

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG MASALAH

Semua ibu pasti berharap dapat melahirkan dengan selamat dan mendapatkan anak yang sehat secara fisik dan mental. Pada kenyataannya tidak semua orang tua mendapatkan anak yang sempurna, sehat secara fisik dan mental. Harapan orang tua yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada, salah satunya adalah memiliki anak yang lahir dengan

gangguan fisik maupun psikis. Bagi orang tua, memiliki anak yang tidak sempurna dapat menyebabkan beban pikiran tersendiri.

Menurut BALITBANG (Badan Pelatihan dan Pengembangan), akhir-akhir ini banyak kelahiran anak yang mengalami gangguan fisik dan psikis. Kelahiran anak dengan gangguan fisik, misalnya saja anak lahir tidak dengan sempurna dan kehilangan bagian-bagian tubuh tertentu. Sedangkan kelahiran anak dengan gangguan psikis memiliki angka kelahiran sekitar 10% dari jumlah kelahiran. Anak dengan gangguan psikis merupakan anak berkebutuhan khusus yang memiliki ketidakmampuan dalam hal-hal tertentu, misalnya saja kesulitan berbicara atau anak dengan tingkat intelegensi rendah. Di Indonesia, dalam 9 tahun belakangan ini tercatat ada sekitar 1,6 juta anak berkebutuhan khusus (www.jawapos.co.id).

Menurut Santrock (2002), anak yang berkebutuhan khusus disebut sebagai *exceptional students*, yakni anak-anak yang memiliki gangguan atau

ketidakmampuan dan anak-anak yang tergolong berbakat. Menurut Santrock, yang tergolong anak berbakat, yaitu anak yang mempunyai skor IQ diatas 130 bahkan di atas 140. Selain itu, karakteristik anak-anak berbakat mempunyai motivasi internal dan kreativitas yang tinggi. Sedangkan anak-anak yang memiliki gangguan atau ketidakmampuan, yaitu anak-anak dengan spektrum autis (*Autistic Disorder*), keterlambatan bicara, gangguan belajar, gangguan perilaku (hiperaktif dan hipoaktif), retardasi mental, *Cerebral Palsy*, dan sebagainya.

Salah satu anak berkebutuhan khusus adalah anak yang mempunyai kurangnya fungsi intelektual dengan IQ di bawah 70, kesulitan beradaptasi dalam kehidupan sehari-hari. Anak yang mengalami *down syndrome* juga termasuk dalam golongan retardasi mental. *Down syndrome* merupakan suatu bentuk kelainan kromosom yang paling sering terjadi. Menurut penelitian, *down syndrome* menimpa satu di antara 650 kelahiran hidup (Kirman & Bicknell, 1975, dalam Santrock, 2002). Di Indonesia, terdapat 300 ribu kasus *down syndrome*. Seorang anak dikatakan *down syndrome* apabila anak tersebut memiliki 3 buah kromosom 21, yang hanya dimiliki 2 buah oleh anak pada umumnya. Salah satu penyebabnya, yaitu ibu yang usianya terlalu tua (>40 tahun) atau terlalu muda (<20 tahun) pada saat mengandung. Kemungkinan seorang ibu yang telah berumur 30 tahun melahirkan bayi dengan *down syndrome* adalah 1:750 dan jika usia ibu 35 tahun kemungkinannya adalah 1:280 (Robinson & Robinson, 1976 dalam Santrock, 2002). Faktor genetik juga mempengaruhi terjadinya *down syndrome*, seperti yang dialami oleh seorang anak bernama H. H memiliki seorang paman yang juga memiliki kekhususan tersebut.

Anak *down syndrome* mungkin mengalami beberapa atau semua ciri-ciri fisik, sebagai berikut: kepala agak kecil dan *brakisefalik* (berkepala pendek) dengan daerah oksipital yang mendatar, muka lebar, tulang pipi tinggi, hidung pesek, letak mata berjauhan serta sipit miring ke atas dan samping (seperti mongol), terdapat bercak pada iris mata, lipatan epikantus (lipatan vertical pada pangkal mata) jelas sekali, bibir dan lidah tebal serta kasar dan bercelah. Selain itu ada juga ciri fisik lainnya, misalnya kulit halus dan longgar, terdapat lipatan leher yang berlebihan, jarak antara jari kaki dan tangan agak besar, biasanya terdapat satu garis besar melintang pada telapak tangannya, serta memiliki alat kelamin yang kecil. Selain ciri fisik, karakter khas yang dimiliki oleh anak *down syndrome*, yaitu mengalami retardasi mental dan memiliki taraf kecerdasan rendah yang biasanya tergolong idiot dan imbesil (White, 1981).

Taraf kecerdasan rendah yang dimiliki anak *down syndrome*, salah satunya terlihat dari kesulitannya dalam berbahasa dan komunikasi. Anak biasanya berkomunikasi dengan menggunakan kalimat sederhana, terkadang perkataan yang diungkapkan anak *down syndrome* sulit dimengerti oleh orang lain dan anak sulit untuk mengungkapkan kalimat secara jelas, melainkan hanya berupa gumaman saja. Sebagai contohnya, berdasarkan hasil observasi yang dilakukan terhadap S, salah seorang siswa di SLB-C “X”, ketika sedang bermain, S mengatakan sesuatu yang tidak jelas, terdengar seperti “U, ni aen.” Setelah tidak ada respon apapun dari orang yang di sekitarnya, S berdiri dari tempatnya kemudian menghampiri salah satu gurunya, sambil menarik tangan gurunya tersebut sambil mengatakan kembali “U, ni aen”, maksudnya “Bu, sini main”.

Keterampilan motorik anak-anak *down syndrome* seringkali lebih buruk jika dibandingkan dengan anak-anak lainnya, terutama keterampilan motorik halus yang jauh tertinggal dibandingkan keterampilan motorik kasarnya. Hambatan-hambatan tersebut dapat mempengaruhi pencapaian anak terhadap keterampilan dasar yang seharusnya dapat dicapai dalam waktu singkat oleh anak-anak pada umumnya. Keterampilan dasar yang dimaksud, misalnya seperti makan, memilih pakaian, berpakaian, mengancingkan bajunya, mandi, memberi salam, mengeja dan menuliskan namanya, menjaga barangnya, serta membereskan mainannya sendiri. Orang di sekitarnya, terutama ibunya, diharapkan mendukung dengan cara melatih anaknya yang *down syndrome* untuk melakukan keterampilan dasar itu. Sebagai salah satu contohnya, anak pada umumnya dapat makan sendiri pada usia 3 tahun, tetapi pada anak *down syndrome* hal itu dapat dicapai pada usia yang lebih besar dengan bantuan dan dorongan dari orang di sekitarnya.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terhadap 4 orang ibu yang memiliki anak *down syndrome* dengan usia sekitar 15-20 tahun yang bersekolah di SLB-C "X", hal tersebut sulit dilakukan karena anak *down syndrome* lebih sulit diarahkan karena anak sulit berkomunikasi, sehingga tidak diketahui apa yang dipikirkan dan diinginkannya. Berdasarkan hasil wawancara tersebut, ibu yang berperan aktif dalam perkembangan kemandirian anaknya yang *down syndrome* akan mendampingi serta melatih anaknya untuk dapat melakukan keterampilan dasar. Ketika anak sedang makan, ibu berada di sekitar anak untuk melatih anaknya untuk menghabiskan makanannya, walaupun rumah akan menjadi berantakan dan kotor. Begitu juga ketika anak belajar mandi dan berpakaian

sendiri, ibu melatih anaknya dengan mengajarkan terlebih dahulu apa yang harus dilakukan anaknya. Setelah itu, ibu membiarkan anaknya yang *down syndrome* melakukan sendiri apa yang telah diajarkan, misalnya membiarkan anak mandi sendiri. Setelah itu, ibu baru membantu anak agar lebih bersih dan rapi. Dengan bantuan serta latihan yang diberikan ibu pada anaknya yang *down syndrome*, anak *down syndrome* tersebut lama kelamaan akan dapat lebih bisa makan, berpakaian, dan mandi sendiri tanpa bantuan dari orang lain. Jika anak *down syndrome* telah dapat melakukan keterampilan dasar sendiri, maka anak *down syndrome* tersebut dapat dikatakan telah menunjukkan salah satu bentuk kemandirian.

Kemandirian anak *down syndrome* dapat dikembangkan melalui terapi-terapi khusus, seperti terapi fisik dan tingkah laku, terapi bicara, terapi okupasi, dan terapi-terapi alternatif lainnya. Akan tetapi, kemandirian anak tidak akan tercapai apabila ibu tidak melatih anaknya kembali setelah terapi selesai. Terapi fisik dan tingkah laku diberikan pada anak *down syndrome* untuk membantu anak *down syndrome* agar dapat berjalan dengan benar karena pada dasarnya anak *down syndrome* memiliki otot-otot yang lemah. Melatih fisik anak ini juga tidak hanya dilakukan di tempat terapi saja, tetapi ibu juga diminta untuk terus dapat aktif mengajarkan anaknya belajar berjalan di rumahnya (<http://ceritamamaayu.blogspot.com/2008/09/down-syndrome-special-angel-anak-adalah.html>).

Terapi lainnya yang juga dibutuhkan untuk anak *down syndrome* adalah terapi bicara. Terapi ini diberikan kepada anak *down syndrome* dengan tujuan agar anak *down syndrome* lebih mampu berkomunikasi dengan orang lain dan orang

lain dapat mengerti apa yang dikatakan oleh anak *down syndrome*. Setelah pulang dari tempat terapi, ibu diharapkan mengajak anaknya berbicara sehingga anak lebih terlatih untuk berbicara.

Terapi okupasi diberikan pada anak *down syndrome* supaya anak dapat terlatih kemandiriannya, pemahaman kognitifnya, serta kemampuan sensorik dan motoriknya. (<http://www.angelswing.or.id/pelayanan-okupasi.html>). Untuk dapat melatih anak *down syndrome*, ibu perlu membiarkan anak untuk mengulang apa yang telah diajarkan di tempat terapi dalam kehidupannya sehari-hari.

Di samping itu, masih ada terapi-terapi alternatif lain yang dapat diberikan pada anak *down syndrome*, yaitu terapi akupuntur dan terapi musik. Terapi akupuntur berfungsi untuk melancarkan peredaran darah anak. Terapi musik adalah terapi yang diberikan dengan cara memperdengarkan berbagai macam bunyi untuk melatih kepekaan anak (<http://sukaesih21.wordpress.com>).

Saat ini sudah banyak fasilitas yang dapat membantu anak-anak *down syndrome*, misalnya banyak tempat-tempat terapi, serta sekolah-sekolah untuk anak yang memiliki kebutuhan khusus. Salah satunya adalah SLB-C “X” yang ada di Kota Bandung. Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada kepala sekolah di SLB-C “X” terdapat 16 orang pengajar, 49 siswa yang aktif dan sekitar 15 orang siswa yang pasif. Siswa yang aktif adalah siswa yang setiap hari atau masih bersekolah di SLB-C “X”, sedangkan siswa pasif adalah siswa yang mengambil cuti beberapa waktu atau jarang hadir di sekolah. Dari 49 siswa terdapat 6 siswa yang menyandang autisme, 3 orang gangguan emosi, dan 34 orang siswa penderita tunagrahita, dan 8 orang siswa menyandang *down syndrome*.

Di SLB-C “X” ini, setiap siswa diperlakukan dengan berbeda sesuai dengan keterbatasan yang dialami siswa, meskipun setiap siswa mendapatkan fasilitas dan materi yang sama. Usaha yang dilakukan pihak sekolah untuk mengembangkan kemandirian anak, yaitu setiap siswa diperbolehkan untuk memainkan mainan yang tersedia di sekolah, siswa juga diikutsertakan pada kegiatan yang diadakan di sekolahnya. Misalnya, ketika sekolah mengadakan perlombaan untuk merayakan HUT RI, semua siswa diharapkan untuk ikut serta dalam perlombaann yang diadakan. Ketika mengikuti perlombaan, setiap siswa akan dibiarkan untuk berusaha sendiri mengikuti perlombaan tersebut tanpa dibantu oleh gurunya, orangtua, ataupun pengasuhnya. Selain itu, setiap harinya siswa diberi waktu khusus untuk makan bekal yang telah dibawanya sendiri tanpa dibantu, walaupun akhirnya kelas menjadi berantakan dan agak kotor. Dengan demikian, anak diharapkan dapat menjadi lebih mandiri dan mengubah cara berpikir ibu yang berbeda terkait dengan kemandirian anaknya.

Seligman (1990) mengungkapkan bahwa optimisme adalah cara berpikir dalam menghadapi suatu keadaan, baik keadaan yang baik maupun keadaan yang buruk. Dikatakan juga seseorang yang optimis adalah seseorang yang ketika menghadapi keadaan yang buruk, percaya bahwa keadaan buruk itu hanya sementara (*PmB-temporary*), dan hanya terjadi pada peristiwa tertentu (*PvB-specific*), dan lingkungan yang menyebabkan keadaan buruk itu (*PsB-eksternal*). Faktor yang dapat menentukan optimisme ibu, yaitu *explanatory style* dari individu yang berada di dekat ibu yang memiliki anak *down syndrome*, terutama *explanatory style* yang dimiliki ibu dari ibu yang memiliki anak *down syndrome*.

Ketika anak *down syndrome* yang berusia antara 15-20 tahun sudah dapat makan sendiri, ibu yang optimis akan berpikir bahwa perilaku mandiri yang ditampilkan anaknya itu akan terus berulang (PmG-*permanence*) dan jika anaknya telah dapat makan sendiri maka ibu akan berpikir bahwa perkembangan itu juga terjadi pada perilaku anak lainnya, misalnya anak mampu memakai pakaian sendiri (PvG-*universal*). Pada ibu yang pesimis, ketika anaknya sudah dapat makan sendiri, ibu akan berpikir bahwa perilaku yang ditampilkan anaknya itu bersifat sementara dan merupakan suatu kebetulan saja (PmG-*temporary*), dan ibu akan berpikir bahwa perkembangan tersebut tidak akan terjadi perilaku anak lainnya (PvG-*specific*). Ibu yang pesimis akan berpikir bahwa perilaku yang ditampilkan anaknya adalah sebagai hasil dari pengajaran yang telah diberikan di sekolahnya (PsG-*eksternal*).

Ibu yang optimis memiliki harapan terhadap kemandirian anaknya yang *down syndrome*, sehingga ibu akan lebih giat melatih anaknya dan mencari informasi yang berkaitan dengan anaknya. Sebaliknya, ibu yang pesimis, memiliki harapan yang sedikit bahkan tidak memiliki harapan terkait dengan kemandirian anaknya, sehingga ibu bersikap pasrah dan apa adanya tanpa melatih anaknya atau bahkan mencari informasi mengenai anaknya yang *down syndrome*. Oleh karena itu, ibu yang memiliki anak *down syndrome* membutuhkan cara berpikir yang optimis terkait dengan kemandirian anaknya supaya anak dapat lebih mandiri.

Berdasarkan survey yang peneliti lakukan terhadap 4 orang ibu di SLB-C “X” di Kota Bandung yang memiliki anak *Down Syndrome* berusia sekitar 15 sampai dengan 20 tahun, 75% ibu yang semakin merasa yakin dan percaya bahwa

anaknya dapat makan sendiri, berpakaian sendiri, mandi sendiri, dan melakukan kegiatan lainnya sendiri. Ibu tersebut akan mencari informasi mengenai anaknya lebih banyak lagi dan melakukan berbagai terapi pada anaknya yang dapat membuat anaknya lebih mandiri dalam berbagai hal, serta melatih anaknya untuk makan sendiri, berpakaian sendiri, mandi sendiri, dan melakukan kegiatan lainnya sendiri. Sebanyak 25% ibu merasa kurang bahkan tidak yakin anaknya dapat makan sendiri, berpakaian sendiri, dan mandi sendiri. Ibu yang merasa tidak yakin itu tidak berusaha mencari informasi mengenai anaknya dan tidak melakukan terapi, serta akan membatasi kegiatan anak. Para ibu tersebut lebih menyalahkan dirinya sendiri terhadap ketidakmampuan anaknya untuk lebih mandiri. Berdasarkan data survey, dapat dinyatakan bahwa cara berpikir ibu yang berbeda membuat ibu memperlakukan anaknya dengan cara berbeda yang dapat membuat anak mereka semakin mandiri.

Berdasarkan fakta dan uraian yang telah diungkapkan, dapat dilihat bahwa ibu yang memiliki anak *down syndrome* memiliki optimisme yang berbeda terhadap kemandirian anaknya. Anak *down syndrome* perlu dilatih kemandiriannya, mereka tidak bisa seterusnya bergantung kepada orangtuanya karena suatu saat orangtua akan meninggal. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Studi Deskriptif Mengenai Optimisme Ibu yang Memiliki Anak *Down Syndrome* terkait dengan Kemandirian Anak di SLB-C di Kota Bandung”.

1.2. IDENTIFIKASI MASALAH

Dari penelitian ini, ingin diketahui optimisme ibu yang memiliki anak *down syndrome* terkait dengan kemandirian anak di SLB-C di Kota Bandung.

1.3. MAKSUD DAN TUJUAN PENELITIAN

1.3.1. Maksud Penelitian

Maksud dilakukannya penelitian ini adalah ingin memperoleh gambaran mengenai optimisme ibu yang memiliki anak *down syndrome* terkait dengan kemandirian anak di SLB-C di Kota Bandung.

1.3.2. Tujuan Penelitian

Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah ingin memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai cara berpikir optimis atau pesimis pada ibu yang memiliki anak *down syndrome* terkait dengan kemandirian anak di SLB-C di Kota Bandung beserta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

1.4. KEGUNAAN PENELITIAN

1.4.1. Kegunaan Teoretis

- Memberi sumbangan informasi bagi ilmu Psikologi Perkembangan mengenai optimisme ibu yang memiliki anak *down syndrome* terkait dengan kemandirian anak di SLB-C di Kota Bandung.
- Sebagai sumbangan dan referensi untuk penelitian selanjutnya mengenai optimisme.

1.4.2. Kegunaan Praktis

- Memberikan informasi kepada ibu yang memiliki anak *down syndrome* mengenai optimisme terkait dengan kemandirian anak sebagai bahan untuk pengembangan diri anak.
- Memberikan tambahan informasi kepada para pengajar di SLB-C di Kota Bandung tentang optimisme ibu terkait dengan kemandirian anaknya yang *down syndrome* agar para pengajar dapat memberikan perlakuan yang sesuai dengan kemandirian dari siswanya.

1.5. KERANGKA PEMIKIRAN

Seorang ibu biasanya berada pada masa perkembangan dewasa. Menurut Santrock, masa dewasa dibagi ke dalam tiga periode, yaitu masa dewasa awal (usia sekitar 19/20 – 39 tahun), masa dewasa madya (40 – 60 tahun), dan masa dewasa akhir (60 – 70 tahun). Dalam masa dewasa ini terjadi perkembangan fisik, perkembangan kognitif, dan perkembangan sosio-emosional.

Pada masa dewasa awal terdapat *responsibility stage* yang terjadi ketika keluarga terbentuk dan perhatian diberikan pada keperluan-keperluan pasangan dan keturunan (K. Warner Schaie, 1977 dalam Santrock, 2002). Ibu yang memiliki anak *down syndrome* akan memberikan perhatian pada anaknya dengan mencari cara untuk mengembangkan kemandirian anaknya dengan melakukan berbagai cara, misalnya melakukan terapi-terapi dan sebagainya.

Pada masa dewasa madya (usia 40 – 60 tahun), Erikson meyakini bahwa individu menghadapi issue yang signifikan dalam hidup yaitu *generativity* dan

stagnation. *Generativity* meliputi hasrat untuk meninggalkan warisan bagi generasi berikutnya. Sebaliknya, *stagnation* akan berkembang ketika individu merasa dirinya tidak memiliki apa-apa. *Generativity* salah satunya dapat dikembangkan melalui *parental generativity* (Kotre, 1984 dalam Santrock, 2002), yaitu dimana individu menyediakan pengasuhan dan bimbingan bagi anak. Hal tersebut mengakibatkan ibu yang memiliki anak *down syndrome* akan melatih dan mendampingi serta memenuhi kebutuhan anaknya untuk dapat mengembangkan kemandirian anaknya yang *down syndrome*.

Proses perkembangan tersebut dapat berpengaruh terhadap bagaimana cara pandang ibu yang memiliki anak *down syndrome* dalam menyikapi keadaan dan permasalahan dalam kehidupan sehari-hari. Cara berpikir ibu dalam menghadapi keadaan, baik keadaan yang baik (*good situation*) maupun keadaan yang buruk (*bad situation*) disebut dengan optimisme. Keadaan yang dimaksud adalah peristiwa-peristiwa baik maupun buruk yang terjadi dalam kehidupannya (Seligman, 1990). *Good situation* yang mungkin dialami ibu yang memiliki anak *down syndrome*, misalnya saja ketika anaknya sudah mulai menunjukkan kemandiriannya dan sudah mulai dapat mengurus dirinya sendiri. Sebaliknya, *bad situation* yang mungkin dialami oleh ibu yang memiliki anak *down syndrome* adalah ketika anaknya belum juga menunjukkan kemandiriannya atau bahkan ketika anaknya menunjukkan kemunduran dalam hal kemandiriannya.

Dalam hal ini Seligman menyatakan bahwa terdapat 3 dimensi yang digunakan dalam cara berpikir tentang suatu kejadian, yaitu *Permanence*, *Pervasiveness*, dan *Personalization*. Dalam dimensi *Permanence* dibicarakan

mengenai waktu berlangsungnya suatu keadaan. Ibu yang optimis akan berpikir bahwa keadaan baik berlangsung menetap (*PmG-permanence*) dan keadaan buruk hanya berlangsung sementara (*PmB-temporary*), dan sebaliknya ibu yang pesimis cenderung berpikir bahwa keadaan buruk berlangsung menetap (*PmB-permanence*) dan keadaan baik berlangsung sementara (*PmG-temporary*). Apabila anak *down syndrome* telah menunjukkan kemandirian, maka ibu yang optimis akan berpikir bahwa kemandirian anaknya itu memiliki suatu harapan untuk dapat berlangsung menetap (*PmG-permanence*), tetapi sebaliknya apabila anak *down syndrome* mereka tidak menunjukkan kemandirian atau bahkan menunjukkan penurunan, maka ibu akan berpikir bahwa hal tersebut hanya sementara (*PmB-temporary*). Ibu yang pesimis akan berpikir bahwa kemunduran kemandirian yang ditampilkan anaknya akan berlangsung menetap (*PmB-permanence*), sebaliknya ibu akan berpikir bahwa kemandirian yang ditampilkan anaknya adalah sebagai hal yang berlangsung sementara (*PmG-temporary*).

Dimensi kedua membicarakan mengenai ruang lingkupnya, dibedakan antara *universal* dan *spesific*. Ibu yang optimis akan berpikir bahwa keadaan baik terjadi secara universal (*PvG-universal*), sedangkan keadaan buruk terjadi secara spesifik (*PvB-spesific*). Ibu yang pesimis akan berpikir bahwa keadaan baik terjadi secara spesifik (*PvG-spesific*), sedangkan keadaan buruk akan terjadi secara universal (*PvB-universal*). Ibu yang optimis akan berpikir bahwa kemandirian dari anak *down syndrome*-nya memiliki peluang untuk terjadi pada hal lainnya dalam diri anaknya (*PVG-universal*). Sebaliknya, apabila anak *down syndrome* mereka menunjukkan penurunan dalam kemandiriannya, maka ibu akan

berpikir bahwa penurunan tersebut tidak berpeluang untuk terjadi pada hal lain dalam diri anak, melainkan hanya terjadi dalam hal itu saja (*PvB-specific*). Pada ibu yang pesimis, ibu akan berpikir bahwa kemunduran yang ditunjukkan anak *down syndrome*-nya berpeluang terjadi terhadap semua aspek dalam diri anaknya (*PvB-universal*), sebaliknya apabila anak *down syndrome* mereka menunjukkan kemandiriannya, maka ibu akan menganggap kemajuan tersebut hanya terjadi pada aspek itu saja (*PvG-specific*).

Dimensi *Personalization* ini membicarakan mengenai siapa yang menjadi penyebab suatu keadaan, yaitu dirinya sendiri (*internal*) atau lingkungan (*eksternal*). Pada dimensi ini ibu yang optimis akan berpikir bahwa bahwa keadaan baik disebabkan oleh dirinya (*PsG-internal*), sedangkan keadaan buruk disebabkan oleh lingkungan atau hal di luar dirinya (*PsB-eksternal*). Ibu yang pesimis akan berpikir bahwa keadaan baik disebabkan oleh hal lain di luar dirinya atau lingkungan (*PsG-eksternal*), sedangkan keadaan buruk disebabkan oleh dirinya (*PsB-internal*). Apabila anak *down syndrome*-nya menunjukkan kemandiriannya, maka ibu yang optimis akan berpikir bahwa karena dirinya maka anak mereka dapat mandiri (*PsG-internal*), sebaliknya apabila anaknya menunjukkan kemunduran dalam kemandiriannya, maka ibu yang optimis akan berpikir bahwa kemunduran anaknya tersebut disebabkan oleh lingkungan (*PsB-eksternal*). Ibu yang pesimis akan berpikir bahwa kemandirian yang ditunjukkan anak *down syndrome*-nya disebabkan oleh lingkungannya bukan karena diri ibu (*PsG-eksternal*), sedangkan kemunduran kemandirian yang diperlihatkan oleh anak *down syndrome* mereka disebabkan karena dirinya (*PsB-internal*).

Ada 3 faktor yang mempengaruhi optimisme, yaitu *explanatory style* ibu, kritik dan dukungan dari orang lain, dan masa krisis anak. *Explanatory style* ibu adalah kebiasaan berpikir ibu dalam menghadapi suatu keadaan, baik keadaan yang baik (*good situation*) maupun yang buruk (*bad situation*). *Explanatory style* ibu yang dimaksud adalah *explanatory style* yang dimiliki oleh ibu dari ibu yang memiliki anak *down syndrome* dengan kata lain disebut sebagai nenek dari anak *down syndrome*. Optimisme tidak diturunkan, melainkan dipelajari dari lingkungan. Orangtua ibu terutama nenek yang mengasuh merupakan tempat pertama bagi ibu untuk mempelajari optimisme. Optimisme dipelajari ketika berkomunikasi dengan orang tua. Ibu akan memperhatikan perkataan nenek dengan teliti, bukan hanya kata-katanya melainkan sifat-sifat tertentu dari isi perkataan nenek. Segala hal yang ditunjukkan nenek akan didengar setiap hari dan terus berulang sehingga mempengaruhi *explanatory style* ibu.

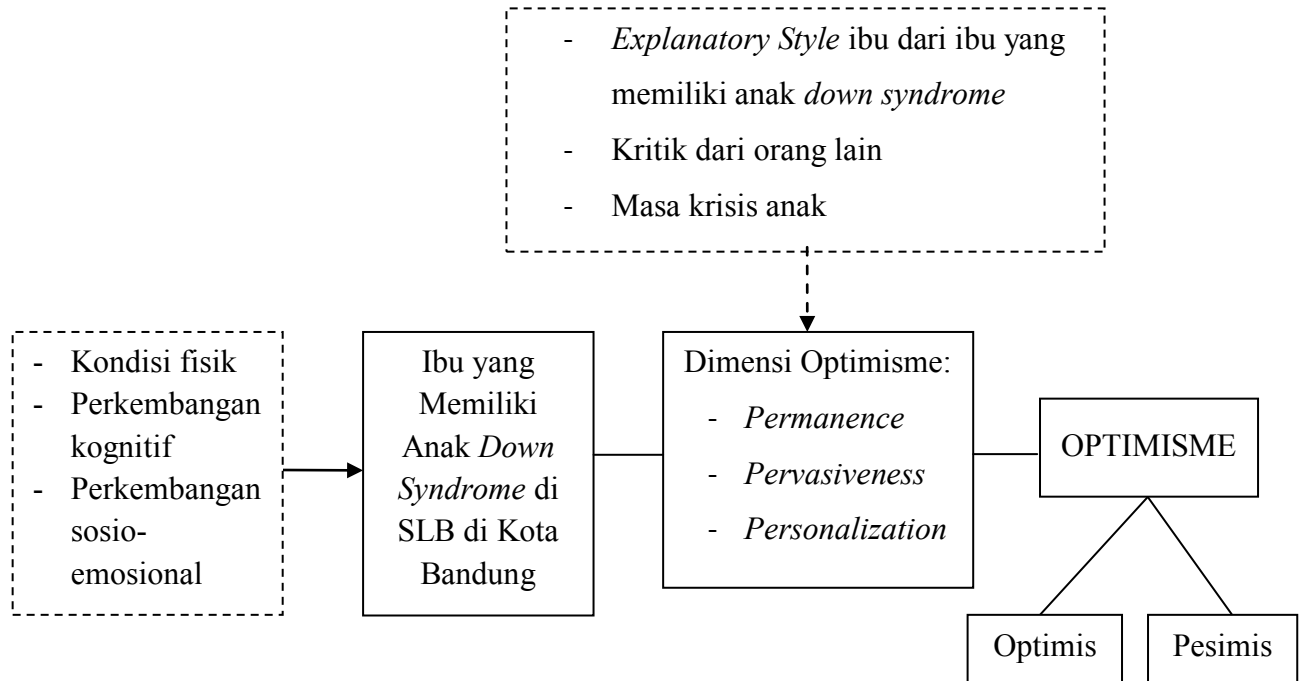
Apabila orangtua terutama nenek dari anak *down syndrome* berpikir bahwa keberhasilan yang dialami bersifat menetap, universal, dan terjadi akibat dirinya sendiri, sedangkan kegagalan sebagai hal yang bersifat sementara, spesifik, dan terjadi karena lingkungan, maka ibu dari anak *down syndrome* juga memiliki kecenderungan untuk menjadi optimis mengenai kemandirian anaknya. Sebaliknya apabila nenek dari anak *down syndrome* berpikir bahwa kegagalan yang dialaminya bersifat menetap, universal, dan diakibatkan oleh dirinya sendiri, sedangkan keberhasilan yang dialami sebagai sesuatu yang bersifat sementara, spesifik, dan disebabkan oleh lingkungan, maka ibu dari anak *down syndrome*

juga akan memiliki kecenderungan untuk berpikir secara pesimis terkait dengan kemandirian anaknya tersebut.

Faktor kedua adalah kritik dari orang lain. Orang lain akan memberikan kritik (misalnya berupa celaan) pada ibu ketika anak mengalami kegagalan. Kritik orang lain tersebut akan mempengaruhi cara berpikir ibu. Jika ibu menganggap celaan tersebut sebagai suatu yang menetap dan terjadi pada berbagai hal, maka ibu akan menganggap bahwa anaknya akan gagal dalam segala hal. Jika ibu menganggap celaan tersebut sebagai suatu hal yang bersifat sementara dan spesifik, maka ibu akan berpikir bahwa kegagalan anaknya yang *down syndrome* dapat diselesaikan dan hanya terjadi pada satu hal saja.

Faktor ketiga adalah masa krisis anak. Jika pada masa kanak-kanak ibu mengalami kehilangan dini dan trauma, misalnya kehilangan seseorang yang dekat (misal kehilangan salah satu atau bahkan kedua orang tua) baik meninggal dunia maupun bercerai. Jika ibu dapat menerima atau memaklumi kehilangan dan trauma itu, maka ibu akan mengembangkan pemikiran bahwa kehilangan dan trauma dapat diubah dan diatasi. Akan tetapi, apabila kehilangan dan trauma dianggap menetap dan terjadi pada segala hal, maka rasa putus asa akan tertanam semakin dalam dalam pikiran ibu.

Uraian diatas dapat dilihat pada bagan berikut ini:



1.5. Bagan Kerangka Pemikiran

1.6. ASUMSI

- Ibu yang memiliki anak *down syndrome* memiliki cara berpikir yang berbeda, baik optimis atau pesimis terkait dengan kemandirian anaknya.
- Ibu yang memiliki anak *down syndrome* dapat memiliki cara berpikir yang berbeda mengenai waktu berlangsung dari kemandirian ataupun kemunduran kemandirian yang ditampilkan anaknya.
- Ibu yang memiliki anak *down syndrome* dapat memiliki cara berpikir yang berbeda mengenai ruang lingkup dari kemandirian ataupun kemunduran kemandirian yang ditampilkan anaknya.

- Ibu yang memiliki anak *down syndrome* dapat memiliki cara berpikir yang berbeda mengenai siapa penyebab dari kemandirian ataupun kemunduran kemandirian yang ditampilkan anaknya.
- *Explanatory style* ibu dari ibu yang memiliki anak *down syndrome*, dukungan dan kritik, serta masa krisis ibu yang memiliki anak *down syndrome* semasa kanak-kanak mempengaruhi optimisme ibu yang memiliki anak *down syndrome* terkait dengan kemandirian anaknya.