

PENGARUH TERAPI TERAPI KELOMPOK SUPORTIF TERHADAP BEBAN KELUARGA DALAM MERAWAT ANAK TUNAGRAHITA DI SEKOLAH LUAR BIASA KALIWUNGU DAN PURWOSARI KABUPATEN KUDUS

Anny Rosiana Masithoh¹, Nor Asiyah², Sholihah³
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Kudus
Email : anny_rosiana@yahoo.com

ABSTRAK

Latar Belakang : *World Health Organization* (WHO, 2006) 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

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh terapi kelompok suportif terhadap perubahan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten Kudus.

Desain penelitian ini adalah *quasi experimental, pre-post test with control group*. Tempat penelitian di SLB Purwosari (kelompok intervensi) dan SLB Kaliwungu (kelompok kontrol). Sampel penelitian adalah seluruh keluarga anak tunagrahita di SLB Purwosari dan SLB Kaliwungu yang memenuhi kriteria inklusi, yaitu 68 (32 kelompok intervensi dan 36 kelompok kontrol) keluarga.

Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan signifikan beban dan tingkat ansietas keluarga sebelum dan setelah mendapatkan terapi kelompok suportif pada kelompok intervensi dan tidak ada perbedaan signifikan beban keluarga sebelum dan setelah terapi kelompok suportif pada kelompok kontrol. Rekomendasi penelitian ini adalah perlunya dibentuk kelompok suportif di SLB, beranggotakan keluarga yang memiliki anak tunagrahita.

Kata kunci : Beban, Tunagrahita, Terapi Kelompok Suportif

Daftar pustaka : 95 (1989-2010)

EFFECT OF SUPPORTIVE THERAPY GROUP THERAPY CHARGES AGAINST FAMILY CHILD CARE IN tunagrahita OUTSTANDING SCHOOL DISTRICT Kaliwungu AND HOLY Purwosari

Abstract

Background: The World Health Organization (WHO , 2006) estimates that the number of persons with mental retardation is 3 % of the entire population of the world . If the world's population at about 6.5 billion , meaning it can be estimated that the number of persons with mental retardation is equal to 195 million people for the purpose of this study is supportive group therapy menganalisis pengaruh to changes in the family burden of caring for children in special schools tunagrahita Holy District .

Design is quasi -experimental , pre - post test with control group . The place of research in SLB Purwosari (intervention group) and SLB Kaliwungu (control group) . The samples were whole families tunagrahita children in special schools and special schools Purwosari Kaliwungu who met the inclusion criteria , namely 68 (32kelompok 36kelompok intervention and control) family .

Results showed no significant differences in family burden and anxiety levels before and after the intervention padakelompok mendapatkan terapi supportive groups and no significant differences in family burden before and setelah terapi supportive padakelompok control group .

Recommendation of this study is the need for supportive dibentuk kelompok in SLB , composed of families who have children mental retardation .

Keywords : Burden , Tunagrahita , Supportive Group Therapy

Bibliography : 95 (1989-2010)

A. PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO, 2006) 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. Menurut hasil Sensus Nasional Biro Pusat Statistik tahun 2006 (BPS, 2006), 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. (BAKOR PLB, 2008). Banyaknya angka Tunagrahita memicu tingginya beban dunia karena mengurangi produktivitas penduduk dan berdampak secara tidak langsung terhadap penurunan kemampuan ekonomi pada setiap negara

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* (2002), 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 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.

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 (Kaplan dan Sadock, 2007). Beberapa terapi kelompok yang dapat diberikan pada keluarga adalah *Education Group*, *Self Help Group* (Videbeck, 2008), *Supportive Group* (Teschinsky, 2000 dalam Videbeck, 2008; Rockland, 1993 dalam Stuart, 2001), dan *Multiple Family Therapy* (Bedell, dkk., 1997 dalam Hernawaty, 2009). Dari berbagai psikoterapi kelompok yang berguna dalam 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 dan Bulechek, 1996 dalam Stuart dan 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).

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode intervensi semu (*quasi experiment*), rancangan *pre-post test with control group* dengan intervensi psikoedukasi keluarga. Dalam pelaksanaan penelitian Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga yang memiliki anak tunagrahita yang disekolahkan di SLB Kabupaten Kudus, yaitu 137orang. Pada pelaksanaan penelitian ini responden yang digunakan untuk kelompok intervensi 36 orang dan kelompok kontrol 36 orang. Pada nantinya peneliti menggunakan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*, maka terjadi perubahan terhadap jumlah sampel yang benar-benar dilibatkan dalam penelitian

Adapun karakteristik sampel untuk keluarga yang dapat dimasukkan dalam kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

1. Keluarga yang merawat anak tunagrahita dan tinggal dalam satu rumah
2. Keluarga yang terikat status perkawinan atau memang belum menikah
3. Keluarga yang memiliki anggota keluarga tunagrahita dengan diagnosa tunggal tunagrahita
4. Keluarga yang memiliki anggota keluarga tunagrahita dalam kategori tingkat ringan-berat

5. Keluarga yang berada dalam rentang usia 18-50 tahun
6. Keluarga yang bisa membaca dan menulis
7. Keluarga yang bersedia sebagai responden dalam penelitian dan dibuktikan dengan penandatanganan dalam lembar persetujuan responden
8. Dengan menggunakan metode 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, hal ini dapat diantisipasi dengan cara melakukan koreksi terhadap besar sampel yang dihitung. Cara yang digunakan adalah
9. dengan menambahkan sejumlah subjek agar besar sampel dapat terpenuhi.

Maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 36 responden untuk setiap kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol sehingga jumlah total sampel adalah 72 responden. Pada pelaksanaan penelitian ini responden yang digunakan untuk kelompok intervensi 36 orang dan kelompok kontrol 36 orang

dengan 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.

Proses penelitian yang telah dilakukan secara keseluruhan berlangsung sejak minggu keempat bulan September 2013 sampai dengan Desember 2013, setelah proses pengurusan perijinan untuk melaksanakan penelitian pada kedua SLB selesai. Pengambilan data *pre test* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mulai dilakukan pada tanggal Awal bulan september 2013 .

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 3.1 sebagai berikut:

Tabel 3.1 Persebaran Nomor Pernyataan Tiap Sub Variabel Kuesioner Beban Keluarga

No	Sub Variabel	Jumlah	<i>Favourable</i>	<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

Adapun kuesioner dimodifikasi sebagai pengumpul data primer, dimana responden mengisi pernyataan yang terdapat dalam kuesioner dengan memberikan tanda *check 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*) dapat kebalikan dengan nilai yang didapatkan dari pernyataan positif (*favourable*).

Uji validitas digunakan 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).

Uji reliabilitas ditujukan untuk mengukur instrumen ini dapat disebut *reliabel*. *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).

C. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis di atas, terlihat bahwa skor rata-rata beban keluarga pada kelompok intervensi sebelum pemberian terapi kelompok suportif (*pre test*) lebih rendah sebesar 1,97 dibandingkan dengan skor 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.

Beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten Kudus sebelum dan sesudah 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) dan uji *wilcoxon* untuk variabel tingkat ansietas (skala kategorik). Untuk melihat lebih jelas tentang adanya perubahan beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten Kudus, dapat dilihat pada tabel 1.

Analisis Hasil pada tabel 2. menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terjadi perubahan rata-rata skor beban antara *pre* dan *post test*. Skor beban menurun sebesar 6,4. Penurunan skor beban sebesar 6,4 belum mampu mengantarkan perubahan kategori beban keluarga, dari beban sedang menjadi beban ringan. Penurunan rata-rata skor beban pada kelompok intervensi bermakna secara statistik, dimana nilai *p* lebih kecil daripada nilai *alpha* ($p=0,001 < 0,05$). Hasil tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan skor 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 2. juga menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol terjadi perubahan rata-rata skor beban sebelum (*pre test*) dan sesudah (*post test*) sebesar 2,47. Penurunan rata-rata skor beban pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa pemberian terapi generalis berupa pendidikan kesehatan tentang cara mengasuh anak tunagrahita yang diberikan secara kelompok, berpotensi menurunkan skor beban. Akan tetapi, perubahan rata-rata skor beban pada kelompok kontrol tidak bermakna secara statistik, nilai *p* sebesar 0,357 berada diatas nilai *alpha* ($\alpha= 0,05$). Hal ini berarti bahwa tidak terdapat perbedaan skor beban pada kelompok kontrol antara *pre* dan *post test*. Dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi generalis mampu menurunkan skor beban pada kelompok kontrol, 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*.

Beban Keluarga dengan anak Tungrahita
Sesudah Terapi Kelompok Suportif

Beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita di SLB Kabupaten Kudus pada

kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah terapi kelompok suportif dapat dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test* untuk variabel beban keluarga dan uji *chi square* untuk variabel tingkat ansietas. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 1 dan 2.

Hasil analisis pada tabel 3. menunjukkan bahwa skor beban keluarga pada kelompok intervensi sesudah 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 0,007 ($p < \alpha$), 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.

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.

Tabel 1. Analisis Beban Keluarga Sebelum Dilakukan Terapi kelompok Suportif Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di SLB Kabupaten Kudus ($n_1=32, n_2=36$)

Var	Jenis Klpk	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

Tabel 2. Analisis Beban Keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita Sebelum dan Sesudah Terapi Kelompok Suportif Kelompok Intervensi dan Kontrol di SLB Kabupaten Kudus (n₁=32, n₂=36)

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

*Bermakna pada $\alpha = 0,05$

Tabel 3. Analisis Beban Keluarga Sesudah Dilakukan Terapi kelompok Suportif Kelompok Intervensi dan Kontrol di SLB Kabupaten Kudus (n₁=32, n₂=36)

Variabel	Klmpk	n	Mean	SD	SE	t	p value
Beban (<i>post-test</i>)	Intervensi	32	61,41	11,31	1,99	2,02	0,007*
	Kontrol	36	67,31	12,57	2,09		

*Bermakna pada $\alpha = 0,05$

Menurut 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 Purwosari, selaku kelompok intervensi. Komite tersebut tidak ditemukan di SLB Kaliwungu, selaku kelompok kontrol. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Sekolah SLB Purwosari diperoleh informasi bahwa

kegiatan komite orang tua tidak berjalan secara rutin dan terjadwal. Dalam 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 wadah yang beranggotakan keluarga-keluarga lain yang memiliki masalah yang sama. Sehingga

peneliti berpendapat bahwa wadah berkumpulnya orang tua yang memiliki anak tunagrahita, dirasa diperlukan untuk menciptakan suasana terapeutik di lingkungan sekolah. Wadah 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, dan 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, kesabaran yang tinggi dalam menghadapi emosi anak, dan menurunnya produktivitas dalam keluarga. Situasi seperti ini menimbulkan beban yang tidak ringan dan dapat menyebabkan munculnya dampak bagi keluarga (Tsai dan Wang, 2008). Dampak yang keluarga rasakan akan berpengaruh terhadap menurunnya kualitas hidup dan kemampuan keluarga dalam merawat anak tunagrahita (Tsai dan Wang, 2008; McIntyre, Blacher, dan Baker, 2006).

Menurunnya kualitas hidup yang dirasakan keluarga berkaitan juga dengan ketidakmampuan keluarga dalam memenuhi fungsi ekonomi (Sethi, Bhargava, dan Dhiman, 2007; Valentine, McDermott, dan Anderson, 1998). Keluarga akan dihindangi 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 dan Wang, 2008; Hassall, Rose, dan McDonald, 2005; Yee dan Sculz, 2000).

Penjelasan di atas, peneliti berpendapat bahwa keluarga yang memiliki anak tunagrahita perlu memperoleh keterampilan untuk mengelola beban, sehingga dampak yang muncul disebabkan karena beratnya beban di dalam merawat anak dapat diminimalkan. Berdasarkan hasil wawancara selama pemberian terapi generalis, beberapa responden pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol menyatakan mampu mengelola beban secara mandiri, sedangkan beberapa responden lainnya kesulitan untuk mengelola beban.

Ada berbagai upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengelola beban. Salah satu upaya yang dapat dilakukan yaitu dengan cara membentuk kelompok pendukung, dimana beranggotakan beberapa keluarga yang memiliki anak tunagrahita. Kelompok pendukung ini lebih dikenal dengan nama kelompok suportif. Menjadi lebih efektif bila pembentukan kelompok suportif dapat diikuti dengan pengoptimalan peran komite orang tua sebagai sebuah *parent support group* (Tonge, dkk., 2006 dalam Hudson, Reece, Cameron, dan Matthews, 2009;

Roberts, Mazzucchelli, Studman, dan Sanders, 2006).

D. SIMPULAN DAN SARAN

SIMPULAN

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
2. Tidak terdapat perbedaan beban keluarga sebelum pelaksanaan terapi kelompok suportif, antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol
3. Terdapat perbedaan beban keluarga pada kelompok intervensi sebelum dan setelah pelaksanaan terapi kelompok suportif
4. Tidak terdapat perbedaan beban keluarga pada kelompok kontrol sebelum dan setelah pelaksanaan terapi kelompok suportif
5. Terdapat perbedaan beban keluarga setelah pelaksanaan terapi kelompok suportif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol
6. 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.

SARAN

1. Membentuk komite sekolah sebagai *parent support group* yang berfungsi sebagai wadah berkumpulnya keluarga yang memiliki anak tunagrahita untuk berbagi kemampuan dalam mengelola beban keluarga dalam merawat anak tunagrahita.
2. Menggunakan terapi kelompok suportif sebagai intervensi untuk menurunkan beban keluarga yang memiliki anak berkebutuhan khusus
3. 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

DAFTAR REFERENSI

1. Allen, Lowe, Moore, dan 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
2. Andren dan 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
3. Appelbaum, A.H. (2005). *Supportive therapy*. Februari 27, 2011. <http://www.focus.psychiatryonline.org/cgi>
4. Arikunto, S. (2009). *Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktik. edisi revisi VIII*. Jakarta: Rineka Cipta.
5. Bailon, S. G., dan Maglaya, A. S. (1998). *Family health nursing*. Quezon City.
6. Banowati, L. (1989). *Psikoterapi suportif sebagai teknik untuk menurunkan derajat depresi dan ansietas serta meningkatkan semangat hidup pasien hemiparase*. Tesis-FPsi UI. Tidak dipublikasikan
7. 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>.
8. Bijl, A.J dan Leader, M.II. (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
9. Boyd, M.A. dan Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric nursing contemporary practice*, Philadelphia: Lippincott
10. 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

11. Chaplin, J.P. (2002). *Kamus lengkap psikologi*. Cet.ke-8. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
12. Chien, Chan, dan 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
13. Chien, W.T. dan 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.
14. Chien, W.T., Chan, S.W.C., dan Thompson, D.R. (2006). *Effects of a mutual support group for families of chinese people with schizophrenia: 18-Months follow-up*. Januari 2, 2011. <http://bjp.rcpsych.org>
15. Copel, L.C. (2007). *Psychiatric and mental health nursing care: nurse's clinical guide*. (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
16. Crits-christoph, Azarian, dan Shappell. (1996). An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy*, volume 33 number 3
17. CMHN, (2006). *Modul basic course community mental health nursing*. Jakarta: WHO FIK UI
18. Cook, Heller, dan 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
19. Depkes RI. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia
20. Direktorat Pendidikan Luar Biasa. (2001). *Kebijakan dan pengembangan program pendidikan luar biasa*. Direktorat Jendral Pendidikan Dasar dan Menengah, Departemen Pendidikan Nasional
21. Edelman, Craig, dan 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
22. 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
23. 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
24. Fontaine, K.L. (2003). *Mental health nursing*. New Jersey: Pearson Education. Inc
25. Friedman, (2010). *Keperawatan keluarga teori dan praktek*. (Edisi 5). Jakarta: EGC
26. Gabel, S.L. (2005). *Disability studies in education readings theory and method*. Vienna: Oxford Lang.
27. Gulseren, dkk., (2010, Februari). The Perceived Burden of Care and its Correlates in Schizophrenia. *Turkish Journal of Psychiatry*, 1-8
28. Gunarsa,S. (2006). *Dari anak sampai usia lanjut*. Jakarta: PT. Gunung mulia
29. Hamid, A.Y.S. (2007). *Riset keperawatan: Konsep, etika & instrumentasi*. Jakarta: EGC.
30. Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Tidak dipublikasikan. Depok: FKM-UI
31. Hallahan, D.P., dan Kauffman, J.M. (2006), *Exceptional learners: an introduction to special education* (10th ed.). Boston: Pearson
32. Harahap, S.T. (2005). *Gambaran hubungan orang tua-guru dalam layanan pendidikan luar biasa bagi anak-anak sindrom down*. FPsi-UI. Tesis. Tidak dipublikasikan
33. Hasmilasari. (2010). *Pengaruh terapi kelompok suportif terhadap ansietas ibu*

hamil primipara di Kelurahan Bahumbang Jaya, Bogor. Hasil Karya Tulis Ilmiah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

34. Hassall, Rose, dan 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
35. Hawari, D. (2001). *Manajemen stress, cemas dan depresi*. FKUI. Jakarta :Gaya Baru.
36. 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.
37. Hudson, Reece, Cameron, dan 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
38. 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>
39. Hurlock, E.B. (1998). *Psikologi perkembangan, suatu rentang kehidupan* (terjemahan : Istiwidayanti dan Soedjarwo). (Edisi 5). Jakarta: Erlangga.
40. Isaacs, A. (2005). *Panduan belajar keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatrik*. (Edisi 3). Jakarta: EGC