

SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN KELOMPOK
KELUARGA TERHADAP KOPING ORANG TUA DALAM
MERAWAT ANAK AUTISME DI YAYASAN CAHAYA
HARAPAN MADIUN**

PENELITIAN *QUAST EXPERIMENTAL*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

DEVI MAYA RAHMAWATI

NIM : 010830384 B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2010**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 18 Februari 2010

Yang Menyatakan



Nama: DEVI MAYA RAHMAWATI

NIM: 010830384 B

LEMBAR PERSETUJUAN

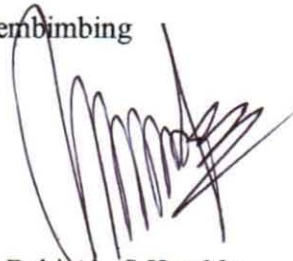
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 18 FEBRUARI 2010

Oleh
Pembimbing Ketua



Rizki Fitriyasari P K, Ns., MKep.
NIP: 132318820

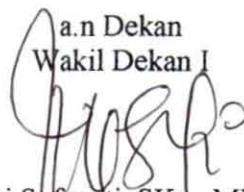
Pembimbing



Khoridatul Bahiyah, S.Kep.Ns
NIP: 132317879

Mengetahui

a.n Dekan
Wakil Dekan I



Yuni Suliyanti, SKp., MKes
NIP: 19780606201122001

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Telah diuji

Pada tanggal 19 Februari 2010

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes

Anggota : 1. Rizki Fitryasari P K, Ns., M.Kep

2. Khoridatul Bahiyah, S.Kep.Ns



Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I



Yuni Sufyanti, SKp., MKes
NIP: 19780606201122001

Motto

**Lihatlah siapa dirimu
sebelum kamu pandai menilai orang lain**

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya kami dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul ” **PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN KELOMPOK KELUARGA TERHADAP KOPING ORANG TUA DALAM MERAWAT ANAK AUTISME DI YAYASAN CAHAYA HARAPAN MADIUN**”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Bapak Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons) selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Ibu Yuni Sufyanti, SKp., MKes, selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Ibu Rizki Fitryasari P K, Ns., MKep, selaku pembimbing ketua yang telah banyak membantu kami dan memberikan dukungan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Ibu Khoridatul Bahiyah, S.Kep.Ns, selaku pembimbing yang telah banyak memberikan masukan yang bermanfaat dalam penyusunan skripsi ini.

5. Ibu Amien Winarti, selaku Kepala Yayasan Cahaya Harapan Madiun yang telah memberi ijin kepada kami untuk melakukan penelitian pada orang tua dengan anak autisme
6. Ibu Nunik, selaku penanggung jawab Yayasan Cahaya Harapan yang telah memberikan semangat dan literturnya kepada kami dalam penyusunan skripsi ini dan membantu kelancaran proses penelitian ini.
7. Bapak Ibu responden yang telah bersedia meluangkan waktunya mengikuti dan membantu kelancaran proses penelitian ini
8. Bapak dan Ibuku yang telah memberikan semangat dan do'anya.
9. Suamiku tercinta yang telah banyak memberikan semangat dan kasih sayang hingga skripsi ini selesai.
10. Teman – teman seperjuangan Program Studi Ilmu Keperawatan B XI yang telah banyak memberikan masukan yang membantu penyelesaian skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Kami sadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetap kami harap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 25 Februari 2010

Penulis,

ABSTRACT

**THE INFLUENCE OF HEALTH EDUCATION FAMILY GROUPS
TOWARDS COPING OF PARENTS IN TAKING CARE OF CHILDREN
WITH AUTISM**

Devi Maya Rahmawati

Autism is a pervasive development disorder in social interaction, community and behaviour. An autistic child will be a stressor to their family. The purpose at the study was to find the influence of health education family group towards elderly coping in taking care of children with autism.

This was a quasy experimental study. Samples were taken from parent of an autistic child in Cahaya Harapan Institute, Madiun. Sample size was 16 individuals, recruiting using purposive sampling. Obtained samples were divided inti 2 groups comprising 7 individuals as contol groups and 9 individuals as treatment groups. One group was given with health aeducation family groups, while another one was not. Collected data were processed using Wilcoxon Signed Ranks Test and Mann Whitney Test with significance level of $p < 0,05$.

Result of Wilcoxon test showed change increase adaptive coping in treatment group after being given with education, with $p=0,018$ while in control group happen change decrease adaptive coping, with $p=0,008$. Health education family group increase the using of individuals coping to be more adaptive. Result of Mann Whitney Test showed $p = 0,026$. It can be concluded that health education family group has influence on coping of parents in taking care of children with autism.

Keywords : *health education family group, coping, autism.*

DAFTAR ISI

Halaman sampul depan.....	i
Halaman sampul belakang.....	ii
Surat pernyataan.....	iii
Lembar persetujuan.....	iv
Lembar penetapan panitia penguji.....	v
Halaman Motto.....	vi
Kata Pengantar.....	vii
Abstract.....	viii
Daftar isi.....	ix
Daftar tabel.....	xiii
Daftar gambar.....	xiv
Daftar lampiran.....	xv
Daftar diagram.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Teoritis.....	5
1.4.2 Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Autisme.....	7
2.1.1 Pengertian Autisme.....	7
2.1.2 Etiologi Autisme.....	9
2.1.3 Manifestasi Klinis Autisme.....	11
2.1.4 Klasifikasi Autisme.....	14
2.1.5 Kriteria Diagnostik.....	16
2.1.6 Penatalaksanaan.....	19
2.2 Konsep Orang Tua.....	24
2.2.1 Pengertian.....	24
2.2.2 Peran Orang Tua.....	24
2.2.3 Peran Orang Tua Bagi Anak Autisme.....	25
2.2.4 Tanggung Jawab Orang Tua Anak Autisme.....	26
2.3 Konsep Koping.....	28
2.3.1 Definisi Koping.....	28
2.3.2 Pembentukan Koping.....	29
2.3.3 Tipe Koping.....	32
2.3.4 Komponen Koping.....	33
2.3.5 Jenis Mekanisme Koping.....	34
2.3.6 Mekanisme Koping Orang Tua Anak Autisme.....	37
2.3.7. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Koping.....	38
2.3.8 Strategi Koping Keluarga.....	39

2.3.9 Meningkatkan Koping.....	41
2.3.10 Cara Penyelesaian Masalah Selama Merawat Anak Autisme.....	41
2.3.11 Manajemen Stres.....	45
2.4 Konsep Peran Perawat.....	48
2.4.1 Peran Perawat Komunitas, Anak, dan Jiwa.....	52
2.5 Konsep Pendidikan Kesehatan.....	53
2.5.1 Definisi Pendidikan Kesehatan.....	53
2.5.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan.....	53
2.5.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan.....	54
2.5.4 Metode Pendidikan Kesehatan.....	55
2.5.5 Alat Bantu / Media Pendidikan Kesehatan.....	56
2.6 Konsep Dinamika Kelompok	
2.6.1 Pengertian Dinamika Kelompok.....	60
2.6.2 Pendekatan Dinamika Kelompok.....	62
2.6.3 Fungsi Dinamika Kelompok.....	65
2.6.4 Syarat Kelompok.....	65
2.6.5 Keunggulan dan Kelemahan dalam Kelompok.....	66
2.6.6 Pentingnya Dinamika Kelompok.....	67
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL.....	68
3.1 Kerangka Konseptual.....	68
3.2 Hipotesis Penelitian.....	70
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	71
4.1 Desain Penelitian.....	71
4.2 Populasi, Sampel dan Sampling.....	72
4.2.1 Populasi.....	72
4.2.2 Sampel.....	72
4.2.3 Besar Sampel.....	73
4.2.4 Sampling.....	73
4.3 Kerangka Operasional Kerja.....	74
4.4 Identifikasi Variabel.....	74
4.3.1 Variabel Independen.....	75
4.3.2 Variabel Dependen.....	75
4.5 Definisi Operasional.....	76
4.6 Metode Pengumpulan dan Analisis Data.....	77
4.6.1 Instrumen.....	77
4.6.2 Metode Pengumpulan Data.....	78
4.6.3 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	79
4.6.4 Teknik Analisa Data.....	79
4.6 Etika Penelitian.....	79
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	82
5.1 Hasil Penelitian.....	82
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	82
5.1.2 Karakteristik Demografi Responden.....	83
5.1.3 Variabel yang Diukur.....	88
5.2 Pembahasan.....	91

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	99
DAFTAR PUSTAKA	101
LAMPIRAN.....	104

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian Quasy Experimental.....	71
Tabel 4.2 Definisi Operasional.....	76
Tabel 5.1 Data Koping Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Perlakuan.....	90

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	68
Gambar 4.3 Kerangka Operasional.....	74

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Fasilitas Penelitian.....	104
Lampiran 2 Surat Keterangan / Jawaban Kepala Yayasan Cahaya Harapan Madiun.....	105
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian	106
Lampiran 4 Format Pengumpulan Data Responden.....	107
Lampiran 5 Kuesioner.....	109
Lampiran 6 Satuan Acara Pendidikan Kesehatan.....	112
Lampiran 7 Materi SAP.....	117
Lampiran 8 Leaflet.....	128
Lampiran 9 Data Penelitian dan Tabulasi Data.....	131
Lampiran 10 Tabel Frekuensi	134
Lampiran 11 Hasil Uji Wilcoxon dan Mann Whitney.....	136

DAFTAR DIAGRAM

Gambar 5.1	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Umur di Yayasan Cahaya Harapan Madiun.....	83
Gambar 5.2	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Tingkat Pendidikan di Yayasan Cahaya Harapan Madiun.....	84
Gambar 5.3	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Pekerjaan di Yayasan Cahaya Harapan Madiun.....	84
Gambar 5.4	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Jenis Kelamin di Yayasan Cahaya Harapan Madiun.....	85
Gambar 5.5	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Penghasilan Orang Tua di Yayasan Cahaya Harapan Madiun.....	85
Gambar 5.6	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Lama Didiagnosa Autisme di Yayasan Cahaya Harapan Madiun.....	86
Gambar 5.7	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Lama Terapi di Yayasan Cahaya Harapan Madiun.....	86

- Gambar 5.8 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Kejadian Autisme di Yayasan Cahaya Harapan Madiun..... 87
- Gambar 5.9 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Jumlah Anak Autisme dalam Keluarga di Yayasan Cahaya Harapan Madiun..... 87
- Gambar 5.10 Diagram Koping Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum diberikan Pendidikan Kesehatan Kelompok Keluarga di Yayasan Cahaya Harapan Madiun..... 88
- Gambar 5.11 Diagram Koping Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum diberikan Pendidikan Kesehatan Kelompok Keluarga di Yayasan Cahaya Harapan Madiun..... 89

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Autisme merupakan salah satu gangguan perkembangan yang semakin meningkat saat ini (Handojo, 2003). Gangguan perkembangan seorang anak seringkali menjadi masalah yang sangat meresahkan dan menyedihkan keluarga, khususnya orang tua. Autisme bisa mengenai siapa saja, baik sosio-ekonomi mapan maupun kurang, anak-anak ataupun dewasa dan semua etnis (Yatim dalam Kasih, 2006). Yayasan Cahaya Harapan Madiun adalah salah satu tempat terapi anak autisme yang dapat memberikan efek yang sangat baik bagi perkembangan mental anak sehingga dapat mengurangi beban keluarga dalam menghadapi masa depan anak. Dari hasil survey awal didapatkan beberapa orang tua mengatakan sampai saat ini mereka masih mencemaskan kondisi anaknya. Kecemasan yang timbul diduga karena ketidakmampuan mengelola stress dan proses adaptasi keluarga selama merawat anak autisme. Hal ini karena di Yayasan tersebut sudah tidak diadakan perkumpulan kelompok keluarga anak autisme dan juga kurangnya kepedulian terhadap beban psikologis terhadap orang tua yang mempunyai anak autisme ditambah lagi belum adanya dokter spesialis jiwa yang menangani anak autisme sehingga orang tua dalam menggunakan strategi koping kurang adekuat. Namun sampai saat ini belum ada penelitian pengaruh pendidikan kesehatan kelompok keluarga terhadap koping orang tua dalam merawat anak autisme.

Sampai saat ini kasus autisme begitu banyak ditemui, bahkan dalam laporan salah satu Jurnal Medis di Inggris kejadian autism mencapai 40 anak

setiap 10.000 kelahiran. Bahkan pada awal tahun 2002 dilaporkan angka kejadian autisme meningkat sangat pesat, dicurigai satu diantara sepuluh anak menderita autisme. Perbandingan antara laki dan perempuan adalah 4 : 1, namun anak perempuan yang terkena akan menunjukkan gejala yang lebih berat (Judarwanto, 2006). Sedangkan jumlah anak yang mengalami autisme di negara Indonesia menurut Resna (2005) pada tahun 2005 jumlahnya semakin mengkhawatirkan yaitu hampir 160 dari 10.000 anak di negara Indonesia mengalami autisme. Peningkatan pesat ini, menimbulkan tanda tanya dan kekhawatiran masyarakat bahkan dokter (Danuatmaja, 2003). Dari hasil survey awal didapatkan data anak autisme pada bulan Oktober 2009 di Yayasan Cahaya Harapan Madiun didapatkan 19 anak penyandang autisme. Berdasarkan wawancara pada tanggal 19 Oktober 2009 dan pengambilan data dengan kuesioner 12 November 2009 terhadap 19 orang tua dengan anak autisme di Yayasan Cahaya Harapan Madiun, enam orang mengatakan sampai saat ini mereka masih mencemaskan kondisi anaknya terutama untuk masa depannya, empat orang merasa kesulitan mengendalikan perilaku anak, dan enam diantaranya mempunyai kemampuan merawat yang cukup baik. Orang tua memunculkan beragam reaksi emosional ketika pertama kali mengetahui bahwa anaknya memiliki gangguan autisme. Diantaranya ialah gejala depresi, kecemasan, kekhawatiran, perasaan putus asa atau stres yang bisa menimbulkan pengaruh secara fisik dengan memunculkan penyakit stres seperti maag, migrain, stroke, lesu dan letih (Safaria, 2005).

Membimbing anak dengan gangguan autisme bukanlah hal yang mudah, karena lebih banyak membutuhkan kesabaran, keteguhan hati, ketekunan, dan energi yang besar (Safaria, 2005). Tentu saja banyak perbedaan antara anak

normal dan anak yang mengalami gangguan autisme. Perbedaan tersebut tentu saja akan membutuhkan pola perlakuan yang berbeda pula dari orang tua. Kecemasan orang tua terhadap masa depan anak dan harapan akan kesembuhan anak sering menjadi alasan utama stres orangtua. Selain itu kebutuhan finansial untuk pengobatan dan perawatan yang tinggi dapat menambah beban keluarga dalam merawat anak autisme. Schulz dan Sherwood (2008) menyebutkan keluarga mengalami stress dan beban yang luar biasa yang berkembang menjadi ketegangan fisik dan psikologis dan dapat mempengaruhi hubungan dalam lingkungan keluarga dan pekerjaan. Hal tersebut sangat mempengaruhi coping orang tua selama merawat anak autisme. Penelitian yang dilakukan oleh Higgin, Bailey, dan Pearce (2005 dalam Tway, 2006) menjelaskan bahwa keluarga yang memiliki anak autisme akan membatasi dalam hal berinteraksi dengan lingkungan karena masih banyak keluarga besar, teman kerja dan masyarakat yang tidak memahami karakteristik perilaku anak autisme. Orang tua juga akan memunculkan berbagai reaksi emosional diantaranya shock, penyangkalan, sedih, cemas berlebihan, perasaan menolak keadaan, perasaan tidak mampu dan malu, marah, serta perasaan bersalah dan berdosa (Safaria, 2005). Kecemasan dan stress yang dirasakan keluarga yang memiliki anak dengan autisme akan sangat mempengaruhi kemampuan orang tua dalam merawat anaknya yang memerlukan kebutuhan yang lebih dari anak normal lainnya.

Maka dari itu untuk dapat mengoptimalkan kemampuan orang tua dalam merawat anak autisme diperlukan penguatan coping yang tepat sehingga mampu bertahan dan berhasil melalui stressor. Keluarga akan dapat bertahan bila di dalam keluarga tetap dapat dilaksanakan lima peran keluarga untuk mencapai kesehatan

keluarga yaitu bertanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan keluarga, memiliki kemampuan coping dalam menghadapi masalah dan stressor, mampu menyelesaikan tugas di dalam keluarga melalui pembagian beban tugas yang adil, mendorong terjadinya interaksi antar anggota keluarga dan masyarakat, mendukung pencapaian kesehatan anggota keluarga secara positif (Anderson dan Tomlinson, 1992 dalam Mohr, 2006). Sedangkan Retzlaff (2007) melakukan penelitian pada keluarga yang memiliki anak dengan *Rett Syndrome*, dan menyatakan bahwa untuk dapat bertahan keluarga membutuhkan tingkat adaptasi yang tinggi dengan dukungan secara internal dan eksternal. Untuk menciptakan penguatan coping yang efektif perlu diberikan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan tersebut dapat diberikan secara individu, kelompok dan massa. Agar memperoleh penguatan coping yang adaptif maka perlu diberikan pendidikan kesehatan secara berkelompok agar para orang tua anak autisme dapat saling berinteraksi, bertukar pendapat, bertukar informasi dalam merawat anak autisme. Berdasarkan fenomena tersebut, peneliti merasa perlu melakukan penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan kelompok keluarga terhadap coping orang tua dalam merawat anak autisme yang berisi cara mengatasi masalah orang tua anak autisme untuk meningkatkan kemampuan coping orang tua dalam beradaptasi selama menghadapi stressor dalam merawat anak dengan autisme.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh pendidikan kesehatan kelompok keluarga terhadap coping orangtua dalam merawat anak autisme di Yayasan Cahaya Harapan Madiun ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.1.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh pendidikan kesehatan kelompok keluarga terhadap koping orangtua dalam merawat anak autisme di Yayasan Cahaya Harapan Madiun.

1.1.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi koping orangtua dalam merawat anak autisme sebelum diberikan pendidikan kesehatan kelompok keluarga di Yayasan Cahaya Harapan Madiun.
2. Mengidentifikasi koping orangtua dalam merawat anak autisme sesudah diberikan pendidikan kesehatan kelompok keluarga di Yayasan Cahaya Harapan Madiun.
3. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan kelompok keluarga terhadap koping orangtua dalam merawat anak autisme di Yayasan Cahaya Harapan Madiun.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menjelaskan pengaruh pendidikan kesehatan kelompok keluarga terhadap koping orangtua dalam merawat anak autisme sehingga dapat digunakan sebagai acuan dalam mengembangkan ilmu keperawatan jiwa .

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Penelitian ini akan memberikan hasil yang menjadi dasar dalam mengembangkan intervensi keperawatan jiwa yang berfokus pada keluarga dalam meningkatkan coping orang tua dalam merawat anak autisme.
2. Hasil penelitian ini akan memberikan gambaran bagi lembaga pelayanan dan sekolah khusus anak dengan autisme untuk memahami stress yang dialami orang tua selama merawat anak autisme sehingga dapat melanjutkan program pendidikan kesehatan kelompok keluarga.
3. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar dalam melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan topik permasalahan yang sama.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan konsep (1) Autisme, (2) Orang Tua, (3) Koping, (4) Peran Perawat, (5) Pendidikan Kesehatan dan (6) Dinamika Kelompok.

2.1 Konsep Autisme

2.1.1 Pengertian Autisme

Autisme berasal dari kata “autos” yang berarti segala sesuatu yang mengarah pada diri sendiri. Dalam kamus psikologi umum (1982), autisme berarti preokupasi terhadap pikiran dan khayalan sendiri atau dengan kata lain lebih banyak berorientasi kepada pikiran subyektifnya sendiri daripada melihat kenyataan atau realita kehidupan sehari-hari. Oleh karena itu penderita autisme sering disebut orang yang hidup di “alamnya” sendiri.

Autisme merupakan gangguan yang dimulai dan dialami pada masa kanak-kanak. Autisme pertama kali ditemukan oleh Kanner pada tahun 1943. dia mendeskripsikan gangguan ini sebagai ketidakmampuan untuk berinteraksi dengan orang lain, gangguan berbahasa yang ditunjukkan dengan penguasaan yang tertunda, egolalia, mutism, pembalikan kalimat, adanya aktivitas bermain yang repetitive dan stereotipik, rute ingatan yang kuat, dan keinginan obsesif untuk mempertahankan keteraturan di dalam lingkungannya.

Autisme menurut istilah ilmiah kedokteran, psikiatri, dan psikologi termasuk dalam gangguan pervasif (*pervasive developmental disorders*). Secara

khas gangguan yang termasuk dalam kategori ini ditandai dengan distorsi perkembangan fungsi psikologis dasar majemuk yang meliputi perkembangan keterampilan sosial dan berbahasa, seperti perhatian, persepsi, daya nilai terhadap realitas, dan gerakan-gerakan motorik. Menurut sebuah hasil penelitian, tingkat prevalensi dari autisme ini diperkirakan empat sampai lima per 10.000 anak mengalami gangguan autisme. Beberapa penelitian yang menggunakan definisi lebih luas dari autisme memperkirakan 10 sampai 11 dari 10.000 anak mengalami gangguan autisme (Dawson & Castelloe, 1985).

Autisme dikategorikan sebagai gangguan perkembangan pervasif karena banyak segi perkembangan psikologis dasar anak yang terganggu pada saat yang sama secara berat. Gangguan ini berbeda dengan gangguan perkembangan spesifik dalam dua hal berikut :

1. Pertama, pada gangguan perkembangan spesifik hanya satu fungsi spesifik yang terkena, sedangkan dalam gangguan perkembangan pervasif beberapa fungsi psikologis dasar anak terganggu.
2. Kedua, pada gangguan perkembangan spesifik, anak berlaku seolah-olah sedang melewati satu tahap perkembangan normal yang lebih dini, karena gangguannya adalah terlambatnya perkembangan, sedangkan anak-anak yang mengalami gangguan perkembangan pervasif menunjukkan gangguan kualitatif berat yang tidak normal bagi setiap tahap perkembangan manapun, karena gangguannya berupa distorsi atau penyimpangan dalam perkembangan.

Autisme merupakan gangguan pervasif pada anak yang ditandai dengan adanya gangguan dan keterlambatan dalam bidang komunikasi, gangguan dalam

bermain, bahasa, perilaku, gangguan perasaan dan emosi, interaksi sosial, perasaan sosial dan gangguan dalam perasaan sensoris (Cohen & Bolton, 1993). Sementara, Astuti (2006) mengatakan bahwa anak dengan autisme mengalami gejala yang sifatnya individual, sehingga gejala yang ditampilkan setiap anak berbeda-beda. Meskipun demikian gangguan perkembangan pada anak autisme digolongkan menjadi tiga kelompok, yaitu : gangguan komunikasi, gangguan interaksi dan gangguan perilaku.

Gangguan komunikasi yang ditemui, yaitu anak mengalami hambatan untuk mengekspresikan diri, sulit bertanya dan menjawab sesuai dengan pertanyaan, sering menirukan ucapan orang lain, atau bahkan mengalami hambatan bicara secara total dan berbagai bentuk masalah gangguan komunikasi lainnya. Gangguan interaksi yang dialami anak dengan autisme yaitu adanya hambatan untuk berinteraksi secara aktif dengan orang lain, sering terganggu dengan keberadaan orang lain di sekitarnya, tidak dapat bermain bersama anak lainnya dan lebih senang menyendiri. Sedangkan gangguan perilaku yang muncul seperti anak sering melakukan gerakan-gerakan khas (perilaku *stereotype*) seperti mengepakkan tangan, melompat-lompat, berjalan jinjit, senang pada benda yang berputar atau memutar-mutarkan benda, mengetuk-ketukkan benda ke benda lain dan obsesi pada bagian benda atau benda yang tidak wajar.

Goffman (1963, dalam Malsch, 2008) yang menyatakan bahwa keluarga dengan anak autisme akan membatasi kesempatan anak autisme untuk berintegrasi dengan kehidupan bermasyarakat sebagai dampak dari lingkungan yang menghindari kehadiran anak autisme.

2.1.2 Etiologi Autisme

Penyebab autisme sampai dengan saat ini belum dapat diketahui secara pasti. Berbagai penelitian menyebutkan bahwa autisme disebabkan oleh multifaktor. Menurut Baron (1994), ada dua teori yang melandasi penyebab terjadinya autisme, yaitu teori psikogenik dan teori biologik. Teori psikogenik meyakini bahwa cara pengasuhan yang buruk dapat menyebabkan autisme pada anak-anak. Kanner dan Bettelhem (1967), dalam Andriani (2003) menganggap autisme sebagai akibat hubungan yang dingin atau tidak akrab antara orang tua dan anak. Orang tua yang emosional, kaku, obsesif dapat menyebabkan anaknya menjadi autistik.

Teori Biologik menyatakan bahwa autisme disebabkan salah satunya oleh sesuatu yang bersifat organik (Kaminska, Czaja, Kozielska, Mazur, & Korzon, 2002). Diantaranya oleh faktor genetik, dimana keluarga yang terdapat anak autisme memiliki resiko yang lebih tinggi dibandingkan populasi keluarga normal. Handojo (2008) menambahkan bahwa faktor genetika memang merupakan salah satu penyebab, namun tidak selalu pada kromosom yang sama. Sementara Baron (1994) menyatakan telah menemukan bahwa penyandang autisme memiliki kondisi genetik berupa *Fragile X Syndroma*, *Phenilketonuria*, *Tuberous Sclerosi* dan *Neurofibromatosis*.

Autisme dapat pula diakibatkan oleh kondisi selama kehamilan sampai dengan proses kelahiran. Pendarahan pada masa kehamilan awal, penggunaan obat-obatan selama kehamilan, gangguan pernapasan dan anemia, proses kelahiran yang lama dan pemakaian forcep juga dapat menjadi pemicu autisme karena mengakibatkan gangguan nutrisi dan oksigenasi pada janin (Handojo,

2008). Teori lain yang disampaikan oleh Geier dan Geier (2004) menyatakan kondisi kesehatan seperti infeksi ringan sampai berat pada bayi, pemaparan zat merkuri melalui pengawet yang digunakan pada imunisasi MMR dan hepatitis B, logam berat, bahkan protein susu sapi dan tepung terigu dapat menjadi faktor timbulnya autisme.

Faktor biologik lain yang sangat penting adalah neuro anatomi dan struktur serta biokimiawi otak. Adanya gangguan atau disfungsi sel-sel otak selama dalam kandungan yang pada fase pembentukan organ-organ, yaitu pada usia kehamilan trimester pertama, dimana otak baru mulai terbentuk pada usia kehamilan 15 minggu. Gangguan pada proses pembentukan tersebut belum dapat dipastikan penyebabnya, bisa karena infeksi virus dan jamur (*toksoplasmosis, rubella, candida*, dan lain-lain), logam berat (*Pb, Al, Hg, Cd*), zat aditif (MSG, pengawet, pewarna), obat-obatan, jamu peluntur, serta hiperemesis. Selain itu ditemukan adanya abnormalitas pada otak anak autisme. Penelitian yang dilakukan oleh para pakar menyebutkan kelainan terletak pada *lobus parietalis, cerebellum* (otak kecil) dan sistem limbik dan sebanyak 43% anak autisme mempunyai kelainan pada *lobus parietalis* otak yang menyebabkan anak tidak peduli terhadap lingkungannya (Handojo, 2008). Kelainan pada otak kecil, terutama *lobus VI* dan *VII* menyebabkan turunnya daya ingat, berpikir, belajar berbahasa dan proses atensi.

Kurangnya jumlah sel purkinje di otak kecil menyebabkan terjadinya gangguan *serotonin* dan *dopamin*. Akibatnya terjadi kekacauan penghantaran *impuls* di otak. *Hypocampus* dan *amygdala* pada sistem limbik yang mengalami kelainan menyebabkan anak menjadi menjadi kurang dapat mengontrol emosi,

seringkali terlalu agresif dan sangat pasif. Fungsi belajar dan daya ingat juga terganggu bila *amygdala* mengalami kerusakan.

2.1.3 Manifestasi Klinis Autisme

Anak autisme mempunyai pertanda dalam gangguan kelainan, seperti yang diungkapkan pada buku Penatalaksanaan Holistik Autisme tahun 2003 seperti dalam aspek:

- a. Komunikasi
 - a) Perkembangan bahasa lambat atau sama sekali tidak ada
 - b) Anak tampak seperti tuli, sulit berbicara atau pernah berbicara tapi kemudian sirna
 - c) Kadang kata – kata yang digunakan tidak sesuai artinya
 - d) Mengoceh tanpa arti berulang – ulang, dengan bahasa yang tidak dapat dimengerti orang lain
 - e) Bicara tidak dipakai untuk alat komunikasi
 - f) Senang meniru atau membeo (echoladia)
 - g) Bila senang meniru hafal benar kata – kata atau nyanyian tersebut tanpa mengerti artinya
 - h) Sebagian dari anak ini tidak berbicara (non – verbal) atau sedikit berbicara (kurang verbal) sampai usia dewasa
 - i) Senang menarik – narik tangan orang lain untuk melakukan apa yang ia inginkan, misalnya bila ingin meminta sesuatu.
- b. Interaksi sosial
 - a) Penyandang autistic lebih suka menyendiri
 - b) Tidak ada atau sedikit kontak mata, menghindar untuk bertatapan

- c) Tidak tertarik untuk bermain bersama teman
- d) Bila diajak bermain ia tidak mau dan menjauh
- c. Gangguan sensoris
 - a) Sangat sensitive terhadap sentuhan, seperti tidak suka dipeluk
 - b) Bila mendengar suara keras langsung menutup telinga
 - c) Senang mencium – cium, menjilat mainan atau benda – benda
 - d) Tidak sensitif terhadap rasa sakit dan rasa takut.
- d. Pola bermain
 - a) Tidak bermain seperti anak–anak pada umumnya
 - b) Tidak suka bermain dengan anak–anak sebayanya
 - c) Tidak kreatif, tidak imajinatif
 - d) Tidak bermain sesuai fungsi mainan misalnya sepeda dibalik lalu rodanya diputar–putar
 - e) Senang akan benda–benda yang berputar, seperti kipas angin, roda sepeda
 - f) Dapat sangat lekat dengan benda–benda tertentu yang dipegang terus dan dibawa kemana–mana.
- e. Perilaku
 - a) Dapat berperilaku berlebihan (hiperaktif) atau kekurangan (hipoaktif)
 - b) Memperlihatkan perilaku stimulasi diri seperti bergoyang–goyang, mengepakan tangan seperti burung, berputar–putar, mendekatkan mata ke pesawat TV, lari/ berjalan bolak balik, melakukan gerakan berulang–ulang
 - c) Tidak suka pada perubahan

d) Dapat pula duduk bengong dengan tatapan kosong.

f. Emosi

- a) Sering marah – marah tanpa alasan yang jelas, tertawa – tawa, menengis tanpa alasan
- b) Temper tantrum (mengamuk tak terkendali) jika dilarang atau tidak diberikan keinginannya
- c) Kadang suka menyerang dan merusak
- d) Kadang – kadang anak berperilaku yang menyakiti dirinya sendiri
- e) Tidak mempunyai empati dan tidak mengerti perasaan orang lain.

2.1.4 Klasifikasi

Autisme termasuk dalam klasifikasi Autism Spectrum Disorder (ASD) dan dituangkan dalam DSM-IV (Handojo, 2008). Klasifikasi tersebut yaitu:

- a. Autisme (Autistic Disorder/Classic Autism), suatu keadaan dimana anak mengalami ketidakmampuan dalam bersosialisasi dan berkomunikasi sampai dengan umur tiga tahun, mempunyai daya imajinasi tinggi dalam bermain, dan mempunyai perilaku, minat serta aktifitas yang unik (aneh). Kelainan ini sering disertai dengan keterlambatan kemampuan bicara meskipun tingkat kecerdasannya berada pada tingkat normal atau di atas normal.
- b. Pervasive Development Disorder Not Otherwise Specified (PPD-NOS), dikenal juga dengan autisme yang tidak umum, karena diagnosa ditegakkan jika anak tidak memenuhi kriteria diagnosis yang ada tetapi ditemui keanehan pada perilakunya (Autism Society Canada, 2005). Anak

dengan PPD-NOS menampilkan gejala gangguan alam hal komunikasi, interaksi dan perilaku, namun gejalanya tidak sebanyak autisme. Bila dinilai dari ualitasnya relatif lebih ringan sehingga anak masih mampu bertatap mata, ekspresi muka tidak datar dan masih bisa diajak bergurau (Yayasan Autisme Indonesia, 2007).

- c. Kelainan Rett (Rett's Syndrome), kelainan yang bersifat progressif, pada awalnya pertumbuhan tampak normal namun secara perlahan kemampuan yang telah dikuasai menurun dan akhirnya menghilang. Khususnya kemampuan menggunakan tangan yang telah dikuasai dengan baik berubah menjadi pergerakan tangan berulang-ulang yang tidak terkendali pada usia satu sampai empat tahun. Sering disertai dengan gangguan komunikasi dan penarikan diri secara sosial. Gejala khas pada Rett,s syndrome adalah gerakan tangan terus-menerus seperti orang yang sedang mencuci baju yang hanya berhenti bila anak tidur. Kelainan ini hanya dialami oleh anak perempuan.
- d. Kelainan Disintegrasi Masa Kanak-Kanak (Childhood Disintegrative Disorder), kelainan ini hampir sama dengan Rett,s Syndrome, yaitu ditandai dengan pertumbuhan yang normal pada usia satu sampai dua tahun, kemudian kemampuan yang telah dikuasai dengan baik mrnghilang secara perlahan, namun meliputi hampir berbagai kemampuan pertumbuhan.
- e. Sindrome Asperger, suatu gejala kelainan perkembangan saraf otak dan menunjukkan gejala perilaku yang mirip dengan autisme dan mengalami kekurangan dalam berkomunikasi. Ciri khas sindroma Asperger adalah

memiliki obsesi yang kuat pada benda tertentu, sifat yang kaku tentang suatu aturan dan marah bila ada yang melanggar aturan tersebut. Anak kurang tertarik untuk berinteraksi dengan teman sebaya dan lebih senang berinteraksi dengan buku atau komputer. Anak dengan sindroma Asperger jarang menunjukkan gerakan motorik yang aneh seperti mengepak-ngepak atau melompat-lompat (Yayasan Autisme Indonesia, 2007).

2.1.5 Kriteria Diagnostik

Pada dasarnya gangguan autisme tergolong dalam gangguan perkembangan pervasif, namun bukan satu-satunya golongan yang termasuk dalam gangguan perkembangan pervasif (*Pervasive Developmental Disorder*) menurut DSM IV (1995). Namun dalam kenyataannya hampir keseluruhan golongan gangguan perkembangan pervasif disebut oleh para orangtua atau masyarakat sebagai Autisme. Padahal di dalam gangguan perkembangan pervasif meski sama-sama ditandai dengan gangguan dalam beberapa area perkembangan seperti kemampuan interaksi sosial, komunikasi serta munculnya perilaku stereotipe, namun terdapat beberapa perbedaan antar golongan gangguan autistik (*Autistic Disorder*) dengan gangguan Rett (*Rett's Disorder*), gangguan disintegratif masa anak (*Childhood Disintegrative Disorder*) dan gangguan Asperger (*Asperger's Disorder*).

Gangguan autistik berbeda dengan gangguan Rett dalam rasio jenis kelamin penderita dan pola berkembangnya hambatan. Gangguan Rett hanya dijumpai pada wanita sementara gangguan Autistik lebih banyak dijumpai pada pria dibanding wanita dengan ratio 5 : 1. Selanjutnya pada sindroma Rett dijumpai pola perkembangan gangguan yang disebabkan perlambatan pertumbuhan kepala

(*head growth deceleration*), hilangnya kemampuan ketrampilan tangan dan munculnya hambatan koordinasi gerak. Pada masa prasekolah, sama seperti penderita autistik, anak dengan gangguan Rett mengalami kesulitan dalam interaksi sosialnya. Selain itu gangguan Autistik berbeda dari Gangguan Disintegratif masa anak, khususnya dalam hal pola kemunduran perkembangan. Pada Gangguan Disintegratif, kemunduran (regresi) terjadi setelah perkembangan yang normal selama minimal 2 tahun sementara pada gangguan autistik abnormalitas sudah muncul sejak tahun pertama kelahiran. Selanjutnya, gangguan autistik dapat dibedakan dengan gangguan Asperger karena pada penderita asperger tidak terjadi keterlambatan bicara. Penderita Asperger sering juga disebut dengan istilah “ High Function Autism” , selain karena kemampuan komunikasi mereka yang cukup normal juga disertai dengan kemampuan kognisi yang memadai.

Gejala autisme masa kanak dapat dideteksi berdasarkan kriteria Diagnostic and Statistic Manual (DSM) IV (Handojo, 2008) yaitu sebagai berikut:

- a. Harus ada sedikitnya enam gejala, dengan minimal dua gejala dari setiap kelompok dari item a) dan masing-masing satu gejala dari item b) dan c).
 - a) Gangguan kualitatif dalam interaksi sosial yang timbul balik.

Minimal harus ada dua gejala dari gejala-gejala di bawah ini:

- 1) Tidak mampu menjalin interaksi sosial yang cukup memadai: kontak mata sangat kurang, ekspresi muka kurang hidup, gerak-gerik yang kurang tertuju.
- 2) Tidak bisa bermain dengan teman sebaya
- 3) Tidak dapat merasakan apa yang dirasakan orang lain.

- 4) Kurangnya hubungan sosial dan emosional yang timbal balik.
- b) Gangguan kualitatif dalam komunikasi seperti ditunjukkan oleh minimal satu dari gejala-gejala di bawah ini:
- 1) Bicara terlambat atau bahkan sama sekali tidak berkembang (dan tidak ada usaha untuk mengimbangi komunikasi dengan cara lain tanpa bicara).
 - 2) Jika bisa bicara, bicaranya tidak dipakai untuk komunikasi.
 - 3) Sering menggunakan bahasa yang aneh dan diulang-ulang.
 - 4) Cara bermain kurang variatif, kurang imajinatif dan kurang bisa meniru.
- c) Suatu pola yang dipertahankan dan diulang-ulang dari perilaku, minat dan kegiatan. Sedikitnya harus ada satu dari gejala di bawah ini:
- 1) Mempertahankan satu minat atau lebih dengan cara yang sangat khas dan berlebih-lebihan
 - 2) Terpaku pada suatu gerakan yang ritualistik yang tidak ada gunanya.
 - 3) Ada gerakan-gerakan aneh yang khas dan diulang-ulang.
 - 4) Seringkali sangat terpukau pada bagian-bagian benda.
- b. Sebelum berumur tiga tahun tampak adanya keterlambatan atau gangguan dalam bidang:

- a) Interaksi sosial
 - b) Bicara dan berbahasa
 - c) Cara bermain yang kurang imajinatif
- c. Bukan disebabkan oleh Sindroma Rett atau gangguan Disintegratif Masa Kanak

Dengan mempelajari kriteria diagnostik di atas, sebenarnya tidaklah terlalu sulit untuk menentukan apakah seorang anak termasuk penyandang autisme atau gangguan perkembangan lainnya. Namun kesalahan diagnosis masih sering terjadi terutama pada autisme ringan yang umumnya disebabkan adanya tumpang tindih gejala. Sebagai contoh, penyandang hiperaktivitas dengan konsentrasi yang kurang terfokus kadang kala juga menunjukkan keterlambatan bicara dan bila dipanggil tidak selalu berespon sesuai yang diharapkan. Demikian juga bagi penderita retardasi mental yang moderate, severe dan profound mereka menunjukkan gejala yang hampir sama dengan autisme seperti keterlambatan bicara, kurang adaptif dan impulsif.

2.1.6 Penatalaksanaan Autisme

Dalam proses penatalaksanaan autisme, terapi yang dilakukan sejak dini dapat menghilangkan gejala yang umumnya terjadi pada anak autisme, hingga akhirnya si anak bisa belajar dengan si anak lainnya yang lahir dengan normal. Diantara lain terapi yang dapat dilakukan adalah (Sutadi, dkk, 2003):

a. Fisioterapi

Penderita autisme biasanya juga mengalami gangguan pada motorik kasarnya (selain motorik halus), problem yang kerap timbul antara lain anak autisme tidak bisa berjalan dengan menjejakkan telapak kakinya ke lantai

(berjalan jinjit). Anak autisme juga kerap sulit mencontoh gerakan yang diperagakan, misalnya memainkan tangan, kaki, atau kepala karena itulah dilakukan terapi fisioterapi.

Bentuk terapi latihan fisik ini antara lain senam untuk menguatkan otot, peregangan, pijatan di daerah otot yang tegang, dan latihan kesembuhan. Pelaksanaannya berbeda untuk tiap penderita autisme, tergantung masalah yang dialami pada anak autisme dikarenakan ada anak autisme yang hiperaktif atau sebaliknya hipoaktif dan malas bergerak.

b. Terapi Okupasi

Penderita autisme pada umumnya mengalami gangguan motorik, untuk mengembangkan motorik halusnya ada beberapa latihan yang harus dilakukan melalui terapi okupasi ini, antara lain berkonsentrasi menyusun berbagai macam barang-barang kecil yang melibatkan kerja otak, mata, dan tangan secara bersama-sama. Untuk melatih motorik tangan, penderita autisme juga diajar cara memegang pensil, pulpen, atau sendok dengan benar. Pada terapi ini, biasanya diajarkan juga melakukan kegiatan sehari-hari seperti memakai topi, sepatu, dan baju. Juga bagaimana cara makan dan minum tanpa bantuan orang lain, membedakan benda-benda yang kasar dan halus, serta melatih indra penciuman seperti mencium bau-bauan atau wangi-wangian.

c. Terapi Tingkah Laku

Patuh adalah salah satu kesulitan yang sering dialami penderita autisme. Terapi tingkah laku meliputi pelbagai hal, misalnya diajarkan bagaimana duduk diam dengan tangan dilipat diatas meja. Biasanya terapis akan menggunakan kalimat perintah yang agak keras untuk membuat agar

berkonsentrasi. Penderita autisme lebih banyak tenggelam dalam dunianya sendiri dan karena itu akan diajak berkomunikasi dengan orang lain melalui kontak mata.

Salah satu metode yang dipakai untuk mengajarkan terapi tingkah laku adalah Applied Behavior Analysis (ABA) atau sering disebut pula metode Lovaas, dengan cirinya berstruktur, terarah, dan terukur. Metode ini memudahkan orang tua memantau perkembangan anaknya. Materi yang diajarkan antara lain adalah memasang benda-benda seperti piring dengan gelas dan mengidentifikasi benda-benda sekitar, misalnya penderita autisme diminta mengambil benda yang disebutkan serta melakukan pekerjaan yang diperintahkan. Selain itu, diajarkan pengetahuan akademis dalam tingkat yang sederhana, misalnya belajar mengenal huruf dan angka. Metode ini juga mengajari anak autisme memfokuskan perhatian dan bersosialisasi dengan teman-temannya, dua hal yang sulit dilakukan oleh penderita.

d. Terapi Air

Penderita autisme umumnya takut dengan air, padahal latihan yang dilakukan di kolam renang bisa membantu memulihkan kondisi fisik penderita autisme lebih cepat daripada di darat. Disebabkan tekanan di dalam air membantu mengencangkan otot-otot, terutama di bagian lengan dan kaki. Gerakan yang dilakukan sebagian besar hampir sama dengan fisioterapi, antara lain senam dan pemanasan, bila penderita telah mampu mengatasi rasa takut berada di dalam air, latihan akan dilanjutkan dengan gerakan-gerakan berenang.

e. Terapi Musik

Terapi musik bisa digunakan sebagai alat bantu untuk memecahkan kebuntuan komunikasi pada anak autisme, musik adalah alat ampuh untuk mengembangkan kepekaan suara dan mendongkrak kemampuan berbahasa pada anak. Selain itu, terapi ini bisa mendobrak dinding yang seolah memisahkan anak dengan lingkungannya dan mengajari bersosialisasi. Metode yang dilakukan antara lain mengenalkan musik melalui bunyi atau lagu kemudian anak akan meniru lagu yang diputar dan melakukan gerakan seperti lagu, cara ini bisa meningkatkan fungsi indera pendengaran dan merangsang kemampuan berbicara.

f. Terapi Medikamentosa

Dalam pelaksanaan terapi ini, tidak bisa dilakukan tanpa pengawasan dokter yang berwenang. Pemberian obat-obatan ataupun vitamin dosis tinggi tidak boleh sembarangan, disebabkan dampak yang akan terjadi pada tiap penderita berbeda-beda, terapi ini bergantung pada gangguan yang terjadi.

Ada beberapa gejala yang sebaiknya dihilangkan dengan pemberian obat-obatan, yaitu saat anak terlalu hiperaktif, menyakiti diri sendiri dan orang lain (agresif), merusak, dan sulit tidur. Meskipun terapi ini dijalankan tidak menjamin kesembuhan penderita autisme, emlainkan untuk menghilangkan gejala saja. Pemberian vitamin B (B6 dan B12) dosis tinggi pada anak autisme dapat menimbulkan dampak positif, sedangkan untuk obat-obatan biasanya digunakan obat antidepresi yang dapat meningkatkan jumlah seretonin di dalam otak.

g. Terapi wicara

Kemampuan berbicara autisme berkembang sangat lambat, saat anak normal sudah pandai bercerita, anak autisme biasanya sulit sekali bersuara sekalipun sepetah kata. Kalaupun akhirnya mengoceh, suara dari bibir mereka terdengar aneh dan sering seperti gumaman yang sulit dimengerti. Ada sejumlah latihan yang mesti dilakukan, antara lain bertepuk tangan dengan ritme yang berbeda-beda, mengimitasi bunyi vokal, mengimitasi kata dan kalimat, belajar mengenal kata benda dan sifat, merespon bunyi-bunyi dari lingkungan sekitar dan mencoba membedakannya, mengembangkan organ artikulasi belajar berbagai ekspresi yang mewakili perasaan (sedih, senang, cemas, sakit, dan marah), berlatih mengangguk untuk mengatakan 'ya' dan menggeleng untuk 'tidak', juga belajar merangkai kata, frase, dan kalimat. Untuk alat bantu dalam terapi wicara, biasanya digunakan gambar ataupun benda. Dengan terapi wicara, kemampuan berbicara anak autisme jadi terdongkrak. Mereka yang telah menjalani terapi ini akan mudah bercakap-cakap, bahkan ada beberapa anak autisme yang kemampuan bahasanya diatas anak-anak normal sebayanya.

h. Terapi Diet

Mengatur pola makan adalah hal penting lainnya yang harus dilakukan para penderita, ada beberapa makanan yang harus dihindari antara lain cemilan yang mengandung gluten (gluten adalah protein yang didapat dari tepung terigu seperti sereal gandum, barley, dan oat, juga makanan yang dibuat dari olahan tepung terigu seperti mie, roti, dan kue keju), kasein (protein yang berasal dari susu hewan serta hasil olahannya seperti keju, susu

asam dan mentega. Sebagai gantinya bisa diberikan susu yang diolah dari kedelai, kentang, almon, dan lain-lain), serta zat lain seperti penambah rasa, pewarna makanan, gula intesis, dan ragi yang digunakan untuk fermentasi makanan.

2.2 Konsep Orang Tua

2.2.1 Definisi Orang tua

Orang tua adalah komponen keluarga yang terdiri dari ayah dan ibu, dan merupakan hasil dari sebuah ikatan perkawinan yang sah yang dapat membentuk sebuah keluarga. Orang tua memiliki tanggung jawab untuk mendidik, mengasuh dan membimbing anak-anaknya untuk mencapai tahapan tertentu yang menghantarkan anak untuk siap dalam kehidupan bermasyarakat.

Sedangkan pengertian orang tua di atas, tidak terlepas dari pengertian keluarga, karena orang tua merupakan bagian keluarga besar yang sebagian besar telah tergantikan oleh keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak.

Menurut Depkes RI (1988), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan ketrgantungan. Menurut Baylon G.S & Maglaya A. (1989), Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hibungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan didalam peranya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan.

2.2.2 Peran Orang Tua

Menurut Gunarsa (1995) dalam keluarga yang ideal (lengkap) maka ada dua individu yang memainkan peranan penting yaitu peran ayah dan peran ibu, secara umum peran kedua individu tersebut adalah :

a. Peran ibu adalah:

- 1) Memenuhi kebutuhan biologis dan fisik
- 2) Merawat dan mengurus keluarga dengan sabar, mesra dan konsisten
- 3) Mendidik, mengatur dan mengendalikan anak
- 4) Menjadi contoh dan teladan bagi anak

b. Peran ayah adalah

- 1) ayah sebagai pencari nafkah
- 2) ayah sebagai suami yang penuh pengertian dan memberi rasa aman
- 3) ayah berpartisipasi dalam pendidikan anak
- 4) ayah sebagai pelindung atau tokoh yang tegas, bijaksana, mengasihi keluarga

2.2.3 Peran Orang Tua Bagi Anak Autisme

Marijani (2003) menyatakan bahwa memberikan penanganan yang tepat dan terarah serta sedini mungkin pada anak penyandang autisme berarti memberikan kesempatan yang semakin besar pada mereka untuk dapat hidup mandiri masa depan yang lebih baik. Banyak hal yang bisa dan harus dilakukan orang tua anak autisme (Danuatmaja, 2003):

- a) Memastikan diagnosis sekaligus mengetahui ada tidaknya gangguan lain pada anak untuk ikut diobati
- b) Membina komunikasi dengan dokter yang menangani anak.

Kerjasama orang tua dengan dokter, keterbukaan dan kejujuran orang tua mengenai kondisi anak dan kesediaan mengikuti aneka pengobatan atau treatment yang disarankan akan mempengaruhi kemajuan anaknya dan merupakan syarat mutlak.

- c) Orang tua juga harus memperkaya pengetahuannya mengenai autisme, terutama pengetahuan mengenai terapi yang tepat dan sesuai untuk anak. Orang tua hendaknya juga menguasai terapi, karena orang tua selalu bersama anak sedangkan pengajar atau terapis hanya sesaat atau bergantian. Berdasarkan pengalaman beberapa ahli autis di Jakarta, orang tua yang ikut melaksanakan terapi secara intensif terhadap anaknya, akan memperoleh hasil yang memuaskan, yakni anak menunjukkan kemajuan yang sangat pesat.
- d) Orang tua juga harus bertindak sebagai manager saat terapi dilakukan, misalnya mempersiapkan kamar khusus, mencari dan wawancara terapis, mengatur jadwal, melakukan evaluasi bersama tim terapis, juga memutuskan segala sesuatu yang berkaitan dengan pendidikan, terapi, dan pengobatan anak.

2.2.4 Tanggung Jawab Orang Tua Anak Autisme

Mangunsong (1998) mengungkapkan, orang tua anak berkebutuhan khusus termasuk autisme memiliki beberapa tanggung jawab, antara lain:

- a) Sebagai pengambil keputusan

Tidak ada terapi yang dilakukan untuk anak autisme tanpa persetujuan orang tua. Orang tua memiliki hak dan tanggung jawab untuk memilih berbagai alternatif terapi yang paling cocok dan sesuai dengan kondisi anak. Demikian

pula dengan pendidikan anak autisme, orang tua yang berhak dan bertanggung jawab mengambil keputusan tersebut.

b) Sebagai orang tua

Tanggung jawab orang tua sebagai orang tua meliputi:

- 1) Proses penyesuaian diri. Sebagai orang tua hendaknya dapat menyesuaikan diri sebagai orang tua dari anak autisme. Hal ini perlu agar orang tua dapat memahami bagaimana seharusnya bersikap dan berperilaku terhadap anak autisme.
- 2) Sosialisasi anak. Orang tua sebaiknya bersikap terbuka mengenai kondisi anak pada lingkungannya, agar lingkungan dapat memperoleh pemahaman yang benar mengenai kondisi anak, dan tidak memperlakukan secara negatif terhadap anak autisme.
- 3) Memperhatikan hubungan dengan saudara-saudara anak autisme. Orang tua memberikan pemahaman kepada saudara anak autisme mengenai kondisi saudaranya yang autisme. Diharapkan saudara-saudaranya memiliki kesan positif dan bersikap optimis terhadap saudaranya maupun diri sendiri. Dengan demikian mereka bisa menerima keberadaan saudaranya yang autisme secara wajar dalam arti memahami kebutuhan dan keinginan saudaranya yang autisme.
- 4) Merencanakan masa depan dan perwalian.

c) Sebagai guru

Orang tua memiliki tanggung jawab sebagai guru, didasari beberapa alasan sebagai berikut:

- 1) Orang tua mempunyai pengaruh kuat terhadap anak-anaknya.

- 2) Orang tua memiliki pengetahuan yang lebih baik dan banyak mengenai anaknya sendiri dibanding orang lain.
- 3) Orang tua memiliki lebih banyak waktu bersama anaknya dibanding pihak lain.
- 4) Efektifitas intervensi pendidikan akan lebih meningkat apabila orang tua rela membantu melanjutkan latihan ketrampilan yang telah dilakukan di sekolah.
- 5) Orang tua akan menemukan kebahagiaan tersendiri apabila mereka dapat turun langsung membantu kemajuan perkembangan anaknya

d) Sebagai advocate

Tanggung jawab sebagai advocate maksudnya adalah kesanggupan orang tua untuk bertanggung jawab sebagai pendukung dan pembela kepentingan anaknya yang autisme. Keterbatasan yang ada pada anak autisme membuat mereka seringkali berada dalam posisi yang kepentingannya dirugikan.

2.3 Konsep Koping

2.3.1 Definisi Koping

Koping adalah suatu proses pengelolaan eksternal dan internal yang dimulai sebagai beban atau melebihi sumber yang dimiliki seseorang (Hamid, 1997). Sedangkan menurut La Zarus, dikutipkan oleh Smet (1994), koping adalah suatu proses dimana individu mencoba untuk mengelola jarak yang ada antara tuntutan (baik itu tuntutan dari individu maupun tuntutan yang berasal dari lingkungan). Dengan sumber-sumber daya yang ada yang mereka gunakan dalam menghadapi situasi stressfull. Dalam rentang ini, koping merupakan proses

penyelesaian masalah yang bersifat statis, tapi berubah dalam kualitas dan kuantitas sesuai dengan perubahan penilaian kognitif yang berkesinambungan.

2.3.2 Pembentukan Koping

Perilaku koping terbentuk melalui perubahan cara berpikir (kognitif), perubahan perilaku atau lingkungan yang bertujuan untuk menyelesaikan stress yang dihadapi (Keliat, 1998). Perilaku koping juga terbentuk melalui proses belajar, mengingat dan relaksasi. Belajar di sini adalah kemampuan menyesuaikan diri (adaptasi) pada pengaruh faktor internal dan eksternal (Nursalam, 2003; Putra, 2003). Tahap – tahap pembentukan koping yaitu:

1) Input

Input berasal dari internal individu dan diidentifikasi sebagai suatu stimulus yang merupakan unit informasi, kejadian atau energi dari lingkungan. Sejalan dengan adanya stimulus, tingkat adaptasi individu direspon sebagai suatu input dalam system adaptasi. Tingkat adaptasi tersebut tergantung dari stimulus yang didapat berdasar kemampuan individu. Tingkat respon antara individu sangat unik dan bervariasi tergantung pengalaman yang didapat sebelumnya, status kesehatan dan stressor yang diberikan (Nursalam, 2003). Input disini adalah keluarga dengan anak autisme yang merupakan stimulus sehingga keluarga membentuk koping terhadap masalahnya tersebut.

2) Proses

Mekanisme koping digunakan untuk menjelaskan proses kontrol dari individu sebagai suatu sistem adaptasi. Beberapa mekanisme koping adalah genetik, misalnya sel – sel darah putih dalam melawan bakteri yang masuk

dalam tubuh. Mekanisme lainnya adalah penggunaan antiseptik mengobati luka. Mekanisme tersebut terdiri dari sistem regulator dan kognator (Nursalam, 2003).

Sistem regulator mempunyai komponen input, proses internal dan output. Stimulus input berasal dari dalam atau luar individu. Perantara sistem regulator dinamakan kimiawi, saraf atau endokrin. Reflek otonomik, sebagai respon neural berasal dari batang otak dan spinal cord, diartikan sebagai perilaku output dari sistem regulasi. Organ target (endokrin) dan jaringan di bawah kontrol endokrin juga memproduksi perilaku output regulator, yaitu terjadinya juga peningkatan ACTH kemudian diikuti peningkatan kadar kortisol darah. Banyak proses fisiologis dapat diartikan sebagai perilaku subsistem regulator. Contoh proses regulator terjadi ketika stimulus eksternal divisualisasikan dan ditransfer melalui saraf mata menuju pusat saraf otak dan pada bagian bawah pusat saraf otonomik. Saraf simpatetik dari bagian ini mempunyai dampak yang bervariasi pada visseral, termasuk peningkatan tekanan darah dan *heart rate*. Proses ingatan jangka panjang yang terjadi pada keadaan stress yang kronis menimbulkan perubahan adaptasi dari jaringan atau sel. Adaptasi jaringan atau sel imun memiliki hormon kortisol terbentuk bila dalam waktu lain menderita stress (Nursalam, 2003).

Sistem kognator. Stimulus terhadap subsistem kognator juga berasal dari faktor internal dan eksternal. Perilaku *output* subsistem regulator dapat menjadi umpan balik terhadap stimulus subsistem kognator. Proses control kognator mempunyai kontrol berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap persepsi atau proses informasi, pengambilan keputusan dan emosi. Persepsi

proses informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode, dan ingatan. Belajar berhubungan dengan proses imitasi atau meniru dan *reinforcement*. Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan merupakan proses internal yang berhubungan dengan keputusan dan khususnya emosi untuk mencari kesembuhan, dukungan yang efektif dan kebersamaan. Dalam mempertahankan integritas seseorang, regulator dan kognator bekerja secara bersamaan. Tingkat adaptasi seseorang sebagai suatu sistem adaptasi dipengaruhi oleh perkembangan individu dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal akan berdampak baik terhadap tingkat adaptasi individu dan meningkatkan tingkat rangsangan di mana individu dapat merespon secara positif. Mekanisme belajar merupakan proses di dalam sistem adaptasi yang meliputi mempersepsikan suatu informasi dalam bentuk implisit atau eksplisit. Belajar implisit bersifat reflektif dan tidak memerlukan kesadaran. Ini ditemukan pada perilaku kebiasaan, sensitisasi dan keadaan (Nursalam, 2003).

Pada tahap proses ini terjadi rangsangan pada hipotalamus pituitary adrenal aksis sebagai akibat adanya kecemasan (stress) keluarga karena memiliki anak autisme sehingga mereka mempunyai reaksi koping. Perawat sebagai pendidik memberikan pendidikan kesehatan guna membentuk koping yang adaptif bagi keluarga dengan anak autisme.

3) Efektor

Proses internal yang terjadi pada individu sebagai sistem adaptasi disebut sistem efektor. Empat efektor atau gaya adaptasi tersebut meliputi: fisiologi, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan. Mekanisme regulator dan

kognator bekerja pada mode tersebut. Perilaku yang berhubungan dengan mode tersebut merupakan manifestasi dari tingkat adaptasi individu dan mengakibatkan penggunaan mekanisme koping. Dengan mengobservasi perilaku seseorang berhubungan dengan model adaptasi, dapat mengidentifikasi adaptif atau ketidakefektifan respon sehat dan sakit (Nursalam, 2003). Disini terjadi proses adopsi perilaku keluarga berupa penguatan koping setelah diberikan pendidikan kesehatan oleh perawat.

4) Output

Perilaku seseorang berhubungan dengan metode adaptasi. Koping yang tidak konstruktif berdampak pada respon sakit (maladaptif). Jika seseorang masuk pada zona maladaptif maka ia mempunyai masalah adaptasi (Nursalam, 2003). Pada tahap ini terjadi koping yang adaptif jika keluarga dapat beradaptasi dengan baik maupun mal adaptif jika keluarga tidak mampu beradaptasi dengan baik.

2.3.3 Tipe Koping

Tipe koping dengan cemas menurut Bostrom, Schwecke, dan Keltner (1995):

1) Adaptif

Seseorang dapat mengatasi masalah yang merupakan penyebab dari kecemasan tersebut, sehingga cemas menurun atau berkurang.

2) Paliatif

Menurunkan kecemasan seseorang dalam waktu sementara saja tetapi tidak mengatasi masalah yang sedang terjadi. Jadi kemungkinan kecemasan dapat terjadi kembali.

3) Mal Adaptif

Seseorang tidak mampu menurunkan kecemasan dan tidak berusaha atau mencoba mengatasi masalah.

4) Disfungsi

Seseorang tidak berhasil mengurangi kecemasan ataupun masalah yang sedang dihadapi. Bahkan dalam hal ini masalah baru dapat timbul.

Mekanisme penyesuaian ini pada hakekatnya dapat konstruktif dan dapat juga destruktif.

1) Mekanisme penyesuaian yang konstruktif atau adaptif bila kecemasan dianggap sebagai tanda peringatan adanya ketidakberesan dari individu menerima situasi itu sebagai tantangan untuk menjernihkan dan memecahkan masalah yang terselubung dan hasilnya individu tersebut akan sehat.

2) Mekanisme penyesuaian yang destruktif atau mal adaptif bila kecemasan dipakai untuk melindungi seseorang dari kecemasan tanpa memecahkan konflik penyebab dan hasilnya individu tersebut akan sakit.

2.3.4 Komponen Koping

Efek dari stress adalah individu langsung melakukan suatu koping.

Perilaku koping dibagi dalam tiga komponen, yaitu:

1) Komponen Biologi

Tubuh mempunyai cara koping dalam merespon stress dari stimulus lingkungan yang diterima persepsi individu melalui sistem neuroendokrin.

Koping melalui sistem neuroendokrin yaitu sympatetik adrenal respon yang mensekresikan katekolamin (epineprin dan norepineprin) dan pituitary adrenal

respon yang mensekresikan kortikosteroid (Frankenhouser, 1986 dikutip Mattlin 1990).

2) Komponen Kognitif

Pendekatan kognitif dalam melakukan koping adalah proses mental individu menafsirkan situasi yang potensial mengancam, membahayakan, menantang, atau memuaskan. Dimana tingkat dalam menafsirkan tersebut menentukan tingkat stress dan strategi koping yang digunakan individu dalam merespon stress (Lazarus dan Folkman, 1984 dikutip dari Hamid, A.,1997). Ada dua tipe dalam menafsirkan situasi, yaitu primer dan sekunder.

Menafsirkan situasi yang primer adalah membuat individu secara sadar mengevaluasi keadaan yang mengancam atau menantang, melukai atau kehilangan. Sedangkan sekunder dilakukan ketika individu menayakan pada dirinya "apa yang dapat saya lakukan" dengan mengevaluasi sumber koping yang dimilikinya.

3) Komponen Belajar

Learned komponen dalam koping menggunakan semua teori belajar dalam sosial. Motivasi dan perilaku sosial adalah hasil reinforcement dari pengalaman belajar. Fenomena pengalaman yang menyedihkan ada hubungannya dengan depresi dan implikasi dan perubahan sosial dan budaya di masyarakat dapat menyebabkan stress. Tetapi proses belajar juga dapat digunakan untuk tehnik mengelola stressor.

2.3.5 Jenis Mekanisme Koping

Ketika seseorang mengalami stress, akan menggunakan mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya dan ketidak mampuan mengatasi secara

konstruktif merupakan penyebab terjadinya perilaku patologis (Stuart and Sundeen, 1998). Koping yang cenderung digunakan seseorang untuk mengatasi stress akan cenderung tetap digunakan ketika stress itu meningkat. Cara penyesuaian atau mekanisme pembelaan adalah dua jenis mekanisme (Stuart and Sundeen, 1998):

1) Task Oriented (Berorientasi pada tugas)

Reaksi yang berorientasi pada tugas adalah bijaksana dalam menyelesaikan masalah, menyelesaikan konflik dan realitas dalam memenuhi tuntutan situasi stress yang dinilai secara objektif. Reaksi orientasi pada tugas pada tugas dibagi 3 yaitu:

- (1) Perilaku menyerang, dimana seseorang berusaha untuk menggantikan atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan. Jenis reaksi ini mungkin bisa destruktif atau konstruktif. Destruktif bisa digambarkan perilaku negatif sedangkan konstruktif menggambarkan pendekatan penyelesaian masalah.
- (2) Perilaku menarik diri dapat digunakan secara fisik maupun psikologis untuk memindahkan seseorang dari sumber stress. Secara fisik, penarikan kembali seseorang terhadap sumber stress dan dapat juga digunakan terhadap stressor biologis misalnya menghindari dari ruangan yang penuh asap atau menghindar dari penularan terhadap penyakit menular dan secara fisiologis misalnya mengakui kekalahan.
- (3) Perilaku kompromi itu sangat perlu dalam situasi yang tidak dapat diselesaikan melalui penyerangan atau penarikan diri. Reaksi ini dapat mengubah atau mengembalikan aspek kebutuhan personal seseorang.

Reaksi kompromi biasanya membangun dan seringkali digunakan didalam pendekatan-pendekatan dan situasi penghindaran.

2) Mekanisme Pertahanan Ego

Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi stress ringan dan sedang. Tetapi jika berlangsung pada tingkat tidak sadar, berlangsung lama, melibatkan penipuan diri, dan distorsi realita, maka mekanisme ini dapat merupakan respon mal adaptif terhadap stress. Mekanisme ini sebenarnya tidak realistik, tidak menyesuaikan dalam arti kata secara realitas menanggulangi masalah penyesuaian itu (tidak seperti reaksi yang berorientasi pada tugas), tetapi mengandung banyak unsur penipuan diri sendiri.

Beberapa mekanisme pertahanan ego yang sering digunakan adalah sebagai berikut:

(1) Kompensasi

Proses dimana seseorang dengan citra diri yang kurang berupaya menggantikannya dengan menekan pada kelebihan lain yang dimilikinya.

(2) Mengingkari

Menghindarkan realitas ketidaksetujuan dengan mengabaikan atau menolak untuk mengenalinya, kemungkinan merupakan mekanisme pertahanan yang paling sederhana dari primitif.

(3) Isolasi

Memisahkan komponen emosional dari pikiran yang dapat temporer atau jangka panjang.

(4) Proyeksi

Mengaitkan pikiran atau impuls dirinya, terutama keinginan yang tidak dapat ditoleransi, perasaan emosional, atau motivasi kepada orang lain.

(5) Rasionalisasi

Memberikan penjelasan yang diterima secara sosial atau tampaknya masuk akal untuk menyesuaikan impuls, perasaan, perilaku, dan motif yang dapat diterima.

(6) Reaksi Formasi

Pembentukan sikap kesadaran dan pola perilaku yang berlawanan dengan apa yang benar-benar dirasakan akan dilakukan oleh orang lain.

(7) Regresi

Menghindari stress terhadap karakteristik perilaku dari tahap perkembangan lebih awal.

(8) Represi

Dorongan involunter dari pikiran yang sering menyakitkan atau konflik, atau ingatan dan kesadaran, pertahanan ego yang primer, yang lebih cenderung memperkuat mekanisme ego yang lainnya.

(9) Mengisar

Tetap sibuk, mengalihkan perhatian pada kegiatan.

(W.F. Maramis, 1998), mekanisme pembelaan ego terdiri dari: fantasi, penyangkalan, rasionalisasi, identifikasi, represi, regresi, proyeksi, salah pindah, pelepasan (undoing).

Selanjutnya dari jenis-jenis koping tersebut dibedakan menjadi dua dengan mengacu pada rentang respon yaitu adaptif dan mal adaptif.

2.3.6 Mekanisme Koping Orang Tua Anak Autisme

Lin, Tsai, & Chang (2008) melakukan penelitian mengidentifikasi mekanisme koping pada orang tua penyandang autisme menunjukkan bahwa ada tiga pokok kategori mekanisme koping diantaranya menata perubahan diri, meningkatkan perawatan untuk anaknya yang autisme, dan mencari dukungan.

Sedangkan penelitian yang telah dilakukan Fitryasari (2008) didapatkan mekanisme koping keluarga dengan anak autisme, keluarga menggunakan strategi koping aktif maupun pasif yang dikelompokkan menjadi cara yang konstruktif dan destruktif. Mekanisme koping aktif yang konstruktif disampaikan bahwa keluarga mencoba cara baru, berusaha lebih sabar, mencoba memandirikan anak, dan aktif mempelajari hal-hal yang baru yang berhubungan dengan perawatan anak autisme. Sementara bentuk strategi koping aktif dengan cara destruktif dilakukan dengan melampiaskan kemarahan secara verbal maupun fisik kepada anak autisme. Sedangkan strategi koping pasif dengan cara konstruktif dengan melakukan pendekatan spiritual, sementara itu bentuk strategi koping pasif dengan cara destruktif dengan membatasi interaksi dengan orang lain.

2.3.7 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Koping

Pearlin dan Schooler, 1978 melakukan penelitian mengidentifikasi mekanisme koping yang digunakan dalam upaya menanggulangi masalah dan mengkaji keberhasilan perilaku koping didasarkan atas tiga fungsi:

- 1) Menghilangkan atau memodifikasi kondisi yang menimbulkan masalah.
- 2) Mengendalikan arti pengalaman yang dipersepsikan
- 3) Mempertahankan konsekuensi emosional agar masih dalam batas kemampuan mengatasinya.

Dalam penelitian tentang faktor yang mempengaruhi strategi koping menurut Vinter (1980) menemukan suatu hubungan yang bermakna antara strategi koping dengan tingkat fungsi keluarga. Sementara Bregmen tahun 1980 menunjukkan bahwa reaksi koping dari orang tua ternyata konsisten dengan kepribadian mereka, pengalaman masa lalu, lingkungan tertentu yang berhubungan dengan kondisi serta arti yang dipersepsikan orang tua terhadap kondisi tersebut. Menurut Taylor (1991) ada dua sumber yang mempengaruhi koping. Sumber-sumber tersebut adalah sumber internal dan eksternal. Sumber internal adalah faktor kepribadian, sedangkan faktor eksternal meliputi uang, dukungan sosial, standart kehidupan. Miller (1985) menyatakan beberapa variable yang mempengaruhi strategi koping adalah intrapersonal, lingkungan dan faktor yang berhubungan kesakitan. Faktor interpersonal termasuk usia, kepribadian, intelegensia, nilai, kepercayaan, status emosional dan pengetahuan. Faktor lingkungan termasuk dukungan sosial dari teman, keluarga, pelayanan kesehatan (perawat, dokter), dan sumber finansial. Sedangkan menurut Brunner & Suddarth (2002) faktor yang mempengaruhi mekanisme koping terdiri dari internal dan eksternal. Internal terdiri dari: system kepercayaan, komitmen atau tujuan hidup, perasaan seperti harga diri, kontrol dan kemahiran, pengetahuan, ketrampilan sosial / komunikasi. Sedangkan eksternal yaitu dukungan sosial dan material. Dukungan sosial sebagai kognitif terdiri dari informasi atau nasehat verbal dan non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima (Gottlieb, 1983).

2.3.8 Strategi Koping Keluarga

Pearlin & Schooler (1978) mengidentifikasi tiga tipe strategi koping yang digunakan secara luas oleh individu-individu dalam menjalankan fungsi sosialnya. Setiap strategi tersebut akan digambarkan dengan suatu komentar menyangkut efektifitasnya dalam mengurangi stress.

Adapun strateginya adalah:

- 1) Tipe yang mengubah situasi yang penuh dengan stress. Tipe strategi koping ini merupakan cara yang langsung mengatasi ketegangan dalam hidup, tipe ini diarahkan untuk mengubah dan mengeliminasi stressor. Pearlin & Schooler memasukkan kepercayaan pada diri sendiri dan upaya mencari bantuan dari orang lain dalam tipe koping ini. Sebaliknya dengan beberapa sifat keberdayaan dari dukungan sosial, mereka menemukan bahwa dalam peran-peran orang tua dan perkawinan, kepercayaan pada diri sendiri lebih efektif dalam mengurangi stress daripada mencari pertolongan dan nasihat dari orang lain. Mungkin mereka yang mengupayakan bantuan dari luar bukanlah orang-orang yang sama seperti mereka yang berhasil mendapatkan bantuan. Itu menunjukkan bahwa karena kita belum tahu kondisi-kondisi dimana bantuan dari orang lain efektif dalam mengubah situasi-situasi yang penuh dengan stress.
- 2) Strategi koping yang kedua terdiri dari strategi yang berfungsi untuk mengontrol makna dari masalah. "Cara sebuah pengalaman dikenali dan makna yang melekat pada pengalaman menentukan luasnya ancaman yang ditimbulkan oleh pengalaman tersebut". Dengan demikian sama boleh jadi sangat membahayakan satu keluarga dan tidak berbahaya lagi bagi yang

lain, tergantung pada kognitif anggota keluarga dan evaperceptual terhadap kejadian (Lazarus et al, 1974)

- 3) Strategi koping yang ketiga adalah termasuk mekanisme-mekanisme yang secara esensial digunakan untuk membantu mengakomodasi dan mengatur stress yang ada, bukan untuk menghadapi masalah stressor itu sendiri. Penggunaan strategi koping biasanya lebih efektif dari memiliki suatu urutan terbatas dari respon-respon koping. Sebuah strategi koping tunggal, tanpa memandang keefektifannya, belum tentu cocok dengan berbagai ketegangan hidup yang dialami.

2.3.9 Meningkatkan Koping

Dengan cara meningkatkan dukungan sosial, meningkatkan kontrol pribadi atau kontrol yang dirasakan, mengatur kehidupan yang lebih baik (misal pengaturan waktu), mempersiapkan diri terhadap kejadian yang penuh stress, fitness, modifikasi perilaku (Leventhal, 1983; Safarino, 1990; Taylor, 1991).

2.3.10 Cara Penyelesaian Masalah Selama Merawat Anak Autisme

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan Fitryasari (2009) mengidentifikasi tiga cara mengatasi masalah selama merawat anak autisme, yaitu modifikasi cara, mekanisme koping yang digunakan dan pemberdayaan keluarga.

1) Modifikasi cara

Modifikasi merupakan suatu cara yang digunakan untuk mengatasi kendala yang ditemui oleh keluarga selama merawat anak dengan autisme. Modifikasi cara dapat dilakukan dalam hal pengobatan, nutrisi, menurunkan emosi dan alasan melakukan modifikasi. Penggunaan modifikasidalam

merawat anak dengan autisme sangat disarankan oleh ASA (2003) dengan dasar pemikiran bahwa tidak ada suatu panduan yang pasti tentang menghadapi tentang bagaimana menghadapi kesulitan selama merawat anak autisme.

Modifikasi cara pengobatan dilakukan oleh beberapa keluarga diantaranya setelah mengetahui ternyata obat yang diberikan tidak memberikan efek samping yang diharapkan. Beberapa keluarga memodifikasi cara penyajian nutrisi dengan cara yang disukai dan menarik bagi anak autisme. Modifikasi cara yang lain dilakukan dengan melakukan distraksi pada perilaku anak yang tidak diharapkan.

2) Mekanisme koping yang digunakan

Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, mekanisme koping yang digunakan menurut penelitian yang dilakukan oleh Fitryasari (2009) yaitu pendekatan spiritual, membatasi interaksi, marah dan mencoba cara baru. Sebagai seorang caregiver dapat menggunakan berbagai strategi koping untuk dapat mengatasi permasalahan yang timbul untuk mencapai tingkat adaptasi yang lebih baik.

3) Pemberdayaan keluarga

Menurut penelitian yang dilakukan Fitryani (2009) ada tiga cara yang telah digunakan keluarga untuk melakukan pemberdayaan keluarga, yaitu komunikasi, bentuk pemberdayaan dan pembagian peran. Sedangkan penelitian yang dilakukan Hulme menyatakan bahwa pemberdayaan keluarga pada anak dengan kondisi kesehatan yang kronis meliputi kemampuan

negosiasi dengan pelayanan kesehatan, pengaturan ulang peran dan tanggung jawab di dalam keluarga, pemenuhan kebutuhan perawatan kesehatan anak dan penggunaan pelayanan kesehatan dengan harga terjangkau.

Sedangkan Jere Yates (dalam Rice, 1992) memberikan nasihat umum untuk bagaimana menghadapi stres atau masalah, yakni sebagai berikut:

- 3) Mempertahankan kesehatan fisik melalui olahraga teratur. Semakin kuat fisik kita maka akan semakin tangguh kita dalam menghadapi stres. Stres sendiri menimbulkan erosi yang besar secara biologis dan mengganggu keseimbangan hormon-hormon dalam tubuh kita. Akibatnya tubuh kita menjadi semakin lemah dan rentan terhadap penyakit.
- 4) Menerima diri sendiri seperti apa adanya yang berkaitan dengan kelebihan dan kelemahan diri, kesuksesan dan kegagalan diri. Sikap penerimaan ini tidak saja meredakan rasa frustrasi kita sehingga menghilangkan emosi-emosi negatif dalam diri kita, tetapi juga akan menciptakan suasana hati yang lebih tenang dan damai dalam diri anda.
- 5) Tetap percaya diri dan mempunyai teman untuk berbagi dalam kesusahan. Dengan demikian kita mempunyai tempat untuk mengutarakan kesulitan-kesulitan yang kita hadapi. Karena setiap masalah yang membebani pikiran dan perasaan akan banyak mereda jika diutarakan kepada orang lain. Ini dinamakan proses katarsis, sebuah proses pelepasan ketegangan-ketegangan yang terdapat dalam pikiran dan perasaan kita. Semakin lama kita memendam permasalahan kita, maka akan semakin berat beban yang akan kita rasakan. Berbagilah dengan orang lain, bukan hanya sekedar

untuk melegakan pikiran dan perasaan namun juga agar kita dapat memperoleh saran-saran dari orang sehingga kita sendiri dapat berpikir dengan jernih dan mendalam.

- 6) Ambil sisi positif dan gunakan pendekatan konstruktif dalam menghadapi masalah kita. Dengan senantiasa berpikir positif maka suasana emosi kita akan positif dan kita tidak akan mudah terjebak di dalam suasana emosi yang negatif.
- 7) Mempertahankan kehidupan sosial di luar perusahaan tempat kita bekerja. Kehidupan sosial di luar rumah akan sangat berguna sebagai dukungan sosial dan sumber perhatian untuk kita. Memiliki sahabat akan sangat membantu kita untuk berbagi rasa serta mendiskusikan masalah-masalah yang berat selama kita mengasuh dan membimbing anak dengan gangguan autisme.
- 8) Terlibat dalam aktivitas kreatif di luar pekerjaan akan memberikan kebermaknaan dalam hidup kita, serta memperkaya pengalaman kita. Kegiatan kreatif ini bisa berupa hobi positif yang kita miliki, seperti berkebun, bercocok tanam, memelihara ikan hias, membuat puisi, cerpen, atau buku populer.
- 9) Terlibat dan menciptakan kegiatan kerja penuh makna. Banyak cara yang sederhana untuk menciptakan kegiatan kerja yang penuh makna, antara lain dengan manajemen waktu, manajemen stres, penyelesaian tugas tepat waktu, dan lain sebagainya.

10) Menerapkan metode-metode yang efektif untuk mengatasi stres. Metode-metode ini diantaranya melalui pengendalian pikiran-pikiran negatif, relaksasi, atau melalui pendalaman spiritual religius.

2.3.11 Manajemen Stress

2.3.11.1 Pengertian Manajemen Stress

Manajemen stres adalah kemampuan untuk mengatur respon kita terhadap beberapa situasi yang terjadi di dalam hidup kita (Janasz, et all, 2006).

2.3.11.2 Strategi Manajemen Stress

Ada beberapa coping strategi untuk menangani stres. Kita tidak dapat menghilangkan stres, namun kita dapat membuat pilihan bagaimana mengatasi stres tersebut (Janasz, et all, 2006).

- a) Mengidentifikasi stressor dan level stres. Stressor adalah sebuah situasi, aktivitas, atau orang yang menyebabkan kita merasa stres, di luar kontrol, atau hancur. Level stres adalah tingkatan sumber stres yang dapat mempengaruhi kita. Memahami stressor dan level stres kita, dapat membantu kita dalam mengelola respon kita terhadap stres secara efektif.
- b) Menerapkan ketrampilan manajemen waktu. Ketrampilan manajemen waktu adalah ketrampilan menggunakan waktu menurut suatu skala prioritas dan mencapai beberapa tujuan dalam hidup kita, yang memberikan perasaan kesejahteraan karena kita dapat melihat hasil kerja kita. Ketrampilan manajemen waktu memberi kesempatan kepada kita untuk mencapai keseimbangan yang memuaskan antara pekerjaan dan

kehidupan pribadi. Selain itu manajemen waktu juga akan menurunkan level stres. Mengontrol waktu berarti mengontrol hidup kita. Manajemen waktu juga memberi kita waktu untuk menikmati aktivitas lain yang penting untuk hidup kita seperti menghabiskan waktu dengan keluarga, bersosialisasi, membaca dan melakukan hobby kita. (Janasz, et, all., 2006)

- c) Sharing dan membuka diri. Membuka pikiran dan perasaan dengan diri sendiri atau orang lain, secara mengejutkan merupakan teknik yang efektif untuk menurunkan level stres. Kadang-kadang hanya dengan membicarakan sebuah situasi dan bagaimana pengaruhnya dapat membantu kita memproses aspek-aspek dalam sebuah situasi yang akan mengembangkan perilaku baru mengenai situasi tersebut. Perubahan pemahaman ini akan menghasilkan perspektif mengenai sebuah situasi menjadi lebih positif.
- d) Membuat sebuah jurnal. Tulisan jurnal berisi refleksi apa yang terjadi dalam kehidupan kita. Dengan menulis pemikiran dan perasaan kita, maka kita dapat menuangkan emosi kita mengenai sesuatu, sehingga kita memperoleh perspektif baru mengenai sebuah situasi.
- e) Berbicara dengan teman yang dipercaya, saudara, atau seorang profesional dapat membantu mengurangi stres. Orang lain yang mau mendengarkan kita dengan empati dapat menolong kita melihat sesuatu dengan cara yang berbeda dan menerima perspektif baru yang tak dapat kita bayangkan sebelumnya.

f) Memvisualisasikan dan imajinasi mental menjadi teknik yang populer untuk menurunkan stres. Membayangkan diri di dalam sebuah situasi yang kita inginkan, melihat diri dengan gambaran ideal seperti yang ingin kita lihat, menciptakan gambaran mental tentang diri sendiri. Dengan berpikir positif kita akan melakukan sesuatu dan berperilaku sesuai cara yang kita inginkan.

g) Menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan stres.

Qubein (1990) mengemukakan beberapa strategi untuk menangani ketegangan dan stres, seperti:

(a) Belajar mengatasi suatu perubahan. Suatu perubahan dalam bidang apapun dalam hidup kita biasanya akan menghasilkan stres. Perubahan seringkali terjadi dalam hidup, maka penting bagi kita untuk belajar menerimanya sebagai tantangan dan kesempatan untuk bertumbuh dan berkembang.

(b) Belajar mengatasi masalah. Beberapa cara untuk mengubah masalah menjadi tantangan:

(1) Mengantisipasi masalah yang mungkin timbul.

(2) Menghadapi masalah dengan keberanian, kepercayaan dan harapan.

(3) Menghadapi masalah yang timbul, dan jangan menghindarinya.

(4) Memahami masalah.

(5) Merumuskan beberapa kemungkinan jalan keluar.

(6) Melaksanakan salah satu alternatif jalan keluar suatu masalah.

- (7) Belajar mengatasi konflik. Konflik yang tidak terselesaikan akan menjadi salah satu penyebab stres dan kecemasan.
- (8) Belajar mengatasi kecemasan. Kecemasan dapat melemahkan energi kreatif, membuat seseorang menjadi kurang efektif dan tidak memperoleh hasil positif apapun.
- (9) Belajar untuk lebih santai. Kita perlu membangun kembali energi melalui istirahat sebelum kembali menyelesaikan suatu pekerjaan.
- (10) Mengembangkan rasa humor yang baik.
- (11) Memvariasikan minat. Waktu yang digunakan untuk keluarga, teman-teman, hobi tidak hanya akan membuat hidup lebih kaya, namun juga menolong mengatasi stres.

2.4 Konsep Peran Perawat

Peran merupakan seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang, sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran perawat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar profesi keperawatan dan bersifat konstan.

Berdasarkan standar Depkes, (1998) peran perawat :

1. Sebagai Pelaksana Pelayanan Keperawatan.

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang spesifik dalam sistem pelayanan kesehatan tetap bersatu dengan profesi lain dalam pelayanan kesehatan. Setiap anggota kesehatan adalah anggota potensial dalam kelompoknya yang dapat mengatur, merencanakan, melaksanakan dan menilai tindakan yang diberikan.

Mengingat perawat harus merencanakan, melaksanakan dan mengatur berbagai alternatif terapi yang harus diterima oleh klien, tugas ini menuntut kemampuan managerial yang handal. Dalam hal ini, perawat memberikan pelayanan kesehatan berupa pendidikan kesehatan untuk meningkatkan coping dalam merawat anak autisme dan menilai coping dan setiap perubahan sikap dan perilaku yang terjadi pada keluarga sebelum dan setelah mendapat pengetahuan atau informasi dari pemberi pendidikan kesehatan.

2. Sebagai Pengelola Keperawatan.

Perawat bertanggung jawab dalam hal administrasi keperawatan baik di rumah sakit maupun di masyarakat, dalam mengelola keperawatan untuk individu, keluarga atau masyarakat.

3. Sebagai Pendidik Keperawatan.

Perawat bertanggung jawab dalam bidang pendidikan dan pelajaran ilmu keperawatan kepada klien, tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya. Salah satu aspek yang perlu diperhatikan dalam keperawatan adalah aspek pendidikan, karena perubahan tingkah laku merupakan salah satu sasaran dari individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dalam hal ini, peran perawat sebagai pendidik dapat dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan pada orang tua anak autisme dalam meningkatkan coping yang adaptif.

4. Sebagai Peneliti Keperawatan.

Perawat diharapkan menjadi pembaharu (*inovator*) dalam ilmu keperawatan karena memiliki keterampilan, inisiatif, cepat tanggap terhadap rangsangan dan lingkungan. Kegiatan peneliti pada hakekatnya adalah melakukan evaluasi, mengukur kemampuan, menilai dan mempertimbangkan sejauh mana

efektifitas tindakan yang telah diberikan. Dengan hasil penelitian, perawat dapat menggerakkan orang lain untuk berbuat sesuatu yang baru berdasarkan kebutuhan, perkembangan dan aspirasi individu, keluarga, kelompok atau masyarakat. Oleh karena itu, perawat dituntut untuk selalu mengikuti perkembangan, memanfaatkan media masa atau media informasi lain dari berbagai sumber. Selain itu perawat perlu melakukan penelitian dalam rangka mengembangkan ilmu keperawatan dan meningkatkan praktek profesi keperawatan. Dalam hal ini perawat melakukan penelitian terkait autisme yaitu untuk mengembangkan ilmu pengetahuan autisme dan menurunkan kejadian autisme.

Doheny, 1982 mengidentifikasi beberapa elemen peran perawat profesional, meliputi : *Care giver* (pemberi asuhan) yaitu sebagai pelaku/pemberi asuhan keperawatan, perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan secara langsung dan tidak langsung kepada klien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi : melakukan pengkajian dalam upaya mengumpulkan data dan informasi yang benar, menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil analisa data, merencanakan intervensi keperawatan sebagai upaya untuk mengatasi masalah yang muncul dan membuat langkah/cara pemecahan masalah, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang ada dan melakukan evaluasi berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukannya. *Client advocate* : sebagai advokat klien, perawat berfungsi sebagai penghubung antara klien dengan tim kesehatan lain dalam upaya pemenuhan kebutuhan klien, membela kepentingan klien dan

membantu klien untuk memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan dengan pendekatan tradisional maupun profesional.

Peran sebagai *Conselor* yaitu tugas utama perawat adalah mengidentifikasi perubahan pola interaksi klien terhadap keadaan sehat sakitnya. Adanya pola interaksi ini merupakan dasar dalam merencanakan metode untuk meningkatkan kemampuan adaptasinya dalam pemberian konseling/bimbingan kepada klien, keluarga, dan masyarakat tentang masalah kesehatan sesuai prioritas. *Educator* yaitu sebagai pendidik klien, perawat membantu klien meningkatkan kesehatannya melalui pemberian pengetahuan yang terkait dengan keperawatan dan tindakan medik yang diterima, sehingga klien/keluarga dapat menerima tanggung jawab terhadap hal-hal yang diketahuinya. Sebagai pendidik perawat juga dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok keluarga yang beresiko tinggi, kader kesehatan dan yang lain. *Colaborator* yaitu perawat bekerja sama dengan tim kesehatan lain dan keluarga dalam menentukan rencana maupun pelaksanaan asuhan keperawatan guna memenuhi kebutuhan kesehatan klien.

Sedangkan peran sebagai *Coordinator* yaitu perawat memanfaatkan semua sumber-sumber dan potensi yang ada baik materi maupun, kemampuan klien secara terkoordinasi sehingga tidak ada intervensi yang terlewatkan maupun tumpang tindih. Dalam menjalankan peran sebagai koordinator perawat dapat melakukan hal-hal yaitu mengkoordinir tenaga pelayanan keperawatan, mengatur tenaga keperawatan yang akan bertugas, mengembangkan sistem pelayanan keperawatan, memberikan informasi tentang hal-hal yang terkait dengan pelayanan keperawatan disarana kesehatan. *Change agent* yaitu sebagai pembaharu, perawat mengadakan inovasi dalam cara berfikir, bersikap, bertindak

laku dan meningkatkan keterampilan klien/keluarga agar menjadi sehat. Elemen ini mencakup perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dalam berhubungan dengan klien dan cara pemberian keperawatan kepada klien. *Consultan* yaitu elemen ini secara tidak langsung berkaitan dengan permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan keperawatan yang diberikan. Dengan peran ini dapat dikatakan perawatan adalah sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi spesifik klien.

Peran perawat yang telah diuraikan diatas adalah merupakan peran perawat secara umum, maka dalam menjalankan peran dan fungsinya selama merawat anak dengan autisme dapat melibatkan tiga jenis spesialisasi dalam keperawatan yang harus saling bekerja sama, yaitu perawat komunitas, anak dan jiwa.

2.4.1 Peran Perawat Komunitas, Anak dan Jiwa

Susanti (2005) menjelaskan bahwa perawat komunitas berperan dalam deteksi dini anak dengan autisme di dalam masyarakat, melakukan optimalisasi peran dan fungsi keluarga selama merawat anak dengan autisme, pencegahan peningkatan angka autisme melalui perbaikan gaya hidup dan penyuluhan tentang penyebab autisme serta melakukan rujukan ke tingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi. Perawat anak lebih fokus terhadap keadaan anak itu sendiri, dimana perawat berperan dalam deteksi dini keberadaan anak autisme melalui observasi tumbuh kembang anak dalam keluarga, melakukan stimulasi anak autisme sesuai dengan tahap perkembangan usia serta melatih keluarga untuk melakukan stimulasi tumbuh kembang anak autisme. Sementara perawat jiwa berperan berperan dalam melakukan deteksi dini masalah psikososial dan kejiwaan dalam

keluarga yang merawat anak dengan autisme, mengajarkan keluarga untuk memilih strategi koping dalam menghadapi masalah selama merawat anak autisme, memberikan dukungan secara psikologis serta memberdayakan keluarga khususnya dalam hal psikologis keluarga selama merawat anak dengan autisme.

2.5 Pendidikan Kesehatan

2.5.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan Kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat sadar, tahu dan mengerti, juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan. (Anwar, dikutip oleh Efendy, 1995).

Menurut WHO dalam Ottawa Charter, 1986 seperti yang dikutip Notoatmodjo, 2003 bahwa pendidikan kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatan dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya dan mampu mengubah dan mengatasi lingkungannya.

2.5.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut Efendy (1995), tujuan pendidikan kesehatan yang paling pokok adalah :

- 1) Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

- 2) Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.
- 3) Menurut WHO tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk merubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan.

Menurut Notoatmodjo (2003) bahwa tujuan akhir dari pendidikan kesehatan adalah masyarakat dapat mempraktekkan hidup sehat bagi dirinya sendiri dan masyarakat, atau masyarakat dapat berperilaku hidup sehat (*healthy life style*).

Informasi baru yang diperoleh seseorang, dapat terjadi perubahan – perubahan dalam pemikirannya. Informasi baru yang sama dapat menyebabkan perubahan yang amat berbeda dalam kognisi yang serupa. Informasi baru menyebabkan perubahan dalam keinginan individu. Perubahan keinginan individu dan informasinya saling berkaitan. Jika orang memperoleh keinginan baru, mereka terdorong mencari informasi baru untuk mengetahui lebih banyak mengenai suatu masalah, dapat timbul keinginan baru sehingga akan mendorong mereka untuk mengetahui lebih banyak lagi (Smet, 1994).

2.5.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2003) mengungkapkan berdasarkan pentahapan upaya promosi kesehatan, maka sasaran dibagi tiga kelompok sasaran:

- 1) Sasaran Primer (*primary target*)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi : kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan

menyusui untuk masalah KIA, anak sekolah dan sebagainya. Upaya ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (*empowerment*)

2) Sasaran Sekunder (*secondary target*)

Sasaran ini terdiri dari tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat dan sebagainya, karena kelompok ini merupakan contoh / acuan perilaku sehat dan diharapkan akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat sekitarnya. Upaya ini sejalan dengan strategi dukungan sosial (*social support*).

3) Sasaran Tersier (*tertiary target*)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik ditingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tertier, dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat dan masyarakat umum. Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran tertier sejalan dengan strategi advokasi (*advocacy*).

Faktor yang perlu diperhatikan terhadap sasaran dalam keberhasilan pendidikan kesehatan diantaranya : tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, adat istiadat, kepercayaan masyarakat dan ketersediaan waktu dari masyarakat.

Pada pendidikan seseorang yang semakin tinggi, maka akan mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang rendah akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai yang baru diperkenalkan (Nursalam, 2003).

2.5.4 Metode Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses yang mempunyai masukan dan keluaran, yaitu suatu proses menuju tercapainya tujuan pendidikan dengan sasaran perubahan perilaku yang dipengaruhi oleh banyak factor salah satunya

yaitu factor metode dan alat-alat bantu pendidikan yang dipakai. Untuk sasaran massa, harus berbeda dengan sasaran individual dan sebagainya.

Menurut Notoatmodjo (2003) ada beberapa metode pendidikan, yaitu :

1) Metode pendidikan individual (perorangan)

Metode pendidikan yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut.

Bentuk pendekatan ini antara lain :

(1) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

(2) Wawancara (*interview*)

2) Metode pendidikan kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran, misal :

(1) Kelompok besar

Yang dimaksud kelompok besar disini adalah apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang paling baik adalah ceramah dan seminar.

(2) Kelompok kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang, kelompok kecil ini antara lain : diskusi kelompok, curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snow balling*), kelompok-kelompok kecil (*buzz group*), memainkan peran (*role Play*) dan permainan simulasi (*simulation game*).

3) Metode pendidikan massa

Metode pendidikan massa (pendekatan), massa cocok untuk mengkomunikasikan pesan - pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Contoh metode ini adalah : ceramah umum, pidato / diskusi tentang kesehatan dimedia elektronik, simulasi, tulisan-tulisan dimajalah atau Koran, billboard yang dipasang dipinggir jalan, spanduk, poster dan lain-lain.

2.5.5 Alat Bantu / Media Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian

Yang dimaksud dengan alat Bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran, alat Bantu ini sering disebut juga sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu didalam proses pendidikan (Notoatmodjo,2003)

2. Manfaat Alat Bantu Pendidikan

- 1) Menimbulkan minat sasaran pendidikan
- 2) Mencapai sasaran yang lebih baik
- 3) Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman
- 4) Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
- 5) Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan
- 6) Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik
- 7) Membantu penegakan pengertian yang diperoleh, sehingga apa yang diterima akan lebih lama dalam ingatan

3. Macam-macam alat Bantu pendidikan

- 1) Alat bantu lihat (*visual aids*), missal yang diproyeksikan yaitu : slide, film. Yang tidak diproyeksikan, misalnya : gambar peta, bagan, boneka dan lain-lain.
- 2) Alat bantu dengar (*audio aids*), yaitu alat yang dapat membantu untuk menstimulasikan indera pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan atau pengajaran, misalnya : piring hitam, radio, pita suara, dan sebagainya.
- 3) Alat bantu lihat dan dengar, misalnya : televisi dan video cassette.

4. Sasaran yang dicapai alat bantu pendidikan

- 1) Sasaran, misalnya : individu atau kelompok, kategori sasaran (kelompok umur, pendidikan, pekerjaan), bahasa yang digunakan, adat istiadat, kebiasaan, minat dan perhatian.
- 2) Tempat memasang misalnya : didalam keluarga, dimasyarakat, instansi-instansi (puskesmas, rumah sakit, kantor, sekolah ,dan sebagainya)
- 3) Sedapat mungkin dipergunakan oleh : petugas-petugas kesehatan, guru sekolah, tokoh masyarakat, pamong desa dan sebagainya.

5. Merencanakan dan menggunakan alat peraga.

Sebelum menggunakan alat peraga kita harus merencanakan dan memilih alat peraga yang paling penting dan tepat untuk digunakan, dan tujuan yang hendak dicapai;

1) Tujuan pendidikan:

- (1) Menanamkan dan pengetahuan/pengertian, pendapat dan konsep-konsep.
- (2) Mengubah sikap dan persepsi.

- (3) Menamkan tingkah laku /kebiasaan yang baru.
- 2) Tujuan penggunaan alat peraga
- (1) Sebagai alat bantu dalam latihan/penataran/pendidikan
- (2) Untuk menimbulkan perhatian terhadap suatu masalah
- (3) Untuk mengingatkan suatu pesan/informasi
- (4) Untuk menjelaskan fakta-fakta, prosedur, tindakan

6. Media Pendidikan Kesehatan

Merupakan saluran (*channel*) untuk menyampaikan informasi kesehatan digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat, berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan media ini dibagi menjadi :

1) Media Cetak

Media cetak sebagai alat Bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan antara lain sebagai berikut :

- (1) *Booklet*, ialah suatu media untuk menyampaikan pesan – pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
- (2) Lembaran (*Leaflet*), ialah bentuk penyampaian informasi atau pesan – pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi.
- (3) Selebaran (*flyer*), bentuknya seperti leaflet, tetapi tidak berlipat.
- (4) Lembar balik (*flip chart*), media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk buku dimana tiap lembar berisi gambar peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.

- (5) Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- (6) Poster adalah bentuk media cetak yang berisi pesan-pesan kesehatan yang biasanya ditempel ditembok, ditempat umum atau di kendaraan umum.
- (7) Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.

2) Media Elektronik

Media Elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan informasi kesehatan berbeda-beda, antara lain : televisi, radio, video, slide, film strip.

3) Media Papan (*Billboard*)

Papan (*billboard*) yang dipasang ditempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan.

2.6 Konsep Dinamika Kelompok

2.6.1 Pengertian Dinamika Kelompok

Dinamika adalah sesuatu yang mengandung arti tenaga kekuatan, selalu bergerak, berkembang dan dapat menyesuaikan diri secara memadai terhadap keadaan. Dinamika juga berarti adanya interaksi dan interdependensi antara anggota kelompok dengan kelompok secara keseluruhan. Keadaan ini dapat terjadi karena selama ada kelompok, semangat kelompok (*group spirit*) terus-menerus ada dalam kelompok itu, oleh karena itu kelompok tersebut bersifat dinamis, artinya setiap saat kelompok yang bersangkutan dapat berubah.

Kelompok adalah kumpulan orang-orang yang merupakan kesatuan sosial yang mengadakan interaksi yang intensif dan mempunyai tujuan bersama.

Menurut W.H.Y. Sprott mendefinisikan kelompok sebagai beberapa orang yang bergaul satu dengan yang lain. Kurt Lewin berpendapat "*the essence of a group is not the similarity or dissimilarity of its members but their interdependence*". H. Smith menguraikan bahwa kelompok adalah suatu unit yang terdapat beberapa individu, yang mempunyai kemampuan untuk berbuat dengan kesatuannya dengan cara dan dasar kesatuan persepsi. Interaksi antar anggota kelompok dapat menimbulkan kerja sama apabila masing-masing anggota kelompok:

- 1) Mengerti akan tujuan yang dibebankan di dalam kelompok tersebut
- 2) Adanya saling menghormati di antara anggota-anggotanya
- 3) Adanya saling menghargai pendapat anggota lain
- 4) Adanya saling keterbukaan, toleransi dan kejujuran di antara anggota kelompok.

Menurut Reitz (1977) kelompok mempunyai karakteristik sebagai berikut:

- 1) Terdiri dari dua orang atau lebih
- 2) Berinteraksi satu sama lain
- 3) Saling membagi beberapa tujuan yang sama
- 4) Melihat dirinya sebagai suatu kelompok

Kesimpulan dari berbagai pendapat ahli tentang pengertian kelompok adalah kelompok tidak terlepas dari elemen keberadaan dua orang atau lebih yang melakukan interaksi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan bersama.

Dinamika kelompok merupakan suatu kelompok yang terdiri dari dua atau lebih individu yang memiliki hubungan psikologi secara jelas antara anggota satu dengan yang lain yang dapat berlangsung dalam situasi yang dialami secara bersama. Dinamika kelompok juga dapat didefinisikan sebagai konsep yang

menggambarkan proses kelompok yang selalu bergerak, berkembang dan dapat menyesuaikan diri dengan keadaan yang selalu berubah-ubah.

Tujuan Dinamika Kelompok, diantaranya:

- 1) Membangkitkan kepekaan diri seorang anggota kelompok terhadap anggota kelompok lain, sehingga dapat menimbulkan rasa saling menghargai
- 2) Menimbulkan rasa solidaritas anggota sehingga dapat saling menghormati dan saling menghargai pendapat orang lain
- 3) Menciptakan komunikasi yang terbuka terhadap sesama anggota kelompok
- 4) Menimbulkan i'tikad yang baik diantara sesama anggota kelompok.

Proses dinamika kelompok mulai dari individu sebagai pribadi yang masuk ke dalam kelompok dengan latar belakang yang berbeda-beda, belum mengenal antar individu yang ada dalam kelompok. Mereka membeku seperti es. Individu yang bersangkutan akan berusaha untuk mengenal individu yang lain. Es yang membeku lama-kelamaan mulai mencair, proses ini disebut sebagai "ice breaking". Setelah saling mengenal, dimulailah berbagai diskusi kelompok, yang kadang diskusi bisa sampai memanas, proses ini disebut "storming". Storming akan membawa perubahan pada sikap dan perilaku individu, pada proses ini individu mengalami "forming". Dalam setiap kelompok harus ada aturan main yang disepakati bersama oleh semua anggota kelompok dan pengatur perilaku semua anggota kelompok, proses ini disebut "norming". Berdasarkan aturan inilah individu dan kelompok melakukan berbagai kegiatan, proses ini disebut "performing".

Alasan pentingnya dinamika kelompok:

- 1) Individu tidak mungkin hidup sendiri di dalam masyarakat
- 2) Individu tidak dapat bekerja sendiri dalam memenuhi kehidupannya
- 3) Dalam masyarakat yang besar, perlu adanya pembagian kerja agar pekerjaan dapat terlaksana dengan baik
- 4) Masyarakat yang demokratis dapat berjalan baik apabila lembaga sosial dapat bekerja dengan efektif.

2.6.2 Pendekatan – pendekatan dinamika kelompok

1. Pendekatan oleh Bales dan Homans

Pendekatan ini mendasarkan pada konsep adanya aksi, interaksi, dan situasi yang ada dalam kelompok. Homans menambahkan, dengan adanya interaksi dalam kelompok, maka kelompok yang bersangkutan merupakan sistem interdependensi, dengan sifat-sifat:

- (1) Adanya stratifikasi kedudukan warga
- (2) Adanya diferensiasi dalam hubungan dan pengaruh antara anggota kelompok yang satu dengan yang lain
- (3) Adanya perkembangan pada sistem intern kelompok yang diakibatkan adanya pengaruh faktor-faktor dari luar.

2. Pendekatan oleh Stogdill

Pendekatan ini lebih menekankan pada sifat-sifat kepemimpinan dalam bentuk organisasi formal. Stogdill menambahkan bahwa yang dimaksud kepemimpinan adalah suatu proses yang mempengaruhi aktivitas kelompok yang terorganisir sebagai usaha untuk mencapai tujuan kelompok. Kelompok terorganisir yang dimaksud disini adalah kelompok yang tiap-tiap anggotanya

mendapat tanggungan dalam hubungannya dengan pembagian tugas untuk mencapai kerja sama dalam kelompok.

3. Pendekatan dari ahli *Psycho Analysis* (Sigmund Freud dan Scheidlinger)

Scheidlinger berpendapat bahwa aspek-aspek motif dan emosional memegang peranan penting dalam kehidupan kelompok. Kelompok akan terbentuk apabila didasarkan pada kesamaan motif antar anggota kelompok, demikian pula emosional yang sama akan menjadi tenaga pemersatu dalam kelompok, sehingga kelompok tersebut semakin kokoh. Freud berpendapat bahwa di dalam setiap kelompok perlu adanya kesatuan kelompok, agar kelompok tersebut dapat berkembang dan bertahan lama. Kesatuan kelompok akan terbentuk apabila tiap-tiap anggota kelompok melaksanakan identifikasi bersama antara anggota yang satu dengan yang lain.

4. Pendekatan dari Yennings dan Moreno

Yennings mengungkapkan konsepsinya tentang pilihan bebas, spontan, dan efektif dari anggota kelompok yang satu terhadap anggota kelompok yang lain dalam rangka pembentukan ikatan kelompok. Moreno membedakan antara *psikhe group* dan *sosio group* sebagai berikut:

(1) *Psikhe group* merupakan suatu kelompok yang terbentuk atas dasar suka/tidak suka, simpati, atau antipati antar anggota

(2) *Sosio group* merupakan kelompok yg terbentuk atas dasar tekanan pihak luar.

Yennings menambahkan bahwa pelaksanaan tugas akan lebih lancar apabila pembentukan *Sosio group* disesuaikan dengan *Psikhe group*, dengan memperhatikan faktor-faktor efisiensi kerja dan kepemimpinan dalam kelompok.

2.6.3 Fungsi Dinamika Kelompok

- 1) Individu satu dengan yang lain akan terjadi kerjasama saling membutuhkan (individu tidak dapat hidup sendiri di dalam masyarakat)
- 2) Dinamika kelompok memudahkan segala pekerjaan (dalam dinamika kelompok ada saling bantu antara anggota satu dengan anggota yang lain)
- 3) Melalui dinamika kelompok segala pekerjaan yang membutuhkan pemecahan masalah dapat teratasi, mengurangi beban pekerjaan yang terlalu besar, sehingga waktu untuk menyelesaikan pekerjaan dapat diatur secara tepat, efektif dan efisien (dalam dinamika kelompok pekerjaan besar akan dibagi-bagi sesuai bagian kelompoknya masing-masing)
- 4) Meningkatkan masyarakat yang demokratis, individu satu dengan yang lain dapat memberikan masukan atau berinteraksi dengan lainnya dan memiliki peran yang sama dalam masyarakat.

2.6.4 Syarat Kelompok

Secara umum, Baron dan Byrne mengungkapkan bahwa sebuah kelompok harus memenuhi syarat sebagai berikut:

- 1) Interaksi, anggota-anggota seharusnya berinteraksi satu sama lain
- 2) Interdependen, apa yang terjadi pada seorang anggota akan mempengaruhi perilaku anggota yang lain
- 3) Stabil, hubungan paling tidak ada lamanya waktu yang berarti (bisa minggu, bulan dan tahun)
- 4) Tujuan yang dibagi, beberapa tujuan bersifat umum bagi semua anggota
- 5) Struktur, fungsi tiap anggota harus memiliki beberapa macam struktur sehingga mereka memiliki set peran

- 6) Persepsi, anggota harus merasakan diri mereka sebagai bagian dari kelompok.

Suatu kelompok bisa disebut sebagai kelompok sosial apabila memiliki ciri-ciri berikut ini:

- 1) Terdapat dorongan / motif yang sama antar individu satu dengan yang lain (dapat menyebabkan terjadinya interaksi dalam mencapai tujuan yang sama)
- 2) Terdapat akibat-akibat interaksi yang berlainan terhadap individu satu dengan yang lain berdasarkan rasa dan kecakapan yang berbeda-beda antara individu yang terlibat di dalamnya.
- 3) Adanya penegasan dan pembentukan struktur atau organisasi kelompok yang jelas dan terdiri dari peranan-peranan dan kedudukan masing-masing
- 4) Adanya peneguhan norma pedoman tingkah laku anggota kelompok yang mengatur interaksi dalam kegiatan anggota kelompok untuk mencapai tujuan yang ada.
- 5) Berlangsungnya suatu kepentingan
- 6) Adanya pergerakan yang dinamik

2.6.5 Keunggulan dan Kelemahan dalam Kelompok

Keunggulan/kelebihan kelompok:

- 1) Adanya sifat keterbukaan antar anggota
- 2) Adanya kemauan anggota kelompok, yang mengutamakan kepentingan kelompok
- 3) Adanya kemampuan secara emosional dalam mengungkapkan pengalaman

- 4) Pengetahuan dan kemampuan tanpa meninggalkan kaidah dan norma yang telah disepakati kelompok

Kelemahan dalam kelompok:

- 1) Waktu penugasan
- 2) Tempat atau jarak anggota kelompok yang berjauhan

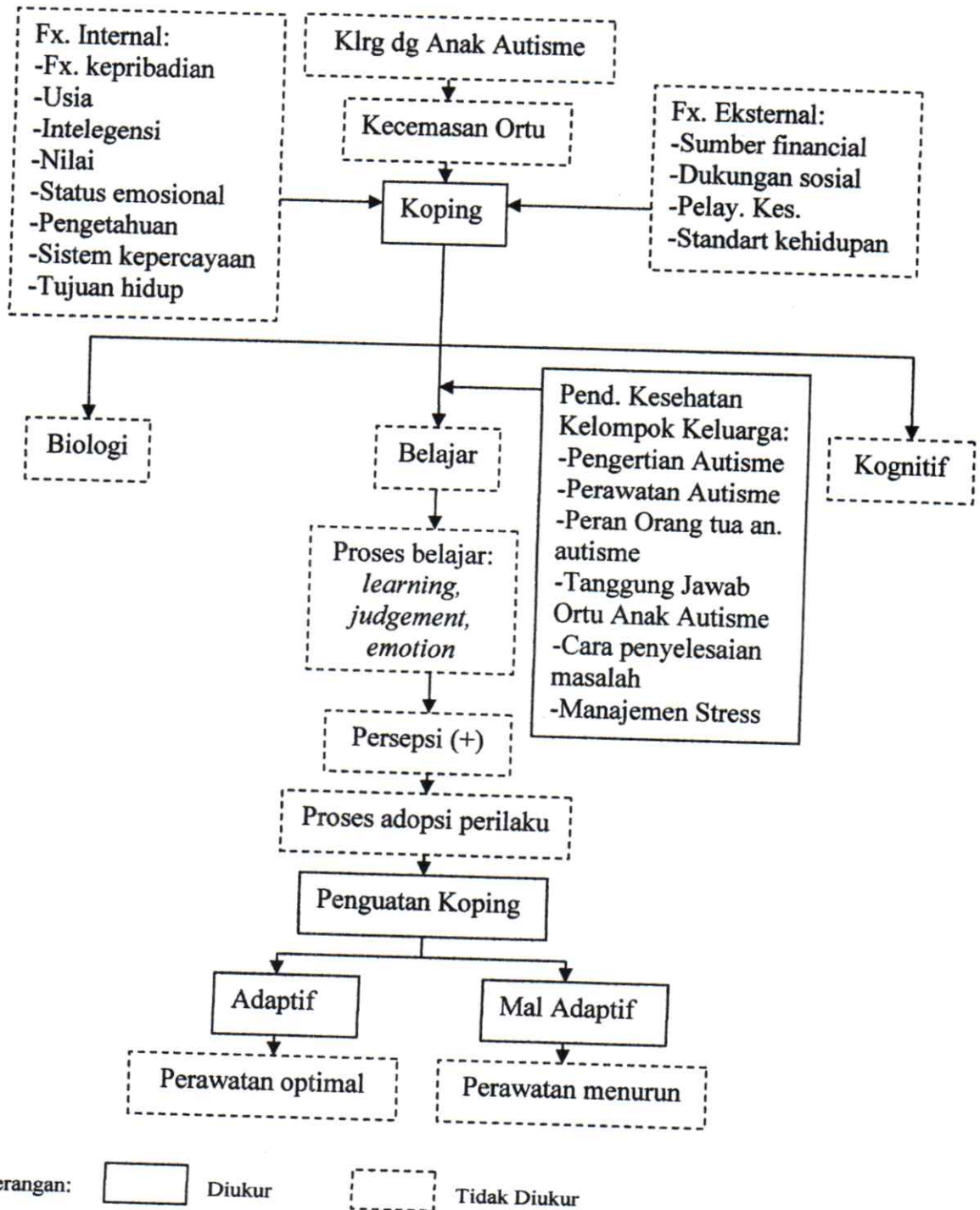
2.6.6 Pentingnya Dinamika Kelompok dalam Keperawatan

- 1) Dapat mempelajari cara-cara mengambil keputusan, pencapaian konsensus di dalam kelompok, sistematika kerja kelompok dan mengetahui bagaimana mengatasi perselisihan pendapat
- 2) Dapat melihat adanya persepsi yang berbeda diantara anggota kelompok yang akhirnya persepsi tersebut dapat diterima sebagai norma kelompok
- 3) Pengalaman dalam menciptakan kerja kelompok dapat dijadikan dasar kerjasama antar unit
- 4) Mempermudah dalam pengambilan keputusan
- 5) Mempermudah dalam mencapai tujuan

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Kelompok Keluarga terhadap Koping Orangtua dalam Merawat Anak Autisme di Yayasan Cahaya Harapan Madiun”

Keluarga dengan anak autisme merupakan keadaan yang menimbulkan kecemasan bagi orang tua. Keadaan cemas menimbulkan reaksi koping yang beragam yang dialami orang tua selama merawat anaknya. Orang tua yang cemas akan berdampak tidak baik pada perawatan penderita baik secara fisik maupun psikis. Selain itu bila seseorang (orang tua) mengalami kondisi cemas, maka secara otomatis akan mempengaruhi kemampuannya untuk mengatasi kecemasan tersebut. Terbentuknya koping tersebut dipengaruhi factor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi factor kepribadian, usia, intelegensi, nila, status emosional, pengetahuan, system kepercayaan, dan tujuan hidup. Sedangkan factor eksternal meliputi sumber financial, dukungan sosial, pelayanan kesehatan, standart kehidupan. Komponen koping itu sendiri terdiri dari komponen biologi, kognitif, dan belajar. Pemberian pendidikan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan berupa informasi tentang pengertian autisme, perawatan autisme, peran orang tua dan tanggung jawab pada anak autisme, cara penyelesaian masalah, dan strategi manajemen stress melalui proses belajar yaitu *learning*, *judgement*, dan *emotion* akan dapat merubah persepsi menjadi positif sehingga akan merubah perilaku seseorang yang negative menjadi positif juga. Perilaku koping sebelumnya terbentuk , karena adanya pendidikan kesehatan oleh perawat maka akan menghasilkan penguatan koping yang terbentuk melalui perubahan cara berpikir, perubahan perilaku atau lingkungan yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi serta untuk mempertahankan keseimbangan atau hoemostasis yang dikontrol oleh saraf endokrin yang dikenal dengan hipotalamus pituitary adrenal aksis. Keadaan ini akan menghasilkan suatu dampak koping yang adaptif diantaranya yaitu orientasi pada tugas, menata perubahan diri,

meningkatkan perawatan anak autisme, mencari dukungan sosial, keluarga aktif mencoba dan mempelajari hal-hal baru, berusaha lebih sabar, mencoba memandirikan anak, dan pendekatan spiritual akan menghasilkan sikap dan perilaku yang konstruktif sehingga orang tua merawat anak autisme dengan optimal. Sedangkan coping yang mal adaptif diantaranya mekanisme pertahanan ego, melampiaskan kemarahan secara verbal atau fisik pada anak autisme, membatasi interaksi dengan orang lain sehingga menghasilkan sikap dan perilaku yang destruktif berdampak perawatan pada anak autisme menurun.

3.2 Hipotesis penelitian

H1 : Ada pengaruh pendidikan kesehatan kelompok keluarga terhadap coping orang tua dalam merawat anak autisme.

BAB IV

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara untuk memperoleh kebenaran dan pengetahuan dengan menggunakan metode ilmiah (Notoatmodjo, 2002). Pada bab ini akan diuraikan tentang desain penelitian, kerangka kerja, populasi sampel dan sampling, identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan dan analisa data, etika, dan keterbatasan penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana penelitian bisa diterapkan (Nursalam, 2003). Dilihat dari cara pengumpulan dan pengolahan datanya maka penelitian dan pembahasan ini merupakan penelitian dengan rancangan quasi eksperimant dengan pendekatan (non equivalen control group atau non randomized control group pretest posttest) design yaitu penelitian untuk membandingkan hasil intervensi dari dari kelompok eksperiman dan kelompok control yang serupa tapi tidak benar-benar sama dengan pengelompokan sample tidak secara random (Notoatmodjo, 2002).

Tabel 4.1 Desain penelitian

SUBYEK	PRA TEST	PERLAKUAN 1	PERLAKUAN 2	PASCA TEST
KP	01	X1	X2	02
KK	01	-	-	02

Keterangan :

- KK : Kelompok Kontrol
KP : Kelompok Perlakuan
01 : Observasi sikap sebelum intervensi
02 : Observasi sikap setelah diberi penyuluhan.
X1 : Diberi pendidikan kesehatan kelompok keluarga sesi I
X2 : Diberi pendidikan kesehatan kelompok keluarga sesi II
- : Tidak diberi pendidikan kesehatan

4.2 Populasi Sample dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Notoadmojo, 1993). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh orang tua (ayah / ibu) yang menyekolahkan anaknya di Yayasan Cahaya Harapan Madiun. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 19 orang.

4.2.2 Sampel

Sample adalah repretasi populasi yang dijadikan sumber informasi bagi semua data yang diperlukan untuk menjawab permasalahan penelitian yang dihadapi (Ahmad W, 2000).

Menurut Polit dan Hungler (1993) bahwa semakin besar sample yang dipergunakan semakin baik dan representative hasil yang diperoleh. Dengan kata lain semakin besar sample, semakin mengurangi angka kesalahan. Tapi sehubungan dengan keterbatasan penyandang autisme, biaya dan waktu yang

peneliti miliki sehingga peneliti mengambil sample yang representative yaitu sample sesuai dengan populasi yang ada.

1. Kriteria Inklusi

- a. Bersedia menjadi responden.
- b. Orang tua (ayah /ibu) yang merawat anak autisme
- c. Dapat membaca dan menulis

2. Kriteria eksklusi

Orang tua tidak tinggal serumah

4.2.3 Besar Sample

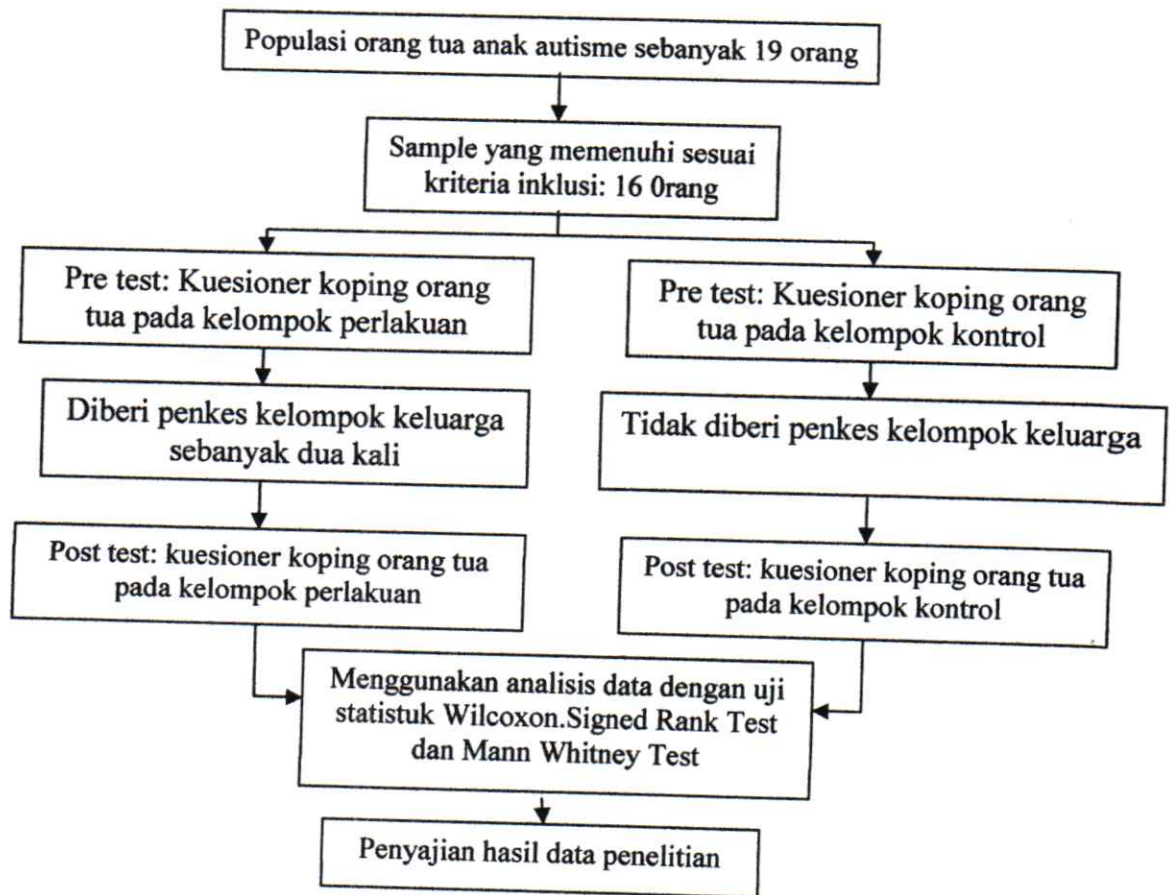
Besar kecilnya sampel dipengaruhi oleh desain dan keterbatasan subyek dari penelitian itu sendiri. Jadi prinsip umum yang berlaku adalah sebaiknya dalam penelitian digunakan jumlah sampel sebanyak mungkin (Nursalam, 2003).

Semakin besar sampel yang dipergunakan semakin baik dan representative hasil yang diperoleh. Dengan kata lain semakin besar sampel, semakin mengurangi angka kesalahan (Polit & Hunglor, 1993).

4.2.4 Sampling

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Pada penelitian ini peneliti menggunakan *Purposive Sampling* (non probability sampling) disebut juga *judgement sampling* adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2003).

4.3 Kerangka Operasional Kerja



Gambar 4.2 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Kelompok Keluarga terhadap Koping Orang tua dalam Merawat Anak Autisme.

4.4 Identifikasi Variabel

Dalam setiap penelitian selalu dilakukan pengukuran terhadap variabel. Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (Soeparto, Putra & Haryanto, 2000). Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu (Notoatmojo S, 2002). Berdasarkan hubungan antara variabel-variabel satu dengan lainnya variabel dibedakan menjadi dua yaitu: variabel independen dan variabel dependen.

4.4.1 Variabel Independen

Variabel independen atau variabel bebas adalah suatu kegiatan stimulasi yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2003). Pada penelitian ini variabel independennya yaitu pendidikan kesehatan kelompok keluarga.

4.4.2 Variabel Dependen

Disebut variabel dependen atau tergantung, terpengaruh, akibat, karena variabel ini dipengaruhi oleh variabel bebas atau independen, dengan kata lain variabel dependen adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2002). Pada penelitian ini variabel dependennya yaitu koping orang tua dalam merawat anak autisme.

4.5 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen: Pendidikan kesehatan kelompok keluarga	Kegiatan untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan orang tua dan merubah persepsi yang salah menjadi benar.	-Pengertian Autisme -Penatalaksanaan autisme -Peran Orang tua anak autisme -Tanggung Jawab Ortu An. Autisme -Cara penyelesaian masalah -Strategi Manajemen stres	SAP Leaflet		
Dependen: Koping orang tua dalam merawat anak autisme	Proses pengelolaan penyelesaian masalah setelah mendapat informasi yang adekuat.	1.Orientasi pada tugas (no. 1,2) 2.Menata perub. diri (no. 3,4) 3.Me↑ perawatan an. Autis (no. 5,6,7) 4.Mencari dukungan sosial (no. 8) 5.Klrg aktif coba cara baru (no. 9,10) 6.Berusaha lebih sabar (no. 11,12) 7.Pendekatan spiritual (no. 13,14) 8.Mencoba memandirikan anak (no.15) 9.Mekanisme pertahanan ego (no. 16 ,18 ,19 ,20 , 21 ,22 ,23 ,24,25 , 26 , 27) 10.Melampiaskan emosi verbal/fisik pd anak(no. 28,29) 11.Membatasi interaksi dgn orla (no. 17, 30)	Kuesioner	Ordinal	<p>Pernyataan positif Pada pertanyaan no 1 s/d 15, bila responden menjawab: Sangat tidak setuju =1 Tidak setuju = 2 Ragu-ragu = 3 Setuju = 4 Sangat setuju = 5</p> <p>Pernyataan negatif Pada pertanyaan no 16 s/d 30, bila responden menjawab: Sangat tidak setuju =5 Tidak setuju = 4 Ragu-ragu = 3 Setuju = 2 Sangat setuju = 1</p> <p>Dengan penilaian: Sikap positif/adaptif, bila T responden \geq mean T. Sikap negatif/mal adaptif, bila T responden $<$ mean T.</p>

Tabel 4.5 Definisi operasional penelitian pengaruh pendidikan kesehatan kelompok keluarga terhadap koping orang tua dalam merawat anak autisme

angka.

4.6 Metode Pengumpulan Data dan Analisis data

4.6.1 Instrumen

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2006). Untuk melakukan pengumpulan data peneliti membuat instrument sebagai pedoman pengumpulan data berupa kuisisioner untuk mengevaluasi koping sebelum dan sesudah perlakuan, terdiri dari 30 pertanyaan berbentuk skala likert dimana jawaban setiap item instrumen mempunyai gradasi. Untuk pernyataan positif pada soal nomor 1-15, bila menjawab alternatif jawaban Sangat Setuju diberi skor 5, skor 4 pada alternatif jawaban Setuju, skor 3 pada alternatif jawaban Ragu-ragu, skor 2 pada alternatif jawaban Tidak Setuju, dan skor 1 untuk jawaban Sangat Tidak Setuju, dan untuk pernyataan negatif pada soal nomor 16-30, bila menjawab alternatif jawaban Sangat Setuju diberi skor 1, skor 2 pada alternatif jawaban Setuju, skor 3 pada alternatif jawaban Ragu-ragu, skor 4 pada alternatif jawaban Tidak Setuju, dan skor 5 untuk jawaban Sangat Tidak Setuju. Untuk menentukan koping adaptif atau mal adaptif responden digunakan rumus Skor T. Kemudian untuk mengetahui kategori koping responden dicari mean T dalam kelompok. Maka akan didapat kesimpulan:

- Koping adaptif, bila $T \text{ responden} \geq \text{mean } T$
- Koping mal adaptif, bila $T \text{ responden} < \text{mean } T$

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini untuk variabel independen berupa satuan acara pendidikan kesehatan dan leaflet dengan menggunakan teori Sutadi, dan Marijani dan penelitian yang dilakukan oleh Mangunsong, Fitriyasaki,

dan Jere Yates. Sedangkan instrumen untuk variabel dependen menggunakan kuisioner dengan menggunakan teori dari Stuart and Sundeen dan penelitian yang dilakukan oleh Tsai dkk dan Fitriyasari.

4. 6.2 Metode Pengumpulan Data

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti memperoleh rekomendasi dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan FKp UNAIR dan permintaan ijin dari Yayasan Cahaya Harapan Madiun. Saat survei awal peneliti menggunakan kuesioner dan wawancara dengan mengadakan pendekatan orang tua untuk mengetahui tingkat kemampuan merawat dan masalah yang dihadapi selama merawat anak autisme dan untuk mendapatkan persetujuan dari orang tua sebagai responden peneliti pada saat orang tua anak autisme mengantar atau menjemput anaknya di Yayasan Cahaya Harapan. Dalam menentukan sampel peneliti dibantu oleh ketua Yayasan Cahaya Harapan Madiun. Data responden dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner. Sebagai subyek penelitian yaitu orang tua anak autisme di Yayasan Cahaya Harapan Madiun yang sudah memenuhi kriteria inklusi. Responden dikumpulkan dalam satu ruangan sebagai kelompok perlakuan. Sebelumnya responden diberi penjelasan maksud dan tujuan penelitian serta cara mengisi kuesioner supaya hasilnya valid. Responden dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Setelah pengisian kuesioner, kelompok perlakuan diberi pendidikan kesehatan kelompok keluarga sebanyak dua kali selama 30 menit dengan jeda waktu satu minggu antara pertemuan pertama dan kedua kemudian tiga hari setelah pertemuan yang kedua responden mengisi kembali kuesioner, dan dilanjutkan menganalisa data. Sebelum kegiatan berlangsung pelaksanaan pendidikan kesehatan kelompok keluarga

dibantu ketua yayasan dalam menentukan sampel yang akan diundang untuk mengikuti pendidikan kesehatan kelompok keluarga.

4.6.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian adalah di Yayasan Cahaya Harapan Madiun selama dua minggu dan pelaksanaan pada bulan 29 Januari – 11 Februari 2010.

4.6.4 Teknik Analisis Data

Setelah data kuisisioner yang telah dihitung secara manual terkumpul, diperiksa kembali untuk mengetahui kelengkapan isi lalu dikelompokkan, kemudian ditabulasi sesuai dengan tujuan penelitian khususnya data umum, karakteristik responden dan data yang berkaitan dengan variabel dependen dan dianalisa dengan menggunakan uji statistik korelasi *Wilcoxon Signed Rank Test*, uji statistik dengan menggunakan program Window SPSS, uji ini untuk mengetahui perbedaan pre tes dan post tes pada variabel dependen yaitu koping orang tua sebelum dan sesudah pemberian intervensi pendidikan kesehatan kelompok keluarga dan *Mann Whitney Test*, uji statistik dengan menggunakan program Window SPSS, untuk menganalisa perbedaan hasil pada kelompok perlakuan dan kontrol dengan derajat kemaknaan $p \leq 0,05$ maka H_0 diterima artinya tidak ada hubungan yang bermakna antar dua variabel.

4.7 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan ijin kepada Kepala Yayasan Cahaya Harapan Madiun, untuk mendapat persetujuan. Peneliti melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian, bahwa

penelitian yang dilakukan tidak merugikan bagi subyek, serta intervensi yang diberikan diyakini peneliti tidak memberikan dampak negatif bagi subyek.

4.7.1 Lembar persetujuan menjadi responden

Sebelum lembar persetujuan diberikan kepada subyek penelitian, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan. Selain itu, responden juga harus diberi penjelasan bahwa responden bebas dari eksploitasi dan informasi yang didapatkan tidak digunakan untuk hal-hal yang merugikan responden dalam bentuk apapun, hak-hak selama dalam penelitian, hak untuk menolak menjadi responden dalam penelitian, kewajiban apabila bersedia menjadi responden, dan kerahasiaan identitas responden yang menjadi subyek penelitian. Jika responden menyetujui, maka responden diminta untuk menandatangani surat persetujuan.

4.7.2 *Anonimity* (Tanpa nama)

Kerahasiaan responden harus terjaga dengan tidak mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data dan pada lembar kuisioner, cukup diberikan kode-kode tertentu sebagai identifikasi subyek.

4.7.3 *Confidentiallity* (Kerahasiaan)

Informasi yang diberikan oleh responden akan terjamin kerahasiaannya karena peneliti hanya menggunakan kelompok data sesuai dengan kebutuhan dalam penelitian.

4.8 Keterbatasan

Ada beberapa keterbatasan dalam penelitian ini antara lain:

1. Instrumen atau alat pengumpulan data
Penggunaan alat pengumpulan data atau kuesioner yang disusun oleh peneliti sendiri memungkinkan validitas dan reabilitas yang masih kurang sehingga perlu dilakukan uji coba untuk penelitian selanjutnya.
2. Faktor feasibility
Penelitian ini hanya dilakukan dengan memberikan dua kali perlakuan pada kelompok perlakuan sehingga hasil yang mungkin kurang signifikan karena keterbatasan waktu dan biaya serta kemampuan peneliti.
3. Peneliti
Keterbatasan peneliti dalam menggunakan tehnik pemilihan sampling dengan menggunakan tehnik purposive sampling dapat menyebabkan tidak semua sampel memperoleh kesempatan yang sama untuk menjadi sampel dalam penelitian ini karena sampel dipilih sendiri oleh peneliti sesuai kriteria inklusi sampel yang telah ditetapkan sehingga dimungkinkan sampel tidak representatif. Selain itu juga adanya keterbatasan pengetahuan dan pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menyajikan hasil penelitian dan pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian meliputi data umum dan data khusus. Data umum meliputi gambaran umum lokasi penelitian dan karakteristik responden. Data khusus meliputi koping sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan kelompok keluarga dan pengaruh pendidikan kesehatan kelompok keluarga terhadap koping orang tua dalam merawat anak autisme.

5.1 Hasil Penelitian

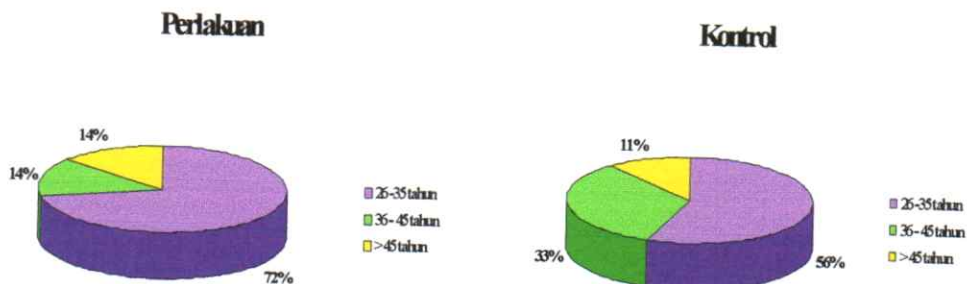
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Yayasan Cahaya Harapan yang berlokasi di Jl. Nias No. 9 Madiun. Adapun dari segi ketenagaan keseluruhan berjumlah 11 orang dari tenaga terapis ahli, fisioterapi, dan psikolog yang telah diberikan pelatihan khusus sebelumnya. Yayasan tersebut dapat menangani anak yang mengalami autisme, ADHD, lambat bicara, hiperaktif, gangguan konsentrasi, cerebral palsy, lambat belajar, dan down syndrome. Jumlah anak autisme di yayasan tersebut sebanyak 19 anak. Sedangkan untuk ruang perawatan berjumlah 11 ruang yaitu ruang 1, 2, 3 dan seterusnya. Syarat untuk menjadi siswa di yayasan tersebut adalah minimal usia 2 tahun, telah atau belum didiagnosa oleh dokter, membayar uang pendaftaran seratus ribu rupiah, uang pangkal 1 juta yang dapat dicicil lima kali selama tiga bulan, dan SPP sebesar 500 ribu per bulan.

Sekolah berlangsung pada hari senin sampai jumat. Adapun jadual kegiatan rutinitas terapi perilaku sehari-hari yaitu pada hari senin sampai kamis dimulai jam 07.30 s/d 10.30 WIB dan aktivitas yang diberikan adalah latihan glondoment untuk melatih sensorik motorik selama ½ jam, materi selama 1½ jam, belajar sosialisasi (bermain dan makan bersama) selama 1 jam. Sedangkan hari jumat aktivitasnya berupa senam dan jalan-jalan. Aktivitas lain di Yayasan Cahaya Harapan 1 bulan sekali ada jadual ekschool diantaranya renang, belanja, arena bermain, bermain alun-alun, dan lain-lain.

5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

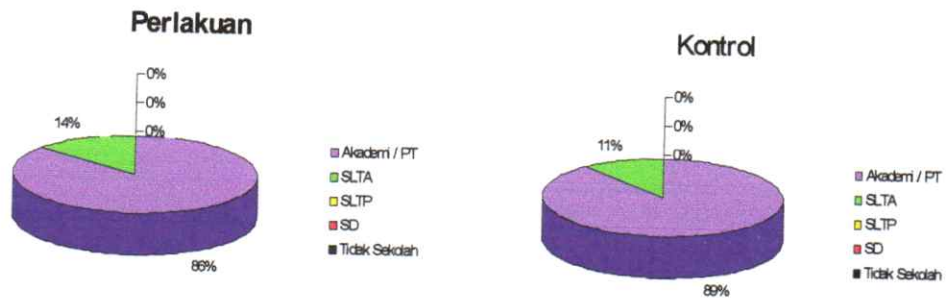
1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.1 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Umur di Yayasan Cahaya Harapan Madiun

Berdasarkan gambar 5.1 responden kelompok perlakuan maupun kontrol sebagian besar berumur 26 – 35 tahun yaitu sebanyak 5 orang (72 %) dan sebanyak 5 orang (56%).

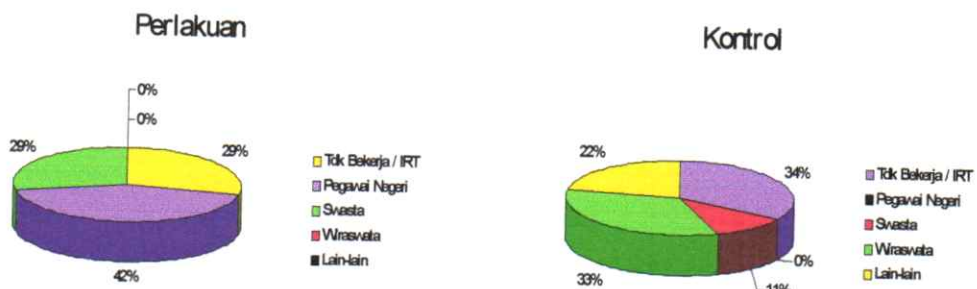
2. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.2 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Tingkat Pendidikan di Yayasan Cahaya Harapan Madiun

Berdasarkan gambar 5.2 responden kelompok perlakuan maupun kontrol sebagian besar berpendidikan Akademi / PT yaitu sebanyak 6 orang (86 %) dan sebanyak 8 orang (89%).

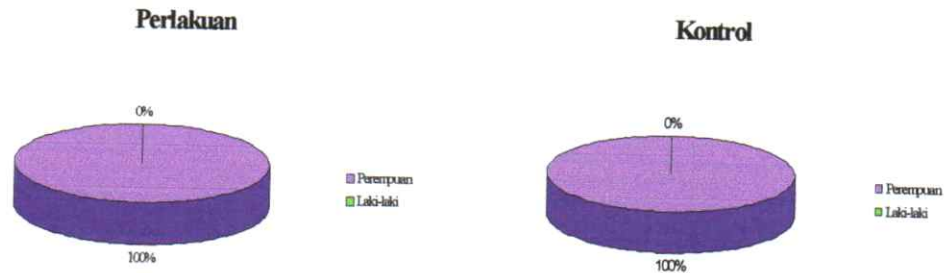
3. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.3 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Pekerjaan di Yayasan Cahaya Harapan Madiun

Berdasarkan gambar 5.1 responden kelompok perlakuan sebagian besar pegawai negeri yaitu sebanyak 3 orang (42 %) sedangkan responden kelompok kontrol sebagian besar tidak bekerja yaitu sebanyak 3 orang (34%).

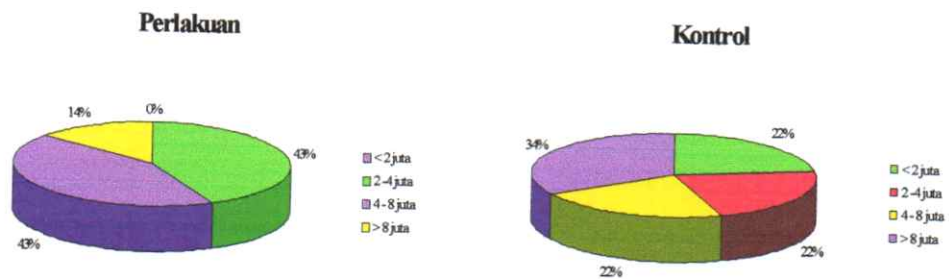
4. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.4 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Jenis Kelamin di Yayasan Cahaya Harapan Madiun

Berdasarkan gambar 5.4 responden kelompok perlakuan maupun kontrol yaitu seluruhnya (100%) berjenis kelamin perempuan yang merupakan ibu anak autisme.

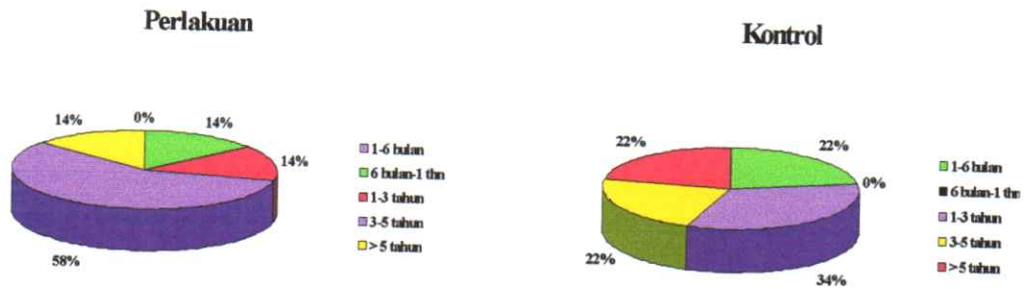
5. Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan Orang Tua pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.5 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Penghasilan Orang Tua di Yayasan Cahaya Harapan Madiun

Berdasarkan gambar 5.5 responden kelompok perlakuan sebagian besar mempunyai penghasilan 2-4 juta yaitu sebanyak 3 orang (43 %) dan 4-8 juta yaitu juga sebanyak 3 orang (43%) sedangkan responden kelompok kontrol sebagian besar mempunyai penghasilan > 8 juta yaitu sebanyak 3 orang (34%).

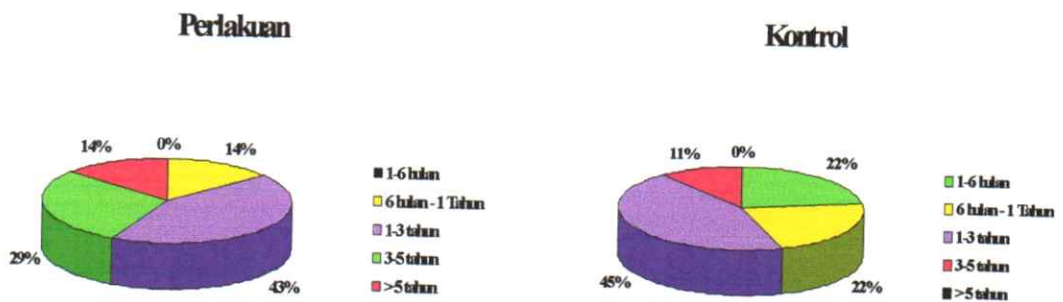
6. Distribusi Responden Berdasarkan Lama Didiagnosa Autisme pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.6 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Lama Didiagnosa Autisme

Berdasarkan gambar 5.6 responden kelompok perlakuan sebagian besar didiagnosa autisme antara 3-5 tahun yaitu sebanyak 4 orang (58 %) dan responden kelompok kontrol sebagian besar didiagnosa autisme antara 1-3 tahun yaitu sebanyak 3 orang (34 %).

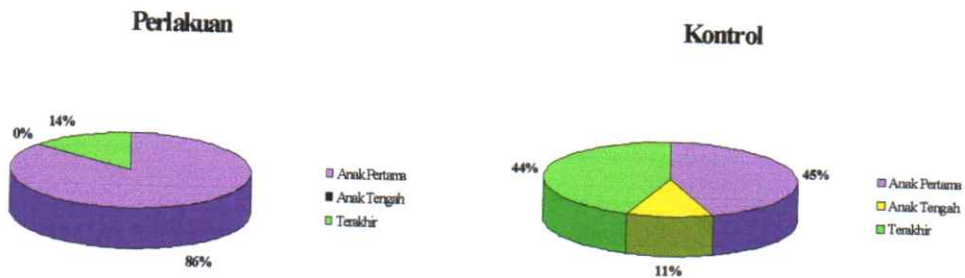
7. Distribusi Responden Berdasarkan Lama Terapi di Yayasan Cahaya Harapan pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.7 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Lama Terapi di Yayasan Cahaya Harapan Madiun

Berdasarkan gambar 5.7 responden kelompok perlakuan maupun kontrol sebagian besar terapi di Yayasan Cahaya Harapan antara 1-3 tahun yaitu sebanyak 3 orang (43%) dan 4 orang (45 %).

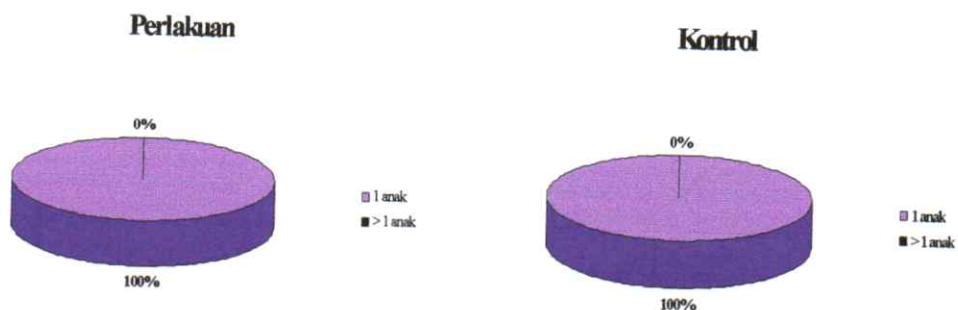
8. Distribusi Responden Berdasarkan No. Urut Anak Autisme dalam Keluarga pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.8 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Kejadian Autisme di Yayasan Cahaya Harapan Madiun

Berdasarkan gambar 5.8 responden kelompok perlakuan sebagian besar terjadi pada anak pertama yaitu sebanyak 6 orang (86 %) dan responden kelompok kontrol sebagian besar terjadi pada anak pertama dan terakhir yaitu masing – masing sebanyak 4 orang (45%).

9. Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anak Autisme dalam Keluarga pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

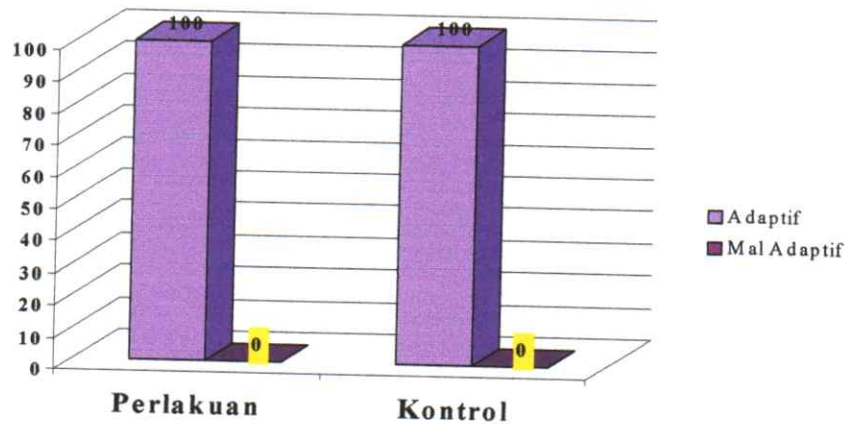


Gambar 5.9 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol berdasarkan Jumlah Anak Autisme dalam Keluarga di Yayasan Cahaya Harapan Madiun

Berdasarkan gambar 5.9 responden baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol yaitu seluruhnya (100%) terdapat 1 anak autisme dalam keluarga.

5.1.3 Variabel yang Diukur

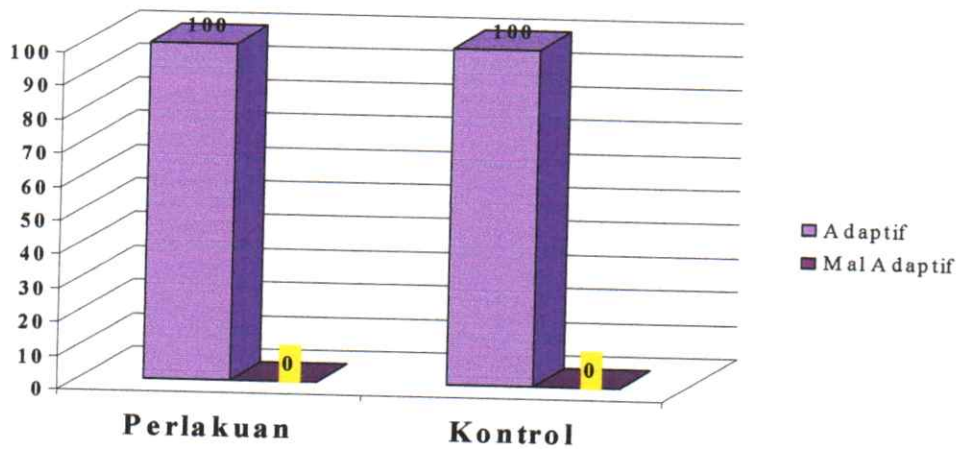
1. Koping Orang Tua Anak Autisme Sebelum Perlakuan pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.10 Diagram Koping Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum diberikan Pendidikan Kesehatan Kelompok Keluarga di Yayasan Cahaya Harapan Madiun

Berdasarkan tabel 5.1 memberikan gambaran koping responden pada kelompok perlakuan sebelum diberikan pendidikan kesehatan seluruhnya adaptif (100%) dengan mean 116,43 dan begitu pula pada responden kelompok kontrol seluruhnya adaptif (100%) dengan mean 130,11.

2. Koping Orang Tua Anak Autisme Setelah Perlakuan pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.11 Diagram Koping Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum diberikan Pendidikan Kesehatan Kelompok Keluarga di Yayasan Cahaya Harapan Madiun

Berdasarkan gambar 5.11 memberikan gambaran koping responden kelompok perlakuan setelah diberikan pendidikan kesehatan kelompok keluarga seluruhnya adaptif (100%) dengan mean 129,00 dan begitu pula pada responden kelompok kontrol seluruhnya adaptif (100%) dengan mean 119,11.

3. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Kelompok Keluarga terhadap Koping Orang Tua dalam Merawat Anak Autisme

Tabel 5.1 Data Koping Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Perlakuan Berdasarkan Uji Wilcoxon Signed Rank's Test dan Mann Whitney Test pada tanggal 29 Januari – 11 Februari 2010.

Jenis pertanyaan	Nilai rata2 Kelompok Perlakuan n=7		Nilai rata2 Kelompok Kontrol n=9		Nilai rata2 perlakuan n=7	Nilai rata2 kontrol n=9
	Pre Test	Post test	Pre Test	Post Test	Post Test	Post Test
1	29,5 85%	30,5 87%	40,5 90%	40 89%	30,5 87%	40 89%
2	30 86%	30 86%	39 87%	35,5 79%	30 86%	35,5 79%
3	31 88,5%	30 86%	41 91%	39 87%	30 87%	39 87%
4	27 77%	28 80%	34 75%	38 84%	28 80%	38 84%
5	28,5 81%	30 86%	39 87%	39 87%	30 86%	39 87%
6	28 80%	29,5 85%	44 98%	41 91%	29,5 85%	41 91%
7	29,5 85%	30 87%	43,5 97%	41 91%	30 87%	41 91%
8	29,5 85%	30 86%	42 93%	42 93%	30 86%	42 93%
9	29,5 85%	29 83%	36 80%	34 75%	29 83%	34 75%
10	29,5 85%	27,5 79%	37,5 83%	34,5 77%	27,5 79%	34,5 77%
11	25 71%	25,5 73%	37,5 83%	33,5 74%	25,5 73%	33,5 74%
	Wilcoxon Signed Ranks Test				Mann Whitney Test	
	Z= -2,366 p=0,018		Z= -2,668 p=0,008		Z= -2,305 p=0,021	

Berdasarkan tabel 5.1 didapatkan hasil uji statistik dengan penggunaan uji Wilcoxon Signed Rank's Test sebelum dan sesudah kelompok perlakuan didapatkan hasil $Z = -2,366$ dengan tingkat kemaknaan $p = 0,018$ yang berarti H_0 diterima berarti ada perubahan sebelum dan sesudah kelompok perlakuan.

Sedangkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji Mann Whitney Test kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan pendidikan kesehatan kelompok keluarga didapatkan hasil $Z = -2,305$ dengan tingkat kemaknaan $p = 0,021$ yang berarti H_0 diterima yang artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan kelompok keluarga terhadap coping orang tua dalam merawat anak autisme.

5.2 Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa coping orang tua pada kelompok perlakuan sebelum diberikan pendidikan kesehatan kelompok keluarga adalah seluruhnya (100%) adaptif dengan mean 116,43. Sedangkan pada kelompok kontrol terjadi hal yang sama seluruhnya (100%) juga adaptif dengan mean 130,11. Coping adaptif pada kelompok perlakuan menunjukkan responden mampu memaksimalkan perawatan anak autisme sedangkan pada kelompok kontrol responden menunjukkan sikap lebih sabar selama merawat anak autisme.

Coping adaptif yang sebelumnya terbentuk pada responden dapat dipengaruhi oleh faktor kepribadian dan status emosional. Orang tua ingin anaknya mempunyai masa depan yang cerah seperti halnya harapan para orang tua dari anak normal maka dari itu banyak hal yang dapat dilakukan sebagai orang tua dengan anak autisme diantaranya mau merawat dengan sepenuh hati dengan menyediakan waktu lebih banyak untuk merawat anaknya, mencari berbagai terapi dan pendidikan yang tepat bagi anak autisme dan memenuhi segala kebutuhan anak demi kesembuhannya. Budiman (1986) mengatakan bahwa keluarga yang dilandasi kasih sayang sangat penting bagi anak supaya anak dapat

mengembangkan tingkah laku sosial yang baik. Bila kasih sayang tersebut tidak ada, maka seringkali anak akan mengalami kesulitan dalam hubungan sosial, dan kesulitan ini akan mengakibatkan berbagai macam kelainan tingkah laku sebagai upaya kompensasi dari anak. Maka dari itu sangat diperlukan peran orang tua untuk perkembangan optimal anak autisme agar dapat meraih masa depan yang lebih baik.

Faktor – faktor lain sesuai karakteristik demografi yang sangat mempengaruhi koping adaptif responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan kelompok keluarga adalah tingkat pendidikan responden mayoritas akademi / perguruan tinggi yaitu pada kelompok perlakuan sebesar 85,7 % sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 89 %. Pendidikan yang tinggi akan menghasilkan seseorang menjadi lebih terbuka, mau mencari tahu yang bisa didapat dari bertanya, mendengar, membaca maupun melihat dari pengalaman yang terjadi di sekitar sehingga akan merubah pengetahuan seseorang terhadap objek tertentu (yang diamati). Sehingga proses penerimaan pengalaman dapat dikatakan baik maka pengetahuan yang didapat akan mempengaruhi respon yang diberikan terhadap adanya stimulus / objek tertentu. Selain itu koping dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin. Jenis kelamin yang menjadi responden seluruhnya adalah perempuan yang berarti adalah ibu dari anak autisme yang kesehariannya lebih banyak waktunya dalam merawat anak autisme karena ibu adalah sosok yang lebih dikenal dekat dengan anak sehingga dengan berjalannya waktu seorang ibu mengerti akan kondisi anaknya. Apalagi diketahui sebagian besar lama anak autisme terdiagnosa autisme di Yayasan Cahaya Harapan Madiun adalah antara 3-

5 tahun sehingga waktu yang cukup lama untuk mereka dalam beradaptasi terhadap keadaan menyebabkan coping mereka akan semakin baik atau adaptif.

Faktor lainnya adalah pekerjaan responden yang mayoritas tidak bekerja / ibu rumah tangga sebesar 28,6 % pada kelompok perlakuan sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 33,4 %. Mereka dalam kesehariannya lebih banyak menghabiskan waktunya untuk merawat anak autisme. Hal ini sesuai dengan tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (1998) yang ketiga yaitu memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit dengan membantu memenuhi kebutuhannya. Vinter (1980) menemukan suatu hubungan yang bermakna antara strategi coping dengan tingkat fungsi keluarga. Keluarga yang mampu menjalankan fungsi dengan baik akan menjadi sistem pendukung bagi anak dengan autisme maka dari itu dibutuhkan coping adaptif sehingga keberhasilan keluarga sebagai satu kesatuan akan dapat dirasakan dan anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

Hal tersebut didukung oleh pendapat Taylor (1991) ada dua sumber yang mempengaruhi mekanisme coping, sumber – sumber tersebut adalah sumber internal dan eksternal. Sumber internal adalah faktor kepribadian sedangkan sumber eksternalnya adalah meliputi uang, dukungan sosial dan standart kehidupan. Sedangkan menurut Bregmen (1980) menunjukkan bahwa reaksi coping dari orang tua ternyata konsisten dengan kepribadian mereka, pengalaman masa lalu, lingkungan tertentu yang berhubungan dengan kondisi serta arti yang dipersepsikan orang tua terhadap kondisi tersebut.

Sedangkan hasil penelitian setelah diberikan pendidikan kesehatan kelompok keluarga menunjukkan bahwa coping orang tua pada kelompok

perlakuan adalah seluruhnya (100%) adaptif. Sedangkan pada kelompok kontrol terjadi hal yang sama seluruhnya (100%) juga adaptif. Namun pada mean terjadi perubahan, mean pada kelompok perlakuan terjadi peningkatan menjadi 129 sedangkan pada kelompok kontrol terjadi penurunan menjadi 119,11. Koping adaptif pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa responden menggunakan koping dengan berorientasi pada tugas dengan menghadapi masalah secara terbuka yaitu mencari solusi yang terbaik demi masa depan anak autisme dan tetap menjalankan aktivitas sehari - hari tanpa harus lari dari masalah tersebut.

Adapun hal – hal yang mempengaruhi keberhasilan atau perubahan koping orang tua pada kelompok perlakuan adalah antara lain (1) tingkat pendidikan responden sebagian besar akademi / perguruan tinggi, sehingga tingkat pemahaman terhadap pendidikan kesehatan kelompok keluarga cukup baik, (2) dukungan sosial. Adanya pemberian pendidikan kesehatan secara berkelompok maka akan mempermudah responden untuk saling mengenal dan bertukar pengalaman, berkomunikasi dan menggali informasi tentang autisme, dan saling memotivasi atau memberi dukungan pada salah seorang responden pada saat penelitian dengan meyakinkan bahwa dia tidak sendiri dalam memahami dan merawat anak autisme dan selalu berfikir optimis dalam menghadapi masa depan anak autisme. Pengetahuan yang diperoleh responden memberikan stimulus untuk memunculkan koping terutama dalam merawat anak autisme, ini dikarenakan informasi yang jelas sumbernya, usia yang masih baik dalam tingkat pemahaman informasi, kondisi yang sedang terjadi (anak autisme), jelas bahwa koping seseorang di pengaruhi oleh pengetahuan.

Sedangkan setelah perlakuan pada kelompok kontrol responden menggunakan koping adaptif dengan selalu mencoba untuk tetap mendidik anak menjadi mandiri agar mampu memenuhi kebutuhan dasar diri seperti mandi, memakai pakaian, makan, menyisir rambut, dan lain sebagainya. Tetapi pada kelompok ini terjadi perubahan penurunan koping. Keadaan ini kemungkinan muncul karena adanya stimulus yang kurang baik yang datang dari internal responden ataupun eksternal, seperti dukungan dari teman, keluarga, pelayanan kesehatan (perawat, dokter) juga kemungkinan adanya perbedaan status emosional dan kepribadian responden. Dukungan yang dapat mempengaruhi penurunan koping dapat berasal dari stigma masyarakat yang masih belum memahami karakteristik anak autisme sehingga masyarakat akan membatasi diri untuk tidak berinteraksi dengan anak autisme. Keluarga yang memiliki anak autisme akan merasakan stigma yang sama saat tetangga membatasi untuk berinteraksi dengan keluarga. Hal ini sesuai dengan pendapat Goffman (1963, dalam Malsch, 2008) yang menyatakan bahwa keluarga dengan anak autisme akan membatasi kesempatan anak autisme untuk berintegrasi dengan kehidupan bermasyarakat sebagai dampak dari lingkungan yang menghindari kehadiran anak autisme. Faktor lain adalah status emosional dapat berasal dari kondisi pada saat menghadapi masalah dalam keluarga yang dapat mempengaruhi seseorang selama merawat anak autisme. Sedangkan kepribadian yang temperamental, tidak percaya diri akan mudah terpengaruh dalam keadaan dan informasi yang kurang menguntungkan. Sehingga hal ini dapat mempengaruhi dalam pengambilan keputusan atau penggunaan koping orang tua dalam merawat anak autisme.

Menurut Miller (1985) menyatakan beberapa variable yang mempengaruhi strategi koping adalah intrapersonal, lingkungan dan faktor yang berhubungan kesakitan. Faktor interpersonal termasuk usia, kepribadian, intelegensia, nilai, kepercayaan, status emosional dan pengetahuan. Faktor lingkungan termasuk dukungan sosial dari teman, keluarga, pelayanan kesehatan (perawat, dokter), dan sumber finansial. Sedangkan menurut Brunner & Suddarth (2002) faktor yang mempengaruhi mekanisme koping terdiri dari internal dan eksternal. Internal terdiri dari: system kepercayaan, komitmen atau tujuan hidup, perasaan seperti harga diri, kontrol dan kemahiran, pengetahuan, ketrampilan sosial / komunikasi. Sedangkan eksternal yaitu dukungan sosial dan material. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Wahyu (2005) bahwa dukungan sosial sebagai bentuk kebutuhan keluarga dalam merawat anak autisme berasal dari pihak keluarga, teman dan tetangga. Dukungan yang dapat meningkatkan koping jika keluarga dengan sumber dan jenis dukungan yang adekuat akan merasakan bahwa mereka tidak sendiri dan segala sesuatu selama merawat anak autisme akan mendapat dukungan dari sumber pendukung tersebut. Tetapi dukungan juga dapat menurunkan koping seseorang. Keluarga dengan anak autisme akan mempersepsikan bahwa tetangga dan lingkungan belum tentu bisa memahami apa yang dialami anak autisme. Dukungan sosial sebagai kognitif terdiri dari informasi atau nasehat verbal dan non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima (Gottlieb, 1983). Seperti pada kelompok sosial akan mendapatkan nilai keuntungan bagi individu tersebut.

Hasil penelitian dengan menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank's Test* pada kelompok perlakuan didapatkan $p = 0,018$ artinya H_0 diterima menunjukkan bahwa terdapat peningkatan yang signifikan pendidikan kesehatan kelompok keluarga terhadap coping orang tua dalam merawat anak autisme. Sedangkan dengan uji *Mann Whitney Test* didapatkan $p=0,021$ artinya H_0 diterima menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan pendidikan kesehatan kelompok keluarga terhadap coping orang tua dalam merawat anak autisme.

Pendidikan kesehatan yang diberikan secara berkelompok menurut Reitz (1977) kelompok memiliki karakteristik dapat berinteraksi satu sama lain untuk mencapai tujuan yang ditetapkan bersama, dengan membangkitkan kepekaan diri, menimbulkan rasa solidaritas, menciptakan komunikasi yang terbuka, dan menimbulkan itikad yang baik. Ini sesuai seperti pada penelitian yang telah dilakukan pada kelompok perlakuan. Penelitian ini memberikan informasi tentang pengertian autisme, penyebab autisme, perawatan autisme, peran orang tua dalam merawat autisme, tanggung jawab orang tua anak autisme, cara penyelesaian masalah, dan strategi penyelesaian masalah. Pada perlakuan pertama kali, responden lebih banyak menunjukkan emosi saat menerima berbagai jenis coping yang harus diterapkan karena merasa tidak mudah melakukannya. Tetapi pada perlakuan kedua kali, emosi yang sebelumnya ada sudah tidak tampak lagi dan mau mencoba berbagai jenis coping yang disampaikan. Hal ini juga adanya responden yang mau saling memberikan dukungan, informasi dan berbagi pengalaman selama merawat anak autisme. Informasi baru yang diperoleh seseorang, dapat terjadi perubahan – perubahan dalam pemikirannya. Informasi baru yang sama dapat menyebabkan perubahan yang amat berbeda dalam kognisi

yang serupa. Informasi baru menyebabkan perubahan dalam keinginan individu. Perubahan keinginan individu dan informasinya saling berkaitan. Jika orang memperoleh keinginan baru, mereka terdorong mencari informasi baru untuk mengetahui lebih banyak mengenai suatu masalah, dapat timbul keinginan baru sehingga akan mendorong mereka untuk mengetahui lebih banyak lagi (Smet, 1994). Pada pendidikan seseorang yang semakin tinggi, maka akan mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang rendah akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai yang baru diperkenalkan (Nursalam, 2003).

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan diri. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah menerima informasi. Seperti yang diuraikan tadi bahwa faktor yang mempengaruhi terjadinya peningkatan coping orang tua anak autisme adalah tingkat pendidikan responden sebagian besar (85,7%) adalah akademi atau perguruan tinggi sehingga pemahaman terhadap pendidikan kesehatan kelompok keluarga yang diberikan cukup baik. Pengalaman belajar dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan dan bertolak dari masalah yang nyata. Selain itu adanya dukungan sosial pada saat diberikan pendidikan kesehatan kelompok keluarga. Faktor lain adalah umur responden sebagian besar adalah 25 -35 tahun. Pada usia ini status emosional semakin matang dan semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya dan kemampuannya dalam menyelesaikan suatu permasalahan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan menyajikan kesimpulan dan saran sesuai dengan tujuan penelitian.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan kelompok keluarga terhadap coping orang tua dalam merawat anak autisme. Hal ini dipengaruhi oleh kepribadian, status emosional, dukungan sosial, usia, tingkat pendidikan, pekerjaan dan lama anak didiagnosa autisme.

6.2 Saran

1. Institusi

Diharapkan adanya pemberian pendidikan kesehatan kelompok keluarga pada orang tua anak autisme maka yayasan dapat mehidupkan kembali perkumpulan kelompok keluarga karena berdasarkan hasil penelitian ini dapat meningkatkan coping orang tua dalam merawat anak autisme.

2. Ilmu Keperawatan Jiwa

Diharapkan bagi pemberi pendidikan kesehatan khususnya perawat jiwa untuk dapat melanjutkan pendidikan kesehatan dalam konteks keluarga untuk meningkatkan coping orang tua yang memiliki anak dengan gangguan perkembangan lainnya.

3. Peneliti Lanjut

Perlu adanya penelitian lebih lanjut tentang koping orang tua dalam merawat anak autisme dengan jumlah sample yang lebih banyak dan menggunakan instrument yang baku agar mendapatkan hasil yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, E, (2003). *Autisme: Masa Kanak.*
<http://library.usu.ac.id/download/fk/psikologi-elvi.pdf> diakses tanggal 16 September 2009
- Astuti, I, (2006). *Mengenal Autisme dan Terapinya.*
<http://ditplb.or.id/2006/index.php?menu=profile&pro=197> diakses tanggal 16 September 2009
- Bailon, S.G. & Maglaya, A.S. (1997). *Family Health Nursing: The Process.* Philippines: UP College on Nursing Diliman
- Baron, D., (1994). *Autism, the Fact.*
<http://groundjett.wordpress.com/2008/03/01/penyebab-autisme/> diakses pada tanggal 15 Oktober 2009
- Cohen, S. & Bolton, P., (1993). *Autism: The Fact.* New York: Oxford University
- Danuatmaja, Bonny, (2003). *Terapi Anak Autisme di Rumah.* Jakarta: Pustaka Swara
- Fitryasari, Rizki, (2009). *Pengalaman Keluarga dalam Merawat Anak dengan Autisme.* Thesis. Depok: Universitas Indonesia (tidak dipublikasikan)
- Friedman, M.M., (1998). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek.* Jakarta: EGC
- Hamid, A.Y.S., (2008). *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa.* Jakarta:EGC
- _____, (1997). *Analisa Konsep Koping.* Jakarta: Jurnal Keperawatan Indonesia, Vol. 1 no. 1,
- _____, (1993). *Child Family Characteristics ang Coping pattern of Indonesian Families with Mentally Retarded Child.* Dissertation: Catholic University of America, Washington D.C
- Handojo, Y., (2008). *Autisme: Petunjuk Praktis dan Pedoman Materi untuk Mengajar Anak Normal, Autis dan Prilaku Lain.* Jakarta: Bhuana Ilmu Populer
- Hulme. (1999). *Family empowerment: A Nursing intervention with Suggested Outcomes for Family of Children with Cronic Health Condition.* *Journal of Family Nursing*, vol. 5, No. 1, 33-50

- Judarwanto, Widodo, (2006). *Deteksi Dini Autisme*.
<http://autism.blogsome.com//2006/deteksi-dini-autis/> diakses pada tanggal 9 september 2009
- _____, (2006). *Pencegahan Autis Pada Anak*.
http://mamaabram.multiply.com/journal/item/22/PENCEGAHAN_AUTIS_PADA_ANAK/ diakses pada tanggal 20 Oktober 2009
- Keliat, B.A. (1999) *Penatalaksanaan Stress*. Jakarta: EGC
- Keltner, Schewecke, & Bostrom, (1995). *Psychiatric Nursing*. USA: Mosby-Year Book
- Lin, Tsai, & Chang, (2008). Coping mechanisms of parents of children recently diagnosed with autism in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, Vol 17, No. 2733 – 2740
- Mohr, W. K. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadhelpia: Lippincott Williams Wilkins
- Nursalam, (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Potter, P.A & Perry, A.G. (2003). *Fundamentals of Nursing*. St. Louise: Mosby Pub.
- Resna, L. (2005). *Presentase Anak Autis Meningkat*.
<http://www.republika.co.id/2005/05/07/presentase-anak-autisme-meningkat/> diakses pada tanggal 20 Oktober 2009
- Safaria, Triantoro, (2005). *AUTISME: Pemahaman Baru untuk Hidup Bermakna Bagi Orang Tua*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Schulz, R. & Sherwood, P.R., (2008). *Physical and Mental Effects of Family Caregiving*.http://www.nursingcenter.com/library/journalarticle.asp?article_10=815780 diakses pada tanggal 20 Oktober 2009
- Smet, B, (1994) *Psikologi Kesehatan*. Jakarta:PT Grasindo
- Stuart & Sundeen. (1995). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. USA: Mosby-Year Book
- Sundari, Dian Rini, (2008). *Manajemen Ibu Menghadapi Anak Autisme*. Skripsi. Semarang: Universitas Diponegoro (dipublikasikan)

- Susanti, D., (2005). *Pengaruh Intervensi Dinamika Kelompok terhadap Kemampuan Koping dan Tingkat Stress pada Ibu yang Mempunyai Anak Penyandang Autisme di Yayasan Ananda dan Pratama*. Thesis. Depok: Universitas Indonesia (tidak dipublikasikan)
- Twoy, R., Connolly, P.M. & Noval, J.M. (2006). Coping Strategies used by Parents of Children with Auitism. *Journal of the American Academy of Nursing Practitioners* 19(2007). Hal. 251
- Wahyu, WT. (2007). *Dukungan Sosial dalam Membangun Penerimaan Diri Orang Tua yang Mempunyai Anak Autis*. <http://fakultaspsikologi/jtptums/p/index/assoc/HASH84d9.dir/doc.pdf> diakses pada tanggal 18 Februari 2010
- Yatim, Faisal, (2003). *Autisme: Suatu Gangguan Jiwa pada Anak – Anak*. Jakarta: Populer Obor



UNIVERSITAS AIRLANGGA
PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
 Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 25 Januari 2010

Nomor : 047/H3.1.12/PPd/2010
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
 Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
 Kepala Yayasan Cahaya Harapan Madiun
 di –
 Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Devi Maya Rahmawati
 NIM : 010830384B
 Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Kelompok Keluarga
 terhadap Koping Orang Tua dalam Merawat Anak
 Autisme di Yayasan Cahaya Harapan Madiun
 Tempat : Yayasan Cahaya Harapan Madiun

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.


 Dekan
 Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
 196612251989031004



**Terapi dan Pendidikan Anak dengan Kebutuhan Khusus
(Autis, Hiperaktif, Lambat Bicara dan lain-lain)
Jl. Nias No.9 Madiun. Telp. 0351-497135**

No. : 268 / CH - 02 / I / 2010 Madiun, 27 Januari 2010
Lamp : -
Perihal : Pemberian Ijin Penelitian
dan Pengumpulan Data Penelitian

Kepada
Yth. Pimpinan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Di
Surabaya

Dengan Hormat,

Berdasarkan Surat Permohonan Ijin Penelitian dan Pengumpulan Data Penelitian, No. 047/H3.1.12/PPd/2010, atas nama Devi Maya Rahmawati, NIM: 010830384B, yang akan digunakan untuk dilaksanakan penelitian sebagai syarat untuk rangkaian pelaksanaan Ujian Akhir Program, di tempat Terapi dan Pendidikan Anak dengan Kebutuhan Khusus Cahaya Harapan, maka kami sebagai Pimpinan dapat memberikan ijin dan fasilitas berupa tempat untuk dilaksanakan penelitian pada tanggal 29 Januari s/d 11 Februari 2010.

Demikianlah yang dapat kami sampaikan, semoga bantuan dan kerjasama yang kami berikan dapat memberi manfaat. Terima kasih.

Kepala Sekolah



**FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN KELOMPOK KELUARGA
TERHADAP KOPING ORANG TUA DALAM MERAWAT ANAK
AUTISME DI YAYASAN CAHAYA HARAPAN MADIUN**

OLEH
DEVI MAYA RAHMAWATI

Kami adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir pendidikan S 1 Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Tujuan penelitian ini untuk menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan terhadap orang tua dalam merawat anak autisme di Yayasan Cahaya Harapan Madiun. Kami mengharapkan tanggapan / jawaban yang saudara berikan sesuai dengan pendapat saudara tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Kami menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas saudara. Informasi yang saudara berikan hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan tidak akan dipergunakan untuk maksud maksud lain.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat bebas, saudara ikut atau tidak tanpa adanya sangsi apapun. Jika saudara bersedia menjadi peserta penelitian, silahkan menandatangani kolom dibawah ini.

Tanda Tangan :

Tanggal :

Nama Responden :

FORMAT PENGUMPULAN DATA UNTUK RESPONDEN
PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN KELOMPOK KELUARGA
TERHADAP KOPING ORANG TUA DALAM MERAWAT ANAK
AUTISME DI YAYASAN CAHAYA HARAPAN MADIUN

Petunjuk pengisian kuesioner :

1. Jawablah pertanyaan berikut ini dengan memberikan tanda (√) pada jawaban yang anda anggap benar dan isilah titik-titik sesuai dengan jawaban anda.
2. Anda tidak perlu menuliskan nama untuk menjaga kerahasiaan
3. Semua harus diisi

No. Kode :

Tanggal Penelitian :

I. Data Demografi Orang Tua

1. Umur

- 25 - 35 tahun
 36 - 45 tahun
 > 45 tahun

2. Tingkat pendidikan

- Tidak sekolah
 SD
 SLTP
 SLTA
 Akademi / PT

3. Pekerjaan

- Tidak bekerja
 Pegawai Negeri
 Swasta
 Wiraswasta
 Lain – lain

4. Jenis kelamin

- Laki – laki
 Perempuan

5. Penghasilan orang tua (bapak dan ibu)

- < 2 juta
 2 – 4 juta
 4 – 8 juta
 > 8 juta

II. Data Demografi Anak

1. Berapa lama anak anda telah didiagnosa autisme oleh dokter ?
.....tahun bulan
2. Berapa lama anak anda menjalani terapi di yayasan cahaya harapan ?
..... tahunbulan
3. Anak anda merupakan anak ke berapa ?
Anak ke dari bersaudara
4. Berapa jumlah anak penyandang autisme dalam keluarga anda?
..... anak

KUESIONER

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN KELOMPOK KELUARGA
TERHADAP KOPING ORANG TUA DALAM MERAWAT ANAK
AUTISME DI YAYASAN CAHAYA HARAPAN MADIUN**

Petunjuk pengisian kuesioner :

Jawablah pertanyaan berikut ini dengan memberikan tanda (√) pada jawaban yang anda anggap benar.

Keterangan : SS : Sangat Setuju
S : Setuju
R : Ragu-Ragu
TS : Tidak Setuju
STS : Sangat Tidak Setuju

KOPING ORANG TUA DALAM MERAWAT ANAK AUTISME

No	Pernyataan	SS	S	RAGU RAGU	T S	STS	Skore
1.	Setiap ada masalah yang terjadi pada anak, saya selalu membahas dan membicarakan dengan keluarga.						
2.	Bila saya menghadapi persoalan, saya akan menghadapi persoalan tersebut dan beraktifitas seperti biasa						
3.	Saya berusaha mengurangi kegiatan yang kurang bermanfaat untuk merawat anak saya yang autisme						
4.	Saya sampai sekarang tetap menjaga interaksi baik dengan banyak orang						
5.	Sejak saya tahu bahwa anak saya autisme saya lebih memperhatikannya						
6.	Meski saya sibuk, anak saya yang autisme harus tetap mendapatkan perawatan dan perhatian yang cukup.						
7.	Berusaha menyediakan semua kebutuhan dan keperluan anak autisme demi kesembuhannya						
8.	Kegiatan rutin perkumpulan keluarga merupakan kegiatan sangat penting untuk diikuti yang bermanfaat bagi keluarga dengan anak autisme						

9.	Saya mencari informasi dan saling bertukar pikiran dengan sesama orang tua dengan anak autisme						
10.	Saya aktif mencari informasi tentang kesembuhan autisme dengan mengikuti seminar, mencari informasi di majalah, buku, bertanya pada sesama orang tua autisme, dll.						
11.	Ketika hidup saya bermasalah, saya senantiasa yakin bahwa Tuhan akan membantu saya						
12.	Sabar adalah kunci keberhasilan merawat anak autisme untuk mencapai kesembuhannya.						
13.	Kondisi yang terjadi pada anak saya yang autisme merupakan kehendak-Nya dan ujian bagi keluarga saya.						
14.	Dengan mendekatkan diri pada Tuhan maka segala masalah yang saya alami akan mudah terselesaikan						
15.	Anak autisme harus terus dilatih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri sendiri (mis. memakai baju, menyisir, mandi, menggosok gigi, makan, dll)						
16.	Sejak saya tahu anak saya autisme, saya lebih mudah marah dari sebelumnya						
17.	Perasaan saya lebih baik jika menyendiri sejak mengetahui bahwa anak saya mengalami autisme						
18.	Kadang-kadang saya menangis bila memikirkan kondisi anak saya yang autisme						
19.	Apa yang terjadi pada anak saya yang autisme merupakan kesalahan yang diperbuat oleh saya (ayah/ibu)						
20.	Sampai sekarang saya sulit percaya kalau anak saya merupakan penyandang autisme						
21.	Autisme adalah kondisi yang orang lain tidak perlu tahu, maka saya perlu merahasiakannya						
22.	Jika mengalami persoalan atau masalah, saya lebih cenderung melarikan ke hal-hal negatif (merokok, minum-minuman keras, membanting barang, dll)						
23.	Anak saya yang autisme bisa bermain bersama teman-temannya maka dari itu jika ada yang menanyakan kondisinya,						

	saya sering menjelaskan bahwa anak saya sehat dan normal						
24.	Saya sering mengalihkan pembicaraan atau pergi begitu saja jika ada yang menanyakan kondisi anak saya yang autisme						
25.	Saya suka melamun membayangkan kondisi anak saya yang autisme normal seperti anak yang lainnya						
26.	Saya yakin dokter salah mendiagnosa bahwa anak saya mengalami autisme						
27.	Tuhan bertindak tidak adil pd keluarga saya atas apa yang anak saya (autisme) alami						
28.	Saya tiba-tiba memarahi anak yang autisme atau memukul sesuatu jika saya ingat kondisi yang dia alami						
29.	Saya memukul atau memarahi anak saya yang autisme jika dia susah diatur atau membuat ulah yang memalukan di depan umum						
30.	Saya mengurangi pergaulan dengan orang lain sejak saya tahu anak saya autisme						

SATUAN ACARA PENDIDIKAN KESEHATAN

Materi	: Autisme
Sasaran	: Orang tua anak autisme
Tempat	: Yayasan Cahaya Harapan Madiun
Waktu	: 60 menit

I. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan kelompok keluarga tentang cara mengatasi stres/cemas selama merawat anak autisme, orang tua dapat meningkatkan coping yang adaptif selama merawat anak autisme.

II. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan kelompok keluarga tentang cara mengatasi stres/cemas selama merawat anak autisme, orang tua diharapkan:

1. Mengetahui pengertian tentang autisme
2. Mengetahui penyebab autisme
3. Memahami penatalaksanaan autisme
4. Memahami peran orang tua dalam merawat anak autisme
5. Memahami Tanggung Jawab Orang Tua Anak Autisme
6. Mengetahui cara penyelesaian masalah

7. Memahami strategi manajemen stress

III. Materi

1. Definisi Autisme
2. Penyebab Autisme
3. Perawatan Autisme
4. Peran Orang Tua dalam Merawat Anak Autisme
5. Tanggung Jawab Orang Tua Anak Autisme
6. Cara Penyelesaian Masalah
7. Strategi Manajemen Stres

IV. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Diskusi

V. Kegiatan

No.	Tahap	Waktu	Petugas	Peserta
1.	Pembukaan	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perkenalan 2. Menjelaskan tujuan penyuluhan 3. Menanyakan sejauh mana pemahaman tentang koping orang tua selama merawat anak autisme 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan 2. Bertanya 3. Menjawab pertanyaan

2.	Penyampaian materi inti	20 menit	<p>1. Menjelaskan pengertian, penyebab, penatalaksanaan autisme; peran & tanggung jawab orang tua dalam merawat anak autisme; cara penyelesaian masalah; manajemen stres.</p> <p>2. Melakukan tanya jawab hasil penyuluhan</p>	<p>1. Mendengarkan dan memperhatikan</p> <p>2. Menanyakan hal-hal yang kurang jelas</p> <p>3. Menjawab pertanyaan</p>
3.	Penutup	5 menit	<p>1. Menyimpulkan materi yang telah diberikan</p> <p>2. Memberi salam penutup</p>	<p>1. Memperhatikan</p> <p>2. Menanggapi salam</p>

VI. Evaluasi

Kriteria Evaluasi:

1. Evaluasi struktur

- Peserta hadir ditempat penyuluhan di ruang penyuluhan 100% (9 orang)
- Penyuluhan dilaksanakan di ruang depan
- Pengorganisasian penyelenggaraan pendidikan sudah dilakukan sebelumnya
- Sarana dan prasarana memadai

2. Evaluasi proses
 - Peserta antusias terhadap materi pendidikan kesehatan
 - Tidak ada peserta yang meninggalkan tempat penyuluhan sampai selesai
 - Peserta mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan dengan benar
3. Evaluasi hasil
 - Orang tua memahami tentang autisme
 - Jumlah orang tua yang hadir dalam pendidikan kesehatan sesuai yang diharapkan
 - Kegiatan berjalan sesuai dengan tujuan yang dicapai
 - Tidak ada yang gangguan

VII. Sarana, Media, dan Sumber Pustaka

1. Sarana
 - Lokasi memadai
 - Jumlah kursi sesuai dengan jumlah orang tua yang hadir
2. Media
 - Booklet
3. Sumber Pustaka
 - Yatim, Faisal, (2003). *Autisme: Suatu Gangguan Jiwa pada Anak-Anak*. Jakarta: Populer Obor
 - Danuatmaja, Bonny, (2003). *Terapi Anak Autisme di Rumah*. Jakarta: Puspa Swara

- Sundari, Dian Rini, (2008). *Manajemen Ibu Menghadapi Anak Autisme*. Skripsi. Semarang: Universitas Diponegoro (dipublikasikan)
- Fitryasari, Rizki, (2009). *Pengalaman Keluarga dalam Merawat Anak dengan Autisme*. Thesis. Depok: Universitas Indonesia (tidak dipublikasikan)

VIII. Pengorganisasian

Pembawa Acara : Ratna

Pembicara : Devi Maya Rahmawati

Observer : Nunik

MATERI
CARA MENGATASI STRESS/CEMAS
SELAMA MERAWAT ANAK AUTISME

I. Pengertian Autisme

Autisme merupakan gangguan pervasif pada anak yang ditandai dengan adanya gangguan dan keterlambatan dalam bidang komunikasi, gangguan dalam bermain, bahasa, perilaku, gangguan perasaan dan emosi, interaksi sosial, perasaan sosial dan gangguan dalam perasaan sensoris (Cohen & Bolton, 1993).

II. Penyebab Autisme

Penyebab autisme sampai dengan saat ini belum dapat diketahui secara pasti. Ada dua teori yang melandasi penyebab terjadinya autisme, yaitu teori psikogenik dan teori biologik.

1. Teori psikogenik, meliputi:

- Cara pengasuhan yang buruk pada anak
- Hubungan yang dingin atau tidak akrab antara orang tua dan anak. Orang tua yang emosional, kaku, obsesif dapat menyebabkan anaknya menjadi autistik.

2. Teori Biologik, disebabkan sesuatu yang bersifat organik diantaranya:

- Faktor genetik
- Kondisi selama kehamilan sampai dengan proses kelahiran (pendarahan pada masa kehamilan awal, penggunaan obat-obatan selama kehamilan, gangguan pernapasan dan anemia, proses kelahiran yang lama dan pemakaian forcep karena mengakibatkan gangguan nutrisi dan oksigenasi pada janin)

- Kondisi kesehatan (infeksi ringan sampai berat pada bayi, pemaparan zat merkuri melalui pengawet yang digunakan pada imunisasi MMR dan hepatitis B, logam berat, protein susu sapi dan tepung terigu).
- Gangguan sel-sel otak selama dalam kandungan pada fase pembentukan organ-organ pada usia kehamilan trimester pertama. Gangguan tersebut bisa karena infeksi virus dan jamur (*toksoplasmosis, rubella, candida*, dan lain-lain), logam berat (*Pb, Al, Hg, Cd*), zat aditif (MSG, pengawet, pewarna), obat-obatan, jamu peluntur, serta hiperemesis.

III. Penatalaksanaan Autisme

1. Fisioterapi

Bentuk terapi ini antara lain senam untuk menguatkan otot, peregangan, pijatan di daerah otot yang tegang, dan latihan kesembuhan. Pelaksanaannya berbeda untuk tiap penderita autisme, tergantung masalah yang dialami pada anak autisme

2. Terapi Okupasi

Latihan terapi okupasi antara lain berkonsentrasi menyusun berbagai macam barang-barang kecil yang melibatkan kerja otak, mata, dan tangan secara bersama-sama. Untuk melatih motorik tangan, penyandang autisme diajar cara memegang pensil, pulpen, atau sendok dengan benar. Diajarkan juga melakukan kegiatan sehari-hari seperti memakai topi, sepatu, dan baju. Juga bagaimana cara makan dan minum tanpa bantuan orang lain, membedakan benda-benda yang kasar dan halus, serta melatih indra penciuman seperti mencium bau-bauan atau wangi-wangian.

3. Terapi Tingkah Laku

Terapi ini meliputi mengajarkan bagaimana duduk diam dengan tangan dilipat diatas meja

Salah satu metode yang dipakai adalah Applied Behavior Analysis (ABA) atau sering disebut metode Lovaas, dengan cirinya berstruktur, terarah, dan terukur. Materi yang diajarkan antara lain memasang benda-benda seperti piring dengan gelas dan mengidentifikasi benda-benda sekitar, misalnya penderita autisme diminta mengambil benda yang disebutkan serta melakukan pekerjaan yang diperintahkan. Selain itu, diajarkan pengetahuan akademis dalam tingkat yang sederhana, misalnya belajar mengenal huruf dan angka. Metode ini juga mengajari anak autisme memfokuskan perhatian dan bersosialisasi dengan teman-temannya, dua hal yang sulit dilakukan oleh anak autisme.

4. Terapi Air

Kolam renang bisa membantu memulihkan kondisi fisik penyandang autisme. Disebabkan tekanan di dalam air membantu mengencangkan otot-otot, terutama di bagian lengan dan kaki.

5. Terapi Musik

Terapi musik digunakan sebagai alat bantu untuk memecahkan kebuntuan komunikasi pada anak autisme, musik dapat mengembangkan kepekaan suara dan mendongkrak kemampuan berbahasa pada anak. Metode yang dilakukan antara lain mengenalkan musik melalui bunyi atau lagu kemudian anak akan meniru lagu yang diputar dan melakukan gerakan seperti lagu, cara ini bisa

meningkatkan fungsi indera pendengaran dan merangsang kemampuan berbicara.

6. Terapi Medikamentosa

Terapi ini harus dengan pengawasan dokter yang berwenang. Pemberian obat-obatan ataupun vitamin dosis tinggi tidak boleh sembarangan, disebabkan dampak yang akan terjadi pada tiap anak berbeda-beda, terapi ini bergantung pada gangguan yang terjadi.

Terapi ini untuk menghilangkan gejala. Gejala yang sebaiknya dihilangkan dengan pemberian obat-obatan, yaitu saat anak terlalu hiperaktif, menyakiti diri sendiri dan orang lain (agresif), merusak, dan sulit tidur.

7. Terapi wicara

Latihan berupa bertepuk tangan dengan ritme yang berbeda-beda, mengimitasi bunyi vokal, mengimitasi kata dan kalimat, belajar mengenal kata benda dan sifat, merespon bunyi-bunyi dari lingkungan sekitar dan mencoba membedakannya, mengembangkan organ artikulasi belajar berbagai ekspresi yang mewakili perasaan (sedih, senang, cemas, sakit, dan marah), berlatih mengangguk untuk mengatakan 'ya' dan menggeleng untuk 'tidak', juga belajar merangkai kata, frase, dan kalimat. Alat bantu digunakan gambar ataupun benda. Dengan terapi wicara, ada beberapa anak autisme yang kemampuan bahasanya diatas anak-anak normal sebayanya.

7. Terapi Diet

Beberapa makanan yang harus dihindari antara lain cemilan yang mengandung gluten (gluten adalah protein yang didapat dari tepung terigu seperti sereal gandum, barley, dan oat, makanan yang dibuat dari tepung terigu

seperti mie, roti, dan kue keju), kasein (protein yang berasal dari susu hewan serta hasil olahannya seperti keju, susu asam dan mentega. Sebagai gantinya bisa diberikan susu yang diolah dari kedelai, kentang, almond, dan lain-lain), serta zat lain seperti penambah rasa, pewarna makanan, gula intesis, dan ragi yang digunakan untuk fermentasi makanan.

IV. Peran orang tua anak autisme

- 1) Memastikan diagnosis sekaligus mengetahui ada tidaknya gangguan lain pada anak untuk ikut diobati
- 2) Membina komunikasi dengan dokter yang menangani anak.
- 3) Orang tua harus memperkaya pengetahuannya mengenai autisme, terutama pengetahuan mengenai terapi yang tepat dan sesuai untuk anak. Berdasarkan pengalaman ahli autis di Jakarta, orang tua yang ikut melaksanakan terapi secara intensif terhadap anaknya, akan memperoleh hasil yang memuaskan, yakni anak menunjukkan kemajuan yang sangat pesat.
- 4) Orang tua juga harus bertindak sebagai manager saat terapi dilakukan, misalnya mempersiapkan kamar khusus, mencari dan wawancara terapis, mengatur jadwal, melakukan evaluasi bersama tim terapis, juga memutuskan segala sesuatu yang berkaitan dengan pendidikan, terapi, dan pengobatan anak.

V. Tanggung jawab orang tua anak autisme

a) Sebagai pengambil keputusan

Orang tua memiliki hak dan tanggung jawab untuk memilih berbagai alternatif terapi yang paling cocok dan sesuai dengan kondisi anak.

b) Sebagai orang tua

Tanggung jawab orang tua sebagai orang tua meliputi:

- 1) Proses penyesuaian diri sebagai orang tua dari anak autisme
- 2) Sosialisasi anak. Orang tua sebaiknya bersikap terbuka mengenai kondisi anak pada lingkungannya, agar lingkungan memperoleh pemahaman yang benar mengenai kondisi anak, dan tidak memperlakukan secara negatif terhadap anak autisme.
- 3) Memperhatikan hubungan dengan saudara-saudara anak autisme. Orang tua memberikan pemahaman kepada saudara anak autisme mengenai kondisi saudaranya yang autisme.
- 4) Merencanakan masa depan dan perwalian.

b) Sebagai guru

- 1) Orang tua mempunyai pengaruh kuat terhadap anak-anaknya.
- 2) Orang tua memiliki pengetahuan yang lebih baik dan banyak mengenai anaknya sendiri dibanding orang lain.
- 3) Orang tua memiliki lebih banyak waktu bersama anaknya dibanding pihak lain.
- 4) Efektifitas intervensi pendidikan akan lebih meningkat apabila orang tua rela membantu melanjutkan latihan ketrampilan yang telah dilakukan di sekolah.

5) Orang tua akan menemukan kebahagiaan tersendiri apabila mereka dapat turun langsung membantu kemajuan perkembangan anaknya

c) Sebagai advocate

Maksudnya adalah kesanggupan orang tua untuk bertanggung jawab sebagai pendukung dan pembela kepentingan anaknya yang autisme. Keterbatasan pada anak autisme membuat mereka seringkali berada dalam posisi yang kepentingannya dirugikan.

VI. Cara penyelesaian masalah

Jere Yates (1992) memberikan nasihat umum bagaimana menghadapi stres atau masalah, yakni sebagai berikut:

- 1) Mempertahankan kesehatan fisik melalui olahraga teratur.
- 2) Menerima diri sendiri seperti apa adanya yang berkaitan dengan kelebihan dan kelemahan diri, kesuksesan dan kegagalan diri.
- 3) Tetap percaya diri dan mempunyai teman untuk berbagi dalam kesusahan. Berbagilah dengan orang lain, bukan hanya sekedar untuk melegakan pikiran dan perasaan namun juga agar kita dapat memperoleh saran-saran dari orang sehingga kita sendiri dapat berpikir dengan jernih dan mendalam.
- 4) Ambil sisi positif dan gunakan pendekatan konstruktif dalam menghadapi masalah kita.
- 5) Mempertahankan kehidupan sosial di luar perusahaan tempat kita bekerja. Memiliki sahabat akan sangat membantu kita untuk berbagi rasa serta

mendiskusikan masalah-masalah yang berat selama kita mengasuh dan membimbing anak dengan gangguan autisme.

6) Terlibat dalam aktivitas kreatif di luar pekerjaan akan memberikan kebermaknaan dalam hidup kita, serta memperkaya pengalaman kita. Kegiatan bisa berupa hobi positif, seperti berkebun, bercocok tanam, memelihara ikan hias, membuat puisi, cerpen, atau buku populer.

7) Terlibat dan menciptakan kegiatan kerja penuh makna, antara lain manajemen waktu, manajemen stres, penyelesaian tugas tepat waktu, dan lain sebagainya.

8) Menerapkan metode-metode yang efektif untuk mengatasi stres. Metode-metode ini diantaranya melalui pengendalian pikiran-pikiran negatif, relaksasi, atau melalui pendalaman spiritual religius.

Sedangkan cara penyelesaian masalah selama merawat anak autisme berdasarkan penelitian yang telah dilakukan Fitryasari (2009) mengidentifikasi tiga cara mengatasi masalah selama merawat anak autisme, yaitu modifikasi cara, mekanisme koping yang digunakan dan pemberdayaan keluarga.

1) Modifikasi cara

Modifikasi cara dapat dilakukan dalam hal pengobatan, nutrisi, menurunkan emosi dan alasan melakukan modifikasi.

2) Mekanisme koping yang digunakan

Mekanisme koping yang digunakan yaitu pendekatan spiritual, membatasi interaksi, marah dan mencoba cara baru.

3) Pemberdayaan keluarga

Ada tiga cara yang digunakan keluarga untuk melakukan pemberdayaan keluarga, yaitu komunikasi, bentuk pemberdayaan dan pembagian peran. Sedangkan penelitian yang dilakukan Hulme menyatakan bahwa pemberdayaan keluarga pada anak dengan kondisi kesehatan yang kronis meliputi kemampuan negosiasi dengan pelayanan kesehatan, pengaturan ulang peran dan tanggung jawab di dalam keluarga, pemenuhan kebutuhan perawatan kesehatan anak dan penggunaan pelayanan kesehatan dengan harga terjangkau.

VII. Strategi Manajemen Stres

Ada beberapa coping strategi untuk menangani stres. Kita tidak dapat menghilangkan stres, namun kita dapat membuat pilihan bagaimana mengatasi stres tersebut (Janasz, et all, 2006).

a) Mengidentifikasi stressor dan level stres.

Memahami stressor dan level stres kita, dapat membantu kita dalam mengelola respon kita terhadap stres secara efektif.

b) Menerapkan ketrampilan manajemen waktu. Ketrampilan manajemen waktu adalah ketrampilan menggunakan waktu menurut suatu skala prioritas dan mencapai beberapa tujuan dalam hidup kita. Mengontrol waktu berarti mengontrol hidup kita. Manajemen waktu juga memberi kita waktu untuk menikmati aktivitas lain yang penting untuk hidup kita seperti menghabiskan

waktu dengan keluarga, bersosialisasi, membaca dan melakukan hobby kita.

(Janasz, et, all., 2006)

- c) Sharing dan membuka diri. Membuka pikiran dan perasaan dengan diri sendiri atau orang lain, secara mengejutkan merupakan teknik yang efektif untuk menurunkan level stres.
- d) Membuat sebuah jurnal. Dengan menulis pemikiran dan perasaan kita, maka kita dapat menuangkan emosi kita mengenai sesuatu, sehingga kita memperoleh perspektif baru mengenai sebuah situasi.
- e) Berbicara dengan teman yang dipercaya, saudara, atau seorang profesional dapat membantu mengurangi stres.
- f) Memvisualisasikan dan imajinasi mental menjadi teknik yang populer untuk menurunkan stres. Membayangkan diri di dalam sebuah situasi yang kita inginkan, melihat diri dengan gambaran ideal seperti yang ingin kita lihat, menciptakan gambaran mental tentang diri sendiri. Dengan berpikir positif kita akan melakukan sesuatu dan berperilaku sesuai cara yang kita inginkan.
- g) Menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan stres.

Qubein (1990, hal. 152-156) mengemukakan beberapa strategi untuk menangani ketegangan dan stres, seperti:

- (a) Belajar mengatasi suatu perubahan. Suatu perubahan dalam bidang apapun dalam hidup kita biasanya akan menghasilkan stres. Perubahan seringkali terjadi dalam hidup, maka penting bagi kita untuk belajar menerimanya sebagai tantangan dan kesempatan untuk bertumbuh dan berkembang.

(b) Belajar mengatasi masalah. Beberapa cara untuk mengubah masalah menjadi tantangan:

- (1) Mengantisipasi masalah yang mungkin timbul.
- (2) Menghadapi masalah dengan keberanian, kepercayaan dan harapan.
- (3) Menghadapi masalah yang timbul, dan jangan menghindarinya.
- (4) Memahami masalah.
- (5) Merumuskan beberapa kemungkinan jalan keluar.
- (6) Melaksanakan salah satu alternatif jalan keluar suatu masalah.
- (7) Belajar mengatasi konflik. Konflik yang tidak terselesaikan akan menjadi salah satu penyebab stres dan kecemasan.
- (8) Belajar mengatasi kecemasan. Kecemasan dapat melemahkan energi kreatif, membuat seseorang menjadi kurang efektif dan tidak memperoleh hasil positif apapun.
- (9) Belajar untuk lebih santai. Kita perlu membangun kembali energi melalui istirahat sebelum kembali menyelesaikan suatu pekerjaan.
- (10) Mengembangkan rasa humor yang baik.
- (11) Memvariasikan minat. Waktu yang digunakan untuk keluarga, teman-teman, hobi tidak hanya akan membuat hidup lebih kaya, namun juga menolong mengatasi stres.

CARA MENGATASI STRESS/Cemas SELAMA MERAWAT ANAK AUTISME

AUTISME merupakan gangguan perkembangan pada anak yang ditandai dengan adanya gangguan dan keterlambatan dalam berbicara, gangguan dalam bermain, perilaku, gangguan perasaan dan emosi, dan hubungan dengan orang lain.

PERAWATAN ANAK AUTISME

1. Terapi Fisik

Bentuk terapi ini antara lain senam untuk menguatkan otot, perengangan, pijatan di daerah otot yang tegang dan latihan keseimbangan.

2. Terapi okupasi/aktif bekerja

Latihan terapi okupasi antara lain berkonsentrasi menyusun berbagai macam barang-barang kecil yang melibatkan kerja otak, mata, dan tangan secara bersama-sama. Untuk melatih motorik tangan, penyandang autisme diajar cara memegang pensil, pulpen, atau sendok dengan benar. Diajarkan juga melakukan kegiatan sehari-hari seperti memakai topi, sepatu, dan baju. Juga bagaimana cara makan dan minum tanpa bantuan orang lain, membedakan benda-benda yang kasar dan halus, serta melatih indra penciuman seperti mencium bau-bauan atau wangi-wangian.

3. Terapi Tingkah Laku

Terapi ini meliputi mengajarkan bagaimana duduk diam dengan tangan dilipat diatas meja

Salah satu metode yang dipakai adalah Applied Behavior Analysis (ABA) atau metode Lovaas. Materi yang diajarkan antara lain memasangkan benda-benda seperti piring dengan gelas dan mengidentifikasi benda-benda sekitar, misalnya penyandang autisme diminta mengambil benda yang disebutkan serta melakukan pekerjaan yang diperintahkan. Selain itu, diajarkan pengetahuan akademis misalnya belajar mengenal huruf dan angka.

4. Terapi Air

Kolam renang bisa membantu memulihkan kondisi fisik penyandang autisme. Disebabkan tekanan di dalam air membantu mengencangkan otot-otot, terutama di bagian lengan dan kaki.

5. Terapi Musik

Musik dapat mengembangkan kepekaan suara dan mendorong kemampuan berbahasa pada anak. Metode yang dilakukan antara lain menggerakkan tubuh sesuai musik, mendengarkan bunyi misalnya suara sehari-hari (suara kendaraan, suara hewan, telepon, TV, dll), membunyikan alat-alat bersama, menyanyi, bergerak atau bermain sesuai musik.

6. Terapi Obat

Terapi ini harus dengan pengawasan dokter. Pemberian obat-obatan ataupun vitamin dosis tinggi tidak boleh sembarangan, disebabkan dampak yang akan terjadi pada tiap anak berbeda-beda. Terapi ini untuk menghilangkan gejala. Gejala yang sebaiknya

dihilangkan dengan pemberian obat-obatan, yaitu saat anak terlalu hiperaktif, menyakiti diri sendiri dan orang lain (agresif), merusak, dan sulit tidur.

7. Terapi Bicara

Latihan berupa bertepuk tangan dengan ritme yang berbeda-beda, mengimitasi bunyi vokal, kata dan kalimat, belajar mengenal kata benda dan sifat, merespon bunyi-bunyi dari lingkungan sekitar dan mencoba membedakannya, mengembangkan organ artikulasi, belajar berbagai ekspresi yang mewakili perasaan (sedih, senang, cemas, sakit, dan marah), berlatih mengganggu untuk mengatakan 'ya' dan menggeleng untuk 'tidak', juga belajar merangkai kata, frase, dan kalimat. Alat bantu digunakan gambar ataupun benda. Dengan terapi wicara, ada beberapa anak autisme yang kemampuan bahasanya diatas anak-anak normal sebayanya.

7. Terapi Diet

Makanan yang harus dihindari yaitu cemilan yang mengandung gluten (gluten adalah protein yang didapat dari tepung terigu seperti sereal gandum, barley, dan oat, makanan yang dibuat dari tepung terigu seperti mie, roti, dan kue keju), kasein (protein yang berasal dari susu hewan serta hasil olahannya seperti keju, susu asam dan mentega. Sebagai gantinya bisa diberikan susu yang diolah dari kedelai, kentang, almond, dll), serta zat lain seperti penambah rasa, pewarna makanan, dan ragi yang digunakan untuk fermentasi makanan.

II. Peran orang tua anak autisme

- 1) Waspada jika ada gangguan lain pada anak autisme untuk segera diobati
- 2) Selalu membina komunikasi baik dengan dokter yang menangani anak autisme
- 3) Meningkatkan pengetahuan tentang autisme, terutama terapi yang tepat untuk anak autisme melalui seminar, internet, TV, majalah, ataupun dengan mengikuti kelompok komunitas orang tua anak autisme adalah sangat penting, disini orang tua bisa berbagi pengalaman selama merawat anak autisme dan juga dapat berbagi informasi perawatan dan pengobatan autisme.

- 4) Aktif menanyakan perkembangan kondisi anak pada terapis, evaluasi bersama terapis tentang pendidikan, terapi yang diajarkan, dan pengobatan anak autisme

III. Tanggung jawab orang tua anak autisme



a) Sebagai pengambil keputusan

Orang tua berhak memilih terapi yang paling cocok dan sesuai dengan kondisi anak.

b) Sebagai orang tua

- 1) Mau menerima sebagai orang tua dari anak autisme
- 2) Tidak menutup-nutupi kondisi anak yang sebenarnya pada lingkungan sekitar
- 3) Menjelaskan pada saudara dari anak autisme mengenai kondisi saudaranya yang autisme
- 4) Merencanakan masa depan anak autisme

c) Sebagai guru

- 1) Orang tua memiliki pengetahuan yang lebih baik mengenai anaknya sendiri dibanding orang lain.
- 2) Memberikan lebih banyak waktu untuk memperhatikan anak yang



autisme daripada anak-anak lainnya, karena perilaku anak autisme cenderung berbahaya maka perlu pengawasan selalu dari orang tua, (mengurangi kegiatan yang kurang bermanfaat untuk merawat anak autisme, tetap memperhatikan dan merawat anak autisme meski sibuk)

- 3) Anak autisme akan berkembang lebih pesat jika orang tua mau melanjutkan apa yang sudah diajarkan di sekolah (latihan keterampilan, belajar, mandi, makan, dll)

d) Sebagai Pelindung / Pembela

Bertanggung jawab untuk selalu mendukung, melindungi, merawat anak autisme agar berkembang seperti anak yang normal, dengan menyediakan kebutuhan anak demi kesembuhannya.

IV. Cara penyelesaian masalah

- 1) Menjaga kesehatan fisik dengan olahraga teratur.
- 2) Mau menerima dengan lapang dada dan menjalani keadaan yang terjadi sekarang dengan penuh harapan.
- 3) Mau berbagi akan masalah yang sedang dihadapi agar memperoleh saran-saran dari saudara, teman, ataupun sahabat sehingga dapat berpikir jernih selama menghadapi masalah.

4) Ambil hikmah dan gunakan cara yang positif setiap menghadapi masalah atau ujian dengan sabar, berdoa, beribadah, mengontrol emosi, tidak larut dalam kesedihan, dll.

5) Tetap menjaga hubungan baik dengan orang lain meski sedang menghadapi masalah besar, dengan tidak menghindar saat orang lain menanyakan kondisi anak, tidak suka menyendiri, tetap mau bergaul dengan banyak orang, dll.

6) Mencari kesibukan dengan beraktivitas sesuai hobi positif (berkebun, memelihara ikan, membuat puisi atau cerpen, berenang, dll)

7) Mampu mengendalikan pikiran-pikiran yang negatif akan masa depan anak autisme dengan tetap optimis percaya

bahwa anak akan berkembang normal seperti anak lainnya

- 8) Belajar mengendalikan emosi saat perilaku anak susah diatur dan tetap bersabar membimbing anak autisme
- 9) Istirahat yang cukup
- 10) Lebih mendekatkan diri pada Tuhan agar mendapat petunjuk untuk kesembuhan anak autisme.



IV. Strategi Mengatasi Stres

a) Menyadari apa penyebab stres/cemas dan seberapa besar pengaruhnya pada kehidupan sehari-hari. Masalah merupakan ujian yang datang dari Tuhan agar kita lebih kuat menjalani dan masalah apapun harus dihadapi untuk diselesaikan dengan mencari jalan keluar

b) Pandai mengatur waktu. Hal ini memberi kita waktu untuk menikmati

aktivitas lain yang penting untuk hidup kita seperti menghabiskan waktu dengan keluarga, bersosialisasi / bergaul, membaca, melakukan aktivitas sesuai hobi.

- c) Berbagi akan masalah yang dihadapi dengan teman dan meminta dan menerima saran-sarannya
- d) Membayangkan diri berada dalam situasi yang menyenangkan, misalnya liburan ke pantai, berkumpul bersama keluarga besar, dll.
- e) Istirahat yang cukup
- f) Mengembangkan rasa humor yang baik, dengan bercanda dengan keluarga, mengajak bermain anak, dll.



Dengan dibentuknya....

Kelompok Keluarga (Parent Group)

sangat penting untuk Bertukar dan Berbagi pengalaman dan informasi selama merawat anak autisme dan masih banyak lagi keuntungan lainnya

*Ayo gabung... dan aktifkan diri
Demi masa depan anak autisme...*

Lampiran 9

DATA PENELITIAN

Perlakuan : Koping						Kontrol : Koping					
Sebelum Pen. Kes			Setelah Pen. Kes			Sebelum			Sesudah		
Skore	%	Ket.	Skore	%	Ket.	Skore	%	Ket.	Skore	%	Ket.
115	77	A	133	88	A	113	75	A	113	75	A
122	81	A	135	90	A	138	92	A	133	88	A
117	78	A	128	85	A	124	83	A	121	81	A
119	79	A	128	85	A	112	75	A	109	73	A
112	75	A	111	74	A	126	84	A	118	79	A
108	72	A	123	82	A	135	90	A	121	81	A
122	81	A	123	81	A	139	93	A	128	85	A
						144	96	A	121	81	A
						133	88	A	140	93	A

Keterangan:

A : Adaptif score ≥ 93 M : Mal adaptif score ≤ 87

TABULASI PENGOLAHAN DATA KOPING RESPONDEN SEBELUM PERLAKUAN

N o.	Orient asi Pd tugas		Mena ta Perub diri		Me↑ perawat an an. autis			Menc ari duk. sosial	Klrg aktif cara baru		B'usaha > sabar		P'dekata n spiritual		Mema ndirik an anak
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	5	4	4	5	5	5	5	4	4	4	5	5	2	5	5
2	4	3	4	4	4	4	4	5	4	4	5	2	5	5	4
3	5	4	5	4	5	5	5	3	5	4	4	4	5	4	4
4	4	3	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	5	5
5	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
6	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4
7	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
9	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
10	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4
11	4	4	2	3	5	4	3	3	4	4	5	5	5	5	4
12	5	4	4	4	4	4	4	3	4	3	5	5	5	5	5
13	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
14	5	4	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5
15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
16	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5

No	Mekanisme pertahanan ego											Mela mpias kan emosi		Batasi interak si		skor	Ket.
	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	17		
1	2	2	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	115	A
2	2	4	3	4	3	5	5	4	4	5	5	5	5	2	5	122	A
3	3	1	3	1	5	5	5	5	2	5	2	5	3	3	3	117	A
4	2	1	5	2	5	5	4	4	1	5	4	5	3	3	4	119	A
5	4	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	112	A
6	4	2	4	2	4	4	3	3	3	4	2	4	4	4	4	108	A
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	122	A
8	3	4	4	2	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	113	A
9	4	2	2	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	138	A
10	4	3	5	3	5	5	5	3	3	3	4	4	4	4	4	124	A
11	3	1	1	3	5	5	5	5	3	5	5	3	2	3	3	112	A
12	5	1	1	2	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	126	A
13	4	2	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	1	135	A
14	5	5	3	5	5	5	5	5	5	4	5	3	5	4	5	139	A
15	3	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	3	5	5	144	A
16	4	2	4	3	5	5	4	4	4	3	5	5	4	5	5	133	A

TABULASI PENGOLAHAN DATA KOPING RESPONDEN
SETELAH PERLAKUAN

No.	Orientasi Pd tugas		Menta Perub diri		Me↑ perawat an. autis			Mencari duk. sosial	Klrg aktif cara baru		B'usaha > sabar		P'dekatan spiritual		Memandirikan anak
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	5	4	3	3	4	3	4	2	4	4	3	3	4	4	4
2	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	5	5	5	4
3	5	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	4	5	4	5
4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5
5	4	3	5	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	4	4
7	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4
9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
10	5	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	3	4	4	5
11	5	4	4	3	5	4	3	3	4	4	5	4	4	4	4
12	5	4	4	5	5	4	4	3	4	3	5	5	4	4	4
13	5	3	3	1	1	4	4	5	4	4	5	4	5	5	5
14	5	4	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5
15	5	3	3	5	5	3	5	4	5	5	5	4	5	5	5
16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

No	Mekanisme pertahanan ego												emosi		Batasi interaksi		skor	Ket.
	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	17	30		
1	4	2	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4	3	1	4	133	A
2	4	4	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	135	A	
3	4	3	5	5	5	5	3	5	3	5	5	5	3	3	3	128	A	
4	3	2	5	5	4	5	4	4	2	4	4	3	4	3	4	128	A	
5	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	111	A	
6	2	3	2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	123	A	
7	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	123	A	
8	3	4	4	2	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	113	A	
9	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	133	A	
10	4	2	4	2	4	5	4	4	3	4	4	5	5	3	4	121	A	
11	3	2	1	3	4	5	4	4	3	4	5	4	2	3	2	109	A	
12	2	2	3	3	4	5	5	4	1	3	5	5	5	3	5	118	A	
13	4	4	3	5	5	5	5	3	5	4	5	3	3	3	5	121	A	
14	5	5	3	5	5	5	5	4	5	4	5	3	5	4	5	118	A	
15	2	3	4	5	4	5	3	4	3	5	5	3	2	3	3	121	A	
16	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	140	A	

Lampiran 10

TABEL FREKUENSI

umur	Perlakuan		kontrol	
	jumlah	Persentase (%)	jumlah	Persentase (%)
26 – 35 tahun	5	72 %	5	56 %
36 – 45 tahun	1	14 %	3	34 %
> 45 tahun	1	14 %	1	11 %
total	7	100%	9	100 %

Tingkat pendidikan	perlakuan		kontrol	
	jumlah	Persentase (%)	Jumlah	Persentase (%)
Akademi / PT	6	86	8	89
SLTA	1	14	1	11
SLTP	0	0	0	0
SD	0	0	0	0
Tidak sekolah	0	0	0	0
total	7	100%	9	100%

Pekerjaan	perlakuan		kontrol	
	Jumlah	%	jumlah	%
Tidak bekerja	2	29	3	34
Pegawai negeri	3	43	0	0
Swasta	2	28	1	11
Wiraswasta	0	0	3	33
Lain2	0	0	2	22
total	7	100%	9	100%

Jenis Kelamin	perlakuan		kontrol	
	jumlah	%	Jumlah	%
Perempuan	7	100	9	100
Laki2	0	0	0	0
Total	7	100%	9	100%

Penghasilan Ortu	perlakuan		kontrol	
	jumlah	%	jumlah	%
< 2 juta	0	0	2	22
2-4 juta	3	43	2	22
4-8 juta	3	43	2	22
> 8 juta	1	14	3	34
total	7	100 %	9	100%

Lama Didiagnosa	Perlakuan		Kontrol	
	Jumlah	%	Jumlah	%
1-6 bulan	0	0	2	22
6 bulan-1 thn	1	14	0	0
1-3 th	1	14	3	34
3-5 th	4	58	2	22
>5 th	1	14	2	22
Total	7	100%	9	100%

Lama Terapi	Perlakuan		Kontrol	
	Jumlah	%	Jumlah	%
1-6 bulan	0	0	2	22
6 bulan- 1 th	1	14	2	22
1-3 th	3	43	4	45
3-5 th	2	29	1	11
> 5 th	1	14	0	0
Total	7	100%	9	100%

No Urut an. Autisme	Perlakuan		Kontrol	
	Jumlah	%	Jumlah	%
An. pertama	6	86	4	45
An. tengah	0	0	1	10
An. terakhir	1	14	4	45
Total	7	100%	9	100%

Jumlah an. Autisme	Perlakuan		Kontrol	
	Jumlah	%	Jumlah	%
1 anak	7	100	9	100
> 1 anak	0	0	0	0
Total	7	100%	9	100%

Lampiran 11

Pre – Post Kontrol NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PRE	9	130.11	11.890	112	144
POST	9	119.11	10.879	98	133

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
POST - PRE	Negative Ranks	9 ^a	5.00	45.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	0 ^c		
	Total	9		

- a. POST < PRE
b. POST > PRE
c. PRE = POST

Test Statistics ^b

	POST - PRE
Z	-2.668 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.008

- a. Based on positive ranks.
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Pre – Post Perlakuan NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PRE	7	116.43	5.192	108	122
POST	7	129.00	4.865	123	135

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
POST - PRE	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	7 ^b	4.00	28.00
	Ties	0 ^c		
	Total	7		

- a. POST < PRE
b. POST > PRE
c. PRE = POST

Test Statistics ^b

	POST - PRE
Z	-2.366 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.018

- a. Based on negative ranks.
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Pre Perlakuan – Pre Kontrol NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
SKOR	16	124.13	11.633	108	144
KELOMPOK	16	1.56	.512	1	2

Mann-Whitney Test

Ranks

KELOMPOK	N	Mean Rank	Sum of Ranks
SKOR Pre Perlakuan	7	5.50	38.50
Pre kontrol	9	10.83	97.50
Total	16		

Test Statistics^b

	SKOR
Mann-Whitney U	10.500
Wilcoxon W	38.500
Z	-2.226
Asymp. Sig. (2-tailed)	.026
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.023 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: KELOMPOK

Post Perlakuan – Post Kontrol NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
SKORE	16	123.44	9.913	98	135
KELOMPOK	16	1.56	.512	1	2

Mann-Whitney Test

Ranks

KELOMPOK	N	Mean Rank	Sum of Ranks
SKORE Post Perlakuan	7	11.57	81.00
Post Kontrol	9	6.11	55.00
Total	16		

Test Statistics^b

	SKORE
Mann-Whitney U	10.000
Wilcoxon W	55.000
Z	-2.305
Asymp. Sig. (2-tailed)	.021
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.023 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: KELOMPOK