



**KECEMASAN PADA ORANG TUA YANG MEMILIKI
ANAK TERLAMBAT BICARA (*Speech Delay*)
DI RSUD Dr. M. ASHARI PEMALANG**

SKRIPSI

disajikan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Psikologi

oleh

Inas Tsuraya

1550408058

**JURUSAN PSIKOLOGI
FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2013

PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan di depan Panitia Penguji Skripsi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang pada tanggal 5 September 2013.

Panitia Ujian Skripsi

Ketua

Sekretaris

Prof. Dr. Haryono, M.Psi.
NIP. 196202221986011001

Liftiah S.Psi., M.Si
NIP. 196904151997032002

Penguji Utama

Anna Undarwati, S.Psi., M.A
NIP. 195406241982032001

Penguji/Pembimbing I

Penguji/Pembimbing II

Dr. Sri Maryati Deliana, M.Si.
NIP. 195406241982032001

Rulita Hendriyani, S.Psi., M.Si.
NIP. 197202042000032001

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis di dalam skripsi yang saya susun dengan judul “*Kecemasan Orang Tua Yang Memiliki Anak Terlambat Bicara (Speech Delay) di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang*” adalah benar-benar hasil karya saya sendiri bukan buatan orang lain, dan tidak menjiplak karya ilmiah orang lain, baik seluruhnya atau sebagian. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, 3 September 2013

Inas Tsuraya

1550408058

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

“Man Shabara Zafira, siapa yang bersabar dia akan beruntung” (Al-Hadist)

“Berusaha dan Berdoa adalah jalan menuju kesuksesan” (Penulis)

Persembahan:

Bapak dan Ibu

Mas Adi, Mbak Arin, Mbak Nida

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi mengenai kecemasan orang tua yang memiliki anak terlambat bicara (*speech delay*) di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bimbingan dan bantuan berbagai pihak. Dalam kesempatan ini penulis akan menyampaikan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penelitian ini secara langsung ataupun tidak langsung kepada:

1. Drs. Hardjono, M.Pd., Dekan Fakultas Ilmu pendidikan Universitas Negeri Semarang.
2. Dr. Edi Purwanto, M.Si., sebagai Ketua Jurusan Psikologi.
3. Dr. Sri Maryati Deliana, M.Si., selaku Dosen Pembimbing I dalam penulisan skripsi ini.
4. Rulita Hendriyani, S.Psi., M.Si., selaku Dosen Pembimbing II dalam penulisan skripsi ini.
5. Anna Undarwati, S.Psi., M.A selaku penguji utama.
6. Bapak Muslim dan Ibu Suparti yang selalu memberikan doa dan dukungannya.
7. Sahabat-sahabatku, Kausar, Nailly, Suci, Adit, Sarif, Bayu, Arief dan Syaiful terima kasih atas kehangatan kebersamaan kita.

8. Teman-teman Psikologi UNNES angkatan 2008 (Dame, Iwan, Tiara, Riris, Upik, Yanu, Ayu Putri, Farida, Yuli, Bani, Ela, Ayu Citra, Riza, Aji Dharma, Zaky, Wahyu, Anike, Ratri, Tifa, Yani dan yang lainnya); angkatan 2007 (Mas Sigit, Mas Rony, Mbak Ndien, Mbak Arin, Mas Fandi dan Mas Agung) terima kasih atas dukungan, kebersamaan dan kekompakan selama ini.
9. Teman-teman kos CK Collection: Ayu, Enin, Adila, Icha, Ria, El, Mita, lin, Tyara, Trimi, dan Vivi yang selalu memberikan semangat.
10. Semua pihak yang telah membantu penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu.

Akhirnya dengan segala kerendahan hati yang tulus penulis berharap skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca dan pihak-pihak yang bersangkutan.

Semarang, 3 September 2013

Penulis

ABSTRAK

Tsuraya, Inas. 2013. *Kecemasan Pada Orang Tua yang Memiliki Anak Terlambat Bicara (Speech Delay) di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang*. Skripsi, Jurusan Psikologi, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang. Dosen Pembimbing: Dr. Sri Maryati Deliana, M.Si., dan Rulita Hendriyani, S.Psi., M.Si. Kata Kunci: *Kecemasan, Orang Tua, Speech Delay*.

Perkembangan seorang anak pertama kali dimulai dari lingkungan keluarga dan interaksi antara anak dengan orang tua. Awal masa kanak-kanak merupakan saat berkembang pesatnya tugas pokok dalam belajar berbicara, yaitu menambah kosakata, menguasai pengucapan kata dan menggabungkan kata-kata menjadi kalimat. Keterlambatan bicara dapat diketahui dari ketepatan penggunaan kata yang ditandai dengan pengucapan tidak jelas dan dalam berkomunikasi hanya menggunakan bahasa isyarat, sehingga orang tua maupun orang yang ada disekitarnya kurang dapat memahami anak walaupun anak sebenarnya dapat memahami apa yang dibicarakan orang. Hal ini menimbulkan kecemasan pada orang tua. Kecemasan orang tua anak terlambat bicara dapat berupa kekhawatiran atas masa depan anaknya, biaya finansial yang harus dikeluarkan, dan kerepotan-kerepotan lainnya merupakan beban berat yang harus dipikul. Kecemasan menurut Atkinson (1980: 212) adalah emosi tidak menyenangkan yang ditandai dengan istilah-istilah seperti kekhawatiran, keprihatinan dan rasa takut. Oleh karena itu, penelitian ini berusaha mendeskripsikan secara lebih jelas tentang bagaimana kecemasan pada orang tua yang memiliki anak *speech delay*.

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Dr. M. Ashari Kabupaten Pemalang. Subjek penelitian berjumlah 60 orang yang ditentukan menggunakan *Incidental sampling*. Kecemasan diukur dengan menggunakan skala kecemasan yang terdiri dari 50 item. Koefisien reliabilitas skala kecemasan sebesar 0,904. Uji validitas menggunakan teknik *product moment* dengan bantuan software statistik.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kecemasan yang memiliki anak *speech delay* di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang tergolong dalam kategori rendah. Dapat disimpulkan bahwa orang tua sudah bisa menerima keadaan anak yang berumur lebih dari dua tahun mengalami *speech delay*.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB	
1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	9
1.3 Tujuan Penelitian.....	9
1.4 Manfaat Penelitian.....	9
BAB	
2 LANDASAN TEORI	
2.1 Kecemasan	11
2.1.1 Pengertian Kecemasan	11
2.1.2 Gejala Kecemasan	13

2.1.3	Macam-macam Kecemasan	16
2.1.4	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kecemasan	21
2.1.5	Teori Kecemasan	23
2.2	Terlambat Bicara (<i>Speech Delay</i>)	24
2.2.1	Pengertian Terlambat Bicara	24
2.2.2	Jenis Terlambat Bicara	25
2.2.3	Dampak Perkembangan	25
2.3	Kerangka Berpikir.....	26

BAB

3 METODE PENELITIAN

3.1	Jenis Penelitian dan Desain Penelitian	29
3.2	Variabel Penelitian	31
3.2.1	Identifikasi Variabel	31
3.2.2	Definisi Operasional Variabel	31
3.3	Populasi dan Sampel	32
3.3.1	Populasi	32
3.3.2	Sampel	33
3.4	Metode Pengumpulan Data	33
3.5	Validitas dan Reliabilitas	35
3.5.1	Validitas	35
3.5.2	Reliabilitas	38
3.6	Metode Analisis Data	39

BAB

4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1	Persiapan Penelitian.....	40
4.1.1	Penentuan Sampel.....	40
4.2	Pelaksanaan Penelitian.....	40
4.2.1	Menyusun Instrumen Penelitian.....	40
4.2.2	Pengumpulan Data.....	41
4.3	Deskripsi Data Hasil Penelitian.....	42
4.3.1	Gambaran Kecemasan Orang Tua.....	43
4.4	Pembahasan.....	51
4.5	Keterbatasan Penelitian.....	55

BAB

5 PENUTUP

5.1	Simpulan.....	56
5.2	Saran.....	56
DAFTAR PUSTAKA		58
LAMPIRAN		60

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
3.1	Kriteria Skor Skala Kecemasan.....34
3.2	<i>Blue Print</i> Skala Kecemasan Orang Tua.....35
3.3	Hasil Penelitian Instrumen Skala Kecemasan Orang Tua.....37
4.1	Penggolongan Kriteria Analisis Berdasar Mean Hipotetik.....42
4.2	Distribusi Frekuensi Kecemasan Orang Tua.....44
4.3	Distribusi Frekuensi Kecemasan Orang Tua Ditinjau Dari Aspek Fisik.....46
4.4	Distribusi Frekuensi Kecemasan Orang Tua Ditinjau Dari Aspek Psikis.....47
4.5	Distribusi Frekuensi Kecemasan Orang Tua Ditinjau Dari Aspek Kognitif.....49
4.6	Distribusi Frekuensi Ringkasan Analisis Kecemasan Orang Tua.....50

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Kerangka Berpikir.....	26
4.1 Diagram Kecemasan Orang Tua.....	44
4.2 Diagram Kecemasan Orang Tua Ditinjau Dari Aspek Fisik.....	46
4.3 Diagram Kecemasan Orang Tua Ditinjau Dari Aspek Psikis.....	48
4.4 Diagram Kecemasan Orang Tua Ditinjau Dari Aspek Kognitif.....	50
4.5 Diagram Masing-Masing Aspek Kecemasan Orang Tua.....	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Instrumen Penelitian.....	61
2. Tabulasi dan Skor Penelitian.....	68
3. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	75
4. Surat Penelitian.....	82

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kehadiran anak dalam sebuah keluarga merupakan kebahagiaan tersendiri bagi orang tua. Perkembangan anak merupakan hal yang sangat penting dan tidak dapat lepas dari pengamatan orang tua. Perkembangan seorang anak pertama kali dimulai dari lingkungan keluarga dan interaksi antara anak dengan orang tua. Anak adalah seseorang yang belum mencapai tingkat kedewasaan. Bergantung pada sifat referensinya, istilah tersebut bisa berarti seseorang individu di antara kelahiran dan masa pubertas, atau seseorang individu di antara kanak-kanak dan masa pubertas (Kartono 2011: 83).

Anak merupakan individu yang masih dalam usia tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus, baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual, serta masa anak merupakan proses menuju kematangan. Sejak dini anak harus disiapkan untuk dapat berkembang secara optimal sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya, namun tidak setiap anak terlahir dalam kondisi normal. Beberapa anak terlahir dengan kondisi mengalami hambatan dan keterbatasan, di antaranya adalah anak terlambat bicara.

Kemampuan berbicara sangat penting dalam kehidupan anak, yaitu kebutuhan untuk menjadi bagian dari kelompok sosial. Awal kehidupan sangat penting bagi perkembangan bicara anak, karena perkembangan bicara terjadi pada

masa tersebut. Awal masa kanak-kanak merupakan saat berkembang pesatnya tugas pokok dalam belajar berbicara, yaitu menambah kosakata, menguasai pengucapan kata dan menggabungkan kata-kata menjadi kalimat.

Bahasa merupakan tanda atau simbol-simbol dari benda-benda serta menunjuk pada maksud tertentu (Kartono 1995: 126). Bahasa bisa diekspresikan melalui bicara yang berupa simbol verbal. Kemampuan bahasa pada umumnya dapat dibedakan atas kemampuan reseptif (mendengar dan memahami) dan kemampuan ekspresif (berbicara). Individu dalam berkomunikasi dan beradaptasi dengan lingkungan menggunakan sistem lambang untuk bertukar gagasan, pikiran dan emosi.

Menurut Hurlock (1978: 176) bicara adalah bentuk bahasa menggunakan artikulasi atau kata-kata yang digunakan untuk menyampaikan maksud. Apabila anak mengalami masalah dalam bicara, anak akan memisahkan diri karena lingkungan yang tidak mendukung untuk berkembang seperti mengucilkan atau membuatnya menjadi bahan tertawaan. Jika tidak ada yang mengerti keinginan anak tersebut, maka dia akan berhenti untuk berusaha membuat orang lain mengerti. Secara umum bicara merupakan media utama dalam mengekspresikan diri untuk bisa dimengerti oleh orang lain, keterampilan seseorang mengucapkan suara dalam suatu kata dan ketepatan dalam penggunaan kata.

Berdasarkan laporan penelitian Putranti, Mangunatmadja, Pusponegoro (2006) mengatakan bahwa di poliklinik Tumbuh Kembang Swadana RS Dr. Cipto Mangunkusumo pada tahun 2002 terdapat 200 anak mengalami keterlambatan bicara yang memenuhi kriteria inklusi, laki-laki 163 anak (81.5%) dan perempuan

37 anak (18.5%). Sementara itu, observasi yang dilakukan di RSUD Dr. M. Ashari pada bulan Mei tahun 2012 anak-anak yang mengalami keterlambatan bicara berjumlah 30 anak, laki-laki 10 anak dan perempuan 20 anak. Anak yang mengalami keterlambatan bicara berusia prasekolah dan sekolah. Anak prasekolah berusia 3-6 tahun, sedangkan anak usia sekolah 7-12 tahun. Keterlambatan bicara pada anak usia 3 tahun antara lain belum mengerti kalimat, tidak mengerti perintah verbal dan ada yang tidak memiliki minat bermain dengan sesamanya. Anak berusia 3,5 tahun tidak dapat menyelesaikan kata seperti “ayah” yang diucapkan dengan kata “aya”. Anak berusia 4 tahun masih gagap dan tidak dapat dimengerti secara lengkap.

Sikap orang tua atau orang lain di lingkungan rumah yang tidak menyenangkan mempengaruhi anak dalam berbicara, misalnya dalam situasi tegang, marah, dan ketidaksenangan seseorang, sehingga anak akan menghindari untuk berbicara lebih banyak dan menjauhi kondisi yang tidak menyenangkan tersebut serta beberapa gangguan yang menghambat anak terlambat bicara seperti Autisme, ADHD dan Retardasi Mental. Salah satu penyebab terlambat bicara yaitu teknik pengajaran (cara dan komunikasi) yang salah pada anak karena perkembangan anak terjadi dari proses meniru dan pembelajaran dari lingkungan (Putranti, Mangunatmadja & Pusponogoro, 2007).

Hal pertama yang harus dilakukan orang tua anak terlambat bicara adalah menerima dengan sepenuhnya keadaan anak saat ini. Apabila orang tua mengerti akan keadaan anaknya, maka mereka dapat melakukan pola asuh yang sesuai dengan keadaan anak. Sedangkan orang tua yang sulit untuk menerima kondisi

anak dan terlalu menekan, maka orang tua akan semakin sulit untuk berinteraksi dengan anak. Selain orang tua, keluarga besar dan lingkungan sangat diperlukan dalam menghadapi anak terlambat bicara. Orang tua juga harus mempunyai kepekaan terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak-anak seusianya. “Misalnya anak umur dua tahun tentunya sudah bisa bicara, tetapi mengapa anak saya belum bisa bicara?”. Apabila anak mengalami keterlambatan, maka sejak dini orang tua akan berusaha untuk mengatasi keterlambatan pada anaknya dan menjadikan anak normal seusianya sebagai patokan.

Keterlambatan bicara pada anak didefinisikan sebagai ketidaknormalan kemampuan berbicara seseorang anak jika dibandingkan dengan kemampuan anak yang usia dengannya. Dalam PPDGJ-III (2001) gangguan ini disebut Gangguan Berbahasa Ekspresif dengan diagnosa sebagai berikut:

- a. Gangguan perkembangan khas dimana kemampuan anak dalam mengekspresikan bahasa dengan berbicara, jelas dibawah rata-rata anak dalam usia mentalnya, tetapi pengertian bahasa dalam batas-batas normal, dengan atau tanpa gangguan artikulasi.
- b. Meskipun terdapat variasi individual yang luas dalam perkembangan bahasa yang normal, tidak adanya kata atau beberapa kata yang muncul pada usia 2 tahun dan ketidakmampuan dalam mengerti kata majemuk sederhana pada usia 3 tahun, dapat diambil sebagai tanda yang bermakna dari kelambatan.
- c. Ketidakmampuan dalam bahasa lisan sering disertai dengan kelambatan atau kelainan dalam bunyi kata yang dihasilkan.
- d. Penggunaan bahasa *non-verbal* (seperti senyum dan gerakan tubuh) dan bahasa “internal” yang tampak dalam imajinasi atau dalam permainan khayalan harus secara relatif utuh dan kemampuan dalam komunikasi sosial tanpa kata-kata tidak terganggu.
- e. Sebagai kompensasi dari kekurangannya, anak akan berusaha berkomunikasi dengan menggunakan demonstrasi, lagak (*gesture*), mimik, atau bunyi yang non-bahasa.

Masalah keterlambatan bicara pada anak merupakan masalah yang cukup serius yang harus segera ditangani karena merupakan salah satu penyebab gangguan perkembangan yang paling sering ditemukan pada anak. Keterlambatan bicara dapat diketahui dari ketepatan penggunaan kata yang ditandai dengan pengucapan tidak jelas dan dalam berkomunikasi hanya menggunakan bahasa isyarat, sehingga orang tua maupun orang yang ada disekitarnya kurang dapat memahami anak walaupun anak sebenarnya dapat memahami apa yang dibicarakan orang.

Anak terlambat bicara yang terganggu adalah kemampuan penyampaian bahasa verbalnya, sedangkan kemampuan penerimaan bahasanya baik dan juga memiliki bahasa non-verbal yang baik. Semakin dini mendeteksi keterlambatan bicara, maka semakin baik penyembuhan yang dapat dilakukan untuk gangguan tersebut. Apabila keterlambatan bicara non-fungsional, maka harus cepat dilakukan stimulasi dan intervensi yang dapat dilakukan pada anak tersebut. Deteksi dini keterlambatan bicara dilakukan oleh semua individu yang terlibat dalam penanganan anak ini antara lain melibatkan orang tua, keluarga, dokter dan psikolog. Sehingga dalam deteksi dini tersebut bisa mengenali apakah keterlambatan bicara anak merupakan keterlambatan bicara fungsional atau non-fungsional.

Kehidupan anak sangat ditentukan dari dukungan orang tua, hal ini dapat terlihat apabila dukungan orang tua yang sangat baik maka pertumbuhan dan perkembangan anak relatif stabil, tetapi apabila dukungan orang tua kurang baik,

maka anak akan mengalami hambatan pada dirinya yang dapat mengganggu psikologis anak (Alimul dalam Yasin 2007: 3).

Salah satu reaksi orang tua dalam menghadapi anak terlambat bicara adalah kecemasan. Atkinson (1980: 212) menyatakan bahwa kecemasan adalah emosi tidak menyenangkan yang ditandai dengan istilah-istilah seperti kekhawatiran, keprihatinan dan rasa takut yang kadang-kadang kita alami dalam tingkat berbeda-beda. Sedangkan menurut Kaplan, Sadock, dan Grebb (dalam Fausiah 2005: 73) kecemasan adalah respons terhadap situasi tertentu yang mengancam dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup.

Bentuk dari kecemasan orang tua dalam menghadapi anak terlambat bicara dapat berupa kekhawatiran atas masa depan anaknya, biaya finansial yang harus dikeluarkan, dan kerepotan-kerepotan lainnya merupakan beban berat yang harus dipikul oleh orang tua. Hal tersebut merupakan masalah yang cukup berat, sehingga menimbulkan kecemasan pada orang tua (Setyaningrum, 2007: 2). Perasaan tersebut dapat timbul karena menghadapi sesuatu yang baru dan belum pernah dialami sebelumnya. Misalnya, terhambatnya anak dalam bergaul dan keterlambatan komunikasi yang akan menyebabkan gangguan mental pada saat dewasa.

Apabila orang tua mengetahui anaknya berusia 2 sampai 2,5 tahun belum bisa bicara dengan lancar, maka orang tua akan merasa khawatir karena hanya potongan-potongan kata tidak jelas yang diucapkan pada anak. Menurut tahap

perkembangan, anak usia 1,5 tahun paling tidak sudah bisa menggunakan minimal 5 kosakata yang tepat seperti papa, mama dan sebagainya.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan di RSUD Dr. M. Ashari Pematang pada tanggal 21 Mei 2012 melalui observasi dan wawancara dengan 5 orang tua didapatkan hasil bahwa kecemasan yang terjadi pada orang tua anak terlambat bicara disebabkan karena orang tua takut anaknya yang berumur 3 tahun belum bisa bicara, orang tua juga khawatir anaknya tidak bisa bergaul dengan teman-teman seusianya dan apabila anak memasuki usia sekolah, maka akan menjadi masalah pada anak saat mengikuti pelajaran. Sulitnya berkomunikasi dengan anak membuat orang tua dan anak dalam berkomunikasi harus menggunakan bahasa non verbal.

Survei lanjutan yang dilaksanakan tanggal 27 Juli 2012 pada lima orang tua yaitu ibu yang mengantar anaknya untuk terapi di RSUD Dr. M. Ashari Pematang. Ibu Susi berusia dua puluh enam tahun yang mengantar anaknya bernama Santi untuk terapi bicara. Kecemasan ibu terlihat saat anaknya sedang melakukan terapi bicara yaitu bingung, tidak dapat berkonsentrasi dan tegang apabila anaknya tidak bisa sembuh. Ibu Susi yang menderita suatu penyakit gagal ginjal takut apabila ia meninggal tidak ada yang merawat anaknya, memikirkan masa depan anak apabila tidak mempunyai teman karena ucapannya masih sedikit dan anak menjadi tergantung pada ibu.

Ibu Asih berusia tiga puluh lima tahun, memiliki anak bernama Bagas. Pada saat Bagas berusia dua tahun, dia baru bisa mengoceh seperti ma, pa, mimi. Waktu mengetahui anaknya hanya mengoceh ibu langsung membawanya ke

rumah sakit untuk fisioterapi. Ibu Asih takut dengan keadaan anaknya karena ada masalah pendengaran pada bagas yang menyebabkan anak terlambat bicara. Awalnya apabila bagas dipanggil tidak pernah merespon dan ibu harus memanggil dengan nada yang tinggi.

Ibu Widiarti berusia tiga puluh tahun mempunyai anak bernama fazah. Pada usia satu tahun fazah belum bisa bicara dan hanya bisa mengoceh. Perilaku fazah membuat ibu Widiarti kesulitan untuk dapat beristirahat, tidak bisa tidur dan sulit berkonsentrasi. Reaksi emosi pada ibu Widiarti yang tidak menyenangkan karena anaknya berbeda dari anak normal lain yang seusia dengannya.

Ibu Sumarni berusia dua puluh sembilan tahun. Anak pertama yang bernama fian terlambat bicara sejak usia dua tahun. Ibu Sumarni takut, khawatir dan gelisah dengan keadaan anaknya karena usia dua tahun hanya beberapa kata yang diucapkan. Apabila di rumah ibu melarang anaknya untuk bermain dengan teman-temannya karena merasa iri anaknya tidak seperti mereka. Apabila fian ingin bermain, maka dia harus mengajak ibu agar bisa berkomunikasi dengan teman-temannya.

Ibu Harti berusia tiga puluh satu tahun, mempunyai anak bernama sindi yang berusia lima tahun. Kondisi sindi yang terlambat bicara menyulitkan ibunya untuk melakukan aktivitas terutama waktu ibu sakit, sindi tidak ada yang mengurus. Ibu khawatir saat sindi tumbuh menjadi dewasa karena sindi belum bisa mandiri, sering diam dan memiliki respon sedikit.

Retnowati (2000) menjelaskan bahwa kecemasan yang dialami orang tua penderita retardasi mental dapat menggejala dalam bentuk reaksi fisik, psikis

maupun perilaku. Berbagai keluhan seperti migrain, sesak nafas, maag dan keluhan lain, kemungkinan dirasakan oleh orang tua juga keluhan psikologis antara lain berupa sulit tidur, nafsu makan menurun, konsentrasi menurun, mudah tersinggung dan marah bahkan ada yang lebih berat lagi seperti depresi. Tentunya berbagai simptom tersebut bersifat sangat individual dalam arti tidak semua orang tua mempunyai anak retardasi mental mengalami keluhan-keluhan tersebut.

Berdasarkan latar belakang diatas, hampir semua orang tua anak terlambat bicara mengalami kecemasan ketika melihat anaknya tidak bisa berbicara. Karena bicara merupakan media utama seseorang untuk mengekspresikan emosi, pikiran, pendapat dan keinginannya. Oleh karena itu peneliti ingin meneliti kecemasan orang tua yang memiliki anak terlambat bicara di RSUD Dr. M. Ashari Pematang.

1.2 Rumusan Masalah

Dari latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka masalah penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut: bagaimana kecemasan pada orang tua yang memiliki anak terlambat bicara?

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kecemasan pada orang tua yang memiliki anak terlambat bicara.

1.4 Manfaat Penelitian

Berdasarkan tujuan yang hendak dicapai dalam penelitian ini, manfaat yang hendak diharapkan adalah:

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dalam konteks kajian ilmu psikologi, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang sebenarnya mengenai kemampuan tentang kecemasan pada orang tua yang memiliki anak terlambat bicara (*speech delay*).

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu memberikan informasi kepada masyarakat dalam menangani kecemasan pada orang tua yang memiliki anak terlambat bicara (*speech delay*).

BAB 2

LANDASAN TEORI

2.1 Kecemasan

2.1.1 Pengertian Kecemasan

Setiap individu pasti pernah berhadapan dengan kecemasan karena kecemasan merupakan fenomena yang normal. Selain itu kecemasan merupakan suatu reaksi alami yang berfungsi memperingatkan individu terhadap sesuatu yang mungkin mengancam tentang masa depan dan perlu ditangani.

Freud (dalam Feist, 2010: 38) mengatakan bahwa kecemasan merupakan situasi afektif yang dirasa tidak menyenangkan yang diikuti oleh sensasi fisik yang memperingatkan seseorang akan bahaya yang mengancam. Kecemasan merupakan kondisi mood yang negatif yang ditandai dengan simptom-simptom tubuh, ketegangan fisik dan ketakutan pada hal-hal yang akan terjadi.

Kecemasan yang biasanya bermanfaat untuk bertahan hidup justru menimbulkan hal-hal negatif dalam kehidupan. Hal ini tidak menjadi masalah karena kecemasan hanya terjadi sementara waktu. Apabila kecemasan berlangsung cukup lama, maka individu mulai mencemaskan rasa cemas tersebut. Akibatnya, kecemasan yang terjadi dalam diri individu akan berubah menjadi masalah kecemasan.

Menurut Liftiah (2009: 49) kecemasan yang terjadi pada tingkat sedang dapat berfungsi secara positif. Jika kecemasan sudah intens yang dapat

mengacaukan kemampuan seseorang dalam menjalankan kehidupan sehari-hari yang lebih baik, apabila hal tersebut terjadi berarti kecemasan tersebut sudah menjadi gangguan. Gangguan cemas adalah perasaan khawatir yang tidak nyata, tidak masuk akal, tidak sesuai, yang berlangsung terus (intens) atas dasar prinsip yang terjadi (manifes) dan nyata (dirasakan). Perasaan cemas ditandai oleh ketakutan yang difuse, tidak menyenangkan, tidak jelas, seringkali ditandai gejala otonom.

Situasi yang mengancam kesejahteraan individu dapat menimbulkan kecemasan. Ancaman fisik, ancaman terhadap harga diri, dan tekanan untuk melakukan sesuatu di luar kemampuan individu juga dapat menimbulkan kecemasan. Atkinson dkk, (1980: 212) mengatakan bahwa kecemasan adalah emosi yang tidak menyenangkan yang ditandai dengan istilah-istilah seperti kekhawatiran, keprihatinan dan rasa takut yang kadang-kadang kita alami dalam tingkat yang berbeda-beda.

Ollendick (dalam Clerq, 1994: 48) istilah kecemasan (*anxiety*) menunjuk kepada keadaan emosi yang menentang atau tidak menyenangkan yang meliputi interpretasi subyektif dan arousal atau rangsangan fisiologis seperti bernafas lebih cepat, menjadi merah, jantung berdebar-debar dan berkeringat. Sedangkan Kartono (2011: 32) menyatakan kecemasan adalah perasaan campuran berisikan ketakutan dan keprihatinan mengenai masa-masa mendatang tanpa sebab khusus untuk ketakutan tersebut.

Karakteristik utama dari gangguan kecemasan umum adalah perasaan cemas dan takut yang berlangsung terus-menerus serta tidak dapat dikendalikan

perasaan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi dan rasa ketakutan yang sangat kuat yang muncul pada sebagian besar hari selama periode enam bulan dan tidak disebabkan oleh sesuatu yang berkaitan dengan fisik seperti penyakit, obat-obatan atau karena meminum terlalu banyak kopi. Gejala gangguan tersebut meliputi kesulitan untuk dapat beristirahat atau merasa teragitasi, kesulitan untuk berkonsentrasi, irritability, perasaan tegang yang berlebihan, gangguan tidur dan kecemasan yang tidak diinginkan (Wade dan Tavis 2007: 330).

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah suatu kondisi psikologis individu yang berupa kekhawatiran dan kegelisahan sebagai bentuk reaksi terhadap adanya kondisi yang menekan serta perasaan cemas dan takut yang berlangsung terus menerus.

2.1.2 Gejala Kecemasan

Fausiah (2005: 74) menyatakan bahwa kecemasan biasanya disertai dengan gejala fisik seperti sakit kepala, jantung berdebar cepat, dada terasa sesak, sakit perut, tidak tenang dan tidak dapat duduk diam, dll. Sedangkan menurut Kartono (2000: 120) simptom dari kecemasan yang khas terdiri dari lima hal, terdiri dari:

1. Hal-hal yang sangat mencemaskan hatinya; hampir setiap kejadian menyebabkan timbulnya rasa takut dan cemas. Takut = rasa gentar, tidak berani terhadap suatu objek konkrit; misalnya takut harimau, polisi, perampok dan lain-lain. Sedang cemas (gentar, ragu masygul) adalah bentuk ketidakberanian ditambah kerisauan terhadap hal-hal yang tidak jelas. Misalnya: cemas memikirkan hari esok, cemas karena meninggalkan

bayi dan anak-anaknya yang masih kecil di rumah (karena sang ibu bekerja); cemas karena berpisah dengan kekasih dan seterusnya.

2. Emosi yang kuat dan tidak stabil. Suka marah dan sering dalam keadaan excited (heboh, gempar) yang memuncak. Sangat irritable; akan tetapi juga sering dihadapi depresi.
3. Diikuti oleh bermacam-macam fantasi, delusi, ilusi dan delusion of persecution (delusi dikejar-kejar).
4. Sering merasa mual dan muntah-muntah. Badan merasa sangat lelah, banyak berkeringat, bergemetaran dan seringkali menderita diare atau murus.
5. Selalu dipenuhi ketegangan-ketegangan emosional dan bayangan-bayangan kesulitan yang imajiner (yang cuma ada dalam khayalan), walaupun tidak ada perangsang khusus. Ketegangan dan ketakutan-kecemasan yang kronis itu menyebabkan tekanan jantung yang sangat cepat, *tachycardia* (percepatan yang tinggi dari darah) dan *hypertension* atau tekanan darah tinggi.

Halgin (2010: 213) menjelaskan bahwa reaksi dari gangguan kecemasan yang terjadi pada tubuh, perasaan dan pikiran pada individu tidak memiliki hubungan langsung dengan sesuatu yang diamati dalam kehidupan. Apabila individu mengutarakan ketakutan atau kekhawatiran yang spesifik, maka hal tersebut tidak bersifat realistis dan menyangkut beberapa domain. Gejala gangguan tersebut meliputi kesulitan untuk dapat beristirahat atau merasa teragitasi kesulitan untuk berkonsentrasi, irritability, perasaan tegang yang

berlebihan, gangguan tidur dan kecemasan yang tidak diinginkan (Wade & Travis 2007: 330).

Selain itu, Kartono (2000: 121) juga menjelaskan ada beberapa sebab-sebab *anxiety neurosis* atau gangguan kecemasan, yaitu:

1. Ketakutan dan kecemasan yang terus menerus, disebabkan oleh kesusahan-kesusahan dan kegagalan yang bertubi-tubi.
2. Represi terhadap macam-macam masalah emosional, akan tetapi tidak bisa berlangsung secara sempurna (*incomplete repress*).
3. Ada kecenderungan-kecenderungan harga diri yang terhalang (Adler).
4. Dorongan-dorongan seksual yang tidak mendapat kepuasan dan terhambat, sehingga mengakibatkan timbulnya banyak konflik batin (Freud).

Menurut Fausiah (2006: 74) bahwa gejala fisiologis kecemasan meliputi: sakit kepala, jantung berdebar cepat, dada terasa sesak, sakit perut atau tidak tenang dan tidak dapat duduk diam. Sedangkan Hawari (2001: 66) menjelaskan gejala klinis kecemasan memiliki keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan, antara lain: 1) cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, 2) merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut, 3) takut sendirian, takut pada keramaian, dan banyak orang, 4) gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan, 5) gangguan konsentrasi dan daya ingat, 6) keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdengging, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan sebagainya.

David Barlow (1988) menghadirkan suatu model penafsiran tentang cemas sebagai kejadian-kejadian yang melibatkan aspek biologis, psikologis dan tekanan. Sifat gangguan kecemasan menghasilkan respon secara fisik maupun psikologis. Respon fisik misalnya: perut seakan diikat, jantung berdebar lebih keras, berkeringat, nafas tersengal. Orang yang menderita gangguan kecemasan mengalami reaksi ini sering kali dan lebih berat, menyebabkan mereka tertekan dan menyebabkan mereka tidak dapat melakukan pekerjaan mereka sehari-hari. Mereka menjadi sangat waspada, karena sangat takut terhadap bahaya. Akibatnya mereka sulit untuk rileks dan juga sulit merasa enak, nyaman dalam berbagai situasi (Liftiah 2009: 50).

Berdasarkan beberapa pendapat mengenai gejala kecemasan diatas dapat disimpulkan bahwa gejala-gejala yang muncul dari kecemasan setiap individu dapat bersifat psikologis dan fisiologis. Kondisi psikologis terdiri dari gejala kognitif atau emosi seperti takut, bingung, khawatir, tidak konsentrasi, suka marah, perhatian terganggu. Sedangkan kondisi fisiologis sebagai dampaknya seperti sulit tidur, jantung berdetak cepat, sakit kepala, keluar keringat dingin dan sebagainya.

2.1.3 Macam-macam Kecemasan

Menurut *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* edisi 4 (2005: 393-444) kecemasan dikategorikan sebagai berikut: 1) gangguan panik tanpa agorapobia, 2) gangguan panik dengan agorapobia, 3) agorapobia tanpa riwayat gangguan panik, 4) pobia spesifik, 5) pobia sosial, 6) gangguan obsesif-kompulsif, 7) gangguan stres paska trauma, 8) gangguan stres akut, 9)

gangguan kecemasan umum, 10) gangguan kecemasan disebabkan oleh kondisi medis umum, 11) gangguan kecemasan dihubungkan dengan penggunaan zat, 12) gangguan kecemasan YTT. Dari beberapa macam kecemasan diatas dapat dijelaskan secara lebih jelas, yaitu:

2.1.3.1 Gangguan panik tanpa Agorapobia

Individu tidak merasakan khawatir berada di tempat atau situasi sosial, seperti berada di tengah kerumunan, bepergian dengan bus atau menunggu antrian (Barlow 2006: 176).

2.1.3.2 Gangguan panik dengan Agorapobia

Perasaan takut pada suatu tempat dimana individu merasa sangat sulit untuk melarikan diri. Sedangkan menurut Kumala (2007) adapun kriteria gangguan panik dengan agorapobia antara lain: a) Adanya serangan panik yang tidak diharapkan, b) Sekurangnya satu serangan telah diikuti oleh sekurangnya 1 bulan atau lebih berikut ini: (a) Kekhawatiran yang menetap akan mengalami serangan tambahan, (b) Ketakutan tentang arti serangan atau akibatnya (misalnya kehilangan kendali, menderita serangan jantung, dan menjadi gila), (c) Perubahan perilaku bermakna berhubungan dengan serangan.

2.1.3.3 Agorapobia tanpa riwayat gangguan panik

Merupakan rasa takut pada suatu tempat dimana individu merasa sangat sulit untuk memperoleh pertolongan kecuali fokus ketakutan pada kejadian yang sangat memalukan. Sedangkan Jiwo (2012: 3) menjelaskan bahwa agorapobia tanpa riwayat gangguan panik yaitu kecemasan untuk

menghindari tempat atau situasi dimana individu merasa malu untuk pergi dan mulai terserang panik.

2.1.3.4 Fobia spesifik

Fobia spesifik ditandai dengan adanya ketakutan yang signifikan terhadap objek tertentu atau situasi dan keinginan untuk menghindarinya.

2.1.3.5 Fobia sosial

Fobia sosial ditandai dengan adanya kecemasan yang besar dimana individu dihadapkan pada beberapa jenis situasi sosial atau kinerja dan keinginan untuk menghindari sesuatu yang akan mempermalukannya.

2.1.3.6 Gangguan obsesif-kompulsif

Gangguan Obsesif-kompulsif ini ditandai adanya pikiran, impuls atau keinginan tak tertahankan (obsesi) untuk melakukan tindakan irasional atau yang tampaknya tanpa tujuan atau ritual (kompulsif). Individu dikatakan menderita gangguan obsesif-kompulsif jika menunjukkan perilaku obsesif saja, kompulsif saja atau keduanya.

2.1.3.7 Gangguan stres paska trauma

Reaksi psikologis yang ditandai oleh perasaan ketakutan yang sering dan mengalami suatu peristiwa traumatis. Peristiwa traumatis tersebut menyebabkan emosi dan reaksi fisik bersama dengan keinginan untuk menghindari sesuatu yang mengingatkan tentang peristiwa tersebut.

2.1.3.8 Gangguan stres akut

Perkembangan dari karakteristik kecemasan yang terjadi paling tidak selama satu bulan setelah menghadapi peristiwa yang sangat traumatis.

Meskipun demikian selama mengalami peristiwa traumatik individu memiliki perasaan kehampaan atau ketidak adanya respon emosional.

2.1.3.9 Gangguan kecemasan umum

Gangguan kecemasan umum ditandai dengan adanya kecemasan dan kekhawatiran berlebihan tentang sesuatu hal yang paling tidak terjadi selama enam bulan. Kemudian diperjelas oleh Cattell dan Scheier (dalam De Clerg, 1994: 49) bahwa reaksi emosi sementara yang timbul pada situasi tertentu yang dirasakan sebagai suatu ancaman yang disebut *State anxiety*. *State anxiety* beragam dalam hal intensitas dan waktu. Keadaan ini ditentukan oleh perasaan ketegangan yang subyektif.

2.1.3.10 Gangguan kecemasan disebabkan kondisi medis umum

Gejala kecemasan yang disebabkan oleh kondisi umum kesehatan. Gejala utama kecemasan tersebut yang diduga menjadi akibat langsung kejiwaan (psikologis) dari kondisi umum kesehatan.

2.1.3.11 Gangguan kecemasan dihubungkan dengan penggunaan zat

Gangguan kecemasan yang disebabkan oleh zat sebagai gejala utama kecemasan yang merupakan akibat langsung dari penyalahgunaan narkoba, minum obat atau terkena zat beracun.

2.1.3.12 Gangguan kecemasan yang tidak tergolongkan (YTT)

Gejala kecemasan yang tidak diatur secara khusus atau tidak dapat dikriteriakan ke dalam gejala kecemasan yang tidak mempunyai cukup informasi atau pertentangan.

Adanya berbagai faktor yang menimbulkan perasaan cemas atau takut itu, menimbulkan suatu perasaan yang berbahaya, yang tidak selalu jelas apa penyebabnya. Freud (dalam Wiramihardja, 2005: 68) membagi kecemasan menjadi 3 jenis, yaitu: 1) kecemasan yang sumbernya bersifat objektif atau kecemasan nyata, yang juga disebut takut (*fear*), 2) kecemasan neurotik, yaitu kecemasan yang tidak memperhatikan sebab dan ciri-ciri khas yang objektif, 3) kecemasan sebagai akibat dari adanya keinginan yang bertahan oleh hati nurani (*conscience*).

Adanya kecemasan, biasanya kita tidak dapat secara jelas mengemukakan apa yang berbahaya dan walaupun kita mampu menyebutkannya, kita merasa bahwa orang lain hampir dapat dipastikan tidak dapat mengerti masalah apa yang sedang kita hadapi. Selain kejadian-kejadian yang kita antisipasi, kita juga mengenal kejadian-kejadian mendadak yang mencemaskan, yang tidak selalu dapat diprediksikan secara jelas dari lingkungan aktual kita (Wiramihardja, 2005: 68). Sedangkan Liftiah (2009: 51) mengatakan bahwa gangguan yang termasuk dalam gangguan kecemasan adalah: fobia, gangguan panik, gangguan kecemasan yang tergeneralisasikan, gangguan obsesif-kompulsif dan gangguan stress pasca trauma.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa kecemasan orang tua yang memiliki anak terlambat bicara termasuk dalam gangguan kecemasan umum karena kekhawatiran orang tua tentang masa depan anaknya dianggap sebagai keadaan yang mengancam.

2.1.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Lewin (dalam Irwanto, dkk, 1994: 209) menyatakan kecemasan yang dialami seseorang disebabkan oleh adanya konflik dalam diri individu dan adanya ketidaksesuaian antara keinginan yang besar terhadap sesuatu yang ingin diraih dengan kenyataan yang ada. Sedangkan Atkinson (1980: 212) mengatakan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keberadaan kecemasan adalah konflik, frustrasi, ancaman fisik dan ancaman harga diri, serta adanya tekanan untuk melakukan sesuatu di luar kemampuan diri.

Lazarus (dalam De Clerq, 1994: 14) juga mengemukakan beberapa faktor yang mempengaruhi kecemasan yaitu: konflik, frustrasi, pengalaman yang tidak menyenangkan dan lingkungan yang tidak menyenangkan. Sedangkan Freud (dalam Suryabrata, 1983: 160) salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan adalah lingkungan di sekitar individu. Pendapat ini didukung oleh Sarwono (1992: 24) yang mengatakan bahwa kecemasan disebabkan karena faktor lingkungan yang mengancam atau membahayakan keberadaan, kesejahteraan, serta kenyamanan diri seseorang.

Thallis (1992: 19) terdapat beberapa faktor yang menimbulkan kecemasan, yaitu: 1) Faktor individu, yang meliputi rasa kurang percaya diri pada individu, merasa memiliki masa depan tanpa tujuan dan perasaan tidak mampu bekerja. 2) Faktor lingkungan, yang berkaitan dengan dukungan emosional yang rendah dari orang lain sehingga individu merasa tidak dicintai orang lain, tidak memiliki rasa kasih sayang, tidak memiliki dukungan dan motivasi.

Smet (1994: 131) menjelaskan bahwa faktor pribadi tergolong di dalam faktor kecemasan, yaitu kondisi yang ada dalam diri individu, diantaranya tingkat pendidikan, usia dan jenis kelamin yang mempengaruhi reaksi seseorang terhadap tekanan. Hal tersebut ditegaskan oleh Priest (1994: 11) yang mengemukakan bahwa hal yang mempengaruhi kecemasan individu adalah situasi pada diri individu yang dirasakan belum siap untuk menghadapi hal-hal seperti pergaulan, kehamilan, menuju usia tua, kesehatan dan masalah pekerjaan yang pada akhirnya akan menjadi suatu konflik dalam diri individu sehingga dapat menimbulkan kecemasan.

Konsep lain yang dijelaskan oleh Hawari (2001: 65) menjelaskan bahwa seseorang akan menderita cemas manakala yang bersangkutan tidak mampu mengatasi stresor psikososial yang dihadapinya. Tetapi pada orang tertentu meskipun tidak ada stresor psikososial akan menunjukkan kecemasan juga yang ditandai dengan ciri-ciri *kepribadian pencemas*, antara lain: 1) cemas, khawatir, tidak tenang, ragu dan bimbang, 2) memandang masa depan dengan rasa was-was (khawatir), 3) kurang percaya diri, gugup apabila tampil di muka umum “demam panggung”, 4) sering merasa tidak bersalah, menyalahkan orang lain, 5) tidak mudah mengalah, suka “ngotot”, 6) gerakan sering salah, tidak tenang bila duduk, gelisah, 7) seringkali mengeluh ini dan itu (keluhan keluhan somatik), khawatir berlebihan terhadap penyakit, 8) mudah tersinggung, suka membesar-besarkan masalah yang kecil (dramatisasi), 9) dalam pengambilan keputusan sering diliputi rasa bimbang dan ragu. 10) bila mengemukakan sesuatu atau bertanya seringkali diulang-ulang, 11) kalau sedang emosi sering bertindak histeris.

Maslim (2001: 105) menyebutkan ciri-ciri gangguan kepribadian cemas (menghindar) antara lain: 1) perasaan tegang dan takut yang menetap dan pervasif, 2) merasa dirinya tak mampu, tidak menarik atau lebih rendah dari orang lain, 3) preokupasi yang berlebihan terhadap kritik dan penolakan dalam situasi sosial, 4) keengganan untuk terlibat dengan orang lain kecuali merasa yakin akan disukai, 5) pembatasan dalam gaya hidup karena alasan keamanan fisik, 6) menghindari aktivitas sosial atau pekerjaan yang banyak melibatkan kontak interpersonal karena takut dikritik, tidak didukung atau ditolak.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi kecemasan yaitu konflik, frustrasi, keadaan pribadi individu dan pengalaman tidak menyenangkan.

2.1.5 Teori Kecemasan

De clerq (1994: 78) membagi teori kecemasan menjadi tiga macam yaitu: 1) Teori Psikodinamis, pandangan ini mengasumsikan sumber kecemasan adalah konflik internal dan tidak disadari. Sullivan (dalam De Clerq 1994: 78) mengatakan bahwa kecemasan adalah penghayatan tegangan akibat adanya ancaman nyata atau luarnya dibayangkan terhadap keamanan individu. 2) Teori Behavioral, kecemasan digerakkan oleh peristiwa eksternal daripada oleh konflik yang internal. 3) Social Theory Learning, proses kognitif mempengaruhi kejadian lingkungan dengan perkembangan kecemasan dan tingkah laku fobia. Pandangan kognitif memusatkan pada bagaimana orang cemas berpikir tentang situasi dan bahaya potensial. Sedangkan SLT menganggap fobia sebagai hasil kombinasi antara mempelajari tingkah laku melalui pengalaman traumatis atau modeling

dengan proses kognitif yang salah yaitu interpretasi dan harapan yang salah dan tidak realistik tentang diri seseorang (De Clerq, 1994: 81).

2.2 Terlambat Bicara (*Speech Delay*)

2.2.1 Pengertian Terlambat Bicara

Keterlambatan bicara tidak hanya mempengaruhi penyesuaian sosial dan pribadi anak, tetapi juga mempengaruhi penyesuaian akademis mereka. Kemampuan membaca yang merupakan mata pelajaran pokok pada awal sekolah anak. Keadaan ini dapat mempengaruhi kemampuan anak dalam mengeja. Apabila hal ini terjadi, maka akan menimbulkan rasa benci untuk bersekolah dan akan menghambat prestasi akademis anak.

Menurut Papalia (2008: 345) menjelaskan bahwa anak terlambat bicara adalah anak pada usia 2 tahun memiliki kecenderungan salah dalam menyebutkan kata, memiliki perbendaharaan kosakata yang buruk pada usia 3 tahun atau memiliki kesulitan menamai objek pada usia 5 tahun. Keadaan anak yang seperti itu nantinya mempunyai kecenderungan tidak mampu dalam hal membaca.

Hurlock (1978: 194-195), mengatakan tingkat perkembangan bicara berada di bawah tingkat kualitas perkembangan bicara anak yang secara umumnya sama yang dapat diketahui dari ketetapan penggunaan kata. Apabila pada saat teman sebaya mereka berbicara dengan menggunakan kata-kata, sedangkan si anak terus menggunakan bahasa isyarat dan gaya bicara bayi, maka anak tersebut dianggap orang lain terlalu muda untuk diajak bermain.

Berdasarkan pendapat Papalia (2008: 345) dan Hurlock (1978: 194-195) yang telah dijelaskan di atas dapat disimpulkan definisi anak yang mengalami

terlambat bicara adalah hubungan sosial anak akan terhambat apabila tingkat kualitas perkembangan bicara anak berada di bawah tingkat kualitas perkembangan bicara anak seusianya.

2.2.2 Jenis Terlambat Bicara (*speech delay*)

Menurut Van Tiel (2011: 34) ada beberapa jenis *speech delay*, antara lain:

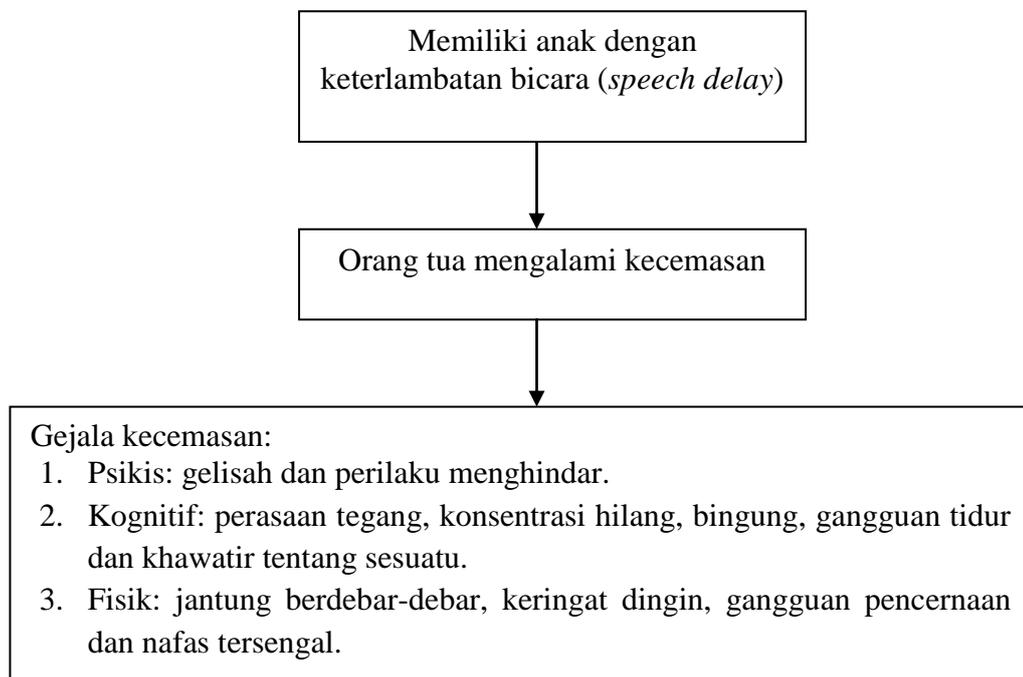
1) *Speech and Language Expressive Disorder* yaitu anak mengalami gangguan pada ekspresi bahasa. 2) *Specific Language Impairment* yaitu gangguan bahasa merupakan gangguan primer yang disebabkan karena gangguan perkembangannya sendiri, tidak disebabkan karena gangguan sensoris, gangguan neurologis dan gangguan kognitif (inteligensi). 3) *Centrum Auditory Processing Disorder* yaitu gangguan bicara tidak disebabkan karena masalah pada organ pendengarannya. Pendengarannya sendiri berada dalam kondisi baik, namun mengalami kesulitan dalam pemrosesan informasi yang tempatnya di dalam otak. 4) *Pure Dysphatic Development* yaitu gangguan perkembangan bicara dan bahasa ekspresif yang mempunyai kelemahan pada sistem fonetik. 5) *Gifted Visual Spatial Learner* yaitu karakteristik *gifted visual spatial learner* ini baik pada tumbuh kembangnya, kepribadiannya, maupun karakteristik *giftedness*-nya sendiri. 6) *Disynchronous Developmental* yaitu perkembangan seorang anak *gifted* pada dasarnya terdapat penyimpangan perkembangan dari pola normal. Ada ketidaksinkronan perkembangan internal dan ketidaksinkronan perkembangan eksternal.

2.2.3 Dampak Perkembangan

Resiko terlambat bicara menyangkut tuntutan sosial dan pendidikan yang dihadapi anak. Menurut Mangunsong (2009: 121) resiko perkembangan terlambat

bicara yaitu: 1) kemampuan konseptual dan prestasi pendidikan, hal ini tidak menunjukkan efek buruk pada perkembangan pendidikan dan kognitif anak karena tidak tergantung pada pemahaman dan penggunaan bahasa. 2) faktor personal dan sosial, terlambat bicara menyebabkan resiko negatif pada hubungan interpersonal dan perkembangan konsep diri pada anak. Ketidapahaman orang lain ketika berkomunikasi dapat menyebabkan rasa rendah diri pada anak.

2.3 Kerangka Berpikir



Gambar 2.1 Kerangka Berpikir

Dalam uraian sebelumnya Freud (dalam Feist, 2010: 38) mengatakan bahwa kecemasan merupakan situasi afektif yang dirasa tidak menyenangkan yang diikuti oleh sensasi fisik yang memperingatkan seseorang akan bahaya yang mengancam. Kecemasan merupakan kondisi *mood* yang negatif yang ditandai dengan simptom-simptom tubuh, ketegangan fisik dan ketakutan pada hal-hal yang akan terjadi.

Salah satu yang dapat menimbulkan ancaman, kekhawatiran dan tekanan pada orang tua adalah mempunyai anak terlambat bicara (*speech delay*), karena terlambat bicara merupakan salah satu hambatan yang dimiliki anak dalam berkomunikasi, sehingga anak akan sulit berinteraksi dengan teman dan lingkungan sekitarnya. Anak menjadi kurang percaya diri, tidak mandiri dan ingin selalu bersama dengan orang tua untuk bisa berkomunikasi dengan lingkungan.

Setyaningrum (2007: 2) mengatakan bahwa kecemasan yang dialami oleh orang tua yang mempunyai anak berkelainan akan mempengaruhi kehidupan pribadi suami dan istri juga anggota keluarga lainnya. Tidak sedikit pasangan suami istri mengalami konflik karena tidak ada kesamaan persepsi tentang anaknya dan tidak saling mendukung, walaupun melalui proses dan perjalanan waktu, akhirnya kenyataan itu dapat diterima. Dikatakan bahwa kecemasan merupakan suatu kondisi psikologis individu yang berupa kekhawatiran dan kegelisahan sebagai bentuk reaksi terhadap adanya kondisi yang menekan serta perasaan cemas dan takut yang berlangsung terus menerus.

Adanya hambatan anak dalam berkomunikasi menjadikan orang tua mengalami kecemasan. Gejala kecemasan yang muncul dari orang tua yaitu secara

fisik, psikis dan kognitif. Kecemasan yang muncul dari gejala psikis, yaitu: gelisah dan perilaku menghindar. Kecemasan dari gejala kognitif, yaitu: perasaan tegang, konsentrasi hilang, bingung, gangguan tidur dan khawatir tentang sesuatu. Sedangkan kecemasan dari gejala fisik antara lain: jantung berdebar-debar, keringat dingin, gangguan pencernaan dan nafas tersengal.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dijelaskan metode penelitian yang digunakan untuk mengungkapkan masalah yang diteliti. Penelitian ilmiah merupakan kegiatan yang bertujuan menemukan, mengembangkan dan menguji kebenaran suatu pengetahuan dengan menggunakan cara-cara ilmiah dan metode tertentu yang sistematis.

Adapun beberapa hal yang berkaitan dengan metode penelitian yang meliputi jenis dan desain penelitian, variabel penelitian, populasi dan sampel, metode pengumpulan data, validitas dan reliabilitas, serta metode analisis data.

3.1 Jenis Penelitian dan Desain Penelitian

Penelitian dapat diklasifikasikan dari berbagai cara dan sudut pandang (Azwar, 2012: 5). Dilihat dari pendekatan analisisnya, penelitian dibagi atas dua macam, yaitu pendekatan kualitatif dan pendekatan kuantitatif.

Jenis penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Azwar (2012: 5) menjelaskan bahwa penelitian dengan pendekatan kuantitatif menekankan analisisnya pada data-data numerikal (angka) yang diolah dengan metoda statistika.

Melihat kedalaman analisisnya, penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif. Azwar (2012: 7) menjelaskan penelitian deskriptif adalah penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan secara sistematis dan akurat fakta dan

karakteristik mengenai populasi atau bidang tertentu, serta menggambarkan situasi dan kejadian. Azwar (2012: 6) menguatkan pendapat di atas dengan menyatakan bahwa:

“tujuan penelitian deskriptif yaitu menganalisis dan menyajikan fakta secara sistematis sehingga dapat lebih mudah untuk difahami dan disimpulkan. Kesimpulan yang diberikan secara jelas dasar faktualnya sehingga semuanya selalu dapat dikembalikan langsung pada data yang diperoleh. Uraian kesimpulan didasari oleh angka yang diolah tidak secara terlalu dalam. Kebanyakan pengolahan datanya didasarkan pada analisis presentase dan analisis kecenderungan”.

Istilah “deskriptif” berasal dari bahasa Inggris yaitu *to describe* yang berarti memaparkan atau menggambarkan sesuatu hal, misalnya keadaan, kondisi, situasi, peristiwa, kegiatan, dan lain-lain. Dengan demikian yang dimaksud dengan penelitian deskriptif adalah penelitian yang dimaksudkan untuk menyelidiki keadaan, kondisi, dan lain-lain yang hasilnya dipaparkan dalam bentuk laporan penelitian (Arikunto, 2010: 3).

Desain penelitian deskriptif bertujuan untuk memberikan deskripsi mengenai subjek penelitian berdasarkan data dari variabel yang diperoleh dari kelompok subjek yang diteliti dan tidak dimaksudkan untuk pengujian hipotesis (Azwar, 2010: 126).

Setelah data terkumpul lalu diklasifikasikan menjadi dua kelompok data, yaitu data kuantitatif yang berbentuk angka-angka dan data kualitatif yang dinyatakan dalam kata-kata atau simbol. Data kualitatif yang berbentuk kata-kata tersebut disisihkan untuk sementara, karena akan sangat berguna untuk menyertai dan melengkapi gambaran yang diperoleh dari analisis data kuantitatif (Arikunto, 2006: 239).

3.2 Variabel Penelitian

3.2.1 Identifikasi Variabel

Identifikasi variabel penelitian merupakan langkah penetapan variabel-variabel utama dalam penelitian dan penentuan fungsinya masing-masing (Azwar, 2012: 61). Variabel penelitian adalah konsep mengenai atribut atau sifat yang terdapat pada subjek penelitian yang dapat bervariasi secara kuantitatif ataupun secara kualitatif (Azwar, 2012: 59).

Sutrisno Hadi dalam Arikunto (2006: 116) mendefinisikan variabel sebagai gejala yang bervariasi. Gejala adalah objek penelitian, sehingga variabel adalah objek penelitian yang bervariasi. Variabel penelitian sebagai objek penelitian, atau apa yang menjadi titik perhatian suatu penelitian (Arikunto 2006: 118).

3.2.2 Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional merupakan suatu definisi mengenai variabel yang dirumuskan berdasarkan karakteristik-karakteristik variabel tersebut yang dapat diamati (Azwar, 2012: 74). Dalam pelaksanaan penelitian, batasan atau definisi suatu variabel tidak dibiarkan *ambiguous*, yakni memiliki makna ganda, atau tidak menunjukkan indikator yang jelas (Azwar, 2012: 72). Tuckman dalam Azwar (2012: 74) menguraikan beberapa cara untuk merumuskan definisi operasional sebagai berikut:

1. Definisi operasional dapat dirumuskan berdasarkan proses apa yang harus dilakukan agar variabel yang didefinisikan itu terjadi.

2. Definisi operasional dibuat berdasarkan bagaimana cara kerja variabel yang bersangkutan, yaitu apa yang menjadi sifat dinamikanya.
3. Definisi operasional dibuat berdasarkan kriteria pengukuran yang diterapkan pada variabel yang didefinisikan.

Dalam penelitian ini definisi operasional variabel dibuat berdasarkan metode dan alat ukur yang dipilih, serta kerangka teori yang digunakan. Definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: kecemasan orang tua yaitu kekhawatiran yang muncul karena terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan dan muncul gejala-gejala seperti jantung berdebar-debar, keringat dingin, gangguan pencernaan, nafas tersengal, perasaan tegang, konsentrasi hilang, bingung, gangguan tidur.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Azwar (2012: 77) mendefinisikan populasi sebagai kelompok subjek yang hendak dikenai generalisasi hasil penelitian. Kelompok subjek ini harus memiliki ciri-ciri atau karakteristik-karakteristik bersama yang membedakannya dari kelompok subjek yang lain”.

“Semakin sedikit karakteristik populasi yang diidentifikasi maka populasi akan semakin heterogen dikarenakan berbagai ciri subjek akan terdapat dalam populasi. Sebaliknya, semakin banyak ciri subjek yang disyaratkan sebagai populasi, yaitu semakin spesifik karakteristik populasinya maka populasi itu akan menjadi semakin homogen” (Azwar, 2012: 78).

Arikunto (2006: 130) mendefinisikan populasi adalah keseluruhan subjek penelitian. Populasi menunjukkan pada sejumlah individu yang paling sedikit

mempunyai sifat atau ciri yang sama. Karakteristik dalam populasi ini adalah orang tua yang memiliki anak *speech delay* di RSUD Dr. M. Ashari Pematang dengan jumlah populasi dalam penelitian ini sebanyak 70 orang tua.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti. Dinamakan penelitian sampel apabila kita bermaksud untuk menggeneralisasikan hasil penelitian sampel (Arikunto, 2006: 131).

Teknik sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *incidental sampling*. *Incidental sampling* adalah pengambilan sampel dengan mengambil sampel dalam populasi yang hadir pada waktu pengumpulan data, atau secara “kebetulan” ditemui peneliti (Bungin, 2010: 116). Teknik *incidental sampling* digunakan dalam penelitian ini karena tidak semua subjek dalam populasi atau orang tua yang mengantar anak terapi di RSUD Dr. M. Ashari Pematang hadir dalam satu waktu yang sama dan serempak. Jumlah sampel yang akan digunakan dalam penelitian ini sebanyak 60 subjek.

3.4 Metode dan Alat Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan skala psikologi. Metode skala adalah metode yang mendasarkan diri pada laporan tentang diri sendiri / *self report* / setidaknya pada pengetahuan dan atau pada keyakinan diri sendiri (Hadi, 2001: 157). Sebagai alat ukur, skala psikologi memiliki karakteristik khusus yang membedakannya dari berbagai bentuk alat pengumpulan data yang lain seperti angket (*questionnaire*), daftar

isian, inventori, dan lain-lainnya. Pada penelitian ini menggunakan sumber data primer yaitu orang tua.

Penelitian ini menggunakan skala berbentuk pernyataan dan sifat aitemnya tertutup. Skala tersebut disusun dengan dua jenis aitem yaitu aitem yang searah dengan pernyataan (*favorable*) dan aitem yang tidak searah dengan pernyataan (*unfavorable*). Hal ini sesuai dengan pola yang dikembangkan oleh Likert yang sering disebut dengan skala Likert. Dalam skala Likert mempunyai lima tingkat jawaban mengenai kesesuaian responden terhadap isi pernyataan itu, Selalu (SL), Sering (SR), Netral (N), Kadang-Kadang (KD) dan Tidak Pernah (TP).

Format respon dengan empat alternatif jawaban tersebut tidak mencantumkan alternatif jawaban netral karena untuk menghindari kecenderungan subjek memilih jawaban netral jika subjek ragu-ragu untuk memberikan jawaban (Azwar, 2008: 35).

Tabel 3.1 Kriteria Skor Skala Kecemasan

Jawaban	Skor	
	Favorabel	Unfavorabel
Selalu (SL)	4	1
Sering (SR)	3	2
Kadang-Kadang (KD)	2	3
Tidak Pernah (TP)	1	4

Tabel 3.2 *Blue Print* Skala Kecemasan Orang Tua

No.	Aspek	Indikator	Item		Total
			Favorable	Unfavorable	
1.	Gejala Fisik	1. Jantung berdebar-debar	3, 26, 30, 33	-	4
		2. Keringat dingin	11, 37, 39, 46	-	4
		3. Gangguan pencernaan	22, 48, 50	-	3
		4. Nafas tersengal	4, 15	18, 49	4
2.	Gejala Psikis	1. Gelisah	12, 29, 36	1, 14	5
		2. Perilaku menghindar	8, 21, 27	32, 45	5
3.	Gejala Kognitif	1. Perasaan tegang	6, 13	2, 9, 23	5
		2. Konsentrasi hilang	20, 31, 44	25, 35	5
		3. Bingung	17, 38, 43	5, 28	5
		4. Gangguan tidur	7, 24, 40	10, 19	5
		5. Khawatir tentang sesuatu	16, 42, 47	34, 41	5
Jumlah			32	18	50

3.5 Validitas dan Reliabilitas

3.5.1 Validitas

Azwar (2011: 5) mengatakan bahwa validitas berasal dari kata *validity* yang mempunyai arti sejauhmana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya. Berdasarkan instrumen yang digunakan dalam penelitian ini maka validitas yang digunakan adalah validitas konstruk. Azwar (2011: 48) menyatakan bahwa validitas konstruk yaitu tipe validitas yang

menunjukkan sejauhmana tes mengungkap suatu *trait* atau konstruk teoritik yang hendak diukurnya. Untuk menguji validitas tiap-tiap item dalam instrumen digunakan teknik *product moment*.

Adapun rumus *product moment* adalah sebagai berikut:

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan:

r_{xy} : koefisien korelasi antara item dan total

$\sum XY$: jumlah perkalian nilai item dengan soal

$\sum X$: jumlah nilai masing-masing item

$\sum Y$: jumlah nilai total

N : jumlah subjek

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini diujicobakan pada subjek yang telah ditentukan dengan tujuan mengetahui tingkat validitas instrumen penelitian. Pelaksanaan uji coba instrumen dilakukan bersama dengan pelaksanaan penelitian yaitu dengan menggunakan *tryout* terpakai yaitu penyebaran skala dilakukan hanya sekali dan semua jawaban yang diberikan oleh subjek akan diolah dan dianalisis sebagai hasil penelitian.

Pengujian validitas instrumen penelitian menggunakan bantuan program komputer yaitu software statistik. Item dinyatakan valid apabila derajat signifikansi kurang dari 0,05 atau lebih kecil dari taraf signifikansi 5% dan sebaliknya item dinyatakan tidak valid apabila memiliki derajat signifikansi lebih

dari 0,05 atau lebih besar dari taraf signifikansi 5% dan selanjutnya item tidak valid ini dinyatakan gugur.

Berdasarkan hasil uji validitas diperoleh hasil bahwa skala kecemasan orang tua yang terdiri dari 50 item, memiliki 38 item yang dinyatakan valid dan 12 item lainnya dinyatakan tidak valid atau gugur. Item yang dinyatakan valid memiliki tingkat signifikansi terendah 0,000 dan tingkat signifikansi paling tinggi sebesar 0,05.

Tabel 3.3 Hasil Penelitian Instrumen Skala Kecemasan Orang Tua

No.	Aspek	Indikator	Item		Total
			Favorable	Unfavorable	
1.	Gejala Fisik	1. Jantung berdebar-debar	3, 26, 30*, 33	-	4
		2. Keringat dingin	11, 37, 39, 46	-	4
		3. Gangguan pencernaan	22, 48, 50	-	3
		4. Nafas tersengal	4, 15	18, 49	4
2.	Gejala Psikis	1. Gelisah	12, 29, 36	1*, 14*	5
		2. Perilaku menghindar	8*, 21, 27	32, 45*	5
3.	Gejala Kognitif	1. Perasaan tegang	6, 13	2*, 9*, 23	5
		2. Konsentrasi hilang	20, 31, 44*	25, 35*	5
		3. Bingung	17, 38, 43	5*, 28*	5
		4. Gangguan tidur	7, 24, 40	10, 19	5
		5. Khawatir tentang sesuatu	16, 42, 47	34, 41*	5
Jumlah			32	18	50

Keterangan: (*) item tidak valid atau gugur

3.5.2 Reliabilitas

Azwar (2011: 4) menyatakan bahwa reliabilitas merupakan penerjemahan dari kata *reliability* yang mempunyai asal kata *rely* dan *ability*. Pengukuran yang memiliki reliabilitas tinggi disebut sebagai pengukuran yang reliabel (*reliable*). Reliabilitas mempunyai berbagai nama lain seperti keterpercayaan, keterandalan, keajegan, kestabilan, konsistensi, dan sebagainya. Konsep reliabilitas adalah sejauhmana hasil suatu pengukuran dapat dipercaya (Azwar, 2011: 4). Dalam penelitian ini reliabilitas dihitung dengan menggunakan teknik analisis reliabilitas dengan formula *alpha* dari Cronbach, dengan rumus:

$$r_n = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma b^2}{\sigma t^2} \right)$$

Keterangan:

r_n : Reliabilitas instrument

k : Banyaknya pertanyaan

$\sum \sigma b^2$: Jumlah varian butir

σt^2 : Varian total

Reliabilitas dinyatakan oleh koefisien reliabilitas dengan rentang angka 0 sampai 1,00. Koefisien reliabilitas yang mendekati angka 1,00 berarti alat ukur yang digunakan memiliki reliabilitas yang tinggi, dan sebaliknya angka yang mendekati 0 berarti memiliki reliabilitas alat ukur yang rendah (Azwar, 2010: 83).

Setelah uji coba instrumen penelitian diperoleh gambaran mengenai reliabilitas skala yaitu dengan pengolahan program komputer software statistik. Uji reliabilitas menggunakan teknik statistik dengan rumus *Alpha Cronbach*, diperoleh koefisien reliabilitas skala kecemasan sebesar 0,904.

3.6 Metode Analisis Data

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis data deskriptif dengan metode statistik deskriptif persentase. “Analisis deskriptif bertujuan untuk memberikan deskripsi mengenai subjek penelitian berdasarkan data dari variabel yang diperoleh dari kelompok subjek yang diteliti dan tidak dimaksudkan untuk pengujian hipotesis” (Azwar, 2001: 126).

Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan teknik statistik deskriptif maksudnya adalah untuk mengetahui deskripsi kecemasan orang tua yang memiliki anak terlambat bicara (*speech delay*) di RSUD. Dr. M. Ashari Pematang. Peneliti menggunakan analisis persentase untuk mencari data tersebut.

Adapun rumus statistik deskriptif persentase adalah sebagai berikut:

$$NP = n/N \times 100 \%$$

Keterangan:

NP : Nilai persen yang dicari

n : Skor jawaban responden

N : Skor jawaban ideal

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan disajikan beberapa hal yang berkaitan dengan persiapan penelitian, pelaksanaan penelitian, deskripsi data hasil penelitian dan pembahasan hasil penelitian yang akan dipaparkan sebagai berikut:

4.1 Persiapan Penelitian

4.1.1 Penentuan Sampel

Penelitian ini merupakan penelitian yang cara memperoleh sampelnya secara insidental yang menurut Bungin (2010: 116) insidental sampling yaitu penelitian yang sampelnya adalah individu yang ditemui secara kebetulan dan masuk dalam kategori populasi yang akan diteliti. Jumlah subjek dalam penelitian ini adalah 60 yang ditemui di ruang fisioterapi, adapun karakteristik dari populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah orang tua yang memiliki anak *speech delay* dari usia 2 tahun sampai 11 tahun yang melakukan terapi wicara di RSUD Dr. M. Ashari Pematang.

4.2 Pelaksanaan Penelitian

4.2.1 Menyusun Instrumen Penelitian

Dalam suatu penelitian dibutuhkan suatu alat pengumpulan data yang tepat untuk mendapatkan hasil yang akurat dan terpercaya. Instrumen yang digunakan untuk penelitian ini terdiri dari satu skala psikologi yaitu skala kecemasan.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah skala kecemasan yang dikembangkan berdasar aspek-aspek kecemasan yaitu gejala fisik, gejala

psikis, dan gejala kognitif. Berdasarkan pada aspek kecemasan tersebut kemudian dirumuskan dalam bentuk indikator-indikator perilaku untuk selanjutnya dijadikan pernyataan-pernyataan. Pernyataan yang disusun sebanyak 50 item pernyataan yang terdiri dari pernyataan *favorable* dan *unfavorable*.

Hasil uji coba instrumen ini digunakan sebagai data penelitian yang akan dianalisis menjadi hasil penelitian.

4.2.2 Pengumpulan Data

Pelaksanaan penelitian dilakukan pada tanggal 13 Mei sampai 12 Juni 2013. Pengumpulan data menggunakan skala kecemasan yang memiliki empat alternatif jawaban yaitu: Selalu (SL), Sering (SR), Kadang-Kadang (KD) dan Tidak Pernah (TP).

Penyebaran skala dilakukan oleh peneliti dengan cara mendatangi rumah sakit umum daerah Pematang. Penelitian ini dikenakan pada sejumlah subjek responden sebanyak 60 orang tua yang dipilih secara khusus berdasar karakteristik dengan menggunakan teknik insidental sampling.

Setelah selesai mengisi skala, kemudian peneliti mengumpulkan kembali skala yang sudah dibagikan untuk dilakukan skoring. Skoring dilakukan setelah seluruh skala terkumpul. Jawaban dari subjek diberikan angka-angka sesuai penyekoran yang telah ditetapkan. Setiap item diberi skor satu sampai dengan empat sesuai dengan item *favorable* dan *unfavorable*. Setelah selesai melakukan penyekoran, data yang diperoleh kemudian ditabulasi dan dianalisis.

4.3 Deskripsi Data Hasil Penelitian

Data penelitian yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk deskripsi agar mudah untuk dipahami. Deskripsi ini digunakan untuk menjawab rumusan penelitian dan mengetahui kecemasan orang tua yang memiliki anak *speech delay* pada anak usia 2 sampai 11 tahun di RSUD Dr. M. Ashari Pematang. Analisis deskriptif data hasil penelitian dilakukan dengan metode statistika.

Metode statistik digunakan untuk menghitung besarnya Mean Hipotetik (Mean Teoritik) dan Standard Deviasi (σ) dengan mendasarkan pada jumlah item dan skor maksimal serta skor minimal pada masing-masing alternatif jawaban. Kriteria yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan kategorisasi model distribusi normal (Azwar, 2010 : 108-109). Penggolongan subjek ke dalam tiga kategori adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Penggolongan Kriteria Analisis Berdasar Mean Hipotetik

Interval	Kategori
$X < (\mu - 1,0 \sigma)$	Rendah
$(\mu - 1,0 \sigma) \leq X < (\mu + 1,0 \sigma)$	Sedang
$(\mu + 1,0 \sigma) \leq X$	Tinggi

Keterangan:

μ = Mean

σ = Standar Deviasi

X = Skor

Deskripsi data di atas memberikan gambaran penting mengenai distribusi skor skala pada kelompok subjek yang dikenai pengukuran yang berfungsi

sebagai informasi mengenai keadaan subjek pada aspek atau variabel yang diteliti (Azwar, 2010:105).

4.3.1 Gambaran Kecemasan Orang Tua

4.3.1.1 Gambaran Umum Kecemasan Orang Tua

Mengukur kecemasan digunakan skala kecemasan yang terdiri dari 38 item valid dengan skor tertinggi 4 dan skor terendah 1. Dari penggolongan kategori analisis berdasarkan mean hipotetik yang sudah disajikan pada tabel 4.1 diperoleh gambaran umum dari kecemasan orang tua yang dapat dinyatakan dengan kriteria sebagai berikut:

Jumlah item	= 38
Skor Tertinggi	= $38 \times 4 = 152$
Skor Terendah	= $38 \times 1 = 38$
Mean Teoritik	= $(\text{Skor Tertinggi} + \text{Skor Terendah}) : 2$ = $(152 + 38) : 2$ = 95
Standar Deviasi	= $(\text{Skor Tertinggi} - \text{Skor Terendah}) : 6$ = $(152 - 38) : 6$ = 19

Gambaran secara umum kecemasan orang tua berdasarkan perhitungan di atas diperoleh $M = 95$ dan $SD = 19$. Selanjutnya dapat diperoleh sebagai berikut:

$$\text{Mean} - 1,0 \text{ SD} = 95 - (1,0 \times 19) = 76$$

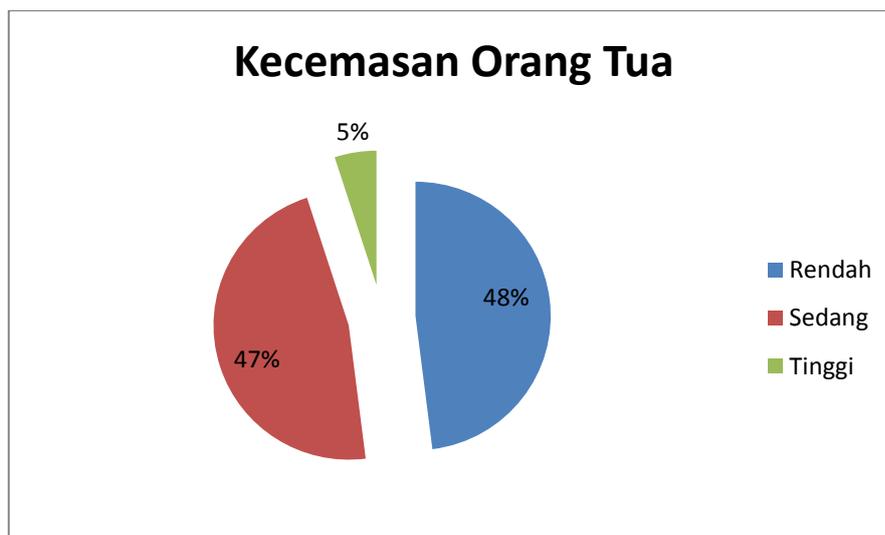
$$\text{Mean} + 1,0 \text{ SD} = 95 + (1,0 \times 19) = 114$$

Berdasarkan perhitungan di atas diperoleh distribusi frekuensi kecemasan orang tua sebagai berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Kecemasan Orang Tua

Distribusi Frekuensi	Interval	Σ Subjek	%
Rendah	$X < 76$	29	48 %
Sedang	$76 \leq X < 114$	28	47 %
Tinggi	$114 \geq X$	3	5 %
Total		60	100 %

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar dari jumlah subjek penelitian memiliki kecemasan tergolong rendah. Hal tersebut ditunjukkan dengan persentase subjek yang tergolong kriteria rendah berjumlah 29 subjek atau 48% , tergolong kriteria sedang berjumlah 28 subjek atau 47% dan 3 subjek atau 5% sisanya tergolong tinggi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada diagram persentase di bawah ini:



Gambar 4.1 Diagram Kecemasan Orang Tua

4.3.1.2 Gambaran Khusus Kecemasan Orang Tua

Kecemasan meliputi 3 aspek yaitu aspek fisik, aspek psikis dan aspek kognitif akan digambarkan secara lebih jelas sebagai berikut:

1) Gambaran Kecemasan Orang Tua berdasarkan Aspek Fisik

$$\text{Jumlah item} = 14$$

$$\text{Skor Tertinggi} = 14 \times 4 = 56$$

$$\text{Skor Terendah} = 14 \times 1 = 14$$

$$\begin{aligned} \text{Mean Teoritik} &= (\text{Skor Tertinggi} + \text{Skor Terendah}) : 2 \\ &= (56 + 14) : 2 \\ &= 35 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Standar Deviasi} &= (\text{Skor Tertinggi} - \text{Skor Terendah}) : 6 \\ &= (56 - 14) : 6 \\ &= 7 \end{aligned}$$

Gambaran khusus kecemasan orang tua ditinjau dari aspek fisik berdasarkan perhitungan di atas dapat diperoleh $M = 35$ dan $SD = 7$. Selanjutnya dapat diperoleh perhitungan sebagai berikut:

$$\text{Mean} - 1,0 \text{ SD} = 35 - (1,0 \times 7) = 28$$

$$\text{Mean} + 1,0 \text{ SD} = 35 + (1,0 \times 7) = 42$$

Berdasarkan perhitungan di atas diperoleh distribusi frekuensi kecemasan orang tua dari aspek fisik:

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Kecemasan Orang Tua Ditinjau dari Aspek Fisik

Distribusi Frekuensi	Interval	Σ Subjek	%
Rendah	$X < 28$	29	48 %
Sedang	$28 \leq X < 42$	28	47 %
Tinggi	$42 \geq X$	3	5 %
Total		60	100 %

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar dari jumlah subjek penelitian memiliki kecemasan yang ditinjau dari aspek fisik tergolong rendah. Hal tersebut ditunjukkan dengan persentase subjek yang tergolong kriteria rendah berjumlah 29 subjek atau 48 %, tergolong kriteria sedang berjumlah 28 subjek atau 47 % dan 3 subjek atau 5 % sisanya tergolong tinggi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada diagram persentase di bawah ini:



Gambar 4.2 Diagram Kecemasan Orang Tua Ditinjau dari Aspek Fisik

2) Gambaran Kecemasan Orang Tua berdasarkan Aspek Psikis

$$\text{Jumlah item} = 6$$

$$\text{Skor Tertinggi} = 6 \times 4 = 24$$

$$\text{Skor Terendah} = 6 \times 1 = 6$$

$$\begin{aligned} \text{Mean Teoritik} &= (\text{Skor Tertinggi} + \text{Skor Terendah}) : 2 \\ &= (24 + 6) : 2 \\ &= 15 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Standar Deviasi} &= (\text{Skor Tertinggi} - \text{Skor Terendah}) : 6 \\ &= (24 - 6) : 6 \\ &= 3 \end{aligned}$$

Gambaran khusus kecemasan orang tua ditinjau dari aspek psikis berdasarkan perhitungan di atas dapat diperoleh $M = 15$ dan $SD = 3$. Selanjutnya dapat diperoleh perhitungan sebagai berikut:

$$\text{Mean} - 1,0 \text{ SD} = 15 - (1,0 \times 3) = 12$$

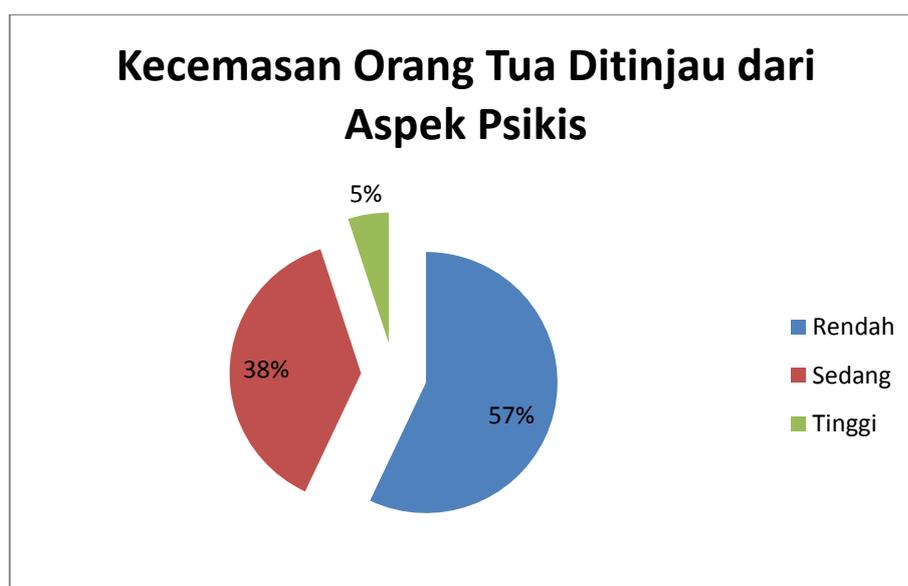
$$\text{Mean} + 1,0 \text{ SD} = 15 + (1,0 \times 3) = 18$$

Berdasarkan perhitungan di atas diperoleh distribusi frekuensi kecemasan orang tua dari aspek psikis:

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Kecemasan Orang Tua Ditinjau dari Aspek Psikis

Distribusi Frekuensi	Interval	Σ Subjek	%
Rendah	$X < 12$	34	57 %
Sedang	$12 \leq X < 18$	23	38 %
Tinggi	$18 \geq X$	3	5 %
Total		60	100 %

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar dari jumlah subjek penelitian memiliki kecemasan yang ditinjau dari aspek psikis tergolong rendah. Hal tersebut ditunjukkan dengan persentase subjek yang tergolong kriteria rendah berjumlah 34 subjek atau 57 %, tergolong kriteria sedang berjumlah 23 subjek atau 38 % dan 3 subjek atau 5 % sisanya tergolong tinggi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada diagram persentase di bawah ini:



Gambar 4.3 Diagram Kecemasan Orang Tua Ditinjau dari Aspek Psikis

3) Gambaran Kecemasan Orang Tua berdasarkan Aspek Kognitif

$$\text{Jumlah item} = 18$$

$$\text{Skor Tertinggi} = 18 \times 4 = 72$$

$$\text{Skor Terendah} = 18 \times 1 = 18$$

$$\text{Mean Teoritik} = (\text{Skor Tertinggi} + \text{Skor Terendah}) : 2$$

$$= (72 + 18) : 2$$

$$= 45$$

$$\begin{aligned}\text{Standar Deviasi} &= (\text{Skor Tertinggi} - \text{Skor Terendah}) : 6 \\ &= (72 - 18) : 6 \\ &= 9\end{aligned}$$

Gambaran khusus kecemasan orang tua ditinjau dari aspek kognitif berdasarkan perhitungan di atas dapat diperoleh $M = 45$ dan $SD = 9$. Selanjutnya dapat diperoleh perhitungan sebagai berikut:

$$\text{Mean} - 1,0 \text{ SD} = 45 - (1,0 \times 9) = 36$$

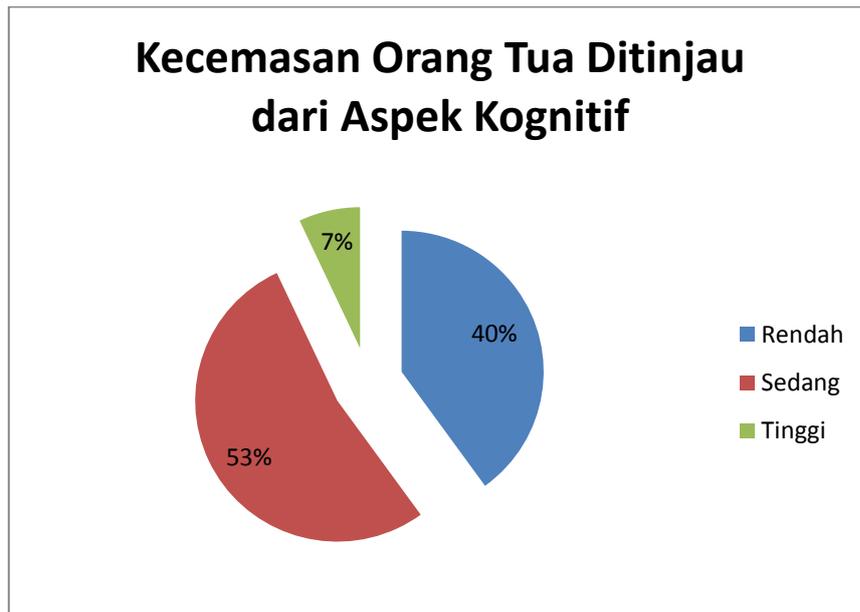
$$\text{Mean} + 1,0 \text{ SD} = 45 + (1,0 \times 9) = 54$$

Berdasarkan perhitungan di atas diperoleh distribusi frekuensi kecemasan orang tua dari aspek kognitif:

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Kecemasan Orang Tua Ditinjau dari Aspek Kognitif

Distribusi Frekuensi	Interval	Σ Subjek	%
Rendah	$X < 36$	24	40 %
Sedang	$36 \leq X < 54$	32	53 %
Tinggi	$54 \geq X$	4	7 %
Total		60	100 %

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar dari jumlah subjek penelitian memiliki kecemasan yang ditinjau dari aspek kognitif tergolong sedang. Hal tersebut ditunjukkan dengan persentase subjek yang tergolong kriteria rendah berjumlah 24 subjek atau 40 %, tergolong kriteria sedang berjumlah 32 subjek atau 53 % dan 4 subjek atau 7 % sisanya tergolong tinggi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada diagram persentase di bawah ini:



Gambar 4.4 Diagram Kecemasan Orang Tua Ditinjau dari Aspek Kognitif
4.3.1.3 Ringkasan Analisis Kecemasan Orang Tua yang memiliki Anak *Speech*

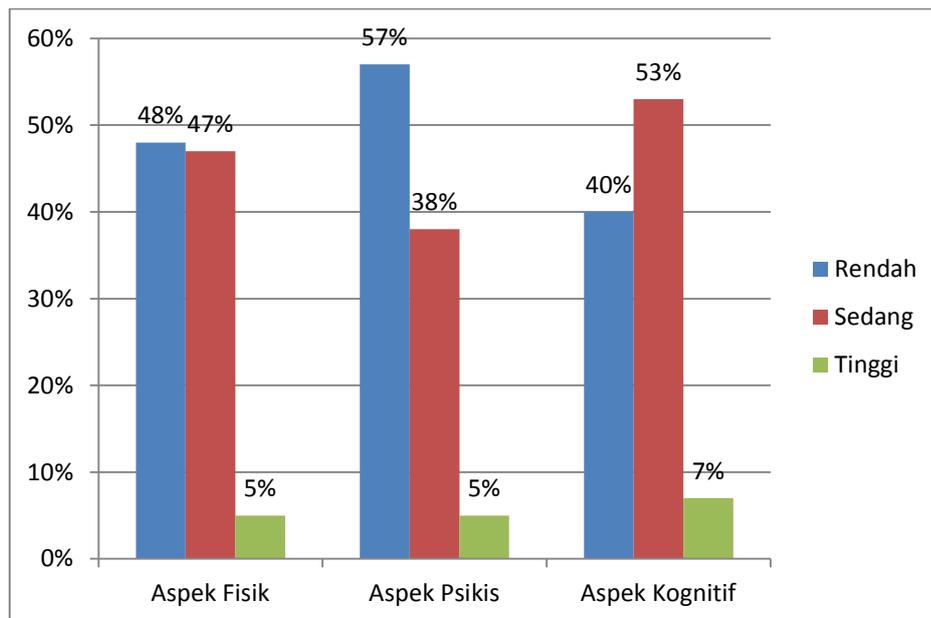
Delay di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang

Berikut ini akan dijelaskan mengenai ringkasan kecemasan orang tua yang memiliki anak *speech delay* di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang, setiap aspek dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Ringkasan Analisis Kecemasan Orang Tua

Kelompok	Kategorisasi		
	Tinggi	Sedang	Rendah
Aspek Fisik	5 %	47 %	48 %
Aspek Psikis	5 %	38 %	57 %
Aspek Kognitif	7 %	53 %	40 %

Berdasarkan penjelasan di atas dari tiap-tiap aspek kecemasan orang tua di atas, secara lebih jelas dapat dilihat dalam diagram sebagai berikut:



Gambar 4.5 Diagram Masing-Masing Aspek Kecemasan Orang Tua

4.4 Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kecemasan pada orang tua yang memiliki anak *speech delay* ditinjau dari setiap aspek kecemasan secara umum tergolong rendah. Hal ini menunjukkan bahwa orang tua sudah bisa menerima anaknya dan tidak mengalami kecemasan terhadap anak *speech delay* meskipun orang tua kadang sulit menjaga anak. Hal ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Setyaningrum, Indanah & Azizah (2007) menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat kecemasan ibu dengan tingkat retardasi mental anak.

Pada aspek fisik menunjukkan bahwa hampir setengah dari jumlah subjek penelitian tidak merasakan cemas seperti keringat dingin, jantung berdebar-debar, gangguan pencernaan dan nafas tersengal dalam menghadapi anak *speech delay*. Dapat disimpulkan bahwa subjek penelitian tidak menunjukkan gejala fisik dalam

menghadapi kecemasan. Sedangkan hampir setengah subjek penelitian kadang-kadang masih merasakan kecemasan dan tiga dari subjek penelitian masih mengalami kecemasan dengan gejala fisik terhadap anak *speech delay*.

Kecemasan merupakan suatu kondisi psikologis individu yang berupa kekhawatiran dan kegelisahan sebagai bentuk reaksi terhadap adanya kondisi yang menekan serta perasaan cemas dan takut yang berlangsung terus menerus. Perasaan yang dialami seseorang ketika berpikir bahwa sesuatu yang tidak menyenangkan akan terjadi yang menimbulkan ketakutan, ketidakpastian, bingung atau merasa takut akan kesalahan. Ann (dalam Setyaningrum, 2007) mengatakan bahwa kondisi yang membuat individu tidak nyaman biasanya berhubungan dengan ketegangan akan suatu peristiwa dalam kehidupan sehari-hari.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari setengah jumlah subjek penelitian menunjukkan kecemasan pada aspek psikis tergolong rendah. Dapat disimpulkan bahwa orang tua tidak merasa gelisah pada masalah yang dihadapinya. Sedangkan hampir dari setengah jumlah subjek penelitian masih berperilaku menghindar pada orang lain karena memiliki anak *speech delay* dan tiga dari subjek penelitian masih merasa gelisah dan berperilaku menghindar agar tidak mendapat cemooh dari orang lain. David Barlow (1988) menjelaskan bahwa kecemasan sebagai kejadian-kejadian yang melibatkan aspek biologis, psikologis dan tekanan. Sifat gangguan kecemasan menghasilkan respon secara fisik maupun psikologis. Orang yang menderita gangguan kecemasan mengalami reaksi ini

sering kali dan lebih berat menyebabkan mereka tertekan dan menyebabkan mereka tidak dapat melakukan pekerjaan mereka sehari-hari.

Kecemasan yang terjadi pada orang tua yang memiliki anak *speech delay* disebabkan permasalahan yang ditimbulkan karena memiliki anak lambat bicara lebih kompleks dibandingkan dengan orang tua yang memiliki anak normal. Salah satu faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah konflik. Seringkali orang tua tidak memahami mengenai *speech delay* sehingga mereka merasa bimbang terhadap kondisi anaknya dan mengalami konflik dalam diri. Norhidayah, Wasilah dan Husein (2013) menyatakan bahwa sebagian besar ibu penderita retardasi mental mengalami kecemasan adalah kemungkinan adanya konflik dalam menghadapi anak retardasi mental.

Permasalahan yang dialami oleh orang tua yang memiliki anak *speech delay* mengacu pada kemandirian anak, kehidupan sosial anak dan masa depan anak. Hal ini dikarenakan anak *speech delay* membutuhkan pengawasan yang berbeda dibandingkan anak-anak lainnya. Adapun permasalahan yang muncul pada orang tua anak *speech delay* yaitu adanya kecemburuan terhadap orang tua lain yang tidak memiliki anak *speech delay*.

Pandangan setiap orang tua terhadap anak *speech delay* berbeda-beda, ada orang tua yang memandang masa depan anaknya dengan rasa was-was karena melihat anak yang belum bisa berkomunikasi dengan lingkungan sekitar. Adapun orang tua yang tidak merasakan khawatir pada anaknya karena sudah terbiasa melihat sikap anak. Kecemasan orang tua akan muncul apabila lingkungan yang mengancam atau membahayakan keberadaan, kesejahteraan dan kenyamanan diri

seseorang. Hawari (2001: 65) individu akan merasa cemas apabila individu yang bersangkutan tidak mampu mengatasi stresor psikososial yang dihadapinya tetapi pada individu tertentu akan merasakan kecemasan meskipun tidak ada stresor psikososial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir dari setengah jumlah subjek penelitian tergolong rendah pada aspek kognitif. Dapat disimpulkan bahwa orang tua tidak mengalami perasaan tegang, konsentrasi hilang, bingung, gangguan tidur dan khawatir tentang sesuatu, sehingga orang tua sudah bisa mengatasi masalah pada anak yang mengalami *speech delay*. Sedangkan lebih dari setengah jumlah subjek tergolong sedang. Hal ini dapat dirumuskan bahwa orang tua memiliki pengetahuan tentang cara menghadapi anak setelah mendapatkan pelatihan dari rumah sakit untuk diterapkan di lingkungan rumah, sehingga bisa mengurangi rasa cemas dan empat dari subjek penelitian masih mengalami kondisi seperti di atas. Wulandari (2012) menyatakan bahwa adanya pengetahuan dan dukungan dari keluarga akan mengurangi kecemasan yang dirasakan orang tua. Pengetahuan orang tua tentang treatment yang dijalani anak di rumah sakit juga tetap dilakukan di rumah dan sharing dengan ahlinya apabila orang tua belum memahami treatment tersebut.

Orang tua berusaha mengontrol perasaan cemas dengan berbagai cara dan tidak secara langsung menghadapi masalah yang menimbulkan perasaan cemas tersebut. Perasaan yang dialami seseorang ketika berpikir bahwa sesuatu yang tidak menyenangkan akan terjadi yang akan menimbulkan ketakutan, ketidakpastian, bingung atau merasa takut akan kesalahan. Atkinson (1980: 212)

mengatakan bahwa kecemasan adalah emosi yang tidak menyenangkan yang ditandai dengan istilah-istilah seperti kekhawatiran, keprihatinan dan rasa takut.

Kecemasan merupakan suatu keadaan suasana awal yang ditandai oleh kekhawatiran tentang masa depan. Kecemasan bersifat kompleks dan merupakan keadaan suasana hati yang berorientasi pada masa yang akan datang ditandai dengan adanya kekhawatiran karena tidak dapat memprediksi kejadian yang akan datang.

4.5 Keterbatasan Penelitian

Adapun kekurangan dalam penelitian ini yang pertama adalah pemakaian *try out* terpakai dan banyak item kecemasan yang gugur. Kedua, adanya kemungkinan pada saat mengisi skala subjek sedang tidak berminat sehingga kurang berkonsentrasi. Ketiga, hubungan antara peneliti dan responden kurang dekat. Keempat, responden mungkin saja memilih jawaban yang cenderung dirasa baik secara sosial. Kelima, belum ada penelitian tentang perbedaan anak normal dan anak tidak normal. Keterbatasan penelitian ini diharapkan dapat dijadikan pertimbangan lebih lanjut bagi peneliti selanjutnya.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Simpulan

Dari hasil penelitian, analisis data dan pembahasan diperoleh simpulan sebagai berikut:

1. Kecemasan orang tua yang memiliki anak *speech delay* di RSUD Dr. M Ashari Pematang terdapat dalam kategori rendah. Kecemasan orang tua yang memiliki anak *speech delay* yang terdapat rendah ini terjadi karena orang tua sudah bisa menerima keadaan anak yang berumur lebih dari dua tahun belum bisa berbicara.
2. Orang tua yang mengalami kecemasan dengan gejala kognitif berada pada tingkat kecemasan yang sedang dibandingkan dengan gejala fisik dan gejala psikis yang berada pada tingkat kecemasan rendah. Hal ini menunjukkan bahwa orang tua sebagian besar sudah memahami dan menerima kehadiran anak *speech delay*.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan, maka penulis akan mengajukan beberapa saran sebagai berikut:

5.2.1 Bagi Orang Tua

Bagi orang tua yang memiliki anak *speech delay* hendaknya mengerti tahap perkembangan pada anak agar tidak terjadi keterlambatan perkembangan

yang tidak sesuai dengan umur anak. Sebagai orang tua diharapkan lebih memperhatikan anak sejak dini dan memiliki pengetahuan lebih tentang anak untuk menghindari hal buruk yang terjadi pada anak. Bagi individu, khususnya orang tua yang memiliki anak normal diharapkan tetap menjaga anak agar anak tumbuh dengan baik.

5.2.2 Bagi Peneliti lain

Bagi peneliti lain diharapkan mengerti dari awal anak terapi di rumah sakit karena akan lebih mengerti kecemasan yang dialami orang tua dan mencari fenomena yang berbeda di tempat lain agar menambah khasanah keilmuan dalam bidang psikologi.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsini. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Atkinson, Rita L. 1980. *Pengantar Psikologi Jilid 2*. Jakarta: Erlangga.
- Azwar, Saifuddin. 2008. *Reliabilitas dan Validitas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- _____. 2010. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Penerbit Pustaka Pelajar.
- _____. 2012. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- De clerq, L.inda 1994. *Tingkah Laku Abnormal Dari Sudut Pandang Perkembangan*. Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, ed.4*. Washington: American Psychiatric Assosiation.
- Fausiah, F dan Widuri, J. 2005. *Psikologi Abnormal Klinis Dewasa*. Jakarta: UI-Press.
- Feist, Jess. 2010. *Teori Kepribadian Edisi 7*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Halgin, Richard P. 2010. *Psikologi Abnormal Perspektif Klinis pada Gangguan Psikologis*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Hawari, Dadang. 2001. *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta: BPFKUI.
- Hurlock, Elizabeth B. 1978. *Perkembangan Anak Jilid 1*. Jakarta: Erlangga.
- Jiwo, T. 2012. Materi bahan kuliah *Anxiety (kecemasan)*.
- Kartono, Kartini. 1995. *Psikologi Anak Psikologi Perkembangan*. Bandung: Mandar Maju.
- _____. 2000. *Mental Hygiene*. Bandung: Mandar Maju.

- _____. 2011. *Kamus Lengkap Psikologi*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Kurniawan & Mariyam. 2008. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Orang Tua Terkait Hospitalisasi Anak Usia Toddler Di BRSD RAA Soewonso Pati*. *Jurnal Kesehatan* (Vol. 1, No. 2, 38-56).
- Liftiah. 2009. *Psikologi Abnormal*. Semarang: Widya karya.
- Norhidayah, Wasilah & Nawi. 2013. *Gambaran Kejadian Kecemasan Pada Ibu Penderita Retardasi Mental 58 omik di SLB-C Banjarmasin*. *Jurnal Kedokteran* (Vol. 9 No. 1)
- Mangunsong, Frieda. 2009. *Psikologi dan Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus jilid kesatu*. Depok: LPSP3 UI.
- Maslim, Rusdi. 2001. *Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Singkat dari PPDGJ-III*. Jakarta: PT Nuh Jaya.
- Papalia, Diane E. 2008. *Human Development Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Prenada Media Group.
- Putranti, Mangunatmadja & Puspongoro. 2006. *Penyebab Keterlambatan Bicara Di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo*. *Jurnal Kedokteran* (Vol. 41, No. 3).
- Setyaningrum, Indanah & Azizah. 2007. *Hubungan Tingkat Kecemasan Ibu Dengan Tingkat Retardasi Mental Anak Di SDLB Purwosari Kecamatan Kota Kabupaten Kudus*. *JIKK* (Vol. 2, No. 2).
- Suryabrata, Sumadi. 1983. *Psikologi Kepribadian*. Jakarta: CV. Rajawali.
- Smet, Bart. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT. Gramedia Sarana Indonesia.
- Van Tiel Julia, M. 2011. *Pendidikan Anak Terlambat Bicara*. Jakarta: Prenada Media Group.
- Wade Carole dan Tavriss Carol. 2007. *Psikologi Edisi ke-9 Jilid 2*. Jakarta: Erlangga.
- Wiramihardja, Sutardjo A. 2005. *Pengantar Psikologi Abnormal*. Bandung: Refika Aditama.

Wulandari. 2012. Skripsi. *Hubungan Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kecemasan Ibu yang Memiliki Anak Autis di Sekolah Luar Biasa Kota Semarang.*

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1

Instrumen Penelitian

Skala Kecemasan

Nama :
Umur : tahun

PETUNJUK PENGISIAN

Berikut ini adalah sejumlah pernyataan mengenai keadaan perasaan yang dialami oleh responden. Anda diminta menggunakan pernyataan-pernyataan tersebut untuk melukiskan diri Anda sendiri, dengan memberi tanda centang (√) diantara pilihan jawaban yaitu “**SL**”, “**SR**”, “**KD**” dan “**TP**”. Kerjakan semua pernyataan dengan cermat, usahakan jangan terlewatkan satupun pernyataan.

Adapun pilihan jawaban tersebut adalah:

- SL** = Apabila pernyataan **Selalu** dengan keadaan dan perasaan Anda
SR = Apabila pernyataan **Sering** dengan keadaan dan perasaan Anda
KD = Apabila pernyataan **Kadang-Kadang** dengan keadaan dan perasaan Anda
TP = Apabila pernyataan **Tidak Pernah** dengan keadaan dan perasaan Anda

Contoh

No.	Pernyataan	Selalu (SL)	Sering (SR)	Kadang-Kadang (KD)	Tidak Pernah (TP)
1.	Saya merasa takut saat anak saya berada di lingkungan baru		√		

Berikut ini adalah pernyataan-pernyataan yang dimaksud.

No.	Pernyataan	(SL)	(SR)	(KD)	(TP)
1.	Saya merasa tenang apabila anak saya bermain dan bertemu dengan teman-temannya				
2.	Setelah anak saya beberapa kali mengikuti terapi dan ada perubahan pada anak, saya merasa lebih rileks				
3.	Saya merasa jantung berdebar-debar saat anak keluar rumah sendirian				
4.	Nafas saya menjadi tersengal bila mendengar orang lain menggunjingkan kekurangan anak saya				
5.	Melihat keadaan anak yang belum lancar berbicara, saya optimis anak saya bisa bersosialisasi				
6.	Leher saya menjadi tegang ketika melihat anak mengikuti terapi tetapi belum ada perkembangan				
7.	Saya sulit tidur karena memikirkan anak yang masih sangat tergantung dengan saya				
8.	Saya lebih memilih untuk menitipkan anak pada saudara daripada mengajak anak saya berkumpul dengan orang banyak				
9.	Saya tetap bisa menjalankan hidup dengan santai karena saya anggap kekurangan anak saya sudah sewajarnya				
10.	Tidur saya nyenyak karena saya berpikir positif tentang anak				
11.	Ketika anak berbicara dengan orang lain, keringat saya akan muncul dengan sendirinya				

No.	Pernyataan	(SL)	(SR)	(KD)	(TP)
12.	Saya resah setiap terlintas dalam benak jika dalam waktu yang cukup lama anak lambat berbicara				
13.	Perut saya kram ketika melihat anak lain yang seusia dengan anak saya bisa berbicara dengan baik				
14.	Saya berusaha tenang walaupun orang-orang di sekitar mengejek kondisi anak saya yang lambat bicara				
15.	Dada saya sesak ketika anak di olok-olok teman-temannya karena berbicara yang kurang lancar				
16.	Kekhawatiran saya muncul pada saat melepas anak keluar bermain dengan temannya				
17.	Saya merasa bingung setiap kali menghadapi anak saya yang belum bisa berkomunikasi dengan lancar				
18.	Pernafasan saya lancar meskipun anak kurang mandiri				
19.	Saya bisa tidur dengan nyenyak meskipun banyak orang mencemooh tentang kondisi anak saya yang lambat berbicara				
20.	Dalam melakukan kegiatan di dalam rumah atau di luar rumah menjadi kurang fokus ketika teringat kondisi anak saya				
21.	Saya berusaha menghindari ketika orang lain membicarakan anak saya				
22.	Saya tiba-tiba suka buang air kecil ketika memikirkan anak yang kurang bisa bergaul				

No.	Pernyataan	(SL)	(SR)	(KD)	(TP)
	dengan teman sebayanya				
23.	Saya merasa lebih santai ketika melihat anak lain yang kondisinya sama dengan anak saya				
24.	Tidur saya terganggu karena saya bermimpi buruk tentang anak				
25.	Bila saya berpikir tentang kekurangan anak saya tetap bisa berpikir positif				
26.	Jantung saya tiba-tiba berdebar keras ketika anak diajak bermain dengan teman-temannya				
27.	Saya melarang anak saya untuk mengikuti kegiatan di luar rumah				
28.	Saya yakin akan ada perubahan dalam kondisi anak saya setelah mengikuti terapi secara teratur				
29.	Saya merasa gugup melihat anak saya ketika diajak berbicara dengan orang lain				
30.	Perasaan was-was muncul ketika anak saya bermain dengan anak lainnya				
31.	Saya sulit memfokuskan pikiran ketika melihat keadaan anak saya yang tidak bisa bersosialisasi dengan teman seusianya				
32.	Saya merasa aman walaupun anak saya ikut di acara arisan				
33.	Denyut jantung saya menjadi lebih cepat ketika anak diajak berbicara dengan orang baru				
34.	Saya tidak mempedulikan orang lain yang membicarakan tentang anak saya				
35.	Bagi saya memikirkan kesembuhan anak tidak menjadikan masalah untuk berpikir masalah				

No.	Pernyataan	(SL)	(SR)	(KD)	(TP)
	yang lain				
36.	Saya merasa cemas ketika anak mulai menjalani terapi				
37.	Sekarang saya lebih banyak mengeluarkan keringat di telapak tangan ketika anak bermain di taman sendirian				
38.	Pikiran saya mudah terganggu ketika memikirkan anak mengikuti terapi bicara				
39.	Tiba-tiba tangan saya menjadi dingin ketika anak pergi tanpa sepengetahuan saya				
40.	Saya mudah terbangun saat tidur di malam hari untuk melihat anak sudah tidur atau belum				
41.	Saya yakin dengan beberapa kali mengikuti terapi wicara anak saya bisa sembuh dan dapat berbicara dengan lancar				
42.	Saya merasa takut ketika meninggalkan anak terapi sendirian				
43.	Saya kurang mengerti apa yang dibicarakan anak				
44.	Saya sulit memusatkan perhatian ketika anak berbicara kepada saya				
45.	Saya tidak mempedulikan orang-orang di sekitar rumah yang mengerti tentang keadaan anak saya yang lambat bicara				
46.	Badan menjadi gerah ketika anak tiba-tiba rewel di tempat umum				
47.	Pada saat jam makan dan saya sedang keluar rumah, saya mengkhawatirkan anak apakah				

No.	Pernyataan	(SL)	(SR)	(KD)	(TP)
	sudah makan atau belum				
48.	Perut menjadi sakit ketika saya memikirkan anak yang terlambat bicara dibandingkan dengan teman seusianya				
49.	Nafas saya cenderung tetap teratur walaupun anak dalam kondisi sakit				
50.	Saya merasa mual ketika anak kurang bisa berkomunikasi dengan orang lain				

LAMPIRAN 2

Tabulasi data
dan Skor Penelitian

subjek	item													
	3	4	6	7	10	11	12	13	15	16	17	18	19	20
R1	4	4	1	2	1	3	4	2	2	4	4	3	2	2
R2	4	3	1	1	1	1	4	1	4	1	3	1	2	3
R3	3	2	2	1	1	1	2	2	2	3	2	1	3	4
R4	4	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2
R5	4	2	2	2	1	1	4	4	1	4	4	1	1	4
R6	3	4	4	2	1	2	4	4	2	4	4	3	3	4
R7	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4
R8	2	2	2	2	1	1	2	1	2	4	2	3	3	2
R9	2	2	1	2	3	1	2	1	2	2	2	4	3	2
R10	2	4	2	3	2	1	4	3	4	3	4	3	4	2
R11	4	2	2	4	2	2	4	2	1	2	2	3	3	4
R12	4	4	1	2	3	4	4	3	3	2	4	3	1	2
R13	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	3	1	1
R14	1	2	2	1	1	4	3	4	1	2	2	1	1	1
R15	3	1	2	4	1	1	4	2	2	2	2	4	2	1
R16	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	4	4	2
R17	3	4	3	1	1	1	4	1	1	4	3	3	4	4
R18	4	4	2	2	2	4	4	2	3	4	3	3	3	4
R19	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2
R20	2	4	2	4	1	1	4	2	2	3	2	3	3	4
R21	1	2	2	2	1	2	4	3	4	2	3	1	3	1
R22	3	4	3	3	3	2	3	3	3	4	4	4	4	4
R23	4	4	1	4	1	4	4	4	4	4	4	1	1	4
R24	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1
R25	4	2	3	2	3	1	4	1	3	3	3	1	1	3
R26	4	2	3	2	2	1	4	2	1	3	3	1	3	2
R27	4	4	2	2	2	4	4	3	3	4	3	3	3	2
R28	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2
R29	1	3	3	4	2	2	3	1	4	3	2	2	3	3
R30	4	2	2	3	3	1	4	1	3	3	3	1	1	3

subjek	item													
	21	22	23	24	25	26	27	29	31	32	33	34	36	37
R1	2	1	1	1	3	3	1	3	1	3	4	3	1	1
R2	3	1	4	1	1	1	1	1	2	3	1	4	1	1
R3	1	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	4	1	2
R4	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2
R5	1	2	2	4	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1
R6	2	2	2	4	1	2	2	4	4	4	4	1	4	3
R7	1	2	4	3	1	4	1	4	4	2	4	1	3	4
R8	1	2	4	1	2	2	2	2	2	3	2	1	1	1
R9	1	1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	3	1	1
R10	3	1	2	3	1	2	2	2	4	3	2	4	1	1
R11	2	4	3	2	1	2	1	2	2	1	3	1	1	2
R12	2	1	1	1	1	2	1	3	1	4	2	3	1	1
R13	1	1	3	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1
R14	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1
R15	1	1	1	3	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
R16	1	1	3	1	1	1	1	2	1	3	1	3	1	1
R17	1	1	1	1	1	3	4	1	3	2	3	4	1	2
R18	4	1	3	4	1	2	1	2	3	4	2	3	2	1
R19	1	1	4	2	1	2	1	2	2	3	2	1	1	1
R20	1	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1
R21	2	2	2	1	1	3	1	2	3	1	1	3	1	1
R22	2	2	4	2	3	4	4	3	4	4	2	3	2	3
R23	2	4	2	4	1	4	4	3	4	3	4	1	1	4
R24	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
R25	1	1	2	1	1	3	2	2	2	2	2	1	1	1
R26	1	2	3	1	1	1	1	1	2	4	1	1	1	1
R27	1	3	4	3	1	2	2	2	2	1	2	3	1	3
R28	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
R29	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	2	2	4	4
R30	1	1	2	1	1	3	2	1	2	2	2	1	1	1

subjek	Item										total
	38	39	40	42	43	46	47	48	49	50	
R1	1	4	1	1	2	2	2	1	1	3	84
R2	1	2	3	1	2	2	3	3	2	1	75
R3	2	3	4	4	2	3	4	2	3	2	80
R4	1	2	3	1	2	2	3	1	1	1	60
R5	1	4	4	2	3	2	4	4	1	1	84
R6	1	4	4	4	2	2	4	4	1	2	111
R7	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	126
R8	1	2	2	1	2	2	3	1	3	1	73
R9	1	2	2	1	2	2	2	1	3	1	71
R10	1	4	3	2	2	3	4	1	3	1	96
R11	2	4	4	4	2	2	4	4	3	2	95
R12	1	3	1	1	4	3	1	2	2	2	84
R13	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	54
R14	1	2	2	2	2	1	4	1	4	1	63
R15	1	2	3	2	2	1	2	1	3	1	67
R16	1	1	4	1	1	1	4	1	1	1	61
R17	1	4	4	1	2	1	4	1	4	1	88
R18	3	4	4	2	1	3	4	1	4	1	104
R19	1	2	3	1	2	2	2	1	1	1	60
R20	2	4	4	2	2	2	4	2	3	2	84
R21	1	1	3	1	2	2	4	1	4	1	75
R22	1	4	4	4	3	3	4	3	4	1	120
R23	1	4	4	4	4	4	4	4	2	2	118
R24	1	1	2	2	3	2	4	1	1	1	53
R25	1	2	2	2	2	3	4	1	1	1	75
R26	1	1	2	1	3	1	2	1	1	1	68
R27	1	4	4	2	3	2	3	3	2	2	99
R28	1	1	2	1	2	2	4	1	3	1	51
R29	4	2	3	3	3	4	3	4	3	2	109
R30	1	2	2	2	2	3	4	1	1	1	74

subjek	item													
	3	4	6	7	10	11	12	13	15	16	17	18	19	20
R31	4	2	1	2	3	1	3	1	2	3	3	4	4	3
R32	4	4	3	4	4	1	3	3	4	4	3	2	4	4
R33	2	2	2	2	1	1	2	1	4	2	3	1	1	3
R34	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	3	1
R35	4	4	1	4	1	2	4	1	2	4	4	1	3	1
R36	4	3	2	2	1	1	4	2	2	4	3	1	3	2
R37	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2
R38	3	2	3	4	3	3	2	4	3	1	3	4	3	3
R39	4	4	4	2	1	1	3	2	2	4	2	3	1	2
R40	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	4	1
R41	4	1	1	1	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1
R42	4	1	1	3	3	3	1	4	4	1	2	1	1	1
R43	1	3	3	2	3	3	1	3	2	1	3	3	3	3
R44	2	3	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	2
R45	3	3	3	3	3	1	1	3	3	1	2	3	4	1
R46	2	1	2	2	1	2	1	3	3	1	2	1	2	2
R47	4	1	1	4	1	2	1	4	4	1	2	1	1	1
R48	2	1	1	3	3	1	1	2	1	2	3	3	3	3
R49	2	1	1	2	1	1	1	4	3	1	2	2	1	1
R50	1	1	2	3	1	1	1	3	3	1	2	1	1	1
R51	3	1	1	2	1	1	1	4	4	1	2	2	3	2
R52	3	3	1	3	2	1	3	1	4	3	3	2	3	2
R53	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3
R54	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
R55	3	2	1	1	3	1	3	1	1	4	1	4	1	4
R56	4	2	2	1	2	1	3	1	1	2	1	1	1	3
R57	3	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	3
R58	2	1	1	2	1	1	2	1	1	3	2	2	3	1
R59	3	2	4	4	3	3	2	4	3	1	1	1	1	1
R60	1	2	2	2	2	2	3	1	2	3	2	3	1	2

subjek	item													
	21	22	23	24	25	26	27	29	31	32	33	34	36	37
R31	1	1	4	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1
R32	1	1	4	3	4	2	1	2	3	4	3	4	1	1
R33	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1
R34	3	2	3	4	1	1	1	2	2	3	1	3	1	2
R35	2	1	3	1	1	2	1	2	2	2	2	3	1	1
R36	4	1	3	2	3	1	1	2	2	3	1	2	1	1
R37	1	1	3	2	1	2	1	2	2	1	2	3	4	2
R38	3	4	4	3	4	1	1	3	3	1	3	1	1	1
R39	1	1	1	1	1	3	1	2	2	3	1	1	1	1
R40	2	1	2	1	1	3	1	1	2	3	2	1	3	1
R41	1	1	2	4	1	1	2	2	2	2	1	1	4	2
R42	3	1	4	3	4	2	1	3	3	1	4	3	4	4
R43	2	3	3	3	2	1	1	3	3	2	2	1	4	2
R44	1	1	1	1	2	1	1	2	2	3	3	1	4	1
R45	2	2	2	2	2	1	1	3	2	3	2	1	4	2
R46	1	3	1	3	2	2	1	1	1	3	1	4	1	1
R47	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
R48	3	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1
R49	1	1	1	4	2	3	2	2	2	1	3	2	2	2
R50	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
R51	2	2	2	3	3	3	2	1	1	2	3	1	2	3
R52	3	1	4	3	2	3	3	4	2	2	2	2	1	4
R53	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	3
R54	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
R55	1	1	4	1	4	1	3	4	3	1	4	1	1	3
R56	1	1	3	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2
R57	2	1	2	3	2	2	2	1	3	2	3	2	1	4
R58	2	2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1
R59	2	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	1	1	3
R60	1	1	2	2	3	1	3	4	3	1	3	3	1	3

subjek	Item										total
	38	39	40	42	43	46	47	48	49	50	
R31	1	4	3	1	2	2	4	3	3	1	82
R32	1	3	3	1	3	4	3	3	2	2	106
R33	1	1	2	2	2	2	3	2	3	1	67
R34	1	2	3	2	2	2	3	1	3	2	72
R35	1	4	4	4	4	2	4	2	3	1	89
R36	2	4	3	1	4	4	4	2	3	1	89
R37	2	4	2	4	1	4	4	1	3	1	83
R38	1	2	2	4	4	1	4	4	3	2	101
R39	1	4	2	4	2	2	4	2	1	1	78
R40	4	1	1	2	2	1	1	1	2	3	60
R41	2	1	1	3	3	1	4	1	3	1	67
R42	4	1	4	1	4	2	3	1	4	1	95
R43	4	2	2	4	3	1	2	1	2	2	89
R44	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	61
R45	4	2	2	3	3	1	2	2	3	2	87
R46	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	63
R47	1	1	3	1	1	3	1	2	1	2	62
R48	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	65
R49	3	2	3	1	4	3	3	3	2	1	76
R50	1	1	1	1	3	2	1	3	1	1	54
R51	4	2	3	1	2	3	2	3	1	4	83
R52	3	4	4	3	3	3	2	4	3	4	103
R53	2	3	4	3	3	3	2	4	3	4	100
R54	1	4	1	2	2	3	3	1	2	1	50
R55	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	75
R56	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	61
R57	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	76
R58	1	2	1	3	2	2	1	2	1	2	59
R59	1	3	2	3	2	1	2	1	2	1	73
R60	1	3	1	1	2	1	4	1	2	1	76

LAMPIRAN 3

Uji Validitas dan Reliabilitas

C o r r e l a t i o n s

		total
VAR00001	Pearson Correlation	,148
	Sig. (2-tailed)	,258
	N	60
VAR00002	Pearson Correlation	,165
	Sig. (2-tailed)	,208
	N	60
VAR00003	Pearson Correlation	.368**
	Sig. (2-tailed)	,004
	N	60
VAR00004	Pearson Correlation	.654**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00005	Pearson Correlation	,122
	Sig. (2-tailed)	,354
	N	60
VAR00006	Pearson Correlation	.309*
	Sig. (2-tailed)	,016
	N	60
VAR00007	Pearson Correlation	.526*
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00008	Pearson Correlation	,000
	Sig. (2-tailed)	,998
	N	60
VAR00009	Pearson Correlation	-,039
	Sig. (2-tailed)	,766
	N	60
VAR00010	Pearson Correlation	.417**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	60

VAR00011	Pearson Correlation	.437**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00012	Pearson Correlation	.372**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	60
VAR00013	Pearson Correlation	.396**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	60
VAR00014	Pearson Correlation	-,024
	Sig. (2-tailed)	,857
	N	60
VAR00015	Pearson Correlation	.530**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00016	Pearson Correlation	.472**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00017	Pearson Correlation	.606**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00018	Pearson Correlation	.391**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	60
VAR00019	Pearson Correlation	.465**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00020	Pearson Correlation	.493**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00021	Pearson Correlation	.356**
	Sig. (2-tailed)	,005
	N	60

VAR00022	Pearson Correlation	.397**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	60
VAR00023	Pearson Correlation	.447**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00024	Pearson Correlation	.443**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00025	Pearson Correlation	.314*
	Sig. (2-tailed)	,014
	N	60
VAR00026	Pearson Correlation	.526**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00027	Pearson Correlation	.379**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	60
VAR00028	Pearson Correlation	,154
	Sig. (2-tailed)	,241
	N	60
VAR00029	Pearson Correlation	.630**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00030	Pearson Correlation	-,186
	Sig. (2-tailed)	,154
	N	60
VAR00031	Pearson Correlation	.721**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00032	Pearson Correlation	.309*
	Sig. (2-tailed)	,016
	N	60

VAR00033	Pearson Correlation	.559**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00034	Pearson Correlation	.278*
	Sig. (2-tailed)	,032
	N	60
VAR00035	Pearson Correlation	,180
	Sig. (2-tailed)	,168
	N	60
VAR00036	Pearson Correlation	.321*
	Sig. (2-tailed)	,012
	N	60
VAR00037	Pearson Correlation	.617**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00038	Pearson Correlation	.425**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	60
VAR00039	Pearson Correlation	.570**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00040	Pearson Correlation	.606**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00041	Pearson Correlation	,061
	Sig. (2-tailed)	,644
	N	60
VAR00042	Pearson Correlation	.480**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00043	Pearson Correlation	.431**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	60

VAR00044	Pearson Correlation	,246
	Sig. (2-tailed)	,058
	N	60
VAR00045	Pearson Correlation	,240
	Sig. (2-tailed)	,065
	N	60
VAR00046	Pearson Correlation	.390**
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	60
VAR00047	Pearson Correlation	.304*
	Sig. (2-tailed)	,018
	N	60
VAR00048	Pearson Correlation	.589**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00049	Pearson Correlation	.442**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	60
VAR00050	Pearson Correlation	.381**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	60
total	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	60

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	60	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	60	100,0

- a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,904	38