apakah orangtua mempunyai waktu khusus untuk mereka berdua</li> <li>3) Apakah orangtua menuduh pasangannya sebagai</li> </ol>



		<p>penyebab ATG</p> <p>4) Apakah orangtua malu mempunyai ATG</p> <p>5) Apakah orangtua menjadi tidak peduli dengan pasangannya karena adanya ATG</p>
6	Mendidik orang terdekat	<p>1) Apakah orangtua memberi informasi tentang keadaan ATG pada orang lain</p> <p>2) Apakah mendidik orang terdekat dalam memenuhi kebutuhan ATG</p> <p>3) Apakah keluarga besar dari kedua orangtua ATG ikut terlibat dalam perawatan dan pendidikan ATG</p> <p>4) Apakah keluarga besar dari kedua orangtua ATG tidak mengucilkan orangtua ATG</p>
7.	Menggunakan sumber dukungan	<p>1) Apakah orangtua terlibat aktif dalam kegiatan pendidikan ATG di sekolah</p> <p>2) Apakah orangtua mengikuti perkembangan ATG melalui guru dan pengasuh di sekolah</p> <p>3) Apakah orangtua antusias mengikuti kegiatan yang diselenggarakan oleh sekolah</p>
	a. Sekolah	
	b. Masyarakat	<p>1) Apakah orangtua membawa ATG dalam kegiatan sosial/kemasyarakatan di lingkungannya</p> <p>2) Apakah orangtua melibatkan kelompok sosialnya dalam merawat ATG</p> <p>3) Apakah orangtua membawa ATG ke layanan kesehatan</p> <p>4) Apakah orangtua membawa ATG ke tempat umum dan atau ke tempat hiburan</p>
	c. Profesional	<p>1) Apakah orangtua mengetahui siapa saja yang dimaksud dengan tenaga profesional</p> <p>2) Apakah orangtua menggunakan tenaga profesional dalam mengatasi beban keluarga karena memiliki ATG</p> <p>3) Apakah orangtua mengetahui manfaat dalam menggunakan tenaga profesional</p> <p>4) Apakah orangtua mengetahui cara memanfaatkan dukungan dari tenaga profesional</p>

## KATA PENGANTAR

Modul ini merupakan panduan dalam melakukan Terapi Suportif dan digunakan untuk melaksanakan Terapi Suportif pada Kelompok keluarga yang memiliki anak dengan Tunanetra Ganda di SLB- G Rawinala, Jakarta Timur.

Secara umum modul ini berisi mengenai pengertian, tujuan, prinsip, dan prosedur pelaksanaan terapi suportif. Modul Terapi Suportif Keluarga ini dibuat berdasarkan teori dan konsep *supportive group*, pengembangan dari berbagai aktifitas *Support System Enhancement* yang dijelaskan oleh McCloskey & Bulechek (1996, dalam Stuart Laraia, 1998) dan *mutual support group* bagi keluarga menurut Chien, Chan, dan Thompson (2006)

Dalam penyusunan modul ini, banyak pihak terlibat yang memberikan bantuan, bimbingan dan dukungan yang diberikan. Untuk itu, terima kasih yang setulus-tulusnya pada:

1. Dewi Irawaty, M.A, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc., yang telah dengan sabar membimbing dan memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian modul ini.
3. Novy Helena C.D, S.Kp., MSc., yang telah berkenan memberikan masukan dalam penyelesaian modul ini.
4. Seluruh dosen pengajar program pasca sarjana FIK UI, khususnya dosen kekhususan keperawatan jiwa yang telah membantu selama proses belajar mengajar.
5. Rekan-rekan angkatan IV Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa dan semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan dan dukungan selama penyelesaian modul ini.

Akhirnya semoga bimbingan, bantuan, serta kerjasama yang diberikan dicatat sebagai amal ibadah oleh Tuhan YME dan harapan saya semoga modul ini dapat bermanfaat.

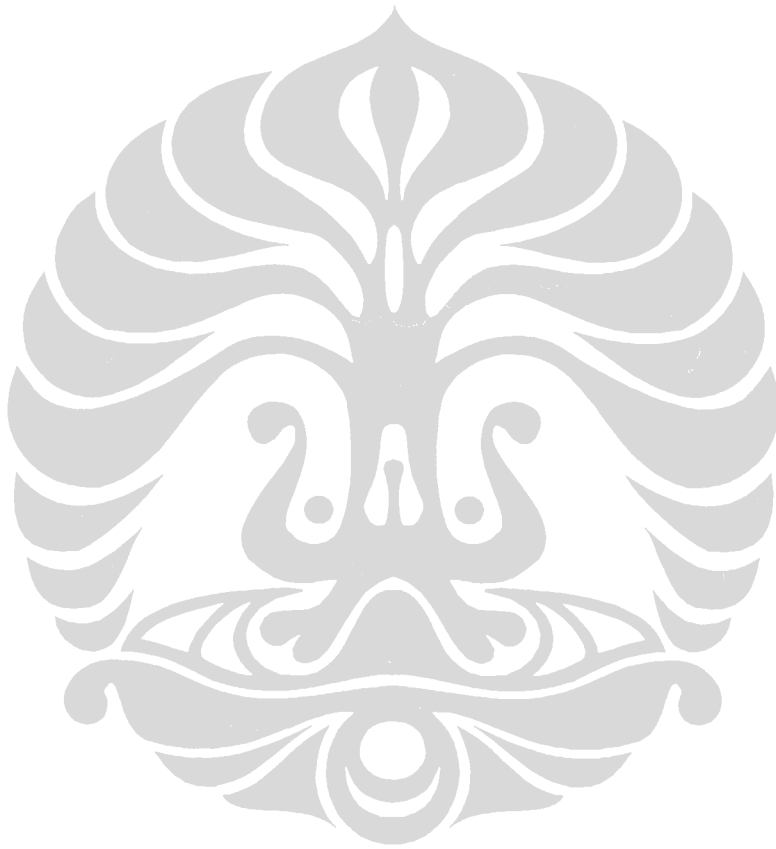
Depok, Mei 2010  
penyusun

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b>	.....	i.
<b>DAFTAR ISI</b>	.....	ii.
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b>	.....	iii.
<b>BAB I</b>	<b>PENDAHULUAN</b> .....	1
	A. Latar Belakang .....	1
	B. Tujuan .....	2
<b>BAB II</b>	<b>PEDOMAN PELAKSANAAN TERAPI SUPORTIF KELUARGA</b> .....	3
	A. Pengertian .....	3
	B. Tujuan .....	4
	C. Prinsip .....	4
	D. Karakteristik .....	4
	E. Aturan .....	5
	F. Keanggotaan .....	6
	G. Pengorganisasian .....	6
	H. Waktu Pelaksanaan .....	8
	I. Tempat Pelaksanaan .....	8
	I. Pelaksanaan .....	8
<b>BAB III</b>	<b>IMPLEMENTASI TERAPI SUPORTIF KELOMPOK</b> .....	12
<b>BAB IV</b>	<b>PENUTUP</b> .....	24
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>		
<b>LAMPIRAN</b>		

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Evaluasi Keluarga Sesi I
- Lampiran 2 Lembar Evaluasi Keluarga Sesi II
- Lampiran 3 Lembar Evaluasi Keluarga Sesi III
- Lampiran 4 Lembar Evaluasi Keluarga Sesi IV





**MODUL  
TERAPI KELOMPOK SUPORTIF  
PADA KELUARGA DENGAN ANAK TUNANETRA GANDA**

**Modifikasi Oleh :**

**Sri Hunun Widiastuti, SKp  
NPM : 0806446914**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, JULI 2010**

# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar belakang

Salah satu terapi yang di rekomendasikan untuk diaplikasikan pada kelompok keluarga adalah terapi suportif kelompok (Hernawaty, 2010)

Terapi Suportif termasuk salah satu model psikoterapi yang biasanya sering digunakan di masyarakat dan di Rumah sakit. Terapi ini merupakan suatu terapi yang dikembangkan oleh Lawrence Rockland (1989) dengan istilah *Psychodynamically Oriented Psychotherapy* or 'POST', namun ada pula istilah lain yang diperkenalkan adalah *Supportive Analytic Therapy* or 'SAT' (Rockland, 1989 dalam Holmes, 1995). Hasil survei di Amerika menunjukkan bahwa psikoterapi suportif menduduki peringkat ke delapan dalam psikoterapi yang penting (Langsey & Yager, 1988 dalam Holmes, 1995).

Terapi Suportif dapat diberikan secara individu dan berkelompok (Scott, dkk., 1995). Pada modul ini, pemberian terapi suportif lebih difokuskan pada keluarga secara berkelompok dengan pertimbangan bahwa keluarga merupakan sistem pendukung bagi anak dengan tunanetra ganda. Kriteria pemberian psikoterapi kelompok adalah suatu kelompok individu yang berkumpul untuk satu tujuan terapeutik, dibantu oleh seorang pemimpin yang profesional, interaksi serta hubungan antar anggota digunakan sebagai alat untuk mengklarifikasi, memotivasi, atau mengubah perilaku (Powles, 1964 dalam Scott, 1995). Diharapkan dengan terapi suportif ini mampu mengakomodasi respon negative dan mengatasi masalah psikososial pada keluarga dengan anak tunanetra ganda.

Strategi dasar dalam terapi suportif adalah menciptakan suasana yang aman dimana anggota dapat bekerja bersama terapis untuk mengatasi rintangan atau hambatan, baik dari dalam diri sendiri dan keluarga karena respon dari kehilangan maupun dari luar yaitu lingkungan masyarakat dan sekolah untuk mencapai penyesuaian diri yang adaptif (Appelbaum, 2005). Pemberiannya

terapi suportif dapat dilakukan satu atau dua kali dalam seminggu dengan durasi 50 menit setiap sesinya (Rockland, 1989), namun menurut Holmes (1995), di Inggris pelaksanaannya dapat kurang dari satu minggu yakni bisa empat hari sekali, sebulan sekali, atau bahkan dua bulan sekali dengan durasi 50-100 menit untuk setiap sesinya. Jadi pemberian Terapi Suportif dapat diberikan dengan mempertimbangkan waktu serta kondisi anggota yang akan menerimanya.

## **B. Tujuan**

Setelah mempelajari modul ini diharapkan perawat:

1. Mampu melakukan Terapi Suportif pada kelompok keluarga dengan Anak Tunanetra Ganda (ATG).
2. Mampu melakukan evaluasi kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor keluarga untuk melatih *self care* ATG.
3. Mampu melakukan tindak lanjut sebagai hasil dari evaluasi kemampuan keluarga setelah dilakukan terapi suportif kelompok..

**BAB II**  
**PEDOMAN PELAKSANAAN TERAPI KELOMPOK SUPORTIF PADA**  
**KELUARGA DENGAN ANAK TUNANETRA GANDA**  
**(ATG)**

Terapi Suportif merupakan bentuk terapi kelompok yang dapat dilakukan pada berbagai situasi dan kondisi diantaranya pada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan ATG.

A. Pengertian

*Supportif group* merupakan sekumpulan orang-orang yang berencana, mengatur dan berespon secara langsung terhadap issue-isue dan tekanan yang khusus maupun keadaan yang merugikan. Tujuan awal dari grup ini didirikan adalah memberikan support dan menyelesaikan pengalaman dan atau masalah psikososial dari masing-masing anggotanya (Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt, 2004).

Menurut Heller, dkk.(1997, dalam Chien, Chan, dan Thompson, 2006), hasil penelitian mengindikasi *peer support* (dukungan kelompok) berhubungan dengan peningkatan fungsi secara psikologis dan beban keluarga. Sedangkan mutual support (dukungan yang bermanfaat) adalah suatu proses partisipasi dimana terjadi aktifitas berbagi berbagai pengalaman (*sharing experiences*), situasi, dan masalah yang difokuskan pada prinsip memberi dan menerima, mengaplikasikan keterampilan swabantu (*self help*), dan pengembangan pengetahuan (Cook, dkk., 1999 dalam Chien, Chan, dan Thompson, 2006).

Dengan demikian pengertian Terapi kelompok suportif pada keluarga dengan ATG adalah terapi suportif yang diberikan pada sekumpulan dua orang atau lebih keluarga yang memiliki anggota dengan ATG melalui cara mengklarifikasi permasalahan yang dihadapi keluarga sehingga keluarga mampu memanfaatkan *support system* yang dimilikinya dan mengekspresikan pikiran serta perasaannya, mampu menggunakan strategi koping yang adaptif



melalui ekspresi verbal dan perilaku sehingga pada akhirnya mampu mendemonstrasikan kemampuan psikomotornya untuk melatih *self care* anak.

#### B. Tujuan Terapi Kelompok Suportif

Tujuan Terapi Suportif Keluarga adalah memberikan *support* terhadap keluarga sehingga mampu menyelesaikan krisis yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif antara klien-terapis, meningkatkan kekuatan keluarga, meningkatkan keterampilan koping keluarga, meningkatkan kemampuan keluarga menggunakan sumber kopingnya, meningkatkan otonomi keluarga dalam keputusan tentang pengobatan atau mencari bantuan professional, meningkatkan kemampuan keluarga mencapai kemandirian seoptimal mungkin, serta meningkatkan kemampuan mengurangi distres subyektif dan respons koping yang maladaptif.

#### C. Prinsip Terapi kelompok suportif

Beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam memberikan Terapi kelompok suportif (Chien, Chan, & Thompson, 2006):

1. Memperlihatkan hubungan saling percaya.
2. Memikirkan mengenai ide dan alternatif untuk memecahkan masalah (the dialectical process).
3. Mendiskusikan area yang tabu (tukar pengalaman mengenai rahasia dan konflik internal secara psikologis, maupun didalam merawat dan melatih self care anak)
4. Menghargai situasi yang sama dan bertindak bersama.
5. Adanya sistem dukungan yang membantunya (mutual support and assistance).
6. Pemecahan masalah secara individu.
7. Mempertahankan hubungan saling percaya dengan saling menghormati dan menjaga kerahasiaan anggota

#### D. Karakteristik Terapi Kelompok Suportif

1. Kelompok kecil berjumlah 10-12 orang
2. Anggota homogen
3. Anggota berpartisipasi penuh dan mempunyai otonomi
4. Kepemimpinan kolektif
5. Keanggotaan sukarela dan non politik
6. Anggota saling membantu dan dapat melakukan pertemuan di luar sesi.

#### E. Aturan dalam Terapi Kelompok Suportif

Aturan dalam pemberian Terapi Kelompok Suportif meliputi:

1. Terapis dan keluarga berperan aktif dengan komunikasi dua arah. Terapis harus selalu berperan serta aktif dalam memimpin dan tiap keluarga berperan secara aktif untuk berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok.
2. Melibatkan dukungan dari keluarga dan sosial serta tanggung jawabnya dalam pengambilan keputusan.
3. *Supportive group* adalah kelompok *self supporting* sehingga keluarga harus berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok. Pembiayaan untuk pelaksanaan kegiatan ditanggung bersama kelompok.
4. Terapis merespon pertanyaan keluarga, menghindari interogasi, konfrontasi, dan interpretasi. Melakukan klarifikasi pada keluarga tentang masalahnya dengan memberikan nasehat, melakukan konfrontasi suportif, membatasi seting, memberikan pendidikan kesehatan dan jika perlu melakukan perubahan lingkungan keluarga.
5. Kenyamanan secara fisik dan emosi harus dijaga. Sesama anggota saling memahami, mengetahui dan membantu berdasarkan kesetaraan, respek antara satu dengan yang lain dan hubungan timbal balik. Kelompok harus menghargai *privacy* dan kerahasiaan dari anggota kelompoknya.
6. Harus mampu menunjukkan rasa empati, ketertarikan atau keseriusan terhadap masalah keluarga, dan menganggap keluarga sejajar kedudukannya dengan terapis.

7. Keluarga harus mengekspresikan pikiran dan perasaannya.
8. Tujuan terapi harus dijaga sejak awal sampai akhir.
9. Berperilaku jujur kepada kelompok dengan selalu menceritakan setiap perkembangan yang terjadi pada keluarga dan melihat bagaimana respon keluarga saat diberitahukan tentang kondisinya.

#### F. Keanggotaan Terapi Kelompok Suportif

Syarat yang harus dipenuhi dalam melibatkan keluarga meliputi:

1. Keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan anak Tunanetra Ganda dan tinggal serumah.
2. Berusia diatas 18 tahun
3. Bersedia untuk berpartisipasi penuh selama mengikuti terapi.
4. Dapat membaca dan menulis.

#### G. Pengorganisasian Terapi Kelompok Suportif

##### 1. Leader terapi kelompok suportif

Terapi dipimpin oleh terapis dengan tugasnya yang meliputi:

- a. Memimpin jalannya diskusi.
- b. Menentukan lama pertemuan (50 menit).
- c. Menciptakan dan mempertahankan suasana yang bersahabat agar keluarga dapat kooperatif, produktif, dan berpartisipasi.
- d. Memilih topik pertemuan sesuai dengan daftar masalah bersama dengan keluarga..
- e. Membimbing diskusi, menstimulasi keluarga, dan mencegah monopoli saat diskusi.
- f. Memberikan kesempatan keluarga untuk mengungkapkan apa yang diketahuinya mengenai ATG dan respon keluarga..
- g. Memberikan kesempatan keluarga untuk mengekspresikan masalahnya.
- h. Memberikan motivasi keluarga untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi.
- i. Memahami opini yang diberikan keluarga.

- j. Memberikan umpan balik positif kepada keluarga mengenai perawatan dan latihan self care ATG yang sudah benar dilakukannya selama ini.
- k. Memberikan penjelasan dan masukan mengenai perawatan dan latihan self care ATG yang belum diketahui/belum dipahami oleh keluarga.
- l. Mendemonstrasikan latihan self care yang meliputi kegiatan; makan, mandi, berpakaian, berhias dan toilet; bab/bak.

## 2. Anggota kelompok Terapi Kelompok Suportif

Tugas keluarga sebagai anggota kelompok meliputi:

- a. Mengikuti jalan atau proses pelaksanaan Terapi kelompok suportif sesuai dengan kesepakatan yang dibuat antara anggota kelompok dan *leader* (pemimpin kelompok).
- b. Berpartisipasi aktif selama proses kegiatan berlangsung, memberikan masukan, umpan balik selama proses diskusi, dan melakukan stimulasi terkait dengan kemampuan psikomotorik keluarga..

## H. Waktu pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif

Waktu pelaksanaan terapi sesuai dengan kesepakatan kelompok. Pertemuan dilaksanakan seminggu sekali, seminggu dua kali atau dua minggu sekali disesuaikan dengan kebutuhan keluarga dengan alokasi waktu selama kegiatan 50 menit-100 menit..

## I. Tempat pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif

Tempat pelaksanaan terapi ini menggunakan *setting* komunitas orangtua dengan ATG yang bersekolah di SLB\_G Rawinala sehingga pelaksanaan terapi dilakukan di aula sekolah SLB\_G Rawinala dan atau tempat lain atas permintaan kelompok namun memenuhi tujuan terapeutik terapi.

## J. Pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif

Pada penelitian ini, Terapi kelompok suportif (TSK) dilaksanakan dalam 4 (empat) sesi, yakni: sesi pertama mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sistem pendukung yang ada, sesi kedua menggunakan sistem pendukung

dalam keluarga, sesi ketiga sistem menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, dan sesi keempat mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber.

Keempat sesi pada TSK merupakan pengembangan dari berbagai aktifitas *Support System Enhancement* yang dijelaskan oleh McCloskey & Bulechek (1996, dalam Stuart Laraia, 1998) dan *mutual support group* bagi keluarga menurut Chien, Chan, dan Thompson (2006). Berbagai aktifitas di dalam *Support System Enhancement* meliputi:

1. Mengakses respon psikologis
2. Menentukan jejaring sosial yang ada dan adekuat
3. Mengidentifikasi *family support* (dukungan bagi keluarga)
4. Mengidentifikasi *family financial support* (dukungan finansial bagi keluarga)
5. Menentukan *support system* (sistem dukungan) yang biasa digunakan
6. Menentukan hambatan dalam menggunakan *support system*
7. Memonitor situasi keluarga saat ini
8. Mengajukan klien berpartisipasi dalam aktifitas sosial dan masyarakat
9. Mengajukan berinteraksi dengan orang lain yang sama-sama tertarik dan memiliki tujuan
10. Mengarahkan pada *Self Help Group* sebagai terapi yang dapat dilakukan secara mandiri.
11. Mengakses sumber masyarakat yang adekuat untuk mengidentifikasi kelemahan dan kelebihan
12. Mengarahkan pada masyarakat berdasarkan pada hal peningkatan, pencegahan, pengobatan, atau program rehabilitasi yang tepat
13. Menyediakan layanan perawatan dan cara yang suportif
14. Melibatkan keluarga, pihak lain, dan teman dalam hal perawatan dan perencanaan
15. Menjelaskan pada yang lain bagaimana cara mereka dapat membantu

Dengan demikian, dalam terapi kelompok suportif ini, sesi merupakan cakupan dari tahapan aktifitas: 1, 2, 3, 4, 5, dan 6, sesi dua merupakan

cakupan dari aktifitas: 7, 8, dan 9, sesi ketiga merupakan cakupan dari aktifitas: 10, 11, dan 12 sedangkan sesi keempat merupakan cakupan dari aktifitas: 13, 14 dan 15. Sedangkan 5 tahap di dalam pengembangan *mutual support group* meliputi: perjanjian, penyampaian kebutuhan psikologis, pemberian kebutuhan psikologis bagi klien dan keluarga, penggunaan peran baru dan tantangannya, dan terminasi.

1. Sesi pertama: mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sumber pendukung yang ada.

Pada sesi ini, yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan keluarga mengenai: apa yang diketahuinya mengenai anak tunanetra ganda, cara yang biasa dilakukan dan hambatannya dalam merawat dan melatih *self care* anak serta sumber pendukung yang ada.

Selain itu, memberi motivasi pada keluarga untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi yang diketahui, memberi umpan balik positif kepada keluarga mengenai perawatan dan latihan *self care* ATG yang sudah benar dilakukannya selama ini, dan memberi masukan serta penjelasan mengenai perawatan dan latihan *self care* yang belum diketahui/belum dipahami.

Hasil dari sesi pertama ini, keluarga mampu menjelaskan: kemampuan positifnya dalam merawat dan melatih anak serta masalah yang dihadapinya dan menjelaskan sumber pendukung yang ada.

2. Sesi kedua: menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, monitor, dan hambatannya.

Pada sesi ini yang dilakukan adalah: mendiskusikan dengan keluarga mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dan hambatannya, melatih serta meminta keluarga untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dengan melibatkan anggota kelompok lainnya.

Hasil dari sesi kedua ini, keluarga: memiliki daftar kemampuan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga, mampu melakukan *role play* menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga, mengetahui cara menggunakan sistem pendukung yang ada yang

ada dalam keluarga, dan mampu memonitor dalam pelaksanaan, hasil, serta hambatan menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.

3. Sesi ketiga: menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, monitor, dan hambatannya.

Pada sesi ini yang dilakukan adalah: mendiskusikan dengan keluarga mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dan hambatannya, melatih serta meminta keluarga untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dengan melibatkan anggota kelompok lainnya.

Hasil dari sesi ketiga ini, keluarga: memiliki daftar kemampuan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga, mampu melakukan *role play* menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga, mengetahui cara menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga, dan mampu memonitor dalam pelaksanaan, hasil, serta hambatan menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.

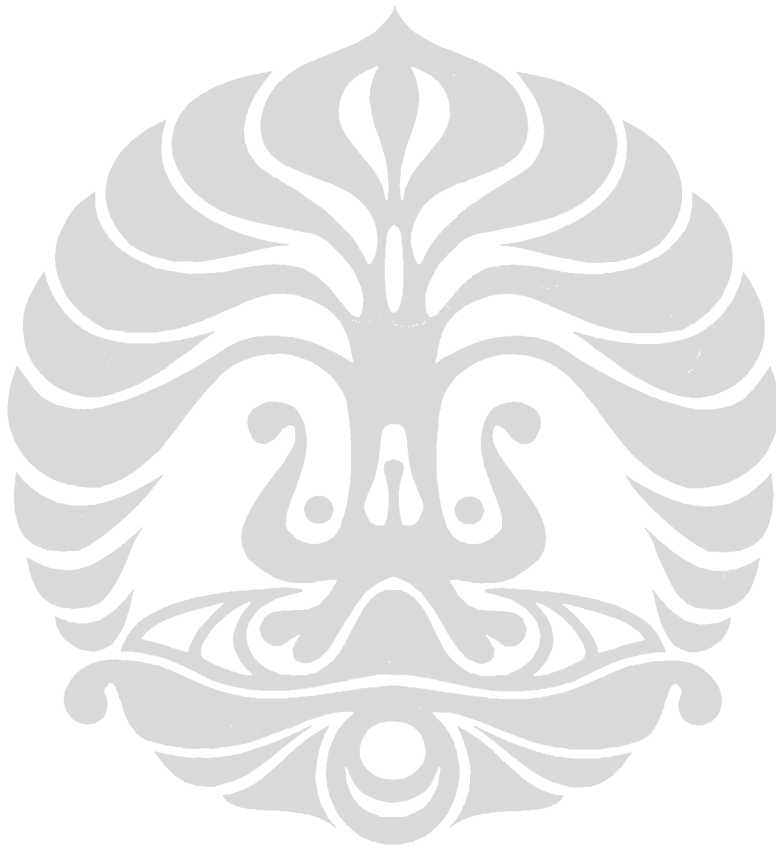
4. Sesi keempat: mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber.

Pada sesi ini yang dilakukan adalah mengevaluasi pengalaman yang dipelajari dan pencapaian tujuan, mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam keluarga maupun diluar keluarga, dan cara memenuhi kebutuhan tersebut, serta mendiskusikan kelanjutan dari perawatan setelah program terapi.

Hasil dari sesi keempat ini, keluarga mampu mengungkapkan hambatan dan upaya menggunakan berbagai sumber dukungan yang ada baik di dalam dan di luar keluarga dalam merawat dan melatih self care ATG.

Pelaksanaan terapi kelompok suportif ini menggunakan area di komunitas yang dapat dilakukan di Aula sekolah atau di rumah salah satu keluarga dengan anggota keluarga ATG, ruang pertemuan, atau sarana lainnya yang tersedia di masyarakat, sesuai kesepakatan dan menunjang tercapainya tujuan dari terapi.. Metode yang dilakukan adalah dinamika kelompok, diskusi, tanya jawab, dan *role play* dengan *setting* posisi klien-terapis dalam formasi

melingkar. Adapun alat dan bahan yang harus diperlukan meliputi: kursi, meja, alat tulis, alat gambar, kertas/buku gambar, atau LCD-Laptop terkait efektifitas pencapaian tujuan terapi.





## BAB III

### IMPLEMENTASI TERAPI KELOMPOK SUPORTIF

**Sesi I: Mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sistem pendukung yang ada**

#### **1. Tujuan**

- a. Keluarga mampu menjelaskan apa yang diketahuinya mengenai ATG.
- b. Keluarga mampu menjelaskan respon /dampak yang dirasakan keluarga.
- c. Keluarga mampu menjelaskan tujuan, peran, dan tanggung jawabnya berkaitan dengan perawatan ATG.
- d. Keluarga mampu mengidentifikasi masalah atau hambatan dalam upaya merawat dan melatih self care ATG.
- e. Keluarga mampu mengidentifikasi kebutuhan ATG
- f. Keluarga mampu mengidentifikasi sumber pendukung yang ada yang dapat digunakan

#### **2. Setting**

- a. Keluarga dan terapis duduk dalam formasi setengah lingkaran.
- b. Ruang dalam kondisi nyaman dan tenang.

#### **3. Alat**

- a. Meja dan kursi
- b. Alat tulis
- c. Kertas/buku
- d. Audio visual/gambar terkait materi
- e. *Blind fold*

#### **4. Metoda**

- a. Diskusi
- b. Tanya jawab
- c. *Case study*
- d. *Role play*
- e. Demonstrasi dan re-demonstrasi

## 5. Langkah-langkah pelaksanaan

### a. Persiapan

- 1) Membuat kontrak dengan keluarga.
- 2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

### b. Orientasi

- 1) Salam terapeutik:
  - a. Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh keluarga.
  - b. Seluruh keluarga saling memperkenalkan diri.
- 2) Evaluasi validasi:
  - a. Menanyakan perasaan keluarga pada hari ini.
  - b. Menanyakan apa yang dirasakan keluarga sekarang.

### 3) Kontrak

Menjelaskan tujuan terapi, kegiatan, dan peraturan terapi (lama kegiatan 50 menit, jika keluarga ingin meninggalkan kelompok meminta ijin terlebih dahulu pada terapis).

### 4) Doa bersama

### c. Kerja

- 1) Meminta pada seluruh keluarga untuk menjelaskan apa yang mereka ketahui mengenai ATG, meliputi definisi, penyebab, tanda dan gejala, akibat, kebutuhan ATG, cara perawatan dan latihan *self care* yang diketahui, dan sumber coping yang dapat digunakan.
- 2) Memberikan pujian atas kemampuan keluarga menyampaikan pendapatnya.
- 3) Menanyakan pada seluruh keluarga mengenai apa yang biasa dilakukan merawat klien.
- 4) Memberikan pujian atas kemampuan keluarga menyampaikan pendapatnya.
- 5) Mendiskusikan hambatan dalam merawat dan melatih ATG.
- 6) Mendiskusikan sumber pendukung yang ada.

### d. Terminasi

- 1) Evaluasi Subjektif

- a. Menanyakan kepada keluarga perasaannya setelah mengikuti terapi.
- b. Terapis memberikan pujian kepada kelompok.
- 2) Evaluasi objektif
  - a. Menanyakan masalah yang dihadapi selama merawat dan melatih *self care* ATG.
  - b. Menanyakan sumber pendukung yang dapat digunakan.
- 3) Rencana tindak lanjut
  - a. Memotivasi seluruh keluarga untuk mengenal masalah, hambatan dan ketidakmampuan dalam merawat dan melatih *self care* ATG.
  - b. Memotivasi seluruh keluarga untuk mengidentifikasi sumber pendukung yang ada.
- 4) Kontrak yang akan datang
  - a. Bersama keluarga menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.
  - b. Bersama keluarga menyepakati topik untuk pertemuan yang akan datang.
- 5) Doa penutup

## 6. Evaluasi

Kemampuan keluarga yang dievaluasi:

- a. Menjelaskan apa yang diketahuinya mengenai ATG.
- b. Menjelaskan cara yang biasa dilakukan dalam merawat dan melatih ATG.
- c. Menjelaskan hambatan dalam melakukan cara yang biasa dilakukan dalam merawat dan melatih ATG.
- d. Mengidentifikasi sistem pendukung yang ada.

## **Sesi II : Menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, monitor hasil, dan hambatannya**

### **1. Tujuan**

- b. Keluarga mampu mengidentifikasi kemampuan positif dari sistem pendukung dalam keluarga.
- c. Keluarga mampu mendemonstrasikan penggunaan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.
- d. Keluarga mampu membuat jadwal penggunaan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.
- e. Keluarga mampu memantau dan menilai hasil penggunaan sistem pendukung dalam keluarga.
- f. Keluarga mampu mengidentifikasi hambatan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.

### **2. Setting**

- a. Keluarga dan terapis duduk dalam formasi setengah lingkaran.
- b. Ruangan dalam kondisi nyaman dan tenang.

### **3 Alat**

- a. Meja dan kursi
- b. Alat tulis
- c. Kertas/buku
- d. Audio visual/gambar terkait materi

### **4 Metoda**

- a. Diskusi
- b. Tanya jawab
- c. *role play*
- d. Demonstrasii dan re-demonstrasi

## 5 Langkah-langkah pelaksanaan

### a. Persiapan

- 1) Membuat kontrak dengan keluarga.
- 2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

### b. Orientasi

#### 1) Salam terapeutik

Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh keluarga.

#### 2) Evaluasi validasi

b. Menanyakan perasaan keluarga pada hari ini.

c. Menanyakan hasil diskusi sesi I.

#### 3) Kontrak

Menjelaskan tujuan kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 50 menit, jika keluarga ingin meninggalkan kelompok meminta ijin terlebih dahulu pada terapis).

#### 4) Doa bersama

### c. Kerja

- 1) Mendiskusikan kemampuan positif sistem pendukung yang dalam keluarga: keluarga inti dan keluarga besar.
- 2) Meminta keluarga untuk melakukan *role play* penggunaan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.
- 3) Memberikan pujian atas kemampuan keluarga melakukan *role play*.
- 4) Meminta keluarga membuat jadwal penggunaan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.
- 5) Memberikan motivasi pada keluarga untuk menggunakannya (sistem pendukung yang ada dalam keluarga).
- 6) Meminta keluarga memantau dan menilai hasil penggunaannya (sistem pendukung yang ada dalam keluarga).
- 7) Mendiskusikan hambatan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.

### d. Terminasi

#### 1) Evaluasi Subjektif

Menanyakan kepada keluarga perasaannya setelah mengikuti terapi.

2) Evaluasi objektif

Menanyakan kepada kelompok untuk mengungkapkan kembali kemampuan positif yang dimiliki sumber pendukung yang ada dalam keluarga.

3) Rencana tindak lanjut

- a. Menganjurkan kepada keluarga untuk menggunakan kemampuan yang dimiliki sumber pendukung yang ada dalam keluarga bagi keluarga.
- b. Menganjurkan kepada keluarga untuk menggunakan kemampuan yang dimiliki sumber pendukung yang ada dalam keluarga bagi klien.

4) Kontrak yang akan datang

- a. Bersama kelompok menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.
- b. Bersama kelompok menyepakati topik untuk pertemuan yang akan datang.

5) Doa penutup

**6. Evaluasi**

Kemampuan keluarga yang dievaluasi:

- a. Mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki sistem pendukung dalam keluarga.
- b. Mengidentifikasi hambatan dalam menggunakan kemampuan positif yang dimiliki sistem pendukung dalam keluarga.
- c. Mendemonstrasikan penggunaan sistem pendukung dalam keluarga dengan melibatkan anggota lain dalam kelompok.
- d. Mengungkapkan hasil monitor terhadap pelaksanaan, hasil, dan hambatan menggunakan sistem pendukung dalam keluarga.

### **Sesi III : Menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, monitor hasil, dan hambatannya**

#### **1. Tujuan**

- a. Keluarga mampu mengidentifikasi kemampuan positif dari sistem pendukung di luar keluarga.
- b. Keluarga mampu mendemonstrasikan penggunaan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.
- c. Keluarga mampu membuat jadwal penggunaan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.
- d. Keluarga mampu memantau dan menilai hasil penggunaan sistem pendukung di luar keluarga.
- e. Keluarga mampu mengidentifikasi hambatan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.

#### **2. Setting**

- a. Keluarga dan terapis duduk dalam formasi setengah lingkaran.
- b. Ruang dalam kondisi nyaman dan tenang.

#### **3. Alat**

- a. Meja dan kursi
- b. Alat tulis
- c. Kertas/buku
- d. Audio visual/gambar terkait materi

#### **4. Metoda**

- a. Diskusi
- b. Tanya jawab
- c. Redemonstrasi atau *role play*

#### **5. Langkah-langkah pelaksanaan**

- a. Persiapan
  - 1) Membuat kontrak dengan keluarga.
  - 2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
- b. Orientasi
  - 1) Salam terapeutik  
Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh keluarga.

## 2) Evaluasi validasi

(a) Menanyakan perasaan keluarga pada hari ini.

(b) Menanyakan hasil diskusi sesi II.

## 3) Kontrak

Menjelaskan tujuan kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 50 menit, jika keluarga ingin meninggalkan kelompok meminta ijin terlebih dahulu pada terapis).

## 4) Doa bersama

## c. Kerja

1) Mendiskusikan kemampuan positif sistem pendukung yang ada di luar keluarga: kelompok dalam masyarakat, pelayanan di masyarakat, dan pelayanan spesialis.

2) Meminta keluarga untuk melakukan *role play* penggunaan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.

3) Memberikan pujian atas kemampuan keluarga melakukan *role play*.

4) Meminta keluarga membuat jadwal penggunaan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.

5) Memberikan motivasi pada keluarga untuk menggunakannya (sistem pendukung yang ada di luar keluarga).

6) Meminta keluarga memantau dan menilai hasil penggunaannya (sistem pendukung yang ada di luar keluarga).

7) Mendiskusikan hambatan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.

## d. Terminasi

## 1) Evaluasi Subjektif

Menanyakan kepada keluarga perasaannya setelah mengikuti terapi.

## 2) Evaluasi objektif

Menanyakan kepada kelompok untuk mengungkapkan kembali kemampuan positif yang dimiliki sumber pendukung yang ada di luar keluarga.



- 3) Rencana tindak lanjut
  - a. Menganjurkan kepada keluarga untuk menggunakan kemampuan yang dimiliki sumber pendukung yang ada di luar keluarga bagi keluarga.
  - b. Menganjurkan kepada keluarga untuk menggunakan kemampuan yang dimiliki sumber pendukung yang ada di luar keluarga bagi klien.
- 4) Kontrak yang akan datang
  - a. Bersama kelompok menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.
  - b. Bersama kelompok menyepakati topik untuk pertemuan yang akan datang.
- 5) Doa penutup

## 6. Evaluasi

Kemampuan keluarga yang dievaluasi:

- a. Mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki sistem pendukung di luar keluarga.
- b. Mengidentifikasi hambatan dalam menggunakan kemampuan positif yang dimiliki sistem pendukung di luar keluarga.
- c. Mendemonstrasikan penggunaan sistem pendukung di luar keluarga dengan melibatkan anggota lain dalam kelompok.
- d. Mengungkapkan hasil monitor terhadap pelaksanaan, hasil, dan hambatan menggunakan sistem pendukung di luar keluarga.

**Sesi IV : Mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga.**

**1. Tujuan**

- a. Keluarga mampu mengevaluasi pengalaman yang dilajari berkaitan dengan penggunaan sistem pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga.
- b. Keluarga mampu mengidentifikasi hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam keluarga maupun diluar keluarga.
- c. Keluarga mampu mengidentifikasi upaya untuk mengatasi hambatan dan memenuhi kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam keluarga maupun diluar keluarga.
- d. Keluarga mampu mengungkapkan rencana kelanjutan dari perawatan setelah program terapi.

**2. Setting**

- a. Keluarga dan terapis duduk dalam formasi setengah lingkaran.
- b. Ruangan dalam kondisi nyaman dan tenang.

**3. Alat**

- a. Meja dan kursi
- b. Alat tulis
- c. Kertas/buku
- d. Audio visual/gambar terkait materi

**4. Metoda**

- a. Diskusi
- b. Tanya jawab
- c. *role play*
- d. Re-demonstrasi

**5. Langkah-langkah pelaksanaan**

- a. Persiapan
  1. Membuat kontrak dengan keluarga.
  2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
- b. Orientasi

1. Salam terapeutik

Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh keluarga.

2. Evaluasi validasi

(a) Menanyakan perasaan keluarga pada hari ini.

(b) Menanyakan hasil diskusi sesi III.

3. Kontrak

Menjelaskan tujuan kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 50 menit, jika keluarga ingin meninggalkan kelompok meminta ijin terlebih dahulu pada terapis).

4. Doa bersama

- c. Kerja

1. Menanyakan pada seluruh keluarga tentang pengalaman yang dipelajari berkaitan dengan penggunaan sistem pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga dan meminta mengevaluasinya.

2. Memberikan pujian atas kemampuan keluarga menyampaikan pendapatnya dan *reinforcement* atas pengalamannya menggunakan sistem pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga.

3. Mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam keluarga maupun diluar keluarga.

4. Mendiskusikan upaya yang diperlu dilakukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam keluarga maupun diluar keluarga.

5. Mendiskusikan rencana kelanjutan dari perawatan setelah program terapi.

- d. Terminasi

- 1) Evaluasi Subjektif

Menanyakan kepada keluarga perasaannya setelah mengikuti terapi.

- 2) Evaluasi objektif

Menanyakan kepada seluruh keluarga untuk mengungkapkan kembali kemampuannya dalam memilih tindakan untuk memenuhi kebutuhan.

3) Rencana tindak lanjut

Menganjurkan kembali kepada keluarga untuk mengingat dan mempraktekan kemampuan positif sistem pendukung baik yang di dalam maupun di luar keluarga.

4) Kontrak yang akan datang

Menyampaikan pada seluruh keluarga bahwa sesi pertemuan sudah selesai. Bila keluarga masih mempunyai masalah dapat menghubungi perawat di Puskesmas.

5) Doa penutup

**6. Evaluasi**

Kemampuan keluarga yang dievaluasi:

- a. Keluarga mampu mengungkapkan hasil evaluasinya terhadap pengalaman yang dipelajarinya dalam menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada.
- b. Keluarga mampu mengungkapkan hasil evaluasinya terhadap pencapaian tujuan menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada.
- c. Keluarga mampu mengungkapkan hambatan dalam menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada.
- d. Keluarga mampu menjelaskan upaya mengatasi hambatan dalam menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada.
- e. Keluarga mampu menyatakan kesediaannya mengikuti kelanjutan perawatan setelah program terapi.

## BAB IV PENUTUP

Keluarga merupakan sumber terbesar bagi perkembangan anak-anak berkebutuhan khusus, sehingga cara terbaik membantu anak berkebutuhan khusus adalah dengan memanfaatkan potensi individu dalam keluarga (Miles & Rigio, 1999).

Kurangnya informasi yang tepat tentang diagnosis, kondisi kecacatan dan cara memfasilitasi perkembangan anak membuat orangtua cenderung mengakibatkan ketidak tahuan orangtua. Kurangnya dukungan emosional serta sikap yang empati dan konstruktif dalam memahami perasaan dan reaksi orangtua, cenderung mengakibatkan ketidakmauan atau demotivasi orangtua. Belum adanya kelompok orangtua dengan anak berkebutuhan khusus serta tenaga pendamping profesional, cenderung mengakibatkan ketidakmampuan orangtua dalam memfasilitasi kemandirian anak.

*Supportive Group* merupakan alternatif pilihan terapi yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga menjadi *support system*. *Supportive Group* merupakan terapi yang diorganisasikan untuk membantu anggota saling bertukar pengalaman mengenai masalah tertentu agar dapat meningkatkan kopingnya. *Support group* ditujukan untuk mengurangi beban keluarga dan meningkatkan koping keluarga serta meningkatkan dukungan sosial (Fadden, 1998, Wituk, dkk.,2000 dalam Chien, dkk., 2006).

## DAFTAR PUSTAKA

- Appelbaum, A.H. (1995). *Supportive Therapy*, ¶4, <http://www.focus.psychiatryonline.org/cgi>. Diperoleh tanggal 2 Maret 2010.
- Chien, W.T., Chan, S.W.C., dan Thompson, D.R. (2006), ¶12, <http://bjp.rcpsych.org/cgi>. Diperoleh tanggal 9 Maret 2010.
- Holmes, J. (1995). *Supportive Psychotherapy The Search For Positive Meanings*. ¶1, <http://www.bjp.rcpsych.org/cgi>. Diperoleh tanggal 2 Maret 2010.
- Hunt. (2004). *A Resource Kit for Self Help / Support Groups for People Affected by an Eating Disorder*. <http://www.medhelp.org/njgroups/VolunteerGuide.pdf> Diperoleh tanggal 6 Maret 2010.
- Scott, J.E. and Dixon, L.B. (1995). *Psychological Interventions for Schizophrenia*, ¶13, <http://www.schizophreniabulletin.oxfordjournals.org>. Diperoleh tanggal 2 Maret 2010.
- Stuart, G.W., and Laraia (1998). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (7<sup>th</sup> ed.). St. Louis : Mosby Year.



# **BUKU KERJA KELUARGA**

## **TERAPI SUPORTIF KELUARGA**

**Disusun Oleh :**

**Taty Hernawaty, S.Kp.  
Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.AppSc.  
Ria Utami Pandjaitan, S.Kp., M.Kep.  
Novy Helena C.D, SKp., MSc**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2009**

## KATA PENGANTAR

Buku kerja ini merupakan bagian dari modul panduan dalam melakukan Terapi Suportif dan digunakan oleh keluarga untuk selama mengikuti terapi.

Secara umum buku kerja ini berisi lembaran kerja mengenai masalah, upaya yang dilakukan, dan latihan / *role play* yang dilakukan. Buku kerja ini dibuat berdasarkan panduan Modul Terapi Suportif Keluarga.

Dalam penyusunan buku kerja ini, banyak pihak terlibat yang memberikan bantuan, bimbingan dan dukungan yang diberikan. Untuk itu, terima kasih yang setulus-tulusnya pada:

1. Dewi Irawaty, M.A, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc., yang telah dengan sabar membimbing dan memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian buku kerja ini.
3. Ria Utami Pandjaitan, S.Kp., M.Kep., serta Novy Helena C.D, S.Kp., MSc., yang telah berkenan memberikan masukan dalam penyelesaian buku kerja ini.
4. Seluruh dosen pengajar program pasca sarjana FIK UI, khususnya dosen kekhususan keperawatan jiwa yang telah membantu selama proses belajar mengajar.
5. Rekan-rekan angkatan III Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian modul ini.
6. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini

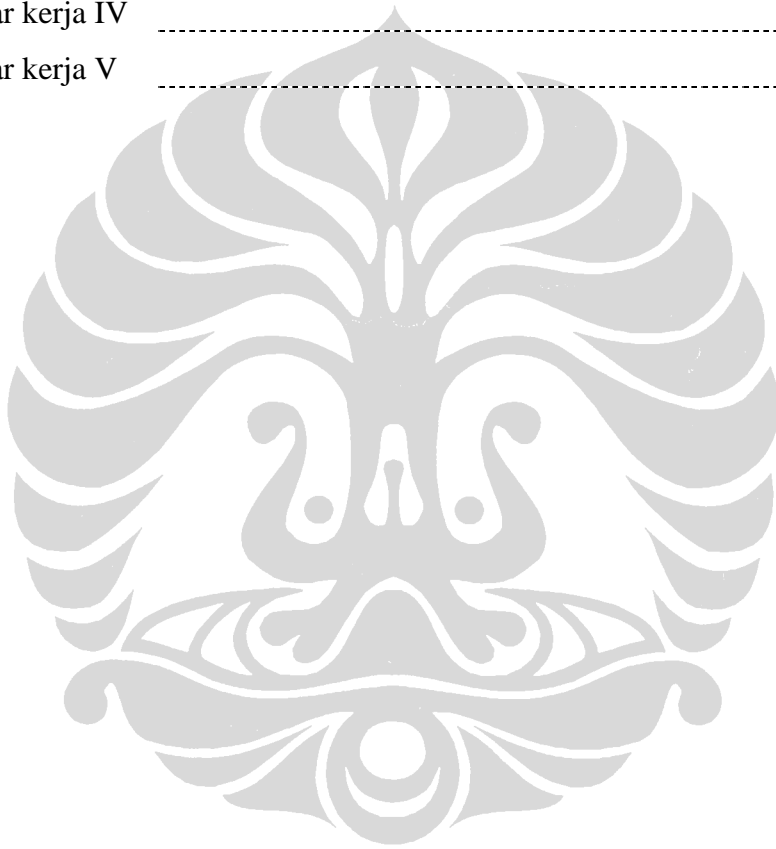
Akhirnya semoga bimbingan, bantuan, serta kerjasama yang diberikan dicatat sebagai amal ibadah oleh Tuhan YME dan harapan saya semoga modul ini dapat bermanfaat.

Depok, April 2009  
penyusun



## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	i.
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ii.
Lembar kerja I .....	1
Lembar kerja II .....	2
Lembar kerja III .....	4
Lembar kerja IV .....	6
Lembar kerja V .....	8



**BUKU KERJA KELUARGA  
MELATIH “SELF CARE” ANAK**



**Nama Orangtua :**

**Nama Anak :**

**Alamat :**

**YAYASAN PENDIDIKAN DWITUNA RAWINALA  
DAN MAHASISWA FIK UI 2010**

**PERKEMBANGAN KEMAMPUAN ANAK DALAM  
"SELF CARE"**

Berilah tanda (√) untuk setiap kemampuan anak, dengan keterangan sebagai berikut :

- A : Anak melakukan sendiri tanpa bantuan
- B : Anak melakukan dengan bantuan
- C : Kadang-kadang dilakukan bersama anak
- D : Belum dicoba dengan anak/masih sepenuhnya dilayani

Kegiatan : A. MAKAN	A	B	C	D
1. Makan				
1. Berjalan menuju rak piring				
2. Meraba kemudian mengambil piring dengan tangan kanan				
3. Menaruh sendok di piring				
4. Kedua tangan memegang piring dan sendok				
5. Berjalan menuju meja makan				
6. Meraba meja				
7. Meletakkan piring di meja				
8. Meraba kursi lalu duduk				
9. Meraba bakul dan memegang centong				
10. Mengambil nasi dari tempat nasi dengan tangan kanan dan tangan kiri pegang bakul				
11. Menaruh centong				
12. Meraba mangkok sayur kemudian memegang sendok sayur				
13. Mengambil sayur				
14. Menaruh sendok sayur				
15. Meraba tempat lauk				
16. Mengambil lauk				
17. Memegang sendok nasi				
18. Menyendok dari piring dengan tangan kanan				
19. Menyuaip				
20. Menaruh kembali sendok di piring (dilakukan sampai nasi habis)				
21. Sendok di tengkurapkan di piring				

Berilah tanda (√) untuk setiap kemampuan anak, dengan keterangan sebagai berikut :

A : Anak melakukan sendiri tanpa bantuan

B : Anak melakukan dengan bantuan

C : Kadang-kadang dilakukan bersama anak

D : Belum dicoba dengan anak/masih sepenuhnya dilayani

2. Minum	A	B	C	D
1. Meraba gelas				
2. Memegang gelas dengan ke dua tangan				
3. Mengangkat gelas dengan kedua tangan				
4. Mengarahkan gelas ke mulut				
5. Menaruh gelas ke tempat semula				
3. Mencuci Alat Makan				
1. Membawa alat makan ke tempat cucian piring				
2. Menaruh piring/gelas/sendok di tempat cucian				
3. Membuka kran				
4. Membasahi piring/gelas/sendok				
5. Menutup kran				
6. Mengambil sabun				
7. Menyabun bolak-balik piring/gelas/sendok				
8. Membuka kran				
9. Menggosok membersihkan dengan air piring/sendok/gelas				
10. Menutup kran				
11. Membawa piring/gelas/sendok ke rak piring				

Berilah tanda (√) untuk setiap kemampuan anak, dengan keterangan sebagai berikut :

A : Anak melakukan sendiri tanpa bantuan

B : Anak melakukan dengan bantuan

C : Kadang-kadang dilakukan bersama anak

D : Belum dicoba dengan anak/masih sepenuhnya dilayani

Kegiatan : B. BERPAKAIAN	A	B	C	D
<b>1. Melepas Celana</b>				
1. Badan bersandar ke tembok				
2. Tangan kanan pegang celana bagian pingga sebelah kanan dan tangan kiri pegang celana bagian pinggang sebelah kiri				
3. Badan membungkuk				
4. Kedua tangan menurunkan celana sampai bawah				
5. Angkat kaki kiri, kemudian kaki kanan sambil tangan kiri pegang tembok dan tangan kanan pegang celana				
6. Taruh celana pada tempatnya				
<b>2. Memakai Celana</b>				
1. Badan bersandar ke tembok				
2. Tangan kanan pegang bagian pinggang kanan, tangan kiri pegang bagian pinggang kiri				
3. Badan membungkuk				
4. Angkat kaki kanan dan masukkan ke lobang celana sebelah kanan, tapakkan kembali kaki kanan				
5. Angkat kaki kiri lalu masukkan ke lobang celana sebelah kiri dan tapakkan kembali kaki kiri				
6. Angkat celana sampai di pinggang dengan ke dua tangan pada bagian pinggang kanan dan kiri sambil pelan-pelan berdiri (tetap sambil bersandar				

Berilah tanda (√) untuk setiap kemampuan anak, dengan keterangan sebagai berikut :

A : Anak melakukan sendiri tanpa bantuan

B : Anak melakukan dengan bantuan

C : Kadang-kadang dilakukan bersama anak

D : Belum dicoba dengan anak/masih sepenuhnya dilayani

3. Melepas (KAOS)	A	B	C	D
1. Memegang bagian bawah pinggir kaos				
2. Menarik kaos bagian bawah ke atas dengan posisi tangan bersilang atau posisi tangan kiri di kiri dan tangan kanan di sebelah kanan sampai kaos lepas dari kepala				
3. Menarik tangan kiri dari lengan kaos dan tangan kanan memegang kaos bagian atas (secara bergantian)				
4. Memakai Kaos				
1. Memegang bagian bawah pinggir kaos				
2. Membuka bagian kaos bagian bawah				
3. Mengangkat kaos ke arah kepala				
4. Memasukkan kaos/lubang leher ke kepala				
5. Menarik kaos sampai ke leher sambil meraba simbol bagian belakang				
6. Tangan kanan mencari atau memasukkan ke lubang lengan kaos sebelah kanan dan tangan kiri memegang kaos bagian depan bawah secara berhantian dengan lengan kiri				
7. Merapikan kaos yang sudah dipakai				

Berilah tanda (√) untuk setiap kemampuan anak, dengan keterangan sebagai berikut :

A : Anak melakukan sendiri tanpa bantuan

B : Anak melakukan dengan bantuan

C : Kadang-kadang dilakukan bersama anak

D : Belum dicoba dengan anak/masih sepenuhnya dilayani

5. Melepas Baju Yang Berkancing	A	B	C	D
1. Meraba ujung baju bagian atas dengan posisi tangan kiri di sebelah kiri dan tangan kanan sebelah kanan				
2. Menelusuri kancing bagian atas				
3. Melepas kancing baju dengan posisi jari telunjuk dan jempol tangan kiri menjepit kancing jari telunjuk dan jempol tangan kanan menjepit pinggiran lubang kancing sambil tangan menarik ke arah kanan dan tangan kiri mendorong kancing sampai keluar dari lubang kancing				
4. Menelusuri kancing berikutnya ke bawah				
5. Melepas kancing baju seperti cara semula				
6. Tangan kanan memegang pinggiran baju sebelah kanan dan tangan kiri memegang pinggiran baju sebelah kiri				
7. Secara bersamaan ke dua tangan membuka baju ke arah belakang				
8. Mengeluarkan tangan kanan dari lengan baju sampai lepas kemudian tangan kanan menarik bagian kiri sampai lepas				

Berilah tanda ( √ ) untuk setiap kemampuan anak, dengan keterangan sebagai berikut :

A : Anak melakukan sendiri tanpa bantuan

B : Anak melakukan dengan bantuan

C : Kadang-kadang dilakukan bersama anak

D : Belum dicoba dengan anak/masih sepenuhnya dilayani

6. Memakai Baju Berkancing	A	B	C	D
1. Meraba bagian leher baju dengan ke dua tangan				
2. Tangan kiri memegang bagian leher baju sebelah kanan dan tangan kanan di masukkan ke lengan bagian kanan sambil tangan kiri menarik ke arah bahu dan mengangkat tangan ke arah belakang kepala				
3. Tangan kanan memegang bagian leher sebelah kanan				
4. Tangan kiri menelusuri bagian leher dari kanan ke arah kiri				
5. Tangan kanan ke arah depan memegang bagian leher sebelah kiri				
6. Tangan kiri dimasukkan ke lengan sebelah kiri, sambil tangan kanan menarik bagian leher sebelah kiri				
7. Merapikan bagian leher (yang berkerah atau tidak)				
8. Meraba ujung baju bagian depan				
9. Menyamakan ujung baju bagian depan atas				
10. Tangan kanan meraba kancing datan tangan kiri memegang lubang kancing bagian atas				
11. Tangan kanan memegang kancing dan tangan kiri memegang lubang kancing				
12. Jari jempol dan jari telunjuk tangan kiri menjepit lubang kancing dan tangan kanan memasukkan kancing ke lubang kancing sambil tangan kanan mendorong kancing ke lubang kancing lalu tangan kiri menjepit kancing dan menarik kancing sampai posisi kancing benar				
13. Menelusuri kancing berikutnya ke bawah				
14. Mengancing baju sperti cara semula				
15. Merapikan baju				



Berilah tanda (√) untuk setiap kemampuan anak, dengan keterangan sebagai berikut :

A : Anak melakukan sendiri tanpa bantuan

B : Anak melakukan dengan bantuan

C : Kadang-kadang dilakukan bersama anak

D : Belum dicoba dengan anak/masih sepenuhnya dilayani

Kegiatan : C. MANDI	A	B	C	D
1. Mandi				
1. Memegang gayung				
2. Mengambil air dengan gayung				
3. Mengguyur badan dengan gayung (3x)				
4. Menaruh gayung ke tempat semula				
5. Meraba tempat sabun				
6. Mengambil sabun				
7. Menyabun badan dari dada sampai paha				
8. Menyabun tangan				
9. Menyabun kaki sambil membungkuk atau badan bersandar di angkat kaki satu per satu				
10. Menaruh sabun ke tempat semula				
11. Menggosok seluruh badan				
12. Mengambil gayung				
13. Mengambil air				
14. Mengguyur seluruh badan				
15. Menaruh gayung				
16. Menggosok seluruh badan				
17. Mengambil gayung				
18. Mengambil air				
19. Mengguyur seluruh badan				
20. Menaruh gayung				

Berilah tanda (√) untuk setiap kemampuan anak, dengan keterangan sebagai berikut :

A : Anak melakukan sendiri tanpa bantuan

B : Anak melakukan dengan bantuan

C : Kadang-kadang dilakukan bersama anak

D : Belum dicoba dengan anak/masih sepenuhnya dilayani

2. Menyikat Gigi	A	B	C	D
1. Mengisi cangkir dengan air				
2. Membuka tutup (tube) odol				
3. Mengoleskan secukupnya pada sikat gigi				
4. Menutup tutup (tube) odol				
5. Berkumur dengan air dan cangkir				
6. Menyikat gigi dengan arah (atas-bawah, kiri – kanan, samping kiri) seluruh permukaan gigi				
7. Berkumur dengan air dari cangkir				
8. Membersihkan sikat gigi				
9. Mengembalikan sikat gigi pada tempatnya				
10. Melap mulut dengan tangan				

Berilah tanda (√) untuk setiap kemampuan anak, dengan keterangan sebagai berikut :

A : Anak melakukan sendiri tanpa bantuan

B : Anak melakukan dengan bantuan

C : Kadang-kadang dilakukan bersama anak

D : Belum dicoba dengan anak/masih sepenuhnya dilayani

3. Mencuci Rambut	A	B	C	D
1. Menyiram rambut dengan air				
2. Membuka tutup (tube) shampoo				
3. Menuang shampoo secukupnya pada tangan				
4. Menggosok-gosok kedua tangan sampai rata dan berbuih				
5. Menggosokkan ke rambut sampai rata dan berbuih				
6. Menyiram rambut sampai tidak ada buih				
7. Mengeringkan rambut dengan handuk				
8. Mengembalikan shampoo dan handuk pada tempatnya				

Berilah tanda (√) untuk setiap kemampuan anak, dengan keterangan sebagai berikut :

A : Anak melakukan sendiri tanpa bantuan

B : Anak melakukan dengan bantuan

C : Kadang-kadang dilakukan bersama anak

D : Belum dicoba dengan anak/masih sepenuhnya dilayani

Kegiatan : D. BERHIAS	A	B	C	D
<b>1. Menyisir Rambut</b>				
1. Berdiri/duduk di depan cermin (meski tidak melihat)				
2. Jika memakai minyak rambut : a. Mengambil minyak rambut dengan menggunakan b. Mengusapkan pada kedua belah tangan c. Mengusapkan ke rambut secara merata				
3. Mengambil sisir				
4. Memegang sisir dengan tangan kanan (kecuali ada kehususan)				
5. Menyisir rambut ke sebelah kanan				
6. Menyisir rambut ke sebelah kiri				
7. Memasang jepit rambut/pita (perempuan)				
8. Merapihkan rambut				
9. Mengembalikan sisir pada tempatnya				

Berilah tanda (√) untuk setiap kemampuan anak, dengan keterangan sebagai berikut :

A : Anak melakukan sendiri tanpa bantuan

B : Anak melakukan dengan bantuan

C : Kadang-kadang dilakukan bersama anak

D : Belum dicoba dengan anak/masih sepenuhnya dilayani

2. Memakai bedak	A	B	C	D
1. Berdiri/duduk didepan cermin				
2. Membuka tempat bedak				
3. Mengambil bedak dengan menggunakan spons				
4. Mengusapkan bedak secara merata pada wajah				
5. Meratakan bedak pada wajah (sambil melihat cermin – low vision)				
6. Merapikan alat/tempat bedak				
7. Menyimpan bedak pada tempatnya				

Berilah tanda ( √ ) untuk setiap kemampuan anak, dengan keterangan sebagai berikut :

- A : Anak melakukan sendiri tanpa bantuan  
 B : Anak melakukan dengan bantuan  
 C : Kadang-kadang dilakukan bersama anak  
 D : Belum dicoba dengan anak/masih sepenuhnya dilayani

Kegiatan : E. TOILET TRAINING	A	B	C	D
1. Buang Air Besar				
1. Menuju kamar mandi				
2. Meraba, memegang kemudia mendorong gagang pintu				
3. Masuk kamar mandi				
4. Melepas gagang pintu				
5. Menyender tembok/duduk di kursi				
6. Pegang celana/rok				
7. Membungkukkan badan sambil menurunkan celana/rok				
8. Angkat kaki kanan dan kiri sambil mengeluarkan celana/rok				
9. Berdiri bagi yang duduk lalu menuju tempat gantungan baju				
10. Meletakkan celana/rok ke gantungan				
11. Berjalan menuju WC (bagi yang tidak melihat harus sambil meraba)				
12. Meraba pinggiran WC dan bak mandi (netra total)				
13. Naik satu langkah ke posisi WC/WC duduk langsung duduk				
14. Membalikkan badan (untuk wc jongkok)				
15. Jongkok sampai tuntas				
16. Tangan kanan meraba mengambil gayung				
17. Mengambil air lalu mengangkat				
18. Tangan kiri pegang pantat				
19. Tangan kanan menyiram pantat dari arah depan dan tangan kiri menggosok pantat (5x) dengan sabun				
20. Tangan kanan meletakkan gayung ke tempat semula				
21. Berdiri (sambil pegangan yang belum bisa)				
22. Turun dari WC				
23. Meraba gayung, memegang lalu mengambil air dan menyiram kotoran 5x				
24. Meletakkan gayung				
25. Meraba, berjalan menuju gantungan baju				
26. Meraba mengambil celana/rok				
27. Membungkuk angkat kaki kanan kemudian kiri sambil memasukkan ke lobang celana/rok				
28. Mengangkat celana/rok sampai ke pinggang pelan-pelan sambil berdiri				
29. Merapikan celana, rok				
30. Berjalan menuju pintu				
31. Memegang gagang pintu sambil menariknya (buka pintu)				
32. Berjalan keluar kemudian tarik keluar gagang pintu (tutup pintu)				
33. Lepas gagang pintu				
34. Membalikkan badan menuju tempat yang diinginkan				

Berilah tanda ( √ ) untuk setiap kemampuan anak, dengan keterangan sebagai berikut :

- A : Anak melakukan sendiri tanpa bantuan  
 B : Anak melakukan dengan bantuan  
 C : Kadang-kadang dilakukan bersama anak  
 D : Belum dicoba dengan anak/masih sepenuhnya dilayani

3. Buang Air Kecil	A	B	C	D
1. Menuju kamar mandi				
2. Meraba, memegang kemudia mendorong gagang pintu				
3. Masuk kamar mandi				
4. Melepas gagang pintu				
5. Menyender tembok/duduk di kursi				
6. Pegang celana/rok				
7. Membungkukkan badan sambil menurunkan celana/menaikkan rok				
8. Berjalan menuju WC (bagi yang tidak melihat harus sambil meraba)				
9. Meraba pinggiran WC dan bak mandi (netra total)				
10. Naik satu langkah ke posisi WC/WC duduk langsung duduk (untuk wanita) dan berdiri untuk pria				
11. Membalikkan badan (untuk wc jongkok)				
12. Buang air kecil sampai tuntas				
13. Menutup dan mengaitkan celana (pria).				
14. Tangan kanan meraba mengambil gayung				
15. Mengambil air lalu mengangkat				
16. Tangan kanan menyiram dari arah depan ke arah pantat (wanita)				
17. Melap atau mengeringkan genetalia dari atas kebawah ke bagian pantat (wanita)				
18. Tangan kanan meletakkan gayung ke tempat semula				
19. Berdiri (sambil pegangan yang belum bisa)				
20. Turun dari WC				
21. Meraba gayung, memegang lalu mengambil air dan menyiram air seni 5x				
22. Meletakkan gayung				
23. Merapikan celana, rok				
24. Berjalan menuju pintu				
25. Memegang gagang pintu sambil menariknya (buka pintu)				
26. Berjalan keluar kemudian tarik keluar gagang pintu (tutup pintu)				
27. Lepas gagang pintu				
28. Membalikkan badan menuju tempat yang diinginkan				

**HAMBATAN DALAM MELATIH *SELF CARE* ANAK**

**UPAYA MENGATASI HAMBATAN DALAM MELATIH *SELF CARE* ANAK  
DARI DIRI SENDIRI**

No	DARI DIRI SENDIRI

No	DARI DIRI SENDIRI



**HAMBATAN DALAM MELATIH *SELF CARE* ANAK**

**UPAYA MENGATASI HAMBATAN DALAM MELATIH *SELF CARE* ANAK  
DARI KELUARGA**

No	DARI KELUARGA

No	DARI KELUARGA

**HAMBATAN DALAM MELATIH *SELF CARE* ANAK**

**UPAYA MENGATASI HAMBATAN DALAM MELATIH *SELF CARE* ANAK  
DARI SEKOLAH DAN LINGKUNGAN**

No	DARI SEKOLAH DAN LINGKUNGAN

No	DARI SEKOLAH DAN LINGKUNGAN

**DAMPAK YANG DIRASAKAN BAGI KELUARGA**

**DAMPAK YANG DIRASAKAN BAGI ANAK**

<b>TANGGAL</b>	<b>DAMPAK</b>	<b>YANG DILAKKAN</b>

<b>TANGGAL</b>	<b>DAMPAK</b>	<b>YANG DILAKKAN</b>

## DOKUMENTASI PELAKSANAAN TERAPI SUPORTIF KELOMPOK

Hari/Tanggal :

Waktu :

Tempat :

Nama keluarga : 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_  
 5. \_\_\_\_\_  
 6. \_\_\_\_\_  
 7. \_\_\_\_\_  
 8. \_\_\_\_\_

Kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor (pengisian beri tanda checklist √)

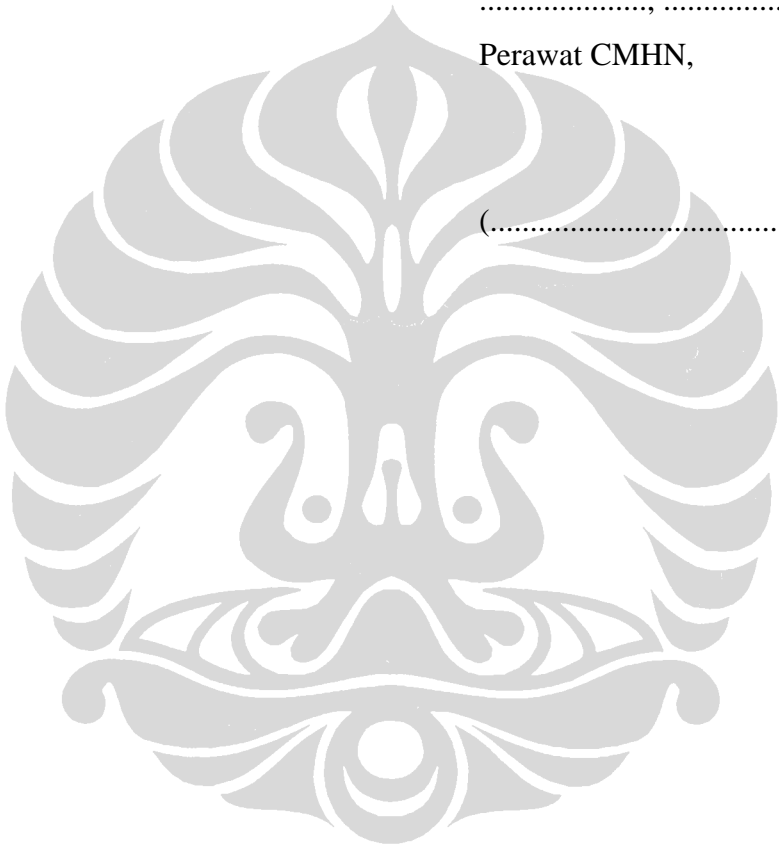
No	Yang Diketahui	Keluarga Ke -							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Pengertian tunaganda dan tunanetra ganda								
2.	Karakteristik anak tunanetra ganda								
3.	Kebutuhan anak tunanetra ganda								
	a. Lingkungan belajar terstruktur								
	b. Perhatian individual								
	c. Stimulasi sensori								
	d. Waktu								
	e. Kesempatan praktek								
	f. Mulai dari kemampuan yang ada pada anak								
	g. Waktu istirahat								
4.	Kemampuan demonstrasi orangtua dalam melatih kemandirian anak tunanetra ganda dalam "Self Care"								
5.	a. Makan								
6.	1) Makan								

7.	2) Minum								
8.	3) Mencuci alat makan								

....., .....200...

Perawat CMHN,

(.....)



## LEMBAR EVALUASI KELUARGA

### Sesi I : Mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sistem pendukung yang ada

Tanggal Interaksi :

Nama Keluarga :

1. 5.
2. 6.
3. 7.
4. 8.

No	Aspek kemampuan yang dinilai	Keluarga								Keterangan
		1	2	3	4	5	6	7	8	
1	Menjelaskan apa yang diketahuinya mengenai anak tunanetra ganda									
2	Menjelaskan cara yang biasa dilakukan dalam melatih anak tunanetra ganda									
3	Menjelaskan hambatan dalam melakukan cara yang biasa dilakukan dalam melatih anak tunanetra ganda									
4	Mengidentifikasi sistem pendukung yang dalam melatih anak tunanetra ganda									

Catatan :

Penilaian dilakukan dengan cara memberi tanda checklist (✓) pada kolom keluarga ke-1, 2, 3, dst bila dilakukan.

.....2010.  
Perawat CMHN,

(.....)

## LEMBAR EVALUASI KELUARGA

### Sesi II : Menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, monitor hasil, dan hambatannya

Tanggal Interaksi :

Nama Keluarga :

- |   |    |
|---|----|
| 1 | 5. |
| 2 | 6. |
| 3 | 7. |
| 4 | 8. |

No	Aspek kemampuan yang dinilai	Keluarga							Keterangan
		1	2	3	4	5	6	7	
1	Mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki sistem pendukung dalam keluarga.								
2	Mengidentifikasi hambatan dalam menggunakan kemampuan positif yang dimiliki sistem pendukung dalam keluarga.								
3	Mendemonstrasikan penggunaan sistem pendukung dalam keluarga dengan melibatkan anggota lain dalam kelompok.								
4	Mengungkapkan hasil monitor terhadap pelaksanaan, hasil, dan hambatan menggunakan sistem pendukung dalam keluarga.								

Catatan :

Penilaian dilakukan dengan cara memberi tanda checklist (✓) pada kolom keluarga ke-1, 2, 3, dst bila dilakukan.

....., .....2010.  
Perawat CMHN,

(.....)

## LEMBAR EVALUASI KELUARGA

### SESI III : Menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, monitor hasil, dan hambatannya

Tanggal Interaksi :

Nama Keluarga :

- |   |    |
|---|----|
| 1 | 5. |
| 2 | 6. |
| 3 | 7. |
| 4 | 8. |

No	Aspek kemampuan yang dinilai	Keluarga												Keterangan
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	Mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki sistem pendukung di luar keluarga.													
2	Mengidentifikasi hambatan dalam menggunakan kemampuan positif yang dimiliki sistem pendukung di luar keluarga.													
3	Mendemonstrasikan penggunaan sistem pendukung di luar keluarga dengan melibatkan anggota lain dalam kelompok.													
4	Mengungkapkan hasil monitor terhadap pelaksanaan, hasil, dan hambatan menggunakan sistem pendukung di luar keluarga.													

Catatan :

Penilaian dilakukan dengan cara memberi tanda checklist (✓) pada kolom keluarga ke-1, 2, 3, dst bila dilakukan.

....., .....2010  
Perawat CMHN,

(.....)



## LEMBAR EVALUASI KELUARGA

### SESI IV : Mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung baik di dalam dan di luar keluarga

Tanggal Interaksi :

Nama Keluarga :

- |   |   |
|---|---|
| 1 | 5 |
| 2 | 6 |
| 3 | 7 |
| 4 | 8 |

No	Aspek kemampuan yang dinilai	Keluarga								Ket
		1	2	3	4	5	6	7	8	
1	Keluarga mampu mengungkapkan hasil evaluasinya terhadap pengalaman yang dipelajarinya dalam menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada.									
2	Keluarga mampu mengungkapkan hasil evaluasinya terhadap pencapaian tujuan menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada.									
3	Keluarga mampu mengungkapkan hambatan dalam menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada.									
4	Keluarga mampu menjelaskan upaya mengatasi hambatan dalam menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada.									
5	Keluarga mampu menyatakan kesediaannya mengikuti kelanjutan pelatihan setelah program terapi.									

Catatan :

Penilaian dilakukan dengan cara memberi tanda checklist (✓) pada kolom keluarga ke-1, 2, 3, dst bila dilakukan.

....., .....2010...  
Perawat CMHN,

(.....)

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### Biodata

Nama : Sri Hunun Widiastuti  
Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 10 Mei 1964  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Dosen Akademi Keperawatan RS.PGI Cikini  
Alamat Instansi : Jl. Raden Saleh 40 Jakarta Pusat  
Telp/Fax : (022) 38997777  
Alamat Rumah : Perumahan Taman Cikuni Indah Blok B VI No : 2  
Kelurahan Jaka Mulya – Bekasi Selatan  
Hp : 081381466211

### Riwayat Pendidikan

SD Negeri 6 Pagi Kramatjati : Lulus tahun 1989  
SMPN 20 Jakarta : Lulus tahun 1992  
SMAN 14 Jakarta : Lulus tahun 1995  
Akademi Keperawatan RS. PGI. Cikini : Lulus tahun 1987  
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia : Lulus Tahun 1997

### Riwayat Pekerjaan

Perawat Pelaksana Penyakit Dalam RS.PGI. Cikini : Tahun 1987 – 1988  
Perawat Pelaksana di Renal Unit RS.PGI.Cikini : Tahun 1988 – 1990  
Pengajar Akademi Keperawatan RS. PGI. Cikini : Tahun 1990 - sekarang



# Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemampuan Keluarga dalam Melatih "Self Care" Anak Tunanetra Ganda di SLB G Rawinala di Jakarta

Oleh Sri Hunun Widiastuti, Achir Yani Hamid, Tuti Nuraini, Novi Helena

## Abstrak

Reaksi dan persepsi orangtua terhadap ketunaan anaknya mempengaruhi cara mereka merawat dan berdampak pada tingkat perkembangan dan kemandirian *self care* anak. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap kemampuan orangtua dalam melatih *self care* anak tunanetra ganda di SLB G Rawinala Jakarta Timur. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *quasi experiment pre-post test with control group* dengan 51 responden, terdiri dari 26 responden untuk kelompok intervensi dan 25 responden untuk kelompok kontrol. Terapi ini adalah terapi *mutual support*, diberikan dalam 4 sesi dan dilakukan selama 6 minggu. Kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor orangtua dianalisis menggunakan uji T test, Chi - Square dan Regresi Linear sederhana. Hasil penelitian menunjukkan peningkatan kemampuan orangtua secara bermakna setelah diberikan terapi pada kelompok intervensi.

## Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan hal yang dibutuhkan oleh setiap orang untuk menghasilkan manusia yang berkualitas dan terbebas dari gangguan jiwa. Menurut Stuart & Laraia (2005), kesehatan jiwa adalah keadaan sejahtera ditandai dengan perasaan bahagia, keseimbangan, merasa puas, pencapaian diri dan optimis.

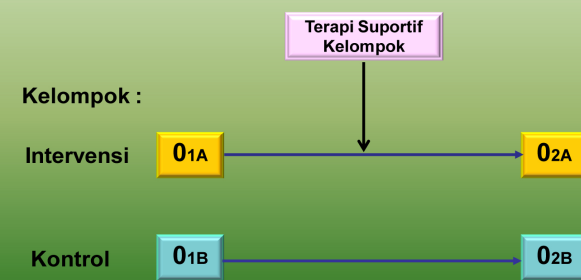
Keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus termasuk anak tunanetra-ganda, juga merupakan masalah kesehatan jiwa komunitas. Orangtua dan seluruh anggota keluarga cenderung bereaksi negatif, antara lain terkejut, mengingkari, marah, malu, merasa tidak berharga, bersalah, kecewa, sedih, berduka dan lain sebagainya (Zelalem, 2002). Reaksi tersebut muncul karena respon dari "kehilangan" dari harapan lahirnya bayi normal dan kenyataannya tidak demikian.

Seluruh reaksi yang dialami oleh orangtua, berdampak dalam seluruh perkembangan anak. Hal itu terjadi timbal balik, anak mengalami kelambatan perkembangan karena orang tua, masih dalam reaksi krisis emosi dan ketidakaturan emosi. Orangtua terus dalam posisi tersebut, karena cenderung berpikir bahwa anaknya tidak akan bisa berkembang. Menurut Warren dan Trachtenberg, (1987, dalam Zelalem, 2002), persepsi dari orang tua terhadap kebutuhan khusus anaknya, mempengaruhi cara merawat dan mengasuh anak mereka

Keterlibatan orangtua dalam membelajarkan dan melatih anaknya, dapat ditingkatkan dengan pemberian psikoterapi. Dari berbagai psikoterapi yang berguna dalam mengoptimalkan pemberdayaan keluarga dalam melatih kemampuan *self care* anak tunanetra ganda, *Supportive Group* merupakan alternatif pilihan terapi yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga menjadi *support system*. *Supportive Group* merupakan terapi yang diorganisasikan untuk membantu anggota saling bertukar pengalaman mengenai masalah tertentu agar dapat meningkatkan kopingnya. *Support group* ditujukan untuk mengurangi beban keluarga dan meningkatkan koping keluarga serta meningkatkan dukungan sosial (Fadden, 1998, Wituk, dkk.,2000 dalam Chien, dkk., 2006).

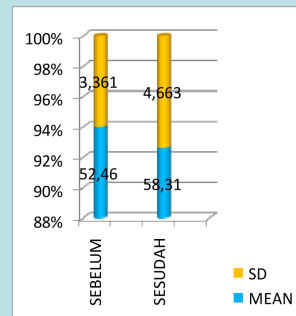
## Metode Penelitian

### METODE PENELITIAN Desain Penelitian "Quasi Experimental Pre-Post Test With Control Group"



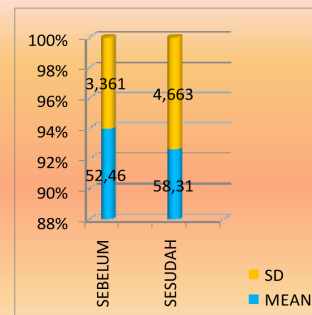
## Hasil Penelitian

### Analisis perbedaan rerata kemampuan AFEKTIF antara sebelum dengan setelah TSK pada kelompok intervensi



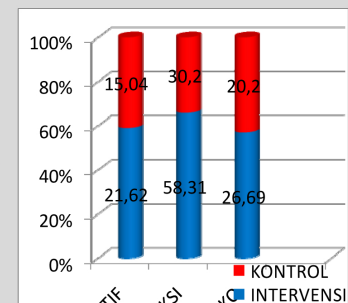
Berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan ada peningkatan kemampuan afektif yang bermakna, antara sebelum dengan setelah intervensi pada kelompok yang mendapat TSK ( $P_{value} = 0.000; < \alpha = 0.05$ ).

### Analisis perbedaan rerata kemampuan AFEKTIF antara sebelum dengan setelah TSK pada kelompok intervensi



Berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan ada peningkatan kemampuan afektif yang bermakna, antara sebelum dengan setelah intervensi pada kelompok yang mendapat TSK ( $P_{value} = 0.000; < \alpha = 0.05$ ).

### Analisis Kemampuan Keluarga sesudah dilakukan TSK pada kelompok intervensi dan kontrol



Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor lebih tinggi secara bermakna, pada keluarga yang mendapat TSK dibandingkan dengan kelompok keluarga yang tidak mendapat TSK ( $p < \alpha 0,05$ ) yaitu secara berturut-turut (0,003; 0,000; 0,006)

## Kesimpulan

**Pengaruh terapi suportif kelompok terhadap kemampuan orangtua dalam memberikan latihan *self care* sebelum dan sesudah terapi suportif kelompok meningkat secara bermakna pada kelompok intervensi**

**Terapi kelompok suportif berpotensi meningkatkan kemampuan kognitif sebesar 28,5%, dan meningkatkan kemampuan afektif sebesar 58,5 % serta kemampuan psikomotor sebesar 45,9 % setelah dikontrol oleh faktor lain.**

## Saran

Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan Terapi Kelompok Suportif sebagai salah satu terapi yang diberikan pada pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat, khususnya pada masyarakat yang berisiko oleh karena masalah psikososial memiliki anak berkebutuhan khusus

<sup>1</sup>Sri Hunun Widiastuti SKp.

<sup>2</sup>Prof. Achir Yani Hamid, D.N.Sc: Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta.

<sup>3</sup>Tuti Nuraini SKp .M.BioMed : Dosen DKKD Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta.

<sup>4</sup>Novi Helena, CD. SK, MSc : Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta.