

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **A. Komunikasi Terapeutik**

##### **1. Pengertian Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi mengandung makna bersama – sama (*common*). Istilah komunikasi atau *communication* berasal dari bahasa Latin, yaitu *communication* yang berarti pemberitahuan atau pertukaran. Kata sifatnya *communis*, yang bermakna umum atau bersama – sama.<sup>24</sup>

Menurut Hovland, Janis & Kelley sebagaimana dikutip oleh Fajar, menyatakan komunikasi adalah suatu proses melalui mana seseorang (komunikator) menyampaikan stimulus (biasanya dalam bentuk kata-kata) dengan tujuan mengubah atau membentuk perilaku orang-orang lainnya (khalayak).<sup>25</sup>

Menurut Barelson dan Steiner sebagaimana dikutip oleh Fajar, menyatakan “komunikasi adalah proses penyampaian informasi, gagasan, emosi, keahlian dan lain-lain. Melalui penggunaan simbol-simbol seperti kata-kata, gambar, angka-angka dan lainnya”.<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> Marhaeni Fajar, *Ilmu Komunikasi Teori &Praktik*, (Yogyakarta: Graha Ilmu, 2009), hal. 31

<sup>25</sup> *Ibid*, hal. 31-32

<sup>26</sup> *Ibid*, hal. 31-32

Therapy berarti pengobatan, terapeutik. Seorang yang ahli pengobatan penyakit atau gangguan lainnya disebut dengan *therapist*. Terapeutik adalah yang berkaitan dengan terapeutik atau terapi.<sup>27</sup>

Menurut Indrawati, komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien.<sup>28</sup> Komunikasi terapeutik dalam kajian ilmiah biasa disebut dengan komunikasi interpersonal. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatan dipusatkan untuk kesembuhan pasien.<sup>29</sup>

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, mempunyai tujuan, serta kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Pada dasarnya komunikasi terapeutik merupakan komunikasi interpersonal (antar pribadi) yang profesional mengarah pada tujuan kesembuhan pasien dengan titik tolak saling memberikan pengertian antara tenaga medis spesialis jiwa dan pasien.<sup>30</sup>

Berdasarkan beberapa uraian dari tokoh diatas dapat disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik adalah proses penyampaian pesan yang direncanakan secara sadar untuk pengobatan yang dan bertujuan untuk mendorong kesembuhan klien. Komunikasi terapeutik disebut juga komunikasi interpersonal yang professional.

---

<sup>27</sup> Difa Danis, *Kamus Istilah Kedokteran*, hal. 620

<sup>28</sup> Musliha & Siti Fatmawati, *Komunikasi Keperawatan Plus Materi Komunikasi Terapeutik*, (Yogyakarta: Nuha Medika, 2010), hal.111

<sup>29</sup> Cristina Lia Uripni, *Komunikasi Kebidanan*, (Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2002), hal. 48

<sup>30</sup> Farida, Kusumawati, dan Yudi Hartono, *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, hal. 26

## 2. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Indrawati memberi penjelasan bahwa komunikasi terapeutik memiliki tujuan tertentu. Seperti yang dikutip oleh Musliha & Siti Fatmawati menjelaskan bahwa:

Tujuan komunikasi terapeutik adalah membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan yang efektif untuk pasien, membantu mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan diri sendiri.<sup>31</sup>

Adapun tujuan komunikasi terapeutik yang tertera dalam buku komunikasi keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan.
- b. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- c. Mempengaruhi orang lain lingkungan fisik dan orang lain.<sup>32</sup>

## 3. Proses Komunikasi Terapeutik

Efendi menyebutkan dalam bukunya yang berjudul *Ilmu Komunikasi Teori Dan Praktik* bahwa, tahapan proses komunikasi terbagi menjadi dua tahap, yaitu proses komunikasi secara primer dan secara sekunder. Proses komunikasi secara primer adalah proses penyampaian pikiran dan perasaan orang lain dengan menggunakan lambang (simbol) sebagai media. Lambang sebagai media primer dalam proses komunikasi adalah

---

<sup>31</sup> Musliha & Siti Fatmawati, *Komunikasi Keperawatan ...*, hal. 112

<sup>32</sup> *Ibid*, hal. 113

bahasa, kial (*gesture*), isyarat, gambar, warna dan lain sebagainya yang secara langsung mampu “menerjemahkan” pikiran atau perasaan komunikator kepada komunikan. Bahwa, bahasa paling banyak digunakan dalam komunikasi adalah jelas karena hanya bahasalah yang mampu “menerjemahkan” pikiran seseorang kepada orang lain.<sup>33</sup> Proses komunikasi secara sekunder adalah proses penyampaian pesan oleh seseorang kepada orang lain dengan menggunakan alat atau sarana sebagai media kedua setelah memakai lambang sebagai media pertama.<sup>34</sup>

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa proses komunikasi memiliki dua tahapan yaitu tahapan primer dan sekunder. Tahapan primer adalah proses penyampaian pikiran dan perasaan orang lain dengan menggunakan lambang (simbol) sebagai media, sedangkan komunikasi secara sekunder adalah proses penyampaian pesan oleh seseorang kepada orang lain dengan menggunakan alat atau sarana. Perlu diketahui bahwa dalam kegiatan terapi sarana yang digunakan untuk menyampaikan pesan atau instruksi terapis adalah beberapa gambar, permainan, dan lainnya.

Menurut Liliweri yang dikutip oleh Enjang AS bahwasanya “komunikasi interpersonal mengenal dua variabel dalam proses kerjanya , yaitu variabel tetap dan variabel tidak tetap”.<sup>35</sup> Istilah komunikasi interpersonal dalam penelitian ini diartikan sebagai komunikasi terapeutik.

Penjelasannya proses komunikasi terapeutik sebagai berikut:

---

<sup>33</sup> Onong Uchana Effendy, *Ilmu Komunikasi Teori Dan Praktik*, (Bandung: PT. Remaja Rosdakarya, 2006), hal. 11

<sup>34</sup> *Ibid*, hal. 43

<sup>35</sup> Enjang AS, *Komunikasi Konseling*, (Bandung : Nuansa, 2009), hal. 84

a. Variabel tetap

1) Pengirim

Pengirim dalam rangkaian komunikasi dapat dianggap sebagai pencipta pesan, titik mulai (*starting point*), penguasa suatu proses kegiatan komunikasi. Istilah *sender* (pengirim), *encoder* (penyandian) sebenarnya dianalogi dari kerja computer, dimana computer memiliki jenis perangkat yang bertugas memilih dan merancang suatu perilaku sesuai bahasa dan aturan komputer demi penciptaan suatu pesan.<sup>36</sup>

2) Latar belakang

Pengirim adalah manusia yang hidup dalam suatu relasi dengan keluarga dan masyarakat di sekitarnya. Ia juga mempunyai ciri khas, sifat, pikiran, perasaan, dan tingkah laku yang membedakannya dengan orang lain. inilah yang disebut dengan latar belakang yang dianggap sebagai suatu faktor atau beberapa faktor yang telah menimpa dan mempengaruhi pengirim dan penerima dalam komunikasi interpersonal, latar belakang dianggap sebagai suatu penopang komunikasi secara utuh.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Ibid, hal. 85

<sup>37</sup> Ibid, hal. 85

### 3) Pesan atau rangsangan (*stimulus*)

Stimulus merupakan bagian yang tidak dapat terpisahkan dari model umum stimulus respon. Dapat diartikan bahwa setiap stimulus yang berasal dari satu sumber akan direspon dengan cara tertentu oleh penerima. Dapat dikatakan, stimulus ibarat suatu informasi atau isi pernyataan berbentuk bahasa, kode atau system tanda yang masuk akal. Dengan begitu komunikasi adalah penciptaan interaksi sosial individu dengan menggunakan tanda-tanda yang tegas. Atau komunikasi adalah pembagian unsur perilaku atau cara hidup melalui pemakaian tanda-tanda.<sup>38</sup>

Ada dua jenis stimulus, yaitu :

#### a) Stimulus beraturan

Stimulus beraturan merupakan stimulus atau pesan yang tersusun secara baik, lengkap, dapat dihitung, data dikenal, dapat dipahami sebagai suatu pesan yang bisa diuraikan dan dimengerti.

#### b) Stimulus tidak beraturan

Stimulus tidak terstruktur adalah stimulus yang sembarang, tidak tersusun, tidak berstruktur, tumpang tindih. Stimulus ini tidak bisa diterjemahkan dan dimengerti ketika terlihat, terbaca, terdengar, sehingga tidak dapat dijelaskan artinya.

---

<sup>38</sup> Ibid, hal.85

## 4) Saluran atau media

Saluran merupakan suatu wahana yang akan dilalui stimulus atau pesan. Ahli komunikasi yang menyebutkan bahwa dalam komunikasi interpersonal tatap muka tidak terdapat saluran, media, *channel*. Karena memang kedua orang yang terlibat didalamnya, tidak menggunakan alat bantu lain untuk berhubungan. Komunikasi interpersonal tatap muka bisa menggunakan perasaan, penglihatan, suara, dan peradaban sebagai saluran untuk mengkomunikasikan pesan.<sup>39</sup>

## 5) Penerima

Penerima (dalam komunikasi interpersonal selalu manusia) adalah suatu unsur yang sangat penting karena tanpa penerima pesan yang disampaikan tidak ada sasarannya. Jadi, penerima merupakan titik akhir, terminal dari tujuan pesan, atau sebagai seorang pengumpul, penerjemah akhir dari sebuah pesan.<sup>40</sup>

## 6) Umpan balik

Fungsi umpan balik adalah mengontrol keefektifan pesan yang disampaikan pengirim kepada penerima. Umpan balik merupakan reaksi terhadap pesan, bahwa penerima telah menerima pesan dan memahaminya. Pengirim menerima pesannya dalam bentuk stimulus dari penerima dalam proses balik komunikasi. Umpan

---

<sup>39</sup> Ibid, hal.86

<sup>40</sup> Ibid, hal.86

balik yang diterjemahkan penerima kemudian diterjemahkan lagi oleh pengirim yang dalam satu proses komunikasi, proses itu berlangsung terus menerus sehingga membentuk satu lingkaran yang tidak ada habisnya. Artinya dalam komunikasi interpersonal terjadi proses dialogis begitu rupa, sehingga kita tidak mengetahui siapa yang menjadi komunikator dan komunikan.<sup>41</sup>

#### 7) Gangguan entropi

Menurut O. Diane Cassagrande, dalam bukunya *Enjang komunikasi interpersonal* dianggap sebagai suatu proses yang mekanik dan kompleks. Canggih dari awal hingga akhir, sehingga mudah sekali terkena gangguan pada subsistem-subsistem pendukung. Entropi merupakan faktor yang sangat kuat dan seringkali menyebabkan hilangnya atau berkurangnya.<sup>42</sup>

- a) Konstruksi pesan yang dibangun oleh pengirim.
- b) Daya maju suatu pesan dari pengirim kepada penerima dan kembali lagi kepada pengirim.
- c) Penerjemahan pesan oleh penerima maupun umpan balik pesan oleh penerima.
- d) Reaksi pemilihan pesan dari penerima terhadap pengirimnya.

---

<sup>41</sup> Ibid, hal.86

<sup>42</sup> Ibid, hal. 88



## 8) Suasana

Secara khas suasana adalah lingkungan dimana proses komunikasi itu bergerak.<sup>43</sup>

### b. Variabel tidak tetap

#### 1) Pengalaman

Pengalaman (*experience*) merupakan suatu catatan kenangan atas obyek, orang, kejadian, peristiwa di waktu yang lalu.

#### 2) Pandangan bias atau melenceng

Ketika berkomunikasi interpersonal dengan orang lain, terkadang seorang komunikator dan komunikan dengan sengaja menutup-nutupi sebagian pesan sehingga dapat menimbulkan pandangan yang bias.

#### 3) Harapan berlebihan yang sesuai dengan karakteristik pribadi

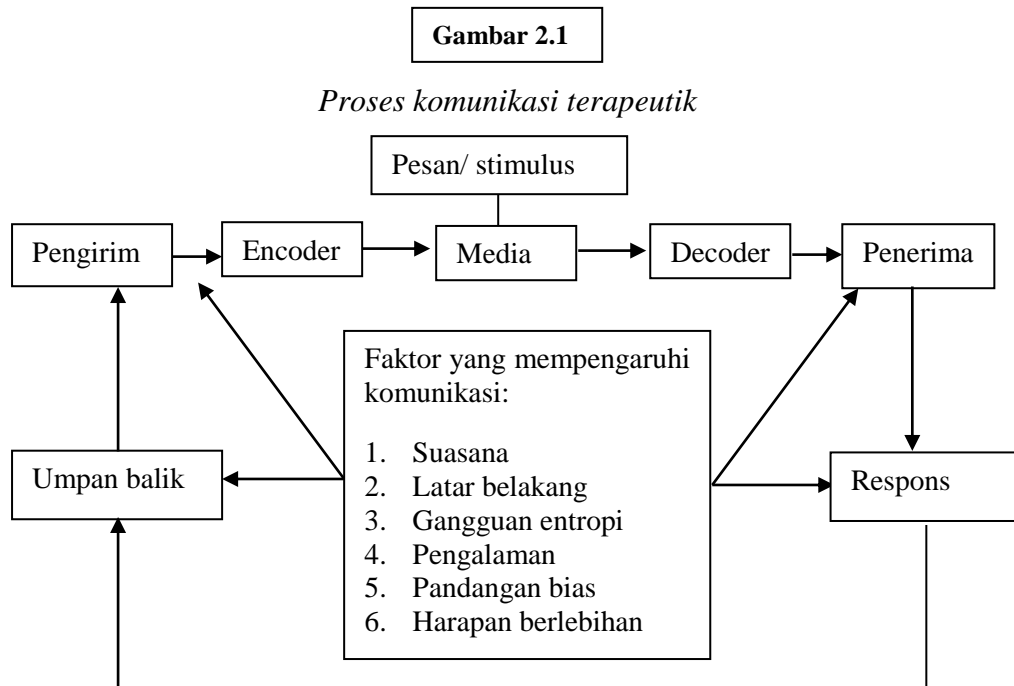
Unsur terakhir adalah efek pesan yang disesuaikan dengan profesi seseorang, akan mudah diterima dari pesan yang lain. Kadang-kadang terpaan satu pesan, menimbulkan umpan balik yang berbeda-beda antar pribadi. Salah satu sebabnya adalah terlalu besar harapan seseorang (baik komunikator atau komunikan) agar isi pesan benar-benar sesuai dengan harapan, maupun visi kedua partisipan dalam komunikasi.<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> Ibid, hal. 88

<sup>44</sup> Ibid, hal. 89

Berikut adalah gambar proses komunikasi terapeutik antara pengirim dan penerima.



Keterangan:

- ↓ : Pesan/ stimulus dikirim dengan media sebagai simbol
- : Pengiriman pesan, penyandian (*encoder*), media, membaca sandi (*decoder*), penerima
- ↓ : Respons
- ↑ : Hasil respons berupa umpan balik (*feedback*)
- ↑ : Umpan balik (*feedback*) diterima pengirim
- ↔ : Faktor yang mempengaruhi komunikasi

#### 4. Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Menurut Arwani hal yang mendasar yang memberi ciri-ciri komunikasi terapeutik yaitu sebagai berikut:

a. Ikhlas (*Genuines*)

Semua perasaan negatif yang dimiliki oleh pasien harus diterima dan pendekatan individu dengan verbal maupun nonverbal akan memberikan bantuan kepada pasien untuk mengkomunikasikan kondisinya secara tepat.

b. Empati (*Empathy*)

Merupakan sikap jujur dalam menerima kondisi pasien. Obyektif dalam memberikan penilaian terhadap klien dan tidak berlebihan.

c. Hangat (*Warmth*)

Kehangatan dan sikap permisif yang diberikan diharapkan dapat memberikan dan mewujudkan ide-idenya tanpa rasa takut, sehingga klien dapat mengekspresikan perasaannya lebih mendalam.<sup>45</sup>

## 5. Bentuk Komunikasi Terapeutik

Menurut Potter dan Perry yang diungkapkan dalam bukunya yang berjudul *Fundamentalis of Nursing* menjelaskan bahwa, pesan disampaikan secara verbal maupun nonverbal, dan secara konkrit maupun simbolik. Saat berkomunikasi individu mengekspresikan dirinya melalui kata, pergerakan, intonasi suara, ekspresi wajah, dan penggunaan jarak. Unsur ini bekerja secara harmonis untuk meningkatkan pesan atau konflik untuk menghasilkan kontradiksi dan kebingungan.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> Musliha & Siti Fatmawati, *Komunikasi Keperawatan, ...*, hal. 135-136

<sup>46</sup> Patricia A. Potter, Anne G.Perry, *Fundamentalis of Nursing Fundamental Keperawatan*, (Singapore: Elsevier, 2010), hal. 571

Berikut merupakan pemaparan bentuk komunikasi terapeutik yang meliputi komunikasi verbal dan nonverbal:

a. Komunikasi verbal

Potter dan Perry menyatakan dalam *Fundamentals of Nursing* bahwa komunikasi verbal merupakan komunikasi yang menggunakan kata-kata yang ditulis maupun diucapkan. Bahasa verbal merupakan kode yang menyampaikan arti spesifik melalui kombinasi kata.<sup>47</sup>

Komunikasi verbal yang efektif yaitu harus:

1) Jelas dan ringkas

Komunikasi yang efektif harus sederhana, pendek dan langsung. Makin sedikit kata-kata yang digunakan makin kecil kemungkinan terjadinya kerancuan.

2) Perbendaharaan kata (mudah difahami)

Komunikasi tidak akan berhasil, jika pengirim pesan tidak mampu menerjemahkan kata dan ucapan.

3) Arti denotatif dan konotatif

Arti denotatif memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan, sedangkan arti konotatif merupakan, pikiran, perasaan atau ide yang terdapat dalam suatu kata.

4) Selaan dan kecepatan

Kecepatan dan tempo bicara yang tepat turut menentukan keberhasilan komunikasi verbal. Selaan yang tepat dapat dilakukan

---

<sup>47</sup> Ibid, hal. 571-572

dengan memikirkan apa yang akan dikatakan sebelum mengucapkannya, menyimak isyarat nonverbal dari pendengar yang mungkin menunjukkan.

5) Waktu dan relevansi

Waktu yang tepat sangat penting untuk menangkap pesan. Komunikasi akan lebih bermakna jika pesan yang disampaikan berkaitan dengan minat dan kebutuhan klien.

6) Humor

Sullivan dan Deane dalam Purba mengungkapkan bahwa humor merangsang produksi *catecholamines* dan hormon yang menimbulkan perasaan sehat, meningkatkan toleransi terhadap rasa sakit, mengurangi *ansientas*, memfasilitasi relaksasi pernafasan dan menggunakan humor untuk menutupi rasa takut dan tidak enak atau menutupi ketidak mampuannya dalam berkomunikasi dengan klien.<sup>48</sup>

b. Komunikasi nonverbal

Komunikasi nonverbal adalah komunikasi yang tidak menggunakan kata-kata. Komunikasi nonverbal merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan semua isi pesan dan peristiwa komunikasi antar manusia melebihi kata-kata yang diucapkan. Komunikasi nonverbal dianggap memiliki makna yang universal,

---

<sup>48</sup> Musliha & Siti Fatmawati, *Komunikasi Keperawatan ...*, hal. 128-130

sebagai komunikasi yang menggunakan isyarat tertentu tanpa menggunakan kata-kata.

Menurut Bull dalam kutipan Saam menyatakan bahwa komunikasi nonverbal meliputi intonasi dan tekanan suara, ekspresi wajah, gerakan tubuh, tatapan dan jarak individu. Dalam hubungan dengan antar manusia, komunikasi nonverbal digunakan untuk mengungkapkan ide, pikiran atau perasaan terhadap kualitas hubungan mereka.<sup>49</sup>

Berdasarkan beberapa ungkapan diatas dapat diketahui bahwa komunikasi nonverbal adalah komunikasi yang tidak menggunakan kata-kata untuk menyampaikan suatu pesan. Bentuk dari komunikasi nonverbal meliputi intonasi dan tekanan suara, ekspresi wajah, gerakan tubuh, tatapan dan jarak individu.

Dimley dan Burton mengatakan dalam bukunya Elis dkk bahwa bahasa tubuh memiliki beberapa unsur yaitu:

1) Gerak tubuh

Ketika berbicara orang membuat gerakan dengan tangan mereka. Beberapa orang lebih banyak menggunakan gerakan tangan ini dibandingkan beberapa orang lainnya. Gerakan tubuh yang samar antara lain meluruskan jari-jari untuk mengungkapkan kepercayaan diri, dan para pendengar sering menggunakan anggukan kepala dengan cara yang berbeda, anggukan kecil menunjukkan perhatian,

---

<sup>49</sup> Zulfan Saam, *Psikologi Konseling*, (Jakarta :Raja Grafindo, 2013), hal. 14

anggukan yang lebih besar dan berulang menunjukkan tanda persetujuan.

2) Ekspresi wajah

Ekspresi wajah merupakan hal yang mudah diamati untuk mengetahui kondisi orang lain. Dengan mengamati mata dan mulut individu akan mengetahui bahwa orang yang berada dihadapan kita merasa senang, sedih, bingung atau terganggu.

3) Pandangan

Pandangan terkoordinasi sangat erat dengan bicara, pembicara biasanya memandang pendengar sebelum ia memutuskan tata bahasa dan terutama sebelum berakhirnya sebuah perkataan.

4) Postur

Cara tubuh ditopang memberi petunjuk umum tentang kepercayaan diri, perhatian, kebosanan, konfrontasi, dan reaksi-reaksi spesifik lainnya.

5) Jarak tubuh dan kedekatan

Orang membutuhkan ruang tertentu untuk disekililingnya agar mereka merasa nyaman, dan kebutuhan ini berbeda-beda tergantung pada usia, jenis kelamin dan budaya.

6) Sentuhan

Sentuhan merupakan hal yang paling ampuh dalam kegiatan berkomunikasi. Karena sentuhan akan menunjukkan banyak hal tentang sifat hubungan dan derajat persahabatan antara dua orang.

## 7) Pakaian

Cara dan jenis pakaian serta rambut, perhiasan, dan rias wajah berbicara banyak tentang kepribadian, peran, pekerjaan, status dan suasana hati seseorang.<sup>50</sup>

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa bentuk komunikasi ada dua yaitu komunikasi verbal dan komunikasi nonverbal. Komunikasi verbal adalah komunikasi yang menggunakan kata-kata baik tertulis maupun dengan menggunakan lisan. Komunikasi nonverbal adalah komunikasi yang tidak menggunakan kata-kata. Bentuk komunikasi verbal yaitu berupa intonasi dan tekanan suara, ekspresi wajah, gerakan tubuh dan lainnya.

## 6. Hambatan Dalam Komunikasi Terapeutik

Menurut Hamid, hambatan komunikasi terapeutik dalam hal kemajuan hubungan perawat (terapis) dengan klien terdiri dari tiga jenis utama yaitu *resistensi, transferens, dan kontertransferens*. Hambatan timbul dari berbagai alasan dan mungkin dalam bentuk yang berbeda, tetapi semuanya menghambat komunikasi terapeutik. Hambatan komunikasi terapeutik ini dapat menimbulkan perasaan tegang baik bagi perawat maupun bagi klien. Berikut pembahasan mengenai hambatan komunikasi terapeutik:

### a. Resisten

Resisten adalah upaya klien untuk tetap tidak menyadari aspek penyebab ansietas yang dialaminya. Resisten merupakan keengganan

---

<sup>50</sup> Roger B Elis, et. all., (ed.), *Komunikasi Interpersonal...*, hal. 12-13



alamiah atau penghindaran verbalisasi yang dipelajari atau mengalami peristiwa yang menimbulkan masalah aspek diri seseorang. Resisten merupakan akibat dari ketidaksediaan klien untuk berubah telah dirasakan. Perilaku resisten biasanya diperlihatkan oleh klien selama fase kerja, karena fase ini sangat banyak berisi proses penyelesaian masalah.

b. Transferens

Transferens adalah respons tidak sadar dimana klien mengalami perasaan dan sikap terhadap perawat yang pada dasarnya terkait dengan tokoh kehidupannya di masa lalu. Sifat yang paling menonjol adalah ketidaktepatan respon klien dalam intensitas dan penggunaan mekanisme pertahanan pengisaran (*displacement*) yang maladaptif. Ada dua jenis utama reaksi yaitu bermusuhan dan tergantung.

c. Kontertransferens

Yaitu kebuntuan terapeutik yang dibuat oleh terapis bukan oleh klien. Kontertransferens merujuk pada respon emosional spesifik oleh terapis terhadap klien yang tidak tepat dalam isi maupun konteks hubungan terapeutik atau ketidaktepatan dalam intensitas emosi. Reaksi ini biasanya terbentuk dari salah satu dari tiga jenis yaitu reaksi sangat mencintai, reaksi sangat bermusuhan atau membenci dan reaksi sangat cemas sering kali digunakan sebagai respons terhadap resisten klien.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Musliha & Siti Fatmawati, *Komunikasi ...*, hal. 125-126

Untuk mengatasi hambatan terapeutik terapis harus siap untuk mengungkapkan perasaan emosional yang sangat kuat dalam konteks hubungan terapis-pasien untuk mengatasi hambatan terapeutik. Terapis harus mempunyai pengetahuan tentang kebutuhan terapeutik dan menggalikan perilaku yang menunjukkan adanya kebutuhan tersebut. Klarifikasi serta refleksi perasaan dan isi dapat digunakan agar terapis dapat lebih memusatkan pada apa yang sedang terjadi.

## **B. Terapis**

### **1. Pengertian Terapis**

Kata terapi diambil dari bahasa Yunani "*therapia*" yang berarti "menyembuhkan".<sup>52</sup> Berdasarkan kamus bahasa Indonesia yang dimaksud dengan terapis adalah "orang yang memberikan terapi".<sup>53</sup> Sedangkan dalam kamus kedokteran kata terapis berasal dari kata *therapist* yang berarti seorang yang ahli dalam pengobatan penyakit atau gangguan lainnya.<sup>54</sup>

Menurut Nelson dan Jones dalam bukunya "Teori dan Praktik Konseling dan Terapi" terapis menunjuk pada pemberi layanan terapi kepada klien, termasuk psikoanalisis, psikiater, psikolog klinis, psikolog konseling, konselor, pekerja sosial, atau orang yang terlatih dan bersertifikat.<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> Richard Nelson & Jones, *Teori dan praktik ....*, hal. 2

<sup>53</sup> Metty Takdir Qodratillah, *Kamus Bahasa Indonesia untuk Pelajar* (Jakarta: Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, 2011), hal. 550

<sup>54</sup> Difa Danis, *Kamus Istilah Kedokteran*, (Gita Media Press, \_\_\_\_\_), hal. 620

<sup>55</sup> Richard Nelson & Jones, *Teori dan praktik....*, hal. 3

Berdasarkan uraian diatas dapat memperoleh pengertian bahwa terapis adalah orang yang memberikan terapi, dalam rangka untuk penyembuhan atau pengobatan penyakit atau gangguan yang terjadi dalam diri individu (klien). Dapat diketahui pula bahwasanya terapis itu siapa saja yang terlibat dalam proses penyembuhan diantaranya adalah psikiater psikolog konseling, pekerja sosial atau orang yang sudah terlatih dan mendapatkan sertifikat untuk dapat melakukan terapi.

## 2. Peran Terapis

Terapis sebagai petugas terapi pasti memiliki anggapan tentang bagaimana klien menjadi dan tetap seperti itu dan tentang perubahan yang diharapkan. Terapis akan selalu terlibat dan memiliki peran penting dalam kegiatan terapi yang dilakukan. Seperti yang diungkapkan Krasner dalam Gerald Corey menyatakan bahwa:

Peran seorang terapis adalah “mesin perkuatan”. Apapun yang dilakukan oleh terapis pada dasarnya terlibat dalam pemberian perkuatan-perkuatan sosial, baik positif maupun negatif. Bahkan meskipun mempersepsikan dirinya sebagai pihak yang netral sehubungan dengan pertimbangan-pertimbangan nilai, terapis membentuk tingkah laku klien, baik melalui cara-cara langsung maupun melalui cara-cara tidak langsung.<sup>56</sup>

Berdasarkan uraian diatas dapat diketahui bahwa peran terapis adalah sebagai penguat atau pendorong klien dalam mencapai kesembuhan. Apapun yang dilaksanakan oleh seorang terapis merupakan sarana

---

<sup>56</sup> Gerald Corey, *Teori dan Praktek Konseling & Psikoterapi*, (Bandung: PT. Refiks Adina, 2103), hal. 202

perkuatan supaya klien memiliki tingkah laku yang sesuai dengan kondisi sosial yang sehat.

### 3. Ketrampilan Terapis

Menurut Prawitasari dalam buku yang berjudul "*Psikoterapi Pendekatan Konvensional dan Kontemporer*" ketrampilan yang harus dimiliki oleh seorang terapis yaitu kemampuan dalam komunikasi verbal dan nonverbal. Komunikasi verbal tentu saja membutuhkan bahasa yang baik dan yang mudah dimengerti oleh klien. Komunikasi nonverbal dapat dibina melalui kepekaan terapis dalam menggunakan ekspresi wajah, gerak tangan, gerak tubuh, nada suara.<sup>57</sup>

Menurut Gazda dkk, yang dikutip oleh Prawitasari dkk menyatakan bahwa, ada empat kategori perilaku non verbal. Yang perlu diperhatikan dalam komunikasi nonverbal adalah kaitannya dengan konteks penyampaian pesannya. Modalitas perilaku nonverbal sebagai berikut:

- a. Komunikasi non verbal dengan menggunakan waktu. Seseorang akan menunjukkan bahwa ia memperhatikan adanya orang lain dan menanggapi dapat terlihat dari apakah ia dengan cepat memberikan jawaban. Kebalikannya kalau lawan bicara terlambat dalam menanggapi berarti lawan bicara kurang memperhatikan.
- b. Komunikasi nonverbal dengan menggunakan tubuh. Kontak mata merupakan hal penting dalam tiap komunikasi. Selain kontak mata perlu pula memperhatikan kulit wajah. Apakah wajah berkereringat,

---

<sup>57</sup> Johana E Prawitasari et.al., *Psikoterapi Pendekatan Konvensional dan Kontemporer*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar (anggota IKAPI), 2002), hal. 24

memerah, dan lainnya. Selain itu perhatikan pula postur tubuh, apakah kelihatan tegak, lemas, tertunduk. Kemudian yang paling terpenting adalah ekspresi wajah klien. Perhatikan kerut-kerut disekitar mata, dahi hidung, dan mulut. Gerakan tangan juga perlu diperhatikan. Sering saat menceritakan sesuatu klien menggigit jari, mengelus-elus lengan, memperlakukan rambut. Juga perlu diperhatikan gerakan-gerakan yang diulang-ulang, seperti mengejap-gejapkan mata, mengetuk-ngetuk tangan, gemetar.

- c. Komunikasi nonverbal melalui suara. Perhatikan nada suara, apakah meninggi, menurun, monoton, tanpa rasa, jelas, kuat, ragu-ragu, kurang jelas, tegas, bergetar. Selain itu kecepatan suara dapat pula mempunyai arti sendiri. Cepat, lambat, tersengal-sengal dalam membicarakan sesuatu.
- d. Komunikasi nonverbal melalui penggunaan lingkungan. Jarak, pakaian, posisi di ruang mempunyai arti tersendiri. Apakah klien duduk menjauhi terapis. Apakah berpakaian rapi atau sekenanya dan seterusnya dapat digunakan sebagai tanda atau isyarat tentang internal klien.<sup>58</sup>

#### **4. Sikap Terapis**

Seperti yang dikutip oleh Hanurawan bahwasanya, Baron dan Byrne mengemukakan “definisi sikap sebagai penilaian subyektif seseorang terhadap suatu obyek sikap”. Strikland menjelaskan bahwa “sikap adalah

---

<sup>58</sup> Johana E Prawitasari et. al., *Psikoterapi Pendekatan ....*, hal. 25-27

presdiposisi atau kecenderungan untuk memberikan respons secara kognitif, emosi, dan perilaku yang diarahkan pada suatu objek, pribadi, dan situasi khusus dalam cara-cara tertentu “. Sedangkan menurut Colman “Sikap adalah sebuah pola yang menetap berupa respons evaluatif tentang orang, benda atau isu”.<sup>59</sup>

Seorang terapis dalam memberikan terapi harus memiliki sikap sebagaimana yang dipersyaratkan dalam pendidikan humanistik yaitu penerimaan yang hangat, antusias yang tinggi terhadap kondisi klien (anak yang diterapi).<sup>60</sup>

Seorang terapis perlu memiliki sikap yang menyembuhkan, sikap tersebut adalah penerimaan, penghargaan, tulus, dan penuh empati. Tanpa adanya penerimaan tentunya terapis tidak dapat menghargai kliennya. Tanpa ketulusan terapis tidak akan dapat menerima dan menghargai kliennya. Semua sikap tulus, penuh penerimaan dan penghargaan akan membawa terapis pada pengertian yang penuh empati.<sup>61</sup>

Berdasarkan beberapa uraian diatas dapat diambil kesimpulan bahwa sikap adalah penilaian secara subyektif atas obyek yang dilihatnya. Sikap merupakan respons atas stimulus yang diterimanya, baik secara kognitif, emosi, dan perilaku. Sikap yang harus dimiliki oleh terapis adalah sikap

---

<sup>59</sup> Fattah Hanurawan, *Psikologi Sosial Suatu Pengantar*, (Bandung, PT Remaja Rosdakarya, 2012), hal. 64

<sup>60</sup> Mohammad Efendi, *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan*, (Jakarta: PT Bumi Aksara, 2009), hal. 104

<sup>61</sup> Johana E Prawitasari et. all, *Psikoterapi Pendekatan....*, hal. 30-31

menyembuhkan yaitu berupa penerimaan, penghargaan yang tulus dan penuh empati.

Terapis harus memiliki sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik untuk memfasilitasi kegiatan komunikasi terapeutik. Seperti yang diungkapkan Egan yang dikutip oleh Musliha & Fatmawati menyatakan bahwa, ada lima sikap yang harus dimiliki oleh terapis dalam menjalankan komunikasi terapeutik, diantaranya yaitu:

- a. Berhadapan. Artinya dari posisi ini adalah “saya siap untuk anda”.
- b. Mempertahankan kontak mata. Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai klien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.
- c. Membungkuk kearah klien. Posisi ini menunjukkan keinginan untuk mengatakan dan mendengar sesuatu.
- d. Mempertahankan sikap terbuka, tidak melipat kaki atau tangan menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi.
- e. Tetap rileks. Tetap dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberi respon kepada klien.<sup>62</sup>

## **C. Retardasi Mental**

### **1. Pengertian Retardasi Mental**

Menurut Edgar Doll yang dikutip oleh Maslim menyatakan bahwa “anak dikatakan tunagrahita jika secara sosial tidak cakap, secara mental

---

<sup>62</sup> Musliha, Siti Fatmawati, *Komunikasi Keperawatan...*, hal.121

dibawah normal, kecerdasannya terhambat sejak lahir atau pada usia muda, dan kematangannya terhambat”<sup>63</sup>.

Retardasi mental (RM) adalah fungsi intelektual di bawah angka 7, yang muncul bersamaan dengan kurangnya perilaku adaptif, serta kemampuan beradaptasi dengan kehidupan sosial sesuai tingkat perkembangan dan budaya. Menurut Maslim yang dikatakan retardasi mental (RM) adalah suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap yang terutama ditandai oleh terjadinya kendala keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial.<sup>64</sup>

Retardasi mental merupakan kelemahan yang terjadi pada fungsi intelek. Kemampuan jiwa retardasi mental gagal berkembang secara wajar. Mental, inteligensi, perasaan, dan kemauannya berada pada tingkat rendah, sehingga yang bersangkutan mengalami hambatan dalam penyesuaian diri.<sup>65</sup>

Retardasi mental dapat terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lainnya. Hendaya perilaku adaptif selalu ada, tetapi dalam lingkungan sosial terlindung dimana sarana pendukung cukup tersedia,

---

<sup>63</sup> Mohammad Efendi, *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan*, (Jakarta: PT Bumi Aksara, 2009), hal. 89

<sup>64</sup> Ah. Yusuf, et. all., *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, (Jakarta: Salemba Medika, 2015), hal. 174

<sup>65</sup> Kuntjojo, *Psikologi Abnormal*, (Kediri: UNP Kediri, 2009), hal. 34



hendaya ini mungkin tidak tampak sama sekali pada penyandang retardasi mental ringan.<sup>66</sup>

Berdasarkan beberapa uraian diatas dapat disimpulkan bahwa retardasi mental adalah kondisi dimana secara sosial tidak cakap, secara mental rendah dan fungsi intelektual di bawah angka 7 yang disebabkan oleh adanya keadaan perkembangan jiwa yang terhenti dari sejak lahir, atau pada usia muda , yang mengakibatkan terjadinya hambatan masa perkembangan pada kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial yang rendah, sehingga anak mengalami hambatan dalam penyesuaian diri dengan lingkungan sosial.

## 2. Prevalensi Retardasi Mental

Prevalensi retardasi mental sekitar 1-3% dalam satu populasi. Indonesia belum memiliki data pasti mengenai jumlah penderita retardasi mental. Berdasarkan data Departemen Pendidikan Nasional (DEPDIKNAS) menunjukkan bahwa:

Tahun 2009 terdapat 4.253 anak retardasi mental yang terdaftar pada seluruh sekolah luar biasa. Insidennya memang sulit diketahui karena retardasi mental kadang-kadang tidak dikenali sampai anak-anak usia pertengahan dimana retardasinya masih dalam taraf ringan .<sup>67</sup>

Prevalensi retardasi mental dari populasi umum sekitar 1-3%. Rasio laki-laki dan perempuan yaitu 1,5:1. Sekitar 85% dari seluruh kasus

---

<sup>66</sup> Rusdi Maslim, *Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ III*, (Jakarta: PT Nur Jaya, 2001), hal. 19

<sup>67</sup> Norhidayah et. all., *Gambaran Kejadian Kecemasan Pada Ibu Penderita Retardasi Mental Sindromik Di SLB-C Banjarmasin*, *Jurnal, Berkala Kedokteran Vol.9 No.1 April 2013:43-50*

merupakan kasus ringan.<sup>68</sup> Menurut Warsiki yang dikutip oleh Sumiatin menyatakan bahwa:

Di Indonesia belum ada angka-angka yang pasti tentang angka kejadian retardasi mental pada anak, tetapi berdasarkan kejadian-kejadian yang muncul di dunia menurut data WHO maka di Indonesia diperkirakan angka kejadian Retardasi Mental mencapai angka 3% dari penduduk Indonesia. Dari 3% tersebut 75% merupakan retardasi mental ringan dan 25% retardasi mental sedang-berat. Kebanyakan retardasi mental baru diketahui pada masa sekolah dan frekwensi terbanyak memang didapatkan pada golongan retardasi mental taraf perbatasan (*subnormal*), kemudian urutan ringan (*debil*) sedangkan golongan taraf berat dan sangat berat paling sulit didapatkan”.<sup>69</sup>

### 3. Keterbatasan Anak Retardasi Mental

Menurut Somantri anak tunagrahita (retardasi mental) memiliki beberapa keterbatasan, keterbatasan yang dimiliki diantaranya sebagai berikut:

#### a. Keterbatasan intelegensi

Intelegensi merupakan fungsi kompleks yang dapat diartikan sebagai kemampuan untuk mempelajari informasi dan ketrampilan-ketrampilan menyesuaikan diri dengan masalah-masalah dan situasi-situasi kehidupan baru, belajar pengalaman masa lalu, berpikir abstrak, kreatif, dapat menilai secara kritis, menghindari kesalahan-kesalahan, mengatasi kesulitan, dan kemampuan merencanakan masa depan.

Anak tunagrahita (retardasi mental) memiliki kekurangan dalam semua

---

<sup>68</sup> Dokter Indonesia Online, *Penanganan Terkini Retardasi Mental pada Anak*, <http://dokterindonesiaonline.com/2013/05/05/penanganan-terkini-retardasi-mental-pada-anak/> diakses pada Kamis, 20 April 2017 pukul 19:45

<sup>69</sup> Titik Sumiatin, *Stimulasi Pengajaran dengan Media Gambar Terhadap Prestasi Belajar Anak Retardasi Mental*, (Surabaya: Poltekkes Kemenkes, Januari 2014), Jurnal Keperawatan, Volume 5, Nomor 1, hal 93 <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/keperawatan/issue/view/226/showToc>

hal tersebut. Kapasitas belajar anak tunagrahita terutama yang bersifat abstrak seperti belajar dan berhitung, menulis dan membaca juga terbatas. Kemampuan belajarnya cenderung tanpa pengertian atau cenderung belajar dengan membeo.

b. Keterbatasan sosial

Anak tunagrahita (retardasi mental) cenderung berteman dengan anak yang lebih muda dari usianya, ketergantungan pada orang tua sangat besar, tidak mampu memikul tanggung jawab sosial dengan bijaksana, sehingga mereka harus selalu dibimbing dan diawasi. Mereka juga mudah dipengaruhi dan cenderung melakukan sesuatu tanpa memikirkan akibatnya.

c. Keterbatasan fungsi-fungsi mental lainnya

Anak tunagrahita (retardasi mental) memerlukan waktu lebih lama untuk menyelesaikan reaksi pada situasi yang baru dikenalnya. Mereka memperlihatkan reaksi terbaiknya bila mengikuti hal-hal yang rutin dan secara konsisten dialaminya dari hari ke hari. Anak tunagrahita (retardasi mental) dapat menghadapi sesuatu kegiatan atau tugas dalam jangka waktu yang lama.

Anak (tunagrahita) retardasi mental memiliki keterbatasan dalam penguasaan bahasa. Mereka bukannya mengalami kerusakan artikulasi, akan tetapi pusat pengolahan (pembendaharaan kata) yang kurang berfungsi sebagaimana mestinya. Karena alasan itu mereka membutuhkan kata-kata konkret yang sering didendengarnya. Selain itu

perbedaan dan persamaan harus ditunjukkan secara berulang-ulang. Latihan-latihan sederhana seperti mengajarkan konsep besar dan kecil, keras dan lemah, perama, kedua, dan terakhir, perlu menggunakan pendekatan yang konkret.

Selain itu, anak tunagrahita (retardasi mental) kurang mampu untuk memperitmbangkan sesuatu, membedakan antara baik dan buruk, dan membedakan benar dan salah. Semua ini karena kemampuannya terbatas sehingga anak tunagrahita (retardasi mental) tidak dapat membayangkan terlebih dahulu konsekuensi dari suatu perbuatan.<sup>70</sup>

#### 4. Klasifikasi Retardasi Mental

Menurut Binet dalam Somantri klasifikasi didasarkan pada intelegensi terdiri atas keterbelakangan ringan, sedang, berat, dan sangat berat. Kemampuan kecerdasan anak RM kebanyakan diukur dengan tes *Stanford Binet* dan *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC). Klasifikasi anak Retardasi mental adalah sebagai berikut:<sup>71</sup>

##### a. Retardasi mental ringan

Retardasi mental ringan disebut juga *moron* atau *debil*, memiliki *Intelligence Quotient* (IQ) antara 52–68, sedangkan menurut WISC, IQ antara 55–69. Perkembangan motorik anak tunagrahita mengalami keterlambatan, Semakin rendah kemampuan intelektual seseorang

---

<sup>70</sup> Sutjihati Somantri, *Psikologi Anak Luar Biasa*, (Bandung: PT.Refika Aditama, 2012), hal. 105-106

<sup>71</sup> Ibid, hal. 106-108

anak, maka akan semakin rendah pula kemampuan motoriknya, demikian pula sebaliknya.

b. Retardasi mental sedang

Retardasi mental sedang disebut juga imbesil yang memiliki IQ 36-51 berdasarkan skala Binet, sedangkan menurut WISC memiliki IQ 40-54. Anak ini bisa mencapai perkembangan kemampuan mental *Mental Age* (MA) sampai kurang lebih 7 tahun, dapat mengurus dirinya sendiri, melindungi dirinya sendiri dari bahaya seperti kebakaran, berjalan di jalan raya, dan berlindung dari hujan.

c. Retardasi mental berat

Retardasi mental berat atau disebut idiot, menurut Binet memiliki IQ antara 20-32 dan menurut *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC) antara 25-39.

d. Retardasi mental sangat berat

Level retardasi mental sangat berat memiliki IQ di bawah 19 menurut Binet dan IQ di bawah 24 menurut *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC). Kemampuan mental atau MA maksimal yang dapat diukur kurang dari tiga tahun. Anak yang mengalami hal ini memerlukan bantuan perawatan secara total dalam berpakaian, mandi, dan makan, bahkan memerlukan perlindungan diri sepanjang hidupnya.

Tingkat retardasi mental (RM) dalam pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa III 2007 (PPDG J-III) yang ditunjukkan dalam tabel berikut.<sup>72</sup>

---

<sup>72</sup> Ah. Yusuf, et. all., *Buku Ajar Keperawatan ....*, hal.175

**Tabel 2.1**

*Klasifikasi Tingkat Kecerdasan (IQ) Intelligence Quotient Berdasarkan Keadaan Masyarakat Normal*

Nama	HI (IQ)	Tingkat
Sangat superior	>130	Tinggi sekali
Superior	110–130	Tinggi
Normal	86–109	Normal
Bodoh, bebal	68–85	Taraf perbatasan
Debilitas (tolol)	52–68	RM ringan
Imbesillitas (dungu)	36–51	RM sedang
	20–35	RM berat
Idiosi (pandir)	<20	RM sangat berat

Tabel diatas menjelaskan bahwa tingkat IQ seseorang berdasarkan keadaan masyarakat normal. Dimana tingkatan yang teratas yaitu dengan IQ diatas 130, tingkat tinggi disebut dengan superior dimana IQ 110-130, normal memiliki IQ 86-109, tingkat taraf perbatasan disebut dengan bodoh atau bebal memiliki IQ 68-85, tingkat retardasi mental ringan disebut dengan *debilitas* (tolol) memiliki IQ 52-68, tingkat retardasi sedang atau disebut dengan *imbesillitas* (dungu) memiliki IQ 36-51, tingkat retardasi berat memiliki IQ 20-35, tingkat retardasi mental sangat berat disebut dengan *indiosi* (pandir) memiliki IQ dibawah 20.

## 5. Karakteristik Retardasi Mental

Menurut Delphie yang dikutip oleh Yusuf dkk. Menyatakan bahwa, karakteristik retardasi mental adalah sebagai berikut:<sup>73</sup>

---

<sup>73</sup> Ah. Yusuf, et. all., *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, ....., hal. 179-180

- a. Pada umumnya, anak dengan gangguan perkembangan mempunyai pola perkembangan perilaku yang tidak sesuai dengan kemampuan potensialnya.
- b. Anak dengan gangguan perkembangan mempunyai kelainan perilaku maladaptif, yang berkaitan dengan sifat agresif secara verbal atau fisik, perilaku yang suka menyakiti diri sendiri, perilaku suka menghindarkan diri dari orang lain, suka menyendiri, suka mengucapkan kata atau kalimat yang tidak masuk akal atau sulit dimengerti maknanya, rasa takut yang tidak menentu sebab akibatnya, selalu ketakutan, serta sikap suka bermusuhan.
- c. Pribadi anak dengan gangguan perkembangan mempunyai kecenderungan yang sangat tinggi untuk melakukan tindakan yang salah.
- d. Masalah yang berkaitan dengan kesehatan khusus seperti terhambatnya perkembangan gerak, tingkat pertumbuhan yang tidak normal, kecacatan sensori, khususnya pada persepsi penglihatan dan pendengaran sering tampak pada anak dengan gangguan perkembangan.
- e. Sebagian dari anak dengan gangguan perkembangan mempunyai kelainan penyerta serebral palsi, kelainan saraf otot yang disebabkan oleh kerusakan bagian tertentu pada otak saat dilahirkan ataupun saat awal kehidupan. Mereka yang tergolong memiliki serebral palsi mempunyai hambatan pada intelektual, masalah berkaitan dengan



gerak dan postur tubuh, pernapasan mudah kedinginan, buta warna, kesulitan berbicara disebabkan adanya kekejangan otot-otot mulut (artikulasi), serta kesulitan sewaktu mengunyah dan menelan makanan yang keras seperti permen karet, *popcorn*, sering kejang otot (*seizure*).

- f. Secara keseluruhan, anak dengan gangguan perkembangan mempunyai kelemahan pada segi berikut.
- 1) Keterampilan gerak
  - 2) Fisik yang kurang sehat.
  - 3) Koordinasi gerak.
  - 4) Kurangnya perasaan percaya terhadap situasi dan keadaan sekelilingnya.
  - 5) Keterampilan kasar dan halus motor yang kurang.
- g. Dalam aspek keterampilan sosial, anak dengan gangguan perkembangan umumnya tidak mempunyai kemampuan sosial, antara lain suka menghindar dari keramaian, ketergantungan hidup pada keluarga, kurangnya kemampuan mengatasi marah, rasa takut yang berlebihan, kelainan peran seksual, kurang mampu berkaitan dengan kegiatan yang melibatkan kemampuan intelektual, dan mempunyai pola perilaku seksual secara khusus.
- h. Anak dengan gangguan perkembangan mempunyai keterlambatan pada berbagai tingkat dalam pemahaman dan penggunaan bahasa, serta masalah bahasa dapat memengaruhi perkembangan kemandirian dan dapat menetap hingga pada usia dewasa.

- i. Pada beberapa anak dengan gangguan perkembangan mempunyai keadaan lain yang menyertai, seperti autisme, serebral palsi, gangguan perkembangan lain (nutrisi, sakit dan penyakit, kecelakaan dan luka), epilepsi, dan disabilitas fisik dalam berbagai porsi.

## 6. Penyebab Retardasi Mental

Berdasarkan kutipan Yusuf didalam “*Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*” Maramis menyatakan bahwa, faktor penyebab retardasi mental yaitu sebagai berikut:

### a. Faktor genetik

Abnormalitas kromosom yang paling umum menyebabkan retardasi mental adalah *Sindrom Down* yang ditandai oleh adanya kelebihan kromosom atau kromosom ketiga pada pasangan kromosom ke-21, sehingga mengakibatkan jumlah kromosom menjadi *Sindrom Fragile X*, yang merupakan tipe umum dari retardasi mental yang diwariskan. Gangguan ini disebabkan oleh mutasi gen pada kromosom X. Gen yang rusak berada pada area kromosom yang tampak rapuh, sehingga disebut *Sindrom Fragile X*. Sindrom ini menyebabkan retardasi mental pada 1.000–1.500 pria dan hambatan mental pada setiap 2.000–2.500 perempuan. Efek dari *Sindrom Fragile X* berkisar antara gangguan belajar ringan sampai retardasi parah yang dapat menyebabkan gangguan bicara dan fungsi yang berat.

*Phenylketonuria* (PKU) merupakan gangguan genetik yang terjadi pada satu di antara 10.000 kelahiran. Gangguan ini disebabkan adanya

satu gen resesif yang menghambat anak untuk melakukan metabolisme. Konsekuensinya, *phenilalanin* dan turunannya asam *phenilpyruvic*, menumpuk dalam tubuh, serta menyebabkan kerusakan pada sistem saraf pusat yang mengakibatkan retardasi mental dan gangguan emosional.

b. Faktor prenatal

Penyebab retardasi mental saat prenatal adalah infeksi dan penyalahgunaan obat selama ibu mengandung. Infeksi yang biasanya terjadi adalah rubella, yang dapat menyebabkan kerusakan otak. Penyakit ibu juga dapat menyebabkan retardasi mental, seperti sifilis, herpes genital, hipertensi, diabetes melitus, anemia, tuberkulosis paru. Narkotik, alkohol, dan rokok yang berlebihan serta keadaan gizi dan emosi pada ibu hamil juga sangat berpengaruh pada terjadinya retardasi mental.

c. Faktor perinatal

Retardasi mental yang disebabkan oleh kejadian yang terjadi pada saat kelahiran adalah luka-luka pada saat kelahiran, sesak napas (*asfiksia*), dan lahir prematur, serta proses kelahiran yang lama.

d. Faktor pascanatal

Banyak sekali faktor pascanatal yang dapat menimbulkan kerusakan otak dan mengakibatkan terjadinya retardasi mental. Termasuk di antaranya adalah infeksi (*meningitis*, *ensefalitis*, *meningoensefalitis*, dan infeksi pada bagian tubuh lain yang menahun),

trauma kapitis, tumor otak, kelainan tulang tengkorak, dan keracunan pada otak. Kesehatan ibu yang buruk dan terlalu sering melahirkan merupakan penyebab berbagai macam komplikasi kelahiran seperti bayi lahir prematur, perdarahan postpartum, dan lain sebagainya.

- e. Rudapaksa (trauma) atau sebab fisik lain.

Rudapaksa sebelum lahir serta juga trauma lain, seperti sinar X, bahan kontrasepsi, dan usaha melakukan abortus dapat mengakibatkan kelainan dengan RM. Rudapaksa setelah lahir tidak begitu sering mengakibatkan retardasi mental.

- f. Gangguan metabolisme, pertumbuhan, atau gizi.

Semua retardasi mental yang langsung disebabkan oleh gangguan metabolisme (misalnya gangguan metabolisme lemak, karbohidrat, dan protein), serta pertumbuhan atau gizi termasuk dalam kelompok ini. Gangguan gizi yang berat dan berlangsung lama sebelum umur 4 tahun sangat memengaruhi perkembangan otak serta dapat mengakibatkan retardasi mental. Keadaan dapat diperbaiki dengan memperbaiki sebelum umur 6 tahun. Sesudah ini biarpun anak itu dibanjiri dengan makanan bergizi, intelegensi yang rendah itu sudah sukar ditingkatkan.

- g. Penyakit otak yang nyata (setelah kelahiran).

Kelompok ini termasuk retardasi mental akibat tumor atau kanker (tidak termasuk pertumbuhan sekunder karena rudapaksa atau

peradangan) dan beberapa reaksi sel-sel otak yang nyata, tetapi yang belum diketahui betul penyebabnya (diduga turunan).<sup>74</sup>

## D. Terapi Anak Retardasi Mental

### 1. Pengertian Terapi

*Therapy* berarti pengobatan; terapeutik. *Therapeutik* adalah yang berkaitan dengan terapeutik atau terapi.<sup>75</sup> Kata terapi dalam KBBI Kamus Besar Bahasa Indonesia diartikan sebagai usaha untuk memulihkan kesehatan orang yang sedang sakit, pengobatan penyakit. Pengertian terapi dapat diaplikasikan sesuai dengan kebutuhan, misalnya terapi bahasa yaitu pengobatan atau perawatan untuk mengurangi atau menghilangkan kelainan wicara dan bahasa. Terapi bermain yaitu teknik penyembuhan penyakit melalui kegiatan bermain.<sup>76</sup>

Istilah terapi dalam ranah psikologi disebut dengan psikoterapi. Psikoterapi adalah penanganan gangguan perilaku, penyakit mental, atau kondisi apapun yang diartikan secara psikologis. Psikoterapi biasa menggunakan pendalaman, persuasi, sugesti, keyakinan, dan instruksi sehingga pasien bisa melihat dirinya sendiri dan pemasalahannya secara realistis dan mempunyai keinginan untuk menanganinya secara efektif.<sup>77</sup>

---

<sup>74</sup> Ibid, hal. 177-178

<sup>75</sup> Difa Danis, *Kamus Istilah Kedokteran*, (Gita Media Press, \_\_\_\_\_), hal. 620

<sup>76</sup> Penyusun Kamus Pusat Bahasa, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, (Jakarta: Balai Pustaka, 2002), hal 1180-1181

<sup>77</sup> Disusun oleh Para Dokter dan ahli WebMD *We Define Your World*, *Kamus Kedokteran Webster's newworld*, Edisi Ketiga, (Jakarta: PT Indeks, 2010), hal. 444

Berdasarkan uraian diatas dapat diperoleh pengertian bahwa terapi adalah suatu tindakan yang bertujuan untuk menyembuhkan, mengobati suatu gangguan yang terdapat dalam sistem tubuh ataupun psikologis seseorang. Ranah psikologi menyebut kata terapi dengan istilah psikoterapi, karena penanganan yang diberikan berfokus pada gangguan perilaku dan mental atau apapun bentuknyayang diartikan secara psikologis.

## 2. Jenis Terapi

Tujuan semua bentuk psikoterapi merupakan modifikasi atau pengubahan tingkah laku pasien sedemikian rupa, sehingga menghasilkan kemampuan penyesuaian diri yang lebih efektif terhadap lingkungannya. Berikut beberapa jenis terapi untuk anak retardasi mental:

### a. *Applied Behavioral Analysis* (ABA)

ABA adalah jenis terapi yang telah lama dipakai , telah dilakukan penelitian dan didisain khusus untuk anak dengan autisme. Sistem yang dipakai adalah memberi pelatihan khusus pada anak dengan memberikan *positive reinforcement* (hadiah/pujian). Jenis terapi ini bias diukur kemajuannya . Saat ini terapi inilah yang paling banyak dipakai di Indonesia.<sup>78</sup>

### b. Terapi Wicara

Terapi wicara adalah suatu ilmu yang mempelajari tentang gangguan bahasa, wicara dan suara yang bertujuan untuk digu-nakan

---

<sup>78</sup> Christine Puspaningrum, Landasan Perencanaan dan Perancangan Pusat Terapi Anak Autis di Yogyakarta, (Yogyakarta: Tugas Akhir Sarjana S1, 2010), hal. 25

sebagai landasan membuat diagnosis dan penanganan. Dalam perkembangannya terapi wicara memiliki cakupan pengertian yang lebih luas dengan mempelajari hal-hal yang terkait dengan proses berbicara, termasuk di dalamnya adalah proses menelan, gangguan irama/kelancaran dan gangguan neuromotor organ artikulasi (*articulation*) lainnya.<sup>79</sup>

Terapi wicara merupakan tindakan yang diperuntukkan bagi individu yang mengalami gangguan komunikasi termasuk didalamnya adalah gangguan berbahasa bicara dan gangguan menelan. Ada 5 lima aspek yang menjadi bidang garap terapis wicara, yaitu: gangguan artikulasi, gangguan berbahasa, gangguan bersuara, gangguan irama kelancaran, serta gangguan menelan. Kegiatan dalam terapi wicara di antaranya adalah sebagai berikut:

- 1) Berlatih dengan bersuara
- 2) Berlatih dengan berteriak
- 3) Berlatih dengan bernyanyi
- 4) Berlatih dengan pelafalan suara<sup>80</sup>

c. Terapi Bermain

Menurut Freud bermain merupakan cara seseorang untuk membebaskan diri dari berbagai tekanan yang kompleks dan merugikan. Melalui kegiatan bermain perasaan menjadi lega, bebas,

---

<sup>79</sup> Sunanik, *Pelaksanaan Terapi Wicara dan Terapi Sensori Integration Pada Anak Terlambat Bicara*, (Nadwa, Jurnal Pendidikan Islam, Vol.7, No.1, 2013), hal. 31

<sup>80</sup> Elisabeth Wiyono, *Landasan Perencanaan dan Perancangan Pusat Terapi Psikologis Anak di Yogyakarta*, (Yogyakarta: Tugas Akhir Sarjana S1, Universitas Atma Jaya, 2010) hal. 51

dan berarti. Mengingat urgensinya bermain bagi anak tunagrahita (retardasi mental), dewasa ini aktivitas bermain dikembangkan menjadi *play terapi*.<sup>81</sup>

Menurut Prasedio terapi permainan yang diperuntukkan untuk anak tunagrahita (*retardasi mental*) bukan sembarang permainan, tetapi permainan yang memiliki muatan yaitu setiap permainan hendaknya memiliki nilai terapi yang berbeda dan sosok permainan yang diberikan tidak terlalu sukar untuk dicerna oleh anak tunagrahita (*retardasi mental*). Beberapa nilai yang penting dari bermain bagi perkembangan anak tunagrahita (*retardasi mental*), antara lain sebagai berikut:

- 1) Pengembangan fungsi fisik. Fungsi fisik, misalnya pernapasan, pertukaran zat, peredaran darah, dan pencernaan makanan, dapat dibantu dilancarkan melalui kegiatan bermain, baik bantuan pada satu aspek fungsi fisik ataupun lebih.
- 2) Pengembangan sensomotorik. Artinya melalui bermain melatih penginderaan (sensoris) seperti ketajaman penglihatan, pendengaran, perabaan atau penciuman, disamping melatih otot dan kemampuan gerak kaki, jari-jari, leher, dan gerak tubuh lainnya. Oleh karena itu bertambahnya koordinasi aspek sensoris dan aspek motoris dalam bermain, semakin baik pengembangan anak tunagrahita (*retardasi mental*).

---

<sup>81</sup> Mohammad Efendi, *Pengantar Psikopedagogik....*, hal. 105



- 3) Pengembangan daya khayal. Maksudnya melalui bermain, anak tunagrahita (*retardasi mental*) diberikan kesempatan untuk mampu menghayati makna kebebasan sebagai sarana yang diperlukan untuk pengembangan daya khayal dan kreasinya.
- 4) Pembinaan pribadi. Dalam bermain anak-anak pun sebenarnya berlatih memperkuat kemauan, memusatkan perhatian, mengembangkan keuletan, ketekunan, percaya diri dan lainnya. Semua itu dapat membantu anak tunagrahita (*retardasi mental*) membina kepribadiannya.
- 5) Pengembangan sosialisasi. Ada unsur yang menarik dari kegiatan bermain dilihat dari pengembangan sosialisasi yaitu anak harus berbesar hati menunggu giliran, rela menerima kekalahan, setia dan jujur.
- 6) Pengembangan intelektual. Melalui bermain, anak tunagrahita (*retardasi mental*) belajar mencerna sesuatu. Contohnya, peraturan dan skor yang diperoleh dalam permainan. Teknisnya misal dalam setiap langkah yang dilakukan dalam permainan, ada kesempatan bagi anak tunagrahita (*retardasi mental*) untuk mengaktualisasi kemampuannya melalui ucapan atas apa yang dilihat dan didengar tentang permainan yang dilakukan. Secara tidak langsung cara ini sebenarnya merupakan bagian dari pengembangan intelektual anak tunagrahita (*retardasi mental*).<sup>82</sup>

---

<sup>82</sup> Mohammad Efendi, *Pengantar Psikopedagogik...*, hal. 105-106

d. Terapi Okupasi

Terapi okupasi adalah salah satu jenis terapi kesehatan yang merupakan bagian dari rehabilitasi medis. Penekanan terapi ini adalah pada sensomotorik dan proses neurologi dengan cara memanipulasi, memfasilitasi dan menginhibisi lingkungan, sehingga tercapai peningkatan, perbaikan dan pemeliharaan kemampuan anak. Dengan memperhatikan aset (kemampuan) dan limitasi (keterbatasan) yang dimiliki anak, terapi ini bertujuan untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan anak agar tercapai kemandirian dalam produktivitasnya, kemampuan perawatan diri serta kemampuan penggunaan waktu luang (leisure). Terapi ini membantu memperbaiki dan menguatkan koordinasi dan keterampilan otot-otot tubuh penderita.

e. Terapi Sensory Integrasi

Terapi sensori integrasi merupakan sebagian dari pendekatan terapi okupasi. Seorang terapis okupasi berperan dalam mengevaluasi dan memberi terapi, bila seseorang tidak dapat melakukan tugas hariannya dengan baik. Pada anak-anak, okupasi untuk mereka mencakup: kemandirian, kemampuan untuk mengikuti perkembangan anak, dan kemampuan untuk mendapatkan kegembiraan, kepuasan, dan pengembangan diri dari aktivitas bermain dan semua hal tersebut diperhitungkan sesuai dengan umur anak yang bersangkutan. Beberapa pendekatan dalam memberikan terapi okupasi bisa juga disertakan

dalam memberikan terapi sensori integrasi pada anak-anak.<sup>83</sup> Sensori Integrasi membantu individu secara memadai dalam integrasi proses sensori agar individu tersebut dapat mencapai:

- 1) Kemampuan dalam mengolah informasi secara tepat
- 2) Kemampuan dalam organisasi
- 3) Kemampuan dalam berkonsentrasi
- 4) *Self esteem* (harga diri)
- 5) Kemampuan kontrol diri
- 6) Kepercayaan diri
- 7) Kemampuan akademik
- 8) Kemampuan berfikir abstrak
- 9) Kemampuan spesialisasi dari masing-masing sisi tubuh dan otak

Kemampuan-kemampuan tersebut dibutuhkan oleh seorang anak dalam berinteraksi secara aktif dengan lingkungannya, baik lingkungan rumah, sekolah, maupun masyarakat.<sup>84</sup>

## ***E. Popeye Kids Centre***

### **1. Latar Belakang *Popeye Kids Centre***

Rumah belajar anak berkebutuhan khusus *Popeye Kids Centre* adalah salah satu tempat tambahan belajar bagi anak berkebutuhan khusus.

---

<sup>83</sup> Mirza Maulana, *Anak Autis: Mendidik Anak Autis dan Gangguan Mental Lain Menuju Anak Cerdas dan Sehat*, (Yogyakarta: Katahati, 2007), hal. 141

<sup>84</sup> Elisabeth Wiyono, *Landasan Perencanaan dan Perancangan Pusat Terapi Psikologis Anak di Yogyakarta,....*, hal. 55-56

Berdasar pernyataan dari Tasari selaku pemilik rumah belajar anak berkebutuhan khusus “*Popeye Kids Centre*”, tempat terapi ini berdiri pada 5 Oktober 2011, lokasi pertama berada di desa Pandean kec. Durenan kab.Trenggalek. Namun pada tahun 2016 *Popeye Kids Centre* pindah ke Desa Kamulan Kec. Durenan Kab.Trenggalek. *Popeye Kids Centre* didirikan oleh Ratna Tasari. Nama Popeye diambil dari tokoh kartun yang disukai anak-anak pada masanya, yaitu Popeye yang berprofesi sebagai seorang pelaut. Nama “*Popeye Kids Centre*” dipilih karena nama tersebut lucu dan sesuai untuk nama sebuah tempat belajar untuk anak-anak berkebutuhan khusus. Alasan lain nama itu dipilih untuk nama tempat terapi karena sesuai dengan profesi suami Natasari yaitu sebagai Angkatan Laut (AL). Berlatar belakang seperti itulah nama tersebut dipilih sebagai nama tempat terapi untuk anak berkebutuhan khusus. Faktor lain yang mendukung terbentuknya tempat terapi anak berkebutuhan khusus ini adalah rasa peduli Tasari terhadap anak berkebutuhan khusus yang memiliki keterbatasan dalam kegiatan sehari-hari, seperti berkomunikasi dan bersosialisasi dengan lingkungan sosial.<sup>85</sup>

Menurut Tasari anak berkebutuhan khusus adalah anak yang mengalami gangguan dalam cara mereka memproses informasi dan mengerti dunia luar. Anak berkebutuhan khusus diantaranya yaitu autis,

---

<sup>85</sup> Pernyataan dari pemilik “*Popeye Kids Centre*” Ratna Natasari, 24 februari 2017 pukul 15:05 di Rumah Belajar Anak Berkebutuhan Khusus *Popeye Kids Centre*

ADHD (*Attention Deficit & Hiperaktif Disorder*). *speech delay*, *learning disaorder*, dan lainnya. Anak tersebut memiliki karakteristik yang berbeda-beda. Demikian dengan intelegensinya, emosi dan perilaku sosialnya. Oleh karena gangguan-gangguan tersebut membutuhkan bimbingan khusus serta dukungan dari setiap anggota keluarga dan lingkungannya untuk mengoptimalkan seluruh potensi yang dimiliki anak berkebutuhan khusus.<sup>86</sup>

## **2. Visi dan Misi Popeye Kids Centre**

Visi: Terwujudnya kompetensi belajar untuk anak berkebutuhan khusus melalui kegiatan terapi yang dilaksanakan di Popeye Kids Centre.

Misi: Mengoptimalkan kemampuan anak berkebutuhan khusus dalam berkomunikasi dan bersosialisasi dalam kehidupan sehari-hari melalui kegiatan terapi di Popeye Kids Centre.

## **3. Tujuan Popeye Kids Centre**

Popeye Kids Centre adalah tempat tambahan belajar anak berkebutuhan khusus yang bertujuan untuk:

- 1) Membantu anak berkebutuhan khusus supaya dapat belajar seperti anak pada umumnya.
- 2) Membantu anak berkebutuhan khusus supaya dapat mengurangi perilaku maladaptif.

---

<sup>86</sup> Pernyataan dari pemilik “*Popeye Kids Centre*” Ratna Natasari, 24 februari 2017 pukul 15:05 di Rumah Belajar Anak Berkebutuhan Khusus *Popeye Kids Centre*

- 3) Membantu anak berkebutuhan khusus supaya dapat berkomunikasi dan menyesuaikan diri dengan lingkungan tempat tinggalnya.

#### **4. Prinsip dan Pelayanan di Popeye Kids Centre**

##### 1) Prinsip

Pemberian pelayanan terapi dengan semaksimal mungkin, dimaksudkan agar apa yang diharapkan dalam proses terapi mendapatkan hasil yang baik.

- 2) Pelayanan yang diberikan di “*Popeye Kids Centre*” adalah belajar “*One On One*” sebagai sarana untuk menunjang program-program dan pelatihan (terapi) anak berkebutuhan khusus. *One On One* adalah model pembelajaran satu anak satu terapis (guru pembimbing) dalam satu ruangan terapi. Terapi *One On One* di *Popeye Kids Centre* meliputi metode *Applied Behavioral Analysis (ABA)*, *occupational* (terapi okupasi), *sensory integration*, *speech language* (terapi wicara), dan lainnya.

#### **5. Fasilitas di Popeye Kids Centre**

##### a. Tenaga terapis

Tenaga terapis yang bertugas di *Popeye Kids Centre* ada enam orang terapis. Tenaga terapis anak berkebutuhan khusus memiliki kemampuan berkomunikasi yang baik, dan bertugas secara profesional, berdedikasi tinggi serta berpengalaman dalam mengemban kebersamaan yang bertujuan menjadikan anak

berkebutuhan khusus untuk dapat berkomunikasi, bersosialisasi, dan diterima oleh lingkungan sekitarnya.

b. Ruang Terapi

Ruang terapi yang aman dan nyaman untuk anak berkebutuhan khusus.

c. Media Terapi

Media terapi yang digunakan berupa permainan yang memiliki fungsi untuk melatih fungsi motorik, kognitif, dan lainnya.

## F. Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 2

*Penelitian terdahulu*

No	Penulis	Judul/ tahun	Jenis Penelitian	Perbedaan
1	Andra Widya Kusuma	Komunikasi Terapeutik Antara Perawat dan Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta, Skripsi, UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta. (2016)	Deskriptif kualitatif	<i>Pertama</i> terletak pada metode penelitian, dimanama peneliti terdahulu menggunakan metode penelitian diskriptif kualitatif sedangkan penelitian yang akan dilakukan menggunakan metode studi kasus, <i>kedua</i> terletak pada subyek yang diteliti dimana penelitian terdahulu subyek yang diteliti adalah perawat dan pasien yang berada di RS Jiwa Grhasia sedangkan subyek dalam penelitian yang akan peneliti laksanakan adalah terapis yang berada di Popeye Kids Centre, yang <i>ketiga</i> waktu penelitian, pada penelitian terdahulu penelitian dilaksanakan pada 26 oktober 2015 - 29 Januari 2016

No	Penulis	Judul/ tahun	Jenis Penelitian	Perbedaan
2	Winda	Pengaruh	Penelitian	<i>Pertama</i> terletak pada pendekatan

	Nurnenda Triandini	Komunikasi Terapeutik Terapis Terhadap Kepuasan Pasien di Griya Terapi Adem Panas Agus Suyanto, Skpisi, IAIN Sunan Ampel Surabaya. 2013	Kuantitatif	penelitian yang digunakan, dimana pada penelitian terdahulu menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan jenis korelasional, sedangkan penelitian yang akan peneliti laksanakan menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus. <i>Kedua</i> , Subyek yang diteliti pada penelitian terdahulu adalah pasien yang menjalani rawat inap dan pasien yang rawat jalan, sedangkan subyek penelitian yang akan dilaksanakan adalah terapis. <i>Ketiga</i> , Lokasi penelitian terdahulu Griya Terapi Adem Panas Agus Suyanto Jl. Penjaringan Asri 1F – XVIII No.33 Rungkut Surabaya sedangkan penelitian yang akan dilaksanakan berada di Popeye Kids Centre Ds. Kamulan Kec. Durenan Kab.Trenggalek. <i>Keempat</i> , terletak pada fokus penelitian dimana pada penelitian terdahulu fokus penelitian terletak pada ilmu komunikasi dalam komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh terapis dalam memenuhi kepuasan pasien sedang penelitian yang akan dilaksanakan oleh peneliti adalah dinamika komunikasi terapeutik terapis dalam kegiatan terapi anak retardasi mental
--	--------------------	---	-------------	--

No	Penulis	Judul/ tahun	Jenis Penelitian	Perbedaan
3	Indah Kartika	Terapi Behavior Terhadap Anak Retardasi Mental di SD Ainul Yakin Spesial School Yogyakarta Perpektif Kesejahteraan Sosial, UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta. 2016	Deskriptif kualitatif	Perbedaannya terletak pada jenis penelitian yang digunakan, pada penelitian terdahulu menggunakan jenis penelitian deskriptif kualitatif sedangkan penelitian yang akan dilaksanakan menggunakan jenis kualitatif dengan desain studi kasus. Kemudian perbedaan itu terletak pada obyek penelitian, dimana obyek pada penelitian terdahulu adalah terapi anak berkebutuhan khusus dan penerapan terhadap interaksi sosial terhadap anak berkebutuhan khusus, sedangkan obyek penelitian yang akan dilaksanakan adalah komunikasi terapeutik dalam kegiatan terapi anak



				retardasi mental. Selain itu perbedaannya terletak pada subjek penelitian, jika pada penelitian terdahulu subyeknya adalah kepala sekolah, guru kelas dan pendiri sekolah, namun pada penelitian yang akan peneliti lakukan subyeknya adalah terapis.
--	--	--	--	---

No	Penulis	Judul/ tahun	Jenis Penelitian	Perbedaan
4	Kens Napolion	Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Anak Tunagrahita di Kelurahan Balumbang Jaya Kecamatan Bogor Barat kota Bogor, Tesis, Program Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. 2010	Penelitian kualitatif dengan pendekatan Fenomenologi Deskriptif	Perbedaannya terletak pada metode penelitian yang digunakan, dimana pada penelitian terdahulu menggunakan pendekatan fenomenologis deskriptif, sedangkan penelitian yang akan dilaksanakan menggunakan pendekatan studi kasus. Subyek pada penelitian terdahulu adalah keluarga dengan anak tunagrahita, pada penelitian yang akan dilaksanakan adalah terpis. Lokasi penelitian terdahulu di Balumbang Jaya Kecamatan Bogor Barat kota Bogor, lokasi penelitian yang akan dilaksanakan berada di Popeye Kids Centre Ds. Kamulan Kec. Durenan Kab.Trenggalek. Fokus penelitian terdahulu adalah pengalaman keluarga dalam merawat anak tunagrahita, pada penelitian yang akan dilaksanakan adalah komunikasi terapeutik dalam kegiatan terapi anak retardasi mental (tunagrahita)

Sepanjang sepengetahuan peneliti, penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti benara-benar asli. Karena peneliti tidak menemukan penelitian yang memiliki judul, subyek, dan lokasi penelitian yang sama dengan penelitian yang akan peneliti lakukan. Dalam penelitian ini peneliti menfokuskan penelitian pada dinamika komunikasi terapeutik dalam kegiatan terapi anak

retardasi mental, dan subyek yang akan diteliti adalah terapis yang ada di rumah belajar anak berkebutuhan khusus (ABK) *Popeye Kids Centre*.

### **G. Kerangka Teori**

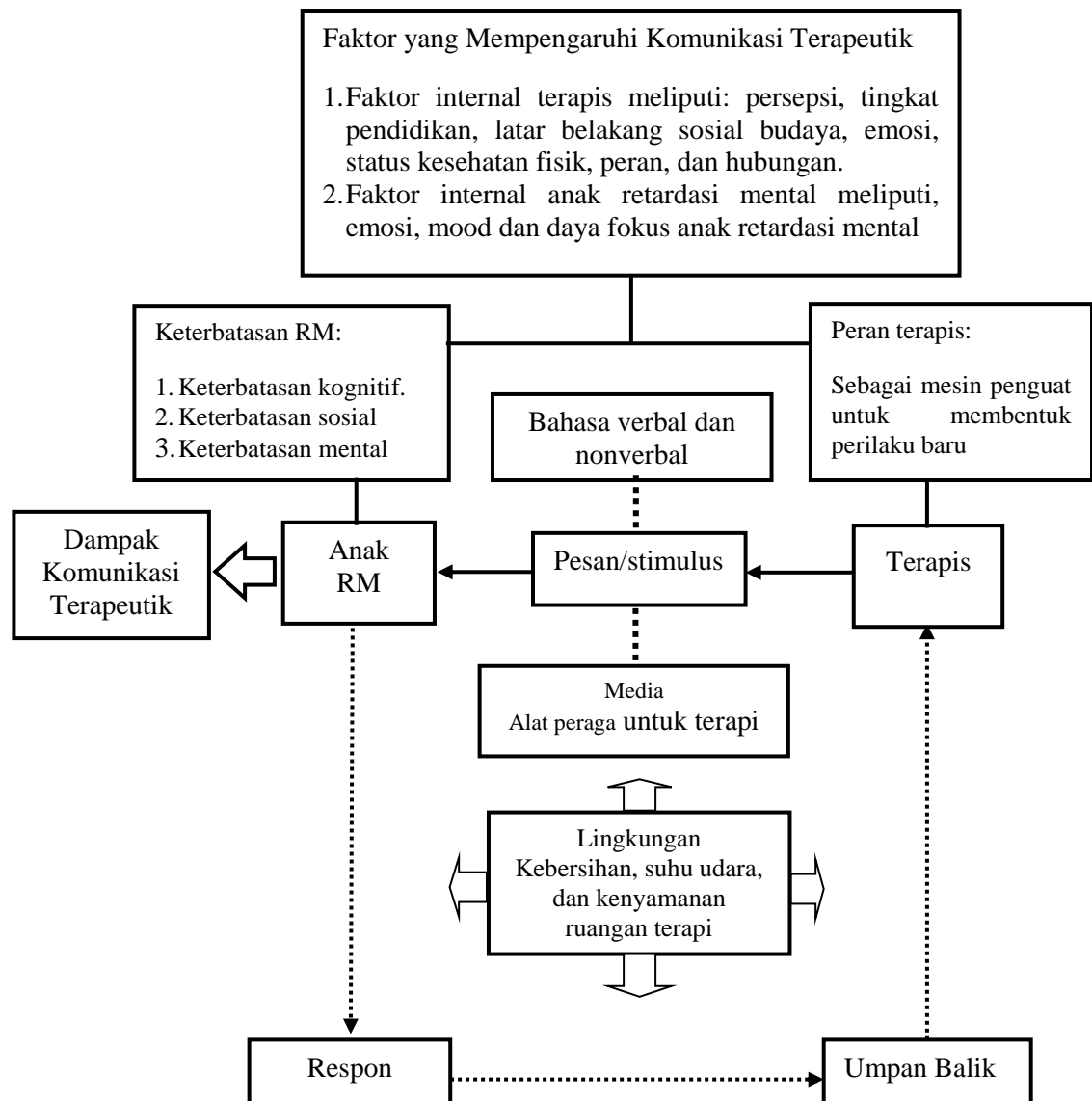
Komunikasi terapeutik merupakan hal terpenting dalam kelancaran terapi anak retardasi mental, karena dalam komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh terapis pada saat kegiatan terapi dapat mempengaruhi hasil terapi. Terapis yang dapat mengerti atau memahami (kondisi) apa yang dirasakan oleh anak akan dapat menimbulkan rasa nyaman dan percaya pada diri anak terhadap terapis, rasa nyaman dan percaya pada terapis ditunjuk dengan kesediaan anak untuk mengikuti kegiatan terapi.

Berdasarkan judul yang peneliti angkat yaitu “Dinamika Komunikasi Terapeutik Terapis dalam Kegiatan terapi Anak Retardasi Mental di rumah Belajar Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) *Popeye Kids Centre*”. Peneliti ingin mengetahui kondisi atau keadaan terapis saat berkomunikasi dengan anak retardasi mental pada saat proses terapi berlangsung. Oleh karena itu peneliti mengambil istilah komunikasi terapeutik untuk komunikasi yang terjadi dalam kegiatan terapi anak retardasi mental.

Kerangka teori “Dinamika Komunikasi Terapeutik Terapis dalam Kegiatan terapi Anak Retardasi Mental di Rumah Belajar Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) *Popeye Kids Centre*”.

Gambar 2.2

## Kerangka teori



Keterangan :

- ┆ ┆ ┆ : Faktor internal terapis dan RM
- ⊞ : Faktor eksternal yang mempengaruhi proses komunikasi terapeutik
- ← : Pengiriman pesan/stimulus
- ┆ ┆ ┆ : Penerimaan respon dan umpan balik
- ┆ ┆ ┆ : Bentuk pesan dan media sebagai simbol pesan
- ⊞ : Hasil dari komunikasi yang menimbulkan dampak bagi anak RM