



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI KELOMPOK SUPORTIF
TERHADAP BEBAN DAN TINGKAT ANSIETAS KELUARGA
DALAM MERAWAT ANAK TUNAGRAHITA
DI SEKOLAH LUAR BIASA (SLB) KABUPATEN BANYUMAS**

TESIS

**ERTI IKHTIARINI DEWI
0906573761**

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



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI KELOMPOK SUPORTIF
TERHADAP BEBAN DAN TINGKAT ANSIETAS KELUARGA
DALAM MERAWAT ANAK TUNAGRAHITA
DI SEKOLAH LUAR BIASA (SLB) KABUPATEN BANYUMAS**

TESIS

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

**ERTI IKHTIARINI DEWI
0906573761**

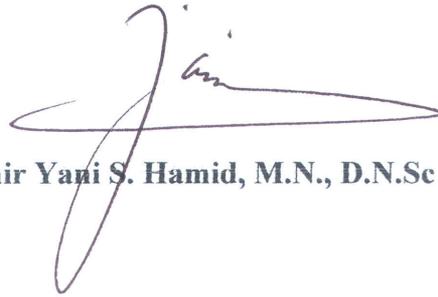
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI 2011**

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing serta telah dipertahankan di hadapan tim penguji tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

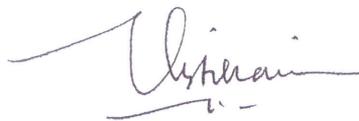
Depok, 12 Juli 2011

Pembimbing I



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

Pembimbing II



Mustikasari, S.Kp., MARS.

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Erti Ikhtiarini Dewi
NPM : 0906573761
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Jiwa
Judul Tesis : Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Beban dan Tingkat
Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di Sekolah
Luar Biasa (SLB) Kabupaten Banyumas

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

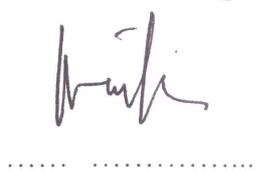
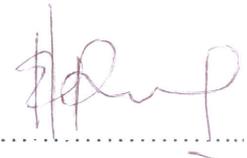
Pembimbing I : Prof.Achir Yani S.Hamid, M.N., DN.Sc

Pembimbing II : Mustikasari, S.Kp., MARS

Penguji : Herni Susanti, S.Kp,Mi.N

Penguji : Widya Lolita, SKp, MKep

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 08 Juli 2011



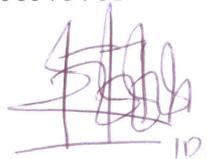
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Erti Ikhtiarini Dewi

NPM : 0906573761

Tanda Tangan :

A handwritten signature in purple ink, consisting of stylized, overlapping letters and lines, positioned to the right of the 'Tanda Tangan' label.

Tanggal : 14 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas taufik hidayah-Nya, tesis dengan judul : **“Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di Sekolah Luar Biasa (SLB) Kabupaten Banyumas”** dapat diselesaikan. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan tesis ini, penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawaty, M.A, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Prof. Achir Yani S. Hamid, M.N.,D.N.Sc, selaku pembimbing I tesis yang telah membuka wawasan penulis, memberi bimbingan dan arahan dengan sangat sabar, dan sangat cermat memberikan masukan untuk perbaikan serta memotivasi dalam penyelesaian tesis ini
4. Mustikasari, S.Kp., MARS, selaku pembimbing II tesis, yang dengan penuh perhatian membimbing dan memotivasi penulis, senantiasa meluangkan waktu dan murah hati memberikan masukan yang dibutuhkan penulis.
5. Herni Susanti, M.N, selaku pembimbing III tesis, yang telah memberikan masukan dan arahan selama proses penyempurnaan tesis
6. Kepala Sekolah SLB C Yakut dan SLB Kuncup Mas Banyumas beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melaksanakan kegiatan penelitian ini

7. Seluruh responden, keluarga yang memiliki anak tunagrahita, di SLB Kabupaten Banyumas yang dengan tulus dan ikhlas bersedia untuk dilibatkan dalam serangkaian panjang proses penelitian ini
8. Bapak dan Ibu di rumah, sinar surya hidupku, yang dengan segenap air mata doa selalu melindungi putri bungsumu ini dalam setiap penantian cita, cinta, dan pengharapan. Terimakasih telah menjadikanku sosok *special* buat kalian, yang takkan mungkin sanggup untuk tergantikan
9. Kakak kandungku tercinta, mbak ira, satu-satunya penyambung ikatan darah, yang tidak akan pernah berhenti untuk berespon positif
10. Sahabat seperjuangan: Anny Rosiana M, Sri Maryatun, dan, Arena Lestari. Terimakasih telah menjadi *my idol* yang senantiasa membimbingku. Kalian adalah cat warna yang telah menghiasi kertas putihku
11. Rekan-rekan angkatan V Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa, *special for* Desi Ariyana dan Anjas Surtiningrum, yang telah bersama-sama saling memberikan dukungan selama penyempurnaan tesis ini.
12. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini

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

Amin ya Robb.

Depok, 23 Juni 2011

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Erti Ikhtiarini Dewi
NPM : 0906573761
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Keperawatan Jiwa
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di Sekolah Luar Biasa (SLB) Kabupaten Banyumas.

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan 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



(Erti Ikhtiarini Dewi)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR SKEMA	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	13
1.3. Tujuan Penelitian	14
1.4. Manfaat Penelitian	15
2. TINJAUAN PUSTAKA	17
2.1. Tunagrahita	17
2.2. Keluarga dengan Anak Tunagrahita	25
2.3. Masalah Psikososial: Ansietas	39
2.4. Peran Keperawatan Jiwa untuk Mengatasi Ansietas	49
2.5. Terapi Suportif Keluarga	51
2.6. Metode Riset Kuantitatif	56
2.7. Kerangka Teori Penelitian	57
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	59
3.1. Kerangka Konsep	59
3.2. Hipotesis Penelitian	61
3.3. Definisi Operasional	62
4. METODE PENELITIAN	67
4.1. Desain Penelitian	67
4.2. Populasi dan Sampel	69
4.3. Tempat Penelitian	72
4.4. Waktu Penelitian	73
4.5. Etika Penelitian	73
4.6. Aplikasi Prinsip Etika Penelitian	74
4.7. Alat Pengumpul Data	77
4.8. Uji Instrumen	80
4.9. Prosedur Pelaksanaan Penelitian	84
4.10. Analisa Data	91

5. HASIL PENELITIAN	95
5.1. Analisis Univariat	95
5.2. Uji Kesetaraan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	100
5.3. Uji Bivariat Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita	106
5.4. Hubungan antara Karakteristik Keluarga dengan Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga setelah diberikan Terapi Kelompok Suportif	112
5.5. Hubungan antara Karakteristik Anak dengan Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga setelah diberikan Terapi Kelompok Suportif ...	119
6. PEMBAHASAN	124
6.1. Diskusi Hasil Penelitian	123
6.2. Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita	146
6.3. Hubungan Karakteristik Anak dengan Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita	162
6.4. Keterbatasan Penelitian	166
6.5. Implikasi Penelitian	167
7. KESIMPULAN DAN SARAN	169
7.1. Simpulan	169
7.2. Saran	170
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

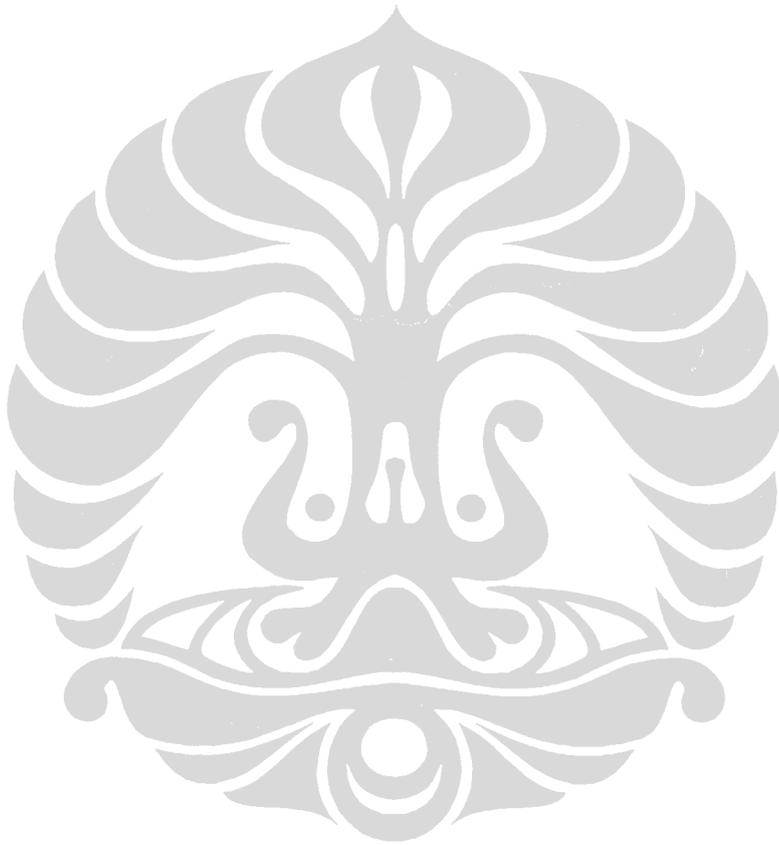
Tabel 2.1	Tingkat Tunagrahita, Perkiraan Rentang IQ, dan Kriteria Perilaku Adaptif yang Terlihat	20
Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Dependen dan Independen	63
Tabel 3.2	Definisi Operasional Data demografi Responden	64
Tabel 4.1	Penyebaran Nomor Pernyataan Tiap Sub Variabel Kuesioner Beban Keluarga	78
Tabel 4.2	Penyebaran Nomor Pernyataan Tiap Sub Variabel Kuesioner Ansietas Keluarga	80
Tabel 4.3	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian Pertama	82
Tabel 4.4	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian Kedua	83
Tabel 4.5	Jadwal Pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif pada Keluarga dengan Anak Tunagrahita di SLB C Yakut, Kabupaten Banyumas tahun 2011	88
Tabel 4.6	Uji Homogenitas Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas	93
Tabel 4.7	Uji Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas	93
Tabel 4.8	Analisis Bivariat Hubungan antara Karakteristik Keluarga dengan Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas	94
Tabel 5.1	Distribusi Rata-Rata Usia dan Penghasilan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April-Mei 2011	96
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Hubungan Keluarga, Jenis Kelamin, dan Pendidikan Keluarga pada kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April-Mei 2011	97

Tabel 5.3	Distribusi Rata-Rata Berdasarkan Usia Anak Tunagrahita pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April-Mei 2011	98
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi berdasarkan Tingkat Tunagrahita Anak pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	99
Tabel 5.5	Distribusi Rata-Rata Beban Keluarga sebelum dilakukan Terapi Kelompok Suportif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	100
Tabel 5.6	Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia dan Penghasilan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	101
Tabel 5.7	Analisis Kesetaraan Karakteristik Hubungan Keluarga, Jenis Kelamin, dan Pendidikan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	103
Tabel 5.8	Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia Anak Tunagrahita antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	104
Tabel 5.9	Analisis Kesetaraan Karakteristik Tingkat Tunagrahita Anak antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	104
Tabel 5.10	Analisis Kesetaraan Beban Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita sebelum Pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	105
Tabel 5.11	Analisis Beban Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita Sebelum dan Setelah Terapi Kelompok Suportif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	107
Tabel 5.12	Analisis Beban Keluarga Setelah dilakukan Terapi Kelompok Suportif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	108
Tabel 5.13	Analisis Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita Sebelum dan Setelah Terapi Kelompok Suportif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	109

Tabel 5.14	Analisis Tingkat Ansietas Keluarga setelah dilakukan Terapi Kelompok Suportif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kotrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011.	111
Tabel 5.15	Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga: Usia dan Penghasilan dengan Beban Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita Setelah Terapi Kelompok Suportif di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	112
Tabel 5.16	Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga: Jenis Kelamin, Hubungan keluarga, dan Pendidikan dengan Beban Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	114
Tabel 5.17	Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga: Usia dan Penghasilan dengan Tingkat Ansietas Keluarga Setelah Terapi Kelompok Suportif	116
Tabel 5.18	Hubungan Karakteristik Keluarga: Jenis Kelamin, Hubungan Keluarga, dan Pendidikan dengan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita Setelah Terapi Kelompok Suportif di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	118
Tabel 5.19	Analisis Hubungan Karakteristik Usia Anak dengan Beban Keluarga di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	120
Tabel 5.20	Analisis Hubungan Tingkat Tunagrahita Anak dengan Beban Keluarga di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	121
Tabel 5.21	Analisis Hubungan Karakteristik Anak: Usia dengan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	121
Tabel 5.22	Analisis Hubungan Karakteristik Anak: Tingkat Tunagrahita dengan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011	123

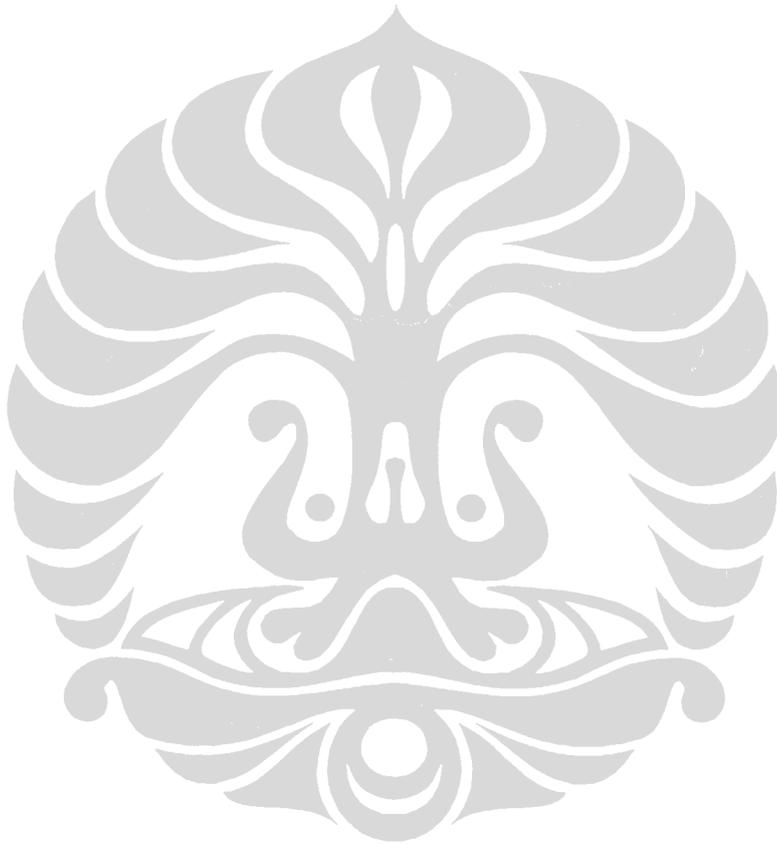
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Variabel Sumber Ketegangan pada <i>Caregiver</i>	31
Gambar 2.2	Rentang Respon Ansietas	46
Gambar 4.1	Alur Kerangka Kerja Pelaksanaan Penelitian	90



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka Teori Penelitian	58
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	60
Skema 4.1	Desain Penelitian <i>pre</i> dan <i>post test</i>	68



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Penelitian
Lampiran 2	Penjelasan tentang Penelitian
Lampiran 3	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 4	Kuesioner A : Data Demografi Responden
Lampiran 5	Kuesioner B : Kuesioner Beban Keluarga
Lampiran 6	Kuesioner C : Kuesioner Ansietas Keluarga
Lampiran 7	Modul Pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif
Lampiran 8	Buku Kerja Keluarga
Lampiran 9	Riwayat Hidup Peneliti
Lampiran 10	Keterangan Lolos Kaji Etik
Lampiran 11	Surat Ijin Penelitian dari FIK UI
Lampiran 12	Surat Ijin Penelitian dari SLB

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

TESIS, JUNI 2011
ERTI IKHTIARINI DEWI

**Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Beban dan Tingkat Ansietas
Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di Sekolah Luar Biasa
Kabupaten Banyumas**

xvi + 172 halaman + 33 tabel + 3 gambar + 3 skema + 12 lampiran

ABSTRAK

Masalah psikososial ansietas muncul sebagai reaksi dari stres akibat meningkatnya beban dalam merawat anak tunagrahita. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh terapi kelompok suportif terhadap perubahan beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas. Desain penelitian *quasi experimental, pre-post test with control group*. Tempat penelitian di SLB C Yakut dan SLB Kuncup Mas Banyumas. Sampel penelitian adalah seluruh keluarga anak tunagrahita yang memenuhi kriteria inklusi. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan beban dan tingkat ansietas keluarga sebelum dan setelah mendapatkan terapi kelompok suportif. Rekomendasi penelitian ini adalah perlunya dibentuk *parent support group* di SLB, beranggotakan keluarga yang memiliki anak tunagrahita.

Kata kunci : Beban, Tingkat Ansietas, Tunagrahita, Terapi Kelompok Suportif
Daftar pustaka : 107 (1989-2010)

**UNIVERSITY OF INDONESIA POST GRADUATE PROGRAM
NURSING FACULTY**

THESIS, JUNE 2011
ERTI IKHTIARINI DEWI

The Effect of Supportive Group Therapy toward the Burden and Family Anxiety Levels in the Care of Mentally Retardated Children at SLB in Kabupaten Banyumas

xvi + 172 page + 33 tables + 3 picture + 3 schemes + 12 attachments

ABSTRACT

Anxiety as a psychosocial problems was emerged as stimulated by burden of taking care of mentally retardated children. The purpose of this study was to analyze the effect of supportive group therapy toward the burden and family anxiety level in the care of children at SLB Kabupaten Banyumas. The research used quasi-experimental pre-post test with control group design. The research site took place at SLB C Yakut and SLB Kunci Mas Banyumas. The sample research was the entire family of mentally retardated children who met the inclusion criteria. Results showed that there was a significant difference in family burden and anxiety levels before and after getting a supportive group therapy on the group. Recommendations of this study is the need to establish a parent support group in special schools, family members who have mental retardated children.

Key word : burden, level of anxiety, mentally retardated, supportive group therapy

Bibliography : 107 (1989-2010)

BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini menggambarkan tentang latar belakang masalah penelitian, perumusan masalah penelitian, tujuan umum dan tujuan khusus penelitian serta manfaat yang diperoleh dari penelitian ini.

1.1 Latar Belakang

Setiap anak yang lahir ke dunia tidak semua dalam keadaan yang sama dengan anak yang lainnya. Beberapa anak terlahir dengan dikaruniai organ tubuh yang lengkap dan sempurna, sedangkan beberapa yang lainnya terlahir dengan keterbatasan atau ketidakmampuan baik secara fisik ataupun psikis. Anak-anak yang mengalami keterbatasan atau ketidakmampuan fisik ataupun psikis, baik yang bersifat bawaan atau terjadi ketika masa pertumbuhan disebut dengan anak berkebutuhan khusus (ABK) (Hallahan & Kauffman, 2006). Anak berkebutuhan khusus tersebut dapat mengalami gangguan atau ketunaan seperti gangguan fisik (tunadaksa), emosional atau perilaku, penglihatan (tunanetra), komunikasi, pendengaran (tunarungu), kesulitan belajar (tunalaras), atau mengalami retardasi mental (tunagrahita).

Tunagrahita dikategorikan sebagai anak berkebutuhan khusus karena memiliki karakteristik adanya gangguan yang telah tampak sejak masa anak-anak dalam bentuk fungsi intelektual dan kemampuan adaptasi sosial yang secara signifikan berada di bawah rata-rata (Durand & Barlow, 2006). Gangguan pada anak dengan tunagrahita (ADTG) dapat menimbulkan masalah dunia secara global, dimana akan memicu tingginya beban dunia karena mengurangi produktivitas penduduk dan berdampak secara tidak langsung terhadap penurunan kemampuan ekonomi pada tiap negara. Penurunan kemampuan ekonomi pada setiap negara diperberat oleh jumlah penyandang tunagrahita yang cukup banyak.

World Health Organization memperkirakan bahwa jumlah penyandang tunagrahita adalah 3% dari seluruh populasi penduduk dunia. Jika populasi penduduk di dunia sekitar 6,5 milyar, berarti dapat diperkirakan bahwa jumlah penyandang tunagrahita adalah sebesar 195 juta jiwa. Perkiraan WHO ini dapat dianalogikan bahwa semakin besar populasi penduduk suatu negara, maka semakin besar pula jumlah penyandang tunagrahita. Indonesia merupakan negara dengan populasi penduduk terbesar keempat setelah China, India, dan Amerika Serikat. Menurut hasil Sensus Nasional Biro Pusat Statistik tahun 2006 (dalam Wahyuandre, 2009), bahwa dari 222.192.572 penduduk Indonesia, sebanyak 0,7% atau 2.810.212 jiwa adalah penyandang cacat, 601.947 anak (21,42%) diantaranya adalah anak cacat usia sekolah (5-18 tahun). Sedangkan populasi anak dengan tunagrahita menempati angka paling besar dibanding jumlah anak dengan kecacatan lainnya.

Populasi anak tunagrahita di Propinsi Jawa Tengah menduduki urutan kedua setelah DKI Jakarta yaitu sebesar 52.800 orang. Kabupaten Banyumas merupakan salah satu kabupaten di Propinsi Jawa Tengah dengan jumlah penduduk 1.571.614 jiwa, dimana kisaran jumlah anak tunagrahita sebesar 492 orang (BAKOR PLB, 2008).

Besarnya jumlah penyandang tunagrahita akan berdampak pada munculnya masalah bagi masyarakat, keluarga, dan anak itu sendiri. Masalah yang muncul berawal dari adanya keterbatasan anak tunagrahita secara sosiokultural dalam keterampilan adaptif. Menurut *American Association on Mental Retardation* (dalam Schalock, Luckasson & Shogren, 2007), keterbatasan pada tunagrahita ditandai dengan fase kecerdasan di bawah normal (IQ 70-75 atau kurang) dan disertai keterbatasan lain pada sedikitnya dua area berikut: berbicara dan berbahasa; keterampilan merawat diri, *activity daily living* (ADL); keterampilan sosial; penggunaan sarana masyarakat; kesehatan dan keamanan; akademik fungsional; bekerja dan rileks, dan sebagainya. Adanya keterbatasan tersebut menjadi dasar

munculnya ketergantungan anak tunagrahita terhadap keluarga atau *caregiver*.

Keluarga atau *caregiver* merupakan pihak yang seharusnya mendapatkan informasi pertama tentang diagnosa tunagrahita pada anggota keluarganya. Pemberian informasi ini akan melibatkan dua kelompok individu, yaitu pihak keluarga dan tenaga profesional, dimana keduanya berasal dari dua dunia yang sangat berbeda (Byrne, Cunningham & Sloper, 1988 dalam Harahap, 2005). Setelah keluarga mendapatkan informasi, maka keluarga akan mengalami suatu periode krisis. Periode ini terdiri dari tiga tahapan. Pertama, tahap penolakan atau penyangkalan. Orang tua akan menyangkal dan berusaha mencari ahli kesehatan lain yang akan menyatakan bahwa anaknya normal. Untuk itu orang tua akan pergi dari satu ahli kesehatan ke ahli kesehatan lain secara berganti-ganti sampai akhirnya menyerah baik dengan terpaksa atau dengan sadar. Kedua, tahap duka cita dan kesedihan yang mendalam. Keadaan ini disebabkan oleh karena kondisi: anak yang tidak diharapkan, dan merasa seolah-olah kehilangan sesuatu. Ketiga, tahap penerimaan. Orang tua menerima keadaan anak, baik secara sadar maupun secara terpaksa (Sembiring, 2002). Masing-masing keluarga akan memiliki respon yang unik dalam menyikapi kondisi yang menimpa anaknya. Respon pada masing-masing tahapan memerlukan waktu yang berbeda untuk setiap keluarga, dan tidak semua keluarga dengan anak tunagrahita akan melalui ketiga tahapan tersebut.

Respon keluarga terhadap masing-masing tahapan perlu dikaitkan dengan konsep keluarga sebagai sistem pendukung. Sebagai sebuah sistem, keluarga terdiri dari anggota keluarga yang saling berinteraksi dan bergantung, yang hidup dalam lingkungan fisik, psikologis, dan sosial. Jika keluarga dipandang sebagai sebuah sistem, maka gangguan perilaku dan ketergantungan pada satu anggota keluarga dengan tunagrahita akan mengganggu semua sistem atau keadaan keluarga. Gangguan perilaku dan ketergantungan pada anggota keluarga dengan tunagrahita menimbulkan

perawatan dan tanggung jawab sepanjang masa oleh keluarganya. Perawatan dan tanggung jawab ini membutuhkan waktu, tenaga, dan biaya yang tidak sedikit, dan dapat menimbulkan beban bagi keluarga. Beban tersebut berkaitan dengan masalah obyektif dan subyektif yang berdampak terhadap peran, tanggung jawab, dan hubungan yang diharapkan oleh keluarga sebagai *caregiver* bagi anak tunagrahita (Valentine, McDermott & Anderson, 1998).

Dampak dari beban keluarga dengan anak tunagrahita (Tsai & Wang, 2008; McIntyre, Blacher & Baker, 2006) telah dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sethi, Bhargava & Dhiman (2007) yang menyebutkan bahwa keluarga mengalami beban psikologis dan ekonomi yang cukup tinggi sebagai imbas dari merawat anak tunagrahita. Meningkatnya beban karena merawat anak tunagrahita akan mempengaruhi fungsi keluarga (Gulseren, dkk., 2010) dan turut berkontribusi dalam munculnya masalah psikososial pada keluarga. Salah satu masalah psikososial keluarga dengan anak tunagrahita adalah ansietas.

Ansietas merupakan masalah psikososial yang sering terjadi pada setiap orang. Pada keluarga anak tunagrahita, masalah psikososial ansietas muncul sebagai reaksi dari stres akibat beban ekonomi dan perawatan yang tinggi, beban psikologis keluarga, penurunan kualitas hidup anak dan keluarga, serta dukungan sosial yang berkurang. Ansietas adalah perasaan was-was, khawatir atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang dirasakan sebagai ancaman (CMHN, 2006). Ansietas terjadi ketika seseorang mengalami kesulitan menghadapi situasi, masalah, dan tujuan hidup (Comer, 1992 dalam Videbeck, 2007).

Banyak penelitian yang menyebutkan bahwa keluarga dengan anak tunagrahita menunjukkan beban dan ansietas yang dihubungkan dengan beratnya tingkat tunagrahita pada anak (Hassall, Rose & McDonald, 2005; Maes, Broekman, Dosen & Nauts, 2003). Maes, Broekman, Dosen & Nauts

(2003) membuktikan bahwa masalah psikiatrik dan perilaku pada anak yang didiagnosa tunagrahita memiliki dampak yang sangat kuat pada keluarganya. Tidak jarang anak tunagrahita jenis yang berat atau sangat berat tidak mampu mengurus kebutuhannya sendiri misalnya: makan, minum, mandi sehingga perlu perawatan khusus untuk anak ini, yang dengan sendirinya merupakan beban yang sangat berat bagi orang tua ataupun keluarga yang mengasuhnya. Selain itu, beban subyektif, seperti ketakutan dan ansietas dalam menyediakan kebutuhan anak tidak jarang bahkan menimbulkan permasalahan suami istri yang dapat menjadi pemicu perceraian (Heward & Orlansky, 1992 dalam Widiastuti, 2010). Berdasarkan pernyataan di atas, dapat disimpulkan bahwa keluarga mengalami ansietas sebagai respon terhadap stres akibat meningkatnya beban ketika harus menghadapi anak tunagrahita dengan ketergantungan dan masalah perilaku, sehingga dapat menurunkan kualitas hidup masyarakat, keluarga, dan anak tunagrahita itu sendiri (Gulseren, dkk., 2010).

Jarvelin (2002 dalam Jevnikar, 2007) juga menyebutkan dalam penelitiannya bahwa beban dan ansietas pada keluarga disebabkan oleh stigma sosial tentang anak tunagrahita dan ketidakmampuan keluarga dalam mengelola stres. Ketidakmampuan keluarga dalam mengelola stres terjadi karena terdapat pertentangan antara: keinginan yang kuat untuk mempunyai anak yang sehat, dan secara simultan (bersama-sama) terjadi ketakutan dan ansietas apabila apa yang dilakukannya akan mengakibatkan suatu kesalahan bagi anak itu sendiri. Hal ini berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam perawatan anak sehingga akan mengganggu/menghambat perkembangan anak tunagrahita.

Kemampuan untuk merawat anak tunagrahita membutuhkan waktu tambahan, tingkat kesabaran yang tinggi, dan tanggung jawab yang tidak terbatas. Selain itu, perawatan anak tunagrahita juga memunculkan masalah kesehatan yang serius dan masalah ekonomi, belum lagi beberapa keluarga

dihinggapi oleh munculnya rasa bersalah, terasing dari pergaulan sosial, depresi, masalah perkawinan, ansietas tentang masa depan anaknya, dan sebagainya (Singer, 1990 dalam Tsai & Wang, 2008; Hassall, Rose & McDonald, 2005). Perasaan bersalah yang muncul diakibatkan oleh anggapan bahwa merekalah yang menyebabkan terjadinya kondisi tunagrahita pada anak. Perasaan itu cenderung muncul pada tahun-tahun awal ketika diagnosa tunagrahita pada anak baru ditegakkan. Pada tahun-tahun berikutnya, perasaan bersalah akan diikuti dengan ketakutan dan ansietas dalam menghadapi masa depan anaknya. Mereka merasa tidak ada kemajuan meskipun anak telah diikuti dalam berbagai terapi dan perawatan.

Beberapa masalah yang muncul pada keluarga anak tunagrahita seperti tersebut di atas, perlu mendapatkan penatalaksanaan dengan melalui intervensi dari keluarga sedini mungkin. Bentuk penanganan dapat dilakukan apabila keluarga memiliki kemampuan yang berkaitan dengan 5 tugas kesehatan keluarga (Friedman, 2010), yaitu: mengenal masalah tunagrahita, mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah tunagrahita, merawat anggota keluarga yang mengalami masalah tunagrahita, memodifikasi lingkungan, dan mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara tepat. Kurangnya informasi yang lengkap tentang diagnosa, kondisi kecacatan dan cara memfasilitasi perkembangan anak mengakibatkan ketidaktahuan orangtua. Kurangnya dukungan emosional serta sikap empati dan konstruktif dalam memahami perasaan dan reaksi orangtua mengakibatkan ketidakmauan orangtua. Belum adanya kelompok dukungan orangtua serta tenaga pendamping profesional, cenderung mengakibatkan ketidakmampuan orangtua dalam mengelola beban dan ansietas selama merawat anak tunagrahita (Widiastuti, 2010).

Bentuk penatalaksanaan terhadap keluarga anak tunagrahita, semakin memperkuat konsep bahwa diperlukan intervensi tidak hanya pada anaknya, tetapi keluarga sebagai sebuah sistem juga memerlukan intervensi. Hal ini

dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Miltiades dan Pruchno (2001 dalam Maes, Broekman, Dosen & Nauts, 2003) yang menegaskan bahwa sebaiknya intervensi diberikan tidak hanya berfokus pada anak tunagrahita sebagai individu, tetapi juga melibatkan langsung kepada kebutuhan keluarga. Oleh karena itu, asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga anak tunagrahita bukan hanya memulihkan keadaan anaknya saja, tetapi juga bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi beban dan masalah kesehatan keluarga, khususnya masalah psikososial yang mungkin muncul sebagai dampak dari merawat anak tunagrahita.

Selama ini telah diupayakan berbagai intervensi sebagai wujud penatalaksanaan meningkatnya beban dan masalah psikososial pada keluarga anak tunagrahita. Salah satu bentuk intervensi tersebut yaitu dengan pemberian konseling keluarga. Konseling pada keluarga dilakukan secara fleksibel dan pragmatis dengan tujuan antara lain membantu mereka dalam mengatasi frustrasi oleh karena mempunyai anak dengan tunagrahita (Maramis, 2005). Bentuk konseling keluarga menjadi rekomendasi untuk mengatasi meningkatnya beban dan masalah psikososial pada keluarga sebagai dampak memiliki anak tunagrahita (Tsai & Wang, 2008; Hassall, Rose & McDonald, 2005; Maes, Broekman, Dosen & Nauts, 2003; Nachshen, Woodford & Minnes, 2003).

Akan tetapi, beberapa keluarga masih menunjukkan manifestasi negatif terhadap situasi penuh stres yang mereka alami, walaupun telah memperoleh konseling sebagai suatu bentuk terapi individu pada keluarga. Keluarga membutuhkan dukungan sosial tidak hanya dari keluarga itu sendiri, tetapi juga dukungan dari keluarga lainnya yang juga memiliki masalah yang sama. Pemberian dukungan sosial dibutuhkan untuk menguatkan keluarga agar dapat terhindar dari dampak psikososial yang lebih berat. Dukungan sosial dibutuhkan agar mampu mengelola masalah-masalah yang terkait dengan perawatan anak tunagrahita. Dengan demikian, penting bagi

keluarga untuk terlibat dalam terapi berbeda, dengan cara lebih mengoptimalkan penemuan sumber-sumber yang ada dalam keluarga (sumber internal) ataupun di luar keluarga (sumber eksternal) sebagai suatu bentuk dukungan sosial untuk mengatasi ansietas sebagai dampak meningkatnya beban yang dirasakan keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

Kemampuan memberikan dukungan kepada keluarga dapat ditingkatkan dengan pemberian terapi kelompok. Terapi kelompok lebih dipilih sebagai intervensi dibandingkan terapi individu, dengan pertimbangan bahwa: kesempatan untuk mendapatkan umpan balik segera dari anggota kelompok, dan kesempatan bagi peserta kelompok dan terapis untuk mengobservasi respon psikologis, emosional, dan perilaku individu terhadap anggota kelompok lainnya (Saddock & Saddock, 2007). Beberapa terapi kelompok yang dapat diberikan pada keluarga adalah *Education Group*, *Self Help Group* (Videbeck, 2007), *Supportive Group* (Teschinsky, 2000 dalam Videbeck, 2007; Rockland, 1993 dalam Stuart, 2007), dan *Multiple Family Therapy* (Bedell, dkk., 1997 dalam Hernawaty, 2009). Dari berbagai psikoterapi kelompok yang berguna untuk mengatasi masalah psikososial keluarga dalam merawat anak tunagrahita, terapi kelompok suportif merupakan alternatif pilihan terapi yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga menjadi sistem pendukung. Terapi kelompok suportif terdiri dari 4 sesi (McCloskey & Bulechek, 1996 dalam Stuart & Laraia, 2008), meliputi sesi 1 (identifikasi kemampuan keluarga dan sumber pendukung yang ada), sesi 2 (penggunaan sistem pendukung dalam keluarga, monitor, dan hambatannya), sesi 3 (penggunaan sistem pendukung di luar keluarga, monitor dan hambatannya), dan sesi 4 (evaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber).

Terapi kelompok suportif lebih dipilih sebagai bentuk intervensi untuk mengatasi masalah psikososial ansietas sebagai dampak meningkatnya beban yang dirasakan keluarga karena merawat anak tunagrahita. Pemilihan

terapi ini berdasarkan pada beberapa pertimbangan. *Pertama*, bahwa terapi kelompok suportif merupakan sebuah konsep multidimensional yang berhubungan dengan persepsi subyektif masing-masing anggota kelompok terkait dengan adanya dukungan. Ketika seorang individu merasa bahwa kehadiran teman atau *significant other* akan mampu menciptakan perasaan cinta, perilaku dan nilai-nilai *caring*, dan memberikan dukungan, maka individu tersebut akan merasakan manfaat langsung dari pemberian praktik dukungan secara kelompok (Norbeck, dkk., 1981 dalam Tsai & Wang, 2008). *Kedua*, tujuan terapi kelompok suportif adalah untuk membebaskan anggota kelompoknya dalam mengungkapkan perasaan mereka tentang masalah-masalah yang dialami. Terkadang, masalah-masalah yang dihadapi menjadi sulit untuk diselesaikan di rumah, sehingga memberikan kesempatan kepada beberapa keluarga untuk terbuka menyelesaikan permasalahan yang dihadapi dan berusaha menangani secara bersama-sama (Edelman, Craig & Kidman, 2000). Model terapi keluarga ini didasarkan pada asumsi bahwa gangguan pada sistem keluarga dapat menyebabkan timbulnya gangguan fisik dan psikologis pada anggota keluarga lainnya (Lidz, 1958; Wynne, dkk, 1958; Bowen, 1960; Haley, 1969; Bateson, 1972; Erickson & Hogan, 1972; Foley, 1974 dalam Allen, Lowe, Moore, & Brophy, 2007).

Beberapa penelitian sebelumnya turut berkontribusi tentang pentingnya terapi kelompok suportif untuk dipilih sebagai intervensi terhadap masalah psikososial keluarga. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Chien & Wong (2007) menunjukkan bahwa pemberian terapi kelompok suportif pada populasi China di Hongkong. yang merawat anggota keluarganya dengan schizophrenia, dapat meningkatkan kondisi kesehatan psikososial pada seluruh keluarga. Hal ini dikuatkan oleh penelitian Allen, Lowe, Moore, & Brophy (2007) bahwa pengalaman *caregiver* dalam setting kelompok berkontribusi terhadap kesehatan psikososial pada *caregiver* melalui peran dukungan dari *caregiver* lainnya, dimana pengalaman mereka tidak dipandang sebagai suatu isu pribadi, tetapi lebih dari sebuah pengalaman

kolektif. Sedangkan penelitian lain yang dilakukan oleh Hernawaty (2009) menyimpulkan bahwa terapi suportif keluarga dapat meningkatkan kemampuan keluarga secara bermakna dalam merawat klien gangguan jiwa baik secara kognitif, afektif, dan psikomotor secara bermakna.

Penelitian tentang terapi kelompok suportif pada keluarga dengan anak berkebutuhan khusus (ABK) pernah dilakukan sebelumnya oleh Widiastuti (2010). Penelitian Widiastuti membuktikan bahwa terapi kelompok suportif berpengaruh terhadap kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor orangtua dalam memberikan *self care* terhadap anak tunanetra ganda. Akan tetapi, dalam penelitian Widiastuti belum diupayakan suatu bentuk terapi untuk mengurangi masalah psikososial sebagai dampak meningkatnya beban dalam merawat anak tunagrahita. Ansietas merupakan salah satu masalah psikososial yang muncul sebagai dampak dari beban yang dirasakan keluarga karena merawat anak tunagrahita, yang bersifat subjektif, dan banyak dipengaruhi nilai budaya. Ketika seorang anggota keluarga yang mengalami masalah psikososial ansietas, akan mengakibatkan respon fisiologis dan psikologis yang tidak nyaman (Hawari, 2001). Respon yang tidak nyaman ini akan mengganggu dalam aktivitas sehari-hari, dan secara tidak langsung berpengaruh dalam merawat anggota keluarga lainnya yang memiliki masalah kesehatan. Sehingga, ketika salah satu anggota keluarga mengalami masalah psikososial ansietas, penurunan kualitas hidup tidak hanya terjadi pada individu tersebut, tetapi juga berdampak terhadap kualitas hidup anggota keluarga lainnya yang berada dalam satu sistem, dan bahkan masyarakat sekitar sebagai suprasistem. Oleh karena itu menjadi penting untuk menerapkan terapi kelompok suportif sebagai dasar dalam mengukur penurunan beban dan ansietas yang dirasakan keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

Terapi kelompok supportif pada keluarga anak tunagrahita di Karesidenan Banyumas belum pernah diteliti sebelumnya, padahal jumlah anak tunagrahita sebesar 4115 orang. Kabupaten Banyumas menduduki urutan

kedua populasi anak tunagrahita setelah Kabupaten Cilacap di eks Karesidenan Banyumas. Jumlah penduduk tunagrahita di Kabupaten Banyumas ada 492 orang, dimana jumlah yang tercatat di SLB C Kabupaten Banyumas hanya sebesar 153. Terdapat 39 anak tunagrahita lainnya yang disekolahkan di sekolah reguler (BAKOR PLB, 2008). Sedangkan anak tunagrahita yang lain masih belum terdeteksi dan belum disekolahkan di sekolah luar biasa.

Sekolah luar biasa adalah bentuk wadah pendidikan untuk menumbuhkembangkan semua potensi kemanusiaan peserta didik luar biasa, termasuk penyandang tunagrahita, secara optimal dan terintegrasi agar dapat bermanfaat bagi diri sendiri, keluarga, dan masyarakat. Pendidikan luar biasa di Indonesia disamping diselenggarakan oleh pemerintah pusat dan propinsi, juga diselenggarakan oleh masyarakat. Bentuk partisipasi masyarakat ditunjukkan dengan berdirinya sekolah-sekolah swasta penyelenggara pendidikan luar biasa yang tersebar di seluruh Indonesia (Direktorat Pendidikan Luar Biasa, 2001).

Menurut Woodhouse, perwakilan UNICEF untuk wilayah Indonesia dan Malaysia (Kurniawati, 2002 dalam Harahap, 2005), akibat terpuruknya perekonomian, maka di Indonesia terjadi peningkatan jumlah anak-anak yang mengalami penurunan tingkat kesehatan dan tingkat pendidikan. Keadaan ini mengakibatkan Pemerintah Indonesia tidak maksimal dalam memenuhi kebutuhan akan layanan pendidikan bagi anak-anak berkebutuhan khusus. Hal ini berakibat makin bertambah besarnya *gap* antara jumlah layanan pendidikan bagi anak-anak berkebutuhan khusus yang ada dengan jumlah kebutuhan akan layanan tersebut yang semakin meningkat. Kurang maksimalnya bentuk dukungan pemerintah dapat ditunjukkan dengan jumlah sekolah luar biasa yang dirasa masih belum menjangkau seluruh wilayah di Indonesia. Selain itu, sekolah luar biasa yang ada masih lebih banyak dikuasai oleh pihak swasta.

Kabupaten Banyumas memiliki 2 sekolah luar biasa untuk anak tunagrahita (SLB C), yaitu SLB YAKUT dan SLB Kuncup Mas. Kedua SLB tersebut dikelola oleh yayasan swasta dan swadana dari masyarakat. Jumlah anak tunagrahita yang terdaftar di SLB Kuncup Mas Banyumas berjumlah 70 siswa, sedangkan di SLB C YAKUT Purwokerto berjumlah 83 siswa.

Hasil wawancara oleh peneliti kepada kepala sekolah salah satu sekolah luar biasa di atas (2011, Februari 14), didapatkan informasi bahwa selama ini belum pernah ada kebijakan dari Pemerintah Daerah Kabupaten Banyumas terkait pembentukan kelompok dukungan psikologis yang berisi orang tua yang memiliki anak tunagrahita. Padahal, masih menurut informasi dari kepala sekolah, beberapa keluarga sering mengeluhkan stres ketika merawat anaknya, dikarenakan selain beban ekonomi yang dirasakan keluarga, juga ansietas akan masa depan anak yang selama ini lebih banyak bergantung kepada orang lain. Hal ini dikuatkan oleh hasil wawancara oleh peneliti kepada beberapa orang tua anak tunagrahita, dimana rata-rata orang tua mengeluhkan bahwa mereka merasa stres, sedih, beban ekonomi yang tinggi, ansietas tentang perawatan yang selama ini diberikan dan tentang masa depan anaknya.

Berdasarkan kompleksitas permasalahan di atas, peneliti tertarik untuk membentuk kelompok dukungan yang berisi orangtua atau *caregiver* dari anak tunagrahita yang disekolahkan di sekolah luar biasa di Kabupaten Banyumas. Dengan dibentuknya kelompok dukungan ini, diharapkan masing-masing keluarga dapat berbagi pengalaman ketika merawat anaknya, memberikan dukungan positif kepada masing-masing anggota kelompok, meningkatkan kemampuan keluarga menggunakan sumber pendukung internal dan eksternal, beban dan masalah psikososial ansietas akan berkurang, kualitas hidup keluarga meningkat, dapat mempengaruhi peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat anak tunagrahita, sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidup anak tunagrahita. Pembentukan kelompok dukungan ini diharapkan akan bersifat

kontinyu dan berkesinambungan, yang akhirnya dapat bermanfaat sebagai sistem pendukung bagi keluarga dalam menghadapi masalah psikososial dalam merawat anak tunagrahita. Untuk mewujudkan hal tersebut, peneliti bermaksud mengadakan penelitian tentang pengaruh terapi kelompok suportif terhadap beban dan tingkat ansietas yang dirasakan keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

1.2 Perumusan Masalah

Fenomena yang ditemui di SLB Kabupaten Banyumas memperlihatkan bahwa selama ini belum diterapkan program pelayanan kesehatan jiwa bagi keluarga anak tunagrahita, padahal berdasarkan hasil studi pendahuluan, didapatkan informasi dari Kepala Sekolah bahwa beberapa keluarga mengeluhkan stres karena memiliki anak tunagrahita. Respon penerimaan stres yang paling sering muncul pada keluarga yaitu ansietas sebagai dampak beban yang dirasakan karena merawat anak tunagrahita. Ansietas pada keluarga akan mengakibatkan respon fisiologis dan psikologis yang tidak nyaman. Respon tersebut akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan terhadap anak mereka. Selama ini telah diupayakan konseling keluarga sebagai metode penanganan dalam mengatasi ansietas sebagai dampak beban yang dirasakan keluarga karena memiliki anak tunagrahita. Beban yang keluarga rasakan berkaitan dengan ketidaktahuan dan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Akan tetapi, pelaksanaan konseling keluarga dirasa belum optimal, sehingga diperlukan upaya untuk lebih meningkatkan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan sumber pendukung internal dan eksternal dalam mengatasi beban dan ansietas keluarga. Oleh karena itu menjadi penting untuk membentuk kelompok pendukung yang beranggotakan keluarga dengan anak tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas.

Kelompok pendukung adalah sebuah kelompok psikoterapi yang dapat membantu setiap keluarga yang memiliki anak tunagrahita untuk mengatasi ansietas yang timbul sebagai dampak dari beban yang dirasakan karena

memiliki anak tunagrahita. Salah satu bentuk kelompok pendukung yang dapat diberikan pada keluarga dengan anak tunagrahita adalah kelompok suportif. Oleh karena itu, berdasarkan perumusan masalah di atas, pertanyaan penelitiannya adalah:

- a. Apakah terapi kelompok suportif dapat mempengaruhi perubahan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas?
- b. Apakah terapi kelompok suportif dapat mempengaruhi perubahan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh terapi kelompok suportif terhadap perubahan beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas tahun 2011.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasinya karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, hubungan keluarga) dan karakteristik anak (usia dan tingkat tunagrahita) di SLB Kabupaten Banyumas
- b. Teridentifikasinya perbedaan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita sebelum mendapatkan terapi kelompok suportif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol
- c. Teridentifikasinya perbedaan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita pada kelompok intervensi, sebelum dan setelah pemberian terapi kelompok suportif
- d. Teridentifikasinya perbedaan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita pada kelompok kontrol, sebelum dan setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi kelompok suportif
- e. Teridentifikasinya perbedaan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita setelah mendapatkan terapi kelompok suportif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

- f. Teridentifikasinya tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, sebelum diberikan terapi kelompok suportif
- g. Teridentifikasinya perbedaan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita pada kelompok intervensi sebelum dan setelah terapi kelompok suportif
- h. Teridentifikasinya perbedaan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita pada kelompok kontrol, sebelum dan setelah diberikan terapi kelompok suportif pada kelompok intervensi
- i. Teridentifikasinya perbedaan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi kelompok suportif
- j. Teridentifikasinya hubungan karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, hubungan keluarga) dengan beban dan tingkat ansietas setelah diberikan terapi kelompok suportif
- k. Teridentifikasinya hubungan karakteristik anak (usia dan tingkat tunagrahita) dengan beban dan tingkat ansietas setelah diberikan terapi kelompok suportif

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

- a. Hasil pelaksanaan terapi kelompok suportif diharapkan dapat menurunkan beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita, sehingga dapat meningkatkan kualitas kesehatan jiwa keluarga (*caregiver*) dan mengurangi faktor resiko terjadinya gangguan jiwa.
- b. Hasil pelaksanaan terapi kelompok suportif diharapkan dapat meningkatkan kemampuan keluarga menggunakan sistem dukungan sosial untuk mengurangi munculnya masalah psikososial dalam merawat anak tunagrahita
- c. Hasil pelaksanaan terapi kelompok suportif diharapkan dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anak tunagrahita

- d. Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa di tatanan komunitas formal, khususnya pada keluarga anak tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas

1.4.2 Manfaat Akademik dan Keilmuan

- a. Panduan perawat jiwa dalam melaksanakan terapi kelompok suportif pada keluarga anak tunagrahita
- b. Terapi kelompok suportif dapat digunakan sebagai salah satu alternatif untuk mengatasi tingginya beban dan ansietas yang akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat anak tunagrahita

1.4.3 Manfaat Metodologi

- a. Hasil penelitian ini bermanfaat secara metodologi, bahwa dengan penerapan terapi suportif secara kelompok diharapkan dapat lebih efektif dalam membentuk sistem dukungan sosial bagi keluarga yang memiliki masalah psikososial dalam merawat anak tunagrahita
- b. Sebagai *evidence base* untuk penelitian selanjutnya yang bermanfaat untuk mengurangi masalah psikososial keluarga selama merawat anak tunagrahita, misalnya dengan pemberian terapi individu (terapi kognitif, terapi latihan asertif, relaksasi progresif), terapi kelompok (logoterapi), ataupun terapi keluarga (psikoedukasi keluarga)

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian, peneliti mengemukakan beberapa konsep dan teori serta hasil penelitian yang terkait dengan bidang penelitian. Adapun konsep dan teori tersebut meliputi: konsep tunagrahita, konsep keluarga, beban keluarga, masalah psikososial keluarga: ansietas, peran keperawatan jiwa, terapi kelompok suportif keluarga, dan alasan pemilihan metodologi penelitian.

2.1 Tunagrahita

Tunagrahita bukanlah suatu penyakit, walaupun tunagrahita merupakan hasil dari proses patologik di dalam otak yang memberikan gambaran keterbatasan terhadap fungsi intelektual dan adaptif (Gunarsa, 2006). Tunagrahita dapat terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lainnya.

2.1.1 Pengertian

Tunagrahita adalah keadaan dengan intelegensi yang kurang (subnormal) sejak masa perkembangan (sejak lahir atau sejak masa kanak-kanak) dan diiringi dengan kurangnya perkembangan mental secara keseluruhan (Wong, 2009; Maramis, 2005; Boyd & Nihart, 1998). Menurut Maslim (2001), tunagrahita adalah suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap yang terutama ditandai oleh terjadinya hendaya keterampilan selama masa perkembangan. Perkembangan jiwa yang tidak lengkap dapat berpengaruh terhadap tingkat kecerdasan secara menyeluruh, yaitu kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa tunagrahita merupakan gangguan perkembangan mental secara menyeluruh yang mempengaruhi tingkat kecerdasan, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial, dimana awitan terjadinya pada usia di bawah 18 tahun. Kondisi mental yang terjadi pada anak tunagrahita akan

mempengaruhi keterlambatan pencapaian kemampuan adaptif, sehingga menyebabkan ketergantungan dengan keluarga atau *caregiver*.

2.1.2 Karakteristik Tunagrahita

Gambaran penting yang dapat ditemukan pada anak tunagrahita adalah fungsi intelektual di bawah rata-rata (IQ di bawah 70-75) yang disertai keterbatasan yang penting dalam area fungsi adaptif seperti keterampilan komunikasi, perawatan diri, tinggal di rumah, keterampilan interpersonal atau sosial, penggunaan sumber masyarakat, penunjukan diri, keterampilan akademik, pekerjaan, waktu senggang, dan kesehatan serta keamanan (Maramis, 2005). Pendekatan yang lebih bermanfaat untuk mengenali kekurangan ataupun keterbatasan anak tunagrahita adalah klasifikasi berdasarkan kemampuan dalam bidang pendidikan dan keparahan gejala (Wong, 2009). Sebagai bentuk pertimbangan untuk sistem pengklasifikasian, terlebih dahulu perlu dipahami tentang karakteristik tunagrahita, sehingga dapat dirumuskan bentuk intervensi yang tepat.

Karakteristik merupakan ciri khas, watak atau tabiat yang dimiliki oleh seseorang (KBBI, 2010). Karakteristik anak tunagrahita dapat diartikan sebagai ciri khas pada anak tunagrahita yang dapat membedakan dengan anak lainnya pada tingkat usia perkembangan yang sama.

2.1.2.1 Karakteristik umum tunagrahita

Anak tunagrahita memiliki karakteristik unik yang berbeda dengan anak lain seusianya. Perbedaan tersebut terletak dari segi tingkah laku, emosi dan sosialnya, cara belajar dan kesehatan fisiknya. Menurut Wong (2009), karakteristik unik anak tunagrahita disesuaikan dengan tingkat kekurangannya. Secara umum, karakteristik tersebut ditinjau dari beberapa segi, sebagai berikut:

1. Intelektualnya
 - a. Anak tunagrahita mampu mengetahui atau menyadari situasi, benda-benda dan orang disekitarnya, namun mereka tidak mampu memahami keberadaan dirinya.
 - b. Anak tunagrahita mengalami kesulitan dalam memecahkan masalah-masalah yang ada. Mereka tidak mampu merumuskan suatu rencana bagi dirinya, dan anak tersebut pun sulit untuk memilih alternatif pilihan yang berbeda
 - c. Anak tunagrahita mengalami kesulitan dalam menuliskan simbol angka, sehingga secara umum mereka memiliki hambatan dalam bidang membaca, menulis dan berhitung (Rohman dan Faujizah, 2008)
 - d. Kemampuan belajar anak tunagrahita terbatas. Mereka mengalami kesulitan dalam perumusan kemampuan analisis yang bersifat konsep.
2. Tingkah laku/perilaku adaptif (Wong, 2009; Maramis, 2005)
 - a. Perkembangan anak tunagrahita lamban dan sulit mempelajari sikap tertentu
 - b. Anak tunagrahita seringkali merasakan ketidakmampuan dalam melakukan suatu pekerjaan sederhana atau tugas yang diberikan kepadanya, karena seringkali melakukan kesalahan-kesalahan pada saat melakukannya
 - c. Pada umumnya anak tunagrahita mengalami krisis kepercayaan diri dan seringkali menggantungkan bimbingan atau bantuan pada orang lain.

2.1.2.2 Karakteristik khusus tunagrahita

Karakteristik khusus anak tunagrahita adalah karakteristik yang dibedakan berdasarkan tingkat ketunagrahitaannya. Sebagai bahan pertimbangan untuk mempelajari tentang karakteristik anak tunagrahita, dapat dipahami dengan berdasar pada tabel 2.1. Tabel tersebut akan menguraikan tentang

tingkatan tunagrahita berdasarkan rentang IQ dan kriteria perilaku adaptif yang tampak.

Tabel 2.1 Tingkat Tunagrahita, Perkiraan Rentang IQ, dan Kriteria Perilaku Adaptif yang Terlihat

Perkiraan rentang skor IQ	Usia prasekolah 0-5 tahun Kematangan & perkembangan	Usia sekolah 6-21 tahun Pelatihan dan pendidikan
Ringan 50-70	Sering terlihat tidak memiliki gangguan tetapi lambat dalam berjalan, makan sendiri dan bicara dibanding anak-anak lainnya	Menguasai keterampilan praktis serta kemampuan membaca dan aritmatika sampai kelas 3-6 SD dengan pendidikan khusus. Dapat diarahkan pada konformitas sosial.
Sedang 35-49	Keterlambatan yang nyata pada perkembangan motorik, terutama dalam bicara; berespon terhadap pelatihan dalam berbagai aktivitas bantuan diri	Dapat mempelajari komunikasi sederhana, perawatan kesehatan dan keselamatan dasar, serta keterampilan tangan sederhana; tidak mengalami kemajuan dalam fungsi membaca atau aritmatika
Berat 20-34	Ditandai dengan adanya keterlambatan dalam perkembangan motorik, kemampuan komunikasi yang minim atau tidak ada sama sekali; dapat berespon terhadap pelatihan bantuan diri mendasar misalnya makan sendiri.	Biasanya mampu berjalan, tetapi memiliki ketidakmampuan yang spesifik; dapat mengerti pembicaraan dan memberikan respon; tidak memiliki kemajuan dalam kemampuan membaca atau aritmatika
Parah dibawah 20	Retardasi motorik kasar; kapasitas minimal untuk berfungsi pada area sensori motor; membutuhkan bantuan rawat	Keterlambatan yang terlihat jelas dalam semua area perkembangan; dapat menunjukkan respon emosional dasar; mungkin berespon terhadap pelatihan keterampilan dengan menggunakan kaki, tangan, dan rahang; memerlukan supervisi/ pengawasan yang ketat

Sumber: Hallahan & Kaufmann, *Exceptional Learners: an introduction to special education*, 2006, hlm.153.

2.1.3 Faktor Penyebab Tunagrahita

Tunagrahita adalah suatu keadaan dengan intelegensi yang kurang atau subnormal (Wong, 2009). Tunagrahita dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti faktor keturunan (tunagrahita genetik), ataupun faktor yang tidak diketahui (tunagrahita simpleks). Kedua faktor ini dikategorikan dalam tunagrahita primer. Sedangkan tunagrahita sekunder merupakan tunagrahita, dimana penyebabnya merupakan faktor luar yang diketahui, dan faktor-faktor ini dapat mempengaruhi otak pada waktu prenatal, perinatal, dan postnatal (Maramis, 2005).

2.1.4 Dampak keterbatasan anak tunagrahita

2.1.4.1 Orang tua

Disamping berduka atas kehilangan anak yang sempurna, orang tua dapat atau tidak dapat menerima kondisi yang menimpa anak mereka. Ketika orang tua tidak mampu menerima kondisi anak tunagrahita, hal tersebut akan berpengaruh terhadap munculnya tugas maladaptif sebagai orang tua. Adapun tugas maladaptif orangtua yang mempunyai anak dengan tunagrahita (Canam, 1993 dalam Wong, 2009), meliputi: 1) tidak/kurang menerima kondisi anak, 2) tidak/kurang memperhatikan dan merawat setiap kebutuhan anak sepanjang harinya, 3) tidak/kurang mampu memenuhi kebutuhan normal perkembangan anak, 4) tidak/kurang mampu memenuhi kebutuhan perkembangan anggota keluarga lainnya, 5) tidak/kurang mampu mengatasi stres yang terus menerus dan krisis periodik, 6) tidak/kurang ada upaya untuk membantu anggota keluarga dalam mengatasi perasaan yang tidak menyenangkan, 7) tidak/kurang mampu mengajarkan anggota keluarga yang lain tentang kondisi anak, dan 8) tidak/kurang mampu menetapkan sistem pendukung

2.1.4.2 Saudara kandung

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa saudara kandung dari anak yang mengalami tunagrahita, beresiko tinggi gagal melakukan penyesuaian (Allen, Lowe, Moore & Brophy, 2007). Namun penelitian lain

menunjukkan bahwa ikatan hubungan saudara kandung pada anak tunagrahita tidak beresiko mengalami masalah psikiatrik berat (Wong, 2009; O'Brien, 2003). Beberapa kesulitan bagi saudara kandung muncul dari tuntutan kondisi anak yang mengalami tunagrahita. Kebanyakan kesulitan yang dihadapi adalah hasil dari sifat hubungan saudara kandung itu sendiri. Dalam hubungan *sibling*, anak dapat belajar untuk berbagi, berkompetisi, dan bekerja sama dengan *sibling* lain yang statusnya dekat dengan mereka. Kesejajaran hubungan ini seringkali hilang ketika saudara kandung mereka memiliki kebutuhan khusus.

2.1.4.3 Anggota keluarga besar dan masyarakat

Selain orang tua dan saudara kandung, anggota keluarga yang bukan inti atau beberapa teman dekat dapat merasakan efek dari keterbatasan anak tunagrahita (Wong, 2009). Stres yang patut diperhitungkan dapat muncul dari sumber eksternal keluarga, seperti teman, tetangga, bahkan dari orang asing sekalipun. Ketidakmampuan untuk mengatasi komentar mengenai gangguan atau pandangan curiga orang lain dapat mendorong kecenderungan untuk mengisolasi atau menyembunyikan anak tunagrahita dari dunia luar.

2.1.5 Penatalaksanaan Tunagrahita

Bentuk penatalaksanaan tunagrahita dapat dibedakan menjadi dua, yaitu penatalaksanaan bagi anak tunagrahita itu sendiri dan penatalaksanaan bagi keluarga sebagai *caregiver* bagi anak tunagrahita. Bentuk penatalaksanaan dilakukan dengan memberikan intervensi tertentu sebagai program terapi bagi anak ataupun keluarga untuk mengurangi angka kecacatan pada anak dan masalah psikososial yang dapat muncul pada keluarga karena merawat anak tunagrahita.

2.1.5.1 Penatalaksanaan psikiatri

1. Psikoedukasi

Salah satu bagian yang tidak kalah pentingnya adalah pendidikan bagi keluarga anak tunagrahita, agar keluarga dapat tetap menjaga rasa percaya diri dan mempunyai harapan-harapan yang realistis tentang anak (Mason, 2007). Perlu penerimaan orang tua mengenai taraf kemampuan yang dapat dicapai anak. Orang tua disarankan untuk menjalani konsultasi dengan tujuan mengatasi ansietas berlebih, rasa bersalah, perasaan tidak berdaya, penyangkalan dan perasaan marah terhadap anak. Selain itu orangtua dapat berbagi informasi mengenai penyebab, pengobatan dan perawatan anak kepada tenaga kesehatan.

2. Psikoterapi

Psikoterapi diberikan kepada anak yang mengalami tunagrahita baik secara individu ataupun kelompok (Wong, 2009; Varcarolis, 2006). Jenis psikoterapi yang dapat dipilih yaitu terapi baca, terapi perilaku, terapi bicara, terapi bermain, terapi menulis, terapi okupasi, terapi musik, dan psikoterapi lainnya yang dapat menunjang pengoptimalan kemampuan anak (Maramis, 2005). Kegiatan psikoterapi ini diwujudkan dalam bentuk latihan dan pendidikan yang biasanya diterapkan di sekolah luar biasa.

3. Psikofarmaka

Tidak ada pengobatan khusus untuk anak tunagrahita, pengobatan dilakukan jika anak mengalami keadaan khusus seperti ansietas berat atau adanya gangguan fisik dan mental yang menyertainya (Townsend, 2008; Maramis, 2005). Terapi farmakologi dipilih bukan sebagai prioritas utama dalam penatalaksanaan anak tunagrahita.

2.1.6 Penatalaksanaan Keperawatan Jiwa untuk Tunagrahita

Keperawatan jiwa sebagai sebuah area profesional memberikan perhatian yang tidak sedikit dalam penatalaksanaan bagi anak tunagrahita. Bentuk

terapi keperawatan jiwa yang dapat diterapkan sebagai penatalaksanaan bagi anak tunagrahita menurut Townsend (2008) meliputi terapi individu, keluarga, dan kelompok, dengan perincian:

2.1.6.1 Terapi individu

Terapi individu merupakan bentuk terapi yang dilakukan untuk menghindari krisis pada anak tunagrahita. Teknik yang digunakan yaitu dengan melakukan klarifikasi antara masalah yang dialami sekarang dengan pengalaman anak di masa lalu sesuai dengan tahapan tumbuh kembang anak, sehingga strategi koping anak tetap adaptif (Sutini, 2009; Townsend, 2008). Termasuk dalam terapi individu pada anak tunagrahita yaitu terapi perilaku. Terapi ini bisa dilakukan jika perilaku anak masih terkontrol (Townsend, 2008). Terapi ini digunakan untuk mengintervensi perilaku individu ke arah yang lebih baik, misal mengajarkan cara berpakaian yang benar dan memasukkan kegiatan berpakaian dalam jadwal kegiatan harian anak.

2.1.6.2 Terapi keluarga

Terapi keluarga adalah bentuk terapi dimana anak dan anggota keluarga turut berpartisipasi. Terapi keluarga bertujuan untuk membantu tingkat perkembangan keluarga ke arah yang lebih baik, meningkatkan komunikasi terbuka, langsung, jelas, spesifik dan jujur, menciptakan aturan yang fleksibel, manusiawi dan responsif terhadap bermacam-macam kebutuhan, serta menghubungkan nilai-nilai sosial dalam masyarakat yang bersifat terbuka dan penuh harapan (Videbeck, 2007).

2.1.6.3 Terapi Kelompok Suportif

Kelompok suportif merupakan suatu kelompok atau *peer* dimana setiap anggota saling berbagi masalah baik fisik maupun emosional atau menanggapi isu tertentu (Stuart & Laraia, 2008). Kelompok suportif pada keluarga anak tunagrahita bertujuan untuk mengembangkan empati diantara sesama anggota kelompok, dimana sesama anggota kelompok

saling memberikan penguatan untuk membentuk coping yang adaptif (Appelbaum, 2005). Keluarga membutuhkan bimbingan dalam mempersiapkan pengalaman yang tidak menyenangkan selama merawat anak tunagrahita. Melalui kelompok keluarga, anggota keluarga dapat berbagi pengalaman dan saling belajar dari keluarga lain tentang kiat dalam menghadapi kondisi yang tidak menyenangkan tersebut.

2.2 Keluarga dengan Anak Tunagrahita

Keluarga adalah bagian dari kehidupan manusia, dan setiap manusia tidak akan dapat melepaskan diri dari keluarga. Keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang tinggal disuatu tempat dan berada di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Friedman, 2010). Anggota keluarga yang merupakan satu kesatuan yang saling mempengaruhi, sangat berperan dalam pemeliharaan kesehatan. Di bawah ini akan dijelaskan pengertian keluarga, fungsi keluarga, tugas dan peran keluarga, karakteristik sistem keluarga, dan beban keluarga.

2.2.1 Pengertian Keluarga

Duvall dan Logan (1986 dalam Friedman, 2010) menyatakan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga. Secara dinamis, individu yang membentuk sebuah keluarga dapat digambarkan sebagai anggota dari kelompok masyarakat yang paling dasar, tinggal bersama dan berinteraksi untuk memenuhi kebutuhan antar individu. Bailon & Maglaya (1998) memiliki pengertian yang hampir sama bahwa keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga dalam penelitian ini, meliputi: (1). terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, (2). anggota keluarga biasanya hidup bersama dalam satu rumah atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain, (3). anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial: suami, istri, anak, kakak, adik, atau jika bertipe *extended family*, bisa juga meliputi peran sosial sebagai kakek, nenek, bibi, paman, dan sebagainya, dan (4). mempunyai tujuan: menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial anggota.

Sebuah keluarga yang sehat akan menghasilkan individu dengan berbagai keterampilan yang akan membimbing individu berfungsi dengan baik di lingkungan mereka, meskipun individu tersebut berasal dari berbagai budaya yang berbeda. Keterampilan tersebut akan dipelajari melalui berbagai aktifitas yang dihubungkan dengan kehidupan keluarga tempat individu berasal (Vaccaro, 2006).

2.2.2 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga secara umum didefinisikan sebagai hasil akhir atau akibat dari struktur keluarga, sedangkan fungsi dasar keluarga adalah untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga itu sendiri dan masyarakat yang lebih luas (Kingsburg & Scanzoni, 1993 dalam Friedman, 2010). Fungsi keluarga menjadi suatu perhatian ketika kita akan memberikan intervensi terhadap keluarga anak tunagrahita. Adapun fungsi keluarga meliputi:

2.2.2.1 Fungsi afektif

Kebahagiaan keluarga diukur oleh kekuatan cinta keluarga (Duvall, 1977 dalam Friedman, 2010). Peran utama orang tua dalam keluarga dengan anak tunagrahita adalah fungsi afektif (Friedman, 2010), fungsi ini berhubungan dengan: 1). pemberian kasih sayang dan rasa aman dari orang tua terhadap anak tunagrahita, 2). pemberian perhatian di antara

anggota keluarga, khususnya dalam memenuhi kebutuhan dasar anak, 3). membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dalam menghadapi krisis yang mungkin muncul karena memiliki anak tunagrahita, dan 4). memberikan identitas keluarga sebagai wujud tanggung jawab kepala keluarga dalam meningkatkan harga diri keluarga menghadapi stigma sosial tentang anak tunagrahita.

2.2.2.2 Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan fungsi yang universal dan lintas budaya yang dibutuhkan untuk kelangsungan hidup masyarakat (Leslie & Korman, 1989 dalam Friedman, 2010). Sosialisasi merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga yang ditujukan untuk mendidik anak tunagrahita tentang cara menjalankan fungsi adaptif dalam lingkungan masyarakat, sehingga anak merasa diterima oleh lingkungan sosial.

Proses operasional fungsi sosialisasi tidak mudah untuk diterapkan. Anak tunagrahita akan mengalami stigma sosial (Wong, 2009; Jevnikar, 2007) karena keterbatasan yang dimiliki sehingga berdampak terhadap penerimaan masyarakat akan keberadaannya. Hal ini menjadi salah satu faktor yang turut berkontribusi terhadap kesulitan anak tunagrahita untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan sosialnya. Selain itu, beberapa anak juga mengalami hendaya dalam keterampilan bersosialisasi, seperti dalam komunikasi verbal dan perumusan bahasa yang tepat (Allen, Lowe, Moore & Brophy, 2007). Hal ini tentu saja kian mempersulit upaya anak untuk bergaul dengan lingkungan sosialnya.

Beberapa orang tua membutuhkan waktu dan kesabaran dalam merawat anak tunagrahita yang berdampak terhadap penurunan waktu dan kesempatan untuk menjalin hubungan sosial dengan masyarakat luar. Selain itu beberapa orangtua dihinggapi oleh perasaan malu dan rendah diri (Hassall, Rose & McDonald, 2005; Nachshen, Woodford & Minnes,

2003) karena memiliki anak tunagrahita, sehingga dapat menghambat dalam pencapaian fungsi sosialisasi.

2.2.2.3 Fungsi reproduksi

Salah satu fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dan masyarakat, yaitu menyediakan anggota baru untuk masyarakat (Leslie & Korman, 1989 dalam Friedman, 2010). Beberapa keluarga dengan anak berkebutuhan khusus akan mengalami stres dan ketegangan dalam hidupnya (Tsai & Wang, 2007) sehingga terkadang tidak memiliki cukup waktu dan perhatian dalam perencanaan pengaturan anak. Mereka akan disibukkan tentang beban yang tinggi dalam perawatan dan masa depan anak, sehingga fungsi reproduksi dalam keluarga sering terabaikan.

2.2.2.4 Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup, uang, dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan (Friedman, 2010). Termasuk ke dalam fungsi ini yaitu: 1). mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, 2). pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, dan 3). menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga di masa yang akan datang (pendidikan, jaminan hari tua).

Beban yang dirasakan keluarga ketika memiliki anak tunagrahita berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memenuhi fungsi ekonomi (Sethi, Bhargava & Dhiman, 2007; Valentine, McDermott & Anderson, 1998). Keluarga akan dihindangi perasaan ansietas tentang masa depan pembiayaan anak, terkait dengan kemunduran produktivitas kepala keluarga dan kekhawatiran bahwa anak tidak mampu berfungsi optimal secara ekonomis, dikarenakan keterbatasannya (Singi dkk, 1990 dalam Tsai & Wang, 2008; Hassall, Rose & McDonald, 2005).

2.2.2.5 Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi peningkatan status kesehatan pada anak tunagrahita dipenuhi oleh orang tua dengan cara menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap bahaya yang bisa muncul (Friedman, 2010). Pelayanan dan praktik kesehatan adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat keluarga.

2.2.3 Tugas dan Peran Keluarga

Sebuah peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seseorang yang menempati posisi sosial yang diberikan. Peran berdasarkan pada pengharapan atau penetapan peran yang membatasi apa saja yang dilakukan oleh individu di dalam situasi tertentu, agar dapat memenuhi pengharapan diri atau orang lain terhadap mereka (Nye, 1976 dalam Friedman, 2010).

Mohr (2006) membagi peran keluarga yang memiliki anak tunagrahita menjadi 5 (lima), yaitu: 1). memberikan respon terhadap setiap kebutuhan anggota keluarga terutama kebutuhan stimulasi tumbuh kembang pada anak tunagrahita, 2). membantu mengatasi setiap masalah psikososial dalam keluarga secara aktif akibat memiliki dan atau merawat anak tunagrahita, 3). pembagian tugas dengan distribusi yang merata terkait stimulasi tumbuh kembang anak tunagrahita, 4). menganjurkan interaksi di dalam dan di luar keluarga, serta 5). meningkatkan kualitas kesehatan pada setiap anggota keluarga.

Keluarga yang berhasil, berfungsi dengan baik, bahagia, dan kuat tidak hanya seimbang dalam hal memberi perhatian terhadap anggota keluarga yang lain, menggunakan waktu bersama-sama, memiliki pola komunikasi yang baik, memiliki tingkat orientasi yang tinggi terhadap agama, tetapi juga dapat menghadapi krisis dengan pola yang positif. Suatu patologi

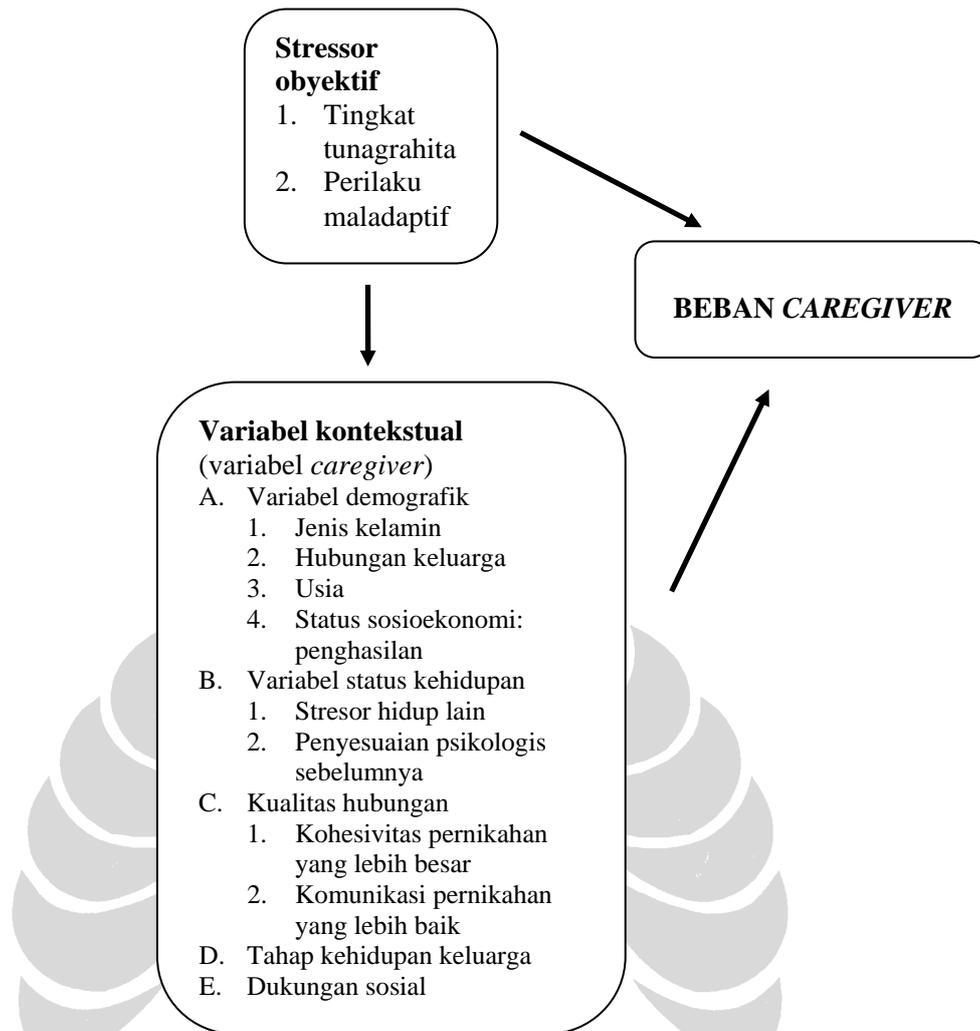
dalam keluarga dengan anak tunagrahita muncul sebagai akibat adanya perkembangan yang disfungsional (Varcarolis, 2006). Perkembangan yang disfungsional tersebut diikuti pula dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengelola krisis yang muncul ketika menghadapi anak tunagrahita dengan segala keterbatasannya.

Krisis dalam menghadapi anak tunagrahita akan mempengaruhi keutuhan fungsi keluarga sebagai sebuah sistem sehingga membentuk pola disfungsi keluarga. Stuart & Laraia (2008) mengemukakan bahwa disfungsi keluarga sebagai sebuah patologi dalam sistem keluarga, diartikan sebagai sebuah gejala dengan paradigma patologi dan pemberdayaan koping yang maladaptif.

2.2.4 Peran pemberi asuhan (*caregiver*)

Caregiver adalah seseorang dalam keluarga yang memberikan perawatan untuk orang lain yang sakit atau orang yang tidak mampu, bahkan biasanya orang tersebut bergantung pada *caregiver*-nya (Oyebode, 2003). Seorang *caregiver* bisa berasal dari anggota keluarga, teman, tenaga sukarela, ataupun tenaga profesional yang mendapatkan bayaran. *Caregiver* dapat bekerja penuh-waktu atau paruh-waktu, tinggal bersama individu yang dibantunya, atau tinggal terpisah dari individu yang dibantunya (Widyanti, 2009). Berdasarkan pengertian di atas dapat dipahami bahwa *caregiver* dalam penelitian ini adalah salah seorang anggota keluarga yang masih terikat status perkawinan atau memang belum menikah, dan memiliki beban utama untuk memenuhi setiap kebutuhan dasar pada anak tunagrahita.

Biegel, Sales, dan Schultz (dalam Friedman, 2010) merangkum beberapa masalah psikososial yang muncul pada *caregiver*, terkait dengan mekanisme koping karena bertambahnya beban dan kebutuhan anggota keluarga yang mengalami keterbatasan dalam gambar di bawah ini:



Gambar 2.1 Variabel Sumber Ketegangan pada *Caregiver*

Sumber: modifikasi dari Friedman, Bowden, dan Jones, Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, dan Praktik, 2010, hlm. 314.

2.2.5 Beban Keluarga

Keluarga menghadapi situasi penuh stres dan ketegangan karena memiliki anak tunagrahita (Tsai & Wang, 2008). Situasi penuh stres ini diperberat oleh tuntutan ekonomi akan perawatan anak yang lama, waktu yang tidak singkat dalam perawatan, kesabaran tinggi dalam menghadapi emosi anak, ansietas akan perilaku maladaptif, dan ansietas akan masa depan anak. Situasi-situasi tersebut menimbulkan beban keluarga yang tidak ringan, yang jika tidak mendapatkan intervensi secara dini, dapat mengantarkan keluarga ke dalam krisis psikologis.

Fontaine (2003) mengatakan bahwa beban keluarga adalah tingkat pengalaman distres keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya. Beban akan mempengaruhi fungsi dan kehidupan keluarga (Gulseren, dkk., 2010; Fontaine, 2003). Beban keluarga dapat menyebabkan meningkatnya stres emosional dan ekonomi dari keluarga.

Pengertian beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita adalah berbagai permasalahan, kesulitan, dan efek yang dialami oleh keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Sebagaimana respon keluarga terhadap berduka dan trauma, keluarga dengan anak tunagrahita juga membutuhkan empati dan dukungan dari tenaga kesehatan profesional (Videbeck, 2007; Mohr & Regan-Kubinski, 2001 dalam Fontaine, 2003).

WHO (2008) mengategorikan beban keluarga ke dalam dua jenis beban, yaitu:

1. Beban obyektif, yaitu beban yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarga meliputi gangguan hubungan antar anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktivitas kerja, kesulitan ekonomi dan dampak negatif dari kesehatan fisik anggota keluarga
2. Beban subyektif, yaitu beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, ansietas dan malu dalam situasi sosial, coping stres terhadap gangguan perilaku dan frustrasi yang disebabkan karena perubahan hubungan

Sedangkan Mohr (2006), membagi beban keluarga menjadi tiga, yaitu:

- 2.2.5.1 Beban Obyektif, merupakan beban dan hambatan yang dijumpai dalam kehidupan suatu keluarga dan berhubungan dengan pelaksanaan dalam merawat anak tunagrahita. Termasuk dalam beban obyektif adalah: beban biaya untuk menyekolahkan anak di sekolah luar biasa, tempat tinggal yang layak bagi anak, makanan yang bergizi, transportasi ke sekolah, serta pengobatan yang rutin untuk meningkatkan kualitas kesehatan anak

2.2.5.2 Beban Subyektif, merupakan beban yang berupa distress emosional yang dirasakan anggota keluarga yang berkaitan dengan tugas dalam merawat anak tunagrahita. Termasuk dalam beban subyektif diantaranya: ansietas akan masa depan anak, sedih, frustrasi, dan sebagainya

2.2.5.3 Beban Iatrogenik, merupakan beban yang disebabkan karena tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang dapat mengakibatkan intervensi dan rehabilitasi tidak berjalan sesuai fungsinya

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Maes, Broekman, Dosen & Nauts (2003) terhadap beban *caregiver* dalam menghadapi masalah psikiatrik dan perilaku pada klien tunagrahita, menunjukkan bahwa beberapa masalah perilaku dan psikiatrik yang berat dapat berdampak negatif terhadap kondisi keluarga. Beberapa keluarga menunjukkan beban berlebih ketika harus merawat anak tunagrahita dengan gangguan perilaku dan psikiatrik yang berat. Beban yang berlebih akan dirasakan keluarga sebagai manifestasi dari alokasi biaya dan waktu dalam perawatan, stigma sosial tentang tunagrahita, ketergantungan anak dengan *caregiver*, dan menurunnya produktivitas dalam keluarga. Dampak yang keluarga rasakan akan berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Hal ini akan menyebabkan kualitas hidup anak tunagrahita menurun, dimana sebelumnya terjadi penurunan pula dalam kualitas hidup keluarga/*caregiver* (Tsai & Wang, 2008; McIntyre, Blacher & Baker, 2006).

2.2.6 Karakteristik Sistem Keluarga

Sistem keluarga merupakan sistem terbuka atau sistem sosial yang terdiri dari beberapa sub-sub komponen/sistem yaitu pasangan suami-istri, orang tua, anak, kakak-adik (*sibling*), kakek-nenek-cucu, dan sebagainya (Friedman, 2010; Rasmun, 2001). Semua sistem ini saling berinteraksi, saling ketergantungan, dan saling menentukan satu sama lain serta membentuk norma-norma atau ketentuan-ketentuan yang harus ditaati oleh seluruh anggota keluarga (Rasmun, 2001).

Kemampuan perawat dalam memahami perspektif sistem keluarga akan mendorong perawat untuk melihat keluarga sebagai anggota keluarga yang turut berpartisipasi dalam program perawatan anak tunagrahita. Perawat yang menggunakan perspektif ini akan mengkaji pengaruh kondisi anak tunagrahita dengan keterbatasannya, terhadap keseluruhan sistem keluarga dan pengaruh timbal balik keluarga terhadap kondisi tunagrahita pada anak (Wright & Leahey, 2000 dalam Friedman, 2010). Sehingga bisa dipahami bahwa penetapan intervensi tidak hanya melibatkan anak tunagrahita itu sendiri, tetapi juga penatalaksanaan terhadap keluarga sebagai sebuah sistem yang akan mempengaruhi kelangsungan hidup sub-sub sistem di dalamnya (Miltiades & Pruchno, 2001 dalam Maes, Broekman, Dosen & Nauts, 2003). Oleh karena itu, bentuk intervensi yang dipilih harus berfokus pada subsistem dan seluruh proses serta fungsi keluarga.

2.2.6.1 Subsistem Keluarga

Minuchin (dalam Friedman, 2010) mengatakan bahwa sistem keluarga memiliki sebuah batasan, begitu juga dengan setiap subsistem yang berada di dalamnya. Batasan tersebut dikaitkan dengan perbedaan fungsi spesifik pada tiap subsistem keluarga. Setiap subsistem memiliki fungsi spesifik, yang menyebabkan tuntutan khusus pada anggotanya.

Penjelasan terhadap masing-masing subsistem beserta aplikasinya pada keluarga anak tunagrahita dapat dilihat pada keterangan di bawah ini:

1. Subsistem pasangan

Ketika suami-istri memiliki anak tunagrahita, masing-masing pasangan secara alamiah akan mengalami kondisi krisis psikologis. Kondisi krisis ini sebagai bentuk stresor eksternal yang dapat dipersepsikan keluarga sebagai beban dan masalah psikososial, jika keluarga tidak segera merumuskan mekanisme koping yang tepat. Untuk itulah masing-masing pasangan harus menjalankan fungsi afektif. Fungsi ini dijelaskan sebagai suatu bentuk hubungan kasih

sayang yang saling menguatkan antar suami-istri, sehingga dapat berbagi pengalaman dalam mengelola stres ketika sedang dihadapkan pada kondisi krisis. Pasangan merupakan subsistem keluarga yang paling penting (Goldenberg & Goldenberg, 2000 dalam Friedman, 2010) karena bertanggungjawab sebagai pengampu beban utama perawatan terhadap anggota keluarga, khususnya anak dengan tunagrahita.

2. Subsistem orang tua-anak

Subsistem orang tua-anak pada keluarga dengan anggota keluarga tunagrahita melibatkan orang tua, dan hubungan mereka dalam menjalankan pola asuh kepada anak yang didiagnosa tunagrahita (Friedman, 2010). Pola asuh akan menentukan tumbuh kembang anak. Pola asuh yang diterapkan pada anak tunagrahita membutuhkan perhatian dan pemahaman spesifik dari orang tua tentang kebutuhan anak yang berbeda, dan dampak dari kebutuhan tersebut terhadap ketergantungan anak kepada keluarga/caregiver. Ketika keluarga tidak mampu mengelola dampak tersebut di atas, hal ini bisa dipersepsikan sebagai beban keluarga yang akan berimplikasi terhadap munculnya masalah psikososial, seperti ansietas.

3. Subsistem saudara kandung (*sibling*)

Dengan kehadiran tambahan anak, muncul subsistem saudara kandung. Hubungan ini berperan sebagai tempat uji coba keterampilan sosial anak yang pertama. Mereka belajar untuk mendukung, marah, mengungkapkan perasaan, bernegosiasi, bekerja sama, dan meniru satu sama lain. Dalam berhubungan dengan saudara kandung yang didiagnosa tunagrahita, anak memainkan peran yang berbeda, yang kemudian membimbing mereka dalam beraktivitas. Peran yang berbeda ini dapat bersifat negatif atau positif. Bersifat negatif, jika saudara kandung berpotensi mengalami masalah psikologis seperti merasa bersalah, malu, merasa tidak berguna serta

memiliki perasaan negatif terhadap saudaranya yang didiagnosa tunagrahita. Namun di sisi lain, ternyata keberadaan anak tunagrahita dapat memberikan pengaruh positif terhadap saudara kandungnya, meliputi tingkat kedewasaan, tanggung jawab, cenderung lebih empati dan toleran terhadap perbedaan (Gabel, 2005).

2.2.6.2 Dampak beban pada sistem keluarga dengan anak tunagrahita

Seperti halnya pada individu, keberadaan stres yang dipersepsikan sebagai beban keluarga, pada awalnya membantu keluarga untuk memobilisasi sumber-sumbernya dan untuk bekerja guna memecahkan masalah (Friedman, 2010). Seringkali suatu stresor pada awalnya mempengaruhi individu, diikuti dengan sebuah subsistem dan subsistem yang lain, sampai akhirnya semua subsistem keluarga terpengaruh (*ripple effect*). Walaupun stres dapat dialami oleh semua subsistem, setiap subsistem dapat menoleransi dan menangani stres secara berbeda.

Keluarga anak tunagrahita memiliki beberapa stresor yang akan mempengaruhi peran dan fungsi pada masing-masing subsistem. Stresor karena memiliki anak tunagrahita akan memunculkan reaksi dan tingkah laku yang spesifik. Menurut Kubler-Ross (2005), terdapat beberapa bentuk tahapan kehilangan yang secara umum muncul pada keluarga, khususnya orang tua anak tunagrahita, antara lain:

1. *Denial* (penyangkalan)

Shock dan *denial* adalah reaksi pertama yang muncul pada orang tua. Penyangkalan muncul dalam ketidaksadaran dan ditunjukkan dengan ansietas yang berlebihan. Jika penyangkalan bertahan dalam waktu lama, hal itu harus diperhatikan agar orang tua jangan terlalu memaksa anak diluar batas kemampuan anak tersebut. Pada tahap ini, banyak orang tua melaporkan perasaan mereka yang bingung, disorganisasi dan tidak berdaya.

2. *Anger* (marah)

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

3. *Bargaining* (tawar menawar)

Tahap ini, memiliki ciri adanya fantasi dalam pikiran orang tua. Selama proses *bargaining*, dapat dilihat keterlibatan orang tua dalam aktivitas yang membawa keuntungan tertentu.

4. *Depression* (depresi)

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

5. *Acceptance* (penerimaan)

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

2.2.7 Asuhan keperawatan jiwa pada anak tunagrahita

Tujuan utama dalam memberikan intervensi pada keluarga yang memiliki anak tunagrahita adalah mendukung coping keluarga dan meningkatkan fungsi optimum mereka di sepanjang rentang kehidupan anak (Wong, 2009). Pendekatan berpusat pada keluarga dalam jangka panjang, dan komprehensif meluas sampai pendekatan yang mendukung anak dan keluarga. Asuhan keperawatan komprehensif dapat mendukung adaptasi keluarga terhadap banyak perubahan yang mungkin diperlukan dalam kehidupan sehari-hari.

Perawat dapat membantu keluarga mengatasi beban dan masalah psikososial yang muncul dengan memberi panduan antisipasi, memberi dukungan emosional, membantu keluarga dalam mengkaji dan mengidentifikasi stresor, membantu keluarga mengembangkan mekanisme coping dan strategi pemecahan masalah, serta bekerja sama dengan keluarga lain sehingga mereka dapat diberdayakan di dalam proses terapi.

Pemberdayaan keluarga dalam suatu terapi, dapat dilihat sebagai proses pengenalan, peningkatan, dan penambahan kompetensi (Gibson, 1995 dalam Friedman, 2010). Bagi keluarga dari anak tunagrahita, pemberdayaan dapat terjadi secara bertahap karena kekuatan dan kemampuan diarahkan pada perawatan anak, mengatur kehidupan keluarga, dan merencanakan masa depan anak dan keluarga.

Agar keluarga dapat menghadapi tekanan dengan penyesuaian optimal terhadap kondisi anak, masing-masing anggota harus didukung sehingga sistem keluarga kuat. Walaupun keluarga dapat mendukung anggota keluarga yang membutuhkan bantuan secara tidak terbatas, kekuatan terbesar keluarga terletak pada dukungan setiap anggota keluarga satu sama lain. Perawat harus memikirkan bahwa anggota keluarga yang paling memerlukan bantuan tidak selalu anak yang sakit, tetapi bisa juga orang tua atau *sibling* yang menghadapi stres dan memerlukan intervensi.

2.3 Masalah Psikososial Keluarga: Ansietas

Keluarga dengan anak tunagrahita akan mengalami suatu periode krisis karena merawat anak berkebutuhan khusus. Periode krisis ini terdiri dari tiga tahapan, yaitu: penolakan atau penyangkalan, duka cita atau kesedihan, dan tahap penerimaan (Sembiring, 2002). Ketiga tahapan ini muncul sebagai manifestasi terhadap stresor yang dimaknai sebagai bentuk beban karena memiliki anak tunagrahita. Adapun reaksi dari beban keluarga karena memiliki anak tunagrahita mengantarkan keluarga ke dalam masalah psikososial dalam peran dan fungsi keluarga, pola asuh, hubungan interpersonal, dan dalam perawatan ke anak itu sendiri. Masalah psikososial yang kerap dialami keluarga ketika merawat anak tunagrahita yaitu ansietas.

2.3.1 Pengertian

Ansietas merupakan suatu respon terhadap situasi yang penuh dengan stres. Stres dapat didefinisikan sebagai suatu persepsi ancaman terhadap suatu harapan yang mencetuskan ansietas (Rawlins, Williams & Beck, 1993).

Pengertian lain diungkapkan oleh Saddock & Saddock (2007) yang mendefinisikan ansietas sebagai respon terhadap suatu ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal, samar-samar atau berkonflik. Sedangkan menurut Depkes RI (2009), ansietas adalah ketegangan, rasa tidak aman dan kekhawatiran yang timbul karena dirasakan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan tetapi sumbernya sebagian besar tidak diketahui dan berasal dari dalam.

Jika mencermati beberapa pengertian di atas, konsep ansietas harus dibedakan dengan ketakutan. Pada ansietas, sumber penyebab tidak diketahui, ancaman berasal dari dalam individu itu sendiri, bersifat kabur, ada konflik, dan bersifat kronis. Pada ketakutan, sumber ketakutan diketahui oleh individu, berupa ancaman eksternal, jelas, tidak ada konflik, bersifat akut (Videbeck, 2007). Ansietas berbeda dengan rasa takut yang merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya. Sedangkan ansietas adalah respon emosional terhadap penilaian tersebut.

Setelah diuraikan tentang beberapa pengertian ansietas dan perbedaannya dengan ketakutan, maka dapat disimpulkan bahwa pengertian ansietas dalam penelitian ini merupakan reaksi dari stres akibat beban ekonomi dan perawatan yang tinggi, beban psikologis keluarga, penurunan kualitas hidup anak dan keluarga, dukungan sosial yang berkurang, serta masa depan anak yang belum jelas. Adanya sumber ancaman yang tidak jelas inilah yang membedakan antara pengertian ansietas dan ketakutan.

2.3.2 Faktor predisposisi

Ansietas tidak dapat dihindarkan dari kehidupan keluarga ketika berusaha menjaga keseimbangan dalam perawatan terhadap anak tunagrahita. Pengalaman ansietas keluarga tidak sama pada beberapa situasi dan hubungan interpersonal. Terdapat beberapa faktor yang dapat menimbulkan ansietas pada keluarga anak tunagrahita, meliputi:

2.3.2.1 Pandangan biologis

Terdapat dugaan bahwa ansietas bersifat turunan, karena terdapat komponen yang bersifat diwariskan dari satu generasi ke generasi sesudahnya. Sullivan & Coplan (2000, dalam Videbeck, 2007) menyebutkan bahwa disfungsi neurotransmitter *gama amino butiric acid* (GABA), diyakini dapat mempengaruhi terjadinya ansietas. Selain GABA, terdapat beberapa neurotransmitter lainnya yang turut berperan dalam proses terjadinya ansietas, sebagaimana halnya dengan *endorphin*. Selain itu telah dibuktikan bahwa status kesehatan umum seseorang mempunyai kontribusi terhadap faktor predisposisi ansietas, karena dapat menurunkan kapasitas seseorang dalam mengatasi stresor.

2.3.2.2 Pandangan psikoanalitik

Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian, yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang sedangkan superego mencerminkan hati nurani

seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan, dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya (Videbeck, 2007).

2.3.2.3 Pandangan Interpersonal

Ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal (Suliswati, Payapo, Maruhawa, Sianturi, & Sumijatun, 2005). Ansietas berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan spesifik.

2.3.2.4 Pandangan perilaku

Ansietas merupakan produk frustrasi, yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Videbeck, 2007). Beberapa pakar menganggap ansietas sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan.

2.3.2.5 Pandangan keluarga

Gangguan ansietas merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga (Suliswati, Payapo, Maruhawa, Sianturi & Sumijatun, 2005). Terdapat tumpang tindih antara gangguan ansietas dan antara gangguan ansietas dengan depresi.

2.3.3 Stressor Presipitasi

Stresor presipitasi merupakan semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan ansietas (Suliswati, Payapo, Maruhawa, Sianturi & Sumijatun, 2005). Stresor pencetus ansietas dapat dikelompokkan dalam tiga kategori, yaitu:

2.3.3.1 Biologi

Tarwoto & Wartonah (2010) menjelaskan bahwa jika seorang individu yang terkena gangguan fisik, seperti penyakit kronis, cacat, pasca operasi,

aborsi, dan sebagainya, akan lebih mudah mengalami stres. Selain itu, gangguan fisik juga akan lebih mudah untuk mencetuskan terjadinya ansietas, dikarenakan gangguan integritas fisik akan mempengaruhi konsep diri individu.

2.3.3.2 Psikologi

Faktor pencetus ansietas meliputi identitas diri dan harga diri seseorang. Ancaman eksternal terkait dengan kondisi psikologis dapat mencetuskan ansietas, seperti peristiwa kematian, kelahiran, pernikahan, putus kerja, dan sebagainya.

2.3.3.3 Sosial ekonomi

Faktor sosial ekonomi akan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam mengelola stres, yang jika terus berlanjut dan sulit untuk diantisipasi akan menyebabkan ansietas. Pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat dari Tarwoto & Wartonah (2010), bahwa status sosial ekonomi dan pekerjaan akan mempengaruhi timbulnya stres dan ansietas. Pernyataan serupa juga diungkapkan oleh Sethi, Bhargava & Dhiman (2007) dari hasil observasinya terhadap keluarga anak tunagrahita di India, dimana dapat disimpulkan bahwa status sosial ekonomi berbanding terbalik dengan penerimaan keluarga terhadap ansietas dan beban yang dirasakan dalam merawat anaknya.

2.3.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ansietas

Faktor-faktor yang mempengaruhi ansietas (Saddock & Saddock, 2007; Tarwoto & Wartonah, 2010) terdiri dari:

2.3.4.1 Potensi stresor psikososial.

Potensi stresor psikososial merupakan setiap peristiwa atau keadaan yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang tersebut perlu beradaptasi untuk menanggulangi stresor yang timbul. Jika mekanisme koping individu maladaptif, maka akan mengakibatkan timbulnya ansietas, depresi, dan menarik diri.

Pada keluarga anak tunagrahita, ansietas dipengaruhi oleh perubahan status kesehatan salah satu anggota yang bersifat permanen, dimana adanya ketergantungan anak tunagrahita akan mempengaruhi kesiapan dan kemampuan keluarga dalam beradaptasi. Jika keluarga mengalami kegagalan dalam beradaptasi, akan mengantarkan dalam pemilihan mekanisme coping yang maladaptif, seperti ansietas, bahkan jika kondisinya semakin parah, akan mengarah kepada depresi, frustrasi, dan menarik diri.

2.3.4.2 Kematangan (maturitas)

Individu yang matang yaitu individu yang mengalami kematangan kepribadian sehingga akan lebih sukar mengalami gangguan akibat stres. Keluarga anak tunagrahita yang memiliki kematangan kepribadian akan lebih sukar untuk mengalami ansietas. Hal ini disebabkan karena individu yang matang memiliki kemampuan adaptasi yang optimal, yang dapat menangkal setiap munculnya stresor, sehingga respon atau perilaku terhadapnya menjadi adaptif. Sebaliknya, individu yang tidak matang akan rentan dari stres, karena memiliki ambang stres yang rendah. Individu ini cenderung *irritable* dan mudah terpengaruh dengan adanya stressor (Tarwoto & Wartonah, 2010). Kematangan kepribadian lebih banyak dipengaruhi faktor internal dan eksternal, seperti tipe kepribadian, pengalaman hidup, dan ketersediaan dukungan sosial (Notoatmodjo, 2007; Suliswati, Payapo, Maruhawa, Sianturi & Sumijatun, 2005; Tarwoto & Wartonah, 2010).

2.3.4.3 Status pendidikan

Status pendidikan berbanding terbalik dengan penerimaan individu akan stres (Sethi, Bhargava & Dhiman, 2007). Ketika seseorang memiliki tingkat pendidikan rendah, terjadi penurunan kemampuan kognitif dalam mempersepsikan munculnya stresor. Individu tersebut akan relatif lebih rentan dalam menerima stres. Pendidikan menjadi suatu tolak ukur

kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif (Stuart & Laraia, 2008). Seseorang dengan pendidikan tinggi akan lebih mudah menerima informasi, mudah mengerti, dan mudah menyelesaikan masalah (Notoatmodjo, 2007). Tingkat pendidikan rendah akan menyebabkan seseorang mudah mengalami stres, dibanding yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi (Saddock & Saddock, 2007; Tarwoto & Wartonah, 2010).

2.3.4.4 Keadaan fisik

Individu yang mengalami gangguan fisik akan lebih mudah mengalami stres. Menurut Stuart & Laraia (2008), gangguan fisik akan mengancam integritas diri seseorang. Seorang individu dengan penyakit kronis ataupun kecacatan akan lebih rentan untuk terjadi ansietas, karena adanya ancaman terhadap integritas fisik yang berpengaruh dalam pembentukan konsep diri.

2.3.4.5 Tipe kepribadian

Seseorang dengan tipe kepribadian A akan lebih mudah mengalami gangguan akibat stres, daripada orang dengan tipe kepribadian B. Ciri-ciri orang dengan tipe kepribadian A yaitu: tidak sabar, kompetitif, ambisius, ingin serba sempurna, merasa diburu-diburu waktu, sangat setia terhadap pekerjaan, agresif, mudah gelisah, tidak dapat tenang, mudah bermusuhan, mudah tersinggung, otot-otot mudah tegang. Sedangkan seseorang dengan tipe kepribadian B memiliki karakteristik yang berlawanan dengan tipe kepribadian A.

2.3.4.6 Sosial Budaya

Sosial budaya merupakan cara hidup di masyarakat yang akan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam beradaptasi terhadap stres. Individu yang mempunyai cara hidup teratur, falsafah hidup yang jelas, pada umumnya lebih mampu berespon positif terhadap stresor. Selain itu,

sosial budaya akan mempengaruhi terhadap ketersediaan dukungan sosial yang dibutuhkan oleh tiap individu dalam mengelola beban.

2.3.4.7 Status ekonomi

Status ekonomi berbanding terbalik dengan kemampuan seseorang dalam menerima stres. Seseorang dengan status ekonomi kuat cenderung lebih berespon positif terhadap stresor dibanding seseorang dengan status ekonomi lemah (Sethi, Bhargava & Dhiman, 2007). Sebuah teori mengungkapkan bahwa tingkat penghasilan yang rendah berpengaruh secara negatif terhadap fungsi keluarga. Teori tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Emerson (2003), bahwa ibu dari anak berkebutuhan khusus, potensial mengalami masalah psikologis terkait adanya kerugian ekonomi dan kemiskinan. Vega, dkk., (1999 dalam Stuart & Laraia, 2008) juga menyebutkan bahwa beberapa penelitian yang menyoroti tentang kemiskinan dan kesehatan mental, menemukan bahwa terdapat perbedaan resiko untuk mengalami gangguan jiwa antara kelompok utama yang diukur dari stratifikasi sosial dan kemiskinan.

2.3.4.8 Lingkungan

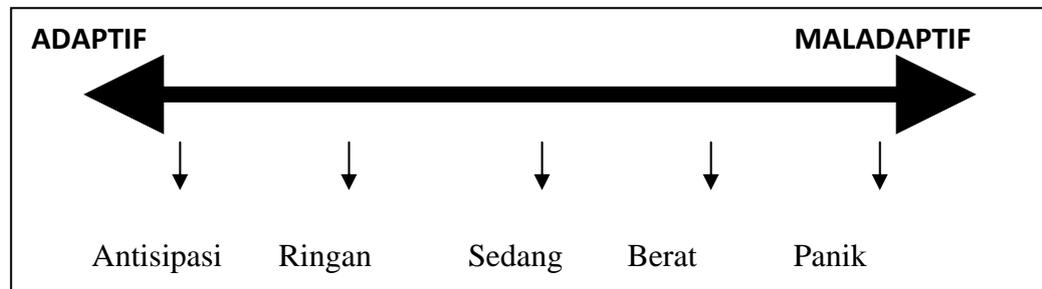
Lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi ansietas. Seseorang yang berada dalam lingkungan baru, akan menganggap lingkungan tersebut sebagai ancaman, yang menyebabkan munculnya respon ansietas sebagai kondisi yang tidak nyaman.

2.3.4.9 Usia

Saddock & Saddock (2007) berpendapat bahwa gangguan ansietas dapat terjadi pada semua usia, akan tetapi lebih sering menimpa pada usia dewasa, dengan rentang usia 21-45 tahun. Semakin bertambahnya usia, kemampuan seseorang dalam memformulasikan masalah akan semakin matang. Seseorang yang berusia lebih tua, relatif lebih tenang dalam menghadapi situasi yang mengancam.

2.3.5 Rentang Respon Ansietas

Rentang respon individu terhadap ansietas berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptif seperti terlihat pada gambar :



Gambar 2.2 Rentang Respon Ansietas

Sumber: Stuart dan Sundeen, Buku Saku keperawatan Jiwa, 1998, hlm. 176.

Menurut Townsend (2008), Peplau (1989 dalam Videbeck, 2007), Stuart & Sundeen (2007), Boyd & Nihart (1998), Rawlins, Williams & Beck (1993), tingkatan ansietas dapat dibagi atas:

- a. Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada, meningkatkan tahapan persepsinya, dan individu masih mampu memproses informasi. Ansietas ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas. Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah kelelahan, mudah tersinggung, berjaga-jaga, sadar, lapang persepsi meningkat, kesadaran tinggi, mampu untuk belajar, mampu mengenali tanda-tanda ansietas, motivasi meningkat dan tingkah laku sesuai situasi.
- b. Ansietas sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Seseorang mengalami perhatian yang selektif namun masih dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Manifestasi yang terjadi pada tingkat ini yaitu kelelahan meningkat, kecepatan denyut jantung dan pernapasan meningkat, ketegangan otot meningkat, bicara cepat dengan volume tinggi, lapang persepsi menyempit, mampu untuk belajar namun tidak optimal,

kemampuan konsentrasi menurun, perhatian selektif dan terfokus pada rangsangan yang tidak menambah ansietas, mudah tersinggung, tidak sabar, mudah lupa, marah, dan menangis.

- c. Ansietas berat sangat mengurangi lapang persepsi seseorang. Seseorang dengan ansietas berat cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang rinci dan spesifik, serta tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area yang lain. Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah mengeluh pusing, sakit kepala, mual, tidak dapat tidur (insomnia), sering kencing, diare, palpitasi, lapang persepsi menyempit, tidak mau belajar secara efektif, berfokus pada diri sendiri dan keinginan untuk menghilangkan ansietas tinggi, perasaan tidak berdaya, bingung, disorientasi.
- d. Tingkat panik dari ansietas berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror karena mengalami kehilangan kendali. Karena mengalami kehilangan kendali, orang yang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Tanda dan gejala yang terjadi pada keadaan ini adalah susah bernapas, dilatasi pupil, palpitasi, pucat, *diaphoresis*, pembicaraan inkoheren, tidak dapat berespon terhadap perintah yang sederhana, berteriak, menjerit, mengalami halusinasi dan delusi. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian.

2.3.6 Tingkat Ansietas dalam Skala Hamilton

Hawari (2001) menjelaskan bahwa untuk mengetahui sejauhmana tingkat ansietas seseorang, apakah ringan, sedang, berat atau panik, dapat menggunakan alat ukur yang dikenal dengan nama *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Cara penilaian tingkat ansietas menggunakan HARS dapat diidentifikasi dengan berdasar pada 14 kelompok gejala yang

mengindikasikan respon ansietas, dimana masing-masing kelompok akan diberi bobot skor 0-4.

Menurut Hamilton (dalam Hawari, 2001), skala ansietas dalam HARS dapat dibagi dalam dua aspek, yang meliputi :

2.3.6.1 Aspek Psikologis

- a. Perasaan cemas: cemas, firasat buruk, mudah tersinggung.
- b. Ketegangan: merasa tegang, mudah letih, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah, tidak dapat istirahat.
- c. Ketakutan: pada gelap, takut ditinggal sendiri, takut pada orang asing, takut pada binatang besar, takut pada kerumunan orang banyak, dan takut pada keramaian lalu lintas.
- d. Gangguan kecerdasan: sukar berkonsentrasi, daya ingat buruk.
- e. Perasaan depresi: hilang minat, sedih, perasaan berubah setiap hari.

2.3.6.2 Aspek Fisiologis

- a. Gangguan tidur: sukar tidur, terbangun pada malam hari, mimpi buruk, mimpi menakutkan, tidur tidak pulas, bila terbangun badan lemas, sering mimpi.
- b. Gejala somatik atau otot-otot: nyeri otot, kaku, kedutan, gigi gemerutuk, suara tidak stabil.
- c. Gejala sensorik: penglihatan kabur, gelisah, muka merah, merasa lemas.
- d. Gejala kardiovaskuler: takikardi, nyeri dada, denyut nadi meningkat, merasa lemah, denyut jantung berhenti sejenak.
- e. Pernafasan: merasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik nafas pendek.
- f. Gangguan gastrointestinal: sulit menelan, gangguan pencernaan, nyeri lambung, mual, muntah, pernafasan perut.
- g. Gangguan urogenital: tidak dapat menahan kencing, *frigiditas*, *amenorrhoe*.

- h. Gangguan otonom: mulut kering, muka merah, berkeringat, bulu roma berdiri.
- i. Perilaku sesaat: gelisah, tidak tenang, jari gemetar, muka tegang, tonus otot meningkat, mengerutkan dahi, nafas pendek dan cepat.

2.4 Peran Keperawatan Jiwa untuk Mengatasi Ansietas

Mc.Closkey, dkk., (2007) menjelaskan bahwa tujuan pemberian asuhan keperawatan pada keluarga yang mengalami ansietas adalah untuk mengurangi ansietas, dengan cara memanipulasi sumber ansietas melalui tindakan keperawatan yang terapeutik. Keperawatan jiwa merupakan suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri secara terapeutik sebagai kiatnya (Videbeck, 2007). Intervensi keperawatan jiwa dilakukan dengan cara menentramkan hati, menenangkan, mengkaji harapan klien akan kondisinya, menjelaskan semua prosedur perawatan, termasuk dampak akibat proses perawatan, memahami perasaan klien, memberikan informasi yang adekuat, menyediakan sistem pendukung keluarga, dan memberikan perawatan yang tepat.

Intervensi keperawatan jiwa untuk diagnosa ansietas memiliki sasaran individu, keluarga, dan kelompok. Intervensi keperawatan jiwa dapat dipilah menjadi dua, yaitu intervensi generalis dan intervensi keperawatan jiwa lanjutan atau spesialis. Masing-masing intervensi tersebut dapat diterapkan, baik untuk individu, keluarga, ataupun kelompok. Intervensi generalis meliputi:

1. Relaksasi nafas dalam merupakan suatu tindakan keperawatan yang berguna untuk merilekskan kondisi tubuh yang sedang mengalami ketegangan
2. *Imaginary guidance* merupakan suatu teknik pengalihan pikiran yang berguna untuk mengurangi ansietas

3. Aromaterapi adalah teknik terapi dengan menggunakan minyak esensial tumbuhan. Minyak esensial dalam terapi ini, dapat digunakan dengan cara diminum, dioles, dipijat, serta dihirup
4. Hipnotik lima jari merupakan terapi yang dilakukan menggunakan 5 jari tangan, dengan mengatupkan ibu jari dengan jari-jari yang lain secara bergantian. Terapi ini diindikasikan untuk kondisi nyeri dan ansietas

Intervensi keperawatan jiwa lanjutan atau terapi spesialis yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas, sesuai dengan sasarannya, meliputi:

1. Terapi Individu

- a. *Thought Stopping therapy* merupakan terapi yang bertujuan untuk membantu klien mengatasi ansietas yang mengganggu, membantu klien mengatasi pikiran negatif atau maladaptif yang sering muncul dan membantu klien mengatasi pikiran obsesif dan fobia.
- b. *Cognitive therapy* merupakan terapi yang bertujuan untuk merubah pikiran negatif menjadi positif, mengetahui penyebab perasaan negatif yang dirasakan, membantu mengendalikan diri dan pencegahan serta pertumbuhan pribadi.
- c. *Behaviour therapy* merupakan terapi yang bertujuan untuk meningkatkan perilaku yang diinginkan dan menurunkan perilaku yang tidak diinginkan.
- d. *Cognitive behaviour therapy* merupakan terapi yang bertujuan untuk Memodifikasi fungsi berfikir, perasaan bertindak, dengan menekankan fungsi otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, dan mengambil keputusan kembali. Dengan merubah status pikiran dan perasaannya, klien diharapkan dapat merubah perilaku negatif menjadi positif.

2. Terapi Kelompok

- a. *Supportif therapy* merupakan terapi yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan coping yang adaptif dalam mengatasi

masalah, meningkatkan harga diri, meningkatkan keterampilan pemecahan masalah, memotivasi otonomi klien dan memperkuat harapan, dan memodifikasi keyakinan maladaptif akibat penyakit yang dialami.

b. *Logotherapy* merupakan terapi yang bertujuan untuk mengatasi fobia, ansietas, gangguan obsesif kompulsif, dan pelayanan medis lainnya. Melalui metode konseling, terapis akan membantu dalam menemukan makna hidup.

3. Terapi Keluarga

Family Psychoeducation therapy merupakan terapi yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan teknik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku, memberikan dukungan kepada keluarga, mengembalikan fungsi pasien dan keluarga serta melatih keluarga untuk lebih bisa mengungkapkan perasaan, bertukar pandangan antar anggota keluarga dan orang lain.

2.5 Terapi Suportif Keluarga

2.5.1 Pengertian

Setiap bentuk terapi mempunyai tujuan utama untuk memberikan pertolongan kepada individu, dengan menghilangkan atau mengurangi penderitaan mereka. Terapi suportif merupakan terapi yang memiliki tujuan awal untuk memberikan dukungan dan menyelesaikan pengalaman isolasi dari masing-masing anggotanya (Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt, 2004). Tujuan ini terus berkembang, dimana terapi suportif tidak hanya dibentuk sebagai solusi untuk mengatasi pengalaman isolasi sosial, tetapi juga bertujuan untuk merencanakan, mengatur, dan berespon secara positif terhadap tekanan maupun keadaan yang merugikan.

Dasar dari pelaksanaan terapi suportif adalah suasana terapi yang diciptakan antara terapis dengan klien. Hubungan terapeutik antara terapis

dan klien mempunyai peranan penting dalam pelaksanaan terapi suportif. Hubungan ini idealnya bersifat empati tanpa perasaan sentimental dan simpati berlebihan, karena dapat menimbulkan *bias* terhadap proses pelaksanaan terapi. Hubungan terapeutik ini dapat bermanfaat untuk meningkatkan kekuatan klien, keterampilan coping, dan kemampuan klien menggunakan sumber copingnya, meningkatkan otonomi dalam pengambilan keputusan, meningkatkan kemampuan klien mencapai kemandirian seoptimal mungkin, dan kemampuan mengurangi distress subyektif dan respons coping yang maladaptif (Stuart & Laraia, 2008).

Pada awalnya, terapi suportif yang dikembangkan oleh Lawrence Rockland (dalam Bedell, dkk., 1997) dalam pelaksanaannya ditujukan secara individu. Akan tetapi dengan berjalannya waktu, pemberian terapi suportif bergeser tidak hanya melibatkan individu sebagai sasaran, tetapi juga mengikutsertakan beberapa individu homogen dalam satu setting terapi. Sehingga akhirnya terapi suportif dapat diberikan baik secara individu maupun secara kelompok. Individu yang homogen memiliki makna bahwa masing-masing individu memiliki masalah yang sama dan memerlukan penguatan tidak hanya dari terapis, tetapi juga dari anggota kelompok lainnya. Masalah bersama saling dibagikan, dan tiap-tiap individu dalam kelompok membandingkan interaksi mereka dengan individu lain di dalam kelompok.

Selain aplikasi terapi suportif secara kelompok (Hatfield, 1983; Holden & Lewine, 1982; Kreisman, Simmons & Joy, 1979 dalam Cook, Heller & Pickett-Schenk, 1999), terapi ini juga bisa diterapkan dengan menggunakan pendekatan keluarga. Penerapan terapi suportif pada keluarga disebut terapi suportif keluarga. Terapi keluarga adalah bentuk terapi kelompok yang mengikutsertakan klien dan anggota keluarganya (Videbeck, 2007). Tujuannya ialah memahami bagaimana dinamika keluarga mempengaruhi psikopatologi klien, memobilisasi kekuatan dan sumber fungsional keluarga, merestrukturisasi gaya perilaku keluarga yang

maladaptif, dan menguatkan perilaku penyelesaian masalah keluarga (Stuart & Laraia, 2008). Meskipun pada awalnya satu anggota keluarga biasanya teridentifikasi sebagai individu yang mengalami masalah dan memerlukan bantuan, seringkali melalui proses terapeutik semakin jelas bahwa anggota keluarga yang lain juga mengalami masalah emosional dan kesulitan (Videbeck, 2007). Sehingga, terapi suportif pada keluarga anak tunagrahita dapat didefinisikan sebagai bentuk terapi yang bertujuan untuk memberikan dukungan terhadap keluarga dalam kelompok, sehingga mampu menyelesaikan krisis yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif antara klien-terapis.

Terapi suportif keluarga diawali dengan membahas masalah yang ringan atau sedang hingga beranjak ke masalah yang lebih berat. Pada keluarga dengan anak tunagrahita, beberapa informasi perlu dibahas karena merupakan suatu kebutuhan dalam rangka merawat anaknya. Informasi tersebut meliputi: pembahasan tentang pengertian tunagrahita, faktor penyebab, karakteristik tunagrahita, serta penatalaksanaan bagi anak tunagrahita.

Pemberian terapi suportif keluarga diharapkan dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengelola beban dan ansietas, karena keluarga mendapat kesempatan membahas kendala yang dihadapinya selama memiliki anak tunagrahita, bahkan bertukar pengalaman dengan keluarga lain. Tukar pengalaman dalam mengelola beban dan ansietas selama merawat anak tunagrahita dapat menjadi sumber dukungan sosial bagi masing-masing anggota dalam kelompok, sehingga diharapkan beban dan ansietas dapat berkurang. Pemberian dukungan sosial bisa diberikan oleh anggota keluarga lainnya ataupun melalui bantuan tenaga profesional, misalnya seorang perawat jiwa sebagai terapis (Videbeck, 2007; Mohr & Regan-Kubinski, 2001 dalam Fontaine, 2003).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ketika pemberian dukungan sosial berkurang, beberapa keluarga menunjukkan adanya beban dan masalah psikososial yang meningkat (Cook, Heller & Pickett-Schenk, 1999; Biegel, Milligan, Putnam & Song, 1994). Dengan demikian dalam rangka meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengelola beban dan ansietas selama merawat anak tunagrahita, pemberian terapi suportif sangat tepat karena anggotanya dapat memperoleh dukungan dari anggota lainnya sehingga beban dan masalah psikososial ansietas dapat berkurang. Pada akhirnya, ketika beban dan ansietas mampu dikelola, diharapkan terjadi peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

2.5.2 Prinsip terapi kelompok suportif keluarga

Pembentukan terapi kelompok suportif pada keluarga anak tunagrahita harus memperhatikan beberapa prinsip dasar yang penting untuk dipahami. Beberapa prinsip dasar (Chien, Chan & Thompson, 2006) tersebut meliputi:

- a. Hubungan saling percaya. Terapis diharapkan memiliki sifat hangat, empati, dan menentramkan sehingga hubungan saling percaya antara terapis-klien mudah untuk diwujudkan (Stuart & Laraia, 2008).
- b. Memikirkan ide dan alternatif pemecahan masalah. Terapis membantu keluarga menyelesaikan krisis yang dihadapi dalam merawat anak tunagrahita dengan cara berbagi ide dan alternatif tentang cara mengatasi masalah (Appelbaum, 2005).
- c. Tiap anggota kelompok berperan secara aktif untuk menemukan solusi mengatasi beban dan masalah psikososial ansietas melalui kesempatan berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah dalam kelompok
- d. Pengambilan keputusan dengan melibatkan kelompok, dan kelompok harus bertanggung jawab dalam pengambilan keputusan
- e. Terapis dan klien harus saling memahami, mengetahui dan membantu berdasarkan kesetaraan, respek antara satu dengan yang lain dan

hubungan timbal balik. Kondisi ini juga dalam hubungan antara masing-masing anggota kelompok

- f. Kelompok harus menghargai *privacy* dan kerahasiaan dari anggota kelompoknya. Masing-masing anggota kelompok dapat bertukar pengalaman mengenai rahasia dan konflik internal secara psikologis

2.5.3 Pelaksanaan

Pemberian terapi suportif keluarga didasarkan pada *Support System Enhancement* yang dijelaskan oleh McCloskey dan Bulechek (1996 dalam Stuart & Laraia, 2008) dan *mutual support group* bagi keluarga menurut Chien, Chan & Thompson (2006). Berbagai aktifitas di dalam *Support System Enhancement* meliputi: 1). mengakses respon psikologis, 2). menentukan jejaring sosial yang ada dan adekuat, 3). mengidentifikasi *family support* (dukungan bagi keluarga), 4). mengidentifikasi *family financial support* (dukungan finansial bagi keluarga), 5). Menentukan *support system* (sistem dukungan) yang biasa digunakan, 6). menentukan hambatan dalam menggunakan *support system*, 7). memonitor situasi keluarga saat ini, 8). menganjurkan klien berpartisipasi dalam aktifitas sosial dan masyarakat, 9). menganjurkan berinteraksi dengan orang lain yang sama-sama tertarik dan memiliki tujuan, 10). mengarahkan pada pembentukan kelompok swabantu sebagai terapi yang tepat untuk dilakukan secara mandiri, 11). mengakses sumber masyarakat yang adekuat untuk mengidentifikasi kelemahan dan kelebihan, 12). mengarahkan pada masyarakat berdasarkan pada hal peningkatan, pencegahan, pengobatan, atau program rehabilitasi yang tepat, 13). menyediakan layanan perawatan dan cara yang suportif, 14). melibatkan keluarga, pihak lain, dan teman dalam hal perawatan dan perencanaan, dan 15). menjelaskan pada yang lain bagaimana cara mereka dapat saling membantu. Adapun kelima tahapan pengembangan *mutual support group* meliputi: perjanjian, penyampaian kebutuhan psikologis, pemberian kebutuhan psikologis bagi klien dan keluarga, penggunaan peran baru dan tantangannya, dan terminasi.

Terapi kelompok suportif dalam pelaksanaannya dapat diberikan dalam empat sesi (McCloskey & Bulechek, 1996 dalam Stuart & Laraia, 2008). Keempat sesi tersebut, meliputi: *sesi pertama*, yaitu mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sistem pendukung. *Sesi kedua*, yaitu bagaimana keluarga menggunakan sistem pendukung internal, monitor hasil, dan hambatannya. *Sesi ketiga*, yaitu bagaimana keluarga mengakses berbagai sumber dukungan yang ada di luar keluarga (eksternal), monitor hasil dan hambatannya. *Sesi keempat*, yaitu bagaimana keluarga mengevaluasi penggunaan sumber pendukung internal dan eksternal.

Keempat sesi dilakukan dalam minimal 4 kali pertemuan selama 4 minggu, dan setiap pertemuan dilaksanakan selama 75-90 menit (Townsend, 2008). Setiap akhir sesi, keluarga menulis kegiatannya di buku kerja. Setiap lembar buku kerja terdapat tanggal dan nama sesi. Dengan demikian, setiap keluarga memiliki catatan perkembangan selama mengikuti terapi kelompok suportif.

2.6 Metode Riset Kuantitatif

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode *quasi experimental*, rancangan *pre-post test*. Penelitian kuantitatif merupakan jenis penelitian yang menghasilkan data kuantitatif, berupa angka, dimana dapat diproses secara matematis dengan bantuan sistem analisis komputer.

Peneliti tertarik untuk menggunakan metode *quasi experimental pre-post test*, karena ingin menguji pengaruh terapi kelompok suportif terhadap perubahan beban dan tingkat ansietas pada keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Rancangan penelitian ini menggunakan populasi yang diambil dari sekelompok keluarga anak tunagrahita di Sekolah Luar Biasa Kabupaten Banyumas dan dikelompokkan menjadi dua, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi memperoleh perlakuan terapi generalis dan terapi kelompok suportif selama 4 sesi,

Universitas Indonesia

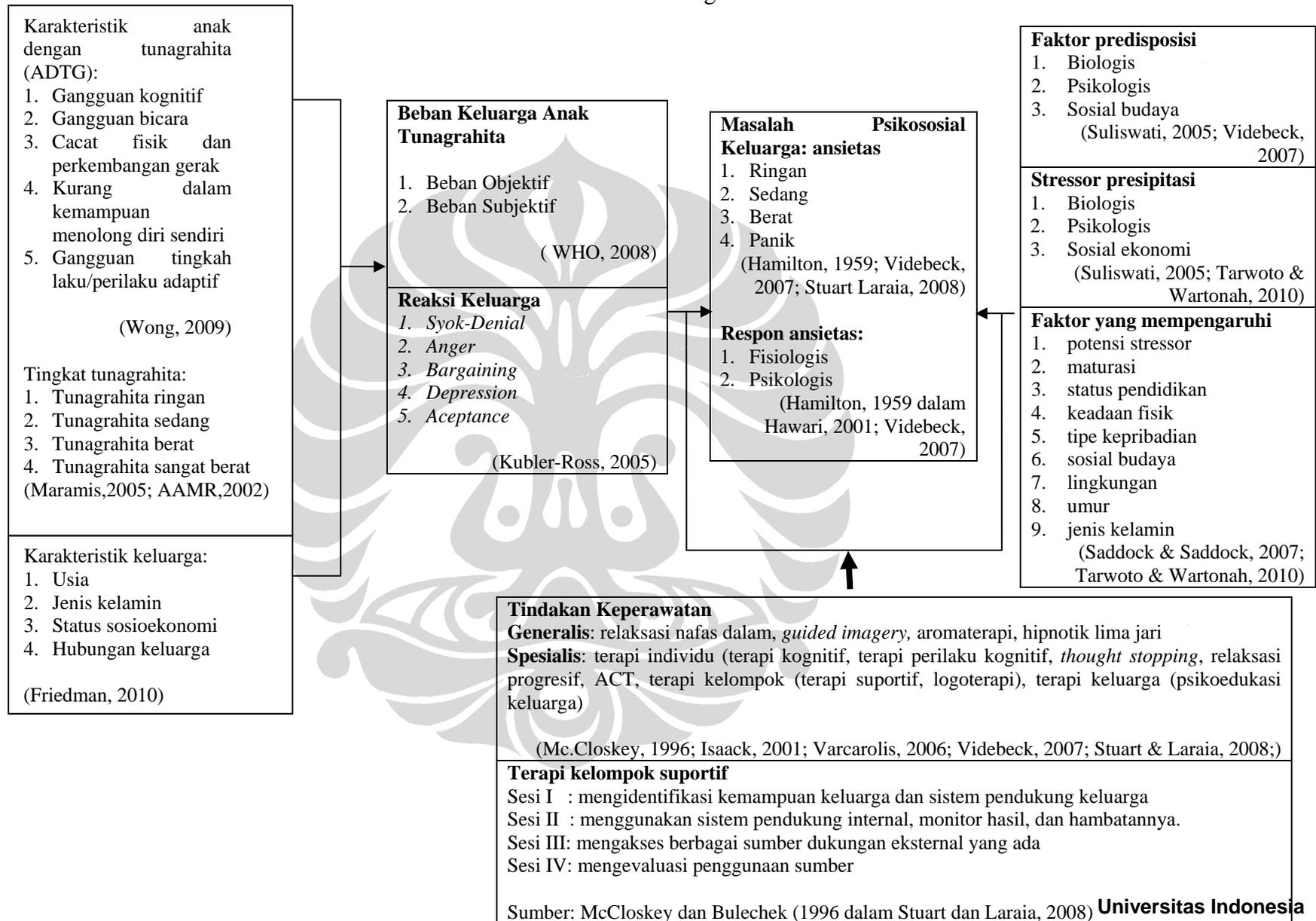
sedangkan kelompok kontrol hanya memperoleh terapi generalis saja. Rancangan *pre-post test* akan bermanfaat untuk mengetahui perbedaan beban dan tingkat ansietas pada keluarga, antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Penelitian ini tidak tepat jika menggunakan jenis penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif tidak mampu mengukur secara tepat perubahan beban dan tingkat ansietas keluarga setelah mendapatkan suatu perlakuan terapi. Selain itu, penelitian kuantitatif lebih dipilih, karena beban keluarga dan tingkat ansietas dapat terukur secara matematis, sehingga responden mampu diklasifikasikan sesuai dengan hasil pengukuran yang sebenarnya.

2.7 Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori merupakan landasan penelitian yang disusun berdasarkan informasi, konsep, dan teori yang telah dijelaskan dalam tinjauan teori. Kerangka teori dalam penelitian ini akan diuraikan dalam skema 2.1.

Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian



BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

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

3.1 Kerangka Konsep

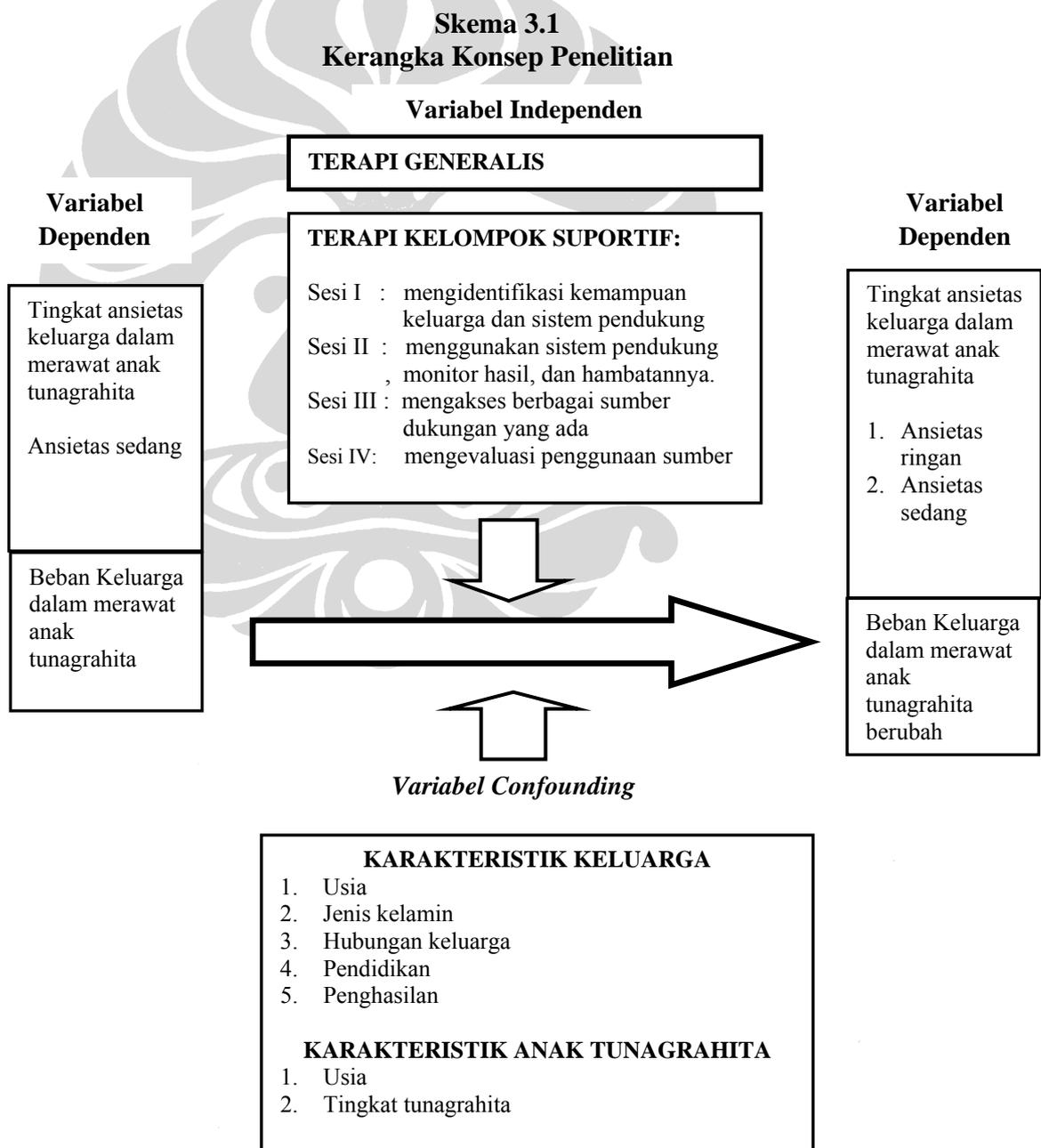
Kerangka konsep penelitian merupakan landasan berpikir untuk melakukan penelitian. Kerangka konsep dikembangkan berdasarkan teori dan konsep yang telah penulis paparkan pada tinjauan teori. Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel dependen, variabel independen, dan variabel *confounding*.

Variabel dependen dalam penelitian ini ada dua, yang meliputi variabel beban dan variabel tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Variabel beban menggunakan pendekatan WHO (2008) dan Mohr (2006), yang membagi beban keluarga menjadi dua sub variabel, yaitu beban obyektif dan beban subyektif. Variabel dependen yang kedua yaitu tingkat ansietas yang meliputi ansietas ringan, ansietas sedang, dan ansietas berat (Stuart & Laraia, 2008; Videbeck, 2007; Stuart & Sundeen, 2007; Hamilton, 1959 dalam Hawari, 2001). Penelitian ini merupakan penelitian eksperimental semu, dimana setelah dilakukan intervensi diharapkan terjadi penurunan beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Tingkat ansietas diharapkan terjadi penurunan dari ansietas sedang menjadi ansietas ringan.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pemberian intervensi berupa terapi kelompok suportif. Pelaksanaan terapi kelompok suportif dilaksanakan selama 4 sesi (Stuart & Laraia, 2008), yaitu mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sistem pendukung keluarga, menggunakan sistem pendukung internal, mengakses sistem pendukung eksternal, dan mengevaluasi penggunaan sumber dukungan internal dan eksternal.

Variabel *confounding* adalah karakteristik keluarga dan anak tunagrahita yang mempengaruhi variabel beban dan tingkat ansietas dalam merawat anak tunagrahita. Karakteristik keluarga (Tarwoto & Wartonah, 2010) meliputi usia, jenis kelamin, hubungan keluarga, pendidikan, dan penghasilan. Sedangkan karakteristik anak meliputi usia dan tingkat tunagrahita (Wong, 2009).

Secara rinci, variabel-variabel dalam penelitian (variabel dependen, independen, dan *confounding*) akan digambarkan dengan skema seperti di bawah ini:

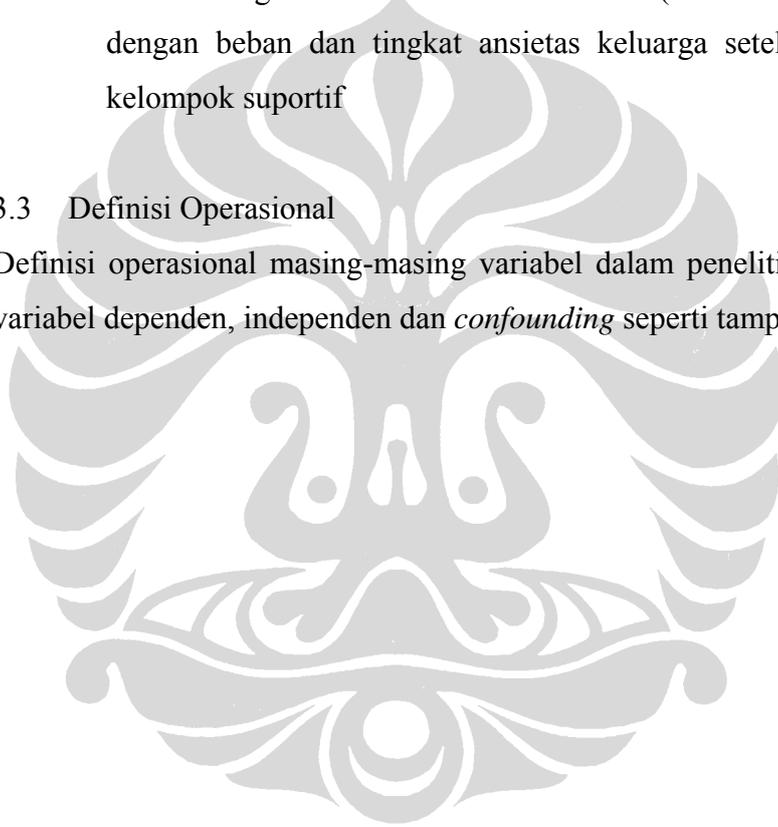


- 3.1.1 Variabel independen
Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi kelompok suportif
- 3.1.2 Variabel dependen
Variabel dependen dalam penelitian ini adalah beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita
- 3.1.3 Variabel *confounding*
Variabel *confounding* atau variabel perancu dalam penelitian ini adalah karakteristik demografi responden (keluarga dan anak tunagrahita) yang mempengaruhi beban dan tingkat ansietas keluarga. Variabel demografi keluarga terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan, dan hubungan keluarga. Variabel demografi anak tunagrahita terdiri dari usia dan tingkat tunagrahita.
- 3.2 Hipotesis Penelitian
 - 3.2.1 Hipotesis Mayor
 - 3.2.1.1 Ada pengaruh pemberian terapi kelompok suportif terhadap beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita
 - 3.2.2 Hipotesis Minor
 - 3.2.2.1 Ada perbedaan beban keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, sebelum kelompok intervensi mendapatkan terapi kelompok suportif
 - 3.2.2.2 Ada perbedaan beban keluarga pada kelompok intervensi sebelum dan setelah mendapatkan terapi kelompok suportif
 - 3.2.2.3 Ada perbedaan beban keluarga pada kelompok kontrol, sebelum dan setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi kelompok suportif
 - 3.2.2.4 Ada perbedaan beban keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi kelompok suportif
 - 3.2.2.5 Ada perbedaan tingkat ansietas keluarga pada kelompok intervensi, sebelum dan setelah mendapatkan terapi kelompok suportif

- 3.2.2.6 Ada perbedaan tingkat ansietas keluarga pada kelompok kontrol, sebelum dan setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi kelompok suportif
- 3.2.2.7 Ada perbedaan tingkat ansietas antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi kelompok suportif
- 3.2.2.8 Ada hubungan antara karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, hubungan keluarga, pendidikan, dan penghasilan) dengan beban dan tingkat ansietas keluarga setelah pemberian terapi kelompok suportif
- 3.2.2.9 Ada hubungan antara karakteristik anak (usia dan tingkat tunagrahita) dengan beban dan tingkat ansietas keluarga setelah pemberian terapi kelompok suportif

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional masing-masing variabel dalam penelitian ini yang meliputi variabel dependen, independen dan *confounding* seperti tampak pada tabel 3.1:



Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Dependen dan Independen

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil ukur	Skala
Variabel Dependen				
Beban Keluarga	Efek tidak menyenangkan yang ditanggung keluarga selama merawat anak tunagrahita	Menggunakan kuesioner B yang diadopsi dan dimodifikasi dari <i>the burden scale</i> dan <i>Montgomery borgatta caregiver burden scale</i> , terdiri dari 26 pernyataan dengan menggunakan skala likert (1 = tidak pernah, 2 = jarang, 3 = kadang-kadang, 4 = sering, dan 5 = selalu) Cara ukur: dilakukan dengan membagikan kuesioner untuk diisi langsung oleh keluarga berdasar pada <i>self report</i> .	Jumlah nilai dari <i>item</i> pernyataan beban yang dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dengan CI 95%	Interval
Tingkat ansietas	Keadaan tidak menyenangkan dan mengganggu yang dirasakan keluarga, sebagai reaksi dari beban dalam merawat anggota keluarga dengan tunagrahita, yang dibagi dalam tiga tingkatan yaitu tingkat ringan, tingkat sedang, dan tingkat berat.	Menggunakan kuesioner C yang diadopsi dan dimodifikasi dari HARS. Kuesioner ini terdiri dari 14 pernyataan Cara ukur: dilakukan dengan membagikan kuesioner untuk diisi langsung oleh keluarga berdasar pada <i>self report</i>	a. < 21 = ansietas ringan b. ≥ 21 = ansietas sedang (Hamilton, 1959 dalam Hawari, 2001)	Ordinal

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil ukur	Skala
Variabel Independen				
Terapi Kelompok Suportif	Kelompok keluarga yang memiliki anggota keluarga tunagrahita dan disekolahkan di sekolah luar biasa, berkumpul bersama untuk melakukan kegiatan: <i>sharing</i> tentang perawatan anak tunagrahita, tentang beban dan ansietas yang muncul karena merawat anak tunagrahita, mengidentifikasi sumber pendukung dari dalam dan dari luar keluarga, menggunakan sumber pendukung dari dalam dan luar keluarga untuk mengatasi masalah beban dan ansietas	Menggunakan lembar evaluasi pada tiap sesi terapi kelompok suportif. Keluarga yang telah mengikuti 4 sesi, dinyatakan telah diberi terapi kelompok suportif	Dinyatakan dengan angka: 1-2 1. Keluarga yang tidak diberi terapi kelompok suportif. 2. Keluarga yang diberi terapi kelompok suportif	Nominal

Tabel 3.2 Definisi Operasional Data Demografi Responden

Data Demografi Responden	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara ukur	Hasil Ukur	Skala
a. Karakteristik keluarga (<i>caregiver</i>)				
Usia	Lama hidup responden (yang merawat anak tunagrahita), terhitung sampai hari ulang tahun terakhir saat penelitian dilakukan.	Instrumen A berupa pertanyaan mengenai usia responden Cara ukur: keluarga mengisi langsung dalam lembar kuesioner demografi	Dinyatakan dalam tahun	Rasio

Data Demografi Responden	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara ukur	Hasil Ukur	Skala
Jenis kelamin	Perbedaan jenis kelamin berdasarkan karakteristik fisik yang tampak	Instrumen A berupa pertanyaan mengenai jenis kelamin responden Cara ukur: keluarga memilih alternatif jawaban yang disediakan dalam lembar kuesioner demografi	Dinyatakan dengan: 1 = laki-laki 2 = perempuan	Nominal
Hubungan keluarga	Hubungan kekerabatan antara keluarga dengan anak tunagrahita	Instrumen A berupa pertanyaan mengenai hubungan keluarga Cara ukur: keluarga memilih alternatif jawaban yang disediakan dalam lembar kuesioner demografi	Dinyatakan dengan angka 1-2: 1: bukan orang tua 2 : orang tua	Nominal
Pendidikan	Tingkat pendidikan formal tertinggi yang ditunjukkan dengan kepemilikan ijazah terakhir	Instrumen A berupa pertanyaan mengenai pendidikan keluarga Cara ukur: keluarga memilih alternatif jawaban yang disediakan dalam lembar kuesioner demografi	Dinyatakan dengan: 1 = SD 2 = SMP 3= SMA 4= Diploma atau perguruan tinggi	Ordinal

Data Demografi Responden	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara ukur	Hasil Ukur	Skala
Penghasilan	Keadaan sosial ekonomi dari keluarga yang digambarkan dengan jumlah penghasilan tetap setiap orang dalam satu rumah selama satu bulan.	Instrumen A berupa pertanyaan mengenai penghasilan keluarga dalam sebulan dengan cara mengisi lembar instrumen. Cara ukur: Mengisi form penghasilan dalam rupiah	Dinyatakan dengan rupiah	Rasio
b. Karakteristik anak tunagrahita				
Usia	Lama hidup anak tunagrahita yang bersekolah di SLB C, terhitung sampai hari ulang tahun terakhir saat penelitian dilakukan.	Instrumen A berupa pertanyaan mengenai usia anak tunagrahita Cara ukur: keluarga mengisi langsung dalam lembar kuesioner demografi	Dinyatakan dalam tahun	Rasio
Tingkat tunagrahita	Tingkat keparahan tunagrahita anak, yang ditunjukkan oleh hasil tes IQ terakhir	Instrumen A berupa pertanyaan mengenai tingkat tunagrahita pada anak Cara ukur: keluarga mengisi langsung dalam lembar kuesioner demografi, setelah itu dicocokkan dengan data sekunder dari sekolah (SLB)	1 = tunagrahita ringan dengan IQ 50-70 2 = tunagrahita sedang dengan IQ 35-49 (Maramis, 2005; AAMR, 2002)	Ordinal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab 4 menguraikan tentang metode penelitian, termasuk desain penelitian yang digunakan, populasi dan sampel penelitian, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data serta analisis data.

4.1 Desain Penelitian

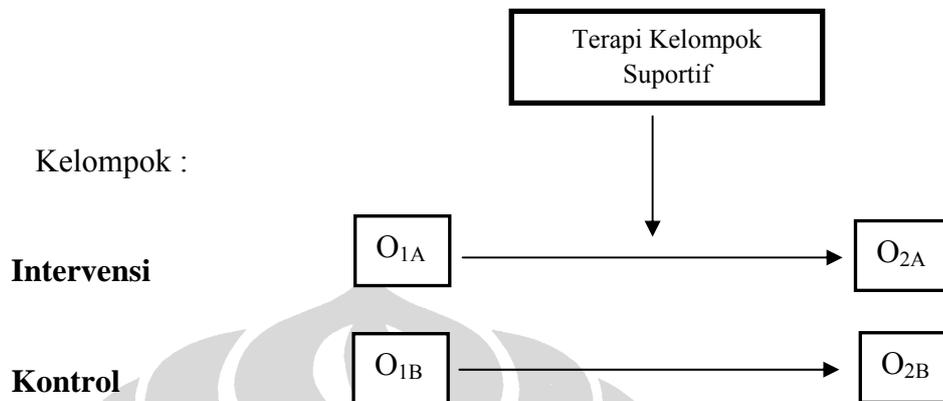
Penelitian ini menggunakan metode intervensi semu (*quasi experiment*), rancangan *pre-post test with control group* dengan intervensi terapi kelompok suportif. Pendekatan *pre-post test with control group design* digunakan untuk melihat efektivitas perlakuan melalui perbedaan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol (Arikunto, 2009). Proses pelaksanaan penelitian dilakukan dengan mengukur perubahan beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita sebelum dan setelah diberikan terapi kelompok suportif (pada kelompok intervensi). Selanjutnya beban dan tingkat ansietas ini dibandingkan dengan kelompok keluarga yang tidak mendapatkan terapi kelompok suportif (kelompok kontrol).

Kelompok I : kelompok keluarga yang memperoleh terapi generalis dan terapi spesialis terapi kelompok suportif dengan 4 sesi untuk minimal 4 x pertemuan

Kelompok II : kelompok keluarga yang hanya memperoleh terapi generalis.

Berikut ini adalah skema desain penelitian yang digunakan :

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



Keterangan :

O1A : beban dan tingkat ansietas keluarga, pada kelompok intervensi sebelum dilakukan terapi kelompok suportif

O2A : beban dan tingkat ansietas keluarga, pada kelompok intervensi setelah dilakukan terapi kelompok suportif

O1B : beban dan tingkat ansietas keluarga, pada kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan terapi kelompok suportif

O2B : beban dan tingkat ansietas keluarga, pada kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi kelompok suportif

O2A – O1A : Perbedaan beban dan tingkat ansietas keluarga, pada kelompok intervensi setelah dilakukan terapi kelompok suportif

O2B – O1B : Perbedaan beban dan tingkat ansietas keluarga, pada kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi kelompok suportif

O2A-O2B : Perbedaan beban dan tingkat ansietas keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan terapi kelompok suportif.

4.2 Populasi dan sampel

4.2.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan subjek penelitian (Arikunto, 2009). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga yang memiliki anak tunagrahita yang disekolahkan di SLB Kabupaten Banyumas, yaitu SLB Kuncup Mas Banyumas (70 orang) dan SLB C Yakut Purwokerto (83 orang).

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik populasi (Arikunto, 2009) yang dilibatkan dalam penelitian. Sampel harus dapat menggambarkan populasi yang sebenarnya, dan jumlah sampel atau subjek sangat menentukan manfaat penelitian. Sampel yang digunakan dalam penelitian harus memenuhi kriteria inklusi, yakni karakteristik umum subjek penelitian pada populasi (Sugiyono, 2006). Adapun karakteristik sampel untuk keluarga yang dapat dimasukkan dalam kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

1. Keluarga yang biasa merawat anak dan tinggal serumah dengan anak
2. Keluarga yang terikat dalam status perkawinan atau memang belum menikah
3. Keluarga yang biasa merawat anak dan memiliki tingkat ansietas sedang, berdasar hasil *screening* ansietas. *Screening* ansietas diperlukan untuk menyaring kelompok populasi sehingga didapatkan kelompok sampel yang memenuhi kriteria tingkat ansietas sedang. Berdasarkan hasil *screening*, diperoleh 38 keluarga di SLB Kuncup Mas dan 45 keluarga di SLB C Yakut, yang memenuhi kriteria tingkat ansietas sedang.
4. Keluarga yang memiliki anggota keluarga tunagrahita dengan diagnosa tunggal tunagrahita
5. Keluarga yang memiliki anggota keluarga tunagrahita dalam kategori tingkat tunagrahita ringan-berat
6. Keluarga yang berada dalam rentang usia 18-55 tahun

7. Keluarga yang bisa membaca dan menulis
8. Keluarga yang bersedia sebagai responden dalam penelitian dan dibuktikan dengan penandatanganan dalam lembar persetujuan responden

Besar sampel dalam penelitian ditentukan berdasarkan rumus besar sampel uji beda dua rata-rata berpasangan dengan jumlah populasi (N) diketahui, sebagai berikut (Lemeshow, S. dkk., 1997):

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

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 50% (Lemeshow, dkk., 1997)

d : toleransi deviasi yang dipilih yaitu sebesar 10% (Lemeshow, dkk., 1997)

$$n = \frac{1,65^2 \times 0,5(1-0,5) \times 153}{[0,1^2 \times (153-1)] + [1,65^2 \times 0,5(1-0,5)]}$$

$$n = 47,3 \text{ dibulatkan } 47$$

Dalam studi *quasi experiment*, 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):

Universitas Indonesia

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

Keterangan :

- n' : Ukuran sampel setelah revisi
 n : Ukuran sampel asli (47)
 1 - f : Perkiraan proporsi *drop out*, yang diperkirakan 10 % (f = 0,1)
 maka :

$$n = \frac{47}{1-0,1}$$

n = 52,22 dibulatkan menjadi 52

Berdasarkan penghitungan sampel di atas, didapatkan bahwa jumlah sampel awal adalah 104, dengan rincian 52 sampel untuk kelompok intervensi dan 52 sampel untuk kelompok kontrol. Akan tetapi, karena peneliti menggunakan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*, maka terjadi perubahan terhadap jumlah sampel yang benar-benar dilibatkan dalam penelitian.

Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* pada masing-masing SLB berdasarkan kriteria inklusi yang ditetapkan. Berdasarkan hasil *screening* ansietas, diperoleh 45 keluarga di SLB C Yakut dan 38 keluarga di SLB Kuncup Mas yang telah memenuhi kriteria inklusi ansietas sedang. Kemudian, peneliti melakukan penyaringan responden berdasar kriteria inklusi lainnya yang telah ditetapkan, dan diperoleh sebanyak 35 responden di SLB C Yakut dan 37 responden di SLB Kuncup Mas, sehingga diperoleh jumlah total sampel sebesar 72 responden. Selama proses pelaksanaan terapi, terdapat 3 responden pada kelompok intervensi yang gugur (3 responden *drop out* dikarenakan tidak datang pada salah satu sesi dengan alasan adanya kepentingan keluarga), dan 1 responden pada kelompok kontrol yang gugur (tidak datang dikarenakan sakit), sehingga diperoleh jumlah sampel akhir sebesar 68 responden.

Penentuan responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol diupayakan telah memenuhi asas homogenitas, yaitu adanya kesetaraan karakteristik responden pada kedua kelompok. Untuk menentukan apakah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol telah memenuhi asas homogenitas, terlebih dahulu dilakukan uji homogenitas pada kedua kelompok berdasar karakteristik yang terdapat pada variabel *confounding*, yaitu karakteristik keluarga dan anak tunagrahita. Uji homogenitas dilakukan menggunakan analisis statistik dengan bantuan sistem komputer.

4.3 Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di SLB Kabupaten Banyumas. Kabupaten Banyumas dipilih sebagai tempat penelitian, dengan beberapa pertimbangan: 1). Jumlah anak tunagrahita di Kabupaten Banyumas sebesar 492 orang, dimana yang tercatat di sekolah luar biasa hanya berjumlah 153 siswa, 2) Kabupaten Banyumas menduduki urutan kedua dalam jumlah anak tunagrahita setelah Kabupaten Cilacap di wilayah eks Karesidenan Banyumas, 3). Kabupaten Banyumas memiliki 2 sekolah luar biasa yaitu, SLB Kuncup Mas dan SLB C Yakut, dimana kedua SLB tersebut merupakan sekolah luar biasa swasta.

Berdasarkan kedua SLB di atas, peneliti berencana untuk memilih SLB C Yakut sebagai kelompok intervensi dan SLB Kuncup Mas sebagai kelompok kontrol. Pemilihan tempat penelitian tersebut berdasarkan pada beberapa alasan, yaitu: 1). SLB C Yakut merupakan SLB khusus untuk anak tunagrahita, sedangkan SLB Kuncup Mas merupakan SLB yang terdiri dari kekhususan A,B,C,dan D; 2) Pernah dilakukan penelitian di SLB C Yakut tentang motivasi keluarga dalam merawat anak tunagrahita oleh mahasiswa Universitas Negeri Semarang tahun 2009, akan tetapi belum dilakukan intervensi lanjutan, 3). SLB C Yakut telah memiliki wadah perkumpulan orang tua (komite orang tua) dengan anak tunagrahita, tetapi belum ada upaya untuk mengadakan kegiatan rutin, 4). Adanya keterbukaan dan

keinginan dari kepala sekolah di kedua SLB untuk meningkatkan kualitas kesehatan siswa dan orang tua.

4.4 Waktu penelitian

Proses penelitian yang telah dilakukan secara keseluruhan berlangsung sejak minggu keempat Bulan April sampai dengan minggu keempat Bulan Mei 2011, setelah proses pengurusan perijinan untuk melaksanakan penelitian pada kedua SLB selesai. Pengambilan data *pre test* pada kelompok intervensi dilakukan pada tanggal 25 April 2011 diikuti dengan *screening* pada seluruh keluarga dengan anak tunagrahita untuk memenuhi kriteria inklusi tingkat ansietas sedang. Setelah sampel pada kelompok intervensi terpenuhi sesuai dengan kriteria inklusi, segera dilakukan pemberian terapi generalis secara kelompok, berupa pendidikan kesehatan tentang cara mengasuh anak tunagrahita (untuk diagnosa koping keluarga tidak efektif) dan manajemen ansietas (untuk diagnosa ansietas sedang) pada tanggal 28 April 2011. Pelaksanaan terapi spesialis kelompok suportif dilaksanakan selama 5 hari, yaitu tanggal 30 April, 4 Mei, 6 Mei, 9 Mei dan 14 Mei. Pelaksanaan *post test* pada kelompok intervensi dilakukan pada tanggal 20 Mei 2011.

Pengambilan data *pre test* pada kelompok kontrol dilakukan pada tanggal 26 April 2011 diikuti dengan pemberian terapi generalis pada tanggal 29 April 2011. Pengambilan data *post test* pada kelompok kontrol dilakukan pada tanggal 21 Mei 2011.

4.5 Etika penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan menerapkan prinsip etika melalui pemberian perlindungan terhadap responden yang menjadi subjek dalam penelitian. Hal ini dilakukan untuk mencegah munculnya masalah etik yang dapat terjadi selama proses penelitian berlangsung, dengan menerapkan prinsip *beneficence*, menghargai martabat manusia (*dignity*) dan prinsip mendapatkan keadilan (*justice*) (Hamid, 2007).

4.6 Aplikasi prinsip etik penelitian

Polit & Beck (2006) mengaplikasikan prinsip etika penelitian dalam *self determination, anonimity, privacy, and confidentiality, fair treatment, justice*, serta *protection from discomfort and harm*.

4.6.1 *Self determination*

Prinsip *self determination* memiliki arti bahwa responden (baik pada kelompok intervensi atau kelompok kontrol) mempunyai kebebasan untuk berpartisipasi secara sukarela tanpa adanya paksaan untuk terlibat dalam penelitian. Hal yang telah dilakukan oleh peneliti yaitu dengan memberikan informasi tentang proses pelaksanaan penelitian pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Informasi yang diberikan pada kelompok kontrol, meliputi: tujuan penelitian, variabel yang diteliti, waktu yang diperlukan, manfaat dan resiko, serta prosedur pelaksanaan terapi generalis. Sedangkan pada kelompok intervensi, informasi yang diberikan sama seperti tersebut di atas, hanya saja perlu ditambahkan tentang informasi mengenai proses pelaksanaan terapi kelompok suportif yang akan dilaksanakan selama 4 sesi.

Selama proses pemberian informasi, responden berhak untuk mengajukan pertanyaan, menolak dalam pemberian informasi, ataupun bertanya sebagai proses klarifikasi. Untuk memperkuat dalam penyampaian informasi tersebut, responden dipersilakan untuk membaca dengan seksama penjelasan penelitian (lampiran 2) sebelum mengambil keputusan untuk menandatangani lembar persetujuan (lampiran 3). Selanjutnya, peneliti juga menjelaskan bahwa data yang diberikan tidak disebarluaskan dan hanya dipergunakan dalam penelitian ini. Peneliti juga menjelaskan bahwa responden berhak untuk menentukan apakah berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini, serta tidak ada paksaan dan hukuman terhadap keputusan yang telah diambil.

Penelitian dengan menggunakan terapi kelompok multisesi sangat rawan dengan adanya *drop out*. Peneliti tidak memaksa jika sewaktu-waktu

responden menolak meneruskan sesi terapi, karena hal tersebut merupakan hak dari masing-masing responden. Akan tetapi, untuk mengantisipasi dan mencegah *drop out* pada anggota kelompok, peneliti telah memberikan informasi yang adekuat tentang pentingnya keikutsertaan dalam proses terapi dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti, pemilihan waktu dan tempat pelaksanaan terapi yang tidak menyulitkan responden, dan berkolaborasi dengan pihak sekolah luar biasa sebagai *key person* yang menjembatani antara kebutuhan responden dengan peneliti. Responden yang menyatakan bersedia untuk menjadi subjek penelitian, peneliti persilakan untuk menandatangani lembar persetujuan (lampiran 3).

4.6.2 *Anonymity, privacy, and confidentiality*

Peneliti menggunakan prinsip *anonymity, privacy, and confidentiality* dengan cara menggunakan kode untuk menyamarkan identitas asli dari responden. Responden (baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol) tidak perlu menuliskan nama pada kuesioner yang diisi, sehingga informasi yang didapatkan dalam penelitian hanya digunakan untuk keperluan penelitian, serta tidak dapat diketahui secara luas untuk kepentingan publikasi. Tetapi, peneliti dapat tetap memperoleh informasi tentang identitas lengkap dari responden, jika dirasa memang diperlukan dan atas persetujuan dari responden. Data penelitian, peneliti simpan dalam memori komputer, tanpa peneliti cetak, untuk mendukung prinsip etika *anonymity, privacy, and confidentiality*. Data penelitian yang telah disimpan dan diolah, hanya dapat digunakan oleh peneliti, dan dalam rentang waktu 3 tahun setelah penelitian ini berakhir, segera dihancurkan.

4.6.3 *Fair treatment*

Penerapan prinsip *fair treatment* dalam penelitian ini dilakukan dengan pemilihan responden (baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol) yang tidak diskriminatif (misal: tidak membedakan antara suku, agama, ras, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status sosial ekonomi), menjunjung tinggi perbedaan budaya pada setiap responden, tidak

menghukum jika responden tidak berkeinginan untuk berpartisipasi, responden berhak mengundurkan diri di tengah-tengah sesi walaupun sebelumnya telah menyatakan persetujuan untuk berpartisipasi dari awal sampai akhir penelitian, dan melaksanakan prosedur terapi kelompok suportif secara tepat (pada kelompok intervensi) sesuai dengan modul panduan terapi yang telah divalidasi.

4.6.4 *Justice*

Penelitian ini merupakan penelitian intervensi semu dengan kontrol dimana intervensi yang diberikan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi tidak sama. Kelompok kontrol akan mendapatkan terapi generalis kelompok untuk diagnosa ansietas dan koping keluarga tidak efektif, sedangkan untuk kelompok intervensi akan mendapatkan terapi generalis dan terapi spesialis kelompok suportif selama 4 sesi. Sebagai dasar penerapan prinsip keadilan (*justice*) antara kelompok kontrol dan intervensi, peneliti dapat sewaktu-waktu memberikan intervensi spesialis sesuai dengan kebutuhan setiap anggota kelompok kontrol berdasarkan masalah keperawatan aktual yang muncul (*here and now*), dengan pendekatan terapi secara individual ataupun kelompok.

4.6.5 *Protection from discomfort and harm*

Upaya untuk menghindari ketidaknyamanan fisik, mental dan bebas dari eksploitasi adalah dengan mengizinkan responden (pada kelompok intervensi atau kelompok kontrol) jika sewaktu-waktu ingin mengundurkan diri karena merasa tidak nyaman atau tidak bersedia lagi melanjutkan intervensi. Sedangkan upaya untuk menjaga keseimbangan antara resiko dan manfaat pada responden adalah dengan memberikan penjelasan di awal penelitian, bahwa resiko pasti terjadi. Untuk meminimalkan resiko, peneliti telah berusaha melaksanakan prosedur dengan tepat. Prosedur yang tepat didasarkan pada panduan pelaksanaan terapi yang disesuaikan dengan modul panduan terapi kelompok suportif untuk keluarga dan telah divalidasi (lampiran 7) pada setiap sesi. Modul panduan terapi kelompok suportif

untuk keluarga/*caregiver* telah disusun oleh peneliti sebelumnya (Hernawaty, 2009; Widiastuti, 2010) dan telah memperoleh *validity expert*. Ketika prosedur terapi dilaksanakan dengan tepat, diharapkan diperoleh banyak manfaat. Hal ini dikarenakan peneliti memberikan intervensi sesuai dengan kesepakatan dan penjelasan yang terdapat pada lembar *informed consent*.

4.6.6 *Informed Consent*

Informed consent atau persetujuan menjadi responden dibuktikan dengan penandatanganan surat persetujuan seperti tercantum pada lampiran 3 oleh responden (pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol) untuk menjadi subjek penelitian secara sukarela dan tanpa paksaan, dengan didahului penjelasan oleh peneliti secara lengkap dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh responden tentang tujuan, prosedur penelitian, manfaat, dan jaminan kerahasiaan informasi yang diberikan responden.

4.7 Alat pengumpul data

Mengumpulkan data merupakan hal yang sangat menentukan dalam sebuah penelitian. Pemilihan instrumen yang tepat dan sesuai akan memberikan hasil yang memuaskan dan dapat mengurangi *bias*. Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner sebagai instrumen penelitian untuk mengidentifikasi beban dan masalah psikososial ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

4.7.1 Data Demografi Responden

Instrumen yang diberikan terdiri dari instrumen A yaitu instrumen data demografi: merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik keluarga dan anak tunagrahita. Karakteristik keluarga meliputi: usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, dan hubungan keluarga. Karakteristik anak tunagrahita meliputi: usia dan tingkat tunagrahita. Karakteristik anak tunagrahita diperoleh dengan meminta keluarga untuk mengisi dalam instrumen data demografi (instrumen A).

Kuesioner disusun dalam bentuk pertanyaan terbuka dan tertutup. Bentuk pertanyaan terbuka terdapat dalam pertanyaan tentang usia (keluarga dan anak) dan besar penghasilan. Sedangkan untuk pertanyaan tertutup, peneliti memberikan alternatif jawaban, sehingga responden dapat menjawab sesuai dengan pilihan yang disajikan. Kuesioner A terdiri dari 5 pertanyaan tentang data demografi keluarga dan 2 pertanyaan tentang data demografi anak.

4.7.2 Pengukuran beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita

Instrumen untuk memperoleh data mengenai beban keluarga, peneliti adopsi dan modifikasi dari *the burden scale* (Andren & Elhmstal, 2006) dan *Montgomery Borgatta caregiver burden scale* (Rood & Callahan, 2004) yang diisi dengan skala 1 = tidak pernah, 2 = jarang, 3 = kadang-kadang, 4 = sering, dan 5 = selalu (Instrumen B). Modifikasi dilakukan terhadap beberapa butir pernyataan yang berfungsi untuk lebih meningkatkan pemahaman responden terhadap makna dari instrumen. Instrumen ini terdiri dari 26 pernyataan dengan 11 pernyataan berisi tentang beban obyektif keluarga dan 15 pernyataan tentang beban subyektif keluarga.

Variabel beban keluarga diukur melalui perolehan skor dari setiap butir pernyataan setelah dilakukan uji coba, terdiri dari 26 butir, yang terdiri dari pernyataan positif (*favourable*) dan negatif (*unfavourable*). Nomor pernyataan dari masing-masing sub variabel tergambar pada tabel 4.1 sebagai berikut:

Tabel 4.1 Penyebaran Nomor Pernyataan Tiap Sub Variabel Kuesioner Beban Keluarga

No	Sub Variabel	Jumlah Pernyataan	Nomor Butir <i>Favourable</i>	Nomor Butir <i>Unfavourable</i>
1.	Beban Subyektif	15	3,5,6,7,8,9,10,11,12,13,18,20,22,25	23
2.	Beban Obyektif	11	1,2,16,17	4,14,15,19,21,24,26

Kuesioner dibuat sebagai pengumpul data primer, dimana responden mengisi pernyataan yang terdapat dalam kuesioner dengan memberikan tanda *chek list* (√) pada kolom yang sesuai. Jawaban pernyataan dengan menggunakan skala *likert* dari 1-5, dengan kriteria penilaian sebagai berikut: **Tidak pernah**, jika pernyataan tersebut tidak pernah responden alami dalam satu minggu, diberi nilai 1.

Jarang, jika pernyataan tersebut hanya responden alami sekitar 1-2 hari dalam satu minggu, diberi nilai 2

Kadang-kadang jika pernyataan tersebut responden alami sekitar 3-4 hari dalam satu minggu, diberi nilai 3

Sering, jika pernyataan tersebut responden alami selama 5-6 hari dalam satu minggu, diberi nilai 4

Selalu, jika pernyataan tersebut responden alami setiap hari dalam satu minggu, diberi nilai 5.

Nilai pernyataan negatif (*unfavourable*) berkebalikan dengan nilai yang didapatkan dari pernyataan positif (*favourable*).

4.7.3 Pengukuran tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita

Untuk mengukur tingkat ansietas keluarga, peneliti menggunakan instrumen C. Instrumen C merupakan kuesioner untuk mengukur tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Kuesioner ini peneliti adopsi dan modifikasi dari *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) sesuai tinjauan teori tentang ansietas, terdiri dari 14 pernyataan. Instrumen HARS dikembangkan pertama kali oleh Max Hamilton pada tahun 1959. HARS telah diterjemahkan ke dalam berbagai bahasa, telah diadaptasi, dan hingga kini tetap bertahan sebagai suatu ukuran dalam tes diagnosa ataupun penelitian. HARS telah diterjemahkan dan diadaptasi oleh Kelompok Studi Psikiatri Biologi ke dalam Bahasa Indonesia, dan telah digunakan pada fasilitas kesehatan jiwa di Indonesia. Instrumen HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk dilakukan pengukuran tingkat ansietas pada penelitian, yaitu memiliki nilai validitas sebesar 0,67,

dengan nilai reliabilitas sebesar 0,92 (Mc. Dowell, 2006). Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran tingkat ansietas dengan menggunakan HARS dapat diperoleh hasil yang valid dan reliabel.

Tabel 4.2 Penyebaran Nomor Pernyataan Tiap Sub Variabel Kuesioner Ansietas Keluarga

No	Sub variabel	Jumlah pernyataan	Nomer pernyataan
1	Aspek fisiologis	8	7,8,9,10,11,12,13,14
2	Aspek psikologis	6	1,2,3,4,5,6

Adapun cara penilaian tingkat ansietas menggunakan skala HARS yang terdiri dari 14 kelompok gejala, masing-masing kelompok diberi bobot skor 0 – 4, yaitu:

0 = jika 0% jumlah gejala yang muncul pada setiap kelompok gejala

1 = jika 1% – 25% jumlah gejala yang muncul pada setiap kelompok gejala

2 = jika 26% – 50% gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala

3 = jika 51% – 75% gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala

4 = jika 76% – 100% gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala

Selanjutnya masing-masing nilai angka pada kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat ansietas seseorang dengan menggunakan pengukuran tingkat ansietas HARS, yaitu:

≤ 20 = kecemasan ringan

21 – 27 = kecemasan sedang

28 – 41 = kecemasan berat

(Sumber: Hamilton, 1959 dalam Hawari, 2001)

4.8 Uji instrumen

Intrumen penelitian yang dipakai sebagai alat pengumpul data diujicobakan pada populasi yang mempunyai karakteristik yang hampir sama dengan responden. Uji instrumen dilakukan dengan tujuan untuk menilai validitas, reliabilitas dan objektivitas intrumen penelitian. Uji validitas ditujukan untuk

mengukur apa yang memang sesungguhnya hendak diukur dan dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment*. Hasil uji dikatakan valid apabila nilai r hasil (kolom *corrected butir-total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari r tabel (Hastono, 2005).

Instrumen penelitian ini harus mempunyai validitas isi dan konstruksi. Uji validitas isi dalam penelitian ini dilakukan dengan meminta penilaian atau pendapat dari pembimbing peneliti yang mempunyai kompetensi untuk menilai isi butir pernyataan kuesioner. Sedangkan untuk menguji validitas konstruksi dilakukan dengan bantuan validasi bahasa dengan meminta pendapat ahli bahasa dan ahli keperawatan untuk menterjemahkan bentuk kuesioner beban dan ansietas dari Bahasa Inggris ke dalam Bahasa Indonesia. Setelah kedua instrumen selesai diterjemahkan, instrumen diujicobakan terhadap 2 orang awam (bukan orang kesehatan) untuk mengukur sejauhmana instrumen tersebut mudah untuk dipahami. Terdapat beberapa butir pernyataan di kuesioner beban keluarga yang peneliti modifikasi untuk lebih memudahkan dalam pemahaman. Setelah dimodifikasi, instrumen tersebut dikembalikan lagi kepada ahli bahasa untuk dinilai apakah secara gramatikal, hasil modifikasi instrumen beban dan ansietas masih memiliki makna yang sama dengan versi yang asli (Bahasa Inggris sebelum diterjemahkan) ataukah tidak. Secara teknis, pengujian validitas isi dan konstruksi dapat dibantu dengan menggunakan kisi-kisi instrumen (Sugiyono, 2006).

Uji reliabilitas dilakukan untuk mengukur apakah instrumen dapat disebut *reliabel*. Instrumen yang *reliabel* adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama, atau hasil pengukuran konsisten dan bebas dari kesalahan. Uji reliabilitas dalam penelitian ini dengan membandingkan antara *Cronbach's Coefficient-Alpha* dan nilai r -tabel. Instrumen penelitian dinyatakan

memenuhi reliabilitas bila *Cronbach's Coefficient-Alpha* lebih besar dari nilai *r*-tabel (Sugiyono, 2006).

Keluarga yang diikutsertakan sebagai responden untuk uji coba instrumen tidak diikutsertakan sebagai responden penelitian. Uji coba instrumen dilakukan pada kuesioner B (beban keluarga) yang berisi 31 pernyataan, dan kuesioner C (ansietas keluarga) yang berisi 14 pernyataan. Uji coba pertama instrumen penelitian dilakukan terhadap 31 keluarga anak tunagrahita di SLB Banjarnegara. Uji coba pertama dilakukan pada minggu kesatu bulan April 2011. SLB Banjarnegara dipilih sebagai tempat untuk melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen karena memiliki karakteristik yang hampir sama dengan SLB di Kabupaten Banyumas.

Variabel kuesioner telah diukur dengan menggunakan uji korelasi *Pearson product moment* dan reliabilitas telah diukur dengan menggunakan *alpha cronbach*. Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian secara rinci tergambar pada tabel 4.3:

Tabel 4.3 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian pertama

Variabel	Jumlah pernyataan		No butir yang tidak valid	No butir yang diperbaiki	Validitas	Reliabilitas
	Sebelum uji	Sesudah uji				
1. Beban	31	31	1,2,3,5,6,9,12,16,17,18,22,23,30	1,2,3,5,6,9,12,16,17,18,22,23,30	0,3608-0,7297	0,8767
2. Ansietas	14	14	1	1	0,5247-0,7654	0,9137

df = 29 (n-2); r = 0,355

Hasil uji coba instrumen menunjukkan bahwa pada kuesioner ansietas, dari 14 butir pernyataan, diperoleh 13 butir yang valid dan reliabel. Satu butir (butir no 3 dengan r hitung = 0,3205) pernyataan yang tidak valid dan reliabel selanjutnya dimodifikasi dalam hal bahasa dan redaksional pernyataan. Sedangkan hasil uji coba kuesioner beban keluarga

menunjukkan bahwa dari 31 butir pernyataan, 18 butir pernyataan valid dan reliabel dan 13 butir pernyataan tidak valid dan reliabel. Butir pernyataan yang tidak valid dan reliabel kemudian dimodifikasi dalam hal bahasa dan redaksional. Butir pernyataan yang dimodifikasi merupakan butir pernyataan yang mempunyai nilai validitas mendekati nilai r tabel ($r = 0,355$) dan merupakan butir pernyataan yang secara isi dianggap penting bagi variabel yang diteliti. Butir pernyataan tersebut perlu untuk dimodifikasi karena akan mempengaruhi makna dan tujuan dari pemberian instrumen.

Instrumen penelitian yang telah dimodifikasi dilakukan uji coba ulang yang merupakan uji coba kedua untuk mengetahui validitas dan reliabilitas instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian. Uji coba ini hanya dilakukan terhadap instrumen beban. Instrumen ansietas tidak perlu untuk dilakukan uji coba, dikarenakan nilai reliabilitasnya cukup tinggi ($\alpha > 0,9$). Sedangkan uji coba terhadap instrumen beban dilakukan pada 38 keluarga dengan anak tunagrahita di SLB Purbalingga pada minggu ketiga bulan April 2011. SLB Purbalingga dipilih sebagai tempat untuk melakukan uji coba kedua karena tempat ini mempunyai karakteristik yang hampir sama dengan SLB di Kabupaten Banyumas. Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian secara rinci tergambar pada tabel 4.4

Tabel 4.4 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian Kedua

Variabel	Jumlah butir pernyataan		Validitas	Reliabilitas
	Sebelum uji	Sesudah uji		
Beban	31	26	0,3684-0,6352	0,8992
df = 36 (n-2); r = 0,320				

Hasil uji instrumen kedua menunjukkan bahwa terdapat 5 butir pernyataan yang dibuang yaitu butir no: 3 ($r = 0,1906$), 6 ($r = 0,1894$), 12 ($0,1082$), 22 ($0,2962$), dan 30 ($0,0823$). Kelima butir ini peneliti buang karena setelah dilakukan uji coba yang kedua, masih didapatkan nilai r hitung $< r$ tabel ($0,320$). Selain itu, kelima butir pernyataan ini sudah terwakili oleh butir-

butir pernyataan lainnya sehingga tidak terlalu mempengaruhi makna variabel. Butir pernyataan yang dibuang meliputi perwakilan dari sub variabel beban subyektif dan beban obyektif.

Setelah dilakukan uji coba instrumen sebanyak dua kali, instrumen beban dan ansietas telah menerapkan prinsip etik valid dan reliabel sehingga dapat digunakan dalam penelitian untuk mengukur variabel yang diteliti.

4.9 Prosedur pelaksanaan penelitian

Prosedur penelitian dilaksanakan dalam tahapan, sebagai berikut:

4.9.1 Tahap persiapan :

Tahap awal persiapan, peneliti mengurus surat ijin penelitian ke SLB C Yakut dan SLB Kuncup Mas. Setelah peneliti menyelesaikan urusan administrasi dengan pihak sekolah, peneliti berkoordinasi dengan Kepala Sekolah pada masing-masing SLB terkait dengan pelaksanaan kegiatan penelitian. Beberapa hal yang perlu untuk dikoordinasikan dengan pihak sekolah meliputi uraian singkat tentang rencana penelitian, waktu dan tempat pelaksanaan terapi, susunan kegiatan terapi, deskripsi singkat tentang terapi kelompok suportif, dan peran perawat jiwa dalam mengelola masalah psikososial keluarga dengan anak tunagrahita. Koordinasi dengan SLB C Yakut dilakukan dari tanggal 4 sampai 9 April 2011, sedangkan koordinasi dengan SLB Kuncup Mas dilakukan dari tanggal 11 sampai 16 April 2011. Keterbukaan dan kerja sama dari masing-masing sekolah dalam proses koordinasi dapat bermanfaat sebagai katalis untuk mempermudah jalannya penelitian.

Setelah proses koordinasi selesai, peneliti bersiap untuk melakukan pemilihan responden. Langkah awal, peneliti berkolaborasi dengan pihak sekolah untuk mengundang secara resmi seluruh keluarga yang memiliki anak tunagrahita dan sedang tercatat sebagai murid SLB. Pertemuan dengan seluruh keluarga berlangsung pada tanggal 25 April 2011 di SLB C Yakut dan 26 April 2011 di SLB Kuncup Mas Banyumas. Proses pertemuan tidak

dihadiri oleh seluruh keluarga. Pertemuan di SLB C Yakut dihadiri oleh 55 perwakilan keluarga dari total 83 keluarga. Sedangkan pertemuan di SLB Kuncup Mas hanya dihadiri oleh 43 perwakilan dari 70 keluarga. Keluarga yang tidak hadir pada pertemuan di SLB C Yakut disebabkan oleh beberapa alasan, dengan perincian: 4 orang karena sakit, 9 orang sedang bekerja, dan 15 orang tanpa keterangan. Pertemuan di SLB Kuncup Mas tidak dihadiri oleh perwakilan dari 27 keluarga dengan rincian alasan: 3 orang karena sakit, 7 orang dengan kepentingan keluarga, 7 orang sedang bekerja, dan 10 orang tanpa keterangan. Pihak kepala sekolah pada kedua SLB memberikan keterangan bahwa terdapat beberapa keluarga yang dengan sengaja enggan untuk terlibat dalam setiap kegiatan yang diselenggarakan oleh pihak sekolah.

Selama proses pertemuan, peneliti memberikan penjelasan singkat tentang rencana penelitian. Selain itu, peneliti memberikan kesempatan dibukanya sesi tanya jawab agar keluarga lebih memahami tentang manfaat dari penelitian. Respon keluarga terkait dengan penjelasan penelitian cukup positif. Hampir seluruh keluarga yang hadir, menyambut baik niat dari peneliti dan menganggap perlu untuk diselenggarakannya kegiatan terapi kelompok suportif, karena hal tersebut menjadi sebuah kebutuhan bagi keluarga. Setelah itu, peneliti membagikan *informed consent* sebagai wujud kesediaan dan keikutsertaan calon responden untuk terlibat dalam penelitian. Seluruh keluarga yang hadir dalam pertemuan membubuhkan tanda tangan dalam form *informed consent*. Kemudian peneliti memberikan *pre test* dan *screening* ansietas untuk menjaring calon responden yang memenuhi kriteria inklusi tingkat ansietas sedang. Sebagai perwujudan dari prinsip etik *justice*, peneliti tetap berusaha melibatkan 28 keluarga di SLB C Yakut dan 27 keluarga di SLB Kuncup Mas yang tidak hadir dalam pertemuan dengan mendatangi rumah masing-masing. Dikarenakan keterbatasan waktu penelitian dan sulitnya keterjangkauan dengan beberapa rumah calon responden, peneliti menitipkan lembar *informed consent* dan *pre test* pada anaknya.

Proses kegiatan penjelasan penelitian, *pre test*, dan *screening* pada setiap SLB berlangsung selama 2 hari. Kemudian, peneliti membutuhkan waktu sekitar 12 jam untuk menganalisis hasil data demografi (kuesioner A) dan hasil *screening* ansietas (kuesioner C), hingga mendapatkan hasil jumlah keluarga yang memang benar-benar telah memenuhi kriteria inklusi penelitian.

Analisis awal di SLB C Yakut selaku kelompok intervensi, didapatkan hasil bahwa terdapat 35 keluarga yang memenuhi kriteria inklusi. Sedangkan di SLB Kuncup Mas selaku kelompok kontrol, didapatkan hasil bahwa terdapat 37 keluarga yang memenuhi kriteria inklusi. Sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa jumlah responden sebagai sampel dalam penelitian ini adalah 72 keluarga (35 untuk kelompok intervensi dan 37 untuk kelompok kontrol). Selanjutnya, peneliti membuat undangan pertemuan kembali terhadap setiap responden yang telah memenuhi kriteria inklusi, untuk diberikan terapi generalis berupa pendidikan kesehatan tentang cara mengasuh anak tunagrahita dan manajemen ansietas: relaksasi nafas dalam dan hipnotis lima jari. Pertemuan kedua dilangsungkan pada tanggal 28 April 2011 untuk kelompok intervensi dan 29 April 2011 untuk kelompok kontrol. Proses pemberian terapi generalis pada masing-masing SLB dilaksanakan secara berkelompok, untuk lebih mengefektifkan waktu. Pada kelompok kontrol, terdapat 1 responden *drop out* selama proses pemberian terapi generalis, dikarenakan tidak datang (dengan alasan sakit). Sehingga total responden sebagai sampel dalam kelompok kontrol berkurang satu menjadi 36 orang.

Setelah pemberian terapi generalis pada kelompok intervensi, masih pada hari yang sama, peneliti bermusyawarah dengan keluarga untuk membahas tentang waktu, durasi kegiatan dan tempat pelaksanaan terapi kelompok suportif. Akhirnya disepakati, bahwa kegiatan terapi kelompok suportif dilaksanakan pada tanggal 30 April, 4 Mei, 6 Mei, 9 Mei dan 14 Mei 2011.

Tempat pelaksanaan terapi disepakati dilaksanakan di salah satu ruangan di SLB C Yakut Purwokerto, dimana durasi untuk setiap pertemuan sekitar 75 – 90 menit (Townsend, 2008).

4.9.2 Tahap pelaksanaan

Selanjutnya, dari 35 keluarga di kelompok intervensi dibagi menjadi 3 kelompok yaitu kelompok 1, 2 dan 3. Kelompok 1 dan 2 beranggotakan 12 keluarga, sedangkan kelompok 3 beranggotakan 11 keluarga. Sementara keluarga yang berada dalam kelompok kontrol tidak dibagi dalam kelompok kecil, mereka terdiri dari satu komunitas yaitu kelompok keluarga di SLB Kuncup Mas Banyumas. Hal ini dikarenakan proses pemberian terapi generalis pada kelompok kontrol dilakukan secara berkelompok, sehingga tidak diperlukan adanya pembagian menjadi beberapa kelompok kecil.

Selama proses jalannya terapi kelompok suportif, terdapat 3 responden pada kelompok intervensi yang *drop out*. 2 responden pada kelompok 2 dan 1 responden pada kelompok 3, sehingga total responden pada kelompok intervensi berjumlah 32 keluarga. Tiga responden *drop out* dikarenakan tidak datang pada salah satu sesi, dengan alasan adanya kepentingan keluarga.

Pelaksanaan terapi kelompok suportif pada kelompok 1, 2 dan 3 dilakukan pada tanggal 30 April untuk sesi I, 4 Mei untuk sesi II pertemuan pertama, 6 Mei untuk sesi II pertemuan yang kedua, 9 Mei untuk sesi III dan 14 Mei untuk sesi IV. Masing-masing sesi berlangsung selama 75 – 90 menit. Peneliti berusaha meminimalkan bias informasi dengan cara melaksanakan setiap sesi pada 3 kelompok dalam satu hari yang sama, sehingga masing-masing keluarga, kecil kemungkinannya untuk berbagi informasi dengan keluarga lainnya yang berada dalam kelompok yang berbeda. Selain itu, peneliti mengupayakan bahwa setiap anggota kelompok tidak datang lebih awal dari proses dimulainya terapi, dengan membagi kelompok berdasar jadwal sekolah anaknya (kelas pagi atau kelas siang).

Di bawah ini adalah bagan waktu pelaksanaan terapi kelompok suportif, terdiri dari empat sesi terapi yang dilakukan pada keluarga dengan anak tunagrahita:

Tabel 4.5
Jadwal Pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif
pada Keluarga dengan Anak Tunagrahita di SLB C Yakut,
Kabupaten Banyumas Tahun 2011

Kegiatan Waktu & tanggal	Terapi Kelompok Suportif			
	Sesi pada terapi			
	I (30 April 2011)	II (4 dan 6 Mei 2011)	III (9 Mei 2011)	IV (14 Mei 2011)
07.30 – 09.00	1	1	1	1
09.30 – 11.00	2	2	2	2
11.30 – 13.00	3	3	3	3

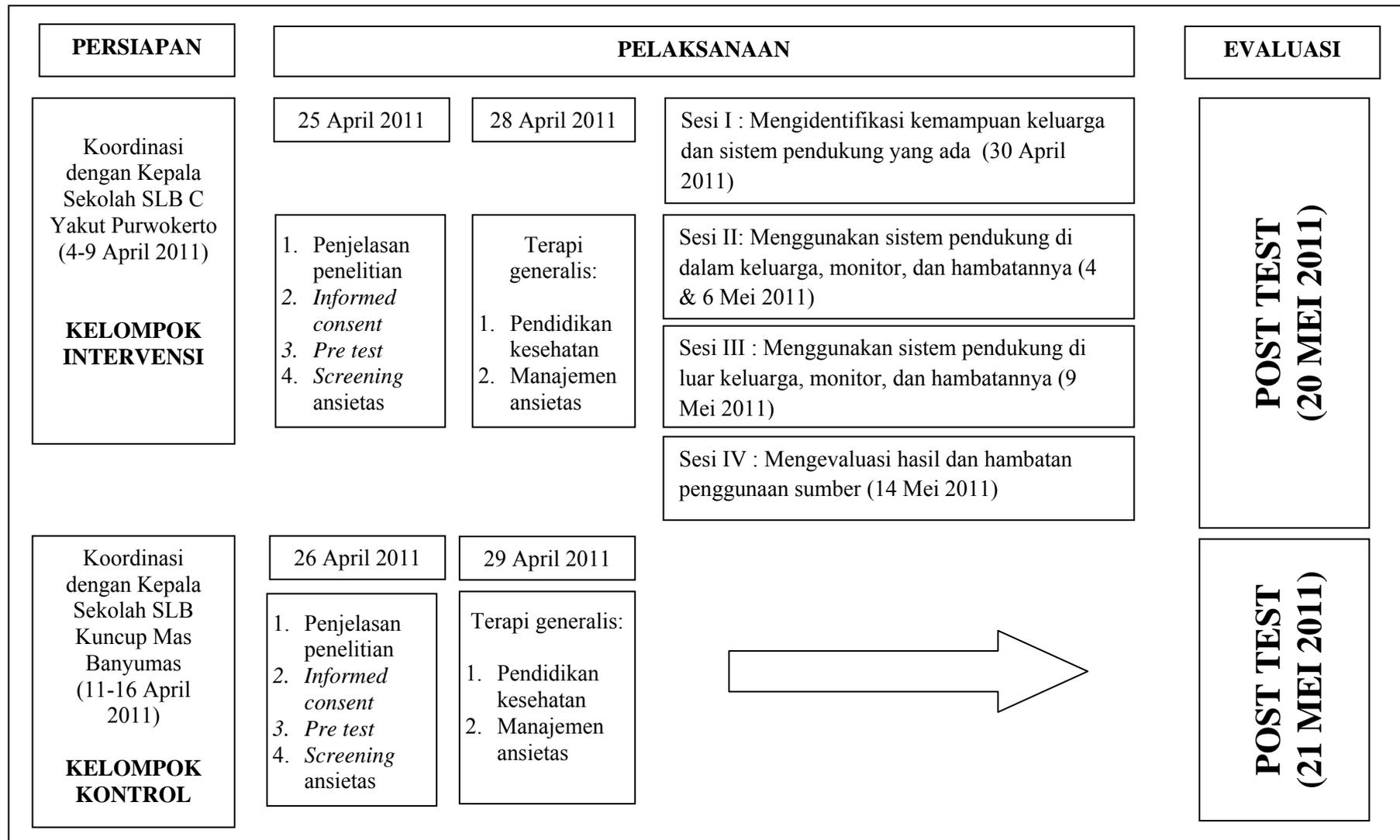
Pelaksanaan terapi kelompok suportif sesi I sampai IV hampir tidak menemui kendala yang berarti, karena sangat didukung oleh pihak sekolah dan juga para keluarga anak tunagrahita. Selain itu, peneliti melaksanakan terapi sesuai kesepakatan dengan keluarga terkait dengan masalah waktu, tempat, dan durasi, sehingga proses pelaksanaan kegiatan benar-benar disesuaikan dengan waktu luang dari keluarga.

Pelaksanaan sesi I dilaksanakan pada tanggal 30 April 2011. Sesi II dilakukan sebanyak dua kali pertemuan, dimana pertemuan pertama pada tanggal 4 Mei, sedangkan pertemuan yang kedua dilaksanakan pada tanggal 6 Mei 2011. Sesi II perlu untuk diulang dikarenakan beberapa keluarga membutuhkan waktu yang lama untuk menggali kemampuan penggunaan sistem pendukung yang ada di setiap keluarga dalam mengurangi beban dan tingkat ansietas selama merawat anak tunagrahita. Selain itu, proses pemantauan kemampuan keluarga dalam penggunaan sistem dukungan internal, tidak hanya dapat diselesaikan dalam satu kali pertemuan saja. Sesi III dilakukan pada tanggal 9 Mei dan untuk sesi IV dilakukan pada

tanggal 14 Mei 2011. Selama kegiatan berlangsung, dari sesi I sampai sesi IV, peneliti selaku terapis meminta setiap keluarga mengisi buku kerja yang telah disiapkan, disesuaikan dengan perintah yang tercantum di dalamnya. Berakhirnya sesi IV menandai berakhirnya kegiatan terapi kelompok suportif. Setelah 6 hari dari berakhirnya terapi, peneliti membagikan *post test* dan meminta buku kerja yang telah diisi oleh keluarga (kelompok intervensi) dengan waktu yang hampir bersamaan, yaitu tanggal 20 Mei untuk kelompok intervensi dan 21 Mei untuk kelompok kontrol. Peneliti mengembalikan buku kerja 1 hari setelah pengisian *post-test*.

Kerangka kerja pelaksanaan penelitian ini dapat dilihat pada gambar 4.1





Gambar 4.1 Alur Kerangka Kerja Pelaksanaan Penelitian

4.10 Analisa Data

4.10.1 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan melalui serangkaian kegiatan yang meliputi:

- a. *Editing*, untuk memeriksa kelengkapan pengisian instrumen penelitian data yang masuk. Setelah data dikumpulkan, selanjutnya peneliti melakukan *editing* dengan cara mengecek kembali semua pernyataan yang diisi oleh responden.
- b. *Coding*, untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Pengkodean dilakukan dengan cara melakukan pemberian kode untuk membedakan kedua kelompok keluarga yakni antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Keluarga yang tidak mendapat terapi diberi kode angka 1, dan kelompok keluarga yang mendapat terapi diberi kode angka 2. Selain itu pemberian kode juga dilakukan pada semua data demografi keluarga kecuali usia keluarga, usia anak, dan penghasilan.
- c. *Entry data*, untuk dapat memulai kegiatan memproses data di komputer. Peneliti memasukkan semua data ke dalam paket program komputer.
- d. *Cleaning data*, agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data. Peneliti melakukan kembali pengecekan data yang sudah di-*entry* dan hasilnya menunjukkan bahwa semua data sudah dimasukkan ke dalam program komputer dan tidak ada *missing data*.

4.10.2 Analisa data

1. Analisis Univariat

Pada penelitian ini analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel yang diukur dalam penelitian. Karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, pendidikan, hubungan keluarga, dan tingkat ansietas merupakan data kategorik yang dianalisis untuk menghitung frekuensi dan persentase variabel. Usia keluarga, usia anak, skor beban, dan penghasilan merupakan data numerik yang dianalisis untuk menghitung mean, median, standar

deviasi, *confidence interval* 95%, nilai maksimal dan minimal. Penyajian data masing-masing variabel dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan pada penelitian ini untuk membuktikan hipotesis penelitian mayor, minor, dan pembuktian kesetaraan karakteristik keluarga. Sebelum dilakukan uji hipotesis, terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan karakteristik keluarga antar kelompok menurut usia keluarga, usia anak, penghasilan, dan skor beban *pre test*, yang dianalisis menggunakan uji *t-test independent*, sedangkan variabel: hubungan keluarga, pendidikan, jenis kelamin, dan tingkat tunagrahita anak antar kelompok diuji dengan menggunakan uji *chi-square*.

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu menganalisis pengaruh terapi kelompok suportif terhadap beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

Tabel 4.6 Uji Homogenitas Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas

Uji Homogenitas Karakteristik Keluarga, Beban, dan Ansietas Keluarga			
No	Kelompok Kontrol	Kelompok Intervensi	Cara analisis
1	Usia (data rasio)	Usia (data rasio)	<i>Independent t-test</i>
2	Hubungan keluarga (data nominal)	Hubungan keluarga (data nominal)	<i>Chi Square</i>
3	Pendidikan (data ordinal)	Pendidikan (data ordinal)	<i>Chi Square</i>
4	Jenis kelamin (data nominal)	Jenis kelamin (data nominal)	<i>Chi Square</i>
5	Penghasilan (data rasio)	Penghasilan (data rasio)	<i>Independent t-test</i>
6	Beban keluarga sebelum penelitian (data interval)	Beban keluarga sebelum penelitian (data interval)	<i>Independent t-test</i>
7	Usia anak tunagrahita (rasio)	Usia anak tunagrahita (rasio)	<i>Independent t-test</i>
8	Tingkat tunagrahita (ordinal)	Tingkat tunagrahita (ordinal)	<i>Chi-square</i>

Tabel 4.7 Uji Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas

No	Variabel	Variabel	Cara analisis
1	Tingkat ansietas keluarga kelompok intervensi sebelum penelitian (data ordinal)	Tingkat ansietas keluarga kelompok intervensi setelah penelitian (data ordinal)	<i>Wilcoxon</i>
2	Tingkat ansietas keluarga kelompok kontrol sebelum penelitian (data ordinal)	Tingkat ansietas keluarga kelompok kontrol setelah penelitian (data ordinal)	<i>Wilcoxon</i>
3	Tingkat ansietas keluarga kelompok intervensi setelah penelitian (data ordinal)	Tingkat ansietas keluarga kelompok kontrol setelah penelitian (data ordinal)	<i>Chi-square</i>
4	Beban keluarga kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval)	Beban keluarga kelompok intervensi setelah penelitian (data interval)	<i>Paired t-test</i>
5	Beban keluarga kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval)	Beban keluarga kelompok kontrol setelah penelitian (data interval)	<i>Paired t-test</i>

No	Variabel	Variabel	Cara analisis
6	Beban keluarga kelompok intervensi setelah penelitian (data interval)	Beban keluarga kelompok kontrol setelah penelitian (data interval)	<i>Independent t-test</i>

Tabel 4.8 Analisis Bivariat Hubungan antara Karakteristik Keluarga dengan Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas

A. Analisis Bivariat			
No	Variabel Karakteristik Keluarga	Variabel ansietas	Cara analisis
1	Usia (data rasio)	Tingkat ansietas (data ordinal)	<i>ANOVA</i>
2	Hubungan keluarga (data nominal)	Tingkat ansietas (data ordinal)	<i>Chi square</i>
3	Pendidikan (data ordinal)	Tingkat ansietas (data ordinal)	<i>Chi square</i>
4	Jenis kelamin (nominal)	Tingkat ansietas (data ordinal)	<i>Chi square</i>
5	Penghasilan (data rasio)	Tingkat ansietas (data ordinal)	<i>ANOVA</i>
No	Variabel Karakteristik Anak tunagrahita	Variabel ansietas	Cara analisis
1	Usia (data rasio)	Tingkat ansietas (data ordinal)	<i>ANOVA</i>
2	Tingkat tunagrahita (data ordinal)	Tingkat ansietas (data ordinal)	<i>Chi Square</i>
No	Variabel Karakteristik Keluarga	Variabel beban	Cara analisis
1	Usia (data rasio)	Beban keluarga (data interval)	<i>Korelasi Pearson</i>
2	Hubungan keluarga (data nominal)	Beban keluarga (data interval)	<i>Independent t-test</i>
3	Pendidikan (data ordinal)	Beban keluarga (data interval)	<i>ANOVA</i>
4	Jenis kelamin (nominal)	Beban keluarga (data interval)	<i>Independent t-test</i>
5	Penghasilan (data rasio)	Beban keluarga (data interval)	<i>Korelasi Pearson</i>
No	Variabel Karakteristik Anak tunagrahita	Variabel beban	Cara analisis
1	Usia (data rasio)	Beban keluarga (data interval)	<i>Korelasi Pearson</i>
2	Tingkat tunagrahita (data ordinal)	Beban keluarga (data interval)	<i>ANOVA</i>

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh terapi kelompok suportif terhadap beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita di Sekolah Luar Biasa (SLB) Kabupaten Banyumas, yang dilaksanakan pada tanggal 5 April sampai dengan 21 Mei 2011. Uraian hasil penelitian terdiri dari tiga bagian yaitu analisis univariat, kesetaraan, dan bivariat.

5.1 Analisis Univariat

5.1.1 Karakteristik Keluarga yang Mempunyai Anak Tunagrahita

Karakteristik keluarga meliputi: usia, jenis kelamin, hubungan keluarga, pendidikan, dan penghasilan. Hasil analisa akan diuraikan sesuai dengan data keluarga baik pada kelompok keluarga yang mendapat terapi kelompok suportif (kelompok intervensi) maupun kelompok keluarga yang tidak mendapat terapi kelompok suportif (kelompok kontrol).

5.1.1.1 Usia dan Penghasilan

Karakteristik usia dan penghasilan keluarga merupakan variabel numerik yang dianalisis secara deskriptif. Hasil distribusinya disajikan pada tabel 5.1. Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat adanya persamaan usia antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil di atas menunjukkan bahwa rata-rata usia keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol berada pada kategori usia dewasa tengah (paruh baya), dimana masing-masing kelompok memiliki kematangan usia yang sama secara psikososial. Sehingga dapat disimpulkan bahwa beban utama dalam merawat anak tunagrahita di Kabupaten Banyumas rata-rata menjadi tanggung jawab keluarga yang berada dalam rentang usia dewasa tengah (paruh baya).

Tabel 5.1 Distribusi Rata-Rata Usia dan Penghasilan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April-Mei 2011 (n₁=32, n₂=36)

Variabel	Jenis Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Usia keluarga	Intervensi	32	41,78	42,5	8,13	19-55	38,85 – 44,71
	Kontrol	36	41,06	40	8,33	20-55	38,24 – 43,87
	Gabungan	68	41,42	41,25	8,23	19-55	
Penghasilan (dalam ratusan ribu)	Intervensi	32	1339	1000	1229,1	300-5000	895,91 – 1782,21
	Kontrol	36	1469,4	1100	1336,8	400 – 8000	1017,12 – 1921,77
	Gabungan	68	1404,2	1050	1282,9		

n₁ = sampel kelompok intervensi, n₂ = sampel kelompok kontrol

Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat bahwa besar penghasilan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol hampir sama, dimana kisaran penghasilan tersebut masih berada di atas Upah Minimum Regional (UMR) Kabupaten Banyumas (UMR=640.000). Besar penghasilan yang hampir sama, sesuai dengan hasil data demografi, bahwa mayoritas responden pada kedua kelompok memiliki pekerjaan sebagai pedagang/wiraswasta. Perbedaan yang muncul pada kedua kelompok dapat dilihat dari penghasilan minimal dan maksimal keluarga yang memiliki kisaran yang tidak sama. Rentang penghasilan antara minimal dan maksimal yang tidak sama, menunjukkan bahwa masing-masing keluarga pada kedua kelompok memiliki kemampuan ekonomi yang berbeda.

5.1.1.2 Hubungan keluarga, jenis kelamin, dan pendidikan

Karakteristik keluarga yang meliputi: hubungan keluarga, jenis kelamin, dan pendidikan merupakan variabel kategorik yang dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil distribusinya disajikan pada tabel 5.2 berikut :

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Hubungan Keluarga, Jenis Kelamin, dan Pendidikan Keluarga pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April-Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Karakteristik	Kelompok Intervensi ($n_1=32$)		Kelompok Kontrol ($n_2=36$)		Jumlah ($n=68$)	
	n	%	n	%	n	%
1. Hubungan keluarga						
a. Bukan orang tua	3	9,4	3	8,3	6	8,8
b. Orang tua	29	90,6	33	91,7	62	91,2
2. Jenis kelamin						
a. Laki-laki	6	18,8	9	25	15	22,1
b. Perempuan	26	81,3	27	75	53	77,9
2. Pendidikan Keluarga						
a. SD	5	15,6	8	22,2	13	19,11
b. SMP/ sederajat	7	21,9	5	13,9	12	17,65
c. SMA/ sederajat	18	56,3	17	47,2	35	51,47
d. Akademi/Univ	2	6,3	6	16,7	8	11,77

Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa hubungan keluarga, jenis kelamin, dan pendidikan keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki proporsi yang hampir sama. Mayoritas kedua kelompok memiliki hubungan sebagai orang tua dan jenis kelamin perempuan. Karakteristik pendidikan dengan proporsi terbesar berada pada jenjang pendidikan SMA, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Mayoritas kedua kelompok memiliki hubungan sebagai orang tua. Hal ini menunjukkan bahwa beban utama dalam merawat anak tunagrahita masih menjadi tanggung jawab keluarga inti yang memiliki hubungan langsung dengan anak, dimana memiliki peran utama untuk mengasuh dan membesarkan anak. Proporsi terbesar pada kedua kelompok memiliki pendidikan tertinggi SMA/ sederajat. Hal ini menunjukkan bahwa dengan

tingkat pendidikan menengah, keluarga dituntut untuk menjadi penanggung jawab utama dalam merawat anak tunagrahita.

5.1.2 Karakteristik Anak Tunagrahita

Gambaran karakteristik demografi anak tunagrahita meliputi usia dan tingkat ketunaan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

5.1.2.1 Usia Anak Tunagrahita

Usia anak tunagrahita merupakan variabel numerik, yang akan dianalisa secara deskriptif. Karakteristik usia anak tunagrahita dapat dilihat pada tabel 5.3 di bawah ini:

Tabel 5.3 Distribusi Rata-Rata Berdasarkan Usia Anak Tunagrahita pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April-Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Varia bel	Jenis Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min- Maks	95% CI
Usia anak	Intervensi	32	12,26	11	3,22	9-21	11,10 – 13,43
	Kontrol	36	11,96	11	2,72	9-20	11 – 12,9
	Gabungan	68	12,11	11	2,97	9-21	

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

Hasil analisis menunjukkan bahwa rata-rata usia anak tunagrahita pada kedua kelompok hampir sama, yaitu berada pada rentang usia sekolah (9-21 tahun). Perlu dipahami bahwa rentang usia sekolah pada anak berkebutuhan khusus, seperti tunagrahita, berbeda dengan anak normal pada seusianya. Hal ini dikarenakan pada anak tunagrahita mengalami keterlambatan dalam area fungsi kognitif dan keterampilan adaptif dibanding anak lain seusianya yang tidak mengalami tunagrahita.

5.1.2.2 Tingkat Tunagrahita

Klasifikasi tingkat tunagrahita anak didasarkan pada hasil tes IQ (*intelligency quetion*) terakhir, dalam kategori tunagrahita tingkat ringan,

sedang, dan berat. Hasil analisis tingkat tunagrahita anak dapat dilihat pada tabel 5.4.

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Tunagrahita Anak pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April-Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Variabel	Kelompok Intervensi ($n_1=32$)		Kelompok Kontrol ($n_2=36$)		Jumlah ($n=68$)	
	n	%	n	%	n	%
Tingkat tunagrahita						
a. Ringan	20	62,5	20	55,6	40	58,8
b. Sedang	12	37,5	16	44,4	28	41,2
TOTAL	32	47,06	36	52,94	68	100

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

Hasil analisis menunjukkan bahwa dijumpai proporsi tingkat tunagrahita yang hampir sama pada kedua kelompok. Proporsi tingkat tunagrahita terbesar berada dalam kategori tingkat ringan. Kategori tingkat tunagrahita ringan memiliki karakteristik bahwa anak masih mampu untuk diarahkan, walaupun mengalami keterlambatan dalam fungsi kognitif dan keterampilan adaptif. Sehingga dapat disimpulkan bahwa proporsi terbesar keluarga pada kedua kelompok, memiliki anak tunagrahita dengan kemampuan yang masih bisa diarahkan, walaupun mengalami keterlambatan dalam berbagai fungsi kognitif dan adaptif.

5.1.3 Beban Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita

Beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat diketahui dengan menggunakan analisis deskriptif. Adapun, distribusi hasil analisis beban keluarga telah disajikan pada tabel 5.5 berikut :

Tabel 5.5 Distribusi Rata-Rata Beban Keluarga Sebelum dilakukan Terapi kelompok Suportif pada Kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April-Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Varia bel	Jenis Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min- Maks	95% CI
Beban (<i>pre test</i>)	Intervensi	32	67,81	69,5	17,53	36-97	61,49 – 74,13
	Kontrol	36	69,78	71,5	13,46	46-94	65,22 – 74,33
	Selisih		-1,97				

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

Berdasarkan hasil analisis di atas, terlihat bahwa nilai rata-rata beban keluarga pada kelompok intervensi sebelum pemberian terapi kelompok suportif (*pre test*) lebih rendah sebesar 1,97 dibandingkan dengan nilai rata-rata beban keluarga pada kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita pada kelompok intervensi sebelum pemberian terapi kelompok suportif, sedikit lebih ringan daripada beban keluarga pada kelompok kontrol, dimana masing-masing kelompok berada dalam kategori beban sedang.

5.1.4 Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita

Tingkat ansietas keluarga sebelum pemberian terapi baik pada kelompok intervensi ataupun kelompok kontrol telah memenuhi kriteria inklusi penelitian. Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu melibatkan keluarga yang memiliki tingkat ansietas sedang.

5.2 Uji Kesetaraan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Uji kesetaraan dilakukan untuk menentukan apakah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol telah memenuhi asas kesetaraan. Uji kesetaraan dilakukan pada kedua kelompok berdasar karakteristik yang terdapat pada variabel *confounding*, yaitu karakteristik keluarga dan anak tunagrahita. Uji kesetaraan juga dilakukan terhadap nilai beban pada kedua kelompok sebelum dilakukan terapi kelompok suportif.

5.2.1 Kesetaraan Karakteristik Demografi Keluarga dan Anak Tunagrahita

Validitas hasil penelitian *quasi experiment* ditentukan dengan menguji kesetaraan karakteristik subyek penelitian antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak terdapat perbedaan secara bermakna antara karakteristik kelompok intervensi dan kelompok kontrol, atau dengan kata lain kedua kelompok sebanding.

5.2.1.1 Usia dan Penghasilan

Untuk melihat kesetaraan karakteristik usia dan penghasilan keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan *independent t-test*. Hasil uji kesetaraan usia dan penghasilan keluarga dapat dilihat pada tabel 5.6 berikut :

Tabel 5.6 Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia dan Penghasilan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April-Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	t	p-value
Usia	Intervensi	32	41,78	8,13	1,438	0,362	0,718
	Kontrol	36	41,06	8,33	1,389		
Penghasilan (dalam ratusan ribu)	Intervensi	32	1339,06	1229,13	217,28	-0,417	0,678
	Kontrol	36	1469,44	1336,85	222,81		

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

Hasil analisis pada tabel 5.6 menunjukkan bahwa rata-rata usia keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara dengan nilai p adalah 0,718 ($p > \alpha$; 0,05). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata usia keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dimana masing-masing memiliki nilai rata-rata usia yang hampir sama.

Rata-rata usia keluarga pada kedua kelompok berada pada rentang dewasa tengah (paruh baya), yang menunjukkan bahwa beban utama dalam merawat anak tunagrahita pada kedua kelompok menjadi tanggung jawab

keluarga dengan usia paruh baya. Rata-rata usia yang hampir sama membuktikan bahwa kedua kelompok sampel valid untuk dilakukan penelitian *quasi experimental*, karena usia kedua kelompok sebanding, sehingga dapat mengurangi *bias* dalam menyimpulkan pengaruh dari penerapan sebuah terapi.

Hasil analisis untuk variabel penghasilan keluarga antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol adalah setara dengan nilai p adalah 0,678 ($p > \alpha; 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan besarnya penghasilan dalam sebulan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Besarnya rata-rata penghasilan pada kedua kelompok berada di atas UMR (Upah Minimum Regional) Kabupaten Banyumas. Sehingga dapat disimpulkan bahwa keluarga pada kedua kelompok yang merawat anak tunagrahita memiliki penghasilan yang lebih besar dari UMR Kabupaten Banyumas. Besar penghasilan yang hampir sama pada kedua kelompok dikarenakan mayoritas responden memiliki mata pencaharian yang sama, yaitu sebagai pedagang/wiraswasta.

5.2.1.2 Hubungan Keluarga, Jenis Kelamin, dan Pendidikan

Uji kesetaraan karakteristik keluarga yang meliputi: hubungan keluarga, jenis kelamin, dan pendidikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *chi Square*. Hasil uji disajikan pada tabel 5.7. Hasil analisis pada tabel 5.7 dapat disimpulkan bahwa karakteristik hubungan keluarga, pendidikan, dan jenis kelamin pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara ($p > \alpha; 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada karakteristik hubungan keluarga, pendidikan, dan jenis kelamin antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Masing-masing kelompok memiliki proporsi yang hampir sama. Mayoritas pada kedua kelompok memiliki hubungan sebagai orang tua, dan jenis kelamin perempuan.

Karakteristik pendidikan dengan proporsi terbesar berada pada jenjang SMA, baik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Tabel 5.7 Analisis Kesetaraan Karakteristik Hubungan Keluarga, Jenis Kelamin, dan Pendidikan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Karakteristik	Kelompok Intervensi ($n_1=32$)		Kelompok Kontrol ($n_2=36$)		Jumlah ($n=68$)		<i>p</i> -value
	n	%	n	%	n	%	
1. Hubungan keluarga							
a. Bukan ORTU	3	9,4	3	8,3	6	8,8	1,000
b. ORTU	29	90,6	33	91,7	62	91,2	
TOTAL	32	47,06	36	52,94	68	100	
2. Pendidikan							
a. SD	5	15,6	8	22,2	13	19,11	0,419
b. SMP	7	21,9	5	13,9	12	17,65	
c. SMU	18	56,3	17	47,2	35	51,47	
d. Akad/PT	2	6,3	6	16,7	8	11,77	
TOTAL	32	47,06	36	52,94	68	100	
3. Jenis Kelamin							
a. Laki-laki	6	18,8	9	25	15	22,06	0,573
b. Perempuan	26	81,3	27	75	53	77,94	
TOTAL	32	47,06	36	52,94	68	100	

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

5.2.1.3 Kesetaraan Karakteristik Demografi Usia Anak Tunagrahita

Untuk melihat kesetaraan karakteristik usia anak tunagrahita antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilakukan dengan menggunakan *independent t-test*. Hasil uji kesetaraan usia anak tunagrahita dapat dilihat pada tabel 5.8 berikut :

Tabel 5.8 Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia Anak Tunagrahita antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April-Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	t	P-value
Usia anak	Intervensi	32	12,27	3,23	0,57	0,43	0,671
	Kontrol	36	11,96	2,72	0,45		

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

Hasil analisis pada tabel 5.8 menunjukkan bahwa rata-rata usia anak tunagrahita pada kedua kelompok hampir sama, yaitu berada pada rentang usia sekolah (9-21 tahun). Hasil analisis statistik juga menyebutkan bahwa usia anak tunagrahita pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara dengan nilai p sebesar 0,671 ($p > \alpha$; 0,05). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan usia anak tunagrahita antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, sehingga dapat dikatakan bahwa kedua kelompok valid untuk dilakukan penelitian *quasi experimental*.

5.2.1.4 Kesetaraan Karakteristik Demografi Tingkat Tunagrahita Anak

Uji kesetaraan karakteristik demografi tingkat tunagrahita anak antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *chi square*. Hasil uji disajikan pada tabel 5.9 berikut :

Tabel 5.9 Analisis Kesetaraan Karakteristik Tingkat Tunagrahita Anak antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Karakteristik	Kelompok Intervensi ($n_1=32$)		Kelompok Kontrol ($n_2=36$)		Jumlah ($n=68$)		p-value
	n	%	n	%	n	%	
Tingkat Tunagrahita Anak							0,738
a. Ringan	20	62,5	20	55,6	40	58,8	
b. Sedang	12	37,5	16	44,4	28	41,2	
TOTAL	32	47,06	36	52,94	68	100	

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa proporsi tingkat tunagrahita pada kedua kelompok hampir sama. Hasil analisis statistik membuktikan bahwa karakteristik tingkat tunagrahita anak antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara ($p > \alpha; 0,05$), dimana nilai p adalah 0,738, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan tingkat tunagrahita anak antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kesetaraan tingkat tunagrahita juga didukung dengan kebijakan di kedua sekolah, dimana pada awalnya hanya menerima siswa tunagrahita dengan kategori tingkat ringan dan sedang, walaupun terdapat beberapa pengecualian dengan menerima siswa tunagrahita berat yang memiliki status sosial ekonomi rendah. Pernyataan tersebut dapat menjawab hasil analisis tabel, dimana ditemukan proporsi yang cukup besar pada tingkat tunagrahita ringan dan sedang, sedangkan hanya ditemukan proporsi yang sangat kecil pada tingkat tunagrahita berat.

5.2.2 Kesetaraan Beban Keluarga pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum Dilakukan Intervensi

Untuk melihat kesetaraan beban keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilakukan dengan menggunakan *independent t-test*. Sedangkan tingkat ansietas keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat diyakini setara, dikarenakan kedua kelompok masing-masing telah memenuhi kriteria inklusi homogenitas tingkat ansietas sedang. Hasil uji analisa kesetaraan beban keluarga disajikan pada tabel 5.10 berikut :

Tabel 5.10 Analisis Kesetaraan Beban Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita Sebelum Pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April-Mei 2011 ($n_1=32, n_2=36$)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	t	p-value
Beban (<i>pre test</i>)	Intervensi	32	67,81	17,5	3,1	0,522	0,604
	Kontrol	36	69,78	13,5	2,24		

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

Hasil analisis tabel 5.10 menunjukkan bahwa nilai beban *pre test* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara ($p > \alpha; 0,05$), dimana nilai p adalah 0,604. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan nilai beban *pre test* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Rata-rata nilai beban pada kedua kelompok masuk dalam kategori beban sedang. Hal ini sesuai dengan konsep teori, bahwa keluarga memiliki beban yang tidak ringan dalam merawat anak tunagrahita.

5.2.3 Kesetaraan Tingkat Ansietas Keluarga pada Kelompok Intervensi dan Kontrol sebelum dilakukan Intervensi

Tingkat ansietas keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat diyakini setara, dikarenakan kedua kelompok masing-masing telah memenuhi kriteria inklusi homogenitas tingkat ansietas sedang.

5.3 Uji Bivariat Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita

Bagian ini akan menjelaskan tentang beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas sebelum dilakukan terapi kelompok suportif, beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita sebelum dan setelah tindakan terapi kelompok suportif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, serta beban dan tingkat ansietas keluarga setelah dilakukan terapi kelompok suportif pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

5.3.1 Uji Bivariat Beban Keluarga

5.3.1.1 Beban Keluarga Sebelum dan Setelah dilakukan Terapi Kelompok Suportif

Beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas sebelum dan setelah pelaksanaan terapi kelompok suportif pada kelompok intervensi, dapat diketahui dengan menggunakan uji *dependent sample t-test (paired t-test)* untuk variabel beban keluarga (skala numerik).

Untuk melihat lebih jelas adanya perubahan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas, dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11 Analisis Beban Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita Sebelum dan Setelah Terapi Kelompok Suportif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April-Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Kelompok	Variabel	n	Mean	SD	SE	t	p-value
Intervensi	Beban						
	a. Sebelum	32	67,81	17,53	3,1	3,82	0,001*
	b. Setelah	32	61,41	11,31	1,99		
Selisih		6,4	9,48				
Kontrol	Beban						
	a. Sebelum	36	69,78	13,46	2,24	0,93	0,357
	b. Setelah	36	67,31	12,57	2,09		
Selisih		2,47	15,88				

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol; *bermakna pada $\alpha < 0.05$

Hasil analisis pada tabel 5.11 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terjadi perubahan rata-rata nilai beban antara *pre* dan *post test*. Nilai beban menurun sebesar 6,4. Penurunan nilai beban sebesar 6,4 belum mampu mengantarkan perubahan kategori beban keluarga, dari beban sedang menjadi beban ringan. Penurunan rata-rata nilai beban pada kelompok intervensi bermakna secara statistik, dimana nilai *p* lebih kecil daripada nilai alpha ($p=0,001 < \alpha; 0,05$). Hasil tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan nilai beban pada kelompok intervensi sebelum dan setelah pemberian terapi kelompok suportif. Hal ini berarti bahwa pemberian terapi kelompok suportif pada kelompok intervensi mampu menurunkan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

Tabel 5.11 juga menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol terjadi perubahan rata-rata nilai beban sebelum (*pre test*) dan setelah (*post test*) sebesar 2,47. Penurunan rata-rata nilai beban pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa pemberian terapi generalis berupa pendidikan kesehatan tentang cara mengasuh anak tunagrahita yang diberikan secara

kelompok, berpotensi menurunkan nilai beban. Akan tetapi, perubahan rata-rata nilai beban pada kelompok kontrol tidak bermakna secara statistik, dimana nilai p sebesar 0,357 berada di atas nilai alpha ($\alpha= 0,05$). Hal ini berarti bahwa tidak terdapat perbedaan nilai beban pada kelompok kontrol antara *pre* dan *post test*. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi generalis mampu menurunkan nilai beban pada kelompok kontrol, akan tetapi dengan tidak diberikannya terapi kelompok suportif pada kelompok kontrol akan menyebabkan tidak ada perubahan yang signifikan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita antara *pre* dan *post test*.

5.3.1.2 Beban Keluarga Setelah Terapi Kelompok Suportif

Beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah terapi kelompok suportif dapat dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test* untuk variabel beban keluarga. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.12:

Tabel 5.12 Analisis Beban Keluarga Setelah Dilakukan Terapi kelompok Suportif pada Kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April-Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Varia bel	Jenis Kelompok	n	Mean	SD	SE	t	p-value
Beban (<i>post- test</i>)	Intervensi	32	61,41	11,31	1,99	2,02	0,047*
	Kontrol	36	67,31	12,57	2,09		
	Selisih			-5,9			

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol; *bermakna pada $\alpha < 0.05$

Hasil analisis pada tabel 5.12 menunjukkan bahwa nilai beban keluarga pada kelompok intervensi setelah pemberian terapi kelompok suportif lebih rendah sebesar 5,9 dibandingkan dengan kelompok kontrol. Atau dengan kata lain, setelah pemberian terapi kelompok suportif, dijumpai beban keluarga yang lebih ringan dalam merawat anak tunagrahita pada

kelompok intervensi, dibandingkan dengan beban keluarga pada kelompok kontrol yang tidak memperoleh terapi kelompok suportif.

Hasil uji statistik didapatkan nilai p sebesar 0,047 ($p < \alpha$), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan beban keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam merawat anak tunagrahita setelah pemberian terapi kelompok suportif pada kelompok intervensi. Hal ini berarti bahwa pemberian terapi kelompok suportif pada kelompok intervensi mampu menimbulkan perbedaan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dimana pengaruh terapi kelompok suportif mampu menurunkan skor beban pada kelompok intervensi.

5.3.2 Uji Bivariat Tingkat Ansietas Keluarga

5.3.2.1 Tingkat Ansietas Keluarga Sebelum dan Setelah dilakukan Terapi Kelompok Suportif

Tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas sebelum dan setelah pelaksanaan terapi kelompok suportif dapat diketahui dengan menggunakan uji *wilcoxon*. Untuk melihat lebih jelas adanya perubahan tingkat ansietas keluarga dapat dilihat pada tabel 5.13 berikut:

Tabel 5.13 Analisis Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita Sebelum dan Setelah Terapi Kelompok Suportif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April-Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Kelompok	Variabel	Sedang		p -value
		n	%	
Intervensi	Tingkat ansietas			
	a. Sebelum	32	100	0,000*
b. Setelah	16	50		
Kontrol	Tingkat ansietas			
	a. Sebelum	36	100	0,008*
b. Setelah	30	83,3		

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol; *bermakna pada $\alpha < 0.05$

Hasil analisis untuk variabel tingkat ansietas menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terjadi perubahan tingkat ansietas, ditunjukkan dengan penurunan proporsi responden yang pada *pre test* memiliki tingkat ansietas sedang sebesar 100% menjadi masing-masing 50% ansietas sedang, dan 50% ansietas ringan pada saat *post test*. Perubahan tingkat ansietas pada kelompok intervensi bermakna secara statistik, dibuktikan dengan nilai p sebesar 0,000 berada di bawah nilai alpha ($\alpha=0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perubahan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita setelah pemberian terapi kelompok suportif, dimana perubahan tersebut menyebabkan penurunan proporsi keluarga dengan tingkat ansietas sedang, dan peningkatan proporsi keluarga dengan tingkat ansietas ringan dan tidak ansietas.

Hasil analisis untuk kelompok kontrol, menunjukkan bahwa terjadi perubahan tingkat ansietas responden, ditunjukkan dengan penurunan proporsi yang pada *pre test* memiliki tingkat ansietas sedang sebesar 100% menjadi masing-masing 83,3% ansietas sedang, dan 16,7% ansietas ringan pada saat *post test*. Perubahan tingkat ansietas pada kelompok kontrol bermakna secara statistik, ditunjukkan dengan nilai p sebesar 0,008 berada di bawah nilai alpha ($\alpha=0,05$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi generalis berupa relaksasi nafas dalam dan hipnotis lima jari juga mampu merubah tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita, meskipun kelompok kontrol tersebut tidak memperoleh terapi kelompok suportif. Berdasarkan beberapa penelitian terdahulu, dapat dibuktikan bahwa pemberian terapi generalis mampu mengurangi tingkat ansietas responden. Akan tetapi, pemberian terapi generalis saja belum cukup optimal, sehingga dibutuhkan terapi spesialis sebagai terapi lanjutan.

Hasil analisis pada kedua kelompok menunjukkan bahwa baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol terjadi perubahan tingkat ansietas yang bermakna secara statistik. Akan tetapi proporsi penurunan

tingkat ansietas, dari ansietas sedang ke ansietas ringan lebih banyak dijumpai pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa pada *post test*, proporsi keluarga dengan ansietas ringan lebih banyak dijumpai pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi generalis telah menyebabkan perubahan tingkat ansietas keluarga, walaupun dengan pemberian terapi kelompok suportif sebagai terapi lanjutan bagi terapi generalis, akan diperoleh proporsi perubahan tingkat ansietas dalam merawat anak tunagrahita yang lebih besar dan bermakna.

5.3.2.2 Tingkat Ansietas Keluarga Setelah dilakukan Terapi Kelompok Suportif

Tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten banyumas pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah terapi kelompok suportif dapat dianalisis dengan menggunakan uji *chi square*. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.14 berikut:

Tabel 5.14 Analisis Tingkat Ansietas Keluarga Setelah Dilakukan Terapi Kelompok Suportif pada Kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April-Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Karakteristik	Kelompok Intervensi ($n_1=32$)		Kelompok Kontrol ($n_2=36$)		Jumlah ($n=68$)		<i>p</i> -value
	n	%	n	%	n	%	
Tingkat Ansietas							
a. Ringan	16	50	6	16,7	22	32,4	0,008*
b. Sedang	16	50	30	83,3	46	67,6	
TOTAL	32	100	36	100	68	100	

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol; *bermakna pada $\alpha < 0.05$

Tabel 5.14 menunjukkan bahwa proporsi keluarga dengan tingkat ansietas ringan lebih banyak dijumpai pada kelompok intervensi dibandingkan pada kelompok kontrol. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tidak ditemukan keluarga yang memiliki tingkat ansietas berat baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, setelah diberikannya terapi kelompok suportif pada kelompok intervensi. Hasil uji statistik

menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan tingkat ansietas keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam merawat anak tunagrahita dengan nilai p 0,008 ($p < 0,05$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi kelompok suportif mampu menimbulkan perbedaan tingkat ansietas dalam merawat anak tunagrahita antara kelompok intervensi yang memperoleh terapi kelompok suportif dengan kelompok kontrol yang hanya memperoleh terapi generalis.

5.4 Hubungan antara Karakteristik Keluarga dengan Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga Setelah Diberikan Terapi Kelompok Suportif

5.4.1 Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Beban Setelah Diberikan Terapi Kelompok Suportif

5.4.1.1 Hubungan Karakteristik Keluarga: Usia dan Penghasilan dengan Beban Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita

Hubungan karakteristik keluarga yang berupa usia dan penghasilan dengan beban keluarga akan dianalisis dengan uji korelasi *Pearson*. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.15.

Tabel 5.15 Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga: Usia dan Penghasilan dengan Beban Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita Setelah Terapi Kelompok Suportif di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Karakteristik Keluarga	Beban Keluarga (<i>post test</i>)		
	n	r	p-value
Usia			
1. Kelompok Intervensi	32	0,148	0,418
2. Kelompok kontrol	36	0,177	0,302
Penghasilan			
1. Kelompok Intervensi	32	0,052	0,777
2. Kelompok Kontrol	36	0,161	0,349

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

Hasil analisis tabel 5.15 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang lemah antara usia dan nilai beban, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Hubungan antara usia dan nilai beban pada kedua

kelompok berpola positif, artinya semakin bertambah usia responden, skor beban semakin meningkat. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan beban ($p > \alpha$). Atau dengan kata lain, variabel usia bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

Tabel 5.15 juga menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat hubungan yang sangat lemah antara besar penghasilan dalam sebulan dengan nilai beban. Hubungan antara penghasilan dan nilai beban berpola positif, artinya semakin besar penghasilan keluarga, nilai beban semakin meningkat. Hasil uji menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara besar penghasilan dalam sebulan dengan nilai beban, dimana nilai p lebih besar dari alpha. Atau dengan kata lain, variabel penghasilan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

5.4.1.2 Hubungan Karakteristik Keluarga: Jenis Kelamin, Hubungan Keluarga, dan Pendidikan dengan Beban Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita

Hubungan karakteristik keluarga yang berupa jenis kelamin dan hubungan keluarga akan dianalisis dengan uji *t-test independent*. Sedangkan hubungan antara pendidikan dengan beban keluarga akan dianalisis dengan uji ANOVA. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.16.

Tabel 5.16 Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga: Jenis Kelamin, Hubungan Keluarga, dan Pendidikan dengan Beban Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Karakteristik Keluarga	Beban Keluarga			
	n	Mean	SD	<i>p-value</i>
Kelompok Intervensi				
1. Jenis Kelamin				
a. Laki-laki	6	61	10,79	0,924
b. Perempuan	26	61,5	11,63	
2. Hubungan Keluarga				
a. Bukan ORTU	3	69	6,56	0,228
b. Orang tua	29	60,62	11,48	
3. Pendidikan				
a. SD	5	62	7,87	0,824
b. SMP	7	62,71	9,46	
c. SMU	18	61,56	13,34	
d. Akad/PT	2	54	5,66	
Kelompok Kontrol				
1. Jenis Kelamin				
a. Laki-laki	9	68,11	16,45	0,828
b. Perempuan	27	67,04	11,37	
2. Hubungan Keluarga				
a. Bukan ORTU	3	71,67	5,51	0,538
b. Orang tua	33	66,91	13	
3. Pendidikan				
a. SD/tdk tamat	8	68,13	8,04	0,566
b. SMP	5	74	13,9	
c. SMU	17	64,82	15	
d. Akad/PT	6	67,67	8,6	

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata nilai beban antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan, ditunjukkan dari nilai *p* lebih besar dari alpha, sehingga dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini bahwa variabel jenis kelamin tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita setelah pemberian terapi kelompok suportif. Atau dengan kata lain, variabel jenis kelamin bukan merupakan variabel

perancu yang mempengaruhi beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata nilai beban antara kelompok keluarga bukan orang tua dan kelompok orang tua, ditunjukkan dengan nilai p lebih besar dari alpha, sehingga dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini bahwa variabel hubungan keluarga tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita setelah pemberian terapi kelompok suportif. Atau dengan kata lain, variabel hubungan keluarga bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

Hasil uji statistik didapatkan nilai p pada kedua kelompok lebih besar dari alpha, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan nilai beban keluarga diantara keempat jenjang pendidikan, atau dapat diyakini bahwa variabel pendidikan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita setelah pemberian terapi kelompok suportif. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pendidikan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

5.4.2 Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Tingkat Ansietas setelah diberikan Terapi Kelompok Suportif

5.4.2.1 Hubungan Karakteristik Keluarga: Usia dan Penghasilan dengan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita

Hubungan karakteristik keluarga yang berupa usia dan penghasilan dengan tingkat ansietas keluarga akan dianalisis dengan uji *t-test independent*. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.17.

Tabel 5.17 Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga: Usia dan Penghasilan dengan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita Setelah Terapi Kelompok Suportif di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Karakteristik Keluarga	Tingkat Ansietas Keluarga	
	n	<i>p-value</i>
Usia		
1. Kelompok Intervensi	32	0,75
2. Kelompok Kontrol	36	0,018*
Penghasilan		
1. Kelompok Intervensi	32	0,522
2. Kelompok Kontrol	36	0,142

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol; *bermakna pada $\alpha < 0.05$

Hasil uji menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik antara usia dan tingkat ansietas pada kelompok intervensi, dimana nilai p sebesar 0,75 ($p > \alpha$; 0,05). Hasil ini menunjukkan bahwa pada rentang usia yang bervariasi, tidak ditemukan adanya perbedaan tingkat ansietas. Atau dengan kata lain, variabel usia keluarga pada kelompok intervensi, bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita setelah pemberian terapi kelompok suportif.

Hasil yang berbeda dapat dijumpai pada kelompok kontrol, dimana dari hasil analisis didapatkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara usia keluarga dan tingkat ansietas ($p = 0,018 < \alpha$). Hal ini dapat dimaknai bahwa ketika responden kelompok kontrol bertambah tua, dimana memiliki keterbatasan dalam kemampuan ekonomi dan produktivitas, responden akan mengalami peningkatan ansietas. Sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel usia keluarga merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

Tabel 5.17 juga menjelaskan bahwa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ditemukan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara besar penghasilan dalam sebulan dengan tingkat ansietas keluarga, ditandai dengan nilai p lebih besar dari alpha. Hal ini menunjukkan bahwa besar penghasilan keluarga dalam sebulan tidak akan mempengaruhi tingkat ansietas keluarga. Atau dengan kata lain, variabel penghasilan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

5.4.2.2 Hubungan Karakteristik Keluarga: Jenis Kelamin, Hubungan Keluarga, dan Pendidikan dengan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita

Hubungan karakteristik keluarga yang berupa jenis kelamin, hubungan keluarga, dan pendidikan dengan tingkat ansietas akan dianalisis dengan uji *chi square* untuk karakteristik jenis kelamin dan hubungan keluarga. Hubungan antara karakteristik pendidikan keluarga dengan tingkat ansietas akan dianalisis dengan ANOVA. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.18.

Tabel 5.18 Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga: Jenis Kelamin, Hubungan Keluarga, dan Pendidikan dengan Tingkat Ansietas pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2 = 36$)

Karakteristik Keluarga	Tingkat Ansietas Keluarga						<i>p</i> -value
	Ringan		Sedang		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Kelompok Intervensi							
1. Jenis Kelamin							
a. Laki-laki	3	33,3	3	50	6	100	1,000
b. Perempuan	13	42,3	13	50	26	100	
2. Hubungan Keluarga							
a. Bukan ORTU	2	66,7	1	33,3	3	100	1,000
b. Orang tua	14	37,9	15	51,7	29	100	
3. Pendidikan							
a. SD	4	80	1	20	5	100	0,539
b. SMP	3	28,6	4	57,1	7	100	
c. SMU	8	38,9	10	55,6	18	100	
d. Akad/PT	1	0	1	50	2	100	
Kelompok Kontrol							
1. Jenis Kelamin							
a. Laki-laki	1	11,1	8	88,9	9	100	1,000
b. Perempuan	5	18,5	22	81,5	27	100	
2. Hubungan Keluarga							
a. Bukan ORTU	1	33,3	2	66,7	3	100	0,431
b. Orang tua	5	15,2	28	84,8	33	100	
3. Pendidikan							
a. SD	1	12,5	7	87,5	8	100	0,502
b. SMP	2	40	3	60	5	100	
c. SMU	2	11,8	15	18,2	17	100	
d. Akad/PT	1	16,7	5	83,3	6	100	

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

Hasil uji statistik untuk variabel jenis kelamin pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, diperoleh nilai *p* lebih besar dari alpha, maka dapat diyakini bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat ansietas pada jenis kelamin yang berbeda, setelah pemberian terapi kelompok suportif. Sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel jenis kelamin bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

Hasil uji statistik untuk variabel hubungan keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, diperoleh nilai p lebih besar dari alpha, maka dapat diyakini bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat ansietas yang bermakna berdasarkan variabel hubungan keluarga dalam merawat anak tunagrahita setelah pemberian terapi kelompok suportif. Sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel hubungan keluarga bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

Hasil uji statistik untuk variabel pendidikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, diperoleh nilai p lebih besar dari alpha, maka dapat diyakini bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat ansietas bermakna berdasar pada perbedaan variabel pendidikan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel pendidikan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Penjelasan tentang hubungan karakteristik keluarga, yang berupa jenis kelamin, hubungan keluarga, dan pendidikan dengan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita, dapat dilihat pada tabel 5.18 di bawah ini:

5.5 Hubungan antara Karakteristik Anak dengan Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga Setelah Diberikan Terapi Kelompok Suportif

5.5.1 Hubungan Karakteristik Anak Tunagrahita dengan Beban Keluarga

5.5.1.1 Hubungan Karakteristik Anak: Usia dengan Beban Keluarga

Hubungan karakteristik anak tunagrahita yang berupa usia dengan beban keluarga dapat dianalisis dengan menggunakan uji korelasi Pearson. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.19.

Tabel 5.19 Analisis Hubungan Karakteristik Usia Anak dengan beban Keluarga di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Karakteristik Anak	Beban Keluarga (<i>post test</i>)		
	n	r	p-value
Usia			
1. Kelompok Intervensi	32	0,153	0,403
2. Kelompok Kontrol	36	0,347	0,038*

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol; *bermakna pada $\alpha < 0.05$

Kesimpulan dari hasil analisis tabel 5.19 adalah bahwa pada kelompok intervensi, didapatkan hubungan antara usia anak tunagrahita dengan beban keluarga lemah dan berpola positif, artinya semakin bertambah usia anak tunagrahita, beban keluarga semakin tinggi. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai p lebih besar dari alpha, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara usia anak pada kelompok intervensi dengan beban keluarga. Hasil yang berbeda dijumpai pada kelompok kontrol, dimana didapatkan ada hubungan yang bermakna antara usia anak tunagrahita dengan beban keluarga. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada kelompok intervensi, variabel usia anak tunagrahita bukan merupakan variabel perancu, sedangkan hal yang sebaliknya berlaku untuk kelompok kontrol, bahwa variabel usia anak merupakan variabel perancu yang mempengaruhi beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

5.5.1.2 Hubungan Tingkat Tunagrahita dengan Beban Keluarga

Hubungan karakteristik anak tunagrahita yang berupa tingkat tunagrahita dengan beban keluarga dapat dianalisis dengan menggunakan uji *t-test independent*. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.20.

Tabel 5.20 Analisis Hubungan Tingkat Tunagrahita Anak dengan Beban Keluarga di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Tingkat Tunagrahita Anak	n	Mean	SD	p-value
Kelompok Intervensi				
a. Ringan	20	61,9	11,53	0,756
b. Sedang	12	60,09	11,4	
TOTAL	32	61,41		
Kelompok Kontrol				
a. Ringan	20	69,25	11,89	0,306
b. Sedang	16	62,36	13,35	
TOTAL	36	67,31		

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

Hasil uji statistik pada kedua kelompok didapat nilai p lebih besar dari alpha, berarti dapat diyakini bahwa tidak terdapat perbedaan antara tingkat tunagrahita anak dengan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel tingkat tunagrahita bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

5.5.2 Hubungan Karakteristik Anak Tunagrahita dengan Tingkat Ansietas Keluarga

5.5.2.1 Hubungan Karakteristik Anak: Usia dengan Tingkat Ansietas Keluarga

Hubungan karakteristik anak tunagrahita yang berupa usia dengan tingkat ansietas keluarga dapat dianalisis dengan menggunakan uji *t-test independent*. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.21.

Tabel 5.21 Analisis Hubungan Karakteristik Anak: Usia dengan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011 ($n_1=32$, $n_2=36$)

Tingkat ansietas	n	Mean	SD	p-value
Kelompok Intervensi				
a. Ringan	16	13,03	3,3	0,18
b. Sedang	16	11,5	2,6	
Kelompok Kontrol				
a. Ringan	6	12	1,41	0,97
b. Sedang	30	11,95	2,93	

Hasil uji statistik pada kedua kelompok, didapat nilai p lebih besar dari alpha, berarti dapat diyakini bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat ansietas keluarga berdasar pada variabel usia anak tunagrahita dalam merawat anak tunagrahita setelah pemberian terapi kelompok suportif. Atau dengan kata lain, variabel usia anak tunagrahita bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

5.5.2.2 Hubungan Karakteristik Anak: Tingkat Tunagrahita dengan Tingkat Ansietas Keluarga

Hubungan karakteristik anak tunagrahita yang berupa tingkat tunagrahita dengan tingkat ansietas keluarga dapat dianalisis dengan menggunakan uji *chi square*. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.22.

Tabel 5.22 Analisis Hubungan Karakteristik Anak: Tingkat Tunagrahita dengan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas Bulan April – Mei 2011 ($n_1=32, n_2=36$)

Tingkat Tunagrahita Anak	Tingkat Ansietas Keluarga						p -value
	Ringan		Sedang		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Kelompok Intervensi							
1. Ringan	8	40	12	60	20	100	0,273
2. Sedang	8	66,7	4	33,3	12	100	
TOTAL	16	50	16	50	32	100	
Kelompok Kontrol							
1. Ringan	2	10	18	90	20	100	0,374
2. Sedang	4	25	12	75	16	100	
TOTAL	6	16,7	30	83,3	36	100	

n_1 = sampel kelompok intervensi, n_2 = sampel kelompok kontrol

Hasil uji statistik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, diperoleh nilai p lebih besar dari alpha, maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan antara tingkat tunagrahita anak dengan tingkat ansietas, sehingga variabel tingkat tunagrahita bukan sebagai variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang pembahasan penelitian, yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil; keterbatasan penelitian; dan pembahasan tentang bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh terapi kelompok suportif terhadap beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita, perbedaan beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita sebelum dan setelah mendapatkan terapi kelompok suportif, dan hubungan karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, hubungan keluarga, pendidikan, dan penghasilan) dan karakteristik anak tunagrahita (usia dan tingkat tunagrahita) dengan beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas.

6.1 Diskusi Hasil penelitian

6.1.1 Perbedaan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita sebelum mendapatkan terapi kelompok suportif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata beban keluarga pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi kelompok suportif sebesar 67,81, termasuk dalam kategori beban sedang (60-95). Hasil analisis pada kelompok kontrol, didapatkan nilai rata-rata beban 69,78, termasuk juga dalam kategori beban sedang. Berdasarkan pernyataan di atas, dapat disimpulkan bahwa sebelum pemberian terapi kelompok suportif pada kelompok intervensi, kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki beban dengan kategori yang sama, yaitu beban sedang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata beban pada kelompok kontrol lebih besar 1,97 dibandingkan dengan kelompok intervensi. Hal ini membuktikan bahwa beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita pada kelompok intervensi sebelum pemberian terapi kelompok suportif, lebih ringan daripada beban keluarga pada kelompok kontrol.

Menurut pendapat peneliti, perbedaan nilai rata-rata beban yang tidak sama, dimana diperoleh nilai yang lebih kecil pada kelompok intervensi, disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya adalah keberadaan komite orang tua. Komite orang tua merupakan wadah berkumpulnya beberapa orang tua di SLB C Yakut, selaku kelompok intervensi. Komite tersebut tidak ditemukan di SLB Kuncup Mas, selaku kelompok kontrol.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Sekolah SLB C Yakut (2011, April 5) diperoleh informasi bahwa kegiatan komite orang tua tidak berjalan secara rutin dan terjadwal. Akan tetapi, dengan beberapa kali diadakan pertemuan, cukup dapat dimanfaatkan oleh beberapa keluarga sebagai media tukar pendapat dan berbagi pengalaman dalam mengasuh anak tunagrahita. Hal ini sesuai dengan pernyataan Hardman, dkk., (dalam Susanandari, 2009) bahwa efek terapeutik pada keluarga dapat ditingkatkan dengan melibatkan mereka dalam suatu forum yang beranggotakan keluarga-keluarga lain yang memiliki masalah yang sama. Penelitian serupa yang dilakukan oleh Mason (2007), memperkuat konsep bahwa ketika beberapa keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus saling berbagi pengalaman dan perasaan, maka diperoleh hasil bahwa terjadi penurunan beban dan stres psikologis. Berdasarkan hasil dari beberapa penelitian di atas, peneliti berpendapat bahwa forum berkumpulnya orang tua yang memiliki anak tunagrahita, dirasa diperlukan untuk menciptakan suasana terapeutik di lingkungan sekolah. Forum perkumpulan tersebut perlu ditindaklanjuti secara rutin dan berkesinambungan agar didapatkan efek terapeutik yang lebih optimal.

Hasil uji kesetaraan nilai beban antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, menunjukkan bahwa kedua kelompok setara ($p > \alpha; 0,05$), dimana diperoleh nilai p adalah 0,604. Hal ini mengindikasikan bahwa tidak ditemukan perbedaan yang signifikan nilai beban *pre test* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Berdasarkan hasil uji kesetaraan, dapat

dipahami bahwa setiap keluarga memiliki beban yang sama ketika merawat anak tunagrahita.

Beban dalam merawat anak tunagrahita merupakan berbagai permasalahan, kesulitan, dan efek yang dialami keluarga sebagai hasil dari merawat anak tunagrahita (Fontaine, 2003). Beban tersebut akan mempengaruhi fungsi dan kehidupan keluarga (Gulseren, dkk., 2010; Fontaine, 2003). Beban yang dialami keluarga karena merawat anak tunagrahita, sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Maes, Broekman, Dosen & Nauts (2003). Hasil dari penelitian tersebut menemukan bahwa beberapa keluarga menunjukkan beban berlebih ketika harus merawat anak tunagrahita.

Beban yang berlebih akan dirasakan keluarga sebagai manifestasi dari tuntutan ekonomi dan waktu yang tidak singkat dalam perawatan, stigma sosial tentang tunagrahita, ketergantungan anak dengan keluarga/*caregiver*, kesabaran yang tinggi dalam menghadapi emosi anak, dan menurunnya produktivitas dalam keluarga. Situasi-situasi tersebut menimbulkan beban yang tidak ringan dan dapat menyebabkan munculnya dampak bagi keluarga (Tsai & Wang, 2008). Dampak yang keluarga rasakan akan berpengaruh terhadap menurunnya kualitas hidup dan kemampuan keluarga dalam merawat anak tunagrahita (Tsai & Wang, 2008; McIntyre, Blacher & Baker, 2006).

Menurunnya kualitas hidup yang dirasakan keluarga berkaitan juga dengan ketidakmampuan keluarga dalam memenuhi fungsi ekonomi (Sethi, Bhargava & Dhiman, 2007; Valentine, McDermott & Anderson, 1998). Keluarga akan dihinggapi perasaan khawatir tentang masa depan pembiayaan anak terkait dengan kemunduran produktivitas kepala keluarga dan kekhawatiran bahwa anak tidak mampu berfungsi optimal secara ekonomis dikarenakan keterbatasannya (Singi dkk., 1990 dalam Tsai & Wang, 2008; Hassall, Rose & McDonald, 2005).

Berdasarkan penjelasan yang telah disebutkan di atas, peneliti berpendapat bahwa keluarga yang memiliki anak tunagrahita perlu memperoleh keterampilan untuk mengelola beban, sehingga dampak yang muncul karena beratnya beban dalam merawat anak dapat diminimalkan. Berdasarkan hasil wawancara (2011, April 28) selama pemberian terapi generalis, beberapa responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menyatakan mampu mengelola beban secara mandiri, sedangkan beberapa responden lainnya kesulitan untuk mengelola beban. Beberapa responden mengaku mengalami kesulitan mengelola beban, dikarenakan kurangnya informasi dan dukungan dari keluarga dalam merawat anak yang mengalami tunagrahita. Terdapat berbagai upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengelola beban. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah dengan membentuk kelompok pendukung, dimana beranggotakan beberapa keluarga yang memiliki anak tunagrahita. Kelompok pendukung tersebut lebih dikenal dengan nama kelompok suportif. Akan sangat efektif jika pembentukan kelompok suportif dapat diikuti dengan pengoptimalan peran komite orang tua sebagai sebuah *parent support group* (Tonge, dkk., 2006 dalam Hudson, Reece, Cameron & Matthews, 2009; Roberts, Mazzucchelli, Studman & Sanders, 2006).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Susanandari (2009) terhadap gambaran penyesuaian ibu yang memiliki anak berkebutuhan khusus, membuktikan bahwa *parent support group* berpeluang untuk membantu keluarga dalam menyesuaikan diri terhadap kondisi yang menimpa anaknya. Beberapa keluarga dalam penelitian tersebut menyatakan memperoleh manfaat dari *parent support group* melalui pemberian informasi tentang cara mengasuh dan merawat anak. Disamping itu, melalui *parent support group*, beberapa keluarga dapat berbagi pengalaman dengan keluarga lainnya yang memiliki permasalahan yang sama. Sehingga, peneliti dapat menarik kesimpulan bahwa pembentukan

parent support group sebagai wujud dari kelompok suportif orang tua di Sekolah Luar Biasa, akan sangat berpengaruh sebagai wadah berkumpulnya keluarga yang memiliki anak tunagrahita untuk berbagi kemampuan dalam mengelola beban.

6.1.2 Perbedaan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita pada kelompok intervensi, sebelum dan setelah diberikan terapi kelompok suportif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata beban keluarga pada kelompok intervensi sebelum terapi kelompok suportif adalah 67,81, dimana berada dalam kategori beban sedang, dan nilai rata-rata beban keluarga pada kelompok intervensi setelah terapi kelompok suportif adalah 61,41, masih dalam kategori beban sedang. Berdasarkan hasil analisa tersebut, dapat dipahami bahwa terjadi perubahan nilai rata-rata beban keluarga pada kelompok intervensi sebelum terapi kelompok suportif (*pre test*) dan setelah terapi kelompok suportif (*post test*) sebesar 6,4. Penurunan nilai beban sebesar 6,4 belum mampu mengantarkan kelompok intervensi ke dalam kategori beban ringan (≤ 60). Masih dibutuhkan penurunan nilai beban sebesar 1,41 untuk mengantarkan kelompok intervensi ke dalam kategori beban ringan. Peneliti berpendapat bahwa kondisi tersebut dapat terjadi dikarenakan terapi suportif hanya dilakukan selama 5 kali pertemuan untuk 4 sesi, dalam kurun waktu 4 minggu. Pemberian terapi yang cukup singkat, tidak sejalan dengan rentang waktu pada penelitian-penelitian sebelumnya yang telah menggunakan terapi kelompok suportif.

Penelitian tentang rentang waktu pelaksanaan terapi suportif, diungkapkan oleh Andren & Elmstahl (2006) dalam penelitiannya tentang pengaruh pemberian intervensi suportif terhadap beban keluarga pada pasien demensia di Swedia. Penelitian tersebut membutuhkan waktu intervensi selama 17 minggu untuk menurunkan beban keluarga dalam merawat pasien demensia. Sedangkan *follow up* terhadap penurunan beban

keluarga dilakukan 6 sampai 12 bulan setelah sesi berakhir. Penelitian berbeda yang dilakukan oleh Chien, Thompson & Norman (2008) pada keluarga di China, membuktikan bahwa pemberian terapi kelompok suportif membutuhkan waktu 24 minggu untuk menurunkan beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan schizophrenia. Bahkan penelitian yang dilakukan oleh Bradley, dkk., (2006) membutuhkan waktu hingga 48 minggu dalam 26 sesi terapi untuk menurunkan beban keluarga dalam merawat pasien schizophrenia.

Berdasarkan penjelasan seperti tersebut di atas, peneliti berpendapat bahwa singkatnya waktu pelaksanaan terapi, cukup berpengaruh terhadap penurunan nilai beban pada *post test*. Dibutuhkan pengulangan untuk setiap sesinya agar diperoleh hasil yang lebih bermakna. Idealnya suatu proses pembelajaran akan mencapai hasil yang optimal jika dilakukan secara berulang. Hal ini sesuai dengan pernyataan Surya (2004) dalam sebuah teori pembelajaran, bahwa rangsangan dan perilaku akan makin kukuh apabila sering dilatih. Oleh karena itu, peneliti berpendapat bahwa terapi kelompok suportif akan lebih optimal jika diberikan dalam rentang waktu yang cukup panjang, dimana masing-masing sesi perlu untuk dilakukan pengulangan sebanyak minimal satu kali. Jarak antar sesi juga diusahakan tidak terlalu dekat, agar masing-masing anggota memiliki waktu untuk menginternalisasikan keterampilan dan kemampuan yang diperoleh pada setiap sesinya. Kemudian, yang perlu untuk menjadi pertimbangan, jika membandingkan dengan beberapa penelitian terdahulu (Chien, Thompson & Norman, 2008; Bradley, dkk., 2006), dibutuhkan *follow up* sebagai evaluasi terapi, dengan rentang waktu yang tidak singkat. Oleh karena itu, perlu menindaklanjuti penggunaan terapi suportif untuk mengukur perubahan beban keluarga dengan menggunakan rancangan penelitian longitudinal.

Hasil analisis pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa penurunan nilai beban bermakna secara statistik, dengan nilai p sebesar 0,001 ($p < \alpha$).

Hal ini membuktikan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan nilai beban pada kelompok intervensi sebelum dan setelah pemberian terapi kelompok suportif. Perbedaan nilai beban pada kelompok intervensi mengindikasikan adanya pengaruh positif pemberian terapi kelompok suportif. Pemberian terapi kelompok suportif mampu meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengelola beban, karena setiap keluarga mendapat kesempatan membahas kendala yang dihadapinya selama memiliki anak tunagrahita, bahkan bertukar pengalaman dengan keluarga lain (Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt, 2004).

Tukar pengalaman dalam mengelola beban selama merawat anak tunagrahita dapat menjadi sumber dukungan sosial bagi masing-masing anggota dalam kelompok, sehingga diharapkan beban dapat berkurang. Pemberian dukungan sosial bisa diberikan oleh anggota keluarga lainnya ataupun melalui bantuan tenaga profesional, misalnya seorang perawat jiwa sebagai terapis (Videbeck, 2007; Mohr & Regan-Kubinski, 2001 dalam Fontaine, 2003).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ketika pemberian dukungan sosial berkurang, beberapa keluarga menunjukkan adanya beban yang meningkat (Cook, Heller & Pickett-Schenk, 1999). Turnbull dan Reuf (1996 dalam Jevnikar, 2007) menemukan bahwa sebuah jaringan sosial suportif dikaitkan dengan peningkatan kemampuan orang tua dan sikap yang lebih positif dalam menanggapi permasalahan yang menimpa keluarganya. Turnbull dan Reuf juga melaporkan bahwa kedua orang tua dan saudara kandung dari anak yang didiagnosa tunagrahita membutuhkan jalinan persahabatan dengan orang lain. Jalinan persahabatan yang positif akan dibentuk dalam sebuah komunitas kelompok. Beberapa orang tua dari anak tunagrahita mengharapkan sebuah komunitas kelompok yang menyenangkan dan bermanfaat bagi mereka untuk mengurangi beban dan ketegangan dalam merawat anaknya. Penelitian lainnya turut menguatkan hasil penelitian di atas, bahwa dibutuhkan sebuah kelompok yang

beranggotakan beberapa keluarga dengan permasalahan yang sama, dimana masing-masing anggota saling bertukar pengalaman untuk menemukan solusi mengatasi beban yang dihadapi pada setiap keluarga. Kelompok keluarga tersebut membentuk sebuah kelompok suportif (Hatfield, 1983; Holden & Lewine, 1982; Kreisman, Simmons & Joy, 1979 dalam Cook, Heller & Pickett-Schenk, 1999). Sebagai sebuah intervensi, kelompok suportif efektif untuk membantu keluarga mengelola permasalahan dan beban dalam merawat anak tunagrahita.

Kelompok suportif bermanfaat untuk meningkatkan kemampuan keluarga mengelola beban sehingga beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita dapat berkurang. Pernyataan tersebut sesuai dengan sebuah penelitian yang dilakukan oleh Lawrence (2010) tentang pengaruh kelompok suportif terhadap beban *caregiver* pada pasien Alzheimer. Keluarga dalam penelitian tersebut membutuhkan kelompok suportif untuk berbagi pengetahuan, pengalaman, dan perasaan dengan anggota kelompok lainnya. Ketika masing-masing anggota kelompok saling berbagi, diharapkan akan terjadi peningkatan kemampuan keluarga dalam mengelola beban, sehingga secara tidak langsung akan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya.

Hal ini berarti bahwa pemberian terapi kelompok suportif pada kelompok intervensi dapat menurunkan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Hasil penelitian ini, dan didukung oleh hasil penelitian sebelumnya, membuktikan hipotesa penelitian yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan nilai beban pada kelompok intervensi sebelum dan setelah pemberian terapi kelompok suportif.

6.1.3 Perbedaan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita pada kelompok kontrol, sebelum dan setelah terapi kelompok suportif diberikan kepada kelompok intervensi

Nilai rata-rata beban keluarga pada kelompok kontrol sebelum terapi kelompok suportif adalah 69,78, sedangkan nilai rata-rata beban keluarga pada kelompok kontrol setelah terapi adalah 67,31. Hal ini berarti bahwa terdapat penurunan nilai rata-rata beban keluarga pada kelompok kontrol sebelum terapi kelompok suportif (*pre test*) dan setelah terapi kelompok suportif (*post test*) sebesar 2,47.

Penurunan nilai beban pada kelompok kontrol dapat terjadi walaupun kelompok tersebut tidak mendapatkan terapi kelompok suportif sebagai sebuah terapi spesialis. Alasan yang mendasari terjadinya penurunan nilai beban pada kelompok kontrol adalah bahwa pada kelompok kontrol telah memperoleh terapi generalis berupa pendidikan kesehatan tentang cara merawat anak tunagrahita.

Pendidikan kesehatan adalah suatu pengalaman pembelajaran yang dirancang untuk memfasilitasi tindakan-tindakan kondusif seseorang terhadap kesehatan sehingga ia dapat merawat dirinya sendiri secara individual atau secara bersama-sama (kolektif) atau berperan sebagai pengambil keputusan untuk merawat kesehatan orang lain dan komunitasnya (Green, dkk., 1980, dalam Notoatmodjo, 2007). Pemberian pendidikan kesehatan mencakup pula penjelasan singkat tentang beban keluarga beserta cara mengelola beban ketika merawat anak tunagrahita.

Pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk memperkecil perbedaan status atau derajat kesehatan yang bersumber dari ketidaktahuan atau ketidakmampuan melalui upaya pemberdayaan masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Kurangnya informasi yang lengkap tentang diagnosa, kondisi kecacatan dan cara memfasilitasi perkembangan anak mengakibatkan ketidaktahuan orang tua. Belum

adanya kelompok dukungan orang tua serta tenaga pendamping profesional, cenderung mengakibatkan ketidakmampuan orang tua dalam mengelola permasalahan yang muncul selama merawat anak tunagrahita (Widiastuti, 2010).

Beberapa penelitian membuktikan tentang pengaruh positif pemberian pendidikan kesehatan dalam merubah pengetahuan, sikap, dan perilaku keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Wibowo (2006) membuktikan bahwa pendidikan kesehatan cukup efektif untuk meningkatkan pengetahuan penderita diabetes mellitus dalam melakukan perawatan di rumah, dimana tingkat pengetahuan responden meningkat sebesar 80%. Penelitian berbeda yang dilakukan oleh Supriyana (2010) menyimpulkan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan berorientasi 9 fungsi keluarga terhadap peningkatan derajat kesehatan keluarga. Sedangkan pendidikan kesehatan jiwa pada keluarga merupakan pemberian bimbingan dan penyuluhan kesehatan jiwa kepada keluarga dalam rangka meningkatkan kesehatan jiwa keluarga, mencegah penyakit, dan mengenali gangguan jiwa secara dini (Suliswati, Payapo, Maruhawa, Sianturi dan Sumijatun, 2005).

Berdasarkan konsep dan beberapa penelitian tersebut di atas, kiranya dapat dipahami bahwa pendidikan kesehatan dapat diberikan kepada keluarga anak tunagrahita dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan jiwa keluarga, melalui usaha peningkatan pengetahuan keluarga tentang cara merawat anak tunagrahita. Ketika tingkat pengetahuan keluarga meningkat, diharapkan terjadi peningkatan keterampilan keluarga mengelola beban selama merawat anak tunagrahita.

Hasil uji statistik membuktikan bahwa tidak terdapat perbedaan nilai beban pada kelompok kontrol antara *pre* dan *post test*, dimana didapatkan nilai *p* lebih besar dari alpha ($p=0,357;>\alpha$). Pernyataan tersebut mengindikasikan bahwa walaupun terdapat penurunan nilai rata-rata beban keluarga pada

kelompok kontrol, akan tetapi penurunan nilai tersebut tidak bermakna secara statistik. Hal yang mendukung pernyataan tersebut adalah penurunan nilai rata-rata beban keluarga pada kelompok kontrol tidak melebihi 30% dari penurunan rata-rata nilai beban keluarga pada kelompok intervensi. Selain itu, karena hasil penelitian menunjukkan tidak adanya kemaknaan secara statistik, maka dapat disimpulkan bahwa dibutuhkan sebuah terapi lanjutan untuk mengoptimalkan kemampuan keluarga dalam mengelola beban selama merawat anak tunagrahita. Terapi kelompok suportif merupakan terapi lanjutan yang secara efektif telah terbukti mampu menurunkan beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan keterbatasan fisik dan psikologis (Lawrence, 2010; Chien, Thompson & Norman, 2008; Bradley, dkk., 2006).

6.1.4 Perbedaan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita setelah mendapatkan terapi kelompok suportif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata beban keluarga pada kelompok intervensi setelah pemberian terapi kelompok suportif (*post test*) sebesar 61,41. Nilai yang berbeda dapat dijumpai pada kelompok kontrol, dimana didapatkan nilai sebesar 67,31. Hal ini berarti nilai beban keluarga pada kelompok intervensi setelah pemberian terapi kelompok suportif lebih rendah sebesar 5,9 dibandingkan kelompok kontrol. Atau dengan kata lain, setelah pemberian terapi kelompok suportif, dijumpai beban keluarga yang lebih ringan dalam merawat anak tunagrahita pada kelompok intervensi, dibandingkan dengan beban keluarga pada kelompok kontrol yang tidak memperoleh terapi kelompok suportif.

Hasil penelitian ini sesuai dengan literatur yang menyatakan bahwa beban keluarga dapat ditekan dengan pemberian sistem dukungan sosial melalui sesama keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus atau seorang pemberi perawatan kesehatan (Videbeck, 2007; Mohr & Regan-Kubinski, 2001 dalam Fontaine, 2003). Hal ini menjadi penting, mengingat peran

mereka sebagai *caregiver* bagi anak tunagrahita cukup berat. Mereka bukan saja menghadapi banyaknya keterbatasan yang dimiliki anak, tetapi juga menghadapi stigma masyarakat bahwa ketunaan anaknya sebagai hukuman atas dosa, akibat penyakit sosial, dan pelanggaran moral (Wong, 2009; Maes, Broekman, Dosen & Nauts 2003; Zelalem, 2002). Hasil penelitian tersebut sesuai pula dengan pendapat Heller, dkk., (1997, dalam Chien, Chan & Thompson, 2006), bahwa dukungan kelompok, dalam hal ini melalui pemberian terapi kelompok suportif, berkontribusi terhadap peningkatan fungsi secara psikologis dan mengurangi beban keluarga.

Sedangkan *mutual support* yaitu dukungan yang bermanfaat adalah suatu proses partisipasi dimana terjadi aktifitas berbagi pengalaman, situasi, dan masalah yang difokuskan pada prinsip memberi dan menerima. Terapi kelompok suportif mengakomodasikan prinsip *mutual support*, sehingga keluarga dapat mengembangkan pengetahuan dan mengaplikasikan keterampilan dalam mengelola beban keluarga (Chien, Chan & Thompson 2006).

Hasil uji statistik didapatkan nilai p sebesar 0,047 ($p < \alpha$), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan beban keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam merawat anak tunagrahita setelah pemberian terapi kelompok suportif pada kelompok intervensi. Hal ini mengindikasikan bahwa pemberian terapi kelompok suportif pada kelompok intervensi mampu menimbulkan perbedaan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dimana akan didapatkan nilai yang lebih rendah pada kelompok intervensi.

Beberapa penelitian turut berkontribusi terhadap pengaruh positif pemberian terapi kelompok suportif terhadap penurunan nilai beban. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Lawrence (2010) membuktikan bahwa terdapat pengaruh terapi kelompok suportif terhadap penurunan

beban *caregiver* pada pasien Alzheimer. Penelitian lainnya dari Chien, Thompson & Norman (2008) pada keluarga dengan schizophrenia di China, juga turut mendukung penelitian di atas, bahwa pemberian terapi kelompok suportif mampu menurunkan nilai beban keluarga setelah dilakukan *post test* sebanyak dua kali, dalam waktu 6 bulan dan 12 bulan setelah pemberian terapi. Mean nilai beban menurun dari 21,6 pada *pre test* menjadi 18,7 pada *post test* pertama dan 15,9 pada *post test* kedua. Hasil yang berbeda dijumpai pada kelompok kontrol dalam penelitian tersebut, dimana mean nilai beban malah mengalami peningkatan pada *post test* pertama dan kedua.

Berdasarkan konsep teori dan hasil beberapa penelitian seperti tersebut di atas, dapat dipahami bahwa dengan pemberian terapi kelompok suportif, mampu menurunkan beban keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan keterbatasan fisik dan psikis. Perbedaan penurunan beban keluarga pada penelitian ini, antara lain dibuktikan juga dalam pengisian *post test*, dari 23 (70%) keluarga pada kelompok intervensi menuliskan bahwa keluarga merasa tidak terbebani ketika mengasuh anak tunagrahita. Sedangkan pada kelompok kontrol, dengan butir pernyataan yang sama pada *post test*, hanya didapatkan 12 (33%) keluarga yang menuliskan bahwa keluarga merasa tidak terbebani ketika mengasuh anak tunagrahita. Sehingga, pada akhir penelitian dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi kelompok suportif mampu menurunkan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Menurunnya beban keluarga disebabkan oleh meningkatnya kemampuan keluarga dalam mengelola beban.

6.1.5 Tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, sebelum diberikan terapi kelompok suportif keluarga

Tidak ada seseorangpun di dunia ini bahkan pemberi pelayanan kesehatan sekalipun yang lebih berpengaruh terhadap kesehatan dan kesejahteraan pada anak tunagrahita selain orang tua mereka sendiri (Elliott & Mullins,

2004 dalam Resch, dkk., 2010). Beberapa orang tua, bagaimanapun menghadapi tantangan dalam menjalankan perannya sebagai orang tua dari anak berkebutuhan khusus dan terkadang mengalami kesulitan dalam menghadapi tuntutan lingkungan. Sebagai konsekuensi, para orang tua dapat beresiko mengalami peningkatan masalah psikososial karena beratnya tingkat distres yang dialami (Plant & Sanders, 2007 dalam Resch, dkk., 2010; Lustig, 1999 dalam McIntyre, Blacher & Baker, 2002). Ansietas merupakan masalah psikososial yang kerap muncul pada keluarga anak tunagrahita. Jarvelin (2002 dalam Jevnikar, 2007) juga menyebutkan dalam penelitiannya bahwa beban dan ansietas pada keluarga disebabkan oleh stigma sosial tentang anak tunagrahita dan ketidakmampuan keluarga dalam mengelola stres. Ketidakmampuan keluarga dalam mengelola stres terjadi karena terdapat pertentangan antara: keinginan yang kuat untuk mempunyai anak yang sehat, dan secara simultan (bersama-sama) terjadi ketakutan dan ansietas apabila apa yang dilakukannya akan mengakibatkan suatu kesalahan bagi anak itu sendiri. Hal ini berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam perawatan anak sehingga akan mengganggu/menghambat perkembangan anak tunagrahita.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, seluruh responden memiliki tingkat ansietas yang sama, yaitu ansietas sedang. Hal ini disebabkan karena kedua kelompok harus memenuhi kriteria inklusi penelitian, yaitu tingkat ansietas sedang.

Ansietas diartikan sebagai suatu respon terhadap situasi yang penuh dengan stres. Situasi yang penuh stres dapat terjadi dikarenakan keluarga mengalami suatu periode krisis selama merawat anak tunagrahita. Periode krisis ini terdiri dari tiga tahapan, yaitu: penolakan atau penyangkalan, duka cita atau kesedihan, dan tahap penerimaan (Sembiring, 2002). Ketiga tahapan ini muncul sebagai manifestasi terhadap stresor yang dimaknai sebagai bentuk beban karena memiliki anak tunagrahita. Ansietas yang dirasakan oleh keluarga dengan anak tunagrahita disebabkan oleh reaksi

dari stres akibat beban ekonomi dan perawatan yang tinggi, beban psikologis keluarga, penurunan kualitas hidup anak dan keluarga, dukungan sosial yang berkurang, serta masa depan anak yang belum jelas.

Tingkat ansietas sedang dipilih sebagai kriteria inklusi dalam penelitian, berdasar pada beberapa pertimbangan. Pertimbangan yang utama yaitu bahwa terapi suportif dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan setting kelompok, dimana tidak akan tepat jika menggunakan klien dengan tingkat ansietas berat atau panik untuk dilibatkan secara bersama-sama dalam satu kelompok. Klien dengan tingkat ansietas berat hingga panik, keterampilan bertahan yang lebih sederhana mengambil alih, respon defensif terjadi, dan keterampilan kognitif menurun secara signifikan (Videbeck, 2007). Klien tersebut akan kesulitan untuk dilibatkan dalam kelompok karena cenderung menggunakan cara psikomotor-emosional untuk melepas ketegangan serta terlalu berfokus pada pikiran sendiri, sehingga dapat mempengaruhi kekohesifan hubungan interaksi dalam kelompok.

Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa hubungan kelompok yang kohesif akan berpengaruh positif terhadap hasil penelitian, khususnya hubungan yang tercipta antar anggota kelompok itu sendiri (Burlingame, Fuhriman, dan Johnson, 2002 dalam Shechtman & Katz, 2007; Yalom & Leszcz, 2005). Sehingga, diharapkan penggunaan terapi suportif akan efektif untuk mengukur perubahan tingkat ansietas pada klien yang memiliki tingkat ansietas sedang, karena klien dengan tingkatan ini masih mampu memproses informasi, belajar, dan menyelesaikan masalah (Videbeck, 2007). Tingkat ansietas ringan tidak dipilih sebagai kriteria inklusi, dikarenakan seseorang dengan tingkatan ini masih berada dalam rentang tingkat ansietas normal.

Ansietas sedang merupakan tingkat ansietas dimana keluarga memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan hal yang lain. Keluarga

mengalami perhatian yang selektif namun masih dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Manifestasi yang terjadi pada tingkat ini yaitu kelelahan meningkat, kecepatan denyut jantung dan pernapasan meningkat, ketegangan otot meningkat, bicara cepat dengan volume tinggi, lapang persepsi menyempit, mampu untuk belajar namun tidak optimal. Manifestasi dari tingkat ansietas sedang yang lain meliputi kemampuan konsentrasi menurun, perhatian selektif dan lebih terfokus pada rangsangan yang tidak menambah ansietas, mudah tersinggung, tidak sabar, mudah lupa, marah, dan menangis (Townsend, 2008; Peplau 1989 dalam Videbeck, 2007; Stuart & Sundeen, 2007; Boyd & Nihart, 1998; Rawlins, Williams & Beck, 1993).

Terapi kelompok suportif pada penelitian ini diharapkan mampu menjawab hipotesa. Hipotesa penelitian ini yaitu terdapat pengaruh pemberian terapi kelompok suportif terhadap perubahan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

6.1.6 Perbedaan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita pada kelompok intervensi sebelum dan setelah terapi kelompok suportif.

Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan proporsi tingkat ansietas yang lebih besar pada kelompok intervensi dibandingkan pada kelompok kontrol. Kelompok intervensi mengalami penurunan proporsi responden sebesar 50%, sedangkan pada kelompok kontrol, penurunan itu hanya sebesar 16,7%. Sehingga dapat diartikan bahwa pemberian terapi generalis dan terapi kelompok suportif menyebabkan penurunan tingkat ansietas tiga kali lebih besar daripada hanya mendapatkan terapi generalis saja. Perubahan tingkat ansietas pada kelompok intervensi bermakna secara statistik, dibuktikan dengan nilai p sebesar 0,000 berada di bawah nilai alpha ($\alpha=0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perubahan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita setelah pemberian terapi kelompok suportif, dimana perubahan tersebut

menyebabkan penurunan proporsi keluarga dengan tingkat ansietas sedang, dan peningkatan proporsi keluarga dengan tingkat ansietas ringan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang telah dilakukan oleh Banowati (1989). Banowati menyimpulkan, berdasar hasil penelitiannya bahwa terapi 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 terapi kelompok suportif cukup efektif untuk menurunkan tingkat ansietas pada ibu hamil. Sedangkan penelitian lainnya yang pernah dilakukan oleh Shechtman & Katz (2007) menemukan bahwa terapi kelompok suportif dapat 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 dalam penelitian tersebut menyatakan memperoleh manfaat dari pemberian terapi, karena mendapat kesempatan untuk mengungkapkan perasaan dan berbagi pengalaman yang tidak menyenangkan dengan responden lainnya dalam satu kelompok.

Adanya kesempatan untuk mengungkapkan perasaan dan berbagi pengalaman sesuai dengan hasil dokumentasi peneliti selama proses pelaksanaan terapi. Berdasarkan hasil dokumentasi, diperoleh bahwa terdapat 19 (60%) keluarga yang menuliskan kebutuhan untuk mengungkapkan perasaan tentang masalah-masalah yang mereka alami berkaitan dengan perasaan ansietas, kepada anggota keluarga lainnya dalam satu kelompok. Saling berbagi pengalaman dan masalah merupakan kebutuhan beberapa keluarga untuk mengelola masalah psikososial ansietas yang mereka alami ketika merawat anak tunagrahita (Shechtman & Katz, 2007).

Pernyataan seperti tersebut di atas, sesuai dengan tujuan dari terapi kelompok suportif, yaitu untuk membebaskan anggota kelompoknya dalam mengungkapkan perasaan mereka tentang masalah-masalah yang dialami. Terkadang, masalah-masalah yang dihadapi menjadi sulit untuk diselesaikan di rumah, sehingga memberikan kesempatan kepada beberapa keluarga untuk terbuka menyelesaikan permasalahan yang dihadapi dan berusaha menangani secara bersama-sama (Edelman, Craig & Kidman, 2000). Mc.Closkey, dkk., (2007) juga menjelaskan dalam sebuah pernyataan terpisah, bahwa tujuan pemberian asuhan keperawatan pada keluarga yang mengalami ansietas adalah untuk mengurangi ansietas, dengan cara memanipulasi sumber ansietas melalui tindakan keperawatan yang terapeutik. Sehingga, peneliti berpendapat bahwa terapi kelompok suportif merupakan suatu tindakan terapeutik yang akan mengoptimalkan peran keluarga dalam satu kelompok sebagai sumber sistem dukungan sosial bagi keluarga lain, untuk berbagi, dan bertukar pengalaman tentang merawat anak tunagrahita, dengan tujuan akhir untuk mengurangi beban dan tingkat ansietas.

Terapi kelompok suportif keluarga lebih dipilih sebagai intervensi untuk mengoptimalkan kemampuan pemberian dukungan dari dan antar anggota kelompok dibandingkan terapi individu, berdasar pada beberapa pertimbangan bahwa: kesempatan untuk mendapatkan umpan balik segera dari anggota kelompok, dan kesempatan bagi peserta kelompok dan terapis untuk mengobservasi respon psikologis, emosional, dan perilaku individu terhadap anggota kelompok lainnya (Saddock & Saddock, 2007). Model terapi keluarga ini didasarkan pada asumsi bahwa gangguan pada sistem keluarga dapat menyebabkan timbulnya gangguan fisik dan psikologis pada anggota keluarga lainnya (Lidz, 1958; Wynne, dkk., 1958; Bowen, 1960; Haley, 1969; Bateson, 1972; Erickson & Hogan, 1972; Foley, 1974 dalam Pinsker, dkk., 2004).

6.1.7 Perbedaan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita pada kelompok kontrol, sebelum dan setelah diberikan terapi kelompok suportif

Hasil penelitian pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa terjadi perubahan tingkat ansietas responden, ditunjukkan dengan penurunan proporsi yang pada *pre test* memiliki tingkat ansietas sedang sebesar 100% menjadi masing-masing 83,3% ansietas sedang, dan 16,7% ansietas ringan pada saat *post test*. Perubahan tingkat ansietas pada kelompok kontrol bermakna secara statistik, ditunjukkan dengan nilai p sebesar 0,008 berada di bawah nilai alpha. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi generalis berupa relaksasi nafas dalam dan hipnotis lima jari juga mampu menurunkan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita, meskipun kelompok kontrol tersebut tidak memperoleh terapi kelompok suportif.

Beberapa penelitian telah membuktikan adanya pengaruh pemberian terapi generalis terhadap penurunan ansietas. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Fiandini (2010) membuktikan 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 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.

Hasil dari penelitian ini, dengan didukung penelitian sebelumnya, menguatkan konsep bahwa pemberian terapi generalis mampu menurunkan tingkat ansietas responden, baik pada tatanan klinik ataupun komunitas. Akan tetapi, proporsi penurunan tingkat ansietas akan lebih besar jika dilakukan modifikasi antara terapi generalis dan terapi spesialis sebagai terapi lanjutan. Sehingga pemberian terapi spesialis, dalam hal ini

terapi kelompok suportif, menjadi sebuah kebutuhan bagi keluarga agar diperoleh penurunan proporsi tingkat ansietas yang lebih optimal.

6.1.8 Perbedaan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi kelompok suportif

Hasil akhir dari pelaksanaan terapi (*post test*) menemukan bahwa pada kelompok intervensi didapatkan 16 (50%) responden memiliki tingkat ansietas ringan. Berbeda dengan hasil *post test* pada kelompok kontrol, dimana dari 36 responden hanya ditemukan 6 (16,7) responden yang mengalami penurunan tingkat ansietas, dari ansietas sedang menjadi ansietas ringan. Hal ini menunjukkan bahwa proporsi keluarga yang mengalami penurunan tingkat ansietas lebih banyak dijumpai pada kelompok intervensi dibandingkan pada kelompok kontrol.

Hasil positif dijumpai pada penelitian ini, dimana tidak satupun responden, baik di kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, mengalami peningkatan ansietas (dari ansietas sedang ke ansietas berat atau panik). Hal ini menunjukkan bahwa pemberian terapi keperawatan, baik terapi generalis maupun terapi spesialis, mampu menghindarkan responden mengalami ansietas yang lebih tinggi. Kelompok intervensi pada penelitian ini memperoleh terapi generalis (relaksasi nafas dalam dan hipnotis lima jari) dan terapi spesialis: terapi kelompok suportif. Sedangkan kelompok kontrol, hanya memperoleh terapi generalis saja (relaksasi nafas dalam dan hipnotis lima jari). Akan tetapi, jika melihat hasil akhir penelitian, terapi generalis saja tidak cukup mampu meningkatkan proporsi responden untuk mengalami penurunan tingkat ansietas. Dibutuhkan sebuah terapi spesialis untuk menguatkan kemampuan keluarga dalam mengelola ansietas, sehingga dengan pemberian terapi kelompok suportif sebagai terapi spesialis, telah mampu menurunkan tingkat ansietas responden, dibuktikan dengan proporsi

responden dengan tingkat ansietas ringan lebih banyak dijumpai pada keluarga yang mendapatkan terapi kelompok suportif.

Terapi kelompok suportif keluarga dapat didefinisikan sebagai bentuk terapi yang bertujuan untuk memberikan dukungan terhadap keluarga dalam kelompok, sehingga mampu menyelesaikan krisis yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif antara klien dan terapis (Stuart & Laraia, 2008; Videbeck, 2007). Selain itu, menurut Townsend (2008), terapi suportif juga berperan untuk mendidik keluarga berkompromi dengan stres emosional dalam kehidupannya. Ansietas merupakan masalah emosional yang muncul sebagai akibat stres karena memiliki anak tunagrahita. Pemberian terapi suportif keluarga diharapkan dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengelola ansietas, karena keluarga mendapat kesempatan membahas kendala yang dihadapinya selama memiliki anak tunagrahita, bahkan bertukar pengalaman dengan keluarga lain. Pemberian terapi suportif keluarga mampu meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengelola ansietas selama merawat anak tunagrahita, sehingga pemberian terapi suportif sangat tepat karena anggotanya dapat memperoleh dukungan dari anggota lainnya untuk mengatasi masalah psikososial ansietas.

Pengaruh pemberian terapi kelompok suportif terhadap tingkat ansietas responden sejalan dengan penelitian longitudinal yang telah dilakukan oleh Spiegel, Bloom & Yalom (1981 dalam Edelman, Craig & Kidman, 2000). Hasil dari penelitian tersebut mengungkapkan bahwa pemberian terapi kelompok suportif bermanfaat untuk menurunnya tingkat ansietas, depresi, kebingungan, dan kelelahan pada responden wanita dengan kanker payudara. Setelah 300 hari di akhir sesi terapi, beberapa responden menunjukkan penurunan tingkat ansietas yang bermakna secara statistik ($p < \alpha$). Penelitian berbeda menemukan bahwa pasien yang didiagnosa schizophrenia menunjukkan berkurangnya tingkat ansietas setelah pemberian terapi suportif (Coursey 1989; Weiden & Havens 1994;

Buckley & Lys 1996; Fenton 2000 dalam Penn, dkk., 2004). Beberapa pasien dalam penelitian tersebut mengaku mendapatkan manfaat dari pemberian terapi suportif melalui pemberian dukungan dan saran untuk meminimalkan stres, sehingga ansietasnya dapat menurun. Penelitian lainnya yang pernah dilakukan oleh Shechtman & Katz (2007) turut menguatkan konsep 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. Beberapa penelitian yang telah diuraikan di atas menggunakan individu yang sakit sebagai responden atau objek terapi.

Pengaruh terapi suportif terhadap ansietas secara spesifik sebagai sebuah masalah psikososial pada keluarga/*caregiver*, telah diungkapkan pula oleh beberapa peneliti terdahulu. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Chien & Wong (2007) menunjukkan bahwa pemberian terapi kelompok suportif pada populasi China di Hongkong, yang merawat anggota keluarganya dengan schizophrenia, dapat meningkatkan kondisi kesehatan psikososial pada seluruh keluarga. Hal ini dikuatkan oleh penelitian Allen, Lowe, Moore, & Brophy (2007) bahwa pengalaman *caregiver* dalam tatanan kelompok berkontribusi terhadap kesehatan psikososial pada *caregiver* melalui peran dukungan dari *caregiver* lainnya, dimana pengalaman mereka tidak dipandang sebagai suatu isu pribadi, tetapi lebih dari sebuah pengalaman kolektif.

Penelitian tentang pengaruh terapi kelompok suportif terhadap masalah psikososial keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus telah dilakukan oleh Hudson, Reece, Cameron & Matthews, (2009). Hudson melakukan penelitian *quasi experimental* terhadap 689 keluarga yang

memiliki anak dengan *intellectual disability*. Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa beberapa orang tua pada kelompok intervensi, melaporkan adanya penurunan tingkat stres dan ansietas, merasa lebih percaya diri dalam menjalani perannya sebagai orang tua, dan melaporkan bahwa anak mereka memiliki perilaku yang lebih baik. Metode penelitian yang dipilih oleh Hudson yaitu dengan menggunakan *pre-post test*, dimana pengukuran *post test* dilakukan setelah seluruh responden dalam kelompok intervensi dilibatkan dalam *Signpost* program, sebuah program dukungan untuk orang tua yang memiliki anak dengan *intellectual disability* (Hudson, dkk., 2001 dalam Hudson, Reece, Cameron & Matthews, 2009).

Jika membandingkan dari hasil penelitian ini dan beberapa penelitian terdahulu, peneliti mengambil kesimpulan bahwa terdapat pengaruh pemberian terapi suportif terhadap perubahan tingkat ansietas keluarga. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji statistik pada penelitian ini yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan tingkat ansietas keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam merawat anak tunagrahita dengan nilai $p < 0,008$ ($p < \alpha$). Tingkat ansietas yang berbeda antara dua kelompok pada *post test* menguatkan asumsi peneliti bahwa pemberian terapi kelompok suportif telah mampu menimbulkan perbedaan tingkat ansietas dalam merawat anak tunagrahita antara kelompok intervensi yang memperoleh terapi kelompok suportif dengan kelompok kontrol yang tidak memperoleh terapi kelompok suportif. Adanya perbedaan tingkat ansietas mengindikasikan bahwa terapi kelompok suportif sebagai sebuah terapi spesialis dibutuhkan oleh keluarga anak tunagrahita untuk meningkatkan kemampuan mengelola ansietas, sehingga pada akhir terapi, tingkat ansietas dapat menurun.

6.2 Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Beban dan Tingkat Ansietas keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita

Baron & Kenny (1986 dalam Hudson, Reece, Cameron & Matthews, 2009) memberikan gambaran bahwa karakteristik sosiodemografi keluarga dan anak tunagrahita, sebagai variabel perancu, perlu untuk diidentifikasi sebagai variabel yang penting dalam sebuah penelitian psikologis sosial. Ketika peneliti ingin mengevaluasi efektifitas dari sebuah intervensi, variabel perancu dapat mempengaruhi hasil akhir dan memberikan efek yang berbeda.

Beberapa hasil penelitian dan literatur menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara karakteristik sosiodemografi keluarga dan anak tunagrahita dengan beban dan tingkat ansietas keluarga (Gulseren, dkk., 2010). Karakteristik keluarga tersebut meliputi: usia, penghasilan, jenis kelamin, pendidikan, dan hubungan keluarga. Sedangkan karakteristik anak meliputi: usia dan tingkat tunagrahita.

6.2.1 Usia

Hasil dari penelitian ini membuktikan bahwa pada kelompok intervensi, ditemukan tidak adanya hubungan yang signifikan antara usia keluarga dengan beban, dimana didapatkan nilai p 0,418 ($p > \alpha$). Sedangkan hasil yang sama ditemukan pula pada kelompok kontrol, dimana nilai p sebesar 0,302 ($p > \alpha$), sehingga dapat disimpulkan bahwa pada kedua kelompok, ditemukan tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara usia keluarga dengan beban keluarga.

Hasil dari penelitian ini sesuai dengan pernyataan Singi dkk., (1990 dalam Tsai & Wang, 2008; Hassall, Rose & McDonald, 2005) yang menyatakan bahwa usia tidak berhubungan dengan beban yang keluarga tanggung. Menurut Singi, dkk., ketika seseorang bertambah usia, dimana terjadi penurunan produktivitas kerja dan kemampuan fisik, beban dan kebutuhan bagi perawatan anggota keluarga yang sakit tidak mengalami penurunan.

Akan tetapi, beberapa peneliti lainnya mengungkapkan hasil yang berbeda, dimana faktor usia berhubungan dengan tingkat beban keluarga (Magliano dkk., 2008; Webb, dkk., 1998).

Hasil penelitian yang bertentangan dengan konsep teori Magliano dan Webb, dapat diasumsikan bahwa faktor usia keluarga bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi beban yang dirasakan dalam merawat anak tunagrahita. Masing-masing responden penelitian, dengan rentang usia yang berbeda mengeluhkan adanya beban ketika merawat anak tunagrahita, dengan segala keterbatasannya.

Berdasarkan hasil pengamatan dan dokumentasi selama pelaksanaan terapi, beberapa keluarga dengan usia dewasa tengah mengeluhkan beban yang dirasakan dalam merawat anaknya lebih tinggi ketika produktivitas kerja menurun. Hal ini sesuai dengan pernyataan Singi, dkk., (1990 dalam Tsai & Wang, 2008; Hassall, Rose & McDonald, 2005) bahwa ketika keluarga mengalami penurunan kemampuan ekonomi, beban ekonomi dalam perawatan anak tidak menurun. Akan tetapi, beberapa keluarga lainnya dengan usia yang lebih tua mengatakan beban berkurang ketika usia semakin meningkat, dikarenakan bertambahnya pengalaman dalam merawat anak tunagrahita akan mempengaruhi dalam pengambilan keputusan terhadap setiap permasalahan dalam merawat anak, yang selama ini mereka persepsikan sebagai sebuah beban. Pernyataan tersebut senada dengan pendapat Hurlock & Long (dalam Tarwoto & Wartonah, 2010), yang mengungkapkan bahwa semakin cukup usia, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih optimal dalam berfikir, akibat pengalaman dan kematangan dalam jiwanya. Ketika seseorang semakin matang dalam berfikir, adanya kebutuhan dan keterbatasan yang muncul pada anak tunagrahita, tidak akan dimaknai sebagai sebuah beban.

Berdasarkan uraian penjelasan di atas, kiranya dapat dipahami bahwa variabel usia keluarga bukan faktor perancu yang mempengaruhi beban

keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Sehingga terapi kelompok suportif dapat dilakukan pada setiap keluarga dengan rentang usia yang bervariasi. Akan tetapi, peneliti berpendapat bahwa keseragaman usia dalam satu kelompok akan lebih memudahkan proses perpindahan keterampilan yang diajarkan, karena masing-masing anggota kelompok memiliki daya tangkap yang tidak jauh berbeda.

Hasil penelitian hubungan variabel usia dan tingkat ansietas, diperoleh bahwa tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara usia dengan tingkat ansietas pada kelompok intervensi ($p = 0,75; > \alpha$), dimana hasil yang sebaliknya dapat dijumpai pada kelompok kontrol ($p = 0,018; < \alpha$). Hasil penelitian pada kelompok intervensi, tidak sesuai dengan beberapa penelitian dan literatur yang menyatakan bahwa ditemukan ada hubungan antara usia dengan tingkat ansietas (Suliswati, Payapo, Maruhawa, Sianturi & Sumijatun, 2005). Hal ini disebabkan karena faktor usia turut berpengaruh terhadap penerimaan keluarga terhadap stres. Ansietas pada keluarga anak tunagrahita didefinisikan sebagai reaksi dari stres akibat beban ekonomi dan perawatan yang tinggi, beban psikologis keluarga, penurunan kualitas hidup anak dan keluarga, serta dukungan sosial yang berkurang.

Usia keluarga pada penelitian ini, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol berada pada usia dewasa tengah. Rerata usia keluarga yaitu 41,78 tahun pada kelompok intervensi, dan 41,06 tahun pada kelompok kontrol. Hal ini sesuai dengan pendapat Saddock & Saddock (2007), yang menyatakan bahwa gangguan ansietas dapat terjadi pada semua usia, akan tetapi lebih sering menimpa pada usia dewasa, dengan rentang usia 21-45 tahun. Biasanya, banyak ahli analisis percaya bahwa sebagian besar orang dewasa yang berusia di atas 40 tahun tidak memiliki fleksibilitas yang cukup untuk perubahan. Tetapi yang lebih penting dari usia adalah kapasitas individual untuk introspeksi secara bijaksana dan keinginan untuk berubah (Saddock & Saddock, 2007). Senada dengan

penelitian Bikl, dkk., (1998) yang telah mengidentifikasi bahwa 13,8% gangguan ansietas berada pada populasi dewasa di bawah 65 tahun.

Usia dewasa memiliki tugas perkembangan yang lebih kompleks: memiliki tanggung jawab kemandirian yang tinggi terkait dengan sosial ekonomi, sumber dukungan dan kemampuan koping dalam menghadapi stres kehidupan (Hurlock, 1998). Menurut Ericson (dalam Widyanti, 2009), konflik yang dihadapi dewasa tengah adalah *generativity versus stagnation*. *Generativity* adalah masa dimana orang dewasa berjuang untuk berkontribusi terhadap masa depan dengan melepas dan membimbing generasi penerusnya. Peran sebagai *caregiver* dapat berkontribusi agar seseorang mencapai *generativity* sehingga memberikan dampak positif pada kesehatan dan kesejahteraan psikologisnya.

Hasil penelitian pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia keluarga dengan tingkat ansietas. Hal ini mengindikasikan bahwa usia bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Sukarno (2005 dalam Maliya & Lutfu, 2008) turut mendukung hasil penelitian ini, dimana ditemukan tidak ada hubungan antara usia dengan ansietas pasien. Sarwono (2003) menyampaikan pendapatnya tentang pernyataan di atas, bahwa kematangan kepribadian lebih mempengaruhi dalam 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.

Berdasarkan hasil dokumentasi pada akhir sesi, 3 (9,4%) responden dengan usia dewasa awal menuliskan adanya ansietas terkait masa depan anaknya, tetapi 6 (18,75%) keluarga lainnya dengan usia yang hampir sama menuliskan tidak ansietas karena adanya dukungan dari suami dan seluruh anggota keluarga dalam perawatan anaknya. Beberapa responden lain dengan tingkatan ansietas yang lebih tinggi cenderung tidak mampu mengelola stres dan ansietas karena kurangnya dukungan dari keluarga. Sehingga peneliti berpendapat bahwa pemberian dukungan sosial (*social support*) diperlukan bagi keluarga untuk mengelola ansietas dalam merawat anak tunagrahita. Beberapa penelitian membuktikan bahwa dukungan sosial turut berkontribusi terhadap kemampuan seseorang dalam mengelola ansietas (Susanandari, 2009; Trismiati, 2004). Selain faktor dukungan sosial, kematangan kepribadian individu, turut mempengaruhi dalam penerimaan seseorang terhadap stres yang mengancam munculnya ansietas.

Usia yang meningkat tidak menjamin kepribadian seseorang akan semakin matang. Keluarga anak tunagrahita yang memiliki kematangan kepribadian akan lebih sukar untuk mengalami ansietas. Hal ini disebabkan karena individu yang matang memiliki kemampuan adaptasi yang optimal, yang dapat menangkal setiap munculnya stresor, sehingga respon atau perilaku terhadapnya menjadi adaptif (Saddock & Saddock, 2007). Sebaliknya, individu yang tidak matang akan rentan dari stres, karena memiliki ambang stres yang rendah. Individu ini cenderung *irritable* dan mudah terpengaruh dengan adanya stresor (Tarwoto & Wartonah, 2010). Kematangan kepribadian lebih banyak dipengaruhi faktor internal dan eksternal, seperti tipe kepribadian, pengalaman hidup, dan ketersediaan dukungan sosial (Notoatmodjo, 2007; Suliswati, Payapo, Maruhawa, Sianturi & Sumijatun, 2005; Tarwoto & Wartonah, 2010). Peneliti berpendapat bahwa pemberian terapi kelompok suportif menjadi sebuah intervensi yang tepat, karena konsep dari terapi ini yaitu dengan cara lebih mengoptimalkan penemuan sumber-sumber dukungan yang ada

dalam keluarga (sumber internal) ataupun di luar keluarga (sumber eksternal) sebagai suatu bentuk dukungan sosial untuk mengatasi ansietas sebagai dampak meningkatnya beban yang dirasakan keluarga dalam merawat anak tunagrahita.

Hasil yang berbeda dapat dijumpai pada kelompok kontrol, dimana terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan tingkat ansietas. Hubungan antara usia dengan tingkat ansietas berpola positif, artinya semakin bertambah usia, tingkat ansietas akan meningkat. Hasil penelitian ini bertentangan dengan teori yang menyatakan bahwa semakin bertambahnya usia seseorang, kemampuan untuk mengelola emosi dan stres semakin meningkat, sehingga tingkat ansietas semakin menurun. Akan tetapi, Priest (1987, dalam Tallis, 1995) dan Tallis (1995) berpendapat lain, bahwa hubungan antara ansietas dan usia akan tetap berpola positif. Menurut Priest dan Tallis, faktor penyebab ansietas pada individu adalah masalah yang tidak dapat diselesaikan. Contoh masalah yang tidak dapat diselesaikan menurut mereka adalah usia yang terus bertambah tua. Pernyataan Priest dan Tallis senada dengan beberapa konsep yang dikemukakan oleh peneliti terdahulu, bahwa komplikasi fisik (seperti peningkatan keterbatasan fisik dan gangguan dalam aktivitas sehari-hari) dan penurunan rasa nyaman telah berkontribusi terhadap munculnya ansietas pada beberapa individu dengan usia yang tidak muda lagi (Brenes, Guralnik, Williamson, Fried, dkk., 2005; Brenes, dkk., in press; De Beurs, dkk., 1999; Lenze dkk., 2001; Wetherell, Thorp, dkk., 2004 dalam Ayers, dkk., 2007).

Sesuai hasil penelitian pada kelompok kontrol, peneliti berpendapat bahwa dengan adanya peningkatan usia, beberapa keluarga cenderung mengeluhkan lebih ansietas tentang masa depan anaknya. Hal ini dikarenakan menurunnya produktivitas dan kemampuan fisik, dimana kebutuhan anak tidak mengalami penurunan (Singi, dkk., 1990 dalam Tsai & Wang, 2008; Hassall, Rose & McDonald, 2005). Salah satu

kekhawatiran yang diungkapkan oleh beberapa responden pada kelompok kontrol, terkait dengan kebutuhan finansial dan penanggung jawab utama bagi anak ketika mereka telah lanjut usia. Sehingga pemberian terapi kelompok suportif menjadi sebuah pilihan yang tepat, karena keluarga mendapatkan kesempatan untuk berbagi tentang sumber dukungan internal dan eksternal yang dapat digali untuk menggantikan peran dan tanggung jawab ketika keluarga memasuki usia tua.

6.2.2 Penghasilan

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki penghasilan di atas upah minimum regional (UMR) Kabupaten Banyumas, dimana hasil ini sesuai dengan hasil analisis pekerjaan keluarga yaitu sebagian besar sebagai pedagang/wiraswasta. Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak adanya hubungan antara besar penghasilan dalam satu bulan dengan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol ($p > \alpha$). Sedangkan hubungan antara variabel penghasilan dengan tingkat ansietas, diperoleh bahwa tidak ada hubungan antara besar penghasilan dengan tingkat ansietas pada kelompok intervensi ($p = 0,522; > \alpha$), dan pada kelompok kontrol ($p = 0,142; > \alpha$).

Hasil penelitian di atas bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gulseren, dkk., (2010) yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara besar penghasilan sebagai indikator status sosial ekonomi, dengan beban dan tingkat ansietas keluarga. Beberapa penelitian lainnya turut mendukung bahwa faktor status sosioekonomi rendah, lebih banyak dialami keluarga dengan anak tunagrahita dibanding pada tingkat sosioekonomi tinggi. Hal ini berpengaruh terhadap kondisi kehidupan yang berada dalam kemiskinan, seperti tidak memadainya fasilitas untuk akomodasi, biaya untuk menyekolahkan anak dalam sekolah khusus, nutrisi yang tidak adekuat bagi anak, rendahnya pemenuhan kebutuhan perawatan untuk anak, sedikit sekali sumber untuk mengatasi situasi stres,

dan perasaan tidak berdaya (Tsai & Wang, 2008; Hassall, Rose & McDonald, 2005; Emerson, 2003).

Pernyataan yang sama diungkapkan oleh beberapa peneliti lainnya, bahwa beban yang dirasakan keluarga ketika memiliki anak tunagrahita berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memenuhi fungsi ekonomi (Sethi, Bhargava & Dhiman, 2007; Valentine, McDermott & Anderson, 1998). Keluarga akan dihindangi perasaan ansietas tentang masa depan pembiayaan anak, terkait dengan kemunduran produktivitas kepala keluarga dan kekhawatiran bahwa anak tidak mampu berfungsi optimal secara ekonomis, dikarenakan keterbatasannya (Singer dkk, 1990 dalam Tsai & Wang, 2008; Hassall, Rose & McDonald, 2005).

Sebuah teori mengungkapkan bahwa tingkat penghasilan yang rendah berpengaruh secara negatif terhadap fungsi keluarga. Teori tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Emerson (2003), bahwa ibu dari anak berkebutuhan khusus, potensial mengalami masalah psikologis terkait adanya kerugian ekonomi dan kemiskinan. Vega, dkk., (1999 dalam Stuart & Laraia, 2008) juga menyebutkan bahwa beberapa penelitian yang menyoroti tentang kemiskinan dan kesehatan mental, menemukan bahwa terdapat perbedaan resiko untuk mengalami gangguan jiwa antara kelompok utama yang diukur dari stratifikasi sosial dan kemiskinan. Kelompok ini lebih rentan dengan masalah kesehatan jiwa dalam kehidupan sehari-hari.

Berdasarkan teori di atas, peneliti berpendapat bahwa besar penghasilan yang tidak mempengaruhi beban keluarga, dikarenakan beberapa faktor. Berdasarkan hasil *post test*, 5 keluarga (15,63%) dengan besar penghasilan di bawah UMR, mencantumkan jarang memiliki perasaan terbebani selama merawat anak tunagrahita. Peneliti berpendapat, hal tersebut dapat terjadi dikarenakan adanya kebijakan dari sekolah bahwa untuk beberapa anak yang kurang mampu, telah disediakan beberapa beasiswa untuk

meringankan dalam pembiayaan sekolah. Bahkan, menurut pernyataan dari Kepala Sekolah di salah satu SLB (2011, April 5), pihaknya memberikan bebas biaya sekolah bagi anak yang tidak mampu. Menurut pandangan peneliti, kebijakan peringanan biaya sekolah akan sangat berpengaruh, karena dapat menurunkan beban ekonomi keluarga, yang pada akhirnya dapat menurunkan ansietas keluarga dalam pembiayaan bagi anaknya. Berdasarkan penjelasan di atas, menjadi sebuah usulan agar pemerintah dengan melalui Direktorat Pendidikan Luar Biasa dapat memberikan subsidi terkait dengan biaya sekolah bagi anak dengan kebutuhan khusus yang memiliki status sosioekonomi menengah ke bawah.

Berdasarkan hasil pengamatan selama proses terapi, beberapa responden dengan penghasilan yang jauh di atas UMR ternyata mengeluhkan beban dan ansietas yang tinggi selama merawat anak tunagrahita. Hal ini dikarenakan munculnya stigma tentang anak, sehingga mereka malu dan lebih banyak mengisolasi diri dari lingkungan masyarakat. Pernyataan tersebut sesuai dengan hasil penelitian Jarvelin (2002 dalam Jevnikar, 2007) yang menyebutkan bahwa beban dan ansietas pada keluarga disebabkan oleh stigma sosial tentang anak tunagrahita dan ketidakmampuan keluarga dalam mengelola stres. Sehingga peneliti berpendapat bahwa dibutuhkan pemberian pendidikan kesehatan secara menyeluruh terhadap masyarakat, terkait dengan keberadaan dan permasalahan yang dapat muncul pada anak tunagrahita, sehingga dapat merubah stigma masyarakat tentang tunagrahita. Pemberian pendidikan kesehatan diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku (Notoatmodjo, 2007), sehingga sikap dan pandangan masyarakat dapat berubah, bahwa keberadaan anak tunagrahita bukan merupakan aib bagi keluarga. Terapi kelompok suportif menjadi sebuah pilihan yang tepat, karena mengkombinasikan antara kegiatan berbagi pengetahuan, pengalaman, dan perasaan dengan penggalan dukungan internal dan

eksternal dalam rangka untuk meningkatkan kemampuan mengelola beban dan ansietas.

6.2.3 Jenis kelamin

Hasil univariat menunjukkan bahwa mayoritas jenis kelamin pada kedua kelompok adalah perempuan. Hal ini mengindikasikan bahwa beban utama dalam merawat anak tunagrahita lebih dipercayakan pada perempuan, dimana memiliki karakteristik yang berbeda dengan laki-laki. Sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, perempuan mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung, dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya (Hurlock, 1998).

Beberapa budaya di Indonesia masih menganggap bahwa tugas pemberi perawatan pada anak tunagrahita murni menjadi tanggung jawab seorang perempuan. Lindahl (1997 dalam Widyanti, 2009) mengatakan bahwa kebanyakan perawatan informal dalam konteks keluarga dilakukan oleh seorang istri, anak perempuan, atau menantu perempuan. Peran *caregiver* yang dijalankan perempuan dapat menyebabkan kesejahteraan psikologis perempuan menjadi rentan. Stres *caregiver* lebih banyak dialami perempuan, dimana perempuan lebih merasa terbebani dalam hal fisik, emosional, dan finansial.

Berdasarkan hasil uji bivariat ditemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan beban dan tingkat ansietas, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, dengan nilai p lebih besar daripada alpha. Hasil penelitian tersebut bertentangan dengan konsep teori dan hasil beberapa penelitian terdahulu.

Beberapa teori mengatakan bahwa perempuan lebih rentan untuk ansietas daripada laki-laki (Saddock & Saddock 2007; Trismiati, 2004). Hal yang sama diungkapkan pula oleh Copel (2007) bahwa perempuan mengalami ansietas dua kali lebih sering daripada laki-laki. Myers (1983 dalam Trismiati, 2004) menambahkan dalam penelitiannya, bahwa perempuan lebih ansietas akan ketidakmampuannya dibanding dengan laki-laki, dikarenakan perempuan lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan-tekanan lingkungan eksternal.

Hasil penelitian ini yang bertentangan dengan konsep teori di atas, dapat disebabkan oleh beberapa hal, salah satunya adalah persebaran jenis kelamin responden yang kurang merata. Berdasarkan hasil analisis univariat, diperoleh data bahwa keluarga dengan jenis kelamin laki-laki tidak memiliki proporsi yang sebanding dengan keluarga dengan jenis kelamin perempuan. Jumlah perempuan mencapai empat kali laki-laki pada kelompok intervensi, dan tiga kali pada kelompok kontrol.

Besarnya keluarga yang terwakilkan dalam jenis kelamin perempuan menunjukkan bahwa beban utama dalam merawat anak tunagrahita lebih dipercayakan pada perempuan, dimana memiliki karakteristik yang berbeda dengan laki-laki. Karakteristik yang dijumpai pada perempuan yaitu memiliki kecenderungan lebih rinci dalam proses pikir, lebih mengandalkan perasaan, dan memiliki peran sosial di masyarakat sebagai ibu pengasuh bagi anak-anak (Hurlock, 1998). Sehingga, sebagai orang tua, ibu menerima stres dan beban yang lebih besar dalam merawat anaknya, jika dibandingkan seorang ayah (Sethi, Bhargava & Dhiman, 2007). Penelitian serupa yang dilakukan oleh Gulseren, dkk (2010) terhadap *caregiver* utama pasien schizophrenia di sebuah rumah sakit jiwa di Turki membuktikan bahwa tingkat beban, berkorelasi positif dengan jenis kelamin *caregiver*. *Caregiver* perempuan lebih menunjukkan skor beban yang tinggi jika dibandingkan *caregiver* laki-laki. Hal ini dikarenakan munculnya fakta bahwa kebanyakan *caregiver* perempuan

adalah seorang ibu rumah tangga, dimana memiliki keterbatasan dalam sumber-sumber sosial. Akan tetapi, sebuah penelitian serupa yang dilakukan oleh Aydin, dkk (2009 dalam Gulseren, dkk., 2010) membuktikan bahwa tidak ditemukan hubungan antara beban perawatan dengan jenis kelamin.

Berdasarkan pembahasan teori dan hasil dari penelitian ini, bisa dipahami bahwa tingkat beban keluarga dalam perawatan anak tunagrahita tidak memandang apakah keluarga tersebut berjenis kelamin laki-laki atau perempuan. Pernyataan tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Emerson (2003), dimana telah dibuktikan bahwa ibu dengan anak berkebutuhan khusus, hanya sedikit yang melaporkan adanya kerugian sosial, berkurangnya aktivitas hobi, sakit fisik, renggangnya hubungan dengan pasangan, dan depresi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa jenis kelamin bukan variabel perancu yang mempengaruhi beban dan tingkat ansietas keluarga. Akan tetapi, agar penelitian ini dapat lebih bermakna, alangkah baiknya jika melibatkan sampel dengan sebaran yang merata antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan.

6.2.4 Hubungan keluarga

Keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang tinggal di suatu tempat dan berada di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Friedman, 2010). Hubungan keluarga dalam penelitian ini dibagi dalam dua kategori, yaitu hubungan sebagai orang tua dan bukan orang tua.

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Elliott & Mullins (2004 dalam Resch, dkk., 2010) menyebutkan bahwa orang tua merupakan pihak yang paling bertanggung jawab terhadap kualitas kesehatan anak tunagrahita. Beberapa orang tua, bagaimanapun menghadapi tantangan dalam menjalankan perannya sebagai orang tua dari anak berkebutuhan khusus dan terkadang mengalami kesulitan dalam menghadapi tuntutan

lingkungan. Sebagai konsekuensi, para orang tua dapat beresiko mengalami peningkatan masalah psikososial karena beratnya tingkat distress yang dialami (Plant & Sanders, 2007 dalam Resch, dkk., 2010).

Sedangkan hasil dari penelitian Saunders (2003 dalam Wardaningsih, 2007) membuktikan bahwa beban keluarga dirasakan lebih berat pada individu yang mempunyai hubungan langsung dengan klien. Untuk itu, keluarga berusaha mencari coping yang dianggap paling efektif untuk mengatasi hal tersebut, diantaranya dengan berpartisipasi dalam *support group*, meningkatkan spiritualitas, berbagi dengan orang lain tentang apa yang dirasakan, perubahan gaya hidup, dan latihan.

Hasil penelitian menemukan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel hubungan keluarga dengan beban dan tingkat ansietas dalam merawat anak tunagrahita setelah pemberian terapi kelompok suportif ($p > \alpha$), atau dengan kata lain, variabel hubungan keluarga bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi beban dan tingkat ansietas keluarga.

Hasil dari penelitian ini membuktikan adanya perbedaan dengan konsep teori. Perbedaan tersebut dapat diasumsikan bahwa pada keluarga anak tunagrahita, baik yang berperan sebagai orang tua, maupun bukan orang tua, keduanya memiliki beban dan tingkat ansietas yang sama. Ketika seseorang memperoleh peran dan tanggung jawab utama untuk mengasuh anak tunagrahita, peran itu akan diinternalisasikan dalam kehidupannya sehari-hari, sehingga beban tersebut akan dirasakan seolah-olah ia alami kepada anak kandungnya sendiri. Selain itu, responden yang dilibatkan dalam penelitian ini harus memenuhi kriteria inklusi tinggal satu rumah dengan anak, sehingga walaupun bukan berperan sebagai orang tua, akan tetapi karena tinggal satu rumah, memungkinkan adanya kontak fisik dan psikis selama 24 jam dengan anak tunagrahita (Braddock, dkk., 2001

dalam Emerson, 2003). Hal ini bisa dipahami jika kita mengkaitkannya dengan konsep keluarga sebagai sebuah sistem.

Sebagai sebuah sistem, keluarga terdiri dari anggota keluarga yang saling berinteraksi dan bergantung, yang hidup dalam lingkungan fisik, psikologis, dan sosial. Jika keluarga dipandang sebagai sebuah sistem, maka gangguan perilaku dan ketergantungan pada satu anggota keluarga dengan tunagrahita akan mengganggu semua sistem atau keadaan keluarga (Friedman, 2010).

Berdasarkan hasil wawancara dan dokumentasi selama pelaksanaan terapi (2011, Mei 14), beberapa keluarga yang memiliki hubungan sebagai orang tua mengatakan tidak terbebani dengan adanya anak tunagrahita, karena ia menganggap anak sebagai rizki dan harus mendapatkan pengasuhan yang optimal dari orang tua kandung. Sedangkan terdapat beberapa responden yang memiliki hubungan sebagai orang tua malah mengeluhkan beban dan ansietas yang tinggi karena memiliki anak tunagrahita. Beberapa keluarga lainnya yang memiliki hubungan bukan sebagai orang tua, mengatakan bahwa faktor budaya Jawa turut berperan dalam meningkatkan hubungan kekerabatan. Salah satu karakteristik yang muncul pada keluarga Jawa yaitu adanya ikatan kekeluargaan yang sangat erat. Hubungan antara faktor budaya dengan pemberian asuhan keperawatan telah dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh McCallion, Janicki & Grant-Griffin (1997). Hasil dari penelitian tersebut menyebutkan bahwa faktor perbedaan budaya turut berkontribusi terhadap dampak yang ditimbulkan dari pemberian perawatan oleh *caregiver*.

Berdasarkan hasil analisis dan teori diatas, peneliti berpendapat bahwa dengan latar belakang budaya keluarga di Indonesia, yang memiliki ciri sangat kuat hubungan kekerabatannya, *extended*, dan saling menolong dalam menghadapi masalah, sehingga siapapun yang membutuhkan

pertolongan merupakan tanggung jawab bersama. Mereka semua menerima keadaan anggota keluarganya yang mengalami tunagrahita, sehingga hubungan keluarga tidak menjadi variabel perancu. Pendapat lain dari peneliti adalah variasi dari sampel kurang merata, lebih banyak yang mempunyai hubungan dengan anak sebagai orang tua dibanding dengan yang bukan sebagai orang tua, sehingga menjadi suatu masukan untuk penelitian selanjutnya agar diupayakan adanya keseragaman proporsi, untuk mendapatkan hasil penelitian yang lebih bermakna.

6.2.5 Pendidikan

Pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif (Stuart & Laraia, 2008). Seseorang dengan pendidikan tinggi akan lebih mudah menerima informasi, mudah mengerti, dan mudah menyelesaikan masalah (Notoatmodjo, 2007). Tingkat pendidikan rendah akan menyebabkan seseorang mudah mengalami stres, dibanding yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi (Tarwoto & Wartonah, 2010; Saddock & Saddock, 2007).

Pendidikan merupakan faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan keluarga dalam mengelola beban dan ansietas. Seseorang dengan pendidikan tinggi akan mampu mengelola, mengatasi, dan menggunakan koping efektif dan konstruktif daripada seseorang yang memiliki pendidikan rendah (Notoatmodjo, 2007; Saddock & Saddock, 2007). Pendidikan adalah salah satu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah, dan akan berlangsung seumur hidup (*long life education*) (Tarwoto & Wartonah, 2010).

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 hasil beberapa

penelitian terdahulu. Brewer, (1983 dalam Saddock & Saddock, 2007) mengatakan bahwa status pendidikan yang rendah akan menyebabkan seseorang mudah stres. Selain itu, Kopelowicz, dkk., (2003) juga menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengetahuan seseorang, berkorelasi positif dengan keterampilan koping yang dimiliki.

Hasil uji univariat penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kedua kelompok memiliki pendidikan tertinggi SMA/ sederajat (56,3% pada kelompok intervensi, dan 47,2% pada kelompok kontrol). Hal ini berarti sebagian besar keluarga memiliki tingkat pendidikan menengah, dimana keluarga dituntut untuk menjadi penanggung jawab utama dalam merawat anak tunagrahita.

Hasil pengamatan selama pelaksanaan terapi, didapatkan bahwa keluarga dengan latar belakang pendidikan yang berbeda memberikan respon atau perasaan yang berbeda. Keluarga dengan pendidikan tinggi cenderung memberikan koping yang konstruktif dalam mengatasi beban dan ansietas, dikarenakan pengetahuan yang dimiliki sangat berperan dalam memberikan tindakan efektif terhadap permasalahan yang dihadapi. Akan tetapi terdapat beberapa keluarga dengan pendidikan yang lebih rendah mampu berespon positif terhadap permasalahan dalam merawat anak tunagrahita. Keluarga tersebut mengatakan bahwa faktor spiritual turut berperan dalam membantu mereka berespon positif terhadap setiap permasalahan yang muncul selama merawat anak tunagrahita.

Beberapa literatur mengungkapkan bahwa faktor sumber dukungan spiritual turut berperan dalam mekanisme koping keluarga. Keluarga dapat memanfaatkan sumber spiritual untuk menurunkan stres yang ia alami dengan cara memperbanyak kegiatan keagamaan (Friedman, 2010; McCubbin & Patterson, 1983 dalam Sutini, 2009), sehingga dapat disimpulkan bahwa pada tingkat pendidikan yang tinggi sekalipun tidak menjadi jaminan bahwa seseorang itu terbebas dari stres, tetapi pendidikan

yang memadai akan berdampak pada kemampuan produktivitas yang diperankannya.

Berdasarkan hasil analisis dan teori yang mendasari, dapat disimpulkan bahwa variabel pendidikan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi beban dan tingkat ansietas keluarga. Sehingga pemberian terapi kelompok suportif dapat diterapkan pada semua keluarga dengan latar belakang pendidikan yang bervariasi.

6.3 Hubungan Karakteristik Anak dengan Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita

6.3.1 Usia anak

Anak tunagrahita memiliki usia kronologis (*chronological age*) dan usia mental (*mental age*) yang tidak sejajar. *Chronological age* atau disebut juga usia kalender adalah usia anak tunagrahita yang dihitung sejak lahir sampai waktu tertentu. Sedangkan *mental age* adalah usia yang merujuk pada tingkat kemampuan mental anak tunagrahita setelah dibandingkan dengan kelompok anak lain seusianya (Wong, 2009; Chaplin, 2002). Berdasarkan berbagai tinjauan teori, usia mental anak tunagrahita tidak melebihi dari 80% usia kronologisnya (Wong, 2009). Hal ini menyebabkan rentang usia sekolah anak tunagrahita, yaitu 6-21 tahun, lebih panjang dari rentang usia sekolah pada anak normal (Hallahan & Kaufmann, 2006).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata usia anak tunagrahita pada kedua kelompok hampir sama, yaitu berada pada rentang usia sekolah (12,11 tahun). Hasil analisis pada kelompok intervensi, didapatkan tidak ada hubungan antara usia anak tunagrahita dengan beban keluarga, dengan nilai p sebesar 0,403 ($p > \alpha$). Hasil yang berbeda dijumpai pada kelompok kontrol, dimana didapatkan hubungan yang bermakna antara usia anak tunagrahita dengan beban keluarga ($p = 0,038; < \alpha$). Hubungan berpola positif, artinya semakin bertambah usia anak, keluarga akan memiliki

beban yang lebih berat dalam perawatan. Hasil penelitian tersebut dapat diasumsikan bahwa terdapat hubungan yang positif antara usia anak dengan tingkat kebutuhan hidup anak. Ketika usia anak semakin bertambah, kebutuhan hidup anakpun akan bertambah. Selain itu, bertambahnya usia anak diikuti pula dengan bertambahnya usia keluarga, yang tidak diikuti dengan peningkatan produktivitas kerja dan kemampuan ekonomi keluarga. Ketika kebutuhan hidup meningkat, keluarga akan mempersepsikan sebagai sebuah beban.

Hasil dari penelitian pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa variabel usia anak tidak berhubungan dengan beban keluarga. Hasil tersebut dikuatkan oleh pernyataan dari Mc Donell, dkk., (2003 dalam Wardaningsih, 2007). Mc Donell mengatakan bahwa data demografi khususnya usia anak tidak berhubungan dengan beban keluarga. Penelitian berbeda yang dilakukan oleh Perkins & Haley (2010) terhadap *caregiver* anak keterbatasan intelektual di South Florida, diperoleh hasil bahwa usia anak juga tidak berpengaruh terhadap beban dan distres psikologis yang dialami keluarga.

Hubungan antara variabel usia anak dengan tingkat ansietas keluarga menunjukkan bahwa variabel usia anak tunagrahita tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita setelah pemberian terapi kelompok suportif, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Hal tersebut dapat diasumsikan bahwa berapapun usia anak, tidak akan mempengaruhi ansietas keluarga. Pada keluarga anak tunagrahita, masalah psikososial ansietas muncul sebagai reaksi dari stres akibat beban ekonomi dan perawatan yang tinggi, beban psikologis keluarga, penurunan kualitas hidup anak dan keluarga, dukungan sosial yang berkurang, serta masa depan anak yang belum jelas. Ansietas akan dirasakan pada setiap keluarga yang memiliki anak tunagrahita pada semua tingkatan usia.

Hasil analisis tentang hubungan antara usia anak dengan tingkat ansietas pada penelitian ini, sesuai dengan hasil dari penelitian Emerson (2003) dan Hudson, Reece, Cameron & Matthews (2009). Hasil penelitian Emerson dan Hudson membuktikan bahwa usia anak tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat ansietas dan stres keluarga ($p > \alpha$).

6.3.2 Tingkat tunagrahita

Klasifikasi tingkat tunagrahita anak didasarkan pada hasil tes IQ (*intelligency quetion*) terakhir, dalam kategori tunagrahita tingkat ringan, sedang, dan berat. Pengklasifikasian anak tunagrahita berdasarkan kemampuan dalam bidang pendidikan dan keparahan gejala, didasarkan pada pendekatan yang lebih bermanfaat untuk mengenali kekurangan ataupun keterbatasan anak (Wong, 2009).

Banyak penelitian yang menyebutkan bahwa keluarga dengan anak tunagrahita menunjukkan beban dan ansietas yang dihubungkan dengan beratnya tingkat tunagrahita pada anak (Heller, dkk., 1997 dalam McIntyre, Blacher & Baker, 2006; Hassall, Rose & McDonald, 2005; Maes, Broekman, Dosen & Nauts, 2003). Maes, Broekman, Dosen & Nauts (2003) mengungkapkan bahwa permasalahan psikiatrik dan perilaku pada anak yang didiagnosa tunagrahita memiliki dampak yang sangat kuat pada keluarganya. Tidak jarang anak tunagrahita jenis yang berat atau sangat berat tidak mampu mengurus kebutuhannya sendiri misalnya: makan, minum, mandi sehingga perlu perawatan khusus untuk anak ini, yang dengan sendirinya merupakan beban yang sangat berat bagi orang tua ataupun keluarga yang mengasuhnya. Pernyataan senada juga diungkapkan oleh Sethi, Bhargava & Dhiman (2007) yang mengungkapkan bahwa stres dan beban yang meningkat ketika merawat anak tunagrahita dihubungkan dengan peningkatan tingkat keparahan anak.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa pada kelompok intervensi dan kontrol, didapatkan tidak ada hubungan antara tingkat tunagrahita dengan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Hal ini bisa diasumsikan bahwa keluarga memiliki beban yang sama dalam merawat anak tunagrahita dengan tingkatan yang berbeda. Berdasarkan hasil pengisian buku kerja, 7 keluarga dengan anak tunagrahita tingkat sedang (63,6%) mengatakan mampu mengatasi beban keluarga karena didukung oleh anggota keluarga lainnya dalam membantu perawatan diri dan pemenuhan kebutuhan harian anak. Tetapi beberapa keluarga dengan tingkat tunagrahita anak ringan, mengeluhkan tingginya beban selama perawatan, karena kurangnya dukungan dari keluarga dalam pembagian tugas dan tanggung jawab perawatan anak. Sehingga keluarga tersebut mengaku mengalami kelelahan fisik dan psikis.

Hubungan antara tingkat tunagrahita dengan tingkat ansietas keluarga, didapatkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat tunagrahita dengan tingkat ansietas keluarga pada kelompok intervensi ($p=0,847; p > \alpha$) dan kelompok kontrol ($p = 0,057; p > \alpha$). Beberapa teori menyatakan bahwa terdapat hubungan antara tingkat tunagrahita dengan tingkat ansietas. McCubbin (1989 dalam Sutini, 2009) mengungkapkan bahwa semakin berat tingkat tunagrahita anak, semakin berat pula tingkat ansietas yang keluarga alami. Pernyataan serupa juga diungkapkan oleh Plant & Sanders (2007 dalam Hudson, Reece, Cameron & Matthews, 2009), yang menyimpulkan bahwa kehadiran anak tunagrahita dengan perilaku maladaptif merupakan sumber utama stres dan ansietas pada anggota keluarga lainnya.

Perbedaan antara teori dengan hasil penelitian pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, disebabkan oleh kurang bervariasinya tingkat tunagrahita anak yang dilibatkan dalam penelitian ini. Selain itu, kriteria inklusi yang disertakan dalam penelitian ini hanya menggunakan keluarga dengan tingkat ansietas maksimal sedang. Sehingga peneliti tidak

memperoleh gambaran tingkat tunagrahita anak pada keluarga dengan tingkat ansietas berat dan panik. Kurangnya variasi tingkat tunagrahita anak dan tingkat ansietas keluarga menyebabkan hasil penelitian ini belum mampu mencerminkan kondisi yang sebenarnya.

6.4 Keterbatasan Penelitian

Dalam setiap penelitian tentu memiliki keterbatasan-keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang bisa menjadi ancaman. Faktor-faktor tersebut peneliti rangkum sebagai keterbatasan dalam proses pelaksanaan penelitian.

Proses pelaksanaan penelitian

Keterbatasan dalam proses pelaksanaan penelitian lebih kepada masalah teknis, seperti kesepakatan waktu, kesepakatan frekuensi terapi, kesepakatan durasi, jumlah anggota dalam satu kelompok, resiko *drop out*, dan proses pengambilan data. Penelitian kelompok multisesi sangat rawan dengan munculnya kendala dan hambatan selama proses pelaksanaannya. Penyamaan kesepakatan terkait waktu dan durasi antara terapis dan anggota kelompok membutuhkan musyawarah yang tidak mudah, karena masing-masing anggota kelompok memiliki kepentingan dan tujuan yang tidak sama. Untuk mengantisipasi hal ini, peneliti berusaha menerapkan tugas sebagai *leader* untuk mengakomodasi setiap keinginan anggota, sehingga diupayakan masing-masing anggota tidak ada yang merasa dirugikan. Untuk mengantisipasi jumlah anggota yang cukup besar dalam 1 kelompok (10-12), peneliti mengatur durasi pelaksanaan terapi untuk setiap sesi minimal 75 menit, sehingga diharapkan tujuan per sesi dapat tercapai. Sedangkan untuk mengantisipasi *drop out*, peneliti telah menerapkan prinsip etik *self determination*.

Waktu pelaksanaan penelitian yang bersamaan dengan pelaksanaan Ujian Sekolah (SD, SMP, dan SMA) menyebabkan pelaksanaan terapi kelompok suportif dalam penelitian ini hanya dilakukan sebanyak 5 x untuk 4 sesi,

dimana pengulangan sesi hanya dilakukan untuk sesi 2 saja. Peneliti berpendapat bahwa pengulangan sesi, sebaiknya dilakukan untuk tiap sesi. Akan tetapi, untuk mengantisipasi lemahnya frekuensi pelaksanaan terapi, peneliti berusaha mengefektifkan durasi waktu yang disepakati pada tiap sesi dan memberikan pekerjaan rumah untuk setiap anggota kelompok. Selain itu, peneliti memberi jarak masing-masing sesi minimal 2 hari, dengan harapan setiap anggota kelompok mampu menginternalisasi capaian yang harus didapatkan untuk tiap sesinya pada kehidupan nyata.

Proses pengambilan data dalam penelitian ini, yang berupa pengambilan data *pre test* dan *post test*, sebagian besar dilakukan oleh peneliti sendiri dengan hanya menggunakan sedikit bantuan dari pihak sekolah sebagai numerator. Hal ini dapat menjadi *bias*, karena penelitalah yang berperan sebagai terapis dalam penelitian ini. Seharusnya, peneliti menggunakan bantuan orang lain (numerator) dalam semua proses pengambilan data, dengan didahului adanya persamaan persepsi antara peneliti dengan numerator, terkait dengan isi dari instrumen. Untuk mengantisipasi hal tersebut, selama proses pengambilan data, peneliti memberikan penjelasan bahwa apa yang diisikan dalam instrumen harus sesuai dengan keadaan responden yang sebenarnya. Selain itu, peneliti berusaha menerapkan prinsip etika *anonymity, privacy, and confidentiality* selama proses pengambilan data.

6.5 **Implikasi penelitian**

Hasil penelitian ini menunjukkan pengaruh terapi kelompok suportif terhadap beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa karakteristik keluarga dan anak pada kelompok intervensi: usia, penghasilan, jenis kelamin, pendidikan, hubungan keluarga, usia anak, dan tingkat tunagrahita bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi beban dan tingkat ansietas keluarga.

6.5.1 Pelayanan keperawatan jiwa di SLB-C

SLB C sebagai bentuk tatanan komunitas formal, selama ini belum banyak tersentuh oleh pelayanan keperawatan kesehatan jiwa, khususnya dengan masih minimnya program terapi bagi keluarga yang memiliki anak tunagrahita. Keperawatan jiwa dapat berkiprah dalam program kesehatan jiwa di SLB C melalui kerja sama yang dibangun dengan Direktorat Pendidikan Luar Biasa di bawah Departemen Pendidikan Nasional, untuk menggagas pembentukan *parent support group* sebagai kelompok suportif pada setiap SLB C di Indonesia, dengan melibatkan peran perawat jiwa sebagai seorang terapis.

6.5.2 Keilmuan dan pendidikan keperawatan

Hasil penelitian yang diperoleh dapat digunakan sebagai bahan kajian untuk menambah wawasan keilmuan bagi perawat, khususnya mata ajar keperawatan jiwa tentang terapi kelompok suportif. Modul terapi, lembar evaluasi keluarga, dan lembar dokumentasi perawat dapat dikembangkan sebagai bentuk acuan baku untuk setiap pemberian terapi suportif pada keluarga yang memiliki anak tunagrahita. Selain itu, terapi suportif perlu untuk dimasukkan dalam kurikulum standar terapi spesialis pada setiap tatanan keilmuan keperawatan di Indonesia yang membuka Program Magister Keperawatan.

6.5.3 Kepentingan penelitian

Penelitian ini menghasilkan sejumlah data yang dapat dijadikan rujukan dalam mengembangkan penelitian lanjut dengan desain yang berbeda baik secara kuantitatif maupun kualitatif mengenai pengaruh terapi kelompok suportif terhadap beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Sehingga, hasil penelitian ini dapat menjadi *evidence based* untuk dilakukannya penelitian pada aspek peran keluarga yang lain atau dengan menggunakan variabel dan terapi yang berbeda.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Simpulan terhadap hasil penelitian pengaruh terapi kelompok suportif terhadap beban dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita adalah sebagai berikut:

- 7.1.1 Karakteristik keluarga dalam penelitian ini menunjukkan bahwa rerata keluarga berusia 41,42 tahun, penghasilan di atas UMR, mayoritas keluarga memiliki hubungan sebagai orang tua, mayoritas berjenis kelamin perempuan, dan sebagian besar pendidikan terakhir SMA/ sederajat. Karakteristik anak tunagrahita pada penelitian ini menunjukkan bahwa rerata usia anak 12,11 tahun, dan sebagian besar dengan tingkat tunagrahita ringan
- 7.1.2 Tidak terdapat perbedaan beban keluarga sebelum pelaksanaan terapi kelompok suportif, antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol
- 7.1.3 Terdapat perbedaan beban keluarga pada kelompok intervensi sebelum dan setelah pelaksanaan terapi kelompok suportif
- 7.1.4 Tidak terdapat perbedaan beban keluarga pada kelompok kontrol sebelum dan setelah pelaksanaan terapi kelompok suportif
- 7.1.5 Terdapat perbedaan beban keluarga setelah pelaksanaan terapi kelompok suportif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol
- 7.1.6 Terdapat perbedaan tingkat ansietas keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan setelah mendapatkan terapi kelompok suportif
- 7.1.7 Terdapat perbedaan tingkat ansietas keluarga setelah pelaksanaan terapi kelompok suportif, antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol
- 7.1.8 Tidak terdapat hubungan karakteristik keluarga (usia, penghasilan, jenis kelamin, hubungan keluarga, dan pendidikan) dan anak (tingkat tunagrahita) pada kelompok intervensi dan kontrol terhadap beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Tidak terdapat hubungan

karakteristik usia anak dengan beban dalam merawat anak tunagrahita pada kelompok intervensi, dimana hasil yang sebaliknya berlaku pada kelompok kontrol.

- 7.1.9 Tidak terdapat hubungan karakteristik keluarga (usia, penghasilan, jenis kelamin, hubungan keluarga, dan pendidikan) dan anak (usia dan tingkat tunagrahita) pada kelompok intervensi terhadap tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Tidak terdapat hubungan karakteristik keluarga (penghasilan, jenis kelamin, hubungan keluarga, pendidikan) dan anak (usia dan tingkat tunagrahita) pada kelompok kontrol terhadap tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita. Terdapat hubungan karakteristik usia keluarga terhadap tingkat ansietas keluarga pada kelompok kontrol.

7.2 **Saran**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang dilakukan, disarankan:

7.2.1 **Bagi Sekolah Luar Biasa**

- 7.2.1.1 Membentuk *parent support group* pada setiap sekolah luar biasa di Indonesia, sebagai sebuah kelompok suportif yang berfungsi sebagai wadah berkumpulnya keluarga yang memiliki anak tunagrahita, untuk berbagi pengetahuan, pengalaman, dan perasaan dalam mengelola beban dan ansietas selama merawat anak tunagrahita.
- 7.2.1.2 Menggunakan terapi kelompok suportif sebagai sumber dukungan bagi keluarga untuk mengelola beban dan ansietas selama merawat anak tunagrahita
- 7.2.1.3 Mengusulkan kepada Direktorat Pendidikan Luar Biasa untuk memberikan kebijakan terkait subsidi biaya sekolah bagi anak dengan kebutuhan khusus yang memiliki status sosioekonomi menengah ke bawah.
- 7.2.1.4 Mengusulkan kepada Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan Nasional dan Institusi Kesehatan di wilayah Kabupaten Banyumas untuk menindaklanjuti hasil penelitian ini dengan meneruskan program kegiatan terapi suportif, atau dengan membentuk *self help group*.

7.2.1.5 Mengusulkan untuk diselenggarakan pelatihan *parenting/caregiver* terkait dengan tugas kesehatan keluarga

7.2.2 Aplikasi Keperawatan

7.2.2.1 Menggunakan terapi relaksasi nafas dalam dan hipnotik lima jari sebagai intervensi untuk menurunkan tingkat ansietas keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus

7.2.2.2 Menggunakan terapi kelompok suportif sebagai terapi lanjutan untuk mengoptimalkan penurunan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita

7.2.2.3 Menggunakan modifikasi terapi generalis (relaksasi nafas dalam, hipnotik lima jari, *guided imaginary*, *aromatherapy*, dan pendidikan kesehatan) dan terapi spesialis (psikoedukasi keluarga, relaksasi progresif, penghentian pikiran, terapi kognitif, terapi suportif, dan logoterapi) untuk menurunkan beban dan tingkat ansietas keluarga

7.2.2.4 Mengusulkan diadakannya pelatihan *soft skill* empati sebagai media peningkatan teknik komunikasi empati bagi perawat jiwa, sebelum terjun langsung ke dalam tatanan penelitian yang melibatkan keluarga dengan anak berkebutuhan khusus

7.2.3 Bagi Peneliti Lain

7.2.3.1 Mengembangkan penelitian menggunakan kombinasi desain kuantitatif dan kualitatif untuk memperoleh fenomena psikologis keluarga yang memiliki anak tunagrahita dengan lebih komprehensif

7.2.3.2 Mengembangkan penelitian mengenai pengaruh terapi kelompok suportif pada keluarga yang memiliki anak tunagrahita, dengan mempertimbangkan proporsi yang merata untuk variabel jenis kelamin, pendidikan, hubungan keluarga, dan tingkat tunagrahita

7.2.3.3 Mengembangkan penelitian sejenis dengan menggunakan rentang waktu pelaksanaan yang lebih panjang, dimana masing-masing sesi membutuhkan waktu pengulangan minimal satu kali

- 7.2.3.4 Mengembangkan penelitian mengenai pengaruh terapi kelompok suportif terhadap penurunan beban keluarga dengan menggunakan desain penelitian longitudinal
- 7.2.3.5 Mengembangkan penelitian mengenai pengaruh terapi kelompok suportif dengan menggunakan variabel *confounding* usia keluarga dan usia anak
- 7.2.3.6 Mengembangkan penelitian tentang pengaruh terapi kelompok suportif terhadap beban dan ansietas keluarga dengan menggunakan variabel *confounding* yang lain, seperti status perkawinan, pekerjaan, suku, keyakinan agama, dan diagnosa tambahan pada anak tunagrahita (misal: *down syndrome, cerebral palsy, autism, ADHD, dsb*)



DAFTAR REFERENSI

- _____, (2008). *Distribusi tunagrahita di wilayah eks Karesidenan Banyumas tahun 2008*. Purwokerto: BAKOR PLB
- Allen, Lowe, Moore & Brophy. (2007, Juni). Predictors, costs and characteristics of out of area placement for people with intellectual disability and challenging behavior. *Journal of Intellectual Disability Research*, Volume 51, Part 6, 409-416
- Andren & Elmstahl. (2006, Desember). Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: development and effect after 6 and 12 months, *Journal Compilation, Scand J Caring Sci*, 22; 98-109
- Appelbaum, A.H. (2005). *Supportive therapy*. Februari 27, 2011. <http://www.focus.psychiatryonline.org/cgi>
- Arikunto, S. (2009). *Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktik. edisi revisi VIII*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bailon, S. G & Maglaya, A. S. (1998). *Family health nursing*, Quezon City.
- Banowati, L. (1989). *Psikoterapi suportif sebagai teknik untuk menurunkan derajat depresi dan ansietas serta meningkatkan semangat hidup pasien hemiparase*. Tesis-FPsi UI. Tidak dipublikasikan
- Bedell, J.R., dkk. (1997). *Current approaches to assessment and treatment of person with serious mental illness*. Februari 27, 2011 <http://www.psychosocial.com/research/current.html>.
- Bikl, A.J & Leader, M.H. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in general population results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 33(1). 587-595
- Boyd, M.A & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric nursing contemporary practice*, Philadelphia: Lippincott
- Bradley, dkk., (2006, April). Multiple-family group treatment for english-and vietnamese-speaking families living with schizophrenia. *Psychiatric Services*, Vol. 57 No. 4:521-530
- Chaplin, J.P. (2002). *Kamus lengkap psikologi. Cet.ke-8*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.

- Chien, Chan & Norman. (2008, Juni). Evaluation of a peer-led mutual support group for Chinese families of people with schizophrenia. *Am J Community Psychol* 42:122–134
- Chien, W.T & Wong, K.F. (2007, Maret). A family psychoeducation group program for chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatric Services. Arlington*. Januari 2, 2011. www.proquest.com.pqdauto.
- Chien, W.T., Chan, S.W.C & Thompson, D.R. (2006). *Effects of a mutual support group for families of chinese people with schizophrenia: 18-Months follow-up*. Januari 2, 2011. <http://bjp.rcpsych.org>
- Copel, L.C. (2007). *Psychiatric and mental health nursing care: nurse`s clinical guide*. (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Crits-christoph, Azarian & Shappell. (1996). An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy*, volume 33 number 3
- CMHN, (2006). *Modul basic course community mental health nursing*. Jakarta: WHO FIK UI
- Cook, Heller & Pickett-Schenk. (1999, Oktober). The effect of support group participation on caregiver burden among parents of adult offspring with severe mental illness. *Family Relations*, Vol. 48, No. 4, 405-410. Juni 1, 2011. <http://www.jstor.org/stable/585248> .Accessed: 01/06/2011 01:54
- Depkes RI. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia
- Depkes RI. (2009). Kesehatan jiwa sebagai prioritas global. Januari 10, 2011. <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/394-kesehatan-jiwa-sebagai-prioritas-global.html>
- Direktorat Pendidikan Luar Biasa. (2001). *Kebijakan dan pengembangan program pendidikan luar biasa*. Direktorat Jendral Pendidikan Dasar dan Menengah, Departemen Pendidikan Nasional
- Durand & Barlow. (2006). *Essentials of abnormal psychology, fourth edition*. New York: Library of Congress
- Edelman, Craig & Kidman. (2000). Group interventions with cancer patients: Efficacy of psychoeducational versus supportive groups. *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol. 18(3) by The Haworth Press, Inc. 67-85

- Emerson. (2003, Mei/Juni). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties, *Journal of Intellectual Disability*, Volume 47, part 4/5, 385-399
- Fiandini, S.P. (2011). *Pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat kecemasan pasien pre-operasidi ruang bedah RSD dr.Soebandi Jember*. Skripsi PSIK-UNEJ. Tidak dipublikasikan
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental health nursing*. New Jersey: Pearson Education. Inc
- Friedman, (2010). *Keperawatan keluarga teori dan praktek*. (Edisi 5). Jakarta: EGC
- Gabel, S.L, (2005). *Disability studies in education readings theory and method*, Vienna: Oxford Lang.
- Gulseren, dkk., (2010, Februari). The Perceived Burden of Care and its Correlates in Schizophrenia. *Turkish Journal of Psychiatry*, 1-8
- Gunarsa,S. (2006). *Dari anak sampai usia lanjut*. Jakarta: PT. Gunung mulia
- Hamid, A.Y.S. (2007). *Riset keperawatan: Konsep, etika & instrumentasi*. Jakarta: EGC.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Tidak dipublikasikan. Depok: FKM-UI
- Hallahan, D.P & Kauffman, J.M. (2006), *Exceptional learners: an introduction to special education* (10th ed.). Boston: Pearson
- Harahap, S.T. (2005). *Gambaran hubungan orang tua-guru dalam layanan pendidikan luar biasa bagi anak-anak sindrom down*. FPsi-UI. Tesis. Tidak dipublikasikan
- 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
- Hassall, Rose & McDonald. (2005, Juni). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*, volume 49, part 6, p: 405-418
- Hawari, D. (2001). *Manajemen stress, cemas dan depresi*. FKUI. Jakarta :Gaya Baru.

- Hernawaty, T. (2009). *Pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di kelurahan Sindang Barang Bogor Tahun 2008*. FIK-UI. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Hudson, Reece, Cameron & Matthews. (2009, Juni). Effects of child characteristics on the outcomes of a parent support program*. *Journal of Intellectual dan Developmental Disability*, 34(2): 123–132
- Hunt. (2004). *A Resource kit for self help/ support groups for people affected by an eating disorder*. Februari 12, 2011. <http://www.medhelp.org/njgroups/VolunteerGuide.pdf>
- Hurlock, E.B. (1998). *Psikologi perkembangan, suatu rentang kehidupan* (terjemahan : Istiwidayanti dan Soedjarwo). (Edisi 5). Jakarta: Erlangga.
- Irma. (2011), Februari 14. Personal Interview
- Isaacs, A. (2005). *Panduan belajar keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatrik*. (Edisi 3). Jakarta: EGC
- Jevnikar. (2007, Desember). Ways of coping of parents with a child with mental retardation. A dissertation. UMI number 3314550, copyright 2008 by proquest LLC
- Kopelowicz, dkk.,(2003). *Psychosocial treatment for schizophrenia*. New York: Oxford University
- Kubler-Ross. (2005). *On grief and grieving*. New York: Scribner
- Lawrence. (2010, September 22). Support group aims to ease burden of caregivers to alzheimer's patients. *US Fed News Service, Including US State News*. Washington, D.C. April 12, 2011. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=2146504161&sid=2&Fmt=3&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>
- Lemeshow, S., Hosmer, D.W., Klar, J & Lwanga, S.K. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Edisi Bahasa Indonesia. Alih bahasa: Dibyo Pramono dan Hari Kusananto. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Lutfu & Maliya. (2008, Desember). Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien dalam tindakan kemoterapi di rumah sakit dr.moewardi Surakarta. *Berita Ilmu Keperawatan*, Vol. 1 No. 4 ,Desember 2008, 187-192
- Magliano, Fiorillo, Malangone, De Rosa & Maj, (2006, Desember). Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57:1784–1791

- Maramis, W.F. (2005). *Catatan ilmu kedokteran jiwa*. Cetakan 9. Surabaya: Airlangga University Press.
- Maslim, R. (2001). *Diagnosis gangguan jiwa*. PPDGJ III. Jakarta: FK Unika Atmajaya.
- Maes, Broekman, Dosen & Nauts. (2003, September). Caregiving burden of families looking after persons with intellectual disability and behavioural or psychiatric problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, volume 47, part 6, p 447-455
- Mason, J. (2007, Maret). The provision of psychological therapy to people with intellectual disabilities: an investigation into some of the relevant factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, Volume 51, Part 3, 244-249
- McCallion, Janicki & Grant-Grifrin. (1997). Exploring the impact of culture and acculturation on older families caregiving for persons with developmental disabilities. *Family Relations*, vol 46, No 4, 347-357
- McCloskey, J.C, dkk.,(2007). *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. Second edition. St.Louis: Mosby
- McDowell, Ian. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires, third edition*. New York: Oxford University Press
- McIntyre, Blacher & Baker. (2002, Maret). Behaviour/mental health problems in young adults with intellectual disability: The impact on families. *Journal of Intellectual Disability Research*, volume 46 part 3, 239-249
- Mohr.W.K. (2006). *Psychiatric mental health nursing* (6th ed). Philadelphia: Lippincott Williams dan Wilkins
- Mu`afiro, Adin. (2004). *Pengaruh hipnosis lima jari terhadap penurunan kecemasan pasien kanker leher rahim di ruang kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. FK-UGM. Tesis. Tidak dipublikasikan
- Nachshen, Woodford & Minnes. (2003, Mei/Juni). The family stress and coping interview for families of individuals with developmental disabilities: a lifespan perspective on family adjustment. *Journal of Intellectual Disability Research*, Volume 47, Part 4/5, 285-290
- Lestari, N. (2011). April 5. Personal interview
- Notoatmojo, S., (2007). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- NANDA. (2009). *Nursing diagnoses: definitions dan clasification 2008-2009*. Philadelphia. USA: NANDA International

- O'Brien. (2003, September/Oktober). The classification of problem behaviour in diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD). *Journal of Intellectual Disability Research*, volume 47, supplement I, 32-37
- Oyebode, J. (2003). Assessment of carers' psychological needs. *Advances in psychiatric treatment*, 9, 45-53, Januari 20, 2011. apt.rcpsych.org/cgi/reprint/9/1/45.pdf
- Penn, D.L., dkk. (2004). Supportive therapy for schizophrenia: possible mechanisms and implications for adjunctive psychosocial treatments. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 30, No. 1, 200, 101-112
- Perkins & Haley. (2010). Compound caregiving: When lifelong caregivers undertake additional caregiving roles. *Rehabilitation Psychology*, Vol. 55, No. 4, 409-417
- Polit, D.F & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (6th ed). Philadelphia: Lippincot Williams & Walkins
- Rasmun. (2001). *Keperawatan kesehatan mental psikiatri terintegrasi dengan keluarga: Konsep, teori, asuhan keperawatan dan analisa proses interaksi (API)*. Jakarta: CV Sagung Seto
- Rawlin, R.P., Williams & Beck. (1993). *Mental health – psychiatric nursing a holistic life – cycle approach*. St. Louis : Mosby Year Book
- Resch, Mireles, Benz, Grenwelge, Peterson & Zhang. (2010, Maret). Giving parents a voice: A qualitative study of the challenges experienced by parents of children with disabilities. *American Psychological Association Journals*. Vol. 55, No. 2, 139-150
- Rohman & Faujizah. (2008, Juni). Rancang bangun aplikasi sistem pakar untuk menentukan jenis gangguan perkembangan pada anak. *Media Informatika*, Vol. 6, No. 1, 1-23
- Rood & Callahan. (2004). *Caregiver burden assessment*. Erie County Departement of Senior Services Caregiver Resource Center
- Saddock, B.J & Saddock, V.A. (2007). *Kaplan and saddock's synopsis of psychiatry: Behavioral science/clinical psychiatry*. (10th ed.) Lippincott: William dan Wilkins
- Sastroasmoro, S & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ketiga. Jakarta: CV. Sagung Seto.

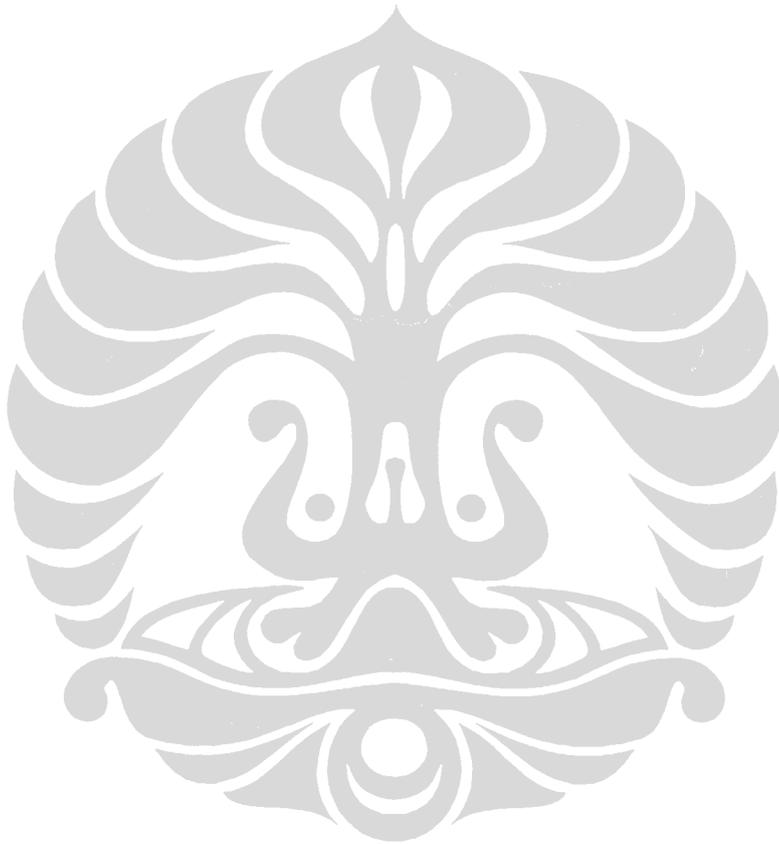
- Schalock, Luckasson & Shogren, (2007). "Perspectives: The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability," *Intellectual and Developmental Disabilities*. 45:2 (2007): 116-124. Januari 20, 2011. http://www.aamr.org/content_104.cfm
- Sembiring. S.A. (2002). *Penataan lingkungan sosial bagi penderita dimensia dan RTA (retardasi mental)*. Februari 12, 2011. <http://library.usu.ac.id/download/fisip/Dimensia/pdf>.
- Sethi, Bhargava & Dhiman. (2007). Study of level of stress and burden in the caregivers of children with mental retardation. *Eastern Journal of Medicine*, 12, 21-24
- Shechtman & Katz. (2007, Agustus). Therapeutic bonding in group as an explanatory variable of progress in the social competence of students with learning disabilities university of haifa, Israel. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, American Psychological Association*, Vol.11, No.2, 117-128
- Stuart, Gail W. (2007). *Buku saku keperawatan jiwa*. Jakarta : EGC
- Stuart, G.W & Laraia, M.T. (2008). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (8th ed.). St. Louis: Mosby Year B
- Stuart, G.W & Sundeen. (2007). *Principles and practice of psychiatric nursing*. St Louis Missouri: Mosby year book
- Sugiyono. (2006). *Statistika untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Suliswati, Payapo, Maruhawa, Sianturi & Sumijatun. (2005). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: EGC
- Supriyana, D.S. (2010). *Hubungan sembilan fungsi keluarga dengan peningkatan derajat kesehatan keluarga di Kabupaten Karanganyar*. Tesis-program pasca sarjana uns. Tidak dipublikasikan
- Surya, M. (2004). *Psikologi pembelajaran dan pengajaran*. Bandung: Pusaka Banyu Quraisy
- Susanandari, D.A. (2009). *Gambaran penyesuaian diri ibu dan perkembangan kemampuan anak tunagranda-netra*. Skripsi-FPsi UI. Tidak dipublikasikan
- Sutini, Titin. (2009). *Pengaruh terapi self-help group terhadap coping keluarga dengan anak retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang*. Tesis-FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Tallis, Fr. (1995). *Mengatasi rasa cemas (Ahli Bahasa Meitasari Tjandrasa)*. Jakarta: Arcan

- Tarwoto & Wartonah. (2010). *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Edisi pertama. Jakarta: Salemba Medika
- Tim Bentang Pustaka. (2010). *Kamus saku Bahasa Indonesia*. Yogyakarta: PT Bentang Pustaka
- Townsend, C.M. (2008). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. (4th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Trismiati. (2004, Juli). Perbedaan tingkat kecemasan antara pria dan wanita akseptor kontrasepsi mantap di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. *Jurnal PSYCHE*, Vol. 1 No. 1
- Tsai & Wang. (2009). The relationship between caregiver's strain and social support among mothers with intellectually disabled children. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 539-548
- Valentine, McDermott & Anderson. (1998, November/Desember). Mothers of adults with mental retardation: is race a factor in perceptions of burden and gratifications? *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 79 (6), 577-584
- Varcarolis, E.M. (2006). *Psychiatric nursing clinical guide: Assesment tools and diagnosis*. Philadelphia: W.B Saunders Co
- Videbeck, S.L. (2007). *Psychiatric mental health nursing*. (4rd Ed). Philadelphia: Lippincott Williams dan Wilkins.
- Wahyuandre. (2009, Desember 22). *Anak dengan tunagrahita perlu pendekatan khusus*. Januari 26. <http://wahyuandre.wordpress.com/2009/12/22/anak-dengan-tunagrahita-perlu-pendekatan-khusus/>
- Wardaningsih, Santi. (2007). *Pengaruh family psychoeducation terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta*. Tesis-FIK UI. Tidak dipublikasikan
- WHO. (2008). *Mental health*. Mei 4. www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf
- Wibowo, S.A. (2006). *Pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan penderita Diabetes Mellitus (DM) tentang perawatan mandiri di rumah*. Skripsi-UMM. Tidak dipublikasikan
- Widyanti. (2009). *Gambaran kebahagiaan dan karakteristik positif pada wanita dewasa madya yang menjadi caregiver informal penderita schizoprenia*. Skripsi-FPsi UI. Tidak dipublikasikan

Widyastuti,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

Wong, L.D,dkk. (2009). *Pedoman klinis keperawatan pediatrik*. (Edisi 5). Jakarta: EGC

Zelalem, F. (2002). *The attitudes of parents towards their blind children: a case study in Bahir Dar Town*. Addis Ababa University School of Graduates Study



LAMPIRAN 1

**RENCANA JADUAL KEGIATAN PENELITIAN DALAM MINGGU
SEMESTER GENAP 2010 – 2011**

	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
1. Penyelesaian Bab I s.d Bab III																						
2. Ujian Proposal																						
3. Pengumpulan Data																						
4. Analisis dan penafsiran data																						
5. Penulisan laporan																						
6. Ujian hasil penelitian																						
7. Sidang Tesis																						
8. Perbaiki Tesis (jika diperlukan)																						
9. Jilid hard cover (pengumpulan laporan)																						

Erti Ikhtiarini Dewi

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Saya yang menyatakan di bawah ini :

Nama : Erti Ikhtiarini Dewi

No yang dapat dihubungi : 08179416967/0281-631885

Adalah mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian dengan tema:

”Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita”.

Adapun hasil penelitian ini nantinya akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan kesehatan jiwa.

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

Demikian penjelasan singkat mengenai penelitian yang akan saya lakukan. Akhir kata peneliti ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas kesediaan saudara menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Hormat saya,

Erti Ikhtiarini Dewi

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan mengenai penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan pada peneliti, saya mengerti dan memahami manfaat dan tujuan penelitian yang akan dilakukan ini.

Saya meyakini bahwa peneliti menghargai serta menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden dan penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas kesehatan jiwa di masyarakat, khususnya di tempat saya tinggal.

Dengan ini, saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Banyumas,2011
responden,

.....
nama jelas

INSTRUMEN A: DATA SOSIO DEMOGRAFI

Nomor responden :(diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian:

1. Isi dengan lengkap
2. Untuk data yang harus dipilih, beri tanda cek list (√) pada kotak yang tersedia dan atau isi sesuai jawaban

A. SOSIO DEMOGRAFI KELUARGA

1. Usia : tahun (ulang tahun terakhir)
2. Hubungan dengan anak
 Orang tua bukan orang tua
3. Pendidikan terakhir
 SD/tidak tamat SD SMP SMU Diploma/Perguruan Tinggi
4. Status pekerjaan terakhir
 IRT Buruh PNS Swasta Wiraswasta Pelajar
5. Penghasilan Keluarga : (dalam rupiah)

B. SOSIODEMOGRAFI ANAK

1. Usia : tahun (ulang tahun terakhir)
3. Tingkat tunagrahita
 tunagrahita ringan tunagrahita sedang tunagrahita berat



UNIVERSITAS INDONESIA

KUESIONER PENELITIAN

**Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Beban dan Tingkat
Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita
di Sekolah Luar Biasa (SLB) Kabupaten Banyumas**

**KUESIONER A: Karakteristik Demografi Keluarga
KUESIONER B: Ansietas Keluarga
KUESIONER C: Beban Keluarga**

**PENELITI:
ERTI IKHTIARINI DEWI
0906573761**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
MEI 2011**

KUESIONER B: BEBAN KELUARGA DALAM MERAWAT ANAK TUNAGRAHITA

Pilihlah jawaban dengan memberi tanda **chek list** (✓) pada jawaban pernyataan yang sesuai dengan kondisi Anda dalam satu minggu terakhir:

TIDAK PERNAH : tidak pernah terjadi
JARANG : terjadi hanya 1 – 2 hari dalam seminggu
KADANG-KADANG : terjadi hanya 3 – 4 hari dalam seminggu
SERING : terjadi 5 – 6 hari dalam seminggu
SELALU : setiap hari terjadi

No	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1.	Karena mengasuh anak, saya tidak memiliki waktu untuk mengurus diri saya sendiri					
2.	Saya menghabiskan uang untuk biaya hidup anak saya					
3.	Saya bingung bagaimana cara mengasuh anak yang disekolahkan di SLB					
4.	Saya bekerja keras untuk mengasuh anak Saya					
5.	Saya merasa terbebani ketika mengasuh anak yang disekolahkan di SLB					
6.	Anak saya membutuhkan bantuan dari diri Saya sepanjang waktu					
7.	Saya takut dengan masa depan anak saya					
8.	Saya takut bahwa saya tidak akan memiliki cukup uang dalam mengasuh anak Saya					
9.	Saya takut tidak akan dapat meneruskan pengasuhan terhadap anak saya					
10.	Anak saya bergantung pada pertolonganku dalam menyelesaikan kebutuhan hariannya (misal makan, mandi, berpakaian, dll)					
11.	Saya merasa tegang karena tinggal serumah dengan anak Saya					

No	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
12.	Saya marah terhadap anak Saya (yang disekolahkan di SLB)					
13.	Saya malu karena memiliki anak yang bersekolah di SLB					
14.	Saya merasa nyaman memiliki banyak teman					
15.	Saya mengikuti kegiatan sosial masyarakat (misal: arisan, pengajian, kerja bakti, dll) walaupun memiliki anak berkebutuhan khusus					
16.	Mengasuh anak berkebutuhan khusus menyebabkan saya sakit					
17.	Saya sibuk merawat anak Saya, sehingga banyak mengorbankan waktu pribadi Saya					
18.	Saya stres ketika mengasuh anak tunagrahita/berkebutuhan khusus					
19.	Terdapat cukup waktu luang bagi Saya untuk berekreasi					
20.	Terdapat beberapa permintaan yang tidak masuk akal dari anak Saya					
21.	Saya senang berlibur					
22.	Saya gelisah dan depresi karena memiliki hubungan keluarga dengan anak berkebutuhan khusus					
23.	Saya merasa diuntungkan karena merawat anak					
24.	Saya memiliki cukup waktu untuk bekerja walaupun memiliki anak berkebutuhan khusus					
25.	Saya mendapat beberapa permintaan dari anak saya yang sangat berlebihan					
26.	Saya memiliki cukup waktu untuk bergaul dengan teman-teman					

----- Terimakasih atas perhatiannya -----



UNIVERSITAS INDONESIA

KUESIONER PENELITIAN

**Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Beban
dan Tingkat Kecemasan Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita
di Sekolah Luar Biasa Kabupaten Banyumas**

KUESIONER A: Karakteristik Demografi Keluarga

KUESIONER B: Kecemasan Keluarga

KUESIONER C: Beban Keluarga

Petunjuk Pengisian:

1. Baca dengan seksama semua pernyataan yang ada
2. Pilihlah jawaban yang Anda anggap paling mencerminkan kondisi Anda yang sebenarnya
3. Tidak ada jawaban yang salah atau benar, oleh karena itu semua pernyataan diharapkan dapat diisi dengan jujur
4. Setiap pernyataan hanya berisi satu jawaban
5. Anda tidak perlu terlalu lama menghabiskan waktu pada satu pernyataan saja

Selamat mengerjakan dan terimakasih atas perhatiannya

**PENELITI:
ERTI IKHTIARINI DEWI
No Hp: 08179416967**

DATA SOSIO DEMOGRAFI

Petunjuk:

Bapak/Ibu/Saudara dimohon untuk mengisi kuesioner ini dengan cara mengisi titik-titik atau memberi tanda **check** (√) pada kolom yang telah tersedia.

A. SOSIO DEMOGRAFI KELUARGA

1. Usia : tahun (ulang tahun terakhir)

2. Jenis kelamin :

laki-laki

perempuan

3. Hubungan dengan anak tunagrahita

Orang tua

bukan orang tua

4. Pendidikan terakhir

SD/tidak tamat SD SMP SMU Diploma/Perguruan Tinggi

5. Status pekerjaan terakhir

IRT/tidak bekerja Buruh PNS Swasta Wiraswasta Pelajar

6. Penghasilan Keluarga : (dalam rupiah)

B. SOSIODEMOGRAFI ANAK

1. Usia anak tunagrahita : tahun (ulang tahun terakhir)

1. Tingkat tunagrahita

tunagrahita ringan

tunagrahita sedang

tunagrahita berat

KUESIONER C

Pilihlah jawaban dengan memberi tanda **silang (X)** pada jawaban pernyataan yang sesuai dengan **kondisi Anda sebagai orang tua/keluarga dari anak tunagrahita, akhir-akhir ini**. Nilai 0 : tidak ada gejala sama sekali, 1 : salah satu dari gejala yang ada, 2 : separuh dari gejala yang ada, 3 : lebih dari separuh gejala yang ada, 4 : semua gejala ada. Setiap pernyataan harus dijawab tanpa terkecuali sesuai dengan keadaan anda.

1	Perasaan cemas/khawatir <ul style="list-style-type: none"> • Memiliki firasat buruk • Takut akan pikiran sendiri • Mudah tersinggung 	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
2	Ketegangan <ul style="list-style-type: none"> • Merasa tegang • Mudah lesu • Tidak bisa tidur/beristirahat dengan tenang • Mudah terkejut • Mudah menangis • Gelisah • Badan gemetar 	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3	Ketakutan <ul style="list-style-type: none"> • Takut akan gelap • Takut pada orang yang tidak dikenal • Takut bila ditinggal sendirian • Takut pada binatang besar • Takut pada keramaian lalu lintas • Takut kerumunan orang banyak 	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

4 Gangguan tidur

- Sukar mengawali/memulai tidur
- Sering terbangun pada malam hari
- Tidur tidak nyenyak
- Bangun tidur dengan lesu
- Sering bermimpi
- Mimpi buruk dan menakutkan

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

5 Gangguan kecerdasan

- Mudah lupa
- Sulit untuk berkonsentrasi
- Daya ingat menurun

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

6 Perasaan depresi

- Perasaan depresi/murung
- Hilangnya minat dan kesenangan pada hobi
- Sedih
- Sering terbangun dini hari
- Perasaan berubah-ubah sepanjang hari

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

7 Gejala pada tubuh/somatis

- Sakit dan nyeri pada otot
- Otot kaku
- Otot kedutan/cenut-cenut
- Gigi gemeretak
- Nada suara tidak stabil/kadang naik, kadang turun

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

8 Gejala pada panca indera

- Perasaan seperti ditusuk-tusuk
- Penglihatan kabur
- Muka merah
- Muka pucat
- Tubuh merasa lemas
- Telinga berdengung

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

9 Gejala pada jantung dan pembuluh darah

- Denyut nadi cepat
- Jantung berdebar-debar
- Nyeri/sakit di dada
- Rasa lemas/lesu seperti mau pingsan

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

10 Gejala pernafasan

- Rasa tertekan di dada
- Perasaan tercekik
- Sering menarik nafas panjang
- Nafas pendek/sesak nafas

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

11 Gejala pada pencernaan

- Sulit untuk menelan
- Perut melilit
- Gangguan pencernaan
- Nyeri/sakit sebelum dan sesudah makan
- Perasaan terbakar di perut
- Perut kembung
- Mual
- Muntah
- Diare
- Berat badan turun
- Sukar buang air besar/sembelit

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

12 Gejala perkemihan

- Sering kencing
- Tidak dapat menahan air kencing
- Tidak menstruasi
- Tidak memiliki gairah seksual

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

13 Gejala otonom

- Mulut kering
- Mudah berkeringat
- Muka merah
- Bulu roma berdiri
- Pusing/sakit kepala

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

14 Perilaku

- Sikap gelisah
- Sikap/tingkah laku tidak tenang
- Jari gemetar
- Mengerutkan dahi atau kening
- Muka tegang
- Otot tegang
- Nafas pendek atau cepat
- Muka memerah

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

KATA PENGANTAR

Modul ini merupakan panduan dalam melakukan Terapi Suportif dan digunakan untuk melaksanakan Terapi Suportif pada Kelompok keluarga yang memiliki anak tunagrahita di Kabupaten Banyumas.

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

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

1. Dewi Irawaty, M.A, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Seluruh dosen pengajar program pasca sarjana FIK UI, khususnya dosen kekhususan keperawatan jiwa yang telah membantu selama proses belajar mengajar.
3. Rekan-rekan angkatan V Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa dan semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan dan dukungan selama penyelesaian modul ini.

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

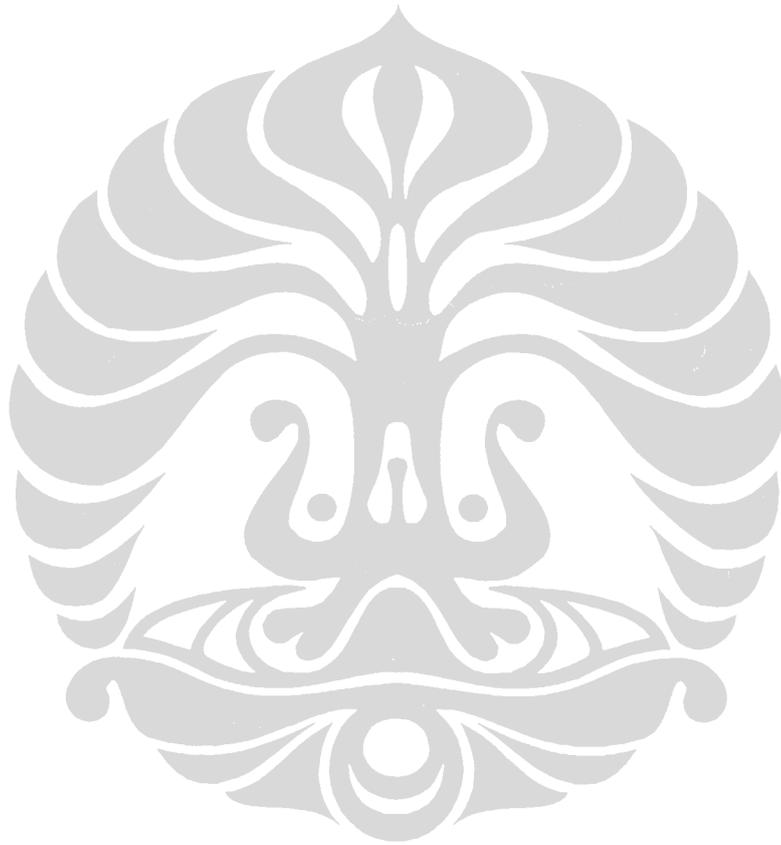
Depok, Juni 2011
penyusun

DAFTAR ISI

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

DAFTAR LAMPIRAN

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





MODUL
TERAPI KELOMPOK SUPORTIF
PADA KELUARGA DENGAN ANAK TUNAGRAHITA

Modifikasi Oleh :

ERTI IKHTIARINI DEWI, S.Kep., Ns
PROF. ACHIR YANI S.HAMID, M.N., D.N.Sc
MUSTIKASARI, S.Kp., MARS

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JUNI 2011

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

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

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

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

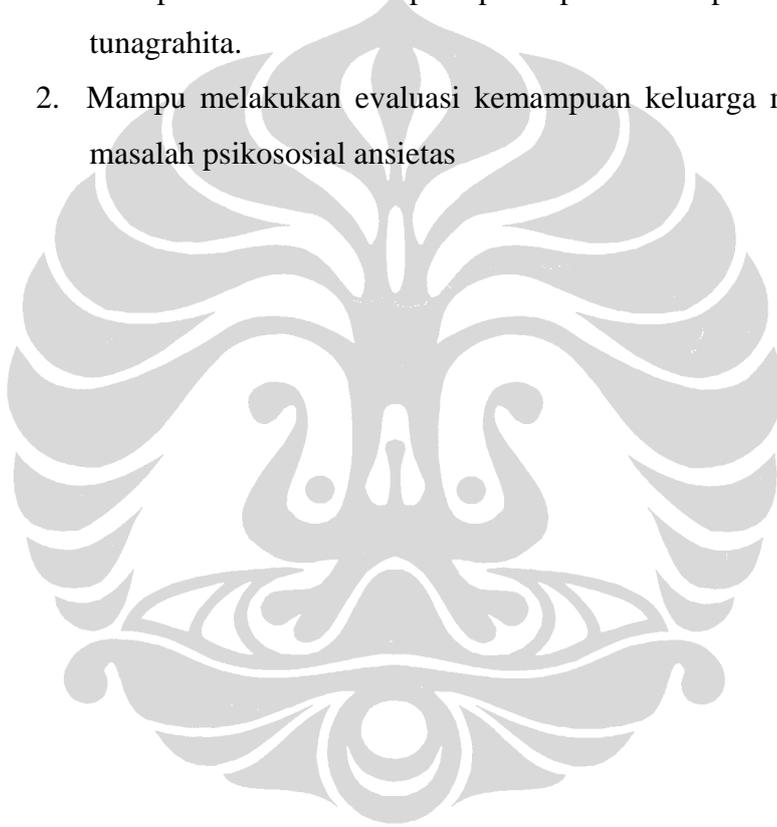
Strategi dasar dalam Terapi Suportif adalah menciptakan suasana yang aman, dimana anggota dapat bekerja bersama terapis untuk mengatasi rintangan baik dari dalam maupun dari luar yang hadir dalam mencapai tujuannya (Appelbaum, 2005). Pemberiannya terapi suportif dapat dilakukan satu atau dua kali dalam seminggu dengan durasi 50 menit setiap sesinya (Rockland,

1989), namun menurut Holmes (1995), di Inggris pelaksanaannya dapat kurang dari satu minggu yakni bisa empat hari sekali, sebulan sekali, atau bahkan dua bulan sekali dengan durasi 20-50 menit untuk setiap sesinya. Jadi pemberian Terapi Suportif dapat diberikan dengan mempertimbangkan waktu serta kondisi anggota yang akan menerimanya.

B. Tujuan

Setelah mempelajari modul ini diharapkan perawat:

1. Mampu melakukan Terapi Suportif pada kelompok keluarga dengan anak tunagrahita.
2. Mampu melakukan evaluasi kemampuan keluarga mengelola beban dan masalah psikososial ansietas



BAB II

PEDOMAN PELAKSANAAN TERAPI KELOMPOK SUPORTIF PADA KELUARGA DENGAN ANAK TUNAGRAHITA

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

A. Pengertian

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

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

Pengertian Terapi kelompok suportif pada keluarga dengan anak tunagrahita adalah terapi yang diberikan pada sekumpulan dua orang atau lebih keluarga dalam hal ini orang tua yang memiliki anggota dengan tunagrahita melalui cara mengklarifikasi permasalahan yang dihadapi keluarga sehingga keluarga mampu memanfaatkan *support system* yang dimilikinya dan mengekspresikan pikiran serta perasaannya, mampu menggunakan strategi koping yang adaptif melalui ekspresi verbal dan perilaku sehingga pada akhirnya mampu mendemonstrasikan kemampuan keluarga dalam mengelola beban dan ansietas.

B. Tujuan Terapi Kelompok Suportif

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

C. Prinsip Terapi kelompok suportif

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

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

D. Karakteristik Terapi Kelompok Suportif

1. Kelompok kecil berjumlah 10-12 orang
2. Anggota homogen
3. Anggota berpartisipasi penuh dan mempunyai otonomi

4. Kepemimpinan kolektif
5. Keanggotaan sukarela dan non politik
6. Anggota saling membantu dan dapat melakukan pertemuan di luar sesi.

E. Aturan dalam Terapi Kelompok Suportif

Aturan dalam pemberian Terapi Kelompok Suportif meliputi:

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

9. Berperilaku jujur kepada kelompok dengan selalu menceritakan setiap perkembangan yang terjadi pada keluarga dan melihat bagaimana respon keluarga saat diberitahukan tentang kondisinya.

F. Keanggotaan Terapi Kelompok Suportif

Syarat yang harus dipenuhi dalam melibatkan keluarga meliputi:

1. Keluarga dalam hal ini orang tua yang memiliki anggota keluarga dengan anak tunagrahita dan tinggal serumah.
2. Berusia 18-55 tahun
3. Bersedia untuk berpartisipasi penuh selama mengikuti terapi.
4. Dapat membaca dan menulis.

G. Pengorganisasian Terapi Kelompok Suportif

1. Leader terapi kelompok suportif

Terapi dipimpin oleh terapis dengan tugasnya yang meliputi:

- a. Memimpin jalannya diskusi.
- b. Menentukan lama pertemuan (75-90 menit).
- c. Menciptakan dan mempertahankan suasana yang bersahabat agar keluarga dapat kooperatif, produktif, dan berpartisipasi.
- d. Memilih topik pertemuan sesuai dengan daftar masalah bersama dengan keluarga..
- e. Membimbing diskusi, menstimulasi keluarga, dan mencegah monopoli saat diskusi.
- f. Memberikan kesempatan keluarga untuk mengungkapkan apa yang diketahuinya mengenai tunagrahita dan respon keluarga..
- g. Memberikan kesempatan keluarga untuk mengekspresikan masalahnya.
- h. Memberikan motivasi keluarga untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi.
- i. Memahami opini yang diberikan keluarga.
- j. Memberikan umpan balik positif kepada keluarga.

- k. Memberikan penjelasan dan masukan mengenai kemampuan mengelola beban dan ansietas yang belum diketahui/belum dipahami oleh keluarga
- l. Mendemonstrasikan manajemen beban dan ansietas.

2. Anggota kelompok Terapi Kelompok Suportif

Tugas keluarga sebagai anggota kelompok meliputi:

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

H. Waktu pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif

Waktu pelaksanaan terapi sesuai dengan kesepakatan kelompok. Pertemuan dilaksanakan seminggu sekali, seminggu dua kali atau dua minggu sekali disesuaikan dengan kebutuhan keluarga dengan alokasi waktu selama kegiatan 75 – 90 menit..

I. Tempat pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif

Tempat pelaksanaan terapi ini menggunakan *setting* komunitas, yaitu Sekolah Luar Biasa.

J. Pelaksanaan Terapi Kelompok Suportif

Pada penelitian ini, Terapi kelompok suportif dilaksanakan dalam 4 (empat) sesi, yakni: sesi pertama mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sistem pendukung yang ada, sesi kedua menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, sesi ketiga menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, dan sesi keempat mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber.

Keempat sesi pada terapi kelompok suportif merupakan pengembangan dari berbagai aktifitas *Support System Enhancement* yang dijelaskan oleh

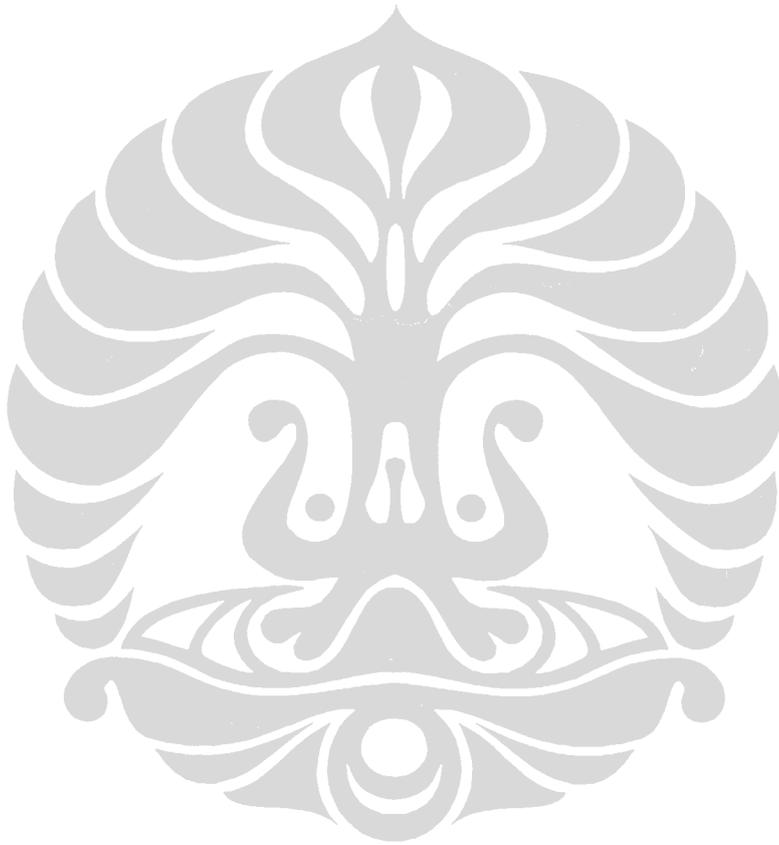
McCloskey dan Bulechek (1996, dalam Stuart Laraia, 1998) dan *mutual support group* bagi keluarga menurut Chien, Chan, dan Thompson (2006).

Berbagai aktifitas di dalam *Support System Enhancement*, meliputi:

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

Dengan demikian, dalam terapi kelompok suportif ini, sesi merupakan cakupan dari tahapan aktifitas: 1, 2, 3, 4, 5, dan 6, sesi dua merupakan cakupan dari aktifitas: 7, 8, dan 9, sesi ketiga merupakan cakupan dari aktifitas: 10, 11, dan 12 sedangkan sesi keempat merupakan cakupan dari aktifitas: 13, 14 dan 15. Sedangkan 5 tahap di dalam pengembangan *mutual*

support group meliputi: perjanjian, penyampaian kebutuhan psikologis, pemberian kebutuhan psikologis bagi orangtua dan keluarga, penggunaan peran baru dan tantangannya, serta terminasi.



BAB III

IMPLEMENTASI TERAPI KELOMPOK SUPORTIF

Sesi I: Mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sistem pendukung yang ada

1. Tujuan

- a. Keluarga mampu menjelaskan apa yang diketahuinya mengenai anak tunagrahita.
- b. Keluarga mampu menjelaskan cara yang biasa dilakukan dalam merawat/mengasuh anak tunagrahita
- c. Keluarga mampu menjelaskan tujuan, peran, dan tanggung jawabnya berkaitan dengan perawatan anak tunagrahita.
- d. Keluarga mampu menjelaskan hambatan dalam melakukan cara yang biasa dilakukan dalam merawat anak.
- e. Keluarga mampu menjelaskan beban yang dialami selama merawat anak tunagrahita
- f. Keluarga mampu menjelaskan ansietas yang dirasakan selama merawat anak tunagrahita
- g. Keluarga mampu mengidentifikasi sistem pendukung yang ada.

2. Setting

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

3. Alat

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

4. Metoda

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

5. Langkah-langkah pelaksanaan

- a. Persiapan
 - 1) Membuat kontrak dengan keluarga.
 - 2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
- b. Orientasi
 - 1) Salam terapeutik:
 - a. Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh keluarga.
 - b. Seluruh keluarga saling memperkenalkan diri.
 - 2) Evaluasi validasi:
 - a. Menanyakan perasaan keluarga pada hari ini.
 - b. Menanyakan apa yang dirasakan keluarga sekarang.
 - 3) Kontrak
Menjelaskan tujuan terapi, kegiatan, dan peraturan terapi (lama kegiatan 75-90 menit, jika keluarga ingin meninggalkan kelompok meminta ijin terlebih dahulu pada terapis).
 - 4) Doa bersama
- c. Kerja
 - 1) Meminta pada seluruh keluarga untuk menjelaskan apa yang mereka ketahui mengenai anak tunagrahita, meliputi definisi, penyebab, tanda dan gejala, akibat, kebutuhan anak tunagrahita, cara perawatan dan sumber koping yang dapat digunakan.
 - 2) Memberikan pujian atas kemampuan keluarga menyampaikan pendapatnya.
 - 3) Menanyakan pada seluruh keluarga mengenai apa yang biasa dirasakan dalam merawat klien.

- 4) Memberikan pujian atas kemampuan keluarga menyampaikan pendapatnya.
 - 5) Mendiskusikan hambatan dalam merawat anak tunagrahita.
 - 6) Mendiskusikan sumber pendukung yang ada.
- d. Terminasi
- 1) Evaluasi Subjektif
 - a. Menanyakan kepada keluarga perasaannya setelah mengikutiterapi.
 - b. Terapis memberikan pujian kepada kelompok.
 - 2) Evaluasi objektif
 - a. Menanyakan masalah yang dihadapi selama merawat anak tunagrahita.
 - b. Menanyakan sumber pendukung yang dapat digunakan.
 - 3) Rencana tindak lanjut
 - a. Memotivasi seluruh keluarga untuk mengenal masalah, hambatan dan ketidakmampuan dalam merawat anak tunagrahita.
 - b. Memotivasi seluruh keluarga untuk mengidentifikasi sumber pendukung yang ada.
 - 4) Kontrak yang akan datang
 - a. Bersama keluarga menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.
 - b. Bersama keluarga menyepakati topik untuk pertemuan yang akan datang.
 - 5) Doa penutup

6. Evaluasi

Kemampuan keluarga yang dievaluasi:

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

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

1. Tujuan

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

2. Setting

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

3 Alat

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

4 Metoda

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

5 Langkah-langkah pelaksanaan

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

b. Orientasi

1) Salam terapeutik

Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh keluarga.

2) Evaluasi validasi

b. Menanyakan perasaan keluarga pada hari ini.

c. Menanyakan hasil diskusi sesi I.

3) Kontrak

Menjelaskan tujuan kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 75-90 menit, jika keluarga ingin meninggalkan kelompok meminta ijin terlebih dahulu pada terapis).

4) Doa bersama

c. Kerja

1) Mendiskusikan kemampuan positif sistem pendukung yang dalam keluarga: keluarga inti dan keluarga besar.

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

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

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

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

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

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

d. Terminasi

1) Evaluasi Subjektif

Menanyakan kepada keluarga perasaannya setelah mengikuti terapi.

2) Evaluasi objektif

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

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

6. Evaluasi

Kemampuan keluarga yang dievaluasi:

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

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

1. Tujuan

- a. Keluarga mampu mengidentifikasi kemampuan positif dari sistem pendukung di luar keluarga.
- b. Keluarga mampu mendemonstrasikan penggunaan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.

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

2. Setting

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

3. Alat

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

4. Metoda

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

5. Langkah-langkah pelaksanaan

- a. Persiapan
 - 1) Membuat kontrak dengan keluarga.
 - 2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
- b. Orientasi
 - 1) Salam terapeutik
Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh keluarga.
 - 2) Evaluasi validasi
 - (a) Menanyakan perasaan keluarga pada hari ini.
 - (b) Menanyakan hasil diskusi sesi II.
 - 3) Kontrak
Menjelaskan tujuan kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 60 menit, jika keluarga ingin meninggalkan kelompok meminta ijin terlebih dahulu pada terapis).

4) Doa bersama

c. Kerja

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

d. Terminasi

- 1) Evaluasi Subjektif
Menanyakan kepada keluarga perasaannya setelah mengikuti terapi.
- 2) Evaluasi objektif
Menanyakan kepada kelompok untuk mengungkapkan kembali kemampuan positif yang dimiliki sumber pendukung yang ada di luar keluarga.
- 3) Rencana tindak lanjut
 - a. Mengajukan kepada keluarga untuk menggunakan kemampuan yang dimiliki sumber pendukung yang ada di luar keluarga bagi keluarga.
 - b. Mengajukan kepada keluarga untuk menggunakan kemampuan yang dimiliki sumber pendukung yang ada di luar keluarga bagi klien

- 4) Kontrak yang akan datang
 - a. Bersama kelompok menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.
 - b. Bersama kelompok menyepakati topik untuk pertemuan yang akan datang.
- 5) Doa penutup

6. Evaluasi

Kemampuan keluarga yang dievaluasi:

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

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

1. Tujuan

- a. Keluarga mampu mengevaluasi pengalaman yang dipelajari berkaitan dengan penggunaan sistem pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga
- b. Keluarga mampu mengidentifikasi hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam keluarga maupun diluar keluarga.
- c. Keluarga mampu mengidentifikasi upaya untuk mengatasi hambatan dan memenuhi kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam keluarga maupun diluar keluarga.

- d. Keluarga mampu mengungkapkan rencana kelanjutan dari perawatan setelah program terapi

2. Setting

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

3. Alat

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

4. Metoda

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

5. Langkah-langkah pelaksanaan

- a. Persiapan
 1. Membuat kontrak dengan keluarga.
 2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
- b. Orientasi
 1. Salam terapeutik
Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh keluarga.
 2. Evaluasi validasi
 - (a) Menanyakan perasaan keluarga pada hari ini.
 - (b) Menanyakan hasil diskusi sesi III.
 3. Kontrak
Menjelaskan tujuan kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 60 menit, jika keluarga ingin meninggalkan kelompok meminta ijin terlebih dahulu pada terapis).
 4. Doa bersama

c. Kerja

1. Menanyakan pada seluruh keluarga tentang pengalaman yang dipelajari berkaitan dengan penggunaan sistem pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga dan meminta mengevaluasinya.
2. Memberikan pujian atas kemampuan keluarga menyampaikan pendapatnya dan *reinforcement* atas pengalamannya menggunakan sistem pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga.
3. Mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam keluarga maupun diluar keluarga.
4. Mendiskusikan upaya yang diperlu dilakukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam keluarga maupun diluar keluarga.
5. Mendiskusikan rencana kelanjutan dari perawatan setelah program terapi.

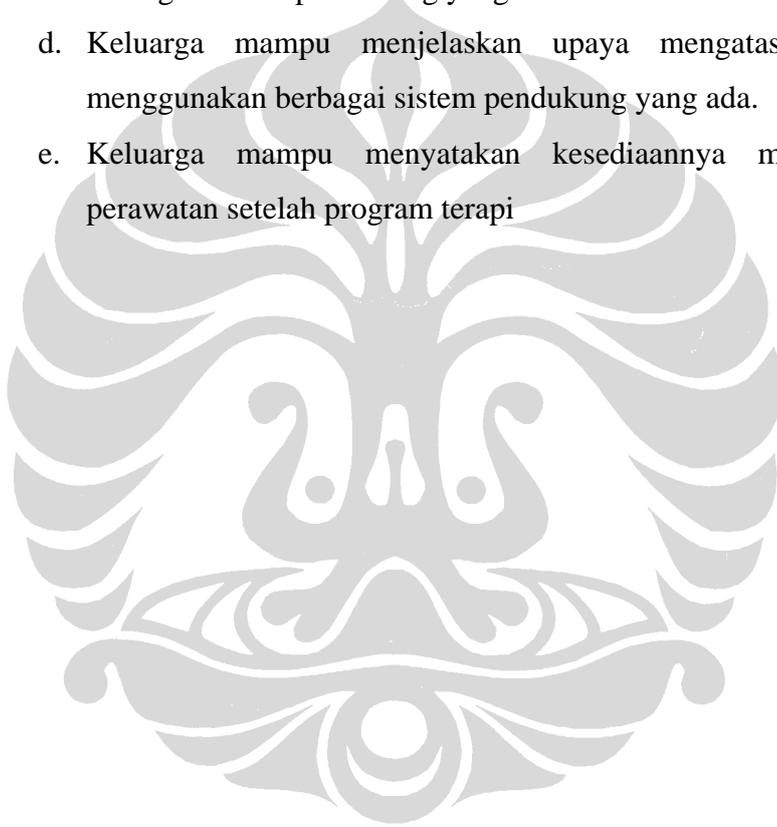
d. Terminasi

- 1) Evaluasi Subjektif
Menanyakan kepada keluarga perasaannya setelah mengikuti terapi
- 2) Evaluasi objektif
Menanyakan kepada seluruh keluarga untuk mengungkapkan kembali kemampuannya dalam memilih tindakan untuk memenuhi kebutuhan.
- 3) Rencana tindak lanjut
Menganjurkan kembali kepada keluarga untuk mengingat dan mempraktekan kemampuan positif sistem pendukung baik yang di dalam maupun di luar keluarga.
- 4) Kontrak yang akan datang
Menyampaikan pada seluruh keluarga bahwa sesi pertemuan sudah selesai. Bila keluarga masih mempunyai masalah dapat menghubungi perawat di Puskesmas.
- 5) Doa penutup

6. Evaluasi

Kemampuan keluarga yang dievaluasi:

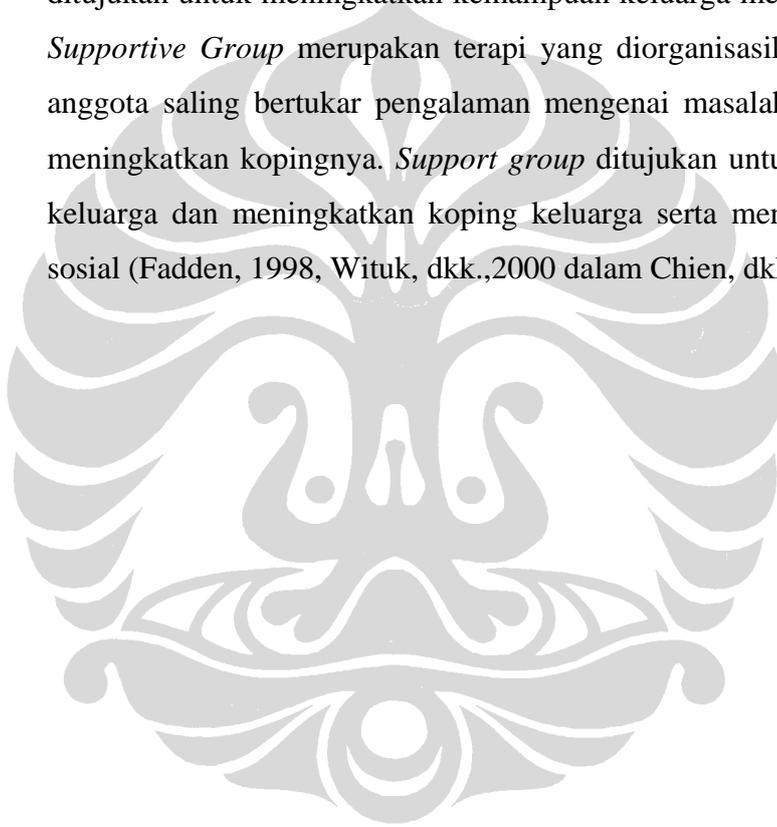
- a. Keluarga mampu mengungkapkan hasil evaluasinya terhadap pengalaman yang dipelajarinya dalam menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada
- b. Keluarga mampu mengungkapkan hasil evaluasinya terhadap pencapaian tujuan menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada.
- c. Keluarga mampu mengungkapkan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



BAB IV

PENUTUP

Keluarga merupakan sumber terbesar bagi perkembangan anak-anak berkebutuhan khusus, sehingga cara terbaik membantu anak berkebutuhan khusus adalah dengan memanfaatkan potensi individu dalam keluarga (Miles dan Rigio, 1999). *Supportive Group* merupakan alternatif pilihan terapi yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga menjadi *support system*. *Supportive Group* merupakan terapi yang diorganisasikan untuk membantu anggota saling bertukar pengalaman mengenai masalah tertentu agar dapat meningkatkan kopingnya. *Support group* ditujukan untuk mengurangi beban keluarga dan meningkatkan koping keluarga serta meningkatkan dukungan sosial (Fadden, 1998, Wituk, dkk.,2000 dalam Chien, dkk., 2006).



DAFTAR PUSTAKA

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

DOKUMENTASI PELAKSANAAN TERAPI KELOMPOK SUPORTIF KELUARGA ANAK TUNAGRAHITA

Hari/Tanggal : _____
 Waktu : _____
 Tempat : _____
 Perawat : _____

Nama keluarga : 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
 7. _____
 8. _____
 9. _____
 10. _____
 11. _____
 12. _____

1. Pengetahuan mengenai tunagrahita (pengisian beri tanda checklist √)

No	Yang diketahui	Keluarga ke-											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Pengertian tunagrahita												
2	Faktor penyebab tunagrahita												
3	Karakteristik/ciri-ciri tunagrahita												
4	Dampak tunagrahita bagi anak												
5	Dampak tunagrahita bagi keluarga												
6	Dampak tunagrahita bagi masyarakat												
7	Penatalaksanaan tunagrahita												
8													
9													
10													

2. Cara yang biasa dilakukan dalam merawat/mengasuh anak tunagrahita

No	Keluarga ke- (tulis no)	Cara yang biasa dilakukan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

3. Hambatan yang dirasakan dalam merawat/mengasuh anak tunagrahita

No	Keluarga ke- (tulis no)	Cara yang biasa dilakukan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

4. Beban yang dialami selama merawat/mengasuh anak tunagrahita

No	Keluarga ke- (tulis no)	Cara yang biasa dilakukan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

5. Ansietas yang dirasakan dalam merawat/mengasuh anak tunagrahita

No	Keluarga ke- (tulis no)	Cara yang biasa dilakukan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

6. Sistem pendukung yang ada di dalam keluarga (beri tanda checklist \checkmark jika ada di keluarga tersebut).

No	Sistem pendukung dalam keluarga	Keluarga ke-											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													

7. Sistem pendukung yang ada di luar keluarga (beri tanda checklist \checkmark jika ada di keluarga tersebut).

No	Sistem pendukung di luar keluarga	Keluarga ke-											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													

8. Hambatan dalam menggunakan sistem pendukung

No	Keluarga ke- (tulis no)	Hambatan yang dirasakan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

9. Kemampuan yang didemonstrasikan keluarga untuk mengelola beban dan ansietas

No	Keluarga ke- (tulis no)	Kemampuan yang didemonstrasikan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

10. Evaluasi keluarga mengenai pelaksanaan, hasil, dan hambatan

No	Keluarga ke- (tulis no)	Hasil evaluasi
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

11. Kebutuhan keluarga dan kelompok dalam upaya mengatasi hambatan penggunaan sumber pendukung.

No	Kebutuhan Keluarga dan Kelompok	Cara keluarga	Cara Fasilitator
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

.....,20...

Perawat CMHN,

(.....)

LEMBAR EVALUASI KELUARGA

Sesi I : Mengidentifikasi kemampuan keluarga dan sistem pendukung yang ada

Tanggal Interaksi :

Nama Keluarga :

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 7. _____ |
| 2. _____ | 8. _____ |
| 3. _____ | 9. _____ |
| 4. _____ | 10. _____ |
| 5. _____ | 11. _____ |
| 6. _____ | 12. _____ |

No	Aspek kemampuan yang dinilai	Keluarga												Keterangan
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	Menjelaskan apa yang diketahuinya mengenai anak tunagrahita													
2	Menjelaskan cara yang biasa dilakukan dalam merawat/mengasuh anak tunagrahita													
3	Menjelaskan hambatan dalam melakukan cara yang biasa dilakukan dalam merawat anak.													
4	Menjelaskan beban yang dialami selama merawat anak tunagrahita													
5	Menjelaskan ansietas yang dirasakan selama merawat anak tunagrahita													
6	Mengidentifikasi sistem pendukung yang ada.													

Catatan :

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

.....,20...
Perawat CMHN,

(.....)

LEMBAR EVALUASI KELUARGA

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

Tanggal Interaksi :

Nama Keluarga :

1	7.
2	8.
3	9.
4	10.
5	11.
6	12.

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

Catatan :

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

.....,20...
Perawat CMHN,

(.....)

LEMBAR EVALUASI KELUARGA

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

Tanggal Interaksi :

Nama Keluarga :

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____	7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ 11. _____ 12. _____
--	---

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

Catatan :

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

.....,200...
Perawat CMHN,

(.....)

LEMBAR EVALUASI KELUARGA

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

Tanggal Interaksi :

Nama Keluarga :

1	7
2	8
3	9
4	10
5	11
6	12

No	Aspek kemampuan yang dinilai	Keluarga												Ket
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	Keluarga mampu mengungkapkan hasil evaluasinya terhadap pengalaman yang dipelajarinya dalam menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada.													
2	Keluarga mampu mengungkapkan hasil evaluasinya terhadap pencapaian tujuan menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada.													
3	Keluarga mampu mengungkapkan hambatan dalam menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada.													
4	Keluarga mampu menjelaskan upaya mengatasi hambatan dalam menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada.													
5	Keluarga mampu menyatakan kesediaannya mengikuti kelanjutan perawatan setelah program terapi.													

Catatan :

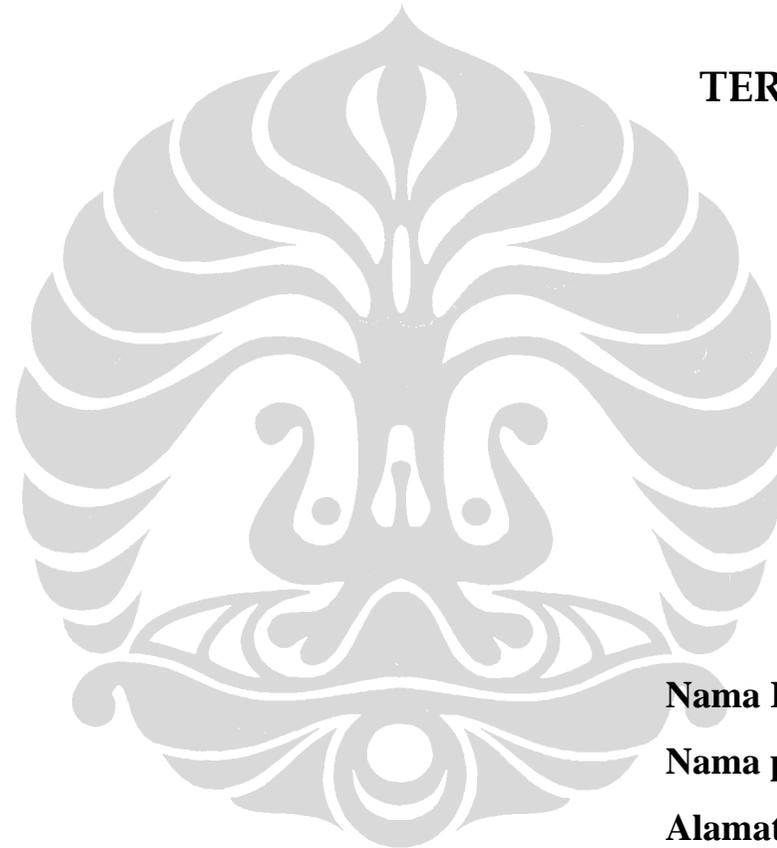
Penilaian dilakukan dengan cara memberi tanda checklist (✓) pada kolom keluarga ke-1, 2, 3, dst bila dilakukan.

.....,20...
Perawat CMHN,

(.....)

BUKU KERJA KELUARGA

TERAPI SUPORTIF KELUARGA



Nama Kelompok :

Nama peserta :

Alamat :

.....
.....
.....

DAFTAR RIWAYAT HIDUP**Biodata**

Nama : Erti Ikhtiarini Dewi
Tempat/Tanggal Lahir : Kabupaten Semarang, 28 Oktober 1981
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Dosen Keperawatan Jiwa Universitas Jember
Alamat Instansi : Jl. Moch. Serudji, No 181, Jember Jawa Timur
Alamat Rumah : Jl. Nusa Indah II no 14, Jember Jawa Timur

Riwayat Pendidikan

PSIK FK UGM Jogjakarta : Lulus tahun 2006
SMAN 1 Purwokerto : Lulus tahun 1999
SMPN 1 Purwokerto : Lulus tahun 1996
SDN Berkoh II Purwokerto : Lulus tahun 1993

Riwayat Pekerjaan

Dosen Keperawatan Jiwa di Universitas Jember Tahun 2006 – sekarang



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di Sekolah Luar Biasa Kabupaten Banyumas tahun 2011.

Nama peneliti utama : **Erti Ikhtiarini Dewi**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 24 Mei 2011

Ketua,



Dekan,
Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 2051/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

6 Juni 2011

Yth. Kepala Sekolah
SLB Kuncup Mas
Banyumas

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Erti Ikhtiarini Dewi
0906573761

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga Dalam Merawat Anak Tunagrahita di Sekolah Luar Biasa Kabupaten Banyumas"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di SLB Kuncup Mas Banyumas.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



[Signature]
Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Peringgal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : ~~2052~~/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

6 Juni 2011

Yth. Kepala Sekolah
SLB Yakut
Purwokerto

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Erti Ikhtiarini Dewi
0906573761

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga Dalam Merawat Anak Tunagrahita di Sekolah Luar Biasa Kabupaten Banyumas"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di SLB Yakut Purwokerto.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Pertinggal

**SEKOLAH LUAR BIASA BAGIAN ANAK TUNAGRAHITA
(SLB C DAN C1) YAKUT PURWOKERTO**

Alamat: Jalan Kolonel Sugiri No.10. Telepon: 625800, PURWOKERTO 53116

SURAT KETERANGAN

Nomor: 86/Pend/SLB/VI/2011

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Sekolah Luar Biasa C YAKUT Purwokerto dengan ini menerangkan bahwa mahasiswa berikut:

NAMA : ERTI IKHTIARINI DEWI
NPM : 0906573761
FAKULTAS : ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI : PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
INSTITUSI : UNIVERSITAS INDONESIA

Pada Bulan Mei telah melaksanakan penelitian di SLB C Yakut Purwokerto dalam rangka penyusunan tesis dengan judul : **Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Beban dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di SLB Kabupaten Banyumas.**

Demikian surat keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan sebagaimana semestinya.

Purwokerto, Juni 2011
Kepala Sekolah SLB C Yakut

Netti Lestari, S.Pd.
NIP: 196701091955012001