

**PENGARUH TERAPI *SELF-HELP GROUPS* TERHADAP
KOPING KELUARGA DENGAN ANAK RETARDASI
MENTAL DI SLB-C KABUPATEN SUMEDANG**

TESIS

**Titin Sutini
0706195352**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
2009**

**PENGARUH TERAPI *SELF-HELP GROUPS* TERHADAP
KOPING KELUARGA DENGAN ANAK RETARDASI
MENTAL DI SLB-C KABUPATEN SUMEDANG**

TESIS

Diajukan sebagai persyaratan untuk
Memperoleh Gelar Magister Ilmu KeperawatanKekhususan Keperawatan Jiwa

**Titin Sutini
0706195352**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
2009**

**PENGARUH TERAPI *SELF-HELP GROUP* TERHADAP KOPING KELUARGA DENGAN ANAK
RETARDASI MENTAL DI SLB-C KABUPATEN SUMEDANG**

Nama : Titin Sutini
Program studi : Magister Keperawatam Kekhususan Keperawatan Jiwa
Judul : Pengaruh Terapi *Self-help group* terhadap Koping keluarga dengan anak Retardasi mental di SLB-C Kabupaten sumedang

ABSTRAK

Keluarga dengan anak retardasi mental di Kabupaten Sumedang sekitar 10.898 orang dari 1.089.889 penduduk di Kabupaten Sumedang, dan yang tercatat di SLB-C sekabupaten sumedang hanya 218 orang. **Tujuan** penelitian ini adalah Memperoleh gambaran tentang pengaruh pelaksanaan terapi *Self-Help Groups* terhadap koping keluarga dengan anak Retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang tahun 2009 sehingga dapat mengurangi faktor resiko terjadinya gangguan. **Metode** penelitian adalah adalah "*Quasi experimental pre-post test with control group*" dengan intervensi *self help group*. Cara pengambilan sampel adalah *purposive sampling* dengan sampel sebanyak 22 keluarga . Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner karakteristik keluarga dan kuesioner koping keluarga. *Self help group* dilakukan pada dua kelompok; kelompok I diberikan *self help group* dengan enam kali pertemuan (empat kali bimbingan dan dua kali mandiri), kelompok II tidak diberikan *self help group*. Analisa data menggunakan univariat dengan menganalisa secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dan sentral tendensi. Analisa Bivariat menggunakan *Independent sample t-test*, *Chi-Square* dan *Dependent sample t-test*. Multivariat menggunakan *pearson product moment* dan *Rank spearman*. **Hasil** penelitian menunjukkan peningkatan kemampuan koping setelah *self-help group* pada keluarga dengan anak retardasi mental secara bermakna dan terjadi perubahan dari koping maladaptif menjadi adaptif (p value = 0,000). Pada kelompok yang hanya diberikan terapi generalis terjadi juga peningkatan kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental tetapi peningkatan tersebut masih berada di koping maladaptif. Direkomendasikan untuk membentuk kelompok *self-help group* lainnya di lingkungan SLB-C.

Kata kunci: *Self help group*, koping keluarga dan retardasi mental.

Name : Titin Sutini
Study Program : POST GRADUATE PROGRAM OF NURSING FACULTY
Title : The Influence of Self Help Group Therapy Toward Coping Family and Children with Mental Retardation at SLB-C of Sumedang District

ABSTRACT

Family and children with mental retardation at Sumedang district are almost 10.898 people of 1.089.889 population at Sumedang district, and they are only 218 people which recorded at SLB-C of Sumedang district. This study purpose to find describing the effect of implementing Self Help Groups therapy toward coping family and children with mental retardation at SLB-C of Sumedang District in 2009 so it can decrease risk factors of disturbance occur. This study used design of quasi experimental pre-post test with control group by self help group intervention. This study used a purposive sampling on getting samples by 22 families as samples. The equipment on collecting data using questionares of family characteristic and family coping. Self help group has been done for two groups where the first group was given self help group for six times of meeting (four times for guiding and two times for standing alone), while the second group was given self help group. Analyzed data used univariate by analyzing as descriptive by calculating frequency distribution and central tendency. Bivariate analysis used Independent sample t-test, Chi-Square and Dependent sample t-test. Multivariate analysis used pearson product moment and rank spearman. Study result indicated improvement the abilities of coping family and children with mental retardation as means (p value = 0,000). It was recommended to build and implementing self help group for family who had children with mental retardation.

Keywords: Self help group, coping family and mental retardation.

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas berkat dan karuniaNya peneliti dapat menyelesaikan Tesis dengan judul : **“Pengaruh *Self Help Group* terhadap Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental di SLB-C Kabupaten Sumedang”**. Tesis ini dibuat dalam rangka memenuhi sebagian syarat guna menyelesaikan Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa pada Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan tesis ini penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

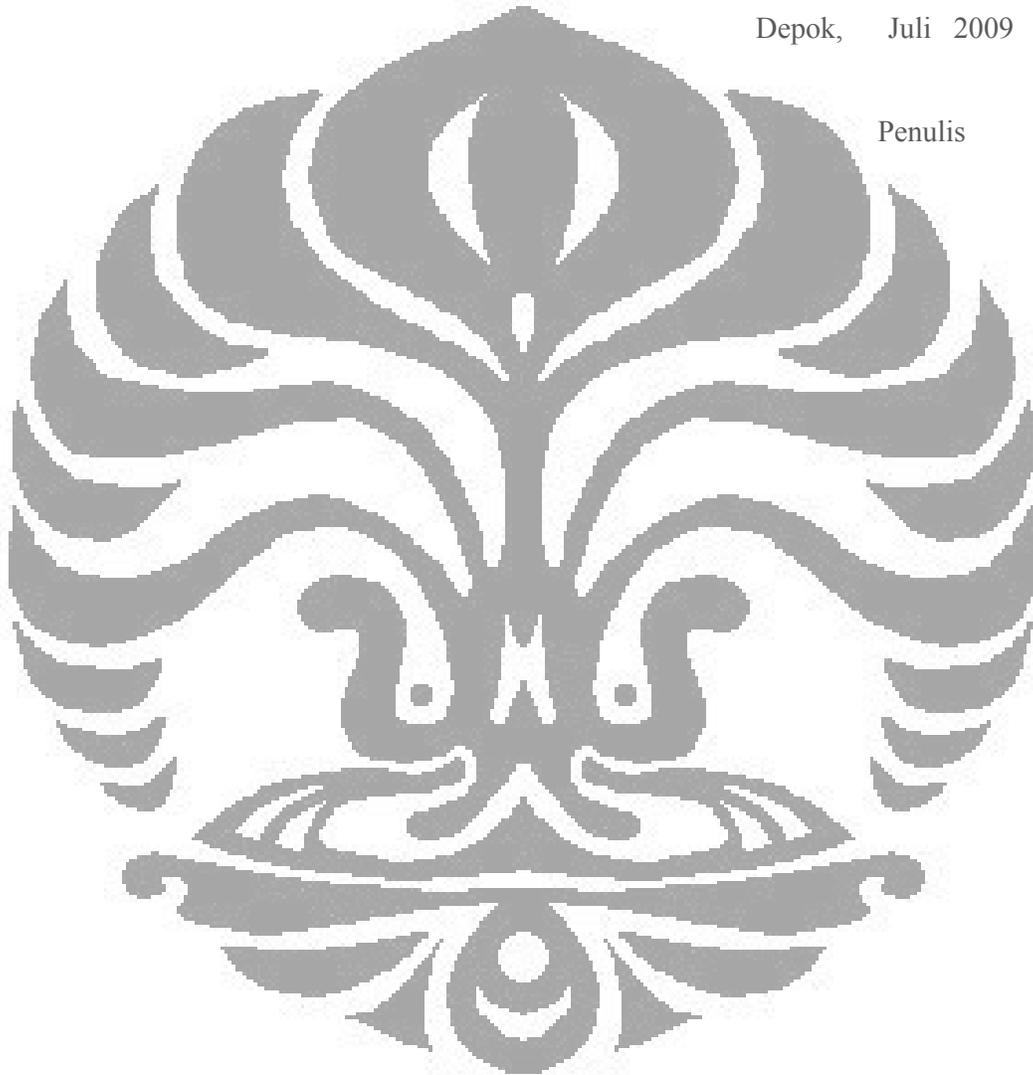
1. Dewi Irawaty, MA, PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc selaku koordinator MA Tesis .
3. Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc selaku pembimbing tesis yang telah membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
4. Dewi Gayatri, SKp, M.Kes selaku pembimbing tesis, yang dengan sabar membimbing penulis, senantiasa meluangkan waktu, dan sangat cermat memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.
5. Ria Utami P, S.Kp, M.Kep sebagai co-pembimbing yang membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan juga sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
6. Dinas Pendidikan Kabupaten Sumedang yang telah memberi izin bagi penulis untuk melakukan pengumpulan dan penelitian.
7. Kedua orang tua yang telah memberikan bantuan secara moril dan materil dalam penyelesaian tesis ini.
8. Suami yang senantiasa memberikan dukungan yang besar kepada peneliti
9. Rekan-rekan angkatan III Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian tesis ini.

10. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini

Semoga amal dan budi baik bapak serta ibu mendapat pahala yang berlimpah dari Alloh SWT. Akhirnya penulis mengharapkan tesis ini dapat berguna untuk peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Depok, Juli 2009

Penulis

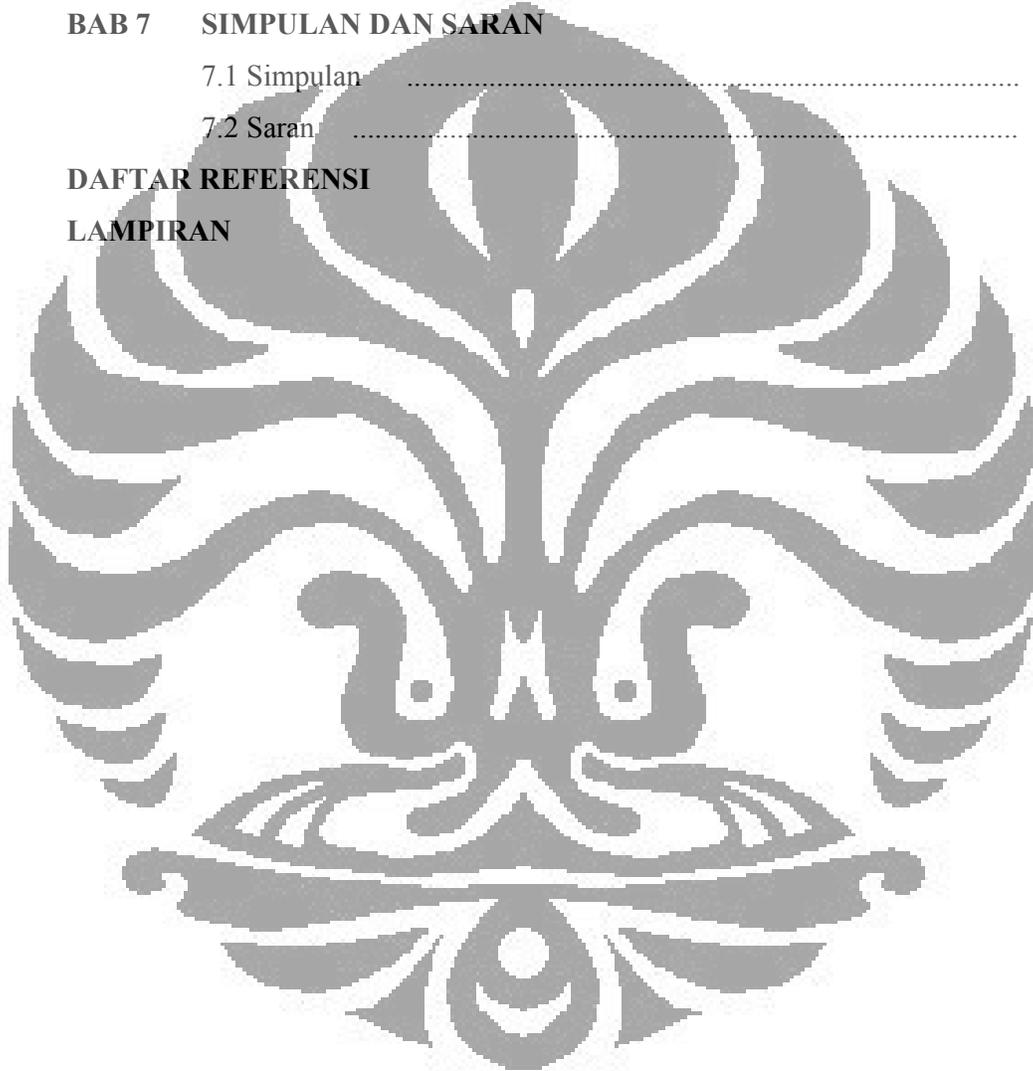


DAFTAR ISI

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| LEMBAR PENGESAHAN | ii |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS | iii |
| KATA PENGANTAR | iv |
| LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH | vi |
| ABSTRAK | vii |
| DAFTAR ISI | viii |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR SKEMA | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| BAB 1 PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 8 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 9 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 10 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Retardasi Mental | 12 |
| 2.1.1 Pengertian | 12 |
| 2.1.2 Proses terjadinya Retardasi Mental | 12 |
| 2.1.3 Tanda dan Gejala | 18 |
| 2.1.4 Upaya untuk Mengatasi Anak dengan Retardasi Mental | 21 |
| 2.1.5 Terapi dalam Keperawatan Jiwa untuk Mengata Retardasi mental | 22 |
| 2.2 Koping Keluarga | 24 |
| 2.2.1 Pengertian Keluarga | 24 |
| 2.2.2. Pengertian Koping Keluarga | 25 |
| 2.2.3 Strategi koping keluarga | 26 |
| 2.2.4 Koping Keluarga dengan Retardasi Mental | 28 |
| 2.2.5 Asuhan Keperawatan pada Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental | 35 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.3 Konsep <i>Self-Help Groups</i> | 37 |
| 2.3.1 Pengertian | 37 |
| 2.3.2 Tujuan | 38 |
| 2.3.3 Prinsip | 39 |
| 2.3.4 Karakteristik | 40 |
| 2.3.5 Pelaksanaan | 40 |
| 2.3.6 Pelaksanaan <i>Self-help groups</i> pada Keluarga dengan Anak Retardasi Mental | 46 |
| BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPRASIONAL | |
| 3.1. Kerangka Teori | 50 |
| 3.2 Kerangka konsep | 52 |
| 3.3 Hipotesis | 54 |
| 3.4 Definisi Oprasional | 56 |
| BAB 4 METODE PENELITIAN | |
| 4.1 Desain Penelitian | 59 |
| 4.2 Populasi dan Sampel | 60 |
| 4.3 Tempat penelitian | 62 |
| 4.4 Waktu Penelitian | 63 |
| 4.5 Etika Penelittian | 64 |
| 4.6 Alat Pengumpulan Data | 65 |
| 4.7 Validitas dan Reliabilitas | 66 |
| 4.8 Prosedur Penelitian | 68 |
| 4.9 Analisa Data | 72 |
| BAB 5 HASIL PENELITIAN | |
| 5.1 Proses pelaksanaan Terapi <i>Self-help groups</i> terhadap Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental di SLB-C Kabupaten Sumedang | 76 |
| 5.2 Karakteristik Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental | 78 |
| 5.3 Kemampuan Koping Keluarga Dengan Anak Retardasi Mental | 88 |
| 5.4 Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Koping Keluarga dalam Menghadapi Anak Retardasi Mental | 91 |

| | | |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| BAB 6 | PEMBAHASAN | |
| 6.1 | Koping Keluarga dalam Menghadapi Anak Retardasi mental | |
| 6.2 | Faktor yang Mempengaruhi <i>Self-help group</i> Terhadap Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental | 95 |
| 6.3 | Keterbatasan Penelitian | 106 |
| 6.4 | Implikasi Keperawatan | 108 |
| BAB 7 | SIMPULAN DAN SARAN | |
| 7.1 | Simpulan | 110 |
| 7.2 | Saran | 111 |
| | DAFTAR REFERENSI | Xiv |
| | LAMPIRAN | |



DAFTAR TABEL

| | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabel 3.1 | Definisi Operasional Variabel Dependen dan Independen | 65 |
| Tabel 3.2 | Definisi Operasional Data Karakteristik Ibu | 67 |
| Tabel 3.2 | Definisi Operasional Data Karakteristik Anak | 67 |
| Tabel 4.1 | Jumlah sampel <i>pre post test control group</i> | 72 |
| Tabel 4.2 | Daftar waktu Pelaksanaan <i>Self-help group</i> | 73 |
| Tabel 4.2 | Kisi-kisi Variabel Penelitian Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental | 77 |
| Tabel 4.3 | Analisis Variabel Penelitian | 87 |
| Tabel 5.1 | Analisis Karakteristik Umur Ibu dengan anak Retardasi Mental di SLB-C Kabupaten Sumedang | 94 |
| Tabel 5.2 | Distribusi Karakteristik Ibu dengan anak Retardasi Mental berdasarkan tingkat Pendidikan, Penghasilan, dan Tipe keluarga di SLB-C Kabupaten Sumedang Tahun 2009 | 95 |
| Tabel 5.3 | Analisis Kesetaraan Umur Ibu dengan Anak Retardasi Mental di SLB-C Kabupaten Sumedang | 96 |
| Tabel 5.4 | Distribusi Kesetaraan Tingkat pendidikan, penghasilan dan Tipe keluarga dengan Anak retardasi mental di SLB-C Kabupaten sumedang | 96 |
| Tabel 5.5 | Analisis Usia anak Retardasi Mental di SLB-C Kabupaten Sumedang | 97 |
| Tabel 5.6 | Distribusi Klasifikasi IQ Anak Retardasi Mental di SLB-C Kabupaten Sumedang | 98 |
| Tabel 5.7 | Analisis kesetaraan Karakteristik Usia dan Klasifikasi IQ anak Retardasi Mental berdasarkan Karakteristik Ibu di SLB-C Kabupaten Sumedang | 99 |
| Tabel 5.8 | Analisis Kemampuan Koping keluarga dengan Anak Retardasi mental sebelum <i>Self-help group</i> pada kelompok Intervensi dan Kontrol di SLB-C Kabupaten sumedang | 100 |
| Tabel 5.9 | Analisis Kesetaraan Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi mental Sebelum <i>Self-help group</i> pada | 101 |

| | | |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| | kelompok intervensi di SLB-C Kabupaten Sumedang | |
| Tabel 5.10 | Analisis Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi mental sesudah <i>self-help group</i> pada kelompok intervensi di SLB-C Kabupaten Sumedang | 102 |
| Tabel 5.11 | Analisis Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi mental sebelum dan sesudah <i>Self-Help group</i> pada Kelompok kontrol di SLB-C Kabupaten Sumedang | 103 |
| Tabel 5.12 | Analisis Koping Keluarga dengan Anak Retardasi mental sesudah <i>Self-Help group</i> pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di SLB-C Kabupaten Sumedang | 104 |
| Tabel 5.13 | Analisis Selisih Peningkatan Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi mental pada Kelompok Kontrol dan Intervensi setelah <i>Self-Help group</i> di SLB-C Kabupaten Sumedang | 105 |
| Tabel 5.14 | Analisis Hubungan Karakteristik Pendidikan, penghasilan dan Tinggal serumah dengan Koping keluarga pada Anak Retardasi Mental setelah <i>self-help group</i> di SLB-C Kabupaten Sumedang | 106 |
| Tabel 5.15 | Analisis Hubungan Umur Ibu dengan Koping keluarga pada Anak Retardasi Mental setelah <i>self-help group</i> di SLB-C Kabupaten Sumedang | 108 |
| Tabel 5.16 | Analisis Hubungan Klasifikasi IQ dengan Koping Keluarga dalam menghadapi anak dengan Retardasi Mental setelah <i>self-help group</i> di SLB-C kabupaten Sumedang | 109 |
| Tabel 5.17 | Analisis Hubungan usia Anak dengan Koping Keluarga dalam menghadapi anak dengan Retardasi Mental setelah <i>self-help group</i> di SLB-C kabupaten Sumedang | 109 |
| Tabel 5.18 | Analisis Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap anak dengan Retardasi Mental setelah <i>self-help group</i> di SLB-C kabupaten Sumedang | 110 |
| Tabel 5.19 | Analisis Koefisien korelasi setelah <i>Self-help group</i> | 110 |

DAFTAR SKEMA

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Skema Kerangka Teori 3.1 | 61 |
| Skema Kerangka Konsep 3.2 | 64 |
| Skema Desain Penelitian 4.1 | 68 |
| Skema Kerangka Kerja <i>Self-Help Groups</i> terhadap koping keluarga dengan Anak Retardasi Mental 4.2 | 81 |



DAFTAR LAMPIRAN

| | Lampiran |
|----------------------------------------------------------|-----------------|
| Daftar Riwayat Hidup | 1 |
| Lembar Penjelasan tentang Penelitian | 2 |
| Lembar Persetujuan | 3 |
| Kisi-kisi Instrumen Penelitian | 4 |
| Kuesioner Data Demografi | 5 |
| Kuesioner Koping Keluarga dengan Anak retardasi mental | 6 |
| Modul <i>Self-Help Groups</i> | 7 |
| Standar Asuhan Keperawatan Koping Keluarga Tidak Efektif | 8 |



BAB 1 PENDAHULUAN

.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosional (Videbeck, 2008). Kesehatan jiwa adalah keadaan sejahtera ditandai dengan perasaan bahagia, keseimbangan, merasa puas, pencapaian diri dan optimis (Stuart & Laraja, 2005). Kesehatan jiwa menurut pengertian diatas adalah keadaan sehat optimal bukan hanya kondisi terbebas dari gangguan jiwa namun lebih kearah sehat secara menyeluruh, sehat emosional, psikologis, dan sosial serta memiliki hubungan interpersonal, perilaku, coping yang efektif, konsep diri dan kestabilan emosi.

Gangguan jiwa adalah respon maladaptif terhadap stressor dari lingkungan internal dan eksternal, dibuktikan melalui pikiran, perasaan dan perilaku yang tidak sesuai dengan norma-norma lokal atau budaya setempat, dan mengganggu fungsi sosial, pekerjaan dan atau fisik (Townsend, 2005). Berdasarkan pengertian diatas terjadinya gangguan jiwa dipengaruhi oleh multi faktor dimana satu sama lain saling mempengaruhi.

Beberapa yang dapat menjadi penyebab terganggunya kesehatan jiwa adalah: stressor kehidupan pribadi, stres sosio-ekonomi, kepadatan penduduk yang makin tinggi, perubahan sosial, urbanisasi, pola kehidupan keluarga, nasib dan keamanan dari orang yang berusia lanjut, perbedaan sosial budaya dan adanya gangguan fungsi dari otak. Luas dan kompleksitas masalah-masalah kesehatan jiwa mengharuskan semua pihak terlibat untuk mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan jiwa.

Kesehatan jiwa dibagi dalam beberapa aksis. Masalah psikiatrik pada anak dan remaja termasuk aksis 2 (dua). Gangguan yang biasa didiagnosa pertama

kali pada masa bayi, kanak-kanak dan remaja menurut DSM-IV-TR adalah retardasi mental dimulai dari yang ringan, sedang, berat, sangat berat dan retardasi mental keparahan yang tidak tergolongkan (Videbeck, 2008; Townsend, 2005).

Retardasi mental adalah suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya hendaya keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh terhadap tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial (Maslim, 2001). Retardasi mental adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami gangguan dalam perkembangan, bisa seluruh aspek atau berapa aspek, seperti motorik, kognitif, sosial dan fungsi bahasa (WHO, 2008). Retardasi mental adalah gangguan fungsi intelektual yang ditandai *Intelligence quotient* (IQ) dibawah 70 dan gangguan fungsi adaptif yaitu kemampuan beradaptasi dengan kehidupan sosial sesuai tingkat perkembangan dan budaya yang terjadi sebelum usia 18 tahun (Wong, 2004; Townsend, 2005). Retardasi mental menurut pengertian diatas dapat disimpulkan yaitu gangguan fungsi intelektual secara keseluruhan yang mempengaruhi tingkat kecerdasan atau aspek kognitif, motorik, dan fungsi bahasa serta terganggunya perilaku adaptif yaitu kemampuan beradaptasi dengan lingkungan, dimana awitan terjadinya dibawah usia 18 tahun.

Hasil statistik masalah kesehatan jiwa pada anak dan remaja sekitar 15 – 22 % dari total gangguan jiwa yang terjadi (Isaacs, 2005). Prevalensi kejadian Retardasi mental 1 – 3 % dari total jumlah penduduk (Arifin, 2008), sedangkan menurut Siswono (2001) angka kejadian retardasi mental adalah 5/1000 penduduk. Retardasi mental dicirikan dengan keterbatasan *substandard* dalam berfungsi, yang dimanifestasikan dengan fungsi intelektual yang secara signifikan berada dibawah rata-rata yaitu IQ dibawah 70 dan terkait dalam dua bidang keterampilan adaptasi atau lebih (misal komunikasi, perawatan diri, aktivitas hidup sehari-hari, keterampilan sosial, fungsi dalam

masyarakat, pengarahannya diri, kesehatan dan keselamatan, fungsi akademis, kesenangan dan bekerja (Isaacs, 2005).

Retardasi mental biasanya diketahui sesuai dengan tingkatan yaitu ringan, sedang dan berat. Retardasi mental ringan pada usia prasekolah tidak tampak sebagai anak retardasi mental tetapi terlambat dalam kemampuan berjalan, bicara, makan sendiri sehingga kadang orangtua mempersiapkan anaknya untuk masuk sekolah normal karena tidak tampak jelas tentang retardasi mental. Retardasi mental sedang sampai berat ini bisa dideteksi dari mulai bayi karena banyak faktor yang terganggu misal dari motorik, komunikasi, perilaku dan intelektualnya (Arifin, 2008).

Setelah diagnosa retardasi mental ditegakkan, maka pada keluarga akan timbul suatu periode krisis. Periode ini ada 3 tahapan, pertama tahap penolakan atau penyangkalan. Orang tua tidak percaya atas apa yang disampaikan kepadanya tentang anaknya. Mereka bahkan akan menyangkalnya, mereka berusaha mencari ahli lain yang akan menyatakan bahwa anaknya normal. Untuk itu orang tua akan pergi dari satu ahli ke ahli lain secara berganti-ganti, sampai akhirnya menyerah baik dengan terpaksa atau dengan sadar. Kedua, tahap duka cita dan kesedihan yang mendalam. Keadaan ini disebabkan oleh karena keadaan (a) anak yang tidak diharapkan, (b) merasa seolah-olah kehilangan sesuatu. Ada juga orang tua yang langsung masuk ketahap duka cita ini tanpa melewati tahap penolakan. Ketiga, tahap penerimaan. Orang tua secara kenyataan menerima keadaan ini, baik secara sadar maupun secara terpaksa. Masing-masing tahapan memerlukan waktu yang berbeda untuk masing-masing keluarga. (Yusuf, 1986 dalam Sembiring, 2002).

Yusuf (1986 dalam Sembiring, 2002) juga mengatakan bahwa pada periode krisis ini jelas seluruh keluarga, terutama orang tua dilanda stres yang cukup berat. Bila hal ini tidak dapat teratasi dengan baik, maka akan menimbulkan efek ketidaktenangan dalam keluarga. Hal ini jelas akan mengganggu/menghambat perkembangan anak dengan retardasi mental itu

sendiri. Pada diri orang tua terdapat pertentangan/konflik antara: (a) keinginan yang kuat untuk mempunyai anak yang sehat, (b) secara simultan (bersama-sama) terjadi ketakutan dan kecemasan apabila apa yang dilakukan itu akan mengakibatkan suatu kesalahan bagi anak itu sendiri.

Stress atau emosi lainnya yang diperlihatkan orang tua yang memiliki anak retardasi mental yaitu *ambivalens*, meningkari (*denial*), rasa bersalah, rasa malu, rasa kasihan terhadap diri sendiri, berdukacita, depresi dan keinginan agar anaknya meninggal (Mott, James, & Sperhac, 1990). Stress pada keluarga juga bisa disebabkan dari stigma sosial tentang anak retardasi mental sehingga keluarga cenderung malu, merasa bersalah, perasaan yang tidak tentu dan proses berduka pada keluarga (Tammi & Mark, 2008). Keluarga dengan anak retardasi mental seringkali menunjukkan kemarahan, penolakan, perlindungan yang berlebihan, kontrol yang berlebihan, penyangkalan atau perasaan bersalah (Tomb, 2004).

Heward (2003) menyatakan bahwa efektivitas berbagai program penanganan dan peningkatan kemampuan hidup anak dan remaja yang mengalami keterbelakangan mental akan sangat tergantung pada peran serta dan dukungan penuh dari keluarga, sebab pada dasarnya keberhasilan program tersebut bukan hanya merupakan tanggung jawab dari lembaga pendidikan yang terkait saja. Disamping itu dukungan dan penerimaan dari setiap anggota keluarga akan memberikan energi dan kepercayaan dalam diri anak dan remaja yang terbelakang mental untuk lebih berusaha meningkatkan setiap kemampuan yang dimiliki, sehingga hal ini akan membantunya untuk dapat hidup mandiri, lepas dari ketergantungan bantuan orang lain. Sebaliknya, penolakan yang diterima dari orang-orang terdekat dalam keluarganya akan membuat mereka semakin rendah diri dan menarik diri dari lingkungan, selalu diliputi oleh ketakutan ketika berhadapan dengan orang lain maupun untuk melakukan sesuatu, dan pada akhirnya mereka benar-benar menjadi orang yang tidak dapat berfungsi secara sosial serta tergantung pada orang lain, termasuk dalam merawat diri sendiri.

Terdapat dua kemungkinan sikap yang akan dimunculkan oleh anggota keluarga terhadap individu yang terbelakang mental, yaitu menerima atau menolak. Secara normatif, sebagian besar orang tentunya menyatakan telah menerima keberadaan anak retardasi mental, sebab bagaimanapun mereka telah ditakdirkan menjadi bagian dari keluarga. Tetapi pada kenyataannya respon penerimaan masing-masing individu tidaklah selalu sama. Respon inilah yang menjelaskan apakah keluarga telah benar-benar menerima atau sebenarnya melakukan penolakan dengan cara-cara dan perlakuan tertentu, hal ini pada akhirnya akan membuat keluarga untuk menggunakan koping dalam keluarga (Wiwin dkk, 2006).

Koping keluarga adalah respon behavioral dari anggota keluarga dan seluruh keluarga sebagai kesatuan unit untuk mengatasi stressor, memperbaiki konflik dan tekanan dalam keluarga agar keluarga bisa beradaptasi kembali dengan lingkungannya (McCubbin & Patterson, 1983). Koping keluarga adalah sebagai respon yang positif, sesuai dengan masalah, yang dipengaruhi afektif, persepsi, dan respon perilaku, dimana keluarga dan subsistemnya menggunakan untuk memecahkan suatu masalah atau mengurangi stress yang diakibatkan oleh masalah atau peristiwa (Friedman, 1998). Pengertian koping keluarga dapat disimpulkan yaitu suatu respon keluarga untuk mengatasi stressor yang dipengaruhi oleh afektif, persepsi dan respon perilaku agar keluarga dapat beradaptasi dengan lingkungan.

Koping keluarga menggambarkan kombinasi respon-respon individu dan keluarga yang dibuat oleh anggota keluarga dan keluarga. Jika keluarga menggunakan mekanisme koping secara berlebihan dan menimbulkan keluarga berhenti untuk menyelesaikan masalah bisa menimbulkan stres pada keluarga. Ketergantungan pada satu atau dua mekanisme koping juga dapat menghambat pertumbuhan emosional keluarga, yang menyebabkan buruknya penyelesaian masalah dan mengganggu keluarga dalam menjalin hubungan dengan tetangganya (Videbeck, 2008).

Respon-respon coping keluarga meliputi tipe strategi eksternal dan internal. Sumber coping internal terdiri dari kemampuan keluarga yang menyatu sehingga menjadi kohesif dan terintegrasi, dimana integrasi ini memerlukan pengontrolan dari subsistem lewat ikatan kesatuan (Friedman, 1998). Hall dan Weaver (1974, dalam Friedman, 1998) mengemukakan “ Pola komunikasi merupakan hal yang sangat penting dalam coping dan sumber coping lainnya adalah fleksibilitas peran keluarga dalam memodifikasi peran-peran keluarga ketika dibutuhkan”.

Sumber coping eksternal diperoleh dari informasi, membuat kelompok sejenis, mencari dukungan spiritual, menggunakan support sosial seperti *Self-help groups* (Friedman, 1998). Saran penelitian Hamid (1993) untuk mengatasi coping keluarga khususnya ibu dengan anak retardasi mental diperlukan tindakan terapi *self-help groups*. *Self-Help Groups* adalah kumpulan dua orang atau lebih yang datang bersama untuk membuat kesepakatan saling berbagi masalah yang mereka hadapi, kadang disebut juga kelompok pemberi semangat. (Steward, 2009). Terapi *Self-Help Groups* berfokus pada pengalaman keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarganya yang mengalami gangguan dalam hal ini retardasi mental untuk berbagi solusi cara merawat anak dengan retardasi mental saat mengalami masalah. Dalam *Self-Help Groups*, anggota memiliki pengalaman yang sama, tetapi kelompok tersebut bukan kelompok terapi formal atau terstruktur (Varcarolis, 2006).

Self-Help Groups pada coping keluarga anak dengan retardasi mental di Jawa Barat belum pernah diteliti, padahal populasi retardasi mental di Jawa Barat menduduki urutan kedua terbanyak setelah Jawa Timur. Dari kira-kira 29.094 siswa tunagrahita yang tertampung di SLB-C tingkat dasar di Indonesia untuk tahun ajar 2007/2008, kira-kira 17,92% atau 5.215 orang berada di Jawa Barat, sedangkan untuk wilayah kota/kabupaten Bandung populasinya kira-kira 6,39 % atau 1.858 orang (Delphi, 2008). Jumlah penduduk dikabupaten Sumedang

sekitar 1.089.889 orang, maka kemungkinan jumlah anak dengan retardasi mental di Kabupaten Sumedang adalah 10.898 orang. Jumlah anak retardasi mental yang tercatat di SLBC Se-Kabupaten Sumedang adalah 218 orang (*Information Communication Teknologi Centre District Sumedang, 2008*), masih terdapat sekitar 10.680 anak dengan retardasi mental yang belum terdeteksi dan keluarga belum menyekolahkan anaknya di SLB-C. Penyebab keluarga tidak menyekolahkan anaknya karena banyak faktor, diantaranya respon keluarga untuk menutupi rasa malu terhadap anaknya, kurangnya informasi atau bahkan ketidaktahuan tentang keadaan anaknya.

Hasil wawancara peneliti di SLB-C Cimalaka pada bulan Januari 2009 dengan beberapa orangtua anak retardasi mental menyatakan kadang dia merasa malu dengan kondisi anaknya dan ingin menyembunyikan kondisi anaknya ini, ada juga yang menyatakan pasrah saja, dan beberapa orangtua juga menyatakan merasa hukuman dari Tuhan kepada keluarganya apalagi keluarga menyatakan jika dia sedang banyak masalah merasa kesal melihat kondisi anaknya yang selalu membutuhkan bantuan dirinya sehingga kadang cepat emosi. Beberapa orangtua juga menyatakan jika sedang kesal pada anaknya mencoba melupakan kalau anaknya retardasi mental dengan cara tidak mengantar anaknya sekolah. Dari hasil wawancara dengan keluarga dapat disimpulkan bahwa coping yang digunakan keluarga dalam mengatasi anaknya bervariasi ada yang masih denial dan merasa bersalah, supresi dengan mencoba melupakan sesaat keadaan anaknya dan merupakan hukuman dari Tuhan kepadanya.

Penjelasan diatas tentang kompleksnya masalah pada keluarga retardasi mental memerlukan asuhan keperawatan yang paripurna dimana asuhan diberikan selain pada kliennya yaitu anak dengan retardasi mental juga dilakukan pada keluarga. Untuk anak dengan retardasi mental dalam memenuhi kebutuhan kognitif, afektif dan psikomotor telah mereka peroleh di sekolah khusus penyandang tunagrahita atau dengan istilah SLB-C, dimana anak dididik berdasarkan IQ hasil pemeriksaan.

Hasil studi pendahuluan di SLB-C Cimalaka yang merupakan SLB Pembina di kabupaten Sumedang dengan akreditasi B+ belum ada perkumpulan khusus untuk orang tua murid di SLB-C, mereka hanya menyatakan baru ada konseling secara individual keluarga, tentang masalah perilaku anak seperti mencuri dan itupun bersifat situasional tidak terjadwal, menurut Kepala sekolah SLB-C Cimalaka untuk kelompok khusus keluarga belum pernah ada di SLB manapun di Kabupaten Sumedang, sehingga peneliti merasa tertarik untuk membentuk kelompok khusus keluarga dengan menggunakan terapi *self-help groups*. Maka diambilah judul penelitian **“Pengaruh terapi *Self-Help Groups* terhadap koping keluarga dengan anak Retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang tahun 2009”**.

.2 Rumusan Masalah

Jumlah anak retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang adalah sekitar 218 orang dari 10 SLB-C. Hasil wawancara peneliti di SLB-C Cimalaka pada bulan Januari 2009 dengan beberapa orangtua anak retardasi mental menyatakan kadang dia merasa malu dengan kondisi anaknya dan ingin menyembunyikan kondisi anaknya ini, ada juga yang menyatakan pasrah saja, dan beberapa orangtua juga menyatakan merasa hukuman dari Tuhan kepada keluarganya apalagi keluarga menyatakan jika dia sedang banyak masalah merasa kesal melihat kondisi anaknya yang selalu membutuhkan bantuan dirinya sehingga kadang cepat emosi.

Beberapa orangtua juga menyatakan jika sedang kesal pada anaknya mencoba melupakan kalau anaknya retardasi mental dengan cara tidak mengantar anaknya sekolah. Keluarga dengan anak retardasi mental memiliki berbagai hambatan, yang ditimbulkan dari diri keluarga itu sendiri dan dari stigma sosial tentang keadaan anaknya. Kondisi ini bisa menimbulkan stres, sehingga memerlukan koping untuk mengatasinya, tetapi jika koping yang digunakan keluarga hanya satu atau dua dapat memperburuk cara menyelesaikan masalah, yang nantinya akan mempengaruhi hubungan sosial keluarga. Untuk

mengatasi stres keluarga belum ada intervensi khusus dari SLB-C untuk keluarga, dari uraian di atas peneliti dapat menyimpulkan rumusan masalah sebagai berikut :

1. Jumlah anak dengan Retardasi mental sebanyak 218 yang sekolah di SLBC Kabupaten sumedang.
2. Koping yang digunakan keluarga denial dan merasa bersalah, supresi dengan mencoba melupakan sesaat keadaan anaknya dan merupakan hukuman dari Tuhan kepadanya
3. Kegiatan sekolah untuk mendukung koping keluarga dengan anak retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang belum ada.
4. Belum adanya kelompok swabantu (*self-help groups*) bagi keluarga dengan anak Retardasi mental di Kabupaten Sumedang.

Penelitian ini ingin mengembangkan *self-help groups* pada koping keluarga dengan retardasi mental, dimana keluarga dengan retardasi mental memiliki berbagai tantangan dalam menghadapi anaknya, karena anak dengan Retardasi mental memerlukan perhatian keluarga seumur hidupnya, maka keluarga perlu dipersiapkan mental untuk merawat anak retardasi mental, adapun pertanyaan penelitian adalah:

1. Apakah ada pengaruh *self help group* terhadap kemampuan koping keluarga dengan anak Retardasi mental ?
2. Apakah ada hubungan karakteristik keluarga (usia, pendidikan, pendapatan, status ibu dan tipe keluarga) dengan koping keluarga dalam menghadapi anak dengan retardasi mental ?
3. Apakah ada hubungan karakteristik anak retardasi mental (umur dan Klasifikasi retardasi mental dengan koping keluarga dalam menghadapi anak retardasi mental ?

.3 Tujuan

Tujuan Umum :

Memperoleh gambaran tentang pengaruh pelaksanaan terapi *Self-Help Groups* terhadap koping keluarga dengan anak Retardasi mental di SLB-C Kabupaten

Sumedang tahun 2009 sehingga dapat mengurangi faktor resiko terjadinya gangguan jiwa.

Tujuan Khusus :

1. Diketahui koping keluarga dengan anak retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang.
2. Diketahui perubahan koping keluarga dengan anak retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang setelah diberikan terapi *self-help groups*.
3. Diketahui perubahan koping keluarga dengan anak retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang yang tidak diberikan terapi *self-help groups*.
4. Diketahui perbedaan koping keluarga dengan anak retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang sebelum dan sesudah dilakukan terapi *self help groups*.
5. Diketahuinya faktor yang berhubungan dengan koping keluarga pada anak retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang setelah diberikan terapi *self-help groups*.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Pelayanan

Pelaksanaan *Self-Help Groups* diharapkan dapat meningkatkan kemampuan koping keluarga menjadi adaktif dalam menghadapi anak dengan retrdasi mental, sehingga dapat Meningkatkan kualitas kesehatan jiwa keluarga, maka manfaatnya sebagai berikut :

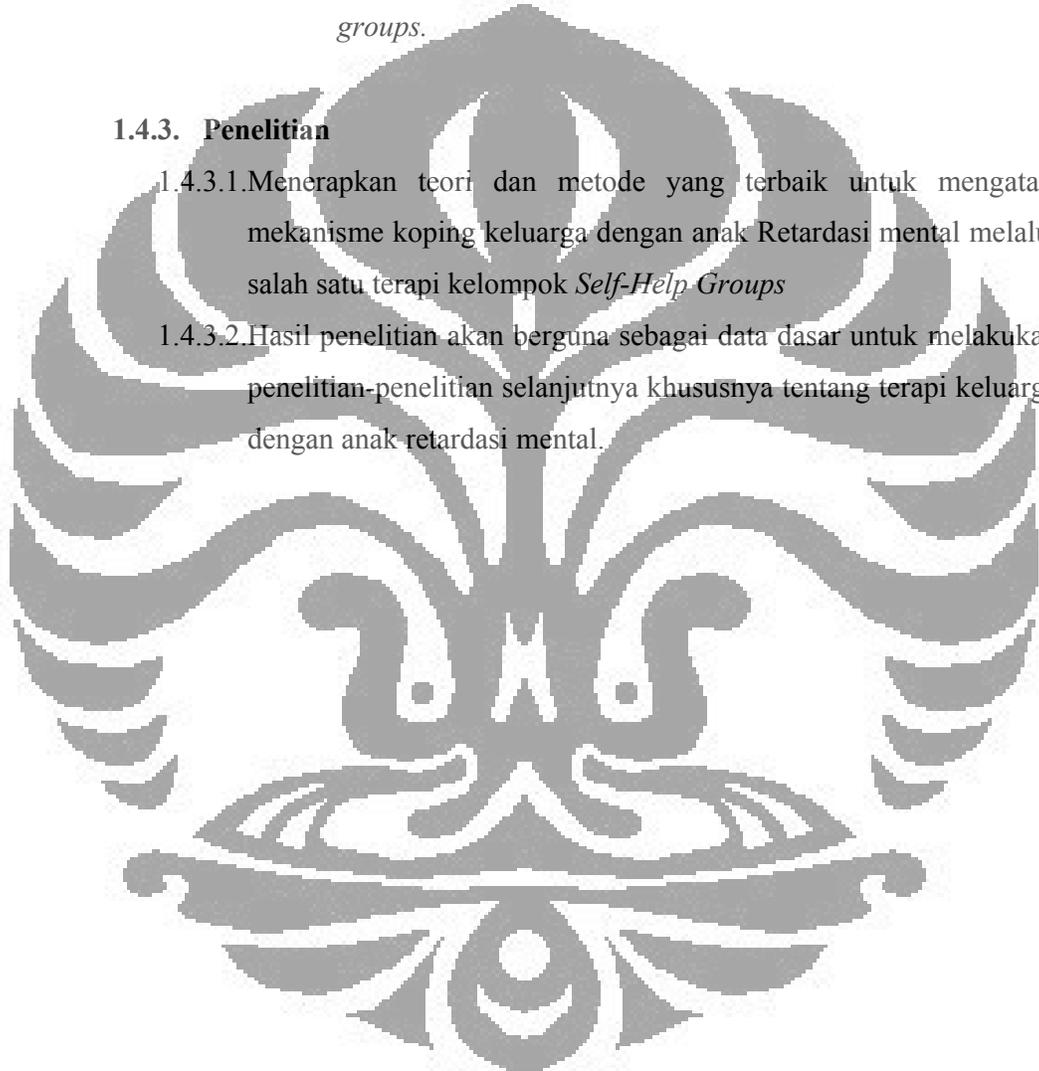
- .4.1.1 Panduan perawat dalam melaksanakan *Self-Help Groups* untuk keluarga dengan anak retardasi mental.
- .4.1.2 Panduan perawat dalam mengatasi koping keluarga dengan retardasi mental sehingga mengurangi resiko terjadinya gangguan jiwa.
- .4.1.3 Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada keluarga dengan anak retardasi mental khususnya di SLB-C

1.4.2. Pendidikan

- 1.4.2.1 *Self-Help Groups* sebagai terapi kelompok menjadi salah satu alternatif untuk mengatasi mekanisme koping keluarga
- 1.4.2.2 Sebagai *evidence Base* untuk penelitian selanjutnya terutama tentang retardasi mental dan terapi *self-help groups*.

1.4.3. Penelitian

- 1.4.3.1.Menerapkan teori dan metode yang terbaik untuk mengatasi mekanisme koping keluarga dengan anak Retardasi mental melalui salah satu terapi kelompok *Self-Help Groups*
- 1.4.3.2.Hasil penelitian akan berguna sebagai data dasar untuk melakukan penelitian-penelitian selanjutnya khususnya tentang terapi keluarga dengan anak retardasi mental.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian, akan dikemukakan beberapa konsep dan teori serta hasil penelitian yang terkait dengan bidang penelitian ini. Adapun konsep dan teori tersebut meliputi : konsep retardasi mental, koping keluarga dan *self help groups*

2.1 Retardasi Mental

Retardasi mental suatu fenomena yang kompleks yang dilandasi oleh kepercayaan yang mendasar tentang keterbatasan dan ketidakmampuan seorang anak baik secara intelegensi maupun *adaptif behavior*.

2.1.1. Pengertian

Retardasi mental adalah fungsi intelektual dibawah rata-rata (70) yang muncul bersamaan dengan kurangnya perilaku adaptif, kemampuan beradaptasi dengan kehidupan sosial sesuai tingkat perkembangan dan budaya, awitannya sebelum usia 18 tahun (Wong, 2004; Townsend, 2003).

Retardasi mental adalah gangguan perkembangan jiwa pada masa perkembangan, sehingga berpengaruh terhadap tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial (Maslim,2001; WHO, 2008; Agus dkk, 2009). Retardasi mental menurut pengertian diatas dapat disimpulkan yaitu gangguan fungsi intelektual secara keseluruhan yang mempengaruhi tingkat kecerdasan atau aspek kognitif, motorik, dan fungsi bahasa serta terganggunya perilaku adaptif yaitu kemampuan beradaptasi dengan lingkungan, dimana awitan terjadinya dibawah usia 18 tahun.

2.1.2. Proses Terjadinya Retardasi Mental

Proses terjadinya retardasi mental dipengaruhi berbagai faktor, maternal merupakan faktor terbesar yang menentukan kesehatan anak,

menurut Stuart dan Laraia (2005) proses terjadinya masalah dilihat dari bio, psiko, sosial dan spiritual.

2.1.2.1 Faktor predisposisi

Adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stres (Stuart, 2002). Faktor predisposisi retardasi mental menurut DSM IV-TR (APA, 2000 dalam Townsend, 2003; Tomb, 2004) adalah:

1. Biologis

Kelainan yang disebabkan adanya masalah atau gangguan pada organ maternal, yang meliputi :

- a) Kelainan kromosom, banyak jenisnya termasuk *down sindroma*
- b) Pewarisan faktor genetika yang dominant, *Neurofibromatosis* (penyakit *Von Recklinghausen*), *Khorea Huntington* (dengan awitan masa kanak-kanak), *sindroma Sturge-Weber*, *Tuberous sclerosis*.
- c) Gangguan metabolik, *Fenilketonuria*, penyakit *Hartnup*, *intoleransi fruktosa*, *galaktosemia*, penyakit *Wilson*, sejenis gangguan lipid, hipotiroidisme, hipoglikemia.
- d) Gangguan prenatal, Rubela maternal, sifilis, toxoplasmosis, atau diabetes, penyalahgunaan alkohol pada ibu dan penggunaan beberapa obat (misal ; talidomid), toxemia pada kehamilan, eritoblastosis fetalis, malnutrisi pada ibu.
- e) Trauma kelahiran, proses kelahiran yang sulit dengan trauma fisik atau anoxia, prematuritas.
- f) Trauma otak, tumor, infeksi (terutama ensefalitis, meningitis neonatal), kecelakaan, toxin, hidrosefalus dan berbagai macam kelainan cranial.

g) Gangguan perkembangan embrio

Sekitar 30% retardasi mental disebabkan oleh gangguan perkembangan embrio, biasanya keracunan maternal karena alcohol atau obat-obatan, maternal yang sakit dan infeksi selama kehamilan (rubella) dan komplikasi kehamilan (Toxemia, diabet yang tidak terkontrol (Sadock dan Sadock, 2003 dalam Townsend, 2003).

h) Faktor kehamilan dan perinatal

Faktor kehamilan dan perinatal dapat menyebabkan retardasi mental sekitar 10%. Kelainan pertumbuhan otak selama kehamilan (infeksi, zat teratogen dan toxin, disfungsi plasenta), premature atau kelainan proses kelahiran (trauma kepala saat melahirkan, plasenta previa dan prolaps umbilical cord) (Sadock dan Sadock, 2003 dalam Townsend, 2003).

i) Kondisi medis saat infan

Kondisi medis saat infan hanya 5% yang dapat menyebabkan retardasi mental, penyebabnya utama kondisi medis adalah infeksi seperti meningitis, encephalitis, keracunan insectisida dan trauma fisik (Sadock dan Sadock, 2003 dalam Townsend, 2003).

j) Herediter

Herediter menyebabkan retardasi mental sekitar 5%, beberapa disebabkan gen abnormal yang diturunkan dari orang tua, kesalahan ketika perpaduan gen, atau alasan lain. Contohnya *syndrome down*, *syndrome x fragile* dan *phenylketonuria*. (Townsend, 2003; Agus dkk, 2009)

2. Psikososial.

Masalah psikososial dapat menyebabkan retardasi mental sekitar 15 – 20%, diantaranya dipengaruhi oleh masalah perubahan lingkungan dan sosial, masalah interaksi sosial dan keluarga seperti kurangnya stimulasi anak, adanya penganiayaan maternal, dan kurangnya dukungan serta pendidikan yang mendukung perkembangan mental dan meningkatkan keterampilan adaptasi.

Penyebab sebagian besar retardasi mental ringan meliputi tingkat pendidikan yang dibawah standar, deprivasi lingkungan, penelantaran dan kekerasan pada masa kanak-kanak dan gangguan aktivitas yang terhambat (Townsend, 2003).

2.1.2.2. Stresor Presipitasi

Stresor presipitasi adalah stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping (Stuart & Sundeen, 1998). Stresor presipitasi adalah stimulus yang menantang, mengancam atau yang mempengaruhi individu untuk meningkatkan energi dan meningkatkan ketegangan dan stres (Cohen, 2000 dalam Stuart & Laraia, 2005). Pengertian stressor presipitasi menurut penjelasan diatas dapat disimpulkan yaitu stimulus yang berasal dari persepsi seseorang yang dianggap mengancam sehingga meningkatkan ketegangan dan stress sebagai coping.

2.1.2.3 Penilaian terhadap Stressor

Penilaian terhadap stressor tergantung pada arti dan pemahaman stres pada individu, yang terdiri dari penilaian kognitif, afektif, psikologikal, *behavioral*, dan respon sosial.

Stresor diasumsikan berdasarkan arti, intensitas dan keutamaan yang paling berdampak terhadap diri seseorang. (Stuart & Laraia, 2005). Pada keluarga dengan anak retardasi mental berat ringannya stres yang dialami keluarga maupun anak, tergantung dari penilaian keluarga terhadap masalah anak dengan retardasi mental.

2.1.2.4 Sumber Koping

Sumber koping adalah suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi koping seseorang (Stuart & Sundeen, 1998). Sumber koping adalah strategi yang akan membantu kita untuk memilih cara penyelesaian masalah, yang terdiri dari asset ekonomi, kemampuan dan keahlian, tehnik pertahanan, support sosial, dan motivasi. Sumber koping lainnya adalah kesehatan dan kekuatan, support spiritual, *positive belifes*, *problem solving*, dan *social skill*. (Stuart & Laraia, 2005). Sumber koping pada keluarga dengan anak retardasi mental hanya berasal dari diri sendiri atau internal, dimana sumber koping keluarga kurang adekuat.

2.1.2.5 Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stres, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri. (Stuart & Sundeen, 1998). Tiga tipe mekanisme koping menurut Stuart & Laraia (2005) yaitu :

- 1) Mekanisme koping berfokus pada masalah yaitu tugas dan usaha langsung untuk mengatasi ancaman diri, contoh dari mekanisme koping ini adalah negosiasi, konfrontasi dan mencari nasehat.
- 2) Mekanisme koping yang berfokus pada kognitif terjadi ketika seseorang dapat mengontrol arti dari masalah dan

menetralisirnya, contoh : membandingkan secara positif, *selective ignorence*, *substitution* atau *reward* dan mengevaluasi terhadap suatu objek

- 3) Mekanisme koping yang berfokus pada emosi terjadi ketika seseorang menyesuaikan diri terhadap stress emosional secara tidak berlebihan seperti menggunakan mekanisme pertahanan ego dengan denial, supresi atau proyeksi.

Mekanisme koping diatas bisa konstruktif atau destruktif. Konstruktif bila kecemasan segera diatasi dan individu menerima kecemasan tersebut sebagai tantangan untuk memecahkan masalah, koping konstruktif dipengaruhi cara pemecahan masalah dimasa lalu. Destruktif bila kecemasan tidak diselesaikan, biasanya dengan cara menghindari masalah. (Stuart & Laraia, 2005).

Selain mekanisme koping diatas terdapat juga mekanisme koping yang biasa digunakan terutama saat sedang stress yaitu:

- 1) Reaksi yang berorientasi pada tugas merupakan pemecahan masalah secara sadar untuk mengatasi masalah, menyelesaikan konflik dan memuaskan kebutuhan. *Task oriented reaction* terdiri dari perilaku menyerang digunakan individu dalam mengatasi rintangan untuk memenuhi kebutuhan, biasa digunakan pada pasien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi, perilaku menarik diri digunakan untuk menghilangkan sumber ancaman baik fisik maupun psikologis, banyak digunakan pada pasien isolasi sosial dan harga diri rendah; selanjutnya yang ketiga adalah *compromise* digunakan pada situasi dimana penyelesaian masalah

tidak dapat dilakukan secara melawan ataupun menarik diri. Cara yang dilakukan adalah merubah tujuan atau mengorbankan kebutuhan personal untuk melawan tujuan.

2) *Ego oriented reaction* dilakukan secara tidak sadar untuk mempertahankan keseimbangan. *Ego oriented* sering digunakan pada pasien gangguan jiwa untuk melindungi diri sehingga disebut juga mekanisme pertahanan diri. Jenis mekanisme pertahanan diri yaitu kompensasi, *denial*, *displacement*, disosiasi, identifikasi, intelektualisasi, introyeksi, isolasi, proyeksi, rasionalisasi, reaksi formasi, regresi, represi, pemisahan, sublimasi, supresi dan *undoing*.

(Stuart & Sundeen, 1998).

2.1.3 Tanda dan gejala

Gambaran penting retardasi mental adalah fungsi intelektual dibawah rata-rata (IQ dibawah 70) yang disertai dengan keterbatasan yang penting dalam area fungsi adaptif, seperti keterampilan komunikasi, perawatan diri, tinggal dirumah, keterampilan interpersonal atau social, penggunaan sumber masyarakat, penunjukan diri, keterampilan akademik, pekerjaan, waktu senggang, dan kesehatan serta keamanan (King dkk, 2000). Tanda dan gejala Retardasi mental dibagi menjadi :

2.1.3.1 Tingkat intelegensi atau kognitif

Dibagi berdasarkan hasil pemeriksaan *Intelligence quotient* (IQ) yaitu ;

a) Ringan

Intelligence quotient (IQ) 50 – 70, dinilai mampu dididik, mereka biasanya dikenali saat masuk sekolah dasar jika dilakukan test sebelumnya, jika dewasa bisa melakukan

pekerjaan vokasional dengan pengawasan minimal (Tomb, 2004; Townsend, 2003).

b) Sedang

Intelligence quotient (IQ) 35 – 50, biasanya sudah dikenali saat tahun-tahun prasekolah. Mereka dinilai mampu dilatih dapat mempelajari keterampilan kerja yang sederhana, dapat membaca setingkat kelas 2 sekolah dasar (Tomb, 2004; Townsend, 2003).

c) Berat

Intelligence quotient (IQ) 20 – 35, termasuk penderita retardasi yang *defendent* sangat berat (Tomb, 2004; Townsend, 2003).

d) Sangat berat

Intelligence quotient (IQ) IQ dibawah 20, bergantung secara total pada orang lain (Tomb, 2004; Townsend, 2003).

2.1.3.2. Fungsi Motorik

Anak dengan retardasi mental memiliki masalah dengan motorik, tergantung dari berat ringannya Retardasi mental yang terjadi (Townsend, 2003).

a) Ringan

Bisa memenuhi kebutuhan sehari-hari (mandi, makan, berpakaian) sendiri selama tidak dalam keadaan stress. Motorik tidak terganggu meskipun sedikit mengalami masalah dalam koordinasi anak kadang tampak agresif.

b) Sedang

Bisa melakukan kegiatan sehari-hari sendiri tetapi perlu pengawasan seperti makan, mandi, dan berpakaian. Pekerjaan harian harus dilatih dahulu baru bisa.

c) Berat

Bisa dilatih untuk mandi dengan pengawasan penuh, hanya bisa melakukan pekerjaan dengan mengikuti perintah sederhana. (Townsend, 2003; Tomb, 2004).

2.1.3.3.Fungsi Bahasa

Secara anatomi gangguan fungsi bahasa pada anak retardasi mental disebabkan karena adanya masalah pada otak bukan pada organ wicaranya (Townsend, 2003).

a) Ringan

Bisa melakukan komunikasi secara sederhana, misal tentang masalah sehari-hari, berbicara tentang kegiatan sehari-hari.

b) Sedang

Ditemukan keterlambatan bicara dan terdapat keterbatasan dalam komunikasi verbal, anak kadang-kadang susah untuk menjawab pertanyaan atau diajak berbicara.

c) Berat

Berbicara sedikit dan susah dimengerti karena kadang anak bicara dengan memeragakan apa yang diinginkannya.

(Townsend, 2003; Tomb, 2004; agus dkk, 2009).

2.1.3.4.Fungsi Adaptif atau sosial

Hubungan social pada anak retardasi mental akan mengalami gangguan karena terdapat kerusakan pada struktur anatomis dari otak (Townsend, 2003).

a) Ringan

Anak dengan retardasi mental bisa berhubungan sosial tetapi ada yang mengaturnya, maksudnya anak hanya bisa ikut kelompok tanpa tahu maksud dan tujuan kelompok.

b) Sedang

Berkomunikasi dalam kelompok bisa dilakukan, tetapi tidak tahu arti komunikasi. Sulit mengerti akibat tindakannya dan sulit mengerti peraturan sosial, sehingga kadang anak dengan retardasi mental sering melanggar aturan sosial karena ketidaktahuannya.

c) Berat

Sulit memecahkan masalah, jika diberi permasalahan atau

pilihan tidak dapat menentukan pilihan, hanya bisa disuruh atau diatur.

(Townsend, 2003; Tomb, 2004; agus dkk, 2009).

2.1.4. Upaya Untuk Mengatasi Anak dengan Retardasi Mental.

Upaya perawatan yang dilakukan adalah berbasis komunitas, menurut Isaacs (2005) yaitu :

2.1.4.1. Pencegahan primer dan Sekunder

Tujuannya adalah untuk meningkatkan kesehatan calon anak yaitu dengan Imunisasi bagi anak dan ibu sebelum kehamilan, konseling perkawinan, pemeriksaan kehamilan rutin, nutrisi yang baik, persalinan oleh tenaga kesehatan, memperbaiki sanitasi dan gizi klg, pendidikan kesehatan mengenai pola hidup sehat dan program mengentaskan kemiskinan. (Arifin, 2009).

Pencegahan sekunder dilakukan deteksi dini pada anak-anak yang mengalami kesulitan sekolah sehingga tindakan yang tepat dapat segera diberikan, dengan cara konseling individu dengan program bimbingan sekolah dan layanan intervensi krisis bagi keluarga yang mengalami stres. (Isaacs, 2005).

2.1.4.2. Dukungan terapeutik

Diberikan kepada anak yang mengalami retardasi mental dengan psikoterapi individu, terapi bermain dan program pendidikan khusus seperti Sekolah luar Biasa (SLB). (Isaacs, 2005)

2.1.4.3. Terapi keluarga dan Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan kesehatan untuk keluarga berisi tentang perkembangan anak untuk tiap tahap usia dukung

keterlibatan orangtua dalam perawatan anak, bimbingan antisipasi dan manajemen menghadapi perilaku anak yang sulit, informasikan sarana pendidikan yang ada dan kelompok swabantu. (Arifin, 2009 ; Varcarolis, 2008).

2.1.4.4. Farmakologi

Tidak ada pengobatan khusus untuk klien dengan retardasi mental, pengobatan dilakukan jika klien mengalami keadaan khusus seperti cemas berat itupun dilakukan buka sebagai prioritas utama (Townsend, 2003).

2.1.5. Terapi dalam Keperawatan Jiwa untuk Mengatasi Retardasi mental

Terapi yang dilakukan untuk mengatasi anak dengan retardasi mental yaitu termasuk terapi individu, keluarga dan kelompok (Townsend, 2003). Diantaranya:

2.1.5.1 Psychoterapi individu

Terapi yang dilakukan untuk mengurangi stress pada klien atau anak untuk menghindari krisis pada anak. Tehnik yang dilakukan sangat sederhana yaitu dengan melakukan klarifikasi antara masalah sekarang dengan pengalaman dia dimasa lalu sesuai dengan perkembangan anak sehingga strategi koping anak tetap adaptif (Townsend, 2003; Tomb, 2004)

2.1.5.2 Terapi keluarga

Fokus terapi ini adalah memandang individu sebagai bagian dari sistem dalam keluarga. Respon maladaptive dari individu dapat menjadi tanda masalah fungsi sistem keluarga. Seluruh keluarga terlibat dalam terapi ini, yang

dilakukan pada terapi ini yaitu cara komunikasi, aturan dalam keluarga dan interaksi antar anggota keluarga (Townsend, 2003).

2.1.5.3. Terapi Perilaku

Terapi ini bisa dilakukan jika perilaku klien masih terkontrol (Townsend, 2003). Digunakan untuk mengintervensi perilaku individu kearah yang lebih baik, misal mengajarkan cara mandi yang baik dan memasukan mandi dalam jadwal kegiatan harian klien.

2.1.5.4 *Self-help groups*

Suatu terapi dimana setiap anggota saling berbagi pengalaman tentang kesulitan dan cara mengatasinya, hal ini dilakukan untuk memberikan semangat kepada keluarga bahwa mereka tidak sendiri dan banyak dari mereka yang bertahan dengan kondisi seperti ini. Anggota kelompok saling berbagi nasehat, berbagi strategi koping dan saling mendukung antar anggota lainnya (Townsend, 2003).

2.1.5.5. Intervensi krisis

Pada intervensi krisis terapi atau intervener lainnya menjadi bagian dalam kehidupan individu, tujuannya untuk mengatasi anxietas yang tinggi karena individu tidak dapat menyelesaikan masalah. Intervensi krisis adalah cara untuk menyelesaikan krisis secara cepat, membuat fungsi adaptif dan meningkatkan personal seseorang (Townsend, 2003).

2.2 Koping Keluarga

Koping keluarga dengan anak retardasi mental yang paling banyak mengalami masalah adalah ibu sebagai *caregiver* dibandingkan ayah (Hamid, 1993). Untuk menjelaskan tentang koping keluarga dimulai dengan keluarga sebagai unit terkecilnya.

2.2.1 Pengertian Keluarga

Pengertian Keluarga menurut Burgess dkk (1963 dalam Friedman 1998) membuat definisi keluarga yang berorientasi pada tradisi yaitu :

2.2.1.1. Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi.

2.2.1.2. Para anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga, atau jika mereka hidup secara terpisah mereka menganggap rumah tangga mereka sebagai sebuah keluarga.

2.2.1.3. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti suami istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan perempuan, saudara dan saudari.

2.2.1.4. Keluarga sama-sama menggunakan kultur yang sama, yaitu kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri.

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang diikat oleh hubungan pernikahan, saudara, formal maupun informal adopsi atau dengan diangkat (Fontaine, 2003).

Keluarga berdasarkan pengertian diatas adalah kumpulan dua orang atau lebih yang memiliki ikatan pertalian darah, perkawinan atau adopsi yang hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga dan saling berinteraksi, berkomunikasi dan menggunakan kultur yang sama. Keluarga dengan anak retardasi mental adalah keluarga dengan salah satu atau lebih anggota keluarganya mengalami retardasi mental yang

memerlukan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan hidupnya sepanjang waktu (*long life*), dalam proses pemenuhan kebutuhannya selalu ada masalah atau stressor sehingga dapat mengganggu fungsi keluarga dan keluarga dapat mengaktifkan koping keluarga, yaitu koping adaptif atau maladaptif.

2.2.2 Pengertian Koping Keluarga

Koping adalah cara yang dilakukan individu, dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan keinginan yang akan dicapai, dan respons terhadap situasi yang menjadi ancaman bagi diri individu. (Sari, 2007). Koping adalah suatu proses untuk menuju kepada keadaan seimbang baik internal maupun eksternal dengan bersumber dari diri sendiri (Lazarus & Folkman, 1984 dalam Hamid, 1993).

Koping keluarga adalah respon behavioral dari anggota keluarga dan seluruh keluarga sebagai kesatuan unit untuk mengatasi stressor, memperbaiki konflik dan tekanan dalam keluarga agar keluarga bisa beradaptasi kembali dengan lingkungannya (McCubbin & Patterson, 1983). Koping keluarga adalah sebagai respon yang positif, sesuai dengan masalah, yang dipengaruhi afektif, persepsi, dan respon perilaku, dimana keluarga dan subsistemnya menggunakan untuk memecahkan suatu masalah atau mengurangi stress yang diakibatkan oleh masalah atau peristiwa (Friedman, 1998).

Pengertian koping keluarga dapat disimpulkan yaitu suatu respon keluarga untuk mengatasi stressor yang dipengaruhi oleh afektif, persepsi dan respon perilaku agar keluarga dapat beradaptasi dengan lingkungan. Koping keluarga dengan anak retardasi mental adalah respon keluarga untuk mengatasi stres dalam menghadapi anak dengan retardasi mental, dimana pelaksanaannya dipengaruhi oleh strategi koping.

2.2.3 Strategi koping keluarga

Koping keluarga menggambarkan kombinasi respon-respon individu dan keluarga, yang dibuat oleh anggota keluarga dan keluarga. Respon-respon koping keluarga meliputi tipe strategi eksternal dan internal (Friedman, 1998). Proses koping dalam keluarga dipengaruhi oleh strategi koping yang dimiliki, ada 2 jenis strategi koping internal dan eksternal, adalah :

2.2.3.1 Strategi koping internal

Sumber koping internal terdiri dari kemampuan keluarga yang menyatu sehingga menjadi kohesif dan terintegrasi, dimana integrasi ini memerlukan pengontrolan dari subsistem lewat ikatan kesatuan (Friedman, 1998). Koping internal adalah kekuatan yang dimiliki keluarga yang berasal dari kemampuan diri sendiri dan dari keluarga, diantaranya :

a. Penyelesaian masalah oleh keluarga

keluarga merasa dia memiliki kekuatan untuk menyelesaikan masalah, menyelesaikan masalah sesegera mungkin, dan menyakini kalau keluarga memiliki kekuatan yang besar untuk menyelesaikan masalah (McCubin, Olson & Larsen, 1991 dalam Friedman, 1998)

b. Mengubah masalah keluarga

Keluarga menerima masalah sebagai efek dari kehidupan, menerima masalah sebagai sesuatu yang tidak dapat diduga, dan mencari aspek positif dari setiap permasalahan (McCubin, Olson & Larsen, 1991 dalam Friedman, 1998).

c. Keluarga pasif

Keluarga merasa setiap masalah pasti susah diselesaikan dan mempercayai kalau masalah akan hilang seiring dengan bertambahnya waktu (McCubin, Olson & Larsen, 1991 dalam Friedman, 1998).

2.2.3.2. Strategi koping eksternal

Strategi koping eksternal adalah respon atau kemampuan keluarga yang berasal dari lingkungan sekitar keluarga atau dukungan sekitarnya (Friedman, 1998). Strategi koping eksternal terdiri dari :

a. Sumber religius

Beberapa keluarga menyakini dengan menyakini spiritual support membantu keluarga dalam mengatasi permasalahan (Burr, Day & Bahr, 1993 dalam Friedman, 1998; McCubbin & Patterson, 1983).

b. Tipe Ekstended keluarga

Tipe keluarga ekstended menyebabkan keluarga dapat meminta nasehat pada yang lebih tua, dengan cara berbagi permasalahan yang dihadapi (McCubbin, Olson & Larsen, 1991 dalam Friedman, 1998)

c. Teman dan tetangga

Berbagai permasalahan dan cara mengatasi masalah dengan teman dekat yang memiliki masalah yang sama (McCubbin, Olson & Larsen, 1991 dalam Friedman, 1998).

d. Sumber komunitas

Mencari informasi dari pihak yang lebih tahu, membuat jaringan bersama kelompok yang senasib dan menggunakan sumber dukungan social, menurut Pender (1996 dalam Friedman, 1998) *self-help groups* bagian yang sangat penting sebagai sumber dukungan sosial bagi keluarga, dimana keluarga bisa bertanya dan berbagi cara mengatasi masalah dengan keluarga lainnya untuk menguatkan koping mereka.

Strategi koping akan efektif bila dapat diidentifikasi sumber pendukung lainnya yaitu kesehatan, energi, moral, *social networks, general and specific* dan keterampilan *problem*

solving (Friedrich, Wiltner, & Cohen, 1985), jadi dalam pelaksanaan untuk meningkatkan kemampuan coping keluarga merupakan suatu kerjasama yang dipengaruhi oleh berbagai sumber baik dari diri individu maupun dari luar individu.

2.2.4. Coping keluarga dengan Retardasi mental

Karakteristik keluarga dengan anak retardasi mental tergantung dari kemampuan keluarga untuk mengatasi stressor dan cara keluarga dalam merawat anak dengan retardasi mental. Gallagher, Beckman & Cross's (1976 dalam Hamid 1993) melaporkan bahwa persepsi stress pada keluarga dengan anak retardasi mental dipengaruhi oleh sosial ekonomi, karakteristik personal, umur, pekerjaan, pendapatan, pendidikan, keterampilan verbal dan moral.

Keluarga merupakan suatu kesatuan yang utuh, anggota keluarga yang paling banyak terlibat dalam memberikan asuhan kepada anak dengan retardasi mental adalah ibu, karena ibu lebih efektif dan lebih banyak memperhatikan anggota keluarganya terutama anak dengan retardasi mental (Gowen, Jhonson-Martin, Goldman & Appelbaum, 1989; Shapiro, 1989; Bawden, Ralph & Herrick, 1999, dalam Hamid 1993). Hasil penelitian menyebutkan ibu dengan anak retardasi mental mengalami stres lebih sering dari ayah (Beckman, 1991; Goldberg, Marcovitch, macGregor & Lojkasek, 1986 dalam Hamid, 1993). Ibu lebih stres dari ayah disebabkan karena ibu lebih emosional dan lebih banyak terlibat dalam merawat anak sedangkan ayah lebih rasional dalam bertindak dan frekuensi keterlibatan merawat terhadap anak lebih sedikit jika dibandingkan dengan ibu.

Keutuhan keluarga juga mempengaruhi tingkat stres pada ibu, dimana ibu *single parent* dengan anak retardasi mental akan mengalami stres lebih tinggi jika dibanding dengan keluarga utuh (Beckman, 1983

dalam Hamid, 1993). Penyebabnya karena ibu *single parent* dengan anak retardasi mental, memiliki kemampuan untuk beradaptasi terhadap stres lebih lama dibandingkan keluarga utuh, juga berhubungan dengan finansial yang harus ditanggung ibu sendiri (McCubbin, 1989).

Faktor lainnya yang mempengaruhi tingkat stres dalam keluarga adalah sosial ekonomi, pendapatan, umur ibu, pekerjaan dan pendidikan (Gallagher, Beckman & Cross's, 1976 dalam Hamid, 1993). Selain faktor diatas karakteristik keluarga lainnya juga mempengaruhi seperti tipe keluarga dengan anak retardasi mental, misal keluarga inti dengan keluarga ekstended cara pengambilan keputusannya pasti berbeda, yang nantinya dapat mempengaruhi tingkat stres pada anak (Hamid, 1993).

Menurut stigma sosial retardasi mental adalah sebagai hukuman akibat kesalahan orangtua (Soemaryanto dkk., 1982 dalam Hamid 1993). Sehingga kadang orang tua merasa malu dan sering menyembunyikan keadaan anaknya dan kadang orang tua tidak mengakui keadaan keterbatasan anaknya. Orangtua juga menganggap bahwa kondisi anaknya disebabkan ketidakmampuan dia merawat anaknya dan juga disebabkan karena kecelakaan atau hukuman dari Tuhan, dimana stigma orangtua dapat mempengaruhi interaksi antara orangtua dan anaknya (Levelle & Keogh, 1988 dalam Hamid 1993). Beban keluarga dengan anak retardasi mental diartikan sebagai stres atau efek dari anak dengan retardasi mental. (Friedman, 1998). Stres pada keluarga dapat dilihat dari adanya gangguan pada fungsi keluarga (Hamid, 1993).

Friedman (1998) menggambarkan fungsi sebagai apa yang dilakukan keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai tujuan keluarga tersebut. Proses ini termasuk

komunikasi diantara anggota keluarga, penetapan tujuan, resolusi konflik, pemberian makanan, dan penggunaan sumber dari internal maupun eksternal

Tujuan yang ada dalam keluarga akan lebih mudah dicapai apabila terjadi komunikasi yang jelas dan secara langsung. Komunikasi tersebut akan mempermudah menyelesaikan konflik dan pemecahan masalah. Fungsi keluarga menurut Friedman (1998):

a. Fungsi afektif dan koping

Keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota keluarga, membantu anggota dalam membentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi stress.

b. Fungsi sosialisasi

Keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme koping, memberikan feedback, dan memberikan petunjuk dalam pemecahan masalah.

c. Fungsi reproduksi

Keluarga melahirkan anak, menumbuh-kembangkan anak dan meneruskan keturunan.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarganya dan kepentingan di masyarakat

e. Fungsi fisik

Keluarga memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat termasuk untuk penyembuhan dari sakit.

Jika kelima fungsi keluarga menurut Friedman mengalami gangguan maka keluarga membutuhkan suatu cara untuk mengembalikan fungsi keluarga secara normal melalui koping keluarga.

McCubin dan Patterson (1983) menjelaskan bahwa kemampuan adaptasi keluarga dalam menghadapi stres yang paling efektif adalah dengan meningkatkan sumber-sumber kemampuan keluarga. Kelompok keluarga yang saling memberikan dorongan pada keluarga dengan anak retardasi mental terbukti efektif dapat meningkatkan kemampuan coping dan penyelesaian masalah pada keluarga, terutama ibu (Farnman, 1988; Seifer, Clark & Sameroff, 1991; Shaphiro, 1989 dalam hamid 1993).

Keluarga dengan anak yang mengalami ketidakmampuan yang serius seperti Retardasi mental merupakan pengalaman yang sangat menyedihkan bagi orangtua. Respon coping Keluarga dengan anak retardasi mental yaitu marah, penolakan atau penyangkalan (*denial*), *ambivalens*, *overprotektif*, kontrol yang berlebihan, perasaan bersalah, perasaan malu, perasaan kasihan terhadap diri sendiri, berdukacita, depresi dan keinginan agar anaknya meninggal (Mott, James, & Sperhac, 1990 dalam Hamid, 1999 ; Tomb, 2004).

Koping yang digunakan keluarga dengan anak retardasi mental sebagai salah satu cara untuk mengurangi atau menyelesaikan masalah. Koping keluarga dengan anak retardasi mental dikatakan adaptif ketika dapat melindungi keluarga dari bahaya. Sebaliknya dikatakan maladaptif bila menimbulkan konflik dalam keluarga (Townsend, 2003). Di bawah ini akan dijelaskan koping keluarga dengan retardasi mental, yaitu :

a. Koping adaptif

Koping adaptif adalah respon atau cara pertahanan tubuh untuk melawan stress yang memberikan efek yang baik terhadap tubuh individu baik secara bio, psiko, sosial dan spiritual (Townsend, 2003).

1) *Awareness*

Langkah pertama dalam menghadapi stres adalah dengan *awareness*, yaitu dengan cara kita mengetahui faktor yang menyebabkan stres, sehingga stres dapat dikontrol dan akhirnya

kita dapat menerima stressor tersebut sebagai pemberi semangat (Townsend, 2003).

2) Relaksasi

Beberapa cara mengatasi stres adalah dengan melakukan kegiatan santai seperti olahraga, jogging atau aktifitas fisik lainnya, dimana inti dari kegiatan tersebut adalah melakukan tehnik pernafasan dan relaksasi progresif untuk menurunkan stres (Townsend, 2003).

3) Meditasi

Melakukan meditasi sehari sekali selama 20 menit, terbukti dapat menurunkan tekanan darah dan gejala stres (Davis, Eshelman, & McKay, 1995 dalam Townsend 2003).

4) Komunikasi dengan teman

Melakukan komunikasi dengan orang yang empati terhadap masalah kita merupakan jalan yang paling efektif untuk mengatasi stres, disamping itu bisa juga dengan menulis jurnal atau diary (Townsend, 2003).

5) *Problem Solving*

Menyelesaikan masalah harus dimulai dengan objektivitas keluarga dalam menghadapi masalah, setelah objektivitas muncul proses penyelesaian masalah atau pengambilan keputusan dapat dilakukan dengan model dibawah ini :

- a) memeriksa situasi seperti apa yang berdampak pada munculnya stress,
- b) buat daftar solusi untuk mengatasi masalah,
- c) Pelajari alternatif lain yang bisa digunakan untuk mengatasi masalah,
- d) Buat untung dan rugi dari setiap alternative pemecahan masalah,
- e) Pilih alternatif,
- f) Lakukan alternatif yang telah dipilih,
- g) Evaluasi setiap tindakan alternatif yang telah dipilih,
- h) Jika yang pertama tidak bagus pilih yang kedua. (Townsend, 2003; Robischon & Smith, 1997 dalam Friedman, 1998).

6) Memelihara Binatang

Hasil penelitian menyebutkan keluarga yang suka memelihara binatang terutama anjing dan kucing memiliki kemampuan

koping lebih bagus dalam menghadapi stressor (Sobel & Ornstein, 1996 dalam Townsend, 2003).

7) Mendengarkan Musik

Musik dapat menstimulasi motivasi, kesenangan dan relaksasi. Musik dapat mengurangi depresi dan merubah mood dan aktivitas kita (Townsend, 2003).

b. Koping Maladaptif

Koping Keluarga dengan anak retardasi mental yaitu marah, penolakan atau penyangkalan (*denial*), *ambivalens*, *overprotektif*, kontrol yang berlebihan, perasaan bersalah, perasaan malu, perasaan kasihan terhadap diri sendiri, berdukacita, depresi dan keinginan agar anaknya meninggal (Mott, James, & Sperhac, 1990 dalam Hamid, 1999 ; Tomb, 2004).

Menurut Robischon & Smith (1977 dalam Friedman, 1998) koping adaptif disfungsiional yaitu kekerasan keluarga, mengkambinghitamkan, penggunaan ancaman, mengabaikan anak, mitos keluarga, pseudomutualitas, triangling dan otoritarianisme.

McCubbin, Olson dan Larsen (1983) membuat kuisisioner untuk mengetahui cara *problem solving* dan *behavioral strategies* keluarga saat menghadapi masalah. Kuisisioner F-COPES (*Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales*) juga memberikan gambaran tentang koping keluarga dengan menggunakan *Double ABCX Model* yang terdiri dari faktor sumber kekuatan keluarga atau strategi internal dan persepsi.

FCOPES memiliki asumsi dasar bahwa koping keluarga diciptakan dari berbagai sumber yang secara terus menerus mengalami perkembangan, penajaman dan modifikasi setiap waktu, dari berbagai hal dalam kehidupan keluarga seperti penerimaan kondisi secara internal melalui komunikasi dan organisasi keluarga, peningkatan kemampuan

kemandirian keluarga dan *self-esteem*, menciptakan keluarga sebagai satu kesatuan yang utuh, meningkatkan kemampuan support social keluarga sebagai salah satu hal dalam kehidupan bermasyarakat. (Mc. Cubbin & Patterson, 1983). Instrumen FCOPES juga terdiri dari aspek sumber keluarga (tipe keluarga dan support teman) dan *appraisal* (reframing dan penilaian secara pasif), dari FCOPES dapat diidentifikasi menjadi 5 variabel yaitu :

a. Sumber Suport sosial

Berfokus pada kemampuan keluarga untuk berbagi dengan keluarga lainnya dalam hal emosi, *esteem*, pendukung dalam masyarakat melalui *relatives*, teman, tetangga dan teman dekat.

b. Reframing

Berfokus pada kemampuan keluarga untuk mengatasi situasi yang berat menjadi persepsi yang positif dan meningkatkan rasa kenyamanan dan *self determination* sampai keadaan keluarga menjadi seimbang.

c. Sumber support spiritual

Berfokus pada keterlibatan keluarga dalam hal kegiatan keagamaan untuk meningkatkan mental keluarga dengan terlibat dalam kegiatan keagamaannya.

d. Kemampuan keluarga untuk mencari dan menerima informasi

Berfokus pada kemampuan keluarga untuk mencari informasi dari tenaga professional dengan cara konseling, dari agen komunitas yang sama, konsultasi medis, dan menerima dukungan dari keluarga lainnya di komunitas.

e. Penerimaan secara pasif

Berfokus pada cara pengalihan yang dilakukan keluarga untuk mengatasi kopingnya seperti dengan melihat televisi dan mengalihkan dengan melakukan kegiatan lain.

2.2.5. Asuhan Keperawatan pada Koping keluarga dengan Anak Retardasi Mental

Upaya yang dilakukan dimulai secara individu, baru dilakukan secara keluarga sebagai suatu sistem yang utuh. Masalah koping keluarga menurut *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) yaitu koping keluarga takefektif, koping keluarga takefektif adalah ketidakmampuan dalam menilai suatu stressor atau gangguan dalam memilih respon yang tepat, ketidakmampuan menggunakan sumber pada dirinya (NANDA, 2007).

Data yang mendukung yaitu ada dua kemungkinan dimana keluarga sudah menggunakan koping tetapi disfungsi atau keluarga sulit untuk beradaptasi dengan masalah yang dihadapi. (Friedman, 1998). Tanda dan gejala lainnya pada masalah koping keluarga tidak efektif adalah ditemukan data adanya ketegangan dalam keluarga, menurunnya toleransi satu sama lain, permusuhan dalam keluarga, perasaan malu dan bersalah, perasaan tidak berdaya, agitasi, mengingkari masalah, harga diri rendah dan penolakan. (CMHN, 2006).

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah koping keluarga tidak efektif menurut CMHN (2006) yaitu :

2.2.5.1. Tindakan Generalis

1. Bina hubungan saling percaya

Dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar keluarga merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan saudara. Tindakan yang saudara lakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah :

- a. Mengucapkan salam terapeutik
- b. Berjabat tangan sambil mengenalkan nama
- c. Menjelaskan tujuan interaksi

- d. Membuat kontrak, waktu, tempat setiap kali pertemuan dengan keluarga
2. Identifikasi masalah yang dihadapi oleh keluarga
 - a. Asal masalah
 - b. Jumlah
 - c. Sifat
 - d. Waktu
3. Diskusikan koping atau upaya yang biasa dilakukan keluarga
 - a. Mekanisme koping yang selalu digunakan menghadapi masalah
 - b. Mengungkapkan perasaan setelah menggunakan koping yang biasa digunakan
4. Diskusikan alternatif koping
 - a. Keterbukaan dalam keluarga, membahas masalah yang dihadapi dalam keluarga, membahas cara-cara menyelesaikan masalah dan membagi tugas penyelesaian masalah
 - b. Melakukan kegiatan yang disukai (olahraga, jalan – jalan, dll) untuk mengembalikan energi dan semangat (*break* sesaat).
 - c. Mencari dukungan sosial yang lain
 - d. Memohon pertolongan pada Allah SWT.
5. Latih keluarga menggunakan koping yang efektif
6. Evaluasi kemampuan keluarga menggunakan koping yang efektif

2.2.5.2. Tindakan Spesialis

1. Psikoedukasi keluarga

Adalah salah satu element program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang therapeutik. Program

psychoeducational merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan *pragmatic* (Stuart & Laraia, 2005).

Tujuan dari *family psychoeducation therapy* adalah menurunkan intensitas emosi dalam keluarga sampai pada tingkatan yang rendah, meningkatkan pengetahuan anggota keluarga tentang penyakit dan pengobatan, memberikan dukungan kepada keluarga dalam upaya menurunkan angka kekambuhan, mengembalikan fungsi pasien dan keluarga, melakukan penelitian yang berkelanjutan tentang perkembangan keluarga dan melatih keluarga untuk lebih bisa mengungkapkan perasaan, bertukar pandangan antar anggota keluarga dan orang lain. Target psikoedukasi pada kondisi tidak adekuat keterampilan orangtua, pemecahan masalah, asertif, manajemen marah yang sering mempengaruhi dalam resolusi masalah (Stuart & Laraia, 2005).

2. *Self-Help Groups*

Self-help groups digunakan untuk membuat kelompok dapat mengatasi masalahnya sendiri dengan saling berbagi pengalaman, bekerja bersama untuk mencapai tujuan dan menggunakan sumber kekuatan untuk mengontrol hidupnya (Bacon, Condon & Fernsler, 2000 dalam Stuart & Laraia, 2005).

2.3. Konsep *Self-Help Groups*

Self-help groups bisa dijadikan cara untuk memecahkan masalah melalui kegiatan berkelompok (Anonim, 2009).

2.3.1. Pengertian

Self-Help Groups adalah kumpulan dua orang atau lebih yang datang bersama untuk membuat kesepakatan saling berbagai masalah yang

mereka hadapi, kadang disebut juga kelompok pemberi semangat (Steward, 2009). *Self help group* merupakan suatu kelompok atau peer dimana tiap anggota saling berbagi masalah baik fisik maupun emosional atau issue tertentu. (Anonim,2008 dalam Utari, 2008). *Self help groups* adalah sekumpulan dua orang atau lebih, dimana mereka saling bekerjasama untuk berbagi permasalahan dan memilih apa yang akan dijadikan fokus pemecahan anggota kelompok, saling membantu dalam memotivasi sehingga tercipta perasaan sejahtera. (Dombeck & Moran, 2000).

Self-help groups adalah suatu terapi dimana setiap anggota saling berbagi pengalaman tentang kesulitan dan cara mengatasinya, hal ini dilakukan untuk memberikan semangat kepada keluarga bahwa mereka tidak sendiri dan banyak dari mereka yang bertahan dengan kondisi seperti ini. Anggota kelompok saling berbagi nasehat, berbagi strategi coping dan saling mendukung antar anggota lainnya (Townsend, 2003).

Dari keempat pengertian diatas dapat disimpulkan, *Self-Help Groups* adalah suatu kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih saling berbagi permasalahan untuk saling membantu memecahkan masalah yang dihadapi, sehingga tercapai perasaan yang sejahtera.

2.3.2. Tujuan

Fokus dari *self help group* adalah perubahan sikap dan perilaku (Mohr, 2006). *Self help group* bertujuan untuk mengembangkan *empathy* diantara sesama anggota kelompok dimana sesama anggota kelompok saling memberikan penguatan untuk membentuk coping yang adaptif. *Self help group* pada keluarga dengan anak retardasi mental perlu dilakukan untuk membantu keluarga mengatasi permasalahannya yang diselesaikan bersama dalam kelompok.

Tujuan *self help group* dalam kelompok adalah memberikan *support* terhadap sesama anggota dan membuat penyelesaian masalah secara lebih baik dengan cara berbagi perasaan dan pengalaman, belajar tentang penyakit dan memberikan asuhan, memberikan kesempatan *caregiver* untuk berbicara tentang permasalahan dan memilih apa yang akan dilakukan, saling mendengarkan satu sama lain, membantu sesama anggota kelompok untuk berbagi ide-ide dan informasi serta memberikan *support*, meningkatkan kepedulian antar sesama anggota sehingga tercapainya perasaan aman dan sejahtera, mengetahui bahwa mereka tidak sendiri. *Support group* juga memberikan kesempatan kepada *caregivers* untuk berbagi perasaan, masalah, ide-ide dan informasi dengan yang lain yang mempunyai masalah yang sama. Selain itu juga memberikan kepuasan karena dapat berbagi dan membantu satu dengan yang lainnya. (Anonim,2000 dalam Utari, 2008)

2.3.3. Prinsip

Prinsip yang harus dilakukan dalam *self help group* seperti yang dikemukakan *Self help* nottingham (2005) adalah sebagai berikut:

2.3.3.1. *Mutuality*

Pengambilan keputusan dilakukan kelompok. Beberapa anggota kelompok akan saling berbagi tentang apa yang mereka rasakan, lakukan dalam mengatasi suatu masalah. Alasan memilih *self help* adalah melalui *mutual understanding* dan dukungan, anggota *self help group* dimana anggota kelompok dapat berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui diskusi kelompok. Informasi dari anggota kelompok dan solusi yang dapat dilakukan merupakan bahan bagi anggota kelompok *self help group*.

2.3.3.2. *Reciprocity* (Hubungan timbal balik)

Keikutsertaan seseorang dalam kelompok akan saling timbal balik, karena masing-masing anggota akan memberikan informasi cara menghadapi anak dengan retardasi mental berdasarkan pengalaman anggota yang lain yang telah *survive*.

2.3.4. Karakteristik

Beberapa karakteristik dari *self help group* adalah kelompok kecil, homogen, berpartisipasi penuh, mempunyai otonomi, kepemimpinan kolektif, keanggotaan sukarela, non politik, saling membantu. (Anonim,2005)

Kekuatan dari kelompok adalah *cohesiveness* dan *fullness* sehingga seseorang dapat berperan dalam tingkat kemampuan yang tertinggi. Hal yang harus dipenuhi adalah mengembangkan rasa menyatu dan berbagi dalam kelompok, meningkatkan kemampuan memahami masalah antar anggota kelompok, meningkatkan kemampuan komunikasi dalam kelompok, saling membantu untuk meningkatkan status kesehatan. (Forschner, 2003)

2.3.5. Pelaksanaan

Langkah awal sebelum memulai aktifitas kelompok adalah mengorganisasikan kelompok yang dilakukan pada pertemuan awal. Aktifitas yang dilakukan pada tahap ini adalah menetapkan hal yang menjadi fokus dalam kelompok, menentukan siapa saja yang bisa bergabung dalam kelompok, memilih nama kelompok, menetapkan tenaga kesehatan yang dipilih, mengembangkan *anonimity* dan kerahasiaan, mempertimbangkan kebutuhan dalam kelompok, penggabungan, menentukan waktu pertemuan, mempersiapkan aktifitas yang akan dilakukan, memulai mengembangkan “*mutual*

help”, *community outreach*. (Dombeck & Moran, 2000 dalam Utami 2008).

Tahapan *self help group* yang dikembangkan oleh Dombeck & Moran (2000 dalam Utami, 2008) adalah sebagai berikut :

Sesi 1 – 4 merupakan analisa masalah , yang dilakukan adalah

2.3.5.1. Memahami masalah , tiap anggota harus memahami isu, gejala atau masalah yang dialami, langkah pertama adalah memahami konsep *self help group*, selanjutnya memahami issue dan sifat masalah.

2.3.5.2. Memecahkan masalah kedalam bagian-bagian kecil, masalah dipahami, jika dirasakan terlalu besar untuk diselesaikan, maka masalah dibagi-bagi menjadi beberapa bagian yang selanjutnya dibuat rencana untuk memperbaiki masalah dari bagian-bagian kecil tersebut.

2.3.5.3. Menentukan tujuan.

Pada sesi ini setiap masalah sudah dibagi menjadi bagian – bagian kecil, selanjutnya membuat tujuan, lengkap dengan waktunya.

2.3.5.4. Menentukan cara mengukur pencapaian tujuan.

Beberapa cara untuk mengukur pencapaian tujuan adalah dengan melihat apa permasalahan utamanya, berapa lama waktu untuk mencapai tujuan, apa yang telah dilakukan untuk mencapai tujuan.

Langkah 5-7: Merencanakan Suatu Solusi

2.3.5.5. Memberikan pendidikan tentang pemecahan masalah dengan belajar metode-metode yang tersedia untuk membantu mengelola isu-isu dan permasalahan, sehingga kita akan tahu apa yang akan dilakukan dalam memecahkan masalah yang dialami. Bicarakan dengan anggota yang lain bagaimana

pendapat tiap anggota atau yang pernah mengalami permasalahan yang sama.

2.3.5.6. Memilih solusi yang terbaik. Setelah mempelajari sebanyak mungkin tentang cara memecahkan masalah, pilih cara yang akan dipakai berdasarkan faktor kekuatan dan kelemahan yang ada.

2.3.5.7. Menulis rencana. Hal ini dilakukan setelah mengerti: 1) apa permasalahan yang ingin diubah; 2) bagaimana cara merubahnya; 3) apa tujuan dan sasaran dari permasalahan; 4) bagaimana cara mengukur kemajuan; 5) pemecahan masalah apa yang akan dipilih; 6) metoda dan pilihan paya yang terbaik sesuai dengan situasi dan kondisi. Tulis semua rencana kedalam kertas pilih metoda, pendekatan dan teknik yang akan digunakan untuk menyelesaikan rencana dan batas waktu.

2.3.5.8. Melakukan tindakan sesuai rencana. Aktifitas pada sesi ini adalah melakukan rencana yang disusun dan komitmen untuk tetap berpegang pada rencana. Tanamkan dalam diri bahwa masalah yang sedang diselesaikan akan membantu mengatasi masalah yang lebih besar. tindakan yang dilakukan saat ini agar masalah tidak bertambah buruk.

2.3.5.9. Setia kepada rencana, hindari kekambuhan (*relaps*). Bagian akhir dari *self help group* adalah tetap berpedoman pada rencana bila terjadi kekambuhan. *Relaps* terjadi ketika seseorang gagal untuk melakukan sesuai dengan rencana.

Langkah-langkah lain yang bisa dilakukan untuk *self help group* yang dikemukakan oleh Sugarman (2000 dalam Utami, 2008) sebagai berikut :

1. Pendahuluan, tujuannya mengembangkan hubungan dalam kelompok dengan saling mengenal satu dengan yang lainnya

2. Berbicara tentang riwayat masing-masing, tujuannya adalah memvalidasi pengalaman masing-masing. Aktivitas yang dilakukan adalah berdiskusi tentang pengalaman masing-masing.
3. Memahami kesadaran diri bertujuan untuk meningkatkan kesadaran diri, aktivitas yang dilakukan mendiskusikan perasaan masing-masing.
4. Pemberian informasi, bertujuan menentukan terapi, aktifitas yang dilakukan adalah mendiskusikan tentang pengalaman dalam pemberian terapi.
5. *Defensiveness* tujuan mengidentifikasi bagaimana melindungi diri dari perasaan tidak nyaman. Aktifitas yang dilakukan adalah saling berbagai tentang mekanisme pertahanan diri.
6. Harga diri, tujuannya adalah meningkatkan harga diri , mendiskusikan perasaan terkait dengan topik yang didiskusikan dan saling menceritakan tentang dampak terhadap harga diri
7. Hubungan dalam keluarga, tujuan meningkatkan pemahaman tentang dinamika keluarga, aktifitasnya bagaimana hubungan masing-masing dalam keluarga.
8. Koping, tujuan mengembangkan ketrampilan *koping*, aktivitas yang dilakukan bagaimana menjaga diri sendiri
9. Stress, tujuannya mengajarkan manajemen stres. Aktifitas yang dilakukan adalah latihan menurunkan stres.
10. *Letting go*, tujuan perpisahan, aktifitas perpisahan dengan anggota
11. *Support system*, tujuan meningkatkan *support system* anggota. Aktifitas yang dilakukan adalah menjelaskan bahwa kamu tidak sendiri

Hasil penelitian Utami (2008) pelaksanaan *Self-Help groups* dibagi dalam 3 tahap yaitu :

1. Tahap pembentukan yaitu dengan menjelaskan lima langkah kegiatan *self help groups* :
 - a) Langkah I : Memahami masalah

Kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan masalah yang dihadapi oleh keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Setiap anggota mengungkapkan masalah yang dihadapinya. Pertemuan kedua dan seterusnya mendiskusikan kembali apa ada masalah lain yang dialami oleh keluarga. Hasil dari langkah pertama adalah kelompok memiliki daftar masalah .

b) Langkah II : cara untuk menyelesaikan masalah.

Kegiatan yang dilakukan adalah peserta saling berbagi informasi bagaimana cara mengatasi permasalahan yang terjadi berdasarkan daftar masalah yang sudah dibuat. Bila penyelesaian masalah tidak ditemukan maka dibawah ini ada pedoman untuk menyelesaikan masalah . Materi yang dapat diberikan adalah memberikan informasi tentang kesehatan jiwa, tanda sehat jiwa, gangguan jiwa (penyebab, tanda dan gejala, dampak gangguan jiwa bagi klien dan keluarga), cara yang dapat dilakukan untuk merawat anggota keluarga seperti berinteraksi, membantu melakukan perawatan diri (mandi, menyisir rambut, menggosok gigi, berpakaian) ,melakukan kegiatan (seperti menyiapkan makan, mencuci piring, merapihkan rumah, berbelanja), memberikan pujian klien dan keluarga, cara memberikan obat.

Materi tersebut diberikan oleh anggota kelompok itu sendiri ataupun oleh tenaga kesehatan yang ditunjuk dan sepakati oleh kelompok. Pertemuan kedua dan seterusnya kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan cara penyelesaian masalah yang lain, apakah ada tambahan . Jika cara penyelesaian masalah tidak ditemukan dapat konsul kepada ahlinya. Hasil dari langkah kedua adalah kelompok memiliki daftar cara penyelesaian masalah.

c) Langkah III: Memilih cara pemecahan masalah .

Kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan tiap-tiap cara penyelesaian masalah yang ada dalam daftar penyelesaian masalah dan memilih cara penyelesaian masalah dengan mempertimbangkan faktor pendukung dan penghambat dalam menyelesaikan masalah tersebut. Pertemuan ke dua dan seterusnya adalah mendiskusikan apakah ada cara lain yang dipilih dalam mengatasi masalah. Hasil dari langkah ke tiga ini adalah Daftar cara penyelesaian masalah yang dipilih.

d) Langkah IV : melakukan tindakan untuk penyelesaian masalah.

Kegiatan yang dilakukan adalah tiap peserta melakukan *role play* (bermain peran) cara penyelesaian masalah yang telah dipilih. Pertemuan ke dua dan selanjutnya melakukan *role play* cara lain yang telah dipilih oleh kelompok. Hasil dari langkah ke empat adalah kelompok memiliki daftar penyelesaian masalah yang sudah dilatih.

e) Langkah V : Pencegahan kekambuhan.

Kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan cara – cara mencegah kekambuhan, tanda dan tanda kekambuhan dan tindakan yang dilakukan saat kekambuhan terjadi. Pertemuan kedua dan selanjutnya adalah mendiskusikan tentang cara lain untuk mencegah kekambuhan dan tindakan yang dilakukan saat kekambuhan terjadi.

Hasil dari langkah kelima adalah daftar cara mencegah kekambuhan dan tindakan yang dilakukan jika kekambuhan terjadi.

2. Pertemuan kedua dan ketiga role play lima langkah dalam *Self-Help Groups*.

2.3.6. Pelaksanaan *Self-help groups* pada keluarga dengan anak retardasi mental

Pelaksanaan *self-help groups* pada keluarga dengan anak retardasi mental tidak jauh berbeda dengan pelaksanaan *self-help groups* pada keluarga dengan klien gangguan jiwa, yang membedakannya adalah pada keluarga retardasi mental hanya 4 langkah tidak ada pencegahan kekambuhan. Tahapannya adalah sebagai berikut :

2.3.6.1. Tahap pembentukan

Self-help groups dibentuk dalam tiga kali pertemuan atau sesi.

1. Sesi 1 : Menjelaskan tentang konsep *self-help groups*

Fasilitator menjelaskan tentang konsep *self-help groups* meliputi pengertian *self-help group*, tujuan *self-help group*, prinsip *self-help group*, membuat beberapa kesepakatan (seperti nama kelompok, anggota kelompok) dan aturan dalam melaksanakan *self-help group*. Terdapat dalam buku materi *self-help group*. Pelaksanaan kegiatan dipimpin oleh fasilitator.

Dilanjutkan dengan menjelaskan empat langkah kegiatan *self-help group* :

a) Langkah I : Memahami masalah

Kegiatan yang dilakukan adalah fasilitator (memperagakan sebagai leader) menjelaskan dan memperagakan cara mengidentifikasi masalah dan peserta dimotivasi untuk mengungkapkan masalah yang dihadapi. Hasil dari langkah pertama adalah kelompok memiliki daftar masalah dan memilih masalah yang akan didiskusikan. Ditulis pada buku kerja.

b) Langkah II : Cara untuk menyelesaikan masalah.

Kegiatan yang dilakukan adalah fasilitator (yang memerankan sebagai leader) memfasilitasi peserta untuk saling berbagi informasi dan pengalaman anggota

dalam mengatasi masalah yang dipilih. Jika cara penyelesaian masalah tidak ditemukan, fasilitator dapat memberikan masukan berupa materi. Materi yang diberikan adalah memberikan informasi tentang coping yang bisa dicoba oleh keluarga untuk mengatasi masalah dalam menghadapi anak dengan retardasi mental seperti penggunaan suport sosial, penyelesaian masalah, penggunaan suport spiritual, usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi serta penerimaan pasif yang harus dihindari. Hasil dari langkah kedua adalah kelompok memiliki daftar cara penyelesaian masalah yang ditulis pada buku kerja.

e) Langkah III: Memilih cara pemecahan masalah.

Fasilitator memfasilitasi kelompok untuk mendiskusikan tiap-tiap cara penyelesaian masalah yang ada pada daftar penyelesaian masalah, dan memilih cara penyelesaian masalah dengan mempertimbangkan faktor pendukung dan penghambat dalam menyelesaikan masalah tersebut. Hasil dari langkah ketiga ini adalah daftar cara penyelesaian masalah yang dipilih masing-masing anggota kelompok dengan cara melingkari daftar masalah yang dipilih dan ditulis dalam buku kerja.

d) Langkah-IV : Melakukan tindakan untuk penyelesaian masalah.

Kegiatan yang dilakukan adalah fasilitator memfasilitasi tiap peserta melakukan *role play* (bermain peran) cara penyelesaian masalah yang telah dipilih. Hasil dari langkah ke empat adalah kelompok memiliki daftar penyelesaian masalah yang sudah dilatih dan ditulis dalam buku kerja.

2. Sesi 2 dan 3 : Pelaksanaan empat langkah *self-help groups*
 - a. Identifikasi masalah lain yang dihadapi oleh keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan anak retardasi mental dan memilih satu masalah untuk didiskusikan cara mengatasinya. Kelompok memiliki daftar masalah lama (sesi 1) dan baru (tambahan pada sesi 2) serta ditulis dibuku kerja.
 - b. Mendiskusikan cara mengatasi masalah yang sudah dipilih. Kelompok menyusun daftar cara penyelesaian masalah dan ditulis dibuku kerja.
 - c. Mendiskusikan tiap-tiap cara penyelesaian masalah yang ada dalam daftar penyelesaian masalah dan memilih cara penyelesaian masalah. Kelompok membuat daftar cara penyelesaian masalah yang dipilih dengan cara melingkari dan ditulis dibuku kerja.
 - d. Melakukan *role play* (bermain peran) oleh peserta tentang cara penyelesaian masalah yang telah dipilih. Kelompok membuat daftar penyelesaian masalah yang sudah dilatih dan ditulis dibuku kerja.

Dengan ketiga sesi diatas diharapkan *self-help groups* sudah terbentuk selanjutnya dilakukan pelaksanaan *self-help groups*..

2.3.6.2 Tahap pelaksanaan *self-help groups*.

Pelaksanaan adalah penerapan kegiatan *self help group*. Pelaksanaan kegiatan dilakukan sebagai upaya menjaga keberlangsungan kegiatan *self help group* agar dapat mencapai tujuan pelaksanaan *self help group* itu sendiri. Kegiatan yang dilakukan adalah menyusun jadwal kegiatan *self help group*, menyusun topik setiap pertemuan, menyusun leader setiap pertemuan (*leader* yang dipilih merupakan anggota kelompok itu sendiri, dan setiap anggota kelompok mempunyai kesempatan untuk menjadi *leader*) ,

melaksanakan empat langkah kegiatan *self help group* yang dimulai dengan pembukaan, kerja dan penutup (seperti pada saat pertemuan pembentukan *self help group*), mencatat kemampuan yang dimiliki oleh kelompok, melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan kelompok. Tahap pelaksanaan terdiri dari 4 langkah yaitu :

1. Langkah I : Memahami masalah

Identifikasi masalah lain yang dihadapi oleh keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan anak retardasi mental dan memilih salah satu masalah untuk didiskusikan cara mengatasinya. Kelompok memiliki daftar masalah lama (sesi 3) dan tambahan (pelaksanaan pertemuan 1) serta ditulis dibuku kerja.

2. Langkah II : Cara penyelesaian masalah

Mendiskusikan cara penyelesaian masalah yang sudah dipilih. Kelompok menyusun daftar cara penyelesaian masalah dan ditulis dibuku kerja.

3. Langkah III : Memilih cara penyelesaian masalah.

Mendiskusikan tiap-tiap cara penyelesaian masalah yang ada dalam daftar penyelesaian masalah dan memilih cara penyelesaian masalah. Kelompok membuat daftar cara penyelesaian masalah yang dipilih dengan cara melingkari dan ditulis dibuku kerja

4. Langkah IV : Melakukan cara penyelesaian masalah

Masing-masing peserta melakukan *role play* (bermain peran) cara penyelesaian masalah yang telah dipilih (semua peserta harus mencoba semua cara penyelesaian masalah). Peserta akan mencoba coping adaptif untuk mengatasi coping maladaptif yang dimilikinya dalam menghadapi anak dengan retardasi mental. Kelompok membuat daftar penyelesaian masalah yang sudah dilatih dan ditulis dibuku kerja.

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Dalam Bab ini akan diuraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberi arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

3.1 Kerangka Teori

Kerangka teori ini merupakan kerangka teoritis yang digunakan sebagai landasan penelitian. Kerangka teori ini disusun berdasarkan informasi, konsep dan teori yang telah dikemukakan pada bab 2.

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stres, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri. (Stuart & Sundeen, 1998). Mekanisme koping keluarga dengan anak retardasi mental yaitu Keluarga dengan anak yang mengalami ketidakmampuan yang serius seperti retardasi mental, dimana kondisi retardasi mental merupakan pengalaman yang sangat menyedihkan bagi orangtua. Respon koping Keluarga dengan anak retardasi mental yaitu marah, penolakan atau penyangkalan (*denial*), *ambivalens*, *overprotektif*, kontrol yang berlebihan, perasaan bersalah, perasaan malu, perasaan kasihan terhadap diri sendiri, berdukacita, depresi dan keinginan agar anaknya meninggal (Mott, James, & Sperhac, 1990 dalam Hamid, 1999 ; Tomb, 2004).

Mekanisme koping keluarga dengan anak retardasi mental juga memiliki tipe untuk mengatasi ketidakefektifan koping keluarga dengan cara penyelesaian masalah yang berfokus pada masalah, kognitif dan emosi (Stuart & Laraia, 2005), yang dalam pelaksanaannya kemampuan koping keluarga dapat meningkat dengan mengaktifkan strategi koping yang dimiliki keluarga yaitu internal dan eksternal (Friedman, 1998 ; Stuart dan Sundeen, 1998).

Berat ringan masalah koping keluarga dengan anak retardasi mental dipengaruhi oleh klasifikasi IQ dari anak, dimana semakin berat kondisi IQ anak maka masalah koping keluarga semakin berat (Townsend, 2005). Kondisi IQ anak dapat meningkatkan stres pada keluarga sehingga fungsi dalam keluarga terganggu, dimana stres pada keluarga juga dipengaruhi oleh faktor lainnya yaitu stigma sosial tentang anak retardasi mental (Agus dkk, 1982) dan karakteristik dari keluarga, sehingga keluarga memerlukan intervensi yang serius untuk mengatasi masalah koping keluarga tidak efektif agar tidak jatuh kearah gangguan jiwa.

McCubbin, Larsen & Olson (1981) menyebutkan bahwa koping keluarga dengan menggunakan *Double ABCX Model* terdiri dari faktor sumber kekuatan keluarga atau strategi internal dan persepsi, yang meliputi penggunaan sumber suport sosial, reframing, penggunaan sumber suport spiritual, usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi dan penerimaan secara pasif.

Masalah koping keluarga menurut *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) yaitu koping keluarga takefektif, yang didukung oleh data yaitu ada dua kemungkinan dimana keluarga sudah menggunakan koping tetapi disfungsi atau keluarga sulit untuk beradaptasi dengan masalah yang dihadapi. (Friedman, 1998). Tanda dan gejala lainnya pada masalah koping keluarga tidak efektif adalah ditemukan data adanya ketegangan dalam keluarga, menurunnya toleransi satu sama lain, permusuhan dalam keluarga, perasaan malu dan bersalah, perasaan tidak berdaya, agitasi, mengingkari masalah, harga diri rendah dan penolakan. (CMHN, 2006).

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah koping takefektif adalah terapi secara keluarga, kelompok dan farmakologi (Townsend, 2003). Saran dari penelitian Hamid (1993) untuk mengatasi koping keluarga khususnya ibu dengan anak retardasi mental diperlukan tindakan terapi *self-help group*. *Self help groups* merupakan bentuk terapi kelompok yang bertujuan untuk

memberikan suport emosional setiap anggota, belajar koping yang baru, menemukan strategi untuk mengatasi suatu kondisi. Landasan teori yang melatar belakangi pembentukan *self help groups* adalah teori support sosial, *social learning theory*, *social comparison theory* dan *helper theory*.

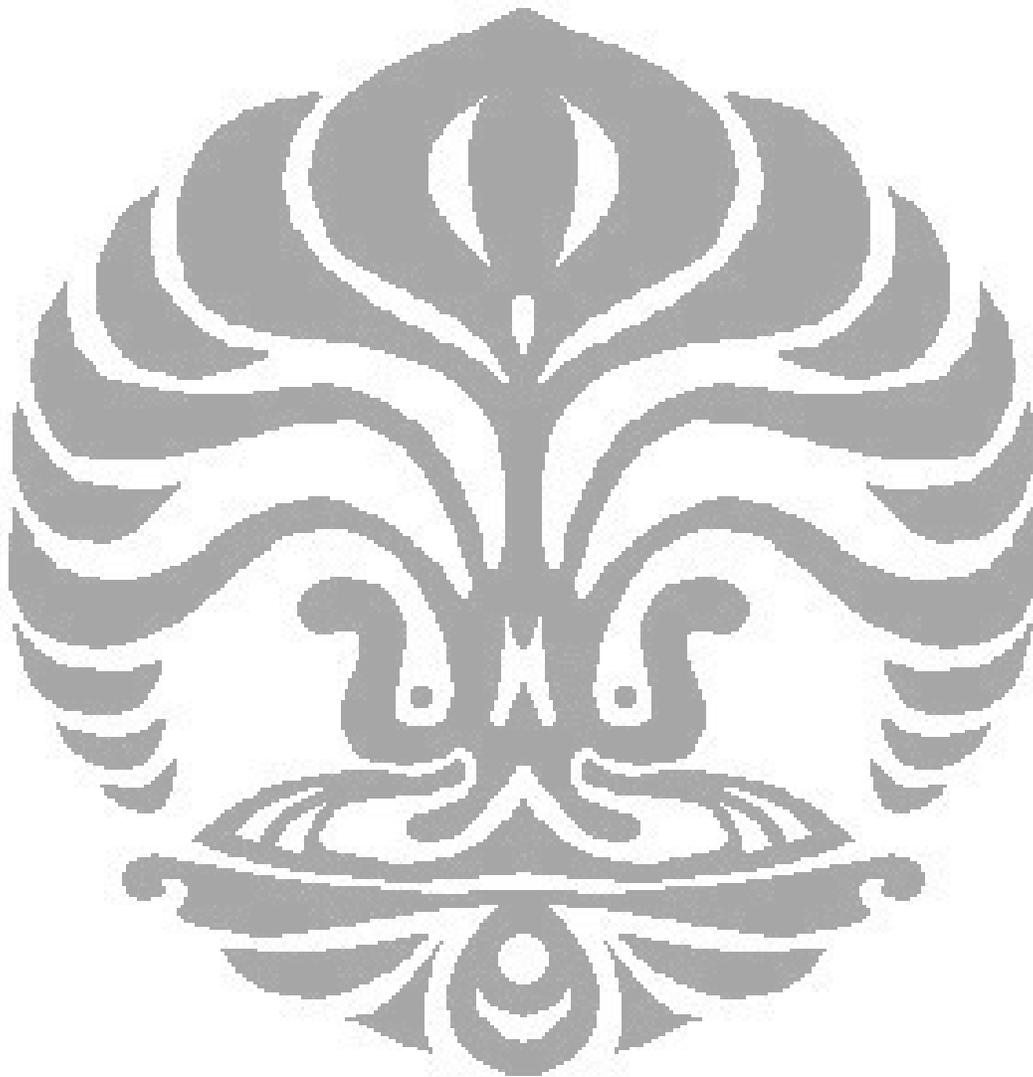
Kegiatan *self help groups* dikembangkan oleh Dombeck dan Moran (2000) berupa sembilan langkah *self help groups* dan menurut Sugarman (2000) terdiri dari sebelas langkah *self help groups* serta hasil penelitian Utami (2008) ada lima langkah pelaksanaan *self-help groups*. *Self-help groups* untuk keluarga dengan anak retardasi mental hampir sama dengan *Self-help groups* menurut Utami, hanya untuk keluarga dengan anak retardasi mental hanya memerlukan 4 sesi. Pada akhirnya *self help groups* diharapkan dapat mempengaruhi koping keluarga dalam menghadapi anak dengan retrdasi mental. Kerangka teori dapat digambarkan dengan skema pada bagan 3. 1

2.2 Kerangka konsep

Keluarga dengan anak retardasi mental khususnya ibu sebagai *care giver* yang memberikan perawatan secara langsung kepada anaknya dijadikan responden utama dalam penelitian, dimana ibu paling banyak berperan dalam perawatan anak sehingga kemungkinan yang paling banyak mengalami stres adalah ibu sebagai *care giver*.

Penilaian koping keluarga dengan anak retardasi mental dibagi menjadi 5 bagian yaitu *sosial suport*, *reframing*, *spiritual suport*, usaha keluarga untuk mencari dan menerima pertolongan dan penerimaan keluarga secara pasif. Koping keluarga dengan anak retardasi mental mengalami masalah sehingga memerlukan intervensi keperawatan baik generalis maupun spesialis.

Intervensi keperawatan untuk koping keluarga dengan anak retardasi mental adalah dengan terapi *Self-Help Groups*. Terapi *Self-Help Groups* berfokus pada pengalaman keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarganya yang mengalami gangguan dalam hal ini retardasi mental untuk berbagi solusi



cara merawat anak dengan retardasi mental saat mengalami masalah. Tujuan terapi ini adalah mempengaruhi coping keluarga dalam menghadapi anak dengan retardasi mental.

Pelaksanaan *self help groups* dilakukan dalam dua tahap yaitu pembentukan *self help groups* dan implementasi *self help groups*. Langkah-langkah dalam *self help groups* yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan modifikasi *self help groups* yang dikembangkan oleh Dombeck dan Moran (2000) dan Sugarman (2000, dalam Utami, 2008) serta penelitian Utami (2008) tentang pelaksanaan *self-help groupss* sehingga dihasilkan lima langkah. Kelima langkah tersebut dilakukan baik pada tahap pembentukan *self help groups* maupun saat implementasi *self help groups*.

Area penelitian adalah pada keluarga khususnya ibu dengan anak retardasi mental kemungkinan besar mempunyai karakteristik yang berbeda dan bervariasi, dan subyek penelitian tidak dapat diramalkan dengan pasti, maka peneliti tidak dapat mengontrol seluruh variabel karakteristik keluarga dan klasifikasi retardasi mental secara optimal sehingga variabel tersebut sedikit banyak akan mempengaruhi variabel dependen dan independen. Setelah dilakukan *self-help groups* coping keluarga akan menjadi adaptif atau maladaptif.

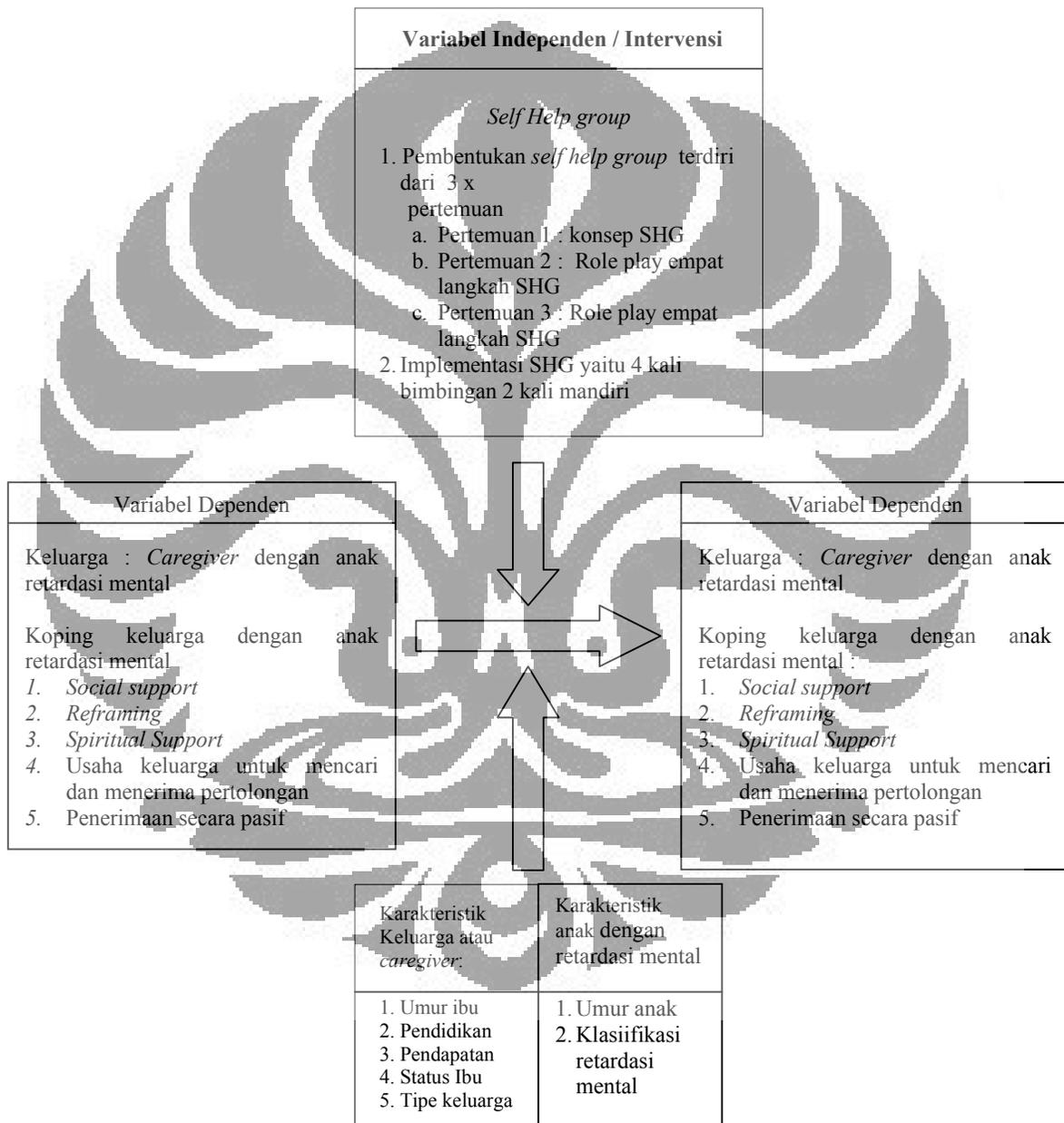
Kerangka konsep dapat digambarkan pada bagan 3.2

2.3 Hipotesis

- 2.3.1. Ada perbedaan kemampuan coping keluarga dalam menghadapi anak dengan retardasi mental setelah dilakukan terapi *self help groups*.
- 2.3.2. Ada perbedaan kemampuan coping keluarga dalam menghadapi anak dengan retardasi mental pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- 2.3.3. Ada hubungan karakteristik keluarga (usia, pendidikan, pendapatan, status ibu dan tipe keluarga) dengan coping keluarga dalam menghadapi anak dengan retardasi mental.

2.3.4. Ada hubungan karakteristik anak (umur dan klasifikasi retardasi mental) dengan koping keluarga dalam menghadapi anak dengan retardasi mental

Bagan 3.2 Kerangka Konsep



4.1 Definisi Oprasional

Variabel penelitian harus didefinisikan secara operasional untuk memudahkan dalam mencari hubungan antara satu variabel dengan yang lainnya dan untuk memudahkan dalam pengukuran. Definisi operasional adalah suatu definisi berdasarkan pada karakteristik tertentu, yang dapat diobservasi dari yang didefinisikan atau ”merubah konsep-konsep berupa konstruk dengan kata-kata sehingga dapat memberikan gambaran perilaku atau gejala yang dapat diamati dan dapat diuji serta ditentukan kebenarannya oleh orang lain.(Sarwono,2006)

Variabel operasional bermanfaat untuk : 1) mengidentifikasi kriteria yang dapat diobservasi yang sedang didefinisikan; 2) menunjukkan bahwa suatu konsep atau objek mungkin mempunyai lebih dari satu definisi operasional; 3) mengetahui bahwa definisi operasional bersifat unik dalam situasi dimana definisi tersebut harus digunakan.

Tabel 3.1.

Definisi Operasional Variabel independen dan dependen

| Variabel | Definisi operasional | Alat ukur Dan cara ukur | Hasil ukur | Skala |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Variabel Dependen | | | | |
| Koping keluarga dengan anak retardasi mental | suatu respon keluarga untuk mengatasi stressor yang dipengaruhi oleh kondisi retardasi mental dan karakteristik keluarga agar keluarga dapat beradaptasi dengan lingkungan. | Kuesioner tentang koping yang biasa digunakan keluarga dalam menghadapi anak retardasi mental. Alat ukur penilaian melalui; STS adalah <u>sangat tidak setuju</u> nilai 1, <u>Tidak setuju</u> nilai 2, <u>R</u> adalah <u>ragu-ragu</u> nilai 3, <u>S</u> adalah <u>Setuju</u> nilai 4, <u>SS</u> adalah <u>Sangat setuju</u> nilai 5 untuk kuisioher nomer 1,2,3,4,5,6,9, 11,12,13,16,17, 18,19,22,24,25 Untuk kuisioher nomer 7,10,15,21 dan 23 penilaian sebaliknya. | Adaptif jika nilai total kuisioher 76 – 125 Maladaptif jika nilai total kuisioher 25 – 75 | Interval |
| Sub Variabel Defenden | | | | |
| Penggunaan Sumber Suport sosial | Cara keluarga memanfaatkan sumber pendukung dimasyarakat untuk meningkatkan koping keluarga | Kuisioher koping keluarga nomer 1,2,5,14,15,21 | Adaptif jika nilainya 17 – 30 Maladaptif jika nilainya 5 - 16 | Interval |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Reframing | Cara keluarga untuk mengatasi masalah dengan meningkatkan persepsi positif terhadap masalah yang dihadapi | Kuisisioner koping keluarga nomer 3,8,10,12,15,16, 17 | Adaptif jika nilainya 21 – 35 Maladaptif jika nilainya 7 - 20 | Interval |
| Penggunaan sumber suport spiritual | Cara keluarga memanfaatkan kegiatan religius dimasyarakat untuk meningkatkan koping keluarga | Kuisisioner koping keluarga nomer 11,19,22 | Adaptif jika nilainya 11 – 15 Maladaptif jika nilainya 3 – 10 | Interval |
| Usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi | Cara keluarga untuk mencari dan menerima informasi secara audivisual atau secara langsung kepada ahlinya | Kuisisioner koping keluarga nomer 4 dan 6 | Adaptif jika nilainya 7 – 10 Maladaptif jika nilainya 2 – 6 | Interval |
| Penerimaan secara pasif | Cara keluarga untuk mengalihkan masalah kepada hal-hal yang lebih berguna | Kuisisioner koping keluarga nomer 7, 9, 13,18,20 | Adaptif jika nilainya 16 – 25 Maladaptif jika nilainya 5 – 15 | Interval |
| Variabel Intervensi | | | | |
| <i>Self Help groups</i> | Kelompok keluarga retardasi mental yang bersama-sama melakukan kegiatan yaitu memahami masalah, cara untuk menyelesaikan masalah, memilih cara pemecahan masalah, melakukan tindakan untuk penyelesaian masalah, pencegahan kekambuhan | Observasi pelaksanaan terapi <i>self-help groups</i> sebanyak 6 kali pertemuan, 4 kali dibimbing dan 2 kali mandiri. | 1. keluarga yang mendapatkan terapi <i>self-help groups</i> 2. keluarga yang tidak mendapatkan terapi <i>self-help groups</i> | Nominal |

Tabel 3.2
Definisi Operasional Data Karakteristik Ibu

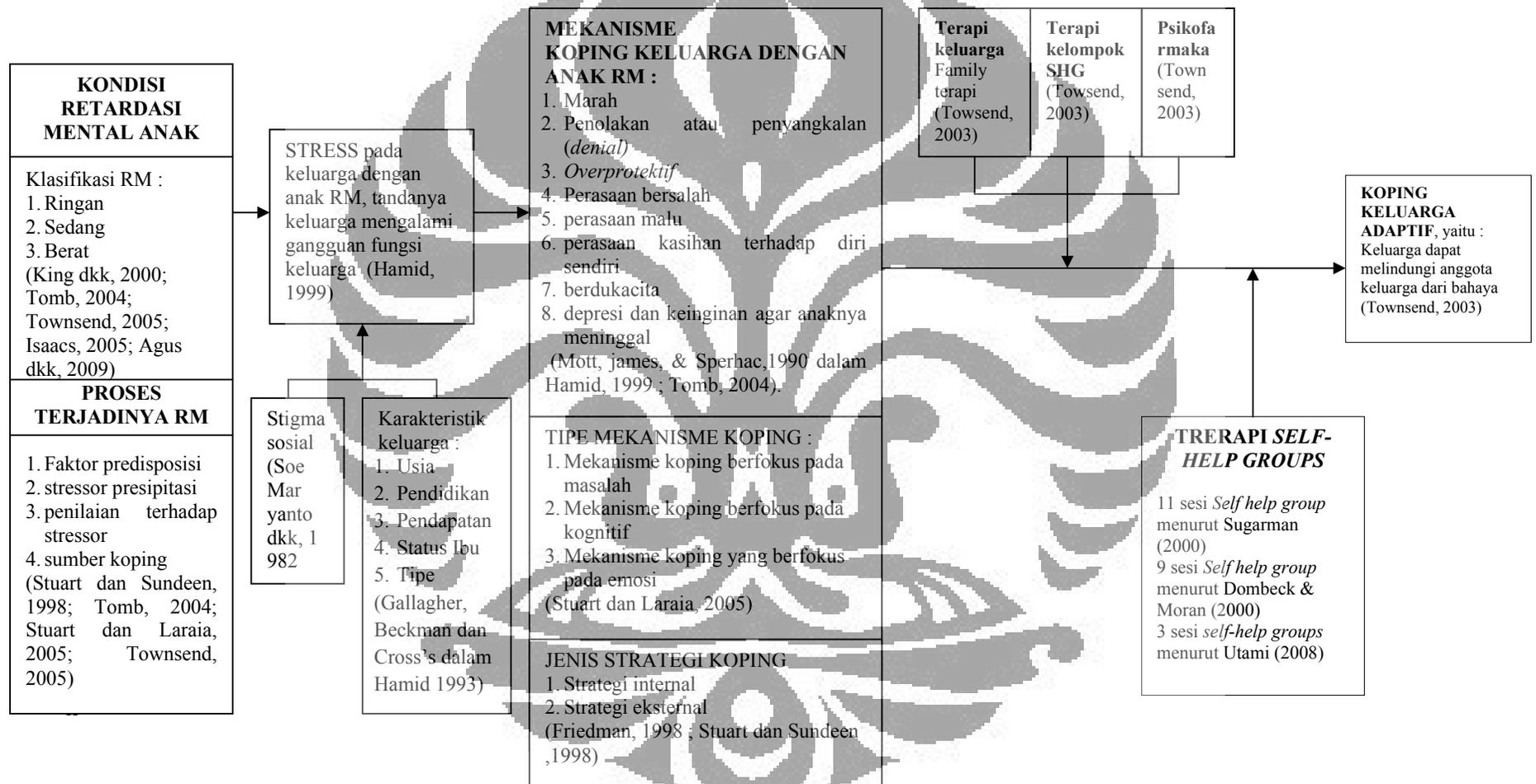
| Variabel | Definisi Operasional | Alat Ukur dan Cara ukur | Hasil Ukur | Skala |
|------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Umur ibu | Lama hidup seseorang sampai hari ulang tahun terakhir | Kuisisioner tentang usia responden dalam tahun. | Dinyatakan dengan tahun | Interval |
| pendidikan | Pendidikan yang ditempuh responden secara formal | Kuisisioner tentang pendidikan ibu | Dinyatakan dengan angka : 1-4 Pilihan jawaban terdiri : 1. SD 2. SMP 3. SMU | Ordinal |

| | | | | |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Pendapatan | Keadaan sosial ekonomi dari keluarga klien yang digambarkan dengan penghasilan keluarga dalam sebulan | Kuisisioner tentang pendapatan ibu | Dinyatakan dengan angka : 1-4 Pilihan jawaban terdiri dari 1. Kurang dari Rp 600000 2. Rp 600000 – Rp 1000000 | Ordinal |
| Tipe keluarga | Tipe keluarga | Kuisisioner tentang tipe keluarga | 1. Ayah, ibu dan anak 2. Ayah, ibu, anak dan nenek atau kakek | Nominal |

Tabel 3.3
Definisi Operasional Data Karakteristik Anak

| Variabel | Definisi oprasional | Alat Ukur dan Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------|
| Umur Anak | Usia anak saat keluarga diambil sebagai responden | Kuisisioner tentang umur anak sekarang | Dinyatakan dengan tahun | Interval |
| Klasifikasi Retardasi mental | Klasifikasi Retardasi mental hasil penilaian disekolah | Kuisisioner tentang klasifikasi retardasi mental pada anak | 1. Ringan 2. sedang 3. berat 4. sangat berat | Ordinal |

Bagan 3.1 Kerangka Teori



(Adaptasi dari Teori *Double ABCX Model* McCubbin dan Patterson, 1981; 1983a; 1983b)

BAB 4 METODE PENELITIAN

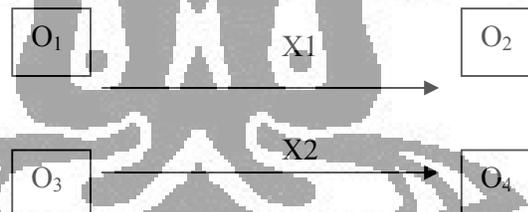
4.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah "Quasi experimental pre-post test with kontrol group" dengan intervensi *self help group*. Penelitian dilakukan untuk mengetahui perubahan coping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum dan sesudah diberikan perlakuan berupa *self help group*, selain itu penelitian juga membandingkan perbedaan coping keluarga dengan anak retardasi mental yang ada di SLB-C Kabupaten Sumedang yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

1. Kelompok I adalah kelompok klien yang diberikan terapi generalis dan terapi spesialis kelompok : *Self-help groups* sebanyak 4 sesi.
2. Kelompok II adalah kelompok klien yang diberikan terapi generalis tanpa pemberian terapi spesialis kelompok : *self-help groups*.

Bagan 4.1

Desain penelitian *pre* dan *post test*



Keterangan:

- O₁ : Koping keluarga dengan anak retardasi mental yang mendapat perlakuan sebelum dilakukan *self help group*
- O₂ : Koping keluarga dengan anak retardasi mental yang mendapat perlakuan setelah dilakukan *self help group*
- O₃ : Koping keluarga dengan anak retardasi mental yang tidak mendapat perlakuan sebelum dilakukan *self help group*
- O₄ : Koping keluarga dengan anak retardasi mental yang tidak mendapat perlakuan sesudah dilakukan *self help group*.

O₁O₂ :Perbedaan koping keluarga dengan anak retardasi mental setelah dilakukan *Self-help groups* pada kelompok intervensi

O₃O₄ : Perbedaan koping keluarga dengan anak retardasi mental pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapat perlakuan *Self-help groups*.

O₁O₃ : Koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum dilakukan *Self-help groups* pada kelompok kontrol dan intervensi.

O₂O₄ : Perbandingan koping keluarga dengan anak retardasi mental antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah mendapatkan *Self-help groups*.

X₁ = *Self help group*

X₂ = Perbedaan antara koping keluarga dengan anak reterdasi mental pada kelompok yang diberikan terapi dan yang tidak diberikan terapi *self-help group*.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah sekelompok subjek atau data dengan karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah sekelompok keluarga dengan anak Retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang yang berjumlah 218 dari 10 SLB-C.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah *subset* (bagian) populasi yang diteliti (Sastroasmoro dan Ismael, 2008). Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Simple random sampling* yaitu dengan menghitung terlebih dahulu jumlah subjek dalam populasi yang akan dipilih sampelnya, kemudian tiap subjek diberi nomor, dan dipilih sebagian dari mereka dengan bantuan tabel angka random tertentu (Sastroasmoro dan Ismael, 2008). Sampel penelitian ini adalah keluarga anak Retardasi mental dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- a. Ibu yang memiliki anak retardasi mental yang tercatat di SLB-C Kabupaten Sumedang
- b. Ibu yang merawat langsung dan tinggal dalam satu rumah dengan anak retardasi mental.

- c. Usia Ibu 25 – 60 tahun
- d. Ibu bisa menulis dan membaca
- e. Bersedia berpartisipasi penuh
- f. Secara sukarela mau terlibat dalam penelitian

Jumlah Sampel dalam penelitian ini mengarah pada dua sisi. Besar sampel dihitung dengan estimasi beda dua proporsi (Ariawan, 1998), menggunakan rumus :

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\{2P(1-P)\}} + Z_{1-\beta} \sqrt{\{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)\}}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Pada penelitian sebelumnya diketahui bahwa :

$$P_1 = 70\% , P_2 = 30\% , Z_{1-\alpha/2} = 1.96 , Z_{1-\beta} = 0.84$$

Dari rumus diatas, peneliti ingin menguji hipotesis dengan derajat kemaknaan 5% ($Z_{1-\alpha/2} = 1.96$) dan kekuatan uji 90% ($Z_{1-\beta}$ atau $Z_{90\%} = 0.84$), maka jumlah sampel yang diperlukan adalah :

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\{2P(1-P)\}} + Z_{1-\beta} \sqrt{\{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)\}}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$= 31$$

Dengan demikian jumlah sampel yang diambil adalah 31 orang dan prosentase *drop out* sekitar 30% jadi total sampel yang diambil adalah 40 orang, dimana 40 orang untuk kelompok intervensi dan 40 orang untuk kelompok kontrol. Sampel 40 orang diambil dari 6 SLB-C di Kabupaten Sumedang. Pengambilan sampel dilakukan dengan membagi kelompok, dimana mempertimbangkan aspek geografi, kemudian setelah dikelompokkan dilakukan pengundian untuk menentukan kelompok kontrol dan intervensi. Selanjutnya memilih keluarga yang memenuhi kriteria inklusi.

Berdasarkan tabel 4.1 dibawah ini terlihat jumlah anak retardasi mental dari SLBC YPWG adalah 16 anak dan jumlah sampel yang diperlukan

adalah 13 anak dengan keluarganya, sedangkan sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia melakukan penelitian berjumlah 7 keluarga. SLBC Yayasan putra jumlah murid 17, jumlah sampel yang diperlukan 13 sedangkan sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia melakukan penelitian berjumlah 7 keluarga. SLBC YPBD jumlah murid adalah 23, jumlah sampel yang diperlukan 14 sedangkan sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia melakukan penelitian berjumlah 8 keluarga, ketiga SLBC diatas termasuk kedalam kelompok kontrol.

Untuk kelompok intervensi yaitu SLBC Doa Bunda sebanyak 20 murid, dan yang diambil sampel sebanyak 13 anak dan keluarga, yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia melakukan penelitian berjumlah 8 keluarga. SLBC Bina Nusantara jumlah murid 21, jumlah sampel yang diperlukan 14 keluarga, sedangkan yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia melakukan penelitian berjumlah 8 keluarga. SLBC Baitul rohman jumlah murid 15, jumlah sampel yang diperlukan 13 keluarga, sedangkan yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia melakukan penelitian berjumlah 6 keluarga, untuk lebih jelas dapat dilihat di tabel 4.1 Jumlah sampel *pre-post test control group*.

Tabel 4.1
Jumlah sampel *pre-post test control group*

| No | Nama SLB | Jumlah murid | Sampel yang diambil | Sampel yang didapat | kelompok |
|----|-------------------------------|--------------|---------------------|---------------------|------------|
| 1 | SLBC YPWG (Tj. Kerta) | 16 | 13 | 7 | Kontrol |
| 2 | SLBC Doa Bunda (Tj. Sari) | 20 | 13 | 8 | Intervensi |
| 3 | SLBC Yayasan Putra (Buah dua) | 17 | 13 | 7 | Kontrol |
| 4 | SLBC Bina Nusantara (Naluk) | 21 | 14 | 8 | Intervensi |
| 5 | SLBC YPDB (Tj. Sari) | 23 | 14 | 8 | Kontrol |
| 6 | SLBC Baitul Rohman (Situraja) | 15 | 13 | 6 | Intervensi |

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di 6 SLB-C dari 10 SLB-C dikabupaten Sumedang, dengan jumlah murid 218 anak. Penentuan 6 SLB-C ini berdasarkan kesamaan letak

geografis. Tempat penelitian dilaksanakan di SLB-C Tanjungkerta, Tanjungsari, Buahdua, Naluk dan Situraja. Dalam menjaga privasi keluarga selama melakukan interaksi dan pemantauan dilakukan dilingkungan SLB-C. Selama penelitian, peneliti mengatur tempat interaksi secara maksimal yang dapat membuat keluarga merasa cukup nyaman, tempat penelitian dilakukan dilingkungan sekolah. Pelaksanaan intervensi generalis tentang coping keluarga tidak efektif dibantu oleh perawat puskesmas yang menggunakan SLB-C tersebut sebagai tempat binaan Puskesmas. Perawat Puskesmas yang terlibat berjumlah 5 orang dari 5 Puskesmas.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dimulai dari Desember sampai Juli 2008, yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal dari Bulan Januari sampai Maret 2009, dan dipresentasikan pada bulan Maret 2009. Setelah mendapat masukan dari para penguji, proposal diperbaiki sambil mengurus perijinan. Uji instrumen dilakukan di SLB-C Cimalaka. Setelah itu peneliti melakukan pengumpulan data berupa melakukan terapi *self-help group* selama 6 minggu. Dibawah ini adalah daftar waktu pelaksanaan *self-help group* pada Tabel 4.2

Tabel 4.2
Daftar waktu pelaksanaan *Self-help group*

| No | Kelompok SHG | Tempat pelaksanaan | Waktu | Jumlah anggota |
|----|-------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------|
| 1 | Bunda (SLB-C Doa Bunda-Tj.Sari) | Di ruang pertemuan sekolah | Setiap hari Senin dan Rabu | 8 Ibu |
| 2 | Naluk Bangkit (SLBC Bina Nusantara-Naluk) | Dihalaman sekolah | Setiap hari Kamis dan Sabtu | 8 Ibu |
| 3 | Baitul Iman (SLBC Baitul Rohman-Situraja) | Dihalaman sekolah | Setiap hari Selasa dan Jumat | 6 Ibu |

Setelah proses pengumpulan data dan analisa data selesai, peneliti melakukan konsultasi dengan pembimbing tentang hasil penelitian, kemudian peneliti mempresentasikan hasil penelitian pada minggu kedua bulan Juli 2009. Hasil masukan dan perbaikan hasil penelitian dipresentasikan lagi pada ujian siding tesis pada minggu ketiga bulan Juli 2009. Penelitian ini diakhiri dengan penyerahan tesis kepada beberapa bagian yang terkait dengan penelitian, pada minggu keempat bulan Juli 2009.

4.5 Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, terlebih dahulu dilakukan uji etik oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan hasil uji etik menyatakan proposal pengaruh terapi *Self-help groups* terhadap coping keluarga dengan anak Retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang. dinyatakan lolos dan layak untuk dilakukan penelitian (lampiran 5). Selanjutnya peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian ke kepala dinas Pendidikan Kabupaten Sumedang. Setelah mendapat persetujuan peneliti melakukan koordinasi dengan kepala-kepala SLB-C untuk mencari informasi tentang klasifikasi retardasi mental pada anak, tempat tinggal dan siapa yang mengasuh anak.

Sebelum penelitian dilakukan, responden yang memenuhi syarat diberikan penjelasan tentang tujuan penelitian, manfaat penelitian, jaminan kerahasiaan penelitian, peran yang dapat dilakukan oleh responden yang menjadi subyek penelitian. Peneliti memegang prinsip *scientific attitude* sikap ilmiah dan etika penelitian keperawatan yang mempertimbangkan aspek sosioetika dan harkat martabat kemanusiaan (Jacob, 2004). Prinsip pertama mempertimbangkan hak-hak responden untuk mendapatkan informasi terbuka dan berkaitan dengan penelitian serta bebas menentukan pilihan atau bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam penelitian (*autonomy*). Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti, lembar *informed consent* (lampiran 2).

Kelompok penelitian dibagi dua yaitu kontrol dan intervensi, kelompok kontrol hanya diberikan terapi generalis tentang coping keluarga tidak efektif dan pada akhir penelitian diberikan penjelasan tentang konsep *self-help group* menggunakan buku model *self-help group* yang diberikan oleh perawat puskesmas. Kelompok intervensi diberikan terapi *Self-help groups* dilakukan dalam dua sesi, yaitu pembentukan dan pelaksanaan *self-help group* selama 90 – 120 menit. Pemberian terapi *self-help group* untuk kelompok intervensi diberikan sebanyak 6 kali pertemuan, yaitu 4 kali dibimbing oleh peneliti dan 2 kali mandiri. Intervensi *self-help group* diberikan setelah intervensi generalis

tentang coping keluarga tidak efektif. Sebelum terapi spesialis *self-help group*, terlebih dahulu dilakukan *Pre test* dengan menggunakan kuisisioner A dan B (lampiran 3 dan 4).

Prinsip kedua tidak menampilkan informasi nama dan alamat asal responden dalam kuisisioner dan alat ukur untuk menjamin anonimitas (*anonymous*) dan kerahasiaan (*confidentiality*), untuk itu peneliti akan menggunakan nomor responden. Prinsip ketiga merupakan konotasi keterbukaan dan keadilan (*justice*) dengan menjelaskan prosedur penelitian dan memperhatikan kejujuran (*honesty*) serta ketelitian. Demi kelancaran pelaksanaan Terapi *self-help groups* pada keluarga dengan anak retardasi mental dilakukan dalam 6 kali pertemuan dan untuk tiap pertemuan dilakukan selama 90 - 120 menit sehingga tidak menimbulkan kejenuhan pada kelompok. Pada kelompok intervensi diberikan tindakan keperawatan terapi *Self-help groups* pada keluarga yang mengalami gangguan coping, kemudian dievaluasi sesuai dengan format evaluasi. Sedangkan di kelompok kontrol hanya diberikan terapi generalis tentang coping keluarga tidak efektif. Prinsip keempat adalah memaksimalkan hasil yang bermanfaat (*beneficence*) dan meminimalkan hal merugikan (*maleficence*) dengan melakukan tindakan terapi *Self-help groups* sesuai standar pelaksanaan untuk mengatasi coping keluarga tidak efektif.

4.6 Alat Pengumpulan data

Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan Kuisisioner (sebagai instrumen penelitian).

Instrumen A: merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik Ibu dan anak. Untuk karakteristik ibu terdiri dari: nomor responden, usia, pendidikan, alamat, pendapatan, status ibu dan tipe keluarga. Kuisisioner anak dengan retardasi mental terdiri dari usia anak dan tingkat IQ (*Intelligence question*). Bentuk dalam pertanyaan tertutup, dan peneliti memberi angka pada kotak yang tersedia, sesuai dengan *option* yang dipilih oleh responden.

Instrumen B: merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran coping keluarga, terdapat 25 item pertanyaan tertutup. Kuisisioner menggunakan instrumen F-COPES (*Family Crisis Oriented Evaluation Scale*) 22 item dan 3

item pertanyaan dari A-COPES (*Adult Crisis Oriented Evaluation Scale*). Variabel dalam kuisioner terdapat 5 macam koping keluarga yaitu penggunaan sumber suport sosial, reframing, penggunaan sumber suport spiritual, usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi dan penerimaan secara pasif. Kelima variabel diatas dapat mengatasi koping maladaptif yang dimiliki keluarga dengan anak retardasi mental (Tabel 4.2).

Tabel 4.2
Kisi-kisi Variabel Penelitian Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental

| N O | Variabel Koping keluarga (F-COPES dan A-COPES) | Koping keluarga maladaptif dengan anak retardasi mental | Nomer soal dalam kuisioner | Nomer soal Yang Valid |
|-----|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| 1 | Penggunaan sumber suport sosial | Marah, Penolakan atau penyangkalan (denail), Perasaan bersalah, dan perasaan malu. | 1,2,5,8,14,16,17,20,24 | 1,2,5,16,17,24 |
| 2 | Reframing | Marah, Perasaan kasihan, berduka cita, depresi dan keinginan agar anaknya meninggal | 3,9,11,13,18,19 | 3,9,11,13,18,19 |
| 3 | Penggunaan sumber suport spiritual | Depresi dan keinginan agar anaknya meninggal | 12,22,25 | 12,22,25 |
| 4 | Usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi | Overprotektif dan perasaan malu | 4,6 | 4,6 |
| 5 | Penerimaan secara pasif | Marah, Penolakan atau penyangkalan (denail), berdukacita | 7,10,15,21,23 | 7,10,15,21,23 |

Alat ukur penilaian melalui; STS adalah sangat tidak setuju nilai 1, TS adalah Tidak setuju nilai 2, R adalah ragu-ragu nilai 3, S adalah Setuju nilai 4, SS adalah Sangat setuju nilai 5 untuk kuisioner nomer 1,2,3,4,5,6,8,9,11,12,13,14,16,17,18,19,20,22,24,25 Untuk kuisioner nomer 7,10,15,21 dan 23 penilaian sebaliknya (Tabel 4.2 Kisi-kisi Variabel Penelitian Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental).

4.7 Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dari instrumen juga dapat menggunakan validitas internal dan eksternal. Validitas internal adalah bila kriteria yang ada dalam instrumen secara rasional telah mencerminkan apa yang diukur, yang terdiri dari validitas subjektif, isi, kriteria dan konstruktif (Setiadi, 2007). Validitas subjektif adalah jenis validitas yang kriteria sepenuhnya ditentukan berdasarkan pertimbangan peneliti, baik nalar maupun keilmuan (Setiadi, 2007), pada penelitian ini untuk mendapatkan validitas subjektif maka instrumen koping keluarga dibuat

berdasarkan teori dan nalar dari peneliti serta melakukan bimbingan dalam pembuatan instrumen dengan orang yang memiliki kemampuan lebih tentang pembuatan instrumen penelitian.

Validitas isi adalah yang merujuk pada sejauhmana sebuah instrumen memuat rumusan masalah sesuai dengan isi yang dikehendaki (Setiadi, 2007), dalam penelitian ini untuk memenuhi validitas isi maka instrumen dibuat berdasarkan Teori Hill's *ABCX model of family stress*. Validitas kriteria adalah validitas yang merujuk kepada hubungan antara satu variabel dengan variabel lainnya (Setiadi, 2007), dalam penelitian ini untuk memenuhi uji validitas kriteria dari hasil IQ anak dihubungkan dengan koping keluarga, sedangkan *construct validity* dimaksudkan untuk melihat kaitan antara dua gejala atau lebih yang tidak dapat diukur secara langsung. Pelaksanaan uji validitas instrumen dilakukan pada 8 orang keluarga yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan responden yaitu keluarga yang memiliki anak dengan retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang. Keluarga yang dipakai untuk uji coba instrumen tidak diikutsertakan sebagai responden. Uji validitas koping keluarga menggunakan *pearson product moment* dengan membandingkan r tabel dengan r hasil dimana bila r hasil $>$ r tabel, maka pertanyaan tersebut valid.

Hasil uji validitas pada 25 item pertanyaan terhadap 8 orang responden untuk menguji kelayakan kuesioner penelitian diperoleh hasil validitas dan reliabilitas yaitu nilai koefisien validitas antara 0,146 dan 0,937. Dari 25 item pernyataan ada tiga item pernyataan yang tidak valid yaitu nomor item 8, 14, dan 20. Item lainnya sudah valid, nilai koefisien validitas lebih besar dari nilai batas atau kriteria validnya suatu item yaitu 0,3. Selanjutnya item yang tidak valid dibuang, kemudian dihitung kembali validitasnya. Hasil perhitungan menunjukkan untuk item Koping Keluarga dengan 22 item pernyataan dapat dilihat nilai koefisien validitas antara 0,459 dan 0,947. Dari 22 item pernyataan semuanya sudah valid, nilai koefisien validitas lebih besar dari nilai batas atau kriteria validnya suatu item yaitu 0,3. Untuk item yang tidak valid tetap saja diikutkan dalam kuisisioner tetapi dirubah redaksi kalimatnya.

Uji Reliabilitas pada penelitian ini dilakukan secara *one Shot* atau diukur sekali saja yaitu pengukuran dilakukan hanya sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lainnya dan dilakukan pada beberapa pertanyaan (Hastono, 2007). Pengujian ini dimulai dengan menguji validitas terlebih dahulu, jadi jika pertanyaan tidak valid, maka pertanyaan tersebut dibuang, tetapi jika pertanyaan tersebut sudah valid baru secara bersama-sama dilakukan pengukuran reliabilitas. Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama. Instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas jika *Cronbach's coefficient-alpha* lebih besar dari nilai *r* tabel.

Nilai koefisien reliabilitas *Cronbach's coefficient-alpha* dari 22 item pertanyaan yang valid adalah 0,941 menunjukkan kuesioner tersebut mempunyai keandalan yang baik dalam mengukur variabel koping keluarga. Dengan demikian kuesioner koping keluarga sudah bisa digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian ini.

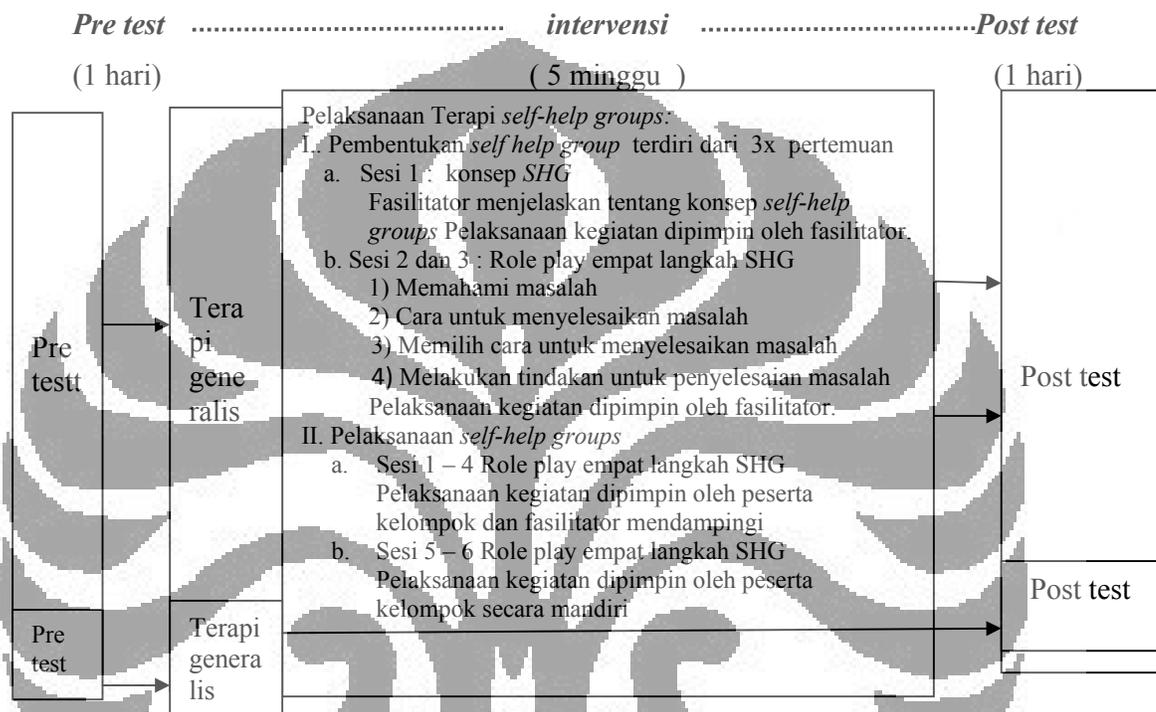
4.8 Prosedur Penelitian

Proses penelitian akan diawali dengan permohonan ijin ke Dinas Pendidikan Kabupaten Sumedang. Setelah mendapat ijin, peneliti akan melakukan koordinasi dengan kepala sekolah SLB-C yang diambil sebagai tempat penelitian, dan perawat puskesmas untuk membantu dalam pemberian terapi generalis kepada keluarga dengan anak retardasi mental. Selanjutnya akan diadakan pelatihan terapi generalis Koping keluarga tidak efektif kepada perawat Puskesmas Tanjungsari, Buahdua, Situraja, Cimalaka dan Tanjungkerta. Dengan pelatihan ini diharapkan perawat puskesmas mampu memberikan terapi generalis pada koping keluarga dengan anak retardasi mental sesuai standar.

Standar terapi generalis yang akan diterapkan dalam penelitian ini meliputi: membina hubungan saling percaya, Menyebutkan masalah yang dihadapi: asal, sifat, waktu, dan jumlah serta Menyebutkan koping yang selalu digunakan menyelesaikan masalah, mempraktikkan cara bicara terbuka. Standar terapi generalis koping keluarga tidak efektif terdapat dalam lampiran. Dibawah ini

adalah skema kerangka kerja terapi *self-help groups* pada koping keluarga dengan anak retardasi mental.

Skema 4.2
Kerangka kerja *self help group* terhadap koping keluarga dengan anak retardasi mental



Kriteria perawat yang mengikuti pelatihan dan dapat melakukan terapi generalis yaitu minimal pendidikan D3 keperawatan. Jumlah perawat yang dilatih adalah 5 orang. Proses pelatihan untuk perawat puskesmas adalah dengan cara pertama melakukan pertemuan dengan masing-masing perawat puskesmas, kemudian menyamakan persepsi tentang terapi generalis koping keluarga tidak efektif (Lampiran 7), kemudian demonstrasi langsung kekeluarga dengan masalah koping keluarga tidak efektif, setelah 2 kali demonstrasi kemudian perawat puskesmas mencoba melakukan terapi generalis koping keluarga tidak efektif dengan bimbingan dan diobservasi oleh peneliti, setelah dirasakan qualified baru perawat puskesmas secara mandiri melakukan terapi generalis koping keluarga tidak efektif kepada keluarga. Perawat yang telah mengikuti pelatihan ini, berhak untuk melakukan terapi generalis pada keluarga yang dijadikan responden.

Untuk SLB-C Doa bunda Tanjungsari yang memberikan terapi generalis koping keluarga tidak efektif adalah peneliti karena perawat puskesmasnya kurang satu, sedangkan untuk 5 kelompok terapi generalis dilakukan oleh perawat puskesmas setempat. Peneliti selanjutnya melaksanakan pengambilan data pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

4.8.1 Kelompok Intervensi

Prosedur pengumpulan data pada kelompok intervensi adalah sebagai berikut:

4.8.1.1 Tahap Persiapan

Tahap pertama peneliti melakukan pelatihan pada perawat puskesmas yang akan melakukan intervensi generalis koping keluarga tidak efektif pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Peneliti melakukan pertemuan dengan perawat puskesmas Tanjungsari, Buahdua, Situraja, Cimalaka dan Tanjungkerta untuk meminta kesediaannya dalam membantu proses penelitian sebagai pemberi terapi generalis untuk diagnosa koping keluarga tidak efektif pada keluarga dengan anak retardasi mental.

Pertemuan dengan perawat puskesmas selain meminta kesediaannya juga melakukan pelatihan dan penyegaran kembali tentang cara pemberian terapi generalis koping keluarga tidak efektif, peneliti memberikan contoh langsung terapi pada keluarga dengan didampingi perawat selanjutnya perawat puskesmas yang melanjutkan dengan pendampingan 2 kali dan sisanya tanpa pendampingan. Dari 5 perawat puskesmas yang dilibatkan 3 orang perawat langsung bisa melakukan asuhan keperawatan koping keluarga tidak efektif setelah 2 kali bimbingan dan 2 orang perawat harus didampingi sampai 3 kali bimbingan baru dinyatakan bisa memberikan terapi generalis koping keluarga tidak efektif secara mandiri.

4.8.1.2 Tahap *Pre test*

Tahap *Pre test* dimulai 1 hari sebelum di berikan perlakuan. *Pre test* diberikan pada keluarga dalam hal ini ibu yang memenuhi kriteria inklusi. Pada tahap ini perawat melakukan penilaian koping keluarga dengan anak retardasi mental untuk mengetahui kemampuan awal sebelum dilakukan terapi generalis dan *self-help groups* dengan menggunakan lembar kuisisioner A dan B.

4.8.1.3 Tahap Intervensi

Setelah dilakukan *Pre test* dengan menggunakan kuesioner A dan B, setelah itu responden diberikan terapi generalis koping keluarga tidak efektif yang dilakukan oleh perawat puskesmas pada hari pertama, kecuali untuk SLB-C Doa Bunda Tanjungsari terapi generalis koping keluarga tidak efektif yang memberikan terapi adalah peneliti karena kurang perawat puskesmas satu orang. Setelah keluarga menyelesaikan terapi generalis koping keluarga tidak efektif (selama 1 hari), kemudian pada hari ke 3 peneliti melakukan terapi *self-help groups* selama 5 minggu yang terdiri dari 2 tahapan. Pada minggu ke-1 merupakan tahap pembentukan SHG, terdiri dari 3 kali pertemuan, Sesi 1 : Penjelasan konsep SHG, pelaksanaan kegiatan dipimpin oleh fasilitator. Sesi 2 dan 3 : role play empat langkah SHG, pelaksanaan kegiatan dipimpin oleh fasilitator.

Minggu ke-2 sampai minggu ke-5 tahap pelaksanaan SHG, dibagi menjadi 2 sesi. Sesi 1 - 4 role play empat langkah kegiatan SHG, pelaksanaan kegiatan dipimpin oleh peserta kelompok dan fasilitator sebagai pendamping. Sesi 5 – 6 : role play empat langkah SHG, pelaksanaan kegiatan dipimpin peserta kelompok secara mandiri tanpa didampingi oleh fasilitator. Untuk menjaga profesionalisme pelaksanaan terapi, peneliti telah lolos uji kompetensi dan uji *expert validity*. Terapi ini dilakukan setiap hari kerja mulai dari jam 08.00 wib sampai dengan 13.00 wib.

Pelaksanaan terapi selengkapnya dapat dilihat pada lampiran modul *self-help groups*.

4.8.1.4 Tahap *Post test*

Pelaksanaan *Post test* dilakukan pada hari ketiga setelah terapi *self-help groups* berakhir. Tahap ini perawat melakukan penilaian koping keluarga dengan anak retardasi mental menggunakan kuisioner setelah keluarga diberikan terapi generalis dan *self-help groups*.

4.8.2 Kelompok Kontrol

4.8.2.1 *Pre test*

Tahap *Pre test* dimulai 1 hari sebelum di berikan perlakuan Pada tahap ini perawat melakukan penilaian koping keluarga dengan anak retardasi mental untuk mengetahui kemampuan awal dengan menggunakan kuisioner A dan B. (sama dengan kelompok intervensi)

4.8.2.2 Tahap intervensi

Responden pada kelompok kontrol hanya akan diberikan terapi generalis koping keluarga tidak efektif yang dilakukan oleh perawat puskesmas, setelah dilakukan *Pre test* dilakukan selama 2 hari, dan pada saat *post tes* keluarga diberikan penjelasan tentang *self-help group* dengan menggunakan buku modul *self-help group*, penjelasan diberikan oleh perawat puskesmas yang memberikan terapi generalis koping keluarga tidak efektif .

4.8.2.3 *Post test*

Pelaksanaan *Post test* dilakukan pada hari ketiga setelah terapi *self-help groups* berakhir pada kelompok intervensi. Tahap ini perawat puskesmas melakukan penilaian koping keluarga dengan anak retardasi mental dengan menggunakan kuisioner yang sama dengan *Pre test*, dimana kelompok ini hanya diberikan terapi generalis koping keluarga tidak efektif, tidak diberikan *self-help*

groups.. Kemudian dibandingkan antara kelompok intervensi dan kontrol berdasarkan nilai *pre* dan *post test*. Namun setelah *post test* kelompok kontrol diberikan penjelasan tentang terapi *self-help groups* dengan menggunakan media buku tentang *self-help group*.

4.9 Analisa Data

4.9.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diukur dalam penelitian, yaitu dengan distribusi frekuensi dan Sentral tendensi. Hasil statistik sentral tendensi meliputi mean, median, standar deviasi. Analisa univariat dilakukan pada setiap variabel yang diteliti. Variabel yang dianalisis secara univariat adalah karakteristik koping keluarga dengan anak retardasi mental, yang meliputi karakteristik ibu dan karakteristik anak retardasi mental.

4.9.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu melihat pengaruh *self help group* dengan koping keluarga anak retardasi mental sebelum dan sesudah dilakukan *self help group* di Kabupaten Sumedang. Sebelum dilakukan uji hipotesis, terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan karakteristik keluarga antar kelompok menurut umur yang dianalisis menggunakan t-test sedangkan hubungan dengan klien pendidikan, pekerjaan, penghasilan sebelum antar kelompok menggunakan uji *chi square*. Uji kesetaraan juga dilakukan terhadap koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum intervensi *self help group* pada dua kelompok.

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu melihat perbedaan antara koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum dan sesudah dilakukan *self help group* di Kabupaten Sumedang dengan menggunakan *paired t test*. Adapun analisis yang melihat kemampuan koping sesudah intervensi antar kelompok menggunakan *independen t – test*. Analisis lain yang dilakukan adalah hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan koping keluarga menggunakan

korelasi *rank spearman* dan diuji dengan *t test*. Untuk lebih mudah melihat cara analisis yang akan dilakukan pada masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3
Analisis variabel penelitian

A. Uji Kesetaraan Karakteristik Keluarga

| No | Kelompok Intervensi | Kelompok kontrol | Cara analisis |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1 | Umur (Data Interval) | Umur (Data Interval) | <i>Independent sample t-test</i> |
| 2 | Pendidikan (Data ordinal) | Pendidikan (Data ordinal) | <i>Chi-Square</i> |
| 3 | Penghasilan (Data Rasio) | Penghasilan (Data Rasio) | <i>Chi-Square</i> |
| 4 | Tipe keluarga (Data Nominal) | Tipe keluarga (Nominal) | <i>Chi-Square</i> |
| 5 | Status ibu (Data Nominal) | Status ibu (Data Nominal) | <i>Chi-Square</i> |
| 6 | Koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum penelitian pada kelompok intervensi (Data Interval) | Koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum penelitian pada kelompok kontrol (Data Interval) | <i>Independent sample t-test</i> |

B. Uji Kesetaraan Karakteristik Anak Retardasi mental

| No | Kelompok Intervensi | Kelompok kontrol | Cara Analisis |
|----|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| 1 | Umur anak (Data Interval) | Umur anak (Data Interval) | <i>Independent sample t-test</i> |
| 2 | Klasifikasi Retardasi mental (Ordinal) | Klasifikasi Retardasi mental (Ordinal) | <i>Chi-Square</i> |

C. Analisa Variabel Koping Keluarga dengan Anak Retardasi mental

| No | Variabel koping keluarga dengan anak retardasi mental | Cara Analisis | |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1 | Koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum penelitian pada kelompok intervensi (Data Interval) | Koping keluarga dengan anak retardasi mental sesudah penelitian pada kelompok intervensi (Data Interval) | <i>Dependent sample t-test</i> |
| 2 | Koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum penelitian pada kelompok kontrol (Data Interval) | Koping keluarga dengan anak retardasi mental sesudah penelitian pada kelompok kontrol (Data Interval) | <i>Dependent sample t-test</i> |
| 3 | Koping keluarga dengan anak retardasi mental sesudah penelitian pada kelompok intervensi (Data Interval) | Koping keluarga dengan anak retardasi mental sesudah penelitian pada kelompok kontrol (Data Interval) | <i>Independent sample t-test</i> |
| 4 | Koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum penelitian pada kelompok intervensi (Data Interval) | Koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum penelitian pada kelompok kontrol (Data Interval) | <i>Independent sample t-test</i> |

D. Hubungan karakteristik keluarga dan karakteristik anak terhadap koping keluarga dengan anak retardasi mental

| No | Variabel karakteristik keluarga | Variabel dependen | Cara analisis |
|----|----------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1 | Umur Ibu (Data Interval) | Koping keluarga setelah <i>Self-Help Groups</i> | <i>Pearson product moment</i> |
| 2 | Pendidikan (Data Ordinal) | Koping keluarga setelah <i>Self-Help Groups</i> | <i>Rank Spearman test</i> |
| 3 | Penghasilan (Data Rasio) | Koping keluarga setelah <i>Self-Help Groups</i> | <i>Rank Spearman test</i> |
| 4 | Tipe keluarga (Data Nominal) | Koping keluarga setelah <i>Self-Help Groups</i> | <i>Rank Spearman test</i> |
| 5 | Umur anak (Data Interval) | Koping keluarga setelah <i>Self-Help Groups</i> | <i>Pearson product moment</i> |
| 6 | Klasifikasi retardasi mental (ordinal) | Koping keluarga setelah <i>Self-Help Groups</i> | <i>Rank Spearman test</i> |

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan secara lengkap hasil penelitian pengaruh *self help group* terhadap koping keluarga keluarga dengan anak retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang pada tanggal 4 Mei sampai 12 Juni 2009. Pada penelitian ini telah diteliti 44 keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan anak retardasi mental, dengan perincian 22 keluarga dengan anak retardasi mental yang diberikan intervensi generalis dan *self-help group* (kelompok intervensi) dan 22 keluarga dengan anak retardasi mental yang diberikan intervensi generalis (kelompok control). Hasil penelitian ini terdiri dari dua bagian yaitu analisis univariat dan bivariat, untuk mengetahui gambaran tentang pengaruh pelaksanaan terapi *Self-Help Groups* terhadap koping keluarga dengan anak Retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang diuraikan dibawah ini.

5.1 Proses pelaksanaan Terapi Self-help groups terhadap Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental di SLB-C Kabupaten Sumedang.

5.1.1 Persiapan

Tahap awal persiapan penelitian, yaitu 2 minggu sebelum penelitian peneliti mengawali dengan melakukan permohonan ijin ke dinas pendidikan dan SLB terkait sebagai tempat penelitian, serta melakukan melakukan ijin kepada dinas kesehatan dan puskesmas terkait untuk meminta bantuan salah seorang perawat dalam pemberian terapi generalis koping keluarga tidak efektif.

Pada tanggal 4 dan 5 mei 2009, peneliti melakukan pertemuan dengan perawat puskesmas Tanjungsari, Buahdua, Situraja, Cimalaka dan Tanjungkerta untuk meminta kesediaannya dalam membantu proses penelitian sebagai pemberi terapi generalis untuk diagnosa koping keluarga tidak efektif pada keluarga dengan anak retardasi mental dan pemberian penjelasan tentang cara mengisi kuisisioner A dan B, karena yang melakukan pengumpulan data adalah perawat sendiri yang memberikan terapi generalis.

Pertemuan dengan perawat puskesmas selain meminta kesediaannya juga melakukan pelatihan dan penyegaran kembali tentang cara pemberian terapi generalis koping keluarga tidak efektif, peneliti memberikan contoh langsung terapi pada keluarga dengan didampingi perawat selanjutnya perawat puskesmas yang melanjutkan dengan pendampingan 2 kali dan sisanya tanpa pendampingan.

Dari 5 perawat puskesmas yang dilibatkan 3 orang perawat langsung bisa melakukan asuhan keperawatan koping keluarga tidak efektif setelah 2 kali bimbingan dan 2 orang perawat harus didampingi sampai 3 kali bimbingan baru dinyatakan bisa memberikan terapi generalis koping keluarga tidak efektif secara mandiri. Untuk kelompok satu intervensi yang berada di Tanjungsari terapi generalis dilakukan oleh peneliti.

Sebelum pelaksanaan terapi generalis dilakukan *pre test* kepada keluarga yang bersedia menjadi responden, pada *pre test* terkumpul keluarga yang bersedia untuk menjadi responden adalah sebanyak 28 orang untuk kelompok intervensi dan 30 orang untuk kelompok kontrol. Terapi generalis dilakukan selama 3 hari dengan waktu pelaksanaan dilakukan diatas jam 13.00 WIB.

Sebelum dilakukan *pre test*, peneliti melakukan *inform consent* dengan keluarga untuk meminta kesediaannya terlibat dalam penelitian tentang pengaruh *self-help group* terhadap koping keluarga dengan anak retardasi mental. Pada awalnya peneliti menemukan kesulitan untuk melakukan pendekatan pada keluarga, karena rata-rata keluarga merasa terusik dengan kehadiran peneliti yang akan meneliti tentang keberadaan anaknya. Cara yang dilakukan peneliti pertama kali melakukan pendekatan kepada guru untuk mengumpulkan ibu-ibu, selanjutnya peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud dan

tujuan, setelah itu peneliti melakukan eksplorasi dengan ibu-ibu, lalu melakukan inform consent untuk diminta kesediannya menjadi responden dalam penelitian “Pengaruh *Self-Help Group* terhadap Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental”.

5.1.2 Pelaksanaan

Kelompok Intervensi sehari setelah *pre test* diberikan terapi *self-help group* yang terdiri dari 2 sesi, yaitu pembentukan dan pelaksanaan. Sesi 1 pembentukan : menjelaskan tentang konsep *self-help groups* meliputi pengertian *self-help group*, tujuan *self-help group*, prinsip *self-help group*, membuat beberapa kesepakatan seperti nama kelompok, anggota kelompok dan aturan dalam melaksanakan *self-help group* (terdapat dilampiran). Pelaksanaan kegiatan dipimpin oleh peneliti. Pelaksanaan sesi 1 untuk kelompok Bunda Tangungsari dan Naluk bangkit waktu pelaksanaan berlangsung selama 90 menit, tetapi untuk Baitul iman pelaksanaan sesi 1 mengalami penambahan waktu yaitu sekitar 150 menit karena kemampuan ibu-ibu dalam menerima materi tentang *self-help group* terbatas, sehingga cara yang dilakukan peneliti adalah dengan banyak menggunakan tehnik distraksi untuk mengurangi kejenuhan ibu-ibu. Semua kelompok melakukan sesi 1 hanya sekali.

Dilanjutkan dengan menjelaskan empat langkah kegiatan *self help group*. Sesi 2 dan 3 Pelaksanaan empat langkah *self-help groups*, pelaksanaannya dilakukan seminggu 2 kali. Setiap anggota kelompok memiliki daftar masalah dan cara mengatasi yang telah dicoba (buku kerja). Pelaksanaan sesi 2 untuk semua kelompok tidak mengalami hambatan sesuai dengan jadwal, hanya pada awal sesi 2 masih kaku dalam hal eksplorasi koping yang biasa responden lakukan. Cara yang dilakukan peneliti adalah memberikan motivasi kepada setiap anggota untuk terlibat penuh dalam kegiatan dan selalu memberikan reward

positif serta melakukan kegiatan dalam keadaan relaks. Tahap pembentukan selesai selama 2 minggu.

Minggu ke-3 sampai ke-5 dilakukan tahap pelaksanaan pada kelompok intervensi, yaitu pelaksanaan empat langkah *self-help group*, yang dilakukan sebanyak 6 kali pertemuan, untuk pertemuan 1 – 4 dipimpin oleh anggota kelompok dengan didampingi oleh peneliti, selanjutnya pertemuan 5 – 6 dipimpin oleh anggota kelompok dan dilakukan secara mandiri. Setiap kelompok melakukan kegiatan 2 kali dalam seminggu dengan waktu yang berbeda-beda untuk tiap kelompok sehingga peneliti dapat mendampingi secara penuh. Tempat pelaksanaan *self-help group* semuanya dilakukan di lingkungan sekolah ada yang disediakan ruangan khusus oleh pihak sekolah ada yang dilakukan di halaman sekolah dengan cara gelar tikar. Pelaksanaan terapi dilakukan antara jam 08.00 – 11.00 WIB.

Pelaksanaan terapi *self-help group* selesai pada tanggal 9 Juni 2009, setelah 3 hari dari akhir pelaksanaan terapi dilakukan pos tes secara bersamaan baik kelompok kontrol maupun intervensi. Pengumpulan data akhir kembali melibatkan perawat puskesmas. Tanggal 12 juni 2009 data terkumpul, kemudian diolah dengan statistik.

5.2 Karakteristik Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental

Pada bagian ini diuraikan karakteristik koping keluarga dengan retardasi mental, yang terdiri dari karakteristik ibu dan anak.

5.2.1 Karakteristik Koping Ibu dengan Anak Retardasi Mental.

Pada bagian ini diuraikan karakteristik koping ibu dengan anak retardasi mental. Karakteristik ibu dengan anak retardasi mental terdiri dari umur , hubungan dengan pasien, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan, status perkawinan dan tipe keluarga.

5.2.1.1 Karakteristik Umur Ibu yang Mempunyai Anak dengan Retardasi Mental

Karakteristik umur ibu yang mempunyai anak dengan retardasi mental dalam bentuk data Interval, dianalisis menggunakan analisis distribusi frekuensi dan disajikan pada tabel 5.1.

Hasil Analisis rata-rata umur ibu dengan anak retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang pada kelompok intervensi sebesar 36,05 tahun, sedangkan rata-rata umur ibu dengan anak retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang pada kelompok kontrol sebesar 37,09 tahun.

Tabel 5.1

Analisis Karakteristik Umur Ibu dengan Anak Retardasi Mental di SLB-C Kabupaten Sumedang
(n1 = n2 = 22)

| Variabel | Fase | Mean | SD | Min | Max | 95% Confidence Interval for Mean | |
|----------|------------|-------|------|-----|------|----------------------------------|---------|
| | | | | | | | |
| Umur Ibu | Intervensi | 36,05 | 2,77 | 30 | 40 | 34,82 | ; 37,27 |
| | Kontrol | 37,09 | 2,24 | 34 | 41 | 36,10 | ; 38,09 |
| Total | | 36,57 | 2,50 | 32 | 40,5 | 35,46 | ; 37,68 |

5.2.1.2 Tingkat Pendidikan, Penghasilan, dan Tipe Keluarga

Karakteristik koping keluarga terdiri dari tingkat pendidikan, penghasilan, dan tipe keluarga dianalisis dengan distribusi frekwensi dan disajikan pada tabel 5.2

Hasil analisis terhadap 22 ibu, menunjukkan bahwa kelompok intervensi dan kontrol mempunyai karakteristik yang hampir sama yaitu : (1) tingkat pendidikan dasar (36,4% intervensi dan 54,5% kontrol), menengah (58,3 % intervensi dan kontrol 41,7%) (2) pendapatan perbulan antara

Rp600.000 – Rp1.000.000 (95,5% intervensi, 90,9% kontrol),
 (3) tinggal serumah dengan anak retardasi mental paling banyak *ekstended* (72,7% intervensi, 40,9% kontrol).

Tabel 5.2
 Distribusi Karakteristik Ibu dengan Anak Retardasi Mental
 Berdasarkan Tingkat Pendidikan, Penghasilan dan Tipe
 Keluarga di SLB-C Kabupaten Sumedang
 (n1 = n2 = 22)

| Variabel | Intervensi | | Kontrol | |
|-------------------------------|------------|------|---------|------|
| | F | % | F | % |
| Tingkat Pendidikan | | | | |
| - SD | 8 | 36,4 | 12 | 54,5 |
| - SMP & SMA (menengah) | 14 | 58,3 | 10 | 41,7 |
| Penghasilan | | | | |
| < Rp. 600.000 | 1 | 4,5 | 2 | 9,1 |
| Rp. 600.000 - Rp. 1000.000 | 21 | 95,5 | 20 | 90,9 |
| Tinggal serumah | | | | |
| - Nuklear | 6 | 27,3 | 13 | 59,1 |
| - Ekstended | 16 | 72,7 | 9 | 40,9 |

5.2.1.3 Kesetaraan Karakteristik Ibu dengan Anak Retardasi Mental
 Untuk melihat kesetaraan koping ibu dengan anak retardasi mental pada kelompok kontrol dan intervensi. Kesetaraan koping ibu dengan anak retardasi mental terdiri dari umur ibu, hubungan dengan pasien, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan, status perkawinan dan tinggal serumah, dapat dilihat di tabel 5.3

Hasil analisis dengan menggunakan uji statistik *t-test* terhadap karakteristik umur ibu pada kedua kelompok menunjukkan bahwa variabel yang diperbandingkan tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna (*p value* = 0,176,

> α) artinya umur ibu pada kelompok intervensi setara dengan umur ibu pada kelompok kontrol.

Tabel 5.3
Analisis Kesetaraan Umur Ibu dengan Anak Retardasi Mental
di SLB-C Kabupaten Sumedang
(n1 = n2 = 22)

| Variabel | Fase | Mean | SD | t- test | P value |
|----------|------------|-------|------|---------|---------|
| Umur Ibu | Intervensi | 36,05 | 2,77 | - 1,376 | 0,176 |
| | kontrol | 37,09 | 2,24 | | |
| Total | | 36,57 | 2,50 | | |

Hasil analisis dengan menggunakan uji *chi square* terhadap tingkat pendidikan tidak menunjukkan perbedaan bermakna (*p value* = 0,09), penghasilan tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna (*p value* = 0,550) dan tinggal serumah tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna (*p value* = 0,068), sehingga dapat disimpulkan variabel karakteristik ibu setara antara intervensi dan kontrol.

Tabel 5.4
Distribusi kesetaraan Tingkat pendidikan, penghasilan dan tinggal serumah dengan Anak Retardasi Mental di SLB-C Kabupaten Sumedang
(n1 = n2 = 22)

| Variabel | Intervensi | | Kontrol | | Kemaknaan |
|----------------------------|------------|------|---------|------|------------------------------------|
| | F | % | F | % | |
| Tingkat Pendidikan | | | | | |
| - SD (dasar) | 8 | 36,4 | 12 | 54,5 | $\chi^2 = 4,80$ <i>p</i> = 0,09 |
| - SMP & SMA (menengah) | 10 | 58,3 | 10 | 41,7 | |
| Penghasilan | | | | | |
| < Rp. 600.000 | 1 | 4,5 | 2 | 9,1 | $\chi^2 = 0,36$ <i>p</i> = 0,55 |
| Rp. 600.000 - Rp. 1000.000 | 21 | 95,5 | 20 | 90,9 | |
| Tinggal serumah | | | | | |
| - Nuklear | 6 | 27,3 | 13 | 59,1 | $\chi^2 = 3,33$ <i>p</i> = 0,07 |
| - Ekstended | 16 | 72,7 | 9 | 40,9 | |

5.2.2 Karakteristik Anak Retardasi Mental

Gambaran karakteristik anak retardasi mental yaitu usia dan tingkat IQ anak pada kelompok intervensi dan kontrol.

5.2.2.1 Usia Anak Retardasi Mental

Karakteristik koping keluarga pada usia anak dengan retardasi mental, dapat dilihat di Tabel 5.5

Tabel 5.5
Analisis Usia Anak Retardasi Mental di SLB-C Kabupaten
Sumedang
(n1 = n2 = 22)

| Variabel | Kelompok | Mean | SD | Min | Max | 95% Confidence Interval for Mean |
|-----------|------------|------|------|-----|-----|-------------------------------------------|
| Usia anak | Intervensi | 9,14 | 1,13 | 7 | 11 | 8,64 ; 9,64 |
| | Kontrol | 9,09 | 1,11 | 8 | 11 | 8,60 ; 9,58 |
| TOTAL | | 9,11 | 1,12 | 7,5 | 11 | 8,62 ; 9,61 |

Hasil analisis rata-rata karakteristik anak retardasi mental berdasarkan usia anak pada kelompok intervensi sebesar 9,14, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata usia anak 9,09.

5.2.2.2 Klasifikasi IQ Retardasi Mental

Klasifikasi IQ (*intelegency Quittions*) pada anak dengan retardasi mental yang menjadi responden hanya sedang dan berat, yang dapat dilihat pada tabel 5.6

Hasil analisis terhadap 22 anak dengan retardasi mental untuk Klasifikasi IQ mayoritas memiliki IQ sedang (86,4% intervensi, 90,9% kontrol) sedangkan IQ berat (13,6% intervensi, 9,1% kontrol).

Tabel 5.6
Distribusi Karakteristik Klasifikasi IQ Anak Retardasi
Mental di SLB-C Kabupaten Sumedang
(n1 = n2 = 22)

| Variabel | Intervensi | | Kontrol | |
|----------------|------------|------|---------|------|
| | F | % | F | % |
| Klasifikasi IQ | | | | |
| - sedang | 19 | 86,4 | 20 | 90,9 |
| - berat | 3 | 13,6 | 2 | 9,1 |

5.2.2.3 Kesetaraan Karakteristik Anak dengan Retardasi Mental
kesetaraan karakteristik anak retardasi mental pada kelompok kontrol dan intervensi. Kesetaraan anak retardasi mental terdiri dari usia anak dan Klasifikasi IQ.

Tabel 5.6
Analisis kesetaraan Karakteristik Usia dan Klasifikasi IQ
Anak Retardasi Mental di SLB-C Kabupaten Sumedang
Tahun 2009
(n1 = n2 = 22)

| Variabel | Intervensi | | Kontrol | | Kemaknaan |
|-----------------|------------|------|---------|------|-----------------|
| | F | % | F | % | |
| Usia anak | | | | | |
| - 6 - 10 tahun | 21 | 95,5 | 19 | 86,4 | t = 0,13 |
| - 11 - 15 tahun | 1 | 4,5 | 3 | 13,6 | p = 0,89 |
| Klasifikasi IQ | | | | | |
| - sedang | 19 | 86,4 | 20 | 90,9 | $\chi^2 = 0,00$ |
| - berat | 3 | 13,6 | 2 | 9,1 | p = 1,00 |

Hasil analisis kesetaraan karakteristik usia dan Klasifikasi IQ anak retardasi mental pada kedua kelompok menunjukkan bahwa variabel yang diperbandingkan tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna, usia anak tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p \text{ value} = 0,89$), dan klasifikasi IQ tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p \text{ value} = 1,00$), maka usia anak dan klasifikasi IQ antara kelompok intervensi dan kontrol setara.

5.3 Kemampuan Koping Keluarga Dengan Anak Retardasi Mental

Untuk mengetahui apakah ada pengaruh *self help group* terhadap kemampuan koping keluarga dengan anak Retardasi mental dilakukan analisis untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu melihat perbedaan antara koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum dan sesudah dilakukan *self help group* di Kabupaten Sumedang.

5.3.1 Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental Sebelum *Self-help group* pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum pada kelompok kontrol dan intervensi *self-help group* terdiri dari penggunaan sumber suport sosial, reframing, penggunaan sumber suport spiritual, usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi, dan penerimaan secara pasif sebelum penelitian dapat dilihat pada tabel 5.8

Hasil analisis dari kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum *self-help group* pada kelompok kontrol dan intervensi yaitu (1) penggunaan sumber suport sosial rata-rata sebesar (18,64 intervensi, 18,05 kontrol), (2) Reframing rata-rata sebesar (14,41 intervensi, 114,32 kontrol), (3) Penggunaan sumber suport spiritual rata-rata sebesar (7,95 intervensi dan kontrol), (4) Usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi rata-rata sebesar (5,50 intervensi, 4,77 kontrol), (5) Penerimaan secara pasif rata-rata sebesar (11,95 intervensi, 12,73 kontrol).

Tabel 5.8
 Analisis Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental
 Sebelum *Self-help group* pada Kelompok intervensi dan kontrol di
 SLB-C Kabupaten Sumedang
 (n1=n2=22)

| N | Variabel | Fase | Mean | SD | 95% Confidence Interval for Mean |
|-------|-----------------------------------------------------|------------|-------|------|----------------------------------|
| 1 | Penggunaan sumber suport sosial | Intervensi | 18,64 | 2,61 | 17,48 ; 19,79 |
| | | Kontrol | 18,05 | 3,93 | 16,30 ; 19,79 |
| Total | | | 18,34 | 3,77 | 16,89 ; 19,79 |
| 2 | Reframing | Intervensi | 14,41 | 2,17 | 13,44 ; 15,37 |
| | | Kontrol | 14,32 | 2,34 | 13,28 ; 15,35 |
| Total | | | 14,36 | 2,25 | 13,36 ; 15,36 |
| 3 | Penggunaan sumber suport spiritual | Intervensi | 7,95 | 1,5 | 7,29 ; 8,62 |
| | | Kontrol | 7,95 | 0,8 | 7,58 ; 8,33 |
| Total | | | 7,95 | 1,15 | 7,43 ; 8,47 |
| 4 | Usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi | Intervensi | 5,50 | 1,1 | 5,01 ; 5,99 |
| | | Kontrol | 4,77 | 1,15 | 4,26 ; 5,28 |
| Total | | | 4,63 | 1,08 | 4,63 ; 5,63 |
| 5 | Penerimaan secara pasif | Intervensi | 11,95 | 2,08 | 11,03 ; 12,88 |
| | | Kontrol | 12,73 | 1,61 | 12,01 ; 13,44 |
| Total | | | 12,34 | 1,84 | 11,5 ; 13,2 |
| 6 | Komposit : Koping keluarga | Intervensi | 58,45 | 4,33 | 56,54 ; 60,37 |
| | | Kontrol | 57,82 | 5,93 | 55,19 ; 60,45 |
| Total | | | 58,13 | 5,13 | 55,86 ; 60,41 |

5.3.2 Kesetaraan Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental Sebelum *self-help group* pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Kesetaraan kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum *self-help group* pada kelompok kontrol dan intervensi dilakukan dengan uji *independent t test*, dapat dilihat pada tabel 5.9.

Hasil Analisis kesetaraan kemampuan koping keluarga sebelum *self-help group* pada kelompok intervensi dan kontrol menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p \text{ value} = 0,68 > \alpha$), kemampuan koping

keluarga sebelum *self-help group* antara kelompok intervensi dan kontrol setara.

Tabel 5.9
Analisis Kesetaraan Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental Sebelum *Self-help group* pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di SLB-C Kabupaten Sumedang (n1=n2=22)

| N O | Variabel koping keluarga | Fase | n | Mean | SD | Kemaknaan | |
|--------|-----------------------------------------------------|------------|----|-------|------|-----------|---------|
| | | | | | | t | Nilai-p |
| 1 | Penggunaan sumber suport sosial | Intervensi | 22 | 18,64 | 2,61 | 0,59 | 0,56 |
| | | Kontrol | 22 | 18,05 | 3,93 | | |
| 2 | Reframing | Intervensi | 22 | 14,41 | 2,17 | 0,13 | 0,89 |
| | | Kontrol | 22 | 14,32 | 2,34 | | |
| 3 | Penggunaan sumber suport spiritual | Intervensi | 22 | 7,95 | 1,50 | 0,00 | 1,00 |
| | | Kontrol | 22 | 7,95 | 0,84 | | |
| 4 | Usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi | Intervensi | 22 | 5,50 | 1,10 | 2,14 | 0,04 |
| | | Kontrol | 22 | 4,77 | 1,15 | | |
| 5 | Penerimaan secara pasif | Intervensi | 22 | 11,95 | 2,08 | -1,38 | 0,18 |
| | | Kontrol | 22 | 12,73 | 1,61 | | |
| 6 | Koping keluarga | Intervensi | 22 | 58,45 | 4,33 | 0,41 | 0,69 |
| | | Kontrol | 22 | 57,82 | 5,93 | | |

* Bermakna pada $\alpha : 0,05$

5.3.3 Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental sebelum dan Sesudah *self-help group* pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum dan sesudah *self-help group* pada kedua kelompok akan menggambarkan perbedaan data antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

5.3.3.1 Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental sesudah *Self-help group* pada Kelompok Intervensi

Sebelum membandingkan antara hasil sebelum dan sesudah *self-help group* pada kedua kelompok perlakuan maka, dianalisa dulu hasil sesudah *self-help group* pada kelompok intervensi, dapat dilihat pada tabel 5.10

Tabel 5.10
 Analisis Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak retardasi
 Mental Sesudah *self-help group* pada Kelompok Intervensi di
 SLB-C Kabupaten Sumedang
 (n1=n2=22)

| N O | Variabel Koping keluarga | Fase | Mean | SD | Selisih rata- rata (b) | Sb | Nilai-p |
|--------|-----------------------------------------------------------|---------|-------|------|------------------------------|------|---------|
| 1 | Penggunaan sumber suport sosial | Sesudah | 33,64 | 3,06 | 15,00 | 0,91 | 0,000* |
| | | Sebelum | 18,64 | 2,61 | | | |
| 2 | Reframing | Sesudah | 24,18 | 2,40 | 9,77 | 0,64 | 0,000* |
| | | Sebelum | 14,41 | 2,17 | | | |
| 3 | Penggunaan sumber suport spiritual | Sesudah | 12,77 | 1,48 | 4,82 | 0,54 | 0,000* |
| | | Sebelum | 7,95 | 1,49 | | | |
| 4 | Usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi | Sesudah | 9,41 | 0,67 | 3,91 | 0,31 | 0,000* |
| | | Sebelum | 5,50 | 1,10 | | | |
| 5 | Penerimaan secara pasif | Sesudah | 13,73 | 1,32 | 1,77 | 0,51 | 0,002* |
| | | Sebelum | 11,95 | 2,08 | | | |
| 6 | Komposit : Koping keluarga | Sesudah | 93,73 | 6,62 | 35,27 | 1,57 | 0,000* |
| | | Sebelum | 58,45 | 4,33 | | | |

* Bermakna pada $\alpha : 0,05$

Hasil analisa kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental setelah *self-help group* pada kelompok intervensi, dari 5 Variabel kemampuan koping ternyata sangat bermakna, dimana nilai *p value* $< 0,05$ (α), dan hasil kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental sesudah dan sebelum *self-help group* menunjukkan perubahan yang bermakna (*pvalue* = 0,000, $> \alpha$).

5.3.3.2 Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental sebelum dan Sesudah *Self-help group* pada Kelompok Kontrol

Kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum dan sesudah *self-help group* pada kelompok kontrol menggunakan uji statistik *dependent sample t test*, dapat dilihat pada tabel 5.11

Tabel 5.11
 Analisis Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak retardasi Mental sebelum dan sesudah *self-help group* pada Kelompok kontrol di SLB-C Kabupaten Sumedang

| N O | Variabel Koping keluarga | Fase | mean | SD | Selisih rata-rata (b) | Sb | Nilai-p |
|--------|-----------------------------------------------------|---------|-------|------|-----------------------|------|---------|
| 1 | Penggunaan sumber suport sosial | Sesudah | 22,64 | 3,37 | 4,59 | 1,38 | 0,003* |
| | | Sebelum | 18,04 | 3,93 | | | |
| 2 | Reframing | Sesudah | 16,04 | 1,94 | 1,73 | 0,70 | 0,022* |
| | | Sebelum | 14,32 | 2,34 | | | |
| 3 | Penggunaan sumber support Spiritual | Sesudah | 8,41 | 1,14 | 0,45 | 0,30 | 0,144 |
| | | Sebelum | 7,95 | 0,84 | | | |
| 4 | Usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi | Sesudah | 5,73 | 0,93 | 0,95 | 0,31 | 0,005* |
| | | Sebelum | 4,77 | 1,15 | | | |
| 5 | Penerimaan secara pasif | Sesudah | 11,77 | 1,57 | -0,95 | 0,36 | 0,014* |
| | | Sebelum | 12,73 | 1,61 | | | |
| 6 | Komposit : Koping keluarga | Sesudah | 64,59 | 5,91 | 6,77 | 2,00 | 0,003* |
| | | Sebelum | 57,82 | 5,92 | | | |

* Bermakna pada $\alpha : 0,05$

Hasil kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum dan sesudah *self-help group* pada kelompok kontrol hampir semuanya menunjukkan perbedaan bermakna, hanya Penggunaan sumber suport spiritual sesudah - sebelum penelitian yang tidak menunjukkan perbedaan bermakna dengan $p\text{ value}=0,144 > \alpha$).

5.3.4 Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental Sesudah *Self-help group*

Kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental sesudah penelitian dengan membandingkan kelompok intervensi dan kontrol dapat dilihat pada tabel 5.12.

Tabel 5.12
Analisis Koping Keluarga Dengan Anak Retardasi Mental Sesudah
self-help group Antara Kelompok Intervensi dan Kontrol

| Variabel koping keluarga | Fase | Mean | SD | Kemaknaan | |
|-----------------------------------------------------|------------|-------|------|-----------|---------|
| | | | | T | nilai-p |
| Penggunaan sumber suport sosial | Intervensi | 33,64 | 3,06 | 11,32 | 0,000* |
| | Kontrol | 22,64 | 3,37 | | |
| Reframing | Intervensi | 24,18 | 2,40 | 12,36 | 0,000* |
| | Kontrol | 16,05 | 1,94 | | |
| Penggunaan sumber suport spiritual | Intervensi | 12,77 | 1,48 | 10,96 | 0,000* |
| | Kontrol | 8,41 | 1,14 | | |
| Usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi | Intervensi | 9,41 | 0,67 | 15,04 | 0,000* |
| | Kontrol | 5,73 | 0,94 | | |
| Penerimaan secara pasif | Intervensi | 13,73 | 1,32 | 4,47 | 0,000* |
| | Kontrol | 11,77 | 1,57 | | |
| Komposit : Koping keluarga | Intervensi | 93,73 | 6,62 | 15,40 | 0,000* |

Bermakna pada $\alpha : 0,05$

Hasil kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental sesudah *self-help group* pada kelompok intervensi dan kontrol yaitu (1) penggunaan suport sosial rata-rata (33,64 intervensi, 22,64 kontrol), (2) reframing rata-rata (24,18 intervensi, 16,05 kontrol), (3) penggunaan sumber suport sosial rata-rata (12,77 intervensi, 8,41 kontrol), (4) usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi rata-rata (9,41 intervensi, 5,73 kontrol), (5) penerimaan secara pasif rata-rata (13,73 intervensi, 11,77 kontrol), semua variabel koping keluarga menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol setelah *self-help group*, dengan $p\text{ value}=0,000, <\alpha$.

5.3.5 Selisih Peningkatan Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental Kelompok Kontrol dan Intervensi

Selisih peningkatan kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental pada kelompok kontrol dan intervensi, diuji dengan membandingkan selisih lima variabel koping pada kelompok intervensi dan kontrol, yang dapat dilihat pada tabel. 5.13.

Hasil uji selisih kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental pada kelompok intervensi dan kontrol setelah *self-help group*, ternyata dari lima variabel menunjukkan perbedaan bermakna, dimana dapat dilihat dengan *p value* semuanya 0,000 ($<\alpha$).

Tabel 5.13
Analisis Selisih Peningkatan Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental Kelompok Kontrol dan Intervensi setelah *self-help group* di SLB-C Kabupaten Sumedang (n1=n2=22)

| N O | Variabel | Fase | Mean | SD | nilai-p |
|--------|-----------------------------------------------------|------------|-------|------|---------|
| 1 | Penggunaan sumber suport sosial | Intervensi | 15,00 | 4,27 | 0,000* |
| | | Kontrol | 4,59 | 6,49 | |
| 2 | Reframing | Intervensi | 9,77 | 3,02 | 0,000* |
| | | Kontrol | 1,73 | 3,28 | |
| 3 | Penggunaan sumber suport spiritual | Intervensi | 4,82 | 2,52 | 0,000* |
| | | Kontrol | 0,45 | 1,41 | |
| 4 | Usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi | Intervensi | 3,91 | 1,48 | 0,000* |
| | | Kontrol | 0,95 | 1,43 | |
| 5 | Penerimaan secara pasif | Intervensi | 1,77 | 2,41 | 0,000* |
| | | Kontrol | -0,95 | 1,68 | |
| 6 | Komposit Koping keluarga | Intervensi | 35,27 | 7,34 | 0,000* |
| | | Kontrol | 6,77 | 9,37 | |

* Bermakna pada $\alpha : 0,05$

5.4 Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Koping Keluarga dalam Menghadapi Anak Retardasi Mental

Hubungan karakteristik keluarga dengan koping keluarga dalam menghadapi anak dibagi dalam dua analisis, yaitu membandingkan Karakteristik ibu dengan koping keluarga setelah *self-help group* dan membandingkan karakteristik anak dengan koping keluarga dengan anak retardasi mental setelah *self-help group*. Uji yang digunakan adalah *rank spearman test*.

5.4.1 Hubungan Karakteristik Ibu dengan Koping keluarga setelah *Self-help group*.

Untuk mengetahui hubungan karakteristik keluarga (usia, pendidikan, pendapatan, status ibu dan tipe keluarga) dengan koping keluarga

dalam menghadapi anak dengan retardasi mental menggunakan *rank spearman*. Hasil hubungan antar variabel dapat dilihat pada tabel 5.14

Tabel 5.14

Analisis Hubungan Karakteristik pendidikan, penghasilan dan tinggal serumah dengan Koping Keluarga pada Anak Retardasi Mental Setelah *Self-help Group* di SLB-C Kabupaten Sumedang

| No | Variabel karakteristik Ibu | rs | t-hitung | nilai-p |
|----|----------------------------|------|----------|---------|
| 1. | Pendidikan | 0,34 | 1,35 | 0,12 |
| 2. | Penghasilan | 0,24 | 0,93 | 0,28 |
| 3. | Tinggal serumah | 0,23 | 0,87 | 0,31 |

Hasil analisis hubungan karakteristik pendidikan, penghasilan dan tinggal serumah dengan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group* pada kelompok intervensi yaitu ada hubungan yang positif antara tingkat pendidikan ibu dengan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group*, dimana keeratan hubungannya bersifat lemah, yaitu 0,34, setelah dianalisa tingkat pendidikan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group* ($p \text{ value} = 0,12, > \alpha$). Penghasilan ada hubungan yang positif dengan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group*, dimana keeratan hubungannya bersifat lemah, yaitu 0,24, setelah dianalisa tingkat penghasilan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group* ($p \text{ value} = 0,28, > \alpha$). Tipe keluarga ada hubungan yang positif dengan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group*, dimana keeratan hubungannya bersifat lemah, yaitu 0,23, setelah dianalisa tinggal serumah tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group* ($p \text{ value} = 0,31, > \alpha$).

Untuk Analisis hubungan umur ibu dengan koping keluarga setelah *self-help group* dianalisis dengan menggunakan *pearson product*

moment, terlihat pada tabel 5.15. Hasil analisisnya bahwa ada hubungan yang negatif antara umur ibu dengan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group*, yaitu setiap penambahan umur pada ibu akan menurunkan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group*, dimana keeratan hubungannya bersifat lemah, yaitu 0,36, setelah dianalisa umur ibu tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group* ($p \text{ value} = 0,1, > \alpha$).

Tabel 5.15
Analisis Hubungan Umur Ibu dengan Koping Keluarga pada Anak Retardasi Mental Setelah *Self-help Group* di SLB-C Kabupaten Sumedang

| NO | Variabel Karakteristik Ibu | r | t-hitung | p |
|----|----------------------------|-------|----------|------|
| 1 | Umur ibu | -0,36 | -1,73 | 0,10 |

5.4.2 Hubungan Karakteristik Anak dengan Koping Keluarga setelah *Self-help group*

Untuk mengetahui hubungan karakteristik anak (usia, dan Klasifikasi IQ) dengan koping keluarga dalam menghadapi anak dengan retardasi mental menggunakan *rank spearman*, dapat dilihat pada tabel 5.16 dan 5.17.

Hasil analisis karakteristik anak dengan koping keluarga dalam menghadapi anak dengan retardasi mental setelah *self-help group* untuk klasifikasi IQ anak memiliki hubungan yang negatif dengan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group*, yaitu setiap peningkatan klasifikasi IQ anak akan menurunkan kemampuan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group*, dimana keeratan hubungannya bersifat lemah, yaitu 0,48, setelah dianalisa klasifikasi IQ anak memiliki hubungan yang bermakna dengan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group* ($p \text{ value} = 0,02, < \alpha$).

Tabel 5.16
 Analisis Hubungan Klasifikasi IQ dengan koping keluarga dalam menghadapi Anak dengan Retardasi mental Setelah *self-help group* di SLB-C Kabupaten Sumedang (n1 =22)

| No | Variabel karakteristik Anak | rs | t-hitung | Nilai-p |
|----|-----------------------------|-------|----------|---------|
| 1 | Klasifikasi IQ | -0,48 | -2,06 | 0,02 |

Hasil analisis dari tabel 5.17 usia anak memiliki hubungan yang negatif dengan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group*, yaitu setiap penambahan usia anak akan menurunkan kemampuan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group*, dimana keeratan hubungannya bersifat lemah, yaitu 0,28, setelah dianalisa usia anak memiliki hubungan yang tidak bermakna dengan koping keluarga pada anak retardasi mental setelah *self-help group* (p value = 0,21, > α).

Tabel 5.17
 Analisis Hubungan Usia Anak dengan koping keluarga dalam menghadapi Anak dengan Retardasi mental Setelah *self-help group* di SLB-C Kabupaten Sumedang (n1 =22)

| NO | Variabel Karakteristik Anak | R | t-hitung | P |
|----|-----------------------------|--------|----------|-------|
| 1 | Usia anak | -0,276 | -1,284 | 0,214 |

BAB 6 PEMBAHASAN

Pada bab pembahasan dibahas hasil penelitian, yaitu tentang pengaruh *Self-help group* terhadap coping keluarga dengan anak retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang. Proses penelitian dimulai dengan persiapan penelitian yang pelaksanaannya dibantu oleh perawat puskesmas. Pelaksanaan terapi *self-help group* dibagi 2 sesi, sesi 1 sebagai tahap pembentukan *self-help group* dilakukan dalam 3 pertemuan. Sesi 2 sebagai tahap pelaksanaan *self-help group* dilakukan dalam 6 kali pertemuan. Materi dalam *self-help group* yaitu tentang kemampuan coping keluarga dengan anak retardasi mental. Keluarga yang diambil adalah yang sesuai dengan kriteria inklusi dan dibentuk 2 kelompok yaitu kelompok kontrol dan intervensi.

Jumlah keluarga yang terlibat pada awalnya untuk kontrol 29 orang, sedangkan intervensi 27 orang, tetapi untuk kelompok intervensi ditengah pelaksanaan *self-help group* banyak yang gugur yaitu sekitar 5 orang, penyebabnya karena ada kepentingan lain sehingga dari 9 kali pertemuan yaitu 3 pembentukan dan 6 pelaksanaan ada yang tidak hadir 1 kali atau 2 kali dan dinyatakan gugur sebagai responden oleh peneliti. Responden yang kehadirannya tidak 100% tetap saja mengikuti *self-help group* sampai selesai tetapi tidak dimasukkan kedalam responden.

6.1 Coping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental

Coping keluarga dengan anak retardasi mental menggunakan 5 variabel, yaitu penggunaan sumber suport sosial, reframing, penggunaan sumber suport spiritual, usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi, dan penerimaan secara pasif. Dibawah ini akan dibahas setiap variabel dalam coping keluarga dengan anak retrdasi mental.

6.1.1 Coping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental Pada Kelompok Kontrol

Hasil analisis kemampuan coping sebelum *self-help group* 57,82 dan setelah *self-help group* 64,59, selisih setelah dan sebelum *self-help*

group 6,77. Pada kelompok kontrol ternyata ada kenaikan meskipun tidak signifikan.

Tindakan keperawatan untuk keluarga dengan koping tidak efektif menurut CMHN (2006) dengan tindakan terapi generalis yaitu bina hubungan saling percaya, identifikasi masalah, diskusikan dengan keluarga tentang koping yang biasa digunakan, diskusikan alternatif penyelesaian masalah dan latih keluarga menggunakan koping yang efektif.

Hasil penelitian tentang koping keluarga dengan anak retardasi mental pada kelompok kontrol yaitu kelompok yang tidak diberi *self-help group* ternyata mengalami perubahan dalam arti koping keluarga semakin baik, hal tersebut disebabkan keluarga telah mendapatkan terapi generalis koping keluarga tidak efektif. Perubahan koping keluarga sebelum dan sesudah *self-help group* pada kelompok kontrol tidak terlalu signifikan disebabkan kelompok kontrol tidak mendapatkan terapi spesialis *self-help group*.

6.1.2 Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental Pada Kelompok Intervensi

Hasil penelitian kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental pada kelompok intervensi yaitu sebelum *self-help group* 58,45 dan sesudah *self-help group* 93,73, selisih antara sesudah dan sebelum *self-help group* pada kelompok intervensi adalah 35,27. Hasil penelitian menunjukkan terjadi peningkatan kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental setelah diberikan *self-help group* sebanyak 6 kali. Peningkatan kemampuan koping keluarga dari lima variabel koping keluarga semuanya signifikan mengalami peningkatan (*p value* 0,000, <alpha). Hal ini menunjukkan kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental dapat meningkat hanya

melalui pembentukan *self help group* yang dilakukan dalam 6 pertemuan.

Kelompok keluarga yang saling memberikan dorongan pada keluarga dengan anak retardasi mental terbukti efektif dapat meningkatkan kemampuan koping dan penyelesaian masalah pada keluarga, terutama ibu (Farnman, 1988; Seifer, Clark & Sameroff, 1991; Shaphiro, 1989 dalam Hamid 1993). Saran penelitian Hamid (1993) untuk mengatasi koping keluarga khususnya ibu dengan anak retardasi mental diperlukan tindakan terapi *self-help groups*.

Pelaksanaan *self-help group* terhadap koping keluarga terutama ibu dengan anak retardasi mental, ternyata dapat meningkatkan kemampuan koping keluarga dalam hal ini ibu sebagai *care giver*. Keluarga dengan anak retardasi mental sangat antusias dalam mengikuti kegiatan meskipun dengan berbagai kesibukannya. Ibu merasa lebih terbuka untuk berbagi tentang pengalamannya dalam menghadapi anak dengan retardasi mental, hal ini disebabkan ibu merasa nyaman untuk berkomunikasi dengan kelompok yang sama-sama dapat merasakan menjadi keluarga yang memiliki anak dengan retardasi mental. Hal ini membuktikan bahwa *self-help group* dapat meningkatkan kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental.

6.1.3 Koping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental Pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Hasil Analisis dari kelima variabel dalam koping keluarga setelah *self-help group* pada kelompok intervensi semuanya mengalami perubahan yang signifikan yaitu nilai *p value* < 0,05. Untuk kelompok kontrol 4 variabel mengalami perubahan signifikan hanya satu variabel yaitu penggunaan suport spiritual tidak mengalami perubahan yang bermakna dimana *p value* > 0,05.

Koping keluarga dapat diatasi dengan terapi generalis, terapi keluarga, terapi kelompok dan terapi psikofarmaka (Townsend, 2003). Terapi kelompok untuk keluarga dengan retardasi mental dapat dilakukan terapi *self-help group* hasil saran dari Hamid (1993). Hasil penelitian Utami (2008) Kemampuan merawat keluarga meningkat signifikan dengan 6 kali pertemuan untuk *self-help group*.

Hasil diatas disebabkan kelompok intervensi mengalami 2 kali perlakuan yaitu generalis dan *self-help group*, tetapi kelompok kontrol hanya generalis saja. Hal ini membuktikan bahwa koping keluarga dengan anak retardasi mental bisa ditingkatkan kemampuan kopingnya baik setelah terapi generalis dan *self-help group*. Pada kelompok kontrol peningkatan kemampuan koping setelah terapi generalis terjadi tetapi keluarga masih berada di koping maladaptif, sedangkan pada kelompok kontrol semuanya mengalami perubahan kearah koping keluarga adaptif.

6.1.4 Penggunaan Sumber Suport Sosial terhadap Perubahan Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi mental.

Hasil analisis dari kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum *self-help group* pada kelompok kontrol dan intervensi yaitu penggunaan sumber suport sosial rata-rata sebesar 18,64 intervensi, 18,05 kontrol dan tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna untuk variabel sumber suport sosial (p value 0,560).

Menurut stigma sosial retardasi mental adalah sebagai hukuman akibat kesalahan orangtua (Soemaryanto dkk, 1982 dalam Hamid 1993). Sehingga kadang orang tua merasa malu dan sering menyembunyikan keadaan anaknya dan kadang orang tua tidak mengakui keadaan keterbatasan anaknya. Orangtua juga menganggap bahwa kondisi anaknya disebabkan ketidakmampuan dia merawat anaknya dan juga

disebabkan karena kecelakaan atau hukuman dari tuhan, dimana stigma orangtua dapat mempengaruhi interaksi antara orangtua dan anaknya (Levelle & Keogh, 1988 dalam Hamid 1993).

Hasil penelitian sebelum dilakukan *self-help group* terhadap keluarga memang semua keluarga tidak menggunakan sumber suport sosial untuk mengatasi masalah kopingnya disebabkan karena keluarga merasa malu dengan kondisi anaknya, di daerah masih menganggap bahwa anak dengan retardasi mental selalu menjadi bahan cemoohan keluarga lainnya.

Hasil penelitian setelah dan sebelum dilakukan *self-help group* yaitu ternyata sumber suport sosial dapat memberikan perubahan yang bermakna terhadap kemampuan koping terbukti dengan p value 0,003, dan hasil perbandingan antara sesudah *self-help group* juga menunjukkan perubahan yang signifikan terlihat dengan pvalue 0,000.

Hasil penelitian Hamid (1993) keluarga dengan anak retardasi mental paling banyak menggunakan sumber suport sosial untuk mengatasi masalahnya. Friedman (1998) menyatakan dukungan masyarakat sangat penting dalam mengatasi tingkat stress pada keluarga.

Kelompok keluarga yang saling memberikan dorongan pada keluarga dengan anak retardasi mental terbukti efektif dapat meningkatkan kemampuan koping dan penyelesaian masalah pada keluarga, terutama ibu (Farnman, 1988; Seifer, Clark & Sameroff, 1991; Shaphiro, 1989 dalam hamid 1993). Saran penelitian Hamid (1993) untuk mengatasi koping keluarga khususnya ibu dengan anak retardasi mental diperlukan tindakan terapi *self-help groups*.

Pelaksanaan *self-help group* terhadap koping keluarga terutama ibu dengan anak retardasi mental, ternyata dapat meningkatkan

kemampuan koping keluarga dalam hal ini ibu sebagai *care giver*. Keluarga dengan anak retardasi mental sangat antusias dalam mengikuti kegiatan meskipun dengan berbagai kesibukannya. Ibu merasa lebih terbuka untuk berbagi tentang pengalamannya dalam menghadapi anak dengan retardasi mental, hal ini disebabkan ibu merasa nyaman untuk berkomunikasi dengan kelompok yang sama-sama dapat merasakan menjadi keluarga yang memiliki anak dengan retardasi mental.

6.1.5 Penggunaan Reframing terhadap Perubahan Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi mental.

Hasil analisis dari kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum *self-help group* pada kelompok kontrol dan intervensi yaitu Reframing rata-rata sebesar (14,41 intervensi, 11,43 kontrol) dan reframing tidak memberikan perubahan yang berarti sebelum dilakukan *self-help group*. Setelah dilakukan *self-help group* ternyata reframing dapat mempengaruhi kemampuan koping keluarga dengan anak retrdasi mental p value 0,000.

Reframing merupakan suatu cara untuk mengatasi koping keluarga dengan meningkatkan kemampuan yang ada dalam diri keluarga baik internal maupun eksternal (McCubbin & Patterson, 1983). Reframing merupakan salah satu cara untuk mengurangi stres pada keluarga dengan anak retardasi mental (Hamid, 1993).

Hasil penelitian mengalami perbedaan yang signifikan antara sebelum dan setelah *self-help group* pada kelompok intervensi disebabkan karena dengan melakukan kegiatan SHG keluarga menjadi lebih terbuka dengan kemampuan yang mereka miliki, sehingga setelah kegiatan keluarga menyadari bahwa mereka memiliki potensi untuk

meningkatkan kopingnya dalam menghadapi berbagai masalah yang berhubungan dengan anak retardasi mental.

Hasil penelitian variabel reframing pada kelompok kontrol sebelum dan setelah *self-help group* ternyata terdapat perubahan yaitu sekitar 1,73 selisihnya, dimana rata-rata 14,32 sebelum *self-help group* dan setelah *self-help group* rata-rata 16,04. Terapi generalis koping keluarga tidak efektif salah satu cara untuk meningkatkan koping dengan cara mencari dan meningkatkan kemampuan diri keluarga untuk mengatasi kopingnya baik dari dalam maupun luar (GMHN, 2006; Mc.Cubbin & Patterson, 1983).

Reframing pada koping keluarga dengan anak retardasi mental setelah dan sebelum *self-help group* mengalami peningkatan yang disebabkan kelompok kontrol mendapatkan terapi generalis tentang koping keluarga tidak efektif, dimana keluarga mendapatkan solusi untuk mengatasi masalah kopingnya, meskipun tidak signifikan kenaikannya, hal ini membuktikan kalau selain terapi generalis keluarga dengan masalah koping keluarga tidak efektif harus mendapatkan terapi spesialis *self-help group* supaya reframing keluarga dapat meningkat secara signifikan.

6.1.6 Penggunaan Sumber Suport Spiritual terhadap Perubahan Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi mental.

Hasil analisis dari kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum *self-help group* pada kelompok kontrol dan intervensi yaitu Penggunaan sumber suport spiritual rata-rata sebesar 7,95 intervensi dan kontrol dan penggunaan sumber suport sosial tidak memberikan perubahan yang bermakna terhadap koping keluarga (p value 1,000). Tetapi hasil setelah *self-help group* terdapat perubahan yang bermakna.

Keluarga dapat memanfaatkan sumber spiritual untuk menurunkan stres yang dia alami dengan cara kegiatan keagamaan (Friedman, 1998). Sumber suport spiritual dapat meningkatkan mental seseorang dalam mengatasi stres (McCubbin&Patterson, 1983).

Hasil penelitian mengalami perbedaan setelah *self-help group* disebabkan iklim daerah yang masih kental dengan kegiatan keagamaan, hanya selama ini keluarga tidak menyadari bahwa dengan kegiatan keagamaan dapat mengurangi beban dan stres dalam menghadapi anak dengan retardasi mental.

6.1.7 Penggunaan Usaha keluarga untuk Mencari dan Menerima Informasi terhadap Perubahan Kemampuan Koping Keluarga dengan Anak Retardasi mental.

Hasil analisis dari kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum *self-help group* pada kelompok kontrol dan intervensi yaitu Usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi rata-rata sebesar 5,50 intervensi, 4,77 kontrol, untuk hasil kemaknaan sebelum *self-help group* mengalami perubahan yang bermakna. Hasil setelah *self-help group* memperlihatkan adanya perubahan yang bermakna yaitu p value 0,000.

Hamid (1993) menyatakan usaha keluarga untuk mencari dan menerima informasi jarang dilakukan karena terikat stigma sosial. Informasi yang sesuai dengan masalah keluarga terbukti dapat menurunkan stres (Agus, 2009). Friedman (1998) menggambarkan fungsi sebagai apa yang dilakukan keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai tujuan keluarga tersebut. Proses ini termasuk komunikasi diantara anggota keluarga, penetapan tujuan, resolusi konflik, pemberian makanan, dan penggunaan sumber dari internal maupun eksternal. Tujuan yang ada dalam keluarga akan lebih mudah dicapai apabila terjadi komunikasi

yang jelas dan secara langsung. Komunikasi tersebut akan mempermudah menyelesaikan konflik dan pemecahan masalah. Fungsi keluarga menurut Friedman (1998)

Pada penelitian ini ternyata kemampuan keluarga untuk mencari dan menerima informasi dapat mempengaruhi kemampuan coping keluarga, hal ini disebabkan dengan kegiatan SHG keluarga menjadi lebih terbuka dan berusaha untuk memberikan masukan terutama tentang kondisi anak-anak mereka.

6.1.8 Penggunaan Penerimaan Secara Pasif terhadap Perubahan Kemampuan Coping Keluarga dengan Anak Retardasi mental.

Hasil analisis dari kemampuan coping keluarga dengan anak retardasi mental sebelum *self-help group* pada kelompok kontrol dan intervensi yaitu Penerimaan secara pasif rata-rata sebesar 11,95 intervensi, 12,73 kontrol, dan hasil sebelum *self-help group* ternyata penerimaan secara pasif tidak memperlihatkan perubahan bermakna, dan hasil setelah *self-help group* ternyata penerimaan secara pasif memperlihatkan perubahan yang bermakna.

Penerimaan secara pasif merupakan item yang harus dihindari oleh keluarga dengan anak retardasi mental (Hamid, 1993). Hasil penelitian Hamid (1993) penerimaan secara pasif keluarga meningkat. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa meskipun kemampuan coping keluarga meningkat tetap saja keluarga masih menggunkan penerimaan secara pasif sebagai mekanisme coping yang mereka miliki.

6.2 Faktor Yang Mempengaruhi *Self-help group* Terhadap Koping Keluarga dalam Menghadapi Anak Retardasi Mental

Faktor yang mempengaruhi *self-help group* terhadap koping keluarga dalam menghadapi anak dengan retardasi mental pada akhir penelitian diperlihatkan dibawah ini :

6.2.1 Faktor Karakteristik Ibu dengan Koping Keluarga dalam Menghadapi Anak Retardasi Mental

Faktor karakteristik keluarga (umur, pendidikan, pendapatan, dan tipe keluarga) dengan koping keluarga dalam menghadapi anak dengan retardasi mental setelah *self-help group*, dilakukan uji, dengan *rank spearman* dan *Person product moment*.

Hasil Analisis penelitian dari karakteristik keluarga (umur, pendidikan, pendapatan, dan tipe keluarga) dengan koping keluarga setelah *self-help group* tidak ada perubahan yang bermakna terhadap peningkatan kemampuan koping keluarga setelah *self-help group*. Umur tidak terdapat perubahan yang bermakna ($p \text{ value} = 0,08 > \alpha$), pendidikan tidak terdapat perubahan yang bermakna ($p \text{ value} = 0,12, > \alpha$), penghasilan tidak terdapat perubahan yang bermakna ($p \text{ value} = 0,28, > \alpha$), Tipe keluarga tidak terdapat perubahan yang bermakna ($p \text{ value} = 0,312, > \alpha$).

Data diatas menjelaskan bahwa karakteristik ibu untuk umur, pendidikan, tipe keluarga dan status ekonomi tidak mempengaruhi perubahan koping keluarga setelah *self-help group*. Padahal menurut Gallagher, Beckman & Cross's (1976 dalam Hamid 1993) bahwa persepsi stress pada keluarga dengan anak retardasi mental dipengaruhi oleh sosial ekonomi, karakteristik personal, umur, pekerjaan, pendapatan, pendidikan, keterampilan verbal dan moral.

Faktor lainnya yang mempengaruhi tingkat stres dalam keluarga adalah sosial ekonomi, pendapatan, umur ibu, pekerjaan dan

pendidikan (Gallagher, Beckman & Cross's, 1976 dalam Hamid, 1993). Selain faktor diatas karakteristik keluarga lainnya juga mempengaruhi seperti tipe keluarga dengan anak retardasi mental, misal keluarga inti dengan keluarga ekstended (Hamid, 1993). Keutuhan keluarga juga mempengaruhi tingkat stres pada ibu, dimana ibu *single parent* dengan anak retardasi mental akan mengalami stres lebih tinggi jika dibanding dengan keluarga utuh (Beckman, 1983 dalam Hamid, 1993).

Penelitian tentang peningkatan coping keluarga dengan anak retardasi mental setelah *self-help group*, tidak terlihat dipengaruhi oleh perubahan karakteristik keluarga, padahal secara teori karakteristik keluarga dapat mempengaruhi peningkatan kemampuan coping. Dalam penelitian ini tidak munculnya pengaruh karakteristik keluarga disebabkan karena responden dari penelitian kurang bervariasi, terutama dari status perkawinan, penghasilan dan umur. Responden 100% status perkawinannya kawin, penghasilan kurang bervariasi kemungkinan disebabkan ragu-ragu dalam menentukan penghasilan karena rata-rata pekerjaan suaminya tidak tentu.

Pendidikan mayoritas responden berpendidikan SD, SMA hanya sedikit sehingga kurang terlihat kemaknaan terhadap perubahan kemampuan coping keluarga setelah *self-help group*. Umur rentangnya tidak terlalu jauh dari satu responden ke responden lainnya.

6.2.2 Faktor Karakteristik Anak dengan Coping Keluarga dalam Menghadapi Anak Retardasi Mental

Karakteristik anak yang terdapat dalam penelitian coping keluarga dengan anak retardasi mental setelah *self-help group* yaitu usia anak dan klasifikasi tingkat retardasi mental. Hasil penelitian untuk karakteristik anak yaitu umur anak tidak ada perbedaan yang bermakna ($p \text{ value} = 0,096, > \alpha$), sedangkan klasifikasi retardasi mental ada

perbedaan yang bermakna terhadap kemampuan coping keluarga dengan anak retardasi mental setelah *self-help group* ($p \text{ value} = 0,023, < \alpha$), sehingga klasifikasi retardasi mental dapat mempengaruhi kemampuan coping keluarga.

Umur dan klasifikasi retardasi mental dapat mempengaruhi stres pada keluarga, semakin berat klasifikasi retardasi mental maka semakin berat pula stres yang dialami keluarga (McCubbin, 1989). Klasifikasi retardasi mental dapat mempengaruhi kemampuan coping keluarga, hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan McCubbin (1989).

Hasil penelitian Hamid (1993) klasifikasi IQ anak 51,9% borderline, 35,4% ringan dan 12,7% sedang, klasifikasi IQ mempengaruhi kemampuan coping keluarga semakin berat klasifikasi IQ anak semakin jelek coping keluarga. Pada penelitian ini data coping keluarga pre memang ada bedanya antara keluarga dengan IQ sedang dan berat, tetapi setelah *self-help group* dua-duanya mengalami perubahan dari maladaptif ke adaptif, maka keluarga yang mempunyai IQ ringan, sedang, berat atau sangat beratpun bisa diikuti sertakan dalam *self-help group* yang penting keluarga memiliki motivasi untuk mengikuti kegiatan *self-help group*.

Data yang diperoleh khusus untuk klasifikasi tingkat retardasi mental diisi oleh petugas dengan melihat daftar siswa di SLB-C yang bersangkutan, sehingga data objektif. Umur anak tidak mempengaruhi kemampuan coping keluarga disebabkan menurut para ibu, mereka juga sering saling tukar pikiran secara tidak formal.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini tentu memiliki keterbatasan-keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang

merupakan sebagai ancaman meliputi : keterbatasan instrument, keterbatasan variable dan keterbatasan hasil.

6.3.1 Modul *self help group*

Modul (buku pedoman) yang digunakan untuk membantu pelaksanaan *self help group* pada penelitian hasil dari peneliti sebelumnya yang kemudian dimodifikasi oleh peneliti untuk menyesuaikan dengan karakteristik responden, dengan mengacu pada berbagai literatur. Meskipun buku ini belum dilakukan uji coba pada klien lain diluar penelitian, namun untuk validitas isi (*construct validity*) buku pedoman *self help group* ini telah dilakukan dengan mengkonsultasikan kepada pakar keperawatan jiwa di fakultas ilmu keperawatan UI.

Keterbatasan dari modul adalah untuk materi konsep *self-help group* ternyata terlalu banyak, pada kelompok dengan pendidikan dasar agak sulit untuk dilakukan dalam waktu 90 menit, sehingga memerlukan waktu yang agak panjang untuk menyelesaikan sesi 1.

6.3.2 Proses pelaksanaan penelitian

Keterbatasan dialami adalah karakteristik responden yang kurang bervariasi sehingga proses analisa tidak maksimal. Ketidakhadiran salah seorang anggota kelompok disebabkan karena waktu terapi bersamaan dengan waktu menanam padi, sehingga banyak ibu yang tidak dapat menghadiri, juga ada beberapa ibu yang rumahnya cukup jauh dengan sekolah sehingga bila cuaca kurang mendukung dia tidak pernah mengantar anaknya untuk sekolah. Jadwal interaksi antara kelompok kadangkala berbenturan sehingga antar kelompok harus diatur ulang dan disepakati lagi.

Pelaksanaan terapi generalis ada satu kelompok intervensi yang berada di daerah Tanjung sari dilakukan oleh peneliti padahal

rencana awal dilakukan oleh perawat puskesmas, karena keterbatasan perawat puskesmas maka peneliti terjun langsung untuk melakukan terapi generalis.

Keterbatasan penelitian lainnya untuk pelaksanaan penelitian adalah keterbatasan dari kesempatan responden untuk menjadi kelompok intervensi ataupun kontrol, karena responden tidak memiliki kesempatan yang sama untuk menjadi kelompok intervensi. Responden dalam penelitian ini ditentukan dengan cara melakukan pemilihan tempat yang setara untuk penelitian kemudian dilakukan pemilihan kontrol dan intervensi dengan menggunakan koin dari tempat yang setara tersebut.

Sampel tidak memiliki kesempatan yang sama untuk menjadi responden. Instrumen dalam penelitian juga hanya menggunakan instrument tertutup dengan item pilihan yang sudah ada, akan lebih tereksplor lagi apabila dilakukan juga wawancara dengan responden.

Keterbatasannya lainnya adalah bentuk dari penelitian *quasi eksperimen* dengan *random sampling*, yang membatasi kesempatan responden untuk menjadi kelompok yang mendapat perlakuan sehingga ketidakadilan terjadi meskipun sudah melalui randomisasi.

6.4 Implikasi Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh *self help group* terhadap kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental di SLB-C Kabupaten Sumedang.

Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap:

6.4.1 Pelayanan Keperawatan Jiwa di SLB-C

Pihak dinas kesehatan supaya membuat program UKS Jiwa di Puskesmas, jika program UKS Jiwa sudah ada supaya menjalin kerjasama dengan dinas pendidikan untuk melaksanakan program UKS Jiwa. Khususnya untuk SLB-C supaya membuat kelompok swabantu serupa yaitu dengan *self-help group* dibawah pengawasan seorang tenaga Spesialis Keperawatan Jiwa.

6.4.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan pengaruh *self help group* terhadap koping keluarga dengan anak retardasi mental merupakan pembuktian *self help group* salah satu intervensi yang dapat diberikan kepada keluarga dengan anak retardasi mental.

Pada kurikulum pendidikan perawat khususnya mata ajar keperawatan jiwa *self help group* dapat diberikan sebagai bahan pembelajaran pendidikan keperawatan jiwa terutama pada terapi keperawatan, dan dapat digunakan untuk mengatasi masalah koping keluarga takefektif.

6.4.3 Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini terbatas pada SLB-C Kabupaten Sumedang. Agar dapat digeneralisasi dapat diulang dibeberapa SLB lainnya. Penelitian kualitatif diperlukan untuk meneliti proses pelaksanaan *self help group*. Hasil penelitian merupakan data awal untuk melakukan penelitian *self help group* dimasyarakat.

BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penjelasan dari bab sebelumnya sampai dengan pembahasan hasil penelitian ini, maka dapat ditarik simpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan seperti penjelasan berikut

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Kemampuan coping keluarga dengan anak retardasi mental meningkat secara bermakna setelah melaksanakan *self help group* sebanyak 6 kali pertemuan, maka *self-help group* terbukti dapat meningkatkan kemampuan coping keluarga dengan anak retardasi mental.
- 7.1.2 Kemampuan coping keluarga dengan anak retardasi mental pada kelompok intervensi setelah *self help group* mengalami peningkatan yang signifikan, yaitu terjadi perubahan kemampuan coping keluarga dari maladaptif menjadi adaptif.
- 7.1.3 Kemampuan coping keluarga dengan anak retardasi mental pada kelompok kontrol setelah *self-help group* mengalami peningkatan tetapi belum signifikan, dimana perubahan kemampuan coping keluarga masih tetap maladaptif.
- 7.1.4 Karakteristik keluarga (usia, pendidikan, pendapatan, dan tipe keluarga) tidak mempengaruhi perubahan coping keluarga dalam menghadapi anak retardasi mental, maka karakteristik keluarga tidak mempengaruhi perubahan dari pengaruh *self-help group* terhadap coping keluarga dengan anak retardasi mental.
- 7.1.5 Karakteristik anak (usia dan klasifikasi retardasi mental), khusus untuk usia tidak mempengaruhi perubahan coping keluarga dalam menghadapi anak dengan retardasi mental, tetapi untuk klasifikasi retardasi mental anak sangat mempengaruhi kemampuan coping keluarga.

7.2 Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian koping keluarga dengan anak retardasi mental.

7.2.1 Pelayanan

- 7.2.1.1 Organisasi profesi menetapkan *self help group* sebagai salah satu kompetensi dari perawat spesialis keperawatan jiwa yang dapat digunakan untuk mengatasi koping keluarga tidak efektif.
- 7.2.1.2 Peneliti dalam hal ini mahasiswa S2 Keperawatan jiwa melakukan sosialisasi hasil penelitian tentang *self help group* kepada dinas kesehatan dan pendidikan Kabupaten Sumedang.
- 7.2.1.3 Pihak sekolah bekerja sama dengan pihak puskesmas untuk membentuk kelompok *self-help group* lainnya dilingkungan sekolah.
- 7.2.1.4 Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan *self help group* sebagai salah satu kompetensi yang harus dilakukan pada pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat (berbasis komunitas).
- 7.2.1.5 Perawat spesialis melakukan penguatan kelompok swabantu ini dengan membuat agenda rutin untuk berkumpul secara bersama antar kelompok swabantu.

7.3 Pendidikan

- 7.3.1 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menggunakan *evidence based* dalam mengembangkan teknik pemberian asuhan keperawatan jiwa dalam penerapan *self help group* bagi keluarga dengan anak retardasi mental.
- 7.3.2 Menerapkan *self-help group* untuk masalah keperawatan koping keluarga takefektif.

7.4 Penelitian

- 7.4.1 Teliti lebih lanjut tentang pengaruh peningkatan koping keluarga dengan anak retardasi mental terhadap perawatan anak dengan retardasi mental.
- 7.4.2 Perlu penelitian kualitatif untuk melengkapi informasi tentang sejauh mana *self help group* dapat meningkatkan kemampuan koping keluarga dengan anak retardasi mental.
- 7.4.3 Disain penelitian digunakan eksperimen murni untuk mengetahui apakah ada perbedaan antara desain quasi dengan eksperimen murni.
- 7.4.4 Perlu diteliti lebih lanjut tentang konfounding lain yang dapat mempengaruhi keberhasilan *self help group* sebagai salah satu metode pendekatan penyelesaian masalah koping keluarga dengan anak retardasi mental.
- 7.4.5 Perlu dilakukan penyempurnaan pelaksanaan *self help group* untuk menjadikan *self help group* sebagai salah satu model pelayanan keperawatan.
- 7.4.6 Instrumen yang sudah digunakan dalam penelitian ini hendaknya dapat digunakan sebagai alat ukur dalam pelaksanaan kegiatan *self help group*.

DAFTAR REFERENSI

- Anonim, (2008). *Information communication teknologi centre district Sumedang*.
<http://www.Regionalinvestment.com/sipid/id/demografipendudukjel.php?ia=3211&is=37>. diperoleh tanggal 28 Pebruari 2009.
- _____. (2009). *Starting a self-help group*. <http://www.Selfhelpnetwork.wichita.edu/library/PDF>. diperoleh tanggal 28 Pebruari 2009.
- _____. (2009). *Self-help groups for mental health*.
http://en.wikipedia.org/wiki/Self-help_groups_for_mental_health. diperoleh tanggal 28 Pebruari 2009.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta : FKM UI. (tidak dipublikasikan).
- Arifin. (2008). *Asuhan keperawatan anak dengan retardasi mental*. www.Indonesia.com/poskup/2008/ii/15/edisi_15/isipin_1.htm. diperoleh tanggal 28 Pebruari 2009.
- Brunner. (1999). *Family caregiving of adults with mental retardation*.
<http://www.thefreelibrary.com/Family+Caregiving+of+Adults+with+Mental+Retardation%3a+Key+Issues+for+...-a054924773>. diperoleh tanggal 5 April 2009.
- CMHN. (2006). *Modul intermedit course community mental health nursing*. Jakarta :WHO.FIK UI
- Frisch, N. C and Frisch, L. E. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. Third Edition, Canada : Thomson Delmar Learning.
- Friedman, M. M. (1998). *Keperawatan keluarga teori dan praktik*. Edisi Tiga, Jakarta : EGC.
- Hamid, A.Y. S. (1993). *Child family characteristics and coping patterns of Indonesian families with a mentally retarded child*. Washington : U.M.I. (tidak dipublikasikan).
- _____. (1999). *Buku ajar asuhan keperawatan kesehatan jiwa pada anak dan remaja*. Jakarta : Widya Medika.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta : FKM UI. (tidak dipublikasikan).
- Isaacs, A. (2005). *Panduan belajar keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatrik* Edisi 3 . Jakarta : EGC.

- Keliat, B. A. dkk. (2009). *Modul kelompok swabantu (self-help group)*. Jakarta : FIK UI.
- _____. (2009). *Panduan pelaksanaan kelompok swabantu keluarga (self-help group)*. Jakarta : FIK UI.
- _____. (2009). *Buku kerja self-help group*. Jakarta : FIK UI.
- Keltner & Norman, (1995). *Psychiatric nursing 2nd edition*. Mosby Year Book
- Lameshow, S. dkk. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Linda McDonald, at all. (1992). *Assessment of the clinical utility of a family adaptation model*. <http://www.quasar.ualberta.ca/cfrp/famadap.html>. diperoleh tanggal 5 April 2009.
- Maslim, R. (2001). *Diagnosa gangguan jiwa PPDGJ III*. Jakarta : FK. Unika Atmajaya.
- McCubbin, H.I & Thompson, A.I. (1983). *Family assessment inventories for research and practice*. Madison ; University of Wisconsin.
- Mustikasari. (2007). *Stres, koping dan adaptasi*. <http://mustikanurse.blogspot.com/2007/02/stres-koping-dan-adaptasi.html>. diperoleh tanggal 5 April 2009.
- Nursalam & Pariani, S. (2001). *Pendekatan praktis metodologi riset keperawatan*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Pagano, M & Gauvreau, K. (1993). *Principles of biostatistics*. California : Belmont.
- Rawlins, William & Beek. (1993). *Mental health psychiatric nursing A holistic life cycle approach*. Third Edition. USA: Mosby Years Book
- Sastroasmoro, S & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ke-3, Jakarta : Sagung Seto.
- Sembiring. S. A. (2002). *Penataan lingkungan sosial bagi penderita dimensia (Pikun) dan RTA (retardasi mental)* <http://library.usu.ac.id/download/fisip/Dimensia.pdf>. diperoleh tanggal 5 April 2009.

- Setiadi. (2007). *Konsep dan penulisan riset keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Siswono. (2001). *Sangat besar beban akibat gangguan jiwa*. <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1002779805.55571>. diperoleh tanggal 6 April 2009.
- Steward. (2009). *Self-help groups for mental health..* <http://www.wikipedia.org/wiki>. diperoleh tanggal 22 Januari 2009).
- Stuart, G. W & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th Edition, St. Louis, Missouri : Mosby.
- Stuart & Sundeen. (1995). *Principles and practice of psychiatric nursing*. Fifth Edition. St. Louis, Missouri : Mosby.
- _____. (1998). *Buku saku keperawatan jiwa*. Edisi Tiga. Alih bahasa Achir Y. S. H. Jakarta : EGC.
- Tammi & Mark. (2008). *Mental retardation : family therapy and support groups*. [http ; www. Mentalhelp.net/poc/view doc. Php type=doc&id= 1037& cn208](http://www.Mentalhelp.net/poc/view_doc.Php?type=doc&id=1037&cn208). diperoleh tanggal 5 Pebruari 2009.
- Tomb, A. D (2004). *Buku saku psikiatri* Edisi 6, Jakarta : EGC
- Townsend, C. M. (2003). *Psychiatric mental health nursing concept of care*. Fourth Edition. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Utami, T. W. (2008). *Pengaruh self-help groups terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di kelurahan sindang barang bogor tahun 2008*. Hasil Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Varcarolis, M. E. dkk, (2006). *Foundations of psychiatric mental health nursing a clinical approach*. Fifth Edition. St. Louis, Missouri : Mosby.
- Videbeck, S. L. (2004). *Psychiatric mental health nursing*. Second Edition, Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Wiwin dkk. (2006). *Penerimaan keluarga terhadap individu yang mengalami keterbelakangan mental*. <http://journal.unair.ac.id/filerPDF/03%20-%20Penerimaan%20Keluarga%20Terhadap%20Individu%20yang%20Mengalami%20Keterbelakangan%20Mental.pdf>. diperoleh tanggal 5 April 2009.
- Wong, L. D. (2004). *Pedoman klinis keperawatan pediatrik*. Edisi Empat. Jakarta : EGC.
- Wilkinson. (2007). *Diagnoses keperawatan*. Jakarta: EGC.

Yosep, I. (2008). *Faktor penyebab dan proses terjadinya gangguan jiwa*, http://resources.unpad.ac.id/unpad-content/uploads/publikasi_dosen/proses%20terjadinya%20gangguan.%20jiwa. Pdf. diperoleh tanggal 28 Pebruari 2009.

DAFTAR REFERENSI

Anonim, (2008). *Information communication teknologi centre district Sumedang*. <http://www.Regionalinvestment.com/sipid/id/demografipendudukjel.php?ia=3211&is=37>. diperoleh tanggal 28 Pebruari 2009.

_____. (2009). *Starting a self-help group*. <http://www.Selfhelpnetwork.wichita.edu/library/PDF>. diperoleh tanggal 28 Pebruari 2009.

_____. (2009). *Self-help groups for mental health*. http://en.wikipedia.org/wiki/Self-help_groups_for_mental_health. diperoleh tanggal 28 Pebruari 2009.

Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta : FKM UI. (tidak dipublikasikan).

Arifin. (2008). *Asuhan keperawatan anak dengan retardasi mental*. www.Indomedia.com/poskup/2008/ii/15/edisi_15/isi-pin_1.htm. diperoleh tanggal 28 Pebruari 2009.

Brunner. (1999). *Family caregiving of adults with mental retardation*. <http://www.thefreelibrary.com/Family+Caregiving+of+Adults+with+Mental+Retardation%3a+Key+Issues+for+...+a054924773>. diperoleh tanggal 5 April 2009.

CMHN.(2006).*Modul intermedit course community mental health nursing*. Jakarta :WHO.FIK UI

Frisch, N. C and Frisch, L. E. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. Third Edition, Canada : Thomson Delmar Learning.

Friedman, M. M. (1998). *Keperawatan keluarga teori dan praktik*. Edisi Tiga, Jakarta : EGC.

Hamid, A.Y. S. (1993). *Child family characteristics and coping patterns of Indonesian families with a mentally retarded child*. Washington : U.M.I. (tidak dipublikasikan).

_____. (1999). *Buku ajar asuhan keperawatan kesehatan jiwa pada anak dan remaja*. Jakarta : Widya Medika.

- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta : FKM UI. (tidak dipublikasikan).
- Isaacs, A. (2005). *Panduan belajar keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatrik Edisi 3* . Jakarta : EGC.
- Keliat, B. A. dkk. (2009). *Modul kelompok swabantu (self-help group)*. Jakarta : FIK UI.
- _____. (2009). *Panduan pelaksanaan kelompok swabantu keluarga (self-help group)*. Jakarta : FIK UI.
- _____. (2009). *Buku kerja self-help group*. Jakarta : FIK UI.
- Keltner & Norman, (1995). *Psychiatric nursing 2nd edition*. Mosby Year Book
- Lameshow, S. dkk. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Linda McDonald, at all. (1992). *Assessment of the clinical utility of a family adaptation model*. <http://www.quasar.ualberta.ca/cfrp/famadap.html>. diperoleh tanggal 5 April 2009.
- Maslim, R. (2001). *Diagnosa gangguan jiwa PPDGJ. III*. Jakarta : FK. Unika Atmajaya.
- McCubbin, H.I & Thompson, A.I. (1983). *Family assessment inventories for research and practice*. Madison ; University of Wisconsin.
- Mustikasari. (2007). *Stres, koping dan adaptasi*. <http://mustikanirse.blogspot.com/2007/02/stres-koping-dan-adaptasi.html>. diperoleh tanggal 5 April 2009.
- Nursalam & Pariani, S. (2001). *Pendekatan praktis metodologi riset keperawatan*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Pagano, M & Gauvreau, K. (1993). *Principles of biostatistics*. California : Belmont.
- Rawlins, William & Beek. (1993). *Mental health psychiatric nursing A holistic life cycle approach*. Third Edition. USA: Mosby Years Book
- Sastroasmoro, S & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ke-3, Jakarta : Sagung Seto.

- Sembiring, S. A. (2002). *Penataan lingkungan sosial bagi penderita dimensia (Pikun) dan RTA (retardasi mental)*. <http://library.usu.ac.id/download/fisip/Dimensia.pdf>. diperoleh tanggal 5 April 2009.
- Setiadi. (2007), *Konsep dan penulisan riset keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Siswono. (2001). *Sangat besar beban akibat gangguan jiwa*. <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1002779805.55571>. diperoleh tanggal 6 April 2009.
- Steward. (2009). *Self-help groups for mental health..* <http://www.wikipedia.org/wiki>. diperoleh tanggal 22 Januari 2009).
- Stuart, G. W & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th Edition, St. Louis, Missouri : Mosby.
- Stuart & Sundeen. (1995). *Principles and practice of psychiatric nursing*. Fifth Edition. St. Louis, Missouri : Mosby.
- _____. (1998). *Buku saku keperawatan jiwa*. Edisi Tiga. Alih bahasa Achir Y. S. H. Jakarta : EGC.
- Tammi & Mark. (2008). *Mental retardation : family therapy and support groups*. [http ; www. Mentalhelp.net/poc/view.doc.Php type=doc&id= 1037& cn208](http://www.Mentalhelp.net/poc/view.doc.Php?type=doc&id=1037&cn208). diperoleh tanggal 5 Pebruari 2009.
- Tomb, A. D (2004). *Buku saku psikiatri* Edisi-6, Jakarta : EGC
- Townsend, C. M. (2003). *Psychiatric mental health nursing concept of care*. Fourth Edition. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Utami, T. W. (2008). *Pengaruh self-help groups terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di kelurahan sindang barang bogor tahun 2008*. Hasil Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Varcarolis, M. E. dkk, (2006). *Foundations of psychiatric mental health nursing a clinical approach*. Fifth Edition. St. Louis, Missouri : Mosby.
- Videbeck, S. L. (2004). *Psychiatric mental health nursing*. Second Edition, Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Wiwin dkk. (2006). *Penerimaan keluarga terhadap individu yang mengalami keterbelakangan mental*. <http://journal.unair.ac.id/filerPDF/03%20-%20Penerimaan%20Keluarga%20Terhadap%20Individu%20yang%20Mengalami%20Keterbelakangan%20Mental.pdf>. diperoleh tanggal 5 April 2009.

Wong, L. D. (2004). *Pedoman klinis keperawatan pediatrik*. Edisi Empat. Jakarta : EGC.

Wilkinson. (2007). *Diagnoses keperawatan*. Jakarta: EGC.

Yosep, I. (2008). *Faktor penyebab dan proses terjadinya gangguan jiwa*, [http; //resources.unpad.ac.id/unpad-content/uploads/publikasi_dosen/proses%20terjadinya%20gangguan.%20jiwa](http://resources.unpad.ac.id/unpad-content/uploads/publikasi_dosen/proses%20terjadinya%20gangguan.%20jiwa). Pdf. diperoleh tanggal 28 Pebruari 2009.

