



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI LOGO DAN TERAPI SUPORTIF
KELOMPOK TERHADAP ANSIETAS REMAJA
DI RUMAH TAHANAN DAN LEMBAGA PEMASYARAKATAN
WILAYAH PROVINSI JAWA BARAT**

TESIS

**EFRI WIDIANTI
NPM: 0906621546**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI, 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI LOGO DAN TERAPI SUPORTIF
KELOMPOK TERHADAP ANSIETAS REMAJA
DI RUMAH TAHANAN DAN LEMBAGA PEMASYARAKATAN
WILAYAH PROVINSI JAWA BARAT**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa**

**EFRI WIDIANTI
NPM: 0906621546**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI, 2011**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

**Tesis ini telah diperbaiki dan disetujui oleh pembimbing dan telah
diperkenankan untuk dilaksanakan ujian sidang tesis**

Depok, Juli 2011

Pembimbing I,

(Mustikasari, S.Kp., MARS)

Pembimbing II,

(Agung Waluyo PhD)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan Plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Jakarta,

(Efri Widianti)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Efri Widianti

NPM : 0906621546

Tanda Tangan :

Tanggal : 15 Juli 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Efri Widianti
NPM : 0906621546
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Jiwa
Judul Tesis : Pengaruh terapi logo dan terapi suportif kelompok terhadap ansietas remaja di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasarakatan Wilayah Provinsi Jawa Barat

Telah berhasil dipertahankan dihadapan 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 : Mustikasari, S.Kp.,MARS
.....

Pembimbing II : Agung Waluyo, PhD
.....

Penguji : Ns. Tantri Widyarti Utami, MKep.,Sp.Kep.J
.....

Penguji : Yossie Susanti Eka Putri, S.Kp.,MN
.....

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 12 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tesis dengan judul ” **Pengaruh Terapi Logo dan Terapi Suportif Terhadap Ansietas Remaja Di Rumah Tahanan Dan Lembaga Pemasyarakatan Wilayah Provinsi Jawa Barat**”. Laporan tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak sehingga tesis ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

1. Ibu Dewi Irawati, M.A., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN, selaku Ketua Program Pasca Sarjana S2 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu Yety Krisna Yetti, S.Kp, M.App.Sc., selaku Koordinator Mata Ajar Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
4. Ibu Mustikasari, S.Kp., MARS, selaku Pembimbing I yang telah membimbing peneliti dengan sabar, tekun, bijaksana dan cermat memberikan masukan dan motivasi dalam penyusunan tesis ini.
5. Bapak Agung Waluyo, PhD, selaku Pembimbing II yang telah memberikan motivasi, masukan, arahan serta bimbingan selama proses penyusunan tesis ini.
6. Seluruh staf non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memfasilitasi dalam penyusunan tesis ini.
7. Segenap pimpinan dan staf Kanwil Hukum dan HAM yang telah membantu kelancaran pembuatan tesis ini

8. Segenap pimpinan dan staf Rutan Kota Bandung, Lapas Narkotika Kabupaten Bandung, Lapas Sukabumi, Lapas Indramayu, Lapas Garut dan Rutan Cirebon atas kerjasama dan bantuan yang diberikan dalam pelaksanaan tesis ini
9. Suami tercinta, Indra Kusumah dan dua jagoan, Muhammad Jundurrahman dan Muhammad Fahmi Al Abqori yang telah memberikan selaksa cinta yang begitu luar biasa
10. Keluarga yang senantiasa memberikan dukungan do'a, moral, dan material selama saya menempuh program pendidikan ini.
11. Rekan-rekan angkatan V (2009) Program Magister Keperawatan Jiwa yang selalu memberikan dukungan terbaik dalam penyusunan tesis ini.
12. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian penyusunan laporan tesis ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas semua kebaikan yang telah Bapak/Ibu/Saudara/i berikan dan mudah-mudahan laporan tesis ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Depok, Juli 2011

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Efri Widianti
NPM : 0906621546
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Keperawatan Jiwa
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Non – Eksklusif (*Non – exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul “Pengaruh Terapi Logo dan Terapi Suportif Kelompok terhadap Ansietas Remaja di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan Wilayah Provinsi Jawa Barat” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan hak bebas royalti Non – Eksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 14 Juli 2011
Yang menyatakan,

(Efri Widianti)

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

TESIS, JULI 2011
EFRI WIDIANTI

Pengaruh Terapi Logo dan Terapi Suportif Kelompok terhadap Ansietas Remaja di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan Wilayah Provinsi Jawa Barat

xviii + 130 halaman + 17 tabel + 4 skema + 13 lampiran

ABSTRAK

Remaja yang harus menjalani masa masa hukuman akibat tindak kriminal yang pernah dilakukannya sangat rentan mengalami ansietas. Ansietas sebagai salah satu masalah psikososial dapat di atasi dengan beberapa psikoterapi diantaranya terapi logo dan terapi suportif. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh Terapi Logo dan Terapi Suportif terhadap ansietas remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan wilayah Jawa Barat. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *quasi experiment pre-post test with control group* dengan 78 responden yang merupakan hasil *screening* berdasarkan kriteria inklusi, terdiri dari 39 responden untuk kelompok intervensi dan 39 responden untuk kelompok kontrol. Terapi ini diberikan dalam 8 sesi yang terdiri dari terapi logo 4 sesi dan terapi suportif 4 sesi. Penelitian ini dilakukan selama 5 minggu. Karakteristik dan tingkat ansietas remaja dianalisis menggunakan uji *independent t test*, *chi-square* dan *marginal homogeneity*. Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh terapi logo dan terapi suportif terhadap penurunan tingkat ansietas remaja secara bermakna pada kelompok intervensi. Rekomendasi penelitian ini ditujukan kepada Kanwil Hukum dan HAM Provinsi Jawa Barat selaku pemegang kebijakan, perawat spesialis dalam aplikasi terapi spesialis, keilmuan dan pendidikan serta penelitian selanjutnya

Kata kunci : ansietas remaja, terapi logo, terapi suportif

Daftar pustaka : 127 buah (1989-2011)

POST- GRADUATE PROGRAM
NURSING FACULTY - UNIVERSITY OF INDONESIA

THESIS, JULY 2011
EFRI WIDIANTI

Influence of Logo and Supportive Group Therapy of Youth Anxiety Level at Detention and Correctional Institutions of West Java Region

xviii + 130 pages + 17 tables + 4 schemes + 13 attachments

ABSTRACT

Adolescence who should spend their punishment time for a criminal action, highly susceptible to anxiety. Anxiety as a psychosocial problem which often happen in youth can be solved by psychotherapies, including logo and supportive therapy. The purpose of this study was to determine the influence of logo and supportive therapy of anxiety level in adolescence at detention centers and correctional institutions in West Java. This study used quasi experimental, pre-post test with control group design with 78 respondents which is the result of screening based on the inclusion criteria, consist of 39 respondents of intervention group and 39 respondents of control group. These therapies administered at eight sessions, consist of four sessions of logo therapy and four sessions of supportive therapy. The research conducted for 5 weeks. Characteristics and adolescent anxiety levels were analyzed using independent t-test, chi square and marginal homogeneity. The results showed an influence of logo and supportive therapy for adolescent anxiety levels at the intervention group. Research recommendation is addressed to Justice and Human Rights Regional Office of West Java as the holder of the policy, the nurse specialist within a specialist therapeutic applications, scientific and education and further research

Key words : adolescent anxiety, logo therapy, supportive therapy

References : 127 pieces (1989-2011)

DAFTAR ISI

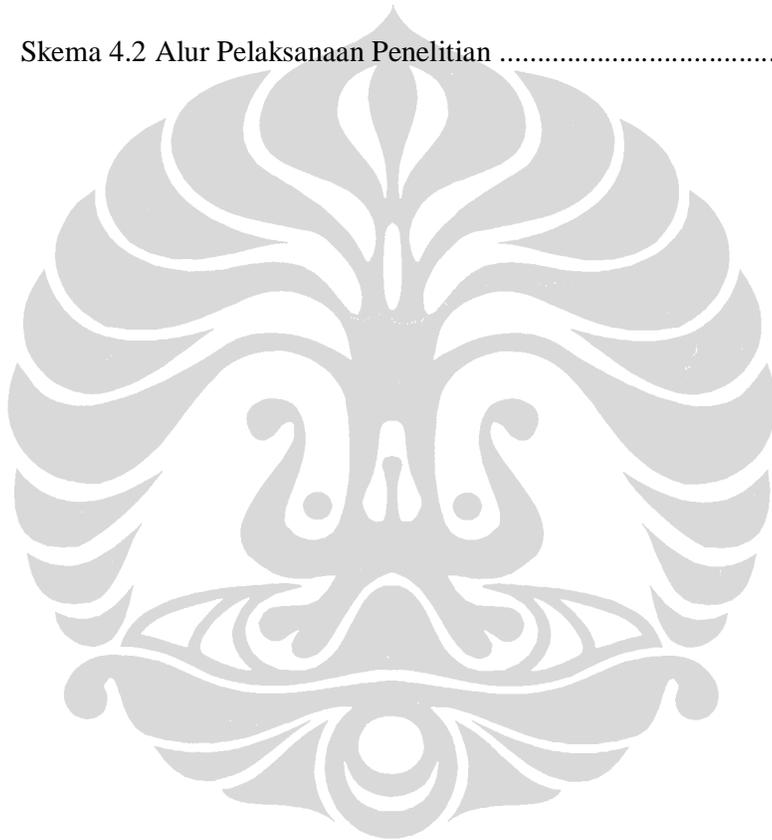
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	viii
ABSTRAK	ix
<i>ABSTRACT</i>	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR SKEMA	xiv
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	12
1.3 Tujuan Penelitian	14
1.4 Manfaat Penelitian	15
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	17
2.1 Remaja	17
2.1.1 Pengertian	17
2.1.2 Batasan Usia Remaja	19
2.1.3 Tugas Perkembangan Remaja	19
2.1.4 Masalah Masalah Yang Terjadi Pada Remaja	21

2.2	Ansietas	23
2.2.1	Pengertian	23
2.2.2	Proses Terjadinya Ansietas	24
2.2.3	Tanda Dan Gejala	27
2.2.4	Tindakan Untuk Mengatasi Ansietas.....	32
2.2.5	Ansietas Pada Remaja.....	34
2.2.6	Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Ansietas Pada Remaja....	36
2.3	Psikoterapi Pada Ansietas	37
2.3.1	Terapi Logo.....	38
2.3.2	Terapi Suportif	52
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL.....		59
3.1	Kerangka Teori	59
3.2	Kerangka Konsep	63
3.3	Hipotesis	65
3.4	Definisi Operasional.....	65
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....		68
4.1	Desain Penelitian	68
4.2	Populasi dan Sampel	70
4.3	Tempat Penelitian	73
4.4	Waktu Penelitian	73
4.5	Etika Penelitian	74
4.6	Aplikasi Prinsip Etik	74
4.7	Alat Pengumpul Data	77
4.8	Uji Coba Instrumen	78
4.9	Prosedur Pengumpulan Data.....	81
4.10	Analisis Data.....	87

BAB 5 HASIL PENELITIAN	91
5.1 Proses Pelaksanaan Penelitian	91
5.2 Uji Kesetaraan Antara Kelompok Intervensi dan Kontrol	93
5.3 Karakteristik Remaja di Rutan dan Lapas	97
5.4 Pengaruh Terapi Logo dan Terapi Suportif terhadap Ansietas pada Remaja.....	101
5.5 Hubungan Karakteristik Remaja dengan Tingkat Ansietas Remaja.....	104
 BAB 6 PEMBAHASAN	 108
6.1 Diskusi Hasil Penelitian	108
6.2 Keterbatasan Penelitian	125
6.3 Implikasi Hasil Penelitian	126
 BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	 128
7.1 Simpulan.....	128
7.2 Saran	129
 DAFTAR REFERENSI	
LAMPIRAN	

DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian	62
Skema 3.2 Kerangka konsep penelitian.....	64
Skema 4.1 Desain penelitian	69
Skema 4.2 Alur Pelaksanaan Penelitian	85

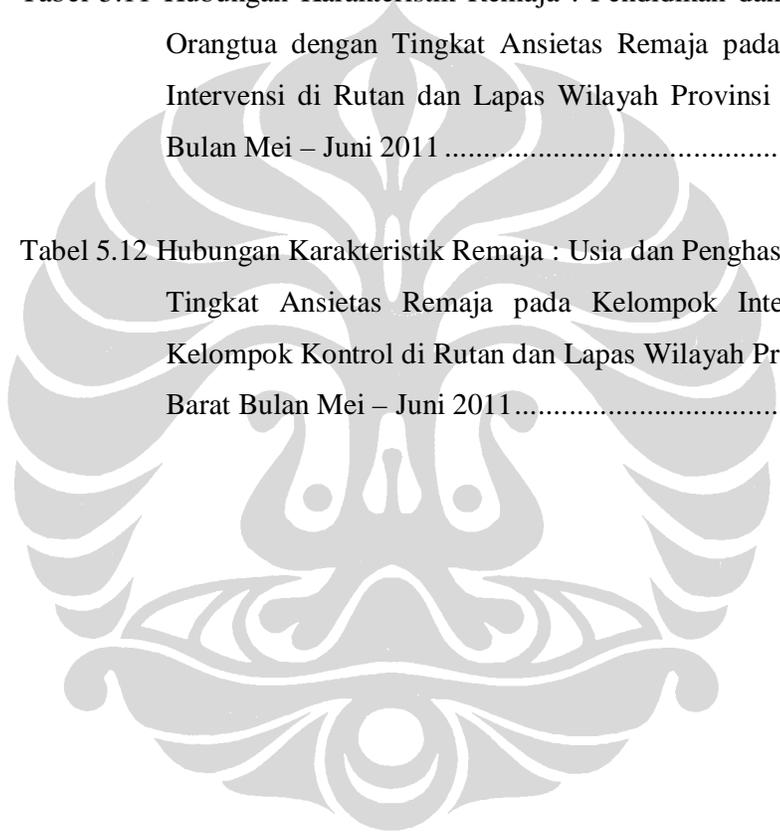


DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tingkat Respon Ansietas	31
Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian	66
Tabel 4.1	Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Ansietas dan Pola Asuh Orngtua	81
Tabel 4.2	Uji Kesetaraan Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Logo dan Terapi Suportif Pada Remaja Di Rumah Tahanan Dan Lembaga Pemasarakatan Wilayah Provinsi Jawa Barat	89
Tabel 4.3	Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Logo dan Terapi Suportif Pada Remaja Di Rumah Tahanan Dan Lembaga Pemasarakatan Wilayah Provinsi Jawa Barat.....	90
Tabel 5.1	Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia dan Penghasilan Orngtua antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi di Rutan dan Lapas Wilayah Provinsi Jawa Barat Bulan Mei – Juni 2011.....	94
Tabel 5.2	Analisis Kesetaraan Karakteristik Pendidikan dan Pola Asuh Orngtua antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi di Rutan dan Lapas Wilayah Provinsi Jawa Barat Bulan Mei – Juni 2011.....	95

Tabel 5.3 Analisis Kesetaraan Tingkat Ansietas Remaja sebelum Pelaksanaan Terapi Logo dan Terapi Suportif di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasarakatan Wilayah Provinsi Jawa Barat Bulan Mei – Juni 2011	96
Tabel 5.4 Analisis Karakteristik Remaja Berdasarkan Usia dan Penghasilan pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasarakatan Wilayah Provinsi Jawa Barat Bulan Mei – Juni 2011	98
Tabel 5.5 Distribusi Karakteristik Remaja menurut Pendidikan dan Pola Asuh Orangtua pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi di Rutan dan Lapas Wilayah Provinsi Jawa Barat Mei – Juni 2011	99
Tabel 5.6 Distribusi Tingkat Ansietas Remaja pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi di Rutan dan Lapas Wilayah Provinsi Jawa Barat Bulan Mei – Juni 2011	100
Tabel 5.7 Analisis Tingkat Ansietas Remaja Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Kontrol di Rutan dan Lapas Wilayah Provinsi Jawa Barat Bulan Mei – Juni 2011	101
Tabel 5.8 Analisis Tingkat Ansietas Remaja Sebelum dan Sesudah Terapi Logo dan Terapi Suportif pada Kelompok Intervensi di Rutan dan Lapas Wilayah Provinsi Jawa Barat Bulan Mei – Juni 2011	102
Tabel 5.9 Analisis Tingkat Ansietas Remaja Setelah Dilakukan Terapi Logo dan Terapi Suportif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Rutan dan Lapas Wilayah Provinsi Jawa Barat Bulan Mei – Juni 2011	103

Tabel 5.10 Hubungan Karakteristik Remaja : Usia dan Penghasilan dengan Tingkat Ansietas Remaja pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Rutan dan Lapas Wilayah Provinsi Jawa Barat Bulan Mei – Juni 2011	104
Tabel 5.11 Hubungan Karakteristik Remaja : Pendidikan dan Pola Asuh Orangtua dengan Tingkat Ansietas Remaja pada Kelompok Intervensi di Rutan dan Lapas Wilayah Provinsi Jawa Barat Bulan Mei – Juni 2011	106
Tabel 5.12 Hubungan Karakteristik Remaja : Usia dan Penghasilan dengan Tingkat Ansietas Remaja pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Rutan dan Lapas Wilayah Provinsi Jawa Barat Bulan Mei – Juni 2011.....	107



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Penjelasan tentang penelitian
Lampiran 2	Lembar persetujuan
Lampiran 3	Data demografi responden (Kuesioner A)
Lampiran 4	Kuesioner pola asuh orangtua (Kuesioner B)
Lampiran 5	Kuesioner tingkat ansietas (Kuesioner C)
Lampiran 6	Modul terapi logo
Lampiran 7	Modul terapi suportif
Lampiran 8	Jadwal pelaksanaan terapi logo dan terapi suportif
Lampiran 9	Jadwal pelaksanaan penelitian
Lampiran 10	Riwayat Hidup Penelitian
Lampiran 11	Keterangan Lolos Kaji Etik
Lampiran 12	Surat Ijin Penelitian dari Kesbanglinmas Provinsi Jawa Barat
Lampiran 13	Surat Ijin Penelitian dari Kanwil Hukum dan HAM Provinsi Jawa Barat

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Prevalensi gangguan jiwa dari tahun ke tahun di berbagai negara menunjukkan angka yang cukup tinggi. WHO (2009) memperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan mental, sekitar 10% adalah orang dewasa dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030. Menurut *National Institute of Mental Health (NIMH)* berdasarkan hasil sensus penduduk Amerika Serikat tahun 2004, di perkirakan 26,2 % penduduk yang berusia 18 tahun atau lebih mengalami gangguan jiwa (NIMH, 2011). Kondisi ini tidak jauh berbeda dengan kasus gangguan jiwa yang ada di negara-negara berkembang.

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang belakangan ini sering mengalami bencana alam berupa gempa bumi, gunung meletus, dan tsunami ditambah berbagai konflik terkait agama, ras, dan politik juga menunjukkan angka gangguan jiwa yang cukup tinggi. Data hasil riset kesehatan dasar tahun 2007 (Depkes, 2008) yang dilakukan oleh Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, menunjukkan prevalensi gangguan jiwa di Indonesia sebesar 4.6 permil, artinya dari 1000 penduduk Indonesia, maka empat sampai lima orang diantaranya menderita gangguan jiwa.

Di Jawa Barat Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 ditemukan 0,2 % dari penduduk Jawa Barat mengalami gangguan jiwa berat, sementara gangguan mental emosional pada penduduk Jawa Barat mencapai 20% melampaui prevalensi secara nasional (11,6 %). Jika kita analisa dari sekitar 40 juta jiwa penduduk Jawa Barat maka sekitar 8 juta jiwa penduduk Jawa Barat mengalami masalah mental emosional dan 80 ribu jiwa pernah mengalami gangguan jiwa berat (Depkes, 2010). Tingginya angka gangguan mental emosional yang lebih sering dikenal

dengan gangguan psikososial ini mendapat perhatian dari pemerintah Jawa Barat hingga dikeluarkan Perda No 10 tahun 2010 tentang penyelenggaraan kesehatan.

Perda No 10 tahun 2010 bab XIII pasal 50 tentang penyelenggaraan kesehatan menyebutkan bahwa upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang sehingga dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan dan gangguan yang dapat mengganggu kesehatan jiwa. Ayat berikutnya pasal yang sama dijelaskan bahwa upaya kesehatan jiwa terdiri atas upaya preventif, promotif kuratif dan rehabilitatif pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial.

Psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu baik bersifat psikologis maupun sosial yang bersifat timbal balik. Sedangkan masalah psikososial adalah masalah kejiwaan sebagai akibat dari adanya perubahan sosial dalam masyarakat yang dapat menimbulkan gangguan jiwa) (Depkes, 2011). Masalah psikososial banyak terjadi pada usia kritis dalam kehidupan manusia yaitu masa remaja. Berdasarkan Riskesdas (2007) prevalensi remaja yang mengalami masalah psikososial dalam skala nasional sebesar 8,7 %. Wilayah propinsi Jawa Barat adalah Salah satu wilayah Republik Indonesia yang mempunyai jumlah penduduk terbesar yaitu 41 juta jiwa, seiring dengan hal tersebut maka jumlah remaja di wilayah Jawa Barat menduduki rangking pertama nasional yaitu sekitar 11 juta jiwa. Dari jumlah tersebut satu diantara lima anak dan remaja memiliki masalah gangguan mental serta emosional. Dari kelompok umur tersebut, tiga-empat persen diantaranya memiliki gangguan kesehatan mental dan emosional yang serius sehingga memerlukan penanganan yang memadai. Kondisi seperti ini diketahui berdasarkan data dari asosiasi kesehatan jiwa anak dan remaja (Rusmil, 2010)

Remaja adalah masa ketika seorang individu rentan terhadap terjadinya masalah psikososial, dimana individu tersebut mengalami suatu masa peralihan antara masa kanak-kanak dan dewasa (Steinberg, 2002). Hurlock (1999) memberi

batasan usia kronologis remaja yaitu antara 13 hingga 18 tahun. Remaja sering dihubungkan dengan penyimpangan dan ketidakwajaran, karena adanya perubahan yang terjadi pada masa remaja meliputi perubahan biologis, kognitif, dan sosial emosional (Santrock, 2003).

Perubahan biologis ditandai dengan perubahan seluruh ukuran badan remaja. Remaja perempuan mengalami pinggang menjadi kecil, pinggul membesar, payudara membesar, terjadi menstruasi sedangkan pada anak laki-laki bahu melebar, ukuran muka juga berubah, hidung dan rahang menjadi lebih menonjol, kening menjadi lebih tinggi dan mengalami mimpi basah. Perubahan kognitif pada remaja ditandai dengan remaja mulai berfikir secara independen dan mengambil keputusan sendiri, merasa perlu mengumpulkan pengalaman baru kemudian mengujinya meskipun beresiko, intelektual lebih berkembang, dan mampu berfikir abstrak. Perubahan sosial emosional ditandai dengan mulai membutuhkan lebih banyak teman dan setiakawan, mulai menyukai lawan jenis, perilaku memberontak dan melawan, menyatakan kebebasan dan merasa sebagai seorang individu, tidak hanya sebagai seorang anggota keluarga (Depkes, 2011)

Perubahan – perubahan yang terjadi pada masa remaja tersebut membuat remaja menjadi pribadi yang penuh gejolak emosi serta dipenuhi ketidakseimbangan sehingga mudah terpengaruh oleh lingkungan. Keingintahuan yang besar pada remaja, pengaruh negatif media dan lingkungan bermain, kondisi keluarga yang kurang kondusif (kesibukan orangtua, pola asuh yang kurang tepat, dan kondisi keluarga yang kurang harmonis) menjadi faktor yang berpengaruh terhadap penyimpangan pada masa remaja (Masngudin, 2004). Salah satu bentuk penyimpangan pada masa remaja adalah kasus kriminal yang dilakukan oleh remaja. Kasus kriminal yang sering dilakukan oleh remaja adalah melanggar ketertiban (pasal 154 – 181 KUHP), kejahatan susila (pasal 281 - 297 KUHP), penganiayaan (pasal 351 – 355 KUHP), pencurian (pasal 362 – 364 KUHP), perampokan (pasal 365 KUHP), kejahatan narkoba (UU No 135 / 09), penggunaan senjata tajam (UU Darurat No 23/51), dan kekerasan terhadap anak

(UU No 23 / 02). Kasus – kasus tersebut membawa remaja berurusan dengan lembaga hukum dan beberapa remaja yang divonis bersalah kemudian menjalani masa masa berada di rumah tahanan sebagai narapidana.

Narapidana adalah individu pelaku tindak pidana yang telah diputus bersalah oleh majelis hakim dan dihukum penjara selama kurun waktu tertentu, kemudian ditempatkan dalam rumah tahanan sebagai tempat pelaksanaan hukuman tersebut. Rumah tahanan merupakan suatu institusi yang diberi kewenangan untuk memperbaiki perilaku pelanggar hukum (Atmasasmita, 1995). Tujuan adanya pidana penjara itu adalah agar individu dengan masalah kriminal menjadi jera, tidak mengulang kembali perbuatan kriminal yang telah dilakukan, mampu beradaptasi kembali ke masyarakat setelah masa hukuman berakhir dan menjunjung norma norma yang ada di masyarakat.

Setiap tahunnya terdapat lebih dari 4.000 perkara pelanggaran hukum yang dilakukan anak-anak di bawah usia 16 tahun. Dari seluruh anak yang ditangkap sekitar separuhnya diajukan ke pengadilan dan 83 persen dari mereka kemudian dipenjarakan. Hingga tahun 2002, terdapat 3,722 “anak didik” di LAPAS Anak (Departemen Kehakiman dan HAM, Agustus 2002). Kasus terbanyak anak-anak yang berhadapan dengan hukum adalah pencurian (60 persen) dan perkelahian (13 persen). Anak yang berkonflik dengan hukum meliputi juga Anak Nakal yaitu anak yang melakukan tindak pidana atau anak yang melakukan perbuatan yang dinyatakan terlarang bagi anak. Hingga tahun 2002, jumlah Anak Nakal yang dikategorikan sebagai penyandang masalah kesejahteraan sosial mencapai sekitar 193.155 orang (Departemen Sosial, 2002).

Remaja yang menjalani pidana penjara dituntut untuk mampu beradaptasi dan bersosialisasi dengan peraturan penjara yang sangat menekan, rutinitas kehidupan penjara yang sangat membosankan, dan kehidupan sosial bersama narapidana lain yang sering terjadi keributan, pemerasan, dan tindakan kekerasan yang dirasakan sebagai suatu penderitaan lain disamping hukuman pidana sendiri (Atmasasmita,

1995). Hal tersebut menyebabkan remaja merasa tidak berharga di bandingkan dengan anak seusianya, mendapat celaan dari orang lain, merasa tidak punya harapan, merasa gagal sehingga pada akhirnya dapat menimbulkan depresi (Manik, 2007). Beberapa masalah yang sering menjadi konflik pribadi para narapidana anak yang merupakan stressor kecemasan antara lain : 1) takut tidak diterima oleh lingkungannya; 2) rasa malu bergaul untuk kembali pada lingkungannya; 3) gangguan harga diri; dan 4) masyarakat condong untuk menjauhi mereka (Nies dan Mc Ewan, 2001 dalam Effendi, 2009). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sulcha (1993) disebutkan bahwa terdapat hubungan yang negatif antara konsep diri dengan tingkat kecemasan narapidana remaja, dimana semakin rendah konsep diri remaja maka semakin tinggi tingkat kecemasan yang dirasakan. Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Collins, dkk (2010) yang menyebutkan bahwa 20,3 % remaja yang menjalani masa hukuman mengalami ansietas.

Ansietas atau kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Stuart dan Laraia, 2005). Keadaan emosi ini tidak mempunyai obyek yang spesifik, bersifat subyektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Ansietas dapat disebabkan oleh perasaan takut tidak diterima di lingkungan tertentu, pengalaman traumatis, rasa frustrasi akibat kegagalan mencapai tujuan, dan ancaman terhadap integritas diri serta konsep diri (CMHN, 2006). Suliswati, dkk (2005) menyebutkan bahwa salah satu faktor predisposisi yang dapat menyebabkan timbulnya ansietas adalah krisis yang di alami individu baik krisis perkembangan maupun krisis situasional.

Upaya untuk menangani ansietas antara lain dengan penggunaan psikofarmaka dan psikoterapi. Townsend (2008) menyebutkan bahwa penggunaan obat obatan anti ansietas dapat menyebabkan depresi susunan syaraf pusat secara menyeluruh. Obat obatan anti ansietas dapat mengakibatkan toleransi apabila digunakan secara

terus menerus dan berpotensi menyebabkan ketergantungan fisik atau psikologis, sehingga penggunaan obat-obatan antiansietas tidak dianjurkan diberikan dalam jangka panjang. Selain pendekatan psikofarmaka, penanganan ansietas dapat dilakukan dengan pendekatan psikoterapi.

Salah satu psikoterapi yang dapat diterapkan sebagai solusi ansietas adalah terapi logo. Terapi logo dapat dilakukan pada kasus psikososial seperti cemas, insomnia, migrain, rasa kehilangan karena penyakit atau kematian, disorientasi, anak-anak yang resisten, anoreksia nervosa, fobia neurosis, dan pada kasus psikotik seperti pikiran dan perilaku obsesif kompulsif, *multiple personality disorder*, *conversion disorder* (Kirbach, 2002, Hutzel & Jerkins, 1990; Gerz, 1996; Ataoglu, Sir, Ozkan, 1998; Hage & Thomas, 2006). Menurut Michael (2006) penggunaan terapi logo pada klien yang mengalami ansietas dilakukan untuk membentuk nilai-nilai dan tujuan mereka serta komitmen mereka terhadap hal tersebut sebagai komponen yang penting dalam kehidupan. Hal ini sejalan dengan pernyataan yang disampaikan oleh Bastaman (2007) bahwa inti dari terapi logo adalah hasrat untuk hidup lebih bermakna (*the will to meaning*), menemukan makna hidup (*the meaning of life*) dan mengembangkan hidup bermakna (*the meaningful life*) sehingga dengan motto "*meaning in suffering*" dan bersifat "*future oriented*" diharapkan optimisme dalam menghadapi masa depan mampu bangkit

Terapi logo dilaksanakan dalam bentuk konseling dan berorientasi pada pencarian makna hidup individu. Tujuan terapi logo meningkatkan makna pengalaman hidup individu yang diarahkan kepada pengambilan keputusan yang bertanggung jawab (Bastaman, 2007). Pada terapi logo, individu diajarkan tetap bersikap positif, dan mengambil makna dalam kondisi yang paling sulit, untuk dapat hidup lebih baik. Narapidana remaja yang mengalami perubahan sosial dan kehilangan kasih sayang dari orang tua karena pemisahan akibat hukuman pidana yang harus dijalani menyebabkan terjadinya krisis makna yang akhirnya menurunkan

motivasi untuk hidup, sehingga dalam kondisi semacam ini penggunaan terapi logo menjadi penting (Jeffries, 1995; Blair, 2004).

Terdapat berbagai macam teknik yang dapat dilakukan dalam pelaksanaan terapi logo. Menurut Bastaman (2007) setidaknya terdapat empat teknik dalam terapi logo yaitu *paradoxical intention*, *dereflection*, *medical ministry* dan *existential analysis*. *Paradoxical intention* merupakan suatu teknik terapi logo yang memanfaatkan kemampuan mengambil jarak dan kemampuan mengambil sikap. *Dereflection* merupakan suatu teknik yang memfasilitasi klien untuk tidak memikirkan hal hal yang membuat tidak nyaman tapi lebih berfokus pada hal hal yang bermanfaat. *Paradoxical intention* dan *dereflection* digunakan untuk mengatasi hambatan – hambatan emosional seperti masalah ansietas, obsesif kompulsif dll. *Medical ministry* merupakan teknik terapi logo yang memanfaatkan kemampuan untuk mengembangkan sikap yang tepat dan positif dalam kondisi yang tragis. Teknik ini digunakan untuk mengatasi gangguan perasaan yang berkaitan dengan hendaya ragawi. Sedangkan *eksistential analysis* merupakan suatu metode yang digunakan untuk mengatasi gangguan neurosis noogenik dimana klien merasakan kehampaan dalam hidup dan kehilangan arti hidup yang sesungguhnya (Frankl, 1970 dalam Bastaman, 2007). Sehingga berdasarkan penjelasan di atas maka dapat diketahui bahwa untuk mengatasi masalah ansietas termasuk ansietas pada remaja di Rumah Tahanan dipergunakan teknik *paradoxical intention* dan *dereflection*.

Sutejo (2009) mengungkapkan dalam penelitiannya tentang pengaruh terapi logo dengan menggunakan teknik *paradoxical intention* terhadap kecemasan pada penduduk pasca gempa di Klaten bahwa terapi logo dengan teknik *paradoxical intention* secara komposit nilai mempunyai pengaruh yang bermakna dalam mengatasi ansietas penduduk pasca gempa akan tetapi apabila dilihat pada masing – masing subvariabel (fisiologis, afektif, kognitif, dan perilaku) diketahui bahwa pada subvariabel afektif tidak menunjukkan pengaruh yang significant, hanya terjadi peningkatan nilai saja. Hal ini kemudian dijadikan dasar oleh Wijayanti

(2010) yang melakukan penelitian tentang pengaruh terapi logo terhadap ansietas pada Narapidana perempuan di Lapas Semarang. Pada penelitian ini Wijayanti menambahkan satu teknik lagi dalam terapi logo untuk mengatasi ansietas yaitu teknik *dereflection* dan hasil dari penelitian Wijayanti menunjukkan hal yang sama dengan penelitian Sutejo dimana secara komposit nilai penggunaan terapi logo dengan teknik *paradoxical intention* dan *dereflection* mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap ansietas pada napi perempuan tapi untuk subvariabel afektif hanya terjadi perubahan nilai, dan tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan. Perbedaan penelitian Sutejo (2009) dan penelitian Wijayanti (2010) ada pada perubahan nilai respon afektif dimana penurunan nilai respon afektif pada ansietas setelah dilakukan terapi logo dengan teknik *paradoxical intention* dan *dereflection* lebih besar meskipun tetap tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan. Oleh karena itulah berdasarkan penjelasan diatas maka peneliti akan menerapkan terapi logo dengan teknik *paradoxical intention* dan *dereflection* dengan penambahan psikoterapi lain yang diperlukan untuk mengatasi masalah ansietas dengan berfokus pada penanganan respon afektif pada ansietas.

Psikoterapi lain yang dipergunakan untuk mengatasi ansietas adalah terapi suportif. Terapi suportif adalah suatu bagian dari psikoterapi yang digunakan pada komunitas berbasis psikiatrik. Berbeda dari model yang lain terapi suportif tidak tergantung pada konsep atau teori yang spesifik. Terapi suportif umumnya menggunakan psikodinamik untuk memahami bagaimana seseorang dapat berubah (Viederman, 2008).

Tujuan dari terapi suportif digambarkan oleh Laurence Rockland (1993) yaitu meningkatkan individu yang suportif, meningkatkan kekuatan individu, keterampilan koping dan menggunakan sumber-sumber koping. Menurunkan distress individu dan respon koping yang adaptif, membantu individu untuk mandiri sesuai dengan masalah/ kondisinya, meningkatkan otonomi dalam pengambilan keputusan, penyelesaian masalah yang terjadi akibat faktor

biopsikososial, penekanan pada respon koping maladaptif saat ini, proses terapeutik dengan uji coba realitas dan tindakan peningkatan diri.

Terapi suportif sangat efektif dalam mengatasi ansietas (Banowati,1989, Viederman, 2008, Lipsitz et al, 2008). Pada remaja di rumah tahanan dengan ansietas, terapi suportif membantu menjelaskan kepada remaja tentang respon koping biopsikososial, mengenal sumber koping dan menggunakan sumber-sumber koping yang telah diidentifikasi untuk mengatasi ansietas yang di alami sehingga ansietas dapat dicegah atau dikurangi (Lipsitz, 2008). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Oliva (2008) diketahui bahwa remaja sangat membutuhkan dukungan dari orang yang ada di sekitarnya terutama keluarga dalam menghadapi stressor stressor yang mengikuti tugas perkembangan yang mereka hadapi sehingga pengenalan terhadap sumber pendukung yang dimiliki oleh remaja sangat diperlukan. Pengenalan terhadap sumber koping yang dimiliki oleh remaja dan bagaimana penggunaannya didapatkan dari terapi suportif (Viederman, 2008)

Porter (1993) dalam Kaplan dan Saddock (1993) menjelaskan bahwa kombinasi 2 psikoterapi dalam mengatasi masalah mental emosional lebih efektif dibandingkan hanya penggunaan salah satu terapi. Dua terapi yang di gabungkan akan saling melengkapi satu sama lain dan memperbesar efektivitas yang lain. Pada penelitian ini penggabungan dua psikoterapi yang telah dijelaskan di atas di harapkan dapat membantu meningkatkan kemampuan narapidana remaja mengatasi ansietas dimana narapidana akan diajak untuk menemukan makna hidup dengan mengambil hikmah atas setiap kejadian yang telah dialami untuk kemudian dilanjutkan dengan memfasilitasi narapidana remaja menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan untuk mengatasi ansietas yang sering mereka rasakan. Dibandingkan dengan penggunaan salah satu terapi diharapkan pula penggabungan kedua terapi ini secara bertahap dapat memberikan hasil yang lebih optimal dalam mengatasi masalah ansietas pada remaja di rumah tahanan dimana remaja tidak hanya mengalami penurunan ansietas pada saat dilakukan

terapi tapi remaja juga mampu mempraktekkan terapi yang telah dilatihkan jika di kemudian hari ansietas yang dialami muncul kembali.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Tahanan Negara Kelas 1 Bandung diketahui bahwa jumlah total narapidana dan tahanan penghuni rutan per 1 Februari 2011 adalah 756 orang. Dari 756 orang tersebut diantaranya terdapat remaja 40 orang dengan status tahanan 22 orang dan 18 orang dengan status narapidana yang usianya berkisar antara 13 sampai dengan 18 tahun dengan keseluruhan berjenis kelamin laki-laki. Kasus yang menyebabkan mereka harus dipenjarakan bervariasi, yaitu kejahatan terhadap ketertiban, kejahatan susila, penganiayaan, pencurian, perampokan, NAPZA, membawa senjata tajam dan kekerasan terhadap anak. Masa hukuman pun bervariasi tergantung pada kasus. Sebagian besar dari narapidana anak dijatuhi hukuman kurang dari 1 tahun. Tidak ada narapidana anak yang dihukum seumur hidup dan sebagian hakim lebih memilih memberikan putusan hukuman penjara dari pada hukuman tahanan atau denda.

Suasana penjara yang tidak ramah seperti diantaranya masalah kelebihan penghuni, terbatasnya sarana dan prasarana, tidak ada fasilitas khusus untuk anak, dan gaya komunikasi pegawai lapas/rutan dapat menyebabkan anak merasa mempersalahkan diri dan inferioritas, tak layak kembali ke lingkungan, serta ketakutan menghadapi stigma masyarakat (Supeno, 2009). Itu berarti pula bahwa akan semakin besar kemungkinan narapidana untuk gagal dalam memaknai keberadaan mereka sebagai narapidana sehingga banyak diantara mereka akhirnya menjadi residivis. Mereka akan kehilangan kemampuan untuk berpikir secara jernih bahwa sesungguhnya mereka masih memiliki tanggung jawab sosial sebagai manusia. Ketidakmampuan mereka untuk berpikir demikian pada gilirannya akan membentuk mereka menjadi pribadi yang neurosis yang akan berujung pada hadirnya kecemasan yang berlebihan, hingga dapat melumpuhkan kemampuan mereka untuk bertindak sewajarnya, dan membuat kepribadiannya menjadi panik (Maya, 2008).

Berdasarkan studi dokumentasi pada bulan Januari 2011 di rumah tahanan kelas I Bandung tentang masalah psikososial yang sering muncul dan dialami oleh anak didik laki laki diketahui dari 33 anak didik 16 orang diantaranya mengalami masalah ansietas dan dari ke 16 orang tersebut 80 % mengalami ansietas berat, 15 % mengalami ansietas sedang dan sisanya mengalami ansietas ringan (Laporan Praktek Profesi Ners Universitas Padjadjaran Bandung, 2011). Banyaknya jumlah remaja yang mengalami ansietas di rumah tahanan belum menjadi perhatian khusus bagi pihak rutan. Hal ini disebabkan karena keterbatasan jumlah tenaga ahli yang berfokus pada masalah psikososial yang terjadi pada narapidana khususnya remaja. Kondisi ini ditambah dengan belum adanya kebijakan khusus di wilayah Jawa Barat terkait dengan penanganan remaja yang menjadi anak didik di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan sehingga pembinaan remaja disamakan dengan orang dewasa.

Kegiatan pembinaan di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan banyak dilakukan oleh LSM – LSM yang peduli terhadap masalah remaja. Salah satu diantaranya adalah LSM Advokasi Hak Anak. Kegiatan yang dilakukan adalah Pembinaan yang dilakukan berupa penyuluhan – penyuluhan mengenai HIV/AIDS, hukum, pengembangan kepribadian, serta pemberian keterampilan seperti kesenian dan musik. Pemberian intervensi keperawatan terkait masalah psikososial pada remaja hanya dilakukan ketika ada mahasiswa keperawatan yang praktek di lingkungan rumah tahanan. Intervensi yang diberikan adalah terapi generalis individu dalam mengatasi ansietas yang terdiri dari mengidentifikasi faktor penyebab kecemasan klien, mengajarkan tehnik relaksasi dan distraksi untuk mengatasi kecemasan, mengkaji kemampuan klien dalam mengatasi kecemasannya, memberi *reinforcement* atas usaha yang positif. Hasil terapi generalis yang diberikan pada remaja dengan ansietas mempunyai pengaruh yang cukup baik akan tetapi hanya berlangsung singkat yaitu pada saat mahasiswa praktek saja. Sehingga terapi spesialis diperlukan untuk bisa mengatasi masalah ansietas remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan. Berdasarkan data dari studi pendahuluan diatas dan belum adanya penelitian tentang terapi logo dan

terapi suportif pada remaja dengan ansietas di rumah tahanan atau lembaga pemasyarakatan maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh terapi logo dan terapi suportif kelompok terhadap ansietas remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan wilayah Jawa Barat

1.2 Rumusan Masalah

Masa remaja adalah masa dimana seseorang berada dalam peralihan antara masa kanak-kanak menuju masa dewasa. Pada masa ini seseorang mengalami berbagai perubahan baik yang bersifat fisik maupun psikologis. Perubahan yang terjadi pada masa ini menyebabkan seorang remaja dituntut untuk bisa beradaptasi dengan kondisi barunya. Ketika remaja tidak bisa beradaptasi dengan perubahan yang dialaminya ditambah dengan pengaruh lingkungan eksternal baik dari keluarga, teman sebaya, maupun lingkungan disekitarnya maka remaja akan menjadi seseorang yang rentan terhadap stressor dan menjadi pribadi yang mudah terpengaruh oleh lingkungan. Hal ini memungkinkan remaja terjebak dengan masalah kenakalan remaja.

Kenakalan remaja seringkali membawa mereka berhadapan dengan masalah hukum bahkan beberapa dari mereka harus menjalani masa hukuman. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa terdapat beberapa masalah psikososial pada remaja yang menjalani masa hukuman. Salah satu masalah psikososial yang dialami remaja di rumah tahanan atau lapas adalah ansietas.

Ansietas merupakan suatu perasaan subyektif individu yang terjadi karena suatu respon normal terhadap pertumbuhan, perubahan, pengalaman baru, penemuan identitas dan makna hidup. Remaja yang mengalami ansietas di rutan atau lapas disebabkan oleh kekhawatiran terhadap masa depan baik dari sisi pendidikan maupun pekerjaan dan stigma masyarakat terhadap mantan narapidana. Selain hal tersebut beberapa peneliti menyebutkan bahwa terdapat beberapa faktor yang juga ikut andil dalam ansietas pada remaja yaitu usia, pendidikan, sosial ekonomi, pola asuh orangtua, kondisi rutan atau lapas, dan lamanya masa hukuman.

Upaya mencegah dan mengatasi masalah masalah psikososial yang muncul pada narapidana remaja maka pemerintah melalui petugas rumah tahanan mengadakan program pembinaan. Program pembinaan yang dilakukan di Rumah Tahanan Kelas I Bandung di lakukan dengan bekerjasama dengan LSM. Salah satu LSM yang melakukan pembinaan di Rutan Kelas 1 Bandung adalah LSM Advokasi Hak Anak. Pembinaan yang dilakukan berupa penyuluhan – penyuluhan mengenai HIV/AIDS, hukum, pengembangan kepribadian, serta pemberian keterampilan seperti kesenian, musik, dll. Dalam pelaksanaan program pembinaan ini dihadapi kendala yaitu kurangnya sarana dan prasarana dalam pelaksanaan pembinaan, kurangnya tenaga ahli, sumber daya manusia, dan fasilitas dana pengayoman serta pemasyarakatan (pembinaan warga binaan sangat terbatas)

Kendala tersebut menyebabkan kegiatan yang dilakukan dalam kerangka pembinaan warga binaan adalah kegiatan rutinitas yang berdasarkan kebutuhan warga binaan secara umum. Kebutuhan khusus individu warga binaan kurang terfasilitasi sehingga masalah masalah psikososial yang sifatnya individual belum tertangani secara menyeluruh. Kondisi ini mengakibatkan program pembinaan yang sudah dirancang (pojok curhat remaja, penyuluhan masalah psikososial remaja) tidak berjalan optimal. Ketidakefektifan program ini mengakibatkan remaja yang berada di rumah tahanan masih mengalami masalah-masalah psikososial.

Berdasarkan pembahasan latar belakang diatas maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

- 1.2.1 Sebanyak 80 % narapidana remaja mengalami ansietas berat, 15 % narapidana remaja mengalami ansietas sedang, dan, 5 % narapidana remaja mengalami ansietas ringan
- 1.2.2 Belum optimalnya program pembinaan remaja dengan ansietas

- 1.2.3 Belum optimalnya asuhan keperawatan jiwa pada remaja yang mengalami ansietas
- 1.2.4 Belum adanya pelaksanaan terapi logo dan terapi suportif pada narapidana remaja yang mengalami ansietas

Penelitian ini ingin mengembangkan perpaduan terapi logo dan terapi suportif dalam bentuk terapi kelompok pada remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan yang mengalami ansietas. Adapun pertanyaan penelitian ini adalah : Apakah terapi logo dan terapi suportif kelompok dapat menurunkan ansietas pada remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan wilayah Provinsi Jawa Barat ?

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menguraikan pengaruh terapi logo dan terapi suportif kelompok terhadap ansietas remaja di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan Wilayah Jawa Barat

1.3.2 Tujuan khusus penelitian

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

1.3.2.1 Teridentifikasinya karakteristik remaja dengan ansietas (usia, pendidikan, penghasilan orangtua, dan pola asuh orangtua) di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan wilayah Jawa Barat

1.3.2.2 Teridentifikasinya ansietas yang dirasakan oleh remaja sebelum dan setelah mengikuti terapi logo dan terapi suportif pada kelompok intervensi di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan Wilayah Jawa Barat

1.3.2.3 Teridentifikasinya ansietas yang dirasakan oleh remaja sebelum dan setelah mendapatkan intervensi pada kelompok kontrol di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan Wilayah Jawa Barat

1.3.2.4 Teridentifikasinya perbedaan ansietas yang dirasakan oleh remaja yang diberi terapi logo dan terapi suportif (kelompok intervensi) dengan ansietas yang dirasakan oleh remaja yang tidak mendapatkan terapi logo dan terapi suportif (kelompok kontrol) setelah pemberian intervensi di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasarakatan Wilayah Jawa Barat

1.3.2.5 Teridentifikasinya hubungan karakteristik remaja (usia, pendidikan, penghasilan orangtua dan pola asuh orangtua dalam perspektif remaja) dengan ansietas remaja setelah pemberian intervensi di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasarakatan Wilayah Jawa Barat

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Perkembangan ilmu pengetahuan Keperawatan Jiwa

Hasil penelitian ini diharapkan berkontribusi secara nyata sebagai aplikasi terapi spesialis keperawatan jiwa yaitu terapi logo dan terapi suportif terhadap kemampuan remaja mengatasi ansietas di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasarakatan Wilayah Jawa Barat. Selain hal tersebut, penelitian ini diharapkan juga dapat menambah pengetahuan pegawai Rutan dan Lapas tentang ansietas pada remaja dan bagaimana cara mengatasinya sehingga kontinuitas penanganan masalah ansietas yang terjadi pada remaja di rutan dan lapas dapat terus berlanjut setelah penelitian ini selesai dilaksanakan.

1.4.2 Perkembangan pelayanan keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan pelaksanaan penggabungan 2 terapi spesialis keperawatan jiwa sehingga di dapatkan hasil yang optimal terhadap peningkatan mutu pelayanan keperawatan jiwa. Selain hal tersebut diatas di harapkan penelitian ini juga menjadi dasar bagi tim kesehatan dan psikologi di rumah tahanan dan lembaga pemsarakatan untuk mengembangkan program

program untuk mengatasi masalah psikososial yang muncul pada remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan seperti diadakannya pojok curhat remaja, seminar terkait masalah psikososial pada remaja dll. Kegiatan ini dapat dilakukan dengan bekerjasama dengan peneliti atau institusi dan LSM – LSM yang bergerak menangani masalah remaja.

1.4.3 Perkembangan riset keperawatan

Penelitian ini menjelaskan gambaran penerapan terapi logo dan terapi suportif terhadap remaja yang dilakukan secara kelompok di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan yang merupakan bagian kelompok khusus dalam area komunitas. Pengembangan riset keperawatan yang dilakukan akan meningkatkan kemampuan perawat khususnya perawat jiwa dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di kelompok khusus komunitas dalam mengatasi masalah ansietas karena adanya isolasi eksternal

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai landasan dalam penelitian ini maka dalam bab ini dijelaskan tentang tinjauan teoritis yang berkaitan dengan remaja, ansietas, ansietas pada remaja, terapi logo, terapi suportif dan pedoman pelaksanaan terapi logo dan terapi suportif kelompok pada remaja dengan ansietas.

2.1 REMAJA

2.1.1 Pengertian Remaja

Remaja merupakan masa peralihan dari masa anak-anak menuju masa dewasa. Istilah *adolescence* atau remaja berasal dari bahasa latin “*adolescere*” yang berarti “tumbuh” atau “tumbuh menjadi dewasa” (Hurlock, 1999). Steinberg (2002) membagi transisi yang terjadi selama periode remaja, yaitu:

2.1.1.1 Transisi biologis

Elemen paling utama dalam transisi biologis tersebut sebagai pubertas, perubahan fisik seseorang dan kemampuan untuk melakukan reproduksi (Grade *et al*, 1996 dalam steinberg, 2002). Kondisi fisik remaja akan berubah secara cepat dan dratis antara usia 11 dan 16 tahun. Diperlukan waktu beberapa saat untuk dapat beradaptasi dengan keadaan tersebut. Seluruh ukuran badan berubah, pada anak perempuan perkembangan pinggang menjadi kecil, pinggul membesar, sedangkan pada anak laki-laki bahu melebar, Ukuran muka juga berubah, terutama pada anak laki-laki. Hidung dan rahang menjadi lebih menonjol dan kening menjadi lebih tinggi. Pada tahap ini remaja tidak merasa seperti orang dewasa, atau belum siap tampil seperti orang dewasa, sehingga perubahan yang dialami oleh remaja menimbulkan kecemasan tersendiri (Depkes, 2009).

2.1.1.2 Transisi kognitif

Dibandingkan dengan anak-anak, remaja memiliki kemampuan untuk melakukan hipotesis yang lebih baik (sesuatu belum terjadi tapi akan terjadi/bisa saja terjadi). Remaja juga lebih mampu untuk berpikir konsep-konsep abstrak seperti persahabatan, moralitas, demokrasi, dan sebagainya (Moshman, 1998 dalam Steinberg, 2002). Berdasarkan teori perkembangan kognitif dari Piaget (dalam Hurlock, 1999), perkembangan kognitif remaja berada pada tahap formal operational, dimana pemikiran remaja tidak lagi bersifat konkrit melainkan dapat berfikir dengan kemampuan hipotesis atau berpikir secara abstrak dan logik. Cara berpikir ini memungkinkan remaja untuk mencapai integrasi dalam hubungan sosial orang dewasa. Selain itu, menurut Kartono (1990), remaja memiliki kesadaran yang mendalam mengenai diri sendiri yaitu remaja mulai meyakini kemampuannya, potensi dan cita-cita sendiri sehingga remaja berusaha menemukan jalan hidupnya dan mulai mencari nilai-nilai tertentu, seperti kebaikan, keluhuran, kebijaksanaan, dan keindahan.

2.1.1.3 Transisi sosial

Terdapat perubahan hak serta kewajiban bagi seorang anak dengan orang dewasa. Oleh karena itu, perubahan dalam status sosial merupakan suatu bentuk yang umum pada remaja (Ford & Beach, 1995 dalam Steinberg, 2002). Santrock (2003) menjelaskan bahwa proses perubahan sosial pada remaja meliputi juga perubahan emosional yaitu perubahan yang terdiri dari perubahan individu dengan manusia lain, dalam emosi, dalam kepribadian dan dalam perubahan peran pada konteks sosial dan perkembangan. Bentuk - bentuk tindakan remaja yang menjadi ciri dari transisi sosial adalah membantah orang tua, serangan agresif pada teman sebaya, perkembangan sikap asertif, kebahagiaan remaja dalam peristiwa tertentu, serta orientasi peran gender dalam masyarakat

2.1.2 Batasan Usia Remaja

Santrock (2003) mendeskripsikan remaja dalam dua periode, yaitu remaja awal dan remaja akhir. Menurut Hurlock (1992), masa remaja awal dimulai pada usia 13 tahun sampai usia 16 atau 17 tahun. Sedangkan masa remaja akhir dimulai dari usia 16 sampai usia 18 tahun, yaitu usia matang secara hukum. Periode ini merupakan tahap perkembangan yang terdiri dari tugas perkembangan yang sesuai. Monks (1999) menyebutkan bahwa remaja adalah individu yang berusia 12 – 21 tahun dan sedang mengalami masa peralihan dari masa anak-anak menuju masa dewasa, dengan pembagian usia 12 – 15 adalah masa remaja awal, 15 – 18 tahun adalah masa remaja pertengahan dan usia 18 – 21 tahun adalah remaja akhir. Berdasarkan penjelasan di atas maka penulis mengambil batasan usia remaja sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Monks (1999) yaitu antara usia 12 – 21 tahun dengan pembagian menjadi 3 bagian yaitu remaja awal, remaja pertengahan dan remaja akhir. Pada penelitian ini penulis menggunakan batasan usia remaja seperti yang disampaikan oleh Hurlock (1992) yaitu antara 13 – 18 tahun

2.1.3 Tugas Perkembangan Remaja

Tugas perkembangan adalah tugas yang muncul pada atau sekitar periode tertentu dalam kehidupan individu. Pada hakekatnya tugas-tugas perkembangan merupakan serangkaian tuntutan dan harapan lingkungan terhadap individu sejalan dengan perkembangannya.

Tugas perkembangan masa remaja terbagi menjadi :

2.1.3.1 Remaja awal

Remaja awal mengalami masa adaptasi perubahan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa (Monks (1999) dalam Nasution (2007)). Pada tahap ini remaja mulai mengembangkan pikiran-pikiran baru, cepat tertarik pada lawan jenis dan mudah terangsang secara erotis. Kondisi remaja yang mempunyai mudah terpengaruh oleh lingkungan ditambah dengan kurangnya pengendalian terhadap ego menyebabkan remaja menjadi pribadi yang sulit memahami orang lain dan sulit

untuk dipahami oleh orang lain, terutama orang dewasa yang ada di sekitarnya, sehingga konflik-konflik kecil antara remaja dan orang dewasa disekitarnya mulai terjadi (Santrock, 2003). Selain hal tersebut pada masa ini, remaja mengalami perubahan jasmani yang sangat pesat dan sering merasa sunyi, ragu-ragu, tidak stabil, tidak puas dan merasa kecewa (Kartono, 1990).

2.1.3.2 Remaja pertengahan

Pada tahap ini remaja sangat membutuhkan teman-teman. Remaja mempunyai kecenderungan bersifat narsistik yang mencintai dirinya sendiri dengan cara menyukai teman-teman yang mempunyai sifat yang sama dengan dirinya. Pada tahap ini remaja masih mengalami kebingungan menentukan pilihan-pilihan seperti peka atau peduli, ramai-ramai atau sendiri, optimis atau pesimis dan sebagainya (Monks (1999) dalam Nasution (2007). Sementara itu Kartono (1990) menjelaskan bahwa pada masa ini kepribadian remaja masih kekanak-kanakan tetapi sudah mempunyai kesadaran akan kepribadian dan kehidupan batiniah sendiri. Remaja mulai menentukan nilai-nilai tertentu dan melakukan perenungan terhadap pemikiran filosofis dan etis. Maka dari perasaan yang penuh keraguan pada masa remaja awal maka pada rentang usia ini mulai timbul kematangan pada diri sendiri. Rasa percaya diri pada remaja menimbulkan kesanggupan pada dirinya untuk melakukan penilaian terhadap tingkah laku yang dilakukannya.

2.1.3.3 Remaja akhir

Saat ini adalah masa mendekati kedewasaan yang ditandai dengan minat yang semakin mantap terhadap fungsi intelektual, egonya mencapai kesempatan untuk bersatu dengan orang-orang lain untuk mencapai pengalaman-pengalaman baru, terbentuknya identitas seksual yang tidak akan berubah lagi, terlalu memusatkan perhatian pada diri sendiri (Monks (1999) dalam Nasution (2007). Pada tahap ini remaja juga mulai mempersiapkan karier ekonomi, dan mempersiapkan perkawinan serta kehidupan berkeluarga. Sedangkan Kartono (1990) menjelaskan pada masa ini remaja sudah mantap dan stabil. Remaja sudah mengenal dirinya dan ingin hidup dengan pola hidup yang digariskan sendiri dengan keberanian.

Remaja mulai memahami arah hidupnya dan menyadari tujuan hidupnya. Remaja sudah mempunyai pendirian tertentu berdasarkan satu pola yang jelas yang baru ditemukannya.

Menurut Havighurst dalam Cobb (2001) tercapai atau tidaknya tugas-tugas perkembangan tersebut ditentukan oleh faktor kematangan fisik, desakan dari masyarakat, dan motivasi dari individu. Kesuksesan dalam menyelesaikan tugas perkembangan akan mengarahkan individu pada kebahagiaan dan keberhasilan pada tugas-tugas berikutnya, tetapi kegagalannya menyebabkan ketidakbahagiaan bagi individu, celaan dari masyarakat, dan kesulitan dalam menghadapi tugas-tugas berikutnya.

2.1.4 Masalah – masalah yang sering terjadi pada masa remaja

Menurut Havighurst (dalam Hurlock, 1999) masa remaja adalah usia bermasalah. Pada masa ini remaja mengalami kesulitan dalam mengatasi masalah. Hal ini disebabkan oleh remaja merupakan individu yang tidak berpengalaman dalam menghadapi masalah karena pada masa sebelumnya masalah yang dihadapi oleh anak-anak diselesaikan oleh orangtua dan guru. Selain hal tersebut pada masa ini remaja merasa mandiri dan menolak bantuan orangtua dan guru. Masalah-masalah yang sering terjadi pada masa remaja menurut Dryfoos (1990) dalam Santrock (2003) adalah penyalahgunaan obat-obat terlarang dan alkohol, kenakalan remaja, masalah yang terkait dengan sekolah.

Penyebab terjadinya masalah-masalah yang dialami oleh remaja adalah :

2.1.4.1 Faktor Internal

Faktor internal merupakan faktor yang berasal dari dalam diri remaja. Faktor internal terdiri dari faktor biologis dan psikologis remaja (Santrock, 2003). Para pendukung pendekatan biologis percaya bahwa tingkah laku abnormal pada remaja disebabkan oleh tidak berfungsinya tubuh secara fisik artinya bahwa jika seorang remaja bertingkah laku yang tidak bisa dikendalikan, tidak menunjukkan adanya kontak dengan realita atau mengalami depresi yang parah maka faktor

faktor biologislah yang menjadi penyebabnya. Para ilmuwan dan peneliti yang menggunakan pendekatan biologis seringkali berfokus pada proses kerja otak dan faktor-faktor genetik sebagai penyebab tingkah laku abnormal. Sedangkan berdasarkan pendekatan psikologis diketahui ketidakstabilan emosional, pembelajaran yang salah, pemikiran yang kacau, dan hubungan dengan orang lain yang tidak berarti lebih menjadi perhatian pendekatan psikologis.

2.1.4.2 Faktor eksternal

Selain faktor internal, faktor yang mempengaruhi terjadinya masalah pada remaja yaitu faktor yang berasal dari luar diri remaja (faktor eksternal). Faktor eksternal tersebut terdiri dari keluarga, lingkungan sekolah, dan tekanan media. Elkind dan Postman (dalam Fuhrmann, 1990) menyebutkan tentang fenomena akhir abad duapuluh, yaitu berkembangnya kesamaan perlakuan dan harapan terhadap anak-anak dan orang dewasa. Anak-anak masa kini mengalami banjir stres yang datang dari perubahan sosial yang cepat dan membingungkan serta harapan masyarakat yang menginginkan mereka melakukan peran dewasa sebelum mereka masak secara psikologis untuk menghadapinya. Tekanan-tekanan tersebut menimbulkan akibat seperti kegagalan di sekolah, penyalahgunaan obat-obatan, depresi, bunuh diri, keluhan-keluhan somatik dan kesedihan yang kronis. Bellak (dalam Fuhrmann, 1990) secara khusus membahas pengaruh tekanan media terhadap perkembangan remaja. Menurutnya, remaja masa kini dihadapkan pada lingkungan dimana segala sesuatu berubah sangat cepat. Mereka dibanjiri oleh informasi yang terlalu banyak dan terlalu cepat untuk diserap dan dimengerti. Semuanya terus bertumpuk hingga mencapai apa yang disebut *information overload*. Akibatnya timbul perasaan terasing, keputusasaan, absurditas, problem identitas dan masalah-masalah yang berhubungan dengan benturan budaya.

Berbagai masalah yang sering terjadi pada remaja seperti tersebut di atas sering kali menyebabkan remaja harus berhubungan dengan masalah hukum karena terlibat dengan tindak kriminal. Dan ketika berada di dalam tahanan, remaja mengalami masalah – masalah psikologis. Masalah masalah psikologis yang di

alami oleh remaja selama berada di rumah tahanan dan menyebabkan kecemasan pada remaja adalah : 1) kekhawatiran tidak diterima oleh lingkungannya termasuk sulitnya mencari sekolah lanjutan setelah keluar dari rumah tahanan dan sulitnya mencari pekerjaan; 2) rasa malu bergaul untuk kembali pada lingkungannya; 3) gangguan harga diri; dan 4) kekhawatiran terhadap stigma masyarakat yang condong untuk menjauhi mereka (Nies, 2001).

Berdasarkan penelitian yang melibatkan remaja yang mengalami masa hukuman karena tindak kriminal yang mereka lakukan di temukan beberapa gangguan mental antara lain : ketergantungan obat obat terlarang, depresi, ansietas bahkan gangguan jiwa berat (gangguan psikotik) (Gosden, 2003; Lonczak, 2006; Watzke, 2006; Colins, 2010)

2.2 Ansietas

2.2.1 Pengertian

Menurut Sadock (2005) ansietas adalah suatu respon normal individu terhadap pertumbuhan, perubahan, pengalaman baru, penemuan identitas dan makna hidup. Ansietas adalah perasaan tidak khas yang disebabkan oleh dugaan akan bahaya atau frustrasi yang akan membahayakan rasa aman, keseimbangan atau kehidupan seseorang atau kelompok sosialnya.

Comer (1992) dalam Videbeck, (2008) menjelaskan ansietas merupakan perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ansietas disebut juga sebagai alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya bagi individu. Ansietas memiliki dua aspek yakni aspek sehat dan aspek membahayakan, yang bergantung pada tingkat, lama ansietas dialami dan seberapa baik individu melakukan koping terhadap ansietas. Sehingga berdasarkan pengertian dari para ahli tersebut dapat diketahui bahwa ansietas adalah suatu perasaan subyektif yang yang tidak jelas penyebabnya yang terjadi karena suatu respon normal individu terhadap pertumbuhan, perubahan, pengalaman baru, penemuan identitas dan makna hidup.

2.2.2 Proses Terjadinya Ansietas

2.2.2.1 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stress (Stuart dan Laraia, 2005; Lord, 2009; Richard, 2011). Berbagai teori yang menjelaskan tentang proses terjadinya ansietas antara lain :

a. Biologis

Proses regulasi ansietas di pengaruhi oleh suatu reseptor khusus terhadap benzodiazepine yang di miliki oleh otak. Regulasi tersebut berhubungan dengan aktivitas neurotransmitter *gamma amino butyric acid* (GABA) yang mengontrol aktivitas neuron dibagian otak yang bertanggung jawab menghasilkan ansietas. Bila GABA bersentuhan dengan *sinaps* dan berikatan dengan reseptor GABA pada *membrane post sinaps* akan membuka aluran atau pintu eksitasi sel dan memperlambat aktivitas sel. Teori ini menjelaskan bahwa salah satu penyebab terjadinya ansietas adalah neurotransmitter pada otak (Videbeck, 2008)

b. Faktor psikologis

Menurut Freud (1969) ansietas dibedakan menjadi ansietas primer dan ansietas subsekuen atau ansietas sekunder. Ansietas primer adalah ansietas yang disebabkan oleh kejadian traumatik yang dimulai saat bayi akibat adanya stimulasi secara tiba – tiba saat persalinan. Ansietas kemudian berlanjut dengan tidak tercapainya kepuasan akibat rasa lapar dan kehausan. Ansietas primer terjadi karena ketegangan atau dorongan yang diakibatkan oleh faktor eksternal. Sedangkan ansietas subsekuen atau ansietas sekunder terjadi sejalan dengan peningkatan ego dan usia.

Selain kedua ansietas yang telah disebutkan sebelumnya Freud (1969) memandang ada 2 jenis ansietas lain akibat konflik emosi diantara dua elemen kepribadian yaitu id dan super ego. Apabila terjadi ansietas maka posisi ego sebagai penyeimbang id dan super ego berada pada kondisi yang berbahaya.

Sementara itu Sullivan (1953, dalam Stuart dan Laraia, 2005) mempercayai bahwa ansietas tidak dapat muncul sampai seseorang mempunyai kesadaran terhadap lingkungannya. Ansietas pertama kali ditentukan oleh hubungan ibu dan anak pada awal kehidupannya, bayi berespon seolah olah ia dan ibunya adalah satu unit. Dengan bertambahnya usia, anak melihat ketidaknyamanan yang timbul akibat tindakannya sendiri. Anak meyakini bahwa ibunya setuju atau tidak setuju dengan perilakunya itu. Adanya trauma seperti perpisahan orangtua atau kehilangan orang yang berarti, khususnya karena masalah criminal sehingga harus menjalani masa hukuman dan terpisah dari orangtua dan orang yang berarti.

Terdapat beberapa hal yang mempengaruhi tingkat ansietas individu adalah maturitas individu, tipe kepribadian dan pendidikan (Tarwoto dan Wartonah, 2003). Individu yang memiliki kepribadian matang akan lebih sukar mengalami gangguan akibat stress, sebab mempunyai daya adaptasi yang besar terhadap stressor yang timbul. Sebaliknya individu yang mempunyai kepribadian tidak matang yaitu yang tergantung pada kepekaan terhadap rangsangan sehingga sangat mudah mengalami gangguan akibat stress.

Status pendidikan yang rendah pada seseorang dapat menyebabkan orang tersebut lebih mudah mengalami stress dibandingkan dengan mereka yang status pendidikannya tinggi. Faktor pendidikan seseorang sangat mempengaruhi ansietas. Hal ini karena orang dengan pendidikan tinggi akan lebih mampu mengatasi, menggunakan coping efektif dan konstruktif daripada seseorang dengan pendidikan rendah. Pendidikan adalah salah satu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung sepanjang hidup (Wiguna & Ibrahim, 2003).

Suliswati dkk (2005) memaparkan bahwa ketegangan dalam kehidupan yang dapat menyebabkan ansietas diantaranya adalah peristiwa traumatic individu baik krisis perkembangan maupun situasional seperti peristiwa bencana, konflik emosional individu yang tidak terselesaikan dengan baik, konsep diri terganggu

yang akan menimbulkan ketidakmampuan individu berfikir secara realitas, frustrasi atau rasa ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan yang berdampak terhadap ego serta pola mekanisme koping keluarga atau pola keluarga menangani stress yang akan mempengaruhi individu dalam berespon terhadap konflik.

c. Sosial budaya

Shamir – Essakow, Ungerer, and Rapee (2005) dalam Townsend (2009) menerangkan bahwa riwayat gangguan ansietas dalam keluarga akan mempengaruhi respon individu dalam berespon terhadap konflik dan cara mengatasi ansietas. Townsend (2009) juga menjelaskan bahwa sosial budaya, potensi stress serta lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya ansietas. Cara hidup orang di masyarakat berdampak pada timbulnya stress, dimana individu yang mempunyai cara hidup yang sangat teratur dan mempunyai falsafah hidup yang jelas maka pada umumnya lebih sukar mengalami stress (Videbeck, 2008).

2.2.2.2 Faktor Presipitasi

Stressor presipitasi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya ansietas. Stuart (2005) menggambarkan stressor pencetus sebagai stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang memerlukan energy ekstra untuk koping. Stressor pencetus ansietas dapat dikelompokkan dalam tiga kategori yaitu :

a. Biologi

Beck (2008 dalam Janssens 2010) menyebutkan gangguan fisik dapat mengancam integritas seseorang baik berupa ancaman secara eksternal maupun internal. Ancaman eksternal yaitu masuknya kuman, virus, polusi lingkungan, rumah yang tidak memadai, pakaian, makanan atau trauma injury. Sedangkan ancaman internal yaitu kegagalan mekanisme fisiologis tubuh seperti jantung, sistem kekebalan, penaturan suhu, dan kehamilan. Nyeri adalah indikasi awal adanya

ancaman integritas fisik. Hal ini menimbulkan ansietas dimana seringkali memotivasi seseorang meminta pertolongan perawatan

b. Psikologi

Penanganan terhadap integritas fisik dapat mengakibatkan ketidakmampuan psikologis atau penurunan aktivitas sehari-hari seseorang. Lee, A & Hankin, B (2009) menjelaskan penanganan tersebut menyangkut identitas diri dan harga diri seseorang maka dapat mengakibatkan ancaman terhadap *self sistem*. Ancaman eksternal yang terkait dengan kondisi psikologis dan dapat mencetuskan terjadinya ansietas di antaranya peristiwa kematian, perceraian, dilema etik, pindah kerja, perubahan dalam status kerja. Sedangkan yang termasuk ancaman internal yaitu gangguan hubungan interpersonal di rumah, di tempat kerja atau ketika menerima peran baru (istri, suami, murid dan sebagainya)

c. Sosial budaya

Sadock and Sadock (2007) menjelaskan jika status ekonomi dan pekerjaan akan mempengaruhi timbulnya stress dan lebih lanjut dapat mencetuskan terjadinya ansietas. Orang dengan status ekonomi yang kuat akan jauh lebih sukar mengalami stress dibanding mereka yang status ekonominya lemah. Sedangkan menurut Stuart dan Laraia (2005), seseorang yang dirumahkan akibat perampangan struktur dalam suatu instansi akan mengakibatkan status ekonomi seseorang menurun. Hal ini secara tidak langsung dapat mempengaruhi seseorang mengalami ansietas, demikian pula fungsi integrasi sosialnya menjadi terganggu yang pada akhirnya mencetuskan terjadinya ansietas.

2.2.3 Tanda Dan Gejala

Manusia memiliki kemampuan penilaian terhadap stressor yang menyebabkan terjadinya ansietas. Menurut Stuart dan Sundeen (1995) penilaian terhadap stressor memiliki arti, intensitas dan kepentingan. Pemahaman tentang ansietas perlu integrasi banyak faktor, termasuk pengetahuan dari perspektif psikoanalitis, interpersonal, perilaku, genetik dan biologis.

Sullivan (1954), Peplau (1963), Beck, A.T & Emery (1985), Stuart & Laraia (2005), Issacs (2001) serta Videback (2008) mengkategorikan ansietas menjadi empat tingkatan beserta tanda dan gejalanya, yakni:

2.2.3.1 Ansietas Ringan

Ansietas ringan merupakan perasaan bahwa ada sesuatu yang berbeda dan membutuhkan perhatian khusus. Stimulasi sensori meningkat dan membantu individu memfokuskan perhatian untuk belajar, menyelesaikan masalah, berpikir, bertindak, merasakan dan melindungi diri sendiri. Menurut Videbeck (2008), respons dari ansietas ringan adalah sebagai berikut : Respons fisik meliputi : ketegangan otot ringan, sadar akan lingkungan, rileks atau sedikit gelisah, penuh perhatian, rajin ; Respon kognitif meliputi : lapang persepsi luas, terlihat tenang, percaya diri, perasaan gagal sedikit, waspada dan memperhatikan banyak hal, mempertimbangkan informasi, tingkat pembelajaran optimal ; Respons emosional meliputi : perilaku otomatis, sedikit tidak sadar, aktivitas menyendiri, terstimulasi, tenang

2.2.3.2 Ansietas Sedang

Ansietas sedang merupakan perasaan yang mengganggu memungkinkan individu berfokus pada hal yang penting dan mempersempit lapang persepsinya. Menurut Videbeck (2008), respons dari ansietas sedang adalah sebagai berikut : Respon fisik meliputi : ketegangan otot sedang, tanda-tanda vital meningkat, pupil dilatasi, mulai berkeringat, sering mondar-mandir, memukul tangan, suara berubah : bergetar, nada suara tinggi, kewaspadaan dan ketegangan meningkat, sering berkemih, sakit kepala, pola tidur berubah, nyeri punggung ; Respons kognitif meliputi : lapang persepsi menurun, tidak perhatian secara selektif, fokus terhadap stimulus meningkat, rentang perhatian menurun, penyelesaian masalah menurun, pembelajaran terjadi dengan memfokuskan ; Respons emosional : tidak nyaman, mudah tersinggung, kepercayaan diri goyah, tidak sabar, gembira

2.2.3.3 Ansietas Berat

Ansietas berat ditandai dengan lapang pandang yang berkurang. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang hal lain. Semua perilaku diarahkan pada pengurangan kecemasan dan memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain. Pada tahap ini individu mulai merasakan ansietas sebagai suatu ancaman terhadap dirinya.

Menurut Videbeck (2008), respons dari ansietas berat adalah sebagai berikut : Respons fisik meliputi : ketegangan otot berat, hiperventilasi, kontak mata buruk, pengeluaran keringat meningkat, bicara cepat, nada suara tinggi, tindakan tanpa tujuan dan serampangan, rahang menegang, mengertakan gigi, mondar-mandir, berteriak, meremas tangan, gemetar ; Respons kognitif meliputi : lapang persepsi terbatas, proses berpikir terpecah-pecah, sulit berpikir, penyelesaian masalah buruk, tidak mampu mempertimbangkan informasi, hanya memerhatikan ancaman, preokupasi dengan pikiran sendiri, egosentris ; Respons emosional meliputi sangat cemas, agitasi, takut, bingung, merasa tidak adekuat, menarik diri, penyangkalan, ingin bebas

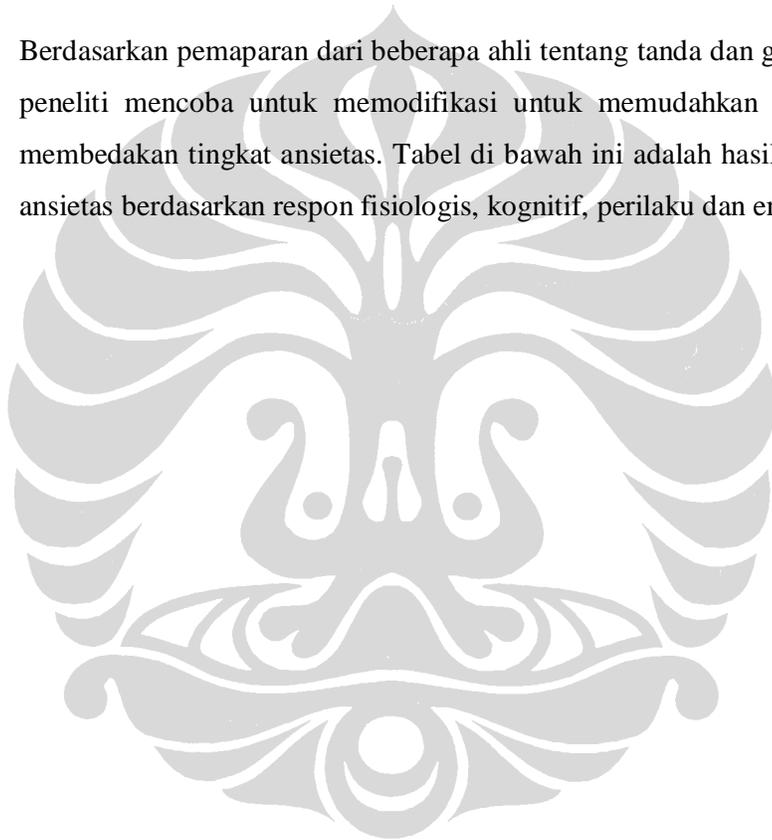
2.2.3.4 Panik

Panik, berhubungan dengan kehilangan kendali, detail perhatian menjadi hilang, terperangah, ketakutan dan teror serta tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan dapat mengancam kehidupan. Meningkatnya aktifitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pikiran rasional adalah semua gejala panik.

Menurut Videbeck (2008), respons dari panik adalah sebagai berikut : Respons fisik meliputi : *flight, fight, atau freeze*, ketegangan otot sangat berat, agitasi motorik kasar, pupil dilatasi, tanda-tanda vital meningkat kemudian menurun, tidak dapat tidur, hormon stress dan neurotransmitter berkurang, wajah menyeringai, mulut ternganga ; Respons kognitif meliputi : persepsi sangat

sempit, pikiran tidak logis, terganggu, kepribadian kacau, tidak dapat menyelesaikan masalah, fokus pada pikiran sendiri, tidak rasional, sulit memahami stimulus eksternal, halusinasi, waham, ilusi mungkin terjadi ; Respon emosional meliputi : merasa terbebani, merasa tidak mampu, tidak berdaya, lepas kendali, mengamuk, putus asa, marah, sangat takut, mengharapkan hasil yang buruk, kaget, takut, lelah

Berdasarkan pemaparan dari beberapa ahli tentang tanda dan gejala ansietas maka peneliti mencoba untuk memodifikasi untuk memudahkan pemahaman dalam membedakan tingkat ansietas. Tabel di bawah ini adalah hasil modifikasi tingkat ansietas berdasarkan respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosional.



Tabel 2.1
Tingkat ansietas

Tingkat Ansietas	Ringan	Sedang	Berat	Panik
Fisiologis				
TTV				
Tekanan darah	Tekanan darah tidak ada perubahan	Tekanan meningkat	Tekanan darah meningkat	Tekanan darah meningkat kemudian menurun
Nadi	Nadi tidak ada perubahan	Nadi cepat	Nadi cepat	Nadi cepat kemudian lambat
Pernafasan	Pernafasan tidak ada perubahan	Pernafasan meningkat	Pernafasan meningkat	Pernafasan cepat dan dangkal
Ketegangan otot	Rileks	Wajah tampak tegang	Rahang menegang, menggertakkan gigi	Wajah menyeringai, mulut ternganga
Pola makan	Masih ada nafsu makan,	Meningkat/ menurun,	Kehilangan nafsu makan	Mual atau muntah
Pola tidur	Pola tidur teratur	Sulit untuk mengawali waktu tidur	Sering terjaga	Insomnia
Pola eliminasi	Pola eliminasi teratur	Frekuensi BAK dan BAB meningkat	Frekuensi BAK dan BAB meningkat	Retensi urin, konstipasi
Kulit	Tidak ada keluhan	Mulai berkeringat, Akral dingin dan pucat	Keringat berlebihan	Keringat berlebihan, kulit teraba panas dingin
Kognitif				
Fokus perhatian	Cepat berespon terhadap stimulus	Focus pada hal yang penting	Focus pada sesuatu yang rinci dan spesifik	Focus perhatian terpecah
Proses belajar	Motivasi belajar tinggi	Perlu arahan	Perlu banyak arahan	Tidak bisa berfikir
Proses pikir	Pikiran logis	Perhatian menurun	Egosentris	Halusinasi, waham dan ilusi
Orientasi	Baik	Ingatan menurun	Pelupa	Disorientasi waktu, orang dan tempat
Perilaku				
Motorik	Rileks	Gerakan mulai tidak terarah	Agitasi	Aktivitas motorik kasar mneingkat
Komunikasi	Koheren	Koheren	Bicara cepat	Inkoheren
Produktivitas	Kreatif	Menurun	Bicara cepat	Tidak produktif
Interaksi social	Memerlukan orang lain	Memerlukan orang lain	Interaksi sosial kurang	Menarik diri
Emosional				
Konsep diri	Ideal diri tinggi	Tidak percaya diri	Merasa bersalah	Putus asa
Penguasaan diri	Tergesa gesa	Tidak sabar	Bingung	Lepas kendali

Sumber : Videbeck, 2008

2.2.4 Tindakan Untuk Mengatasi Ansietas

2.2.4.1 Mekanisme koping

Moskowitz dalam Mayne & Bonano (2003) memaparkan bahwa ketika mengalami ansietas, maka individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya. Ketidakmampuan mengatasi ansietas secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis.

Menurut Townsend (2009) tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi koping individu tidak efektif pada diagnose keperawatan ansietas antara lain mengkaji kapasitas fungsi saat ini, mengembangkan tingkat fungsi, dan tingkat koping, menentukan mekanisme pertahanan yang digunakan (misalnya penolakan, represi, konversi, disosiasi, pembentukan reaksi, tidak melakukan apa-apa, displacement/ proyeksi), mengidentifikasi mekanisme koping sebelumnya terhadap masalah kehidupan, mendengarkan secara aktif terkait dengan masalah klien dan identifikasi persepsi tentang apa yang sedang terjadi, membantu klien mengidentifikasi efek maladaptif mekanisme koping yang sekarang, memberi informasi tentang cara lain untuk menghadapi ansietas (misalnya : pengenalan dan ekspresi perasaan yang sesuai serta ketrampilan penyelesaian masalah).

Menurut Richard Lazarus dkk dalam Safaria (2009) menjelaskan bahwa *coping* memiliki dua fungsi umum yaitu :

- a. *Emotion Focused coping* adalah suatu usaha untuk mengatasi masalah dengan cara mengontrol respon emosional terhadap situasi yang sangat menekan. Menurut Sarafino (1998), *emotion focused coping* individu dapat mengatur respon emosionalnya dengan berbagai cara antara lain : mencari dukungan emosi dari sahabat atau keluarga, melakukan kativitas yang disukai, dll

- b. *Problem focused coping* adalah usaha untuk mengurangi stressor dengan mempelajari cara cara atau keterampilan keterampilan yang baru yang digunakan untuk mengubah situasi, keadaan atau pokok permasalahan. Smer (1994) dalam Safaria (2009) menyebutkan bahwa strategi ini digunakan apabila individu merasa yakin akan dapat mengubah situasi

2.2.4.2 Tindakan keperawatan

McCloskey, dkk (2008) pada *Nursing Interventions Classification* menjelaskan bahwa tindakan keperawatan untuk mengurangi ansietas dapat dilakukan dengan cara menenangkan atau mententramkan hati, menyatakan dengan jelas harapan dari perilaku klien, menjelaskan semua prosedur termasuk dampak maupun akibat selama perawatan, memahami klien dalam mencari pandangan hidup terhadap situasi yang menyebabkan stress, menyediakan informasi berdasarkan fakta mengenai hasil diagnose keperawatan dan prognosisnya, merawat klien di rumah demi keselamatan dan mengurangi ketakutan.

Perawat juga menyediakan obyek yang menandakan rasa aman, menggosok punggung atau leher sesuai kondisi, mendorong aktivitas yang nyaman sesuai dengan kondisi, mendengar dengan penuh perhatian, mendorong klien untuk mengungkapkan persepsi maupun ketautan yang dirasakan, mengidentifikasi ketika terjadi perubahan tingkat ansietas, menyediakan kegiatan yang sesuai kearah pengurangan ketegangan, membantu klien dalam mengartikan suatu uraian realistis terhadap suatu peristiwa yang akan datang, menentukan kemampuan klien dalam mengambil keputusan menganjurkan klien untuk menggunakan teknik relaksasi serta program pengobatan.

2.2.4.3 Psikofarmaka

Terapi obat untuk gangguan ansietas diklasifikasikan menjadi anti ansietas yang terdiri dari ansiolitik, transquilizer minor, sedative, hipnotik dan anti konfultan. Mekanisme kerja dari obat ini adalah mendepresi susunan saraf pusat (SSP), kecuali buspiron (buspar). Meskipun mekanisme kerja yang tepat tidak diketahui,

obat ini diduga menimbulkan efek yang di inginkan melalui reaksi dengan serotonin, dopamine dan reseptor neurotransmitter yang lainnya. Obat anti ansietas digunakan dalam penatalaksanaan gangguan ansietas, gangguan somatoform, gangguan disosiatif, gangguan kejang, dan untuk pemulihan sementara gejala insomnia dan ansietas (Videbeck, 2008).

Copel (2000) menjelaskan bahwa efek samping yang umum dari penggunaan obat antiansietas yakni pada SSP (pelambatan mental, ansietas, insomnia, kejang, delirium, kaki lemas, ataksia, bicara tak jelas); kardiovaskuler (hipotensi ortostatistik, takikardi, perubahan elektrokardiogram/ EKG); Mata dan THT (pandangan kabur, midriasis, tinnitus); gastrointestinal (anoreksia, mual, mulut kering, muntah, diare, konstipasi); kulit (kemerahan, dermatitis, gatal-gatal). Kontra indikasinya yaitu penyakit hati, klien lansia, penyakit ginjal, glaucoma, kehamilan atau menyusui, psikosis, penyakit pernafasan yang telah adaserta reaksi hipersensitivitas

2.2.5 Ansietas Pada Remaja

Masa remaja merupakan suatu fase perkembangan antara masa kanak dan masa dewasa, berlangsung antara usia 12 sampai 21 tahun. Masa remaja terdiri dari masa remaja awal (12–15 tahun), masa remaja penengahan (15–18 tahun) dan masa remaja akhir (18–21 tahun), Pada masa remaja, banyak terjadi perubahan baik biologis psikologis maupun sosial. Tetapi umumnya proses pematangan fisik terjadi lebih cepat dari proses pematangan kejiwaan (psikososial) (Monks, 1999).

Seorang remaja tidak lagi dapat disebut sebagai anak kecil, tetapi belum juga dapat dianggap sebagai orang dewasa. disatu sisi ia ingin bebas dan mandiri, lepas dari pengaruh orang-tua, disisi lain pada dasarnya ia tetap membutuhkan bantuan, dukungan serta perlindungan orang-tuanya. Orang-tua sering tidak mengetahui atau memahami perubahan yang terjadi sehingga tidak menyadari bahwa anak mereka telah tumbuh menjadi seorang remaja, bukan lagi anak yang selalu perlu dibantu. Orang-tua menjadi bingung menghadapi labilitas emosi dan perilaku

remaja, sehingga tidak jarang terjadi konflik diantara keduanya. Apabila konflik antara orang-tua dan remaja, menjadi berlarut-larut dapat menimbulkan berbagai hal yang negatif, baik bagi remaja itu sendiri maupun dalam hubungan antara dirinya dengan orang-tuanya. Kondisi demikian merupakan suatu stresor bagi remaja; yang dapat menimbulkan berbagai permasalahan yang kompleks, baik fisik, psikologik maupun sosial termasuk pendidikan. Antara lain dapat timbul berbagai keluhan fisik yang tidak jelas penyebabnya, maupun berbagai permasalahan yang berdampak sosial seperti malas sekolah, membolos, ikut perkelahian antara pelajar (tawuran) dan menyalahgunakan NAPZA (Depkes, 2009).

Santrock (2003) menjelaskan bahwa kondisi seperti ini, bila tidak segera diatasi dapat berlanjut sampai dewasa dan dapat berkembang ke arah yang lebih negatif. Antara lain dapat timbul masalah maupun gangguan kejiwaan dari yang ringan sampai berat. Apabila pada kenyataannya perhatian masyarakat lebih terfokus pada upaya meningkatkan kesehatan fisik semata, kurang memperhatikan faktor non fisik (intelektual, mental emosional dan psikososial). Padahal faktor tersebut merupakan penentu dalam keberhasilan seorang remaja dikemudian hari.

Menurut Townsend (2009), faktor non-fisik yang berpengaruh pada remaja adalah lingkungan, yang meliputi lingkungan keluarga, lingkungan sekolah serta lingkungan masyarakat sekitarnya. Oleh karena itu orang tua atau orang yang berhubungan dengan remaja perlu mengetahui ciri perkembangan jiwa remaja, pengaruh lingkungan terhadap perkembangan jiwa remaja serta masalah maupun gangguan jiwa remaja. Pengetahuan tersebut dapat membantu mendeteksi secara dini bila terjadi perubahan yang menjurus kepada hal yang negatif.

Cemas (ansietas) merupakan salah satu masalah psikososial yang sering terjadi pada remaja. Cemas (ansietas) pada remaja adalah perasaan gelisah yang dihubungkan dengan suatu antisipasi terhadap bahaya, ini berbeda dengan rasa takut, yang merupakan bentuk respon emosional terhadap bahaya yang obyektif,

walaupun manifestasi fisiologik yang ditimbulkannya sama, cemas merupakan suatu bentuk pengalaman yang umum, tapi dapat ditemui dalam bentuk yang berbeda pada gangguan psikiatrik dan gangguan medis. Diagnosis mengenai cemas ditegakkan apabila gejala cemas mendominasi dan menyebabkan distress (rasa tertekan) atau gangguan yang nyata (Videbeck, 2008).

2.2.6 Faktor faktor yang mempengaruhi ansietas remaja

Berdasarkan psikodinamika terjadinya kecemasan dan pendapat beberapa ahli (Varcarolis, 2000; Kaplan & Sadock, 2008; Stuart & Sundeen, 2005; Nurse, dkk 2003; Santrock, 2003) maka dapat dirumuskan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya kecemasan pada remaja, antara lain :

a. Usia

Menurut Varcarolis (2000) seseorang yang mempunyai usia lebih muda, lebih mudah menjalani gangguan kecemasan tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya. Sedangkan Kaplan dan Sadock (2008) menyebutkan bahwa gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia. Usia dapat mempengaruhi psikologi seseorang, semakin tinggi usia semakin baik tingkat kematangan emosi seseorang dan kemampuannya dalam menghadapi berbagai persoalan (Stuart & Sundeen, 2005)

b. Pendidikan

Setiap orang mempunyai pemaknaan yang berbeda terhadap pendidikan. Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola bertingkah laku, dan pola pengambil keputusan (Notoatmodjo, 2003). Dengan tingkat pendidikan yang cukup maka diharapkan seorang individu akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stressor baik diri sendiri maupun dari luar diri. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus. Hasil penelitian Wijayanti (2010) tentang pengaruh logo terapi terhadap ansietas narapidana perempuan di Lapas perempuan Semarang didapatkan bahwa tingkat pendidikan rendah pada seseorang akan dapat menyebabkan seseorang tersebut

mudah mengalami kecemasan. Hal ini dikarenakan semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka kemampuan seseorang tersebut dalam berfikir rasional, menangkap informasi yang baru, dan kemampuan menguraikan masalah menjadi rendah pula.

c. Status Sosial Ekonomi Orangtua

Walaupun kini masalah psikososial remaja tidak lagi terbatas pada kelas sosial yang lebih rendah, akan tetapi beberapa cirri kebudayaan kelas sosial yang lebih rendah cenderung memicu terjadinya masalah psikososial remaja (Jenkins & Bell, 1992 dalam Santrock, 2003). Terlibat dalam masalah atau menghindari masalah menjadi cirri yang menyolok dalam beberapa remaja yang dating dari kelas sosial yang lebih rendah (Miller, 1958 dalam Santrock, 2003)

d. Pola Asuh Orangtua

Walaupun telah ada sejarah tentang pengaruh faktor keluarga yang berperan terhadap masalah psikososial yang terjadi pada remaja, namun yang paling menjadi fokus akhir – akhir ini adalah dukungan keluarga dan praktek manajemen keluarga (Lyton, 1995; Seydliterapi suportif, 1993 dalam Santrock, 2003). Dukungan keluarga dan praktek manajemen seperti ini meliputi pengawasan dan keberadaan remaja, melaksanakan disiplin yang efektif bagi tingkah laku antisosial remaja, menerapkan keterampilan pemecahan masalah yang efektif, dan mendukung berkembangnya keterampilan prososial (Offord & Boyke, 1988 dalam Santock, 2003).

2.3 Psikoterapi pada Ansietas

Terdapat beberapa psikoterapi yang dipergunakan untuk mengatasi masalah kecemasan. Salah satunya adalah terapi logo. Sutejo (2009) dalam penelitiannya tentang pengaruh terapi logo terhadap ansietas penduduk pasca gempa di Kabupaten Klaten Provinsi Jawa Tengah diketahui bahwa terapi logo dengan menggunakan teknik *paradoxical intention* mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap ansietas, akan tetapi jika dilihat pengaruh terapi logo pada setiap

subvariabel maka diketahui bahwa pada subvariabel respon emosional terapi logo tidak berpengaruh secara signifikan. Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti (2010) terapi logo dengan menggunakan teknik *paradoxical intention* dan *dereflection* telah terbukti berpengaruh menurunkan tingkat kecemasan akan tetapi pengaruh terapi logo terhadap tingkat kecemasan pada penelitian ini tidak menjangkau seluruh respon yang dialami individu dalam menghadapi kecemasan. Pada respon emosional, terapi logo tidak mempunyai pengaruh secara signifikan.

Berdasarkan kedua penelitian diatas maka penggunaan psikoterapi lain untuk melengkapi penggunaan terapi logo dalam mengatasi masalah kecemasan sangat diperlukan. Porter (1993) dalam Kaplan dan Sadock (1993) menjelaskan bahwa kombinasi dua psikoterapi dalam upaya mengatasi masalah kejiwaan lebih efektif dibandingkan dengan penggunaan hanya satu psikoterapi saja. Dua psikoterapi yang digabungkan akan saling melengkapi satu sama lain dan memperbesar efektivitas yang lain.

2.3.1 Terapi Logo

2.3.1.1 Konsep Dasar Terapi logo

Terapi logo didirikan oleh Victor Frankl seorang ahli dibidang Neuro-psikiatri (ahli penyakit syaraf & kejiwaan) yang dilahirkan di Wina, Austria pada 26 Maret 1905. Terapi logo berasal dari kata "*logos*" dalam bahas Yunani yang berarti makna (*meaning*) dan juga rohani (*sprituality*), sedangkan "terapi" adalah penyembuhan atau pengobatan. Terapi logo secara umum dapat digambarkan sebagai corak psikologi/psikiatri yang mengakui adanya dimensi kerohanian pada manusia disamping dimensi ragawi dan kejiwaan, serta beranggapan bahwa makna hidup (*the meaning of life*) dan hasrat untuk hidup bermakna (*the will to meaning*) merupakan motivasi untuk manusia guna meraih taraf kehidupan bermakna (*the meaningful life*) yang didambakan.

2.3.1.2 Tiga asas utama terapi logo

Menurut Frangkl dalam Bastaman (2007) setidaknya terdapat 3 asas utama dalam terapi logo. Tiga asas utama tersebut antara lain :

- a. Setiap manusia yang hidup mempunyai cara unik untuk bisa memaknai setiap kejadian yang dialaminya, baik itu kejadian yang penuh kebahagiaan maupun kejadian yang menimbulkan kepedihan dan penderitaan. Makna adalah sesuatu yang dirasakan penting, benar, berharga dan didambakan serta memberikan nilai khusus bagi seseorang dan layak dijadikan tujuan hidup (Tasmara, 2001). Makna hidup merupakan kunci kebahagiaan manusia. Ketika manusia berhasil menemukan cara untuk bisa selalu memaknai setiap kejadian yang dialaminya maka manusia akan mampu terus berkembang dan tidak mudah mengalami putus asa.
- b. Setiap manusia memiliki kebebasan yang hampir tak terbatas untuk menemukan sendiri makna hidupnya. Setiap manusia berbeda satu sama lain. Keunikan ini menjadikan pencarian makna hidup pada setiap individu juga berbeda beda.
- c. Setiap manusia memiliki kemampuan untuk memaknai setiap penderitaan dan peristiwa tragis yang tidak dapat dielakkan yang menimpa diri dan lingkungan sekitarnya, setelah upaya mengatasinya telah dilakukan secara optimal dan tetap tidak membuahkan hasil.

2.3.1.3 Filsafat Manusia dalam Terapi Logo

Terapi logo memiliki filsafat manusia yang merangkum dan melandasi asas-asas yang tujuannya seperti yang telah disampaikan oleh Frangkl (1977) dalam Bastaman (2007) adalah:

- a. *The Freedom Of Will* (Kebebasan Berkehendak)
Kebebasan berkehendak yang dimaksud adalah kebebasan dalam menentukan sikap terhadap setiap peristiwa yang dialami. Dan bukan berarti bahwa manusia bebas berkehendak tanpa batas karena pada hakikatnya

manusia adalah makhluk yang penuh dengan keterbatasan. Keterbatasan yang dimiliki oleh manusia meliputi aspek ragawi(tenaga, daya tahan, stamina, usia), aspek kejiwaan (kemampuan, keterampilan, kemauan, ketekunan, bakat, sifat, tanggung jawab pribadi), aspek budaya (dukungan lingkungan, kesempatan, tanggung jawab sosial, ketaatan pada norma)dan aspek kerohanian(iman, ketaatan beribadah, cinta kasih).

b. *The Will To Meaning* (Hasrat Untuk Hidup Bermakna)

Motivasi utama manusia adalah keinginan untuk hidup bermakna. Keinginan ini mampu mendorong manusia untuk melakukan berbagai kegiatan seperti bekerja dan berkarya agar hidupnya dirasakan bermakna dan berharga. Keinginan untuk hidup bermakna merupakan suatu fenomena kejiwaan yang nyata dan dirasakan penting dalam kehidupan seseorang. Sebagai motivasi dasar manusia, keinginan untuk hidup bermakna ini mendambakan diri kita menjadi seorang pribadi yang berharga dan berarti (*being some body*) dengan kehidupan yang syarat dengan kegiatan-kegiatan yang bermakna pula.

c. *The Meaning Of Life* (Makna Hidup)

Makna hidup adalah hal-hal yang dianggap penting dan berharga serta memberikan nilai khusus bagi seseorang, sehingga layak dijadikan tujuan dalam kehidupan (*the purpose in life*) . Makna hidup dapat ditemukan dalam setiap keadaan yang menyenangkan dan tidak menyenangkan. Makna hidup adalah sebuah pilihan setiap individu. Seorang individu yang menjalani pengalaman kurang menyenangkan bisa saja memaknai kejadian yang dialami tersebut sebagai suatu cara yang di tunjukkan untuk bisa lebih berarti. Tapi ada juga manusia yang selalu merasa sial setiap waktu. Dan menganggap stiap kejadian yang di alaminya sebagai suatu musibah. Manusia model seperti ini adalah manusia yang rentan akan masalah masalah kejiwaan

2.3.1.4 Tujuan terapi logo

Tujuan terapi logo adalah untuk membangkitkan “kemauan untuk bermakna” dalam individu tersebut. Seseorang akan bertahan dalam kondisi yang paling tidak menguntungkan hanya apabila tujuan ini dapat terpenuhi (Pandia, 2007). Dengan terapi logo, klien yang menghadapi kesukaran menakutkan atau berada dalam kondisi yang tidak memungkinkan beraktivitas dan berkreaitivitas dibantu untuk menemukan makna hidupnya dengan cara bagaimana ia menghadapi kondisi tersebut dan bagaimana ia mengatasi penderitannya.

Terapi logo membantu klien untuk menggunakan kejengkelan dan penderitaan yang dialaminya sebagai alat untuk menemukan tujuan hidupnya. Terapi logo mengajarkan pada klien untuk melihat nilai positif dari penderitaan yang dialaminya dan memberikan kesempatan untuk merasa bangga terhadap kehidupan yang dijalannya.

2.3.1.5 Pelaksanaan Terapi logo

Terapi logo mengembangkan berbagai metode terapi dalam rangka menangani manusia dengan ketiga dimensinya (fisik, psikis, spirit), antara lain : *medical ministry* untuk gangguan perasaan yang terkait dengan ragawi; *paradoxical intention* dan *dereflection* untuk kasus yang berkaitan dengan gangguan psikologis; dan *existential analysis* yaitu untuk menangani gangguan yang disebabkan karena tidak terpenuhinya hasrat hidup bermakna atau gangguan neurosis noogenik (Bastaman, 2007). Hutzell & Jerkins (1990) dalam Wahyuni (2007) mengembangkan teknik *Value Awareness Technique* (VAT) terhadap peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku pada lansia dengan harga diri rendah.

Terapi logo sebagai salah satu aliran psikologi khususnya dalam metode pengembangan diri mempunyai teori yang khas tentang manusia. Penerapan teori ini meliputi *logoanalysis* dan panca cara temuan makna. *Logoanalysis* merupakan

model pengembangan diri untuk membantu seseorang menemukan makna dan tujuan hidupnya.

Logoanalysis dikembangkan oleh James C. Crumbaugh (1979) salah seorang pengikut Frankl di Amerika Serikat dengan menggali dan mempelajari pengalaman-pengalaman hidup sendiri, khususnya berkaitan dengan pengalaman tentang kegiatan-kegiatan berkarya, berbagai peristiwa yang mengesankan dan sikap-sikap terhadap keadaan yang tidak terhindarkan. *Logoanalysis* dirumuskan sebagai proses menganalisis berbagai pengalaman sendiri yang selama ini terabaikan untuk memperluasnya dan sumber-sumber makna dan tujuan hidup yang baru. Metode yang dikembangkan oleh *logoanalysis* adalah : *self evaluation, action as if, establishing an encounter* dan *search for meaning*.

2.3.1.6 Teknik pelaksanaan terapi logo

Beberapa teknik pelaksanaan terapi logo antara lain :

1) Teknik *paradoxical intention*

Teknik ini berdasarkan pada konsep kebebasan berkeinginan (*freedom of will*). Teknik ini melatih kemampuan manusia untuk mengambil keputusan dan memungkinkan manusia membangun pola perilaku sehingga ia lebih mengenal dirinya sendiri (Bastaman, 2007). Frankl (1986,1992) menjelaskan tentang 2 fakta yang mendasari lahirnya teknik *paradoxical intention* yaitu antara lain : pertama bahwa ketika seseorang ketakutan terhadap suatu hal maka hal yang ditakutinya itu akan menjadi sebuah kenyataan, kedua ketika seseorang terobsesi terhadap suatu hal maka apa yang sangat diinginkannya tersebut menjadi sesuatu yang tidak mungkin dicapainya. Pada teknik ini remaja di dorong untuk tidak memikirkan hal-hal yang membuatnya takut akan tetapi remaja di dorong untuk memikirkan kebalikan dari kejadian yang dialaminya (*paradox*)

2) Derefleksi

Bastaman (2007) menjelaskan bahwa teknik derefleksi dilakukan berdasarkan pada konsep keinginan untuk mendapatkan makna (*the will to meaning*) dan kemampuan melakukan transedensi diri. Teknik ini memaparkan tentang upaya seseorang untuk keluar dari kondisi yang kurang menguntungkan dan tidak mengacuhkan kembali kondisinya itu dan kemudian mencurahkan perhatiannya kepada hal hal yang lebih positif dan berguna baginya. Batthyany dan Guttmann (2006) menegaskan bahwa derefleksi pada intinya mengarahkan perhatian seseorang kearah tujuan yang lebih bermakna sesuai dengan kebutuhan pada tiap individu

3) *Medical ministry*

Teknik ini merupakan salah satu teknik dalam logoterapi yang didasarkan pada penemuan makna dalam penderitaan yang dialami oleh seorang individu (Fabry, 1979). Penderitaan yang dimaksud disini bisa berupa gangguan gangguan somatogenik, atau juga penderitaan yang diakibatkan oleh kondisi kondisi sosial seperti PHK, perceraian, kehilangan orang yang sangat berarti dll. Pendekatan yang dipergunakan dalam teknik ini adalah kemampuan seorang individu untuk mengambil sikap terhadap kondisi dan lingkungan yang tidak mungkin di rubah lagi (Bastaman, 2007)

4) Eksistensial analisis

Metode ini mendasarkan prinsip tindakannya pada bagaimana seorang individu dapat memaknai setiap kejadian yang menyebabkan timbulnya kehampaan dalam diri dengan membantu individu tersebut menemukan tujuan hidup yang jelas. Individu akan difasilitasi untuk menjadi pribadi yang bertanggung jawab terhadap setiap masalah yang dihadapinya (Bastaman, 2007)

5) *Socratic dialogue*

Merupakan suatu teknik dalam pelaksanaan logoterapi yang didasarkan pada suatu pemahaman bahwa seorang individu lebih mengetahui tentang apa yang ada dalam dirinya dibandingkan oleh orang lain termasuk terapis (Fabry, 1987). Teknik ini dikembangkan pertama oleh Socrates dalam proses mengajar. Socrates tidak memberikan informasi tapi memberikan pertanyaan yang mengarahkan siswanya untuk menemukan jawaban atas hal hal yang ingin diketahuinya. Dalam teknik ini terapis hanya berperan sebagai pemandu kliennya dalam menemukan jawaban. Terapis dan kliennya adalah tim yang ddengan tujuan yang sama yaitu membantu menemukan makna hidup yang dimiliki oleh kliennya.

6) Kesadaran terhadap nilai (VAT)

Teknik ini membantu menyadari nilai nilai yang masih dimiliki dan dapat digunakan meskipun dalam kondisi yang sulit (Hutzell & Jenkins, 1990). Pada teknik ini terapis membantu klien mengenali nilai nilai yang pada hakikatnya telah terinternalisasi dalam dirinya, sehingga dalam kondisi yang sulit nilai nilai tersebut dapat membantunya beradaptasi dengan kondisi yang dialami saat ini

Dalam pelaksanaan terapi logo dalam penelitian ini digunakan teknik *paradoxical intention dan dereflection*. Penelitian sebelumnya yang terkait dengan penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Ataoglu, dkk (1998), Sutejo (2009), Wijayanti (2010) dimana hasilnya menunjukkan perbedaan yang signifikan terhadap ansietas. Pada penelitian yang dilakukan Ataoglu (1998) hasilnya terdapat perbedaan yang signifikan pada kelompok yang mendapatkan *Paradoxical Intention* daripada kelompok yang mendapatkan obat anti ansietas. Pengukuran dengan menggunakan *Hamilton Rating Scale* pada kedua kelompok hasilnya menunjukkan bahwa tingkat ansietas kelompok dengan intervensi *Paradoxical Intention* menurun dibandingkan dengan kelompok yang menggunakan obat anti ansietas.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Sutejo (2009) yang dilakukan pada korban pasca gempa didapatkan hasil terdapat perbedaan yang signifikan pada kelompok responden dengan ansietas yang mendapatkan terapi logo dengan teknik *paradoxical intention* daripada kelompok responden dengan ansietas yang tidak mendapatkan terapi logo dengan teknik *paradoxical intention*.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti (2010) teknik terapi logo yang dilakukan adalah *paradoxical intention dan dereflection*. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti (2010) diketahui bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok responden dengan ansietas yang mendapat terapi logo dengan teknik *paradoxical intention dan dereflection* dibandingkan dengan kelompok responden dengan ansietas yang tidak mendapat terapi logo dengan teknik *paradoxical intention dan dereflection*

Dari ketiga penelitian terkait dengan teknik dalam logoterapi yang dipergunakan pada klien dengan ansietas diketahui bahwa teknik *paradoxical intention dan dereflection* terbukti cukup efektif dalam menangani masalah ansietas. Oleh karena hal tersebut maka peneliti menggunakan kedua teknik (*paradoxical intention dan dereflection*) dalam pelaksanaan penelitian pada remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan wilayah provinsi Jawa Barat.

Menurut Frangkl (2008), teknik terapi logo yang lazim dikenal dengan *paradoxical intention* (perlawanan terhadap diri) didasarkan pada dua fakta : pertama rasa takut tidak akan menyebabkan hal yang ditakutkan terjadi, kedua keinginan yang berlebihan bisa membuat keinginan tersebut tidak terlaksana. Sami'un (2007), menjelaskan bahwa teknik *Paradoxical Intention* adalah suatu teknik dimana klien diajak melakukan sesuatu yang paradox dengan sikap klien terhadap situasi yang dialami yakni mendekati dan mengejek sesuatu dan bukan menghindari atau melawannya.

Paradoxical intention mengajarkan klien untuk tidak lagi menghindari atau melawan gejalanya tetapi berusaha sekuat kuatnya memunculkan gejala atau sekurang kurangnya mengharapkan agar gejala gejala itu benar benar terjadi. Dan dapat dibayangkan betapa sulitnya teknik ini. Teknik ini harus dilaksanakan dengan disertai humor karena dengan humor maka klien dapat melihat bahwa gejala gejala ansietas yang dialaminya adalah sesuatu yang ringan dan lucu

Para terapis yang menerapkan teknik ini biasanya mengembangkan sendiri tatalaksana yang sesuai dengan kekhususan kasus kasusnya. Namun dalam garis besarnya diawali dengan pembinaan raport yang baik, kemudian wawancara mendalam untuk mengetahui hubungan sebab akibat yang saling memperkuat dan membentuk lingkaran tak berakhir antara gejala gejala dengan ansietas. Selain itu dijajagi juga sejauhmana gejala gejala gangguan dan pola pola reaksinya sesuai dengan kriteria kecemasan antisipatif

Sedangkan teknik *dereflection* menurut Bastaman (2007) adalah suatu teknik terapi logo yang memanfaatkan kemampuan transedensi dari individu. Setiap manusia mempunyai kemampuan untuk membebaskan diri dan tidak lagi mempertahankan kondisi yang tidak nyaman tetapi mampu mencurahkan perhatian kepada hal – hal yang positif dan bermanfaat.

2.3.1.7. Pedoman pelaksanaan terapi logo kelompok pada ansietas remaja di rumah tahanan

a. Teknik pelaksanaan terapi logo

Pelaksanaan terapi logo pada remaja di rumah tahanan yang mengalami ansietas dilaksanakan dalam bentuk terapi kelompok. Terapi kelompok memberikan kesempatan bagi para peserta untuk memecahkan masalah dengan kehadiran orang lain, mengamati bagaimana reaksi oranglain terhadap perilaku mereka dan mencoba cara respon yang baru jika cara lama tidak memuaskan. Jumlah anggota yang mengiku terapi logo disesuaikan dengan peserta pada

terapi kelompok, yang terdiri dari 6 – 12 orang dengan masalah sama (Atkinson, 1993)

Waktu pelaksanaan terapi logo disesuaikan dengan kesepakatan kelompok dengan mempertimbangkan waktu dan tempat. Alokasi waktu yang digunakan selama kegiatan ini adalah 45 menit dan tempat pertemuan dilakukan di rumah tahanan

b. Strategi Pelaksanaan Terapi logo

Dalam sesi terapi logo setiap anggota secara langsung mencari dan mengungkapkan makna hidup yang terkait dengan penahanan yang dialami remaja. Hal ini bertujuan untuk menemukan arti dan hikmah dari peristiwa hidup sekalipun itu nilainya sangat berat atau menyedihkan. Terapi logo dilakukan kepada individu yang dianggap mampu berkomunikasi secara dua arah, tidak mengalami sakit fisik yang berat serta mampu secara aktif untuk dilibatkan dalam suatu kelompok.

Pelaksanaan terapi logo yang telah dikembangkan oleh Sutejo (2009) dalam penelitiannya tentang pengaruh terapi logo terhadap ansietas penduduk pasca gempa di kabupaten Klaten terdiri dari 4 sesi yaitu :

a) Sesi 1 : membina hubungan yang baik dan nyaman

Bertujuan untuk mengembangkan hubungan yang baik dan nyaman antar terapis, klien dan anggota kelompok serta mengidentifikasi masalah yang muncul akibat penahanan. Pada tahap ini terapis memperkenalkan diri, menanyakan perasaan klien, menjelaskan tujuan serta manfaat dari pelaksanaan terapi logo. Terapis mengidentifikasi masalah yang muncul akibat penahanan. Klien yang terlibat didalam terapi logo kelompok diberikan kesempatan untuk mengungkapkan pendapatnya masing masing.

b) Sesi 2 : mengidentifikasi reaksi dan respon klien terhadap masalah yang dirasakan

Pada sesi ini, klien diminta untuk mengungkapkan reaksi atau respon (fisisologis, kognitif, perilaku dan emosional) terhadap masalah yang muncul akibat penahanan. Terapis menanyakan kepada klien cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut, bagaimana hasilnya serta mengidentifikasi masalah yang belum teratasi terkait penahanan

c) Sesi 3 : teknik *paradoxical intention*

Terapis membantu klien mendiskusikan masalah yang belum teratasi dan membantu menyelesaikannya melalui teknik *paradoxical intention*. Pada sesi ini, terapis menjelaskan penggunaan teknik *paradoxical intention* yaitu meminta anggota kelompok untuk memikirkan dan mengungkapkan hal yang bertentangan dari masalah yang dihadapi terkait penahanan. Contoh : terapis juga mengajarkan kepada klien untuk menghindari semua obyek yang ditakuti dan di cemas

d) Sesi 5 : evaluasi

Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk mengevaluasi pelaksanaan terapi logo melalui teknik *paradoxical intention*, menemukan makna hidup yang klien dapatkan dan mampu menerima perpisahan. Terapis mendiskusikan bersama kelompok yang sudah dan yang belum teratasi. Pada akhir sesi ini, terapis mendiskusikan rencana tindak lanjut dari masalah yang belum terselesaikan

Wijayanti (2010) melakukan modifikasi terhadap pelaksanaan terapi logo pada penelitian Sutejo (2009) dengan menggunakan penambahan satu teknik lain yang dipergunakan bersama *paradoxical intention* yaitu teknik *dereflection* yaitu :

a) Sesi 1 : membina hubungan yang baik dan nyaman

Bertujuan untuk mengembangkan hubungan yang baik dan nyaman antar terapis, klien dan anggota kelompok serta mengidentifikasi masalah yang muncul akibat penahanan. Pada tahap ini terapis memperkenalkan diri,

menanyakan perasaan klien, menjelaskan tujuan serta manfaat dari pelaksanaan terapi logo. Terapis mengidentifikasi masalah yang muncul akibat penahanan. Klien yang terlibat didalam terapi logo kelompok diberikan kesempatan untuk mengungkapkan pendapatnya masing masing. Pada sesi ini juga dilakukan identifikasi terhadap masalah yang dirasakan oleh klien. Pada sesi ini, klien diminta untuk mengungkapkan reaksi atau respon (fisisologis, kognitif, perilaku dan emosional) terhadap masalah yang muncul akibat penahanan. Terapis menanyakan kepada klien cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut, bagaimana hasilnya serta mengidentifikasi masalah yang belum teratasi terkait penahanan

b) Sesi 2 : teknik *paradoxical intention*

Terapis membantu klien mendiskusikan masalah yang belum teratasi dan membantu menyelesaikannya melalui teknik *paradoxical intention*. Pada sesi ini, terapis menjelaskan penggunaan teknik *paradoxical intention* yaitu meminta anggota kelompok untuk memikirkan dan mengungkapkan hal yang bertentangan dari masalah yang dihadapi terkait penahanan. Contoh : terapis juga mengajarkan kepada klien untuk menghindari semua obyek yang ditakuti dan di cemas

c) Sesi 3 : teknik *dereflection*

Pada sesi ini terapis membantu klien untuk memaparkan tentang upaya seseorang untuk keluar dari kondisi yang kurang menguntungkan dan tidak mengacuhkan kembali kondisinya itu dan kemudian mencurahkan perhatiannya kepada hal hal yang lebih positif dan berguna baginya

d) Sesi 4 : evaluasi

Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk mengevaluasi pelaksanaan terapi logo melalui teknik paradoxical intention, menemukan makna hidup yang klien dapatkan dan mampu menerima perpisahan. Terapis mendiskusikan bersama kelompok yang sudah dan yang belum teratasi. Pada akhir sesi ini, terapis mendiskusikan rencana tindak lanjut dari masalah yang belum terselesaikan

Sedangkan pada penelitian ini, peneliti akan menggunakan teknik pelaksanaan terapi logo yang telah dikembangkan oleh Wijayanti (2010) dengan beberapa modifikasi antara lain :

1) Sasaran terapi

Sasaran terapi pada penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti (2010) adalah narapidana perempuan yang mengalami ansietas dilapas semarang. Sedangkan pada penelitian ini sasaran terapi adalah remaja dengan ansietas di rutan dan lapas wilayah Jawa Barat

2) Judul pada sesi pertama

Penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti (2010) menyebutkan bahwa pada sesi pertama berjudul membina hubungan yang baik dan nyaman. Disini peneliti melihat isi dari sesi pertama lebih difokuskan pada bagaimana remaja bisa mengidentifikasi masalah yang dihadapinya selama berada pada proses penahanan dan bukan pada membina hubungan yang baik dan nyaman. Membina hubungan yang baik dan nyaman harus selalu dilakukan oleh peneliti sebagai terapis pada setiap pertemuan dengan remaja di rutan dan lapas sebagai seorang responden sekaligus sebagai seorang klien. Sehingga dari penjelasan tersebut maka judul sesi pertama terapi logo yang akan di laksanakan oleh peneliti adalah mengidentifikasi reaksi dan respon remaja terhadap masalah yang dihadapi karena proses penahanan

2.3.1.8 Terapi Logo pada Remaja

Terapi logo lebih banyak digunakan pada klien dengan usia dewasa. Hal ini dilakukan dengan alasan usia dewasa adalah usia dimana seorang individu sudah mempunyai kepastian terkait dengan identitas diri dan mempunyai kematangan dalam berfikir. Akan tetapi pada perkembangannya masa remaja merupakan masa yang paling tepat untuk meletakkan dasar – dasar identitas dan penentuan tujuan hidup melalui pemaknaan terhadap kehidupan, oleh karena itu penerapan terapi logo pada usia remaja bukan tidan mungkin untuk dilakukan (Jeffries, 1995).

Remaja yang mendapatkan terapi logo akan menjadi individu yang tidak mudah terpengaruh oleh orang lain. Mereka akan lebih mawas diri terhadap setiap permasalahan yang mereka hadapi dan mencoba menemukan potensi yang mereka miliki dalam menghadapi suatu masalah. Agar memperoleh hasil yang optimal dalam pelaksanaan terapi logo pada remaja, Corey (2001 dalam Blair 2004) menjelaskan tentang beberapa teknik khusus yang harus diperhatikan :

1) Membina hubungan terapeutik

Kenyamanan bagi remaja adalah satu hal yang sangat penting. Ketika remaja merasa dihargai maka dia akan mendapatkan rasa kepercayaan diri untuk mengungkapkan dan permasalahan yang dihadapi. Oleh karena itulah membina hubungan yang nyaman dengan remaja adalah pondasi untuk keberhasilan terapi logo

2) Meningkatkan pemahaman tentang identitas, nilai – nilai dan tujuan

Ketika remaja sudah merasa nyaman berada dalam kelompok konseling maka terapis dapat mengeksplorasi tentang harapan dan keinginan yang tersimpan dalam diri remaja. Dengan tetap memperhatikan faktor realitas maka terapis memfasilitasi remaja untuk menemukan identitas, nilai nilai dan tujuan seperti yang mereka harapkan

3) Menjelaskan tentang kerangka permasalahan yang dihadapi

Remaja harus mendapatkan penjelasan bahwa permasalahan yang terjadi pada mereka saat ini adalah karena apa yang mereka harapkan tidak sesuai dengan realitas yang ada sehingga remaja berada dalam kondisi krisis, tidak mau mengakui kenyataan yang ada dan menutup semua kemungkinan potensi yang dimiliki.

4) Membantu menemukan makna dari masalah yang di hadapi

Remaja harus dilatih untuk bisa menerima tanggung jawab sebagai seorang pribadi yang terus berkembang. Remaja harus diyakinkan bahwa mereka mempunyai potensi yang bisa di pergunakan untuk mengatasi masalah yang dihadapi. Kepercayaan terhadap remaja akan membuat remaja menjadi pribadi kuat, tak mudah merasa tidak berdaya atau merasa tidak mampu tapi juga tidak membuat mereka menutup diri dari masukan dan arahan orang lain

5) Langkah langkah untuk bisa mendapatkan makna

Remaja perlu terus mendapatkan penguatan tentang makna yang telah didapatkan dari masalah yang mereka alami sehingga bisa terintegrasi dalam diri mereka

2.3.2 Terapi Suportif

2.3.2.1 Pengertian

Terapi suportif merupakan salah satu bentuk terapi kelompok psikoterapi yang berbeda dari terapi lainnya karena bersifat ekletik dan tidak tergantung pada satu konsep atau teori, serta menggunakan psikodinamik untuk memahami perubahan perilaku akibat faktor biopsikososial dengan penekanan pada respon coping maladaptif (Stuart,2007)

Istilah pemberian terapi suportif diperkenalkan oleh Slavson (1947, dalam Reeves, 2007) sebagai *Psychodynamic Therapy/Analytic Oriented Psychotherapy*, sehingga sebagian terapis mengasumsikannya sebagai istilah terapi suportif yang

diberikan secara individu. Pendapat lain tentang *Psychodynamic Therapy* berbeda dengan terapi suportif karena secara dramatis metode yang digunakannya kontras dengan terapi suportif sehingga mengesankan bersifat konfrontasi. Berdasarkan penelitian Hellerstein, dkk., (1998) yang membandingkan dampak pemberian *Short-Term Dynamic Psychotherapy (STDP)* dengan *Brief Supportive Psychotherapy (BSP)*, menunjukkan BSP lebih dapat menurunkan kecemasan karena STDP lebih membuat nyaman klien dalam pelaksanaannya dan juga membuat lebih 'paham' di awal sesi.

Terapi suportif pada awalnya dikembangkan oleh Lawrence Rockland (1989, dalam Bedell, dkk., 1997), yang teorinya berisi tentang :

- 1) Cara meningkatkan hubungan terapeutik antara klien dengan perawat sebagai terapis secara suportif. Menurut Battaglia (2007), dua dari lima komponen terapi suportif meliputi: *adopt a conversational style* (menggunakan metode percakapan) dan *nurture positive transference* (memelihara hubungan yang positif).
- 2) Memberikan intervensi lingkungan. Pada proses penanganan klien gangguan jiwa, menciptakan lingkungan yang terapeutik sangat penting perlu diperhatikan karena menurut Battaglia (2007), salah satu komponen Terapi suportif adalah menurunkan kecemasan.
- 3) Memberikan pendidikan, saran, dan dukungan,
- 4) Menambah pertahanan kekuatan yang adaptif,
- 5) Menambah kekuatan kemampuan coping dan kemampuan klien dalam menggunakan sumber coping. Teori ini diperkuat oleh pendapat Battaglia (2007) bahwa menguatkan mekanisme coping anggota memang menjadi komponen penting dalam pemberian terapi suportif.

Terapi suportif adalah terapi yang diorganisasikan untuk membantu anggota yang bertukar pengalaman mengenai masalah tertentu agar dapat meningkatkan kopinya (Rockland, 1993 dalam Stuart, 2001; Teschinsky, 2000 dalam Videbeck, 2008). Dalam terapi suportif, pemimpin terapi mengeksplorasi pikiran dan perasaan anggota kelompok dan menciptakan suatu atmosfer penerimaan sehingga anggota merasa nyaman mengekspresikan dirinya.

Pelaksanaan terapi suportif ada aturan yang membedakannya dari psikoterapi kelompok lainnya, yakni adanya 'saran' yang mendorong para anggota yang mengikutinya untuk melakukan berinteraksi di luar sesi. Terapi suportif dibuat untuk membantu anggotanya untuk bertukar pengalaman mengenai masalah yang biasa dihadapi dan koping yang digunakannya. *Support Group* seringkali memberikan tempat yang nyaman bagi anggotanya untuk mengekspresikan perasaan frustrasi, kejenuhan, atau perasaan tidak bahagia dan mendiskusikan masalah yang biasa dihadapi, dan kemungkinan solusinya. Pemimpin kelompok mengeksplorasi pikiran dan perasaan anggota dan menciptakan suatu suasana penerimaan yang membuat anggota merasa nyaman mengekspresikan perasaan mereka (Videbeck, 2008).

Terapi suportif dibentuk untuk membantu anggotanya dalam mengatasi permasalahan. Pemimpin kelompok menggali pikiran dan perasaan anggotanya dan menciptakan lingkungan dimana anggota kelompok merasa nyaman mengekspresikan perasaannya. Kelompok suportif harus memberikan suasana yang aman bagi anggota kelompok untuk mengekspresikan perasaan frustrasi dan ketidakbahagiaan dan juga untuk mendiskusikan masalah yang terjadi dan kemungkinan solusinya. Aturan didalam terapi suportif berbeda dengan psikoterapi dimana anggota dianjurkan untuk kontak dengan anggota lainnya dan bersosialisasi dalam sesi – sesi. Kepercayaan menjadi aturan dalam kelompok dan diputuskan oleh anggota kelompok (Townsend, 2009).

2.3.2.2 Tujuan Terapi Suportif (Fortinash, 2004)

Terapi suportif bertujuan untuk meningkatkan kemampuan coping yang adaptif dalam mengatasi masalah, meningkatkan harga diri dan percaya diri, meningkatkan keterampilan pemecahan masalah, memotivasi otonomi klien dan memperkuat harapan, dan membantu memodifikasi keyakinan maladaptif akibat krisis yang dialami.

2.3.2.3 Terapi Suportif untuk Remaja

Seperti yang telah disebutkan pada pembahasan sebelumnya masa remaja adalah masa yang penuh gejolak seiring dengan perubahan-perubahan yang dialami oleh remaja sebagai bagian transisi dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa. Perubahan-perubahan ini seringkali menyebabkan remaja terjebak dengan berbagai masalah-masalah seperti kenakalan remaja, penyalahgunaan obat-obatan terlarang, kekerasan masalah terkait dengan tugas-tugas dan interaksi di sekolah sehingga berpotensi menimbulkan gangguan emosi seperti ansietas dan depresi pada remaja (Santrock, 2003; Stuart & Laraja, 2005)

Salah satu masalah yang sering terjadi pada remaja adalah depresi. Depresi pada remaja akan lebih baik ditangani dengan psikoterapi karena dengan psikoterapi, remaja dibantu untuk menemukan akar permasalahannya dan melihat potret diri secara lebih obyektif. Psikoterapi ditujukan untuk membangun pola pikir yang obyektif dan positif, rasional dan membangun strategi/mekanisme adaptasi yang sehat dalam menghadapi masalah. Perlu diingat bahwa keterbukaan remaja untuk mengemukakan masalah yang sedang dihadapinya akan membantu proses penyembuhan dirinya. Salah satu psikoterapi yang paling banyak digunakan oleh remaja adalah terapi suportif (Susilowati, 2008)

Terdapat beberapa penelitian terkait penanganan masalah remaja dengan terapi suportif. Oliva, dkk (2008) menjelaskan bahwa terapi suportif untuk menangani stress pada remaja dilakukan pada keluarga dengan remaja mempunyai efek *protective* yang signifikan terhadap kemampuan remaja menghadapi tantangan

hidup yang dipenuhi oleh stressor. Wicaksana (2000) menjelaskan psikoterapi suportif yang diberikan pada remaja perlu dikombinasikan dengan psikoterapi yang lain sehingga memberikan hasil yang optimal.

2.3.2.3 Pelaksanaan Terapi Suportif

Pada penelitian yang dilakukan oleh Hernawaty (2009) tentang pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di kelurahan Sindang Barang Bogor diketahui bahwa pelaksanaan terapi Suportif dilaksanakan dalam 4 sesi, yaitu antara lain : *Sesi pertama*, mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sistem pendukung yang dimiliki oleh keluarga, *Sesi kedua*, yaitu bagaimana keluarga menggunakan sistem pendukung yang ada di dalam keluarga, monitor hasil, dan hambatan, *Sesi ketiga*, yaitu bagaimana keluarga mengakses berbagai sumber dukungan eksternal, monitor hasil dan hambatan, *Sesi keempat*, yaitu bagaimana keluarga mengevaluasi penggunaan sumber

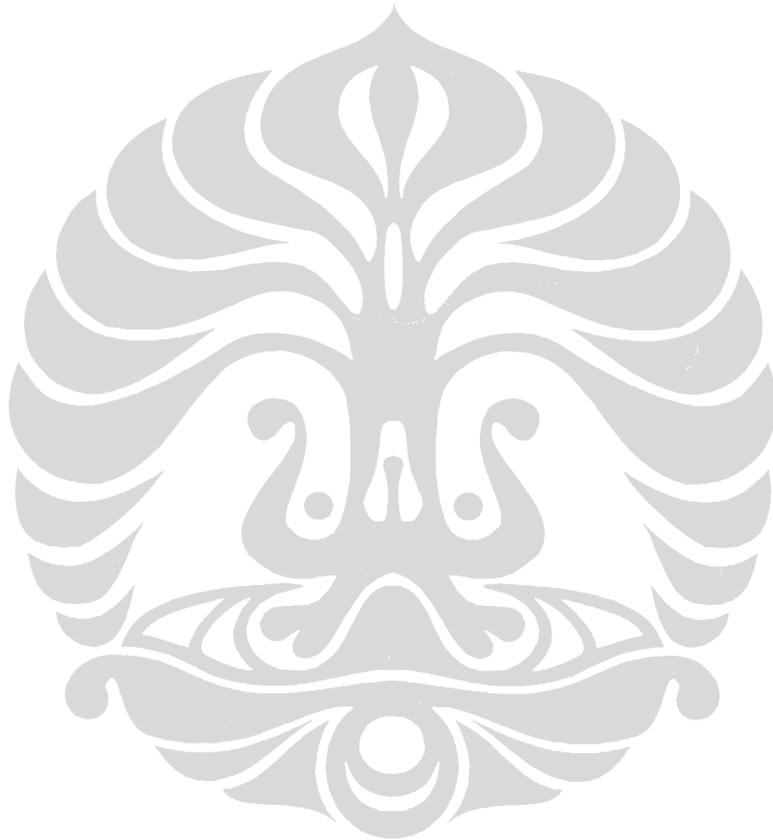
Dalam penelitian ini terapi kelompok suportif diberikan dalam empat sesi sebagai hasil modifikasi dari penelitian yang telah dilakukan oleh Hernawaty (2009). Keempat 4 sesi tersebut, meliputi: *sesi pertama*, yaitu mengidentifikasi kemampuan remaja dan sistem pendukung yang dimiliki oleh remaja. Pada sesi ini, yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan remaja mengenai: apa yang diketahuinya mengenai masalah yang sering dialami oleh remaja, cara mengatasi masalah yang dialami, dan sumber pendukung yang ada. Selain itu, memberi motivasi pada remaja untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi yang diketahui, memberi umpan balik positif kepada remaja mengenai cara mengatasi masalah yang dialami, dan memberi masukan serta penjelasan mengenai perawatan dan latihan yang belum diketahui/ dipahami. Hasil dari sesi pertama ini, remaja mampu menjelaskan: kemampuan positifnya dalam mengatasi masalah dan melatih remaja mengenal masalah yang dihadapinya, kemudian mampu menjelaskan sumber pendukung yang ada.

Sesi kedua, yaitu bagaimana remaja menggunakan sistem pendukung, monitor hasil, dan hambatannya. Pada sesi ini yang dilakukan adalah: mendiskusikan dengan remaja mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung internal remaja (mekanisme koping konstruktif, motivasi, harapan) dan hambatannya, melatih serta meminta remaja untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung internal dengan melibatkan anggota kelompok lainnya. Hasil dari sesi kedua ini, remaja: memiliki daftar kemampuan dalam menggunakan sistem pendukung internal, mampu melakukan *role play* menggunakan sistem pendukung internal, mengetahui cara menggunakan sistem pendukung yang ada, dan remaja mampu memonitor dalam pelaksanaan, hasil, serta hambatan menggunakan sistem pendukung internal.

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

Sesi keempat, yaitu bagaimana remaja 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 internal maupun eksternal dan cara memenuhi kebutuhan tersebut, serta mendiskusikan kelanjutan dari perawatan setelah program terapi. Hasil dari sesi keempat ini, remaja mampu mengungkapkan hambatan dan upaya menggunakan berbagai sumber dukungan yang ada baik internal dan eksternal.

Keempat sesi dilakukan dalam 4 kali pertemuan selama 2 minggu dan setiap pertemuan dilaksanakan selama 40 menit. Setiap akhir sesi, remaja 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.



BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESA DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menjelaskan mengenai kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberikan arah terhadap pelaksanaan penelitian serta analisis data.

3.1 Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan landasan penelitian yang disusun berdasarkan informasi, konsep, dan teori terkait di dalam penjelasan pada bab 2. Kerangka teori terdiri dari ansietas, faktor predisposisi, stressor presipitasi, faktor-faktor yang mempengaruhi ansietas, serta tindakan untuk mengurangi ansietas melalui mekanisme koping, terapi keperawatan dan psikofarmaka.

Sullivan (1954), Peplau (1963), Beck, A.T & Emery (1985), Stuart & Laraia (2005), Issacs (2001) serta Videbeck (2008) menjelaskan bahwa tingkat ansietas dibagi kedalam 4 tingkatan yaitu ansietas ringan, sedang, berat, dan panik. Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, ansietas sedang memungkinkan individu berfokus pada hal yang penting dan mempersempit lapang persepsi ansietas berat ditandai dengan lapang pandang yang kurang, sedangkan pada tingkat panik maka seorang individu tidak mampu melakukan aktivitas walaupun dengan arahan.

Faktor – faktor yang mempengaruhi terjadinya ansietas adalah predisposisi (Stuart dan Laraia, 2005). Faktor predisposisi dan faktor presipitasi ansietas meliputi biologis (Stuart dan Laraia, 2005; Videbeck, 2008), psikologis (Freud, 1969., Sullivan 1953, Stuart dan Laraia, 2005; dan Suliswati, dkk., 2005), sosial budaya (Shamir–Essacow dkk., 2005). Tarwoto dan Wartonah (2003) menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi ansietas diantaranya adalah potensi stressor,

maturitas, status pendidikan dan ekonomi, keadaan fisik, tipe kepribadian, sosial budaya, lingkungan dan situasi umur dan jenis kelamin. Sedangkan ansietas pada remaja dipengaruhi oleh identitas, kontrol diri, usia, jenis kelamin, pendidikan, pengaruh orangtua, pengaruh teman sebaya, status sosial ekonomi, dan kualitas lingkungan sekitar tempat tinggal (Drifoos, 1990 dalam Santrock, 2003). Pada narapidana remaja ansietas dapat disebabkan oleh lamanya masa hukuman, tipe rumah tahanan/lembaga pemasyarakatan, dan jenis kejahatan (Nurse, dkk, 2003; Dural dkk, 2003)

Tindakan untuk mengatasi ansietas dapat dilakukan melalui penggunaan mekanisme koping (Moskowitz dalam Mayne & Bonano, 2003; Townsend, 2009; Richard Lazarus dkk dalam Safaria, 2009; Sarafino, 1998; Smer,1994 dalam Safaria, 2009), psikofarmaka (Copel, 2000, Halloway, 1996 dan Videbeck, 2008) dan terapi keperawatan (McCloskey, 2006). Terapi spesialis yang dapat dilakukan untuk mengatasi ansietas diantaranya adalah terapi kognitif (Varcarolis, dkk., 2006), terapi perilaku (Videbeck, 2008), teknik relaksasi (Stuart & Laraia, 2005), *modeling* dan desensitisasi sistematis (Isaacs, 2001), *flooding* dan pencegahan respon (Varcarolis, 2006), *thought stopping* (Ankrom, 1998), CBT (Anonim, 2009 dan Mark, dkk., 2000), psikoedukasi keluarga (Stuart and Laraia, 2005), ACT (Mauro & Murray, 2000), terapi logo (Johnson, 2006, Isaacs, 2005, Frangkl 2008) serta terapi suportif (Lidwina, 1989; Viederman, 2008; Lipsitz dkk, 2008)

Terapi yang digunakan untuk mengurangi ansietas pada penelitian ini adalah dengan terapi logo (Bastaman, 2007 dan Frankl, 2008) dan terapi suportif (Lidwina, 1989; Viederman, 2008; Lipsitz dkk, 2008). Teknik terapi logo berada dalam bentuk *logophilosophy* (Kirchbach, 2002) dan kesadaran terhadap nilai (Hutzell & Jerkins, 1990). Namun pada dasarnya seluruh teknik terapi logo berdasarkan personal eksistensial analisis yang terdiri dari *paradoxical intention*, derefleksi, bimbingan rohani, *logophilosophy*, kesadaran terhadap nilai (Bastaman, 2007 dalam Sutejo, 2009) serta VAT atau *Value Awareness Technique* (Hutzell & Jerkins, 1990 dan Wahyuni, 2007).

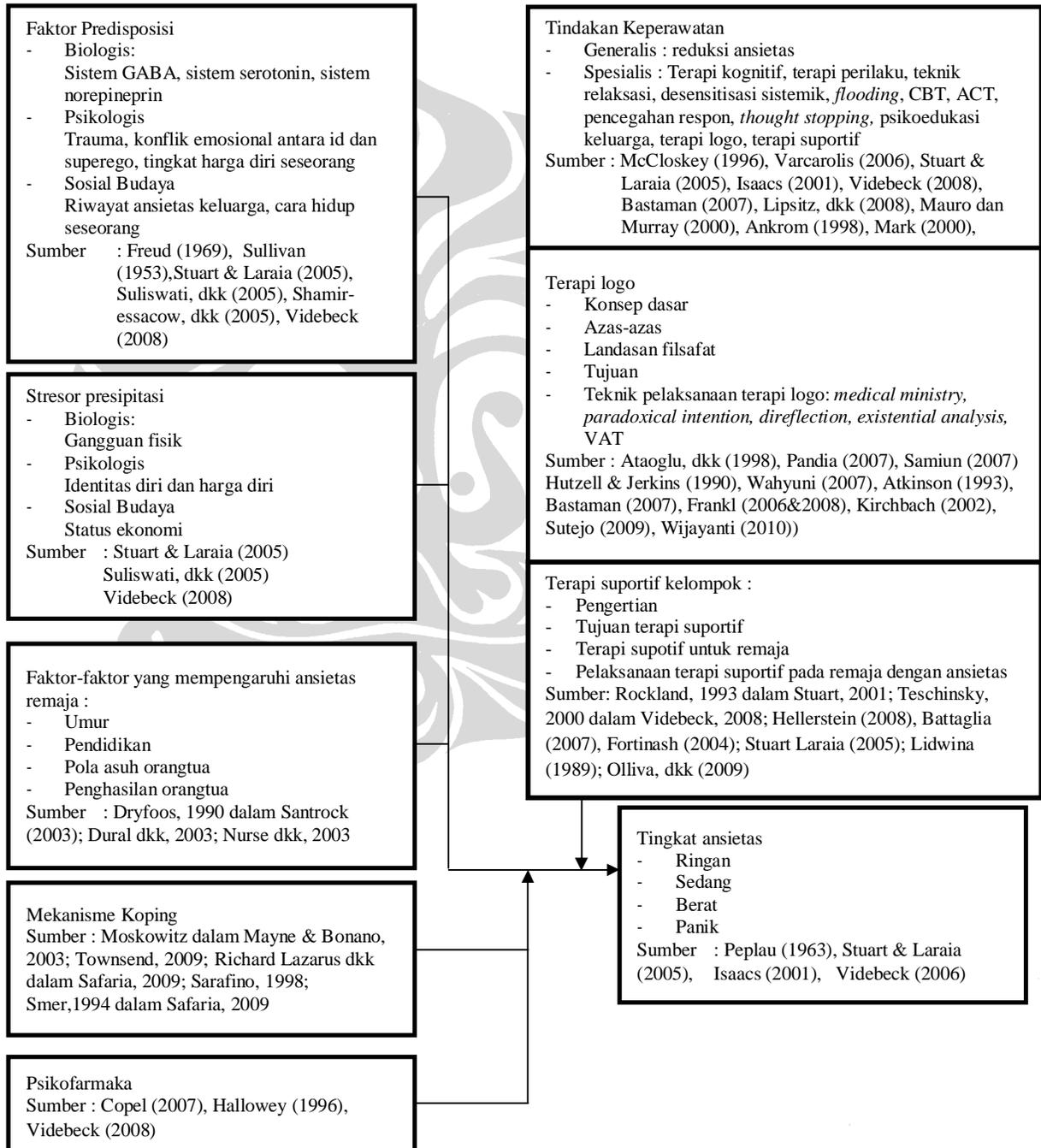
Teknik *paradoxical intention* digunakan untuk mengurangi ansietas remaja yang berada di rumah tahanan berdasarkan penelitian (Sutejo,2009; Wijayanti,2010) dan pendapat yang menjelaskan bahwa dengan teknik ini, klien diajak untuk “berhenti melawan” bahkan mencoba untuk “bercanda’ tentang gejala ansietas yang ada pada mereka dan ternyata hasilnya adalah gejala tersebut berkurang dan menghilang (Pandia, 2007; Samiun, 2007 dan Frankl, 2006), sedangkan teknik *dereflection* digunakan untuk mengurangi ansietas pada remaja di rumah tahanan berdasarkan studi kasus yang dilakukan oleh Bastaman (2007) dan Wijayanti (2010).

Terapi suportif sesuai dengan pendapat Scott dan Dixon (1995) bahwa Terapi Suportif (TS) dapat diberikan secara berkelompok pada keluarga. TS sering diberikan pada setting rumah sakit dan komunitas dan terapi ini memberikan kesempatan kepada anggotanya untuk dapat bertukar pengalaman tertentu baik masalah fisik maupun emosional atau mengenai *issue* tertentu. Pemberian TS pun berbeda dengan terapi lain yakni adanya kesempatan bagi remaja sebagai anggota kelompok untuk dapat melakukan kontak dan sosialisasi dengan anggota lain di luar sesi terapi (Videbeck, 2008). Oleh karena itu, terapi ini dikatakan efektif karena dapat dilakukan pada remaja secara berkelompok (Toseland & Siporin, 1986). Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian TS pada remaja diharapkan dapat meningkatkan kemampuan coping remaja dalam mengatasi ansietas yang dialaminya.

Terapi Suportif dapat diberikan dalam beberapa sesi. Berdasarkan berbagai aktifitas dalam *Support Sistem Enhancement* yang dijelaskan oleh McCloskey dan Bulechek (1996, dalam Stuart Laraia, 2005) maka TS pada remaja dengan masalah psikososial dapat diberikan melalui 4 sesi, meliputi: sesi ke-1 mengidentifikasi kemampuan remaja dan sistem, sesi ke-2 menggunakan sistem pendukung internal, monitor hasil, dan hambatannya, sesi ke-3 mengakses berbagai sumber dukungan eksternal yang ada, dan sesi ke-4 mengevaluasi penggunaan sumber. Sedangkan berdasarkan pengembangan *Mutual Support*

Group menurut Chien, dkk. (2006) Terapi Suportif juga dapat dilakukan dalam 4 sesi. Gambaran kerangka teori penelitian yang telah dijelaskan dapat dilihat pada skema 3.1.

Skema 3.1 Kerangka Teori



3.2 Kerangka Konsep

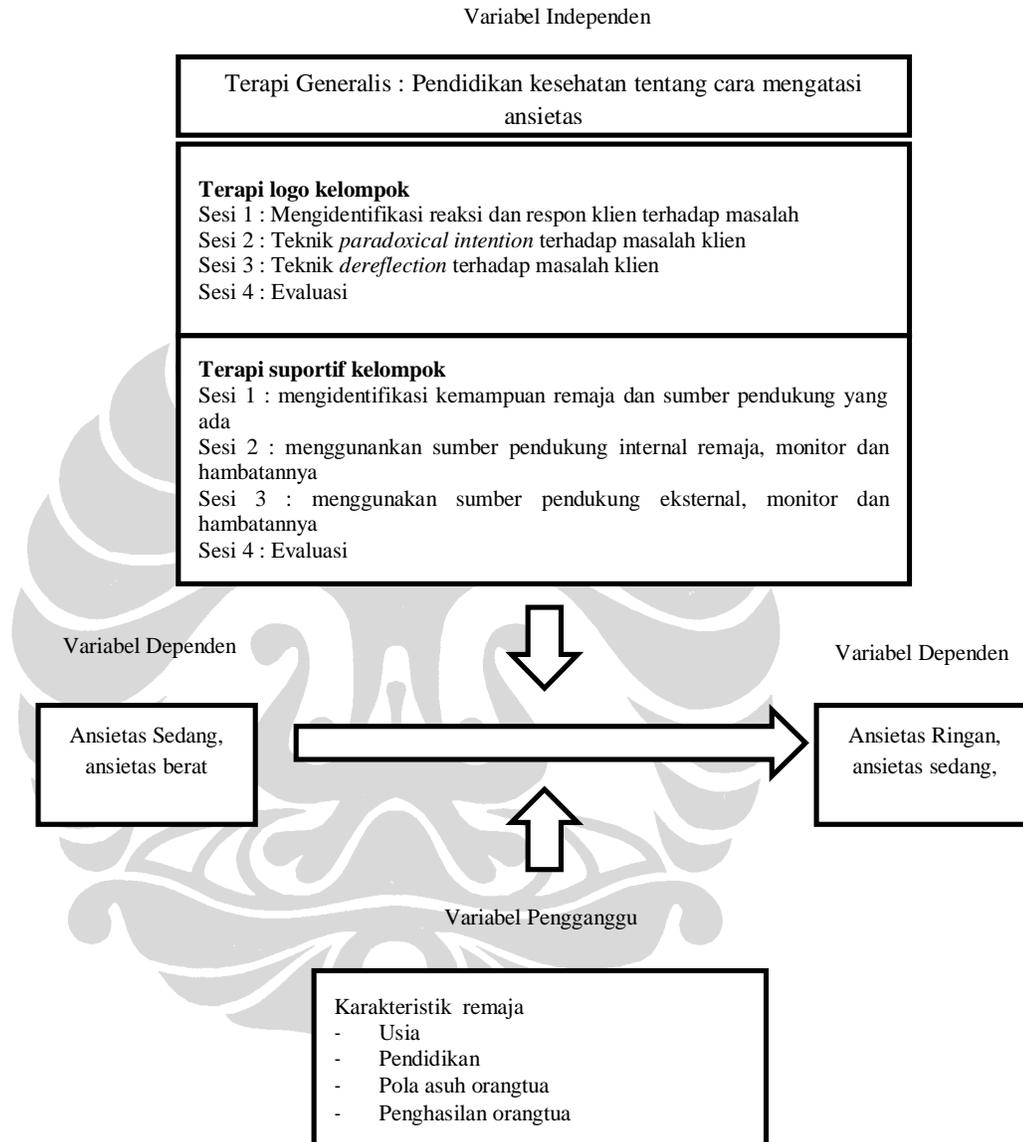
Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang menjadi panduan dalam melaksanakan penelitian. Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel variabel terikat, variabel intervensi dan variabel perancu.

Variabel terikat atau variabel dependen adalah tingkat ansietas menurut Sullivan (1954), Peplau (1963), Beck, A.T & Emery (1985), Stuart & Laraia (2005), Issacs (2001) serta Videbeck (2008) yang dikategorikan menjadi empat tingkatan, yakni ansietas ringan, sedang, berat dan panik. Pada penelitian ini setelah dilakukan intervensi diharapkan akan terjadi penurunan ansietas berdasarkan pengukuran self evaluasi.

Variabel intervensi dalam penelitian ini adalah terapi logo dengan teknik *paradoxical intention dan dereflection* dan terapi suportif kelompok untuk menurunkan ansietas pada remaja di rumah tahanan. Pelaksanaan terapi logo kelompok terdiri dari 4 sesi, yaitu membina hubungan yang baik dan nyaman, mengidentifikasi reaksi dan respon klien terhadap masalah, teknik *paradoxical intention* terhadap masalah klien, teknik *dereflection* serta evaluasi. Sedangkan terapi suportif kelompok terdiri dari 4 sesi yaitu mengidentifikasi kemampuan remaja dan sumber pendukung yang ada, menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, monitor, dan hambatannya, menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, monitor dan hambatannya, mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber

Variabel pengganggu adalah karakteristik yang remaja yang berada di rumah tahanan yang mempengaruhi tingkat ansietas, yaitu usia, pendidikan, penghasilan orangtua, dan pola asuh orangtua (Driffoos, 1990 dalam Santrock, 2003; Nurse, 2003; Dural, 2003). Kerangka konsep penelitian digambarkan dengan skema 3.2

Skema 3.2 Kerangka Konsep



3.3. Hipotesis

Menurut Machfoedz, dkk (2005), hipotesis diartikan sebagai dugaan atau jawaban sementara, yang mungkin benar atau mungkin juga salah. Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut:

- 3.3.1 Ada perbedaan ansietas remaja sebelum dan sesudah mendapatkan terapi logo dan terapi suportif pada kelompok intervensi
- 3.3.2 Ada perbedaan ansietas antara remaja yang mendapat terapi logo dan terapi suportif (kelompok intervensi) dan yang tidak mendapat terapi logo dan terapi suportif (kelompok kontrol) setelah dilakukan intervensi di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasarakatan
- 3.3.3 Ada hubungan karakteristik remaja (usia, pendidikan, penghasilan orangtua, dan pola asuh orangtua) dengan ansietas remaja di rumah Tahanan dan Lembaga Pemasarakatan

3.4. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati dalam melakukan pengukuran secara cermat terhadap obyek atau fenomena dengan menggunakan parameter yang jelas. Variabel independen (variabel bebas) merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat), variabel ini dikenal dengan nama variabel bebas dalam mempengaruhi variabel lain. Variabel dependen merupakan variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab akibat karena variabel bebas (Azis, 2003). Definisi operasional dari masing-masing variabel penelitian dapat diuraikan seperti pada tabel berikut ini:

Tabel 3.1
Definisi Operasional dan Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Cara
Variabel Pengganggu					
1	Usia	Usia Individu yang dihitung berdasarkan waktu kelahiran sampai hari ulang tahun terakhir pada saat diobservasi	Satu pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden	Dinyatakan dalam tahun	Interval
2	Penghasilan Orangtua	Kisaran jumlah penghasilan yang dimiliki oleh orangtua dalam sebulan	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang penghasilan orangtua	Dinyatakan dengan rupiah	Rasio
3	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan responden	Dinyatakan dengan : 1 = tidak tamat SD 2 = tamat SD 3 = tamat SMP	Ordinal
4	Pola Asuh Orangtua	Cara keluarga memperlakukan remaja pada saat di rumah. Kuesioner yang dipergunakan adalah hasil modifikasi dari <i>Parent Attitude Inventory</i>	Self evaluasi yang terdiri dari 36 pernyataan dengan menggunakan skala likert (tidak relevan, sedikit relevan, sebagian relevan, sangat relevan, benar – benar relevan)	Dinyatakan dengan : 1 = protektif 2 = demokratik	Nominal
B. Variabel Bebas					
	Terapi logo dan terapi suportif kelompok	Terapi kelompok dengan menggunakan teknik <i>paradoxical intention</i> dan derefleksi untuk mengurangi ansietas remaja di rumah tahanan terdiri dari 4 sesi yakni mengidentifikasi masalah yang dialami klien, teknik <i>paradoxical intention</i> terhadap masalah klien, teknik derefleksi terhadap masalah klien serta evaluasi. Sedangkan terapi supportive terdiri dari 4 sesi yakni mengidentifikasi	Lembar Observasi (<i>checklist</i>)	1. Tidak diberikan terapi logo dan terapi suportif 2. Diberikan terapi logo dan terapi suportif	Ordinal

kemampuan yang ada dan sumber pendukung yang dimiliki, menggunakan sumber pendukung dalam keluarga, monitor dan hambatannya, menggunakan sumber pendukung di luar keluarga, monitor dan hambatannya, evaluasi

C. Variabel Intervensi

Ansietas	Perasaan tidak nyaman dan mengganggu pikiran akibat tindak kriminal yang pernah dilakukan dan proses penahanan yang dialami	Kuesioner / self evaluasi , diadopsi dari STAIC – T yang terdiri dari 20 pernyataan menggunakan skala likert (tidak pernah, kadang-kadang, sering, selalu). Dimana akan didapatkan nilai minimum 20 dan nilai maksimum 80	1. ansietas ringan 2. ansietas sedang 3. ansietas berat	Ordinal
----------	---	---	---	---------



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini menjelaskan mengenai metodologi penelitian yang terdiri dari : desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, uji coba instrument, prosedur pengumpulan data dan analisis data

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini peneliti menggunakan jenis penelitian *quasi experiment* dengan rancangan *pre and post test design with control* yaitu observasi dilakukan sebelum perlakuan dan sesudah perlakuan dengan menggunakan kelompok kontrol. Pendekatan *pre test–post test with control group design* digunakan untuk melihat efektifitas perlakuan melalui perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (Arikunto, 2009).

Penelitian dilakukan untuk mengetahui perubahan ansietas remaja di rumah tahanan dan lembaga pemsyarakatan dengan membandingkan tingkat ansietas sebelum dan sesudah diberikan terapi logo dan terapi suportif. Selanjutnya tingkat ansietas ini dibandingkan dengan kelompok remaja yang tidak mendapatkan terapi logo dan terapi suportif (kelompok kontrol). Atau dengan kata lain penelitian ini membandingkan dua kelompok remaja antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

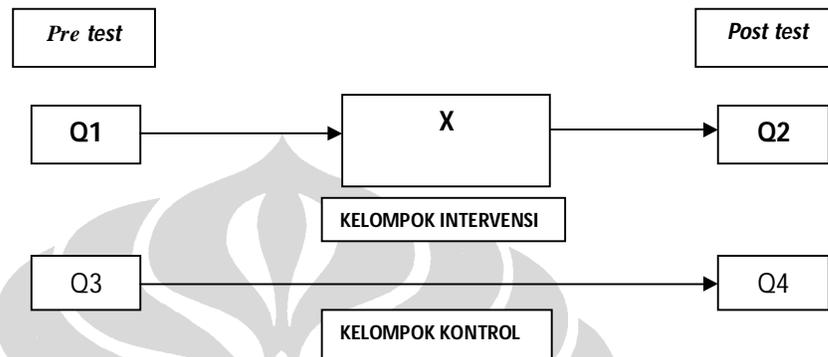
Kelompok I : kelompok remaja yang memperoleh terapi generalis dan terapi spesialis yaitu terapi logo dengan 4 sesi untuk 4x pertemuan dan terapi suportif dengan 4 sesi untuk 4 x pertemuan

Kelompok II : kelompok remaja yang memperoleh terapi generalis untuk diagnosa keperawatan ansietas

Desain penelitian dijelaskan pada skema 4.1

Skema 4.1

Desain penelitian *pre post test with control group*



Keterangan :

X : Intervensi terapi logo dan terapi suportif kelompok

Q1 :Ansietas pada remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan sebelum mendapat perlakuan terapi logo dan terapi suportif kelompok

Q2 :Ansietas pada remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan setelah mendapat perlakuan terapi logo dan terapi suportif kelompok

Q3 :Ansietas pada remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan pada kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapat perlakuan terapi logo dan terapi suportif kelompok

Q4 :Ansietas pada remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan pada kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapat perlakuan terapi logo dan terapi suportif kelompok

Q2 – Q1 :Perubahan ansietas remaja pada kelompok intervensi setelah dan sebelum dilakukan terapi logo dan terapi suportif

- Q4 – Q3 : Perubahan ansietas remaja pada kelompok kontrol setelah dan sebelum kelompok intervensi dilakukan terapi logo dan terapi suportif
- Q2 – Q4 : Adanya perbedaan tingkat ansietas pada remaja antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah mendapatkan terapi logo dan terapi suportif

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian (Arikunto, 2009). Populasi dalam penelitian yang dilakukan ini adalah seluruh remaja (13-18 tahun) di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan Jawa Barat yang telah memenuhi kriteria inklusi dan melewati tahap skrining responden yaitu di Lapas Narkotika Kabupaten Bandung=45 orang, Lapas Indramayu=12 orang, Lapas Sukabumi=29 orang, dan Rutan Bandung=19 orang. Jumlah total populasi remaja, anak didik Lapas/Rutan wilayah Jawa Barat adalah 105 orang

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2002). Sampel yang digunakan dalam penelitian harus memenuhi kriteria inklusi, yakni karakteristik umum subjek penelitian pada populasi (Sastroasmoro dan Ismael, 2008). Adapun karakteristik sampel untuk remaja yang berada di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan di wilayah Jawa Barat yang dapat dimasukkan dalam kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Remaja yang berusia 13-18 tahun
- b. Baru pertama menjalani masa hukuman sehingga ansietas yang dialami akan lebih terlihat dibandingkan dengan yang sudah berulang kali menjalani masa hukuman
- c. Merupakan tahanan dan narapidana
- d. Minimal mengalami ansietas sedang

- e. Bisa membaca dan menulis
- f. Bersedia menjadi 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). Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode *purposive sampling*, yaitu pengambilan sampel yang bertujuan untuk mendapatkan subyek penelitian yang memiliki sejumlah karakteristik tertentu atau mendapat kelompok penelitian yang sebanding dalam karakteristik tertentu (Patton, 1990 dalam Murti 2006).

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan perkiraan jumlah populasi dan dihitung berdasarkan rumus besar sampel sebagai berikut (Lemeshow, S. et al., 1997):

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P).N}{d^2(N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}$$

Keterangan:

n : besar sampel

N : besar populasi

$Z^2_{1-\alpha/2}$: harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian ($\alpha = 0,1 = 1,65$).

P : estimator proporsi populasi 20 % (berdasarkan penelitian terdahulu tentang ansietas pada remaja oleh Hankin,dkk, 2009)

d : toleransi deviasi yang dipilih yaitu sebesar 10%

Maka penghitungan sampelnya adalah :

$$n = \frac{(1.65)^2(0.2)(0.8)(105)}{(0.10)^2(105-1)+(1.65)(0.2)(0.8)}$$

$$n = 34.9$$

$$n = 35$$

Dalam studi *quasi eksperiment*, ada kekhawatiran terdapat beberapa responden yang *drop out*, *loss to follow-up* atau subjek yang tidak taat dalam proses penelitian. Oleh karena itu, perlu diantisipasi dengan cara melakukan koreksi terhadap besar sampel yang dihitung. Cara yang digunakan adalah dengan menambahkan sejumlah subjek agar besar sampel dapat 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 sampel yang dibutuhkan adalah :

$$n = \frac{35}{1-0,1} = 39$$

Dengan demikian berdasarkan penghitungan rumus di atas, maka sampel akhir yang diperlukan adalah 39 responden untuk kelompok intervensi dan 39 responden untuk kelompok kontrol. Total jumlah responden adalah 78 remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan.

Sampel yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah remaja yang berada di Rumah Tahanan Kelas I Bandung (12 remaja terbagi dalam 1 kelompok), Lembaga Pemasyarakatan Narkotika Kabupaten Bandung (27 remaja terbagi ke dalam 3 kelompok), Lapas Indramayu (12 remaja terbagi dalam 1 kelompok), dan Lapas Sukabumi (29 remaja terbagi dalam 1 kelompok). Kelompok intervensi dilakukan di Rutan Bandung dan Lapas Narkotika Kabupaten Bandung dan kelompok kontrol dilaksanakan di Lapas Indramayu dan Lapas Sukabumi. Peneliti memilih keempat tempat tersebut karena merupakan rutan dan lapas yang menampung remaja dengan masalah psikososial terbanyak dan menentukan kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan cara *simple random sampling* yaitu dengan menggunakan undian

4.3 Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di 4 rumah tahanan/lembaga pemasyarakatan, yaitu: Rumah Tahanan Bandung dan lembaga pemasyarakatan Narkotika Kabupaten Bandung, lembaga pemasyarakatan Indramayu dan lembaga pemasyarakatan Sukabumi). Pemilihan lokasi penelitian didasarkan pada dua faktor yaitu: (1) Data Kanwil Hukum dan HAM Provinsi Jawa Barat bulan Februari tahun 2011 yang mencatat bahwa 4 rumah tahanan/lembaga pemasyarakatan tersebut merupakan rumah tahanan/ lembaga pemasyarakatan dengan jumlah anak didik remaja terbanyak; dan (2) Calon responden yang terfokus pada 4 rumah tahanan/ lembaga pemasyarakatan mempermudah peneliti untuk mengambil data dan melakukan intervensi.

4.4 Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai bulan Februari sampai dengan bulan Juli 2011. Kegiatan dimulai dari penyusunan proposal, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian. Kegiatan penelitian terlampir.

4.5 Etika penelitian

Deklarasi Helsinki yang dirumuskan oleh *World Medical Association* menjelaskan bahwa keprihatinan terhadap kepentingan subyek penelitian harus selalu lebih utama dibandingkan dengan kepentingan ilmu pengetahuan, dari pernyataan tersebut dapat kita ketahui bahwa prinsip dari sebuah penelitian adalah menjunjung tinggi martabat manusia secara perorangan. Sejalan dengan hal tersebut maka penelitian ini dilaksanakan dengan mempertimbangkan etika penelitian dengan memberikan perlindungan terhadap responden yang menjadi subjek dalam penelitian. Perlindungan terhadap responden dalam penelitian dilakukan untuk mencegah terjadinya masalah masalah etik. Perlindungan responden dapat dilakukan dengan mengedepankan pelaksanaan prinsip prinsip dalam etik penelitian yang terdiri dari *self determination, privacy and dignity, anonimynity and confidentiality, fair treatment* serta *protection from discomfort and harm* (Polit dan Beck, 2006)

4.6 Aplikasi prinsip etik penelitian

4.6.1 *Self determination*

Self determination berarti memberi kebebasan pada responden menentukan keikutsertaan berpartisipasi dalam penelitian setelah diberi informasi yang adekuat tentang penelitian. Langkah – langkah dalam penerapan *self determination* antara lain : mempersilahkan responden untuk membaca penjelasan penelitian dan lembar persetujuan, memberikan informasi (tujuan, manfaat, waktu yang diperlukan untuk penelitian; pengertian, tujuan, dan manfaat dari terapi logo dan terapi suportif kelompok). Selain hal tersebut peneliti juga menjelaskan bahwa data yang diperoleh dari responden tidak akan disebarluaskan dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Penerapan prinsip ini terwujud dengan memberikan kesempatan kepada responden untuk menentukan keikutsertaannya dalam penelitian tanpa ada paksaan dan hukuman terhadap keputusan responden. Setelah memberikan penjelasan tentang penelitian maka peneliti mempersilahkan responden untuk mengajukan pertanyaan sebelum menandatangani lembar persetujuan.

4.6.2 *Anonimty, privacy, and confidentiality*

Peneliti menggunakan prinsip kerahasiaan dan *anonimty* dengan cara menggunakan kode dalam penulisan identitas responden dengan tujuan untuk menyamarkan identitas asli dari responden. Selain hal tersebut peneliti juga menjaga setiap permasalahan yang diungkapkan oleh responden dalam proses penelitian dengan tidak menceritakan permasalahan yang dihadapi oleh responden kepada orang lain. Data yang diperoleh peneliti dari responden hanya diketahui oleh peneliti dan responden. Setelah pengumpulan data selesai maka data penelitian yang di peroleh disimpan, diolah, dan hanya dapat digunakan oleh peneliti dan dalam rentang waktu tertentu (2-3 tahun) dihancurkan, jika dirasa penelitian (analisa data, pelaporan hingga publikasi) ini telah berakhir.

4.6.3 *Fair treatment*

Semua responden dalam penelitian ini dipilih dan ditetapkan sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan dan dalam proses pemilihan responden dipergunakan prinsip *fair treatment* dimana pemilihan responden dilakukan dengan tidak diskriminatif, tidak menghukum jika responden tidak berkeinginan berpartisipasi dalam penelitian dan keluar dari penelitian, serta mengikutsertakan semua data responden yang memenuhi kriteria inklusi dari pengolahan data hingga penyajian data.

4.6.4 *Justice*

Keadilan dalam sebuah penelitian eksperimental merupakan suatu hal yang sangat penting. Upaya untuk mewujudkan prinsip keadilan terlihat dalam pemberian penjelasan kepada responden tentang treatment yang akan di berikan kepada responden. Selanjutnya untuk jenis penelitian eksperimental semu dengan kelompok kontrol (seperti pada penelitian ini), maka peneliti harus menjamin bahwa seluruh responden harus mendapat intervensi yang sama yaitu pada kelompok intervensi responden mendapatkan Pendidikan kesehatan dengan tema cara untuk mengatasi ansietas kemudian dilanjutkan dengan terapi logo dan terapi suportif kelompok, sedangkan pada kelompok kontrol responden mendapatkan

terapi generalis berupa pendidikan kesehatan dengan tema cara untuk mengatasi ansietas.

4.6.5 *Protection from discomfort and harm*

Ketidaknyamanan fisik dan mental dalam sebuah penelitian sangat mungkin terjadi. Oleh karena itu, untuk menghindari terjadinya ketidaknyamanan fisik dan mental, bebas dari eksploitasi, dan adanya keseimbangan antara resiko dan manfaat diterapkan prinsip *protection from discomfort and harm*. Prinsip ini diterapkan dengan cara sebelum dilakukan penelitian terlebih dahulu peneliti menjelaskan tentang kegiatan yang akan dilakukan dan manfaat yang akan di dapatkan responden setelah mengikuti penelitian dan langkah langkah yang bisa dilakukan ketika responden merasa dirugikan dengan terapi yang diberikan. Setelah memberikan penjelasan kepada responden peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk mengajukan pertanyaan terhadap hal hal yang dianggap kurang jelas, baru kemudian peneliti meminta responden untuk menandatangani *informed consent*. Peneliti mengizinkan jika sewaktu-waktu ada responden yang mengundurkan diri karena merasa tidak nyaman atau tidak bersedia lagi melanjutkan intervensi setelah terlebih dahulu mengingatkan responden terhadap kontrak yang telah dibuat oleh peneliti dengan responden di awal penelitian dan menanyakan hal yang membuat responden merasa tidak nyaman untuk menjadi masukan dan perbaikan. Hal ini dikarenakan peneliti akan memberikan intervensi sesuai dengan kesepakatan dan penjelasan yang terdapat pada lembar *informed concent*. Apabila pada saat dilakukan pengumpulan data ditemukan klien mengalami panik dan tidak terkontrol maka peneliti mencoba menangani dengan penggunaan psikoterapi akan tetapi apabila masih belum tertangani maka responden akan dirujuk ke tim medis rutan/lapas untuk mendapatkan terapi medis dan dengan demikian responden tersebut dinyatakan *drop out*. Pada penelitian ini kejadian responden mengalami panik dan tidak terkontrol tidak terjadi sehingga tidak ada responden yang di rujuk ke tim medis untuk mendapatkan penanganan secara medis.

4.6.6 *Informed Consent*

Informed consent merupakan bukti persetujuan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian yang ditandai dengan adanya tanda tangan responden dalam lembar persetujuan seperti tercantum pada lampiran 2. *Informed consent* diberikan peneliti kepada responden sebelum proses pengambilan data dan pelaksanaan terapi dilakukan terapi logo dan terapi suportif kelompok. *Informed consent* yang telah ditandatangani oleh responden kemudian disimpan oleh peneliti dan menjadi bukti kesediaan responden mengikuti kegiatan penelitian. *informed consent* ini juga dapat dipergunakan oleh peneliti untuk mengingatkan kepada responden terhadap kontrak yang telah di buat jika sewaktu waktu responden menyatakan mengundurkan diri dari penelitian.

4.7 Alat pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner / self evaluasi untuk mengidentifikasi ansietas pada remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan yang terdiri dari :

- 4.7.1 Data demografi responden merupakan instrument untuk mendapatkan gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi ansietas remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan wilayah Jawa Barat yang terdiri dari usia, pendidikan, dan penghasilan orangtua. Data demografi responden masuk ke dalam lembar kuesioner A, yang terdiri dari 3 pertanyaan dan diisi dengan cara menuliskan isian dan chek list (\checkmark) pada jawaban yang dipilih oleh responden
- 4.7.2 Pengukuran pola asuh orangtua digunakan kuesioner B. Kuesioner ini diadopsi dari *Parent Attitude Inventory* oleh Kuzgun (1972) dalam Filiz (2009) ; Wolfradt (2002) yang terdiri dari 38 pernyataan yang terdiri dari pola asuh *authoritarian* 10 pernyataan, pola asuh *protective* 9 pernyataan, pola asuh *neglected* pernyataan dan pola asuh *democratic* 10 pernyataan, dengan skor jawaban 5 = sangat setuju, 4 = setuju, 3 = ragu – ragu, 2 = agak setuju, dan 1 = tidak setuju.

4.7.3 Pengukuran tingkat ansietas

Untuk mengukur tingkat ansietas peneliti menggunakan kuesioner D Kuesioner ini di adopsi dari *State Trate Anxiety for Children-Trait* (STAIC-T) dengan modifikasi sesuai dengan tinjauan teori tentang ansietas. STAIC-T terdiri dari 20 pernyataan yang seluruhnya bersifat *unfavorable*, dengan skor jawaban 4=selalu, 3=sering, 2=kadang kadang, dan 1=tidak pernah.

Setelah dilakukan pengisian terhadap kuesioner maka dilakukan penghitungan jumlah skor yang diperoleh kemudian dilakukan kategorisasi. Seorang remaja dikatakan mengalami ansietas ringan jika skornya 20-35, ansietas sedang jika skornya 36-50, ansietas berat jika skornya 51-65, dan panik jika skornya 66-80.

4.8 Uji coba instrument

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Uji coba ini dilakukan pada minimal 30 responden remaja di Lapas Kabupaten Garut dan Rutan Kabupaten Cirebon dengan mempertimbangkan karakteristik yang hampir sama dengan responden penelitian. Remaja yang diikutsertakan sebagai responden untuk uji coba instrumen tidak diikutsertakan sebagai responden penelitian. Uji coba instrumen dilakukan pada 38 pernyataan yang terdapat pada instrument B dan 20 pernyataan yang terdapat pada Instrumen C.

4.8.1 Uji Validitas

Uji validitas telah dilakukan Filiz (2009) terhadap butir pernyataan yang terdapat pada *Parent Attitude Inventory* dengan menggunakan *Multi Trait Multi Methode* dan dihasilkan bahwa ke 38 butir pernyataan yang terdapat dalam *Parent Attitude Inventory* telah valid. Sedangkan uji validitas yang telah dilakukan oleh peneliti pada 38 pernyataan yang terdapat pada *Parent Attitude Inventory* menghasilkan pada uji validitas pertama yang dilakukan pada 38 responden di dapatkan hanya

11 butir pernyataan yang valid. Kemudian dilakukan perbaikan pada redaksi pernyataan pada kuesioner *Parent Attitude Inventory* dan pada 11 butir pernyataan tersebut 2 pernyataan di hilangkan karena sudah terwakili pernyataan yang lain sehingga tersisa 36 butir pernyataan

Sedangkan untuk instrument STAIC-T berdasarkan penelitian sebelumnya, instrument ini mempunyai validitas yang cukup baik. Validitas *construct* dari STAIC dapat dilihat berdasarkan beberapa penelitian terkait antara lain STAIC mempunyai hubungan yang positif dengan *anxiety sensitivity index* ((Peterson & Reiss, 1987), dan mempunyai hubungan yang positif dengan *Conjugate Lateral Eye Movements Test* (De Jong, Merckelbach & Muris, 1990). Hasil ini diperkuat oleh validitas konvergen dari STAIC dimana Concurrent validitas antara T-STAIC dan skala kecemasan yaitu *Anxiety Scale Questionnaire* (ASQ) dan *Manifest Anxiety Scales* (MAS) mempunyai hubungan yang positif (Spielberger, et al, 1995 dalam Tilton, 2008)

Uji validitas pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui sejauh mana suatu alat ukur dapat dipergunakan untuk mengukur apa yang ingin diukur (Singarimbun & Efendi, 1995). Oleh karena itu, instrument penelitian yang digunakan harus diuji validitasnya pada minimal 30 orang responden yang ada di tempat yang berbeda dengan karakteristik yang sama untuk menghindari bias. Pengujian instrument pada sampel dilakukan menggunakan uji korelasi butir-total terkoreksi (Hastono, 2007). Butir pernyataan dalam instrument dikatakan valid apabila r hitung lebih besar dari r tabel, maka H_0 ditolak. Bila r hitung lebih kecil dari r tabel, maka H_0 gagal ditolak artinya butir pernyataan tidak valid atau juga bisa dengan menggunakan batasan nilai 0.3. pernyataan/ butir dikatakan valid jika nilai butir total terkoreksinya berada di atas 0.3

Uji validitas kuesioner STAIC-T pada penelitian ini dilakukan pada 38 remaja di Rutan Cirebon dan Lapas Garut. Hasilnya terdapat 5 butir yang nilai r nya berada di bawah nilai r tabel. Selanjutnya dilakukan koreksi terhadap redaksi kuesioner STAIC - T

4.8.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas yang dilakukan oleh Filiz (2009) terhadap *Parent Attitude Inventory* dan dari penghitungan uji reliabilitas diketahui koefisien alpha cronbach yang di dapatkan adalah 0.7455. hal ini berarti bahwa *Parent Attitude Inventory* dikatakan sangat reliabel (Ozdamar, 2004 dalam Filiz, 2009). Pengujian reliabilitas butir pernyataan dalam kuesioner *Parent Attitude Inventory* yang dilakukan bersamaan dengan uji validitas diketahui bahwa nilai alpha cronbach butir pernyataan berada di atas 0.7. Hal tersebut berarti pada 36 butir pernyataan pada kuesioner *Parent Attitude Inventory* reliabel

Reliabilitas instrument STAIC juga diketahui dengan menggunakan reliabilitas *test – retest* pada 29 lulusan pelajar sebelum dan sesudah mereka menghadapi analog situasi yang menimbulkan stress. Test pertama dilaksanakan 2 minggu sebelum dilakukan analog situasi yang menimbulkan stress, dan pengukuran ulang dilakukan setelah dilakukan analog situasi yang menimbulkan stress. Hasil dari pengukuran tersebut diketahui bahwa tingkat ansietas dengan menggunakan pengukuran STAI-S mengalami peningkatan koefisien alpha cronbach antara pengukuran pertama (0.54) dengan pengukuran ulangan (0.40) sedangkan dengan menggunakan STAI – T koefisien alpha cronbach pada pengukuran pertama (0.86) dengan pengukuran ulangan (0.86) tidak mengalami peningkatan atau nilainya relative sama (Role & Traver, 1983 dalam Tilton, 2008)

Pada penelitian ini, reliabilitas penelitian dilakukan untuk mengetahui sejauh mana instrument akan menghasilkan suatu hasil yang sama dalam suatu penanganan secara berulang kali. Instrument penelitian dinyatakan reliabilitasnya dengan menggunakan rumus *alfa cronbach*. Butir reliabel jika nilai α butir lebih

besar dari nilai α tabel. Uji reliabilitas untuk kuesioner STAI-C dilakukan bersamaan dengan uji validitas dan didapatkan hasil nilai *alpha cronbach* berada di atas 0.7. Dengan demikian 20 butir dalam kuesioner STAI-C dinyatakan reliabel

Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner ansietas dan kuesioner pola asuh orangtua di jelaskan secara ringkas pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Ansietas (*State Trait Anxiety Inventory for Children/STAIC – T*) dan Kuesioner Pola Asuh Orangtua (*Parent Attitude Inventory/PAI*)

No	Variabel	No sebelum di uji coba	No sesudah di uji coba	Validitas	reliabilitas
1	Ansietas	1 sd 20	1 sd 20	0.313 - 0.574	> 0.770
2	Pola Asuh Orangtua	1 sd 38	1 sd 36	0.336 - 0.643	> 0.904

4.9 Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2003).

4.9.1 Tahap persiapan :

Pada tahap ini, sebagai langkah awal peneliti adalah mengurus surat izin penelitian, yaitu: melakukan uji etik terlebih dahulu, mengurus surat perizinan dari Kanwil Hukum dan HAM Propinsi Jawa Barat untuk kemudian surat ijin melakukan penelitian yang telah di dapatkan di berikan ke Kepala Rumah Tahanan Kota Bandung, kalapas Narkotika Kabupaten Bandung, kalapas Indramayu dan Kalapas Sukabumi. Pengurusan kebutuhan administrasi penelitian dilaksanakan bersamaan dengan pelaksanaan uji etik. Sambil menunggu hasil uji

etik, peneliti melakukan *sharing* persepsi dengan terapis yang akan dimintai bantuan untuk melakukan terapi bersama dengan peneliti. *Sharing* persepsi dengan terapis bertujuan untuk mendiskusikan pelaksanaan terapi logo dan terapi suportif terhadap remaja dengan ansietas di rumah tahanan, penggunaan modul dan buku kerja, sistem evaluasi dan hasil yang diharapkan. Terapis yang dimaksudkan disini adalah orang mempunyai kualifikasi sama dengan peneliti (pendidikan minimal Magister Keperawatan Jiwa) dan berpengalaman melakukan terapi logo dan terapi suportif. Selain dengan terapis peneliti juga melakukan *sharing* dengan petugas lapas yang ditugaskan untuk mendampingi peneliti dalam melakukan pengumpulan data dan pelaksanaan terapi.

Setelah urusan perijinan selesai, peneliti mengidentifikasi daftar remaja di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan yang memenuhi kriteria inklusi sampel penelitian (*screening*). Selanjutnya peneliti memberikan lembar penjelasan penelitian pada bakal calon responden dan menjelaskan tujuan serta konsekuensi dari penelitian. Remaja diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang tidak dimengerti dan bila ada pertanyaan, peneliti akan menjelaskan. Kemudian peneliti menyerahkan lembar persetujuan menjadi responden atau *informed consent*. Kesiediaan menjadi responden ditandai dengan penandatanganan lembar persetujuan menjadi responden. Langkah selanjutnya dalam persiapan penelitian adalah pembentukan kelompok responden yang telah menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Pada penelitian ini kelompok intervensi terbagi menjadi 4 kelompok dan kelompok kontrol terbagi menjadi 2 kelompok. Selain melakukan skrining dan mempersiapkan perlengkapan yang dibutuhkan untuk pengambilan data peneliti juga melakukan uji coba instrument di lapas Garut dan lapas Cirebon

4.9.2 Tahap pelaksanaan

Pada tahap ini dilaksanakan *pre test*, pelaksanaan terapi, dan *post test*, digambarkan dalam bagan 4.2. Setelah remaja menandatangani *informed consent*, selanjutnya dilakukan *pre test* dengan diberikan instrumen data demografi (A,B) dan instrumen pengukuran tingkat ansietas (C). Responden memberi tanda *checklist* (√) pada kolom yang disediakan. Setelah mengisi kuesioner, responden diminta menyerahkan kembali kuesioner yang telah diisi dan peneliti mengecek kelengkapannya.

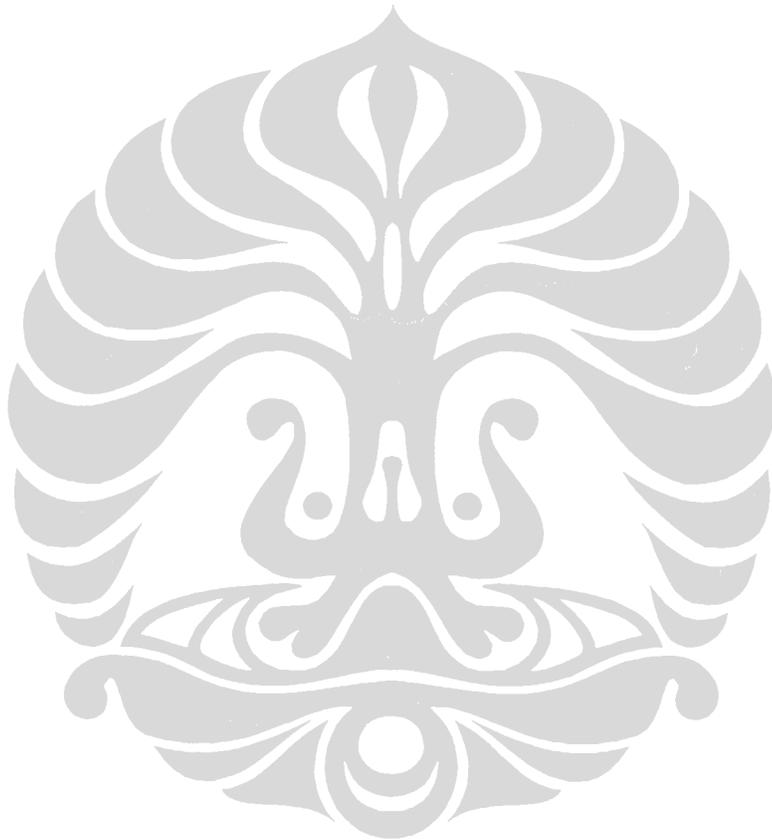
Selanjutnya dijadwalkan pelaksanaan pendidikan kesehatan dengan tema cara mengatasi kecemasan pada remaja. Setelah dilaksanakan pendidikan kesehatan dilakukan *post test* kembali untuk kuesioner ansietas. Setelah pelaksanaan *post test* 1 dibuat kontrak pelaksanaan terapi logo dan terapi suportif kelompok. Responden berkumpul di tempat yang telah disepakati pada hari yang sama dan waktu yang berbeda untuk diberikan terapi logo sesi satu sampai dengan sesi empat, dilanjutkan *post test* 2 lalu dilaksanakan terapi suportif sesi satu sampai dengan sesi empat (penjelasan jadwal pelaksanaan terapi terlampir), dan terakhir pengisian *post test* akhir (3) untuk mengukur ansietas dan pola asuh orangtua

Pada terapi logo sesi I ini, remaja diharapkan mampu membina hubungan yang baik dan nyaman dengan terapis dan mampu mengidentifikasi reaksi dan respon klien terhadap masalah yang dirasakan. Pada sesi II, remaja diharapkan mampu menggunakan teknik *paradoxical intention* yang diajarkan oleh terapis dalam mengatasi kecemasan yang di alaminya. Dilanjutkan dengan sesi III, dimana remaja diharapkan mampu menggunakan teknik derefleksi dalam mengalami ansietas yang di alaminya, kemudian sesi IV bersama dengan terapis bersama dengan remaja mengevaluasi kemampuan menggunakan terapi logo dalam mengatasi ansietas. Setelah dilakukan terapi logo dilakukan *post test* dengan menggunakan kuesioner ansietas

Setelah dilakukan *post test*, maka perlakuan terhadap remaja dilanjutkan dengan pelaksanaan terapi suportif. Pada terapi suportif sesi I ini, remaja diharapkan mampu mengidentifikasi kemampuan dan sumber pendukung yang dimiliki dalam mengatasi ansietas. Pada sesi II, remaja diharapkan mampu menggunakan sistem pendukung internal dan mengidentifikasi hambatannya. Terapis dan remaja mendiskusikan mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung internal dan hambatannya, melatih serta meminta remaja untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung internal dengan melibatkan anggota kelompok lainnya. Pada pelaksanaan sesi III, remaja diharapkan mampu menggunakan sistem pendukung eksternal dan mengidentifikasi hambatannya. Terapis dan remaja mendiskusikan mengenai kemampuan positif remaja menggunakan sistem pendukung eksternal dan hambatannya, melatih serta meminta remaja untuk melakukan demonstrasi. Dan terakhir pada pelaksanaan sesi IV, terapis dan remaja mengevaluasi pengalaman yang dipelajari dan pencapaian tujuan, mendiskusikan hambatan yang dihadapi, dan mengidentifikasi kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam maupun di luar.

Pada tahap akhir pelaksanaan pemberian intervensi, peneliti kembali meminta responden mengisi kuesioner (instrumen C) dan mengembalikan buku kerja. Pengisian kuesioner dilakukan setelah responden menyelesaikan keempat sesi terapi logo dan ke empat sesi terapi suportif, sedangkan buku kerja sudah diberikan di awal sesi untuk pekerjaan rumah.

Skema 4.2
Kerangka kerja pengaruh terapi logo dan terapi suportif kelompok
terhadap ansietas remaja di Rumah Tahanan
dan Lembaga Pemasyarakatan
Wilayah Jawa Barat



4.10 Analisis data

4.10.1 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian penelitian setelah pengumpulan data. Ada empat tahapan dalam pengolahan data yang harus dilalui oleh peneliti, yaitu:

a. *Editing*

Editing merupakan proses memeriksa ulang kelengkapan pengisian kuesioner oleh responden. Pada proses *editing* peneliti memeriksa jawaban yang diberikan oleh responden apakah hasil yang diberikan dari jawaban sudah lengkap, konsisten dan sesuai dengan petunjuk pengisian

b. *Coding*

Setelah mendapatkan jawaban dari responden dan sudah dilakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan jawaban responden dilakukan proses *coding*. Pada proses ini peneliti memberikan kode pada setiap respon responden untuk memudahkan pengolahan dan analisis data

c. *Processing*

Langkah yang dilakukan setelah proses pengkodean adalah data diproses agar dapat dianalisa. *Processing* data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan SPSS.

d. *Cleaning*

Cleaning merupakan suatu kegiatan pembersihan seluruh data dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data. Kesalahan yang sering terjadi bisaanya terjadi pada tahap pengkodean maupun dalam mendata kode dan memasukkan data ke komputer. Setelah data didapatkan, kemudian dilakukan pengecekan kembali. Apabila ada pengelompokan data yang salah, maka dilakukan perbaikan sehingga data siap untuk dianalisa.

4.10.2 Analisis Data

4.10.2.1 Analisis Univariat

Pada penelitian ini analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel yang diukur dalam penelitian. Karakteristik responden yang akan dilakukan analisis univariat meliputi usia, pendidikan, penghasilan orangtua, status responden di lapas dan rutan serta pola asuh orangtua. Variabel usia dan penghasilan orangtua merupakan data numerik yang dianalisis untuk menghitung mean, median, standar deviasi, *confidence interval* 95%, nilai maksimal dan minimal. Sedangkan variabel pendidikan, dan pola asuh orangtua merupakan data katagorik yang dianalisis untuk menghitung frekuensi dan persentase variabel. Selain Karakteristik responden, variabel tingkat ansietas remaja yang merupakan data kategorik dianalisis untuk menghitung frekuensi dan presentasinya. Penyajian data masing-masing variabel dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

4.10.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan pada penelitian ini untuk membuktikan hipotesis penelitian. Sebelum dilakukan uji hipotesis, terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan karakteristik remaja antar kelompok menurut usia dan penghasilan orangtua antar kelompok yang dianalisis menggunakan uji *independen t test*, sedangkan variabel: pendidikan, dan pola asuh orangtua antar kelompok diuji dengan menggunakan uji *chi-square*. Apabila berdasarkan hasil uji *chi square* ternyata didapatkan hasil terdapat $> 20\%$ nilai *expected* < 5 maka dilakukan uji alternatif *Kolmogorov smirnov*

Analisis bivariat juga dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu mengidentifikasi pengaruh terapi logo dan terapi suportif terhadap ansietas remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan wilayah Jawa Barat. Analisis bivariat yang digunakan untuk membuktikan pengaruh karakteristik remaja meliputi: usia dan penghasilan terhadap ansietas menggunakan analisis uji *independen t test*. Sedangkan analisis yang digunakan untuk membuktikan

pengaruh karakteristik remaja meliputi: pendidikan, status responden di rutan dan lapas, serta pola asuh orangtua terhadap ansietas remaja menggunakan analisis *chi Square*, jika terdapat nilai *expected* < 5, > 20% maka dilakukan uji kolmogorov smirnov untuk menetapkan p value. Analisis bivariat yang digunakan untuk membuktikan perbedaan ansietas remaja pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dilakukan penelitian menggunakan *chi square*, serta perbedaan ansietas remaja pada kelompok kontrol dan intervensi sebelum dan sesudah dilakukan penelitian digunakan *uji Marginal Homogeneity* serta perbedaan ansietas remaja pada kelompok kontrol dan intervensi setelah dilakukan penelitian digunakan uji *chi square*.

Tabel 4.2 Uji Kesetaraan Variabel Penelitian Pengaruh Terapi logo dan Terapi Suportif Terhadap Ansietas Remaja di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan Wilayah Jawa Barat

Uji Kesetaraan Karakteristik Remaja			
No	Kelompok Kontrol	Kelompok Intervensi	Cara analisis
1	Usia (data interval)	Usia (data interval)	<i>Independent t test</i>
2	Penghasilan Orangtua (data rasio)	Penghasilan orangtua (data rasio)	<i>Independent t test</i>
3	Pendidikan (data ordinal)	Pendidikan (data ordinal)	<i>Chi Square</i>
4	Status Remaja di rutan/lapas (data nominal)	Status Remaja di rutan/lapas (data nominal)	<i>Chi Square</i>
5	Pola asuh orangtua (data nominal)	Pola asuh orangtua (data nominal)	<i>Chi Square</i>

Tabel 4.3 Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Logo dan Terapi Suportif Kelompok Terhadap Ansietas Remaja di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan Wilayah Jawa Barat

No	Variabel Karakteristik Remaja	Ansietas	Cara analisis
1	Usia (data interval)	Data ordinal	<i>Independent t test</i>
2	Penghasilan (data rasio)	Data ordinal	<i>Independent t test</i>
3	Pendidikan (data ordinal)	Data ordinal	<i>Chi Square</i>
4	Status remaja di lapas/rutan (data nominal)	Data ordinal	<i>Chi Square</i>
5	Pola Asuh Orangtua (data nominal)	Data ordinal	<i>Chi Square</i>
Analisis variabel ansietas remaja			
No	Kelompok kontrol	Kelompok intervensi	Cara analisis
1	Ansietas Remaja kelompok intervensi sebelum penelitian (data ordinal).	Ansietas remaja kelompok intervensi sesudah penelitian (data ordinal).	<i>Marginal Homogeneity</i>
2	Ansietas remaja kelompok kontrol sebelum penelitian (data ordinal)	Ansietas remaja kelompok kontrol sesudah penelitian (data ordinal)	<i>Marginal Homogeneity</i>
3	Ansietas remaja kelompok intervensi sesudah penelitian (data ordinal)	Ansietas remaja kelompok kontrol sesudah penelitian (data ordinal)	<i>Chi square</i>

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh terapi logo dan terapi suportif terhadap tingkat ansietas remaja di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat. yang dilaksanakan pada tanggal 2 Mei sampai 8 Juni 2011. Jumlah remaja yang dilibatkan dalam penelitian ini berjumlah 78 orang (39 remaja yang mendapat terapi logo dan terapi suportif dan 39 remaja yang tidak mendapat terapi logo dan terapi suportif) yang telah menjalani skrining sesuai kriteria inklusi. 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 remaja yang akan menjadi responden dilakukan berdasarkan kapasitas rutan dan lapas. Dalam penelitian ini, dari 4 Rutan dan Lapas yang terpilih dari hasil *cluster one stage* adalah Rutan Bandung, Lapas Sukabumi, Lapas Narkotika Kabupaten Bandung, dan Lapas Indramayu. Selanjutnya dilakukan proses skrining responden sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Hasil skrining tersebut didapatkan jumlah populasi responden sejumlah 105 remaja (Lapas Indramayu 12 remaja, Lapas Narkotika Kabupaten Bandung 45 remaja, Lapas Sukabumi 29 remaja, dan Rutan Bandung 19 remaja). Setelah dilakukan perhitungan didapatkan jumlah sampel penelitian 78 remaja yang dibagi menjadi 39 remaja yang mendapat terapi logo dan terapi suportif dan 39 remaja yang tidak mendapat terapi logo dan terapi suportif.

Selanjutnya dari 4 Rutan dan Lapas yang telah ditetapkan dibagi menjadi 2, yakni kelompok remaja di Rutan dan Lapas yang mendapat Terapi Logo dan Terapi Suportif (terdiri dari Rutan Bandung dan Lapas Narkotika Kabupaten Bandung) dan kelompok remaja di Rutan dan Lapas yang tidak mendapat Terapi Logo dan Terapi Suportif (terdiri dari lapas Indramayu dan Lapas Sukabumi). Berdasarkan penyebaran jumlah populasi responden di

masing masing Lapas dan Rutan kemudian di lakukan pembagian sampel berdasarkan proporsi. Responden pada kelompok kontrol tidak di bagi ke dalam kelompok – kelompok kecil, artinya responden yang terdapat di lapas Indramayu dan lapas Sukabumi masing masing berada dalam 1 kelompok besar, sedangkan responden yang menjadi kelompok intervensi terbagi menjadi Rutan Bandung 12 orang yang menjadi 1 kelompok, dan Lapas Narkotika Kabupaten Bandung 27 orang yang terbagi menjadi 3 kelompok. Selanjutnya dilakukan *informed consent* dan *pre test* pada kelompok yang telah di tetapkan tanggal 2 Mei 2011. *Pre test* dilakukan dengan cara membagikan lembar kuesioner C (kuesioner Ansietas). Semua responden dapat mengisi kuesioner yang telah diberikan.

Pelaksanaan terapi dilaksanakan serentak pada 4 tempat yang telah di tetapkan. Peneliti disini meminta bantuan terapis yang lain dalam proses penelitian. Peneliti melakukan sendiri di Lapas Narkotika Kabupaten Bandung dan Rutan Bandung dilakukan oleh terapis yang lain yang mempunyai keilmuan yang sama dengan peneliti (Taty Hernawaty, S.Kp., M.Kep). Sedangkan pada kelompok kontrol dilakukan oleh alumni mahasiswa keperawatan yang melakukan terapi generalis pada kelompok responden yang telah di tetapkan).

Terapi dilaksanakan 8 sesi yang terdiri dari 4 sesi Terapi Logo dan 4 sesi Terapi Suportif. Terapi Logo mulai dilaksanakan pada tanggal 12 - 18 Mei 2011 pada seluruh kelompok intervensi (4 kelompok). Pelaksanaan terapi suportif sesi 1 dan seterusnya dilaksanakan pada tanggal 23 – 30 Mei 2011. Tidak ada kendala yang berarti dalam proses pelaksanaan terapi, hal ini di karenakan petugas lapas dan rutan setempat sangat membantu teknis pengumpulan responden dan penyiapan ruangan.

5.2 Uji Kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Uji kesetaraan merupakan uji statistik yang dilakukan pada penelitian *quasi eksperiment* dengan kelompok kontrol. Uji ini dilakukan bertujuan untuk menentukan apakah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol telah memenuhi asas homogenitas. Uji kesetaraan dilakukan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi berdasar karakteristik yang telah ditetapkan pada variabel *confounding*, yaitu karakteristik remaja (usia, pendidikan, penghasilan orangtua, dan pola asuh orangtua dalam perspektif remaja). Uji kesetaraan juga dilakukan terhadap tingkat ansietas pada kedua kelompok sebelum dilakukan terapi logo dan terapi suportif.

5.2.1 Kesetaraan Karakteristik Remaja

Validitas hasil pada penelitian *quasi experiment* ditetapkan dengan melakukan uji kesetaraan karakteristik responden antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi. Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak terdapat perbedaan secara bermakna antara karakteristik kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

5.2.1.1 Kesetaraan Karakteristik Remaja Berdasarkan Usia dan Penghasilan

Untuk melihat kesetaraan karakteristik usia remaja dan penghasilan orangtua pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dilakukan dengan menggunakan *independent t-test*. Hasil uji kesetaraan usia dan penghasilan keluarga dapat dilihat pada tabel 5.1 berikut :

Tabel 5.1 Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia dan Penghasilan pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat Bulan Mei - Juni 2011 ($n_1=39$, $n_2=39$)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	t	p value
Usia (dalam tahun)	Intervensi	39	16.74	0.785	0.126	1.090	0.305
	Kontrol	39	16.97	1.063	0.170		
Penghasilan (dalam ratusan ribu)	Intervensi	39	725,64	819.81	131.27	1.404	0.217
	Kontrol	39	1016.67	1001,47	160.36		

$\alpha = 0.05$

Hasil analisis pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata usia remaja pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara dengan nilai $p = 0.315$ ($p > 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata usia remaja antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dimana masing-masing memiliki nilai rata-rata usia yang hampir sama.

Rata-rata usia remaja pada kedua kelompok berada pada rentang remaja akhir, yang menunjukkan bahwa rata rata pelaku tindak kriminal pada usia remaja dilakukan oleh anak usia remaja akhir. Rata-rata usia yang hampir sama membuktikan bahwa kedua kelompok sampel valid untuk dilakukan penelitian *quasi experiment*, karena usia kedua kelompok sebanding, sehingga dapat mengurangi *bias* dalam menyimpulkan pengaruh dari penerapan sebuah terapi.

Hasil analisis untuk variabel penghasilan orangtua antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol adalah setara dengan nilai $p = 0,217$ ($p > 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada besarnya penghasilan orangtua dalam sebulan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Besarnya rata-rata penghasilan pada kedua kelompok berada di atas

UMR (Upah Minimum Regional) Provinsi Jawa Barat. Besar penghasilan yang hampir sama pada kedua kelompok dikarenakan sebagian besar responden pada kedua kelompok memiliki mata pencaharian yang sama, yaitu sebagai buruh dan kuli bangunan.

5.2.1.2 Kesetaraan Karakteristik Remaja Berdasarkan Pendidikan dan Pola Asuh Orngtua dalam perspektif remaja

Uji kesetaraan karakteristik keluarga yang meliputi: Pendidikan dan Pola Asuh Orngtua dalam perspektif remaja antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *chi Square*. Hasil uji disajikan pada tabel 5.2 berikut :

Tabel 5.2 Analisis Kesetaraan Karakteristik Pendidikan dan Pola Asuh Orngtua dalam perspektif remaja antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat Bulan Mei - Juni 2011 (n₁=39, n₂=39)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=39)		Kelompok Kontrol (n=39)		Jumlah (n=78)		p Value
	n	%	N	%	n	%	
1. Pendidikan							
a. Tidak tamat SD	4	50	4	50	8	100	0.906
b. Tamat SD	17	58.6	12	41.4	29	100	
c. Tamat SMP	18	43.9	23	56.1	41	100	
TOTAL	39	50	39	50	78	100	
2. Pola Asuh Orngtua							
a. <i>Protective</i>	35	50.7	34	49.3	69	100	1.000
b. <i>Democratic</i>	4	44.4	5	55.6	9	100	
TOTAL	39	50	39	50	78	100	

$\alpha = 0.05$

Hasil analisis pada tabel 5.2 dapat disimpulkan bahwa karakteristik pendidikan, dan pola asuh orngtua pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol bernilai setara ($p > \alpha$; 0,05), dimana nilai *p value* pada masing masing variabel pendidikan dan lapas serta pola asuh orngtua

masing masing 0.906 dan 1.000. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada karakteristik pendidikan dan lapas serta pola asuh orangtua antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Masing-masing kelompok memiliki proporsi yang hampir sama. Sebagian besar pada kedua kelompok memiliki pendidikan terbanyak tamat SMP dan pola asuh yang diterapkan orangtua pada remaja sebelum menjalani masa hukuman adalah *protective*.

5.2.2 Kesetaraan Tingkat Ansietas Remaja pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum Dilakukan Intervensi

Untuk melihat kesetaraan tingkat ansietas remaja pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilakukan dengan menggunakan *independent t-test*. Pengujian ini memperkuat hasil skrining responden yang telah memenuhi kriteria inklusi yaitu minimal responden mengalami ansietas sedang dan terkontrol. Hasil uji analisa kesetaraan tingkat ansietas remaja disajikan pada tabel 5.3 berikut :

Tabel 5.3 Analisis Kesetaraan Tingkat Ansietas Remaja di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan Sebelum Pelaksanaan Terapi Logo dan Terapi Suportif di Wilayah Jawa Barat Mei-Juni 2011 (n₁=39, n₂=39)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=39)		Kelompok Kontrol (n=39)		Jumlah (n=78)		p Value
	n	%	N	%	n	%	
1. Tingkat Ansietas							
a. Ansietas sedang	3	23.1	10	76.9	13	100	0.68
b. Ansietas berat	36	55.4	29	44.6	65	100	
TOTAL	39	50	39	50	78	100	

$\alpha = 0.05$

Hasil analisis tabel 5.3 menunjukkan bahwa tingkat ansietas *pre test* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara ($p > \alpha; 0,05$), dimana nilai $p = 0.680$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada tingkat ansietas *pre test* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Rata-rata tingkat ansietas remaja di rutan dan lapas pada kedua kelompok masuk dalam kategori ansietas berat.

5.3 Karakteristik Remaja di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang karakteristik demografi responden, yaitu karakteristik remaja di rutan dan lapas wilayah Jawa Barat. Karakteristik remaja meliputi: usia, pendidikan, penghasilan orangtua, dan pola asuh orangtua. Hasil analisa akan diuraikan sesuai dengan data remaja baik pada kelompok remaja yang mendapat terapi logo dan terapi suportif (kelompok intervensi) maupun kelompok remaja yang tidak mendapat terapi logo dan terapi suportif (kelompok kontrol).

5.3.1 Usia dan Penghasilan

Karakteristik usia dan penghasilan orangtua merupakan variabel numerik yang dianalisis secara deskriptif. Hasil distribusinya disajikan pada tabel 5.4 berikut :

Tabel 5.4 Analisis Karakteristik Remaja Berdasarkan Usia dan Penghasilan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat Bulan Mei - Juni 2011 (n₁=39, n₂=39)

Variabel	Jenis Kelompok	n	Mean	Media n	SD	Min-Maks	95% CI
Usia remaja	Intervensi	39	16.74	17	0.785	14-18	16.49 – 17.00
	Kontrol	39	16.97	17	1.063	14 -18	16.63 – 17.32
	Rerata		16.85	17	0.924		
Penghasilan orangtua (dalam ratusan ribu)	Intervensi	39	725.64	500.00	819.81	250 – 5000	459.89 – 991.39
	Kontrol	39	1016.67	600.00	101.47	200 – 5000	692.03 – 1341.30
	Rerata		871.16	550.00	460.64		

Berdasarkan tabel 5.4 dapat dilihat adanya persamaan usia antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil di atas menunjukkan bahwa rata-rata usia remaja pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol berada pada kategori usia remaja akhir (17 tahun). Usia termuda remaja yang menjalani masa hukuman di penjara adalah 14 tahun dan usia tertua 18 tahun. Diyakini 95 % usia remaja yang mengalami ansietas di rutan/ lapas berada pada rentang 16,49 – 17,00 untuk kelompok intervensi dan diyakini 95% usia remaja yang mengalami ansietas di rutan/lapas berada pada rentang 16,63 – 17,32

Berdasarkan tabel 5.4 juga dapat dilihat bahwa besar penghasilan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol hampir sama, dimana rerata penghasilan tersebut masih berada di atas Upah Minimum Regional (UMR) Provinsi Jawa Barat tahun 2011 (UMR=732.000). Variasi penghasilan orangtua remaja pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi berada diantara rentang 250 ribu sampai dengan 5 juta. Diyakini 95 % penghasilan orangtua remaja dikelompok intervensi berkisar antara

459.890 – 991.390, sedangkan di kelompok kontrol diyakini 95 % penghasilan orangtua remaja berkisar 692.030 – 1.341.300

5.3.2 Pendidikan dan pola asuh orangtua

Karakteristik remaja yang meliputi: Pendidikan dan pola asuh orangtua merupakan variabel kategorik yang dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil distribusinya disajikan pada tabel 5.5 berikut :

Tabel 5.5 Distribusi Karakteristik Remaja Menurut Pendidikan dan Pola Asuh Orangtua pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat Bulan Mei - Juni 2011 ($n_1=39$, $n_2=39$)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=39)		Kelompok Kontrol (n=39)		Jumlah (n=78)	
	n	%	n	%	n	%
1. Pendidikan						
a. Tidak tamat SD	4	10.3	4	10.3	8	10.3
b. Tamat SD	17	43.6	12	30.8	29	37.2
c. Tamat SMP	18	46.2	23	59	41	52.6
TOTAL	39	100	39	100	78	100
2. Pola Asuh Orangtua						
a. <i>Protective</i>	35	89.7	34	87.2	69	88.5
b. <i>Democratic</i>	4	10.3	5	12.8	9	11.5
TOTAL	39	100	39	100	78	100

Hasil analisis tabel 5.5 di atas menunjukkan bahwa pendidikan dan pola asuh orangtua pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki proporsi yang hampir sama. Sebagian besar kedua kelompok memiliki pendidikan tertinggi tamat SMP (46.2 % pada kelompok intervensi dan 59% pada kelompok kontrol), sedangkan untuk responden yang tidak tamat SD dan tamat SD pada kelompok intervensi masing – masing sebesar 10.3% dan 43.6% dan pada kelompok kontrol masing masing sebesar 10.3% dan 30.8%

Hasil analisis univariat pada pola asuh orangtua diketahui bahwa pada kedua kelompok sebagian besar orangtua remaja yang menjalani masa-masa hukuman di lapas/rutan menerapkan pola asuh *protective* (89.7% pada kelompok intervensi dan 87.2% pada kelompok kontrol), sedangkan penerapan pola asuh *democratic* pada kelompok intervensi sebesar 10.3% dan pada kelompok kontrol sebesar 12.3%

5.3.3 Tingkat Ansietas Remaja

Tingkat ansietas remaja merupakan variabel kategorik yang dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil distribusinya disajikan pada tabel 5.6 berikut :

Tabel 5.6 Distribusi Tingkat Ansietas Remaja pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat Bulan Mei - Juni 2011 (n₁=39, n₂=39)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=39)		Kelompok Kontrol (n=39)		Jumlah (n=78)	
	N	%	n	%	n	%
Tingkat Ansietas (<i>pretest</i>)						
a) Ansietas Sedang	3	7.7	10	25.6	13	16.7
b) Ansietas Berat	36	92.3	29	74.4	68	83.3
TOTAL	39	100	39	100	78	100

Hasil analisis univariat tingkat ansietas remaja yang tergambar pada tabel 5.6 menunjukkan bahwa sebelum mendapatkan terapi logo dan terapi suportif, sebagian besar remaja yang berada di rutan dan lapas mengalami ansietas berat (pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi) yaitu sebesar 92.3% pada kelompok intervensi dan 74.4% pada kelompok kontrol. Sedangkan remaja yang mengalami ansietas sedang sebesar 7.7% pada kelompok intervensi dan 25.6% pada kelompok kontrol.

5.4 Pengaruh Terapi Logo dan Terapi Suportif terhadap Ansietas Remaja

5.4.1 Tingkat Ansietas Remaja Sebelum dan Sesudah dilakukan Terapi Logo dan Terapi Suportif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tingkat ansietas remaja di Rutan dan Lapas di Wilayah Jawa Barat sebelum dan sesudah pelaksanaan terapi logo dan terapi suportif pada kelompok intervensi, dapat diketahui dengan menggunakan uji *marginal homogeneity*. Untuk melihat lebih jelas adanya perubahan tingkat ansietas remaja di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat dapat dilihat pada tabel 5.7 :

Tabel 5.7 Analisis Tingkat Ansietas Remaja Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Kontrol di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat Bulan Mei - Juni 2011 (n₁=39, n₂=39)

	Ansietas sedang		Ansietas berat		TOTAL		p value
	n	%	n	%	n	%	
<i>Pre test</i>	10	25.6	29	74.4	39	100	1.000
<i>Post test</i>	10	25.6	29	74.4	39	100	

$\alpha = 0.05$

Hasil analisis untuk kelompok kontrol dengan menggunakan uji *marginal homogeneity* di atas menunjukkan bahwa tidak terjadi perubahan tingkat ansietas responden sebelum dan setelah diberikan terapi logo dan terapi suportif. Hal ini ditunjukkan secara bermakna berdasarkan uji statistik, yaitu dengan nilai p sebesar 1.000 berada di atas nilai *alpha* ($\alpha=0,05$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi generalis berupa pendidikan kesehatan dengan tema cara mengatasi ansietas belum mampu merubah tingkat ansietas remaja yang mengalami masa – masa hukuman di rutan dan lapas, sehingga dibutuhkan terapi spesialis sebagai terapi lanjutan.

**Tabel 5.8 Analisis Tingkat Ansietas Remaja
Sebelum dan Sesudah Terapi Generalis, Terapi Logo dan Terapi
Logo + Terapi Suportif pada Kelompok Intervensi
di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat
Bulan Mei - Juni 2011 (n=39)**

		Ansietas sedang		Ansietas berat		TOTAL		p value
		n	%	n	%	n	%	
Terapi generalis	<i>Pre test</i>	3	7.7	36	92.3	39	100	0.157
	<i>Post test</i>	4	10.3	35	89.7	39	100	
Terapi logo	<i>Pre test</i>	3	7.7	36	92.3	39	100	0.001*
	<i>Post test</i>	13	33.3	26	66.7	39	100	
Terapi logo +suportif	<i>Pre test</i>	3	7.7	36	92.3	39	100	0.000*
	<i>Post test</i>	33	84.6	6	15.4	39	100	

*signifikan pada $\alpha = 0.05$

Berdasarkan hasil uji statistik diatas diketahui pada kelompok intervensi tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada tingkat ansietas sebelum dan setelah terapi generalis ditandai dengan p value (0.157) > 0.05 . setelah dilakukan terapi generalis dan di ukur tingkat ansietas remaja dilakukan terapi logo. Setelah terapi logo dilakukan pengukuran ansietas kembali dan dianalisa dengan menggunakan uji *marginal homogeneity* dan hasil uji tersebut didapatkan terdapat perbedaan tingkat ansietas sebelum di lakukan terapi dan sesudah dilakukan terapi logo. Hal ini ditandai dengan nilai *p value* (0.001) < 0.05 . Kemudian setelah pengukuran ansietas sesudah pelaksanaan terapi logo dilakukan terapi suportif baru kemudian diakhiri dengan pengukuran tingkat ansietas akhir (*post test*) kemudian dianalisa dan didapatkan hasil nilai *p value* (0.000) < 0.05 , artinya bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada tingkat ansietas sebelum dilaksanakan terapi dan setelah dilaksanakan terapi logo dan terapi suportif

5.4.2 Perbedaan Tingkat Ansietas Remaja Setelah Terapi Logo dan Terapi Suportif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tingkat ansietas remaja yang menjalani masa hukuman di rutan dan lapas Wilayah Jawa Barat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah terapi logo dan terapi suportif dapat dianalisis dengan menggunakan uji *chi square* untuk variabel tingkat ansietas. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.9 berikut:

Tabel 5.9 Analisis Tingkat Ansietas Remaja Setelah Dilakukan Terapi Logo dan Terapi Suportif pada Kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat Bulan Mei - Juni 2011 (n₁=39, n₂=39)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=39)		Kelompok Kontrol (n=39)		Jumlah (n=78)		p Value
	n	%	n	%	n	%	
1. Tingkat Ansietas (post test)							
a. Ansietas sedang	33	84.6	10	25.6	43	55.1	0.000*
b. Ansietas berat	6	15.4	29	74.4	35	44.9	
TOTAL	39	100	39	100	78	100	

Signifikan pada $\alpha = 0.05$

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi diketahui proporsi remaja dengan tingkat ansietas sedang sebesar 84.6%, dan ansietas berat sebesar 15.4%. Sedangkan pada kelompok kontrol diketahui proporsi remaja dengan tingkat ansietas sedang 25.6%, dan ansietas berat 74.4%. Pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi tidak ditemukan ansietas ringan, sebagian besar responden pada kelompok kontrol setelah menjalani terapi generalis ansietas masih mengalami ansietas berat. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan tingkat ansietas remaja antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi logo dan terapi suportif mampu menimbulkan perbedaan

tingkat ansietas remaja antara kelompok intervensi yang memperoleh terapi logo dan terapi suportif dengan kelompok kontrol yang hanya memperoleh terapi generalis.

5.5 Hubungan antara Karakteristik Demografi Remaja dengan Tingkat Ansietas Remaja di Rumah Tahanan dan Lapas Wilayah Jawa Barat

5.5.1 Hubungan Karakteristik Remaja : Usia dan Penghasilan dengan Tingkat Ansietas Remaja di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat.

Hubungan karakteristik remaja yang berupa usia dan penghasilan dengan tingkat ansietas remaja akan dianalisis dengan uji *independent t test*. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.10

Tabel 5.10 Hubungan Karakteristik Remaja : Usia dan Penghasilan dengan Tingkat Ansietas Remaja di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol Bulan Mei - Juni 2011 (n₁=39, n₂=39)

Karakteristik Remaja	Tingkat Ansietas Remaja	
	n	p-value
Usia		
1. Kelompok Intervensi	39	0.695
2. Kelompok Kontrol	39	0.841
Penghasilan		
1. Kelompok Intervensi	39	0.570
2. Kelompok Kontrol	39	0.537

Hasil uji menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara usia dan tingkat ansietas pada kelompok intervensi, dimana nilai p sebesar 0,695 ($p > \alpha; 0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa variabel usia remaja pada kelompok intervensi, bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas remaja di rutan dan lapas wilayah Jawa Barat setelah pemberian terapi logo dan terapi suportif.

Sedangkan pada kelompok kontrol, hasil uji menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara usia dan tingkat ansietas pada kelompok kontrol, dimana nilai p sebesar 0,841 ($p > \alpha$; 0,05). Hasil ini menunjukkan bahwa variabel usia remaja pada kelompok kontrol, bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas remaja di rutan dan lapas wilayah Jawa Barat setelah pemberian terapi logo dan terapi suportif.

Hubungan variabel penghasilan dengan tingkat ansietas remaja di rutan dan lapas wilayah Jawa Barat juga dijelaskan pada tabel 5.10. Hasil analisis berdasarkan uji statistik menjelaskan bahwa pada kelompok intervensi, tidak terdapat hubungan antara besar penghasilan dalam sebulan dengan tingkat ansietas remaja. Hal ini dibuktikan dengan nilai p value (0.570) $>$ 0.05. Sehingga dengan kata lain, variabel penghasilan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas remaja yang menjalani masa hukuman di rutan dan lapas. Pada kelompok kontrol didapatkan hasil nilai p value (0.537) $>$ 0.05, sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel penghasilan tidak berhubungan dengan tingkat ansietas remaja di rutan dan lapas. Hal tersebut berarti pula bahwa penghasilan orangtua dalam sebulan bukan merupakan variabel perancu pada kelompok kontrol.

5.5.2 Hubungan Karakteristik Remaja : Pendidikan dan Pola Asuh Orangtua dengan Tingkat Ansietas Remaja di Rutan dan Lapas

Hubungan karakteristik yang berupa jenis kelamin, hubungan keluarga, dan pendidikan dengan tingkat ansietas remaja akan dianalisis dengan uji *chi square*. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.11

Tabel 5.11 Hubungan Karakteristik Remaja : Pendidikan dan Pola Asuh Orngtua dengan Tingkat Ansietas Remaja pada Kelompok Intervensi setelah diberikan Terapi Logo dan Terapi Suportif di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat Bulan Mei – Juni 2011 (n=39)

Karakteristik Remaja	Tingkat Ansietas Remaja								p-value
	Ringan		Sedang		Berat		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kelompok Intervensi									
1. Pendidikan									
a. Tdk tamat SD	1	33.3	2	6.7	1	16.7	4		
b. Tamat SD	1	33.3	15	50	1	16.7	17		
c. Tamat SMP	1	33.3	13	43.3	4	66.7	18		
TOTAL	3	100	30	100	6	100	39	0.998	
2. Pola Asuh Orngtua									
a. <i>Protective</i>	2	66.7	26	93.3	4	83.3	32		
b. <i>Democratic</i>	1	33.3	2	6.7	1	16.7	4		
TOTAL	3	100	28	100	5	100	36	1.000	

$\alpha = 0.05$

Tabel 5.11 menjelaskan tentang hubungan tingkat pendidikan dan pola asuh orangtua dengan tingkat ansietas remaja setelah diberikan terapi logo dan terapi suportif pada kelompok intervensi. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa kedua variabel (pendidikan dan pola asuh orangtua) tidak mempunyai hubungan dengan tingkat ansietas dimana nilai *p value* pada kedua variabel tersebut > 0.05 , yaitu *p value* pendidikan 0.998 dan *p value* pola asuh orangtua 1.000. Hal tersebut berarti variabel pendidikan dan pola asuh orangtua bukan merupakan variabel perancu pada kelompok intervensi

Tabel 5.12 Hubungan Karakteristik Remaja : Pendidikan dan Pola Asuh Orangtua dengan Tingkat Ansietas Remaja pada Kelompok Kontrol setelah Diberikan Terapi Logo dan Terapi Suportif di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat Bulan Mei – Juni 2011 (n=39)

Karakteristik Remaja	Tingkat Ansietas Remaja						p-value
	Sedang		Berat		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Kelompok Kontrol							
1. Pendidikan							
a. Tdk tamat SD	2	20	2	6.9	4		1.000
b. Tamat SD	2	20	10	34.5	12		
c. Tamat SMP	6	60	15	58.6	23		
TOTAL	10	100	27	100	39		
2. Pola Asuh Orangtua							
a. <i>Protective</i>	7	70	27	93.1	34		0.096
b. <i>Democratic</i>	3	30	2	6.9	5		
TOTAL	10	100	29	100	39		

Tabel 5.12 menjelaskan tentang hubungan Pendidikan dengan tingkat ansietas remaja setelah diberikan terapi logo dan terapi suportif pada kelompok kontrol. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa pendidikan, tidak mempunyai hubungan dengan tingkat ansietas. Hal ini ditandai dengan nilai *p value* (1.000) > 0.05. Hal tersebut berarti bahwa variabel pendidikan bukan merupakan variabel perancu pada kelompok kontrol

Tabel 5.12 juga menjelaskan tentang hubungan pola asuh orangtua dengan tingkat ansietas remaja setelah diberikan terapi logo dan terapi suportif pada kelompok kontrol. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa pola asuh orangtua tidak mempunyai hubungan dengan tingkat ansietas. Hal ini ditandai dengan nilai *p value* (1.00) > 0.05. Hal tersebut berarti bahwa variabel pola asuh orangtua bukan merupakan variabel perancu pada kelompok kontrol

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab 5; keterbatasan penelitian; dan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian.

6.1 Diskusi Hasil Penelitian

6.1.1 Pengaruh Terapi Logo dan Terapi Suportif Remaja terhadap Tingkat Ansietas Remaja

6.1.1.1 Perbedaan tingkat ansietas remaja sebelum dan setelah mengikuti terapi logo dan terapi suportif pada kelompok intervensi

Ansietas merupakan suatu respon normal individu terhadap pertumbuhan, perubahan, pengalaman baru, penemuan identitas dan makna hidup (Saddock, 2005). Ansietas dapat terjadi pada semua tingkat usia, termasuk pada masa remaja. Hal ini disebabkan karena pada masa remaja, seorang individu mengalami masa transisi dari anak-anak menjadi dewasa dan mengalami perubahan baik fisik, sosial maupun psikologis (Yakni, Cameron, 2004; Dahl, 2004 dalam Videbeck, 2008). Ansietas pada remaja didefinisikan sebagai perasaan gelisah yang dihubungkan dengan suatu antisipasi terhadap bahaya yang sering terjadi pada saat proses perkembangan. Kecemasan yang terjadi pada masa remaja terjadi sepanjang masa perkembangan pada remaja sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari remaja (Verhulst dkk, 1997; Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002 dalam Santrock, 2003)

Remaja yang rentan terhadap terjadinya ansietas salah satunya adalah remaja yang menjalani masa hukuman atas tindak kriminal yang telah dilakukan di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan. Gosden (2003) menyebutkan bahwa pada remaja yang menjalani

masa hukuman karena tindak kriminal yang di alaminya 69,1% mengalami masalah gangguan mental termasuk ansietas. Hal tersebut diperkuat oleh beberapa penelitian yang menjelaskan bahwa gejala kecemasan sering terlihat sepanjang rentang usia pada masa remaja (Ferdinand & Verhulst, 1995; Pine et al, 1998 dalam Santrock, 2003; Bittner et al., 2007; Gregory et al, 2007; Bruckl et al, 2007; Lewinsohn et al ,2008). Hal tersebut dibuktikan juga dalam penelitian yang menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi sebagian besar remaja mengalami ansietas berat yaitu sejumlah 36 remaja dari 39 remaja kelompok intervensi atau berkisar (92.3%). Dan pada kelompok kontrol sebagian besar remaja yang ada di rutan dan lapas mengalami ansietas berat juga yaitu sebesar 74.4% . dari data tersebut.

Dalam mengatasi ansietas terdapat beberapa terapi spesialis yang dapat diterapkan, antara lain terapi logo dan terapi suportif. Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat ansietas remaja sebelum dan setelah terapi generalis. Hal ini terlihat dari nilai *p value* > 0.05 yaitu 0.157. Berbeda dengan tingkat ansietas remaja setelah dilakukan terapi logo. Berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat ansietas sebelum terapi dan setelah terapi logo. Hal ini dibuktikan dengan nilai *p value* perbedaan tingkat ansietas sebelum dan setelah terapi logo yaitu 0.001 artinya, bahwa *p value* < 0.05.

Hasil penelitian diatas sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Routledge (2010) yang menyebutkan bahwa seorang individu yang kehilangan makna terhadap kejadian dalam hidupnya akan lebih mudah mengalami ansietas. Pencarian makna terhadap kejadian dalam hidup dapat dilakukan dengan terapi logo (Bastaman, 2007).

Terapi logo dapat diterapkan pada remaja dengan memperhatikan hubungan terapeutik, meningkatkan pemahaman tentang nilai, identitas dan tujuan, menjelaskan tentang kerangka permasalahan yang dihadapi, membantu menemukan makna dari masalah yang dihadapi (Corey, 2001 dalam Blair, 2004; Jeffries, 1995)

Dalam penelitian ini teknik terapi logo yang digunakan adalah teknik *paradoxical intention* dan *dereflection*. Sutejo (2009) menjelaskan dalam penelitiannya tentang pengaruh terapi logo dengan menggunakan teknik *paradoxical intention* terhadap kecemasan pada penduduk pasca gempa di Klaten bahwa terapi logo dengan teknik *paradoxical intention* secara komposit nilai mempunyai pengaruh yang bermakna dalam mengatasi ansietas penduduk pasca gempa akan tetapi apabila dilihat pada masing – masing subvariabel (fisiologis, afektif, kognitif, dan perilaku) diketahui bahwa pada subvariabel afektif tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan, hanya terjadi peningkatan nilai saja. Wijayanti (2010) yang melakukan penelitian tentang pengaruh terapi logo terhadap ansietas pada narapidana perempuan di Lapas Semarang tidak hanya menggunakan teknik *paradoxical intention* tapi ditambah dengan teknik *dereflection*. Hasil penelitian Wijayanti (2010) menunjukkan hal yang sama dengan penelitian Sutejo (2009) dimana secara komposit nilai penggunaan terapi logo dengan teknik *paradoxical intention* dan *dereflection* mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap ansietas pada napi perempuan tapi untuk subvariabel afektif hanya terjadi perubahan nilai, dan tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan.

Remaja membutuhkan support sistem yang kuat dalam menjalani tugas perkembangannya. Support sistem yang kuat pada remaja akan membuat remaja mempunyai ketahanan terhadap kondisi yang tidak

menyenangkan (Conger, 1994; Mastern dkk, 1994; Masten & Hubbard, 1995 dalam Santrock, 2003). Gamezy & Masten (1993 dalam Santrock 2003) telah mempelajari ketahanan remaja di tengah–tengah kesengsaraan dan ketidakberuntungan selama beberapa tahun. Ia menyimpulkan terdapat tiga faktor yang seringkali muncul membantu anak anak dan remaja agar dapat memiliki ketahanan terhadap stress : (1) keterampilan kognitif (perhatian dan pemikiran reflektif), (2) keluarga, termasuk mereka yang hidup dalam kemiskinan di tandai dengan adanya kehangatan, keterikatan satu sama lain, ada orang dewasa yang memperhatikan seperti kakek dan nenek yang bertanggungjawab meskipun tidak ada orangtua yang responsive karena adanya perselisihan hebat dalam pernikahan orangtua remaja tersebut, dan (3) ketersediaan sumber dukungan eksternal, seperti ketika adanya kebutuhan yang kuat akan tokoh ibu dapat di penuhi oleh tokoh guru, tetangga, orangtua teman atau bahkan tokoh institusional seperti tokoh agama atau pegawai yang ada di lembaga tempat remaja tinggal.

Dochterman (2008) menjelaskan bahwa salah satu psikoterapi yang dapat dipergunakan untuk mengatasi ansietas terutama pada masalah emosional dan berfokus pada bagaimana memfasilitasi remaja untuk mengenal dan mempergunakan support sistem yang mampu di jangkau adalah terapi suportif. Penelitian lain yang mendukung hasil penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Banowati (1989). Banowati menyatakan bahwa psikoterapi suportif yang dilakukan pada pasien hemiparase mampu menurunkan derajat depresi dan ansietas serta meningkatkan semangat hidup. Penelitian serupa yang dilakukan oleh Hasmilasari (2010) membuktikan juga bahwa dengan terapi suportif tingkat ansietas pada ibu hamil mengalami penurunan. Sedangkan penelitian lainnya yang pernah dilakukan oleh Shechtman dan Katz (2007) membuktikan bahwa

terapi kelompok suportif cukup efektif untuk menurunkan tingkat ansietas sekelompok remaja yang mengalami gangguan belajar dalam membangun hubungan sosial dan persahabatan dengan orang lain. Setelah pemberian terapi selama 15 minggu, beberapa responden menyatakan manfaat dari pemberian terapi, karena memperoleh kesempatan untuk mengungkapkan perasaan dan berbagi pengalaman yang tidak menyenangkan dengan responden lainnya dalam satu kelompok.

Hal ini sesuai dengan hasil uji statistik penelitian yang memperlihatkan bahwa nilai *p value* pengaruh terapi logo terhadap ansietas remaja $>$ *p value* pengaruh terapi logo dan terapi suportif. Hal tersebut berarti dengan penggabungan 2 psikoterapi lebih memberikan hasil yang optimal dibandingkan dengan hanya menggunakan salah satu terapi saja (Porter, 1993 dalam Kaplan dan Saddock, 1993).

Berbeda dengan apa yang telah peneliti ungkapkan sebelumnya, penelitian lain menyebutkan bahwa ansietas pada remaja lebih tepat diatasi dengan menggunakan terapi perilaku (*desensitisation, flooding, prosedur operan, modelling*, dan terapi pikiran perilaku/CBT), terapi psikodinamik, terapi farmakologi (Berecz, 1968; Graziano et al., 1979; Carlson, Figueroa, & Lahey, 1986; Gittelman, & Koplewicz, 1986; Lewis, 1986; Morris & Kratochwill, 1985 dalam Strauss, 1990), teknik penghentian pikiran (Akrom, 1998), psikoedukasi keluarga (Stuart dan Laraia, 2005), penggunaan mekanisme koping (Moskowitz dalam Mayne & Bonano, 2003; Townsend, 2009)

Berdasarkan hasil penelitian tentang pengaruh terapi logo dan terapi suportif terhadap ansietas remaja dan banyaknya psikoterapi yang

dapat dipergunakan untuk mengatasi ansietas, maka hal ini bisa menjadi rekomendasi pada peneliti berikutnya untuk melihat perbandingan pengaruh antara terapi logo suportif dengan psikoterapi lain dalam mengatasi ansietas terutama ansietas pada remaja di rutan dan lapas.

6.1.1.2 Perbedaan tingkat ansietas remaja sebelum dan setelah intervensi pada kelompok kontrol

Hasil analisis statistik untuk kelompok kontrol menunjukkan bahwa tidak terjadi perubahan tingkat ansietas remaja sebelum dan setelah diberikan terapi logo dan terapi suportif. Hal ini ditunjukkan secara bermakna berdasarkan uji statistik, yaitu dengan nilai p sebesar 1,000 berada di atas nilai $alpha$ ($\alpha=0,05$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi generalis berupa pendidikan kesehatan tentang ansietas belum mampu merubah tingkat ansietas remaja yang mengalami masa-masa hukuman di rutan dan lapas, sehingga dibutuhkan terapi spesialis sebagai terapi lanjutan.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Omizo (1992) yang menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan tentang ansietas dan cara mengatasinya tidak berpengaruh terhadap penurunan tingkat ansietas remaja. Anak-anak dapat belajar tentang sikap dan perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka melalui pendidikan kesehatan, tetapi mereka juga membutuhkan bimbingan dan model peran sehingga mereka bisa menggunakannya ketika sewaktu-waktu mereka merasa cemas dan perlu untuk mengatasinya. Model dan peran yang dibutuhkan anak - anak ini sangat sulit ditemukan karena mayoritas orang dewasa tidak bertindak sebagai model peran yang tepat bagi anak - anak (Edelman & Mandle, 1998; King, 1997; Omizo & Omizo, 1992 dalam Santrock 2003)

Tetapi, hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bektas (2008) yang menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap tingkat ansietas. Penelitian lain menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan untuk mengatasi ansietas pada remaja di arahkan pada berbagai tema seperti manajemen stress, pengembangan diri dan relaksasi terpimpin. Selain Bektas (2008), beberapa penelitian lain telah membuktikan adanya pengaruh pemberian terapi generalis terhadap penurunan ansietas. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Fiandini (2010) menemukan bahwa relaksasi nafas dalam mampu secara efektif menurunkan tingkat ansietas pasien pre operasi di ruang bedah. Hasil tersebut sesuai dengan pernyataan Prawitasari (2002) yang mengungkapkan bahwa teknik relaksasi juga dapat digunakan sebagai keterampilan coping yang aktif dalam kondisi ansietas. Penelitian tentang teknik reduksi ansietas lainnya, diungkapkan pula oleh Mu`afiro (2004). Hasil dari penelitian tersebut membuktikan bahwa teknik hipnotik lima jari cukup efektif untuk menurunkan tingkat ansietas pasien kanker leher rahim di ruang kandungan RSUD Dr Soetomo Surabaya.

Pada penelitian ini, tidak adanya pengaruh yang signifikan pada pendidikan kesehatan yang dilakukan disebabkan oleh tingkat ansietas remaja pada variabel perancu kelompok kontrol sebagian besar adalah ansietas berat dimana pada tingkat ansietas berat, remaja mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi dan tidak bisa fokus pada satu hal tertentu (Videbeck,2008). Selain hal tersebut, faktor lain yang bisa menyebabkan tidak adanya pengaruh yang signifikan pada pendidikan kesehatan adalah pendidikan kesehatan dilakukan dalam satu ruang dengan jumlah responden yang cukup besar (pada lapas Sukabumi = 28 responden) sehingga tidak semua responden bisa di perhatikan oleh terapis.

Pendidikan kesehatan merupakan suatu metode yang cukup baik untuk meningkatkan pengetahuan remaja terhadap masalah yang di alaminya. Pada pendidikan kesehatan yang dilakukan terhadap remaja akan lebih punya manfaat terhadap perubahan perilaku pada remaja jika tidak hanya di lakukan pada remaja sebagai subyek tapi juga kepada orangtua remaja yang akan menjadi model buat remaja. Green, dkk (1980, dalam Notoatmodjo, 2007) menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu pengalaman pembelajaran yang dirancang untuk memotivasi pelaksanaan tindakan seseorang terkait masalah kesehatan sehingga ia dapat merawat dirinya sendiri secara individu atau secara bersama-sama.

6.1.1.3 Perbedaan tingkat ansietas remaja pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah pemberian intervensi

Berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa pada kelompok intervensi proporsi remaja dengan tingkat ansietas ringan setelah mendapatkan terapi logo dan terapi suportif sebesar 7.7%, ansietas sedang sebesar 76.9%, dan ansietas berat sebesar 15.4%. Sedangkan pada kelompok kontrol diketahui proporsi remaja setelah pelaksanaan terapi logo dan terapi suportif dengan tingkat ansietas sedang 25.6%, ansietas berat 74.4%. Pada kelompok kontrol tidak ditemukan remaja dengan ansietas ringan, sebagian besar remaja pada kelompok kontrol setelah pelaksanaan terapi logo dan terapi suportif masih mengalami ansietas berat. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada tingkat ansietas remaja antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan nilai $p < 0,000$ ($p < 0,05$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi logo dan terapi suportif mampu menimbulkan perbedaan tingkat ansietas remaja antara kelompok intervensi yang memperoleh terapi logo dan terapi suportif dengan kelompok kontrol yang hanya memperoleh terapi generalis.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Bellino (2010) yang menjelaskan tentang perbandingan pengaruh kombinasi psikoterapi dan farmakologi dengan pengaruh farmakologi pada klien dengan gangguan kepribadian. Pada penelitian ini kombinasi psikoterapi dan farmakologi lebih berpengaruh terhadap tingkat ansietas klien dengan gangguan kepribadian.

Selain hal tersebut diatas psikoterapi lain yang juga mempunyai pengaruh terhadap ansietas adalah tindakan untuk mengatasi ansietas dapat dilakukan melalui penggunaan mekanisme koping (Moskowitz dalam Mayne & Bonano, 2003; Townsend, 2009; Richard Lazarus dkk dalam Safaria, 2009; Sarafino, 1998; Smer, 1994 dalam Safaria, 2009), psikofarmaka (Copel, 2000, Halloway, 1996 dan Videbeck, 2008) dan terapi keperawatan (McCloskey, 2006). Terapi spesialis yang dapat dilakukan untuk mengatasi ansietas diantaranya adalah terapi kognitif (Varcarolis, dkk., 2006), terapi perilaku (Videbeck, 2008), teknik relaksasi (Stuart & Laraia, 2005), *modeling* dan desensitisasi sistematis (Isaacs, 2001), *flooding* dan pencegahan respon (Varcarolis, 2006), *thought stopping* (Ankrom, 1998), CBT (Mark, dkk., 2000), psikoedukasi keluarga (Stuart and Laraia, 2005), ACT (Mauro & Murray, 2000), terapi logo (Johnson, 2006, Isaacs, 2005, Frangkl 2008) serta terapi suportif (Lidwina, 1989; Viederman, 2008; Lipsitz dkk, 2008). Psikoterapi-psikoterapi tersebut telah terbukti mampu lebih berpengaruh terhadap tingkat ansietas remaja di bandingkan dengan hanya dengan terapi generalis (Kaplan & Saddock, 2008)

6.1.2 Hubungan Karakteristik Remaja dengan Tingkat Ansietas Remaja

6.1.2.1 Hubungan Usia dengan Tingkat Ansietas Remaja

Hasil survey menunjukkan bahwa rata-rata usia remaja pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol berada pada kategori usia remaja akhir (17 tahun). Usia termuda remaja yang menjalani masa hukuman di penjara adalah 14 tahun dan usia tertua 18 tahun. Diyakini 95% usia remaja yang mengalami ansietas di rutan/ lapas berada pada rentang 16.49 – 17.00 untuk kelompok intervensi dan diyakini 95% usia remaja yang mengalami ansietas di rutan/lapas berada pada rentang 16.63 – 17.32.

Hasil uji menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara usia dan tingkat ansietas pada kelompok intervensi, dimana nilai p sebesar 0,679 ($p > \alpha; 0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa variabel usia remaja pada kelompok intervensi, bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas remaja di rutan dan lapas wilayah Jawa Barat setelah pemberian terapi logo dan terapi suportif.

Sedangkan pada kelompok kontrol, hasil uji menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara usia dan tingkat ansietas pada kelompok kontrol, dimana nilai p sebesar 0,895 ($p > \alpha; 0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa variabel usia remaja pada kelompok kontrol, bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas remaja di rutan dan lapas wilayah Jawa Barat setelah pemberian terapi logo dan terapi suportif.

Hal tersebut tidak sesuai dengan teori Oort (2009) yang meneliti tentang hubungan usia dan gender terhadap gejala ansietas pada remaja. Oort (2009) menyebutkan usia mempunyai hubungan dengan

ansietas remaja yaitu bahwa remaja akhir lebih mudah mengalami ansietas dibandingkan remaja awal dan pertengahan. Hal ini disebabkan karena remaja awal lebih dominan memiliki rasa keingintahuan yang besar, ingin mencoba pengalaman yang baru dan tidak mau dikekang baik oleh personal maupun oleh nilai yang berlaku pada masyarakat ((Kelley, Schochet, & Landry, 2004).

Pada remaja akhir yang menjalani masa-masa hukuman di penjara mempunyai tugas perkembangan untuk mempersiapkan tahap perkembangan berikutnya yang menuntut remaja mengambil tanggung jawab dalam kehidupan (menikah, bekerja) (Santrock, 2003). Remaja akhir juga telah mulai mengenal nilai-nilai yang berlaku di masyarakat. Kondisi remaja yang harus menjalani masa-masa hukuman di penjara menyebabkan remaja tidak bisa mempersiapkan tugas perkembangan usia tahap berikutnya, serta adanya ketakutan mendapat nilai yang buruk di masyarakat.

Kebalikan dari yang telah disampaikan oleh Oort (2009), Luis (2008) menyebutkan bahwa semakin bertambah usia remaja maka semakin dapat mengontrol respon ansietas yang di alaminya sehingga remaja akhir lebih mudah beradaptasi dengan perubahan yang terjadi baik di lingkungan maupun perubahan karena proses perkembangan yang di alaminya.

Sarwono (2003) menyampaikan pendapatnya tentang hubungan antara usia dengan tingkat ansietas individu bahwa menurut Sarwono kematangan kepribadian lebih mempengaruhi penerimaan seseorang terhadap stres yang dipersepsikan sebagai ansietas. Kematangan kepribadian seseorang tidak mutlak, tetapi perkembangan usia turut mempengaruhi kematangan pribadi seseorang. Menurut Sarwono, semakin bertambah usia seseorang, tidak menjamin bahwa

kepribadiannya akan semakin baik. Ada beberapa variabel luar yang ikut mempengaruhi perkembangan individu. Variabel luar yang turut mempengaruhi kematangan individu adalah faktor pengalaman. Stresor yang dialami harus dapat diatasi sesuai dengan tingkat kematangan dan perkembangan usia masing-masing.

Faktor usia juga mempunyai andil bagi keberhasilan terapi logo dan terapi suportif yang diberikan dalam menangani ansietas. remaja awal pada saat proses pelaksanaan terapi cenderung lebih mudah merasa bosan, sulit berkonsentrasi, dan tidak peduli dengan apa yang disampaikan. Sedangkan remaja akhir cenderung lebih mudah berkonsentrasi terhadap proses terapi, dan menikmati jalannya terapi dengan keterlibatan secara aktif dalam proses terapi.

Oleh karena itu maka peneliti menyarankan untuk lebih mengoptimalkan program pembinaan dan penyiapan mental remaja dalam mencapai tahap perkembangan yang harus dicapai dan mempersiapkan remaja menghadapi tahap perkembangan usia berikutnya meskipun remaja berada di dalam rumah tahanan atau di dalam penjara.

6.1.2.1 Hubungan Penghasilan Orangtua dengan Tingkat Ansietas Remaja

Hasil Survey pada penelitian menunjukkan bahwa besar penghasilan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol hampir sama, dimana rerata penghasilan tersebut masih berada di atas Upah Minimum Regional (UMR) Provinsi Jawa Barat tahun 2011 (UMR=732.000). Variasi penghasilan orangtua remaja pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi berada diantara rentang 250 ribu sampai dengan 5 juta. Diyakini 95 % penghasilan orangtua remaja dikelompok intervensi berkisar antara 459.890 – 991.390, sedangkan

di kelompok kontrol diyakini 95 % penghasilan orangtua remaja berkisar 692.030 – 1.341.300

Berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa pada kelompok intervensi, tidak terdapat hubungan antara besar penghasilan dalam sebulan dengan tingkat ansietas remaja. Hal ini dibuktikan dengan nilai *p value* (0.410) > 0.05. Sehingga dengan kata lain, variabel penghasilan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas remaja yang menjalani masa hukuman di rutan dan lapas.

Pada kelompok kontrol didapatkan hasil nilai *p value* (0.845) > 0.05, sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel penghasilan tidak berhubungan dengan tingkat ansietas remaja di rutan dan lapas. Hal tersebut berarti pula bahwa penghasilan orangtua dalam sebulan bukan merupakan variabel perancu pada kelompok kontrol.

Hasil penelitian diatas tidak sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Jenkin & Bell (1992) yang dijelaskan dalam Santrock (2003) bahwa masalah psikososial tidak hanya terbatas pada kelas kelas sosial yang lebih rendah, akan tetapi beberapa ciri kebudayaan kelas yang lebih rendah cenderung memicu terjadinya masalah psikososial remaja. Sejalan dengan Jenkin & Bell (1992), Sadock & Sadock (2007) menjelaskan jika status sosial ekonomi dan pekerjaan akan mempengaruhi tingkat ansietas. Remaja dengan orangtua yang memiliki status ekonomi menengah ke bawah cenderung mudah mengalami cemas dibandingkan dengan remaja yang status ekonomi orangtuanya di atas rata-rata. Hal ini dikarenakan remaja merasa kesulitan mendapatkan apa-apa yang di inginkannya dan merasa tidak bisa mengikuti perkembangan trend remaja seusianya. Hal yang sama di ungkapkan oleh Mc Loyd (1993) yang menyatakan bahwa anak dan

remaja yang berasal dari keluarga dengan penghasilan rendah beresiko tinggi untuk mengalami masalah kesehatan mental. Stress yang di alami remaja miskin mempunyai hubungan dengan pola asuh yang diterapkan keluarga miskin pada remaja (Conger dkk,1994). Hal ini disebabkan karena sebagian besar keluarga miskin menerapkan disiplin yang kaku, mengancam dan tidak konsisten, kurangnya pengawasan ibu, dan hubungan emosional yang lemah antara anak dan orangtua (Sampson & Lau, 1994)

Orangtua remaja di Rutan dan Lapas rata rata memiliki penghasilan di atas UMR. Penghasilan yang cukup tinggi sebanding dengan usaha yang harus di lakukan orangtua dalam bekerja. Kondisi tersebut menuntut orangtua berbagi perhatian antara pekerjaan dan anak anak. Tidak ada tempat bagi anak anak untuk bercerita tentang apa yang di rasakan dan di inginkan selama masa pencarian identitas terjadi sehingga anak lebih suka bercerita pada teman sebaya atau menikmati hari hari di warnet. Akibatnya remaja menginterpretasikan sendiri apa yang di lihat. Sesuai dengan tahap perkembangannya, yaitu rasa keingintahuan remaja membuat mereka ingin mencoba hal hal yang baru. Beberapa remaja yang menjadi responden penelitian mengungkapkan bahwa keinginan melakukan tindakan kriminal berawal dari lintasan pikiran dan keinginan untuk mencoba, hingga mereka akhirnya bermasalah dengan hukum dan menjalani masa hukuman di penjara.

Berdasarkan penjelasan di atas maka pemahaman tentang perkembangan remaja harus di ketahui dan di fahami oleh semua orangtua remaja baik dari kalangan ekonomi menengah ke bawah maupun kalangan ekonomi atas. Hal ini di maksudkan agar orangtua bisa mendampingi remaja melewati tugas perkembangan yang harus

dihadapinya dengan baik, termasuk remaja yang harus menjalani masa hukuman di Rutan dan Lapas

6.1.2.3 Hubungan Pendidikan dengan Tingkat Ansietas Remaja

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki proporsi yang hampir sama. Sebagian besar kedua kelompok memiliki pendidikan tertinggi tamat SMP (46.2% pada kelompok intervensi dan 59% pada kelompok kontrol), sedangkan untuk responden yang tidak tamat SD dan tamat SD pada kelompok intervensi masing – masing sebesar 10.3% dan 43.6% dan pada kelompok kontrol masing masing sebesar 10.3% dan 30.8%.

Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa pada kelompok intervensi variabel pendidikan tidak mempunyai hubungan dengan tingkat ansietas dimana nilai *p value* pada ketiga variabel tersebut > 0.05 , yaitu *p value* pendidikan 0.998, *p value* status remaja 1.000 dan *p value* pola asuh orangtua 1.000.

Pada kelompok kontrol, di jelaskan tentang hubungan pendidikan dengan tingkat ansietas remaja setelah diberikan terapi logo dan terapi suportif. Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa pendidikan, tidak mempunyai hubungan dengan tingkat ansietas. Hal ini ditandai dengan nilai *p value* (1.000) > 0.05 .

Hal tersebut diatas tidak sesuai dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Tarwoto dan Wartona (2003) yang menjelaskan bahwa terdapat beberapa hal yang dapat mempengaruhi tingkat ansietas individu, antara lain maturitas individu, tipe kepribadian dan pendidikan. Status pendidikan yang rendah dapat menyebabkan seseorang lebih mudah mengalami stress di bandingkan dengan

mereka yang status pendidikannya tinggi. Wiguna & Ibrahim (2003) menyebutkan bahwa pendidikan merupakan salah satu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung sepanjang hidup.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan keluarga pada kelompok intervensi dan kontrol, dengan beban dan tingkat ansietas, dengan nilai p lebih besar dari alpha. Hasil ini bertentangan dengan konsep teori dan beberapa penelitian terdahulu. Brewer, (1983 dalam Kaplan dan Sadock, 2007) mengatakan bahwa status pendidikan yang rendah akan menyebabkan seseorang mudah stres.

Berdasarkan penjelasan Kopelowicz, dkk., (2003) tingkat pendidikan dan pengetahuan seseorang berkorelasi positif dengan keterampilan coping yang dimiliki. Sementara mekanisme coping seseorang langsung berhubungan dengan bagaimana individu menghadapi stressor. Jadi hal ini berarti bahwa pendidikan tidak berkorelasi secara langsung dengan tingkat ansietas seseorang.

6.1.2.4 Hubungan Pola Asuh Orangtua dengan tingkat Ansietas Remaja

Hasil analisis univariat pada pola asuh orangtua diketahui bahwa pada kedua kelompok sebagian besar orangtua remaja yang menjalani masa-masa hukuman di lapas/rutan menerapkan pola asuh *protective* (82.1% pada kelompok intervensi dan 71.8% pada kelompok kontrol), sedangkan penerapan pola asuh *democratic* pada kelompok intervensi 10.3% dan pada kelompok kontrol sebesar 12.0%

Berdasarkan uji statistik diketahui bahwa pada kelompok intervensi variabel pola asuh orangtua tidak mempunyai hubungan dengan tingkat ansietas dimana nilai p value pada ketiga variabel tersebut >

0.05, yaitu *p value* pendidikan 0.998, *p value* status remaja 1.000 dan *p value* pola asuh orangtua 1.000. sedangkan pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa bahwa pola asuh orangtua tidak mempunyai hubungan dengan tingkat ansietas. Hal ini ditandai dengan nilai *p value* (1.00) > 0.05.

Hasil penelitian yang tersebut di atas, yang menyatakan bahwa pola asuh orangtua tidak mempunyai hubungan dengan tingkat ansietas remaja di rutan dan lapas tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Oort (2011) yang menjelaskan tentang peran orangtua sebagai salah satu faktor resiko terjadinya ansietas pada remaja. Masa remaja merupakan masa peralihan dari masa anak menuju masa dewasa. Pada masa ini remaja sudah tidak mau lagi disamakan dengan anak-anak akan tetapi juga belum bisa dikatakan telah menjadi dewasa. Menghadapi masa adaptasi dari anak menuju dewasa remaja membutuhkan proaktif orangtua sebagai role model untuk mau bersikap sebagai sahabat dan menyapa remaja dengan kehangatan (Werner & Smith, 1992 dalam Santrock, 2003). Remaja menginginkan orangtua meluangkan waktu untuk mendengarkan semua keluhan, keinginan dan harapan remaja.

Kendall (2004), menjelaskan bahwa peran orangtua terhadap remaja yang mengalami ansietas adalah membantu memberikan stimulasi optimal remaja sehingga mampu menjalani tugas perkembangannya. Lyton (1995) menyebutkan bahwa faktor keluarga mempunyai peran terhadap terjadinya masalah psikososial pada remaja. Faktor keluarga yang dimaksud adalah dukungan keluarga dan praktek manajemen keluarga (Santrock, 2003). Dukungan keluarga dan praktek manajemen keluarga meliputi pengawasan dan keberadaan remaja, pelaksanaan disiplin yang efektif bagi tingkah laku anti sosial remaja, menerapkan keterampilan pemecahan masalah yang efektif, dan

mendukung berkembangnya keterampilan prososial (Offort & Boyke, 1998 dalam Santrock, 2003)

Dukungan keluarga dan praktek manajemen keluarga termanifestasi pada pola asuh orangtua pada remaja. Kuzgun (1972) ; Eldeleklioglu (1996) dalam Filiz (2009) membagi pola asuh orangtua menjadi 4 tipe, yaitu antara lain *authoritarian*, *protektive*, *neglected*, dan *democratic*. Orangtua remaja dengan ansietas yang menjalani masa hukuman di rutan dan lapas sebagian besar mempunyai pola asuh *protektive*. Pola asuh *protektive*, membuat remaja menjadi kesulitan dalam mengekspresikan keinginan dan cita-citanya sendiri. Keinginan mencoba hal baru tidak hilang dalam diri remaja. Remaja menyimpannya dalam hati hingga akhirnya remaja melakukan tindakan yang dianggapnya menarik ketika orangtuanya sedang tidak berada di samping remaja.

Remaja dengan orangtua *protektive*, membuat remaja menjadi pribadi yang pencemas (Rodrigues, 2009). Ketika remaja menghadapi suatu masalah maka remaja dengan orangtua yang *over protektive* lebih kesulitan mengambil keputusan, karena remaja tidak pernah belajar untuk memilih dan mengambil keputusan.

Remaja yang menjalani masa hukuman di rutan dan lapas mengalami kesulitan untuk mengambil keputusan yang terkait dengan aktivitas sehari-hari. Remaja lebih sering mengikuti atau terpengaruh oleh lingkungan. Kondisi ini jika di biarkan akan dapat menyebabkan remaja menjadi pribadi yang tidak punya prinsip dan sangat mudah terbawa oleh lingkungan yang ada di sekitarnya. Oleh karena itu proses pembinaan pada remaja yang berada di rutan dan lapas tidak hanya di berikan kepada remaja sebagai subyek tapi juga di berikan kepada orangtua sebagai wali remaja

6.2 Keterbatasan penelitian

Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh keterbatasan proses penelitian. Penelitian dilaksanakan dengan pemberian terapi logo dan terapi suportif pada remaja yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Peneliti dibantu oleh petugas rutan dan lapas dalam menyiapkan responden dan menyiapkan fasilitas ruangan yang di pergunakan untuk penelitian.

Tenaga untuk pelaksanaan terapi logo dan terapi suportif pada kelompok intervensi di bantu oleh terapis lain yang telah memenuhi kriteria dan ada pertemuan khusus bersama peneliti untuk menyamakan persepsi. Keterlibatan terapis yang lain dilakukan untuk mempercepat proses penelitian yang di batasi waktu. Pertemuan seluruh kelompok intervensi di lakukan secara bersamaan.

Kendala yang dirasakan peneliti yaitu pada jauh dan sulitnya jarak yang harus di tempuh oleh peneliti untuk bisa mencapai lokasi penelitian, serta adanya lapas pada kelompok kontrol yang menginginkan peneliti terjun langsung di saat saat akhir data harus dikumpulkan. Selain hal tersebut keterbatasan penelitian ini adalah pada pelaksanaan terapi generalis yang dilakukan peneliti dalam kelompok besar dan hanya dilakukan 1 pertemuan selama penelitian sehingga hasil yang di peroleh tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan pada penurunan tingkat ansietas remaja di rutan dan lapas

6.2 Implikasi penelitian

Hasil penelitian pengaruh Terapi Logo dan Terapi Suportif terhadap Ansietas Remaja di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat menunjukkan hasil yang bermakna. Berikut diuraikan mengenai implikasi hasil penelitian terhadap :

6.3.1 Pelayanan Keperawatan

Tenaga kesehatan yang selama ini bertugas di rutan dan lapas hanya berfokus pada masalah kesehatan fisik dan kurang memperhatikan aspek psikologi remaja. Penelitian ini memberi implikasi pula kepada tenaga kesehatan di rutan dan lapas untuk tidak hanya memperhatikan masalah kesehatan fisik tapi juga masalah psikologis remaja.

6.3.2 Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian Terapi Logo dan Terapi Suportif berpengaruh terhadap ansietas remaja di rutan dan lapas. Penelitian ini memberi implikasi bagi institusi pendidikan perawat khususnya mata ajar keperawatan jiwa bahwa penggabungan 2 terapi, khususnya terapi logo dan terapi suportif dapat mengurangi ansietas pada kelompok khusus. Oleh karena itu pembahasan tentang kombinasi 2 terapi dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa agar dapat diberikan pada mata kuliah keperawatan jiwa

6.3.3 Penelitian

Hasil penelitian ini merupakan awal dikembangkannya penelitian lain tentang kombinasi beberapa terapi lain dalam upaya untuk mengatasi ansietas. Selain hal tersebut, penelitian kualitatif dapat menjadi alternatif metode penelitian pada remaja di rutan dan lapas sehingga remaja di rutan dan lapas dapat lebih tergali makna hidup yang telah di fahami dan di dapatkan oleh remaja selama menjalani masa hukuman

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penjelasan pembahasan hasil penelitian yang berhubungan dengan bab sebelumnya, maka dapat ditarik simpulan dan saran sebagai berikut:

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik remaja pada kelompok intervensi yang terlibat dalam penelitian di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat rata-rata berusia 16.74 tahun, penghasilan orangtua rata-rata Rp. 725.740, pendidikan tamat SMP, pola asuh orangtua *protective*, mayoritas mengalami ansietas berat
- 7.1.2 Karakteristik remaja pada kelompok kontrol yang terlibat dalam penelitian di Rutan dan Lapas Wilayah Jawa Barat rata-rata berusia 16.97, Penghasilan orangtua rata-rata Rp.1.1016.670, pendidikan tamat SMP, pola asuh orangtua *protective* dan mayoritas mengalami ansietas berat
- 7.1.3 Terapi logo dan terapi suportif memberikan pengaruh yang signifikan terhadap penurunan ansietas remaja di rutan dan lapas wilayah Jawa Barat yang ditandai dengan adanya perbedaan tingkat ansietas sebelum dan setelah di berikan terapi logo dan terapi suportif pada remaja di rutan dan lapas pada kelompok intervensi
- 7.1.4 Tingkat ansietas remaja setelah diberikan terapi logo dan terapi suportif pada kelompok intervensi berbeda secara signifikan dengan tingkat ansietas remaja setelah diberikan terapi logo dan terapi suportif pada kelompok kontrol
- 7.1.5 Penurunan tingkat ansietas remaja tidak dipengaruhi oleh usia, penghasilan orangtua, pendidikan, dan pola asuh orangtua

7.2 Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian pengaruh terapi logo dan terapi suportif pada remaja di rutan dan lapas di wilayah Jawa Barat.

7.2.1 Aplikasi keperawatan

- a. Kanwil hukum dan HAM Provinsi Jawa Barat menyampaikan kepada seluruh Kalapas dan Karutan di wilayah Provinsi Jawa Barat untuk meningkatkan perhatian terhadap masalah kesehatan mental remaja yang menjalani masa hukuman di rutan dan lapas terutama pada remaja yang masih mengalami ansietas berat dengan melakukan pemeriksaan berkala terhadap status mental remaja dan memberikan penanganan secara medis maupun non medis
- b. Kanwil hukum dan HAM Provinsi Jawa Barat menyampaikan kepada seluruh Kalapas dan Karutan seluruh provinsi Jawa Barat untuk melakukan pembinaan yang intensif tidak hanya pada remaja yang menjalani masa hukuman di Rutan dan Lapas tapi juga memberikan pendidikan kesehatan secara berkala kepada orangtua remaja yang melakukan kunjungan terhadap remaja sehingga orangtua memahami perkembangan remaja, kemungkinan masalah yang dihadapi oleh remaja dan tindakan yang bisa dilakukan orangtua untuk mengantisipasi hal tersebut.
- c. Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan terapi logo dan terapi suportif sebagai salah satu kompetensi yang dapat dilakukan pada pelayanan kesehatan jiwa khususnya masalah ansietas pada remaja akhir di masyarakat (berbasis komunitas).

7.2.2 Keilmuan

- a. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya dapat menggunakan hasil penelitian ini sebagai *evidence based* dengan lebih mengeksplorasi konsep dan teori keperawatan jiwa dalam mengembangkan teknik penerapan penggabungan terapi logo dan terapi suportif bagi masalah keperawatan jiwa.
- b. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya dapat bekerjasama dengan pihak Rutan dan Lapas untuk melakukan intervensi keperawatan baik pemberian terapi generalis maupun terapi spesialis terhadap remaja yang berada di rutan dan lapas

7.2.3 Metodologi

- a. Perlu dilakukannya penelitian kuantitatif dengan menambahkan jumlah sampel yang lebih banyak agar dapat melihat variabel perancu apakah mempengaruhi dalam pemberian terapi logo dan suportif dan bias diuji secara multivariat
- b. Perlu dilakukannya penelitian kualitatif untuk bisa menggali lebih dalam bagaimana remaja di Rutan dan Lapas mencari makna hidup
- c. Perlu dilakukannya penelitian lanjutan di rutan dan lapas tentang pengaruh terapi logo dan terapi suportif terhadap ansietas pada narapidana dewasa.
- d. Perlu perencanaan yang terarah dan berkesinambungan dalam meningkatkan kualitas untuk penerapan terapi logo dan terapi suportif sehingga mendapatkan hasil yang lebih baik.
- e. Penggunaan terapi generalis individu dalam penelitian tentang pengaruh terapi spesialis sehingga memberikan hasil yang lebih optimal

DAFTAR REFERENSI

- Abidin, Z. (2010). *450 Lapas dalam kondisi overload*. [http:// suamerdeka.com](http://suamerdeka.com). diperoleh tanggal 8 Februari 2011
- American Nurse Association. (1995). *Scope and standards of nursing practice in correctional facilities*. [http:// statepen.org/ana.pdf](http://statepen.org/ana.pdf). Diperoleh tanggal 10 Februari 2011
- Appelbaum, A.H. (2005). *Supportive therapy*, <http://focus.psychiatryonline.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2011
- Arikunto, S. (2009). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Edisi 5. Jakarta : Rineka Cipta
- Ataoglu, dkk. (1998). Paradoxical therapy in conversion disorder. *Journal of medical science psychiatric from the dickle university school of medicine*, Departement of Psychitry, Diyarbakir Turkey. 28(1), 419 – 421
- Atkinson, dkk. (1993). *Pengantar psikologi*. Alih bahasa :Wijaya Kusuma. Edisi 11. Jakarta : Intra Aksara
- Atmasasmita, Ramli. (1995). *Kapita Selektta Hukum Pidana dan Kriminologi*. Jakarta : Mandar Maju
- Aziz, A.H. (2003). *Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah*. Edisi Pertama. Jakarta : Salemba Medika.
- Barners, et.al. (2002). Reliability generalization of scores on spielberger state trait anxiety inventory. *SAGE Journals Online and Highwire Press Platform* 62, 603.
- Bedell, J.R., dkk. (1997). *Current approaches to assessment and treatment of person with serious mental illness*, <http://www.psychosocial.com/research/>, diperoleh tanggal 27 Februari 2011.
- Bektas, dkk. (2008). Effect of health promotion education on presence of positive health behaviours, level of anxiety and self concept. *Social behavior and personality journal*. 35(5), 681 – 690
- Bellino, dkk. (2010). Adaptation of Interpersonal Psychotherapy to Borderline Personality Disorder: A Comparison of Combined Therapy and Single Pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 55 Issue 2, p74-81

- Blair, et.al. (2004). Helping older adolescent search for meaning in depression. *Journal of Mental Health Counseling*, 26(4)
- Boyd, M.A., & Nihart, MA. (1998). *Psychiatric nursing contemporary practise*, Philadelphia: Lippincott
- Buttler T., Allnut S. (2003). *Mental Illness among New South Wales Prisoners*. NSW Correction Health Service – ISBN. Australia
- 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 2 Januari 2011.
- CMHN (2006). *Modul basic course community mental health nursing*. Jakarta : WHO FIK UI
- Colins, et.al. (2010). Psychiatric disorder in detained male adolescents : A systematic literatur review. *The Canadian Journal of Psychiatric*, 55(4) : 255-263
- Copel, L.C (2000). *Psychiatric and mental health nursing care : Nurse's clinical guide*. (2nd ed). Philadhelpia : Lippincot William & Wilkins.
- Dahlan, MS. (2009). *Statistic untuk kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Dariyanto E., dkk. (2010). *Ironi penjara wanita*. [http:// www. fahmina.or.id/](http://www.fahmina.or.id/). diperoleh tanggal 10 Maret 2011
- Depkes RI. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes. (2010). Pedoman kesehatan jiwa remaja. www.depkes.org. diperoleh tanggal 15 Februari 2011
- Depkes. (2011). *Psikososial*. www.depkes.org. diperoleh tanggal 20 Februari 2011
- Dhami M.K., dkk. (2010). Adaptation to imprisonment. *Journal of criminal justice and behaviour*, Vol. 34 No 8. August 2007. American Association for Correctional and Forensic Psychology
- Doenges, dkk. (2005). *Psychiatric plans : guidelines for individualizing care*. (3th ed). Philadelphia : F.A Davis

- Durak, ES., Genncoz F., (2003). *Factor associated with the symptoms of depression and anxiety among male turkish prisoners : A life crisis and personal growth model perspective.* <http://www.informaworld.com>. diperoleh tanggal 15 Maret 2011
- Effendi dkk. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktek Keperawatan.* Jakarta : Salemba Medika
- Fiandini, S.P. (2011). *Pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat kecemasan pasien pre – operasi di ruang bedah RSD dr. Soebandi Jember.* Skripsi PSIK - UNEJ. Tidak dipublikasikan
- Filiz and Yaprak. (2009). A study classifying parenting styles through discriminant analysis. *Journal of theory and practice in education*, 5(2) : 195 – 209
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental health nursing.* New Jersey. Pearson Education. Inc
- Frangkl, VE. (2008). *Optimisme di tengah tragedi : Analisis logoterapi.* Alih Bahasa : Lala Herawati Dharma. Bandung :Nuansa
- Frankl,VE. (2006). *Logoterapi : Terapi psikologi melalui pemaknaan eksistensi.* Alih Bahasa : M. Murtadlo. Yogyakarta : Kreasi Wacana
- Friedman, (2010). *Keperawatan keluarga teori dan praktek.* Edisi 5. EGC. Jakarta
- Gabel, S.L, (2005) *Disability studies in education readings theory and method,* Vienna : Oxford Lang.
- Gosden, et al. (2003). Prevalence of mental disorders among 15–17-year-old male adolescent remand prisoners in Denmark. *Acta Psychiatr Scand vol 107:* 102–110.
- Graham, Richard. (2011). Trend in anxiety during adolescence. *Healthcare counselling and psycotherapy journal*, 11(1) : 14-18
- Hasmilasari. (2010). *Pengaruh terapi kelompok suportif terhadap ansietas ibu hamil primipara di Kelurahan Balumbang Jaya, Bogor.* Hasil Karya Tulis Ilmiah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Hastono, SP. (2007). *Analisis data kesehatan.* Jakarta: FKM UI
- 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.

- 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*. <http://www.bjp.rcpsych.org/cgi>, diperoleh tanggal 2 Februari 2011
- 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 12 Februari 2011
- Hurlock, E. (1999). *Psikologi perkembangan : suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan (terjemahan Istiwidayanti & Soedjarno)*. Jakarta : Erlangga
- Hutzell, R.R & Jerkins, M.E. (1990). *The use of a logotherapy technique in the treatment of multiple personality disorder*. <http://sholarsbank.uoregon.edu/>. diperoleh tanggal 11 Maret 2011
- Isaacs, A (2005). *Panduan belajar keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatrik*. Edisi 3. Jakarta: EGC
- Janssens,et.al.(2010). Anxiety and depression are risk factors rather than consequences of functional somatic symptoms in a general population of adolescents: The TRAILS study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(3) : 304–312
- Jeffries,L. (1995). *Disertation. Adolescent and meaning in life*. Houston, United State. Unpublished
- Johnson, dkk. (2001). Interparental Conflict and Family Cohesion: Predictors of Loneliness, Social Anxiety, and Social Avoidance in Late Adolescence. *Journal of Adolescent Research*, v16 n3 p304
- Kaplan and Sadock. (1993). *Comprehensive group psychotherapy*. (3rd Ed). Maryland : Wiliam & Wilkins
- Kaplan and Sadock. (2008). *Concise textbook of child and adolescence psychiatry*. (3rd Ed). Maryland : Wiliam & Wilkins
- Kendall, dkk. (2004). Setting the Research and Practice Agenda for Anxiety in Children and Adolescence: A Topic Comes of Age. *Cognitive and Behavioral Practice*, v11 n1 p65-74

- Kirbach, G.V. (2002). *General introduction to logotherapy and existensial analysis*. http://www.existensial_analysis.org/. diperoleh tanggal 10 Februari 2011
- Kirisci, et.al. (1996). *Reliability and validity of the state trait anxiety for children in an adolescent sample : confirmatory factor analysis and item response theory*. Paper presented at Annual Meeting of the American Educational Research Association. New York, April 8-12
- Lee, A & Hankin, B. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self – esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *Journals of Clinical Child and Adolescence Psychology*, 38(2) : 219-231
- Lemeshow, et al. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Penerjemah: Diby Pramo. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Lidwina. (1989). Tesis. *Psikoterapi suportif sebagai teknik untuk menurunkan derajat depresi dan ansietas serta meningkatkan semangat hidup pasien hemiparese*. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Lipsitz, et. al. (2008). A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. www.interscience.wiley.com. diperoleh tanggal 15 Februari 2011
- Lisan K. (2010). *Penjara untuk orang miskin*. <http://www.polhukam.kompasiana.com> diperoleh tanggal 1 Februari 2010
- Luis et al. (2008). Exploring the Relevance of Gender and Age Differences in the Assessment of Social Fears in Adolescence. *Social Behaviour and Personality*. 36 (3), 385-390
- Manik. (2007). *Analisa Faktor – factor yang mempengaruhi konsep diri pada narapidana remaja di Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA anak Tanjung Gusta Medan*. Skripsi. Tidak dipublikasikan
- Maramis, W.F. (2005). *Catatan ilmu kedokteran jiwa*. Cetakan 9. Surabaya: Airlangga University Press.
- Mark, et.al. (2000). Frequency of anxiety disorder in psychiatric outpatient with major depressive disorder. *Journal psychiatric from the American Psychitric Association*. 157(1), 1337 – 1340
- Maslim, R. (2001). *Diagnosis gangguan jiwa, PPDGJ III*, Jakarta: FK Unika Atmajaya.

- Masngudin, HMS. (2004). *Kenakalan remaja sebagai perilaku menyimpang hubungannya dengan keberfungsian sosial keluarga, kasus di pondok pinang pinggiran kota metropolitan Jakarta*. <http://www.depsos.go.id> diperoleh tanggal 15 Maret 2011
- Mauro, M.V & Murray, S.B. (2000). Quality of life in individual with anxiety. *Journal Psychitric from American Psychiatric Association*. 157(1),669-682
- Mc. Closkey, J.C., dkk. (2008). *Nursing Intervention Clasification (NIC)*. (5th Ed). St. Louis Mosby
- Mellaniem, dkk. (2009). Parenting Styles in a Cultural Context: Observations of “Protective Parenting” in First-Generation Latinos. *Family process journal*. Vol 48 no. 2
- Michael. (2006). *Anxiety management service*. <http://www.anxiety-management-service.com/>. diperoleh tanggal 10 Februari 2011
- Miller, dkk. (2004). *What is supportive psychotherapy*. Harvard medical school. <http://www.health.harvard.edu/subinfo/.pdf>. 22 februari 2011
- Mohr, WK, (2006). *Psychiatric mental health nursing* (6 th edition), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Mu'afiro, Adin. (2004). *Pengaruh hypnosis lima jari terhadap penurunan kecemasan pasien kanker leher rahim di ruang kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. FK – UGM. Tesis. Tidak dipublikasikan
- NANDA. (2009). *Nursing diagnoses: definitions & clacification 2008-2009*. Philadelphia. USA: NANDA International
- Nasution. (2007). *Stress pada remaja*. Repository USU
- NIMH. (2000). *American psychiatric associations*. <http://www.nimh.nih.gov/statistics/> . diperoleh tanggal 15 Maret 2011
- NIMH. (2011). *Prevalence of mental illness by disorder*. <http://www.nimh.nih.gov/statistics/>. diperoleh tanggal 15 Maret 2011
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S., (2007). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmojo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

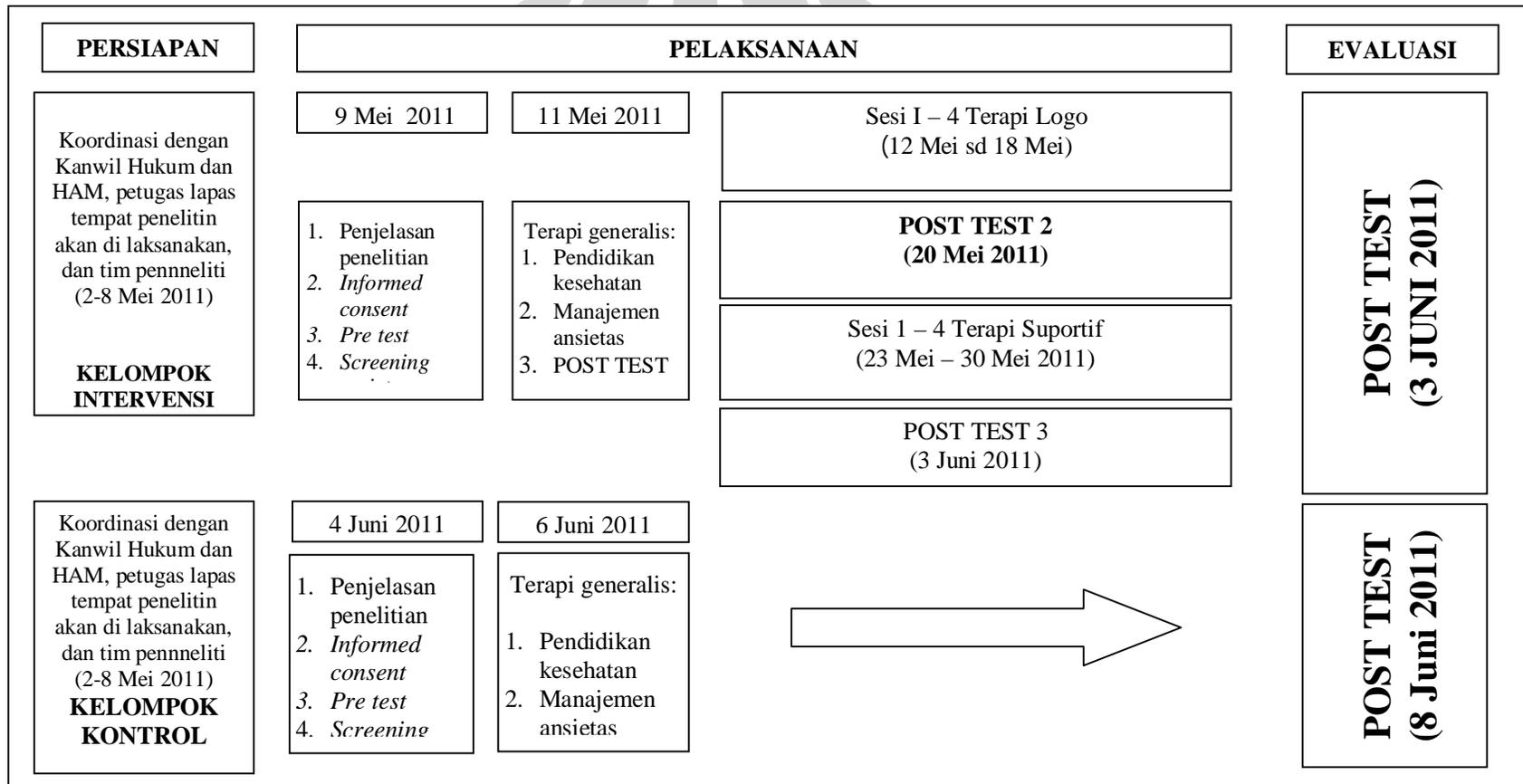
- Nugroho, P.W., (2009). Logoterapi. *Jurnal psikologi*. <http://duniapsikologi.multiply.com/>. Diperoleh tanggal 1 februari 2011
- Nurse J, et.al. (2003). *Influence of environmental factors on mental mealth with in prison : Focus group study*. <http://wwwbmj.com/>. diperoleh tanggal 15 Maret 2011
- Oliva,et.al. (2009). Protective effect of supportive family relationship and the influence of stressful life events on adolescent adjustment. *Journal anxiety, stress & coping*, 22(2) : 137-152
- Oort, dkk. (2011). Risk indicators of anxiety throughout adolescence: The TRAILS study. *Depression and anxiety journal*. Vol. 28 Issue 6, p485-494
- Pandia,V. (2007). *Penerapan konsep logoterapi dalam konseling kristen*. <http://www.bkunya.blogspot.com/>. diperoleh tanggal 8 Februari 2010
- Pangaribuan N. (2010). *Catatan kriminal 2009*. <http://www.portalkriminal.com/>. diperoleh tanggal 18 Maret 2011
- Perda Provinsi Jawa Barat No. 11 tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Kesehatan
- Pollit, D.F, Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2006). *Essential of nursing research: Methods appraisal and utilization*. 6th ed. Philadelphia : Lippincott. Williams & Wilkins.
- Prawitasari, J.(2002) *PsikoTerapi Pendekatan Konvensional dan Kontemporer*, Editor: Subandi. Unit Publikasi Fakultas Psikologi UGM. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan UI (2008), *Pedoman penulisan tesis*. Jakarta: Tidak dipublikasikan
- Rawlins, William & Back, (1995), *Mental health psychiatric nursing a holistic life cycle approach, Third Edition*, USA: Mosby Year Book.
- Rocland,L.H. (1993). A Review of suportive psychotherapy 1986 – 1992. *Journal of hospital and community psychiatry*, 44(11) : 1053 -1060
- Routledge et al. (2010). When death thoughts lead to death fears: Mortality salience increases death anxiety for individuals who lack meaning in life. *Cognition & Emotion Journal*, Vol. 24 Issue 5, p848-854
- Rusmil. (2010). *Satu dari lima anak terganggu mentalnya*. www.bataviase.co.id. diperoleh tanggal 15 Maret 2011

- Saddock, B.J dan Saddock, V.A (2007). *Kaplan and Saddock's synopsis of psychiatry: Behavioral science/clinical psychiatry*. 10th Ed. Lippincott William & Wilkins.
- Safaria, dkk. (2009). *Managemen emosi*. Jakarta: PT Bumi Aksara
- Sami'un, Y. (2007). *Kesehatan mental 3 : Gangguan-gangguan mental yang berat, simptomatik, proses diagnosa dan proses terapi gangguan – gangguan mental*. Yogyakarta : Kanisius
- Santrock, JW. (2003). *Adolescence*. (6th Ed). Alih bahasa Adelar, dkk. Jakarta: Erlangga
- Sastroasmoro, S, & Ismael, S,. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ke-3. Jakarta : sagung Seto.
- Scechtman dan Katz. (2007). Therapeutic bonding in group as an explanatory variable of progress in the social competence of students with learning disabilities university of Haifa, Israel. *Group Dynamic : Theory, Research, and Practice American Psychological Association*, Vol.11, No.2 : 117 – 128
- Seligman, et.al.(2004). The utility of measure of child and adolescent anxiety scale, the state trait anxiety inventory for children, and the child behaviour checklist. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Vol 33(3), 557-565
- Singarimbun, M & Effendi, S. (1995). *Metode penelitian survey*. Yogyakarta : Lembaga Penelitian, Pendidikan dan Penerapan Ekonomi Sosial (LP3ES)
- Steinberg. (2002). *Gale encyclopedia childhood and adolescence*. www.fidarticles.com. diperoleh tanggal 15 Maret 2011
- Strauss dkk. (1990). Anxiety disorders of childhood and adolescence. *School Psychology Review*, Vol. 19 Issue 2, p142
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psyhiatric nursing*. (8th ed.). St. Louis : Mosby Year B
- Stuart,GW. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9th Ed). Missouri: Mosby Elsevier
- Sulcha. (1993). Skripsi *Hubungan konsep diri dan tingkat kecemasan narapidana di balai BISPAA kelas I Surabaya*. Surabaya. Tidak dipublikasikan

- Sulistiyawati. (2007). Skripsi. *Analisis faktor – faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan penduduk pasca gempa terhadap post traumatic stress disorder di Desa Sengon Kecamatan Prambanan Kabupaten Klaten*. Jogjakarta. Tidak dipublikasikan
- Suliswati., dkk. (2005). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta : EGC
- Supeno, H. (2009). *Perlindungan hukum anak*. <http://hadisupeno.com/wawancara/65-perlindungan-hukum-anak.html> diperoleh tanggal 24 Maret 2011
- Sutejo. (2009). Tesis. *Pengaruh logoterapi terhadap ansietas pada penduduk pasca gempa di Kabupaten Klaten Provinsi Jawa Tengah*. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Tarwoto & Wartonah. (2003). *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Edisi Pertama. Jakarta : Salemba Medika
- Tholib. (2010). *Pemberdayaan lapas terbuka sebagai wujud pelaksanaan “Community based corrections” di Indonesia*. <http://www.ditjenpas.go.id/>. diperoleh tanggal 8 Februari 2011
- Tomb,A.D (2004). *Buku saku psikiatri*. Edisi 6. Jakarta: EGC
- Townsend, C.M. (2008). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. (4th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Townsend, MC. (2009). *Psychiatric mental health nursing*. (6th Ed). Philadhelpia: Davis Company
- Van Oort, et.al. (2009). The developmental course of anxiety symptom during adolescence : the TRAIL study. *The journal of child psychology and psychiatry*. 50(10): 1209-1217
- Varcarolis, E.M. (2006), *Psychiatric nursing clinical guide: assesment tools and diagnosis*. Philadelphia. W.B Saunders Co
- VictoriaV., M.Si.,Psi. (2007). Narapidana wanita : Stigma sosial dan kecemasan untuk kembali ke masyarakat. *Journal Psikologi Universitas Diponegoro* Volume 4 No.1, Juni 2007
- Videbeck, S.L. (2008). *Psychiatric mental health nursing*. (4rd Ed). Philadhelpia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Viederman. (2008). A model for interpretative supportive dynamic psychotherapy. *Journal of Psychiatry* 71(24). New York

- Wahyuni,S. (2007). Tesis. *Pengaruh logoterapi terhadap peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku pada lansia dengan harga diri rendah di panti wreda Pekanbaru. Riau.* Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Wheeler, K. (2008). *Psychotherapy for the advanced practice psychitric nurse.* St. Louis : Mosby
- WHO. (2001). *The world health report 2001*, World Health Organization.
- WHO. (2006). *The lancet.* London : Elsevier Properties SA.
- WHO. (2009). *Improving health system and service for mental health* : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Widiastuti, S.H. (2010). *Pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan keluarga melatih “self care” anak tunanetra ganda di SLB G Rawinala Jakarta 2010.* Tesis – FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Wijayanti, DY. (2010). Tesis. *Pengaruh logo therapy kelompok terhadap Kecemasan pada narapidana di LAPAS perempuan Semarang Jawa Tengah Tahun 2010.* Jakarta. Tidak dipublikasikan

Skema 4.2
Alur Kerja Pelaksanaan Penelitian



PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Efri Widianti

**Status : Mahasiswa Program Magister (S2) Kekhususan Keperawatan
Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

NPM : 0906621546

Bermaksud mengadakan penelitian tentang” **Pengaruh Terapi Logo dan Terapi Suportif Terhadap Ansietas Pada Remaja Di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasarakatan Wilayah Jawa Barat**”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana pengaruh *terapi logo dan terapi suportif* terhadap ansietas remaja di rumah tahanan dan lembaga pemasarakatan. Manfaat penelitian ini secara garis besar akan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan jiwa khususnya pada remaja dengan ansietas.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa pada kelompok khusus. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif atau pengaruh yang merugikan 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.

Demikian penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Terimakasih atas kesediaan dan partisipasinya.

Depok, April 2011

Efri Widianti
NPM 0906621546

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini yang nantinya berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan jiwa, 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 dalam upaya mengatasi ansietas pada remaja.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini berarti saya telah menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa paksaan dan bersifat sukarela.

Bandung,2011

Peneliti

Responden,

Efri Widianti
NPM 0906621546

.....
Paraf/Tanda tangan



UNIVERSITAS INDONESIA

INSTRUMEN PENELITIAN

**PENGARUH TERAPI LOGO DAN TERAPI SUPORTIF TERHADAP
ANSIETAS REMAJA DI RUMAH TAHANAN DAN LEMBAGA
PEMSYARAKATAN PROVINSI JAWA BARAT**

Kode Responden : *(diisi oleh peneliti)*

Nama/Inisial Responden :

Nama Lapas/Rutan :

Waktu : Pre test Post Test

Instrumen : *(diisi oleh responden dan didampingi oleh peneliti atau kolektor data)*

- A. Kuesioner A (Data Demografi Responden)
- B. Kuesioner B (Pola Asuh Orangtua)
- C. Kuesioner C (Tingkat Ansietas)



**Jadwal Pelaksanaan Terapi Logo dan Terapi Suportif
Terhadap Ansietas Pada Remaja Di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan Wilayah Jawa Barat
Tahun 2011**

Kelompok	Kegiatan/hari ke-																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	<i>Pre- test/ post test1</i>	S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4		<i>Post test3</i>
		L		L		L		L		S		S		S		S		
2		S1		S2		S3		S1	<i>Post test2</i>	S1		S2		S3		S4		
		L		L		L		L		S		S		S		S		
3		S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4		
		L		L		L		L		S		S		S		S		
4		S1		S2		S3		S1	S1		S2		S3		S4			
		L		L		L		L	S		S		S		S			

Keterangan :

S1 L : Sesi 1 Logo terapi

S1 S : Sesi 1 Suportif terapi

**Jadwal Penelitian Pengaruh Terapi Logo dan Terapi Suportif
Terhadap Ansietas Remaja Di Rumah Tahanan dan Lembaga Pemasyarakatan Wilayah Jawa Barat
Tahun 2011**

No	Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Penyelesaian proposal																								
2	Ujian proposal																								
1	Revisi proposal																								
	Uji Etik																								
2	Ujian <i>expert validity</i>																								
3	Ujian Kompetensi TKS																								
4	Pengurusan izin penelitian																								
5	Uji coba instrumen																								
6	Pengambilan data / intervensi																								
7	Analisis data																								
8	Ujian hasil penelitian																								
9	Perbaikan hasil penelitian																								
10	Sidang tesis																								
11	Perbaikan hasil sidang tesis																								
12	Pengumpulan tesis																								

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Efri Widianti
Tempat Tanggal Lahir : Nganjuk, 18 Januari 1982
Jenis Kelamin : Perempuan
Kewarganegaraan : Indonesia
Agama : Islam
Alamat : Pondok Alam Resik Blok E No 4
Bandung
Email : e_free358@yahoo.com

Riwayat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Sekolah/ Universitas	Tahun	Lokasi
SD	SDN. Ganung Kidul 3	1988-1994	Nganjuk Jawa Timur
SMP	SMPN 1 Nganjuk	1994-1997	Nganjuk Jawa Timur
SMA	SMUN 2 Nganjuk	1997-2000	Nganjuk Jawa Timur
S1	FIK Universitas Padjadjaran	2000-2005	Bandung
Profesi Ners	FIK Universitas Padjadjaran	2005-2006	Bandung
S2	FIK UI	2009-2011	Depok

Riwayat Pekerjaan

Lokasi	Tahun
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran	April 2006 sd sekarang

LEMBAR KUESIONER

Kode responden : LPS_JLKG/K1/.....

Petunjuk pengisian :

Pilihlah salah satu dari jawaban yang tersedia dengan memberi tanda centang (√) pada kotak disebelah jawaban yang anda pilih

KUESIONER A

DATA DEMOGRAFI REMAJA

1. Umur : Tahun (ulang tahun terakhir)
2. Pendidikan terakhir
 Tidak tamat SD Tamat SD Tamat SMP
3. Penghasilan orangtua : (dinyatakan dengan rupiah dan diisi sesuai kondisi)
4. Pola asuh orangtua : diukur berdasarkan *Parent Attitude Inventory*

KUESIONER B POLA ASUH ORANGTUA

Dimodifikasi dari *Parent Attitude Inventory* oleh Kuzgun (1972) dalam Filiz (2009) ;
Wolfradt (2002)

Petunjuk :

1. Pernyataan di bawah ini adalah pernyataan tentang bagaimana orangtua anda memperlakukan anda
2. Bacalah setiap pernyataan dan beri tanda centang (√) di sebelah kanan pernyataan yang sesuai dengan bagaimana perasaan anda saat ini. Tidak ada jawaban yang salah atau yang benar.

No	Pernyataan	Tidak setuju	Agak setuju	Ragu - ragu	Setuju	Sangat setuju
1	Orangtua saya membantu saya untuk percaya diri					
2	Orangtua saya mendukung saya untuk mengembangkan potensi dan bakat yang saya miliki					
3	Orangtua saya berfokus pada sisi negatif dari apapun yang saya lakukan, bukan sisi positif yang saya miliki					
4	Orangtua saya berusaha untuk melindungi saya dari hal hal yang dapat membahayakan diri saya					
5	Hubungan saya dan orangtua saya sangat resmi					
6	Orangtua saya mengizinkan saya mengajak teman untuk datang ke rumah					
7	Orangtua saya menerima pendapat yang saya sampaikan					
8	Orangtua saya membanding bandingkan saya dengan anak - anak lain					
9	Orangtua saya sering memerintah saya					
10	Orangtua saya mengharapkan saya mempunyai prestasi pada bidang yang tidak saya kuasai					
11	Orangtua saya bersikap dingin setiap kali saya membutuhkan mereka					
12	Orangtua saya meberi kesempatan kepada saya untuk berdiskusi tentang masalah yang saya hadapi					
13	Orangtua saya menjelaskan mengapa saya harus melakukan sesuatu yang diinginkannya					
14	Orangtua saya tidak membeda bedakan perlakuan kepada saya dan saudara saya					
15	Orangtua saya memaksa saya memilih profesi yang dia inginkan					
16	Orangtua saya memaksa saya memakan makanan yang tidak saya sukai					
17	Orangtua saya membantu saya untuk bisa mengatur waktu dengan baik.					

18	Orangtua saya mendorong saya untuk menyatakan pendapat ketika ada diskusi di rumah					
19	Orangtua saya membantu saya dalam belajar					
20	Orangtua saya meluangkan waktu untuk melakukan refreasing / rekreasi bersama					
21	Saya pikir orangtua saya merasa menyesal memiliki anak seperti saya					
22	Orangtua saya menghukum saya jika saya gagal ujian di sekolah					
23	Orangtua saya menekan saya untuk mencapai keinginannya					
24	Orangtua saya memaksa saya untuk melakukan sesuatu yang lebih daripada yang saya bisa					
25	Orangtua saya mengontrol keuangan saya dengan ketat					
26	Orangtua saya menginginkan saya menjadi sempurna dalam segala hal					
27	Orangtua saya menyambut saya dengan hangat setiap kali saya mendekati mereka					
28	Orangtua saya memberi saya keyakinan bahwa saya penting dan berharga bagi mereka					
29	Orangtua saya acuh tak acuh setiap kali saya ingin berdiskusi tentang masalah seks					
30	Orangtua saya memberitahu saya bahwa dia ingin saya menjadi anak yang baik					
31	Orangtua saya mengkhawatirkan kegiatan yang saya lakukan di luar rumah					
32	Ketika saya mencapai suatu prestasi, orangtua saya memberitahu saya bahwa saya harus melakukan lebih baik lagi					
33	Orangtua saya suka mendengarkan pendapat yang saya sampaikan dalam pengambilan keputusan di keluarga					
34	Orangtua saya menerima saya apa adanya					
35	Orangtua saya lebih memperhatikan orang lain daripada saya					
36	Orangtua saya biasanya berbicara kepada saya dengan suara yang kuat dan memerintah					

KUESIONER C (POST TEST) ANSIETAS PADA REMAJA

Petunjuk :

Bacalah setiap pernyataan dan beri tanda centang (v) di sebelah kanan pernyataan yang sesuai dengan bagaimana perasaan anda saat ini. Tidak ada jawaban yang salah atau yang benar.

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang – kadang	Tidak pernah
1	Saya takut berbuat kesalahan				
2	Saya ingin menangis jika mengingat kondisi saya sekarang				
3	Saya merasa tidak bahagia karena harus menjalani hari hari saya di lapas / rutan				
4	Saya kesulitan mengambil keputusan tentang hidup saya				
5	Saya merasa cemas ketika menghadapi masalah				
6	Saya sangat khawatir tentang masa depan saya				
7	Saya merasa bingung ketika di lapas/ rutan				
8	Saya malu dengan kondisi saya saat ini yang harus berurusan dengan masalah hukum				
9	Saya merasa menjadi orang yang bermasalah				
10	Pikiran- pikiran yang tidak penting mengganggu saya				
11	Saya khawatir dengan kelanjutan pendidikan saya				
12	Saya mengalami kesulitan memutuskan tindakan apa yang akan saya lakukan jika saya menghadapi masalah				
13	Saya merasa jantung saya berdebar keras jika saya merasa cemas				
14	Saya merahasiakan ketakutan yang saya alami				
15	Saya khawatir dengan kondisi orangtua saya dirumah karena saya menjalani hukuman di penjara				
16	Tangan saya berkeringat jika saya merasa cemas				
17	Saya khawatir dengan segala sesuatu yang akan terjadi di kemudian hari				
18	Saya sulit tidur di malam hari				
19	Saya merasa nyeri di lambung jika saya merasa cemas				
20	Saya mengkhawatirkan apa yang orang lain pikirkan tentang saya				

Dimodifikasi dari State - Trait Anxiety Inventory for Children – Trait (STAIC - T) oleh Spielberger dkk, 1986