

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1. Dukungan Sosial Keluarga

2.1.1. Pengertian Dukungan Sosial

Ada berbagai definisi dukungan sosial, dukungan sosial berasal dari kata *sosial support*, *sosial* artinya menyanggung relasi di antara dua atau lebih individu (Chaplin, 1999) dan *support* yang artinya: 1) Mengadakan atau menyediakan sesuatu untuk memenuhi kebutuhan orang lain, 2) Memberikan dorongan atau pengobaran semangat dan nasihat kepada orang lain dalam situasi pembuatan keputusan (Chaplin, 1999). Dunst, Trivette dan Cross (1986 dalam Gousmett, 2006) mendefinisikan dukungan sosial sebagai suatu konstruksi multidimensi yang meliputi bantuan fisik dan *instrumental*, berbagai informasi dan sumber daya, dan menyediakan dukungan emosional dan psikologis. Istilah ini juga dapat merujuk kepada pelayanan formal yang diterima dari para profesional, organisasi formal atau yang semi formal seperti klub-klub sosial, atau organisasi-organisasi yang memandang bahwa keluarga itu penting dalam gaya hidup mereka. Dukungan sosial didefinisikan sebagai perilaku yang membantu orang-orang yang sedang menjalani situasi kehidupan yang penuh stres untuk mengatasi secara efektif dengan masalah yang mereka hadapi (Cutrona, CE, 2000).

Sedangkan Cobb (1976 dalam Gousmett, 2006) mendefinisikan dukungan sosial sebagai informasi dari salah satu atau ketiga dari hal berikut ini: (1) informasi yang mengarah orang untuk percaya bahwa mereka diperhatikan dan

dicintai, (2) informasi yang mengarah ke orang untuk percaya bahwa mereka berharga dan dihargai, dan (3) informasi yang mengarah pada orang untuk percaya bahwa mereka berasal dari jaringan komunikasi yang sama dengan kewajiban bersama. Sarafino (2002) mendefinisikan dukungan sosial sebagai kenyamanan, perhatian, penghargaan ataupun bantuan yang diterima individu dari orang lain.

Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses/diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 1998)

Yang menjadi sumber dukungan sosial ada 5 yaitu (Cutrona, CE, 2000) : (1) sumber informal yaitu keluarga, teman, tetangga, (2) sumber formal yaitu tenaga profesional, lembaga, (3) sumber semi-formal yaitu dukungan dari kelompok-kelompok misalkan lembaga kelompok kanker Indonesia, persatuan orangtua anak *down syndrome* (Potads), (4) jaringan informal misalkan orangtua-orangtua yang memiliki anak *down syndrome*, (5) sumber-sumber lain yang berminat pada dukungan sosial.

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial adalah perilaku yang dilakukan oleh seseorang untuk membantu orang yang

sedang menjalani situasi kehidupan yang penuh stres agar ia dapat mengatasi masalah yang dihadapi secara efektif.

2.1.2. Jenis atau Bentuk Dukungan Sosial

Cohen, Mermelstein, Kamarck dan Hoberman (1985) menyimpulkan empat bentuk dukungan sosial yang berpengaruh terhadap respon individu pada kondisi yang menekan yaitu:

1. Dukungan praktis (*tangible support*) atau bantuan-bantuan yang bersifat pelayanan seperti membantu dalam melakukan kegiatan sehari-hari maupun bantuan secara finansial. Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit diantaranya : bantuan langsung dari orang yang diandalkan seperti materi, tenaga dan sarana. Manfaat dukungan ini adalah mendukung pulihnya energi atau stamina dan semangat yang menurun selain itu individu merasa bahwa masih ada perhatian atau kepedulian dari lingkungan terhadap seseorang yang sedang mengalami kesusahan atau penderitaan (Friedman, 1998).
2. Dukungan informasi (*appraisal support*) atau suatu bentuk bantuan yang membantu individu dalam memahami kejadian yang menekan dengan lebih baik serta memberikan pilihan strategi *coping* yang harus dilakukan guna menghadapi kejadian tersebut. Keluarga berfungsi sebagai kolektor dan *diseminator* informasi tentang dunia yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu *stresor* karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi *sugesti* yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam

dukungan ini adalah nasihat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi (Friedman 1998)

3. Dukungan harga diri (*self esteem*) atau suatu bentuk bantuan dimana individu merasakan adanya perasaan positif akan dirinya bila dibandingkan keadaan yang dimiliki dengan orang lain, yang membuat individu merasa sejajar dengan orang lain seusianya. Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi masalah serta sebagai sumber *validator* identitas anggota keluarga, diantaranya : memberikan *support*, pengakuan, penghargaan dan perhatian (Friedman, 1998).
4. Dukungan *belonging*, suatu bentuk bantuan dimana individu tahu bahwa ada orang lain yang dapat diandalkan ketika ia ingin melakukan suatu kegiatan bersama dengan orang lain. Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Manfaat dari dukungan ini adalah secara *emosional* menjamin nilai-nilai individu (baik pria maupun wanita) akan selalu terjaga kerahasiaannya dari keingintahuan orang lain. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk *afeksi*, adanya kepercayaan, perhatian dan mendengarkan serta didengarkan (Friedman, 1998).

2.1.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Seseorang Mendapatkan Dukungan Sosial

Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga menurut Feirig dan Lewis (1984 dalam Friedman, 1998) ada bukti kuat dari hasil penelitian yang

menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak dari keluarga besar. Selain itu dukungan yang diberikan oleh seseorang dipengaruhi oleh usia, menurut Friedman (1998) orang yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan orang lain dan juga lebih *egosentris* dibanding orang yang lebih tua. Faktor lain yang mempengaruhi dukungan sosial adalah kelas sosial ekonomi meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan, tingkat pendidikan dan status sosial.

Sarafino (2002) menguraikan beberapa faktor yang mempengaruhi perolehan dukungan sosial dari orang lain yaitu:

a) Penerima dukungan (*recipient*)

Seseorang tidak akan memperoleh dukungan bila mereka tidak ramah, tidak mau menolong orang lain dan tidak membiarkan orang lain mengetahui bahwa mereka membutuhkan pertolongan. Ada orang yang kurang *asertif* untuk meminta bantuan, atau mereka berfikir bahwa mereka seharusnya tidak tergantung dan membebani orang lain, merasa tidak enak mempercayakan sesuatu pada orang lain atau tidak tahu siapa yang dapat dimintai bantuannya.

b) Penyedia dukungan (*provider*)

Individu tidak akan memperoleh dukungan jika penyedia tidak memiliki sumber-sumber yang dibutuhkan oleh individu, penyedia dukungan sedang berada dalam keadaan stres dan sedang membutuhkan bantuan, atau mungkin juga mereka tidak cukup sensitif terhadap kebutuhan orang lain.

- c) Komposisi dan struktur jaringan sosial (hubungan individu dengan keluarga dan masyarakat)

Hubungan ini bervariasi dalam hal ukuran yaitu jumlah orang yang biasa dihubungi, frekuensi hubungan yaitu seberapa sering individu bertemu dengan orang tersebut, komposisi yaitu apakah orang tersebut adalah keluarga, teman, rekan kerja atau lainnya; dan keintiman yaitu kedekatan hubungan individu dan adanya keinginan untuk saling mempercayai.

2.2. Down Syndrome

2.2.1. Defenisi *down syndrome*

Down syndrome merupakan *sindroma congenital* (kelainan bawaan) yang paling sering terjadi dan juga merupakan penyebab ketidakmampuan intelektual yang paling sering ditemukan. Penyebab hal ini masih belum diketahui pasti, yang dapat disimpulkan sampai saat ini adalah makin tua usia ibu makin tinggi risiko untuk terjadinya *down syndrome*, dimulai sejak umur 35 tahun. Kejadian *sindroma down* diperkirakan 1 per 800 hingga 1 per 1000 kelahiran dan Mengenai semua etnis serta seluruh kelompok ekonomi (Selikowitz, 2001). Orang dengan *down sindrom* memiliki kelainan pada kromosom nomor 21 yang tidak terdiri dari 2 kromosom sebagaimana mestinya, melainkan tiga kromosom (*trisomi 21*) sehingga informasi genetika menjadi terganggu dan anak juga mengalami penyimpangan fisik.

2.2.2. Ciri-ciri anak *down syndrome*

Secara garis besar penderita ini dengan mudah bisa dilihat, berat badan waktu lahir dari bayi dengan *down sindrom* ini umumnya kurang dari normal. Ciri-ciri lain dari wajah yang khas dengan mata sipit yang membujur ke atas, jarak kedua mata yang berjauhan dengan jembatan hidung yang rata, hidung yang kecil, mulut kecil dengan lidah yang besar sehingga cenderung dijulurkan dan telinga letak rendah. Tangan dengan telapak yang pendek dan biasanya mempunyai garis telapak tangan yang melintang lurus (horizontal/tidak membentuk huruf M), jari pendek-pendek, biasanya jari ke-5 sangat pendek, hanya mempunyai 2 ruas dan cenderung melengkung. Tubuh pendek dan cenderung gemuk. Anak dengan sindrom ini sangat mirip satu dengan yang lainnya. Retardasi mental sangat menonjol (IQ sekitar 50-70), disamping juga terdapat retardasi jasmani. Mereka berbicara dengan kalimat-kalimat yang sederhana, diakibatkan adanya gangguan wicara karena gangguan konstruksi rahang dan mulut. Anak dengan sindroma ini sering menderita kelainan bawaan seperti kelainan jantung, *leukimia*, dan *alzheimer* (Selikowitz, 2001).

2.2.3. Keluarga dengan anak *down syndrome*

Orangtua yang memiliki anak dengan cacat perkembangan seperti *down syndrome*, *autis* dan lain-lain, memiliki banyak masalah yang harus dihadapi. Pertama mereka mungkin merasa bahwa anaknya memiliki perkembangan yang tidak biasa dan ini membuat orangtua melakukan penyelidikan dan tes untuk mencari diagnosis. Proses ini sering panjang dan sulit sehingga membuat orangtua bingung tentang apa yang akan dilakukan pada anak mereka. Kemudian setelah di

diagnosis, orangtua harus menghadapi kenyataan bahwa anak mereka memiliki gangguan yang tidak mungkin sepenuhnya dapat hidup tanpa bergantung pada oranglain. Orangtua mulai menghadapi masalah mengenai jenis perawatan yang dibutuhkan, dimana anak mereka harus sekolah, apakah mereka mendapatkan bantuan dari pemerintah atau tidak. Dan banyak orangtua juga akan bertanya-tanya dan meragukan dirinya sendiri apakah mereka mampu untuk merawat anak mereka sendiri atau apakah ada sumber daya yang lain yang dapat membantu mereka membesarkan anak mereka (Goussmett, 2006).

Membesarkan anak dengan gangguan perkembangan seperti *autistic spectrum disorder* dan *down syndrome* merupakan salah satu stres terbesar bagi orangtua hal ini karena orangtua menganggap mereka memiliki sedikit harapan bahwa anak mereka dapat hidup dengan normal (Dyson, 1993, Krauss, 1993, Woolfson, 2004 dalam Goussmett, 2006). Orangtua dengan anak ASD telah ditemukan lebih memiliki tingkat stres dan masalah penyesuaian yang lebih tinggi dari pada orangtua dengan anak *down syndrome*, namun lebih tinggi dibandingkan stres dan penyesuaian diri dari orangtua yang memiliki anak dengan perkembangan normal (Sanders dan Morgan, 1997 dalam Goussmett, 2006).

Beberapa stres yang orangtua mungkin hadapi adalah masalah ekonomi, waktu untuk terapi, isolasi sosial, masalah perilaku, hubungan keluarga yang tegang (Beckman, 1983, Woolfson, 2004 dalam Gousmett, 2006). Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Joosa (2006) bahwa hal-hal yang berpengaruh dan yang harus diperhatikan pada keluarga dengan anak *down syndrome* yaitu (1) dampak seorang anak dengan *down syndrome* umumnya membawa keraguan dan

ketakutan, (2) hubungan keluarga dimana anak *down syndrome* memberikan pengaruh pada hubungan kedekatan dan kohesi suami isteri, saudara kandung, dan hubungan dengan anggota keluarga yang lain, (3) harapan *parenting* yang berkaitan dengan kesadaran ibu mengenai pentingnya pengalaman belajar yang optimal bagi anak mereka untuk mencapai potensinya, (4) dukungan sosial dari keluarga maupun di luar keluarga merupakan hal yang paling terpenting bagi ibu, (5) layanan formal, (6) penerimaan masyarakat.

2.3. *Solution Focused Family Terapi*

2.3.1. *Family Therapy*

Terapi keluarga adalah sebuah istilah yang diberikan kepada metode-metode yang bekerja dengan keluarga dengan bermacam-macam kesulitan *biopsikososial* (Carr, 2006). Terapi keluarga mulai berkembang sejak awal tahun 1950. Terapi keluarga merupakan pendekatan *psikoterapeutik* yang sangat fleksibel, dapat diaplikasikan kepada rentang yang luas menyangkut masalah yang berfokus pada anak dan yang berfokus pada orang dewasa. Tujuan utama dari terapi keluarga adalah untuk memfasilitasi resolusi atas suatu masalah dan untuk meningkatkan perkembangan keluarga sehat dengan berfokus pada hubungan antara individu yang bermasalah dengan anggota keluarganya dan jaringan sosialnya (Carr, 2006). Para terapis keluarga memiliki asumsi terhadap apa yang berkontribusi pada keluarga sehat. Keluarga sehat dikatakan memiliki struktur yang fleksibel, batasan-batasan yang jelas dan *hirarki* yang terorganisir dengan baik, dan mereka menggunakan kontrol *reinforcement* positif, menawarkan *attachment* yang aman, dan saling menyediakan pemenuhan kebutuhan dan objektif ini menjadi tujuan

dalam membantu keluarga memperbaiki potensi untuk bahagia (Nichols, 2010). Salah satu dari karakteristik yang mendefinisikan terapi keluarga adalah selalu berfokus pada masa kini, dimana masalah sedang terjadi dan menjadi perhatian (Nichols, 2010). Terapi keluarga diklasifikasikan kedalam beberapa kelompok berdasarkan penekanannya pada (1) pola perilaku yang mempertahankan masalah (2) sistem keyakinan dan naratif yang problematik dan memaksa, (3) faktor predisposisi historis dan kontekstual.

Pada penelitian ini, penulis akan menggunakan terapi keluarga yang termasuk dalam klasifikasi kedua (sistem keyakinan dan naratif yang problematik dan memaksa), yaitu *solution focused family therapy*.

2.3.2. Solution Focused Family Therapy (SFFT)

1. Defenisi Solution Focused Family Therapy

Solution focused therapy sering digunakan pada praktik psikoterapi individual. Namun, banyak terapis terapi keluarga mengintegrasikan strategi *solution focused* ini kedalam pekerjaannya. Milton Erickson menggambarkan bahwa terapi digunakan untuk mengubah “apa yang dilihatnya” atau “apa yang dilakukannya” yang terkait dengan masalah yang dihadapinya. Pada model ini, terapis tidak melihat suatu permasalahan sebagai suatu kegagalan, melainkan sebagai bagian dari perkembangan keluarga tersebut (Midori, 2001).

Filosofi dari pendekatan *solution focused* didasarkan pada gagasan bahwa perubahan konstan dan tak terelakkan. Penekanan dalam terapi adalah tentang apa yang mungkin bisa di ubah, daripada apa yang tidak mungkin. Model ini berfokus pada mengambil langkah-langkah kecil untuk memulai perubahan, dan perubahan

pada satu subsistem akan mengubah sistem yang lain (Carlson, 2005). Menurut model ini, deShazer (1985 dalam Carlson, 2005), fokus dalam model terapi adalah pada solusi dan kompetensi, bukan pada masalah.

Tujuan dari terapi jenis *brief* ini untuk mengubah keluarga lebih bijak dalam memandang dunia dan untuk mengubah perilaku anggota keluarga sehingga solusi untuk masalah ini berkembang dan masalah teratasi. Tujuan utama adalah menemukan kekhawatiran keluarga yang muncul. Komponen yang penting pada model *solution focused* adalah membuat formulasi tujuan keluarga yang dimulai pada sesi pertama. Dan tujuan tersebut harus spesifik, terukur, dapat dicapai, dan menantang (Carlson, 2005).

2. Tahapan Pelaksanaan *Solution Focused Family Therapy*

Proses treatment umumnya bisa divariasikan namun juga mengikuti struktur yang ada. Pada sesi awal, melakukan pengenalan, menyusun struktur, dan mendapatkan pernyataan mengenai keluhan, kemudian informasi spesifik yang dikumpulkan dari masing-masing anggota keluarga. Sebuah diskusi terjadi kemudian tentang apa yang terjadi ketika keluarga tidak mengalami masalah yang dijelaskan dalam keluhan mereka. Setelah terapis mendapatkan informasi latar belakang yang cukup, ia dapat menggunakan "*miracle question*" yang meminta keluarga menceritakan hal-hal apa yang akan menjadi berbeda jika keajaiban terjadi dan masalah yang ada dapat dipecahkan. Ini mendorong keluarga untuk berpikir tentang perubahan. Kemudian terapis mengembangkan pernyataan dan tugas, yang mana mempersiapkan keluarga untuk menjadi responsif terhadap tugas-tugas pekerjaan rumah (Carlson, 2005)..

Dibawah ini akan dijelaskan mengenai tahapan atau langkah-langkah yang dilakukan dalam pelaksanaan terapi *solution focused* (Campbell, 1999 dalam *Psychpage*, 2013):

I. Pre- Session

Tujuan untuk mendapatkan informasi tentang perubahan yang telah terjadi sebelum pelaksanaan terapi. Pertanyaan yang umum ditanyakan adalah “dari beberapa waktu sebelum anda datang kemari, adakah beberapa perubahan yang telah terjadi? Atau apakah ada perubahan yang menjadi lebih baik atau lebih buruk sehingga anda memutuskan untuk mengambil tindakan untuk bertemu dengan saya hari ini?

Ada dua kemungkinan respon terhadap pertanyaan ini, pertama, beberapa perubahan telah terjadi. Dalam hal ini, terapis meminta lebih detail lagi tentang perubahan itu, meminta anggota keluarga lain untuk melihat hal ini, apa artinya bagi mereka, apa yang mereka lakukan dalam menanggapi hal tersebut dan lain-lain. Kedua, klien mengatakan tidak ada yang berubah atau tetap sama atau bahkan semakin parah. Dalam kasus ini, terapis dapat melanjutkan dengan pertanyaan seperti “bagaimana saya dapat membantu anda hari ini? Atau apa yang harus terjadi agar pertemuan ini benar-benar bermanfaat bagi anda?

II. Session

Dalam Sesi terdiri dari beberapa tahap-tahap yang akan dijelaskan dibawah ini:

1) Tahap 1 : *Sosializing dan Joining*

Terapis berusaha menjadi bagian dari system yang ada, belajar bahasa mereka, menerima pandangan-pandangan klien. Intinya adalah terapis berusaha menciptakan sebuah lingkungan agar terjadi percakapan yang produktif. Contoh pertanyaan “apa yang dapat saya lakukan untuk membantu anda? Atau apa yang harus terjadi agar pertemuan ini benar-benar bermanfaat bagi anda?

2) Tahap 2 : *Describing the problem*

Pada tahap ini terapis berusaha untuk mendapatkan gambaran tentang masalah dari sudut pandang klien. Teknik terapi yang digunakan adalah *miracle question, scalling, exception and agency and coping questions*. Terkadang klien mengatakan lebih dari satu masalah atau mereka tidak tahu memulai darimana. Bagaimanapun dalam konteks terapi *solution focused brief* ini penting untuk bekerja dengan hanya satu masalah dalam satu waktu. Jika fokus beralih dan menjadi berbeda, maka akan menjadi sulit bagi klien dan terapis untuk membuat sebuah kemajuan. Jika dalam terapi keluarga, penting untuk menanyakan kepada anggota keluarga yang lain apakah mereka setuju dengan gambaran masalah dan apa yang akan dirubah. Hal ini berguna agar anggota keluarga yang lain terdorong untuk memberikan kontribusi solusi untuk penyelesaian masalah.

3) Tahap 3 : *Goaling*

Untuk menetapkan tujuan, pertanyaan yang biasa digunakan adalah: “Apa yang akan berubah ketika masalah telah selesai?”, apa yang akan anda lakukan?. Penting untuk bertanya tentang apa yang mereka lakukan bukan apa yang akan

selesai/berhenti. Untuk mempertahankan fokus pada solusi penting untuk terus masuk lebih dalam lagi atau mengusik klien untuk terus lebih “*problem talk*”.

4) Tahap 4 : *Breaking*

Pada tahap ini memungkinkan bagi terapis memiliki waktu untuk berkonsultasi dengan tim atau supervisor. Minta klien untuk keluar \pm 5 menit, kemudian tim melakukan refleksi terhadap sesi, apa yang telah membantu atau apa yang telah terjawab.

5) Tahap 5 : *Ending*

Pada tahap ini terapis memberikan umpan balik (*feedback*) terhadap pandangan mereka pada pasangan, dan usaha mereka untuk berubah atau pekerjaan rumah mereka. Diakhir sesi *feedback* melakukan *reframing* yang terdiri dari 5 bagian (Campbell dkk, 1999) yaitu *normalisasi*, *restrukturisasi*, *afirmasi*, *bridging* dan *homework*.

- a. *Normalisasi*; menormalkan kembali pengalaman selama terapi untuk membantu mereka melihat diri mereka atau pasangan mereka bukan sebagai orang yang mengalami gangguan atau “gila”.
- b. *Restrukturisasi*; menyusun kembali konsep-konsep masalah menjadi masalah jangka pendek. Merubah kata “saya terjebak” menjadi “perubahan-perubahan ini merupakan bagian dari pengalaman hidup” atau pengalaman tersebut merupakan upaya untuk menemukan keseimbangan dalam hidup anda.
- c. *Afirmasi*; memberikan penguatan atas sumber-sumber kekuatan. “saat ini adalah saat yang tepat untuk memeriksa kembali pendapat dan memastikan mereka setuju dengan *reframe* terapis.

- d. *Bridging*; berhubungan dengan konsep pekerjaan rumah yang ditawarkan atau memberikan saran yang akan di praktikkan. “pada dasarnya bapak adalah orang yang sudah sangat berusaha untuk ikut terlibat dan memperbaiki kondisi saat ini dan kami menyarankan untuk menggunakan cara.... dan ini sepertinya cukup akan membantu”
- e. *Homework*; adalah saran yang diberikan klien untuk mencoba, bukan tugas yang diperintahkan untuk dilakukan. Saran-saran tersebut seharusnya dari mereka/klien dan apa yang mereka ingin lakukan. Tugas haruslah dipastikan sangat sederhana dan sangat mungkin berhasil. *Homework* yang baik haruslah yang dapat membuat perubahan dalam tingkatan; 1) *behavioral*, 2) *kognitif*, 3) *eksperiential* dan, 4) *sistematis*.

III. *Return Session/Return Visits*

Pada sesi kunjungan berikutnya, terapis menanyakan tentang tugas yang diberikan, namun jangan melakukan kritik terhadap usaha yang telah klien lakukan. Penting untuk tetap memberikan kesan positif atas usaha yang telah dilakukan klien. Hal yang perlu dipertanyakan adalah hal-hal baik atau positif apa yang telah terjadi setelah klien melakukan sesi terapi sebelumnya.

Insoo Kim Berg dan Norm Reuss (1995 dalam McDonald, 2007) menyarankan susunan hal yang akan dilakukan pada *return session* atau *Return Visits* yaitu EARS ; *Elicit, Amplify, Reinforce, Start Again*

3. Teknik Yang Digunakan Dalam *Solution Focused Family Therapy*

Strategi dan teknik yang digunakan dalam *solution focused family therapy* (Carlson, 2005, Macdonald, 2007 dan Trepper, 2012):

a. *Deconstructing*

Ini mengacu pada menciptakan keraguan dalam keluarga itu kerangka acuan mengenai keluhan, yang menciptakan kebutuhan dan harapan untuk perubahan, membuat pertimbangan baru perilaku yang mungkin.

b. *Exceptions*

Penting untuk mendapatkan gambaran dari apa-apa yang telah mereka lakukan bukan dari apa yang belum atau tidak mereka lakukan berkaitan dengan mengatasi masalah. Memberikan pertanyaan pada *exception* ini sangat berguna dengan tujuan yang biasanya dipandang sebagai resisten terhadap perubahan. Klien terkadang merasa cukup putus asa tentang kemampuan mereka untuk mengubah atau mengendalikan situasi mereka. Mereka terkejut bahwa ada pengecualian kecil dimana mereka mampu untuk mengontrol atau merubah perilaku. Ini meningkatkan rasa percaya diri pada diri klien untuk membuat perencanaan mengenai langkah-langkah kecil selanjutnya untuk mengatasi masalah. Contoh pertanyaan yang digunakan dalam *exceptions* : Bagaimana dengan saat-saat ketika masalah tidak terjadi? atau saat masalah berkurang?

c. *Scaling questions*

Pertanyaan yang biasa digunakan dalam *scaling questions* : silahkan memikirkan skala 0-10 jika angka 10 adalah menggambarkan bahwa masalah telah selesai, dimana anda akan memberikan nilai untuk menggambarkan masalah saat ini? Jika keluarga mengalami perubahan letak skala maka terapis menanyakan mengapa terjadi perubahan? apa yang telah dilakukan keluarga

hingga terjadi perubahan. Jika tidak terjadi penurunan nilai skala, maka terapis bertanya mengapa hal tersebut bisa terjadi?. Hal ini dilakukan agar terapis mendapatkan gambaran perubahan yang telah dibuat oleh keluarga dalam hal mengatasi masalah, terapis tetap fokus pada kekuatan keluarga, solusi dan harapan keluarga.

d. *Miracle questions*

Kata-kata yang dijadikan pertanyaan intervensi dapat bervariasi, tetapi kata-kata dasar adalah : saya akan mengajukan pertanyaan yang agak aneh [jeda]. Pertanyaan aneh ini adalah : [jeda] Setelah kita berbicara, Anda akan kembali ke pekerjaan Anda (rumah, sekolah) dan Anda akan melakukan apa pun yang Anda perlu lakukan di sisa hari ini, seperti mengurus anak, memasak makan malam, menonton TV, memandikan anak-anak, dan sebagainya. Ini akan menjadi waktu yang melelahkan sebelum pergi ke tempat tidur . Semua orang dalam rumah tangga Anda begitu tenang, dan Anda tidur dalam damai. Di tengah malam, sebuah keajaiban terjadi dan masalah yang mendorong Anda untuk berbicara dengan saya hari ini terpecahkan! Tetapi karena hal ini terjadi ketika Anda sedang tidur, Anda tidak memiliki cara untuk mengetahui bahwa ada keajaiban semalam yang dapat memecahkan masalah saat ini. [jeda] Jadi, ketika Anda bangun besok pagi, apa yang mungkin menjadi perubahan kecil yang akan membuat Anda berkata kepada diri sendiri, 'Wow, sesuatu telah terjadi - masalahnya telah selesai!' (Berg & Dolan, 2001).

Dalam terapi keluarga, pertanyaan bisa ditanyakan kepada mereka sekaligus, atau secara individu. Jika diminta untuk semua orang, terapis

mencoba untuk memperoleh kolaborasi dengan penekanan tujuan bersama. Jika ditanya kepada individu, maka anggota keluarga yang lain atau mitra diminta untuk memberikan reaksi untuk itu, dan didorong untuk mendukung.

e. *Feedback*

Untuk mengurangi kecemasan dan menjaga hubungan maka terapis dapat menggunakan beberapa pertanyaan berikut: Anda telah mencoba banyak ide dan sudah berhasil walau masih terbatas. Sekarang saatnya untuk mencoba sesuatu yang sama sekali baru. Anda akan tahu sendiri apa yang terbaik untuk mencoba setelah Anda memikirkannya?

f. *Compliment and suggestions homework*

Berbeda dari tugas yang dibuat dalam terapi perilaku kognitif (CBTs) atau model berbasis perilaku lain dalam bahwa dalam pendekatan lainnya tugas berasal dari terapis. Dalam SFBT, tugas biasanya berasal dari keluarga, mereka menetapkan sendiri hal-hal yang telah bekerja atau bahwa mereka memiliki investasi yang kuat dalam melakukan, dan ini mengurangi kecenderungan alami keluarga untuk 'melawan' di luar intervensi, tidak peduli seberapa baik mereka memahami maksud dari terapis. Dan karena, tidak seperti CBTs, menyelesaikan pekerjaan rumah tidak diperlukan untuk perubahan, jadi tidak menyelesaikan tugas sama sekali tidak masalah. Ada banyak kali ketika sebuah keluarga telah pindah skala mereka, tetapi tidak menyelesaikan tugas pekerjaan rumah yang telah dibuat untuk diri mereka sendiri. Salah satunya tanggapan terapis untuk ini adalah 'Wow! Bagaimana

anda pergi dari 4 ke 5 padahal anda tidak melakukan tugas yang kemarin anda ingin lakukan.

g. *Skeleton Keys*

Tugas-tugas yang dapat diberikan kepada partisipan untuk dilakukan untuk mengatasi masalah keluarga :

- 1) *Pensil dan Penghapus* : misalkan pada hari-hari ganjil pada tiap bulan, klien diminta untuk menghabiskan 1 jam menulis tentang semua buruk dan baik yang dia alami bersama mantan pasangannya, beberapa hari atau bulan kemudian, klien menghabiskan 1 jam untuk membaca apa yang telah ditulis dan kemudian membakarnya.
- 2) *Lempar Bola* : Untuk menentukan urutan menyerang dengan cara melempar koin. Pemenang memberikan keluhan selama 10 menit. Kemudian orang lain mendapat giliran selama 10 menit. Sepuluh menit dibiarkan hening sebelum koin dilempar untuk putaran kedua.
- 3) *Opera sabun* : Terapis mengarahkan klien untuk melakukan sesuatu yang berbeda berkaitan dengan masalah antara sesi saat ini dan sesi berikutnya.
- 4) *Pengamat* : Klien yang tergoda untuk makan terlalu banyak atau untuk kembali meminum alkohol atau memakai obat diarahkan oleh terapis untuk mengamati apa yang mereka lakukan ketika mereka mengatasi keinginan tersebut. (deShazer, 1985).

2.4. Meningkatkan Dukungan Keluarga Terhadap Ibu yang Memiliki Anak *Down Syndrome* Dengan Menggunakan Pendekatan *Solution Focused Family Therapy*.

Perkembangan yang lambat merupakan ciri utama pada anak *down syndrome*. Baik perkembangan fisik maupun mental, hal ini yang menyebabkan keluarga sulit untuk menerima keadaan anak dengan *down syndrome*. Setiap keluarga menunjukkan reaksi yang berbeda-beda terhadap berita bahwa anggota keluarga mereka menderita *down syndrome*, sebagian besar memiliki perasaan yang hampir sama yaitu: sedih, rasa tak percaya, menolak, marah, perasaan tidak mampu dan juga perasaan bersalah (Selikowitz, 2001).

Diantara orangtua, penelitian telah menunjukkan bahwa ibu umumnya lebih stres dari pada ayah walaupun sebenarnya ayah pada umumnya juga tertekan dengan kondisi anak mereka namun cenderung tidak mampu mengatakan sedangkan ibu kondisi tertekan mereka lebih terlihat (Konstantareas & Homatidis, 1989, Ricci & Hodopp, 2003, Frey K, Greenberg, MT, & Fewell, RR, 1989 dalam Gousmett, 2006).

Sering terjadi dimana ibu memandang bahwa hanya dirinya yang mengalami stres dan hanya dirinya yang lebih perhatian dan merawat anak *down syndrome*. Hal ini akan mempengaruhi perilaku ibu terhadap pasangan (ayah), terhadap anak sehingga mempengaruhi interaksi antara pasangan, orangtua dan anak maupun anak dengan anak. Kondisi stres dan depresi yang dimiliki seorang ibu ini sering membuat seorang ibu dari anak *down syndrome* cenderung untuk

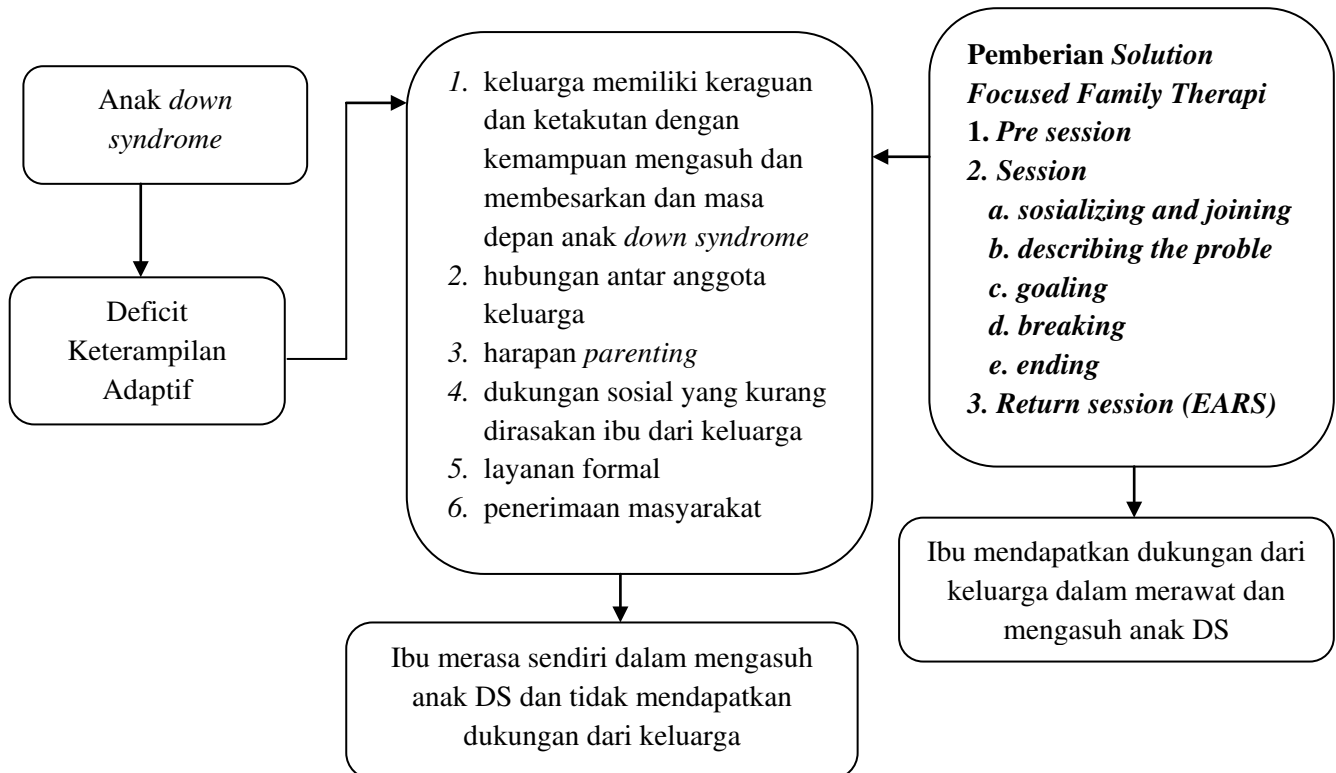
mencari dukungan sosial terutama dari orang-orang yang berada didekat dirinya (Boyd, 2002 dalam Gousmett, 2006).

Sehingga untuk membantu ibu yang memiliki anak *down syndrome* dalam mengatasi masalah dukungan yang dinilai ibu kurang diberikan kepadanya lebih sesuai jika menggunakan *family therapy* berdasar pada pendekatan *solution focused family therapy*. Ini dipilih karena pendekatan *solution focused family therapy* mencoba untuk mengajak klien fokus kepada hal-hal yang positif yang sebenarnya sudah dimiliki dan dimanfaatkannya untuk mengarah kepada perbaikan (Carlson, 2005). Hal ini karena keluarga yang mengalami permasalahan jangka panjang seperti yang dialami oleh orangtua anak *down syndrome* dapat merasakan manfaat dari terapi *solution focused* ini (Macdonald, 2007) sebab terapi ini bertujuan untuk mengambil langkah-langkah kecil, berfokus pada keterampilan kehidupan sehari-hari. Para pengasuh dapat terbantu dengan pendekatan *solution focused* dalam mengatur atau mengatasi situasi yang mereka hadapi terkait dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan. Seringkali terjadi kemajuan signifikan dalam fungsi mental ketika permasalahan tertentu dapat terselesaikan (Iveson dalam Macdonald, 2007). Terapis mengajak klien untuk fokus pada pencarian kompetensi, keterampilan *coping*, pengecualian dan sumber daya yang dimiliki (Edmonds dan Bliss dalam Macdonald, 2007).

Dengan demikian jika keluarga sudah mendapatkan terapi *solution focused family therapy* maka akan mengubah pola interaksi dan hubungan antara ibu dengan anak *down syndrome*, ayah dengan anak *down syndrome*, anak (saudara/i) dengan anak *down syndrome*. Jika perubahan ini telah terjadi maka juga akan

terjadi pola pengasuhan pada *anak down syndrome* itu sendiri, yang semula *overprotektif*, ibu dan anggota keluarga lain menjadi lebih percaya diri untuk membantu anak *down syndrome* melatih keterampilan dan perilaku adaptifnya.

Adapun skema masalah dalam penelitian ini:



2.5. Hipotesa Penelitian

Hipotesa adalah jawaban sementara dari rumusan dan pernyataan penelitian yang harus diuji validitasnya secara empiris. Berdasarkan pada kerangka konsep penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut: “Terapi *solution focused family therapy* efektif dalam meningkatkan dukungan sosial keluarga pada ibu yang memiliki anak *down syndrome*”.