

**PENERAPAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK OLEH TERAPIS PADA
PASIEN ANAK PENGIDAP *DOWN SYNDROME* DALAM MENINGKATKAN
KEMANDIRIAN**

**(Studi di Klinik Tumbuh Kembang Anak
(*Child Development Centre*) YAMET Lampung)**

(Skripsi)

Oleh

PRAYOGO DANU PUTRA



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2017**

ABSTRAK

PENERAPAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK OLEH TERAPIS PADA PASIEN ANAK PENGIDAP *DOWN SYNDROME* DALAM MENINGKATKAN KEMANDIRIAN (Studi di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung)

Oleh

PRAYOGO DANU PUTRA

Pengasuhan dan pola pendidikan yang tidak tepat pada anak berkebutuhan khusus akan menimbulkan keterlambatan dan ketidakmajuan dalam perkembangan, khususnya dalam penelitian ini bagi pasien anak pengidap *down syndrome*. Salah satu faktor adalah belum maksimalnya pendidikan, pola komunikasi serta asuhan yang dapat dibangun antara anak *down syndrome* dengan orang lain. Oleh sebab itu, penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan seperti apa penerapan komunikasi terapeutik oleh terapis pada pasien anak pengidap *down syndrome* di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung dalam meningkatkan kemandirian. Teori yang digunakan adalah teori Interaksionalisme Simbolik dan teori Hubungan Interpersonal model Permainan (Eric Berne).

Penelitian yang dilakukan bersifat deskriptif kualitatif. Teknik *sampling* yang dipakai adalah *purposive* (disengaja), dengan total informan berjumlah lima orang. Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah wawancara mendalam (*indepth interview*), observasi, dan studi kepustakaan. Analisis data menggunakan analisis kualitatif, yaitu: melakukan pengamatan, pengumpulan data, reduksi data, interpretasi data, dan penarikan kesimpulan.

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa terdapat penerapan komunikasi terapeutik oleh terapis pada pasien anak pengidap *down syndrome* dalam meningkatkan kemandirian. Hasil dari penelitian ini adalah terdapat empat fase tahapan interaksi komunikasi terapeutik menurut Stuart dan Sundeen yang wajib dijalani oleh terapis sebelum menerapi, yaitu fase pra interaksi, fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi. Sehingga, komunikasi terapeutik yang dilakukan terapis selalu mengutamakan kebutuhan utama dari pasien. Terapis selalu mengutamakan pesan verbal dalam proses terapi, dan penerapan komunikasi terapeutik oleh terapis pada pasien anak selalu berdasarkan dalam empat fase terapi di YAMET.

Kata kunci : *Down Syndrome*, Komunikasi Terapeutik, Terapis.

ABSTRACT

APPLICATION OF THERAPEUTIC COMMUNICATIONS BY THERAPISTS IN PEDIATRIC PATIENTS WITH DOWN SYNDROME IN IMPROVING SELF-RELIANCE (STUDY AT CHILD DEVELOPMENT CENTER YAMET LAMPUNG)

By

PRAYOGO DANU PUTRA

Incompetent parenting and educational patterns in children with special needs will cause delays and incompatibilities, especially in the study for pediatric patients with down syndrome. One of the factor is that lack of education, and the communication and upbringing patterns that can be built between down syndrome children and others. Therefore, this study aims to explain how therapeutic communication by therapeutic apparatus at the 'YAMET' Child Development Center Lampung in improving self-reliance. The theory used are the theory of Symbolic Interactionalism and the theory of Interpersonal Relationship Game-Model (Eric Berne).

The research is descriptive qualitative. The sampling technique used was purposive, with a total of five informants. Data collection technique that are in-depth interview, observation, and literature study. Data analysis using qualitative analysis, namely: observations, data collection, data reduction, data interpretation, and withdrawal conclusions.

In this study found that there is the application of therapeutic communication by therapists in pediatric patients with down syndrome in improving self-reliance. There are four stages of therapeutic communication stages according to Stuart and Sundeen that must be undertaken by the therapist before treatment, they are the pre-interaction phase, the orientation phase, the work phase, and the termination phase. Thus, therapeutic communications made by the therapists always put the primary needs of the patient first. Therapists always prioritize verbal messages in the therapeutic process, and the therapeutic communication of therapists in pediatric patients is always based on four phases of therapy at YAMET.

Keywords: Down Syndrome, Therapeutic Communication, Therapist

**PENERAPAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK OLEH TERAPIS PADA PASIEN
ANAK PENGIDAP *DOWN SYNDROME* DALAM MENINGKATKAN
KEMANDIRIAN**

**(Studi di Klinik Tumbuh Kembang Anak
(*Child Development Centre*) YAMET Lampung)**

Oleh

PRAYOGO DANU PUTRA

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
SARJANA ILMU KOMUNIKASI**

Pada

**Jurusan Ilmu Komunikasi
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2017**

Judul Skripsi

: **PENERAPAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK OLEH TERAPIS PADA PASIEN ANAK PENGINDAP DOWN SYNDROME DALAM MENINGKATKAN KEMANDIRIAN (Studi di Klinik Tumbuh Kembang Anak (Child Development Centre) YAMET Lampung)**

Nama Mahasiswa

: **Prayogo Danu Putra**

Nomor Pokok Mahasiswa : 1316031057

Program Studi

: **Ilmu Komunikasi**

Fakultas

: **Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**



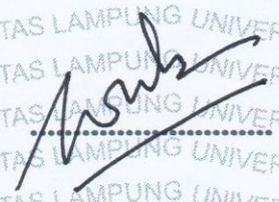
2. Ketua Jurusan Ilmu Komunikasi

Dhanik Sulistyarini, S.Sos., MComn&MediaSt.
NIP. 19760422 200012 2 001

MENGESAHKAN

1. **Tim Penguji**

Ketua : Wulan Suciska, S.I.Kom., M.Si.



Penguji Utama : Drs. Sarwoko, M.Si.



2. **Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**



Dr. Gyasief Makhya

0590803198603 1 003



Tanggal Lulus Ujian Skripsi : 2 Juni 2017

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Prayogo Danu Putra

NPM : 1316031057

Jurusan : Ilmu Komunikasi

Alamat : Perumahan Polri Hajimena, Blok A1 No. 3 Natar Lampung Selatan

No. HP : 087799244211

Dengan ini menyatakan, bahwa skripsi saya yang berjudul **“Penerapan Komunikasi Terapeutik oleh Terapis pada Pasien Anak Pengidap *Down Syndrome* dalam Meningkatkan Kemandirian (Studi di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung)”** adalah benar-benar hasil karya sendiri, bukan plagiat (milik orang lain) ataupun dibuatkan oleh orang lain.

Apabila dikemudian hari hasil penelitian/skripsi saya, ada pihak-pihak yang merasa keberatan maka saya akan bertanggung jawab sesuai dengan peraturan yang berlaku dan siap dicabut gelar akademik saya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak dalam tekanan pihak-pihak manapun.

Bandar Lampung, 7 Juni 2017

Yang membuat pernyataan,



Prayogo Danu Putra
NPM. 1316031057

RIWAYAT HIDUP



Penulis bernama lengkap Prayogo Danu Putra. Dilahirkan di Bandar Lampung pada tanggal 29 November 1995. Penulis merupakan putra ketiga dari tiga bersaudara, buah hati dari pasangan Bripka (Purn) Sutrisno dan Sumirah. Penulis menempuh pendidikan di Taman Kanak-Kanak Islam Al-Amin pada tahun 2000, SD Negeri 1 Rawa Laut pada tahun 2001 dan SD Negeri 2 Rajabasa pada tahun 2004, SMP Negeri 22 Bandar Lampung pada tahun 2010, dan SMA Negeri 5 Bandar Lampung pada tahun 2013. Selanjutnya, pada tahun 2013 penulis terdaftar sebagai mahasiswa jurusan Ilmu Komunikasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung melalui jalur SNMPTN tahun 2013 serta sebagai penerima beasiswa PPA tahun 2013.

Semasa menjadi mahasiswa, penulis aktif sebagai anggota angkatan 50 UKMP Teknokra, anggota HMJ Ilmu Komunikasi bidang jurnalistik serta *layout designer* pada buletin *channel comm* HMJ Ilmu Komunikasi periode kepengurusan 2014-2015. Menjadi *Documentation and Digital Campaign* serta *Social Media Manager* di *Google Student Ambassador (GSA) Group University of Lampung Southeast Asia Region* pada periode 2014-2015. Penulis melaksanakan Kuliah Kerja Nyata (KKN) di pekon Sukamarga, Pulau Pisang, Pesisir Barat pada Januari 2016 dan Praktik Kerja Lapangan (PKL) di Media Online lokal Jejamo.com pada bulan September 2016.

Motto

“Hiduplah seperti pohon kayu yang lebat buahnya; hidup di tepi jalan dan dilempari orang dengan batu, tetapi dibalas dengan buah”

-Abu Bakar Sibli

**“Masalah itu untuk Dihadapi, dan Tantangan adalah
Kenyataan yang Harus Dipenuhi”**

-Prayogo Danu Putra

Hustle, Loyalty, Respect!!

-John Cena

PERSEMBAHAN

Yang Utama Dari Segalanya

Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT.

Taburan cinta dan kasih sayang-Mu telah memberikanku kekuatan, membekaliku dengan ilmu serta memperkenalkanku dengan cinta. Atas karunia serta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan. Sholawat dan salam selalu terlimpahkan keharibaan Rasulullah Muhammad SAW

Ibunda dan Ayahanda Tercinta

Sebagai tanda bakti, hormat, dan rasa terimakasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya ini kepada Mama dan Bapak yang telah memberikan kasih sayang, segala dukungan, dan cinta kasih yang tiada terhingga yang tiada mungkin dapat kubalas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata cinta dan persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat Mama dan Bapak bahagia. Untuk Mama yang selalu memberikan wejangan, nasihat serta mendoakanku, Terimakasih Mama...

Teman-teman Komunikasi 13 dan Almamater Unila Tercinta!!

Terimakasih banyak untuk segala kesempatan, hingga moment emas untuk ukirkan kesuksesan hingga sampai pada sesi ini. Terimakasih banyak untuk semua memori terbaik itu!!

SANWACANA

Alhamdulillahirobbil'alamin, Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena bantuan, berkat, rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul **“Penerapan Komunikasi Terapeutik oleh Terapis pada Pasien Anak Pengidap *Down Syndrome* dalam Meningkatkan Kemandirian (Studi di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung)”** sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Ilmu Komunikasi di Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari berbagai hambatan dan kesulitan. Tanpa adanya bantuan, dukungan, motivasi, dan semangat dari berbagai pihak yang terlibat dalam penyusunan skripsi ini tidak mungkin dapat terselesaikan dengan tepat waktu. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan rasa hormat dan ucapan terimakasih kepada :

1. Bapak Dr. Syarief Makhya selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung, terimakasih untuk segala kemudahan dan keramahan dalam melayani dan membantu mahasiswa selama ini.
2. Ibu Dhanik Sulistyarini, S.Sos., MComn&MediaSt Selaku Ketua Jurusan Ilmu Komunikasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas

Lampung, terimakasih untuk segala keramahan, kesabaran serta keikhlasannya mendidik dan membantu mahasiswa selama ini.

3. Ibu Wulan Suciska, S.I.Kom., M.Si. selaku Sekretaris Jurusan Ilmu Komunikasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung serta dosen pembimbing skripsi saya yang tiada hentinya saya repotkan, terimakasih untuk segala kesabaran, kebaikan, keramahan serta membantu Danu selama ini dalam proses bimbingan.
4. Bapak Drs. Sarwoko, M.Si. selaku Dosen Pembahas skripsi yang telah meluangkan banyak waktu untuk sabar membimbing, mengarahkan dan memberikan penulis banyak ilmu dan pengetahuan baru yang bermanfaat.
5. Bapak Ahmad Rizal Faizal, S.Sos., IMDLL. selaku Dosen Pembimbing Akademik saat awal kuliah yang telah banyak membantu serta memberikan saran dan masukan dalam prosesi awal kuliah.
6. Ibu Bangun Suharti, S.Sos., MIP selaku pembimbing akademik yang bersedia banyak direpotkan dan mau selalu memberikan bantuan serta semangat kepada Danu.
7. Bapak Drs. Teguh Budi Rahardjo, M.Si. yang selalu memberikan keramahan dan senyumannya kepada semua mahasiswa. Terima kasih telah memberikan Danu kesempatan selama masa kuliah..
8. Ibu Nanda Utaridah, S.Sos., M.Si. yang selalu jadi tempat inspirasi buat Danu. Terimakasih banyak Ibu untuk ilmu dan ide-ide terbaiknya. Serta berbagai kesempatan hebat yang selalu ibu percayakan kepada Danu.

9. Seluruh dosen, staff, administrasi dan karyawan FISIP Universitas Lampung, khususnya Jurusan Ilmu Komunikasi yang telah membantu penulis demi kelancaran skripsi ini.
10. Kedua orangtua saya, *Mama* dan *Bapak* tercinta, terimakasih untuk semua dukungannya dan doa yang telah diberikan selama ini dalam mengiringi setiap langkah demi langkah, terimakasih telah memberikan kasih sayang yang luar biasa untuk menjadi pribadi yang lebih baik lagi.
11. Ka Adian Saputra, S.E eks Pembina Persisma dan Pimpinan Redaksi Jejamo.com, yang telah memberi banyak kesempatan. Serta ketika Danu magang di Jejamo.com. Terimakasih banyak untuk ilmu dan kesempatan yang tak ternilai harganya ka. Danu akan sukses seperti apa yang ka Adian bilang. Danu tak akan kecewakan ka Adian, Aminn...
12. Erika Widiastuti, Lanang Muhajirin dan M. Fahrizal Saputra, sahabat dari propti Universitas, selalu jadi orang yang mendamaikan dalam perjalanan kuliah, sahabat selama 3 tahun lebih!! Terima kasih telah menjadi sahabatku selama ini. Banyak ngajarin berbagai hal, dan sekarang saya ngerti rasa artinya persahabatan. Semoga persahabatan kita tetap kekal selamanya dan jangan pernah terpisahkan ataupun melupakan satu sama lain ya!!!
13. Agus Prasetyo, temen yang lebih dari sekedar kance!! Mau untuk selalu nemenin kemana aja, buat video, tempat *share*, cerita dan tempat singgah di kostnya hehe. Mudah-mudahan tali silaturahmi dan *brotherhood* kita tetap terjalin seperti ini.

14. Fachreza Rianda, May Rista Situmorang, M. Rizky Afriyandi, Gerialia Luna A, dan Bayu Adnan, teman satu kance sekaleeeh, yang dari awal kuliah mau jadi *supportness* dan sahabat untuk selalu tuker pikiran, pendapat serta saling tolong diantara satu lagi kesusahan. *I Really Miss U so Much Guys!!* Kalian yang terbaik...
15. Tommy Yuranda dan Sukman Andrianto, teman seangkatan yang selalu baik untuk disinggahi tempat kostnya, meskipun Cuma *wifian*, tapi budi baik elu untuk kasih tempat singgah dan istirahat gak akan pernah terlupakan. Terimakasih guys!!
16. Keluarga besar *Google Student Ambassador (GSA) Group University of Lampung*: Jisung, Ka Gilang, Viola, Egi, Dimas, Diwang, Melin, Ines, Pras. Terimakasih banyak untuk kesempatan langka dan luar biasa hebat, terimakasih juga untuk pengalaman yang gak akan bisa didapetin ditempat lain, kalian *developer* ide kampus yang hebat, walaupun banyak becandaan... Tapi kalian Pro Men!!!
17. Teman-teman penuh inspirasi dari angkatan 50 UKMP Teknokra Periode 2013/2014. Fajar, Yola, Rika, Mita, Upi, Wawan, Indra, Wulan, Anzanis, Yola 2, apalah arti cerita perjalanan ini tanpa *sharing* dan cerita bareng kalian angkatankuu...
18. Keluarga yang sangat udah saya anggap sebagai keluarga sendiri di Pulau Pisang, Andung, Datuk, bang Ade, Uwo Selly, makasih ya tuk, ndung udah ngasih nasehat yang baik-baik sama Danu. Terlebih untuk bang Ade dan uwo Selly, dua orang paling baik yang mau menampung dan

memberikan Danu tempat berteduh selama 2 bulan. Jujur, Danu sangat sayang kalian berdua, terutama Jihan.. Danu sayang kalian!!

19. Terimakasih untuk keponakanku Istiqomah, yang selalu jadi penengah dan jadi penyemangat di masa-masa sulit dulu. semoga kelak kita bisa bersua lagi yah dek!! Terima kasih untuk kawan segabutan, Ratih, Uun, sama Dina. *Have fun* bareng dan *hunting* bareng. Terimakasih untuk semua pengalaman dan perjalanan menyenangkan saat bersama itu.
20. Kakak Tingkat 2010 & 2011 : Ka Ardika, Mba Ham-Ham, Ka Ciwing, Ka Bayu, Ka Pandu, Mba Tere, Mba Hana, Ka Jaya, Mba Yesi, Ka Apin, dll yang tidak bisa disebutkan satu persatu. Terimakasih buat semangat dan solidaritasnya. Semoga kalian menjadi orang yang sukses semua. Aminnnnn
21. Kakak tingkat Komunikasi 2012: Ka Naufal, Mba Ika, Ka Nedy (sahabat serta rekan kuliah yang selalu kasih nasihat, kasih semangat serta teman yang selalu berusaha untuk membuat adiknya berhasil), Mba Rika, Mba Kartini, Ka Aong, Fajar, Mba Citra, Mba Munti, Mba Hartati, Ka Eki, Ka Kiki, Ka Hanif, Mba Emil, Mba Emon, Mba Dwi, Risky Prasetyo dan untuk semuanya terimakasih sudah menjadi senior dan teman yang baik bagi saya, jadi pembimbing dan teman seperjuangan mengurus skripsi.
22. Teman-teman yang *over laughing moment*, terimakasih telah menjadikan perjalanan kuliah ini lebih berarti. FOSE jaman-jaman kejayaan, Yoga, Arman, Erik, Bagus, Nyow, Zamiko, Gussti, Cia, Nene, Tiara, Felinda, Sarlita, Ika, Febri orgen, and *still the best* Hendrik!!

23. Teman-Teman Komunikasi 2013 : Siti Sufia (baik, dan kadang suka males sama ambisinya), Ulfah Ujong, Shinta Elly, Leo, Anang (temen dari jaman sma, jangan males ngerjain skripsi brur biar sukses indehoy), Urfina (Tetaplah jadi baik dan terus baik), Oci, Cucu Hakim, Ade, Astrid, Fani, Nabila (Ledom sukses, thanks bantuannya waktu itu, sukses yah!), Mita (Temen ho bareng, kadang aneh, kadang gokil, kadang gitudeh), Isal (jadilah pria sejati, jangan nurutin ego, tapi liat sekeliling yoo, Ciao!!), Bibeh, Salsa, Silvi, Sigit, Ladi, Amsal, Ridho, Sule, Gyna, Agus Begal wkwk, Jonathan, Ardis Alzena Andrini, Nufus, Tantri, Komang, Ulul, Cana, Rizki Apriyani, Akbar Esa, Adis, Retno Apriliani, Dian Cina, Dian Pongo, Vina Yunita Sari, Aulia PY, Yunita, Enny, Ambar, Erig, Wiwing (terimakasih untuk bantuan tulus dan ikhlasnya), Azka, Febri, Arya Ramdhani, Jodi Iswara, Memey dan buat yang lain maaf gak bisa disebutin satu-satu. Doanya semoga kita semua jadi orang yang sukses dan lancar dalam segala urusan kita. Amiiin!! Kalian teman angkatan yang paling *terbvvvkkvss*. SEMANGAT!!!

24. Adik-adik Komunikasi 2014 (Ismadiyah, Enin, Adit, Wisnu, Bayu, Malik, Rendi Gembul, dan yang lainnya, segera jejakkan kaki disini juga yahh), adik komunikasi angkatan 2015, dan 2016 semoga kalian cepat mengerjakan skripsi dan tahu bagaimana enak dan manisnya mengerjakan ini. Jangan males-males untuk kuliah karena kalo udah nyesel pasti terakhir lhoo...

25. Teman-Teman KKN, Desa Sukamarga, Pesisir Barat: Brisca, Rindu, Arum, Mb Erika, Mb Ana, Dwi, Andan, Farel, Ista, Yance, Aloy, Vina,

Mba Vera, Patar, sist Oprada, Anggi, Manda, Merisa, Afifah, Evi, Yuni S, Wega, Devolta, Darji, Imam, Santri, Citra, Karolin, dan yang lainnya. Enam puluh hari bareng kalian, benar-benar menyenangkan. Semoga pertemanan kita gak cuma sampe di KKN aja ya, semoga bisa selamanya.

LOVE U Guys!!

26. Terimakasih untuk cerita dan kenangan yang terukir indah untuk Keluarga Besar PERSISMA SMAN 5, untuk Mba Dita yang selalu kasih semangat, Mba Nisa yang selalu beri petuah berharga, Mba Anggi yang selalu kasih edukasi membanggakan, Ka Wisnu, Ka Dani, Ka Gilang, Ka Ilham yang udah banyak memberi semangat, ilmu dan amanah disini.

Thank you so much...

27. Ayu Martiana Putri, sosok pendorong semangat yang selalu mengingatkan betapa pentingnya ilmu, pendidikan dan keberhasilan. Terimakasih untuk dorongan moril, semangat dan 'trilogi kehidupannya' yah, kamu yang terbaik!!.. Siti Sarohmawati, yang selalu jadi *innovator* dan penyejuk ditiap sesi kesal-kesalan sejak awal dan akhir kuliah. Yang mintanya bunga khusus untuk komprenya. Terimakasih banyak sudah mau memberikan nasihat dan selalu mendukung aku. Terimakasih untuk segala kebaikan dan moment yang selalu kamu hadirkan ke aku. Mudah-mudahan sukses selalu menyertai kita... Amiin.

28. Semua orang yang telah membantu dalam pembuatan skripsi ini, yang datang pada seminar usul, seminar hasil, dan kompre, serta untuk orang-orang yang senantiasa memberikan semangat luar biasa.

29. *Last but not least*, Marsalena, Figur perempuan yang telah menemani, membantu, serta memberikan dorongan semangat kepada penulis. Terima kasih banyak untuk segala doa, serta *surprise* yang selalu kamu hadirkan. Tetap semangat untuk terus mengejar cita-cita dan impian kita. Matur suwun!!

Semua bantuan dan dukungan yang telah diberikan kepada penulis, mungkin tidak dapat penulis balas secara langsung. Semoga Allah SWT yang maha pengasih dan maha penyayang membalas semua kebaikan yang telah kalian berikan.

Bandar Lampung, 7 Juni 2017

Prayogo Danu Putra

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR BAGAN	vii
I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Kegunaan Penelitian.....	8
1. Kegunaan Teoritis	8
2. Kegunaan Praktis	8
II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Tinjauan Tentang Penelitian Terdahulu	10
2.2 Penerapan	12
2.2.1. Konsep Penerapan	12
2.3 Komunikasi	12
2.3.1. Definisi Komunikasi	14
2.3.2. Unsur-Unsur Komunikasi	15
2.3.3. Dimensi Komunikasi	17
2.3.3.1. Komunikasi Interpersonal.....	17
a. Definisi Komunikasi Interpersonal.....	17
b. Proses Komunikasi Interpersonal.....	17
2.3.3.2. Komunikasi Terapeutik	19
a. Pengertian Komunikasi Terapeutik	19
b. Tujuan Komunikasi Terapeutik.....	20
c. Ciri-Ciri Komunikasi Terapeutik	21
d. Teknik Komunikasi Terapeutik.....	22
e. Sikap Terapis Dalam Kom. Terapeutik	28
f. Sikap Terapis Dalam Memberikan Umpan Balik	28
2.4 Anak	31
2.4.1. Definisi Anak	31
2.4.2. Prinsip-Prinsip Keperawatan Anak	32
2.5 <i>Down Syndrome</i>	34
2.5.1. Definisi <i>Down Syndrome</i>	34
2.5.2. Faktor Resiko	35

2.5.3. Mortalitas/Morbiditas.....	36
2.5.4. Efek Pada Fisik dan Sistem Tubuh	37
2.5.4.1. Temuan Fisik	37
2.5.5. Indikator Kemandirian Anak <i>Down Syndrome</i>	38
2.6 Terapis.....	40
2.6.1. Pengertian Terapis.....	40
2.6.2. Pengetahuan Tentang Terapis	41
2.7 <i>Child Development Centre</i> YAMET Lampung	44
2.7.1. Tolak Ukur Keberhasilan Anak <i>Down Syndrome</i>	49
2.8 Landasan Teori.....	50
2.8.1. Teori Interaksionalisme Simbolik.....	50
2.8.2. Teori Hubungan Interpersonal	52
2.9 Kerangka Pikir	55

III. METODE PENELITIAN

3.1 Tipe Penelitian	60
3.2 Fokus Penelitian.....	61
3.3 Sumber Data.....	61
3.3.1 Informan Penelitian	62
3.3.1.1. Informan.....	62
3.3.1.2. Penentuan Informan	64
3.3.2 Pendekatan Informan.....	65
3.4 Teknik Pengumpulan Data.....	66
3.5 Teknik Analisa Data.....	68
3.6 Teknik Keabsahan Data	69

IV. GAMBARAN UMUM

4.1 Latar Belakang <i>Child Development Centre</i> YAMET	71
4.2 Struktur Kepengurusan KOBER YAMET HATORI Lampung	73
4.3 Alur Rujukan YAMET.....	74
4.4 Program Terapi YAMET	75

V. HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian	87
5.1.1 Profil Informan	87
5.1.2 Data Observasi	91
5.1.3 Data Wawancara	94
5.1.3.1. Informan Primer	95
a. Fase Pra Interaksi	95
b. Fase Orientasi	103
c. Fase Kerja	112
d. Fase Terminasi	121
5.2 Pembahasan Penelitian.....	130
5.2.1 Penerapan Komunikasi terapeutik oleh Terapis pada Pasien Anak Pengidap <i>down Syndrome</i> dalam Meningkatkan Kemandirian	130
5.2.1.1. Fase Pra Interaksi	133

5.2.1.2. Fase Orientasi	139
5.2.1.3. Fase Kerja	142
5.2.1.4. Fase Terminasi	151
5.3 Pembahasan Teori	158
5.3.1 Interaksionalisme Simbolik	159
5.3.2 Hubungan Interpersonal Model Permainan	165
5.4 Keterbatasan Penelitian	167
VI. KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	169
6.2 Saran	170
DAFTAR PUSTAKA	172
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Kajian Penelitian Terdahulu	10
2. Data Assesment Anak YAMET Lampung 2016	44
3. Jadwal Terapi Anak dan Terapis YAMET Lampung	48
4. Terapis di <i>Child Development Centre</i> YAMET Lampung	49
5. Informan Primer Penelitian	63
6. Informan Sekunder Penelitian	63
7. Jadwal Observasi	92
8. Fase Pra Interaksi	97
9. Fase Orientasi	104
10. Fase Kerja.....	113
11. Fase Terminasi	122
12. Penerapan Komunikasi Terapeutik dalam Terapi Anak <i>Down Syndrome</i> di YAMET Lampung	154
13. Pertukaran Simbol Antar Terapis dan Pasien Anak <i>Down Syndrome</i>	161

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kromosom <i>Down Syndrome</i>	35
2. Kromosom Manusia Normal.....	35
3. Informan 1	87
4. Informan 2	88
5. Informan 3	89
6. Informan 4	90
7. Informan 5	91

DAFTAR BAGAN

Bagan	Halaman
1. Kerangka Pikir Penelitian	59
2. Struktur Kepengurusan YAMET Lampung	73
3. Alur Rujukan YAMET	74

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Masing-masing anak terlahir ke dunia ini dengan berbagai macam kekurangan dan kelebihan. Beberapa anak diantaranya memiliki perbedaan karakter dan watak. Hal ini disebabkan karena rangsangan-rangsangan pembelajaran yang diberikan oleh orangtua kepada anak sejak dalam kandungan, beberapa memiliki cara yang berbeda pula dalam mendidiknya. Ketika memperoleh pendidikan, seorang anak tidak bisa disamakan antara satu dengan yang lain. Beberapa anak memiliki kesempurnaan dalam perkembangannya namun tidak sedikit juga yang disebut dengan anak yang mengalami gangguan dalam perkembangan atau anak berkebutuhan khusus (ABK). Dari ketidaksamaan tersebut, akan menimbulkan perbedaan cara pembelajaran yang akan diberikan oleh seorang pendidik.

Pada dasarnya, anak berkebutuhan khusus sama dengan anak normal yang lain. Mereka memiliki potensi-potensi yang bisa dikembangkan bahkan mampu melebihi kemampuan anak normal. Agar potensi-potensi yang dimiliki Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) tersebut dapat berkembang dengan sempurna diperlukan bimbingan, arahan, dan pendidikan seperti halnya terapi yang diberikan untuk mereka.

Salah satu bentuk anak berkebutuhan khusus adalah *down syndrome*. Cuncha (dalam Kosasih, 2012:79) mengatakan *down syndrome* adalah suatu kondisi keterbelakangan perkembangan fisik dan mental pada anak yang diakibatkan adanya abnormalisasi perkembangan kromosom. Definisi lain mengatakan bahwa *down syndrome* adalah suatu keadaan fisik yang disebabkan oleh mutasi gen ketika anak masih berada dalam kandungan (Hildayani, 2009:15). Kartini Kartono & Dali Gulo (dalam Suharmini, 2007:71) mengatakan *down syndrome* termasuk keterbelakangan mental berat yang disebabkan munculnya satu kromosom ekstra.

Menurut penelitian, *down syndrome* menimpa satu diantara 700 kelahiran hidup atau 1 diantara 800-1000 kelahiran bayi. Prevalensi *down syndrome* kira-kira satu berbanding tujuh ratus kelahiran. Di dunia, lebih kurang ada delapan juta anak *down syndrome*. Di Indonesia, dari hasil survei terbaru, sudah mencapai lebih dari tiga ratus ribu orang. Catatan (Indonesia Center for Biodiversity and Biotechnology) (ICBB), Bogor, di Indonesia terdapat lebih dari 300 ribu anak pengidap tuna grahita atau *down syndrome*.¹

Yayasan Persatuan Orangtua Anak dengan *down syndrome* (POTADS) juga melaporkan terdapat sekitar 300 ribu kasus *down syndrome*. Angka kejadian kelainan *down syndrome* mencapai satu dalam seribu kelahiran. Di Amerika Serikat, setiap tahun lahir tiga ribu sampai lima ribu anak dengan kelainan ini, sedangkan di Indonesia prevalensinya lebih dari tiga ratus ribu jiwa, Sobrie

¹ <http://kesehatan.kompas.com/read/2010/03/29/11191896/Teori.Baru.Penyebab.Down.Syndrome> diakses pada 30 Oktober 2016

(dalam Anggun Lestari, Fiqqi dan Lely Ika Mariyati. 2015. Resiliensi Ibu Yang Memiliki Anak *Down Syndrome*. 3. 143).

Anak pengidap *down syndrome* termasuk kedalam salah satu klasifikasi anak berkebutuhan khusus (ABK) yakni Tuna Grahita. Di dalam buku Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan (Efendi, 2006: 89) diklasifikasikan bahwa anak tunagrahita mengarah kepada aspek indeks mental intelegensinya, indikasinya dapat dilihat pada angka hasil tes kecerdasan, seperti IQ 0-25 dikategorikan idiot, IQ 25-50 dikategorikan *imbecil*, dan IQ 50-75 kategori *debil* atau *moron*.

Hal tersebut didasarkan pada program pendidikan yang disajikan pada anak tersebut. Dari hasil itu, akan dikelompokkan menjadi beberapa jenis anak dengan ketunaannya, yakni: anak tuna grahita mampu didik, anak tuna grahita mampu latih, dan anak tuna grahita mampu rawat. Anak pengidap *down syndrome*, dikategorikan masuk kedalam jenis Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) Tuna Grahita mampu latih (*imbecil*). Pengelompokan kategori tersebut didasarkan pada IQ anak pengidap *down syndrome* yang hanya berkisar antara 25-50 saja.

Anak tunagrahita mampu latih (*imbecil*) adalah anak tuna grahita yang memiliki kecerdasan sedemikian rendahnya sehingga tidak mungkin untuk mengikuti program yang diperuntukkan bagi anak tunagrahita mampu didik. Oleh karena itu, beberapa kemampuan anak tunagrahita mampu latih yang perlu diberdayakan, yaitu (1) belajar mengurus diri sendiri, misalnya: makan, pakaian, tidur, atau mandi sendiri, (2) belajar menyesuaikan di lingkungan

rumah atau sekitarnya, (3) mempelajari kegunaan ekonomi di rumah, di bengkel kerja (*sheltered workshop*), atau di lembaga khusus. Kesimpulannya, anak tunagrahita mampu latih berarti adalah anak tunagrahita yang hanya dapat dilatih untuk mengurus dirinya sendiri melalui aktivitas kehidupan sehari-hari (*activity daily living*), serta melakukan fungsi sosial kemasyarakatan menurut kemampuannya.

Merujuk pada penjelasan diatas, dapat dikatakan *down syndrome* merupakan suatu kondisi yang disebabkan oleh kelainan genetik pada anak yang terjadi pada masa kandungan yang berdampak pada keterbelakangan fisik dan mental. Keterbatasan kemampuan yang dimiliki anak penyandang *down syndrome* dalam hal berkomunikasi, khususnya berbahasa dan bicara. Dengan kata lain, komunikasi anak penyandang *down syndrome* berlangsung kurang efektif, dan akan berpengaruh terhadap kehidupan sosialnya, misalnya dalam hal berperilaku dan berinteraksi.

Anak penyandang *down syndrome* cenderung menonjolkan komunikasi nonverbal dalam berkomunikasi, seperti melalui bahasa isyarat dan ekspresi wajah. Sedangkan gangguan bahasa dan bicara yang dialami oleh anak penyandang *down syndrome* menyebabkan anak sulit untuk mengutarakan keinginannya dalam bentuk rangkaian kata-kata (verbal). Pada umumnya anak penyandang *down syndrome* memiliki perbedaan antara usia kalender dan usia mental, dimana usia mental mereka jauh lebih rendah daripada usia kalender. Hal ini yang menyebabkan anak sulit menyerap dan mengungkapkan kembali informasi yang telah diterimanya.

Salah satu contoh anak *down syndrome* yang berprestasi adalah Stephanie Handojo. Anak *down syndrome* ini memiliki segudang prestasi di kancah internasional yang mengharumkan Indonesia, beberapa diantaranya: Pada 2011, ia meraih medali emas cabang olahraga renang di ajang (*World Summer Games*) di Athena, Yunani, untuk nomor 50 meter gaya dada. Prestasi lainnya ditorehkan pada ajang (*Special Olympics Asia-Pasific 2013*) di Newcastle, Australia, di ajang tersebut ia menggondol perak untuk nomor 100 meter gaya dada. Sebelumnya juga, Stephanie pernah menjadi wakil Indonesia sebagai pembawa obor Olimpiade London 2012.²

Untuk menjadi seperti itu, perlu terapi yang tepat. Terapi pada anak penyandang *down syndrome* lebih mengacu kepada bagaimana anak dapat hidup dengan kesehatan yang lebih baik dan bagaimana anak dapat bersosialisasi dan hidup dalam masyarakat, agar dapat mandiri dan mengurangi ketergantungan kepada orang lain. Sehingga proses komunikasi yang terjadi dapat mengarah ke arah yang lebih baik. Dengan kata lain interaksi sosial anak penyandang *down syndrome* dengan orang disekitarnya mengalami kemajuan.

Kemajuan atau peningkatan interaksi sosial yang dimaksud tidak hanya melalui komunikasi secara nonverbal, tetapi juga secara verbal. Selain itu program terapi pada anak penyandang *down syndrome* diharapkan dapat mencegah terjadinya kemunduran kemampuan, baik fisik maupun mental.

Terapis adalah profesi yang mampu menangani hal tersebut. Profesi ini

²Megapolitan.kompas.com/read/2016/02/14/09362021/Stephanie.Handojo.Penyandang.Down.Syndrome.Berprestasi.Dunia diakses pada 30 November 2016

memerlukan kesabaran dan ketelitian dalam pelaksanaannya. Terutama dalam penanganan terhadap pasien anak.

Dapat disimpulkan, bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang memiliki makna terapeutik (merujuk pada penyembuhan) bagi klien dan dilakukan oleh perawat untuk membantu klien mencapai kondisi yang lebih baik (positif). Komunikasi juga akan memberikan dampak terapeutik (penyembuhan) bila dalam penggunaannya diperhatikan sikap dan teknik komunikasi terapeutik. Hal lain yang cukup penting diperhatikan adalah dimensi hubungan. Dimensi ini merupakan faktor penunjang yang sangat berpengaruh dalam mengembangkan kemampuan berhubungan terapeutik. Dari penjelasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa penulis ingin melihat bagaimana penerapan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh terapis pada anak *down syndrome* guna meningkatkan kemandiriannya selama proses terapi.

Berdasarkan data dari hasil pra-riset diketahui, bahwa terdapat (3) tiga tempat untuk terapi anak berkebutuhan khusus di Kota Bandar Lampung, yakni Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung, PKBM Mata Hati, dan Sekolah Khusus GROWING HOPE. Hanya Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung yang memiliki terapis berkompeten lulusan dari sarjana bidang konseling dan psikologi. Dan hal inilah yang tidak dimiliki di kedua tempat tadi, seperti PKBM Mata Hati dan Sekolah Khusus GROWING HOPE.

Salah satu lembaga sosial yang memfasilitasi kebutuhan akan tempat terapi bagi anak berkebutuhan khusus, salah satunya *down syndrome* yaitu Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung yang beralamat di Jl. Gatot Soebroto No. 76 Garuntang, Bandar Lampung. Penanganan anak penyandang *down syndrome* disini melalui program terapi. Program terapi pada anak penyandang *down syndrome* melalui komunikasi antara terapis dengan anak agar meningkatkan kemandirian anak, baik pada saat proses terapi berlangsung maupun dalam kehidupan sosialnya dengan orang sekitar. Hal terpenting adalah, dr. Tri Gunadi selaku pemilik dari tempat terapis ini selalu melakukan kunjungan tiap sebulan sekali bagi klinik-kliniknya. Ia mengevaluasi mengenai kinerja para terapisnya, berbagi ilmu kepada tiap terapisnya yang dirasa perlu untuk terus melakukan penyegaran dalam tiap metodenya.

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan diatas, maka penulis tertarik untuk meneliti Penerapan Komunikasi Terapeutik oleh Terapis pada Pasien Anak Pengidap *Down Syndrome* dalam Meningkatkan Kemandirian (Studi di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung).

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan sebelumnya, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah penerapan komunikasi terapeutik oleh terapis pada pasien anak pengidap *down syndrome* dalam

meningkatkan kemandirian di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk menjelaskan seperti apa penerapan komunikasi terapeutik oleh terapis di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung pada pasien anak pengidap *down syndrome* dalam meningkatkan kemandirian.

1.4. Kegunaan Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat berguna baik secara teoritis maupun praktis yaitu sebagai berikut.

1. Kegunaan Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan referensi yang bermanfaat dalam pengembangan penelitian Ilmu Komunikasi, khususnya kajian psikologi komunikasi dan kesehatan, dalam hal ini anak, serta bagi pengembangan penelitian yang berkaitan dengan penerapan komunikasi terapeutik oleh terapis pada pasien anak pengidap *down syndrome* dalam meningkatkan kemandirian.

2. Kegunaan Praktis

- Memberikan pemahaman bahwa penerapan komunikasi terapeutik oleh terapis pada anak pengidap *down syndrome* dalam meningkatkan kemandirian perlu cara khusus untuk mampu

menanganinya dan memberikan *treatment* yang tepat sesuai dengan tekniknya.

- Untuk pembuatan skripsi sebagai salah satu syarat guna meraih gelar sarjana pada Jurusan Ilmu Komunikasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung.

BAB II **TINJAUAN PUSTAKA**

2.1. Tinjauan Tentang Penelitian Terdahulu

Penelitian mengenai penerapan komunikasi terapeutik oleh terapis pada pasien anak pengidap *down syndrome* belum ada yang secara spesifik membahas mengenai penerapannya dalam meningkatkan kemandirian. Lebih banyak dilakukan dengan jenis penelitian yang menganalisis peranan orang tuanya saja, serta peranan dari beberapa metode terapinya. Dalam penelitian ini, penulis menggunakan penelitian terdahulu sebagai perbandingan dan tolak ukur penelitian. Berikut adalah penelitian terdahulu yang penulis gunakan:

- a. Penelitian yang dilakukan oleh Dewi Nurjuita Siregar (2015) Mahasiswi Ilmu Komunikasi FISIP Universitas Indonesia yang berjudul *Menulis Sebagai Kegiatan Terapeutik (Studi Kasus Pada Para Penulis Buku Perempuan di Rantai Kekerasan–KISAH 2007)*. Penelitian ini bertujuan untuk menjadi bahan terapi bagi perempuan-perempuan yang mengalami tindak kekerasan terutama KDRT, pada skripsi ini menggunakan teori Komunikasi Antar Pribadi, namun untuk penulis menggunakan teori yang berbeda, yakni komunikasi hubungan interpersonal dan interaksionalisme simbolik karena lebih mentitikberatkan pada penerapan yang ingin dilihat

bagi kemandirian anak *down syndrome* dari terapisnya. Yang membuatnya sama hanya pada kajian dimensi komunikasi terapeutiknya saja.

- b. Penelitian yang dilakukan oleh Ria Dewi Irawan (2016) dari Universitas Negeri Semarang yang berjudul Terapi Okupasi (*Occupation Therapy*) Untuk anak Berkebutuhan Khusus (*Down Syndrome*) (Studi Kasus Pada Anak Usia 5-6 Tahun Di Balai Pengembangan Pendidikan Khusus Semarang). Kajian penelitian penulis berbeda, karena pada penelitian tersebut lebih fokus pada satu teknik terapi yakni terapi okupasi, sedangkan untuk penulis tidak fokus pada satu model terapi, melainkan focus pada penerapan komunikasi terapeutik yang ingin dilihat dari terapis pada pasien anak *down syndrome* bagi kemandiriannya. Dan yang menjadi titik pembedanya adalah pada tujuannya, kalau pada penelitian Ria, ia ingin melihat fungsi metode terapi okupasinya, sedangkan bagi penulis ingin melihat ada tidaknya penerapan komunikasi terapeutik melalui terapis pada pasien anak *down syndrome* bagi kemandirian tersebut.

Tabel 1. Kajian Penelitian Terdahulu

Penulis	Dewi Nurjuita Siregar
Sumber	Skripsi Jurusan Ilmu Komunikasi Universitas Lampung Tahun 2015
Judul Penelitian	Menulis Sebagai Kegiatan Terapeutik (Studi Kasus Pada Para Penulis Buku <i>Perempuan di Rantai Kekerasan – KISAH 2007</i>)
Hasil Penelitian	Penelitian ini membahas mengenai bagaimana komunikasi terapeutik digunakan sebagai bahan terapi bagi perempuan-perempuan yang mengalami tindak kekerasan. Melalui buku KISAH 2007, para penulis yakni finalis KISAH 2007 ini mengajak pertukaran pesan kepada para pembacanya dengan mengungkapkan segala hal yang berkenaan dengan

	dirinya, salah satunya mengenai KDRT. Dalam proses pengungkapan dirinya, finalis buku KISAH 2007 melakukan komunikasi interpersonal. Dimana mereka berpikir dan menganalisis keadaan, dan mengingat dan memanggil kembali berbagai memori yang terekam. Hal tersebut memungkinkan mereka untuk menelusuri kembali segala pengalaman hidupnya dan mengenali berbagai gejala perasaan yang pernah dirasakannya, juga mendorong mereka untuk lebih mengerti dan paham terhadap langkah-langkah yang akan mereka lakukan di masa berikutnya.
Kontribusi pada Penelitian	Memudahkan penulis dalam memahami penggunaan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang bertujuan mendeskripsikan peranan kegiatan terapeutik dalam saranan pengobatan atau penyembuhan, sedangkan objek penelitian ini adalah para penulis buku Perempuan di Rantai Kekerasan – KISAH 2007
Perbedaan Penelitian	Dari penelitian ini dapat diketahui bahwa objek penelitian jelas berbeda, tujuan penelitiannya juga berbeda. Penelitian Dewi Nurujita Siregar objeknya adalah Para Penulis Buku Perempuan di Rantai Kekerasan, sedangkan objek penelitian ini adalah pasien anak pengidap <i>down syndrome</i> dan tujuannya adalah untuk menjelaskan bagaimana penerapan komunikasi terapeutik itu sendiri antar terapis.
Penulis	Ria Dewi Irawan
Sumber	Skripsi Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini Universitas Negeri Semarang Tahun 2016
Judul Penelitian	Terapi Okupasi (<i>Occupation Therapy</i>) Untuk anak Berkebutuhan Khusus (<i>Down Syndrome</i>) (Studi Kasus Pada Anak Usia 5-6 Tahun Di Balai Pengembangan Pendidikan Khusus Semarang)
Hasil Penelitian	Balai Pengembangan Pendidikan Khusus memiliki 18 anak yang mengikuti program terapi okupasi, yang memiliki usia beragam. Terapis okupasi berjumlah 3 orang, masing-masing memegang anak yang jumlahnya berbeda. Pak Andika menerapi 11 anak, Pak Jonet 5 anak dan Ibu Ana 2 anak. Setiap terapis mengajarkan hal yang berbeda-beda, Pak Andika lebih ke okupasi seperti pra akademik, pra motorik, kemandirian. Pak Jonet mengajarkan tentang sensori motorik kasar dan halus. Bu Ana lebih ke arah ADL (Activity Daily Learning). Setiap harinya setelah terapi, terapis membicarakan ke orangtua lewat buku penghubung, tentang perkembangan anak atau kegiatan terapi yang dilakukan anak pada hari itu.
Kontribusi pada Penelitian	Memudahkan penulis dalam memahami penggunaan metode terapi okupasi yang bertujuan untuk memberikan terapi bagi anak berkebutuhan khusus (<i>down syndrome</i>) terhadap perkembangannya, sedangkan objek penelitian ini adalah anak <i>down</i>

	<i>syndrome</i> yang berusia 5-6 tahun yang berada di balai pengembangan pendidikan khusus Semarang
Perbedaan Penelitian	Dari penelitian ini dapat diketahui bahwa objek penelitian sama, namun fokus tujuan penelitiannya berbeda. Penelitian Ria Dewi Irawan berfokus pada proses terapi okupasi yang ada di Balai Pengembangan Pendidikan Khusus Semarang, sedangkan tujuan dari penelitian ini adalah untuk menjelaskan penerapan komunikasi terapeutik antar terapis di Klinik Tumbuh Kembang Anak (<i>Child Development Centre</i>) YAMET Lampung terhadap pasien anak pengidap <i>down syndrome</i> .

2.2 Penerapan

2.2.1 Konsep Penerapan

Penerapan adalah suatu tindakan atau pelaksanaan dari sebuah rencana yang sudah disusun secara matang dan terperinci. Konsep Penerapan Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), pengertian penerapan adalah perbuatan menerapkan. Menurut beberapa ahli berpendapat bahwa, penerapan adalah suatu perbuatan mempraktekkan suatu teori, metode, dan hal lain untuk mencapai tujuan tertentu dan untuk suatu kepentingan yang diinginkan oleh suatu kelompok atau golongan yang telah terencana dan tersusun sebelumnya.³ Dengan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa penerapan adalah pengaplikasian dari sebuah rencana yang telah disusun dan matang secara terperinci.

2.3 Komunikasi

Komunikasi merupakan salah satu aktivitas yang sangat fundamental dalam kehidupan umat manusia. Hal ini disebabkan karena keberadaan manusia

³ <http://kbbi.co.id/penerapan/> diakses pada 11 Desember 2016

sebagai makhluk sosial. Yang berarti manusia tidak akan bisa hidup tanpa bantuan orang lain. Menurut Dr. Everett Kleinjen dari *East Center Hawaii* yang dikutip oleh Hafied Cangara menyatakan:

“Komunikasi sudah merupakan bagian kekal dari kehidupan manusia seperti halnya bernapas. Sepanjang manusia ingin hidup, maka ia perlu berkomunikasi.” (Cangara, 2007: 1)

Dan sebagai makhluk individu, manusia selalu dihadapkan dengan berbagai kebutuhan dalam hidupnya. Dan untuk memenuhi kebutuhannya, maka manusia memerlukan bantuan orang lain. Dengan demikian, manusia akan berkomunikasi dengan manusia lainnya demi memenuhi kebutuhan tersebut. Sehingga sampai kapan pun, komunikasi merupakan hal yang tidak pernah akan lepas dari kehidupan manusia.

2.3.1 Definisi Komunikasi

Menurut Cherry (dalam Cangara, 2007: 18) istilah komunikasi berpangkal pada perkataan latin *Communis* yang artinya membuat kebersamaan atau membangun kebersamaan atau membangun kebersamaan antara dua orang atau lebih. Komunikasi juga berasal dari akar kata dalam bahasa Latin, *Communico*, yang artinya membagi.

Banyak pengertian dari para ahli yang memberikan definisi mengenai komunikasi berdasarkan sudut pandang mereka masing-masing. Menurut Sarah Trenholm dan Arthur Jensen (dalam Wiryanto, 2004: 6) mendefinisikan komunikasi adalah “Suatu proses di mana sumber mentransmisikan pesan kepada penerima melalui beragam saluran.”

Dari beberapa pengertian mengenai komunikasi di atas, dapat disimpulkan bahwa komunikasi merupakan suatu proses pertukaran pesan atau informasi

antara dua orang atau lebih yang berlangsung secara dinamis untuk memperoleh kesamaan arti atau makna diantara mereka.

2.3.2 Unsur-Unsur Komunikasi

Menurut Claude E. Shannon dan Warren Weaver (dalam Cangara, 2007: 23), menyatakan bahwa: “Terjadinya proses komunikasi memerlukan lima unsur yang mendukungnya, yakni pengirim, transmitter, signal, penerima, dan tujuan. Kesimpulan ini didasarkan atas hasil studi yang mereka lakukan mengenai pengiriman pesan melalui radio dan telepon.”

Sedangkan menurut Hafied Cangara dalam bukunya “Pengantar Ilmu Komunikasi” menyebutkan unsur-unsur komunikasi terdiri dari:

1. **Sumber**, semua peristiwa komunikasi akan melibatkan sumber sebagai pembuat atau pengirim informasi. Dalam komunikasi antar manusia, sumber dapat terdiri dari satu orang, tetapi bisa juga dalam bentuk kelompok misalnya partai, organisasi, atau lembaga. Sumber sering disebut juga dengan pengirim, komunikator, atau dalam bahasa Inggrisnya *source*, *sender*, atau *encoder*.
2. **Pesan** yang dimaksud dalam proses komunikasi adalah sesuatu yang disampaikan pengirim kepada penerima. Pesan dapat disampaikan dengan cara tatap muka atau melalui media komunikasi. Isinya dapat berupa ilmu pengetahuan, hiburan, informasi, nasihat, atau propaganda. Dalam bahasa Inggris, pesan biasanya diterjemahkan dengan kata *message*, *content*, atau *information*.

- 3. Media** yang dimaksud di sini ialah alat yang digunakan untuk memindahkan pesan dari sumber kepada penerima. Terdapat beberapa pendapat mengenai saluran atau media. Ada yang menilai bahwa media bisa bermacam-macam bentuknya, misalnya dalam komunikasi antar pribadi, panca indra dianggap sebagai media komunikasi. Selain itu, ada pula media komunikasi seperti telepon, surat, telegram yang semuanya digolongkan dalam media komunikasi antar pribadi.
- 4. Penerima** adalah pihak yang menjadi sasaran pesan yang dikirim oleh sumber. Penerima bisa terdiri dari satu orang atau lebih, bisa dalam bentuk kelompok, partai, atau negara. Penerima biasa disebut dengan berbagai macam istilah seperti khalayak, sasaran, komunikan, atau dalam bahasa Inggris *audience* atau *receiver*.
- 5. Pengaruh atau efek** adalah perbedaan antara apa yang dipikirkan, dirasakan, dan dilakukan oleh penerima sebelum dan sesudah menerima pesan. Pengaruh ini bisa terjadi pada pengetahuan, sikap, dan tingkah laku seseorang.
- 6. Tanggapan Balik**, ada yang beranggapan bahwa umpan balik sebenarnya adalah salah satu bentuk daripada pengaruh yang berasal dari penerima. Akan tetapi sebenarnya umpan balik bisa juga berasal dari unsur lain seperti pesan dan media, meski pesan belum sampai pada penerima.
- 7. Lingkungan** atau situasi ialah faktor-faktor tertentu yang dapat memengaruhi jalannya komunikasi. Faktor ini dapat memengaruhi jalannya komunikasi. Faktor ini dapat digolongkan atas empat macam,

yakni lingkungan fisik, lingkungan sosial budaya, lingkungan psikologis, dan dimensi waktu (Cangara, 2007: 24,28).

2.3.3 Dimensi Komunikasi

2.3.3.1 Komunikasi Interpersonal

a. Definisi Komunikasi Interpersonal

Menurut De Vito, komunikasi interpersonal dapat didefinisikan sebagai “komunikasi antar pribadi merupakan pengiriman pesan dari seseorang dan diterima oleh orang lain dengan efek dan umpan balik yang langsung” (Suranto, 2011:12). Komunikasi Interpersonal dapat didefinisikan “Memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung, baik secara verbal maupun nonverbal. Kedekatan hubungan pihak-pihak yang berkomunikasi akan tercermin pada jenis-jenis pesan atau respons nonverbal mereka seperti sentuhan, tatapan mata yang ekspresif dan jarak fisik yang sangat dekat. Selain itu, komunikasi interpersonal dianggap sangat potensial untuk mempengaruhi atau membujuk orang lain, karena kita dapat menggunakan alat indra untuk mempertinggi daya bujuk pesan yang kita komunikasikan

b. Proses Komunikasi Interpersonal

Proses komunikasi ialah langkah-langkah yang menggambarkan terjadinya kegiatan komunikasi. Hal ini disebabkan, kegiatan komunikasi sudah terjadi secara rutin dalam kehidupan sehari-hari, sehingga kita tidak lagi merasa perlu menyusun langkah-langkah tertentu secara

sengaja ketika akan berkomunikasi. Berikut adalah proses komunikasi interpersonal:

1. Keinginan berkomunikasi. Seorang komunikator mempunyai keinginan untuk berbagi gagasan dengan orang lain.
2. *Encoding* oleh komunikator. *Encoding* merupakan tindakan memformulasikan isi pikiran atau gagasan ke dalam simbol-simbol, kata-kata, dan sebagainya sehingga komunikator merasa yakin dengan pesan yang disusun dan cara penyampaiannya.
3. Pengiriman pesan. Untuk mengirim pesan kepada orang yang dikehendaki, komunikator memilih saluran komunikasi seperti telepon, SMS dan sebagainya. Pilihan atas saluran yang akan digunakan tersebut akan bergantung bagaimana karakteristik dari salurannya.
4. Penerimaan pesan. Pesan yang dikirim oleh komunikator telah diterima oleh komunikan.
5. *Decoding* oleh komunikan. *Decoding* merupakan kegiatan internal dalam diri penerima. Melalui indera, penerima mendapatkan macam-macam data dalam bentuk “mentah”, berupa kata-kata dan simbol-simbol yang harus diubah ke dalam pengalaman-pengalaman yang mengandung makna.
6. Umpan balik. Setelah menerima pesan dan memahaminya, komunikan memberikan respon atau umpan balik. Dengan umpan balik ini, seorang komunikator dapat mengevaluasi efektivitas komunikasi.

(Suranto, 2011:11)

2.3.3.2. Komunikasi Terapeutik

a.. Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan/pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional bagi praktisi kesehatan, utamanya terapis, perawat, bidan dan sebagainya (Damaiyanti, 2008:11).

Manfaat komunikasi terapeutik adalah:

1. Mendorong dan menganjurkan kerja sama antara perawat dengan pasien melalui hubungan perawat-pasien.
2. Mengidentifikasi, mengungkapkan perasaan, dan mengkaji masalah dan mengevaluasi tindakan yang dilakukan oleh perawat.

Dari pengertian di atas dapat dipahami bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan seorang perawat dengan teknik-teknik tertentu yang mempunyai efek penyembuhan. Komunikasi terapeutik merupakan salah satu cara untuk membina hubungan saling percaya terhadap pasien dan pemberian informasi yang akurat kepada pasien, sehingga diharapkan dapat berdampak pada perubahan yang lebih baik pada pasien dalam menjalankan terapi dan membantu pasien dalam rangka mengatasi persoalan yang dihadapi pada tahap perawatan.

b. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik bertujuan untuk mengembangkan pribadi klien kearah yang lebih positif atau adaptif dan diarahkan pada pertumbuhan klien yang meliputi:

1. Realisasi diri, penerimaan diri, dan peningkatan penghormatan diri.
Melalui komunikasi terapeutik diharapkan terjadi perubahan dalam diri klien. Klien yang tadinya tidak biasa menerima apa adanya atau merasa rendah diri, setelah berkomunikasi terapeutik dengan perawat akan mampu menerima dirinya.
2. Kemampuan membina hubungan interpersonal dan saling bergantung dengan orang lain. Melalui komunikasi terapeutik, klien belajar bagaimana menerima dan diterima orang lain. Dengan komunikasi yang terbuka, jujur dan menerima klien apa adanya, perawat akan dapat meningkatkan kemampuan klien dalam membina hubungan saling percaya.
3. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistis. Terkadang klien menetapkan ideal diri atau tujuan yang terlalu tinggi tanpa mengukur kemampuannya.
4. Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri. Identitas personal disini termasuk status, peran, dan jenis kelamin. Klien yang mengalami gangguan identitas personal biasanya tidak mempunyai rasa percaya diri dan mengalami harga diri rendah.

Melalui komunikasi terapeutik diharapkan perawat dapat membantu klien meningkatkan integritas dirinya dan identitas diri yang jelas.

Dalam hal ini, dengan memiliki keterampilan berkomunikasi terapeutik, perawat atau terapis akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya dengan klien, sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah diterapkan, memberikan kepuasan professional dalam pelayanan keperawatan dan akan meningkatkan profesi.

Jadi kesimpulannya, tujuan komunikasi terapeutik adalah untuk menyediakan tempat yang aman bagi klien untuk mengeksplorasi makna dari pengalaman penyakit dan untuk menyediakan informasi serta dukungan emosional setiap kebutuhan klien untuk mencapai kesehatan maksimum dan kesejahteraan. Dalam banyak hal, terapis berfungsi sebagai pendamping yang terampil, serta menggunakan komunikasi sebagai alat utama untuk mencapai tujuan kesehatan.

c. Ciri-Ciri Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Terjadi antara praktisi kesehatan dengan pasien.
2. Mempunyai hubungan akrab dan memiliki tujuan.
3. Berfokus pada pasien yang membutuhkan bantuan.
4. Praktisi kesehatan dengan aktif mendengarkan dan memberikan respon pada pasien.

d. Teknik Komunikasi Terapeutik

Teknik komunikasi terapeutik dengan menggunakan referensi dari Stuart dan Sundeen, dalam Damaiyanti (2008:14) yaitu:

1. Mendengarkan (*listening*)

Dalam hal ini perawat atau terapis berusaha mengerti klien dengan cara mendengarkan apa yang disampaikan klien. Satu-satunya orang yang dapat menceritakan kepada perawat ataupun terapis tentang perasaan, pikiran dan persepsi klien adalah klien sendiri. Untuk memberi kesempatan lebih banyak pada klien untuk berbicara, maka perawat harus menjadi pendengar yang aktif. Selama mendengarkan, perawat harus mengikuti apa yang dibicarakan klien dengan penuh perhatian. Perawat memberikan tanggapan dengan tepat dan tidak memotong pembicaraan klien. Tunjukkan perhatian bahwa perawat mempunyai waktu untuk mendengarkan.

2. Bertanya

Bertanya (*question*) merupakan teknik yang dapat mendorong klien untuk mengungkapkan perasaan dan pikirannya. Teknik berikut sering digunakan pada tahap orientasi.

3. Menanyakan Pertanyaan yang Berkaitan

Tujuan perawat bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai apa yang disampaikan oleh klien. Oleh karena itu, pertanyaan sebaiknya dikaitkan dengan topik yang dibicarakan dan gunakan kata-kata yang sesuai dengan konteks sosial budaya klien.

4. Pertanyaan Terbuka (*Open-Ended Question*)

Pertanyaan yang tidak memerlukan jawaban “Ya” dan “Mungkin”, tetapi pertanyaan memerlukan jawaban yang luas, sehingga pasien dapat mengemukakan masalahnya, perasaannya dengan kata-kata sendiri, atau dapat memberikan informasi yang diperlukan.

5. Mengulang Ucapan Klien dengan Menggunakan Kata-Kata Sendiri

Melalui pengulangan kembali kata-kata klien, perawat memberikan umpan balik bahwa ia mengerti pesan klien dan berharap komunikasi dilanjutkan.

6. Mengklarifikasi

Klarifikasi terjadi saat perawat berusaha untuk menjelaskan dalam kata-kata, ide atau pikiran (implisit maupun eksplisit) yang tidak jelas dikatakan oleh klien. Tujuan dari teknik ini adalah untuk menyampaikan pengertian.

7. Memfokuskan (*focusing*)

Metode ini bertujuan untuk membatasi bahan pembicaraan sehingga percakapan menjadi lebih spesifik dan dimengerti. Hal ini perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ini adalah usahakan untuk tidak memutus pembicaraan ketika klien menyampaikan masalah yang penting.

8. Menyatakan Hasil Observasi

Perawat atau terapis harus memberikan umpan balik kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya sehingga klien dapat

mengetahui apakah pesannya diterima dengan benar atau tidak. Dalam hal ini perawat atau terapis menguraikan kesan yang ditimbulkan oleh isyarat nonverbal klien. Teknik ini seringkali membuat klien berkomunikasi lebih jelas tanpa perawat atau terapis harus bertanya, memfokuskan dan mengklarifikasi pesan. Observasi dilakukan sedemikian rupa sehingga klien tidak menjadi malu atau marah.

9. Menawarkan Informasi

Memberikan informasi tambahan merupakan tindakan penyuluhan kesehatan untuk klien. Perawat atau terapis tidak dibenarkan memberikan nasihat kepada klien ketika memberikan informasi, Karena tujuan dari tindakan ini adalah memfasilitasi klien untuk mengambil keputusan. Penahan informasi yang dilakukan saat klien membutuhkan akan mengakibatkan klien menjadi tidak percaya.

10. Diam (Memelihara Ketenangan)

Diam akan memberikan kesempatan kepada perawat dan klien untuk mengorganisir pikirannya. Penggunaan metode ini memerlukan keterampilan dan ketepatan waktu, jika tidak akan menimbulkan perasaan tidak enak. Diam memungkinkan klien untuk berkomunikasi dengan dirinya sendiri, mengorganisir pikiran dan memproses informasi. Diam sangat berguna terutama pada saat klien harus mengambil keputusan.

11. Meringkas

Meringkas adalah pengulangan ide utama telah dikomunikasikan secara singkat. Metode ini bermanfaat untuk membantu mengingat topik yang telah dibahas sebelum meneruskan pembicaraan berikutnya.

12. Memberikan Penghargaan

Penghargaan jangan sampai jadi beban untuk klien. Dalam arti jangan sampai klien berusaha keras dan melakukan segalanya demi untuk mendapatkan pujian atau persetujuan atas perbuatannya. Selain itu teknik ini pula dimaksudkan untuk menyatakan bahwa yang ini bagus dan yang sebaliknya buruk.

13. Menawarkan Diri

Perawat atau terapis menyediakan diri tanpa respons bersyarat atau respon yang diharapkan (Schult dan Videbeck, 1998).

14. Memberikan Kesempatan Pada Klien Untuk Memulai Pembicaraan

Memberikan kesempatan pada klien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Untuk klien yang merasa ragu-ragu dan tidak pasti tentang perannya dalam interaksi ini, perawat dapat memstimulusnya untuk mengambil inisiatif dan merasakan bahwa ia diharapkan untuk membuka pembicaraan.

15. Menganjurkan untuk Meneruskan Pembicaraan

Teknik ini menganjurkan klien untuk mengarahkan hampir seluruh pembicaraan yang mengidentifikasi bahwa klien sedang mengikuti apa yang dibicarakan dan tertarik dengan apa yang

dibicarakan selanjutnya. Perawat lebih berusaha untuk menaksirkan dari pada mengarahkan diskusi/pembicaraan.

16. Humor

Dugan dalam Damaiyanti, (2008:20), menyebutkan humor sebagai hal yang penting dalam komunikasi verbal dikarenakan; tertawa mengurangi ketegangan dan rasa sakit akibat stress, dan meningkatkan keberhasilan asuhan keperawatan. Sementara Sullivan-Deane (1998) menyatakan bahwa humor merangsang produksi katekolamin sehingga seorang merasa sehat, dan hal ini akan meningkatkan toleransi nyeri, mengurangi kecemasan serta memfasilitasi relaksasi dan meningkatkan metabolisme.

17. Menunjukkan Penerimaan

Menerima tidak berarti menyetujui. Menerima berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan. Perawat harus waspada terhadap ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menyatakan tidak setuju, seperti mengerutkan kening, atau menggeleng yang menyatakan tidak percaya.

18. Menempatkan Kejadian Secara Berurutan

Mengurutkan kejadian secara teratur akan membantu perawatan dan klien untuk melihatnya dalam suatu perspektif. Kelanjutan dari suatu kejadian akan menuntun perawat dan klien untuk melihat kejadian berikutnya yang merupakan akibat dari kejadian sebelumnya dan juga dapat menemukan pola kesukaran

interpersonal. Teknik ini bernilai terapeutik apabila perawat atau terapis dapat mengeksplorasi klien dan memahami masalah yang penting dan teknik ini menjadi tidak terapeutik apabila perawat atau terapis memberikan nasihat, meyakinkan atau tidak mengakui klien.

19. Memberikan Kesempatan Kepada Klien Untuk Menguraikan Persepsinya

Apabila perawat atau terapis ingin mengerti klien, maka ia harus melihat segala sesuatunya dari perspektif klien. Klien harus merasa bebas untuk menguraikan persepsinya kepada perawat. Sementara itu perawat harus waspada terhadap gejala ansietas yang mungkin muncul.

20. Asertif

Asertif adalah kemampuan dengan cara meyakinkan dan nyaman untuk mengekspresikan pikiran dan perasaan diri dengan tetap menghargai orang lain. Kemampuan asertif antara lain: berbicara jelas, mampu menghadapi manipulasi pihak lain tanpa menyakiti hatinya (berani mengatakan tidak tanpa merasa bersalah), melindungi diri dari kritik.

e. Sikap Perawat atau Terapis Dalam Komunikasi Terapeutik

Egan (dalam Damaiyanti, 2010:14) mengidentifikasi lima sikap atau cara untuk dapat menghadirkan diri secara fisik yang dapat memfasilitasi komunikasi terapeutik, yaitu:

1. Berhadapan

Posisi ini memiliki arti bahwa saya siap untuk anda.

2. Mempertahankan kontak mata

Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai klien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.

3. Membungkuk kearah klien

Pada posisi ini menunjukkan keinginan untuk menyatakan atau mendengarkan sesuatu.

4. Memperlihatkan sikap terbuka

Dalam posisi ini diharapkan tidak melipat kaki atau tangan untuk menyatakan atau mendengarkan sesuatu

f. Sikap Perawat atau Terapis dalam Memberikan Umpan Balik

Dalam membina hubungan terapeutik (berinteraksi) terapis atau perawat mempunyai 4 tahap yang harus diselesaikan oleh terapis atau perawat (Stuart dan Sundeen, dalam Christina, dkk., 2003:21), yaitu:

a. Fase pra-interaksi

Fase pra-interaksi merupakan masa persiapan sebelum berhubungan dan berkomunikasi dengan pasien anak pengidap *down syndrome*.

Dalam tahapan ini, terapis menggali perasaan dan menilik dirinya dengan cara mengidentifikasi kelebihan dan kekurangannya. Pada tahap ini juga terapis mencari informasi si pasien sebagai lawan bicaranya. Setelah hal ini dilakukan, terapis akan merancang strategi untuk pertemuan pertama dengan si pasien anak.

Di YAMET Lampung, para terapis melakukan persiapan dengan melihat terlebih dahulu siapa calon pasiennya, mengidap apa, dan bagaimana hasil *assesestmennya*. Baru kemudian mereka melakukan kegiatan berbincang dengan orang tua dari para anak-anak berkebutuhan khusus tersebut untuk melakukan evaluasi terhadap kekurangan, serta apa permasalahan yang akan diterapi.

b. Fase Orientasi

Fase orientasi atau perkenalan merupakan fase yang dilakukan terapis pada saat pertama kali bertemu atau kontak dengan pasien. Tahap perkenalan dilaksanakan setiap kali pertemuan dengan pasien dilakukan. Tujuan dalam tahap ini adalah memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dibuat sesuai dengan keadaan si pasien saat ini, serta mengevaluasi hasil tindakan yang telah lalu.

Di YAMET Lampung. Terapis memulainya dengan bertemu anak tersebut. Mengajaknya agar mau ikut serta berkeliling terlebih dahulu di seputaran area terapi, guna memberikan efek nyaman dan rileks terhadap si anak terhadap terapis.

c. Fase Kerja

Tahap ini merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap ini para terapis mengatasi masalah yang dihadapi oleh si pasien. Terapis akan mengeksplorasi dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi,

perasaan dan perilaku pasien. Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan yang telah ditetapkan.

Di YAMET Lampung, terapis mulai bekerja sesuai dengan porsi terapi yang telah dirancang. Biasanya, sebelum memulai terapi, si anak akan digandeng atau dituntun untuk ikut masuk keruangan terapis. Proses waktu yang dijalani adalah selama 2 jam. Untuk frekuensi waktunya, tergantung dari program yang dijalani oleh si anak dan bagaimana kondisinya. Terapis tetap menjalankan semua metode yang ada di YAMET, sesuai dengan porsi yang ada pada anak.

d. Fase Terminasi

Terminasi merupakan akhir dari pertemuan terapis dan pasien. Tahap terminasi dibagi dua yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan terapis dan pasien, setelah hal ini dilakukan terapis dan pasien masih akan bertemu kembali pada waktu yang berbeda sesuai dengan kontrak waktu yang telah disepakati bersama. Sedangkan terminasi akhir dilakukan oleh terapis setelah menyelesaikan seluruh proses terapi yang telah disepakati sesuai dengan assesmentnya. Fase ini merupakan fase yang sulit dan penting, karena hubungan saling percaya sudah terbina dan berada pada tingkat optimal.

Untuk di YAMET Lampung, fase ini belum bisa tercapai. Dikarenakan YAMET Lampung baru berusia 1 tahun, dan rata-rata

program yang dijalankan dan diambil orang tua dari anak-anak tersebut memakan rentang waktu sekitar 1,5 tahun. Yang ada hanya rentang waktu 6 bulan sekali untuk melihat bagaimana kondisi dan perkembangan yang terlihat dari si anak tersebut. Khusus untuk anak *down syndrome*, anak tersebut mengambil program terapi selama 2 tahun. Karena melihat kondisi dari si anak yang masih sangat liar dan sulit untuk diajak berinteraksi dengan sang terapis. Namun untuk melihat perkembangan terminasi tadi, dilihat dari tiap fase 6 bulan sekali. Untuk menyeluruh secara akhir, belum memiliki hasil.

2.4. Anak

2.4.1 Pengertian Anak

Anak adalah bagian dari generasi muda sebagai salah satu sumber daya manusia yang merupakan potensi dan penerus cita-cita perjuangan bangsa yang memiliki peran strategis dan mempunyai ciri dan sifat khusus memerlukan pembinaan perlindungan dalam rangka menjamin pertumbuhan dan perkembangan fisik, mental, sosial secara utuh, serasi, selaras dan seimbang.⁴

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari bayi (0-1 tahun) usia bermain/*oddlar* (1-2,5 tahun), pra sekolah (2,5-5), usia sekolah (5-11 tahun) hingga remaja (11-18 tahun). Rentang ini berada antara anak satu

⁴ www.bersosial.com/threads/pengertian-anak-menurut-para-ahli-adalah.21788/ diakses pada 2 Januari 2017

dengan yang lain mengingat latar belakang anak berbeda. Pada anak terdapat rentang perubahan pertumbuhan dan perkembangan yaitu rentang cepat dan lambat. Dalam proses perkembangan anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik adalah semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisik yang sama akan tetapi mempunyai perbedaan dan pertumbuhannya.

2.4.2 Prinsip-Prinsip Keperawatan Anak

Terdapat prinsip atau dasar dalam keperawatan anak yang dijadikan sebagai pedoman dalam memahami filosofi keperawatan anak. Perawat harus memahaminya, mengingat ada beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan. Di antara prinsip dalam asuhan keperawatan anak tersebut adalah:

1. Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik. Prinsip dan pandangan ini mengandung arti bahwa tidak boleh memandang anak dari ukuran fisik saja sebagaimana orang dewasa melainkan anak sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan. Pola-pola inilah yang harus dijadikan ukuran, bukan hanya bentuk fisiknya saja tetapi kemampuan dan kematangannya.
2. Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai dengan tahap perkembangan. Sebagai individu yang unik anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai dengan usia tumbuh kembang. Kebutuhan tersebut dapat meliputi

kebutuhan fisiologis seperti kebutuhan nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, istirahat, tidur, dan lain-lain. Selain kebutuhan fisiologis tersebut, anak juga sebagai individu yang juga membutuhkan kebutuhan psikologis, sosial, dan spiritual. Hal tersebut dapat terlihat pada tahap usia tumbuh kembang anak. Pada saat yang bersamaan perlu memandang tingkat kebutuhan khusus yang dialami oleh anak.

3. Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan, bukan hanya mengobati anak yang sakit. Upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak, mengingat anak adalah generasi penerus bangsa.
4. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak.
5. Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi, dan meningkatkan kesejahteraan hidup, dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral (etik) dan aspek hukum (legal).
6. Tujuan keperawatan anak dan remaja adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat.

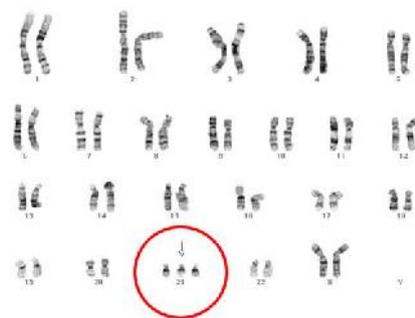
7. Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang sebab ilmu tumbuh kembang ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak.

2.5. Down Syndrome

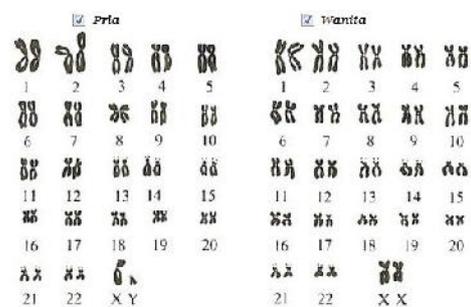
2.5.1 Definisi Down Syndrome

Down syndrome merupakan kelainan genetik yang dikenal sebagai trisomi, karena individu yang mendapat *down syndrome* memiliki kelebihan satu kromosom. Mereka mempunyai tiga kromosom 21 dimana orang normal hanya mempunyai dua saja. Kelebihan kromosom ini akan mengubah keseimbangan genetik tubuh dan mengakibatkan perubahan karakteristik fisik dan kemampuan intelektual, serta gangguan dalam fungsi fisiologi tubuh (Pathol, 2003:120).

Terdapat tiga tipe *down syndrome* yaitu trisomi 21 reguler, translokasi dan mosaik. Tipe pertama adalah trisomi 21 reguler. Kesemua sel dalam tubuh akan mempunyai tiga kromosom 21. Sembilan puluh empat persen dari semua kasus *down syndrome* adalah dari tipe ini (Lancet, 2003:361).



Gambar 1. Kromosom Down Syndrome



Gambar 2. Kromosom Manusia Normal

Tipe yang kedua adalah translokasi. Pada tipe ini, kromosom 21 akan berkombinasi dengan kromosom yang lain. Seringnya salah satu orang tua yang menjadi karier kromosom yang ditranslokasi ini tidak menunjukkan karakter penderita *down syndrome*. Tipe ini merupakan 4% dari total kasus. Tipe ketiga adalah mosaik. Bagi tipe ini, hanya sel yang tertentu saja yang mempunyai kelebihan kromosom 21. Dua persen adalah penderita tipe mosaik ini dan biasanya kondisi si penderita lebih ringan (Lancet, 2003:361).

2.5.2 Faktor Resiko

Risiko untuk mendapat bayi dengan *down syndrome* didapatkan meningkat dengan bertambahnya usia ibu saat hamil, khususnya bagi wanita yang hamil pada usia di atas 35 tahun. Walau bagaimana pun, wanita yang hamil pada usia muda tidak bebas terhadap risiko mendapat bayi dengan *down syndrome*. Harus diingat bahwa kemungkinan mendapat bayi dengan *down syndrome* adalah lebih tinggi jika wanita yang hamil pernah mendapat bayi dengan *down syndrome*, atau jika adanya anggota keluarga yang terdekat yang pernah mendapat kondisi yang sama. Walau bagaimana pun kebanyakan kasus yang ditemukan didapatkan ibu dan bapaknya normal (Livingstone, 2006:255).

2.5.3 Mortalitas/Morbiditas

Diperkirakan sekitar 75% kehamilan dengan trisomi 21 tidak akan bertahan. Sekitar 85% bayi dapat hidup sampai umur satu tahun dan 50% dapat hidup

sehingga berusia lebih dari 50 tahun. Penyakit jantung kongenital sering menjadi faktor yang menentukan usia penderita *down syndrome*. Selain itu, penyakit seperti Atresia Esofagus dengan atau tanpa fistula transesofageal, *Hirschsprung disease*, atresia duodenal dan leukemia akan meningkatkan mortalitas (Current Pediatric Diagnosis & Treatment 16th Ed: William W. Hay Jr, et al By McGraw-Hill Education - Europe 2002).

Selain itu, penderita *down syndrome* mempunyai tingkat morbiditas yang tinggi karena mempunyai respons sistem imun yang lemah. Kondisi seperti tonsil yang membesar dan adenoids, *lingual tonsils*, *choanal stenosis*, atau *glossoptosis* dapat menimbulkan obstruksi pada saluran nafas atas.

Gangguan pendengaran, visus, retardasi mental dan efek yang lain akan menyebabkan keterbatasan kepada anak-anak dengan *down syndrome* dalam meneruskan kelangsungan hidup. Mereka juga akan menghadapi masalah dalam pembelajaran, proses membangunkan upaya berbahasa, dan kemampuan interpersonal (Cincinnati Children's Hospital Medical Center, 2006).

2.5.4 Efek Pada Fisik Dan Sistem Tubuh

2.5.4.1 Temuan Fisik

Fisikalnya pasien *down syndrome* mempunyai rangka tubuh yang pendek. Mereka sering kali gemuk dan tergolong dalam obesitas. Tulang rangka tubuh penderita *down syndrome* mempunyai ciri-ciri yang khas. Tangan mereka pendek dan melebar, adanya kondisi *clinodactyly* pada jari kelima

dengan jari kelima yang mempunyai satu lipatan (20%), sendi jari yang hiperekstensi, jarak antara jari ibu kaki dengan jari kedua yang terlalu jauh, dan dislokasi tulang pinggul (6%). (Brunner, 2008)

Penderita *down syndrome* mempunyai sikap atau perilaku yang spontan, sikap ramah, ceria, cermat, sabar dan bertoleransi. Kadang kala mereka akan menunjukkan perlakuan yang nakal dengan rasa ingin tahu yang tinggi (Nelson, 2003:79-84).

Infantile spasms adalah yang paling sering dilaporkan terjadi pada anak-anak *down syndrome* sementara kejang tonik klonik lebih sering didapatkan pada yang dewasa. Tonus kulit yang jelek, rambut yang cepat beruban dan sering gugur, hipogonadism, katarak, kurang pendengaran, hal yang berhubungan dengan hipothyroidism yang disebabkan faktor usia yang meningkat, kejang, neoplasma, penyakit vaskular degeneratif, ketidakmampuan dalam melakukan sesuatu, pikun, dementia dan Alzheimer dilaporkan sering terjadi pada penderita *down syndrome*.

Mata pasien *down syndrome* bentuknya seperti tertarik ke atas (*upslanting*) *epicanthal*, titik-titik Brushfield, kesalahan refraksi sehingga 50%, strabismus (44%), nistagmus (20%), *blepharitis* (33%), *conjunctivitis*, ruptur kanal nasolacrimal, katarak kongenital, pseudopapil edema, spasma nutans dan keratoconus. Pasien *down syndrome* mempunyai hidung yang rata, disebabkan hipoplasi tulang hidung dan jembatan hidung yang rata.

Apabila mulut dibuka, lidah mereka cenderung menonjol, lidah yang kecil dan mempunyai lekuk yang dalam, pernafasan yang disertai dengan air liur, bibir bawah yang merekah, *angular cheilitis*, anodontia parsial, gigi yang tidak terbentuk dengan sempurna, pertumbuhan gigi yang lambat, mikrodontia pada gigi primer dan sekunder, maloklusi gigi serta kerusakan periodontal yang jelas. Pasien *down syndrome* mempunyai telinga yang kecil dan heliks yang berlipat. Otitis media yang kronis dan kehilangan pendengaran sering ditemukan. Kira-kira 60-80% anak penderita *down syndrome* mengalami kemerosotan 15-20 dB pada satu telinga (William W. Hay Jr, 2002:283).

2.5.5 Indikator Kemandirian Anak *Down Syndrome*

Penderita *down syndrome* pada umumnya menghadapi masalah yang relatif sama yaitu bermasalah dengan cara berkomunikasi serta juga mengalami masalah dalam perilaku dan emosi yang labil. Begitu pula dalam kehidupan sehari-hari, biasanya anak *down syndrome* juga mengalami kesulitan dalam melakukan kegiatan yang berhubungan dengan bina diri, seperti memakai baju, makan, mandi dan lain sebagainya (Irmayanti, 2007:93).

Bagi anak *down syndrome* yang sudah mendapat pendidikan atau terapi, mereka sangat menyenangi hal-hal yang rutin. Jadi, mereka lebih disiplin dari anak-anak biasa. *Down syndrome* menimpa satu diantara 700 kelahiran bayi dan terdapat 300 ribu kasus mengenai *down syndrome* di Indonesia (Somantri, 2007:112). Mengingat *down syndrome* tidak hanya satu jenis,

indikator yang ditetapkan pun juga ditentukan berdasarkan lamanya program terapi yang dijalankan.

Berikut adalah indikator kemandirian pasien anak *down syndrome* berdasarkan ketetapan dari Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung:

1. Bisa mengurus diri sendiri, seperti: makan, mengganti pakaian, tidur, bahkan mandi sendiri.
2. Mampu melakukan aktivitas *daily living* di lingkungan sekitarnya.
3. Mampu bersosialisasi dengan lingkungan, seperti: mau untuk diarahkan, mau untuk berbicara meskipun tidak jelas, serta mau untuk bergerak dan bermain.
4. Mampu melakukan aktivitas ringan seperti kemampuan bergerak, koordinasi aspek sensoris, serta motoris, misalnya: menulis, melempar bola, serta melakukan permainan titian keseimbangan.
5. Bisa melakukan fokus terhadap satu aktivitas.
6. Mau untuk diajak berinteraksi dengan orang lain.

Kemandirian adalah tolak ukur dibalik kemajuan atau kemunduran perkembangan anak *down syndrome* tadi. Peneliti memilih aspek kemandirian karena anak *down syndrome* merupakan anak berkebutuhan khusus yang implusif (tidak menentu), sulit ditebak apa suasana hati atau *moodnya*. Perlu kesabaran dan ketelitian tinggi bagi seorang terapis dalam memberikan terapi. Sehingga dirasa sebagai suatu faktor yang apik dalam

sebuah fokus terapi yang dijalani bagi anak *down syndrome* demi kelangsungan hidupnya.

2.6. Terapis

2.6.1 Pengertian Terapis

Menurut KBBI, terapis berasal dari kata terapi yang berarti pengobatan, merupakan remediasi masalah kesehatan, biasanya mengikuti diagnosis. Terapis adalah sebutan untuk orang yang melakukan terapi tersebut.

As Glass (dalam Mulyana, 2016:31) mengungkapkan, *“Effective interpersonal communication becomes more important as health professionals have to negotiate work practice with the aim of ensuring work satisfaction. It is critical that health professionals are able to confront and creatively respond to workplace changes.”* Hal tersebut senada, bila seorang terapis memiliki tanggung jawab terutama kepada klien. Akan tetapi, karena klien tidak hidup dalam ruang hampa dan dipengaruhi oleh hubungan-hubungan yang lainnya, terapis memiliki tanggung jawab juga kepada keluarga klien, kepada biro tempat terapis bekerja, kepada biro yang dirujuk, kepada masyarakat, dan kepada profesinya.

2.6.2 Pengetahuan Tentang Terapis

Kegiatan yang dilakukan terapis merupakan proses dari menilai, merencanakan, mengatur, dan berpartisipasi dalam program rehabilitasi yang membantu membangun keterampilan hidup sehari-hari, serta

kemandirian umum, untuk penyandang cacat atau bagi pasien yang mengalami keterlambatan perkembangan.

Berbagai persiapan yang dilakukan oleh terapis:

1. Menyelesaikan dan memelihara catatan yang diperlukan.
2. Menguji dan mengevaluasi kemampuan fisik dan mental pasien dan menganalisis data medis untuk menentukan tujuan rehabilitasi yang realistis bagi pasien.
3. Melatih pengasuh tentang bagaimana menyediakan kebutuhan pasien selama dan setelah terapi.
4. Merencanakan, mengatur, dan melaksanakan program terapi okupasi di rumah sakit, institusi, atau pengaturan masyarakat untuk membantu merehabilitasi mereka yang terganggu karena sakit, cedera atau masalah psikologis atau perkembangan.

Pengetahuan Bagi Terapis (*Knowledge*):

1. Pendidikan dan Pelatihan: Pengetahuan tentang prinsip dan metode dalam mendesain kurikulum, pelatihan, pengajaran, dan instruksi untuk individu dan kelompok, serta pengukuran efek pelatihan.
2. Bahasa Inggris: Pengetahuan tentang struktur dan isi dari Bahasa Inggris, termasuk arti dan ejaan dari setiap kata, aturan komposisi, dan tata bahasa.
3. Ilmu Kedokteran dan Kedokteran Gigi: Pengetahuan tentang informasi dan teknik yang diperlukan untuk mendiagnosa dan mengobati luka manusia, penyakit, dan kelainan bentuk. Ini termasuk gejala, pengobatan

alternatif, sifat obat dan interaksi, dan langkah-langkah kesehatan preventif.

4. Psikologi: Pengetahuan tentang kinerja dan perilaku manusia; perbedaan kemampuan, kepribadian, dan minat individu; pembelajaran dan motivasi; metode penelitian psikologis; serta penilaian dan pengobatan mengenai gangguan perilaku dan afektif.
5. Terapi dan Konseling: Pengetahuan tentang prinsip, metode, dan prosedur diagnosis, pengobatan, dan rehabilitasi disfungsi fisik dan mental, serta memberikan bimbingan karir.

Keterampilan (*Skills*) yang mesti dimiliki oleh seorang terapis:

1. Aktif Mendengarkan: Memberikan perhatian penuh pada perkataan orang lain, menyisihkan waktu memahami poin yang disampaikan, mengajukan pertanyaan sewajarnya, dan tidak menyela pada waktu yang tidak tepat
2. Berpikir Kritis: Menggunakan logika dan penalaran untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan dari solusi alternatif, kesimpulan, ataupun pendekatan permasalahan yang ditangani
3. Pertimbangan dan Pengambilan Keputusan: Mempertimbangkan kekurangan dan kelebihan dari pilihan tindakan yang potensial untuk memilih tindakan yang paling tepat.
4. Memantau: Memantau/menilai kinerja diri sendiri, individu lain, maupun organisasi untuk melakukan pengembangan atau mengambil tindakan korektif.
5. Orientasi Melayani: Secara aktif mencari cara yang tepat untuk membantu orang lain.

Kemampuan (*Abilities*) yang harus dipegang oleh seorang terapis⁵:

1. Penalaran Deduktif: Kemampuan untuk menerapkan peraturan umum dalam masalah tertentu dalam rangka menghasilkan jawaban yang masuk akal.
2. Penalaran Induktif: Kemampuan menggabungkan potongan-potongan informasi untuk membentuk peraturan dan kesimpulan umum (termasuk menemukan hubungan di antara kejadian-kejadian yang terlihat tidak terhubung).
3. Pemahaman Lisan: Kemampuan untuk mendengarkan dan memahami informasi dan ide yang disampaikan melalui kata dan kalimat lisan
4. Ekspresi Lisan: Kemampuan untuk mengkomunikasikan informasi dan ide ketika berbicara, sehingga orang lain dapat memahami apa yang disampaikan
5. Sensitivitas Masalah: Kemampuan untuk memberitahu ketika terdapat sesuatu yang salah atau mungkin salah. Hal ini tidak melibatkan penyelesaian masalah, hanya mengetahui jika terdapat suatu masalah.

2.7. Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET

Berdasarkan hasil pra riset pada 10 November 2016, *Child Development Centre* atau yang biasa disebut sebagai Klinik Tumbuh Kembang Anak YAMET didirikan pada 11 Oktober 2015. Klinik ini didirikan oleh dr. Tri Gunadi. dr. Tri Gunadi merupakan pendiri klinik tumbuh kembang anak YAMET. Ia merupakan dosen tetap (staf pengajar) di Universitas Indonesia,

⁵ <http://www.youthmanual.com/profesi/ilmu-kesehatan/terapis-pekerjaan> diakses pada 10 Desember 2016

dokter di salah satu rumah sakit pemerintah di Jakarta dan konsultan OT di London School Care of Autism. Metode yang digunakan di tempat ini adalah *assesment* tumbuh kembang anak, konseling berbagai masalah psikologi anak, terapi wicara, terapi okupasi, terapi sensori integrasi, fisioterapi, terapi remedial/edukasi/akademik, *brain gym*, terapi perilaku, *snoezelen*, dan masih banyak lagi lainnya. Metode tersebut dikembangkan dan dipatenkan oleh dr. Tri Gunadi sendiri. Sehingga tak heran, bila program pengobatan darinya ini bisa dibawa melenggang keluar negeri. Nama YAMET sendiri merupakan singkatan dari Yayasan Medical Exercise Therapy. *Child Development Centre* YAMET ini telah berusia 1 tahun dan telah berdiri di 23 kota seluruh Indonesia.

Khususnya di provinsi Lampung. YAMET Lampung berada dibawah kepengurusan Rima A. Atory, S. Pd selaku owner untuk provinsi Lampung. Lokasinya berada di Jalan Gatot Subroto No. 76 Garuntang, Bandar Lampung. Selain itu, *Child Development Centre* YAMET ini telah memiliki kurikulum yang telah dipatenkan dan berstandar internasional. *Child Development Centre* YAMET Lampung memiliki beragam fasilitas, memiliki 12 ruangan terapi, CCTV yang dapat diakses via android, serta adanya tempat penitipan anak DAYCARE HATORI. Selain itu, YAMET Lampung memiliki 8 terapis berkompeten dan berpengalaman serta total 53 anak didik yang terdaftar dan menjalani terapi disini. Berikut adalah data mengenai data terapis, jadwal ajar terapis, serta data hasil assesement anak YAMET seperti berikut ini:

Tabel 2. Data Assesment Anak (Child Development Centre) YAMET 2016

NO	NAMA LENGKAP ANAK	L/ P	ASESSMENT	DIAGNOSA
1	SH	P	SEP 2015	
2	AR	L	SEP 2015	Autism+SID oromotor+Hiperaktif
3	LU	P	SEP 2015	Mental Retadasi disertai dg Delayed Speech+Hiperaktif
4	JN	P	SEP 2015	ADHD
5	JS	L	SEP 2015	SID+General Anxiety Disorder+Delayed Speech
6	MF	L	SEP 2015	Autis Ringan
7	DM	L	SEP 2015	Disaudia dan Impulsifitas
8	MF	L	SEP 2015	Delayed Speech ec SAD,hiperaktif +impulsifitas
9	DF	L	SEP 2015	Impulsifitas+hiperaktif
10	FT	L	SEP 2015	ASD
11	MN	L	SEP 2015	Slow Leaner
12	RF	L	SEP 2015	Delayed Speech EC SID
13	MK	L	SEP 2015	PDD NOS disertai Hiperaktifitas+Impulsifitas
14	SM	L	SEP 2015	Disaudia
15	HN	L	NOV 2015	ASD
16	JN	L	NOV 2015	GDD (Global Delayed Development
17	DO	L	NOV 2015	Disaudia +MR +Impulsifitas
18	AA	L	NOV 2015	Delayed Speech ec, SID
19	ML	L	NOV 2015	Delayed Speech
20	DA	P	NOV 2015	Disaudia +GDD +Strabismus +Gangguan emosi
21	MI	L	NOV 2015	Autis ec SID tipe Modulation Disorder Subtype Avolder
22	ZF	P	NOV 2015	Disaudia
23	MI	L	NOV 2015	Autis non verbal ec Agresif Self Injury
24	KA	L	NOV 2015	Communication Disorder tipe Language Disorder, disartikulasi + impulsifitad
25	MH	L	NOV 2015	ASD Disertai Hiperaktifitas
26	MS	L	NOV 2015	AUTIS+SID
27	NA	P	NOV 2015	ASD & HIPERAKTIF
28	KH	P	NOV 2015	Autism + mental retardasi
29	KA	L	SEP 2015	Spectrum Autism menjdi Delayed Speech ec ADHD Features
30	AN	L	JAN 2016	Delayed Speech
31	MN	L	NOV 2015	ADHD +LD (Learning Difficult)
32	DA	L	NOV 2015	ASD
33	DI	L	NOV 2015	Down Syndrom
34	MI	L	NOV 2015	Autis disertai SPD
35	MQ	L	NOV 2015	Slow Leaner
36	MZ	L	NOV 2015	Delayed Speech ec Impulsifitas
37	AA	L	MAR 2016	ASD disertai SID+Impulsifitas
38	RH	L	MAR 2016	Autis+Hiperaktif+MR
39	AO	P	NOV 2015	Delayed Speech ec Impulsifitas+Obesitas

40	KY	L	JAN 2016	Autis
41	AA	L	JAN 2016	Delayed Speech disertai dg SID+Impulsifitas
42	JT	L	NOV 2015	ASD disertai dg Hiperaktif
43	MA	L	NOV 2015	LD disertai gangguan pemahaman
44	WN	L	JAN 2016	LD dengan ciri disleksia +ADHD
45	WA	P	JAN 2016	Delayed Speech ec Impulsifitas
46	RI	L	JAN 2016	Autis disertai Hiperaktif + Impulsifitas
47	NZ	P	JAN 2016	LD ec Impulsifitas dan gangguan emosi perilaku
48	SO	L	JAN 2016	ASD disertai dengan Hiperaktifitas+Impulsifitas
49	MA	L	JAN 2016	Mental Retardasi dan Sensori Processing Disorder
50	RT	P	JAN 2016	Disaudia GDD dan mental retardasi
51	KP		JAN 2016	ADHD
52	SM	L	MAR 2016	ADD,LD, Suspect gangs intelegensi ec kegagalan pend.karakter
53	FR		MAR 2016	ASD
54	RL	L	JAN 2016	Mental Retardasi Mild IQ 68
55	MS	L	APRIL 2016	Delayed Speech ec Dispraxia, ID
56	NR	L	APRIL 2016	Delayed Speech ec Gangguan Konsentrasi
57	BL	P	APRIL 2016	Delayed Speech ec impulsifitas, gangguan konsentrasi dan confuse
58	DD	P	APRIL 2016	ADHD dan Faktor ComorbitConfuse Language
59	PI	L	APRIL 2016	Delayed Speech ec ADHD Features
60	RD	L	JUNI 2016	Delayed Speech ec ADHD
61	AL	P	MEI 2016	Slow Learner
62	MA	L	JUNI 2016	Delayed Speech ec Hiperaktif+impulsifitas
63	DH	L	JUNI 2016	Delayed Speech ec Hiperaktif+impulsifitas
64	MN	L	MEI 2016	ADHD dan LD
65	FE	L	JUNI 2016	SLD
66	RA	L	JUNI 2016	ASD disertai hiperaktif, impulsifitas inatensi
67	FO	L	JUNI 2016	Communication disorder tipe language disertai dyspraxia
68	MN	L	JUNI 2016	Disaudia
69	MA	L	JUNI 2016	Gangguan belajar ec kurang dalam persepsi, memori thinking
70	AH	P	MEI 2016	mental retardasi ringan
71	ML	L	MEI 2016	Delayed Speech ec Attention Deficit
72	AI	P	AGUST 2016	Communication disorder tipe language disertai dyspraxia
73	AO	L	AGUST 2016	Borderline IQ 70-85
74	KI	P	AGUST 2016	Attention Deficit Disorder dan hiperaktif
75	AA	P	AGUST 2016	Down Syndrom

76	DV	L	AGUST 2016	Communication disorder tipe language Disorder ec ADHD Features
77	NA	P	AGUST 2016	Communication disorder tipe language Disorder ec ADHD Features
78	KB	P	AGUST 2016	Mental Retardasi Berat+Hiperaktif+Impulsifitas+SPD

Keterangan :

Merah : Sudah keluar

Hitam : Masih menjadi siswa terapi

Tabel 3. Jadwal Terapi Anak Dan Terapis *Child Development Centre* YAMET Lampung 2016

JADWAL TERAPI NOVEMBER 2016																							
HARI	SENIN							SELASA							RABU							PAGI	
JAM	[Grid of colored cells representing therapy sessions]																						
08.00-09.00	[Grid of colored cells]																					SENIN-JUMAT	
TERAPI	[Grid of colored cells]																					selasa,kamis,sabtu	
09.00-10.00	[Grid of colored cells]																					selasa	
TERAPI	[Grid of colored cells]																					selasa	
10.00-11.00	[Grid of colored cells]																					selasa,kamis	
TERAPI	[Grid of colored cells]																					SELASA,KAMIS	
11.00-12.00	[Grid of colored cells]																					SIANG	
TERAPI	[Grid of colored cells]																					SENIN,SELASA	
13.00-14.00	[Grid of colored cells]																					SENIN,SELASA,RABU	
TERAPI	[Grid of colored cells]																					SENIN	
14.00-15.00	[Grid of colored cells]																						
TERAPI	[Grid of colored cells]																						
15.00-16.00	[Grid of colored cells]																						
TERAPI	[Grid of colored cells]																						
16.00-17.00	[Grid of colored cells]																						
TERAPI	[Grid of colored cells]																						
17.00-19.00	[Grid of colored cells]																						
TERAPI	[Grid of colored cells]																						
HARI	KAMIS							JUMAT							SABTU								
JAM	[Grid of colored cells]																						
08.00-09.00	[Grid of colored cells]																						
TERAPI	[Grid of colored cells]																						
09.00-10.00	[Grid of colored cells]																						
TERAPI	[Grid of colored cells]																						
10.00-11.00	[Grid of colored cells]																						
TERAPI	[Grid of colored cells]																						
11.00-12.00	[Grid of colored cells]																						
TERAPI	[Grid of colored cells]																						
13.00-14.00	[Grid of colored cells]																						
TERAPI	[Grid of colored cells]																						
14.00-15.00	[Grid of colored cells]																						
TERAPI	[Grid of colored cells]																						
15.00-16.00	[Grid of colored cells]																						
TERAPI	[Grid of colored cells]																						
16.00-17.00	[Grid of colored cells]																						
TERAPI	[Grid of colored cells]																						
17.00-18.00	[Grid of colored cells]																						
TERAPI	[Grid of colored cells]																						

NOTE : KEWAJIBAN ADMEN UTK CONFIRM KE TERAPIS JIKA ADA ORTU YANG INGIN PINDAH JAM ATAU PINDAH TERAPIS.
 ORANG TUA ANAK BERHAK MENGAJUKAN PINDAH JAM DAN GANTI TERAPIS JIKA MEMANG ADA YG KOSONG BGN CONFIRM ADMEN

Tabel 4. Terapis di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung 2016

No.	NAMA	MASA KERJA
1.	AT	15 Bulan
2.	AM	15 Bulan
3.	BJ	4 Bulan
4.	DD	15 Bulan
5.	FM	15 Bulan
6.	MH	15 Bulan
7.	MJ	15 Bulan
8.	VN	15 Bulan

2.7.1 Tolak Ukur Keberhasilan Terapi Anak *Down Syndrome*

Tolak ukur keberhasilan anak *down syndrome* dari Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung didasarkan pada:

1. Pasien anak *down syndrome* menunjukkan perkembangan dalam aspek motorik, yakni mampu menunjukkan tindakan fokus dalam satu hal, seperti: mau untuk disuruh, mau menjawab ketika dipanggil, dan mau untuk mengerjakan sesuatu yang diminta oleh terapis.
2. Pasien anak tadi mulai mampu melakukan aktivitas *daily living* yang diajarkan terapis, seperti: memegang pensil, mengangkat bola warna-warni, memanggil ketika butuh sesuatu, serta mampu menyebut nama ayah atau ibu.
3. Pasien anak tersebut mampu menunjukkan perkembangan kosakata, mampu mengendalikan rasa emosinya dengan dilihat dari apa yang diminta oleh terapis, seperti: si anak diminta untuk memasukkan bola warna-warni ke dalam wadah yang disediakan serta mampu memegang jepitan, menggerakkan jepit atau clip tadi.

4. Si anak mau aktif dan mengetahui dimana letak ruang kelasnya, serta mampu berjalan sendiri dan duduk sendiri di bangkunya dengan baik tanpa bantuan orang lain.

2.8. Landasan Teori

Setiap penelitian memerlukan kejelasan landasan berpikir dalam menyoroti permasalahan. Secara umum, dapat dikatakan bahwa rancangan mikro dalam teori-teori sosial sebenarnya merupakan suatu awal yang baik dalam melakukan kegiatan ilmiah sesungguhnya, sebab peneliti dapat berhati-hati terlebih dahulu secara terperinci. Oleh karena itu, teori digunakan peneliti untuk memandu penelitian, sehingga perlu disusun suatu kerangka teori yang memuat pokok-pokok pikiran yang menggambarkan dari sudut mana masalah penelitian akan disoroti (Nawawi, 1991:39,40).

Menurut peneliti, untuk penelitian mengenai penerapan komunikasi terapeutik ini bertujuan untuk melihat aspek penerapannya, ada atau tidakkah serta bagaimana hasil penerapannya terhadap aspek kemandirian anak *down syndrome*. Maka dari itu, peneliti memutuskan untuk memilih teori-teori yang berlandaskan pada hubungan antar pribadi, interaksi simbolik dan hubungan interpersonal. Dalam penelitian ini, teori-teori yang dianggap relevan adalah:

2.8.1 Teori Interaksionalisme Simbolik

Perspektif interaksi simbolik sebenarnya berada dibawah payung perspektif yang lebih besar yaitu perspektif fenomenologis. Maurice Natanson mengatakan dalam Pengantar Teori Komunikasi Analisis dan Aplikasi, bahwa penggunaan istilah *fenomenologis* sebagai suatu istilah generik, untuk merujuk kepada semua pandangan ilmu sosial yang menganggap kesadaran manusia dan makna subjektifnya sebagai fokus untuk memahami

tindakan sosial. Selanjutnya, pandangan fenomenologis atas realitas sosial menganggap dunia intersubjektif terbentuk dalam aktivitas kesadaran yang salah satu hasilnya adalah ilmu alam (West dan Turner, 2008:96)

Interaksi simbolik mempelajari sifat interaksi yang merupakan kegiatan sosial dinamis manusia. Bagi perspektif ini, individu bersifat aktif, reflektif, dan kreatif, menafsirkan dan menampilkan perilaku yang rumit serta sulit diramalkan. Paham ini menolak gagasan bahwa individu adalah organisme pasif yang perilakunya ditentukan oleh kekuatan atau struktur yang ada di luar dirinya. Individu terus berubah maka masyarakat pun berubah melalui interaksi, jadi interaksi merupakan variabel penting yang menentukan perilaku manusia bukan struktur masyarakat. Struktur tercipta dan berubah karena interaksi yang dilakukan manusia serta ketika individu berpikir dan bertindak secara stabil terhadap seperangkat objek yang sama.

Esensi dasar dari sebuah teori interaksi simbolik adalah suatu aktivitas yang merupakan ciri khas manusia yaitu komunikasi atau pertukaran simbol yang diberi makna. Perspektif interaksi simbolik ini berusaha memahami perilaku manusia dari sudut pandang subjek. Pada intinya teori ini adalah teori mengenai kerangka referensi untuk memahami bagaimana manusia, bersama orang lainnya menciptakan dunia simbolik dan bagaimana dunia ini sebaliknya membentuk perilaku manusia. Oleh karena itu, bisa dikatakan interaksi simbolik sebenarnya terbentuk atas dasar ide-ide mengenai diri dan hubungannya dengan masyarakat.

Menurut teori ini pula, kehidupan sosial pada dasarnya terbentuk dari interaksi manusia dengan menggunakan suatu simbol diantara

masyarakatnya. Seorang individu tergerak untuk bertindak berdasarkan makna yang diberikannya pada orang, benda, dan peristiwa. Makna-makna ini diciptakan dalam bahasa yang digunakan orang, baik untuk berkomunikasi dengan orang lain maupun dengan dirinya sendiri atau pikiran pribadinya. Bahasa memungkinkan orang untuk mengembangkan perasaan mengenai diri dan untuk berinteraksi dengan orang lainnya dalam sebuah komunitas.

2.8.2 Teori Hubungan Interpersonal

Hubungan interpersonal adalah dimana ketika kita berkomunikasi, kita bukan sekedar menyampaikan isi pesan, tetapi juga menentukan kadar hubungan interpersonalnya. Jadi ketika kita berkomunikasi kita tidak hanya menentukan content melainkan juga menentukan *relationship*. Dari segi psikologi komunikasi, kita dapat menyatakan bahwa makin baik hubungan interpersonal, makin terbuka orang untuk mengungkapkan dirinya; makin cermat persepsinya tentang orang lain dan persepsi dirinya; sehingga makin efektif komunikasi yang berlangsung diantara komunikan. Menurut Coleman dan Hammen (1974:224,231) terdapat empat model dalam teori hubungan interpersonal, yaitu:

1. Model Pertukaran Sosial

Model ini memandang hubungan interpersonal sebagai suatu transaksi dagang. Orang berhubungan dengan orang lain karena mengharapkan sesuatu untuk memenuhi kebutuhannya. Thibault dan Kelley, dua orang pemuka dari teori ini menyimpulkan model pertukaran sosial sebagai

berikut: “Asumsi dasar yang mendasari seluruh analisis kami adalah bahwa setiap individu secara sukarela memasuki dan tinggal dalam hubungan sosial hanya selama hubungan tersebut cukup memuaskan ditinjau dari segi ganjaran dan biaya”. Ganjaran yang dimaksud adalah setiap akibat yang dinilai positif yang diperoleh seseorang dari suatu hubungan. Ganjaran dapat berupa uang, penerimaan sosial, atau dukungan terhadap nilai yang dipegangnya. Sedangkan yang dimaksud dengan biaya adalah akibat yang negatif yang terjadi dalam suatu hubungan. Biaya itu dapat berupa waktu, usaha, konflik, kecemasan, dan keruntuhan harga diri dan kondisi-kondisi lain yang dapat menimbulkan efek-efek tidak menyenangkan.

2. Model Peranan

Model peranan menganggap hubungan interpersonal sebagai panggung sandiwara. Disini setiap orang harus memerankan peranannya sesuai dengan naskah yang telah dibuat oleh masyarakat. Hubungan interpersonal berkembang baik bila setiap individu bertindak sesuai dengan peranannya.

3. Model Interaksional

Model ini memandang hubungan interpersonal sebagai suatu sistem. Setiap sistem memiliki sifat-sifat struktural, integratif dan medan. Semua sistem terdiri dari subsistem-subsistem yang saling tergantung dan bertindak bersama sebagai suatu kesatuan. Selanjutnya, semua sistem mempunyai kecenderungan untuk memelihara dan mempertahankan kesatuan. Bila ekuilibrium dari sistem terganggu,

segera akan diambil tindakannya. Setiap hubungan interpersonal harus dilihat dari tujuan bersama, metode komunikasi, ekspektasi dan pelaksanaan peranan.

4. Model Permainan (*games people play model*)

Model ini berasal dari psikiater Eric Berne yang terdapat dalam buku *Games People Play*. Model ini menggunakan pendekatan transaksional. Model ini menerangkan bahwa dalam berhubungan individu-individu terlibat dalam bermacam permainan. Kepribadian dasar dalam permainan ini dibagi dalam 3 bagian yaitu:

- a. Kepribadian orang tua (aspek kepribadian yang merupakan asumsi dan perilaku yang diterima dari orang tua yang dianggap sebagai orang tua).
- b. Kepribadian orang dewasa (bagian kepribadian yang mengolah informasi secara rasional).
- c. Kepribadian anak (kepribadian yang diambil dari perasaan dan pengalaman kanak-kanak yang mengandung potensi intuisi, spontanitas, kreativitas dan kesenangan). Dalam hubungan interpersonal kita menampilkan suatu aspek kepribadian kita (orangtua, orang dewasa, anak-anak) dan dengan orang lain akan membalasnya dengan salah satu aspek kepribadian tersebut.

Pada interaksi individu menggunakan salah satu kepribadian tersebut sedang yang lain membalasnya dengan menampilkan salah satu dari kepribadian tersebut. Sebagai contoh, seorang suami yang sakit dan ingin minta perhatian pada sang istri (kepribadian anak). Kemudian

istri menyadari rasa sakit suami dan merawatnya (kepribadian orang tua).

Berne menyebutkan berbagai permainan yang dilakukan orang dalam transaksi interpersonalnya. Ada istri yang tidak pandai bergaul. Dipilihnya suami yang sangat dominan dan mengatur perilakunya dengan keras. Ia ingin dikuasai dan dibatasi gerakannya.

Pada skripsi ini, peneliti memilih pada model permainan sebagai landasan dasar dari berbagai pilihan model dari teori hubungan interpersonal ini. Model permainan dipilih karena dirasa tepat lantaran peranan terapis terhadap pasien anak pengidap *down syndrome* yang memerlukan berbagai metode dan penanganan yang tepat demi mencapai tujuan yang diinginkan. Selain itu, model permainan ini menurut peneliti bersifat luwes pada setiap kondisi dan keadaan dari si pasien. Karena pada situasi tertentu, seorang terapis harus menjadi teman dari si pasien tersebut, bukan menjadi lawan. Karena dengan ikut memasuki dunia si pasien, akan memudahkan peneliti untuk mampu mengontrol tingkah laku si pasien, dan sikap apa yang akan diambil ketika si pasien melakukan sesuatu.

2.9. Kerangka Pikir

Terapis merupakan salah satu praktisi kesehatan yang bekerja dibidang penyembuhan. Terapis memiliki tugas dalam melakukan penyembuhan terhadap berbagai keluhan atau kondisi dari seorang pasien. Dalam hal ini

adalah pasien anak *dawn syndrome*. Dalam menangani pasien anak tersebut, seorang terapis memerlukan pengalaman, kesabaran serta kemampuan untuk menunjang profesinya.

Anak *down syndrome* merupakan anak berkebutuhan khusus yang memiliki kelainan genetik sejak dalam kandungan. Kondisi tersebut tidak bisa dihilangkan atau disembuhkan, melainkan hanya bisa untuk diberikan terapi untuk kemandirian bagi kehidupannya. Terapis memerlukan rentang waktu yang cukup panjang untuk melakukan perbaikan dari segi interaksi dan kemandirian anak *down syndrome*. Karena pada tujuan dasarnya dari terapi tersebut adalah untuk mendapati sebuah perubahan atau perbaikan yang berarti kemajuan dari anak tersebut

Disinilah terapis memegang kendali penuh dalam praktik penyembuhannya. Terapis menggunakan bahasa interpersonal yang biasa dikenal dalam dunia kesehatan adalah komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik ini wajib diterapkan dalam tiap kegiatan terapi. Mau seperti apapun jenis anak berkebutuhan khusus tersebut, komunikasi ini ibarat sebuah bahasa wajib bagi komunikasinya. Penerapannya dilakukan oleh terapis terhadap pasien anak *down syndrome*.

Hal itu menjadi sebuah indikator utama, karena komunikasi terapeutik merujuk pada penyembuhan pasien. Karena ciri khasnya bersifat lebih mengutamakan pasien, maka komunikasi ini mengutamakan pasien terhadap kesembuhannya. Lebih tepatnya untuk anak *down syndrome* ini adalah untuk melakukan perbaikan interaksi dan kemandiriannya.

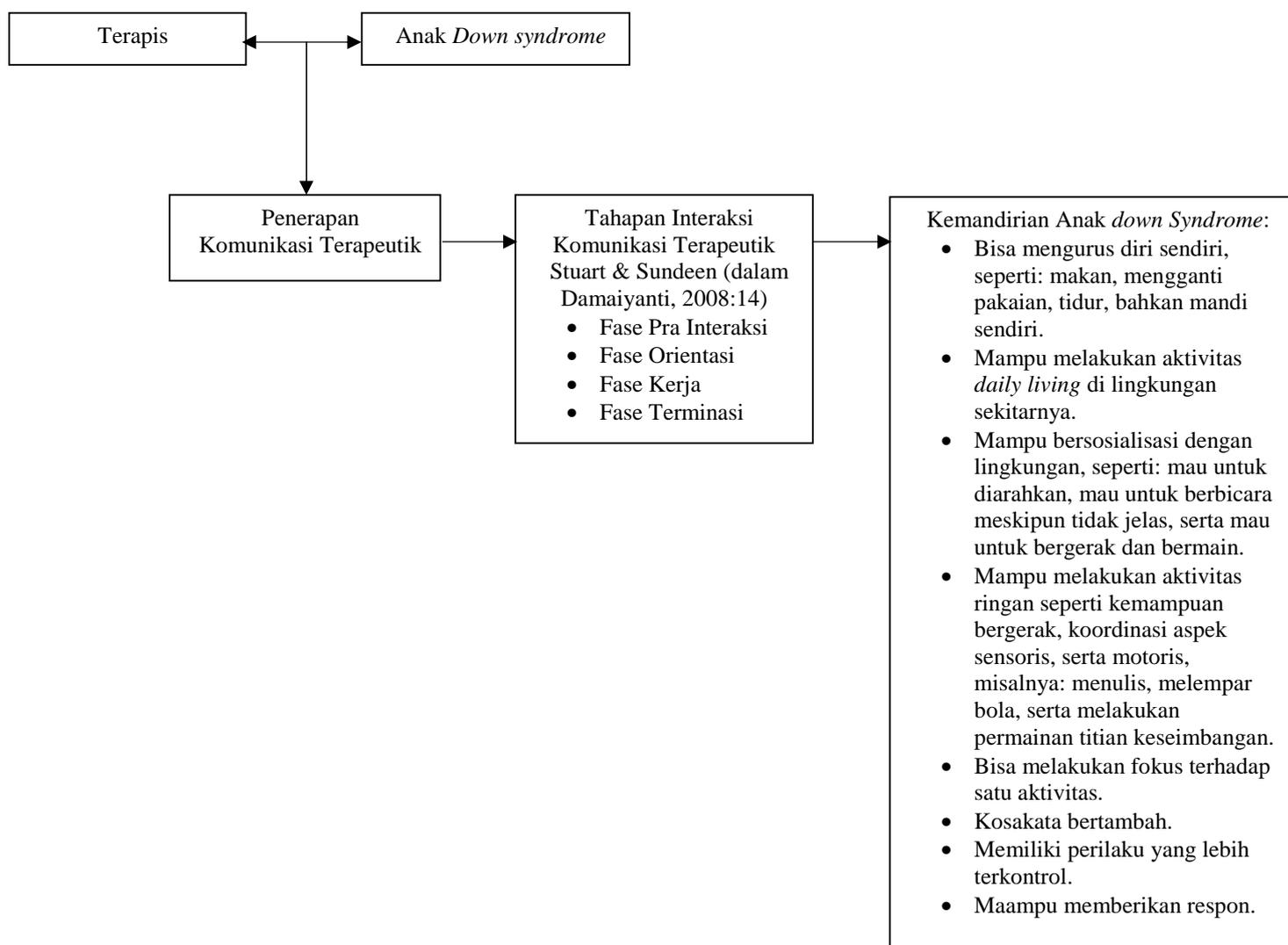
Semua penerapan komunikasi terpeutik tersebut tidak terlepas dari beberapa tahapan yang dilakukan untuk peninjauan proses penyembuhan. Sebelum melakukan proses terapi, seorang terapis perlu melakukan empat fase untuk mendapatkan hasil yang diinginkan. Yakni dimulai dari fase pra interaksi, di fase ini seorang terapis dituntut untuk melakukan observasi awal terhadap calon pasien anak yang akan ia tangani. Ia harus melihat hasil *assessment* si anak dan menentukan langkah selanjutnya demi keberlangsungan proses terapi yang tepat.

Kemudian dilanjutkan dengan fase orientasi, dimana seorang terapis akan mulai melakukan kontak-kontak komunikasi dengan si pasien. Tujuannya untuk membuat si pasien tadi mengenal terapisnya. Selanjutnya pada fase kerja, seorang terapis akan mulai melakukan metode yang telah ia rencanakan sesuai kaidahnya dengan tetap mengedepankan komunikasi terpeutik sebagai pegangan atau pedomannya. Untuk yang terakhir adalah terminasi, di fase ini seorang terapis akan melihat bagaimana prospek perkembangan si anak dalam jangka waktu terapi yang telah ditetapkan.

Dalam fase ini akan ditentukan bagaimana kelanjutan si anak, apakah sudah bisa dinyatakan berhasil dengan kualifikasi kesembuhan yang ditetapkan atau belum. Dan fase inilah yang akan menjadi tolak ukur bagi metode apa yang akan dilakukan, apakah tetap dipertahankan atau ditambah. Tujuan utama dari keempat fase tersebut adalah untuk mendapatkan perubahan utamanya adalah faktor kemandirian si anak *down syndrome* tadi. Apabila dari hasil terapi didapati bahwa pasien anak

tersebut sudah sesuai, maka bisa dikatakan terapi yang dijalankan telah berhasil. Selanjutnya tinggal melihat bagaimana perkembangan dari si anak usai rangkaian terapi tadi.

Kerangka pikir penulis dapat dilihat sebagai berikut.



Bagan 1. Kerangka Pikir Penelitian

Sumber: Modifikasi Penulis, Januari Th. 2017

BAB III METODE PENELITIAN

3.1. Tipe Penelitian

Pada penelitian ini, menggunakan metode deskriptif kualitatif. Pendekatan Kualitatif adalah suatu proses penelitian dan pemahaman yang berdasarkan pada metodologi yang menyelidiki suatu fenomena sosial dan masalah manusia. Pada pendekatan ini, peneliti membuat suatu gambaran kompleks, meneliti kata-kata, laporan terinci dari pandangan responden, dan melakukan studi pada situasi yang alami (Creswell, 2010:15).

Berdasarkan uraian pengertian diatas, penulis dapat menyimpulkan bahwa penelitian deskriptif kualitatif merupakan cara atau studi untuk menggambarkan secara akurat sifat-sifat dari fenomena sosial yang terjadi di sekitar kita. Dalam penelitian ini, penulis bermaksud mendeskripsikan serta melihat penerapan komunikasi terapeutik di dalam proses terapi yang dilakukan oleh terapis di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung dalam kemandiriannya. Maka dari itu penelitian ini digolongkan sebagai penelitian deskriptif kualitatif.

3.2 Fokus Penelitian

Fokus penelitian dalam pendekatan kualitatif merupakan fokus kajian yang mengandung penjelasan-penjelasan mengenai dimensi-dimensi apa saja yang menjadi pusat perhatian serta yang kelak dibahas secara mendalam dan tuntas dengan menggunakan metode deskriptif kualitatif (Arikunto, 2006:12).

Agar tidak meluas, maka perlu ditetapkan adanya fokus pada penelitian ini. Dalam penelitian ini, penulis memfokuskan penelitian pada penerapan komunikasi terapeutik oleh terapis pada pasien anak pengidap *down syndrome* dalam rangka meningkatkan kemandiriannya. Peneliti mengidentifikasi dan menganalisis penerapan komunikasi terapeutik dan tahapan interaksi komunikasi terapeutiknya untuk mengetahui penerapan komunikasi terapeutik yang akan dihasilkan dapat meningkatkan kemandirian bagi si anak *down syndrome* tersebut.

3.3 Sumber Data

Data pada penelitian ini terbagi menjadi dua, yaitu data primer dan data sekunder:

- a. Data primer merupakan data yang langsung dikumpulkan oleh peneliti dari sumber pertamanya. Data Primer pada penelitian ini diambil dengan melakukan Observasi terlebih dahulu untuk memahami peranan serta teknik komunikasi terapeutik antar terapis kepada pasien anak pengidap *down syndrome*. Dari data tersebut, peneliti akan melakukan wawancara

mendalam (*in depth interview*) terhadap responden penelitian yakni terapis di *Child Development Centre* YAMET Lampung.

- b. Data sekunder adalah data yang biasanya telah tersusun dalam dokumen yaitu berupa hasil dari dokumentasi dan berdasarkan literatur-literatur yang berhubungan dengan judul penelitiannya.

3.3.1 Informan Penelitian

3.3.1.1. Informan

Menurut Moleong (2005: 132), pada umumnya penelitian kualitatif mengambil jumlah informan yang lebih kecil dibandingkan dengan bentuk penelitian lainnya. Unit analisis dalam penelitian ini adalah individu atau perorangan. Untuk memperoleh informasi yang diharapkan, peneliti terlebih dahulu menentukan informasi yang akan dimintai informasinya.

Adapun jumlah informan yang akan dipilih sesuai dengan kebutuhan dan permasalahan yang dibahas. Berdasarkan hal tersebut, peneliti membuat pertimbangan yang digunakan dalam penentuan kriteria informan untuk penelitian ini adalah:

1. Sudah pernah mendapatkan pelatihan khusus minimal 1 bulan dan telah bekerja lebih dari 6 bulan.
2. Masih aktif sampai sekarang.
3. Bersedia memberi informasi yang dibutuhkan.
4. Subyek berada di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung.

5. Lulusan dari jurusan psikologi atau konseling.
6. Orang tua, kerabat atau pengasuh si anak *down syndrome*.

Adapun informan tersebut terdiri dari 5 orang informan yang terdiri dari 2 orang terapis berpengalaman dan sudah lama bergabung serta memiliki jam terbang yang tinggi dan orang tua atau saudara dari pasien anak *down syndrome* tersebut. Serta dr. Tri Gunadi sendiri selaku pemilik YAMET ini serta AA selaku anak pengidap *down syndrome*.

Tabel 5. Informan Primer Penelitian

No.	NAMA	MASA KERJA
1.	AM	15 Bulan
2.	FM	15 Bulan

Kedua informan ini merupakan terapis di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung, sudah melalui fase karantina lebih dari sebulan yang dilakukan oleh dr. Tri Gunadi dan memiliki pengalaman menangani anak *down syndrome* sehingga penulis menganggap keempat informan ini telah memenuhi kriteria sebagai informan dalam penelitian ini serta cukup mewakili jumlah terapis di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung untuk memberikan informasi sesuai dengan kebutuhan peneliti.

Tabel 6. Informan Sekunder Penelitian

No.	NAMA	Pekerjaan
1.	TG	Dokter, <i>Assessor</i> , Konsultan
2.	UT	Pengasuh

3.	AA	Anak <i>down Syndrome</i>
----	----	---------------------------

Ketiga informan ini merupakan informan yang dipilih dari Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung, sudah melalui pertimbangan dan keakuratan sehingga penulis menganggap ketiga informan ini telah memenuhi kriteria sebagai informan dalam penelitian ini serta cukup mewakili jumlah informan sekunder di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung untuk memberikan informasi sesuai dengan kebutuhan peneliti. Selain itu, alasan pemilihan ini berbeda dengan informan primer. Dikarenakan pada informan sekunder ini peneliti ingin melihat bagaimana keberimbangan data berbicara dengan yang ada di lapangan. Sehingga pemilihan dari TG, UT tersebut merupakan subjek yang tepat. Selain itu, pemilihan AA di dalam informan ini disebutkan sebagai objek yang akan dilihat bagaimana aktivitasnya selama masa terapi, baik saat datang, didalam ruangan maupun hingga selesai.

3.3.1.2. Penentuan Informan

Teknik pemilihan informan adalah teknik *purposive* (disengaja). Menurut Singarimbun dan Effendi (2000:35) teknik *purposive* bersifat tidak acak, dimana subjek penelitian dipilih berdasarkan pertimbangan-pertimbangan tertentu. Adapun pertimbangan yang digunakan dalam penentuan informan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Subjek yang menjadi pendatang dan mempunyai aktivitas di tempat yang menjadi sasaran perhatian peneliti.
2. Subjek yang memiliki kaitan secara penuh yang menjadi sasaran penelitian.
3. Subjek yang mempunyai cukup informasi, banyak waktu dan kesempatan untuk diminta keterangan dan data yang dibutuhkan terkait masalah penelitian.

Berdasarkan kriteria yang disebutkan di atas dan prariset yang dilakukan penulis, maka yang menjadi informan dalam penelitian ini yaitu terapis di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung yang menjadi praktisi kesehatan dalam rangka terapi bagi anak-anak berkebutuhan khusus dan orang tua atau saudara dari pasien anak *down syndrome* sendiri. Para terapis yang dijadikan informan dalam penelitian ini berjumlah 2 orang merupakan informan primer. Sedangkan untuk informan sekundernya merupakan 2 orang, yakni orangtua atau kerabat dekat atau pengasuh dari pasien anak *down syndrome* sendiri serta dr. Tri Gunadi selaku pemilik YAMET ini.

3.3.2. Pendekatan Informan

1. Pendekatan Institusional

Pendekatan Institusional dilakukan secara bertahap. Pertama dengan cara berkenalan langsung dengan membawa surat izin penelitian dan meminta izin untuk melakukan penelitian, kemudian membuka obrolan-obrolan

ringan seputar Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung. Sebisa mungkin memahami karakter dari masing-masing terapis yang ada di YAMET Lampung agar penulis dapat diterima baik disana, dan akan memudahkan penulis dalam mendapatkan data-data yang dibutuhkan.

2. Pendekatan Individual

Pendekatan Individual dilakukan dengan pendekatan khusus karena informan merupakan orangtua dari pasien anak pengidap *down syndrome* tersebut. Penulis melakukan pendekatan dengan cara mengajak berkenalan, kemudian membahas tentang hal-hal ringan yang berkaitan dengan keadaan anaknya, bagaimana perkembangannya selama terapi di YAMET Lampung, mulai dari penerapan pola pengasuhan, serta pendidikan dari si anak tersebut.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Untuk mendapatkan data yang lengkap dan akurat serta dapat dipertanggung jawabkan kebenarannya ilmiahnya, penulis menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

a. Wawancara

Wawancara adalah percakapan antara periset-seseorang yang berharap mendapatkan informasi dan informan-seseorang yang diasumsikan mempunyai informasi penting tentang suatu objek (Berger, dalam Kriyanto, 2006: 100) Wawancara yang peneliti lakukan adalah dengan

mengajukan sejumlah pertanyaan langsung kepada terapis di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung.

b. Observasi

Yaitu pengumpulan data dalam penelitian ilmiah yang diperoleh dari pengamatan yang meliputi kegiatan terapi dari para terapis, seperti kegiatan terapi *sensory motoric skill*, terapi okupasi, terapi *behavioral therapy* dan sebagainya. Observasi pada penelitian ini dilakukan dengan cara melihat, mendengarkan dan mengamati secara langsung proses terapi yang ada di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centr*) YAMET Lampung.

c. Dokumentasi

Metode Dokumentasi adalah salah satu metode pengumpulan data yang digunakan dalam metodologi penelitian sosial. Pada intinya metode ini adalah metode yang digunakan untuk menelusuri data historis (Bungin, 2007:121). Riset di lokasi penelitian juga digunakan penulis sebagai data pendukung yang akan digunakan peneliti sebagai alat bantu pada tahap pembahasan pada penelitian ini hingga tujuan penelitian sesuai dengan yang diharapkan. Disini dokumentasi yang dilakukan adalah dengan membuat foto/video dari objek penelitian.

d. Studi Pustaka

Studi Pustaka, adalah segala usaha yang dilakukan oleh peneliti untuk menghimpun informasi yang relevan dengan topik atau masalah yang akan atau sedang diteliti. Informasi itu dapat diperoleh dari buku-buku ilmiah, laporan penelitian, karangan-karangan ilmiah, tesis dan disertasi,

peraturan-peraturan, ketetapan-ketetapan, buku tahunan, ensiklopedia, dan sumber-sumber tertulis baik tercetak maupun elektronik lain. Dalam hal ini peneliti mengumpulkan dokumentasi dalam bentuk foto kegiatan, dokumen, ataupun berita yang pernah memuat *Child Development Centre* YAMET Lampung.

3.5 Teknik Analisa Data

Analisis data Kualitatif digunakan bila data-data yang terkumpul dalam riset adalah data kualitatif. Data kualitatif dapat berupa kata-kata, kalimat-kalimat atau narasi-narasi, baik yang diperoleh dari wawancara mendalam maupun observasi (Kriyantono, 2006: 196) Teknik analisis data dalam penelitian ini dilakukan dengan analisis kualitatif, yang meliputi :

- a. Melakukan pengamatan terhadap aktivitas para terapis di saat terapi maupun diluar terapi terhadap pasien anak. Pengamatan dilakukan dengan cara memantau langsung kegiatan terapis di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung.
- b. Pengumpulan data. Data yang diperoleh melalui *In-Depth Interview*, dikumpulkan dan dirangkum.
- c. Reduksi data, yaitu bagian dari analisis data dengan suatu bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan dan membuang data yang tidak sesuai dengan fokus penelitian dan tidak diperlukan.
- d. Interpretasi data yaitu memaparkan proses kerja dari komunikasi terapeutik diantara terapis *Child Development Centre* YAMET Lampung terhadap pasien anak pengidap *down syndrome*.

e. Penarikan Kesimpulan

Dalam tahap ini peneliti mencoba membuat ringkasan, Penerapan Komunikasi Terapeutik oleh Terapis pada Pasien Anak Pengidap *Down Syndrome* di Klinik Tumbuh Kembang Anak dalam Meningkatkan Kemandirian di (*Child Development Centre*) YAMET Lampung memiliki penerapan yang tepat dan sesuai serta ada di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung.

3.6 Teknik Keabsahan Data

Teknik pemeriksaan keabsahan data yang digunakan adalah triangulasi data. Triangulasi data merupakan teknik pemeriksaan data yang menggunakan berbagai sumber seperti dokumen, arsip, hasil observasi atau juga dengan mewawancarai lebih dari satu subjek yang dianggap memiliki sudut pandang yang berbeda. Menurut Dwidjowinoto (2002) dalam Jaya Aji, (2015: 42). Ada beberapa macam triangulasi data, yaitu:

1. Triangulasi Sumber

Membandingkan atau mengecek ulang derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh dari sumber yang berbeda. Misalnya membandingkan hasil pengamatan.

2. Triangulasi Waktu

Berkaitan dengan suatu proses dari perilaku manusia, Karena perilaku manusia dapat berubah setiap waktu. Karena itu peneliti perlu mengadakan observasi atau analisis tidak hanya satu kali.

3. Triangulasi Teori

Memanfaatkan dua atau lebih teori untuk diadu atau dipadu. Untuk itu diperlukan rancangan riset, pengumpulan data, dan analisis yang lengkap supaya hasilnya komprehensif.

BAB IV

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

4.1. Gambaran Umum Child Development Centre YAMET

Child Development Centre atau yang biasa disebut sebagai Klinik Tumbuh Kembang Anak YAMET didirikan pada 11 Oktober 2015. Klinik ini didirikan oleh dr. Tri Gunadi. Ia merupakan dosen tetap (staf pengajar) di Universitas Indonesia, dokter di salah satu rumah sakit pemerintah di Jakarta dan konsultan OT di London School Care of Autism dan banyak instansi lainnya seperti Kementerian Kesehatan.

YAMET kini memiliki 27 cabang yang tersebar hampir diseluruh Indonesia. Memiliki sekitar 250 terapis se-Indonesia yang berkompeten dan berdaya saing. YAMET memiliki seorang *assessor* sendiri untuk 27 cabangnya, yakni dr. Tri Gunadi sendiri. Nama YAMET sendiri merupakan singkatan dari (Yayasan Medical Exercise Therapy). Berpusat di Jakarta, dan memiliki kurikulum sendiri sebagai pedoman bagi terapis untuk mengajar.

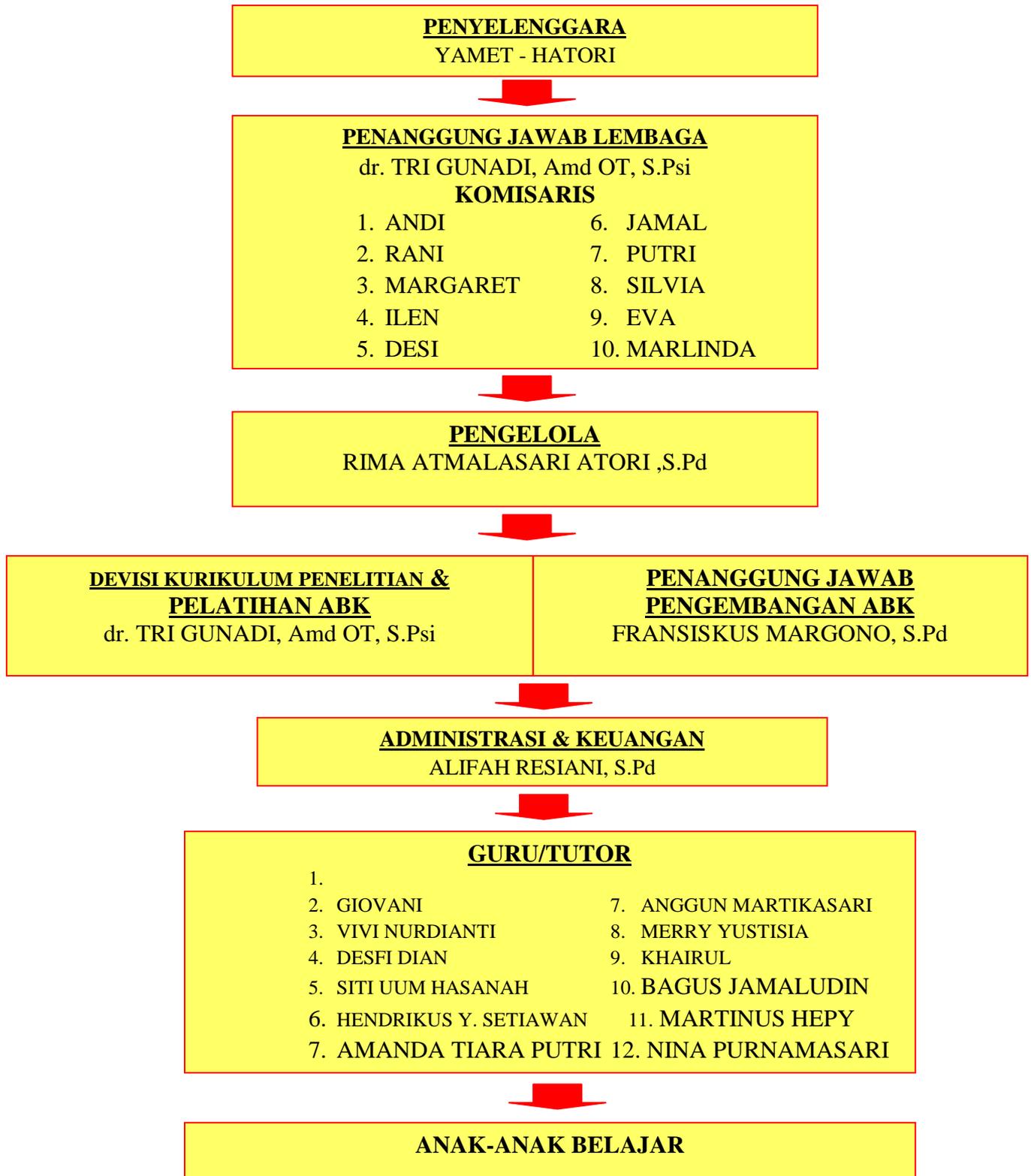
Metode yang digunakan di tempat ini adalah *assesment* tumbuh kembang anak, konseling berbagai masalah psikologi anak, terapi wicara, terapi okupasi, terapi sensori integrasi, fisioterapi, terapi remedial/edukasi/akademik, *brain gym*, terapi perilaku, *snoezelen*, dan masih banyak lagi lainnya. Metode tersebut dikembangkan dan dipatenkan

oleh dr. Tri Gunadi sendiri. Sehingga tak heran, bila program pengobatan darinya ini bisa dibawa melenggang keluar negeri.

Khususnya di provinsi Lampung. YAMET Lampung berada dibawah kepengurusan Rima A. Atory, S. Pd selaku owner untuk provinsi Lampung. Lokasinya berada di Jalan Gatot Subroto No. 76 Garuntang, Bandar Lampung. Selain itu, *Child Development Centre* YAMET ini telah memiliki kurikulum yang telah dipatenkan dan berstandar internasional. *Child Development Centre* YAMET Lampung memiliki beragam fasilitas, memiliki 12 ruangan terapi, CCTV yang dapat diakses via android, serta adanya tempat penitipan anak DAYCARE HATORI. Selain itu, YAMET Lampung memiliki 8 terapis berkompeten dan berpengalaman serta total 53 anak didik yang terdaftar dan menjalani terapi disini.

Sistem terapi yang diberikan oleh YAMET didasarkan pada hasil *assessment* si anak. Tidak semata-mata hanya mengandalkan kondisi si anak saja, melainkan dicari apa saja kekurangan yang dihadapi oleh si anak. Baru pembuatan rancangan terapi yang akan diterapkan akan mudah untuk dilakukan. Estimasi yang dilakukan untuk proses terapi bagi tiap anak berbeda. Jadi untuk bisa mengetahui hasil dari perkembangan si anak, memerlukan rentang waktu yang panjang.

4.2. Struktur Kepengurusan KOBER YAMET HATORI Bandar Lampung



Bagan 2. Struktur Kepengurusan YAMET Lampung

4.3. Alur Rujukan Anak Berkebutuhan Khusus YAMET



Bagan 3. Alur Rujukan YAMET

4.3.1. Penjelasan Alur Rujukan Anak Berkebutuhan Khusus YAMET

Berdasarkan hasil wawancara peneliti pada tanggal 9 Maret 2017, peneliti mewawancarai dr. Tri Gunadi selaku pemilik dan *assessor* dari YAMET mengenai alur rujukan anak berkebutuhan khusus disini. Utamanya, YAMET disini bekerja sama dengan berbagai instansi kesehatan, baik itu yang besar maupun kecil. Karena di tiap daerah banyak anak-anak berkebutuhan khusus, kami tidak bisa memantau dimana dan sebanyak apa.

Jadi memerlukan bantuan dari tenaga medis dan praktisi kesehatan seperti perawat, guru, LSM, kader, bidan dan sebagainya untuk bekerja sama dengan YAMET memberikan data maupun keadaannya. Praktisi kesehatan itu merupakan profesi yang sebelumnya telah diajak bermitra oleh YAMET, jadi bukan sembarangan orang.

Setelah diketahui dan mendapatkan laporan yang sesuai, anak tersebut akan segera dirujuk untuk dibawa ke puskesmas terdekat dalam rangka penanganan awal untuk si anak. Setelah diketahui hasil diagnosa dan bagaimana keadaan si pasien, pihak puskesmas yang telah ditunjuk oleh YAMET akan melakukan rujukan ke rumah sakit tersier terdekat untuk penanganan selanjutnya, dalam hal ini rumah sakit umum dan sebagainya.

Setelah mendapat hasil pemeriksaan akurat terbaru dari rumah sakit, si anak akan diarahkan untuk melakukan perjalanan rujukan kembali ke rumah sakit tersier, dalam hal ini YAMET. Setelah dirujuk, pasien anak tersebut akan segera ditangani oleh YAMET dalam rangka pertolongan bagi anak. Lalu, si anak akan diberi *assessment* terlebih dahulu untuk memberikan hasil yang tepat bagi kondisi dan kekurangan yang akan segera ditangani oleh terapis YAMET.

4.4. Program Terapi YAMET

a. Behaviour Therapy

Gerald Corey menjelaskan bahwa terapi behavioral adalah pendekatan-pendekatan terhadap konseling dan psikoterapi yang berkaitan dengan perubahan tingkah laku. Pendekatan, teknik, dan

prosedur yang dilakukan berakar pada berbagai teori tentang belajar. Terapi behavior adalah salah satu teknik yang digunakan dalam menyelesaikan tingkah laku yang ditimbulkan oleh dorongan dari dalam dan dorongan untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan hidup, yang dilakukan melalui proses belajar agar bisa bertindak dan bertingkah laku lebih efektif, lalu mampu menanggapi situasi dan masalah dengan cara yang lebih efektif dan efisien. Aktifitas inilah yang disebut sebagai belajar. Terapi behavioral memfokuskan pada persoalan-persoalan perilaku spesifik atau perilaku menyimpang yang bertujuan untuk menciptakan kondisi-kondisi baru bagi proses belajar dengan dasar bahwa segenap tingkah laku itu dipelajari, termasuk tingkah laku yang maladaptif.⁶

b. Okupasi Terapi

Terapi okupasi atau *occupational therapy* berasal dari kata *occupational* dan *therapy*, *occupational* sendiri berarti aktivitas dan *therapy* adalah penyembuhan dan pemulihan. Eleonor Clark Slagle adalah salah satu *pioneer* dalam pengembangan ilmu OT atau terapi okupasi, bersama dengan Adolf Meyer, William Rush Dutton. Terapi okupasi pada anak memfasilitasi *sensory* dan fungsi motorik yang sesuai pada pertumbuhan dan perkembangan anak untuk menunjang kemampuan anak dalam bermain, belajar dan berinteraksi di lingkungannya. Terapi okupasi adalah terapi yang dilakukan melalui

⁶ sindyarsita.wordpress.com diakses pada 26 April 2017

kegiatan atau pekerjaan terhadap anak yang mengalami gangguan kondisi sensori motor (E. Kosasih, 2012:13).

Menurut Kusnanto (dalam Sujarwanto, 2005) terapi okupasi adalah usaha penyembuhan terhadap seseorang yang mengalami kelainan mental, dan fisik dengan jalan memberikan suatu keaktifan kerja dimana keaktifan tersebut untuk mengurangi rasa penderitaan yang dialami oleh penderita. Keaktifan kerja yang dimaksud adalah anak mengikuti program terapi. Dengan mengikuti kegiatan aktifitas diharapkan dapat memulihkan kembali gangguan-gangguan yang ada baik dimental maupun fisik anak. Kegiatan-kegiatan terapi okupasi tentunya juga menggunakan alat-alat atau permainan yang disesuaikan dengan umur anak. Sehingga dalam penyampainnya dan penerapannya terapi okupasi sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai, seperti yang diungkapkan oleh Soebadi (1990:640) terapi okupasi adalah terapi yang melatih gerakan halus dari tangan dan integrasi dari gerakan dasar yang sudah dikuasai melalui permainan dan alat-alat yang sesuai”.

Setelah gerakan-gerakan motorik kasar maupun motorik halus anak mampu berkembang baik, dengan begitu anak mampu untuk mengembangkan apa yang dimiliki oleh anak. Ketika anak mampu untuk berkembang dan berkarya diharapkan anak mampu diterima ditengah-tengah masyarakat. Tarmansyah (1986:23) menyatakan bahwa “Terapi okupasi memberikan peluang dan kesempatan bagi

anak-anak untuk mengembangkan bakat, daya, inisiatif, daya kreatifitas, kemampuan bercita-cita, berkarsa dan berkarya”.

Sedangkan pengertian okupasi terapi menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 571 tahun 2008 adalah profesi kesehatan yang menangani pasien/klien dengan gangguan fisik dan atau mental yang bersifat sementara atau menetap. Dalam praktiknya okupasi terapi menggunakan okupasi atau aktivitas terapeutik dengan tujuan mempertahankan atau meningkatkan komponen kinerja okupasional (senso-motorik, persepsi, kognitif, sosial dan spiritual) dan area kinerja okupasional (perawatan diri, produktivitas dan pemanfaatan waktu luang) sehingga pasien/klien mampu meningkatkan kemandirian fungsional, meningkatkan derajat kesehatan dan partisipasi di masyarakat sesuai perannya.

c. Remedial

Merupakan teknik atau program terapi yang diterapkan dan dilakukan berdasarkan pengulangan berkali-kali terhadap aktivitas atau metode terapi yang diterapkan oleh si terapis kepada si anak. *Remedial* ini menitikberatkan pada pemahaman secara terus menerus dalam kurun waktu yang lama. Biasanya sering dipakai pada anak pengidap autisme, *down syndrome*, difabel, terlambat bicara, dan sebagainya.

d. *Snoezelen Therapy*

Snoezelen berasal dari 2 kata: *snoeffelen (to sniff)*: mencium bau, aktif, dinamis; dan *dozelen (to doze)* tidur sebentar, nyaman rileks. Atau dengan kata lain, pengertian *Snoezelen* adalah lingkungan atau tempat yang mengembangkan multisensoris dengan cara relaksasi. (Hulsegge, 1979).

Terapi *Snoezelen* adalah suatu aktifitas yang dirancang untuk mempengaruhi sistem saraf pusat melalui pemberian stimulus yang cukup pada sistem sensori primer dan sensori sekunder. Stimuli primer atau reseptor sensori eksternal yaitu *visual* (penglihatan), *auditori* (pendengaran), *olfactori* (penciuman), *gustatori* (perasa/pengecapan), *tactile* (peraba). Stimuli sekunder atau reseptor sensori internal yaitu *vestibular* (keseimbangan) dan *proprioseptif* (kesadaran diri akan lingkungan sekitar atau kesadaran orientasi spasial).

Stimulasi Dalam Terapi Snoezelen

A. *Penglihatan / Sight*

Penglihatan tergantung pada terang dan gelap, bentuk dan sudut. Warna dan bayangan akan menyediakan stimulasi dan kesenangan. Dalam hal ini tidak dibutuhkan gambar untuk pemahaman, kecuali untuk program *learning*. Warna dasar yang bergantian dirasa akan cukup bagus. Kombinasi pencahayaan dan *image visual* yang ditampilkan akan menghasilkan efek yang bervariasi untuk

membantu terciptanya sensasi *warm* dan *cool*. Sehingga Anak Berkebutuhan Khusus tersebut memiliki ketertarikan, merasa senang dan rileks serta ter-stimuli. 5 Warna dibagi menjadi menjadi 2 kategori, yaitu:

1. *Warm Color*: merah, orange, dan kuning. Warna merah merupakan warna yang bersemangat, dapat meningkatkan aktivitas otak dan tonus otot serta dapat memberikan rasa hangat. Warna orange efeknya sama dengan merah tetapi lebih ringan, aktivasi, energis dan dapat menurunkan efek depresi. Warna kuning efeknya sama dengan merah dan orange tapi paling ringan, warna yang stabil, meningkatkan performa diri dan konsentrasi.
2. *Cool Color*: hijau, biru dan warna-warna lembut. Warna Biru akan memberikan efek menurunkan denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi nafas sampai dengan 20 persen serta untuk relaksasi dan meditasi. Warna hijau akan memberikan efek rasa damai, tenang, dan sejuk, dan menurunkan hormon stress dalam darah serta menurunkan tekanan/tegangan pada otot.

B. Pendengaran / Hearing

Pitch, Tone, Rhythm dan Silence sangatlah penting. Musik untuk relaksasi adalah suatu hal yang menyenangkan. *Rhythm* yang simpel, dibutuhkan oleh anak dengan kemampuan intelektual yang rendah sehingga Anak Berkebutuhan Khusus lebih rileks.

Hearing stimuli terdiri dari:

1. *Soft music*: rasa hangat, nyaman, aman dan rileks
2. *Cheerfull music*: riang, mem-provokasi gerak aktif dan dinamis.

C. Sensor Sentuhan/Peraba / Tactile

Menyediakan permukaan yang berbeda untuk menstimuli sensor sentuhan/peraba sangatlah penting: kasar, lembut, basah, kering, hangat, dan dingin. Kontak melalui sentuhan (sensor peraba) antara Terapis dan anak sangatlah diperlukan. Meskipun Terapis tidak berbicara, namun sentuhan akan menjadi suatu bentuk kontak antara Terapis dan anak. Dengan sentuhan terapis akan menunjukkan rasa peduli pada anak dan anak merasa aman dan nyaman.

D. Penciuman / Smell

Stimulasi pada sensor penciuman sangat berpengaruh pada hasil Terapi Snoezelen meskipun kadang merupakan sensor yang jarang digunakan. Bebauan atau aroma ditengarai mampu menciptakan memori yang sangat kuat.

Stimulasi penciuman antara lain:

1. *Peppermint* dapat merangsang inspirasi lebih panjang (bernafas dalam-dalam dengan rileks).
2. Mawar dapat menekan rasa takut dan memberi rasa positif.

3. *Patchouli* (sejenis minyak tumbuh-tumbuhan) dapat memperbaiki sikap cuek, dan memudahkan anak untuk dikendalikan/dikontrol.
4. *Camelia* dapat menenangkan.
5. *Lavender* juga dapat menenangkan dan mempertahankan fokus/perhatian.
6. *Eucalyptus* dapat meningkatkan kesiagaan.
7. Melati dapat mencegah perubahan dari undersensitive ke oversensitive dan sebaliknya.
8. *Basilika* (kemangi/selasih) dapat memperbaiki rasa percaya diri.

Terapi Snoezelen umumnya dilakukan di suatu ruangan tersendiri yang di desain khusus untuk membentuk suasana yang ramah, menyenangkan, rekreasional bagi Anak Berkebutuhan Khusus. Lingkungan Terapi Snoezelen haruslah aman dan tidak mengancam. Anak dan orang dewasa yang menjalani Terapi Snoezelen dapat menikmati stimulasi yang lembut dari sistem sensori primer dan sekundernya. Mereka akan mengalami kontrol diri yang lebih baik, peningkatan rasa percaya diri, dan penurunan tekanan/stress.⁷

e. *Brain Gym*

Sejak awal tahun 2000-an, para orang tua di Indonesia mulai akrab dengan istilah *brain gym*. Disebut senam otak lantaran gerakannya

⁷ <http://www.pelangiinsani.com/terapi-snoezelen/> diakses pada 10 April 2017

sederhana namun dapat membantu perkembangan otak secara keseluruhan. Di samping itu, koordinasi mata, telinga, tangan, dan seluruh anggota tubuh juga dapat diasah dengan melakukan rangkaian gerak tubuh yang dikembangkan oleh *Educational Kinesiology Foundation*, Amerika Serikat ini. Metode *Brain Gym* merupakan sebuah metode melalui 26 gerakan dasar untuk menstimulasi dan menyeimbangkan seluruh bagian otak, otak kiri-kanan, atas-bawah dan depan-belakang.⁸

Buat para orang tua yang memiliki anak bayi dan balita, senam otak merupakan jalan menuju optimalisasi tumbuh kembang buah hati. Senam ini juga bisa dijadikan pelengkap terapi untuk anak-anak dengan kebutuhan khusus. Ada tiga dimensi otak yang dapat dikembangkan melalui pelaksanaan *brain gym* secara berulang. Pertama, dimensi lateritas untuk belahan otak kiri dan kanan. Kedua, dimensi pemfokusan untuk bagian belakang otak dengan bagian depan otak. Ketiga, dimensi pemusatan untuk menyeimbangkan posisi depan dan belakang (sistem limbis) serta otak besar.

Rangkaian Gerakan Senam Otak:

(Gerakan Silang Usia 0-3 Bulan)

- Gerakan silang diberikan dalam posisi telentang. Tangan kiri digerakkan dengan kaki kanan dan sebaliknya.

⁸ yamethatorilampung.blogspot.co.id diakses pada 8 April 2017

- Di akhir usia 3 bulan, bayi harus bisa membolak-balikkan badan.
Stimulasi gerak silang dapat merangsang kekuatan otot tangan.

(Gerakan Silang Usia 4-8 Bulan)

- Bayi mulai berusaha meraih benda yang ada dihadapannya.
- Stimulasi gerak silang mengkondisikan otak kanan dan kiri bayi untuk melatih koordinasi mata dan gerak motoriknya. Dengan adanya koordinasi tersebut, bayi dapat meraih benda di dekatnya.

(Gerakan *Brain Gym* Usia 6-12 Bulan)

- Tekan saklar otak dan tombol angkasa.
- Tekan tombol bumi dengan memijit titik di bawah bibir dan tangan lain di tulang kemaluan. Gunanya untuk mengaktifkan energi di otak tengah yang dapat menyeimbangkan emosi, mengasah kemampuan anak menengok dimensi atas dan bawah.
- Lakukan gerakan homolateral dengan menggerakkan kaki kiri dengan tangan kiri—bergantian dengan sisi yang lain—secara pasif. Gerakan ini bermanfaat untuk mengaktifkan spesialisasi otak kiri dan kanan serta lateralisasi yang tercermin dari kemampuan anak memakai baju sendiri, lempar-tangkap bola, menggambar, komunikasi, dan bernapas.

(Gerakan *Brain Gym* Usia 13-24 Bulan)

- Lakukan saklar otak, tombol angkasa, tombol bumi, dan homolateral.

- Gerakan silang dengan fokus pada bahu dan panggul. Ini berguna untuk mengaktifkan otak kiri dan kanan secara simultan seraya menyeimbangkan fungsi kedua belahan otak tersebut.⁹

f. *Oral Motoric Skill*

merupakan salah satu latihan pada terapi wicara yang bertujuan untuk mengurangi kaku otot pada organ bicara. Bentuk latihan dalam terapi wicara terbagi menjadi dua macam yaitu latihan aktif dan latihan pasif. Latihan aktif yaitu bentuk latihan pergerakan otot mulut atau organ bicara dilakukan sendiri tanpa bantuan orang lain, seperti latihan meniup balon dan gerakan lidah ke segala arah. Sedangkan latihan pasif memerlukan bantuan alat untuk menggerakkan organ bicara, misalnya melalui pijatan dengan alat bantu *vibrator*.

g. *Sensor Motoric Skill*

merupakan jenis program terapi yang menempatkan keterampilan sensori motoric dalam melibatkan pesan sensorik (input sensorik) dan menghasilkan respon (motor keluaran). Terapi ini menerima informasi sensorik dari tubuh kita dan lingkungan melalui system sensorik kita (penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, sentuhan, *vestibular*, dan *proprioception*). Informasi sensorik ini perlu ditata dan diproses untuk menghasilkan gerak *motoric* yang sesuai. Terapi ini membantu untuk memperbaiki bagian-bagian yang

⁹ Health.detik.com/read/2009/.../anak-cerdas-dengan-senam-otak diakses pada 6 April 2017

rawan dari tubuh. Latihan dari terapi ini meliputi dari gerak kemampuan mengkoordinasi gerakan otot besar di keseluruhan anggota tubuh, terutama tangan dan kaki. Seperti berjalan, melempar, berdiri, berlari, merangkak dan sebagainya. Selain itu latihan terapi ini mengkoordinai gerakan otot kecil dari anggota tubuh yang melibatkan jari kaki, jari tangan, gerakan mulut dengan koordinasi mata. Serta melatih pada bagian panca indera manusia.¹⁰

¹⁰ elhanalearningkit.com diakses pada 8 April 2017

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang penerapan komunikasi terapeutik oleh terapis pada pasien anak pengidap *down syndrome* dalam meningkatkan kemandirian (Studi di Klinik Tumbuh Kembang Anak (*Child Development Centre*) YAMET Lampung, maka dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Penerapan komunikasi terapeutik oleh terapis pada pasien anak pengidap *down syndrome* dilakukan dalam empat tahapan. Tahapan penerapan komunikasi dalam terapi tersebut adalah fase pra interaksi, fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi. Dalam penerapan komunikasi terapeutik tersebut diperlukan *assessment* atau pemeriksaan, penjajakan dan pembuatan rancangan terapi (RPT) yang sesuai. Semua itu dikerjakan dan dilakukan oleh terapis yang professional dan berwawasan kelimuan tepat. Menjadi terapis di YAMET memerlukan tingkat empati tinggi, kesabaran dan kemampuan menghadirkan daya tarik dalam memainkan peran dengan baik dalam memberikan terapi yang tepat guna bagi pasien anak tersebut.

2. Terapis YAMET Lampung selalu mengutamakan pesan verbal dalam proses terapinya, tetapi tetap mengajarkan pesan nonverbal pula namun dengan porsi yang berbeda. Pemberian pesan verbal ditujukan agar anak mampu mengeluarkan respon balasan atas apa yang diajarkan, serta ketika sedang berinteraksi dengan orang lain. Selain itu, penekanan ketegasan juga menjadi titik utama dalam fokus mendidik sikap Aliya. Penekanan kemandirian juga dilakukan berdasarkan tingkat *gap* atau batasan yang ada dalam dirinya.
3. Penerapan komunikasi terapeutik oleh terapis pada pasien anak pengidap *down syndrome* selalu didasarkan dan ditanamkan dalam 4 fase terapi di YAMET. Bagi terapis, penekanan dan pemahaman teknik yang diberikan kepada anak dilakukan atas bidang keilmuan yang sesuai. Menjadi seorang terapis juga harus mampu membaca situasi dengan baik, melihat bagaimana respon dan reaksi si anak. Bagi si anak, terapi dan latihan kemandirian yang dijalani, selalu ditanamkan dan diajarkan oleh terapis terhadap hampir semua jenis terapi yang dijalani. Keselarasan dan kesinambungan dari hasil terapi tersebut memerlukan rentang waktu yang tidak sebentar. Perlu kesabaran dan ketelitian terapis dalam mendidik si anak hingga mencapai titik kemajuan yang diharapkan kemudian.

6.2. Saran

Berdasarkan penelitian yang telah peneliti lakukan, maka peneliti akan memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi terapis, peneliti menitikberatkan bahwa dalam ke-empat fase terapi yang ada, fase orientasi dan kerja merupakan fase terberat dimana terapis harus bekerja dengan keras memberikan *treatment* yang tepat, rancangan terapi yang sesuai dan bagaimana menghadapi anak *down syndrome* tersebut. Kedua fase tersebut menekankan bagaimana titik keilmuan seorang terapis benar-benar diuji. Untuk itu, menjadi seorang terapis bukanlah sebuah pekerjaan yang mudah. Perlu kesabaran, penguasaan emosi, serta yang lebih ditekankan adalah memiliki tingkat empati yang tinggi. Selain itu, perlu juga latar belakang pendidikan yang menunjang supaya terapis tidak menjadi praktisi kesehatan yang abal-abal dalam menangani anak-anak berkebutuhan khusus.
2. Bagi orangtua, peneliti menyarankan untuk lebih mengetahui kembali mengenai seluk beluk dunia anak berkebutuhan khusus, terlebih bagi orangtua yang memiliki anak tersebut. Selain mengetahui, orangtua juga harus ikut serta dalam proses terapinya. Sehingga, orangtua juga bisa menerapkan apa yang diajarkan dan diberikan ketika dalam proses terapinya.
3. Bagi peneliti selanjutnya, penelitian ini masih jauh dari kata sempurna. Karena dalam penelitian ini hanya melihat bagaimana penerapan komunikasi terapeutiknya saja. Sehingga, peneliti menyarankan untuk lebih memperdalam kajian mengenai komunikasi terapeutik dan dunia anak berkebutuhan khusus seperti *down syndrome* ke lingkup yang lebih sempit, sehingga memperoleh hasil yang lebih signifikan.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Aw, Suranto. 2011. *Komunikasi Interpersonal*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Bennet, V. R., Brown, L. K. (1999). *Miles Textbook of Midwives*. Toronto: Churchill Livingstone.
- Cangara, Hafied. 2007. *Pengantar Ilmu Komunikasi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Corey, Gerald. 2009. *Teori dan Praktek Konseling dan Psikoterapi*. Bandung: Refika Aditama.
- Current Pediatric Diagnosis & Treatment* 16th Ed: William W. Hay Jr, et al By McGraw-Hill Education-Europe 2002.
- Creswell, John W. 2010. *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Damaiyanti, Mukhriyah. 2008. *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Bandung: Refika Aditama.
- _____. 2010. *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Bandung: Refika Aditama.
- Departemen Pendidikan Nasional. 2008. *Kamus Besar Bahasa Indonesia Pusat Bahasa*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Efendi, Mohammad. 2006. *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Effendy, Onong Uchjana. 2006. *Ilmu Komunikasi; Teori dan Praktek*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Komala, Lukiati. 2009. *Ilmu Komunikasi: Perspektif, Proses, Dan konteks*. Bandung: Widya Padjajaran.

- Kosasih, E. 2012. *Cara Bijak Memahami Anak Berkebutuhan Khusus*. Cet. 1. Bandung: Yrama Widya.
- Kriyantono, Rachmat. 2006. *Teknik Praktis Riset Komunikasi*. Jakarta: Kencana, Prenada Media Group.
- Indrawati. 2003. *Komunikasi Untuk Perawat*. Jakarta: EGC.
- Meliono, Irmayanti, editors. *Pengetahuan (monograph on the internet)*. Jakarta: Lembaga Penelitian FEUI; 2007 (cited 2009 Jun 10). Available from: <http://id.wikipedia.org/wiki/Pengetahuan>.
- Mulyana, Deddy. 2005. *Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- _____. 2016. *Health and Therapeutic Communication*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Moloeng, Lexy J. 2015. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- _____. 2005. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Nawawi, Hadari. 1991. *Metode Penelitian Sosial*. Yogyakarta: Gajahmada University Press.
- Nelson. 2003. *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Sarwono, Sarlito Wirawan. 2003. *Teori-Teori Psikologi Sosial*. Jakarta: CV Rajawali.
- Singarimbun, M. 2000. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: LP3ES.
- Somantri, Sutjihati. 2007. *Psikologi Anak Luar Biasa*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Suharmini, Tin. 2007. *Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus*. Jakarta: Depdiknas Dirjen Dikti.
- Sujarwanto. 2005. *Terapi Okupasi untuk Anak Berkebutuhan Khusus*. Jakarta: Depdikbud.
- Rini, Hildayani. 2009. *Penanganan Anak Berkelainan*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Taufik, M. & Juliane. 2011. *Komunikasi Terapeutik Dan Konseling Dalam Praktik Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

Tarmansyah. 1986. *Pedoman Guru Terapi Okupasional Untuk Anak Tunadaksa*. Jakarta: Depdikbud.

West, Richard dan Lynn H. Turner. 2008. *Pengantar Teori Komunikasi: Analisis dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Humanika.

Wiryanto. 2004. *Pengantar Ilmu Komunikasi*. Jakarta: PT. Gramedia Widiasarana.

Jurnal

1998-2011 Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER) Am J Med Genet 1998 Nov 16;80(3):213-7, Department of Genetics, Emory University, Atlanta, Georgia, USA. Down Syndrome Abstract of the Month: Dec 1998.

Andam Dewi, Julia. 2016. *Komunikasi Terapeutik Pada Anak Penyandang Down Syndrome*. Universitas Komputer Indonesia. April 2016, 8-9.

Anggun Lestari, Fiqqi dan Lely Ika Mariyati. 2015. *Resiliensi Ibu Yang Memiliki Anak Down Syndrome*. 3. 143.

Baliff JP et al: New developments in prenatal screening for Down syndrome. Am J Clin Pathol 2003;120(Suppl): S14. [PMID: 15298140].

Elsevier, 2005. *Journal of Midwifery & Women's Health*. American College of Nurse-Midwives.

Galli, M., Rigoldi, C., Brunner, R., Varji-babul, N., Giorgio, A. 2008. *Joint Stiffness and Gait Pattern Evaluation in Children With Down Syndrome*, Elsevier B.V. All rights reserved.

Savvidou MD, Hingorani AD, Tsikas D, Frolich JC, Vallance P, Nicolaides, KH. *Endothelial dysfunction and raised plasma concentrations of asymmetric dimethylarginine in pregnant women who subsequently develop preeclampsia*. Lancet 2003; 361:1511-7.

Sumber Skripsi :

Dewi Nurjuita Siregar, 2015, Menulis Sebagai Kegiatan Terapeutik (Studi Kasus Pada Para Penulis Buku *Perempuan di Rantai Kekerasan – KISAH 2007*), Skripsi Ilmu Komunikasi Unila. Diterbitkan.

Hermawan, Andreas Hadi. 2010, *Persepsi Pasien Tentang Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Di Unit Gawat Darurat RS. Mardi Rahayu Kudus*, Skripsi Universitas Diponegoro. Diterbitkan.

Jaya Aji, 2015, *Analisis Penggunaan Broadcast Message Sebagai Medium Pengiriman Informasi bagi Mahasiswa* (Studi pada Mahasiswa Pengguna Blackberry Messenger di Universitas Lampung), Skripsi Ilmu Komunikasi Unila. Diterbitkan.

Ria Dewi Irawan, 2016, *Terapi Okupasi (Occupation Theraphy) Untuk anak Berkebutuhan Khusus (Down Syndrome)* (Studi Kasus Pada Anak Usia 5-6 Tahun Di Balai Pengembangan Pendidikan Khusus Semarang), Skripsi Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini Universitas Negeri Semarang. Diterbitkan.

Internet

Cincinnati Children's Hospital Medical Center. 2004. Hemangiomas. <http://www.cincinnatichildrens.org/health/info/vasculer/diagnose/hemangiomahtm?view=content>. Diakses pada 4 November 2016 pukul 14.35 wib

<https://www.futuready.com/artikel/keluarga/memahami-dunia-penderita-down-syndrome> diakses pada 22 September 2016 pukul 19.23 wib

<http://ideusahabisnis.com/tri-gunadi-tinggalkan-pns-kini-punya-16-cabang-klinik-tumbuh-kembang-yamet/> diakses pada 23 September 2016 16.45 wib

www.potads.or.id diakses pada 26 November 2016 pukul 20.06 wib

www.kbbi.co.id/penerapan diakses pada 11 Desember 2016 pukul 13.24 wib

<http://www.youthmanual.com/profesi/ilmu-kesehatan/terapis-pekerjaan> diakses pada 10 Desember 2016 pukul 14.55 wib

www.bersosial.com/threads/pengertian-anak-menurut-para-ahli-adalah.21788/ diakses pada 2 Januari 2017 pukul 09.52 wib

health.detik.com/read/2009/.../anak-cerdas-dengan-senam-otak diakses pada 6 April 2017 pukul 05.03 wib

<http://www.pelangiinsani.com/terapi-snoezelen/> diakses pada 10 April 2017 pukul 10.03 wib

www.elhanalearningkit.com diakses pada 8 April 2017 pukul 12.09 wib

www.sindyarsita.wordpress.com diakses pada 26 April 2017 pukul 15.43 wib

www.yamethatorilampung.blogspot.co.id diakses pada 8 April 2017 pukul 07.15 wib