ADLA Perpustakaan Universitas Airlangga

TERAPI *CONJOINT* KELUARGA UNTUK MENINGKATKAN PERHATIAN KELUARGA PADA INDIVIDU RETARDASI MENTAL DAN GANGGUAN SOMATISASI

TUGAS AKHIR

Diajukan Sebagai Persyaratan
Memperoleh Gelar Magister Profesi Psikologi
Mayoring Psikologi Klinis

Disusun Oleh :

Hera Wahyuni, S.Psi.
NIM. 090315184M

Program Profesi Magister Psikologi
Fakultas Psikologi
Universitas Airlangga
Surabaya.

Semester Genap 2004/2005

HALAMAN PERSETUJUAN

Tugas Akhir ini telah disetujui untuk diujikan pada
Sidang Ujian Tugas Akhir

Pembimbing Kedua

I. Sanny P. Wardhana, S. Psi, Psikolog
132 300 880

Pembimbing Pertama

Nurul Hartini, S. Psi, M. Kes.
132 161 192

HALAMAN PENGESAHAN

Tugas Akhir ini telah dipertahankan pada
Sidang Ujian Tugas Akhir pada
hari Selasa tanggal 23 Agustus 2005,
dengan susunan Dewan Penguji:

Anggota

Nurul Hartini, S. Psi., M.Kes.
NIP. 132 161 192

Anggota

I. Sanny P. Wardhana, S.Psi., psi.
NIP. 132 300 880

Anggota,

Dr. Elmira N. Sumintardja
NIP. 130 682 667

Ketua

Drs. Duta Nurdibyanandaru, M.S,
NIP. 131 411 101

Sekretaris

Dra. Hamidah, M.Si.
NIP. 132 170 592

Program Profesi Magister Psikologi
Fakultas Psikologi Universitas Airlangga
Ketua Program

Drs. E.M.A. Subekti, M.Kes., M.Psi
NIP. 130 937 723

LEMBAR PERNYATAAN

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Tugas Akhir yang saya susun ini merupakan hasil karya tulis saya sendiri. Adapun bagian-bagian tertentu tertentu dalam Tugas Akhir yang saya peroleh dari hasil karya tulis orang lain, telah saya tuliskan sumbernya dengan jelas, sesuai dengan kaidah penulisan ilmiah.

Apabila pada kemudian hari ditemukan adanya plagiat dalam Tugas Akhir saya, maka saya bersedia menerima sanksi percabutan gelar akademik dengan sebutan profesi yang telah saya sandang, beserta segala konsekwensinya, sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Surabaya, Agustus 2005

METERAI TEMPEL Tgl. 20 6000 ENAM RIBU RUPIAH

Hera Wahyuni, S. Psi.
NIM 090315184 M

UCAPAN TERIMAKASIH

Alhamdulillah, segala puji dan syukur bagi Allah SWT, karena hanya dengan taufiq, hidayah dan anugerah-Nya semata sehingga penulisan tugas akhir yang berjudul : Terapi Keluarga Untuk Meningkatkan Harga Diri Individu Yang Mengalami Retardasi Mental Dan Gangguan Somatisasi, dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Penulis yakin penulisan tugas akhir ini tidak akan dapat terselesaikan tanpa adanya dorongan dan bantuan dari berbagai pihak . Oleh karena itu dengan terselesaikannya tugas akhir ini, perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terimakasih, kepada :

1. Bapak Prof. Dr Zainudin, selaku Dekan Fakultas Psikologi Universitas Airlangga.
2. Ibu Nurul Hartini, S.Psi, M.Kes, selaku dosen sekaligus Pembimbing Utama, yang telah memberikan motivasi dan selalu memberikan semangat, di kala penulis sudah kehilangan semangat. Sebagai sumber motivator dan sosok idola bagi penulis.
3. I. Sanny. P. Wardhana, S. Psi, Psikolog, Selaku pembimbing kedua yang selalu memberikan bimbingan dan tuntunan dalam penulisan tugas akhir dengan penuh kesabaran.
4. Seluruh dosen dan staf pengajar di Program Profesi Magister Psikologi Universitas Airlangga Surabaya, yang telah memberikan bimbingan belajar sesuai dengan keahliannya masing-masing.
5. Staf administrasi Bu Lastri, perpustakaan, dan laboratorium Program Profesi Magister Psikologi Universitas Airlangga, yang telah memberikan pelayanan demi kelancaran studi bagi penulis.
6. Mama dan Papaku, yang telah memberikan dukungan moral dan materi bagi penulis. Terimakasih ya ma..., untuk semuanya.
7. Ke dua kakakku tersayang Kak Vera dan Kak Go, yang selalu memberikan cambuk semangat agar penulis tetap tegar dan mencoba berbuat yang terbaik.

8. Mas Hendy Indiarto, terimakasih untuk selalu sabar dan perhatian menghadapi penulis, semoga selamanya akan seperti itu... Amien.
9. Kepada pimpinan dan teman-teman Guru SMA Muhammadiyah 2 Sidoarjo yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan tugas akhir ini. SMAMDA ....Do The Best.
10. Mbak lilis, yang selalu memberi semangat dan kemudahannya untuk memberikan ijin. Selamet ya mbak jadi penganten baru.
11. Teman-teman angkatan pertama profesi magister psikologi klinis, terus berjuang ya...

Menyadari akan segala ketrbatasan dan kekurangan yang ada pada diri penulis, sehingga penulisan tugas akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, dengan segala kerendahan dan ketulusan hati penulis akan sangat berterimakasih apabila ada pihak-pihak yang berkenan memberikan kritik dan saran yang bersifat membangun. Semoga Allah SWT senantiasa meridhoi usaha kita dan tugas akhir ini bermanfaat. Amin.

Sidoarjo, Agustus 2005

Hera Wahyuni, S. Psi
090315184 M

DAFTAR ISI

Halaman Judul i
Halaman Persetujuan ii
Lembar Pengesahan iii
Pernyataan iv
Ucapan Terimakasih v
Daftar Isi vii
Daftar Tabel ix
Daftar Gambar x
Daftar Lampiran xi
Abstrak xi

BAB I PENDAHULUAN
Latar Belakang Masalah 1
Rumusan Masalah 5
Tujuan Penelitian 5

BAB II TINJAUAN TEORITIK
1. Permasalahan atau Kasus yang Hendak Dipecahkan
1.1 Kerusakan Otak
1.1.1 Definisi Kerusakan Otak 6
1.1.2 Kerusakan otak Akibatkan Cedera Kepala 6
1.2 Retardasi Mental
1.2.1 Definisi Retardasi Mental 8
1.2.2.Klasifikasi Retardasi Mental 9
1.2.3 Etiologi Retardasi Mental 11
1.2.4 Karakterikstik Individu yang Mengalami Retardasi Mental 12
1.3 Somatisasi
1.3.1 Definisi Somatisasi 13
1.3.2 Kriteria Diagnostik Somatisasi 15
1.3.3 Etiologi Somatisasi 17
1.4 Keluarga
1.4.1 Definisi keluarga 19
1.4.2 Fungsi keluarga 20
1.4.3 Manfaat Adanya Perhatian dan Kelekatan Antara Anak dan Orangtua 22
1.4.4 Faktor penyebab Kurangnya Perhatian 25
1.4.5 Dampak yang Ditimbulkan Kurang Perhatian. 27
1.5 Terapi Keluarga
1.5.1 Definisi Terapi Keluarga 31
1.5.2 Tujuan Terapi Keluarga 32
1.5.3 Pendekatan Terapi Keluarga 33

1.6 Kurangnya Perhatian Keluarga pada individu Retardasi Mental Pasca Cedera Kepala dan Somatisasi..... 34

2. Metode Asessment
2.1 Alat Tes
2.1.1 Tes Standard Progresive Matrics..... 38
2.1.2 Tes Rorchach..... 38
2.1.3 Tes Bender Gestald..... 39
2.1.4 Tes Vineland Social Maturity Scale..... 39
2.2 Wawancara..... 40
2.3 Observasi..... 40
2.4 Dokumen..... 41
3. Desain Intervensi yang Diajukan
3.1 Terapi Keluarga..... 41
3.2 Terapi Kelompok..... 42
3.3 Psikoterapi Psikoanalisis..... 42

BAB III DESAIN INTERVENSI
1. Desain Intervensi yang di Gunakan
1.1 Dinamika Kepribadian..... 43
1.2 Intervensi yang digunakan..... 46
2. Kerangka Konseptual..... 49
3. Rancangan Intervensi..... 50
4. Rancangan Evaluasi Intervensi..... 57

BAB IV PELAKSANAAN INTERVENSI
1. Diskripsi Kasus 59
2. Laporan Kegiatan Intervensi..... 61
3. Evaluasi Hasil Intervensi..... 66

BAB V KESIMPULAN dan SARAN
1. Kesimpulan..... 69
2. Saran..... 70

DAFTAR PUSTAKA..... 72

LAPMPIRAN..... 74

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Retardasi Mental Berdasarkan DSM IV.....	9
Tabel 2.2	Klasifikasi Retardasi Mental Berdasarkan PPDGJ.....	10
Tabel 2.3	Perkembangan Individu Retardasi Mental.....	13
Tabel 3.1	Rancangan Kegiatan Intervensi Tahap 1.....	51
Tabel 3.2	Rancangan Kegiatan Intervensi Tahap 2.....	52
Tabel 3.3	Rancangan Kegiatan Intervensi Tahap 3.....	54
Tabel 3.4	Rancangan Evaluasi Intervensi Tahap 1.....	57
Tabel 3.5	Rancangan Evaluasi Intervensi Tahai 2.....	57
Tabel 3.6	Rancangan Evaluasi Intervensi Tahai 3.....	58
Tabel 4.1	Gambaran Pelaksanaan Per-Tahap	61
Tabel 4.2	Hasil Evaluasi Keberhasilan.....	66

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual..... 49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Identitas dan Status Praesens.....	74
Lampiran 2	Riwayat Medis dan Keluhan.....	75
Lampiran 3	Observasi.....	77
Lampiran 4	Wawancara.....	81
Lampiran 5	Tes Standard Progresive Matrics.....	85
Lampiran 6	Tes Bender Gestald.....	86
Lampiran 7	Tes Rorchach.....	87
Lampiran 8	Tes Vineland Social Maturity Scale.....	88
Lampiran 9	Analisis Fragmental dan Dinamika Kepribadian.....	90
Lampiran 10	Diagnosis.....	92
Lampiran 11	Prognosis.....	93

ABSTRAK

Universitas Airlangga Fakultas Psikologi
Program Profesi Magister Psikologi
Mayoring Psikologi Klinis

Nama : Hera Wahyuni
Judul : Terapi *Conjoint* Keluarga untuk Meningkatkan Perhatian Keluarga pada Individu Retardasi mental dan Gangguan Sonatosasi

xii + 73 halaman, 20 lampiran

Penulisan tugas akhir ini pada prinsipnya bertujuan menerapkan terapi *"conjoint"* keluarga untuk meningkatkan perhatian keluarga pada individu yang mengalami retardasi mental dan gangguan somatisasi. Hal tersebut merupakan fenomena yang sangat menarik untuk di intervensi, mengingat semakin banyaknya keluarga yang tidak berfungsi sebagaimana mestinya, yang berakibat pada pembentukan kepribadian anak yang lemah, yakni harga diri yang rendah. Tugas akhir ini mengambil subyek seorang pasien di Puskesmas Sidotopo Wetan. Setiap 2-3 hari sekali ia berobat dengan keluhan yang hampir sama yaitu : pusing, bibir sakit, perut sakit, setelah di diagnosa ternyata tidak terjadi gangguan fisik. Selama 2 bulan penulis mengadakan pendekatan dengan S maka di ketahui bahwa ia tidak senang dengan sikap ibu terhadapnya, menurut S Ibunya adalah sosok yang cerewet', dan tidak menyayanginya. Penulispun mulai mengadakan pendekatan dengan keluarga S selama sebulan, keluarga S cukup menerima penulis dengan baik, ternyata orangtua subyek terutama ibunya tidak mampu memberikan peranan yang baik, bahkan cenderung meremehkan dan menganggap subyek adalah anak yang tidak berguna dan tidak pernah memberikan kesempatan S untuk maju.

Assesment yang digunakan, yakni : observasi untuk mengamati kebiasaan pola asuh keluarga terhadap S, wawancara yang mendalam terhadap keluarga, S dan pihak puskesmas tempat subyek biasanya berobat dan beberapa alat tes psikologi seperti *standard progresive matrics* untuk mengetahui kecerdasan subyek yang ternyata S mengalami gangguan retardasi mental, Tes Rorchach untuk memberikan prediksi tentang tingkahlaku seseorang yang nyata dengan memberikan gambaran struktur kepribadian dasar yang melandasi tingkah lakunya, *bender gestald* untuk mengetahui kerusakan organik pada otak dan gangguan mental pada S, dan *vineland social maturity scale* untuk mengetahui kematangan sosial di diri S, sebelum dan sesudah di lakukan intervensi.

Penulis memilih untuk menerapkan terapi "conjoint" keluarga, karena di nilai paling efektif untuk membantu memecahkan problem perilaku anak dan mengubah sistem keluarga, intervensi ini dilakukan selama 1½ bulan. Intervensi ini ternyata cukup bisa meningkatkan kualitas perhatian keluarga guna memberikan rasa nyamanpada individu yang memiliki gangguan retardasi mental pasca cedera kepala dan somatisasi, keluarga S dibilang cukup kooperatif terutama kakak dan ibu S, hanya karena S juga tinggal bersama dengan keponakan-keponakannya yang masih kecil maka terkadang mereka tetap merendahkan S, walaupun sudah sering diingatkan, sehingga hasil intervensi ini kurang optimal, begitupun dengan perasaan nyaman dan perhatian yang diberikan oleh pihak puskesmas terhadap S membuatnya selalu ingin ke sana, walaupun tidak sesering dulu lagi, karena S mulai merasa keluarga sekarang mulai menyayanginya.

Daftar Pustaka, 25 (1993-2004)

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang Masalah

Kerusakan otak yang terjadi di sebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya adalah keadaan otak anak beserta susunan syarafnya yang diwarisi dari orangtua, perubahan-perubahan di dalam atau kerusakan pada pusat susunan syaraf yang dibedakan cedera atau penyakit, sebelum atau sesudah lahir (http:/pamaba.4t.com/contact.htm).

Riset-riset dibidang kedokteran menunjukkan, sebagian besar anak-anak yang mengalami kerusakan otak mempunyai problem tingkah laku, yang mengalami kesulitan dalam belajar membaca di sekolah, anak-anak yang over-aktif, sulit belajar disiplin, mudah teralihkan perhatiannya, koordinasinya buruk, dan mempunyai kesulitan pengamatan.

Setiap orangtua tentu menginginkan anaknya sempurna, memperoleh pendidikan dan pekerjaan yang layak. Ketika hal tersebut tidak terpenuhi, tak jarang di antara mereka yang kecewa bahkan tidak ingin menyekolahkan anaknya yang berkebutuhan khusus. Sebenarnya tidak ada anak cacat melainkan anak berkebutuhan khusus, karena anak-anak yang dianggap cacat itu sebenarnya sama saja dengan anak-anak pada umumnya, punya kelebihan dan kekurangan, tetapi karena pemahaman sebagian masyarakat yang kurang, maka masyarakatlah yang memberi label cacat itu, untuk itu perlu dipahami sebuah pendekatan kepada masyarakat bahwa mereka yang mempunyai

keterbatasan ada dalam lingkungan mereka, sama-sama mempunyai hak yang sama dengan anak yang normal pada umumnya.

Tidak sedikit keluarga yang malu, dan justru menutup-nutupi keadaan anak mereka dan melihat ini sebagai bencana. Menurut Centi (1993 : 16) Orangtua kerapkali juga memberikan cap kepada anak-anaknya. Cap itu akan dipergunakan anak untuk berpikir tentang dirinya. Meski cap seperti "anak malas". "anak bodoh", atau "anak tidak berguna" tidak selalu tepat dapat dikenakan pada anak-anak, namun cap itu karena dijadikan sebutan diri, akan tetap bertahan sebagai bagian gambaran diri anak-anak, sehingga anak tumbuh dan merasa tidak berharga dan tidak pantas dicintai.

Anak-anak yang kebutuhan emosionalnya tidak terpenuhi akibat problem kelekatan yang dialami, berpotensi mengalami masalah intelektual, masalah emosional dan masalah moral dan sosial di kemudian hari (http:/www.e-psikologi.com/anak/010402.htm).

Penelitian terbaru membuktikan bahwa IQ bukan semata-mata bawaan sejak lahir, melainkan hasil interaksi antara faktor bawaan dan faktor lingkungan dimana seseorang tumbuh. Cukup atau tidaknya stimulasi intelektual dari luar, baik dari orangtua maupun lingkungan sekitar, dipercaya sebagai salah satu faktor lingkungan yang mempengaruhi IQ seseorang. Banyak kasus keterbelakangan mental dan IQ rendah disebabkan kurangnya stimulasi intelektual dari lingkungan sekitar. Lalu, orangtua yang bagaimana yang dianggap "kurang memberikan stimulasi intelektual" pada anak (http:/godeita.blogspot.com/2005/04). Tidak sedikit anak dengan kebutuhan

khusus ini mencari perhatian dengan keluhan tubuh yang bermacam-macam di luar rumah, karena ia tidak lagi mendapatkan perhatian di keluarganya, seperti gejala somatisasi.

Craig, Board-man, Mills, Daly-Jones & Drake melakukan penelitian bahwa satu sampai dua tahun ini di ketahui bahwa faktor prediktor yang paling besar adalah akibat kehilangan kasih sayang atau kurangnya perhatian terutama dari orangtua, dan hal ini mengakibatkan somatisasi di usia dewasa (Henry & Patricia, 2001:217).

Paparan tentang studi keluarga yang memiliki anak yang mengalami kerusakan otak pasca kecelakaan ini terjadi pada kasus S, yang memiliki gambaran kasus seperti ini : S di sinyalir mengalami kerusakan otak, hal ini dapat di lihat dari masa lalu S, di mana S pernah tidak naik sekolah (sewaktu kelas 1 SD) selama 4 tahun berturut-turut hingga adik S kelas 3 SD S tetap saja kelas 1 SD dengan alasan inilah akhirnya Ibu S mengeluarkan S dari sekolah dan ia tidak pernah sekolah lagi, hingga saat ini belum mampu untuk membaca dan menulis, satu kata yang sering ia tulis adalah namanya sendiri. Sewaktu umur 5 tahun S pun pernah terjatuh dari mobil yang sedang berjalan, setelah kejadian tersebut sekujur badan S menjadi panas dan bengkak tetapi menurut ibu S pihak dokter hanya mengangggap hal tersebut sebagai luka biasa. Begitupun dengan hasil tes psikologi S yang menyatakan kapasitas kognitif S mengalami retardasi mental ringan, yang di sebabkan kerusakan otak setelah kecelakaan..

Kekurangan S ini, justru membuat keluarga S tidak memberi kesempatan S untuk melakukan apapun, menurut ibunya "*percuma ae nyuruh S, bukannya jadi bener malah jadi ga beres kabeh, iso'e me' makan ambek turu' tok" (saduran : percuma saja menyuruh S, bukannya jadi bener justru semakin tidak beres, S itu bisanya hanya makan dengan tidur saja).* Tidak jarang pihak keluarga terutama Ibu S membanding-bandingkan S dengan adiknya yang lain, dan S pun hanya diam saja. Kejadian-kejadian inilah yang membuat S mengalami perasaan tidak di sayangi dan diperhatikan, sehingga ia mencari perhatian di luar rumah dengan cara sering berobat ke puskesmas karena iS merasa di sana ia diperhatikan, begitupun dengan keberadaan susternya yang cantik dan ramah.

Hal ini mendorong penulis mencoba merancang dan menerapkan "Terapi *conjoint* keluarga untuk meningkatkan perhatian keluarga pada anak retardasi mental dan somatisasi". Di pilihnya terapi keluarga karena menurut Latipun (2000:175) Anggota keluarga adalah bagian yang tidak mungkin dipisahkan dari anak (klien) baik dalam melihat permasalahnnya maupun penyelesaiannya. Sebagai suatu sistem, permasalahan yang dialami seorang anggota keluarga akan efektif diatasi jika melibatkan anggota keluarga yang lain .

2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis merumuskan masalah, adalah sebagai berikut :

" Bagaimanakah menerapkan terapi *conjoint* keluarga untuk meningkatkan perhatian pada individu yang mengalami retardasi mental dan gangguan somatisasi ".

3. Tujuan Penulisan

Penulisan ini bertujuan untuk :

" Menerapkan terapi *conjoint* keluarga untuk meningkatkan perhatian keluarga pada individu yang mengalami retardasi mental dan gangguan somatosasi ".

BAB II

TINJAUAN TEORITIK

1. Permasalahan Yang Hendak Dibahas

1.1Kerusakan Otak

1.1.1 Definisi Kerusakan Otak

Pengertian rusak: Tidak dapat dipergunakan lagi. Tidak bekerja sesuai fungsinya, tidak berguna lagi sesuai kebutuhan. Bagaimana dengan kerusakan otak, berarti otak tersebut tidak dapat bekerja atau digunakan sesuai dengan fungsinya *(http://www.yakita.or.id/kerusaan-otak1.htm).*

Kerusakan otak di sebabkan oleh 3 hal, yakni : Ada yang memang bawaan dari kecil *(down syndrome)*, Ada yang karena kecelakaan: mengalami benturan, kecelakaan dan lain-lain.sehingga menyebab cedera pada kepala., Ada yang karena efek atau pengaruh obat-obatan yang digunakan secara terus menerus dan jangka waktu yang lama.

1.1.2 Kerusakan Otak yang Disebabkan Cedera Kepala

Mekanisme cedera kepala berat serupa dengan dewasa, namun anak yang tertabrak kendaraan 3 kali lebih sering dari dewasa. Kecelakaan sepeda juga sering, jatuh dari kendaraan bermotor namun akibat jatuh tidak sesering dewasa, Walau begitu,

derajat kerusakan yang diakibatkan oleh jatuh tidak sama dengan dewasa.

Banyak aspek, pengelolaan cedera kepala pada anak serupa dengan dewasa. Namun dalam beberapa hal sedikit berbeda atau sangat khusus. Anak-anak terutama yang berusia 2 tahun kebawah rentan terhadap komplikasi dan sekuele berat setelah cedera kepala berat. Banyak dari komplikasi tersebut. berkaitan dengan cedera sekunder otak seperti edema, hiperemia, hipoksia. Akan dibahas pengelolaan pasien dengan cedera kepala berat dimana pasien tidak dapat ikut perintah, koma (GCS ≤ 8), dan tidak dapat membuka mata *(http:/www.angelfire.com/nc/neurosurgery/ckanak.htm).*

Cedera kepala yang berat tentu saja mengakibatkan kerusakan pada otak. Neurologi mempelajari bagaimana otak itu bekerja dan membantu menyembuhkan bila terjadi kerusakan pada otak. Bagian-bagian otak itu sendiri ada yang menjadi pusat bahasa. Otak terbagi dua secara kasar, dapat dikatakan bagian yang simetris, yang disebut otak kiri dan kanan. Otak kiri lebih bertanggung jawab terhadap bahasa secara primer, sedangkan yang kanan bertanggung jawab terhadap kontrol visual dan keterampilan bagian-bagian seperti persepsi non-linguistik dan melodi musik *(http://pikiran-rakyat.com/cetak/0704/08).*

Lokalisasi fungsi kognitif dan perseptual ini di dalam *hemisphere* tertentu yang disebut *lateralisasi.* Kedua *hemisphere*

(kiri dan kanan) otak bekerja mengontrol aktivitas otot-otot seperti pada penglihatan dan pendengaran. Pembangkit minat terhadap organisasi tubuh yang menjadi pusat bahasa di dalam otak mengakibatkan studi antardisiplin ilmu kedokteran dan ilmu bahasa (*linguistik*).

Kenyataannya otak kanan bertanggung jawab untuk menggerakkan kaki dan lengan kiri, sedangkan bagian kiri mengontrol lengan dan kaki kanan. Oleh karena itu, orang yang menderita kerusakan otak kanan (stroke misalnya) akan mengakibatkan kelumpuhan pada bagian tubuh sebelah kiri. Kontrol bagian tubuh oleh bagian yang berlawanan antara kiri dan kanan ini disebut *kontralateralisasi*.

Disfungsi tersebut menyebabkan anak yang mengalami kerusakan otak kemungkinan besar akan memiliki kapasitas intelegensi setara dengan "*mentaly defective*" atau retardasi mental.

1.2 Retardasi Mental

1.2.1 Definisi Retardasi Mental

Retardasi mental adalah suatu gangguan yang heterogen yang terdiri dari fungsi intelektual yang di bawah rata-rata dan gangguan dalam keterampilan adaptif yang di temukan sebelum orang berusia 18 tahun (Kaplan & Sadock, 1997:673).

Retardasi mental menurut Maramis (2004:386) ialah keadaan dengan intelegensi yang kurang (subnormal) sejak masa perkembangan (sejak lahir atau masa anak). Biasanya terdapat perkembangan mental yang kurang secara keseluruhan (seperti juga pada demensia), tetapi gejala utama (yang menonjol) ialah intelegensi yang terkebelakang. Retardasi mental disebut juga oligofrenia atau tuna mental.

Berdasarkan uraian di atas maka dapat di simpulkan retardasi mental adalah suatu keadaan perkembangan yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya hendaya ketrampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial.

1.2.2 Klasifikasi Diagnostik Retardasi Mental

DSM IV (dalam Kaplan & Sadock, 1997:675) memberikan 4 tipe retardasi mental, yang mencerminkan tingkat gangguan intelektual yakni :

Tabel 2.1 : Klasifikasi Retardasi Mental Berdasarkan DSM IV

No	Klasifikasi	Tingkat IQ
1.	Retardasi mental ringan	50-55 s/d 70
2.	Retardasi mental sedang	35-40 s/d 50-55
3.	Retardasi mental Berat	20-25 s/d 35-40
4.	Retardasi mental sangat berat	>20

(Sumber : Kaplan & Sadock, 1997:675)

Menurut Rusdi Maslim Retardasi mental diklasifikasikan menjadi 4, (dalam PPDGJ-III, 2002:120), adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 : Klasifikasi Retardasi Mental Berdasarkan PPDGJ III

Klasifikasi	Keterangan
F70 Retardasi Mental Ringan	• Bila menggunakan tes IQ baku yang tepat, maka IQ berkisar antara 50 samapai 69 menunjukkan retardasi mental ringan • Pemahaman dan penggunaan bahasa cenderung terlambat pada berbagai tingkat, dan masalah kemampuan berbicara yang mempengaruhi perkembangan dapat menetap samapai dewasa. Walaupun mengalami keterlambatan dalam kemampuan bahasa tetapi sebagian besar dapat mencapai kemampuan berbicara untuk keperluan sehari-hari. Kebanyakan juga dapat mandiri penuh dalam merawat diri sendiri dan mencapai ketrampilan rumah tangga, walaupun tingkat perkembangannya agak lambat dari pada normal. Kesulitan utama biasanya tampak dalam pekerjaan sekolah yang bersifat akademik, dan banyak masalah khusus dalam membaca dan menulis. • Etiologi organik hanya dapat diidentifikasi pada sebagian penderita. • Keadaan lain yang menyertai seperti autisme, gangguan perkembangan lain, epilepsi, gangguan tingkahlaku atau disabilitas fisik dapat ditemukan dalam berbagai proporsi. Bila terdapat gangguan demikian, maka harus di beri kode diagnostik sendiri.
F71 Retardasi Mental Sedang	• IQ biasanya berada pada rentang 35 sampai 49 • Umumnya ada profil kesenjangan (*discrepancy*) dari kemampuan, beberapa dapat mencapai tingkat yang lebih tinggi dalam ketrampilan visual-spatial daripada tugas-tugas yang tergantung pada bahasa, sedangkan yang lainnya sangat canggung namun dapat mengadakan interaksi sosial dan percakapan sederhana. Tingkat perkembangan bahasa bervariasi: ada yang dapat mengikuti percakapan sederhana, sedangkan yang lain hanya dapat berkomunikasi seadanya untuk kebutuhan mereka. • Suatu etiologi organik dapat diidentifikasi pada kebanyakan penyandang retardasi mental sedang. • Autisme masa kanak atau gangguan perkembangan perpasif lainnya terdapat pada sebagian kecil kasus, dan mempunyai pengaruh besar pada gambaran klinis dan tipe penatalaksanaan yang dibutuhkan. Epilepsi, disabilitas neurologik dan fisik juga lzim di temukan meskipun kebanyakan penyandang retardasi mental mampu berjalan tanpa bantuan. Kadang-kadang di dapatkan gangguan jiwa lain, tetapi karena tingkat perkembangan bahasanya yang terbatas sehingga sulit menegakkan diagnosis dan harus tergantung dari informasi yang diperoleh dari orang lain yang mengenalnya. Setiap gangguan penyerta harus di beri kode disgnosis terseniri.
F72 Retardasi Mental Berat	• IQ biasanya berada dalam rentang 20 samapai 34 • Pada umumnya mirip dengan retardasi mental sedang dalam hal : - Gambaran klinis

el 2.2 lanjutan

	- Terdapatnya etiologi organik - Kondisi yang menyertainya - Tingkat prestasi yang rendah • Kabanyakan penyandang retardasi mental berat menderita gangguan motorik yang mencolok atau defisit lain yang menyertainya, menunjukkan adanya kerusakan atau penyimpangan perkembangan yang bermakna secara klinis dari susunan syaraf pusat
F73 Retardasi Mental Sangat Berat	• IQ biasanya di bawah 20 • Pemahaman dan penggunaan bahasa terbatas, paling banter mengerti perintah dasar dan mengajukan permohonan sederhana. • Keterampilan visuo-spatial yang paling dasar dan sederhana tentang memilih dan mencocokkan mungkin dapat di capainya, dan dengan pengawasan dan petunjuk yang tepat penderita mungkin dapat sedikit ikut melakukan tugas praktis dan rumah tangga. • Suatu etiologi organik dapat di-identifikasi pada sebagian besar kasus. • Bisanya ada disabilitas neurologik dan fisik lain yang berat yang mempengaruhi mobilitas, seperti epilepsi dan hendaya daya lihat dan daya dengar. Sering ada gangguan perkembangan pervasif dalam bentuk sangat berat khususnya autisme yang tidak khas *(atypical autis)*, terutama pada penderita yang dapat bergerak.
F78 Retardasi Mental Lainnya	• Kategori ini hanya di gunakan bila penilaian dari tingkat retardasi mental dengan memakai prosedur biasa sangat sulit atau tidak mungkin dilakukan karena adanya gangguan sensorik atau fisik, misalnya buta, bisutuli, dan penderita yang perilakunya terganggu berat atau fisiknya tidak mampu.
F79 Retar-dasi Mental YTT	• Jelas terdapat retardasi mental, tetapi tidak ada informasi yang cukup untuk menggolongkan dalam salah satu kategori tersebut di atas.

(Sumber : PPDGJ-III, 2002:120)

1.2.3 Etiologi Retardasi Mental

Retardasi mental menurut Maramis (2004:386) disebabkan oleh faktor keturunan (retardasi mental genetik), mungkin juga tidak diketahui (retardasi mental simplex). Kedua-duanya ini dinamakan juga retardasi mental primer. Retardasi mental sekunder disebabkan faktor-faktor dari luar yang diketahui dan faktor-faktor dari luar yang diketahui dan faktor-faktor ini mempengaruhi otak mungkin pada waktu pranatal, perinatal atau postnatal.

Faktor penyebab dalam retardasi mental adalah kondisi genetik (kromosom dan bawaan), pemaparan pranatal dengan infeksi dan toksin, trauma perinatal (seperti prematuritas), kondisi yang didapat, dan faktor sosiokultural. Keparahan retardasi mental yang dihasilkannya adalah berhubungan dengan saat dan lama trauma atau pemaparan pada sistem syaraf pusat (Kaplan & Sadock, 1997:675).

Faktor sosiokultural yang menyebabkan anak kita retardasi ringan secara bermakna menonjol di antara orang yang mengalami gangguan kultural, kelompok sosioekonomi rendah, dan banyak sanak saudaranya terkena retardasi mental dengan derajat yang mirip.

Masalah lain yang tidak terpecahkan adalah pengaruh gangguan mental parental yang parah. Gangguan tersebut dapat menggangu pengasuhan dan stimulasi anak dan aspek lain dari lingkungan mereka. Anak-anak dari orangtua dengan gangguan *mood* dan *skizofrenia* diketahui berada dalam resiko mengalami gangguan tersebut dan gangguan yang berhubungan.

1.2.4 Karakteristik Individu yang Mengalami Retardasi Mental

Menurut Hodapp dan Zigler (dalam Eric. J & David, 1999:351), kebanyakan anak dengan retardasi mental tidak memiliki kemampuan yang cukup untuk belajar pada sekolah-sekolah umum, hal ini terkadang semakin membuatnya bertambah frustasi, karena secara langsung akan membuatnya memiliki kemampuan yang

rendah baik di bidang kognitif maupun sosialisasinya, begitupun dengan motivasi anak retardasi mental yang rendah sehingga mereka mudah putus asa.

Menurut maramis (2004:392) perkembangan seseorang dengan retardasi mental berbeda dengan kebanyakan orang normal di mana mereka banyak mengalami hambatan, yakni :

Tabel 2.3 : Perkembangan Individu Retardasi Mental

Ting-kat RM	Umur pra sekolah: 0-5 th Pematangan & perkembangan	Umur sekolah: 6-20 thn Latihan & pendidikan	Masa dewasa:21 thn > Kecukupan sosial
Berat sekali	Kemampuan minimal untuk berfungsi dalam bidang sensori motorik ; membutuhkan pera-watan.	Perkembangan motorik sedikit; dapat bereaksi terhadap latihan mengurus diri sendiri secara minimal atau terbatas.	Perkembangan motorik dan bicara sedikit; dapat mencapai mengurus diri sendiri secara sangat terbatas; membutuhkan banyak perawatan.
Berat	Perkembangan motorik kurang; bicara minimal; pada umumnya tak dapat di latih untuk mengurus diri sendiri; keterampi-lan komunikasi tidak ada atau hanya sedikit sekali.	Dapat berbicara atau belajar komunukasi' dapat dilatih dalam kebiasaan kesehatan dasar; dapat di latih secara sistematik dalam kebiasaan.	Dapat mencapai sebagian dalam mengurus diri sendiri di bawah pengawasan penuh; dapat mengem-bangkan secara mini-mal berguna keterampi-lan menjaga diri dalam lingkungan yg terkontrl
Seda-ng	Dapat berbicara atau belajar berkomunikasi; kesadaran sosial kurang; perkembangan motorik cukup; dapat belajar mengurus diri sendiri; dapat di atur dengan pengawasan sedang.	Dapat dilatih dalam ketrampilan sosial dan pekerjaan; sukar untuk maju lewat kelas 2 SD dalam mata pelajaran akademik; dapat belajat bepergian sendirian di tempat yang sudah di kenal.	Dapat mencari nafkah dalam pekerjaan kasar ("unskilled") atau setengah terlatih dalam keadaan yg terlendung; memerlukan pengawas-an dan bimbingan bila mengalami stres sosial atau stress ekonomi yang ringan.
Ri-ngan	Dapat mengembang-kan keterampilan sosial dan komunikasi; keterbelakangan minimal dalam bidang sosial motorik; sering tidak dapat di bedakan dari normal hingga usia lebih tua.	Dapat belajar keterampilan akademik sampai kira-kira kelas 6 SD pada umur belasan tahun (dekat dengan umur 20 Tahun); dapat dibimbing ke arah konformitas sosial.	Biasanya dapat mencapai ketrampilan sosial dan pekerjaan yang cukup untuk mencari nafkah, tetapi memerlukan bimbingan dan bantuan bila mengalami stress sosial atau stres ekonomi yang luar biasa.

(Sumber : Maramis, 2004: .3 Somatisasi)

1.3 Somatisasi

1.3.1 Definisi Somatisasi

Menurut M Noor Rochman, gangguan somatisasi merupakan salah satu bentuk gangguan somatoform yang sumber gangguannya adalah kecemasan yang di manifestasikan dalam keluhan fisik, sehingga orang lain tidak akan mengerti jika individu tidak mengeluh. Somatisasi juga merupakan suatu bentuk gangguan yang di tujukkan dengan satu atau beberapa macam keluhan fisik akan tetapi secara medis tidak mempunyai dasar yang jelas (http://www.suaramerdeka.com).

Barrsky dan Klerman menyatakan somatisasi adalah suatu itilah yang meliputi jangkauan klinis, di mana orang yang terkena ini biasanya karena adanya gangguan pathology dalam dirinya yang termaniferstasikan dengan penyakit jasmani yang tentu saja mempengaruhi kondisi kesehatan badan seseorang (Hendry & Patricia, 2001:212).

Gangguan somatisasi di tandai oleh banyak gejala somatik yang tidak dapat dijelaskan secara adekuat berdasarkan pemeriksaan fisik dan laboratorium. Gangguan somatisasi di bedakan degan gangguan somatoform lainnya karena banyaknya keluhan dan melibatkan sistem organ yang multipel (Kaplan & Sadock, 1997:68).

Berdasarkan uraian di atas somatisasi adalah bentuk gangguan yang di tujukkan dengan satu atau beberapa macam keluhan fisik akan tetapi secara medis tidak mempunyai dasar yang jelas

1.3.2 Kriteria Diagnostik untuk Gangguan Somatisasi

(Tabel DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed.4; APA, Washinton : 1994)

(a) Riwayat banyak keluhan fisik yang dimulai sebelum usia 30 tahun yang terjadi selama beberapa tahun dan menyebabkan terapi yang dicari atau gangguan bermakna dalam fungsi sosial, pekerjaan atau fungsi penting lain.

(b) Tahap kriteria berikut ini harus ditemukan, dengan gejala individual yang terjadi pada sembarang waktu selama perjalanan gangguan :

i) empat gejala nyeri : riwayat nyeri yang berhubungan dengan sekurangnya empat tempat atau fungsi yang berlainan (misalnya : kepala, perut, punggung, sendi, anggota gerak, dada, rektum, selama mensturasi, selama hubungan seksual, atau selama miksi)

ii) dua gejala gastrointenal : riwayat sekurangnya dua gejala gastroitenal selain dari nyeri (misalnya : mual, kembung, muntah selain dari selama kehamilan, diare atau intoleransi terhadap beberapa jenis makanan).

iii)Satu gejala seksual : riwayat sekurangnya satu gejala seksual atau reproduktif selain dari nyeri (misalnya :indeferensi seksual, disfungsi erektil atau ejakulasi, mensturasi yang tidak teratur, pendarahan mensturasi yang berlebihan, muntah sepanjang kehamilan)

iv)Satu gejala pseudoneurologis : riwayat sekurangnya satu gejala atau defisit yang mengarahkan pada kondisi neurologis yang tidak terbatas pada nyeri (gejala konvers, seperti gangguan kordinasi atau keseimbangan, paralisis atau kelemahan setempat, sulit menelan atau benjolan ditenggorokan, afonia, retensi urin, halusinasi, hilangnya sensasi sentuh atau nyeri, pandangan ganda, kebutaan, ketulian, kejang; gejla disosiatif seperti amnesia; atau hilangnya kesadaran selain pinsan).

(c)Salah satu (1) atau (2) :

i) Setelah penelitian yang diperlukan, tiap gejala dalam kriteria b tidak dapat dijelaskan sepenuhnya oleh sebuah kondisi medis umum yang dikenal atau efek langsung dari suatu zat (misalnya efek cedera, medikasi obat, atau alkohol)

ii) Jika terdapat kondisi medis umum, keluhan fisik atau gangguan sosial atau pekerjaan yang ditimbulkannya adalah melebihi apa yang diperkirakan dari riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, atau temuan laboratorium.

(d)Gejala tidak ditimbulkan secara sengaja atau dibuat-buat (seperti pada gangguan buatan atau pura-pura).

Kriteria diagnostik somatisasi menurut PPDGJ-III (2002:84), yakni : F 45.0 Gangguan Somatisasi

(a)Adanya banyak keluhan-keluhan fisik yang bermacam-macam yang tidak dapat dijelaskan atas dasar adanya kelainan fisik, yang sudah sedikitnya 2 tahun;

(b)Tidak mau menerima nasehat atau penjelasan dari dokter bahwa tidak ada kelainan fisik yang dapat menjelaskan keluhan-keluhannya;

(c)Terdapat disabilitas dalam fungsinya di masyarakat dan keluarga, yang berkaitan dengan sifat keluhan-keluhannya dan dampak perilakunya.

1.3.3 Etiologi Somatisasi

Gangguan somatisasi adalah gangguan yang kronis dan sering menyebabkan ketidak mampuan. Menurut definisinya, gejala harus mulai ada sebelum usia 30 tahun dan ada selama beberapa tahun. Episode peningkatan keparahan gejala dan perkembangan gejala yang baru diperkirakan berlangsung selama enam sampai sembilan bulan dan dapat dipisahkan oleh periode yang kurang simptomatik yang berlangsung 9-12 bulan. Tetapi, jarang seorang pasien dengan gangguan somatisasi berjalan lebih dari satu tahun tanpa mencari

suatu perhatian medis. Seringkali terdapat hubungan antara periode peningkatan stres atau stres baru dan indikasi gejala somatik (Kaplan & Sadock, 1997:73).

Menurut pandangan psikoanalisis (Henry & Patricia, 2001:216) Somatisasi bisa di sebabkan oleh ketidakmampuan seseorang untuk mengekspresikan sesuatu secara lisan, atau sebagai simbol mekanisme pertahanan diri dalam menghadapi peperangan konflik yang terjadi di dirinya.

Craig, Board-Man, Mills, Daly-Jones & Drake melakukan penelitian bahwa satu sampai dua tahun ini di ketahui bahwa faktor prediktor yang paling besar adalah akibat kehilangan kasih sayang atau kurangnya perhatian terutama dari orangtua, dan hal ini mengakibatkan somatisasi di usia dewasa (Henry & Patricia, 2001:217).

Kirmayer dan Robbins , berpendapat bahwa somatisasi banyak sekali terjadi juga pada seseorang yang memiliki kepribadian yang rapuh, seperti konsep diri yang kabur, harga diri rendah, sering cemas, depresi, bermusuhan (Henry & Patricia, 2001:215).

Menurut Kaplan & Saddock (1997:215) penyebab Somatisasi terdiri dari beberapa hal yakni :

(a)Psikososial

Rumusan psikososial tentang penyebab gangguan melibatkan interpretasi gejala sebagai suatu tipe komunikasi sosial. Pandangan

perilaku pada gangguan somatisasi menekankan pada pengajaran parental yang salah.

(b)Biologis

Penelitian tersebut mengajukan bahwa pasien memiliki gangguar. perhatian dan kognitif karakteristik yang dapat menyebabkan persepsi dan penilaian yang salah terhadap masukan.

1.4 Keluarga

1.4.1 Definisi Keluarga

Menurut Syaiful Bahri (2004:16) keluarga adalah sebuah institusi yang terbentuk karena ikatan perkawinan. Pengertian keluarga juga dapat ditinjau dari dimensi hubungan darah dan hubungan sosial. Keluarga dalam dimensi hubungan darah merupakan suatu kesatuan yang diikat oleh hubungan darah antara satu dengan lainnya. Berdasarkan dimensi hubungan darah ini, keluarga dapat dibedakan menjadi keluarga besar dan keluarga inti. Keluarga adalah keliompok primer yang paling penting di masyarakat. Keluarga dalam dimensi hubungan sosial, keluarga merupakan suatu kesatuan yang diikat oleh adanya silang berhubungan atau interaksi dan saling mempengaruhi antara satu dengan lainnya, walaupun diantara mereka tidak terdapat hubungan darah.

Keluarga merupakan tempat pertama dan utama dalam pendidikan anak, dalam perkembangan kognitif, sosial, emosional maupun rohani anak (Widodo & Hindun, 2002:74). Menurut

Soelaeman (dalam, Syaiful Bahri, 2004:16), secara Psikologis keluarga adalah sekumpulan orang hidup bersama dalam tempat tinggal bersama dan masing-masing anggota merasakan adanya pertautan batin sehingga terjadi saling mempengaruhi, saling memperhatikan, dan saling menyerahkan diri, sedangkan dalam arti pedagogis, keluarga adalah satu persekutuan hidup yang dijalin oleh kasih sayang antara pasangan dua jenis manusia yang dikukuhkan dengan pernikahan, yang dimaksud untuk saling menyempurnakan diri.

Berdasarkan pengertian di atas maka dapat diambil kesimpulan, pada dasarnya keluarga adalah sebuah komunitas dalam "satu atap". Kesadaran untuk hidup bersama dalam satu atap sebagai suami-istri dan saling berinteraksi dan berpotensi mempunyai anak akhirnya membentuk komuitas baru yang disebut keluarga.

1.4.2 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga dalam hal ini adalah orangtua memiliki tanggung jawab untuk mendidik anak agar menjadi orang yang pandai hidup bermasyarakat dan hidup dengan budaya yang baik dalam masyarakat (Syaiful Bahri, 2004:20).

Peraturan pemerintah RI No. 21 1994 tentang penyelenggaraan pembangunan keluarga sejahtera, BAB I, Pasal 1, ayat 2, disebutkan bahwa keluarga sejahtera adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan

atas perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materil yang layak, bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, memiliki hubungan yang serasi, selaras, dan seimbang antara anggota dan antara keluarga dengan masyarakat dan lingkungan.

Menurut Syaiful Bahri (2004:21), untuk memaksimalkan fungsi keluarga yakni membangun keluarga sejahtera itu tidak mudah. Kaya atau miskin bukan satu-satunya indikator untuk menilai sejahtera atau tidak suatu keluarga. Buktinya cukup banyak di temukan keluarga yang kaya secara ekonomi dikehidupan masyarakat, tetapi belum mendapat kebahagiaan, tetapi tidak mustahil dalam keluarga miskin secara ekonomi juga ditemukan kebahagiaan, oleh karena itu, kaya atau miskin bukan suatu jaminan untuk menilai kualitas suatu keluarga karena banyak aspek lain yang ikut menentukan, yaitu aspek pendidikan, kesehatan, budaya, kemandirian keluarga, dan mental spiritual serta nilai-nilai agama yang merupakan dasar untuk mencapai keluarga sejahtera.

Menurut Dr. H. Kamrani Buseri, M.A (2004:22) fungsi keluarga dan pendidikan tidak dapat dipisahkan, pendidikan di dalam keluarga berlangsung sejak anak lahir, bahkan setelah anak dewasa pun orangtua berhak masih memberikan nasihat kepada anaknya.

Berdasarkan pengertian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa fungsi keluarga adalah memberikan rasa aman dalam kebersamaan mampu menumbuhkan kehangatan cinta kasih secara

timbal balik, figur orangtua juga diharapkan dapat memberikan pendidikan bagi anak-anak mereka kelak.

1.4.3 Manfaat Adanya Perhatian dan Kelekatan Antara Anak-Orangtua

Menurut Jacinta F. Rini (http://www.e-psikologi.com/anak/ 010402.htm)ada beberapa manfaat adanya perhatian dan kelekatan antara orang tua dan anak, yakni :

A. Rasa percaya diri

Perhatian dan kasih sayang orangtua yang stabil, menumbuhkan keyakinan bahwa dirinya berharga bagi orang lain. Jaminan adanya perhatian orangtua yang stabil, membuat anak belajar percaya pada orang lain.

B. Kemampuan membina hubungan yang hangat

Hubungan yang diperoleh anak dari orangtua, menjadi pelajaran baginya untuk kelak diterapkan dalam kehidupannya setelah dewasa. Kelekatan yang hangat, menjadi tolok ukur dalam membentuk hubungan dengan teman hidup dan sesamanya, namun hubungan yang buruk, menjadi pengalaman traumatis baginya sehingga menghalangi kemampuan membina hubungan yang stabil dan harmonis dengan orang lain.

C. Mengasihi sesama dan peduli pada orang lain

Anak yang tumbuh dalam hubungan kelekatan yang hangat, akan memiliki sensitivitas atau kepekaan yang tinggi terhadap kebutuhan

sekitarnya. Dia mempunyai kepedulian yang tinggi dan kebutuhan untuk membantu kesusahan orang lain

D. Disiplin

Kelekatan hubungan dengan anak, membuat orangtua dapat memahami anak sehingga lebih mudah memberikan arahan secara lebih proporsional, empatik, penuh kesabaran dan pengertian yang dalam. Anak juga akan belajar mengembangkan kesadaran diri, dari sikap orangtua yang menghargai anak. Sikap menghukum hanya akan menyakiti harga diri anak dan tidak mendorong kesadaran diri. Anak patuh karena takut.

E. Pertumbuhan intelektual dan psikologis

Bentuk kelekatan yang terjalin dan perhatian , kelak mempengaruhi pertumbuhan fisik, intelektual dan kognitif serta perkembangan psikologis anak

1.4.4 Faktor Penyebab Kurangnya perhatian dan Kelekatan Pada Anak

Banyak faktor yang menyebabkan seorang anak tidak mendapatkan kelekatan kasih sayang yang tulus, hangat dan konsisten dari kedua orangtuanya, diantaranya adalah :

A. Perpisahan yang tiba-tiba antara anak dengan orangtua/pengasuh

Perpisahan traumatik bagi seorang anak bisa berupa : kematian orangtua, orangtua dirawat di rumah sakit dalam jangka waktu lama, atau anak yang harus hidup tanpa orangtua karena sebab-sebab lain

B. Penyiksaan emosional (dan pengabaian), penyiksaan fisik atau pun penyiksaan seksual

Setiap anak rentan terhadap penyiksaan emosional maupun fisik dari orangtua/pengasuh sebagai bagian dari pola asuh dan interaksi sehari-hari. Sistem pendidikan tradisional yang seringkali menggunakan cara hukuman (baik fisik maupun emosional) untuk mendidik dan mendisiplinkan anak. orangtua sering bersikap menjaga jarak dan bahkan ada yang membangun *image* "menakutkan" agar anak hormat dan patuh pada mereka. Padahal cara ini malah membuat tumbuh menjadi pribadi yang penakut, mudah berkecil hati dan tidak percaya diri. Anak akan merasa bukan siapa-siapa atau tidak bisa berbuat apa-apa tanpa orangtua. Sementara itu, penyiksaan seksual tidak mustahil terjadi pada anak, yang dilakukan oleh orang dewasa di sekitarnya, entah itu orangtua maupun anggota keluarga atau pihak lain. Hal ini kemungkinan terjadi karena orang tersebut mengalami problem psikologis yang menyebabkan dirinya mengalami hambatan pengendalian dorongan seksual.

C. Pengasuhan yang tidak stabil

Pengasuhan yang melibatkan terlalu banyak orang, bergantian, tidak menetap oleh satu/dua orangtua, menyebabkan ketidakstabilan yang dirasakan anak, baik dalam hal "ukuran" cinta kasih, perhatian, kelekatan dan kepekaan respon terhadap kebutuhan anak. Anak jadi

sulit membangun kelekatan emosional yang stabil karena pengasuhnya selalu berganti-ganti tiap waktu. Situasi ini kelak mempengaruhi kemampuannya menyesuaikan diri karena anak cenderung mudah cemas dan kurang percaya diri (merasa kurang ada dukungan emosional).

D. Sering berpindah tempat/domisili

Seringnya berpindah tempat membuat proses penyesuaian diri anak menjadi lebih sulit, terutama bagi seorang batita atau balita. Situasi ini akan menjadi lebih berat baginya jika orangtua tidak memberikan rasa aman dengan mendampingi mereka dan mau mengerti atas sikap/perilaku anak-anak yang mungkin saja jadi "aneh" akibat dari rasa tidak nyaman saat harus menghadapi orang baru. Tanpa kelekatan yang stabil, reaksi negatif anak (yang sebenarnya normal) akhirnya menjadi bagian dari pola tingkah laku yang sulit diatasi

E. Ketidakkonsistenan cara pengasuhan

Banyak orangtua yang tidak konsisten dalam mendidik anak. Misalnya, pada suatu saat orangtua menghukum anak dengan sangat keras, tapi di lain waktu (mungkin karena merasa bersalah) memenuhi semua keinginan anak (misal membelikan mainan mahal). Ketiadaan kepastian sikap orangtua, membuat anak sulit membangun kelekatan tidak hanya secara emosional tetapi juga secara fisik. Sikap orangtua yang tidak dapat diprediksi, membuat

anak bingung, tidak yakin dan sulit mempercayai (dan patuh) pada orangtua.

F. Problem psikologis yang dialami orangtua

orangtua yang mengalami problem emosional atau psikologis sudah tentu membawa pengaruh yang kurang menguntungkan bagi anak. Hambatan psikologis, misalnya gangguan jiwa, depresi atau problem stress yang sedang dialami orangtua tidak hanya membuat anak tidak bisa berkomunikasi dan *ngobrol* enak dengan orangtua, tapi membuat orangtua kurang peka terhadap kebutuhan dan masalah anak. Bahkan, orangtua sering terlalu sensitif dan emosional, menjadi lebih pemarah dan kurang sabar menanggapi perilaku anak-anak. Tidak jarang anak dimarahi atau dipukul, disiksa, atau diberi perlakuan yang sangat tidak proporsional dibandingkan dengan "kenakalan" yang dilakukan. Tindakan tersebut beresiko menghancurkan harga diri seorang anak.

G. Problem neurologis/syaraf

Ada kalanya, gangguan syaraf yang dialami anak bisa mempengaruhi proses persepsi atau pemrosesan informasi anak tersebut, sehingga ia tidak dapat merasakan adanya perhatian yang diarahkan padanya. Contohnya, ada kasus seorang bayi yang rewel terus dan *restless* karena dalam tubuhnya terdapat unsur *cocaine*, atau zat *addictive* yang sudah mempengaruhi pertumbuhan struktur syaraf otak sejak masa konsepsi (pembentukan jaringan). Problem

ini bisa disebabkan masalah alkoholisme atau obat-obatan yang biasa dikonsumsi orangtua sebelum dan selama masa kehamilan; atau karena efek samping obat-obatan yang harus diminum anak akibat penyakit yang sedang dideritanya.

1.4.5 Dampak Masalah yang Ditimbulkan Karena Kurangnya Perhatian

Menurut Jacinta F. Rini (http:/www.e-psikologi.com/anak/010402.htm) anak-anak yang kebutuhan emosionalnya tidak terpenuhi akibat tidak adanya perhatian dan problem kelekatan yang dialami, berpotensi mengalami masalah intelektual, masalah emosional dan masalah moral dan sosial di kemudian hari, akan dijelaskan di bawah ini :

A. Mempengaruhi kemampuan pikir seperti halnya memahami proses "sebab-akibat"

   Ketidakstabilan atau ketidakkonsistenan sikap orangtua, mempersulit anak melihat hubungan sebab-akibat dari perilakunya dengan sikap orangtua yang diterimanya. Dampaknya akan meluas pada kemampuannya dalam memahami kejadian atau peristiwa-peristiwa lain yang dialami sehari-hari. Akibatnya, anak jadi sulit belajar dari kesalahan yang pernah dibuatnya.

B. Kesulitan belajar

   Kurangnya perhatian dan kelekatan dengan orangtua, membuat anak lamban dalam memahami baik itu instruksi maupun pola-

pola yang seharusnya bisa dipelajari dari perlakuan orangtua terhadapnya atau kebiasaan yang dilihat/dirasakannya.

C. Sulit mengendalikan dorongan

Kebutuhan emosional yang tidak perpenuhi, membuat anak sulit menemukan kepuasan atas situasi / perlakuan yang diterimanya, meski bersifat positif. la akan terdorong untuk selalu mencari dan mendapatkan perhatian orang lain. Untuk itu, ia berusaha sekuat tenaga, dengan caranya sendiri untuk mendapatkan jaminan bahwa dirinya bisa mendapatkan apa yang diinginkan.

D. Gangguan bicara

Secara psikologis anak yang merasakan ketidaknyamanan akan kurang percaya diri dalam mengungkapkan keinginannya. Atau, kurangnya kelekatan tersebut membuat anak berpikir bahwa orangtua tidak mau memperhatikannya sehingga ia lebih banyak menahan diri. Akibatnya, anak jadi tidak terbiasa mengungkapkan diri, berbicara atau mengekspresikan diri lewat kata-katanya. Ada pula penelitian yang mengatakan, bahwa melalui komunikasi yang hangat seorang ibu terhadap bayinya, lebih memacu perkembangan kemampuan bicara anak karena si anak terpacu untuk merespon kata-kata ibunya.

E. Gangguan pola makan

Ada banyak orangtua yang kurang responsif / kurang tanggap terhadap tangisan bayinya. Mereka takut jika terlalu menuruti

tangisan bayinya, kelak ia akan jadi anak manja dan menjajah orangtua. Padahal, tangisan seorang bayi adalah suatu cara untuk mengkomunikasikan adanya kebutuhan seperti halnya rasa lapar atau haus. Ketidakkonsistenan orangtua dalam menanggapi kebutuhan fisiologis anak, akan ikut mengacaukan proses metabolisme dan pola makan anak.

F. Perkembangan konsep diri yang negatif

Ketiadaan perhatian orangtua, sering mendorong anak membangun *image* bahwa dirinya mandiri dan mampu hidup tanpa bantuan siapa pun. *Image* itu berusaha keras ditampilkan untuk menutupi kenyataan yang sebenarnya. Padahal, dalam dirinya tersimpan ketakutan, rasa kecewa, marah, sakit hati terhadap orangtua, sementara ia juga menyimpan persepsi yang buruk terhadap diri sendiri. Ia merasa tidak diperhatikan, merasa disingkirkan, merasa tidak berharga sehingga orangtua tidak mau mendekat padanya (dan, memang ia juga merasa tidak ingin didekati). Tanpa sadar semua perasaan itu diekspresikan melalui tingkah laku yang aneh-aneh, yang orang menyebutnya "nakal", "liar", "menyimpang". Mereka juga terlihat suka menuntut secara berlebihan, suka mencari perhatian dengan cara-cara yang negatif, sangat tergantung, tidak bisa memperhatikan orang lain (tapi menuntut perhatian untuk dirinya), sulit mencintai dan menerima cinta dari orang lain.

G. Masalah Emosional

Anak akan sulit melihat mana yang baik dan tidak, yang boleh dan tidak boleh, yang penting dan kurang penting, dari keberadaan orangtua yang juga tidak bisa menjamin ada tiadanya, yang tidak dapat memberikan patokan moral dan norma karena mereka mengalami kesulitan dengan dirinya sendiri, kesulitan dalam memenuhi kebutuhan emosional mereka sendiri, kesulitan dalam mengendalikan dorongan mereka sendiri. Akibatnya, anak hanya meniru apa yang dilihatnya dari orangtua dan mencari cara agar tidak sampai terkena hukuman berat. Tidak jarang anak-anak tersebut memunculkan sikap dan tindakan seperti : suka berbohong (yang sudah tidak wajar), mencuri (karena ingin mendapatkan keinginannya), suka merusak dan menyakiti (baik diri sendiri maupun orang lain), kejam, dan menurut sebuah penelitian, mereka cenderung tertarik pada darah, api dan benda tajam.

1.5 Terapi Keluarga

1.5.1 Definisi Terapi Keluarga

Terapi keluarga pada dasarnya merupakan penerapan terapi dalam waktu yang khusus. Terapi keluarga ini secara khusus memfokuskan pada masalah-masalah yang berhubungan dengan

situasi keluarga dan penyelenggaraannya melibatkan anggota kelompok.

Menurut Golden dan Sherwood (1991) yang menjelaskan bahwa terapi keluarga merupakan metode yang difokuskan pada keluarga dalam usaha untuk membnatu memecahkan problem perilaku anak. Dasar diselenggarakan terapi keluarga karena keluarga memiliki kekuatan untuk mendorong atau menghambat usaha yang baik dari konselor untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan kliennya.

Stimulasi dan dukungan keluarga ialah upaya Ibu dan anggota keluarga lain, baik dalam bentuk hubungan langsung tanpa alat, maupun yang menggunakan alat, yang mempengaruhi perkembangan perilaku khususnya aspek kognitif anak. Dukungan dalam keluarga merupakan unsur pendidikan keluarga, yang dipengaruhi oleh pengertian orangtua tentang kebutuhan-kebutuhan dan jenis-jenis stimulasi yang diperlukan anak yang merupakan bagian dari sistem nilai dan budaya masyarakat tersebut (Satoto, 1993).

Satoto (1993) menyimpulkan bahwa hubungan antara perilaku anak dan orangtua nampaknya sangat kompleks. Disatu arah bersifat primer, perilaku orangtua yang buruk cenderung menyebabkan anaknya kurang berkembang. Di arah yang lain bersifat pertentangan, dimana perilaku tersebut merupakan respon

terhadap perkembangan anak yang menurun. Kakak (*'sibling"*) juga mempunyai peranan yang sangant penting uintuk berinteraksi dengan adiknya.

Atas dasar penjelasan-penjelasan di atas jelas bahwa dalam terapi keluaega yang menjadi unit terapi adalah keluarga sehubungan dengan masalah yang dihadapi oleh anggota keluarga tersebut. Terapi ini menjadi sangat efektif terutama untuk mengatasi masalah-masalah anak yang berhubungan dengan sikap dan perilaku orangtua sepanjang berinteraksi dengan anak.

1.5.2 Tujuan Terapi Keluarga

Tujuan terapi keluarga, terbagi atas 5 tujuan (Kaplan & Sadock, 1997:418), yakni :

(a)Untuk memecahkan atau menurunkan konflik dan kecemasan patogenetik di dalam matriks hubungan interpersonal.

(b)Untuk meningkatkan persepsi dan pemenuhan anggota keluarga lain oleh anggota keluarga.

(c)Untuk meningkatkan hubungan peran yang sesuai antara jenis kelamin dan antara generasi.

(d)Untuk memperkuat kemampuan anggota individual dan keluarga sebagai keseluruhan untuk individual dan keluarga sebagai keseluruhan untuk mengatasi tenaga destruktif di dalam dan di luar lingkungan sekitarnya, dan

(e)Untuk mempengaruhi identitas dan nilai-nilai keluarga sehingga terorientasi kepada kesehatan dan pertumbuhan.

Tujuan akhir adalah untuk mengintegrasikan keluarga ke dalam sistem yang besar di dalam masyarakat, yang termasuk bukan saja keluarga besar (*extended family*) tetapi juga masyarakat seperti yang diwakili oleh sitem tersebut sebagai sekolah, fasilitas medis, dan badan sosial, rekreasional, dan kesejahteraan, sehingga keluarga tidak terisolasi.

1.5.3 Pendekatan Terapi Keluarga

Ketika memahami mengapa suatu keluarga bermasalah dan bagaimana cara mengatasi masalah-masalah keluarga tersebut, berikut akan deskripsikan secara singkat beberapa pendekatan konseling keluarga. Tiga pendekatan konseling keluarga yang akan diuraikan berikut ini, yaitu pendekatan sistem, *conjoint*, dan sruktural (Latipun, 2000:179) :

A. Pendekatan sistem keluarga

Menurut Bowen, dalam keluarga terdapat kekuatan yang dapat membuat anggota keluarga bersama-sama dan kekuatan yang mengarah pada individualitas. Sebagaian anggota keluarga tidak dapat menghindari sistem keluarga yang emosional yaitu mengarahkan anggota keluarganya yang mengalami kesulitan atau gangguan.

B. Pendekatan Conjoint

Biasanya masalah yang dihadapi oleh anggota keluarga berhubungan dengan harga diri dan kominukasi. Keluarga adalah fungsi penting bagi keperluan komunikasi dan kesehatan mental.

C. Pendekatan struktural

Masalah keluarga yang sering terjadi karena strukrur keluarga dan pola transaksi yang di bangun tidak tepat.

1.6 Kurangnya Perhatian Keluarga pada Anak Retardasi Mental Pasca cedera kepala dapat Menyebabkan Gejala Somatisasi

Keadaan otak anak beserta susunan syarafnya yang diwarisi dari orangtua Perubahan-perubahan di dalam atau kerusakan pada pusat susunan syaraf yang dibedakan cedera atau penyakit, sebelum atau sesudah lahir

Pengaruh lingkungan dan pengalaman anak terhadap otak anak Riset-riset di bidang kedokteran menunjukkan, sebagian besar anak-anak mempunyai problem tingkah laku, yang mengalami kesulitan dalam belajar membaca di sekolah, anak-anak yang over-aktif, sulit belajar disiplin, mudah teralihkan perhatiannya, koordinasinya buruk, dan mempunyai kesulitan pengamatan, mereka ini mempunyai kerusakan otak yang ringan (http://www.angelfire.com/nc/neurosurgery/ckanak.htm/).

Biasanya anak-anak ini mempunyai taraf kecerdasan normal atau di atas normal. Tetapi karena kesulitannya dalam pengamatan dan karena

tingkah lakunya, mereka biasanya sulit belajar membaca dan kemampuan kecerdasannya tidak berkembang sepenuhnya. Seringkali kesulitan belajar ini juga menimbulkan masalah emosional, dan tidak sedikit orangtua memberikan penilaian buruk untuk anak-anak dengan kerusakan otak yang menyebabkan retardsi mental ini.

Dewasa ini dengan berubahnya tata kehidupan masyarakat, peran keluarga didalam mendidik anak tampak semakin berkurang, terlebih lagi bila anak itu memiliki keterbelakangan seperti anak retardasi mental. Tidak sedikit keluarga yang malu, dan justru menutup-nutupi keadaan anak mereka dan melihat ini sebagai bencana. Menurut Gunarsa (2003 : 3) hubungan antar pribadi yang makin melemah, sehingga akhirnya mengalami suatu perubahan, karena itu bisa timbul frustasi, yaitu keadaan tidak tercapainya suatu keinginan atau kebutuhan dasar yang mendorong tingkahlaku seseorang.

Banyak persoalan justru timbul dalam keadaan di mana individu tidak memperoleh dukungan dari keluarga. Keluarga merupakan awal pendidikan dari individu yang dapat membentuk kepribadian seseorang, tetapi pada kenyataannya keluarga sekarang hanya menjadi lambang bahwa hidup bersama tanpa tanggungjawab atas kesejahteraan yang lainnya, berarti tanpa menghiraukan yang lainnya (Gunarsa, 2003:1). Bahkan tidak jarang terlihat adanya persoalan yang demikian parah akibatnya seolah-olah menghentikan kelancaran dalam kelangsungan

hidup seseorang. Ketidakadaan dukungan dari keluarga dapat menyebabkan ketidakstabilan fungsi kepribadian, pribadi menjadi lemah.

Sikap orangtua ada yang justru tidak merasa bersalah atau marah dalam menghadapi permasalahan ini mereka cenderung tidak peduli dan menganggap tidak terjadi masalah pada anak mereka, sehingga merekapun memberikan perlakukan dan pendidikan yang sama dengan anak-anak mereka yang lain, dan bila anak tidak mampu mengikutinya orangtua cenderung memarahinya Hal ini menyebabkan anak merasa kesulitan untuk mengikuti pola asuh orangtuanya tersebut, dan karena ketidakmampuannya inilah ia semakin merasa tidak percaya diri dengan kemampuan yang dimilikinya karena pengalaman selama ini memperlihatkan bahwa kemampuannya selalu di bawah saudara/teman-temannya (Osman,1997:86).

Craig, Board-Man, Mills, Daly-Jones & Drake melakukan penelitian bahwa satu sampai dua tahun ini di ketahui bahwa faktor prediktor yang paling besar adalah akibat kehilangan kasih sayang atau kurangnya perhatian terutama dari orangtua, dan hal ini mengakibatkan somatisasi di usia dewasa (Henry & Patricia, 2001:217).

Kegagalan-kegagalan tersebut menjadi tingkahlaku yang menetap dan terjadi secara otomatis karena telah tertanam kuat di alam bawah sadar. Di dalam tubuh kita ada beberapa organ yang di kendalikan secara otomatis di alam bawah sadar seperti jantung, lambung, paru-paru dan secara tidak langsung maka pengalaman pahit yang tersimpan di bawah

alam sadar ini akan mempengaruhi jalannya organ tersebut seperti gangguan sesak nafas, pusing/sakit kepala, sakit maag, tekanan darah tinggi, maka terjadilah somatisasi.

Gangguan mental dapat berdampak pada gangguan fisik yang disebut somatisasi. Adanya rasa tidak tenang dalam menjalani kehidupan merupakan gejala paling awal yang dirasakan setiap individu yang mengalami kegagalan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya.

2. Metode Assesment

Sumber bukti yang digunakan dalam tugas akhir ini adalah, sebagai berikut :

2.1 Alat tes yang digunakan untuk mengetahui perkembangan subyek adalah alat tes psikologi baik yang mengukur kecerdasan, kematangan sosial maupun kepribadian, adalah :

2.1.1 Standard Progresive Matrics

Menurut Raven tes SPM ini adalah guna mengukur kecerdasan orang dewasa paling banyak diungkap adalah faktor general atau kemampuan umum (dalam Sugiyanto, dkk, 1984:2). Pemilihan Tes SPM ini dikarena S tidak mampu mebaca, tidak mau menulis, begitupun dengan kemampuan verbalnya yang kurang maka peneliti memilih tes SPM ini agar subyek lebih mudah untuk mengerjakannya, dan menurut Martin dan Wieschers

(dalam Sugitanto, dkk, 1984:2) tes SPM ini mempunyai korelasi yang tinggi dengan WISC .

2.1.2 Tes Rorchach

Pemilihan tes Rorchach ini guna mengungkap dinamika kepribadian subyek. Menurut Backer (dalam Subandi, 1998:11) tes Rorschach ini mempunyai potensi sebagai sarana terapi dan dapat mendiagnosa kerusakan pada otak, tes ini memberikan prediksi tentang tingkahlaku seseorang yang nyata dengan memberikan gambaran tentang struktur kepribadian dasar yang melandasi tingkah lakunya. Tes ini di pilih juga paling mudah dan dapat di kerjakan S, di mana S hanya di suruh memberikan kesan terhadap kartu bercak tinta yang ada di hadapannya tanpa harus berbicara panjang lebar, walaupun untuk instruksi cukup berkali-kali menjelaskannya agar mengerti. Bila di bandingkan dengan tes proyeksi yang lain seperti TAT, begitupun dengan Graphis dan Wartegg. S keberatan bila harus menggambar karena ia merasa tidak mampu, meskipun sudah di coba untuk membujuknya tetap saja gagal.

2.1.3 Bender Gestalt

Berdasarkan pengalaman tes Bender Gestald ini sangat baik untuk suatu alat diagnosa, khususnya dalam penanganan learning disability, emotional problem, maupun kasus retardasi mental (Sugiyanto. dkk, 1984:84). Tes ini di gunakan untuk

lebih menyakinkan apakah ada kerusakan organik pada otak subyek atau untuk mengetahui adanya fungsi gangguan mental (Lauretta Bender, 1973:4). Ia cukup mampu mngerjakannya karena telah ada contohnya, daripada harus mengambar seperti tes grafis karena kemampuan Subyek untuk membayangkan rendah. ia di minta menyalin desain di atas kertas, bagaimana bentuk yang terbuat dan di salin diinterpretasikan dalam pengertian indikator persepsi, organisasi dan emosional.

2.1.4 Vineland Social Maturity Scale (VSMS)

Pada penulisan tugas akhir ini, tes VSMS di gunakan untuk mengetahui kematangan sosial S sebelum di lakukan intervensi dan sesudah di lakukan intervensi, karena masalah S sangat erat kaitannya dengan kematangan sosial di diri S. VSMS di susun oleh Dr. Edgar A. Doll, kemudian di kembangkan di training school, Vineland-New Jersey.

2.2 **Wawancara** menurut Bingham & Moore adalah berkomunikasi dengan orang untuk menjawab/mengetahui maksud dan tujuan tertentu (Sundberg, 1977:61). Biasanya wawancara seting klinis tidak hanya di lakukan pada obyek tetapi juga keluarganya dan orang-orang terdekat yang mengetahui obyek, biasanya ada 6 topik yang paling sering di gali: mengetahui perasaannya, kapasitas kognitif/cara berpikir, bagaimana kemampuannya mengorientasikan waktu, tempat dan orang, kontrol emosi (bagaimana cara ia meluapkan emosinya), dan

bagaimana kebiasaannya bertingkahlaku/ ketika menghadapi masalah (Sundberg, 1977:68)

Penulis mewawancarai S, keluarganya yang paling mengerti tentang diri S seperti Ibu dan kakaknya yang kebetulan tinggal satu rumah dengannya dan pihak puskesmas tempat S biasa berobat.

2.3 **Observasi** adalah suatu tehnik pengukuran, dengan cara mengamati sebagai cara untuk melihat situsi, kondisi, kebiasaa/perilaku seseorang (Sundberg, 1977:72).

Wiramihardja (2004:49) berpendapat bahwa dalam situasi klinis, observasi di maksudkan untuk :

(a)Mendapatkan informasi yang tidak di peroleh dari wawancara.

(b)Mengevaluasi ketepatan komunikasi verbal klien dan konsistensinya dengan komunikasi non verbal.

(c)Membuat kesimpulan mengenai keadaan dalam, perasan, dan motivasi yang perlu mendapat perhatian khusus yang melahirkan perilaku klien.

Observasi yang akan dipakai adalah selama 2 bulan, baik di rumah maupun di Puskesmas. Selain itu penulis meminta bantuan keluarga terutama Ibu dan kakak S sebagai fasilitator untuk membantu dalam pengamatan keseharian S di rumah.

2.4 **Dokumen**, berupa catatan dokter di Puskesmas , foto-foto saat S melakukan kegiatan, dll.

3. Desain Intervensi

Desain intervensi yang relevan dengan permasalahan penanganan anak retardasi mental yang mengalami gangguan somatisasi kali ini adalah sebagai berikut :

3.1 Terapi Keluarga, dengan terapi ini dapat meningkatkan kompetensi dan harga diri sambil mempertahankan harapan yang realistik untuk individu retardasi mental dan somatisasi. Keluarga seringkali merasa sulit untuk menyeimbangkan antara mendorong kemandirian dan memberikan lingkungan yang mengasuh dan suportif bagi anak retardasi mental. Menurut Latipun (2000: 175) Konseling keluarga memandang keluarga secara keseluruhan bahwa anggota keluarga adalah bagian yang tidak mungkin di pisahkan dari anak (klien) baik dalam melihat permasalahannya maupun menyelesaikannya. Sebagai suatu sistem, permasalahan yang di alami seorang anggota keluarga akan efektif di atasi jika melibatkan anggota keluarga yang lain. Bila kita melihat kondisi keluarga S yang sangat erat kaitannya dengan kondisi S sekarang maka terapi keluarga inilah yang paling sesuai dengan kondisi sistem keluarga dan S saat ini.

3.2 Psikoterapi kelompok, menurut Kaplan dan Saddock (1997 : 73) psikoterapi tersebut dapat menurunkan biaya perawatan kesehatan penderita gangguan somatisasi sebesar 50 %. Individu somatisasi di bantu untuk mengatasi gejalanya, untuk mengekspresikan emosi yang mendasari, dan untuk mengembangkan strategi alternatif untuk mengekspresikan

perasaan mereka, dengan penanganan bersama mereka akan merasa tidak sendiri dan semakin tumbuh keinginan untuk keluar dari permasalahannya tersebut. Ketidakmampuan S untuk mengekspresikan setiap keinginan ataupun kegundahan hatinya membuat S terkena somatisasi dengan psikoterapi kelompok ini maka S akan di latih untuk dapat belajar mengekspresikan ganjalan-ganjalan di hatinya, karena ia melakukan ini tidak sendiri iapun akan merasa memiliki teman dengan permasalahan yang sama dan tidak merasa sebagai orang yang paling merana di dunia .

3.3 Psikoterapi Psikoanalisis, yakni memandang kejiwaan manusia sebagai ekspresi dari adanya dorongan yang menimbulkan konflik. Konflik yang timbul karena adanya dorongan-dorongan yang saling bertentangan, sebagai manifestasi dari kenyataan bahwa manusia makhluk sosial di samping biologis. Berfungsinya aspek psikis karena itu ada kaitannya dengan nilai-nilai yang ada di lingkungan, yang pada psikoanaliss memandang lingkungan keluarga sebagai sumber utama dan aspek-aspek yang ada kaitan dengan tubuhnya (Singgih D.G, 2004:170). Menurut Freud (dalam Singgih D.G, 2004:168) konflik neurotik biasanya berasal dari pengalaman-pengalaman masa anak-anak yang berpengaruh pada keadaan sekarang., dengan psikoterapi analisis ini maka pengalaman-pengalaman masa lalu S yang buruk dapat sedikit demi sedikit hilang dari ingatannya, sehingga konflik neurotik pun akan membaik dan S dapat menciptakan hubungan sosial dengan orang lain, yang kemudian dapat menghilangkan somatisasinya.

BAB III

DESAIN INTERVENSI

1. Desain Intervensi yang Digunakan

1.1 Dinamika Kepribadian

Fungsi kognisi S tidak berkembang sesuai dengan usianya saat ini, dengan kemampuannya ini S mengalami banyak kesulitan bila harus mempelajari hal-hal baru, terutama yang membutuhkan konsentrasi dan daya ingat, begitupun dengan komunikasi dua arah S yang masih terbilang kurang karena S seringkali kurang mengerti dengan apa yang ditanyakan orang lain kepadanya. Hal ini dikarenakan kecelakaan yang pernah di alaminya ewaktu berumur 4 tahun dan mengakibatkan S cedera kepala dan mengalami kerusakan pada otaknya.

Fungsi kognitif yang tidak berkembang semestinya juga membuat S memiliki kematangan sosial yang rendah. Hal ini juga terkait dengan pola asuh di keluarga S yang kurang menerima keberadaan S, sehingga tidak jarang Ibu S melontarkan kata-kata kasar seperti bodoh, malas, tidak berguna. Sebenarnya S pernah mencoba untuk melakukan pekerjaan seperti mencuci baju sendiri tetapi tidak bersih (menurut ibu S), maka ibunyapun marah-marah, setelah kejadian itu S tidak pernah lagi membantu Ibunya, karena ada ketakutan ia salah lagi. Kejadian tersebut semakin membuat S merasa tidak disayangi oleh keluarganya.

Pihak keluarga yang tidak mengetahui bahwa S ini adalah "istimewa", membuat mereka selalu membanding-bandingkan dengan saudara-saudara S yang lain dan menuntut S pun mampu melakukan hal yang sama, seperti sekolah hingga lulus dan dapat mencari uang, dengan

begitu S merasa dirinya di tolak kehadirannya di rumah dan merasa rendah diri.

Ada kebutuhan yang besar dalam diri S untuk mendapatkan afeksi dari orang lain, tetapi karena pengalaman tarumatis masa lalunya, di mana S sering kali di perolok dan di caci oleh pihak keluarga terutama Ibunya dan pihak sekolah (S pernah bersekolah kelas 1 SD, selama 4 tahun) menyebabkan semakin takut bila harus berhubungan dengan orang lain. S takut bila ia dekat dengan orang lain maka ia akan dicela dan dipermalukan seperti dulu, sehingga S merasa lebih baik diam dan menutup diri. Hal ini disebabkan karena ia merasa dirinya tidak seberuntung orang lain yang memiliki kecerdasan yang tinggi, dan dapat bekerja secara mandiri layaknya orang dewasa seumurannya.

Label bodoh, malas dan tidak berguna, ternyata melekat di dalam diri S, hingga iapun menilai dirinya serendah itu, hal ini membuatnya memiliki motivasi untuk maju yang terbilang rendah. Selain itu pihak keluarga S yang memang tidak pernah memberikan dukungan dan motivasi agar S semangat menjalani hidup, bahkan pihak keluarga cenderung merendahkan dan menyepelekan S.

Hal-hal di ataslah yang membuat S melihat dirinya sebagai orang yang tidak berharga dan tidak dicintai oleh keluarganya, dan tekanan-tekanan yang di dapatkan ini di pendamnya terus, karena ia tidak mampu mengekspresikan secara lisan kepada orang lain. lapun tidak mampu mencurahkan ketidakadilan ini di dalam suatu tulisan karena S tidak dapat menulis.hingga membuat dirinya mengalami gangguan tidak hanya mentalnya tetapi juga berkibat pada gangguan fisik S, seperti pusing, sakit maag, sariawan.

1.2 Intervensi yang di Gunakan

Melihat kerakteristik S dan etiologi gangguan yang sekarang di hadapi S, maka intervensi yang di ajukan oleh peneliti untuk penanganan anak retardasi mental yang terkena gangguan somatisasi kali ini adalah Terapi Keluarga dengan pendekatan *conjoint* melihat masalah yang dihadapi anggota keluarga S berhubungan dengan harga diri dan komunikasi yang kurang. Keluarga S terutama Ibu mendidik S dengan pola asuh yang keras, dan tidak mau menerima keberadaan S yang memang berbeda dengan anak-anaknya yang lain, sehingga dengan terapi keluarga ini di harapkan keluarga S mulai dapat menerima keberadaan S apa adanya, serta selalu memberikan kesempatan pada S untuk maju.

Pendidikan keluarga, satu bidang yang paling penting yang dapat di jawab oleh klinisi adalah pendidikan keluarga dari anak yang mengalami gangguan retardasi mental tentang cara meningkatkan kompetensi dan harga diri sambil mempertahankan harapan yang realistik untuk pasien. Keluarga seringkali merasa sulit untuk menyeimbangkan antara mendorong kemandirian dan memberikan lingkungan yang mengasuh dan suportif bagi anak retardasi mental, yang kemungkinan mengalami suatu tingkat penolakan dan kegagalan di luar konteks keluarga (Kaplan & Saddock, 1997:695).

Keluarga S terutama Ibu S, selalu mendidiknya dengan bentakan seperti pada saat S salah mencuci bajunya, maka Ibu S langsung membentaknya dengan kata-kata kasar seperti :"*S awakmu iku iso'e opo seh, gae' kerjaan wong ae' kalo ga iso yo wes, ojo so' keminter" (saduran : S kamu itu bisanya apa, bisanya hanya merepotkan saja,*

kalau tidak bisa apa-apa ya udah jangan sok pintar), S yang mendengarkan hal itu biasanya hanya bisa diam saja.

Anak yang memiliki hambatan mental akan mengalami kesulitan dalam perkembangan kepribadian yang berbeda bila dibandingkan dengan anak-anak yang pandai. Biasanya orangtua tidak dapat menerima bahwa anaknya tidak mampu bersaing dengan anak lain, sehingga anak di paksa melampui batas kemampuan mentalnya. (singgih D. Gunarsa, 2002:73).

Craig, Broad-Man, Mills, Daly-Jones & Drake melakukan penelitian bahwa satu sampai dua tahun ini di ketahui bahwa faktor prediktor yang paling besar adalah akibat kehilangan kasih sayang atau kurangnya perhatian terutama dari orangtua, dan hal ini mengakibatkan somatisasi di usia dewasa (Henry & Patricia, 2001:216).

Perilaku-perilaku yang tidak menyenangkan seringkali di lakukan oleh keluarga, tetangga dan pihak S dulu bersekolah, teman-teman S selalu mengatakannya booh karena pernah tidak naik kelas selama 3 tahun, hinaan itupun berlanjut hingga sekarang, di mana keponakan-keponakan S selalu menghinanya *"cak S iku bodoh, wes tue gak iso moco" (saduran : mas S itu bodoh, sudah tua belum bisa membaca)*, S pun seringkali di bilang orang yang aneh bagi tetangga-tetangganya. Hinaan-hinaan tersebut membuatnya merasa gagal menjalani hidup ini.

Menurut pandangan psikoanalisis (Henry & Patricia, 2001:216) Somatisasi bisa di sebabkan oleh ketidakmampuan seseorang untuk mengekspresikan sesuatu secara lisan, atau sebagai simbol defend mekanismenya dalam menghadapi peperangan konflik yang terjadi di dirinya. Kebiasaan S yang hanya berdiam diri saja pada saat menerima

bentakan, hinaan. S pun bukanlah orang yang berani untuk mengungkapkan keinginannya ataupun ketidaksesuaiannya terhadap orang lain.

Terapi keluarga sangat cocok dalam mengubah suatu sistem pola asuh yang salah, kerjasama dengan keluarga terutama orangtua sangat dibutuhkan untuk mengubah persepsi anak tentang ketidakberhargaan dirinya. Terapi keluarga ini dapat memulihkan hubungan antara anggota keluarga yang satu dengan yang lainnya (http:/.www.@psycepage.com).

Menurut Golden dan Sherwood (1991) yang menjelaskan bahwa terapi keluarga merupakan metode yang difokuskan pada keluarga dalam usaha untuk membantu memecahkan problem perilaku anak. Dasar diselenggarakan terapi keluarga karena keluarga memiliki kekuatan untuk mendorong atau menghambat usaha yang baik dari konselor untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan kliennya.

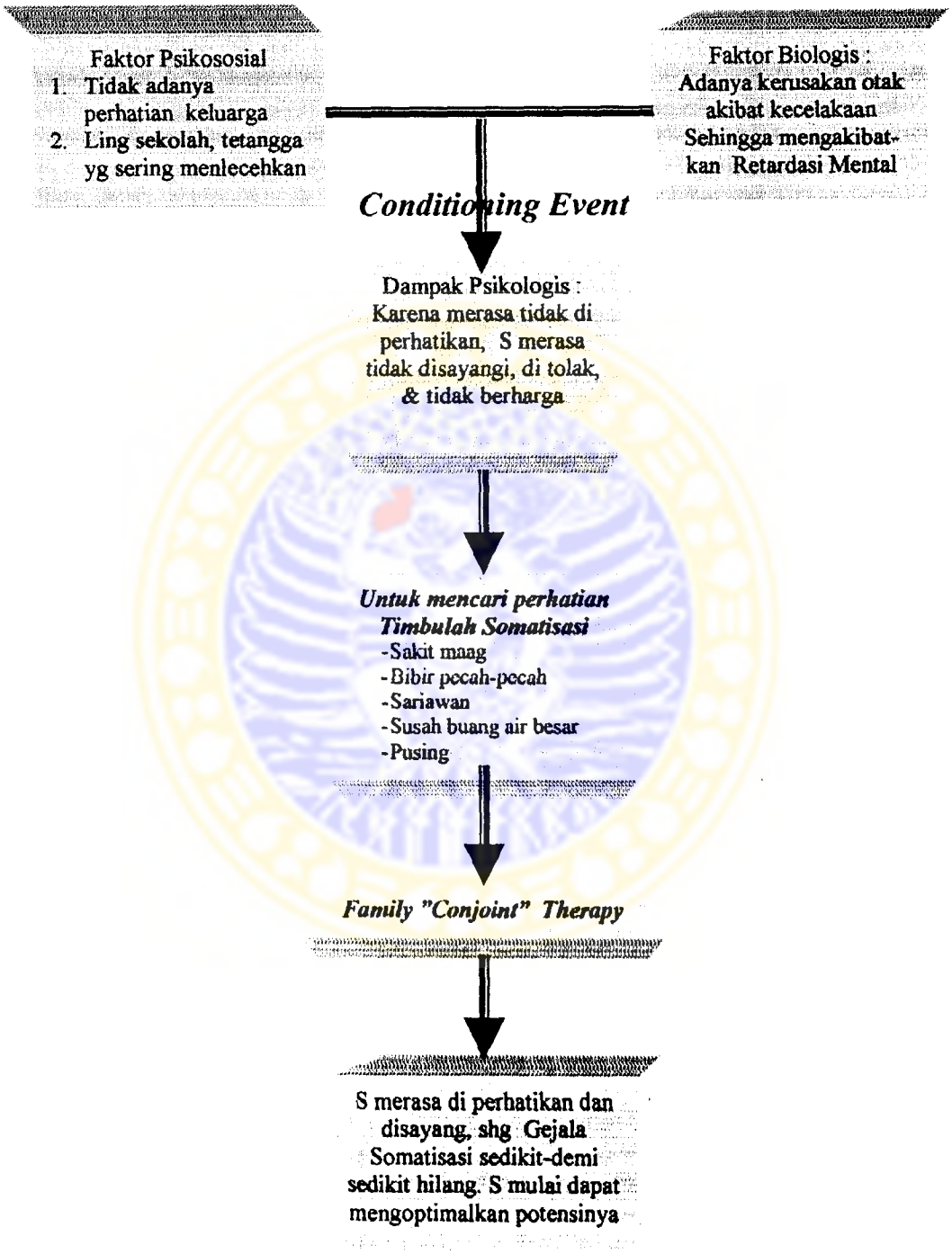
Terapi keluarga dengan pendekatan conjoint ini mengharapkan semua anggota keluarga terlibat, mengerti dan bertanggungjawab terhadap upaya perbaikan perilaku S, terapi ini sangat efektif terutama untuk mengatasi masalah-masalah anak yang berhubungan dengan sikap dan perilaku orangtua khususnya Ibu S sepanjang berinteraksi dengan S.

Timbulnya somatisasi karena adanya konflik intra psikis, masalah hubungan interpersonal/masalah lingkungan dan sosial serta bentuk kecenderungan pada individu untuk mengekspresikan atau mengkomunikasikan pengalaman psikologis yang tidak mengenakan, individu yang memiliki kualitas kepribadian yang kurang optimal rentan mengalami somatisasi (http//www.suaramerdeka.com).

Kejadian-kejadian yang pernah di alami S, sering membuatnya terlukai secara psikis karena tidak jarang keluarga, tetangga dan juga guru di sekolahnya memberikan pengalaman yang tidak mengenakan, seperti sewaktu S sekolah kelas 1 SD, ia pernah tidak naik hingga 4 kali karena hal tersebut guru dan teman-temannya di sekolah melabelkan S sebagai anak yang bodoh dan tidak mungkin berhasil, hingga menurut mereka percuma saja mengajari S, karena tetap saja tidak mengerti karena steriotip itulah S tidak memiliki teman dan memilih untuk menghindar. Hinaan teman-teman yang menyebabkan dirinya terasing dan sikap keluarga di rumah, mengakibatkan terbentuknya pola kepribadian dengan perasaan rendah diri.

Kegagalan-kegagalan tersebut menjadi tingkahlaku yang menetap dan terjadi secara otomatis karena telah tertanam kuat di alam bawah sadar. Di dalam tubuh kita ada beberapa organ yang di kendalikan secara otomatis di alam bawah sadar seperti jantung, lambung, paru-paru dan secara tidak langsung maka pengalaman pahit yang tersimpan di bawah alam sadar ini akan mempengaruhi jalannya organ tersebut seperti gangguan sesak nafas, pusing/sakit kepala, sakit maag, tekanan darah tinggi (Thursan Hakim, 2002: 40), sehingga dapat disimpulkan karena kegagalan-kegagalan yang dialami setiap individu dalam memenuhi kebutuhan hidupnya dapat menyebabkan gangguan mental yang berdampak pada gangguan fisik. Sistem keluarga yang salah dalam mendidik anak dengan gangguan retardasi mental ini akan meyebabkan anak tumbuh menjadi anak yang rendah diri, dan bila rasa ketidakberhargaan dalam diri anak di pupuk secara terus-menerus akan membuat anak mengalami gangguan somatisasi, terutama anak yang memiliki kekurangan seperti anak retardasi mental.

2. Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual

3. Rancangan Kegiatan Intervensi

Keluarga dilihat sebagai suatu kesatuan, di mana anggota yang lain yang tinggal satu rumah dengan S, mulai mampu melihat permasalahan dan mendengarkan keseluruhan anggota tidak terkecuali S. S tinggal bersama 8 keluarganya yang lain, yakni Ibu, Syah, Kakak pertama, suami kakak pertamanya, adik, dan 3 keponakannya, dalan terapi "*conjoint*" keluarga ini peran kakak S memegang peranan paling penting yakni sebagai fasilitator pengganti terapis, melihat kakak S sebagai orang terdekat S dan juga Ibu S.

Kakak ⇒ memotivasi seluruh keluarga, untuk mulai memberikan perhatian kepada S.

Ibu ⇒ sebagai orang yang paling berpengaruh terhadap S, di harapkan mulai bersikap adil terhadap S dan tidak membanding bandingkan S dengan saudaranya yang lain.

Adik ⇒ sebagai orang yang membantu S dalam mengerjakan semua pekerjaan rumah S, dalam terapi ini adik S mengajari S melakukan tugas pekerjaan rumah.

3.1 Tujuan Intervensi Keluarga :

Keluarga dapat menerima S apa adanya dan merubah sistem pola asuh menjadi penuh kasih sayang dan kesabaran, hal ini berguna untuk meningkatkan harga diri S yang mengalami retardasi mental dan somatisasi.

Tabel 3.1 Rancangan Intervensi Tahap I

TAHAP 1				
TUJUAN	**LANGKAH-LANGKAH**	**ILUSTRASI**	**TIME**	**Fasilitator**
1. Mengubah panda-ngan keluarga terhadap S, dan dapat menerima keberadaan S apa adanya 2. Membangun motivasi keluarga , bahwa S masih dapat di didik untuk maju dari pada saat ini.	Tahap satu ini, berguna untuk memberitahukan keluarga S tentang keadaan S yang sebenarnya, meningkatkan optimisme kembali keluarganya, bahwa S tidak seburuk yang mereka pikirkan, karena sebenarnya bila S di latih ia akan bisa mandiri untuk menyelesaikan tugas rumah tangga yang ringan: a. Menegakkan kepercayaan keluarga dan S kepada terapis untuk membantunya, senagai kunci keberhasilan terapi selanjutnya. b. Mengetahui berat ringannya masalah dan berapa lama permasalahan S ini berlangsung, dan usaha-usaha apa yang telah di lakukan keluarga. c. Memberikan pengertian keluarga S, tentang keadaan S yang sebenarnya, apa yang dialami S inipun bukan keinginannya. Saat ini S mengalami kemunduran fungsi berpikir, tentu saja hal ini berdampak pada daya ingat, konsentrasi hal ini yang membuat S kesulitan untuk menerima pelajaran saat ia sekolah dulu. d. Keluhan yang sama dengan S, agar keluarga S merasa tidak sendiri. Seperti tetangga peneliti yang memiliki gangguan yang sama dengan S, tetapi kebetulan orang-orang yang di dekatnya selalu memberikan motivasi dengan cara memberinya kesempatan untuk membantu ibunya berjualan masakan matang, dan walaupun tetangga peneliti yang terkadang mencemooh anak ini, ibunya selalu membangkitkan semangatnya seperti : orang-orang tadi yang bilang kamu bodoh itu, ndak ngerti kalau kamu itu anak yang rajin Setelah langkah ini maka diharapkan akan muncul harapan baru dalam hati keluarga S, bahwa S masih dapat dilatih dan tidak ada kata terlambat baginya.	P:Bu saya melihat S sepertinya pendiam sekali, apa benar memang S pendiam juga bila di rumah ? K: Oh iya, S itu pendiam masalahnya dia itu kalau di ajak ngomong ga nyambung. Lah wong dia itu cuma sekolah sampai kelas 1 SD dan ga naik-naik sampai 4 x, pokoknya bodoh sekali mbak. Coba aja mbak tanya tentang huruf pasti ga tahu, beda sama saudara-saudaranya yang lain. P : Bu kemarin saya tes S dan hasilnya S memang istimewa', ia beda dengan kebanyakan orang, karena kemampuannya jauh berada di bawah saudara-saudaranya yang lain, sehingga bila ia di bandingkan dengan saudara-saudaranya yang lain jelas berbeda, dan bila ia di sekolahkan ke sekolah umum pasti ia akan mengalami banyak kesulitan. Dalam bahasa psikologi ia tergolong retardasi mental, di mana S mengalami hambatan dalam berpikir yang tentu saja mempengaruhi kepribadiannya dan hubungan sosialisasinya. Saya yakin ini semua bukan keinginan keluarga apalagi S. K : Oh gitu ya mbak, berarti bukan karena S yang malas belajar, tapi karena memang di ndak bisa. Berarti S selamanya tidak bisa apa-apa ya mbak. P : Banyak hal yang masih bisa di lakukan oleh S, Seperti tetangga peneliti yang memiliki gangguan yang sama dengan S, tetapi kebetulan orang-orang yang di dekatnya selalu memberikan motivasi dengan cara memberinya kesempatan untuk membantu ibunya berjualan masakan matang, dan walaupun tetangga peneliti yang terkadang mencemooh anak ini, ibunya selalu membangkitkan semangatnya seperti : orang-orang tadi yang bilang kamu bodoh itu, ndak ngerti kalau kamu itu anak yang rajin. Jadi memang perlu banyak kesabaran bila ingin S berubah dan maju. K : Oh kalau begitu sebenarnya S masih bisa di bina ya mbak.	2 Sesi @2 jam	Terapis

Tabel 3.2 Rancangan Intervensi Tahap 2

TAHAP 2				
TUJUAN	**LANGKAH-LANGKAH**	**ILUSTRASI**	**TIME**	**Fsilitator**
1. Mengubah sistem dan pola asuh keluarga S. 2. Peningkatan harga diri S, melalui kepercayaan yang di berikan oleh keluarganya. 3. Mulai mengajarkan S bagaimana cara mengekspresikan apa yang ada di pikirannya.	Kordinasi dengan keluarga S terutama yang tinggal bersamanya, bahwa pola asuh yang diberikan kepada S haruslah penuh kasih sayang, agar S merasa dirinya tidak ditolak kehadirannya oleh orangtuanya dan lingkungan sekitarnya: a. Menyarankan dengan keluarga bahwa, S hendaknya jangan dididik terlalu keras Misalnya : saat S berbuat salah, jangan memberi hukuman dengan memberi celaan dengan kata-kata kasar, seperti bodoh, tidak berguna. Hal ini justru membuat S merasa terhina dan semakin tidak percaya diri karena akan tertanam keyakinan negatif bahwa dirinya adalah anak tidak berharga. b. Saat memberi hukuman, orangtua terutama Ibu juga perlu menghindari agar tidak melakukan hinaan kepada S yang dibarengi dengan pujian saudara S yang lain. Misalnya : " S kamu ini sudah nggak bisa kerja, malas lagi. Lihat adikmu masih kecil saja sudah bisa cari duit dan bantu Ibu", karena ia tidak hanya merasa tidak disayang Ibunya tetapi ia juga akan membenci adiknya. Berikan hukuman mendidik, bila sekiranya S berbuat sesuatu kesalahan, seperti pergi seharian, misalnya harus mengangsu air, merapikan tempat tidurnya. c. Jangan lupa berilah Pujian yang membanggakan hatinya, bila ia bersikap baik dan rajin, karena pujian-pujian kecil sangat berarti bagi peningkatan rasa harga diri S. dan selalu bersikap penuh harapan positif bagi S, misalnya : "nah, begitu kalau kamu rajin ngangsukan tugas Ibu jadi ringan, Ibu tahu kamu sebenarnya memang anak yang rajin kok". Berilah hadiah kecil, bila S sudah sekian banyak melakukan hal-hal positif, dengan demikian ia akan semakin merasa bangga, seperti hadiahkan "topi"	P : Bu selama saya PKL di puskesmas saya seringkali melihat S berobat dengan keluhan pusing, sakit perut, mulut sakit dan susah buang air besar, tetapi ketika di periksa dokter ternyata tidak terdapat kelainan apa-apa dalam diri S. K : Iya memang mbak S itu susah di bilangin, bisanya cuma nyusahin dan menghabiskan uang saja. P : Saya rasa, S juga tidak ingin menyusahkan keluarga di sini. Sebenarnya ia ingin berbuat seperti saudara-saudaranya yang lain, apakah keluarga di sini pernah memberikan kesempatan S untuk melakukan tanggung jawab? K : Aduh mbak, S itu ga bisa apa-apa tugasnya hanya makan dan tidur tok, kemarin pernah nyuci baju tapi bukannya bersih malah tambah kotor, lah wong baju habis di rendam sabun langsung di jemur ndak di bilas dulu. P : Ibu dan mbak kan sudah mengerti kalau S memang istimewa, coba berikan tugas yang ringan dan sekiranya bisa di lakukan S seperti menjemur, jadi ketika adik S mencuci baju biarkan S yang menjemurnya, ketika kering biarkan S melipat bajunya sendiri walaupun hasilnya tidak sebagus yang di lakukan saudara S yang lain tetapi tetap hargai dan jangan lupa memberi pujian, dengan begitu S akan merasa bangga.	3 Sesi @ 2 jam	Terapis

Tabel 3.2 lanjutan

	favoritnya. d. Mulailah memberikan kepercayaan S untuk melakukan pekerjaan ringan, seperti menjemur baju, melipat baju, semakin ia mulai bisa melakukan banyak hal maka, S akan semakin percaya diri. e. Ajarkan S untuk mulai berani berpendapat, seperti meminta keinginannya untuk jalan-jalan keluar, berani bertanya mengapa ia di marahi, apa salah saya?, dengan cara ibu S membiasakan untuk memberikan penjelasan kepada S pada saat ia membuat kesalahan dan sebaiknya bagaimana, dengan begitu ketika S sudah terbiasa mendengarkan penjelasan ketika ia tegur dan suatu saat Ibu S memarahinya karena ia tidak salah, maka ia akan berani mulai untuk menyangkal seperti : "saya tidak salah tapi kenapa saya di marahi, salah saya apa?". Secara ringkas, jika rasa percaya diri dalam diri S sudah tertanam kuat, maka didalam sikap positif yang sudah dilakukan S perlu selalu ditumbuhkan semangat untuk bersikap mandiri dan ditumbuhkan pula rasa malu dan gengsi jika ia terlalu tergantung kepada bantuan orang lain.			

Tabel 3.3 Rancangan Intervensi Tahap 3

TAHAP 3				
TUJUAN	**LANGKAH-LANGKAH**	**ILUSTRASI**	**TIME**	**Fasilitator**
1. Keluarga memberikan kesempatan kepada S untuk keluar rumah. 2. Melihat kemajuan S bersosialisasi 3. Menanyakan apakah berkurang rutinitas S ke Puskesmas, kepada kakak S.	Peningkatan rasa percaya dirinya secara tidak langsung membuatnya merasa sama dengan orang lain dan tidak malu bila harus berhadapan dengan orang lain, hal inipun menimbulkan keinginan pada diri S untuk memulai sosialisasi dengan orang lain. Langkah-langkahnya : a. Keluarga S yang selama ini melarangnya untuk keluar rumah, akan membuat S semakin terisolasi dengan dunia luar. Beri kesempatan S keluar rumah untuk sementara ini temani S saat berada diluar rumah. Ajak S untuk bermain ketetangga dan saudara-saudara, ajak juga S untuk untuk bercerita-cerita dengan topik permasalahan yang sederhana seperti : "tentang kemampuan S sekarang yang sudah tidak tergantung lagi, dengan Ibu dan adiknya dalam melakukan pekerjaan rumahnya", dengan demikian S akan merasa bangga, dan senang dengan topik tersebut. b. Biasakan S menyapu teras rumah dipagi hari, karena setiap pagi hari orang lalunglalang dirumah S, yang secara otomatis orang lain akan memuji S, seperti "wah S sekarang rajin ya", semakin lama S akan merasa senang dan mencoba membalas pujian dan kembali menegur. c. Membiasakan S untuk sholat dimushola dekat rumah secara berjamaah, mungkin awalnya ia harus ditemani saudaranya. Orang dimushola lama-lama akan terbiasa denga kehadiran S, dan melihat segi positif S, bahwa ternyata S yang seperti itupun melakukan sholat, dengan demikian orang lain akan lebih menghargai S. Langkah-langkah tahap 3 diatas tersebut maka S mulai merasakan perbedaan sikap orang lain terhadapnya, yang kemudian ia akan beranggapan masa lalu tinggal masa lalu, dan sedikit demi sedikit S akan melupakan masa lalunya. Pihak rumahpun harus tetap memberikan pujian dan motivasi	K : Mbak kemarin S ketika adiknya mencuci ia sudah bisa menjemur, sebelumnya baju ia juga memisahkan baju kotornya sendiri ke ember cucian, sekarang sudah ada kemajuannya mbak. P : Alhamdulillah ya bu, tapi apa S sekarang masih sering diam dan melamun di rumah bu ? K : kalau yang itu ya masih bu, belum bisa berubah. Dan memang lebih baik S di rumah saja bu, biar ndak malu-maluin. P : Sebenarnya bisa berubah kalau semua pihak keluarga membantu, dan bila ibu berpikir seandainya keluar akan membuat malu keluarga itu salah besar, justru S akan merasa rendah dan berdosa di hadapan keluarga dan tidak memiliki teman. K : Iya-ya bu kasihan juga S, lalu bagaimana caranya bu ? P : langkah pertama biarkan S untuk duduk-duduk di luar rumah, beri tanggung jawab S untuk membersihkan/menyapu di halaman luar, dengan begitu tetangga akan mulai menegur S. coba ceritakan perkembangan S, ajak S berkunjung ke rumah saudara dan ceritakan bahwa S sudah bisa membantu Ibu, dengan begitu rasa percaya diri S akan naik, dan ia mulai berani untuk berhadapan dengan orang lain, tetapi ini butuh waktu dan keluarga harus yang memulai S untuk mengajaknya ngobrol.	3 Sesi @2 Jam	Terapis Kakak Ibu Adik

Tabel 3.3 lanjutan

	kepada S, untuk terus berusaha lebih baik dari sekarang. S mulai mampu melihat dirinya lebih berharga karena ia mampu bersosialisasi dengan orang lain, mampu melakukan pekerjaan ringan dengan baik dan yang paling utama S mulai belajar untuk mengekspresikan keinginan/ketidaksesuaian yang ada dalam dirinya sehingga hal ini tidak di simpannya di alam bawah sadarnya dan dapat menimbulkan gangguan pada fisiknya, dengan begitu sedikit-sedikit somatisasi yang sedang dialaminya akan berkurang.			

3.4 Tindak Lanjut

Tidak lanjut dilakukan dengan melihat dan mengunjungi S setiap melakukan tahapan kegiatan diatas, melakukan pembicaraan dengan keluarga dan S sendiri, apakah S sudah benar-benar dapat bersosialisasi dan melakukan pekerjaan rumah secara mandiri, apakah S sudah tidak sesering dulu pergi ke puskesmas. Tetap mengadakan pengawasan hingga S merasa bahwa ia mampu beradaptasi dengan lingkungan disekitarnya. Adapun langkah yang harus di lakukan keluarga agar terapi yang sudah di lakukan ini tetap bermanfaat, adalah sebagai berikut :

a. Keluarga Harus tetap memiliki Harapan yang Positif terhadap perkembangan S.
b. Keluarga tetap memberikan kesempatan kepada S untuk melakukan tugas rumah tangga yang ringan (sesuai dengan tahapan ke-2).
c. Ajari S untuk punya tanggung jawab tehadap pekerjaannya (dengan cara memotivasi dan mengingatkan S).
d. Beri kepercayaan kepada S, bila ia mampu keluar rumah tanpa pengawasan lagi. (sesuai dengan tahapan ke-3)
e. Selalu berikan pujian dan harapan kepada S.

4. Rancangan Evaluasi Intervensi

Tabel 3.4 : Rancangan Evaluasi Intervensi Tahap 1

TAHAP 1			
Perilaku yang akan di bentuk	**Tingkat Keberhasilam**		
	Sesi 1	Sesi 2	Keterangan
Keluarga dapat memahami keadaan S apa adanya dan optimis terhadap kemajuan S kelak.	Keluarga mulai dapat memahami keadaan S yang sebenarnya yakni individu retardasi mental dan gangguan somatisasi, mulai menyadari keistimewaan S, sehingga kegagalan-kegagalan S di waktu yang dulu dapat di pahami.	Setelah terapis mengilustrasikan kasus yang sama dengan S dan dapat melakukan tugas-tugas ringan,maka keluarga kembali optimis terhadap perkembangan S.	

Tabel 3.5 : Rancangan Evaluasi Intervensi Tahap 2

TAHAP 2					
Perilaku yang akan di bentuk	**Tingkat Keberhasilam**				
	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Keterangan
Keluarga S memberikan kepercayaan &kesempatan kepada S untuk melakukan tugas rumah yang ringan.	Memilah pakaian kotor dan bersih	Menjemur pakaian	Melipat pakaian	Menyapu kamar dan ruang TV	
Mengajari S atau membiasakan untuk dapat mengekpresikan keinginan/ketidaksetujuan terhadap sesuatu yang sederhana, seperti : membela diri bila merasa tidak bersalah	Berani tersenyum bila setuju, dan menggeleng bila tidak senang	Mulai berani bilang tidak untuk sesuatu yang tidak di senangi	Berani mengutarakan keinginan-nya, spt: ingin jalan-jalan, knp ibu marah, salah saya apa?	Mulai berani melakukan kegiatan bersama dengan orang lain, seperti sholat berjamaah di mushola terdekat.	

Tabel 3.6 Rancangan Evaluasi Tahap 3

TAHAP 3					
Perilaku yang akan di bentuk	**Tingkat Keberhasilam**				
	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Keterangan
Memberikan kesempatan kepada S untuk mampu bersosialisasi dengan orang lain (di luar rumah)	Duduk-duduk di luar rumah	Bepergian ke rumah tetangga atau saudara bersama dengan keluarga	Mulai berani melakuakan kegiatan di luar rumah seperti : menyapu teras rmh, dan tersentum bila orang lain lewat	Mulai berani menegur orang lain terlebih dahulu	
	Bulan 1	**Bulan 2**	**Bulan 3**	**Bulan 4**	Keterangan
Sudah jarang ke Puskesmas	Seminggu 1 kali	2 minggu 1 kali	1 bulan 1 kali	Pihak keluarga sudah tidak pernah di mintai uang lagi oleh S, untuk pergi ke puskemas	

BAB IV

PELAKSANAAN INTERVENSI

1. Diskripsi Kasus

S adalah seorang pria dewasa, diusianya yang 40 tahun S tidak menunjukkan perkembangan intelegensi yang sesuai dengan orang normal seusianya. Kapasitas intelegensi S sangat rendah. Pemahaman dan penggunaan bahasa S pun sangat terbatas, ia hanya mengerti perintah dasar atau pertanyaan-pertanyaan sederhana. S pun belum bisa mandiri dalam melakukan tugas-tugas rumah tangga seperti mencuci pakaian, menyapu, sehingga S masih mengaharapkan bantuan dari orang disekitarnya seperti adik ataupun ibunya, akan tetapi pihak keluarga memang tidak pernah memberikan kesempatan S untuk melakukan pekerjaannya, karena menurut Ibunya "S bukannya membantu tetapi justru membuat berantakan semuanya". Pihak keluargapun melarang S untuk keluar rumah, dengan alasan malu dengan tetangga.

Saat ini S belum mampu mengorganisasikan ruang, arah dan waktu. Konsep warna juga belum ia kuasai, dengan demikian seringkali ia menyebutkan 3 warna dalam satu benda, hal ini juga disebabkan daya ingat yang lemah. Pendidikan yang rendah membuatnya belum mampu untuk membaca dan menulis.

Kebiasaan S untuk berdiam diri ditengah-tengah orang membuatnya terkesan tidak adaptif, karena hal tersebut membuat S memiliki relasi sosial yang buruk dengan orang lain. Trauma masa lalu yang membuat S berperilaku seperti ini, yakni pada saat disekolah dulu S seringkali merasa dipermalukan dan disakiti oleh teman dan gurunya disekolah, karena hal tersebut S memilih menarik diri daripada harus bergaul tetapi akhirnya dipermalukan seperti itu.

Ada kebutuhan afeksi yang besar dalam diri S, hal ini terlihat cerita dan khayalan-khayalan S.

Kebiasaan S yang lain adalah berobat dengan keluhan-keluhan gejala fisik yang sama secara berulang-ulang disertai dengan permintaan pemeriksaan medik yaitu ke puskesmas, meskipun dokter sudah berulang kali menjelaskan bahwa hasil dari pemeriksaan adalah negatif yakni tidak terdapat gangguan/kelainan yang menjadi dasar keluhan S, akan tetapi S tetap pada pendiriannya untuk terus berobat. Pihak puskesmaspun tidak bisa menolaknya, karena sikapnya yang seperti ini maka S hanya diberikan obat berupa vitamin C, B compleks saja.

Berdasarkan beberapa perilaku di atas, maka dapat saya simpulkan saat ini S mengalami retardasi mental yang dibarengi dengan gangguan somatisasi. Gambaran diri yang negatif semakin membuatnya tidak percaya diri, sehingga hal ini menyebabkan kemampuan bersosialisasi yang buruk.

2. Laporan Kegiatan Intervensi

2.1 Pelaksanaan Intervensi

Tabel 4.1 : Gambaran Pelaksanaan Intervensi Per-Tahap

TAHAP 1

Tujuan :
1. Mengubah pandangan keluarga terhadap S (sesi 1)
2. Membangun motivasi keluarga , bahwa S masih dapat maju (sesi 2).

Durasi	Gambaran Pelaksanaan	Keterangan
Sesi 1 = Rabu, 8-6-2005 1.30 jam (jam 19.00-20.30).	Saat itu S di ajak ngobrol oleh teman terapis di luar rumah. Terapis kemudian berbincang dengan kakak S dan Ibu mencoba untuk menyarankan, awalnya keluarga S tampak ragu, terutama Ibu S, tetapi kakak S sangat optimis terhadap perkembangan S setelah mendengar cerita, dengan kasus yang sama. Memberi pangertian terhadap Ibu, Kakak S (Sf) dan Adik S (Dn), tentang keadaan S yang sebenarnya, sehingga untuk perkembangan dan kemajuannya membutuhkan pengertian dan kasih sayang. Saat ini S mengalami kemunduran fungsi berpikir, tentu saja hal ini berdampak pada daya ingat, konsentrasi hal ini yang membuat S kesulitan untuk menerima informasi/pelajaran pada saat ia sekolah dulu. Saat itu kakak S sangat tertarik, tetapi tidak begitu dengan Ibu S, ia melihat ini akan sia-sia saja, sehingga terapis minta tolong kepada kakak S untuk terus memberikan pengertian kepada Ibu.	Sebelumnya S sudah mengadak-an pendekatan dengan keluarga S, keluarga sangat antusias mende-ngarkan informasi dari terapis karena bagi keluarga terutama kakak S ini adalah hal baru, dan mulai menyadari tuntutannya yang terlalu tinggi selama ini terhadap S.
Sesi 2 = Minggu, 12-6-2005 2.10 Jam (09.20-11.30)	Ketika datang, S menyambut kedatangan terapis dengan senyum lebar, ia menyuruh kami masuk dan duduk, iapun langsung memanggil Ibu, tidak lama kemudian kakak S datang dari mengajar. S sudah mulai bersahabat dengan terapis, walaupun ia tidak banyak bicara dan hanya senyum-senyum. Tidak berapa lama terlihat S sedang asyik mendengarkan cerita dari teman terapis, sehingga terapispun langsung menanyakan kabar S sekarang Ibu S dan kakak S, di ajak bercerita tentang anak-anak lain yang memiliki gangguan yang sama dengan S dan dapat berkembang secara maksimal dengan bantuan keluarga. Seperti tetangga peneliti yang memiliki gangguan yang sama dengan S, tetapi kebetulan orang-orang yang di dekatnya selalu memberikan motivasi dengan cara memberinya kesempatan untuk membantu ibunya berjualan masakan matang, dan walaupun tetangga terkadang mencemooh anak ini, ibunya selalu membangkitkan semangatnya seperti : orang-orang tadi yang bilang kamu bodoh itu, ndak ngerti kalau kamu itu anak yang rajin. Sebenarnya keluarga S sangat cooperatif, hanya saja sikap pesimis Ibu S membuat yang lainpun, terutama adiknya terikut.	Keluarga S cukup bersemangat dan optimis tentang perubahan yang akan terjadi pada diri S, terutama agar S tidak sering-sering lagi berobat.

TAHAP 2

Tujuan :
1. Mengubah sistem dan pola asuh keluarga S.
2. Peningkatan harga diri S, melalui kepercayaan yang di berikan oleh keluarganya.
3. Keluarga mulai mengajarkan S cara mengekspresikan keinginannya

Tabel 4.1 lanjutan

Durasi	Pelaksanaan	Keterangan
Sesi 1 = Selasa, 14-6-2005 01.45' (16.05-17.50)	Pertemuan ke 3 ini, Ketika datang Keponakan S terlihat merendahkan S, dengan bertanya "mbak kok gelem, temenan ambek cak af, cak af iku bodoh, males pisan", S yang mendengar itu hanya terlihat diam dan menunduk, lalu ia menyuruh keponakannya untuk main. Kejadian itu ternyata biasa terjadi, dan langsung saja terapis ngobrol dengan kakak S, bahwa seharusnya : ✓ Menghilangkan kebiasaan keluarga S yang sering memarahinya dan kadang melecehkannya (terutama keponakan-keponakan yang masih berumur 10 tahun), jadi adek-adek yang sering bilang "cak S bodoh, wes tue gak iso moco" itu di hilangkan, karena bila ini di teruskan S akan merasa rendah dan tidak berharga. ✓ Ibu S di usahakan tidak melakukan hinaan kepada S yang di barengai dengan pujian pada saudaranya yang lain, "terkadang mungkin kita ini lupa ya bu, bila melihat S yang terkadang menjengkelkan karena hanya diam saja, terkadang mulut kita ini langsung bilang "S kon iku wes tue tapi kok gak iso opo-opo, beda ambe adekmu yang rajin", kalau bisa itu di hilangkan bu, karena nanti S akan merasa ibu tidak sayang padanya dan hanya sayang pada adiknya saja. ✓ Berikan hukuman yang pantas dan mendidik seperti : mengangsu air, merapikan tempat tidur, tetapi juga Jangan lupa tetap berikan pujian saat S melakukan hal yang baik, dan selalu bersikap penuh harapan positif, seperti : nah.... begituloh af kalau kamu rajin ngangsukan ibu dan adik-adikmu seneng". ✓ Mulailah memberikan tanggungjawab berupa pekerjaan kecil, seperti memisahkan pakaian kotor-bersih, menjemur pakaian, melipat pakaian, mengangsu air, dll Ketika ngorol kakak S cukup sabar dan bisa menerima, lalu ia memanggil adiknya untuk sama-sama memikirkan kira-kira tugas apa yang bisa di lakukan oleh S.	Ketika sama-sama melihat ketidakadilan apa yang telah dilakukan, Ibu S tampak sedih sekali, dan keinginan untuk menebus dosanya terhadap S besar sekali dengan cara mulai mempberikan kesempatan dan kepercayaan S untuk melakukan tugas ringan di rumah.
Sesi 2 = Minggu, 19-6-5005 01.40' jam (15.20-17.00)	Bertemu dengan Ibu dan kakak S , apakah tugas-tugas yang di berikan sudah di lakukan S dengan baik, ketika menanyakan S juga ada bersama kami, walaupun belum dia yang menceritakan. Ternyata S sudah mampu untuk mengangsu air tiap pagi (walaupun tidak tiap hari, dan tidak lebih dari 4 ember kecil) sore harinya tetap saja adiknya atau kakak ipar S, meletakkan pakaian kotor di belakang (kamar mandi) ,menjemur pakaian sendiri (yang mencuci tetap adiknya). Ketika terapis mengetahui perkembangan S, langsung memujinya S tampak tersenyum dan mengangguk.	Ternyata dengan waktu yang relatif cepat (5 hari) S sudah menunjukkan kemajuan yang pesat, ia sudah mampu mengerjakan tugas yang di berikan yakni menjemur pakaian, mengangsu air.

Tabel 4.1 lanjutan

Sesi 3 = Rabu, 22-6-2005 01.30' (19.00-20.30)	Ketika datang, terapis di sambut S dan Ibunya. S tampak mulai banyk bercerita tentang kemajuannya, ia sudah mandi dengan air angsuannya sendiri jadi tidak merepotkan adiknya. Terapis juga menyakan bagaimana sikap keluarga S terhadapnya. Saat ini S merasa Ibu mulai memperhatikannya dan sudah tidak "secerewet dulu" menurutnya. Di sesi ini juga, terapis menyarankan kepada kakak S untuk mengajarkan S berani berpendapat, seperti meminta keinginannya untuk jalan-jalan keluar, berani bertanya mengapa ia di marahi, apa salah saya?, dengan cara ibu S membiasakan untuk memberikan penjelasan kepada S pada saat ia membuat kesalahan dan sebaiknya bagaimana, dengan begitu ketika S sudah terbiasa mendengarkan penjelasan ketika ia tegur dan suatu saat Ibu S memarahinya karena ia tidak salah, maka ia akan berani mulai untuk menyangkal seperti : "saya tidak salah tapi kenapa saya di marahi, salah saya apa?". Saat itu kakak S, terlihat senyum dan balik bertanya apa mungkin mbak S bisa, masalah'e S itu anaknya diam, lalu terapis memotivasinya, bisa tapi jangan berharap perubahan ini secepat S mampu mengsu air dan melipat baju, jadi harus sabar.	Keluarga S tampak sangat gembira, hal ini terlihat dari banyaknya cerita tentang kemajuan S saat ini. Hal yang terpenting adalah ketika di tanya bagaimana sikap Ibu sekarang S bilang "Ibu wes ga cerewet kayak biyen lagi mbak".

TAHAP 3

Tujuan :
1. Keluarga memberikan kesempatan kepada S untuk keluar rumah.
2. Melihat kemajuan S bersosialisasi
3. Menanyakan apakah berkurang rutinitas S ke Puskesmas

Durasi	Pelaksanaan	Keterangan
Sesi 1 = Minggu, 26-6-2005 1.10' (10.20 – 11.30)	S saat terapis datang sedang, membantu ibunya menyapun ruang tamunya, S tampak senang melihat terpis datang, ia langsung menaruh sapunya walaupun belum selesai ia sapu semuanya, lalu terpis menyarankan supaya S meneruskan nyapunya tetapi S bilang nanti saja. Ketika itu terpis bertemu dengan kakak ipar S dan adiknya serta ibunya memcoba untuk memberikan gambaran bahwa keinginan lain S juga bersosilisasi dengan orang lain, hanya saja tanpa dorongan dan kesempatan dari keluarga ini tidak mungkin terjadi. Mulailah dengan membiarkan S untuk menyapu halaman depan dan duduk di depan rumah, kemudian mengajaknya untuk bermain kerumah tetangga, lalu kemudian ke rumah saudara yang lebih jauh dan ajaklah S bercerita tentang kemajuannya sekarang, dengan demikian S akan merasa percaya diri. S yang rajin sholat tidak ada salahnya di ajak ke mushola dekat rumah, agar ia lebih sering untuk bersosilisasi dengan orang lain. Saat itu S yang mendengar terapis bicara dengan keluarganya perihal hal tersebut, S senyum dan mendekati terpis, waktu pulang S menganter terapis hingga depan gangnya, dan mengucapkan terima kasih.	Keluarga semakin banyak memberikan kesempatan kepada S, hal ini membuat S semakin memiliki tanggungjawab terhadap tugas yang di berikan, peningkatan rasa percaya dirinyapun semakin terlihat, dengan melihat perkembangan ini maka keluarga s mulai memberi kepercayaan kepada S untuk keluar rumah.

Sesi 2 = Rabu, 6-7-2005 1.20' menit (09.10-10.30)	Terapis bertemu dengan Ibu S, dan menanyakan kemajuan S sudah mulai mampu menyapa dulu orang-orang yang lewat, walaupun hanya sekedar "cak nan kate nangdi", ia mulai membalas senyuman orang yang menyapanya "af rajine pagi-pagi wes resik-resik" lalu af pun tersenyum. Informasi ini di dapatkan dari Ibu dan tetangga S . Saat itu S pun mulai banyak bercerita, bahwa ia senang berteman dengan terapis.	Kepercayaan yang di berikan keluarga ternyata langsung di smabut oleh S, ia sudah dapat tersenyum dan kembali menyapa orang yang menyapanya.
Sesi 3 = Minggu, 10-7-2005 40' menit (12.00-12.40)	Menanyakan kepada pihak keluarga terutama kakak S apakah S masih sering meminta uang kepadanya untuk berobat. Kakak S mengatakan sekarang sudah seminggu sekali, karena di rumah sudah banyak kegiatan.	Ternyata peningkatan harga diri S, belum juga membuatnya menghilangkan kebiasaannya untuk berobat. Karena ia melihat puskesmas sebagai tempat yang nyaman begitupun orang-orang yang berada di sana.

2.2 Tindak Lanjut

Tindak lanjut dilakukan 2 minggu sekali dengan melakukan kunjungan, lalu 4 minggu sekali dan 2 bulan sekali, dengan memberikan pengertian kepada keluarga S maka peneliti lama-kelamaan tidak perlu lagi rutin mengunjungi S untuk melihat tingkat keberhasilan S, karena sudah memberikan tugas-tugas kepada keluarga S, karena bila apa yang telah di lakukan keluarga S selama + 2 bulan terus di laksanakan maka perkembangan diri S akan terus maju, tidak menutup kemungkinan S akan menjadi orang yang mandiri walaupun hanya sebatas melakukan untuk dirinya sendiri dulu, tetapi apabila apa yang telah di lakukan ini berhenti maka tidak menutup kemungkinan kebiasaan S ke puskesmas akan semakin sering, dan S semakin menjadi orang pendiam dan tidak berharga bagi dirinya dan orang-orang di sekitarnya (keluarga), maka tugas-tugas yang harus tetap di lakukan keluaga berupa :

- Keluarga Harus tetap memiliki Harapan yang Positif terhadap perkembangan S. Selalu berikan pujian dan harapan kepada S.
- Keluarga tetap memberikan kesempatan kepada S untuk melakukan tugas rumah tangga yang ringan.
- Ajari S untuk punya tanggung jawab terhadap pekerjaannya.
- Beri kepercayaan kepada S, bila ia mampu keluar rumah tanpa pengawasan lagi.
- Tetap ajarkan S untuk berani mengungkapkan keinginan atau ketidaksetujuaannya.

3. Hasil Evaluasi Intervensi

Tabel 4.2 : Hasil Evaluasi Keberhasilan

TAHAP 1

Perilaku yang akan di bentuk	Tingkat Keberhasilam		Keterangan
	8-6-2005	12-6-2005	
Keluarga dapat memahami keadaan S apa adanya dan optimis terhadap kemajuan S kelak.	Keluarga mulai dapat mengerti keistimewaan' S yang sebenarnya.	Keluarga kembali optimis terhadap perkembangan S.	Pada tahap 1, intervensi dapat di laksanakan semuanya dengan lancar. Pihak keluarga S sangat memberikan respon yang baik, terutama kakak S yang pertama tetapi kadang sikap Ibu S yang kurang optimis dengan perkembangan S ini membuat adik S kadang terpengaruh. Ternyata Ibu S masih suka merendahkan S, di sinilah peran kakak S sangat berpengaruh besar ia selalu mengingatkan ibunya untuk bersabar. sehingga tidak terlalu memakan waktu banyak hanya 2 (dua) kali pertemuan dalam satu minggunya.

TAHAP 2

Perilaku yang akan di bentuk	Tingkat Keberhasilam				Keterangan
	19-6-2005	19-6-2005	19-6-2005	22-6-2005	
Keluarga S memberikan kepercayaan &kesempatan kepada S untuk melakukan tugas rumah yang ringan.	Memilah pakaian kotor dan bersih	Menjemur pakaian	Melipat pakaian	Menyapu kamar dan ruang TV	Tingkat keberhasilan intervensi keluarga ini mulai dapat dilihat pada tahapan kedua ini (pada pertemuan ke 4), di mana S sudah mulai mampu dan di percaya untuk melakukan tugas-tugas rumah yang ringan, seperti : memilah pakaian kotor, menjemur pakaian, melipat baju yang sudah kering dan mengasu air. Pada pertemuan selanjutnya (22-6-2005) Spun mulai menceritakan perubahan sifat ibunya yang tidak "secerewet dulu lagi", dan sudah mampu menyapu walaupun hasilnya tidak sebersih saudaranya yang lain.

Lanjutan Tabel 4.2

	6-7-2005	Keterangan
Mengajari S atau membiasakan untuk dapat mengekpresikan keinginan/ketidaksetujuan terhadap sesuatu yang sederhana, seperti : membela diri bila merasa tidak bersalah	Saat ini S mulai mampu tersenyum ketika bertemu dengan orang yang baru sekalipun, ia sudah menunduk lagi seperti dulu, bila ia senangpun ia terlihat tersenyum dan bila ia tidak senang/setuju ia akan memperlihatkan wajah tidak senyum, hanya saja S belum mampu untuk mengungkapkan dengan bahasa verbal.	**Dari awal yang sma sekali tidak berekspresi baik senang maupun tidak senang, maka S sekarang sudah mampu untuk mengekspresikannya lewat senyuman pertanda senang dan cemberut pertanda tidak senang.**

TAHAP 3

Perilaku yang akan di bentuk	Tingkat Keberhasilam				
	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3	Minggu 4	Keterangan
Memberikan kesempatan kepada S untuk mampu bersosialisasi dengan orang lain (di luar rumah)	Duduk-duduk di luar rumah	Bepergian ke rumah tetangga atau saudara bersama dengan keluarga	Mulai berani melakuakan kegiatan di luar rumah seperti : menyapu teras rmh, dan tersentum bila orang lain lewat	Mulai berani menegur orang lain terlebih dahulu	Kesempatan yang di berikan ibu S untuk mulai berinteraksi di luar rumah, sepertinya tidak di sia-siakan S, di mana terdapat perkembangan pesat pada pertemuan selanjutnya (6-7-2005), S sudah mulai terlihat duduk-duduk di luar rumah. Menurut kakak S pun, ia sekarang sudah mulai berani bercerita bahwa ia sekarang sudah pandai meelakukan tugas di rumah, walaupun yang mengawali, bercerita ke saudara adalah kakak S. S pun sudah tidak malu lagi untuk menegur orang yang kebetulan lewat di rumahnya, seperti : "cak nan kate nangdi", padahal sewaktu dulu S tidak pernah berani untuk menegur orang lain, selain orang yang tinggal bersama dalam rumah.Adapun tahapan ketiga yang belum terlaksana adalah, kemampuan S untuk mulai berinteraksi bersama-sama orang banyak "seperti sholat berjamaah, duduk di depan gang rumah S". Kemampuan S untuk mengekspresikan keinginan, perasaan dan pikiran mampu, tetapi bila pihak keluarga selalu memberikan kesempatan, kepercayaan dan tidak merendahkan S dengan cara menghinanya maka S akan mampu melakukan tugas pada tahapan ketiga ini dengan baik, hanya mungkin cukup memakan waktu yang cukup lama.

Lanjutan Tabel 4.2

	Bulan 1	Bulan 2	Bulan 3	Bulan 4	Keterangan
Sudah jarang ke Puskesmas	Seminggu 1 kali	2 minggu 1 kali	1 bulan 1 kali	**Pihak keluarga sudah tidak pernah di mintai uang lagi oleh S, untuk pergi ke puskemas**	Waktu penulis yang terbatas, membuat tidak dapat menulis keseluruhan perkembangan yang sudah di capai oleh S. walaupun demikian dengan tahapan-tahapan ini kakak S sudah mulai bilang, sekarang ini S sudah mulai jarang lagi ke puskesmas karena di rumah sudah mulai banyak kegiatan (dari yang seminggu 2 x, sekarang seminggu 1 kali), selain itu S merasa puskesmas adalah tempat yang nyaman baginya karena orang-orang yang berada di sana sangat peduli dengannya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Kesimpulan

Merujuk pada hasil penerapan intervensi yang sudah di lakukan oleh penulis maka, dapat di tarik kesimpulan bahwa terapi *conjoint* keluarga dapat meningkatkan perhatian dari keluarga yang memiliki anak retardasi mental pasca kecelakaan dan gangguan somatisasi. Hasil dari keberhasilan intervensi ini dilihat dari berubahnya cara orangtua terutama Ibu S memperlakukan S, di mana saat ini Ibu sudah tidak membanding-bandingkan S anak-anaknya yang lain, dan tidak mengeluarkan kata kasar, keluarga juga sudah membantu dan memberikan kesempatan S untuk melakukan tugas di rumah seperti melipat baju, menjemur, merapikan lemari, S pun sudah tidak di larang lagi apabila ingin keluar rumah, yang tentu saja dengan perubahan ini S semakin merasa dirinya di sayang oleh keluarga, karena rasa percaya diri yang meningkat maka S pun mulai berani bertemu dengan orang lain dengan begitu iapun mulai mampu sedikit mengekspresikan keinginan dirinya, kemampuan S mengekspresikan uneg-uneg di hatinya akan menghilangkan kecemasan dalam dirinya dengan begitu somatisasi sebagai bentuk pencari perhatian S sedikit-demi sedikit akan hilang, karena pihak rumah sudah cukup memberinya perhatian.

Keadaan keluarga S yang besar, terkadang ada beberapa anggota keluarga yang kurang kooperatif dalam terapi *conjoint* keluarga kali ini

terutama keponakan-keponakan S yang masih kecil dan masih seringkali menghina S dengan kata-kata yang merendahkan S, dengan begitu S masih merasa diri rendah sehingga terapi keluarga kali ini hasilnya kurang optimal, begitupun dengan rasa nyaman terhadap orang-orang di puskesmas membuatnya betah dan selalu ada keinginan untuk berkunjung, walaupun begitu S sudah tidak sesering dulu ke puskesmas, karena ia sudah merasa nyaman dengan situasi rumah.

2. Saran

2.1 Bagi Orangtua

Orangtua memegang peranan istimewa dalam perkembangan anak, dengan cara :

a. Orangtua selalu memberikan perhatian, kasih sayang, dengan cara tidak membandingkan dengan anak-anak yang lain, dan tidak menuntut sesuatu di luar batas kemampuan mentalnya. Dan selalu memberikan harapan positif kepada anaknya, dengan begitu si anak akan bersemangat.

b. Tetap memberikan kepercayaan dengan memberi tanggungjawab untuk mengerjakan tugas ringan di rumah, berikan pula pujian bila ia mampu mengerjakan dengan baik.

c. Jangan jauhkan si anak dengan orang di luar rumahnya, agar ia tidak semakin terisolasi dengan orang di luar rumahnya..

2.2 Bagi Psikolog dan Psikiatri

Psikolog dan Psikiatri yang di kenal masyarakat sebagai praktisi yang bergerak di bidang perkembangan jiwa/mental, psikolog sebagai profesi yang dapat membantu lewat terapi dan menginformasikan seberapa besar peran serta orang tua terhadap perkembangan anak retardasi mental ini, sedangkan psikiatri lebih menjelaskan sebab-sebab mengapa anak menjadi retardasi mental dan terapi farmakologi yang seperti apa yang di butuhkan bagi anak dengan gangguan retardasi mental, sehingga di harapkan mulai memberikan ceramah-ceramah tentang perkembangan masalah anak khusus (sebab-sebabnya, karakterikstiknya, dan bagaimana penanganannya), di sekolah mana seharusnya anak retardasi mental ini di sekolahkan dan bagaimana keluarga sebaiknya bersikap. Ceramah-ceramah ini sebisa mungkin masuk dalam daerah-daerah pinggiran, di mana masyarakat masih awam dengan permasalahan tersebut.

2.3 Bagi Guru-guru di Sekolah

Bagi guru sekolah, terutama sekolah anak dengan kebutuhan khusus.

a. Sebagai guru memperoleh perhatian khusus terhadap perkembangan dan spesifikasi ataupun keistimewaan dari anak-anak didik kita.
b. Jangan pernah melabelkan anak dengan predikat-predikat yang negatif, karena hal ini akan menjadi gambaran pada anak tersebut selamanya. Hingga tidak menutup kemungkinan anak menjadi rendah diri.
c. Jangan membanding-bandingkan anak didik yang satu dengan yang lain.

DAFTAR PUSTAKA

Bahri, Syaiful. 2004. *Pola Komunikasi Orangtua dan Anak dalam Keluarga.* Jakarta : Rineka Cipta.

Centi, J, Paul. 1993. *Mengapa Rendah Diri.* Yogyakarta : Kanisius.

Chaplin. J.P. 2002. *Kamus Lengkap Psikologi.* Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada.

Corey- Gerald. 1997. *Teori dan Praktek Konseling dan Psikoterapi.* Jakarta : PT. Refika Aditama.

Dariuszky, Goran. 2004. *Membangun Harga Diri.* Bandung : Pionir Jaya.

Etty, Maria. 2004. *Mengelola Emosi (Tips praktis meraih kebahagiaan).* Jakarta : PT. Gramedia.

Gunarsa, Singgih. D. 2002. *Psikologi Untuk Membimbing.* Jakarta : PT. BPK Gunung Mulia.

_____. 2003. *Psikologi Untuk Keluarga.* Jakarta : BPK. Gunung Mulia.

_____. 2004. *Konseling dan Psikoterapi.* Jakarta : BPK. Gunung Mulia.

Hakim, Thursan. 2002. *Mengatasi Rasa Tidak Percaya Diri.* Jakarta : Puspa Swara.

Hendry, Adams & Patricia, Sutker. 2001. *Comprehensive Handbook of Psychopathology.* New Tork : Kluwer Academic / Plenum Publisher.

Kaplan, B & Sadock. 1997. *Sinopsis Psikiatri Jilid Dua*, Jakarta : Binarupa Aksara.

Kartono, kartini. 2002. *Patologi sosial 3.* Jakarta : Raja Grafindo Persada.

Latipun. 2000. *Konseling dan psikoterapi.* Malang : UMM Press.

L. Shehan, Constance. 2003. *Marriages and Families.* USA : Pearson Education.

Maramis . 2004. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa.* Surabaya : Airlangga University Press.

Martin., Elaine & David, . 2001. *Abnormal Psychology.* New York : W. W Norton & Come.

Mash, Eric & Wolfe, David. 1999. *Abnormal Child Psychology.* London : Wadsworth Publishing Company.

Maslim, Rusdi. 2002. *Diagnosis Gangguan Jiwa* (PPDGJ-III). Jakarta : FK. Unika Atmajaya Press.

Osman, Betty. 2002. *Lemah Belajar dan ADHD.* Jakarta : PT. Gramedia.

Page, Andrew & Cindy, Page. 2000. *Kiat Meningkatkan Harga Diri Anda.* Jakarta : Arcan.

Pat, Palmer. 2003. *Harga Diri Remaja.* Jakarta : Elek Media Komputindo.

Sarwono, Sarlito Wirawan. 2001. *Psikologi Remaja.* Jakarta : Raja Grafindo Persada.

Subandi,. & Ratna Wulan. 1999. *Skoring Tes Rorschach.* Yogyakarta : Universitas Gajah Mada Press.

Subandi. 1998. *Administrasi Tes Rorschach.* Yogyakarta : Universitas Gadjah Mada Press.

Widodo & Hindun, 2002. *Menggagas Pendidikan Masa Depan.* Malang : UMM Press.

http//www.suaramerdeka.com/cybernews/harian (kamis, 11/12/03 : 16.36 WIB).

http//www.psychepage.com./22/04/05 (Rebecca).

http//www.theamericanacademyoffamilyphysician.com./12/05/05(Sansone & Righter).

http://www.yakita.or.id/kerusaan-otak1.htm/25/05/08

http://www.angelfire.com/nc/neurosurgery/ckanak.htm/25/05/08

http://pikiran-rakyat.com/cetak/0704/08

LAMPIRAN 1
Identitas dan Status Praesens

A. Identitas Subyek

Nama	: S
TTL	: Surabaya, 19 Agustus 1965
Umur	: 40 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: Kelas 1 SD
Alamat	: Bulak Banteng Madya I, Surabaya

Identitas Orangtua

Nama Ayah	: Km
Umur	: ± 65 tahun
Pekerjaan	: Makelaran
Agama	: Islam
Alamat	: Bulak Banteng Madya I , Surabaya
Nama Ibu	: Sy
Umur	: 60 tahun
Pekerjaan	: Penjahit
Agama	: Islam
Alamat	: Bulak Banteng Madya I , Surabaya

B. Status Praesens

Subyek adalah seorang laki-laki dewasa berumur ±40 tahun, dengan tinggi badan ± 165 Cm, dan berat badan ± 52 Kg, porsi badan S untuk ukuran laki-laki tergolong kurus. Keseharian S berpenampilan sangat sederhana, ia selalu menggunakan kaos oblong lengan pendek dan celana panjang kain. Kepala S yang gundul selalu ditutupi topi. Kulit S pun tergolong hitam. S seorang yang pendiam, ia kurang adaptif dengan lingkungan sekitarnya. Hal ini membuatnya memiliki relasi sosial yang buruk dengan orang lain.

LAMPIRAN 2
Riwayat Medis dan Keluhan

A. Riwayat Medis

Sewaktu S berumur 4 tahun ia pernah terjatuh dari mobil saat mobil jalan dan kepalanya bocor, saat sampai dirumah sakit dokter tidak mengatakan bahwa ia gegar otak, akan tetapi sepulangnya dari sana badan S panas dan sekujur tubuhnya menjadi bengkak.

S adalah pasien tetap di Puskesmas Sidotopo Wetan, ia biasa berkunjung 2-3 kali dalan seminggu. Berikut ini adalah riwayat medis S mengunjungi puskesmas sidotopo wetan, sejak bulan mei 2004 :

No	Tanggal	Keluhan	No.	Tanggal	Keluhan
1.	10-05-04	Pusing, batuk, sariawan	35.	28-09-04	Pusing, sariawan, capek, batuk
2.	14-05-04	Maag, pusing, capek	36.	01-10-04	Pusing, sariawan, capek, batuk
3.	17-05-04	Maag. Pusing	37.	04-10-04	Pusing, sariawan, capek, batuk
4.	21-05-04	Batuk, pusing	38.	06-10-04	Pusing, sariawan, capek, batuk
5.	24-05-04	Maag, Capek, Batuk	39.	08-10-04	Pusing, sariawan, capek, batuk
6.	31-05-04	Maag, Batuk, Pusing	40.	11-10-04	Pusing, sariawan, capek
7.	04-06-04	Batuk, Maag, Sariawan	41.	15-10-04	Pusing, sariawan, capek
8.	11-06-04	Mag, Pusing, sakit sariawan	42.	18-10-04	Pusing, sariawan, capek
9.	14-06-04	Maag, Bibir pecah-pecah, pusing	43.	22-10-04	Pusing, sariawan, capek
10.	17-06-04	Maag, batuk, bibir pecah-pecah	44.	27-10-04	Pusing, sariawan, capek
11.	21-06-04	Maag, batuk, bibir pecah-pecah	45.	29-10-04	Pusing, sariawan, capek
12.	25-06-04	Maag, bibir pecah-pecah	46.	01-11-04	Pusing, sariawan, capek
13.	28-06-04	Maag, bibr pecah-pecah, pusing	47.	04-11-04	Pusing, sariawan, capek
14.	09-07-04	Pusing, capek, sariawan	48.	08-11-04	Pusing, sariawan, capek
15.	12-07-04	Pusing, capek, sriawan	49.	10-11-04	Pusing, sariawan, capek
16.	16-07-04	Pusing, capek, sariawan	50.	12-11-04	Pusing, sariawan, capek
17.	23-07-04	Pusing, capek, sariawan	51.	22-11-04	Pusing, sariawan, capek
18.	02-08-04	Pusing, capek, sariawan	52.	26-11-04	Pusing, sariawan, capek
19.	04-08-04	Maag, pusing, capek, batuk	53.	29-11-04	Pusing, sariawan, capek
20.	06-08-04	Maag, pusing, capek, batuk	54.	03-12-04	Pusing, sariawan, capek. Maag, diare
21.	09-08-04	Maag, pusing, capek,	55.	06-12-04	Pusing, maag, diare

		batuk			sariawan, capek,
22.	13-08-04	Maag, pusing, capek, batuk	56.	10-12-04	Pusing, sariawan, capek. Maag
23.	16-08-04	Maag, pusing, capek, batuk	57.	13-12-04	Pusing, sariawan, capek. Maag
24.	20-08-04	Maag, pusing, capek, batuk	58.	15-12-04	Pusing, sariawan, capek. Maag
25.	23-08-04	Maag, pusing, capek, batuk	59.	17-12-04	Pusing, sariawan, capek. Maag
26.	27-08-04	Maag, pusing, capek, batuk, diare	60.	20-12-04	Pusing, sariawan, capek. Maag
27.	30-08-04	Maag, pusing, capek, batuk	61.	24-12-04	Pusing, sariawan, capek. Maag
28.	03-09-04	Maag, pusing, capek, batuk, diare	62.	28-12-04	Pusing, sariawan, capek. Maag
29.	06-09-04	Maag, pusing, capek, batuk	63.	31-12-04	Bibir pecah-pecah, sariawan
30.	10-09-04	Pusing, maag	64.	03-01-05	Bibir pecah-pecag, sariawan
31.	17-09-04	Pusing, sariawan, capek	65.	07-01-05	Pilek, batuk, pusing
32.	21-09-04	Pusing, sariawan, capek	66.	10-01-05	Perut mual, maag
33.	24-09-04	Pusing, sariawan, capek, maag	67.	12-01-05	Badan sakit-sakit, pusing
34.	27-09-04	Pusing, sariawan, capek, batuk	68.	14-01-05	Badan capek-capek, pusing,pert kembung

B. **Keluhan** :

a. Keluhan dari diri S :

1. Sering pusing-pusing, mual, dan bibir pecah-pecah
2. S merasa dirinya tidak ada yang menyayangi dikeluarganya

b. Keluhan dari keluarga S :

1. Belum mampu mengurusi dirinya sendiri, sangat tergantung dengan Ibu dan saudara-saudaranya.
2. Sering menyendiri, dan tidak betah dirumah
3. Tidak mengerti konsep warna, bentuk, arah

LAMPIRAN 3
Observasi

A. Observasi di Puskesmas

S adalah pasien tetap di puskesmas sidotopo wetan, ia periksa 2-3 kali dalam seminggu dengan keluhan yang hampir sama. Ia datang jam 8 pagi , langsung duduk di bagian belakang di ruang tunggu, dengan tangan bersender dan dibuka lebar. Selama menunggu tidak pernah ia berbincang-bincang dengan sebelahnya Ia hanya duduk diam sambil melihat orang-orang disekitarnya, sesekali ia jalan ke belakang puskesmas, setelah ditanya "mas afandi kok disini? Ia mbak ongkep nde' njero, kulo cari angen, kepala kulo mumet".

Semua pegawai puskesmas sudah hafal dengan S, seringkali ia di ganggu oleh pegawai puskesmas "S kon iku sering merene naksir ambe siopo seh, bilango ambe aku ntar tak uruse" (saduran :S kamu itu sering ke sini naksir sama siapa sih, bilang saja nanti saya uruskan), mendengar godaan tersebut S hanya senyum tanpa berkomentar. S tidak dipungut biaya setiap periksa karena ia tercantum dalam anggota JPS.

Tujuan S ke puskesmas adalah ingin di suntik, karena menurutnya setelah disuntik badannya langsung enteng. Pihak puskesmas selalu memberi obat untuk 3 hari, tapi obat itu tidak pernah di minum oleh S, informasi ini diketahui oleh tetangganya.

B. Observasi di Rumah

Saat ditanyakan tanggal lahir, S selalu berkelit bahwa ketinggalan dirumah karena kemarin hujan deras, bajunya di cuci dan KTPnyapun basah, sekarang masih dijemur dirumah. Ketika ditanyakan untuk kedua kali sampai keempat kali, jawaban yang diberikan S selalu sama. Saat ditanyakan dirumah ternyata S tidak memiliki KTP kata ibu S "boro-boro mbak punya KTP, lah wong S aja ndak bisa moco kok" (Saduran : tidak mungkinlah mabak punya ktp, S kan tidak bisa membaca), ketika mendengar itu terlihat muka S merah dan menunduk, dan ia langsung ia menyuruh Ibunya kebelakang untuk membuatkan minum.

Keadaan rumah S sangat sederhana, hanya terdapat dua ruang tempat tidur padahal orang yng tinggal dirumah ada 9 orang, ruang tamunya pun hanya terdiri dari kursi bambu . Ia cukup dikenali oleh para tetangganya. Ia biasa tidur di depat TV karena S tidak punya tempat tidur sendiri. Seringkali keponakan-keponakannya mengganggunya, dan bila sudah begitu S pasti marah-marah. Keponakan-keponakan S dirumah seringkali terlihat melecehkan dan menghina S, seperti "cak S iki mbak, wes gede gak ero warna, bodoh" (Saduran : Mas S ini mabak, sudah besar tidak paham warna, bodoh).

Di rumah S merasa paling dekat kakak pertamanya, begitupun dengan kakaknya. Kleseharian S dirumah biasanya bangun sekitar jam 8 pagi, lalu mandi dan nonton TV, serial favoritnya adalah filem India dan lagu-lagu

dangdut. Setelah sekitar jam 11 siang ia biasa tidur di depan TV hingga msore menjelang, kemudian ia biasa melihat aquarium di ruang tamunya dan memandangi terus tanpa berkata-kata.

Keseharian S tidak pernah keluar rumah, hanya ke Puskesmas ia bisa keluar dengan alasan berobat. Menurut keluarga S seringkali mengeluh pusing, diare, sakit perut, hingga keluarga tidak khawatir lagi bila S sakit karena menurut mereka sudah biasa S seperti itu.

C. Observasi saat mengerjakan tes

Tes Psikologi pertama yang dilakukan adalah SPM, sebelumnya tester memberikan tes graphis hanya saja S langsung menolaknya "mboten-mboten bu, sesok ae" (Saduran : nggak=enggak bu, besok aja) tester pun memberi pengertian bahwa yang dilihat nanti bukan bagusnya gambar, dan ini untuk membantu S, tapi tetap saja S tidak mau.

Keesokan harinya tester memberikan tes SPM, S terlihat tidak keberatan untuk mengerjakannya. Instruksi tes dilakukan berulang-ulang hingga 5 kali, dengan pemberian contoh soal A1, melihat hal tersebut salah satu pegawai puskesmas melihatnya dengan geram dan mencoba juga menjelaskan. Saat mengerjakan tes S berpikir dengan cara bicara sendiri seperti menggremeng mulai dari soal A2 – B 12, seperti " iki ireng, iki garis-garis, iki kosong, dadi jawabane seng... iki bu" (Saduran : ini hitam, ini garis-garis, ini kosong, jadi jawabannya yang...ini bu), setiap akan menjawab S selalu di bimbing dengan pengulangan instruksi. S baru bisa mandiri dalam menjawab pada soal B 13 sampai selesai. Selama mengerjakan tes, testerpun selalu memberikan penguatan seperti "iya betul, loh itu sudah ngerti kan, bagus" , dengan begitu S nampak semangat dan lebih serius untuk berpikir.

Tes ke dua yang diberikan adalah tes Rorschach, setelah tester memberikan instruksi dan menanyakan apakah S sudah paham, iapun mengangguk. Setiap kartu di respon dengan satu bentuk, testerpun sudah memberikan petunjuk bahwa banyak orang bisa melihat gambar ini lebih dari satu bentuk S bagaimana? "mpun bu iki mawon" (Saduran : sudah bu ini saja) tetapi pada saat diinquiry banyak jawaban tambahan. S merespon semua kartu dengan bentuk hewan, dan seringkali ia menjawabnya dengan bahasa jawa seperi, "ketek, iwa urang, wewe" (Saduran : monyet, ikan udang, wewe). S pun jarang sekali memutar-mutar kartu untuk melihat kemungkinan bentuk lain, walaupun tester sudah memberi kesempatan. Saat inquiry S seringkali mengganti jawabannya, untuk penempatan lokasipun S sering berganti-ganti, hingga tester harus terus menegaskan. S pun seringkali mengeluarkan warna yang ternyata salah, seperti untuk kartu 10, "iki urang merah" (Saduran : ini udang merah) padahal ia menunjuk bentuk yang berwana biru.

Tes ke tiga yang dilakukan adalah Bender Gestalt. S cukup terlihat kesulitan dalam menggambar yang sama dengan contoh, soal pertama langsung dilakukannya sampai 5 kali, dan sama sekali tidak sama, walaupun tester sudah membimbingnya, "mas coba lihat lagi, letak gambarnya, bentuknya apa sudah sama", S tetap saja menggambarnya berbeda dari contoh, ia meminta apa ada uang logam?, dan meminta penggaris untuk soal-soal 1, 5,

8 9, karena kami tidak mempunyai penggaris maka S menggunakan pinggiran penghapus sebagai ganti penggaris. VSMS adalah tes yang dilakukan dengan melihat perkembangan S secara langsung dan kepada ibu dan kakak S. dilakukan sebelum dilakukan intervensi dan sesudah di lakukan intervensi.

D. Hasil Observasi

No	Verbatim	Interpretasi
1.	S adalah pasien tetap di puskesmas sidotopo wetan, ia periksa 2-3 kali dalam seminggu dengan keluhan yang hampir sama Ctt : menurut dokter S tidak mengalami sakit fisik seperti yang dikeluhkannya.	- S mengalami gejala somatisasi
2.	Selama menunggu tidak pernah ia berbincang-bincang dengan sebelahnya, ia hanya duduk diam sambil melihat orang-orang disekitarnya, sesekali ia jalan ke belakang puskesmas	- Penyesuaian diri buruk - Sosialisasi dengan orang lain kurang
3.	Tujuan S ke puskesmas adalah ingin di suntik, karena menurutnya setelah disuntik badannya langsung enteng.	-Sugesti S besar mengenai khasiat suntik
4.	Tester memberikan tes graphis hanya saja S langsung menolaknya "mboten-mboten bu, sesok ae" (Saduran : tidak-tidak bu, besok saja) tester pun memberi pengertian bahwa yang dilihat nanti bukan bagusnya gambar	- Motivasi rendah - Tidak percaya diri
5.	Instruksi tes dilakukan berulang-ulang hingga 5 kali, dengan pemberian contoh soal A1	- Pemahaman kurang - Daya tangkap rendah
6.	Selama mengerjakan tes, testerpun selalu memberikan penguatan seperti "iya betul, loh itu sudah ngerti kan, bagus", dengan begitu S nampak semangat dan lebih serius untuk berpikir.	- Perlu dorongan dan penguatan setiap kali akan melakukan sesuatu - Tidak percaya diri
7.	Saat inquiry S seringkali mengganti jawabannya, untuk penempatan lokasipun S sering berganti-ganti, hingga tester harus terus menegaskan.	- Daya ingat rendah
8.	S pun seringkali mengeluarkan warna yang ternyata salah, seperti untuk kartu 10, "iki urang merah" (Saduran : ini udang merah) padahal ia menunjuk bentuk yang berwana biru.	- S belum mengenal konsep warna
9.	Bender Gestalt. S cukup terlihat kesulitan dalam menggambar yang sama dengan contoh, soal pertama langsung dilakukannya sampai 5 kali, dan sama sekali tidak sama	- S tidak dalam mengintegrasikan ruang, dan bentuk. - Daya ingat rendah
10.	Meminta penggaris untuk soal-soal 1, 5, 8 9, karena kami tidak mempunyai penggaris maka S menggunakan pinggiran penghapus sebagai ganti penggaris.	- Ada usaha untuk menampilkan sesuatu yang baik.

Kesimpulan :

Kapasitas kecerdasan S dapat dibilang sangat rendah, dengan kemampuannya tersebut ia sangat kesulitan untuk belajar hal-hal yang baru, untuk memahami dan mencerna apa yang dilontarkan orang lain, S membutuhkan waktu yang lama, dan hal itu haruslah dilakukan berulang-

ulang. Daya ingat yang rendah juga seringkali menjadi kendala untuk belajar. S pun belum mengusai konsep warna, bentuk dan arah.

Setiap melakukan sesuatu S sangat membutuhkan dorongan dan penguatan dari orang lain, dengan begitu S akan melakukan usaha-usaha maksimal dalam melakukan apapun itu, karena dari dalam diri S ada keinginan untuk menunjukkan ke orang lain bahwa ia mampu.

Keterlambatan S dalam belajar dan mencerna hal-hal baru mambuatnya juga kesulitan mencari teman. Ia tumbuh menjadi orang yang tidak percaya diri bila harus bergaul dengan orang lain, selain itu komunikasi 2 arah S yang masih sangat kurang, karena bila S di ajak bicara ia kurang mampu mngerti maksud yang di lontarkan orang lain, dengan demikian banyak orang merasa malas berbincang dengannya, hal ini menyebabkan S mempunyai relasi sosial yang buruk.

Kebiasaan S sering berobat dengan keluhan yang sama, mengindikasikan ia somatoform, keluhan-keluhan pusing, sakit perut, bibir sakit, hanyalah perasaan yang dirasakan S karena sebenarnya ada keinginannya untuk bergaul dengan banyak orang, yang tidak bisa dilakukannya dengan orang-orang disekitar rumahnya yang sudah mengetahui siapa S sebenarnya'.

LAMPIRAN 4
Hasil Wawancara

A. Anamnesa S

S adalah anak ketiga dari enam bersaudara dari bapak pertama, sewaktu S berumur 3 tahun bapak S meninggal karena sakit lever dan ibunya menikah lagi dengan lain yang sekarang menjadi ayah S, dengan ayah tirinya Ia mempunyai adik lagi sebanyak 3 orang yang semuanya wanita, hingga kalau dijumlah semuanya adalah 9 orang. S merasa ia paling dekat dengan kakaknya yang bernama SL yang seorang guru SD. Seringkali mereka bercerita-cerita.

Menurut S ibu adalah orang yang cerewet, dan suka mengomelinya. Ibu S seorang penjahit, sedang bapak tirinya ini seorang makelaran yang kerjanya tidak menetap dan jarang sekali pulang kerumah, mungkin 2-3 hari sekali pulangnya. Dirumah yang sekarang S tinggal bersama ibu, kakaknya yang pertama dan suaminya, 1 orang adiknya dan 3 ponakannya.

Ia pernah mengenyam bangku pendidikan sampai kelas 6 SD, menurut S ia tidak dapat lagi melanjutkan sekolahnya karena tidak ada biaya. Ibunya mulai sepi jahitannya, sedangkan ayahnya tidak jelas pendapatannya. Ia tidak kecewa dengan nasibnya itu karena ia memang tidak ingin menyusahkan orangtuanya.

Keseharian S adalah bekerja sebgai tukang bangunan untuk mengaduk semen. Pekerjaannya ini di dapatkannya dari pamannya. Ia merasa betah di tempat kerjanya tersebut, menurutnya teman-teman tukang bangunan yang lain sudah mengangapnya sebagai saudara, hingga tidak jarang ia ditraktir makan di warung saat istirahat siang. Jam kerja S sampai sore sekitar jam 16.00. Biasanya ia pulang sendiri, dengan berjalan kaki atau naik sepeda. Sesampainya dirumah, ia langsung sholat dan tidak lupa mengaji, setelah itu terkadang bila ia tidak kecapek-an ia membantu keponakan-keponakannya belajar.

Uang hasil dari pekerjaannya sebagai kuli menurutnya lumayan, walaupun S tidak menyebutkan jumlah pastinya, dengan penghasilannya ini ia selalu membantu ke enam keponakannya sekolah, tidak jarang juga S membelikan mainan atau baju. S merasa senang bila ia bisa membantu keponakan-keponakannya tersebut.

Kebiasaannya ke puskesmas adalah hal yang tidak bisa ditinggalkannya, menurut S karena pekerjaannya yang sebagai kuli bangunan menuntutnya untuk punya kondisi yang prima, dengan begitu ia merasa butuh untuk selalu di suntik setelah itu badan langsung sehat, "Obat-obat yang di berikan di puskesmaspun selalu saya minum bu pasti habis".

B. Heteroanamnesa (Ibu dan Kakak S)

Menurut Ibu S sewaktu kecil S sering sakit-sakit, tetapi hanya panas sebentar. Puncaknya adalah saat S berumur 4 tahun ia pernah terjatuh dari

mobil yang sedang berjalan hingga kepalanya bocor, setelah di bawa kerumah sakit dokter bilang hanya luka biasa dan tidak terjadi geger otak, hanya saja sepulangnya dari rumah sakit badan S panas dan sekujur tubuhnya bengkak.

S adalah anak ke-dua dari delapan bersaudara, ia memiliki 5 saudara dengan bapak yang sama, dan tiga dari bapak sambungan. Ketika kecil S adalah anak yang menyenangkan ia cukup licah dan periang. Umur 6 tahun ia masuk sekolah taman kanak-kanak selama 2 tahun, ia cukup mampu bila disuruh menyayi. Setelah itu ibu S memasukkannya ke SD, S mulai merasakan kesulitan. Guru S di SD pun mengeluhkan ketidakmampuan S dalam mengikuti semua pelajaran yang diajarkan. S tinggal di kelas I sebanyak 4 kali, sampai 2 adik S menyusul hingga sudah kelas 3, S tetap saja kelas satu. S seringkali diejek oleh teman-temannya, tidak jarang guru-guru S-pun mempermalukannya didepan teman-temannya, karena hal tersebutlah ibu S tidak tega melihat keadaan S yang selalu saja direndahkan dan ia mengeluarkan S dari sekolah. Menurut ibu S lebih baik ia dirumah saja, kasihan kalau disekolah S selalu saja dihina, ini adalah keputusan yang terbaik menurutnya.

Sampai saat ini S masih belum bisa membaca, hanya ia sudah bisa menulis namanya . S tidak mengerti konsep warna sampai sekarang. Menurut ibu S tidak bisa membedakan arah timur, barat, selatan, utara, kiri dan kanan, hingga seringkali ibu S merasa was-was apabila ia pergi-pergi/keluar rumah "takut nggak bisa pulang" alasannya, akan tetapi sampai selama ini S tidak pernah nyasar dan menyusahkan orang. Suatu kali pernah ada acara saudara ibunya di Gresik, semua saudara-saudara S sudah berangkat lebih dahulu, hanya S yang masih tinggal di rumah. Kakak S yang sebagai guru menuliskan naik mikrolet apa dan turun di mana, serta menuliskan lengkap alamat saudara ibunya tersebut, dan kakaknya berpesan agar selalu menunjukkan kertas tersebut ke supir atau orang yang di temui di jalan, dengan cara seperti itu S tidak kesasar, ia bisa sampai tujuan dengan selamat.

Menurut ibunya ia adalah anak yang malas bila disuruh. Kesehariannya hanya tidur, dan jalan-jalan naik sepeda sendirian " S ini sering bepergian sendirian mbak, nggak betah dirumah, malas nggak mau kalo disuruh-suruh". Setiap mencuci baju S mencoba untuk mencucinya sendiri, akan tetapi menurut ibunya tidak bersih sama sekali " *S iku kalo mencuci sabunnya akeh tapi nggak di kucek blas mbak, di diemin terus langsung di jemur"* (Saduran : S itu kalau nyuci, sabunnya banyak tapi tidak di kucek sama sekali, hanyadidiamkan langsung dijemur), ibu S harus mencuci ulang lagi. Menurut S "ia pingin membantu ibunya karena kalau sudah besar dosa bila baju masih dicucikan ibu". Setelah itu Ibu S selalu memarahi S apabila memegang kerjaan karena menurutnya percuma saja S bekerja tetap tidak pernah beres.

Ibu S seringkali marah karena kebiasaan S yang sering ke puskesmas untuk berobat, menurutnya percuma saja S tidak akan lebih baik karena obatnya tidak pernah diminum " *obate S iku numpuk mbak di laci, sampe ta guai terus takute kadarluarsa, S iku nggak nurut ta suruh ojo nang puskesmas tapi tetep ae, mesti minta disuntik*" (Saduran : obatnya S itu

numpuk di laci, sampai saya buangi terus takutnya kadarluarsa, S itu tidak nurut sudah sayalarang untuk tidak ke puskesmas masih saja ke sana, selalu minta disuntik) . Ibu S bilang kalau sekarang puskesmas itu mahal, walaupun S ikut anggota JPS tapi tetapi saja dimintai biaya untuk obat Rp. 2500,- dan suntik Rp. 1000,-.

Saat ini S berusia 40 tahun, di mana ia lahir 19 Juni 1965, keluarga S pun baru menemukan catatan kelahiran S pada bulan juni kemarin. Kakak S yang pertama berumur 43 tahun dan seorang guru SD, bahkan sudah memiliki cucu dari anak pertamanya, sehingga S di panggil kakek oleh anak dari keponakannya tersebut.

Menurut ibu S bila S tidak diijinkan ke Puskesmas, pasti ia akan meminum puyer 88 sehingga karena keseringan S jatuh pinsan dan di bawa ke Rumah Sakit Karangmenjangan. Ketika di sana S di sangka pecandu narkoba, karena menurut dokter bila ngomong tidak nyambung, pandangan mata kuyu dan bentuk tubuh yang kurus. Keluarga S sempat memberikan penjelasan tapi dokter tidak terima, katanya keluarga hanya coba membela S. Saat itu S langsung di periksa darah dan air kencing, dan hasilnya negatif hanya di diagnosa S pinsan karena kurang darah saja.

C. Hasil Wawancara

No	Verbatim	Interpretasi
1.	Menurut S ibu adalah orang yang cerewet, dan suka mengomelinya.	- S merasa tidak disayang - Figur ibu dinilai kurang menyenangkan
2.	**S :** Ia pernah mengenyam bangku pendidikan sampai kelas 6 SD, menurut S ia tidak dapat lagi melanjutkan sekolahnya karena tidak ada biaya. **Ibu S :** S tinggal di kelas I sebanyak 4 kali, sampai 2 adik S menyusul hingga sudah kelas 3, S tetap saja kelas satu. S seringkali diejek oleh teman-temannya, tidak jarang guru-guru S-pun mempermalukannya disepan teman-temannya, karena hal tersebutlah ibu S tidak tega melihat keadaan S yang selalu saja direndahkan dan ia mengeluarkan S dari sekolah.	- Kebohongan yang dilakukannya S; agar orang lain dapat menilainya lebih baik, dari yang sebenarnya. - Tumbuh rasa percaya diri yang lebih tinggi, bila orang lain mempercayai omongan S. - Kecenderungan berfantasi.
3.	**S :** Keseharian S adalah bekerja sebagai tukang bangunan untuk mengaduk semen. Pekerjaannya ini di dapatkannya dari pamannya. **Menurut ibunya :** ia adalah anak yang malas bila disuruh. Kesehariannya hanya tidur, dan jalan-jalan naik sepeda sendirian	- Ada keinginan ia terlihat sebagai sosok orang dewasa pada umumnya, sudah bekerja dan menghasilkan uang. - S ingin orang lain menganggapnya mampu
4.	Kecil S sering sakit-sakit, tetapi hanya panas sebentar. Puncaknya adalah saat S berumur 4 tahun ia pernah terjatuh dari mobil yang sedang berjalan hingga kepalanya bocor, setelah di bawa kerumah sakit dokter bilang hanya luka biasa dan tidak terjadi geger otak, hanya saja sepulangnya dari rumah sakit badan S panas dan sekujur tubuhnya bengkak.	- Ada indikasi gangguan pada otak saat S terjatuh

5.	S tidak mengerti konsep warna sampai sekarang. Menurut ibu S tidak bisa membedakan arah timur, barat, selatan, utara, kiri dan kanan, hingga seringkali ibu S merasa was-was apabila ia pergi-pergi/keluar rumah	- S belum mampu memahami konsep warna, dan arah
6.	Uang hasil dari pekerjaannya sebagai kuli menurutnya lumayan, walaupun S tidak menyebutkan jumlah pastinya, dengan penghasilannya ini ia selalu membantu ke enam keponakannya sekolah, tidak jarang juga S membelikan mainan atau baju	- Ada keinginan untuk berbuat sesuatu untuk menyenangkan orang lain. - Fantasi besar
7.	**S :** Obat-obat yang di berikan di puskesmaspun selalu saya minum bu pasti habis". **Ibu S :** S tidak aka lebih baik karena obatnya tidak pernah diminum " obate S iku numpuk mbak di laci, sampe ta guai terus takute kadarluarsa" (saduran: obatnya S itu banyak mbak di laci, hingga saya buanng takutnya kadarluarsa)	- S seringkali berbohong

Kesimpulan :

Kemampuan kognitif S terbilang sangat kurang sekali. Terdapat indikasi gangguan pada otaknya yang menyebabkan S mengalami kesulitan dalam mengorganisasikan warna, arah dan ruang, dengan demikian ia tumbuh menjadi orang yang kurang rasa percaya dirinya.

Daya fantasi S sangat tinggi, kebohongan-kebohonan seringkali dilontarkan pada orang-orang yang baru dikenalnya. Hal ini dilakukan agar orang lain melihatnya sebagai orang dewasa normal yang mampu menghasilkan uang dan berguna bagi orang lain, dengan begitu rasa percaya diripun tumbuh.

Figur Ibu dilihat sebagai figur yang keras dan tidak menyayanginya, sehingga S seringkali merasa bahwa kehadirannya di dunia ini tidak diharapkan.

LAMPIRAN 5
Hasil Tes SPM

Hasil Tes SPM

Angka Kasar	Presentil	Kategori
15	5	Rendah sekali

Berdasarkan tabel di atas dapat diklasifikasikan intelegensi S termasuk pada : ***"Mentally Defective"***, di mana S masuk dalam kategori retardasi mental, yakni :

(a) Pemahaman dan penggunaan bahasa cenderung terlambat pada berbagai tingkat, dan masalah kemampuan berbicara yang mempengaruhi perkembangan kemandirian dapat menetap sampai dewasa.

(b) Kesulitan utama tampak pekerjaan sekolah seperti membaca dan menulis.

LEMBAR JAWABAN
A_2 - SPM

Nama	: S	Nomor	: -
Jenis Kelamin	: Laki - laki	Sekolah	: KLS 2 SD
Umur	: 32 Thn	Kelas	: -
Tgl. Tes	: 29 Desember '09	Tester	: Hera . W

SERI A		SERI B		SERI C		SERI D		SERI E	
A1	2-1 9	B1	2	C1	8	D1	4	E1	7
A2	5	B2	2	C2	3	D2	2	E2	2
A3	1	B3	3	C3	8	D3	2	E3	3
A4	2	B4	3	C4	7	D4	3	E4	4
A5	6	B5	1	C5	3	D5	6	E5	4
A6	2	B6	3	C6	3	D6	8	E6	3
A7	2	B7	5	C7	9	D7	2	E7	7
A8	2	B8	6	C8	5	D8	2	E8	6
A9	2	B9	1	C9	5	D9	7	E9	7
A10	5	B10	2	C10	1	D10	8	E10	5
A11	3	B11	3	C11	8	D11	6	E11	2
A12	2	B12	2	C12	7	D12	4	E12	2

Scorer : Hera Wahyuni

Score (RS) : B = 15 S = 45

Stanel (WS) : presentil = 5

"Mentally Depective"

02 - 85

LAMPIRAN 6
Hasil Tes Bender Gestalt

No. Kartu	Waktu	Keterangan
A	07. 45. 97"	S menggambar sebanyak 5 kali, menurutnya gambar terakhir adalah yang paling sama. Ia menggambar lingkaran dan segitiga dengan arah vertikal, padahal gambar yang sebenarnya adalah lingkaran dan belah ketupat arah yang horisontal. Rotasi di gambar miring 45 %, gagal untuk menyatukan lingkaran = -0,5, gambar belah ketupat di gambar segitiga, porsi gambar digambar tidak sama = 0,5.
1	32. 03"	Titik yang seharusnya berjumlah 12 diresponnya sebanyak 15 titik
2	42. 44"	Rangkaian 3 lingkaran kecil yang membujur miring dari kanan dan makin kebawah kekiri yang berjumlah 11 rangkaian, di responnya dengan rangkaian 3 titik yang memiring dari kiri ke kanan (kebalikan dari contoh), yang berjumlah 11.
3	30. 66"	Gambar titik yang makin kesamping kanan makin banyak (arah horisontal), diresponnya dengan rangkaian titik yang makin kebawah makin sedikit (arah verikal). Rotasi desain digambar miring . keseluruhan bentuk di gambar miring 90^0. Integrasi hilangnya bentuk desain. Titikpun di gambar lebih besar
4	01. 02. 40"	S menggambarnya hampir mirip, walaupun tidak sama persis, karena ukuran gambar yang di buatnya lebih besar. Rotasi desain di gambar miring > 90°.
5	33. 62"	Rotasi > 90°, hilangnya bentuk desain (deretan titik tidak membentuk desain). Jumlah titik yang digambar s jumlahnya kurang banyak, dan bentuk titik di perbesar seperti coretan garis yang tidak beraturan seperti garis lurus.
6	43. 00"	Gambar garis gelombang pada kartu ini, direspon S dengan garis yang gelombangnya sangat tidak teratur dan terputus-putus.
7	06. 96"	Gambar yang seharusnya berbentuk runcing keluar di responnya dengan gambar yag runcing ke dalam, perpotongan ke bentuk terbutpun tidak sama, bentuk desain di gambar miring 90°. Integrasi, ke-2 hexagon overlap secara berlebihan (salah satu hexagon berada di dalam hexagon yang lain).
8	01. 00. 35"	Bentuk gambar yang arahnya horisontal di gambarnya dengan bentuk yang vertikal miring 90°, bentuk yang harusnya lancip kesamping di responnya dengan lurus. Wajik di tengah tidak di gambar sama sekali.

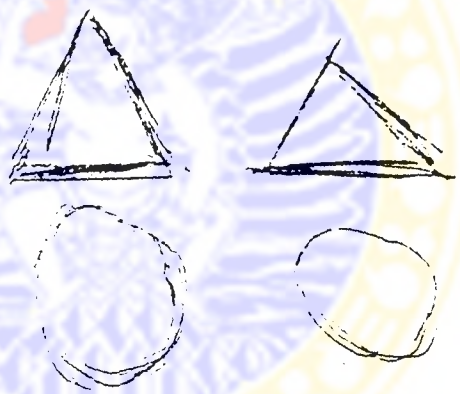
➢ **Kesimpulan Tes Bender Gestalt :**

Berdasarkan informasi di atas maka dapat dikatakan bahwa kemampuan motorik S masih sangat kurang, begitupun dalam hal ketelitian S belum mampu menghitung dengan benar setiap jumlah yang ada dalam contoh. Terdapat gangguan pada fungsi otak S, dimana gangguan ini cukup akut yang berdampak pada terjadinya disorganisasi proses fikiran dengan gangguan emosionalitas, dengan ciri-ciri yang terdapat pada diri S yaitu adanya disorganisasi proses fikiran, diorientasi waktu dan ruang yang diresponnya secara terbalik dari arah horisontal ke arah vertikal (miring 90°). Kesalahan-kesalahan yang dilakukan S ini berhubungan dengan minimnya dorongan/motivasi yang sangat rendah. S mengalami kontrol diri yang lemah, biasanya terjadi pada anak-anak yang paling sering dikritik.hal ini membuatnya menarik diri, ragu-ragu dan tertutup.

30.66" (3).

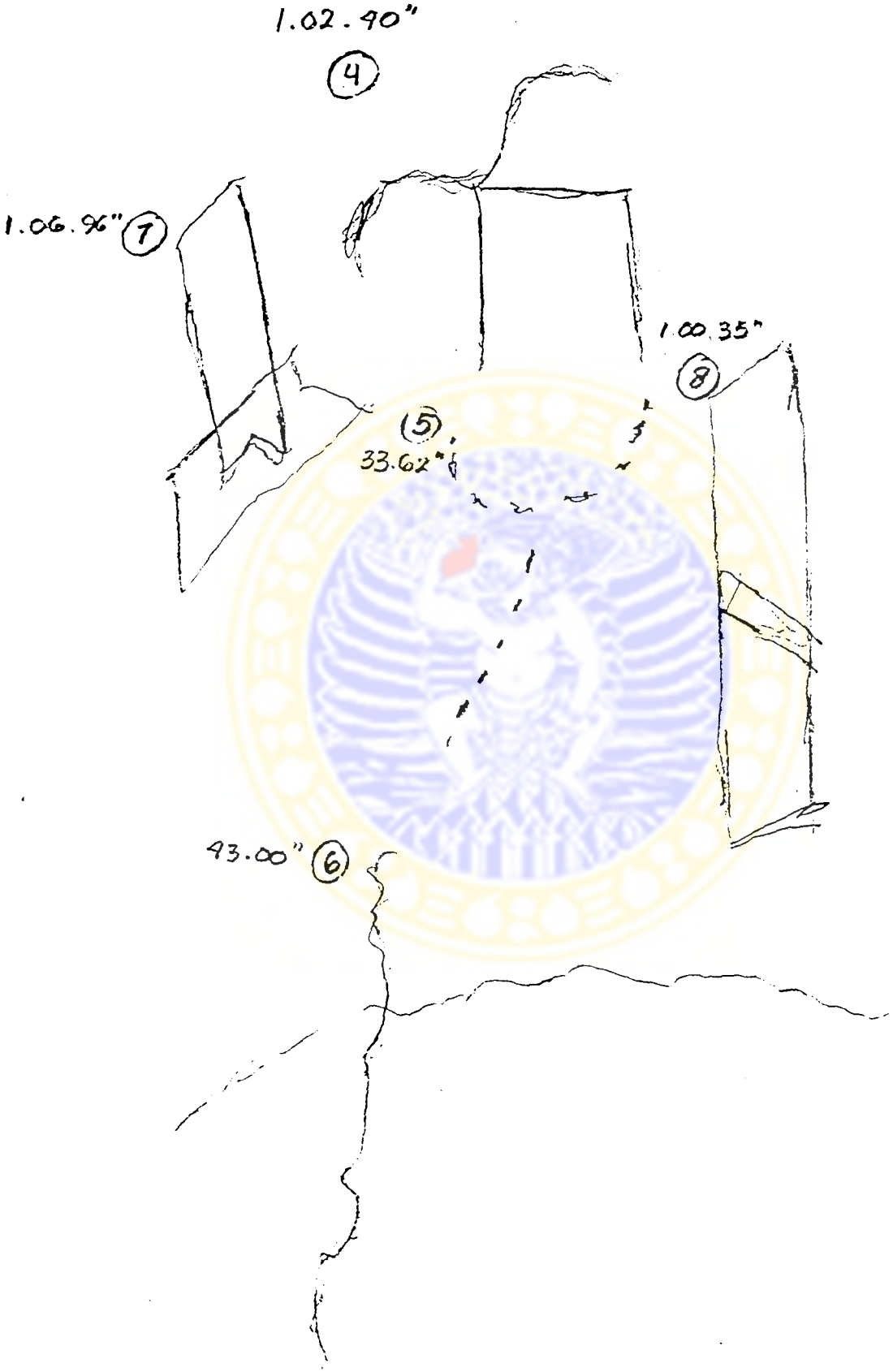
42.49" (2)

32.03" (1)



7.45.97"

(A)


1.02.40"
4
1.06.96" 7
1.00.35"
8
5
33.62"
43.00" 6

LAMPIRAN 7
Hasil Tes Rorchach

No.	Keterangan	Interpretasi
1.	W < 10 (4)	Kapasitas intelegensi masuk pada level "embecils"
2.	R < 20 (14)	Indikasi depressed
3.	D > 50%, FLR rendah	Mengindikasikan apa yang jelas bagi S , bukanlah jelas bagi orang/dunia normal,S melihat dunia terbalik dari orang biasa
4.	R (VIII+IX+X) <30 (25%)	S cenderung menarik diri, bilamana dihadapkan dengan tantangan emosional dari luar.
5.	FC' banyak	Respon S terhadap stimulasi luar terhambat oleh pengalaman traumatis, hal ini mengakibatkan penarikan diri S, ada keinginan/kebutuhan yang besar dari orang lain hanya saja S takut di benci, disakiti ataupun disakiti bila dekat dengan orang.
7.	Menumpuk di tengah	Keadaan ini mengidentifikasikan bahwa dalam persepsi S itu pengaruh-pengaruh baik inner determinant maupun outer determinat relatif kurang. Akibatnya orang demikian mempunyai pendangan terhadap dunia maupun terhadap dirinya sendiri secara karakteristik terbatas, miskin dan kaku.
8.	Content "A" tinggi (12)	Ruang lingkup interest yang sempit, dan indikasi adanya patologis,
9.	Time Respon > 90 " (90,29)	Indikasi patoligis berat atau inhibisi yang ekstrim.

➢ **Kesimpulan :**

Kapasitas intelegensi S termasuk para taraf embisil, dengan demikian ia kesulitan dalam mencerna realita yang ada, karena yang jelas bagi orang lain belum tentu jelas baginya ataupun sebaliknya yang jelas baginya tidak bagi orang lain, dapat dikatakan ia melihat sesuatu berbeda dari orang normal.

Kemampuan S dalam hal beradaptasi sangat rendah, hal ini diakibatkan dari pengalaman traumatis S dimasa lalu dimana S seringkali dihina dan dipermalukan oleh orang-orang disekitarnya, karena pengalaman tersebut S lebih memilih untuk menarik diri dari dunia luar. Dibalik itu semua ada kebutuhan afeksi yang tinggi dalam diri S.

Motivasi dan dorongan maju dalam diri S termasuk rendah, dimana S lebih memilih diam daripada harus mengambil resiko dipermalukan ataupun disakiti oleh orang lain.

Nomor :
Nama : S L/P
Tgl. Lahir : 19-8-1965
Umur : 40

Pendidkan : Kelas 1 SD
Suku Bangsa : Jawa
Tgl. Pemeriksaan : 6 Januari 2005
Pemeriksa : Hera Wahyuni

Card	Time	PERFORMANCE PROPER	INQUIRY	SCORING								
				Location		Determinant		Content		P . O		FLR
				Main	Add	Main	Add	Main	Add	Main	Add	
I ^	04.03" 15.00"	(Sejenak diam dan mengamati) Iki gambar burung, emm... iki anune ireng. Burung ireng (Saduran: ini gambar burung, emm...ini anunya hitam. Burung hitam) Instruksi : mas S ada beberapa orang bisa melihat gambar ini lebih dari 1 hal, mungkin begitu juga dengan mas S? Empun mbak iku maon (Saduran : Sudah mbak itu saja).	Loc : Tadi Mas S bilang iki gambar burung ireng, coba tunjukkan pada saya bagian mana yang di lihat sebagai burung ireng ? (instruksi di ulang sebanyak 3 kali) Tujukno ambe aku tempate gambar burung ireng di kertas iki seng mau loh? Seng iki (S sambil menunjuk), atas iki sampe bawah... tapi'e nggak semuane, mek sak mene (Saduran: yang ini, atas ini sampai bawah....tapinya tidak semuanya, hanya segini) Det : menurut mas S opo yang membuat gambar ini seperti burung ireng itu apa? (S berpikir) kelire ireng, iku tok ae mbak (Saduran: warnanya hitam, itu saja mbak).	D		FC'		A		P		+1,0
II ^	05.41" 16.50"	(Sejenak diam) iki kayak ketek. Iku ae mbak (Saduran: ini seperti monyet, itu saja mbak).	Lok : Tadi Mas S bilang ini adalah gambar ketek, coba tunjukkan pada saya bagian mana yang di lihat sebagai ketek? Iki mbak, kabeh iki. Iki tangane (Saduran: ini mbak, semuanya ini, ini tangannya) Det : Coba di jelaskan menurut mas S apa yang membuat gambar ini seperti ketek ? Ketek iki sedang longgoh, tangane iki kayak nempel sedang bertapa, ngeten tok mbak (Saduran: Monyet ini sedang duduk, tangannya bersentuhan seperti sedag bertapa, sudah begitu saja mbak) (S memberi contoh sambil tangannya seperti orang bertapa)	W		FM		A		P		+1.0
III ^	01.28" 16.50"	Beruang ireng, awa'e iki, tangene iki seng kayak beruang. Wes (Saduran: Beruang hitam, badannya ini, tangannya ini yang seperti beruang, sudah).	Loc : Tadi Mas S bilang ini adalah gambar berung, coba tunjukkan pada saya bagian mana yang di lihat sebagai berung ? Kabeh iki loh mbak seng ireng, ambek onok beruang merah pisan (add.), seng iki onok loro (Saduran : Semua ini mbak yang hitam, sama ada beruang merah juga, yang ini ada dua) (sambil	D	D	F	F	A	A			+1.0 - 0.5

			menunjuk bercak). Det : menurut mas S apa yang membuat gambar ini seperti beruang opo? Awa'e iki mirip beruang , tangane yo kayak beruang, seng iki beruang cilik, awa'e iki (Saduran: badannya ini mirip beruang, yang ini beruang kecil, badannya yang ini) (S menjelaskan Add.nya).									
IV ^	01.28" 04.75"	Burung hitam, seperti burung hantu .	Loc : Tadi Mas S bilang iki adalah gambar Burung hitam, coba tunjukkan pada saya bagian mana yang di lihat seperti burung hitam mau' ? Iki, iki kabeh, ono suwiwine iki (Saduran : ini semuanya, ada sayapnya yang ini). Det : menurut mas S apa yang membuat gambar ini seperti burung hitam atau burung hantu yo mas ? Suwiwine iki loh mbak mirip burung. (Saduran: Sayapnya ini mbak yang mirip brurung).	W		FC'		A		P		+1.0
V ^	03.97" 08.75"	Burung codot. ... iki yo wewe hitam (Saduran : burung kelelawar....ini ya wewe hitam)	Loc : Tadi Mas S bilang ini adalah gambar Burung codot, coba tunjukkan pada saya bagian mana yang di lihat sebagai burung codot ? Iki, semua.... Enggeh iki kabeh burung codot (Saduran : ini semua...iya ini semuanya burung kelelawar). Terus tadi mas S yo bilang iki mirip mabek wewe hitam seng endi mas ? Podo iki yo wewe hitam (menunjukkan semua bercak dengan jari)(Saduran :sama ini juga wewe hitam). Det : menurut mas S apa yang membuat gambar ini seperti burung codot ? Ono suwiwine iki seng gawe terbang (Saduran : ada sayapnya ini yang membuatnya bisa terbang) (tangan S seperti mengepak-ngepakkan) Coba mas S jelaskan juga mabe aku, opone she seng mirip wewe hitam? Iki cangkeme wewe (Saduran : ini mulutnya wewe)..	W W		F FC'		A (H)		P		+1.0 +0.5
VI V	05.82" 10.26"	Bedes ireng iki (Saduran: ini monyet hitam)	Loc : Tadi Mas S bilang ini adalah gambar bedes ireng, coba tunjukkan pada saya bagian mana yang di lihat sebagai bedes ireng ? Seng iki, nggak kabeh iki...sakmene ,iki cangkeme bedes (Saduran: hanya yang ini, tidak semuanya....hanya ini, ini mulutnya monyet) (mulut S bergerak-gerak). Det : menurut mas S apa yang membuat gambar ini	D		FC'	FM	A				- 0.5

			seperti bedes ireng? Iki to ono bulune (Saduran : ini saja, ada bulunya).									
VII V	08.90" 19.41"	Ikan ireng, iki ikan urang. Ambe iki yo burung, ono sayapnya (Saduran : ikan hitam, ini ikan udang, ini juda ada burung).	Loc : Tadi Mas S bilang ini adalah gambar ikan ireng, coba tunjukkan pada saya bagian mana yang di lihat sebagai ikan ireng ? Seng iki loh mbak, enten cucu'e (saduran : yang ini mbak, ada mulutnya) (mulut S sambil monyong) Tadi mas S bilang ini juga miring seperti burung, seng endi mas? (S geleng-geleng kepala) seng endi yo aku lali, iki be'e mbak (mana ya aku lupa, ini mungkin mbak) (sambil menunjuk bercak). Det : menurut mas S apa yang membuat gambar ini seperti ikan ireng/urang ? Iyo iki cucu'e, ikan urang iki ecoh paman kulo akeh di gresik, di jual nang hotel. Engkok riyoyo besar Insyaallah kulo mantok, ekok ta bawakno kanggo mbak-mbak iki (saduran : iya ini mulutnya, ikan udang ini enak, pama saya punya banyak di Gresik, biasanya dijual ke hotel. Nanti hari raya Insyaallah saya pulang ke tempat paman, nanti saya bawakan. Buat mbak-mbak ini). Coba jelaskan juga yang mirip burung iku apane mas ? Iyo iki burung ngenten ae mbak (iya ini burung, begitu saja mbak)..	D d		FC' F	FM	A A				- 0.5 - 0.5
VIII ^	01.25" 06.94"	Tikus abang (Saduran: tikus merah).	Loc : Tadi Mas S bilang ini adalah gambar tikus abang, coba tunjukkan pada saya bagian mana yang di lihat sebagai tikus abang? Seng abang iki, onok loro mbak (saduran : .yang merah ini, ada dua mbak). Det : menurut mas S apa yang membuat gambar ini seperti tikus abang? Iki cangkeme, motoe, sikile, iki tikus iki sedang jalan (Saduran : ini mulutnya, matanya, kakinya, tikus ini sedang berjalan).	D		F	FM	A		P		+1.0
IX ^	13.38" 24.45"	(cukup lama terdiam)...Ketek abang iki (Saduran : monyet merah ini).	Loc : Tadi Mas S bilang ini adalah gambar ketek abang, coba tunjukkan pada saya bagian mana yang di lihat sebagai ketek abang? Seng iki loh mbak, suwiwine iki yo mirip burung (Add.) ini ono dua burung (Saduran : yang iniloh mbak, sayapnya ini mirip burung, ini ada dua burung). Det : menurut mas S apa yang membuat gambar ini	D	D	F	F	A	A	P		- 0.5 - 0.5

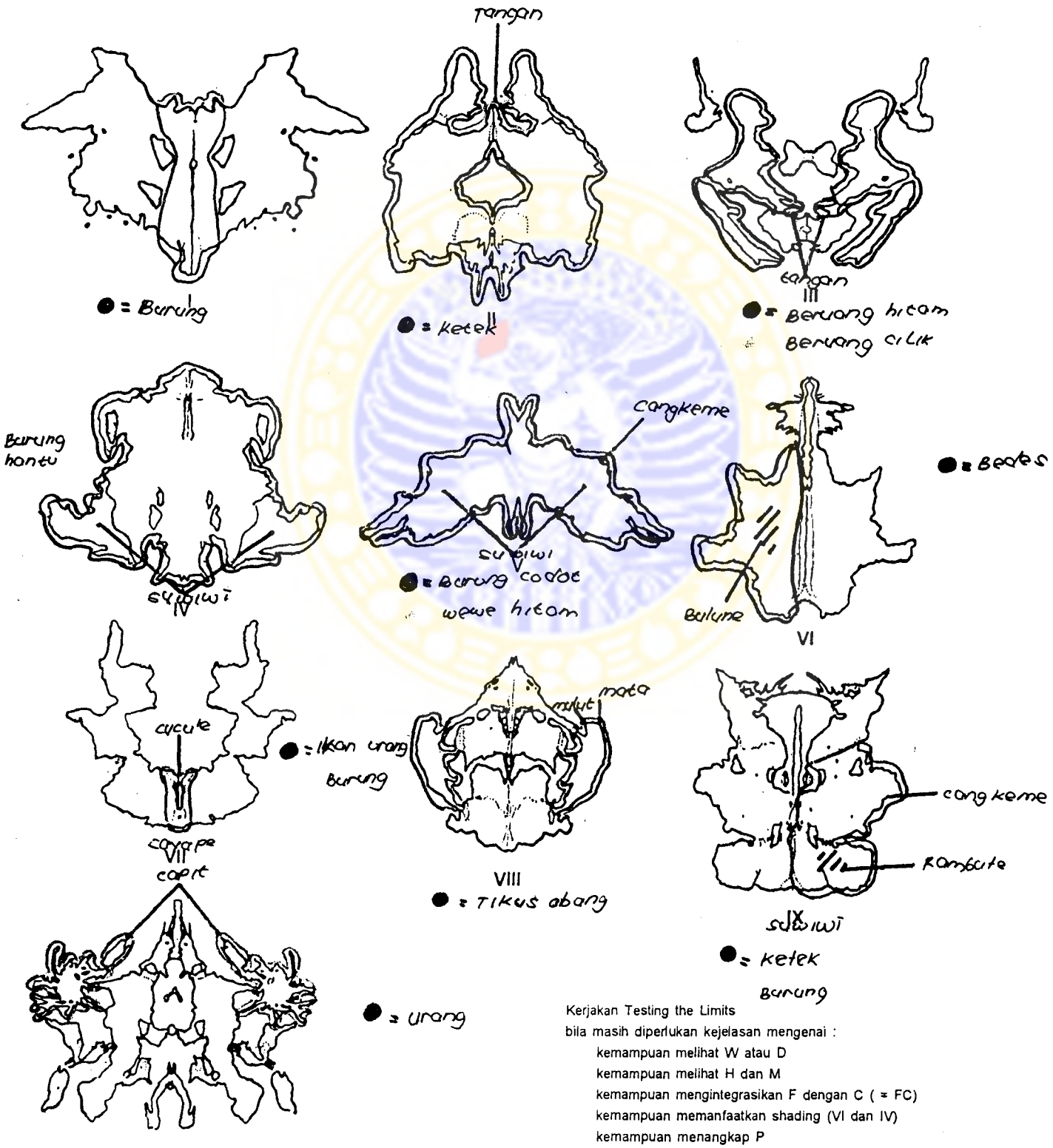
			seperti ketek abang ? Seng kayak ketek ikiloh cangkeme, iki ono rambute wes iki ketek iki...(Saduran : yang ini seperti monyet, ini mulutnya, ini ada rambutnya, ya seperti monyet). Tadi mas S yo ngomong iki ono burung loro, coba jelasno? (S diam) ini ono burung loro yo wes (Saduran : ini ada burung dua, ya sudah).									
X ^	01.65" 15.71"	Urang ireng... iyo urang iki (saduran : udang hitam...., iya ini mirip udang). (terlihat mengkerutkan dahi)	Loc : Tadi Mas S bilang ini adalah gambar urang ireng, coba tunjukkan pada saya bagian mana yang di lihat sebagai urang ireng? Ikiloh mbak urange abang (sesaat terdiam)... urang abang tapii iki urang kelire biru yo...(Saduran: iniloh mbak udangnya yang merah....udang merah tapinya ini udang warnanya biru ya...) Det : menurut mas S apa yang membuat gambar ini seperti urang ? Urang biru ikiloh ono capite, bentuk'e kayak urang wes (Saduran : udang biru ini ada capitnya, bentuknya seoerti udang).	D		F		A				+1.0

Nomor : .....
Nama : S
Tgl. Lahir : 19 - Agustus - 1965

Pendidikan : SD kls 1
Sk. Bangsa : Jawa
Tgl. Pmr. : 6 Januari 2005

Pemeriksa : Hera. w

PETA LOKASI :



Kerjakan Testing the Limits
bila masih diperlukan kejelasan mengenai :
- kemampuan melihat W atau D
- kemampuan melihat H dan M
- kemampuan mengintegrasikan F dengan C (= FC)
- kemampuan memanfaatkan shading (VI dan IV)
- kemampuan menangkap P
- kemampuan menangkap FM (VIII)

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

TABULATION AND SCORING SHEET

Card No., Response No. and Position	Reac. Time	LOCATION				DETERMINANT						CONTENT		P – O		FLR
		Main Response			Add.	Main Response					Add.	Main	Add.	Main	Add.	
		W	D,d	Dd,S		Movement	Vista Depth	Form	Texture Ach. Color	Color						
1 Λ	10,97		D						FC'			A		P		+1,0
2 Λ	11,09	W				FM						A		P		+1,0
3 Λ	12,22		D					F				A		P		+1,0
					D						F		A			-0,5
4 Λ	3,47	W							FC'			A		P		+1,0
5 Λ	4,78	W						F				A		P		+1,0
		W							FC'			(H)				+0,5
6 V	4,44		D						FC'		FM	A				-0,5
@																
7 V	9,51		D						FC'		FM	A				-0,5
@			d					F				A				-0,5
8 Λ	5,69		D					F			FM	A		P		+1,0
9 Λ	11,07		D					F				A		P		-0,5
					D						F		A			-0,5
10 Λ	14,05		D					F				A				+1,0

		W	D	Dd	S	R	M	FM	m	k	K	FK	F	Fc	c	C'	FC	CF	C	R					
Total Time T = 90,29"																					H		P	7	
No. of Responses	Main	4	7	1		12		1					6			5				12	Hd		O		
	Add.		2			2		3					2							5	A	13	O		
Sum FLR		3,5	1,5					1					3			-0,5					Ad				
Average FLR		0,8	0,6	-0,5				0,5					0,5			-0,1					(H)	1			

LAMPIRAN 8
Hasil Tes Vineland Social Maturity Scale (VSMS)

A. Hasil Tes VSMS I (5-6-2005)

Sekor Dasar : 3.15
Sekor Tambahan : 17
Sekor Total : 4.85
Social Age : 3. 80
Social Quotient : SA X 100 % ⇒ 4400 = 9.40
MA 468

Aspek	Keterangan	Aspek	Keterangan
SHG	1 = Rendah	O	1 = Rendah
SD	1 = Rendah	S	3 = Cukup
L	2 = Rendah	SHD	7 = Tinggi
SHE	2 = Rendah	C	0 = Rendah

Ctt : 0 -2 → rendah, 3-5 → cukup, 6-8 → tinggi.

Kesimpulan hasil VSMS :

Tingkat kematangan sosial S terbilang masih sangat rendah bila di bandingkan anak seusianya, di mana kematangan sosial dani hanya setara dengan anak yang berusia 9 tahun 4 bulan. Kemampuan S untuk memakai baju, mengancing baju sangat bagus bila di bandingkan dengan tugas-tugas lainnya, begitupun dengan tugas-tugas pekerjaan ringan seperti memotong dan menggunakan pisau untuk mengupas.

Kemampuan S bersoasilisasi sangat kurang, hal ini di karenakan pengalaman traumatis S sewaktu kecil, yang selalu di hina oleh teman, guru dan tak terkecuali keluarganya, S pun tidak di beri kesempatan keluar rumah kecuali ke puskesmas karena orangtua malu memiliki anak seperti S. begitupun dengan kemampuan S berkomunikasi secara tulisan dengan orang terbilang rendah, hal ini di karenakan kesempatan S belajar hanya sampai kelas 1 SD sehingga S tidak mampu untuk membaca dan menulis hingga sekarang.

B. Hasil Tes VSMS 2 (19-7-2005)

Sekor Dasar : 3.15
Sekor Tambahan : 24
Sekor Total : 5.55
Social Age : 4. 90
Social Quotient : 5700 = 12.15
469

Aspek	Keterangan	Aspek	Keterangan
SHG	1 = Rendah	O	3 = Cukup
SD	3 = Cukup	S	3 = Cukup
L	3 = Cukup	SHD	8 = Tinggi sekali
SHE	3 = Cukup	C	0 = Rendah Sekali

Ctt : 0-2 → rendah, 3-5 → cukup, 6-8 → tinggi.

Kesimpulan hasil VSMS :

Saat ini kematangan sosial S meningkat setara dengan anak umur 12. Tahun 9 bulan. Ada kemajuan yang cukup baik pada tingkat kematangan sosial S dalam waktu 1½ bulan, hal ini di karenakan adanya dukungan dari keluarga yang berupa memberikan kesempatan kepada S untuk memiliki tanggungjawab terhadap tugas di rumah, seperti melipat baju, menjemur pakaian dan menyapu, walaupun hasilnya tidak sebaik orang lain. Hanya saja kemampuan S yang belum berkembang adalah berkomunikasi secara tulisan, hal ini di karenakan S yang tidak mampu untuk membaca ataupun menulis.

(4)
AGE PERIODS

Categories	Items	Life Age Means
	XI - XII	
O	83. Mengerjakan pekerjaan kreatif yang sederhana	11.25
S D	84. Dibiarkan melayani diri sendiri atau orang lain	11.45
C	85. Dapat menikmati surat kabar, buku-buku, berkala	11.58
	XII - XV	
S	86. Bermain dengan permainan yang cukup rumit	12.30
S H D	87. Dapat mencoba-coba berpakaian rapi	12.38
S D	88. Membeli perlengkapan busana sendiri	13.00
S	89. Bersibuk dengan aktivitas kelompok remaja	14.10
O	90. Melaksanakan tugas rutin yang bertanggung jawab	14.65
	XV - XVIII	
C	91. Berkomunikasi melalui surat menyurat	14.95
C	92. Mengikuti rangkaian peristiwa yang terjadi	15.35
L	93. Pergi ke daerah dekat sendirian	15.85
S D	94. Pergi pada siang hari tanpa pengawasan	16.13
S D	95. Memiliki uang saku penghasilan sendiri	16.53
S D	96. Membeli sendiri semua pakaiannya	17.37
	XVIII - XX	
L	97. Pergi ke tempat cukup jauh sendirian	18.05
S D	98. Memelihara kesehatannya sendiri	18.48
O	99. Bekerja atau melanjutkan sekolah	18.53
S D	100. Pergi malam hari tanpa larangan	18.70
S D	101. Mengendalikan sendiri anggaran belanjanya	19.68
S D	102. Memiliki tanggung jawab pribadi	20.53
	XX - XXV	
S D	103. Menggunakan uang dengan hati-hati (terencana)	21.5 +
S	104. Mengambil alih tanggung jawab	21.5 +
S	105. Turut menyumbang untuk kesejahteraah social	25. +
S D	106. Merencanakan masa mendatang	25. +
	XXV - +	
O	107. Mengerjakan tugas-tugas yang terlatih	25. +
O	108. Bersibuk dalam rekreasi yang menguntungkan	25. +
O	109. Bekerja secara sistimatis	25. +
S	110. Membangkitkan usaha untuk dipercaya	25. +
S	111. Mempertinggi kemajuan masyarakat	25. +
O	112. Mengawasi pelaksanaan tugas	25. +
S D	113. Berbelanja untuk orang lain, bukan untuk sendiri	25. +
O	114. Mengatur kepentingan orang lain	25. +
O	115. Mengerjakan tugas yang memerlukan keahlian	25. +
S	116. Turut serta dalam tanggung jawab kelompok lingkungan	25. +
O	117. Merintis kesempatan bagi dirinya	25. +
S	118. Menjadikan lebih baik kesejahteraan masyarakat	25. +

Fakultas Psikologi
Universitas Airlangga

VINELAND SOCIAL MATURITY SCALE (VSMS)

NAMA : S ..... L/P

TANGGAL PEMERIKSAAN : 5 Juni 2005

TEMPAT/TANGGAL LAHIR : Surabaya, 19-08-1965

UMUR : 39 thn, 09 bln, 16 hari

SUKU BANGSA : Jawa

ALAMAT RUMAH : Bulak Banteng Madya I, Sby

PEMERIKSAAN : Hera. W

URAIAN:

S H G = 1 S H E = 2 S H D = 7
S D = 1 O = 1 C = 0
L = 2 S = 3

SEKOR DASAR = 3,15 SOCIAL AGE = 3,80
SEKOR TAMBAHAN = 17 SOCIAL QUOTIENT = 9.40
SEKOR TOTAL = 4,85

KESIMPULAN/SARAN:

S memiliki kemacangan sosial yang rendah bila di bandingkan dengan individu seumurannya, terutama dalam hal berkomunikasi secara tulisan karena S tidak bisa membaca dan menulis hal ini dikarenakan S yg hanya sekolah sampai 1 SD saja.

SHG = Self Help General SHE = Self Help eating S = Socialization
SHD = Self Help Dressing SD = Self Direction L = Locomotion
O = Occupation C = Communication

(Untuk kalangan sendiri)

(4)

AGE PERIODS

Categories	Items	Life Age Means
	XI - XII	
O	— 83. Mengerjakan pekerjaan kreatif yang sederhana	11.25
S D	+/— 84. Dibiarkan melayani diri sendiri atau orang lain	11.45
C	— 85. Dapat menikmati surat kabar, buku-buku, berkala	11.58
	XII - XV	
S	— 86. Bermain dengan permainan yang cukup rumit	12.30
S H D	+ 87. Dapat mencoba-coba berpakaian rapi	12.38
S D	(tw) 88. Membeli perlengkapan busana sendiri	13.00
S	— 89. Bersibuk dengan aktivitas kelompok remaja	14.10
O	+/— 90. Melaksanakan tugas rutin yang bertanggung jawab	14.65
	XV - XVIII	
C	— 91. Berkomunikasi melalui surat menyurat	14.95
C	— 92. Mengikuti rangkaian peristiwa yang terjadi	15.35
L	+ 93. Pergi ke daerah dekat sendirian	15.85
S D	+ 94. Pergi pada siang hari tanpa pengawasan	16.13
S D	— 95. Memiliki uang saku penghasilan sendiri	16.53
S D	— 96. Membeli sendiri semua pakaiannya	17.37
	XVIII - XX	
L	— 97. Pergi ke tempat cukup jauh sendirian	18.05
S D	+/— 98. Memelihara kesehatannya sendiri	18.48
O	— 99. Bekerja atau melanjutkan sekolah	18.53
S D	— 100. Pergi malam hari tanpa larangan	18.70
S D	— 101. Mengendalikan sendiri anggaran belanjanya	19.68
S D	— 102. Memiliki tanggung jawab pribadi	20.53
	XX - XXV	
S D	— 103. Menggunakan uang dengan hati-hati (terencana)	21.5 +
S	— 104. Mengambil alih tanggung jawab	21.5 +
S	— 105. Turut menyumbang untuk kesejahteraan social	25. +
S D	— 106. Merencanakan masa mendatang	25. +
	XXV - +	
O	107. Mengerjakan tugas-tugas yang terlatih	25. +
O	108. Bersibuk dalam rekreasi yang menguntungkan	25. +
O	109. Bekerja secara sistimatis	25. +
S	110. Membangkitkan usaha untuk dipercaya	25. +
S	111. Mempertinggi kemajuan masyarakat	25. +
O	112. Mengawasi pelaksanaan tugas	25. +
S D	113. Berbelanja untuk orang lain, bukan untuk sendiri	25. +
O	114. Mengatur kepentingan orang lain	25. +
O	115. Mengerjakan tugas yang memerlukan keahlian	25. +
S	116. Turut serta dalam tanggung jawab kelompok lingkungan	25. +
O	117. Merintis kesempatan bagi dirinya	25. +
S	118. Menjadikan lebih baik kesejahteraan masyarakat	25. +

Fakultas Psikologi
Universitas Airlangga

VINELAND SOCIAL MATURITY SCALE (VSMS)

NAMA : S (P)

TANGGAL PEMERIKSAAN : 31-J-2005

TEMPAT/TANGGAL LAHIR : Surabaya, 19-8-1965

UMUR : 39, 4 bln, 12 hari

SUKU BANGSA : Jawa

ALAMAT RUMAH : Bjak Bantengmodjo I/10 Surabaya

PEMERIKSAAN : Hera

URAIAN:

S H G = 1 S H E = 8 S H D = 8
S D = 3 O = 3 C = 0
L = 3 S = 3

SEKOR DASAR = 3,15 SOCIAL AGE = 4,90
SEKOR TAMBAHAN = 24
SEKOR TOTAL = 5,55 SOCIAL QUOTIENT = 2,15

KESIMPULAN/SARAN:

Ada kenaikan yg cukup efektif setelah diberikan intervensi kepada S. dimana S sudah mampu untuk melakukan tugas-tugas dengan kemampuannya melayani diri sendiri

SHG = Self Help General
SHD = Self Help Dressing
O = Occupation
SHE = Self Help eating
SD = Self Direction
C = Communication
S = Socialization
L = Locomotion

(Untuk kalangan sendiri)

LAMPIRAN 9
Analisis Fragmental dan Dinamika Kepribadian

A. Analisis Fragmental

(a) Aspek Kognitif :

Kapasitas kecerdasan S berada pada kategori sangat rendah bila dibandingkan dengan orang dewasa yang seusianya, dimana kemampuan S terhadap tugas-tugas untuk mengeluarkan pendapat secara lisan kurang mampu. Daya ingat S yang rendah membuatnya tidak mampu menjawab secara konsisten bila ditanya dengan pertanyaan yang sama. kemampuan motorik S pun masih sangat kurang, begitupun dalam hal ketelitian S belum mampu menghitung. Terdapat gangguan pada fungsi otak S, dimana gangguan ini cukup akut yang berdampak pada terjadinya disorganisasi proses fikiran pada diri S , diorientasi waktu dan ruang yang diresponnya secara terbalik dari arah horisontal ke arah vertikal.

(b) Aspek Afektif

Peran S dalam keluarga sangat tidak berharga dan dikucilkan. Ia merasa baik Ibu, maupun saudara-saudaranya menolak kehadiran S. Peranan ibu sebagai pelindung tidak berperan dengan baik, ia merasa ibu tidak menyayanginya. Secara emosionalitas S mengalami gangguan dimana ia seringkali terlihat murung dan lebih menyenangi kesendirian. Saat ini S sepertinya sedang mencari pengakuan dari orang lain yang baru dikenalnya dengan cara bercerita tentang khayalan ideal seorang S dengan cara berbohong misalnya karena ia ingin orang lain melihatnya sebagai orang dewasa yang dapat mencari penghasilan dengan mengaku bahwa ia sudah bekerja sebagai kuli bangunan padahal ia tidak bekerja seperti yang dikatakan, karena hal ini tidak mungkin dilakukan pada orang dekat yang sudah mengenal siapa S sebenarnya.

(c) Aspek Motivasi

Motivasi S tergolong kurang untuk maju terutama dalam hal bersosilisasi dan belajar sangat kurang sekali. Keadaan ini selain dari dalam diri S sendiri juga disebabkan faktor lingkungan terutama lingkungan rumah (Ibu). Lingkungan rumah S selalu menganggap bahwa ia adalah orang yang sangat bodoh dan tidak mungkin dapat melakukan sesuatu yang berguna. S tidak pernah diberi kesempatan untuk berbuat sesuatu, karena semua pekerjaan biasanya dilakukan oleh adiknya, hingga ia sangat tergantung oleh bantuan orang lain, padahal dilain pihak ibu S mengharapkan ia bisa mengurus dirinya sendiri tetapi S tidak pernah diberi kesempatan.

(d) Aspek Sosialisasi

Relasi sosial S terbilang buruk. S tidak pernah terlihat berbincang-bincang dengan orang lain. Hal ini dikarenakan komunikasi 2 arah S kurang memungkinkan, ia kurang memahami apa yang dilontarkan/ditanyakan

orang kepadanya, dengan demikian S lebih memilih diam bila berada di tengah kerumunan orang. Orang-orang disekitar rumah S pun menganggapnya sebagai orang yang bodoh, dan aneh. Ia seringkali menjadi bahan gunjingan dan tertawaan orang, karena kasihan melihat keadaannya, ibu S sering marah bila S berada diluar rumah, Selain itu rasa tidak percaya diri yang ada pada dirinya, membuatnya malu untuk berhubungan dengan orang.

B. Dinamika Kepribadian

Fungsi kognisi S tidak berkembang sesuai dengan usianya saat ini, dengan demikian S mengalami banyak kesulitan bila harus mempelajari hal-hal baru. Tugas-tugas yang menuntut daya ingat dan konsentrasi S sangat tidak mampu, konsetrasi S mudah hilang. S belum mampu berkomunikasi baik secara 2 arah dengan orang lain, karena S seringkali tidak mengerti dengan apa yang ditanyakan orang lain kepadanya, hal ini dikarenakan terjadinya kerusakan pada otak S, pasca kecelakaan terjatuh dari mobil.

Fungsi kognitif yang tidak berkembang semestinya juga membuat S memiliki kematangan sosial yang rendah. S belum mampu bersosialisasi dengan orang lain, belum mampu mengurus dirinya sendiri, dengan umurnya yang sudah 32 tahun, S masih saja dicucikan pakaiannya oleh Ibun atau adiknya.

Keseharian S dirumah sertingkali dimarahi oleh Ibunya, karena kebiasaan S yang hanya tidur dan tidak mau bekerja. Sebenarnya S pernah mencoba untuk melakukan pekerjaan cuci baju sendiri tetapi tidak bersih, maka ibunyapun marah-marah, setelah kejadian itu S tidak pernah lagi membantu Ibunya. Kejadian tersebut semakin membuat S merasa tidak disayangi oleh keluarganya, ia merasa selalu direndahkan dan ditolak kehadirannya didalam keluarga.

Ada kebutuhan yang besar dalam diri S untuk mendapatkan afeksi dari orang lain, tetapi karena pengalaman tarumatis masa lalunya menyebabkan semakin takut bila harus berhubungan dengan orang lain. S takut bila ia dekat dengan orang lain maka ia akan dicela dan dipermalukan seperti dulu, sehingga S merasa lebih baik diam dan menutup diri. Hal ini disebabkan karena ia merasa dirinya tidak seberuntung orang lain yang memiliki kecerdasan yang tinggi, dan dapat bekerja secara mandiri layaknya orang dewasa seumurannya.

Motivasi S untuk maju terbilang sangat rendah, keinginannya untuk belajar dan bersosialisasi terbilang tidak ada. Hal ini disebabkan dalam diri S dan juga keluarga S yang memang tidak pernah memberikan dukungan dan motivasi agar S semangat menajalani hidup, bahkan pihak keluarga cenderung merendahkan dan melemahkan S, dengan kejadian-kejadian tersebut membuat S semakin tidak percaya diri bila harus bertemu dengan orang lain. Selain itu juga disebabkan karena kemampuan kognitif S yang rendah, semakin membuatnya tidak berdaya untuk berbuat sesuatu. S merasa apa yang ia lakukan saat ini selalu salah, terutama di mata keluarganya.

LAMPIRAN 10
Diagnosis

Diagnosis Berdasarkan Multiaksial :

Aksis I : Gangguan Klinis

F 45. 0 Gangguan Somatisasi

(a) Adanya banyak keluhan-keluhan fisik yang bermacam-macam yang tidak dapat dijelaskan atas dasar adanya kelainan fisik, yang sudah sedikitnya 2 tahun;

(b) Tidak mau menerima nasehat atau penjelasan dari dokter bahwa tidak ada kelainan fisik yang dapat menjelaskan keluhan-keluhannya;

(c) Terdapat disabilitas dalam fungsinya di masyarakat dan keluarga, yang berkaitan dengan sifat keluhan-keluhannya dan dampak perilakunya.

Aksis II : Retardasi Mental (Pasca Cedera Kepala)

F70 Retardasi Mental Ringan

(a) Pemahaman dan penggunaan bahasa cenderung terlambat pada berbagai tingkat, dan masalah kemampuan berbicara yang mempengaruhi perkembangan kemandirian dapat menetap sampai dewasa.

(b) Kesulitan utama tampak pekerjaan sekolah seperti membaca dan menulis.

Aksis III : Kondisi Medik Umum

- Gangguan pada pencernaan dan bibir (sariawan, bibir pecah-pecah)
- Sewaktu S berumur 4 tahun ia pernah terjatuh dari mobil saat mobil jalan dan kepalanya bocor, saat sampai dirumah sakit dokter tidak mengatakan bahwa ia gegar otak, akan tetapi sepulangnya dari sana badan S panas dan sekujur tubuhnya menjadi bengkak.

Aksis IV : Masalah Psikososial dan Lingkungan

Masalah dengan "primary support group" (keluaga)

Aksis V : Penilaian Fungsi secara Global

40-31 = Beberapa disabilitas dalam hubungan dengan realita dan komunikasi (bicara tidak logis, tidak relevan) disabilitas berat dalam beberapa fungsi (terutama dalam kehidupan sosial).

LAMPIRAN 11
Prognosis

Penanganan kasus S ini dibutuhkan kordinasi dari banyak pihak, seperti : keluarga (Ibu dan saudara-saudara yang tinggal dalam satu rumah) dan psikolog, karena intervensi ini akan berjalan efektif bila ada kerjasama dari semua pihak yang telah dicantumkan.

Bantuan dari semua pihak dapat membuat S memiliki prognosis positif kedepannya, sebatas ia mampu mandiri melakukan tugas-tugas rumah tangga seperti memilipat baju, membersihkan lemari, menyapu rumah, membereskan lemari, dengan kemampuannya tersebut membuat S lebih percaya diri.

Percaya diri yang semakin tinggi membuatnya, lebih mampu apabila berhubungan dengan orang lain, dan secara tidak langsung hal ini juga berakibat pada keinginan maju S yang semakin besar pula.

Penguatan berupa pujian dn hadiah kecil merupakan hal penting bagi S. keluhan S yang lain adalah berupa daya ingat yang rendah oleh karena itu pujian dan hadiah haruslah sering dilakukan, walaupun kecil tetapi berkesinambungan.

Kemajuan S ini, haruslah melalui tahapan yang mungkin memakan waktu berbulan-bulan, bahkan bertahun-tahun, tetapi apabila rancangan intervensi ini dilakukan dengan kondinsi yang baik, maka keluarga S diharapkan mulai dapat dan menerima S apa adanya dan memberikan perhatian kepada S, dengan begitu S merasa dirinya disayang dan berharga dimata keluarga, maka timbullah rasa percaya diri yang tinggi, maka munculah keinginan bersosialisasi dan lebih maju, dengan demikian S mulai dapat lepas dari ketergantungan untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan rumah tangga, iapun akan merasa rumah adalah tempat yang nyaman baginya, sehingga kebiasaannya ke Puskesmas untuk mencari perhatian kepada orang lain akan berkurang.

Bila kasus S ini tidak secepatnya ditangani maka S akan merasa dirinya terus kesepian dan tidak berguna, bahkan yang lebih parah lagi ia akan menjadi orang yang terisolasi dan selalu menggantungkan diri dengan orang lain, dan semakin lama S akan menjadikannya depresi.