

SKRIPSI

**PERUBAHAN TINGKAT KECEMASAN TERHADAP ORANG TUA YANG
MERAJAT ANAK RETARDASI MENTAL DENGAN MENGGUNAKAN *PEER*
GROUP SUPPORT DI SLB DHARMA WANITA KOTA MADIUN**

PENELITIAN QUASY EXPERIMENTAL



Oleh:

DEVINA NAWANGSIH

010710341B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2011**

SKRIPSI

**PERUBAHAN TINGKAT KECEMASAN ORANG TUA YANG MERAWAT ANAK
RETARDASI MENTAL DENGAN MENGGUNAKAN *PEER GROUP SUPPORT* DI
SLB DHARMA WANITA KOTA MADIUN**

PENELITIAN QUASY EXPERIMENTAL

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh:

DEVINA NAWANGSIH

010710341B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2011**

Lembar Pernyataan

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan tinggi manapun.

Surabaya, 4 Juli 2011

Yang menyatakan,

Devina Nawangsih
010710341B

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

SKRIPSI PENELITIAN DENGAN JUDUL
“PERUBAHAN TINGKAT KECEMASAN ORANG TUA YANG MERAWAT ANAK
RETARDASI MENTAL DENGAN MENGGUNAKAN *PEER GROUP SUPPORT* DI SLB
DHARMA WANITA KOTA MADIUN”

TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 5 JULI 2011

Oleh:
Pembimbing I

Rizki Fitryasari Patra K., S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 198002222006042001

Pembimbing II

Praba Diyan Rachmawati, S.Kep., Ns
NIK.139101034

Mengetahui,
a.n Pejabat Dekan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
Plt. Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

Telah Diuji

Pada tanggal 18 Juli 2011,

PANITIA PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : Hanik Endang N, S.Kep., Ns., M.Kep (.....)
NIK: 139040678

Anggota : 1. Rizki Fitriyasaki Patra K, S.Kep.,Ns., M.Kep (.....)
NIP. 198002222006042001

2. Praba Diyan Rachmawati, S.Kep., Ns (.....)
NIK: 139101034

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Plt. Wakil Dekan 1

Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep

NIP. 1979042420060420

MOTTO

***GOD NEVER LET YOU WALK ALONE,
Keep praying
IT CAN BE MIRACLE WHEN YOU BELIEVE***

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, atas limpahan berkah dan rahmatnya, sehingga skripsi yang berjudul **“PERUBAHAN TINGKAT KECEMASAN ORANG TUA YANG MERAWAT ANAK RETARDASI MENTAL DENGAN MENGGUNAKAN *PEER GROUP SUPPORT* DI SLB DHARMA WANITA KOTA MADIUN”** dapat diselesaikan. Skripsi penelitian ini merupakan syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bimbingan, arahan, dan dukungan dari berbagai pihak yang telah banyak membantu hinggapenelitian ini dapat terselesaikan. Pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang tulus kepada terhormat:

1. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
2. Mira Triharini, S.Kp., M.Kep selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
3. Rizki Fitryasari Patra K., S.Kep., Ns., M.Kep. selaku pembimbing I yang telah memberikan banyak masukan dan motivasi selama penyusunan skripsi ini.
4. Praba Diyan Rachmawati, S.Kep., Ns selaku pembimbing II yang telah memberikan perhatian dan kesabaran dalam penyusunan skripsi ini.
5. Hanik Endang N, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dan bimbingan selama penyusunan skripsi ini.
6. Herdina Mariyanti, S.Kep., Ns yang telah memberikan masukan pada tahap awal penyusunan skripsi ini.
7. Indon Triwijono, S.Pd selaku kepala sekolah SLB Dharma Wanita Kota Madiun beserta seluruh staf yang telah memberikan kesempatan dan kemudahan selama mengadakan penelitian.
8. Seluruh responden atas kerjasamanya selam pelaksanaan penelitian.
9. Seluruh staf di Fakultas keperawatan Unair atas bantuan dan kemudahan yang diberikan.

10. Bapak, ibu dan adik-adikku atas segala dukungan serta kasih sayang yang selalu diberikan, sehingga penulis bisa menyelesaikan skripsi ini.
11. Teman-teman seperjuangan A2007, terima kasih atas kerjasamanya.
12. Semua pihak yang tidak mungkin peneliti sebutkan satu persatu yang turut membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas semua pihak yang telah memberikan bantuan, kesempatan dan dukungan. Demi kesempurnaan skripsi ini, penulis berharap atas kritik dan saran dari semua pihak. Mudah-mudahan skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi penulis pada khususnya dan bagi pembaca pada umumnya.

Surabaya, 4 Juli 2011

Penulis

ABSTRACT**Change Of Anxiety Level in Parents Who Have Children With Mental Retardation
Used Peer Group Support at SLB Dharma Wanita Madiun****A Quassy-Experimental Study****By:Devina Nawangsih**

Mental retardation is a generalized disorder appearing before adulthood, characterized by significant impaired cognitive functioning and Intelligence Quotient score under 70. Children with Mental Retardation make their parent felt anxiousness. peer group support is one way to change anxiety level by provided social support to the parents. The objective of research was to analyze the change of anxiety level in parents who have children with Mental Retardation used Peer Group Support.

This study used A Quassy-Experimental design. Population were parents who have children with mental retardation at SLB Dharma Wanita Madiun. The sample was recruited with purposive sampling consist of 12 respondents according the inclusion criteria were divided into treatment and control groups. Independent variable was peer group support and dependent variable was anxiety level. Data were collected with questionnaire and analyzed by using Wilcoxon Signed Rank Test and Mann-Whitney U Test with level of significance $p < 0,05$.

The Result of Wilcoxon test showed there are differences of anxiety level before and after intervention in treatment group ($p = 0,026$). The Result of Wilcoxon test showed there are no differences of anxiety level before and after intervention in control group ($p = 0,317$). Mann-Whitney test showed significance level (p) = 0,011. It means peer group support influences anxiety level of respondent. It can be concluded that peer group support can change anxiety level through support system from peer group support. Futher research could be given peer group support with leaflet about Mental Retardation for the parent. It will help parent to understand about Mental Retardation.

Keywords: anxiety, mental retardation, peer group support

DAFTAR ISI

Halaman	
Halaman Sampul Dalam	i
Lembar pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Abstract.....	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Retardasi Mental	7
2.1.1 Definisi Retardasi Mental	7
2.1.2 Klasifikasi Retardasi Mental	8
2.1.3 Etiologi Retardasi Mental	10
2.1.4 Penatalaksanaan Retardasi Mental.....	13
2.1.5 Kriteria Diagnosis Retardasi Mental.....	14
2.1.6 Masalah Anak Retardasi Mental	14
2.2 Konsep orang tua	15
2.2.1 Definisi Orang Tua	15
2.2.2 Peranan Orang Tua	16
2.2.3 Orang Tua dengan anak yang mengalami retardasi mental	17
2.2.4 Beban orang tua dalam merawat anak retardasi mental.....	20
2.2.5 Poses berduka orang tua anak retardasi mental	20
2.3 Konsep Kecemasan.....	22
2.3.1 Definisi.....	22
2.3.2 Tingkat Kecemasan.....	22
2.3.3 Faktor Predisposisi Kecemasan	24
2.3.4 Respon Kecemasan	26
2.3.5 Kecemasan orang tua merawat anak retardasi mental	28
2.4 Konsep Koping	29
2.4.1 Definisi koping.....	29
2.4.2 Mekanisme Koping	29
2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi koping	31

2.4.4 Koping Orang Tua yang Memiliki Anak Retardasi Mental.....	33
2.5 Konsep Keompok.....	37
2.5.1 Definisi Kelompok.....	37
2.5.2 Ciri-ciri kelompok.....	37
2.5.3 Komponen Kelompok.....	38
2.6 Konsep <i>Peer Group Support</i>	41
2.6.1 Pengertian <i>Peer Group Support</i>	41
2.6.2 Jenis – jenis <i>Peer Group</i>	42
2.6.3 Kegiatan dalam <i>Peer group support</i>	43
2.6.4 Fungsi suportif dukungan kelompok sebaya.....	47
2.7 Teori Adaptasi Callista Roy.....	48
2.7.1 Sistem adaptasi Roy.....	51
2.7.2 Objek dalam ilmu keperawatan	52
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....	55
3.1 Kerangka Konseptual.....	55
3.2 Hipotesis	57
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	58
4.1 Desain penelitian.....	58
4.2 Populasi, Sampel dan Sampling.....	59
4.2.1 Populasi.....	59
4.2.2 Sampel.....	59
4.2.3 Sampling	60
4.3 Variabel Penelitian.....	60
4.3.1 Variabel Independen	60
4.2.2 Variabel Dependen.....	61
4.4 Definisi Operasional	61
4.5 Instrumen Penelitian	63
4.6 Lokasi dan Waktu Peneliatian	63
4.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan data	63
4.8 Kerangka Operasional Kerja	65
4.9 Analisi Data	66
4.10 Etik Penelitian.....	67
4.11 Keterbatasan.....	69
BAB 5 PEMBAHASAN.....	68
5.1 Hasil penelitian	70
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	70
5.1.2 Data Umum.....	71
5.1.3 data Khusus.....	76
5.2 Pembahasan	79
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	89
6.1 Kesimpulan	89
6.2 Saran	90
DAFTAR PUSTAKA.....	91
LAMPIRAN.....	94

DAFTAR TABEL

Halaman	
Tabel 2.1 Mekanisme Pertahanan Ego dalam Stuart	30
Tabel 4.1 Desain penelitian.....	58
Tabel 4.2 Definisi operasional variabel yang diteliti	62
Tabel 5.1 Pengaruh <i>peer group support</i> terhadap perubahan tingkat kecemasan terhadap responden di SLB Dharma Wanita Kota Madiun pada tanggal 30 Mei sampai 14 Juni 2011	78

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Rentang Respon Kecemasan	24
Gambar 2.2 Skema sistem adaptasi menurut Callista Roy	51
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	55
Gambar 4.1 Kerangka Kerja	58
Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur	71
Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin	72
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan terakhir	72
Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan responden	73
Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan penghasilan orang tua	73
Gambar 5.6 Distribusi responden berdasarkan lama anak didiagnosis RM	74
Gambar 5.7 Distribusi responden berdasarkan lama anak bersekolah di SLB Dharma wanita Kota Madiun	75
Gambar 5.8 Distribusi responden berdasarkan urutan anak RM	75
Gambar 5.9 Distribusi responden berdasarkan jumlah anak RM dalam keluarga ..	76
Gambar 5.10 Identifikasi tingkat kecemasan responden sebelum diberi intervensi <i>Peer group support</i>	76
Gambar 5.11 Identifikasi tingkat kecemasan responden sebelum diberi intervensi <i>Peer group support</i>	77

DAFTAR LAMPIRAN

		Halaman
Lampiran 1	Lembar permohonan bantuan fasilitas penelitian.....	94
Lampiran 2	Lembar pertimbangan penelitian dari bakesbang, Pol dan Linmas Kota madiun.....	95
Lampiran 3	Lembar pertimbangan penelitian dari Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Kota Madiun	96
Lampiran 4	Lembar keterangan selesai penelitian di SLB Dharma Wanita Kota Madiun	97
Lampiran 5	Lembar permohonan manjadi responden	98
Lampiran 6	Lembar persetujuan menjadi responden.....	99
Lampiran 7	Lembar kuesioner data demografi.....	100
Lampiran 8	Lembar kuesioner tingkat kecemasan	102
Lampiran 9	Satuan Acara Kegiatan (SAK) Pertemuan ke-1	104
Lampiran 10	Satuan Acara Kegiatan (SAK) Pertemuan ke-2	107
Lampiran 11	Satuan Acara Kegiatan (SAK) Pertemuan ke-3	111
Lampiran 12	Satuan Acara Kegiatan (SAK) Pertemuan ke-4	115
Lampiran 13	Tabulasi data demografi	119
Lampiran 14	Lembar penilaian tingkat kecemasan responden.....	122
Lampiran 15	Lembar hasil uji <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> pada kelompok Perlakuan.....	123
Lampiran 16	Lembar hasil uji <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> pada kelompok Kontrol	124
Lampiran 17	Lembar hasil uji <i>Mann-Whitney Test</i>	125

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak dengan retardasi mental membutuhkan waktu lebih lama untuk berbicara, berjalan, dan menjaga kebutuhan personalnya seperti memakai baju dan makan. Anak dengan Retardasi mental dapat belajar tetapi itu memakan waktu lebih lama dari pada anak normal dan terdapat beberapa hal yang mereka tidak bisa pelajari (NAPCSE, 2007). Studi awal yang dilakukan pada tanggal 18 Februari 2011 dengan menggunakan metode wawancara yang dilakukan oleh peneliti pada 10 orang tua yang merawat anak dengan retardasi mental di SLB Dharma Wanita Kota Madiun, didapatkan hasil bahwa 60% dari orang tua tersebut merasa cemas, 30% dari responden masih belum bisa menerima bahwa anaknya mengalami retardasi mental, dan 10 % responden yang lain mengaku sudah bisa menerima. Faktor presipitasi yang menyebabkan kecemasan yang dihadapi oleh orang tua disebabkan oleh ketidakpastian terhadap masa depan anaknya, tidak tahu bagaimana cara merawat anak karena tingkat ketergantungan anak yang tinggi terhadap orang tua, biaya yang dikeluarkan untuk merawat anak dengan retardasi mental. Anak dengan Retardasi mental kurang mampu dalam memenuhi kebutuhannya sendiri. Tingkat ketergantungan pada orang tua sangatlah tinggi, hal ini menyebabkan tambahan pekerjaan secara fisik dan menjadi beban tersendiri kepada orang tua. Orang tua yang tidak bisa menerima keadaan anaknya tentu akan menimbulkan kecemasan.

Penelitian Heiman (2007) menyatakan bahwa anak dengan Retardasi mental mempunyai efek terhadap keluarganya, salah satunya adalah cemas. Orang

tua yang mempunyai anak dengan *disability* menghadapi kesulitan untuk menyeimbangkan perannya terhadap terapi yang harus dilakukan kepada anaknya, tambahan pekerjaan secara fisik karena tingkat ketergantungan anak begitu besar kepada orang tua, dan mereka harus menerima bahwa mereka mempunyai anak yang diluar harapan mereka (Lardieri, Blacher, and Swanson, 2000). Kecemasan tersebut membuat koping orang tua yang tidak adekuat (Paster, 2009). Koping yang tidak adekuat merupakan sumber dari kecemasan dan tekanan yang begitu besar dalam merawat anaknya. Orang tua juga akan merasa kehilangan teman, terisolasi, marah, shock dan kesedihan (Paster, 2009).

SLB Dharma Wanita Kota Madiun tidak mempunyai perkumpulan wali murid yang resmi. Orang tua biasanya hanya berkumpul sambil menunggu anaknya selesai sekolah, oleh karena itu orang tua tidak mendapatkan tambahan pengetahuan atau dukungan secara emosional yang cukup, sehingga dukungan secara psikologis bagi para anggotanya sangatlah kurang. Orang tua dengan anak yang mengalami retardasi mental membutuhkan dukungan yang besar, tidak hanya dari keluarga tetapi dukungan dari *peer group*. Penggunaan *peer group support* untuk menurunkan tingkat kecemasan orang tua yang merawat anak Retadasi mental di SLB Dharma Wanita Kota Madiun belum pernah dilakukan.

Prevalensi penderita keterbelakangan mental di Indonesia saat ini diperkirakan telah mencapai satu sampai dengan tiga persen dari jumlah penduduk seluruhnya (Retadasi mental, 2004 dalam Hendriani, 2006). Data Pokok Sekolah Luar Biasa di seluruh Indonesia menyatakan bahwa, jumlah penduduk di Indonesia yang menyandang keterbelakangan mental pada usia sekolah adalah 62.011 orang, 60% diderita anak laki-laki dan 40% diderita anak perempuan. Data

awal yang dilakukan pada tanggal 15 Februari 2011 diketahui bahwa SLB Dharma Wanita Kota Madiun memiliki 4 jenjang pendidikan yaitu TKLB dengan jumlah murid 4 anak Tunagrahita. SDLB dengan jumlah murid 40 orang, yang terdiri dari 12 murid Tunarungu dan 28 murid Tunagrahita. SMPLB dengan jumlah murid 18 orang, yang terdiri dari 8 murid Tunarungu dan 10 murid Tunagrahita dan SMALB dengan jumlah murid 18 anak, yang terdiri dari 12 murid Tunarungu dan 6 murid Tunagrahita.. Anak dengan retardasi mental mempunyai ketergantungan kepada orang tua yang lebih besar daripada anak yang normal karena tidak mampu untuk memikul tanggungjawab sosial dengan bijaksana, sehingga mereka harus selalu dibimbing dan diawasi. Mereka juga gampang dipengaruhi dan cenderung melakukan sesuatu tanpa memikirkan akibatnya (Somantri, 2007). Orang tua yang masih tidak mampu menerima kenyataan bahwa mereka mempunyai anak dengan retardasi mental, akan bersikap dingin kepada anak mereka, bahkan tidak jarang para orang tua tersebut menelantarkan anak mereka (Somantri, 2007).

Saat dianugerahi seorang anak, para orang tua pasti senang, apalagi saat melihat proses pertumbuhan dan perkembangan anak mereka bisa berjalan dengan normal. Hal ini berbeda bila orang tua mengetahui anaknya mengalami gangguan dalam proses perkembangannya. Bagi Orang tua yang memiliki anak retardasi mental, tentunya akan mengalami kecemasan. Peran orang tua sangat menentukan kemajuan perkembangan kondisi kesehatan anak, tanpa dukungan dari orang tua, anak dengan retardasi mental tidak akan menunjukkan kemajuan. Menghadapi anak dengan retardasi mental menimbulkan kecemasan, untuk menurunkan

tingkat kecemasan tidaklah mudah, diperlukan dukungan dari banyak pihak, salah satunya adalah dengan menggunakan *Peer group support*.

Peer group support adalah dukungan dari orang yang mempunyai pengalaman pengetahuan dari sebuah perilaku khusus atau persamaan karakteristik stresor pada sebuah populasi tertentu (WHO, 2007 dalam). *Peer group support* terdapat enam tahap, yaitu: *checking in*, presentasi masalah, klarifikasi masalah, berbagi usulan, perencanaan tindakan, dan *checking out*. Orang tua bisa saling bertukar pengetahuan dalam *Peer group support*, sehingga dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan orang tua dalam merawat anaknya. Metode *peer group support* dapat meningkatkan kepercayaan diri para anggotanya dan meningkatkan hubungan emosional para anggotanya karena mempunyai kesamaan nasib (Ussher, 2005). Interaksi yang terjalin antar anggotanya dapat menimbulkan rasa kebersamaan dan dapat digunakan untuk menurunkan kecemasan dalam merawat anak yang mengalami Retardasi Mental (Davidson, 2000). Metode *Peer group support* di SLB Dharma Wanita, belum pernah dilakukan, penerapan metode pendekatan *peer group support* diharapkan mampu membantu penurunan tingkat kecemasan orang tua dalam merawat anak retardasi mental.

1.2 Rumusan Masalah,

Apakah ada pengaruh *peer group support* terhadap perubahan tingkat kecemasan orang tua yang merawat anak Retardasi mental di SLB Dharma Wanita Kota Madiun?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh *peer group support* terhadap perubahan tingkat kecemasan orang tua yang merawat anak Retardasi mental di SLB Dharma Wanita Kota Madiun.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tingkat kecemasan orang tua dalam merawat anak retardasi mental sebelum diberikan *peer group support* di SLB Dharma Wanita Kota Madiun.
2. Mengidentifikasi tingkat kecemasan orang tua dalam merawat anak retardasi mental sesudah diberikan *peer group support* SLB Dharma Wanita Kota Madiun.
3. Mengidentifikasi pengaruh *peer group support* terhadap perubahan tingkat kecemasan orang tua yang merawat anak Retardasi mental di SLB Dharma Wanita Kota Madiun.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian diharapkan dapat menjelaskan pengaruh *peer group support* terhadap perubahan tingkat kecemasan pada orang tua yang merawat anak retardasi mental sehingga dapat menambah kajian Ilmu Keperawatan Jiwa Anak dalam memberikan asuhan keperawatan pada orang tua yang merawat anak retardasi mental.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi peneliti

Peneliti dapat mengaplikasikan ilmunya dalam menggunakan *peer group support* untuk mengatasi kecemasan orang tua dalam merawat anak retardasi mental.

2. Bagi Institusi Pendidikan Sekolah Luar Biasa

Hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan informasi kepada institusi, sehingga dapat dilakukan penanganan lebih lanjut untuk menurunkan kecemasan orang tua yang merawat anak Retardasi mental.

3. Bagi orang tua yang merawat anak retardasi mental

Orang tua mendapatkan dukungan sosial, sehingga dapat menurunkan kecemasan dalam merawat anak mereka.

4. Bagi profesi keperawatan

Memberikan masukan kepada profesi keperawatan Jiwa Anak dalam hal perencanaan dan perkembangan tindakan sehingga dapat meningkatkan kualitas keperawatan yang diberikan kepada orang tua yang merawat anak Retardasi mental.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menjelaskan beberapa konsep dan teori yang berhubungan dengan masalah penelitian. Konsep dan teori yang akan diuraikan antara lain: konsep Retardasi Mental, orang tua, kecemasan, coping, kelompok, *peer group support*, dan teori adaptasi Calista Roy.

2.1 Konsep Retardasi Mental

2.1.1 Definisi

Retardasi mental adalah keadaan dengan inteligensi yang kurang (subnormal) sejak masa perkembangan (sejak lahir atau sejak masa anak-anak) (Maramis, 2004).

2.1.2 Klasifikasi Retardasi Mental

Tingkat-tingkat retardasi mental dalam PPDG J - III (Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa ke - III 2007), dibagi menjadi:

1. Retardasi mental ringan (IQ: 52 – 67)

Ciri-ciri perkembangan penderita retardasi mental ringan :

1) Umur pra - sekolah: 0 - 5 tahun (pematangan dan perkembangan).

Dapat mengembangkan ketrampilan sosial dan komunikasi, keterbelakangan minimal dalam bidang sensori motorik, sering tidak dapat dibedakan dari normal hingga usia lebih tua.

2) Umur sekolah: 6 - 20 tahun (latihan dan pendidikan).

Dapat belajar ketrampilan akademik sampai kira-kira kelas 6 pada umur belasan tahun (dekat umur 20 tahun), dapat dibimbing kearah konformitas sosial.

- 3) Masa dewasa: 21 tahun atau lebih (kecukupan sosial dan pekerjaan).

Biasanya dapat mencapai ketrampilan sosial dan pekerjaan yang cukup untuk mencari nafkah, tetapi memerlukan bimbingan dan bantuan bila mengalami stress sosial ekonomi yang luar biasa.

2. Retardasi Mental sedang (IQ: 36 - 51)

- 1) Umur pra sekolah: 0 - 5 tahun (pematangan dan perkembangan).

Dapat berbicara atau belajar berkomunikasi, kesadaran sosial kurang, perkembangan motorik cukup, dapat belajar mengurus diri sendiri, dapat diatur dengan pengawasan sedang.

- 2) Umur sekolah: 6 - 20 tahun (latihan dan pendidikan).

Dapat dilatih dalam ketrampilan sosial dan pekerjaan, sukar untuk maju lewat kelas 2 SD dalam mata pelajaran akademik, dapat belajar bepergian sendirian ditempat yang sudah dikenal.

- 3) Masa dewasa: 21 tahun atau lebih (kecukupan sosial dan pekerjaan).

Dapat mencari nafkah dalam pekerjaan kasar *unskilled* atau setengah terlatih dalam keadaan yang terlindung, memerlukan pengawasan dan bimbingan bila mengalami stress sosial atau ekonomi yang ringan.

3. Retardasi Mental berat (IQ: 20 - 35)

- 1) Umur pra-sekolah: 0 -5 tahun (pematangan dan perkembangan).

Perkembangan motorik kurang, bicara minimal, pada umumnya tak dapat dilatih untuk mengurus diri sendiri, ketrampilan komunikasi tidak ada atau hanya sedikit sekali.

- 2) Umur sekolah: 6 - 20 tahun (latihan dan pendidikan).

Dapat berbicara atau belajar berkomunikasi, dapat dilatih dalam kebiasaan kesehatan dasar, dapat dilatih secara sistematis dalam kebiasaan.

- 3) Masa dewasa: 21 tahun atau lebih (kecukupan sosial dan pekerjaan).

Dapat mencapai sebagian dalam mengurus diri sendiri dibawah pengawasan penuh, dapat mengembangkan secara minimal berguna ketrampilan menjaga diri dalam lingkungan yang terkontrol.

4. Retardasi Mental berat sekali (IQ < 20)

- 1) Umur pra-sekolah: 0 - 5 tahun (pematangan dan perkembangan).

Retardasi berat, kemampuan minimal untuk berfungsi dalam bidang sensori-motorik, membutuhkan perawatan.

- 2) Umur sekolah: 6 - 20 tahun (latihan dan pendidikan).

Perkembangan motorik sedikit, dapat bereaksi terhadap latihan mengurus diri sendiri secara minimal atau terbatas.

- 3) Masa dewasa: 21 tahun atau lebih (kecukupan sosial dan pekerjaan).

Perkembangan motorik dan bicara sedikit, dapat mencapai mengurus diri sendiri secara sangat terbatas, membutuhkan perawatan.

Ditinjau dari gejalanya, Melly Budiman (dalam Soedjiningsih,1994) membagi Retardasi Mental menjadi dua, yaitu:

1. Tipe Klinik

Retardasi Mental tipe klinik ini mudah di deteksi sejak dini, karena kelainan fisis atau mentalnya cukup berat. Penyebabnya sering karena kelainan organik. Kebanyakan anak ini perlu pengawasan terus menerus dan kelainan ini dapat terjadi pada kelas sosial tinggi maupun rendah. orang tua dari anak yang

menderita Retardasi Mental tipe klinik ini cenderung cepat untuk mencari pertolongan karena gejala yang ditunjukkan oleh anak sangat jelas.

2. Tipe Sosio budaya

Retardasi Mental tipe sosio budaya, gejala ada kelainan pada anak baru dapat dideteksi setelah anak masuk sekolah. Biasanya anak tidak mampu mengikuti pelajaran di sekolah sehingga beberapa kali tidak naik kelas. Penampilan anak Retardasi Mental tipe sosio budaya seperti penampilan anak normal pada umumnya. Anak Retardasi Mental dengan tipe ini biasanya mempunyai taraf IQ *borderline* dan dapat dikategorikan dalam Retardasi Mental Ringan.

2.1.3 Etiologi Retardasi mental

Faktor penyebab retardasi mental menurut (Sebastian, 2009) yaitu:

1) Faktor Genetik

Abnormalitas kromosom yang paling umum menyebabkan retardasi mental adalah sindrom down yang ditandai oleh adanya kelebihan kromosom atau kromosom ketiga pada pasangan kromosom ke 21, sehingga mengakibatkan jumlah kromosom menjadi 47. Sindrom fragile X merupakan tipe umum dari retardasi mental yang diwariskan. Gangguan ini disebabkan oleh mutasi gen pada kromosom X. Gen yang rusak berada pada area kromosom yang tampak rapuh, sehingga disebut sindrom fragile X. sindrom ini menyebabkan retardasi mental pada 1000-1500 pria dan hambatan mental pada setiap 2000-2500 perempuan. Efek dari sindrom fragile X berkisar antara gangguan belajar ringan sampai retardasi parah yang dapat menyebabkan gangguan bicara dan fungsi yang berat.

Phenylketonuria (PKU) merupakan gangguan genetik yang terjadi pada satu diantara 10000 kelahiran. Gangguan ini disebabkan adanya satu gen resesif yang menghambat anak untuk melakukan metabolisme. Konsekuensinya, *phenilalanin* dan turunannya asam *phenilpyruvic*, menumpuk dalam tubuh, menyebabkan kerusakan pada system saraf pusat yang mengakibatkan retardasi mental dan gangguan emosional.

2) Faktor Prenatal

Penyebab retardasi mental adalah infeksi dan penyalahgunaan obat selama ibu mengandung. Infeksi yang biasanya terjadi adalah Rubella, yang dapat menyebabkan kerusakan otak. Penyakit ibu juga dapat menyebabkan retardasi mental, seperti sifilis, herpes genital, hipertensi, diabetes melitus, anemia, tuberculosis paru. Narkotik, alkohol serta rokok yang berlebihan juga menjadi salah satu penyebab retardasi mental. Usaha untuk menggugurkan kandungan sering pula berakibat cacatnya bayi yang lahir, disertai retardasi mental. Keadaan gizi dan emosi pada ibu hamil juga sangat berpengaruh pada terjadinya retardasi mental.

3) Faktor Perinatal

Retardasi mental yang disebabkan oleh kejadian yang terjadi pada saat kelahiran adalah luka-luka pada saat kelahiran, sesak nafas (*asphyxia*), dan lahir rematur, proses kelahiran yang lama.

4) Faktor Pascanatal

Banyak sekali faktor pascanatal yang dapat menimbulkan kerusakan otak dan mengakibatkan terjadinya retardasi mental. Termasuk diantaranya adalah infeksi (*meningitis, ensefalitis, meningoensefalitis* dan infeksi pada bagian tubuh

lain yang menahun), trauma kapitis, tumor otak, kelainan tulang tengkorak, dan keracunan pada otak, kesehatan pada ibu yang buruk dan terlalu sering melahirkan merupakan penyebab berbagai macam komplikasi kelahiran seperti bayi lahir premature, perdarahan postpartum dan lain sebagainya.

5) Rudapaksa (trauma) dan atau sebab fisik lain.

Rudapaksa sebelum lahir serta juga trauma lain, seperti sinar x, bahan kontrasepsi dan usaha melakukan abortus dapat mengakibatkan kelainan dengan retardasi mental. Rudapaksa setelah lahir tidak begitu sering mengakibatkan retardasi mental.

6) Gangguan metabolisme, pertumbuhan atau gizi.

Semua retardasi mental yang langsung disebabkan oleh gangguan metabolisme (misalnya gangguan metabolisme lemak, karbohidrat dan protein), pertumbuhan atau gizi termasuk dalam kelompok ini. Ternyata gangguan gizi yang berat dan berlangsung lama sebelum umur 4 tahun sangat mempengaruhi perkembangan otak dan dapat mengakibatkan retardasi mental. Keadaan dapat diperbaiki dengan memperbaiki sebelum umur 6 tahun, apabila melebihi umur 6 tahun, meskipun anak itu dibanjiri dengan makanan bergizi, intelegensi yang rendah itu sudah sukar ditingkatkan.

7) Penyakit otak yang nyata (setelah kelahiran).

Dalam kelompok ini termasuk retardasi mental akibat tumor/kanker (tidak termasuk pertumbuhan sekunder karena rudapaksa atau peradangan) dan beberapa reaksi sel-sel otak yang nyata, tetapi yang belum diketahui betul penyebabnya (diduga turunan).

2.1.4 Penatalaksanaan Retardasi Mental

Penatalaksanaan anak dengan Retardasi Mental menurut Soetjiningsih (1994), memerlukan pendekatan dan sebaiknya dibuat rencangan strategi pendekatan bagi setiap anak secara individual untuk mengembangkan potensi anak tersebut semaksimal mungkin. Untuk itu perlu dilibatkan psikolog untuk menilai perkembangan mental anak terutama kemampuan kognitifnya, dokter anak untuk memeriksa fisik anak. Ahli rehabilitasi medis bila diperlukan untuk merangsang perkembangan motorik dan sensoriknya. Ahli terapi wicara untuk memperbaiki gangguan bicaranya atau untuk merangsang perkembangan bicaranya. Serta diperlukan guru pendidikan luar biasa untuk anak-anak yang mengalami retardasi mental.

2.1.5 Kriteria diagnosis Retardasi Mental

Kriteria diagnostik retardasi mental menurut DSM-IV-TR yaitu:

- 1) Fungsi intelektual yang secara signifikan di bawah rata-rata dengan IQ 70 ke bawah.
- 2) Daya fungsi adaptasi yang lemah dalam hal keterampilan sosial, tanggung jawab, komunikasi, kesaling-bebasan, keterampilan hidup sehari-hari, kesanggupan untuk mencukupi diri sendiri yang lambat jika dibandingkan dengan usianya.
- 3) Serangannya muncul sebelum berusia 18 tahun.

2.1.6 Masalah pada anak Retardasi mental

Menurut Ghozali (2008), Retardasi mental atau keterbelakangan mental merupakan masalah multirasional yang menyangkut beberapa aspek di bawah ini:

1) Aspek medis

Masalah medis yang sering ditemui pada anak Retardasi Mental adalah adanya perubahan-perubahan dasar dalam otak, misalnya perubahan unsur-unsur yang penting di dalam otak, perubahan metabolisme sel-sel otak dan kurangnya kapasitas transmisi antarneuron.

2) Aspek psikologis

Masalah psikologis yang dihadapi berupa adanya gangguan perkembangan fisik, intelegensi dan emosi pada bayi sampai anak pra-sekolah dan timbulnya rasa rendah diri akibat kemampuannya lebih rendah daripada anak normal.

3) Aspek pendidikan

Masalah pada bidang pendidikan berupa kesukaran menangkap pelajaran. Pada anak-anak retardasi mental yang mulai bersekolah, sehingga perlu pendidikan khusus yang disebut sekolah luar biasa.

4) Aspek perawatan

Anak dengan retardasi mental jenis yang berat atau sangat berat tak mampu mengurus kebutuhannya sendiri seperti makan, minum dan mandi, sehingga perlu perawatan khusus.

5) Aspek sosial

Pada aspek sosial anak dengan Retardasi Mental mempunyai kekurangan kemampuan dalam daya belajar dan daya penyesuaian diri sosial sesuai dengan

permintaan masyarakat, sehingga penempatan anak dalam masyarakat selalu kurang memuaskan, baik bagi masyarakat, keluarganya maupun anak itu sendiri.

2.2 Konsep Orang Tua

2.2.1 Definisi orang tua

Orang tua adalah pria dan wanita yang terikat dalam perkawinan dan siap sedia untuk memikul tanggung jawab sebagai ayah dan ibu dari anak-anak yang dilahirkannya (kartono,1982). Orang tua adalah setiap orang yang bertanggungjawab dalam suatu keluarga atau rumah tangga yang dalam kehidupan sehari-hari lazim disebut ibu dan bapak (Nasution,1984)

2.2.2 Peranan orang tua

Menurut Santrock (2003) peran orang tua dalam memberikan pembekalan dan persiapan bagi anak untuk menghadapi tantangan kehidupan dimasa mendatang, merupakan fase kehidupan yang penting yang membutuhkan perencanaan dan koordinasi yang baik. Orang tua merupakan figur yang berperan penting dalam proses pengasuhan dan membesarkan anak untuk menjadi pribadi yang sehat, mandiri, kompeten dalam menghadapi tantangan dimasa mendatang.

Peranan orang tua menurut Gunarsa (2002) adalah:

1. Sebagai orang tua

Sebagai orang tua mereka berperan untuk Membesarkan anak, merawat, memelihara, dan memberikan kesempatan pada anak untuk berkembang.

2. Sebagai guru

Sebagai guru mereka berperan untuk:

- 1) Mengajarkan ketangkasan motorik, ketrampilan melalui latihan-latihan

2) Mengajarkan peraturan-peraturan, tata cara keluarga dan juga tatanan lingkungan masyarakat.

3) Menanamkan pedoman hidup bermasyarakat

3. Sebagai Tokoh Teladan

Sebagai Tokoh Teladan, orang tua harus bisa dicontoh dan ditiru pola tingkah lakunya, cara berekspresi, cara berbicara maupun yang lainnya.

4. Sebagai Pengawas

Sebagai Pengawas orang tua dapat memperhatikan, mengamati tingkah laku anak mereka. Mereka dapat mengawasi anak agar tidak melanggar peraturan di rumah maupun di luar lingkungan keluarga.

2.2.3 Orang tua dengan anak yang mengalami retardasi mental

Orang yang paling banyak menanggung beban akibat retardasi mental adalah orang tua dan keluarga terdekatnya. Kelahiran anak retardasi mental di keluarganya merupakan tragedi. Reaksi orang tua berbeda-beda, tergantung pada berbagai faktor, misalnya apakah kecacatan tersebut dapat segera diketahui atau terlambat diketahui. Faktor lainnya yaitu derajat retardasi mental sang anak, ringan, sedang atau berat, serta jelas-tidaknya kecacatan tersebut terlihat orang lain. Reaksi emosional dan tingkah laku para orang tua yang memiliki anak retardasi mental tidaklah sama. Menurut Somantri (2007) ada beberapa reaksi emosional dan tingkah laku orang tua antara lain sebagai berikut:

1. Perasaan melindungi anak secara berlebihan.
2. Perasaan bersalah melahirkan anak berkelainan.
3. Khawatir untuk mempunyai anak lagi.
4. Terkejut dan kehilangan kepercayaan untuk memiliki anak yang normal.

5. Perasaan berdosa.
6. Perasaan bingung dan malu yang mengakibatkan orang tua kurang suka bergaul dengan tetangga dan lebih suka menyendiri.

Mempunyai anak dengan kebutuhan khusus membuat orang tua merasa menjadi beban tersendiri, tidak sedikit orang tua yang menolak kehadiran anak dengan Retardasi Mental, karena mereka berpikir bahwa mempunyai anak dengan Retardasi mental merupakan suatu aib bagi keluarga. Berdasarkan hasil penelitian Hendriani (2006), faktor-faktor yang mempengaruhi munculnya sikap penolakan antara lain yaitu:

1. Kurangnya informasi tentang kondisi anak dan tidak adanya pemahaman tentang keterbelakangan mental.
2. Ketidaksiapan menghadapi kondisi calon anak.
3. Persepsi yang cenderung negatif
4. Hubungan antar anggota keluarga yang kurang komunikatif.

Keempat faktor di atas menimbulkan berbagai perlakuan terhadap anak yang mengalami Retardasi mental. Orang tua mulai membedakan perlakuan terhadap anak Retardasi mental dengan anak-anak lain yang normal dalam keluarga. Perlakuan yang dimaksud cenderung bersifat negatif dan tidak mendukung bagi optimalisasi perkembangan anak. Orang tua juga menutupi atau menyembunyikan kondisi anak dari orang lain yang tentunya akan memperburuk proses penyembuhan bagi anak itu sendiri.

2.2.4 Beban orang tua dalam merawat anak dengan retardasi mental

Orang tua yang mempunyai anak dengan *disability* biasanya mempunyai beban secara fisik maupun psikis yang berhubungan dengan perawatan anak

mereka, hal itu juga ikut mempengaruhi kualitas hidup para orang tua itu sendiri (Leung, 2003). Orang tua harus menghabiskan sebagian besar waktu mereka untuk merawat anak mereka yang *disability*, terutama apabila keadaan anaknya parah, para orang tua juga tidak mempunyai kesempatan untuk mengikuti berbagai kegiatan sosial. Hal ini tentu membatasi kehidupan sosial para orang tua, dan itu juga sangat berdampak terhadap kualitas hidup orang tua (Leung, 2003). Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa orang tua yang mempunyai anak dengan *disability* mempunyai beban finansial yang lebih besar dari pada orang tua yang mempunyai anak normal. Orang tua yang mempunyai anak *disability* harus membayar biaya untuk perawatan kesehatan anaknya, orang tua juga harus menempatkan kebutuhan anaknya di atas kebutuhannya sendiri (Yau and Yuen, 2001). Orang tua seperti ini biasanya mempunyai rasa pesimistis dan bersalah, dan menjadi lebih agresif yang mempengaruhi kesehatan psikologisnya. Orang tua dengan anak *disability* yang lebih parah menunjukkan kecemasan dan tingkat stres yang tinggi (Johnson, 2000). Orang tua tersebut menjadi lebih depresi dan frustrasi mengenai perkembangan anaknya yang lambat, meskipun mereka sudah memberikan latihan kepada anak mereka. Kebanyakan orang tua juga merasa cemas mengenai masa depan anaknya ketika orang tua sudah tidak mampu merawat anak tersebut (Leung, 2003).

2.2.5 Proses berduka orang tua anak retardasi mental

Blaska (1988) menyatakan bahwa proses berduka yang dialami oleh orang tua yang merawat anak retardasi mental berupa sebuah siklus yang disebut *cyclical grieving*. *Cyclical grieving* adalah siklus berduka, di mana emosi yang ditunjukkan orang tua dengan anak *disability* naik dan turun, terkadang orang tua

bisa menerima keadaan anaknya dengan keterbatasannya, tetapi saat anak tersebut melakukan sesuatu yang membuat orang tua jengkel, keadaan emosi orang tua juga akan ikut terpengaruh. Orang tua mungkin akan kembali ke dalam keadaan yang berduka. *Cyclical grieving* muncul selama siklus hidup dari keluarga yang memiliki anak dengan *disability*, tetapi durasi dan intensitas dari kembalinya perasaan berduka yang dialami oleh orang tua akan berkurang seiring berjalannya waktu. *Cyclical grieving* menggambarkan siklus alami dari proses berduka yang dapat dijelaskan menjadi tiga siklus inti seperti di bawah ini:

1. *Inner cycle*

Inner cycle menggambarkan menggambarkan hancurnya impian orang tua ketika mereka tahu bahwa anak mereka mengalami *disability*. Saat orang tua mengharapkan kehadiran seorang anak, mereka bermimpi tentang bagaimana keadaan anaknya kelak, harapan mereka mengenai bakat, kemampuan, dan kehidupan anaknya di kemudian hari. Saat anak lahir dengan *disability* atau diagnosis mengenai *disability* muncul di kemudian hari, harapan orang tua hancur atau tidak mungkin menjadi nyata. Menurut penelitian yang dilakukan Moses (1983), kecemasan yang ditunjukkan orang tua biasanya berasal dari hancurnya mimpi mereka mengenai anak yang diharapkan.

2. *Second cycle*

Emosi yang tergambar dari tahap ini adalah perasaan orang tua yang diekspresikan setelah diagnosis mengenai keadaan *disability* yang dialami anaknya. Orang tua sudah mulai bisa menerima keadaan anaknya, tetapi keadaan ini tidak berlangsung secara terus-menerus, terkadang apabila orang tua menghadapi saat yang sulit, mereka akan kembali lagi pada proses berduka.

3. *Outer cycle*

Tahap ketiga ini menggambarkan siklus kehidupan keluarga. Kehadiran anak dengan *disability* dalam keluarga mengakibatkan keluarga harus beradaptasi dengan anak berkebutuhan khusus yang akan berlangsung selama kehidupan anak dengan *disability* tersebut. Perubahan tersebut mempengaruhi struktur dan prioritas keluarga. Tantangan yang dihadapi oleh keluarga dengan anak *disability* adalah adaptasi yang harus mereka lakukan dalam mengatasi perubahan dalam sistem keluarga, selain itu mereka juga harus bisa menerima keadaan anak yang mengalami *disability* tersebut. (Turnbull, Summers, and Brotherson, 1986 dalam Blaska 1998).

2.2.6 Penyesuaian orang tua yang merawat anak dengan retardasi mental

Orang tua perlu waktu untuk menceritakan kisah mereka dan membiarkan perasaan mereka tervalidasi, karena biasanya para orang tua ini tertekan dalam merawat anak mereka yang mempunyai keterbatasan. Ayah dan ibu mempunyai kesedihan mungkin berbeda, Ayah mungkin merasa sulit untuk berbicara tentang perasaan mereka dan mungkin memerlukan strategi praktis di mana mereka merasa perasaannya dapat di kontrol, sedangkan ibu mungkin bisa lebih mudah berbicara tentang perasaan mereka (Blaska, 1998). Orang tua mungkin memerlukan nasehat atau dukungan dari keluarga, teman dan lingkungan sekitar (Cantwell, 2009)

Persepsi keluarga terhadap stresor akan mempengaruhi tingkat beban di dalam keluarga. Pembentukan persepsi keluarga sangat tergantung dari nilai-nilai yang dianut oleh keluarga dan pengalaman keluarga sebelumnya saat menghadapi masalah. Respon keluarga sangat bervariasi, dari yang menganggap perubahan

yang dirasakan akibat stresor sebagai tantangan sampai dengan memandang stresor sebagai sesuatu yang tidak dapat dikendalikan dan merupakan awal dari kehancuran keluarga, sehingga keluarga harus mampu mengoptimalkan fungsinya, keluarga harus fokus pada keadaan yang menimbulkan stress dalam keluarga. Langkah-langkah tersebut merupakan proses yang digunakan untuk mencapai tujuan keluarga yaitu keseimbangan dan kestabilan keluarga (Fitryasari, 2009).

2.3 Konsep Kecemasan

2.3.1 Definisi

Kecemasan (*ansietas/ anxiety*) menurut Hawari (2004) adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*reality testing ability / RTA*, masih baik), kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian atau *splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tapi masih dalam batas-batas normal.

Menurut Stuart (2007), kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki obyek yang spesifik. Kecemasan dialami secara subyektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Kecemasan berbeda dengan rasa takut yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya. Kecemasan adalah respons emosional terhadap penilaian tersebut.

2.3.2 Tingkat kecemasan

Menurut Stuart (2007), tingkat kecemasan dibagi sebagai berikut:

1. Kecemasan ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

2. Kecemasan sedang

Kecemasan ini memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif tetapi dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

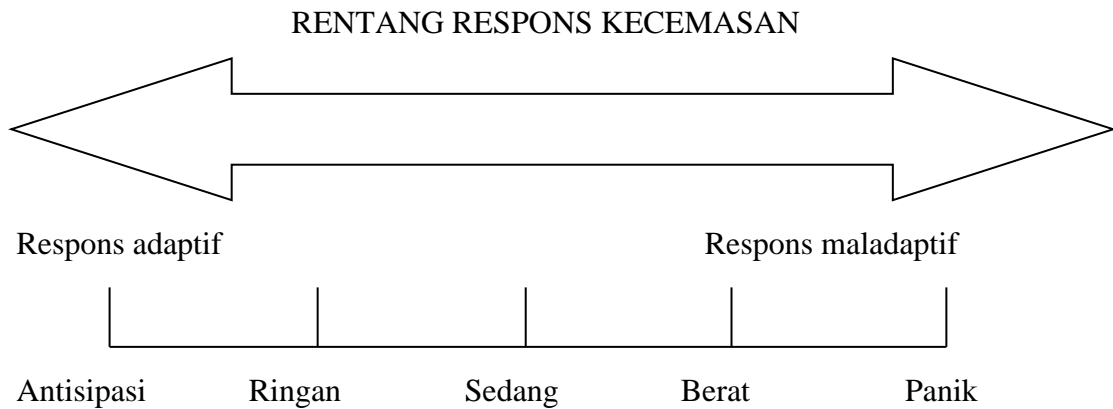
3. Kecemasan berat

Kecemasan ini sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan, individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

4. Tingkat panik dari kecemasan

Individu mengalami kehilangan kendali dalam menghadapi suatu masalah, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan

dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional.



Gambar 2.1. Rentang respons kecemasan dikutip dari Stuart (2007)

Kecemasan yang dihadapi oleh seorang individu dikelompokkan menjadi 2 respon. Respon adaptif dan respon maladaptif. Respons adaptif apabila individu tersebut mampu mengatasi kecemasannya, apabila individu tersebut gagal dalam mengatasi stresor yang membuatnya mengalami kecemasan, maka akan menimbulkan respons maladaptif.

2.3.3 Faktor Predisposisi Kecemasan

Stuart (2007), menuliskan berbagai teori yang telah dikembangkan untuk menjelaskan asal kecemasan.

1. Konflik Emosional

Dalam pandangan psikoanalitis, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

2. Perasaan Takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal

Menurut pandangan interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah terutama rentan mengalami kecemasan yang berat.

3. Produk Frustrasi

Menurut pandangan perilaku, kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli teori perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan. Ahli teori pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa sejak kecil dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan kecemasan pada kehidupan selanjutnya. Ahli teori konflik memandang kecemasan sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan. Mereka meyakini adanya hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan, konflik menimbulkan kecemasan dan kecemasan menimbulkan perasaan tidak berdaya yang pada gilirannya meningkatkan konflik yang dirasakan.

4. Fungsi Keluarga

Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan kecemasan juga tumpang tindih antara gangguan kecemasan kecemasan dan depresi.

5. Fungsi Biologis

Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA) yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan. Selain itu, kesehatan umum individu dan riwayat kecemasan pada keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi kecemasan. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stressor.

2.3.4 Faktor presipitasi

Stressor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal. Stressor pencetus dapat dikelompokkan dalam dua kategori menurut Stuart (2007):

1. Ancaman terhadap integritas fisik, meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
2. Ancaman terhadap sistem diri, dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu.

2.3.5 Respons kecemasan

Berbagai respons terhadap kecemasan yang dialami individu menurut Stuart (2007) sebagai berikut:

1. Respons fisiologis

1) Kardiovaskular

Palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat, pingsan, tekanan darah menurun, dan denyut nadi menurun.

2) Pernapasan

Napas cepat, sesak napas, tekanan pada dada, napas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, sensasi tercekik, dan terengah-engah.

3) Neuromuskular

Refleks meningkat, reaksi terkejut, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigiditas, gelisah, mondar-mandir, wajah tegang, kelemahan umum, tungkai lemah, dan gerakan yang janggal.

4) Gastrointestinal

Kehilangan nafsu makan, menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, nyeri abdomen, mual, nyeri ulu hati, dan diare.

5) Saluran perkemihan

Tidak dapat menahan kencing atau sering berkemih.

6) Kulit

Wajah kemerahan, berkeringat setempat (telapak tangan), gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat, serta berkeringat seluruh tubuh.

2. Respons perilaku

Gelisah, ketegangan fisik, tremor, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mengalami cedera, menarik diri dari hubungan interpersonal, inhibisi, melarikan diri dari masalah, menghindar, hiperventilasi, serta sangat waspada.

3. Respons kognitif

Perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, preokupasi, hambatan berpikir, lapang persepsi menurun, kreativitas menurun, produktivitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran diri,

kehilangan obyektivitas, takut kehilangan kendali, takut pada gambaran visual, takut cedera atau kematian, kilas balik, serta mimpi buruk.

4. Respons afektif

Mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, gugup, ketakutan, waspada, kengerian, kekhawatiran, kecemasan, mati rasa, rasa bersalah, dan malu.

2.3.6 Kecemasan orang tua dalam merawat anak dengan retardasi mental

Orang tua yang mempunyai anak dengan *disability* biasanya mempunyai beban secara fisik maupun psikis yang berhubungan dengan perawatan anak mereka, hal itu juga ikut mempengaruhi kualitas hidup para orang tua itu sendiri (Leung, 2003). Orang tua harus menghabiskan sebagian besar waktu mereka untuk merawat anak mereka yang *disability*, terutama apabila keadaan anaknya parah, para orang tua juga tidak mempunyai kesempatan untuk mengikuti berbagai kegiatan sosial. Hal ini tentu membatasi kehidupan sosial para orang tua, dan itu juga sangat berdampak terhadap kualitas hidup orang tua (Leung, 2003). Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa orang tua yang mempunyai anak dengan *disability* mempunyai beban finansial yang lebih besar dari pada orang tua yang mempunyai anak normal. Orang tua yang mempunyai anak *disability* harus membayar biaya untuk perawatan kesehatan anaknya, orang tua juga harus menempatkan kebutuhan anaknya di atas kebutuhannya sendiri (Yau and Yuen, 2001). Orang tua seperti ini biasanya mempunyai rasa pesimistis dan bersalah, dan menjadi lebih agresif yang mempengaruhi kesehatan psikologisnya. Orang tua dengan anak *disability* yang lebih parah menunjukkan kecemasan dan tingkat stres yang tinggi (Johnson, 2000). Orang tua tersebut menjadi lebih depresi dan frustrasi mengenai perkembangan anaknya yang lambat, meskipun mereka sudah

memberikan latihan kepada anak mereka. Kebanyakan orang tua juga merasa cemas mengenai masa depan anaknya ketika orang tua sudah tidak mampu merawat anak tersebut (Leung, 2003).

2.4 Konsep Koping

2.4.1 Definisi koping

Menurut Lazarus (1985 dalam Ritsner, 2005), koping adalah perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya untuk mengatasi tuntutan internal dan atau eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu. Koping menurut Grotberg (2000, dalam Agriyasari, 2006) adalah segala bentuk usaha baik yang disadari maupun tidak, secara sehat maupun tidak untuk mencegah, mengurangi, mentoleransi efek-efek yang tidak menyenangkan.

2.4.2 Mekanisme koping

Kecemasan ringan sering ditanggulangi tanpa pemikiran yang sadar. Kecemasan sedang dan berat menimbulkan dua mekanisme koping:

1. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi tuntutan situasi stress secara realistis, meliputi tindakan dan usaha segera untuk mengatasi ancaman pada dirinya. Contoh: negosiasi, konfrontasi, kompromi, dan menarik diri (Kozier, 2004).
 - 1) Perilaku menyerang/konfrontasi digunakan untuk menghilangkan atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan.
 - 2) Perilaku menarik diri digunakan untuk menjauhkan diri dari sumber ancaman, baik secara fisik maupun psikologis.

- 3) Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara yang biasa dilakukan individu, mengganti tujuan, atau mengorbankan aspek kebutuhan personal.
2. Mekanisme koping berfokus pada emosi contohnya: penggunaan mekanisme pertahanan ego, membantu mengatasi kecemasan ringan dan sedang. Namun, karena mekanisme tersebut berlangsung secara relatif pada tingkat tidak sadar dan mencakup penipuan diri dan distorsi realitas, mekanisme ini dapat menjadi respons maladaptif terhadap stres.

Tabel 2.1 Mekanisme Pertahanan Ego dalam Stuart (2007)

Mekanisme Pertahanan	Definisi
Kompensasi	Proses individu dengan citra diri yang kurang berupaya menggantinya dengan menonjolkan kelebihan lain yang dianggapnya sebagai aset.
Penyangkalan	Menghindari realitas yang tidak menyenangkan dengan mengabaikan atau menolak untuk mengakuinya, kemungkinan merupakan mekanisme pertahanan yang paling sederhana dan paling primitif.
Pengalihan (<i>displacement</i>)	Mengalihkan emosi yang seharusnya diarahkan pada orang atau benda tertentu ke benda atau orang yang biasanya netral atau tidak membahayakan.
Disosiasi	Pemisahan setiap kelompok proses perilaku atau mental dari sisa kesadaran atau identitas.
Identifikasi	Proses individu mencoba untuk menjadi seseorang yang dikaguminya dengan menirukan pikiran, perilaku, atau kesukaannya.
Intelektualisasi	Penggunaan alasan atau logika yang berlebihan untuk menghindari perasaan-perasaan mengganggu yang dialami.
Introyeksi	Tipe identifikasi yang intens yang di dalamnya individu menyatukan kualitas atau nilai-nilai orang lain atau kelompok ke dalam struktur egonya sendiri, salah satu mekanisme terdini pada anak-anak, penting dalam pembentukan hati nurani.
Isolasi	Memisahkan komponen emosional dari pikiran yang dapat bersifat sementara atau jangka panjang.
Proyeksi	Mengaitkan pikiran atau impuls diri, terutama keinginan, perasaan emosional, atau motivasi yang tidak dapat ditoleransi kepada orang lain.

Rasionalisasi	Memberikan penjelasan yang diterima secara social atau tampak masuk akal untuk membenarkan impuls, perasaan, perilaku, dan motif yang tidak dapat diterima.
Formasi reaksi	Pembentukan sikap dan pola perilaku yang disadari yang berlawanan dengan apa yang sebenarnya dirasakan atau ingin dilakukan individu.
Regresi	Kemunduran karakteristik perilaku dari tahap perkembangan yang lebih awal akibat stress.
Represi	Pengesampingan secara tidak sadar tentang pikiran, impuls, atau memori yang menyakitkan atau bertentangan dari kesadaran, pertahanan ego primer yang cenderung memperkuat mekanisme pertahanan lainnya.
<i>Splitting</i>	Memandang orang atau situasi sebagai semuanya baik atau semuanya buruk, gagal untuk mengintegrasikan kualitas positif dan negatif diri.
Sublimasi	Penerimaan tujuan pengganti yang diterima secara social karena dorongan yang merupakan saluran normal ekspresi terhambat.
Supresi	Proses yang sering disebut sebagai mekanisme pertahanan, tetapi sebenarnya merupakan analogi represi yang disadari, pengesampingan yang disengaja tentang suatu topik dari kesadaran, suatu ketika dapat mengarah pada represi yang berikutnya.
<i>Undoing</i>	Tindakan atau komunikasi yang sebagian meniadakan yang sudah ada sebelumnya, merupakan mekanisme pertahanan primitif.

2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi koping

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi individu dalam memilih strategi koping. Folkman dan Lazarus (1988) menyatakan bahwa penilaian individu terhadap situasi yang dihadapi dan emosi yang dirasakan akan mempengaruhi perilaku koping. Suatu kejadian dapat dinilai sebagai suatu yang mengancam, menantang, berbahaya, atau sebagai sesuatu yang menguntungkan akan sangat bergantung pada bagaimana individu menilai situasi yang dihadapi. Hal ini sesuai dengan pernyataan Corsini (1984) yang menyatakan bahwa perilaku koping tergantung pada bagaimana individu menilai situasi yang dihadapi. Taylor (1991) menyatakan bahwa terdapat dua faktor yang mempengaruhi perilaku

koping, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang dimaksud adalah kepribadian, seperti: ketahanan (*hardiness*), pusat pengendali (*locus of control*), kemampuan (sumberdaya yang dimiliki). Faktor eksternal meliputi: uang dan waktu, dukungan sosial, standar kehidupan, atau tidak adanya stresor lain yang terjadinya bersamaan. Gunarsa (1990) menyatakan bahwa kehidupan spiritualitas seseorang juga mempengaruhi faktor internal dalam perilaku koping. Ketika tingkat religiusitas seseorang yang tinggi, maka ia cenderung menghadapi permasalahan dengan lebih mendekatkan diri kepada Tuhan. Individu tersebut yakin bahwa apa yang mereka hadapi memang telah ditentukan oleh Tuhan, hal tersebut mereka yakini sebagai suatu peristiwa yang memiliki makna tertentu. Hasil atau akibat apapun yang ditimbulkan oleh suatu peristiwa yang dihadapinya akan cenderung diterima dengan pasrah dan mereka mengambil hikmah dari peristiwa tersebut. Faktor internal lainnya yang juga mempengaruhi perilaku koping adalah usia, hal ini senada dengan yang dinyatakan oleh Santrock (2003). Seiring berjalannya waktu, remaja cenderung lebih menggunakan strategi koping yang berfokus pada emosi daripada strategi koping yang berfokus pada masalah. Orang yang lebih tua menghadapi stres yang berkaitan dengan kesehatan, perawatan rumah, dan juga masalah pensiun. Mereka menilai masalah yang dihadapi lebih sukar diubah dari pada masalah yang dihadapi oleh orang setengah baya. Orang setengah baya lebih sering menghadapi stres yang berkaitan dengan pekerjaan, keuangan, keluarga, dan teman. Oleh sebab itulah strategi *problem focused coping* lebih efektif untuk menangani stres yang dialami oleh orang yang lebih tua.

Menurut Billing dan Moss (1981), jenis kelamin juga mempengaruhi perilaku coping. Wanita lebih cenderung dipengaruhi oleh emosi sehingga lebih cenderung menggunakan *emotion focus coping*, sedangkan pria lebih cenderung menggunakan *problem focused coping*, karena mereka lebih bisa mengendalikan emosinya. Tingkat pendidikan dan pendapatan juga mempengaruhi perilaku coping individu. Tingkat pendidikan dan pendapatan yang lebih tinggi kebanyakan menggunakan *problem focused coping*, karena mereka mempunyai kompleksitas kognitif yang lebih tinggi karena individu tersebut dapat berfikir lebih realistis dan aktif dalam memecahkan masalah. Orang yang mempunyai tingkat pendidikan dan pendapatan yang lebih rendah biasanya mempunyai kompleksitas kognitif yang lebih rendah, sehingga menggunakan perilaku coping berdasarkan *emotional focused coping*.

2.4.4 Koping orang tua yang memiliki anak Retardasi mental

Heiman (2004) menyatakan bahwa terdapat tiga sumber dukungan yang mempengaruhi kemampuan orang tua untuk mengatasi dan mengurangi rasa kecemasan dan memberikan kontribusi untuk memperkuat koping orangtua, yaitu: ikatan positif antara orang tua (adanya kerjasama antara ayah dan ibu dalam merawat anak), diskusi dengan *peer group*, dan konsultasi orang tua atau keluarga dengan menggunakan layanan konseling. Orang tua perlu bergabung dalam *peer group support* untuk berbagi beban atau masalah selama merawat anak dengan retardasi mental, selain itu dengan bergabung dalam kegiatan tersebut, orang tua akan belajar bagaimana menerapkan strategi dan teknik yang terbaik mengenai pemecahan masalah yang sering para orang tua hadapi dalam merawat anak

retardasi mental sesuai dengan tujuan dalam keluarga mereka.(Olsen, G., Fuller, ML, 2007 dalam chawla (2009)).

Orang tua harus ingat bahwa mereka tidak perlu takut mengenai kecacatan anak. Orang tua seharusnya menyadari kewajiban mereka untuk menolong anak mereka untuk bersosialisasi dengan dunia luar dan memberikan anak mereka pengetahuan tentang bagaimana aturan dalam bersosialisasi dengan orang lain.

Bor, Sanders, dan Markie-Dadds (2004, dalam Chawla, 2009) menyatakan bahwa peningkatan keterampilan orang tua dalam merawat anak dengan *disability*, secara konsisten dapat membantu anak-anak untuk mengontrol perilaku impulsif mereka melalui belajar untuk menghambat respon langsung. Anak harus merasa aman untuk menjelajahi dunia. Orang tua harus mengajarkan anak untuk dapat beradaptasi dengan dunia sosial. Aturan-aturan dalam berinteraksi dengan orang lain merupakan tanggungjawab orang tua untuk mengajarkannya kepada anak mereka. Orang tua bisa melakukan semua itu hanya jika mereka memiliki koping yang positif .

Ada dua strategi koping yang biasanya digunakan oleh orang tua dengan anak *disability*, yaitu: Mekanisme koping berfokus pada masalah dan mekanisme koping berfokus pada emosi. Mekanisme koping berfokus pada membantu individu untuk mengatasi masalah-masalah mereka melalui perubahan kognitif atau motivasi, seperti belajar keterampilan baru. Mekanisme koping berfokus pada emosi diarahkan memodifikasi respon emosional sendiri seseorang untuk menghadapi masalah dan mencakup strategi seperti mencari dukungan emosional, merebut nilai dari situasi negatif, gangguan, dan minimisasi (Lazarus and Folkman, 1984). Orang tua dengan anak berkebutuhan khusus kesabaran

yang tinggi, energi, keterampilan komunikasi, rasa humor, sikap positif dalam situasi yang berbeda, dan komitmen besar untuk melihat potensi anak.

Strategi koping orang tua yang merawat anak dengan disability:

- 1) Mencari penjelasan atau informasi dan saran tentang kecacatan yang dialami oleh anak mereka. Mencari tahu tentang kelebihan atau bakat yang mungkin dimiliki oleh anak.
- 2) Orang tua mencoba belajar sebanyak mungkin tentang bagaimana cara merawat anak dengan *disability*.
- 3) Selalu mengevaluasi strategi yang sudah digunakan. Orangtua melihat kembali pada strategi yang mereka telah digunakan di masa lalu dan mengevaluasi dampak dari tindakan mereka.
- 4) Membandingkan dan mengintegrasikan informasi. Orang tua membandingkan informasi dengan pengalaman mereka tentang anak mereka.
- 5) Tetap berpikiran positif terhadap anak mereka.

Persepsi keluarga terhadap stresor akan mempengaruhi tingkat beban di dalam keluarga. Pembentukan persepsi keluarga sangat tergantung dari nilai-nilai yang dianut oleh keluarga dan pengalaman keluarga sebelumnya saat menghadapi masalah. Respon keluarga sangat bervariasi, dari yang menganggap perubahan yang dirasakan akibat stresor sebagai tantangan sampai dengan memandang stresor sebagai sesuatu yang tidak dapat dikendalikan dan merupakan awal dari kehancuran keluarga, sehingga keluarga harus mampu mengoptimalkan fungsinya, keluarga harus fokus pada keadaan yang menimbulkan stress dalam keluarga. Langkah-langkah tersebut merupakan proses yang digunakan untuk

mencapai tujuan keluarga yaitu keseimbangan dan kestabilan keluarga (Fitriasari, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Patterson dan Leonard (1994) menunjukkan bahwa keberadaan anak yang memiliki hambatan perkembangan atau berkebutuhan khusus akan membuat hubungan antar pasangan (orangtua) menjadi lebih kuat dan beban emosional yang ditanggung akan mempererat kebersamaan diantara anggota keluarga yang lain.

Terlepas dari banyak kesulitan yang terkait dengan merawat anak cacat, orang tua sering beradaptasi dan mengembangkan banyak ketahanan dalam menanggapi tuntutan perawatan mereka. Banyak orang tua mengembangkan keterampilan dan strategi untuk merawat anak mereka yang menderita kecacatan. Hal ini umum bagi orang tua untuk mengatakan bahwa mereka telah menjadi lebih bijaksana dan beberapa orang tua menjadi lebih terfokus dalam memberikan makna dalam hidup mereka. Kebanyakan orang tua merawat anak-anak mereka dengan setia dan dengan komitmen yang besar, dan berbicara tentang banyak kegembiraan dalam merawat anak mereka, meskipun ini sulit. Kecenderungan terhadap respon adaptif konsisten dengan fenomena '*posttraumatic growth*' (Tedeschi and Calhoun, 2004). Fenomena *posttraumatic growth* didefinisikan sebagai pengalaman di mana orang telah mendapat dampak positif setelah peristiwa negatif akibat persepsi diperkuat oleh pengalaman yang dimiliki oleh diri sendiri dan orang lain dan makna peristiwa.

2.5 Konsep Kelompok

2.5.1 Definisi kelompok

Kelompok adalah sekumpulan orang yang mempunyai tujuan bersama yang berinteraksi satu sama lain untuk mencapai tujuan bersama, mengenal satu sama lainnya, dan memandang mereka sebagai bagian dari kelompok tersebut (Mulyana, 2005).

2.5.2 Ciri-ciri kelompok

Menurut Walgito (2003), setiap kumpulan individu belum tentu dianggap sebagai kelompok jika mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

1. Interaksi

Interaksi adalah saling mempengaruhi individu satu dengan yang lain (manual influence). Interaksi dapat berlangsung secara fisik, non-verbal, emosional, dan sebagainya.

Interaksi dalam kelompok juga dipengaruhi oleh kepribadian.

2. Tujuan (Goals)

Individu yang tergabung dalam kelompok mempunyai beberapa tujuan atau alasan. Tujuan dapat bersifat intrinsik, misalnya bergabung dalam kelompok memiliki rasa senang. Tujuan juga dapat bersifat ekstrinsik, yaitu mencapai tujuan yang tidak dapat dicapai sendiri melainkan harus dicapai bersama-sama. Yang disebut juga common goal dan merupakan faktor penentu paling kuat dalam kelompok.

3. Struktur

Sebuah kelompok memiliki struktur berarti adanya peran, norma, dan hubungan antar anggota. Peran dari masing-masing anggota kelompok akan

bergantung pada posisi ataupun kemampuan individu. Norma merupakan aturan yang mengatur perilaku anggota kelompok. Hubungan antar anggota dapat berdasarkan atas banyaknya faktor . misalnya otoritas dan attraction.

4. Groupies

Kelompok merupakan satu kesatuan, merupakan objek yang mempersatukan. Oleh karena itu dalam menganalisis perilaku kelompok, unit analisisnya adalah perilaku kelompok tersebut, bukan perilaku individu-individu.

2.5.3 Komponen kelompok

Menurut Keliat (1999), kelompok terdiri dari 8 aspek, yaitu:

1) Struktur Kelompok

Menjelaskan batasan, komunikasi, proses pengambilan keputusan, dan hubungan otoritas dalam kelompok. Struktur kelompok menjaga stabilitas dan membantu pengaturan pola perilaku dan interaksi. Struktur dalam kelompok diatur dengan adanya pemimpin dan anggota, arah komunikasi di pandu oleh pemimpin sedangkan keputusan diambil secara bersama-sama.

2) Besar Kelompok

Jumlah anggota yang nyaman adalah kelompok kecil yang anggotanya berkisar antara 5-12 orang. Apabila anggota kelompok terlalu besar, akibatnya tidak semua anggota mempunyai kesempatan mengungkapkan perasaan, pendapat, dan pengalamannya, apabila jumlah kelompok terlalu kecil maka variasi informasi dan interaksi dalam kelompok juga semakin sedikit.

3) Lamanya Sesi

Waktu optimal untuk satu sesi pertemuan adalah 20-40 menit bagi fungsi kelompok rendah, 60-120 menit bagi fungsi kelompok tinggi (Stuart and Laraia,

2001). Biasanya dimuali dengan pemanasan berupa orientasi, kemudian tahap kerja, dan diakhiri dengan terminasi. Banyaknya sesi tergantung pada tujuan kelompok, dan direncanakan sesuai dengan kebutuhan.

4) Komunikasi

Salah satu tugas pemimpin kelompok yang terpenting adalah mengobservasi dan menganalisis pola komunikasi dalam kelompok. Pemimpin menggunakan umpan balik untk memberi kesadaran pada anggota kelompok terhadap dinamika yang terjadi.

5) Peran Kelompok

Pemimpin mengobservasi peran yang terjadi dalam kelompok. Terdapat 3 peran dan fungsi kelompok yang ditampilkan anggota kelompok dalam kerja kelompok, yaitu:

1. *Maintenance role*, yaitu; peran serta aktif dalam proses kelompok dan fungsi kelompok.
2. *Task role*, yaitu; fokus terhadap penyelesaian masalah.
3. *Individual role* adalah *self-centered* dan distraksi pada kelompok.

6) Kekuatan Kelompok

Kekuatan adalah kemampuan anggota kelompok dalam mempengaruhi berjalannya kegiatan kelompok. Untuk menetapkan kekuatan anggota kelompok yang bervariasi diperlukan kajian siapa yang paling banyak mendengar, dan siapa yang membuat keputusan dalam kelompok.

7) Norma Kelompok

Norma adalah standar perilaku yang ada dalam kelompok. Pengharapan terhadap perilaku kelompok pada masa yang akan datang berdasarkan

pengalaman masa lalu dan saat ini. Pemahaman tentang norma kelompok berguna untuk mengetahui pengaruhnya terhadap komunikasi dan interaksi dalam kelompok. Kesesuaian anggota kelompok dengan norma kelompok penting dalam menerima anggota kelompok. Anggota kelompok yang tidak mengikuti norma dianggap pemberontak dan akan ditolak oleh anggota kelompok lainnya.

8) Kekohesifan

Kekohesifan adalah kekuatan anggota kelompok dalam bekerja sama untuk mencapai tujuan. Hal ini mempengaruhi anggota kelompok untuk tetap bertahan di dalam kelompok. Apa yang membuat anggota kelompok tertarik dan puas terhadap kelompok perlu diidentifikasi agar kehidupan kelompok dapat dipertahankan.

Pemimpin kelompok perlu melakukan upaya agar kekohesifan kelompok dapat terwujud, seperti mendorong anggota kelompok bicara satu sama lain, diskusi dengan menggunakan kata-kata “kita”, menyampaikan kesamaan anggota kelompok, membantu anggota kelompok untuk mendengarkan ketika anggota kelompok yang lain berbicara. Kekohesifan perlu diukur melalui seberapa sering antar anggota memberi pujian dan mengungkapkan kekaguman satu sama lain.

2.6 Konsep *Peer Group Support*

2.6.1 Pengertian *peer group support*

Menurut WHO (2007) *peer group support* adalah dukungan dari orang yang mempunyai pengalaman pengetahuan dari sebuah perilaku khusus atau persamaan karakteristik stresor pada sebuah populasi tertentu. Saat dilakukan *peer*

group support, orang yang lebih berpengalaman dalam masalah yang sama, saling bertukar pengetahuan dan pengalaman dengan anggota *peer support* yang lain. *Peer group support* terdiri dari sekelompok orang yang terdiri tidak lebih dari 8 orang yang datang dengan berbagai permasalahan, bertemu secara reguler pada waktu yang telah disetujui, dengan saling mendengarkan satu sama lain dan berbagi kesulitan serta mencari solusi bersama–sama.

2.6.2 Jenis – jenis *peer groupsupport*

Peer group support terdiri dari beberapa macam, tergantung beberapa lama waktu pertemuan, faktor pembicaraan dan pihak yang bertanggung jawab terhadap jalannya kelompok. Sebagian darikelompok pendukung dapat difasilitasi oleh tenaga profesional atau suatu kelompok tertentu (Randall, 2003).

1. Peer listening

Jenis dukungan kelompok yang biasa digunakan di kalangan sekolah. Kelompok sebagai pendengar yang aktif. Biasanya kelompok meluangkan waktu saat istirahat atau makan siang.

2. Peer counselling

Model ini tidak banyak digunakan oleh kelompok. Kelompok berperan sebagai konselor. Beberapa pendapat mempercayai bahwa model ini tidak cocok untuk remaja mengingat remaja sering melakukan kesalahan dan akan memberi nasihat yang berbahaya.

3. Peer medication

Model ini digunakan jika banyak terjadi kemarahan yang menyebabkan adanya korban dan tindak kekerasan yang dilakukan bersama – sama, maka

diperlukan seorang perantara diantara mereka sebagai penengah jika ada konflik dalam kelompok.

4. *Peer support in mental health*

Pada model ini diperlukan sebuah organisasi sosial yang bertujuan untuk mempertinggi kesehatan mental para anggotanya, misal: agar anggota dapat mandiri apabila berada dalam kesulitan dan dapat menentukan apa yang terbaik untuk dirinya.

2.6.3 Kegiatan dalam *peer group support*

Menurut Rynor 2003 sebelum melaksanakan *peer group support* , diperlukan berbagai kesiapan, yaitu:

1. Memilih Tanggal dan Waktu

Penentuan tanggal dan waktu pertemuan bersifat fleksibel yang tergantung keputusan kelompok. Durasi pertemuan disarankan kurang lebih 1-2 jam pada setiap pertemuannya.

2. Mencari Tempat yang Sesuai

Hal ini penting berkaitan dengan perencanaan pengadaan kegiatan *peer group support*. Pemilihan tempat diusahakan terjaga privasi para anggota *peer group support*. Ruangan yang digunakan sebaiknya mempunyai pintu yang bisa ditutup sehingga pembicaraan dalam kelompok tidak terdengar orang lain yang berada di luar.

3. Mensosialisasikan kelompok

Sosialisasi diperlukan untuk merekrut anggota meskipun perlu kesabaran untuk melihat hasilnya karena orang cenderung membutuhkan waktu yang cukup lama untuk menentukan keputusan untuk bergabung atau tidak.

Menurut Training in *Human Rights and Citizenship education Council of Europe* kegiatan *peer group support* terdiri dari beberapa langkah di bawah ini:

1. *Checking in*

Aktifitas ini dimulai dengan perkenalan dan pernyataan kesediaan untuk bergabung dengan *peer group support* oleh masing-masing anggotanya. Pada sesi ini anggota berhak mengeluarkan pendapat mengenai model *peer group support* yang akan ditetapkan

2. Presentasi masalah

Pada sesi ini anggota berhak mengutarakan masalah yang dialami, pada sesi ini masalah yang disampaikan oleh anggota dapat dijadikan bahan sebagai materi pertemuan.

3. Klarifikasi masalah

Peserta *peer group support* perlu memahami tentang topik atau masalah yang akan dijadikan bahan diskusi dalam *peer group support*. Para peserta boleh mengajukan pertanyaan apabila tidak paham mengenai topik yang akan dibicarakan. Fasilitator dapat menjelaskan kepada peserta yang masih belum mengerti mengenai topik diskusi.

4. Berbagi usulan

Sesi ini merupakan inti dari *peer group support*. Setiap peserta diberikan waktu untuk berbicara mengenai masalah yang dihadapi berkaitan dengan topik yang sudah disepakati diawal pertemuan. Peran fasilitator adalah mengingatkan peserta diskusi yang membicarakan masalah yang melenceng dari topik awal. Anggota lain yang mempunyai masalah yang sama dan telah dapat menyelesaikan

bagai pengalaman serupa dan cara penyelesaian yang baik. Proses berbagi usulan ini dapat menggunakan dua metode, yaitu:

1. *The talking stick method*

Cara ini menggunakan bantuan objek tertentu, seperti tongkat atau benda lain yang dialihkan secara bergantian pada setiap peserta. Peserta yang mendapat giliran untuk memegang benda ini memiliki kesempatan untuk berbicara. Peserta lain yang tidak mendapat giliran tidak diperbolehkan berbicara sampai peserta yang mendapatkan giliran untuk berbicara selesai mengutarakan masalahnya. Setelah peserta selesai berbicara, benda ini dapat dialihkan kepada peserta lain atau meletakkan di tengah forum agar peserta lain dapat mengambilnya dengan mudah ketika ingin mendapatkan giliran berikutnya.

2. *The rotation method*

Metode ini menjamin keseluruhan peserta *peer group support* mendapat gilirannya. Kesempatan untuk berbicara akan diberikan oleh seorang peserta dan akan berlanjut pada peserta lain yang duduk disebelah peserta sebelumnya.

5. Perencanaan tindakan

Pada sesi ini, para anggota merencanakan suatu strategi tindakan yang akan dilakukan untuk membantu anggota kelompok dalam menghadapi masalah/situasi yang masih belum terselesaikan.

6. Checking out

Pada sesi ini kelompok melakukan peninjauan ulang atas apa yang telah dibahas, setelah selesai, bisa dilakukan penutupan yang bisa dilakukan dengan bimbingan fasilitator atau peserta lain.

Mark Salzer (2002) mengungkapkan bahwa Efektivitas dari kegiatan *peer group support* tergantung oleh berbagai proses psikososial, yaitu:

1. Dukungan sosial adalah interkasi sosial yang positif antar sesama anggota kelompok/masyarakat yang di dalamnya terdapat kepercayaan dan perhatian. Hubungan sosial yang positif membuat penyesuaian yang positif terhadap masalah yang sedang dialami oleh anggota dan sebagai penyeimbang terhadap adanya stresor yang dari dalam maupun dari luar individu, serta dapat digunakan untuk menghadapi tantangan hidup dengan menyediakan dukungan emosional (harga diri, kasih sayang dan menenangkan hati), sebagai dukungan instrumental (berupa material dan layanan) dan sebagai dukungan informasi (nasehat, aturan, dan timbal balik) (Phyllis, 2004).
2. Berbagi Pengalaman Informasi dan cara pandang tentang hidup yang spesifik yang dimiliki oleh seseorang seperti pengalaman mengalami kecacatan, sakit kronis atau pengalaman traumatis lain seperti bencana alam, pelecehan seksual, tindakan kriminalitas. Pengalaman seperti ini jika dibagikan kepada orang lain akan menimbulkan penyelesaian masalah dan dapat meningkatkan kualitas hidup para anggotanya (Shubert, 1994).
3. Teori tentang pembelajaran mengatakan bahwa seseorang yang berhasil dan mampu menghadapi masalah, bisa dijadikan contoh yang baik bagi para anggotanya yang lain yang mempunyai masalah yang sama. Interaksi antar

anggota kelompok dengan individu yang berhasil mengatasi masalahnya dapat menimbulkan perubahan perilaku yang positif terhadap anggota kelompok yang lain.

4. Perbandingan sosial

Perbandingan sosial ini dimaksudkan bahwa individu lebih bisa merasa nyaman berinteraksi dengan individu yang lain apabila mereka mempunyai karakteristik yang sama. Hal ini dapat menguatkan harga diri dan kepercayaan diri bagi individu tersebut. Saat individu berinteraksi dengan individu lain yang lebih baik dalam mengatasi masalahnya maka akan menimbulkan rasa optimisme diantara para anggotanya.

2.6.4 Fungsi suportif dukungan kelompok sebaya

Masalah yang diceritakan mampu meringankan beban pikiran. Kelegaan yang luar biasa akan dirasakan ketika seseorang menceritakan perasaannya pada orang lain yang mempunyai pengalaman dan pemahaman yang sama dengan dirinya. Seseorang yang mampu melihat situasi dengan cara pandang yang sama dengan diri sendiri terkadang dibutuhkan apabila peran keluarga dirasakan belum cukup. Setiap anggota saling menceritakan masalah dan memberikan solusi. *peer group support* tidak hanya memberikan kesempatan untuk mendapatkan teman tetapi juga bisa digunakan untuk mendapatkan seseorang yang pengertian dan bisa dihubungi ketika kita membutuhkan pertolongan. Perasaan terasing terhadap diri sendiri karena tidak mendapatkan teman untuk berbagi juga akan berkurang. (Wilhelm,2004). Keberhasilan peer support dikarenakan adanya hubungan timbal balik dengan saling berbagi pengalaman hidup (Hesler, 2007).

Menurut Setzer (2002), keuntungan yang didapat dari *Peer group support* ada empat macam, yaitu

1. Meningkatkan kompetensi individu sebagai hasil dari proses belajar pada pengalaman orang lain.
2. Meningkatkan rasa kebersamaan dalam proses memberi dan menerima antar sesama anggota kelompok.
3. Individu yang bergabung dalam *peer group support* mendapatkan transfer pengalaman hidup, individu akan mendapatkan tambahan pengetahuan untuk mengatasi masalahnya.
4. Anggota yang bergabung dalam *peer group support* akan mendapat penerimaan sosial antar para anggota.

2.7 Teori Adaptasi Callista Roy

Model konsep adaptasi pertama kali dikemukakan oleh Suster Callista Roy (1969). Konsep ini dikembangkan dari konsep individu dan proses adaptasi. Menurut Roy (1984), penerima asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, masyarakat yang dipandang sebagai "*Holistic adaptif system*" dalam segala aspek yang merupakan satu kesatuan. Sistem adalah Suatu kesatuan yang di hubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. Sistem terdiri dari proses input, output, kontrol dan umpan balik (Roy, 1991), dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Input

Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, dimana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual dan stimulus residual.

1. Stimulus fokal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera, misalnya infeksi .
2. Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal seperti anemia, isolasi sosial.
3. Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang sesuai pengalaman yang lalu, hal ini memberi proses belajar untuk toleransi. Misalnya pengalaman nyeri pada pinggang ada yang toleransi tetapi ada yang tidak.

2. Kontrol

Proses kontrol seseorang menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang di gunakan. Mekanisme kontrol ini dibagi atas regulator dan kognator yang merupakan subsistem.

1. Subsistem regulator.

Subsistem regulator mempunyai komponen-komponen : input-proses dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal.

Transmitter regulator sistem adalah kimia, neural atau endokrin. Refleksi otonom adalah respon neural dan brain sistem dan spinal cord yang diteruskan sebagai perilaku output dari regulator sistem. Banyak proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem.

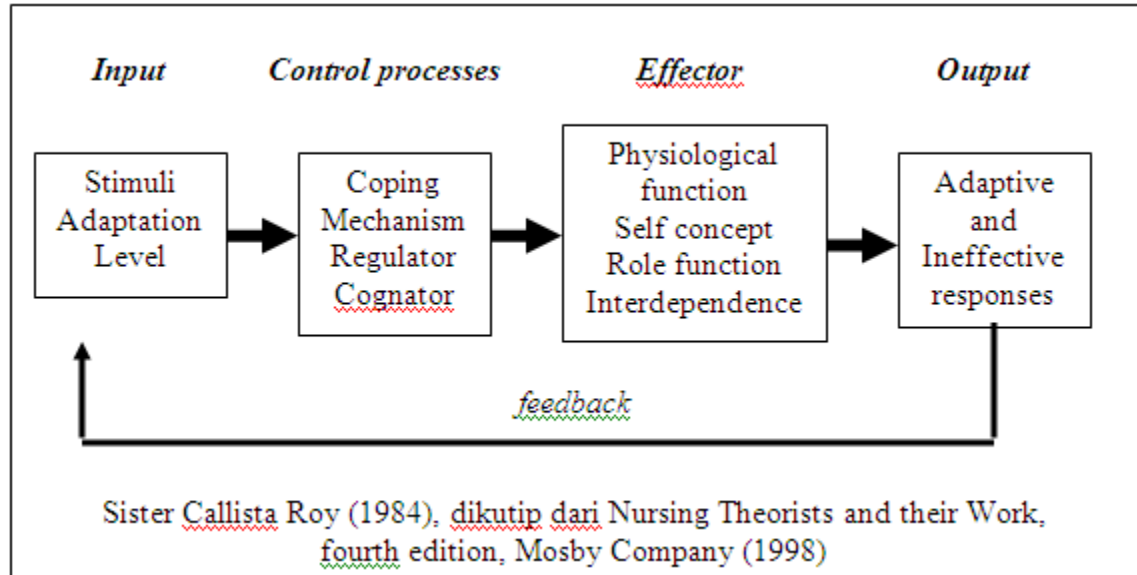
2. Subsistem kognator.

Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, reinforcement (penguatan) dan insight (pengertian yang mendalam). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang.

3. Output

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat di amati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar . Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang tidak mal-adaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan

dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang mal adaptif perilaku yang tidak mendukung tujuan ini.



Gambar 2.2 Skema sistem adaptasi menurut Callista Roy

2.7.1 Sistem adaptasi Roy

Sistem adaptasi memiliki empat mode adaptasi diantaranya:

1. Fungsi fisiologis, komponen sistem adaptasi ini yang adaptasi fisiologis diantaranya oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, integritas kulit, indera, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis dan fungsi endokrin
2. Fungsi psikologis yang mempunyai pengertian bagaimana seseorang mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain.
3. Fungsi sosial budaya merupakan proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran seseorang dalam mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain
4. Interdependent merupakan kemampuan seseorang mengenal pola-pola tentang kasih sayang, cinta yang dilakukan melalui hubungan secara interpersonal pada tingkat individu maupun kelompok.

2.7.2 Objek dalam ilmu keperawatan

Menurut Roy terdapat empat objek utama dalam ilmu keperawatan, yaitu :

1) Manusia (individu yang mendapatkan asuhan keperawatan)

Roy menyatakan bahwa penerima jasa asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok, komunitas atau sosial. Masing-masing dilakukan oleh perawat sebagai sistem adaptasi yang holistic dan terbuka. Sistem terbuka tersebut berdampak terhadap perubahan yang konstan terhadap informasi, kejadian, energi antara sistem dan lingkungan. Interaksi yang konstan antara individu dan lingkungan dicirikan oleh perubahan internal dan eksternal. Dengan perubahan tersebut individu harus mempertahankan integritas dirinya, dimana setiap individu secara kontunyu beradaptasi. Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistem adaptif. Sebagai sistem adaptif, manusia dapat digambarkan secara holistik sebagai satu kesatuan yang mempunyai input, kontrol, out put dan proses umpan balik. Proses kontrol adalah mekanisme koping yang dimanifestasikan dengan cara-cara adaptasi. Lebih spesifik manusia didefinisikan sebagai sebuah sistem adaptif dengan aktivitas kognator dan regulator untuk mempertahankan adaptasi dalam empat cara-cara adaptasi yaitu: fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Dalam model adaptasi keperawatan, manusia dijelaskan sebagai suatu sistem yang hidup, terbuka dan adaptif yang dapat mengalami kekuatan dan zat dengan perubahan lingkungan. Sebagai sistem adaptif manusia dapat digambarkan dalam istilah karakteristik sistem, jadi manusia dilihat sebagai satu-kesatuan yang saling berhubungan antara unit fungsional secara keseluruhan atau beberapa unit fungsional untuk beberapa tujuan. Input pada manusia sebagai suatu sistem

adaptasi adalah dengan menerima masukan dari lingkungan luar dan lingkungan dalam diri individu itu sendiri. Input atau stimulus termasuk variabel standar yang berlawanan yang umpan baliknya dapat dibandingkan. Variabel standar ini adalah stimulus internal yang mempunyai tingkat adaptasi dan mewakili dari rentang stimulus manusia yang dapat ditoleransi dengan usaha-usaha yang biasa dilakukan. Proses kontrol manusia sebagai suatu sistem adaptasi adalah mekanisme koping. Dua mekanisme koping yang telah diidentifikasi yaitu : subsistem regulator dan subsistem kognator. Regulator dan kognator digambarkan sebagai aksi dalam hubungannya terhadap empat efektor atau cara-cara adaptasi yaitu: fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependen.

2) Keperawatan

Keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional berupa pemenuhan kebutuhan dasar dan diberikan kepada individu baik sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Roy mendefinisikan bahwa tujuan keperawatan adalah meningkatkan respon adaptasi berhubungan dengan empat mode respon adaptasi. Perubahan internal dan eksternal dan stimulus input tergantung dari kondisi koping individu. Kondisi koping seseorang atau keadaan koping seseorang merupakan tingkat adaptasi seseorang. Tingkat adaptasi seseorang akan ditentukan oleh stimulus fokal, kontekstual, dan residual. Fokal adalah suatu respon yang diberikan secara langsung terhadap ancaman/input yang masuk. Penggunaan fokal pada umumnya tergantung tingkat perubahan yang berdampak terhadap seseorang. Stimulus kontekstual adalah semua stimulus lain seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi,

diukur, dan secara subjektif disampaikan oleh individu. Stimulus residual adalah karakteristik/riwayat dari seseorang yang ada dan timbul relevan dengan situasi yang dihadapi tetapi sulit diukur secara objektif.

3) Konsep sehat

Roy mendefinisikan sehat sebagai suatu continuum dari meninggal sampai tingkatan tertinggi sehat. Dia menekankan bahwa sehat merupakan suatu keadaan dan proses dalam upaya dan menjadikan dirinya secara terintegrasi secara keseluruhan, fisik, mental dan sosial. Integritas adaptasi individu dimanifestasikan oleh kemampuan individu untuk memenuhi tujuan mempertahankan pertumbuhan dan reproduksi. Sakit adalah suatu kondisi ketidakmampuan individu untuk beradaptasi terhadap rangsangan yang berasal dari dalam dan luar individu. Kondisi sehat dan sakit sangat individual dipersepsikan oleh individu. Kemampuan seseorang dalam beradaptasi (koping) tergantung dari latar belakang individu tersebut dalam mengartikan dan mempersepsikan sehat-sakit, misalnya tingkat pendidikan, pekerjaan, usia, budaya dan lain-lain.

4). Konsep lingkungan

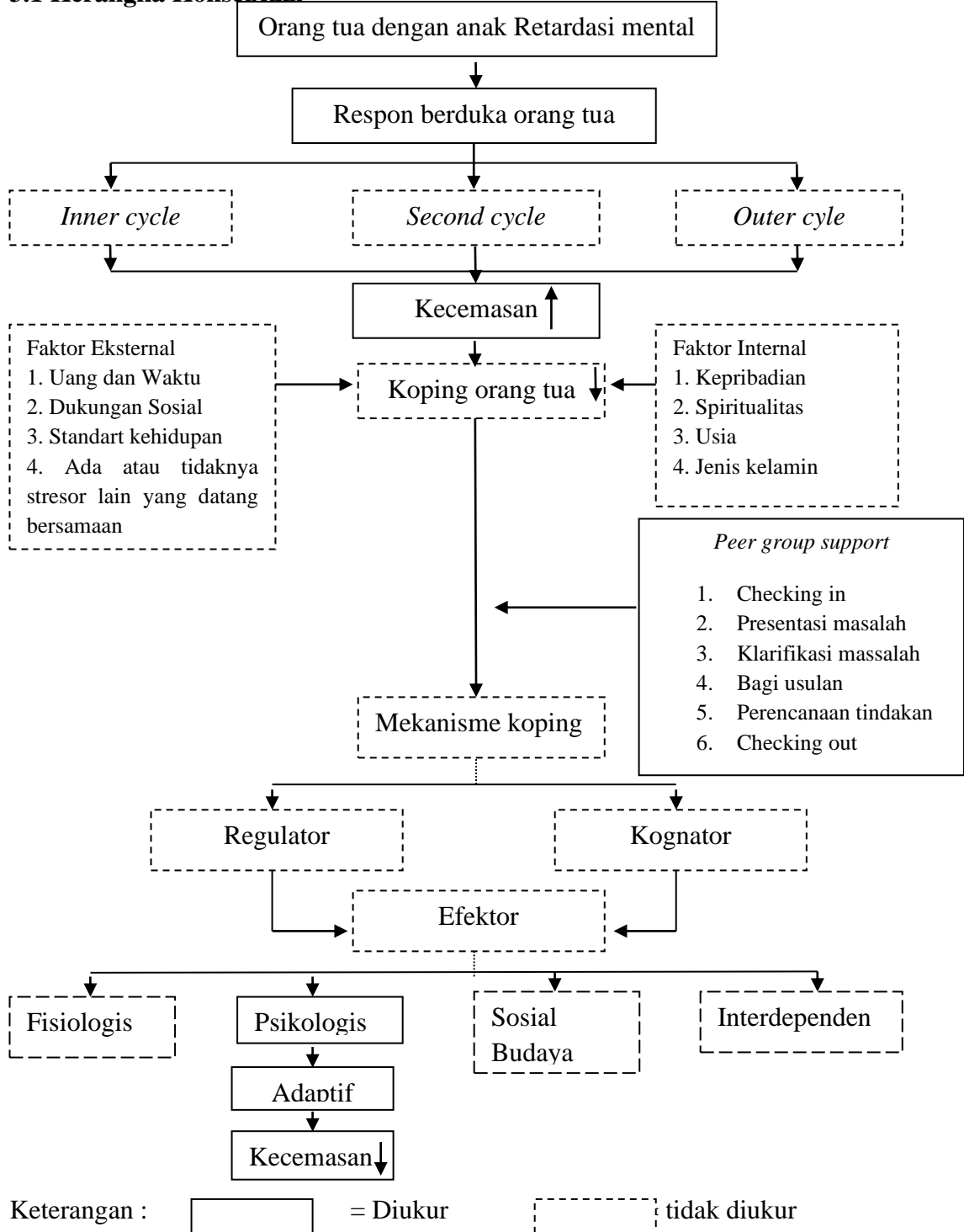
Roy mendefinisikan lingkungan sebagai semua kondisi yang berasal dari internal dan eksternal, yang mempengaruhi dan berakibat terhadap perkembangan dari perilaku seseorang dan kelompok. Lingkungan eksternal dapat berupa fisik, kimiawi, ataupun psikologis yang diterima individu dan dipersepsikan sebagai suatu ancaman. Sedangkan lingkungan internal adalah keadaan proses mental dalam tubuh individu (berupa pengalaman, kemampuan emosional, kepribadian) dan proses stressor biologis (sel maupun molekul) yang berasal dari dalam tubuh individu. Manifestasi yang tampak akan tercermin dari perilaku individu sebagai

suatu respons. Dengan pemahaman yang baik tentang lingkungan akan membantu perawat dalam meningkatkan adaptasi dalam merubah dan mengurangi resiko akibat dari lingkungan sekitar. Model adaptasi Roy memberikan petunjuk untuk perawat dalam mengembangkan proses keperawatan. Elemen dalam proses keperawatan menurut Roy meliputi pengkajian tahap pertama dan kedua, diagnosa, tujuan, intervensi, dan evaluasi, langkah-langkah tersebut sama dengan proses keperawatan secara umum.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual perubahan tingkat kecemasan orang tua yang merawat anak retardasi mental dengan menggunakan *peer group support*

Orang tua yang mempunyai anak dengan retardasi mental akan mengalami kecemasan. Kecemasan yang dihadapi oleh orang tua menunjukkan koping orang tua tidak adekuat.. Taylor (1991) menyatakan bahwa pembentukan koping orang tua tergantung pada faktor eksternal dan internal. Faktor eksternal meliputi waktu dan uang, dukungan sosial, standart kehidupan, dan ada tidaknya stresor yang datang bersamaan, sedangkan faktor internal meliputi kepribadian, kehidupan, usia dan jenis kelamin juga ikut mempengaruhi pembentukan koping.

Orang tua yang cemas membutuhkan suatu dukungan dari *peer group*. Pharos (1998) mengatakan bahwa terdapat enam kegiatan yang dilakukan dalam *peer group support*, yaitu Kegiatan checking in, peresntasi masalah, klarifikasi, bagi usulan, perencanaan usulan dan checking out. *Peer group support* tidak hanya memberikan kesempatan untuk mendapatkan teman tetapi juga bisa digunakan untuk mendapatkan seseorang yang pengertian dan bisa dihubungi ketika kita membutuhkan pertolongan. Perasaan terasing terhadap diri sendiri karena tidak mendapatkan teman untuk berbagi juga akan berkurang (Wilhelm,2004).

Menurut Roy (1991), penurunan tingkat kecemasan orang tua dapat diperoleh melalui suatu proses, yaitu input, kontrol (mekanisme koping), efektor dan output. Input berupa stressor yang bersifat fokal, kontekstual dan residual yang dapat menyebabkan orang tua merasa cemas. Mekanisme koping yang digunakan berupa kognator dan regulator. Kognator merupakan mekanisme koping yang melibatkan fungsi Psikologis, sosial, spiritual, sedangkan regulator lebih menekankan pada fungsi biologis tubuh. Efektor dari mekanisme koping dapat berupa respon fisiologis, psikologis, sosial, dan interdependen. Melalui *peer*

group support, diharapkan kecemasan orang tua yang merawat anak retardasi mental menurun.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1 : Ada perubahan tingkat kecemasan pada orang tua yang merawat anak retardasi mental dengan menggunakan *peer group support*.

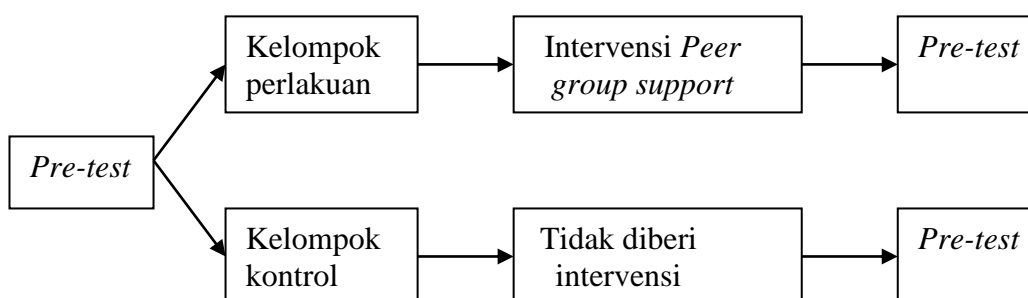
BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara untuk memperoleh kebenaran dan pengetahuan dengan menggunakan metode ilmiah (Notoatmojo, 2002). Bab ini akan menguraikan tentang desain penelitian, variabel penelitian, definisi operasional, instrumen penelitian, lokasi penelitian, prosedur pengumpulan data, kerangka operasional kerja, analisa data, etik penelitian dan keterbatasan.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan. Desain penelitian sangat erat hubungannya dengan bagaimana suatu penelitian sebagai petunjuk perencanaan pelaksanaan suatu penelitian (Nursalam, 2008). Desain penelitian ini menggunakan *Quasy eksperimental* dengan rancangan *pre-post test design*. Ciri penelitian ini adalah menggunakan hubungan sebab akibat dengan melibatkan kelompok kontrol di samping kelompok perlakuan.



Gambar 4.1 Desain penelitian perubahan tingkat kecemasan orang tua yang merawat anak retardasi mental dengan menggunakan *peer group support*

4.2 Populasi, Sampel dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian yang digunakan dalam penelitian (Notoadmodjo, 2003). Populasi dibagi menjadi dua, yaitu populasi target dan populasi terjangkau. Populasi target adalah populasi yang memenuhi sampling kriteria. Dan menjadi sasaran akhir penelitian. Populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan dapat dijangkau oleh peneliti dalam kelompoknya (Nursalam, 2008). Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah seluruh orang tua yang mempunyai anak dengan retardasi mental yang berjumlah 25 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel terdiri dari populasi terjangkau yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008). Sampel dari penelitian ini adalah keseluruhan orang tua yang merawat anak retardasi mental yang ada di SLB Dharma Wanita Kota Madiun yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang berjumlah 12 orang.

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Bersedia menjadi responden.
- 2) Orang tua (ayah/ibu) yang merawat anak yang retardasi mental.
- 3) Dapat membaca dan menulis.
- 4) Kooperatif.
- 5) Orang tua yang mengalami kecemasan tingkat sedang.

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek penelitian karena berbagai sebab. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Orang tua yang sakit.
- 2) Orang tua yang tidak hadir dalam pertemuan.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Pada penelitian ini teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling* atau *judgement sampling*, yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang diinginkan oleh peneliti (sesuai dengan tujuan atau masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008)

4.3 Variabel Penelitian

Variabel adalah ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok (orang, benda, situasi) yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok tersebut (Nursalam, 2008). Notoadmodjo (2002) menyatakan bahwa variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan peneliti tentang suatu konsep pengertian tertentu. Berdasarkan hubungan antar variabel-variabel satu dengan yang lainnya, variabel dibagi menjadi dua, yaitu: variabel independen (kelompok perlakuan) dan variabel dependen (kelompok kontrol).

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lainnya. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti untuk menciptakan dampak pada variabel dependen. Variabel independen biasanya dimanipulasi, diamati dan diukur untuk diketahui hubungan atau pengaruhnya terhadap variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel independen yang digunakan dalam penelitian ini adalah *peer group support*.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel Dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel dependen ini merupakan faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel independen (Nursalam, 2008). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perubahan tingkat kecemasan orang tua yang merawat anak yang retardasi mental

4.4 Definisi operasional

Definisi operasional pemberian makna atau arti pada masing-masing variabel berdasarkan karakteristik masing-masing variabel yang diperlukan untuk kepentingan akurasi, komunikasi dan replikasi agar memberikan pemahaman yang sama kepada setiap orang mengenai variabel yang dirumuskan dalam penelitian (Nursalam, 2008).

4.5 Instrumen Penelitian

Proses pengambilan dan pengumpulan data dalam penelitian ini diperoleh dengan melakukan wawancara serta mengisi kuesioner yang menggunakan *check list* dan melakukan observasi. Lembar kuesioner menggunakan skala *Depression Anxiety Scale 42* (DASS 42) oleh Lovibond dan Lovibond (1995) yang meliputi 42 pertanyaan. DASS 42 adalah seperangkat skala subjektif yang berisi penilaian terhadap aspek fisik dan psikis dibentuk untuk mengukur status emosional negatif dari kecemasan, depresi dan stres.

4.6 Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi penelitian adalah SLB Dharma Wanita Kota Madiun yang beralamatkan di jalan Kresno no 10 Kota Madiun. Waktu penelitian dilakukan pada tanggal 30 Mei sampai 14 Juni.

4.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Pengambilan data dilakukan setelah surat ijin dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga untuk melakukan penelitian, selanjutnya peneliti mengurus surat ijin ke Kesbanglinmas Kota Madiun dengan menyerahkan proposal penelitian. Peneliti kemudian meminta ijin kepada kepala sekolah SLB Dharma Wanita Kota Madiun.

Populasi terjangkau yang ada di SLB Dharma Wanita Kota Madiun diberikan kuesioner disertai penjelasan mengenai prosedur pengisian kuesioner tersebut. Hasil yang diperoleh dari kuesioner kemudian diolah kembali untuk mendapatkan sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi. Orang tua yang sudah menjadi kriteria inklusi kemudian diberi penjelasan mengenai *Inform consent* dan

tujuan pelaksanaan penelitian. Sampel yang diperoleh kemudian dibagi menjadi dua kelompok, kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Kelompok perlakuan diberikan *peer group support* selama dua kali dalam seminggu selama dua minggu, dengan lama pertemuan masing-masing 60 menit. Responden yang terpilih sebagai kelompok perlakuan, akan dikumpulkan bersama-sama sesuai dengan kesepakatan. Pertemuan pertama diisi dengan perkenalan antar para peserta, *checking in*, dan presentasi masalah untuk kemudian dibahas pada pertemuan berikutnya. Peneliti menyiapkan setting ruangan, fasilitator mengucapkan salam dan memperkenalkan diri kepada responden yang bertindak sebagai anggota. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dilaksanakan kegiatan *checking in* dan presentasi masalah. Peneliti menjelaskan sekilas tentang Retardasi mental dengan menggunakan media *flip chart*. Aktivitas *checking in* ini meliputi pernyataan kesetujuan responden untuk mengikuti serangkaian kegiatan *peer group support*. Peneliti mempersilahkan para anggota untuk saling berkenalan apabila ada yang belum kenal, selanjutnya peneliti mempersilahkan orang tua untuk mengungkapkan masalah yang dalam forum secara bergantian. Anggota kelompok mengungkapkan keluhan-keluhan yang dialami selama merawat anak Retardasi mental. Peneliti kemudian mencatat semua keluhan-keluhan yang diungkapkan oleh peserta. Media yang dipergunakan pada pertemuan ini adalah pena, kertas, dan *flip chart*.

Pertemuan kedua membahas tentang klarifikasi masalah yang sudah disepakati pada pertemuan sebelumnya dan berbagi usulan antar para anggota. Tahap klarifikasi masalah ini membahas masalah yang telah disampaikan pada pertemuan sebelumnya bersama-sama. Pada sesi ini anggota pernyataan terbuka

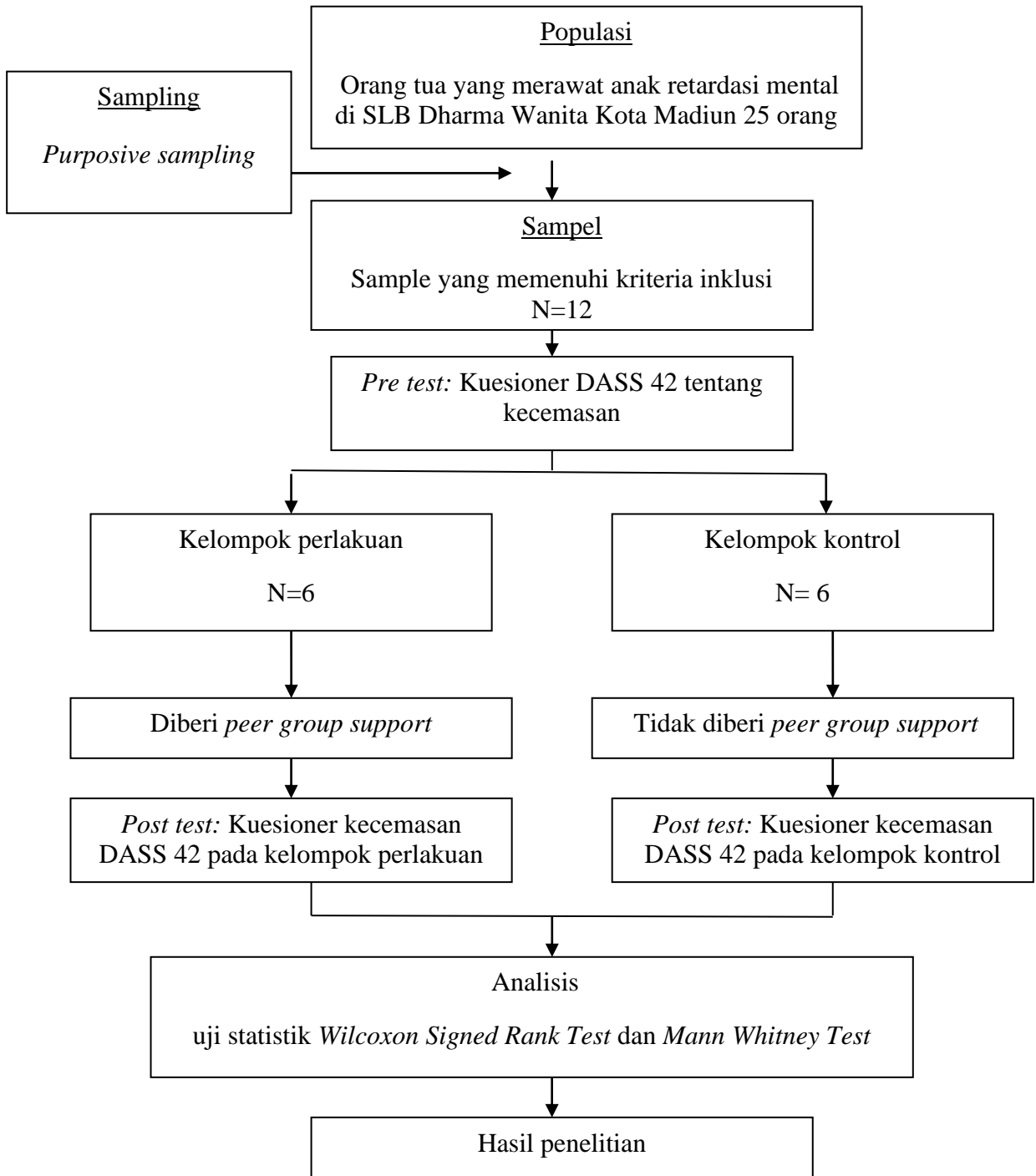
tentang apa yang dibutuhkan dan bagaimana perasaan selama merawat anak Retardasi mental. Peneliti mengarahkan anggota kelompok dengan pertanyaan terbuka seperti: apa, bagaimana, dapatkah/maukah dan mengapa untuk mengklarifikasi masalah dan keluhan yang diungkapkan. Peneliti mencatat semua pernyataan yang diungkapkan oleh peserta. Peneliti meminta semua anggota kelompok untuk memilih satu masalah untuk dijadikan prioritas dan dibahas secara mendetail. Peneliti meminta salah satu peserta untuk mempresentasikan masalah yang diprioritaskan, kemudian dibahas pada saat sesi bagi usulan. Pada sesi berbagi usulan, peserta lain yang memiliki masalah yang sama dan telah dapat menyelesaikannya dapat berbagi pengalaman dan bagaimana cara untuk mengatasinya. Pada sesi ini, setiap peserta ikut memberikan masukan yang positif dan tidak saling menyalahkan apabila ada anggota yang belum berhasil mengatasinya. Masukan ini diharapkan dapat membantu memecahkan masalah yang dihadapi oleh peserta yang lain. Peneliti menanyakan kepada peserta lain apakah ada yang memiliki alternatif lain untuk menyelesaikan masalah tersebut. Peserta memberikan alternatif penyelesaian masalah dan peneliti mencatat semua alternatif pemecahan masalah.

Pertemuan ketiga membahas tentang perencanaan tindakan atau solusi untuk menghadapi masalah yang dihadapi oleh peserta. Pada sesi ini anggota merencanakan suatu strategi tindakan yang akan dilakukan untuk membantu anggota kelompok dalam mengatasi masalah yang dihadapinya. Fasilitator dan peserta berdiskusi untuk merencanakan suatu strategi tindakan yang tepat agar anggota kelompok dapat mengatasi masalah dan keluhan-keluhan yang dialami

saat merawat anak Retardasi mental. Peneliti mencatat strategi tindakan yang sudah didiskusikan tadi.

Pertemuan keempat berisi *checking out* dan mereview kembali apa yang sudah dilakukan pada pertemuan sebelumnya. Pada sesi ini peserta melakukan peninjauan ulang atas apa yang telah dibahas dan didiskusikan selama pertemuan berlangsung. Peneliti menanyakan ulang pada peserta mengenai hal yang sudah didiskusikan pada pertemuan sebelumnya. Anggota kelompok (terutama yang mengalami masalah) mengungkapkan hasil diskusi yang telah dibahas kepada peserta yang lain dan kepada fasilitator. Peneliti menanyakan kepada seluruh peserta mengenai hal yang kurang dimengerti selama mengikuti kegiatan *peer group support*. Pada saat fase terminasi, peneliti menanyakan perasaan yang dirasakan setelah mengikuti kegiatan *peer group support*. Peneliti membacakan kesimpulan dari evaluasi atas pertemuan yang telah dilakukan. Peneliti mengucapkan terima kasih dan salam penutup. Satu hari setelah pertemuan keempat, kelompok kontrol dan perlakuan dikumpulkan menjadi satu dan diminta untuk mengisi kuesioner sebagai *post test*. Peserta dari *peer group support* pada setiap pertemuan sama, tetapi apabila ada peserta yang mengundurkan diri sebelum penelitian berakhir, maka sebelum mengundurkan diri, peserta tersebut akan diberi kuesioner untuk mengetahui apakah ada perubahan tingkat kecemasan selama proses intervensi pada peserta tersebut. Satu hari setelah dilaksanakan *post test*, kelompok kontrol diberikan pendidikan kesehatan tentang bagaimana cara melatih kemandirian anak di rumah.

4.8 Kerangka Operasional Kerja



Gambar 4.1. Kerangka Kerja Penelitian Perubahan Tingkat Kecemasan Orang Tua yang Merawat Anak Retardasi Mental dengan menggunakan metode *Peer group Support*.

4.9 Cara Analisis Data

Menurut Arikunto (2006), tahap-tahap analisis data, yaitu :

1. Persiapan

Memeriksa nama dan identitas responden, kelengkapan data dan macam isian data. Tahap persiapan dilakukan proses memilih data sedemikian rupa sehingga hanya data yang terpakai saja yang ada dalam proses analisis data. Langkah persiapan dimaksudkan untuk merapikan sehingga memudahkan peneliti untuk mengadakan pengolahan lanjutan.

2. Tabulasi

Proses tabulasi memiliki dua macam kegiatan, yaitu: memberikan skor terhadap item-item yang perlu diberi skor dan memberikan kode terhadap item-item yang tidak diberi skor.

3. Penerapan data sesuai dengan pendekatan penelitian

Pengolahan data yang diperoleh dengan menggunakan atura-aturan atau rumus-rumus yang ada sesuai dengan pendekatan penelitian atau desai yang diambil.

Data yang diperoleh dari kuesioner dihitung secara manual, kemudian dikumpulkan dan diperiksa kembali untuk mengetahui kelengkapan isi. Data yang telah diperiksa kelengkapannya kemudian dikelompokkan dan ditabulasi sesuai dengan tujuan penelitian, khususnya data umum, karakteristik responden, dan data yang berkaitan dengan variabel independen dan variabel dependen.

Uji *Wilcoxon Signed Rank Test* digunakan untuk menganalisis perbedaan hasil *pre-test* dan *post-test* pada variabel dependen, yaitu: tingkat kecemasan orang tua yang merawat anak retardasi mental sebelum dan sesudah dilakukan *peer*

group, dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$. Apabila $p < \alpha$ maka H1 diterima, yang berarti ada perbedaan tingkat kecemasan orang tua yang merawat anak retardasi mental setelah dilakukan *peer group support*. Uji *Mann-Whitney* dilakukan untuk mengetahui pengaruh tingkat kecemasan pada variabel independen dan variabel dependen, dengan nilai kemaknaan $p < 0,05$.

4.10 Etik Penelitian

Peneliti melakukan penelitian dengan memperlihatkan dan menekankan pada masalah etika yang meliputi:

1. Informed consent

Informed consent diberikan sebelum penelitian dilaksanakan kepada orang tua yang merawat anak retardasi mental yang menjadi responden. Tujuan dari Informed consent adalah agar responden mengetahui maksud dan tujuan peneliti, jika responden menolak untuk diteliti, maka peneliti menghargai hak tersebut.

2. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Responden tidak mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data tetapi peneliti cukup menuliskan kode pada lembar kuesioner

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijaga kerahasiaannya oleh peneliti. Penyajian atau pelaporan hasil risetnya hanya terbatas pada kelompok tertentu yang terkait dengan penelitian.

4.11 Keterbatasan

1. Pengumpulan data dengan kuesioner memungkinkan responden menjawab pertanyaan dengan tidak jujur atau tidak mengerti pertanyaan yang dimaksud, sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.
2. Kemampuan peneliti yang baru pertama kali melakukan penelitian, memungkinkan banyak kekurangan dalam hasil penelitian maupun penulisan penelitian.
3. Keterbatasan literatur yang dibaca oleh peneliti sehingga hasil yang dicapai kurang optimal.
4. Tidak adanya lembar observasi membuat tidak adanya kurangnya observasi yang dilakukan peneliti terhadap karakteristik responden selama intervensi dilakukan.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas hasil penelitian yang meliputi gambaran umum lokasi penelitian, data umum meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan orang tua, data anak responden meliputi berapa lama anak didiagnosis menderita retardasi mental, lama anak bersekolah di SLB Dharma Wanita Kota Madiun, urutan anak dalam keluarga dan jumlah anak yang menderita retardasi mental dalam satu keluarga. Data khusus meliputi perubahan tingkat kecemasan orang tua dalam merawat anak Retardasi mental sebelum dan sesudah diberikan *peer group support*, selanjutnya dilakukan pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di SLB Dharma Wanita Kota Madiun. SLB Dharma Wanita Kota Madiun dikelola oleh sebuah yayasan yang bernama Bhakti Dharma Wanita dan beralamatkan di jalan Kresna no 10 Kota Madiun. Jumlah guru sebanyak 20 orang, 1 orang petugas tata usaha dan 1 orang pekerja, di depan sekolah terdapat tempat bermain dan para orang tua diperbolehkan menunggu anaknya di luar kelas dan orang tua diperbolehkan masuk kelas dalam keadaan tertentu, misalnya jika anak tidak mau mengikuti pelajaran maka orang tua akan diberikan kesempatan untuk masuk kelas dengan tujuan membantu membimbing anaknya, juga merayu untuk tetap mau mengikuti pelajaran di dalam kelas.

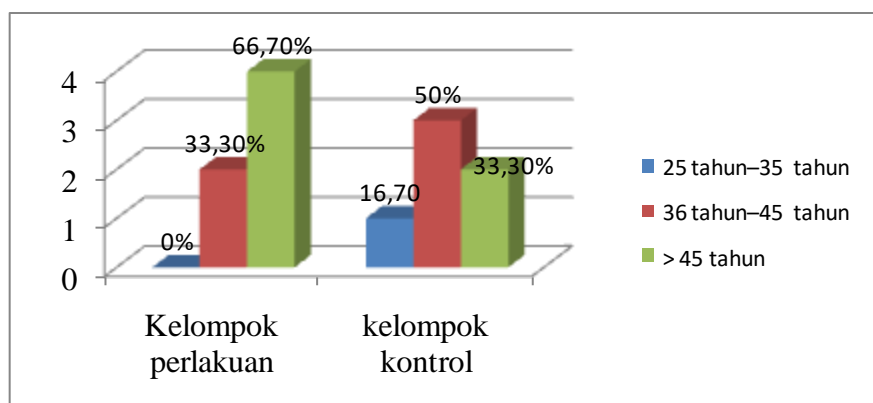
SLB Dharma Wanita Kota Madiun memiliki beberapa jenjang pendidikan yaitu TKLB dengan jumlah murid 4 anak Tunagrahita. SDLB dengan jumlah murid 40 orang, yang terdiri dari 12 murid Tunarungu dan 28 murid Tunagrahita. SMPLB dengan jumlah murid 18 orang, yang terdiri dari 8 murid Tunarungu dan 10 murid Tunagrahita dan SMALB dengan jumlah murid 18 anak, yang terdiri dari 12 murid Tunarungu dan 6 murid Tunagrahita.

Kegiatan belajar mengajar dimulai pada pukul 07.00 WIB, untuk jenjang TKLB diakhiri pada pukul 10.45 WIB, SDLB dan SMPLB pada pukul 11.45, sedangkan pada SMALB kegiatan belajar mengajar berakhir pada pukul 12.25 WIB. Kegiatan ekstrakurikuler disesuaikan dengan tingkat kemampuan anak. Seni lukis dan nyanyi dilakukan pada hari senin dan selasa setelah jam pulang sekolah, hal ini bertujuan untuk meningkatkan ketrampilan para siswanya. Setiap ketrampilan yang diajarkan disesuaikan dengan kemampuan siswa. Apabila ada siswa yang dirasa kurang bisa menangkap kegiatan ini, maka guru akan mengajarkan ketrampilan lain yang disesuaikan dengan kemampuannya. Setiap hari jum'at diadakam olahraga bersama untuk meningkatkan kesehatan dan kebugaran para siswanya. Guru dapat memberikan pelajaran tambahan kepada siswa yang dianggap lambat menerima suatu pelajaran. Pelajaran tambahan disesuaikan dengan jenis mata pelajaran yang dirasa kurang dimengerti oleh siswa.

5.1.2 Data umum

1. Data demografi orang tua

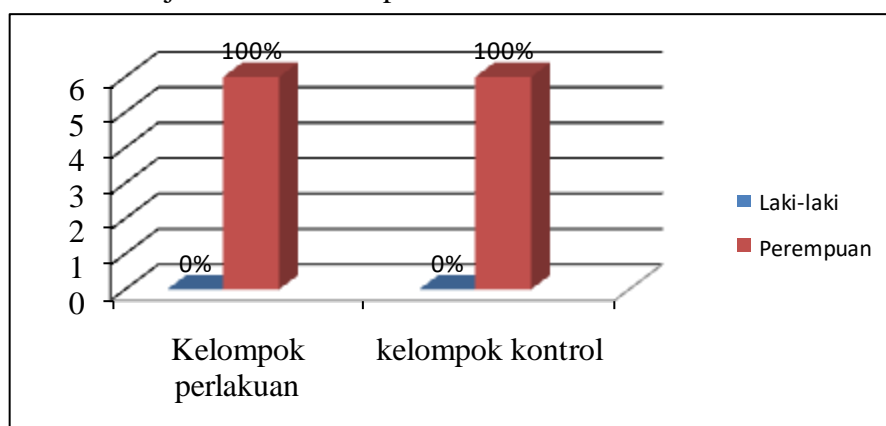
1) Berdasarkan usia responden



Gambar 5.1 Distribusi Responden berdasarkan umur di SLB Dharma Wanita Kota Madiun pada tanggal 30 Mei-14 Juni 2011

Gambar 5.1 diatas, menunjukkan bahwa mayoritas kelompok perlakuan berumur lebih dari 45 tahun, yaitu sebanyak 4 orang (66,7%), sedangkan pada kelompok kontrol, mayoritas berumur 36 tahun-45 tahun, yaitu sebanyak 3 orang (50%).

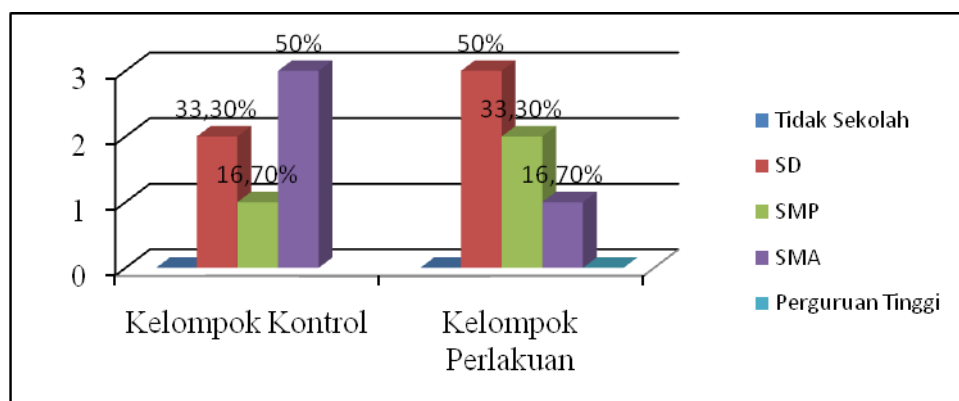
2) Berdasarkan jenis kelamin responden



Gambar 5.2 Distribusi Responden berdasarkan jenis kelamin di SLB Dharma Wanita Kota Madiun pada tanggal 30 Mei-14 Juni 2011

Gambar 5.2, menunjukkan bahwa seluruh responden yang berjumlah 12 orang (100%) adalah perempuan.

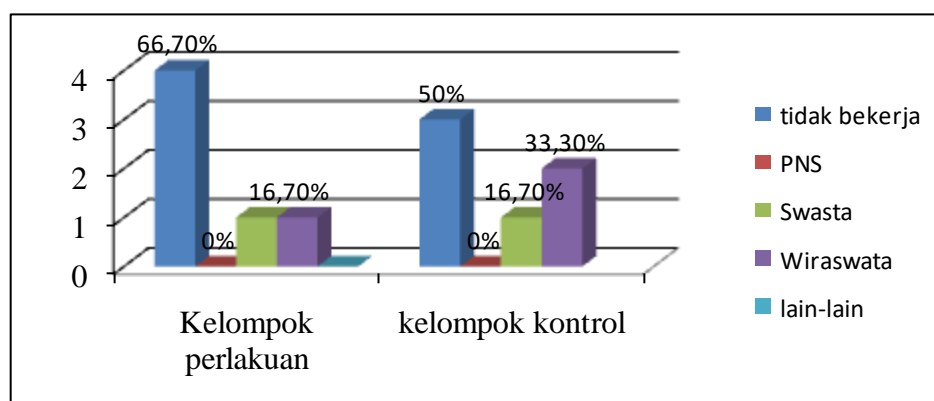
3) Berdasarkan tingkat pendidikan terakhir responden



Gambar 5.3 Distribusi Responden berdasarkan tingkat pendidikan terakhir di SLB Dharma Wanita Kota Madiun pada tanggal 30 Mei-14 Juni 2011

Gambar 5.3 diatas, menunjukkan bahwa mayoritas pendidikan responden pada kelompok perlakuan adalah SMA, yaitu sebanyak 3 orang (50 %), sedangkan mayoritas pendidikan pada kelompok kontrol adalah SD, yaitu sebanyak 3 orang (50 %).

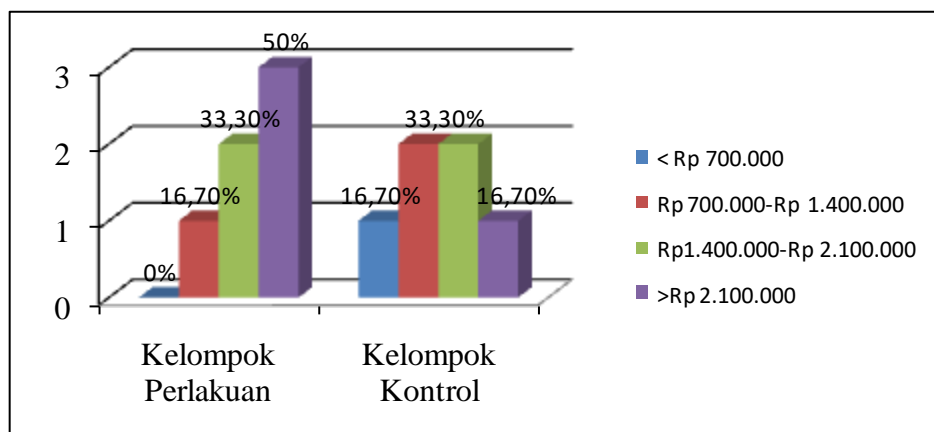
4) Berdasarkan pekerjaan responden



Gambar 5.4 Distribusi Responden berdasarkan pekerjaan di SLB Dharma Wanita Kota Madiun pada tanggal 30 Mei-14 Juni 2011

Gambar 5.4, menunjukkan bahwa mayoritas responden pada kelompok perlakuan dan kontrol tidak bekerja, yaitu sebanyak 4 orang (66,7%) pada kelompok perlakuan dan 3 orang (50%) pada kelompok kontrol.

5) Berdasarkan penghasilan orang tua tiap bulan

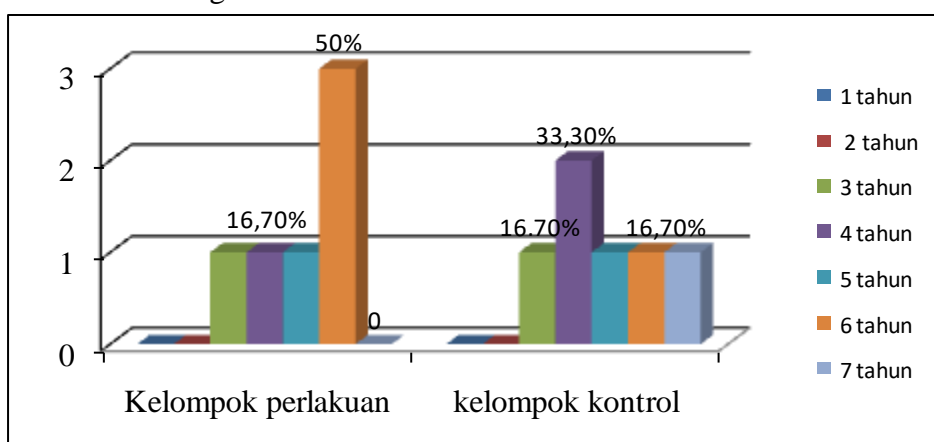


Gambar 5.5 Distribusi Responden berdasarkan penghasilan orang tua di SLB Dharma Wanita Kota Madiun pada tanggal 30 Mei-14 Juni 2011

Gambar 5.5 diatas, menunjukkan bahwa mayoritas penghasilan orang tua pada kelompok perlakuan lebih dari Rp 2.100.000 yaitu sebanyak 3 orang (50 %). Sedangkan pada kelompok kontrol, 2 orang tua (33,33 %) mempunyai penghasilan sebesar Rp 700.000-Rp 1.400.000 dan Rp 1.400.000- Rp 2.100.000.

2. Data demografi anak

1) Lama anak didiagnosa RM

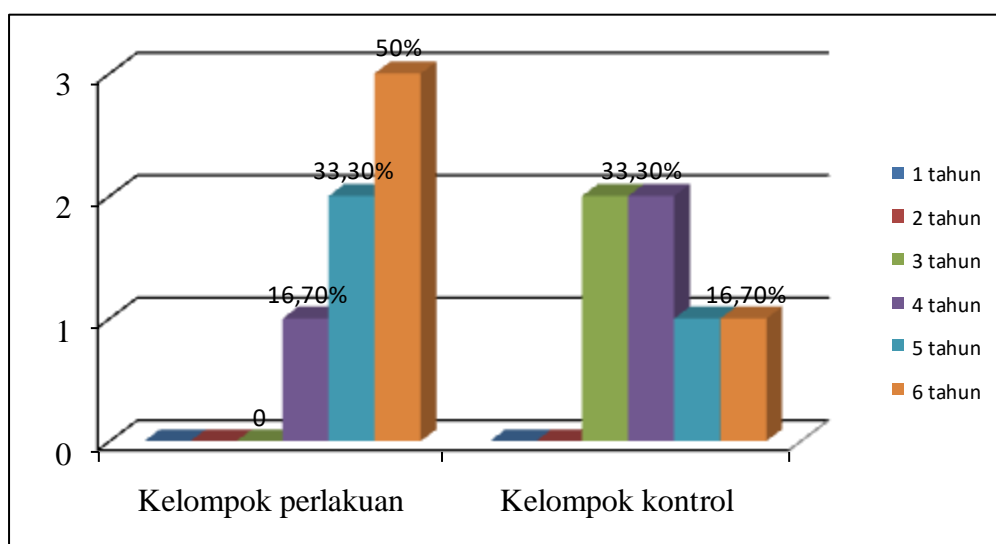


Gambar 5.6 Distribusi anak berdasarkan lama diagnosis RM di SLB Dharma wanita Kota Madiun pada tanggal 30 Mei-14 Juni 2011

Gambar 5.6 menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan, mayoritas responden mempunyai anak yang didiagnosa Retardasi mental selama 6 tahun,

yaitu sebanyak 2 responden (33,33 %). Pada kelompok kontrol, mayoritas responden mempunyai anak yang didiagnosis retardasi mental selama 4 tahun, yaitu sebanyak 2 responden (33,33%).

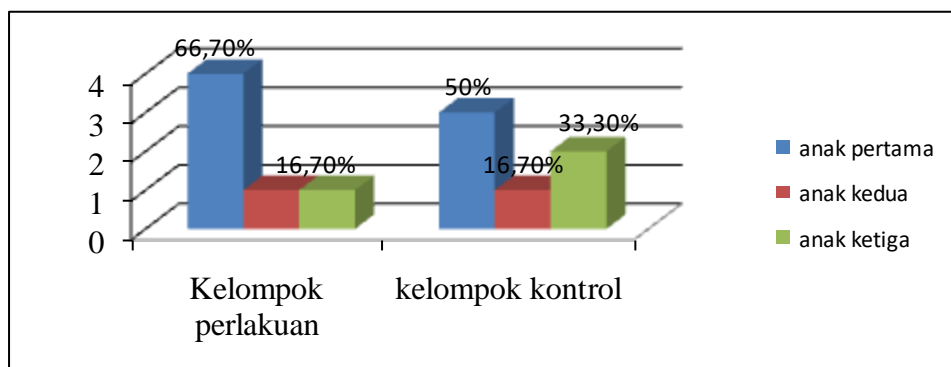
2) Lama anak bersekolah di SLB Dharma Wanita Kota Madiun



Gambar 5.7 Distribusi anak berdasarkan lama anak bersekolah di SLB Dharma wanita Kota Madiun pada tanggal 30 Mei-14 Juni 2011

Gambar 5.7 menunjukkan bahwa mayoritas responden pada kelompok perlakuan memiliki anak yang bersekolah di SLB Dharma Wanita selama 6 tahun, yaitu sebanyak 3 oarang (50%). Mayoritas responden pada kelompok kontrol memiliki anak yang bersekolah di SLB Dharma Wanita selama 3 dan 4 tahun, yaitu masing-masing sebanyak dari 2 responden 33,3%.

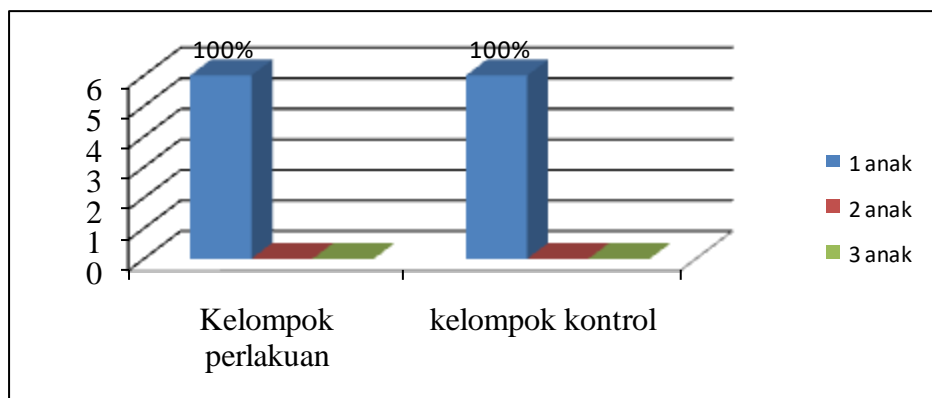
3) Urutan anak yang menderita RM dalam keluarga



Gambar 5.8 Distribusi anak berdasarkan urutan anak dalam keluarga di SLB Dharma wanita Kota Madiun pada tanggal 30 Mei-14 Juni 2011

Gambar 5.8 diatas, menunjukkan bahwa mayoritas responden pada kelompok perlakuan dan kontrol memiliki anak pertama yang menderita Retardasi mental, yaitu sebanyak 4 orang (66,7%) pada kelompok perlakuan dan 3 orang (50%) pada kelompok kontrol.

4) Jumlah anak yang menderita RM dalam keluarga

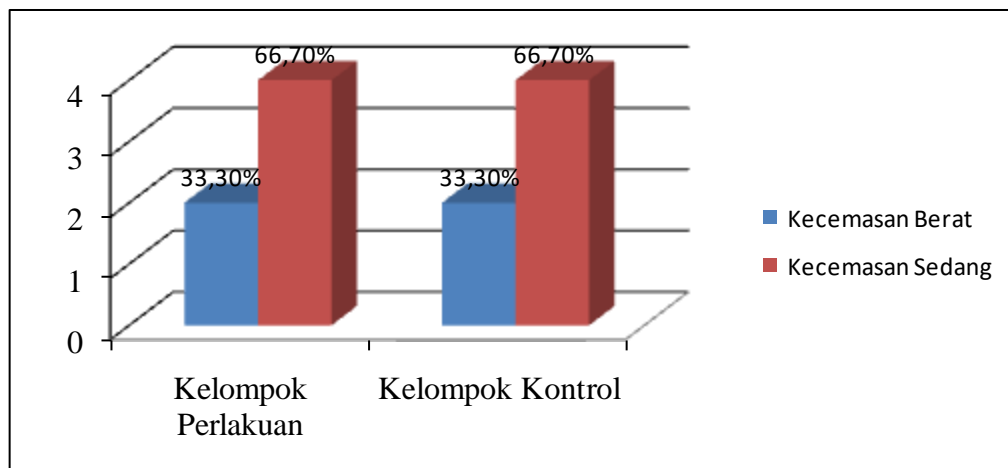


Gambar 5.9 Distribusi anak berdasarkan jumlah anak yang didiagnosis RM dalam keluarga di SLB Dharma wanita Kota Madiun pada tanggal 30 Mei-14 Juni 2011

Gambar 5.9 diatas, menunjukkan seluruh responden 12 orang (100 %), baik itu pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, hanya memiliki satu orang anak yang menderita Retardasi mental.

5.1.3 Data khusus

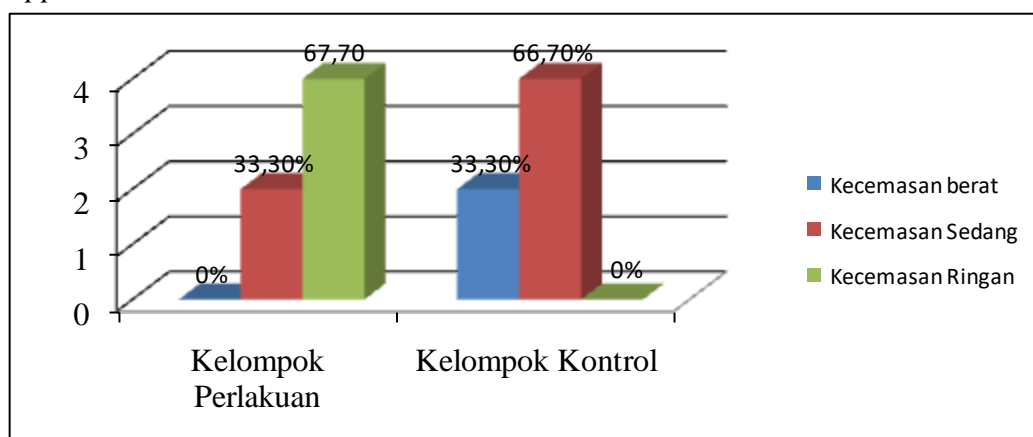
1. Identifikasi tingkat kecemasan responden sebelum dilakukan *peer group support* di SLB Dharma Wanita Kota Madiun



Gambar 5.10 Distribusi tingkat kecemasan responden sebelum dilakukan *peer group support* di SLB Dharma Wanita Kota Madiun pada tanggal 30 Mei-14 Juni 2011

Gambar 5.10 di atas menunjukkan bahwa sebelum dilakukan intervensi *peer group support*, pada kelompok kontrol dan perlakuan memiliki tingkat kecemasan sedang sebanyak 4 orang responden (33,3%) dan tingkat kecemasan berat sebanyak 2 responden (16,7%).

2. Identifikasi tingkat kecemasan responden setelah dilakukan *peer group support* di SLB Dharma Wanita Kota Madiun



Gambar 5.11 Distribusi tingkat kecemasan responden setelah dilakukan *peer group support* di SLB Dharma Wanita Kota Madiun pada tanggal 30 Mei-14 Juni 2011

Gambar 5.11 menunjukkan bahwa setelah mendapatkan *peer group suport*, tingkat kecemasan pada kelompok perlakuan menurun. sebanyak 4 orang responden (66,70%) pada kelompok perlakuan mengalami penurunan kecemasan dari tingkat sedang menjadi tingkat ringan, dan 2 orang responden (33,30%) mengalami penurunan tingkat kecemasan dari tingkat berat menjadi tingkat sedang. Responden pada kelompok kontrol tidak mengalami penurunan tingkat kecemasan. Tingkat kecemasan yang dialami oleh responden pada kelompok kontrol masih sama dengan keadaan sebelum dilakukan *peer group suport*, yaitu 4 responden (33,3%) mengalami tingkat kecemasan sedang dan 2 orang responden (16,7%) mengalami tingkat kecemasan berat.

3. Analisa pengaruh *peer group suport* terhadap perubahan tingkat kecemasan terhadap orang tua yang merawat anak Retardasi mental di SLB Dharma Wanita Kota Madiun.

Tabel 5.1 Pengaruh *peer group suport* terhadap perubahan tingkat kecemasan terhadap responden di SLB Dharma Wanita Kota Madiun pada tanggal 30 Mei sampai 14 Juni 2011

Kecemasan	Kelompok perlakuan				Kelompok Kontrol			
	<i>Pre-test</i>		<i>Post-test</i>		<i>Pre-test</i>		<i>Post-test</i>	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Ringan	0	0%	4	66,70%	0	0%	0	0%
Sedang	4	66,70%	2	33,30%	4	66,70%	4	66,70%
Berat	2	33,30%	0	0%	2	33,30%	2	33,30%
<i>Wilcoxon Sign Rank Test</i>	$\rho = 0,026$				$\rho = 0,317$			
<i>Mann-Whitney</i>	$\rho = 0,011$							

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa setelah mendapatkan intervensi *peer group support* terjadi perubahan tingkat kecemasan yang terjadi pada kelompok perlakuan. Hasil uji *Wilcoxon Sign Rank Test* pada kelompok perlakuan menunjukkan nilai signifikansi sebesar $\rho = 0,026$, ($\rho < \alpha$) yang artinya adalah terdapat perbedaan tingkat kecemasan responden setelah dilakukan intervensi *peer group support*. Hasil uji *Wilcoxon Sign Rank Test* pada kelompok kontrol menunjukkan nilai signifikansi sebesar $\rho = 0,317$, ($\rho > \alpha$) artinya adalah tidak adanya perubahan tingkat kecemasan pada kelompok kontrol. Hasil uji *Mann-Whitney* menunjukkan nilai signifikansi (ρ) = 0,011, ($\rho < \alpha$) yang berarti bahwa H_1 diterima, yaitu adanya pengaruh *peer group support* terhadap tingkat kecemasan pada orang tua yang merawat anak retardasi mental di SLB Dharma Wanita di Kota Madiun.

5.2 Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan tingkat kecemasan pada kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dilakukan intervensi adalah 4 orang responden mengalami kecemasan tingkat sedang dan 2 orang responden lainnya mengalami kecemasan tingkat berat.

Penelitian Heiman (2007) menyatakan bahwa anak dengan Retardasi mental mempunyai efek terhadap keluarganya, salah satunya adalah cemas. Orang tua yang mempunyai anak dengan *Retardasi Mental* menghadapi kesulitan untuk menyeimbangkan perannya terhadap terapi yang harus dilakukan kepada anaknya, tambahan pekerjaan secara fisik karena tingkat ketergantungan anak begitu besar kepada orang tua, dan mereka harus menerima bahwa mereka mempunyai anak yang diluar harapan mereka (Lardieri, Blacher, and Swanson, 2000).

Sumber kecemasan terbesar yang dialami orang tua adalah kondisi anaknya. Anak adalah sumber harapan orang tua, orang tua akan merasa senang dan bahagia apabila anak yang dilahirkan memiliki kondisi fisik dan psikis yang sempurna. Sebaliknya, orang tua akan merasa sedih apabila anak yang dimiliki tidak sesuai dengan harapan mereka. Pada gambar 5.8, diketahui bahwa mayoritas responden pada kelompok kontrol dan perlakuan memiliki anak pertama yang menderita Retardasi Mental. Saat orang tua memiliki anak untuk pertama kalinya, tentu mereka akan menaruh harapan yang sangat besar terhadap anaknya tersebut. Pengalaman pertama dalam merawat anak seharusnya menjadikan hal yang menyenangkan apabila anak yang dilahirkan normal, hal ini akan berbeda apabila anak yang dilahirkan mempunyai kekurangan, hal ini dapat menyebabkan orang tua mengalami kecemasan.

Kecemasan yang dihadapi oleh responden disebabkan oleh ketidakpastian terhadap masa depan anaknya, tidak tahu bagaimana cara merawat anak karena tingkat ketergantungan anak yang tinggi terhadap orang tua, biaya yang dikeluarkan untuk merawat anak dengan retardasi mental, Keadaan ekonomi yang kurang baik karena salah satu orang tua harus rela melepaskan pekerjaannya untuk merawat anak mereka, juga membuat tingkat kecemasan orang tua meningkat.

Orang tua dengan anak Retardasi Mental yang lebih parah menunjukkan kecemasan dan tingkat stres yang tinggi (Johnson, 2000). Orang tua tersebut menjadi lebih depresi dan frustrasi mengenai perkembangan anaknya yang lambat, meskipun mereka sudah memberikan latihan kepada anak mereka. Kebanyakan orang tua juga merasa cemas mengenai masa depan anaknya ketika orang tua sudah tidak mampu merawat anak tersebut (Leung, 2003).

Responden pada penelitian ini ada yang mengalami tingkat kecemasan berat. Hal ini disebabkan oleh mayoritas tingkat pendidikan responden hanya sampai Sekolah Dasar. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan individu. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi kemampuan seseorang dalam merawat anak Retardasi Mental yang memerlukan tingkat ketrampilan yang tinggi, karena tingkat ketergantungan mereka yang lebih besar apabila dibandingkan dengan anak normal. Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan untuk menghasilkan alternatif tindakan, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai, dan pada akhirnya melaksanakan rencana dengan melakukan suatu tindakan yang tepat dalam menghadapi permasalahan yang dialami selama merawat anak dengan Retardasi mental (Somantri, 2007).

Pendidikan yang tinggi memungkinkan seseorang untuk lebih mudah menggunakan pengetahuannya untuk menangani masalah yang dihadapi dalam merawat anak Retardasi Mental. Orang tua yang mempunyai pendidikan yang tinggi memungkinkan untuk lebih terbuka mengenai perasaan yang dialami dan lebih bisa mengekspresikan ketidakmampuannya dalam menghadapi masalah untuk kemudian mencari bantuan kepada orang yang dirasa tepat untuk menangani masalah yang dihadapi (Azar dan Badr, 2010).

Hasil penelitian menunjukkan tingkat kecemasan pada kelompok perlakuan menurun setelah dilakukan intervensi adalah 4 orang responden mengalami kecemasan tingkat ringan dan 2 orang responden lainnya mengalami kecemasan tingkat sedang. Kelompok kontrol terdapat 4 orang responden mengalami

kecemasan tingkat sedang dan 2 orang responden lainnya mengalami kecemasan tingkat berat. Responden pada kelompok perlakuan ada yang mengalami penurunan nilai kecemasan tertinggi, yaitu sebesar 6 poin, yang membuat tingkat kecemasannya menurun menjadi sedang. Hal ini disebabkan oleh responden tersebut sudah menyekolahkan anaknya selama 6 tahun di SLB Dharma Wanita Kota Madiun. Selama menjalani proses pembelajaran di SLB, anak akan mendapatkan berbagai macam pengetahuan dan ketrampilan yang dapat memaksimalkan potensi yang dimiliki oleh anak tersebut.

Anak dengan Retardasi mental membutuhkan pengajaran tentang kemandirian, sehingga anak tersebut tidak terlalu mengandalkan orang lain dalam memenuhi kebutuhannya sendiri. Aspek kemandirian yang perlu diajarkan dalam SLB meliputi emosi, aspek ini ditunjukkan dengan kemampuan mengontrol emosi dan tidak tergantungnya kebutuhan emosi dari orang tua. Selain itu juga aspek ekonomi, aspek ini ditunjukkan dengan kemampuan mengatur ekonomi dan tidak tergantungnya kebutuhan ekonomi pada orang tua. Juga aspek intelektual yang ditunjukkan dengan kemampuan untuk mengatasi berbagai masalah yang dihadapi, dan yang terakhir adalah aspek sosial, aspek ini ditunjukkan dengan kemampuan untuk mengadakan interaksi dengan orang lain dan tidak tergantung atau menunggu aksi dari orang lain (Zainun, 2002).

Anak dan remaja yang mengalami Retardasi Mental tetap memiliki kemampuan lain yang masih dapat dikembangkan dan dioptimalkan untuk membantunya beraktivitas seperti orang normal, dan memberikan peran tertentu di masyarakat meskipun terbatas. Individu yang mengalami keterbelakangan mental masih dapat mempelajari berbagai ketrampilan hidup apabila orang-orang

di sekitarnya memberikan kesempatan dan dukungan yang dibutuhkan. Hal ini sejalan dengan pernyataan Ismed Yusuf (2005, dalam Hendriyani, 2006) bahwa masih ada bagian intelektual anak dengan keterbelakangan mental yang dapat dikembangkan dengan suatu tindakan atau penanganan khusus. Penanganan khusus yang dimaksud ditujukan untuk mengembangkan kemampuan intelektualnya agar dapat mencapai kemampuan adaptasi yang juga optimal.

Orang tua diwajibkan untuk mendidik dengan penuh kesabaran, meminimalkan pengajaran akademik dan memperbanyak praktik, mengerjakan satu hal yang sama berulang-ulang (Damayanti, 2009). Idealnya pendidikan untuk anak yang menderita retardasi mental adalah mempergunakan sebaik-baiknya kapasitas yang ada, memperbaiki sifat-sifat yang salah dan mengerjakan suatu keahlian agar anak dapat mencari nafah kelak. Keahlian dapat diajarkan kepada anak Retardasi Mental dengan memberikan latihan dalam berbagai macam bidang ketrampilan seperti menjahit, menyulam, memasak dan membuat kue untuk anak wanita. Latihan pertukangan, perbengkelan dan perkebunan untuk anak laki-laki. Proses pembelajaran yang lama membuat anak sudah banyak mengalami kemajuan terhadap tingkat kemandiriannya dan keahliannya, sehingga dapat mengurangi beban orang tua dalam merawat anaknya.

Responden pada kelompok kontrol ada yang mengalami penurunan skor kecemasan sebanyak 3 poin. Hal ini bisa disebabkan karena pada responden tersebut mempunyai penghasilan sebesar Rp 1.400.000-Rp 2.100.000. Leung (2003) menyatakan bahwa orang tua yang mempunyai anak dengan Retardasi Mental mempunyai beban finansial yang lebih besar dari pada orang tua yang mempunyai anak normal. Orang tua yang mempunyai anak Retardasi Mental

harus membayar biaya untuk perawatan kesehatan anaknya, orang tua juga harus menempatkan kebutuhan anaknya di atas kebutuhannya sendiri (Yau and Yuen, 2001). Orang tua yang mempunyai penghasilan yang tinggi membuat orang tua mampu memenuhi kebutuhan tambahan yang diperlukan untuk meningkatkan kemampuan anaknya.

Penurunan kecemasan yang terjadi pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa kelompok perlakuan mendapatkan dukungan sosial yang diperoleh dari *peer group support*. Orang tua yang bergabung dalam *peer group support* memiliki kesempatan untuk mencurahkan segala perasaannya selama merawat anak retardasi mental kepada sesama anggotanya. Kesamaan masalah membuat orang tua lebih terbuka dalam menceritakan masalahnya kepada anggota yang lain, karena para orang tua merasa mendapatkan dukungan sosial yang positif terhadap sesama anggotanya.

Hubungan sosial yang positif membuat penyesuaian yang positif terhadap masalah yang sedang dialami oleh anggota dan sebagai penyeimbang terhadap adanya stresor yang dari dalam maupun dari luar individu, serta dapat digunakan untuk menghadapi tantangan hidup dengan menyediakan dukungan emosional (harga diri, kasih sayang dan menenangkan hati), sebagai dukungan instrumental (berupa material dan layanan) dan sebagai dukungan informasi (nasehat, aturan, dan timbal balik) (Phyllis, 2004). Pada kelompok kontrol tidak terjadi perubahan tingkat kecemasan dikarenakan pada kelompok tersebut, tidak terdapat dukungan sosial yang adekuat. SLB Dharma Wanita Kota Madiun tidak mempunyai perkumpulan wali murid yang resmi. Orang tua biasanya hanya berkumpul sambil menunggu anaknya selesai sekolah, oleh karena itu orang tua tidak mendapatkan

tambahan pengetahuan atau dukungan secara emosional yang cukup, sehingga dukungan secara psikologis bagi para anggotanya sangatlah kurang. Orang tua dengan anak yang mengalami retardasi mental membutuhkan dukungan yang besar, tidak hanya dari keluarga tetapi dukungan dari *peer group*.

Menurut data demografi pada gambar 5.2 , diperoleh data bahwa seluruh responden pada kelompok perlakuan dan kontrol adalah perempuan. Ayah dan ibu kesedihan mungkin nyata berbeda, Ayah mungkin merasa sulit untuk berbicara tentang perasaan mereka dan mungkin memerlukan strategi praktis di mana mereka merasa perasaannya dapat di kontrol, sedangkan ibu mungkin bisa lebih mudah berbicara tentang perasaan mereka. Ibu merupakan orang yang paling dekat dengan anak, berdasarkan data yang diperoleh, seluruh responden hanya memiliki satu anak yang menderita retardasi mental, hal ini dapat mempermudah ibu dalam membagi waktunya dalam merawat anaknya

Ada dua strategi koping yang dapat digunakan oleh orang tua dengan anak *Retardasi Mental*, yaitu: Mekanisme koping berfokus pada masalah dan mekanisme koping berfokus pada emosi. Mekanisme koping berfokus pada membantu individu untuk mengatasi masalah-masalah mereka melalui perubahan kognitif atau motivasi, seperti belajar keterampilan baru. Mekanisme koping berfokus pada emosi diarahkan memodifikasi respon emosional sendiri seseorang untuk menghadapi masalah dan mencakup strategi seperti mencari dukungan emosional, merebut nilai dari situasi negatif, gangguan, dan minimisasi (Lazarus and Folkman, (1984), dalam Soemantri, 2007).

Data demografi pada gambar 5.1 menunjukkan bahwa mayoritas usia orang tua pada kelompok perlakuan adalah 36 tahun-45 tahun. Pada usia dewasa

tua, pengalaman hidup dapat memberinya ketrampilan dalam menghadapi masalah yang menimpanya. Penurunan kecemasan yang terjadi pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa responden lebih banyak menggunakan strategi *problem focused coping* dengan menghadapi masalah secara terbuka, yaitu mencari solusi terbaik dalam merawat anak dengan retardasi mental, hal ini senada dengan pernyataan dari Santrock (2003), seiring berjalannya waktu, remaja cenderung lebih menggunakan strategi koping yang berfokus pada emosi daripada strategi koping yang berfokus pada masalah. Orang yang lebih tua menilai masalah yang dihadapi lebih sukar diubah dari pada masalah yang dihadapi oleh orang setengah baya. Orang setengah baya lebih sering menghadapi stres yang berkaitan dengan pekerjaan, keuangan, keluarga, dan teman. Oleh sebab itulah strategi *problem focused coping* lebih efektif untuk menangani stres yang dialami oleh orang yang lebih tua.

Hasil uji *Mann-Whitney* menunjukkan nilai signifikansi (ρ) = 0,011, ($p < \alpha$) yang berarti bahwa H1 diterima, yaitu adanya pengaruh *peer group support* terhadap tingkat kecemasan pada orang tua yang merawat anak retardasi mental di SLB Dharma Wanita di Kota Madiun.

Menurut Roy (1991), penurunan tingkat kecemasan orang tua dapat diperoleh melalui suatu proses, yaitu input, kontrol (mekanisme koping), efektor dan output. Input berupa stressor yang bersifat fokal, kontekstual dan residual yang dapat menyebabkan orang tua merasa cemas. Mekanisme koping yang digunakan berupa kognator dan regulator. Kognator merupakan mekanisme koping yang melibatkan fungsi Psikologis, sosial, spiritual, sedangkan regulator

lebih menekankan pada fungsi biologis tubuh. Efektor dari mekanisme koping dapat berupa respon fisiologis, psikologis, sosial, dan interdependen.

Keberhasilan *peer group support* dikarenakan adanya hubungan timbal balik dengan saling berbagi pengalaman hidup (Hesler, 2007). Masalah yang diceritakan mampu meringankan beban pikiran. Kelegaan yang luar biasa akan dirasakan ketika seseorang menceritakan perasaannya pada orang lain yang mempunyai pengalaman dan pemahaman yang sama dengan dirinya. Seseorang yang mampu melihat situasi dengan cara pandang yang sama dengan diri sendiri terkadang dibutuhkan apabila peran keluarga dirasakan belum cukup. Setiap anggota saling menceritakan masalah dan memberikan solusi. *Peer group support* tidak hanya memberikan kesempatan untuk mendapatkan teman tetapi juga bisa digunakan untuk mendapatkan seseorang yang pengertian dan bisa dihubungi ketika kita membutuhkan pertolongan. Perasaan terasing terhadap diri sendiri karena tidak mendapatkan teman untuk berbagi juga akan berkurang.

Pada *Peer group support* tahap *checking in* dan presentasi masalah, anggota mulai memperoleh dukungan sosial dan rasa kebersamaan yang terjalin dalam tahap awal *Peer group support* karena setiap anggota mulai terbuka dalam mengungkapkan masalah yang dialami selama merawat anak dengan Retardasi Mental dengan bebas tanpa harus merasa malu. Metode *peer group support* dapat meningkatkan kepercayaan diri para anggotanya dan meningkatkan hubungan emosional para anggotanya karena mempunyai kesamaan nasib (Ussher, 2005).

Tahap klarifikasi masalah, berbagi usulan dan perencanaan tindakan dapat membuat pengetahuan orang tua bertambah dan dapat meningkatkan kompetensi orang tua dalam merawat anak dengan Retardasi Mental. Menurut Setzer (2002),

keuntungan yang didapat dari *Peer group support* adalah peningkatan kompetensi individu sebagai hasil dari proses belajar pada pengalaman orang lain, meningkatkan rasa kebersamaan dalam proses memberi dan menerima antar sesama anggota kelompok, individu yang bergabung dalam *peer group support* mendapatkan transfer pengalaman hidup, individu akan mendapatkan tambahan pengetahuan untuk mengatasi masalahnya, dan mendapat penerimaan sosial antar para anggota. *Peer group support* tidak hanya memberikan kesempatan untuk mendapatkan teman tetapi juga bisa digunakan untuk mendapatkan seseorang yang pengertian dan bisa dihubungi ketika kita membutuhkan pertolongan. Perasaan terasing terhadap diri sendiri karena tidak mendapatkan teman untuk berbagi juga akan berkurang (Wilhelm, 2004).

Tahap *checking out*, dapat membantu orang tua untuk mengingat kembali setiap proses yang ada dalam *peer group support*, sehingga penerapan berbagai macam strategi bisa lebih efektif. Orang tua perlu bergabung dalam *peer group support* untuk berbagi beban atau masalah selama merawat anak dengan retardasi mental, selain itu dengan bergabung dalam kegiatan tersebut, orang tua akan belajar bagaimana menerapkan strategi dan teknik yang terbaik mengenai pemecahan masalah yang sering para orang tua hadapi dalam merawat anak retardasi mental sesuai dengan tujuan dalam keluarga mereka. Orang tua harus ingat bahwa mereka tidak perlu takut mengenai kecacatan anak. Orang tua seharusnya menyadari kewajiban mereka untuk menolong anak mereka untuk bersosialisasi dengan dunia luar dan memberikan anak mereka pengetahuan tentang bagaimana aturan dalam bersosialisasi dengan orang lain.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang perubahan tingkat kecemasan terhadap orang tua yang merawat anak retardasi mental di SLB Dharma Wanita Kota Madiun.

6.1 Kesimpulan

1. Tingkat kecemasan orang tua yang merawat anak Retardasi mental sebelum dilakukan intervensi *peer group support* pada kelompok perlakuan dan kontrol mengalami kecemasan sedang dan mengalami tingkat berat, hal ini dikarenakan kurangnya dukungan sosial pada orang tua.
2. Tingkat kecemasan orang tua yang merawat anak Retardasi mental setelah dilakukan intervensi *peer group support* menurun. Responden pada kelompok perlakuan mengalami penurunan kecemasan dari kecemasan tingkat sedang menjadi kecemasan tingkat ringan, sedangkan responden yang mengalami kecemasan tingkat berat, menurun menjadi kecemasan tingkat sedang, karena adanya dukungan *peer group support* diantara para anggotanya. Tingkat kecemasan responden pada kelompok kontrol masih dalam tingkat kecemasan sedang dan mengalami tingkat kecemasan berat.
3. *Peer group support* dapat menurunkan tingkat kecemasan orang tua yang merawat anak Retardasi Mental karena didalamnya terdapat dukungan sosial yang dapat membantu orang tua untuk saling berbagi penyelesaian permasalahan yang dihadapi selama merawat anaknya.

6.2 Saran

1. Bagi pihak sekolah, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa orang tua yang merawat anak Retardasi Mental memerlukan informasi yang lebih mengenai bagaimana cara merawat anaknya selain dari keluarga, sehingga akan lebih baik apabila pihak sekolah mengadakan pertemuan secara teratur kepada para orang tua tersebut untuk saling berbagi informasi dan bertukar pikiran.
2. Bagi orang tua yang memiliki anak Retardasi Mental, sebaiknya terus menambah pengetahuan mengenai bagaimana cara merawat anak yang mengalami Retardasi mental, sehingga ketrampilan dalam merawat anaknya dapat meningkat. Meningkatnya ketrampilan orang tua diharapkan dapat mengurangi permasalahan yang dihadapi orang tua selama merawat anak Retardasi Mental.
3. Bagi peneliti selanjutnya, sebaiknya metode *peer group support* dengan memberikan leaflet tentang Retardasi Mental dapat membantu para orang tua untuk lebih memahami tentang retardasi Mental.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsini. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Praktek Pendekatan*. Jakarta: Rineka Cipta, hlm 234.
- Azar, Mathilde and Lina, Kurdahi Badr. 2010. Predictor of coping in parents of children with an inteectual disability; comparison between Lebanese mother and father. *Journal of pediatric nursing vol 25, hlm 46-56*.
- Blaska, J.K. 1998. *Cyclical Grieving:ReoccurringEmotions Experience by Parents Who Have Children with Disability*. Diakses dari www.proquest.com Diakses tanggal 15 April 2011 pukul 11.00 WIB.
- Cantwell, Annie. 2009. *The parents of children who have a disability live*. Diakses dari http://www.psychology.org.au/inpsych/assist_disability/. Diakses tanggal 15 April 2011 pukul 10.00 WIB.
- Chawla Bindu. 2009. *Psychosocial Difficulties of Parents with Young Children with Severe Disabilities*. Diakses dari <http://www.parenting-journals.com/84/prominent-psychosocial-difficulties-that-parents-of-young-children-with-severe-disabilities-may-cope-with-during-their-child's-early-years/>. Diakses tanggal 20 April 2011 jam 10.00 WIB.
- Damayanti. 2009. *Retardasi Mental*.Diakses dari <http://naya.web.id>. Diakses tanggal 16 April 2010 pukul 11.00 WIB.
- Davison, K. P., Pennebaker, J. W., and Dickerson, S. S. 2000. *Who talks? The social psychology of illness support groups*. *American Psychologist journal* 55(2), hlm 205–217.
- Fitryasari, Rizki. 2009. *Pengalaman Keluarga dalam Merawat anak dengan Autisme*. Thesis (tidak dipublikasikan). Depok: Universitas Indonesia, hlm 90.
- Hendriani, Wiwin, Ratih Handariyati, Tirta Malia Sakti. 2006. *Penerimaan Keluarga Terhadap Individu yang Mengalami Keterbelakangan Mental*. Diambil dari <http://journal.unair.ac.id>. Diakses tanggal 13 April 2011 pukul 10.00 WIB.
- Jane, Ussher, Laura Kirsten, Phyllis Buto, Mirjana Sandoval. 2005. What do cancer support groups provide which other supportive relationships? *Social Science and Medicine journal* 62 (2006), hlm 2565–2576.
- Johnson, B.S. 2000. Mothers' perceptions of parenting children with disabilities. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing* vol 25, hlm 127–132.
- Kanu. 2007. *Mental Retardation*. <http://www.minddisorders.com/Kau-Nu/Mental-retardation.html>. Diakses tanggal 21 April 2011 pukul 12.00 WIB.

- Keliat, B. A. 1999. *Penatalaksanaan Stress*. Jakarta: EGC, hlm 50.
- Lardieri, L. A., Blacher, J., and Swanson, H. L. 2000. Sibling relationships and parent stress in families of children with and without learning disabilities. *Learning Disabilities Journal*, vol 23 hlm 105–116
- Leung , Cecilia Yuen Shan and Cecilia Wai Ping Li-Tsang. 2003. quality of life of parents who have children with disabilities, *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, vol 13, hlm 19-24.
- Lindblad, B. M., Rasmussen, B., and Sandman, P. O. (in press). 2003. Being invigorated in parenthood –Parents’ lived experiences of being supported by professionals when having a disabled child, *Journal of Pediatric Nursing*, vol 13, hlm 13.
- Lindblad, Britt-Marie, Birgit H. Rasmussen, Per-Olov Sandman. 2005. Being in Tune with Oneself, Children, and Parents: Meanings of Being a Supporter to Families with Children who have Disabilities as Narrated by Parent-Selected Professionals. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 20, No 3.
- Li-Tsang, W.P.C., Yau, M.K.S. and Yuen, H.K. 2001. Success in parenting children with developmental disabilities: some characteristics, attitudes and adaptive coping skills. *British Journal of Developmental Disabilities journal*, vol 47, hlm 61–71.
- Lovibond, S. H and Lovibond, P. F. 1995. *Manual For The Depression Anxiety and Stress Scale (second Edition)*. Psychology Foundation. Diakses tanggal 20 April 2011 pukul 10.00 WIB.
- Maramis, WF. 2004. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya. Airlangga University Press hlm 27.
- Maslim, Rusdi. 2002. *Diagnosis Gangguan Jiwa PPDGJ-III*. Jakarta: departemen kesehatan RI hlm 76.
- NAPCSE. 2007. *Exceptional Children and Disability Information*. Diakses dari <http://www.napcse.org/exceptionalchildren/mentalretardation.php>. diakses tanggal tanggal 21 April 2011 pukul 11.30 WIB.
- Notoatmodjo. 1995. *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta hlm 34.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hlm 45.
- Paster, Angela, David, Brandwein, and Joanne Walsh. 2009. A comparison of coping strategies used by parents of children with disabilities and parents of children without disabilities. *Research in Developmental Disabilities journal*, 30 hlm 1337–1342.

- Pharos, E. V. 1998. *Peer Support Group*. Diakses dari <http://www.dadalos.org>. Diakses tanggal 11 April 2011 pukul 10.00 WIB.
- Randall, M.C. 2003. Support Group: what they are and what they do. Diakses dari <http://www.genetichhealth.com>. Diakses tanggal 12 April 2011 pukul 10.00 WIB.
- Rasmun. 2004. Stres, Koping dan Adaptasi. Jakarta. Sagung Seto hlm 35.
- Rynor, A.A. 2003. *Living the new spirituality. Humannity's Team*. Diakses dari <http://www.humanitysteam.com>. Diakses tanggal 16 April 2011 pukul 11.30 WIB.
- Salzer, M., and Shear, S. L. 2002. Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, hlm 281–288.
- Sebastian, Simon MD. 2009. *Pediatric Mental Retardation*. Diakses dari <http://emedicine.medscape.com>. Diakses tanggal 11 April 2011 pukul 12.00 WIB.
- Soetjiningsih, 1994 *Tumbuh Kembang Anak*, Bagian Kesehatan Anak FK Udayana, Jakarta:EGC, hlm 45-56.
- Somantri, Sutjihati. 2007. *Psikologi Anak Luar Biasa*. Bandung:Refika Aditama hlm 46-48.
- Tedeschi, RG, and Calhoun, LG 2004. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry journal*, no 15 vol 1, hlm 1-18.
- Ussher, Jane, Laura Kirsten, Phyllis Butow and Mirjana Sandoval. 2006. What do cancer support groups provide which other supportive Relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Journal of Social Science and Medicine*, vol 62 hlm 2565–2576.
- Walgito Bimo, 2003. Psikologi suatu pengantar .yogjakarta: Andi. Hlm 79-82.
- Wed. 2008. *Retardasi Mental*. diakses dari <http://www.Republik.com>. Diakses tanggal 12 april 2011 pukul 10.00 WIB.
- WHO. 2007. *Peer Support/Consumer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients*. Diakses dari <http://www.WHO.org> tanggal 12 April 2011 pukul 20.00 WIB.
- Wilhelm, M.C. 2003. Self Help Book. Diakses dari <http://www.healthsystem.virginia.edu>. Diakses tanggal 16 April 2011 pukul 11.30 WIB.

Lampiran 5

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Devina Nawangsih

NIM : 010710341 B

Adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul: **“Perubahan Tingkat Kecemasan Orang Tua yang Merawat Anak Retardasi Mental dengan Menggunakan *Peer Group Support* di SLB Dharma Wanita Kota Madiun”**.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui apakah ada perubahan tingkat kecemasan orang tua yang merawat anak retardasi mental dengan menggunakan *peer group support* di SLB Dharma Wanita Kota Madiun. Dengan penelitian ini diharapkan dapat menambah pemahaman tentang cara menurunkan tingkat kecemasan orang tua yang merawat anak retardasi mental.

Untuk itu saya mengharapkan kesediaan Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Kesediaan Ibu bersifat sukarela, dan data penelitian yang diambil dan disajikan adalah rahasia, tanpa menyebutkan nama Ibu dan hanya disajikan untuk pengembangan pendidikan ilmu keperawatan. Apabila Ibu menyetujui saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab kuesioner yang diajukan oleh peneliti.

Atas perhatian dan partisipasinya, saya ucapkan terima kasih

Surabaya, Mei 2011

Hormat saya,

Devina Nawangsih

Lampiran 6

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama :

Alamat :

Umur :

No Telepon :

Menyatakan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh **Devina Nawangsih**, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul **“Perubahan Tingkat Kecemasan Orang Tua yang Merawat Anak Retardasi Mental dengan Menggunakan *Peer Group Support* di SLB Dharma Wanita Kota Madiun”** sebagai responden bagi penelitian tersebut.

Dengan menandatangani lembar persetujuan ini menunjukkan bahwa saya telah diberikan informasi tentang penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sadar dan tanpa adanya keterpaksaan.

Surabaya, Mei 2011

Responden,

(Tanda Tangan)

Lampiran 7
LEMBAR KUESIONER

Petunjuk:

Berilah tanda check (√) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban saudara.

Nama :

Tanggal pengisian :

A. DATA DEMOGRAFI

1. Umur

- a. 25 – 35 tahun
 b. 36 – 45 tahun
 c. > 45 tahun

2. Jenis Kelamin

- a. Laki – laki
 b. Perempuan

3. Pendidikan Terakhir

- a. Tidak Sekolah
 b. SD
 c. SMP
 d. SMA
 e. Perguruan Tinggi

4. Pekerjaan

- a. Tidak bekerja
 b. Pegawai Negeri
 c. Swasta
 d. Wiraswasta
 e. Lain - lain

5. Penghasilan orang tua

- a. < Rp. 700.000
- b. Rp 700.000 - Rp 1.400.000
- c. Rp 1.400.000 - Rp 2.100.000
- d. > Rp 2.100.000

B. DATA DEMOGRAFI ANAK

1. Berapa lama anak anda telah diketahui mengalami Retardasi Mental?
..... tahun bulan
2. Berapa lama anak anda bersekolah di SLB Dharma Wanita Kota Madiun?
..... tahun bulan
3. Anak anda merupakan anak ke berapa?
.....
4. Berapa jumlah anak anda yang mengalami Retardasi Mental?
..... anak

Lampiran 8**KUESIONER TINGKAT KECEMASAN**

Berilah tanda (√) apabila anda mengalami hal dibawah ini.

Keterangan:

0 : tidak mengalami

1 : sesuai dengan yang dialami

2 : sering dialami

3 : selalu dialami

No.	Aspek penilaian	Skor				Kode
		0	1	2	3	
1.	Mulut terasa kering					
2.	Merasa ada gangguan dalam bernafas					
3.	Mengalami keadaan yang tidak pasti					
4.	Cemas yang berlebihan dalam suatu situasi namun bisa lega apabila situasi itu berakhir					
5.	Kelelahan					
6.	Mudah berkeringat (misalnya: tangan berkeringat tanpa ada penyebab)					
7.	Ketakutan pada hal yang tidak jelas					
8.	Kesulitan dalam menelan					
9.	Perubahan kegiatan jantung dan denyut nadi tanpa ada kegiatan secara fisik					
10.	Mudah panik					
11.	Takut apabila tidak bisa merawat anaknya lagi					
12.	Takut terhadap masa depan anak					
13.	Gemetar					
14.	Sulit untuk berinisiatif dalam melakukan aktifitas					

Sumber : Lovibond, S. H & Lovibond, P. F. 1995. Manual For The Depression Anxiety & Stress Scale (second Edition). Psychology Foundation

Lampiran 9

SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK)

(Pertemuan Pertama)

Materi : *Peer Group Support* tahap *checking in* dan presentasi masalah

Durasi : 60 menit setiap pertemuan

A. Analisis Situasional

1. Fasilitator : Devina Nawangsih
2. Peserta : Orang tua yang merawat anak retardasi mental yang sudah masuk dalam kriteria inklusi
3. Tempat : SLB Dharma Wanita Kota Madiun
4. Waktu : 60 menit

B. Tujuan Instruksional

1. Tujuan Instuksional Umum

Setelah kegiatan *peer group support* tahap *Cheking in* dan presentasi masalah, diharapkan anggota sudah saling akrab dan bisa mengutarakan masalah yang dihadapi.

2. Tujuan Instuksional Khusus

Setelah kegiatan *peer group support* tahap *Cheking in* dan presentasi masalah, para orang tua diharapkan:

- 1) Bersedia mengikuti kegiatan *peer group support*
- 2) Saling mengenal antar para anggota
- 3) Mampu mengutarakan masalah yang dihadapi

C. Metode

- 1) Diskusi
- 2) Tanya jawab

D. Tema Pembicaraan

Perkenalan antar para peserta, memilih masalah yang akan dibahas pada pertemuan berikutnya.

E. Langkah-langkah Kegiatan:

No	Tahap (Waktu)	Kegiatan
1.	Persiapan (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator mempersiapkan <i>setting</i> ruangan. 2. Fasilitator mengucapkan salam terapeutik kepada responden yang bertindak sebagai anggota <i>peer group support</i>. 3. Fasilitator memperkenalkan diri kepada kelompok. 4. Fasilitator menjelaskan maksud dan tujuan dilaksanakan <i>peer group support</i> tahap <i>checking in</i>.
2.	Pelaksanaan <i>peer group support</i> a. <i>Checking in</i> (20 menit) b. Presentasi masalah (30 menit)	<p>Aktivitas untuk saling mengakrabkan anggota dan pernyataan kesediaan untuk mengikuti kegiatan <i>peer group support</i>.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator mempersilahkan anggota untuk memperkenalkan diri masing-masing secara bergantian. 2. Fasilitator menanyakan kepada anggota mengenai kesediaannya untuk mengikuti <i>peer group support</i>. <p>Pada sesi ini anggota berhak mengutarakan masalah yang dialami dan masalah yang disampaikan oleh anggota yang dijadikan bahan materi pertemuan berikutnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator menanyakan masalah yang sering dihadapi oleh para anggota dalam merawat anak dengan retardasi mental 2. Fasilitator mencoba menggali masalah yang dihadapi para peserta dengan menanyakan pertanyaan terbuka mengenai bagaimana kehidupan orang tua sehari-hari selama merawat anak dengan retardasi mental?

		3. Setiap peserta diminta bergantian dalam menceritakan pengalamannya dalam merawat anak.
3.	Terminasi (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator menanyakan perasaan anggota setelah dilakukan <i>peer group support</i> tahap <i>checking in</i> 2. Fasilitator membuat kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya pada tahap presentasi masalah dan berbagi usulan. 3. Fasilitator mengucapkan ucapan terima kasih dan salam penutup

F. Sarana

1. Pena
2. Kertas
3. Meja dan kursi
4. Papan tulis

G. Evaluasi

1. Evaluasi struktur
 - a. Sarana untuk kegiatan *peer group support* tersedia.
 - b. Pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan *peer group support* sudah dilakukan sebelumnya.
 - c. Peserta hadir 100% pada saat kegiatan (6 orang).
2. Evaluasi proses
 - a. Peserta antusias saat mengikuti kegiatan.
 - b. Peserta tidak ada yang meninggalkan ruangan sebelum acara selesai.
 - c. Peserta mengikuti semua kegiatan dengan baik.
 - d. Peserta aktif saat mengikuti kegiatan.

3. Evaluasi hasil

- a. Peserta saling mengenal dengan anggota yang lain.
- b. Timbul keakraban diantara peserta.
- c. Masalah yang akan dibahas pada pertemuan berikutnya sudah di tentukan.

Lampiran 10

SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK)

(Pertemuan kedua)

Materi : *Peer Group Support* (Klarifikasi masalah dan Berbagi usulan)

A. Analisis Situasional

1. Fasilitator : Devina Nawangsih
2. Peserta : Orang tua yang merawat anak retardasi mental yang sudah masuk dalam kriteria inklusi
3. Tempat : SLB Dharma Wanita Kota Madiun
4. Waktu : 60 menit

B. Tujuan Instruksional

1. Tujuan Instuksional Umum

Setelah kegiatan *peer group support* tahap klarifikasi dan berbagi usulan, diharapkan peserta mampu menceritakan masalah dan bisa saling memberi usulan untuk mengatasinya.

2. Tujuan Instuksional Khusus

Setelah kegiatan *peer group support* tahap klarifikasi masalah dan berbagi usulan, para orang tua diharapkan:

- 1) Lebih terbuka untuk menceritakan masalahnya
- 2) Dapat berbagi pendapat untuk menyelesaikan masalah
- 3) Meningkatkan pengetahuan para peserta dalam mengatasi masalah yang timbul selama merawat anak dengan retardasi mental.
- 4) Meningkatkan dukungan sosial antar peserta.

C. Metode

- 1) Diskusi
- 2) Tanya jawab

D. Tema Pembicaraan

Mempresentasikan prioritas masalah yang sudah ditentukan sebelumnya dan berbagi pendapat untuk mengatasi masalah tersebut.

E. Langkah-langkah Kegiatan:

No	Tahap (Waktu)	Kegiatan
1.	Persiapan (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator mempersiapkan <i>setting</i> ruangan. 2. Fasilitator mengucapkan salam terapeutik kepada responden yang bertindak sebagai anggota <i>peer group support</i>. 3. Fasilitator menjelaskan maksud dan tujuan dilaksanakan <i>peer group support</i> tahap klarifikasi masalah dan berbagi usulan.
2.	Pelaksanaan <i>peer group support</i> a. Klarifikasi masalah (20 menit) b. Berbagi usulan (30 menit)	<p>Masalah yang telah disampaikan oleh anggota pada sesi sebelumnya diklarifikasi bersama-sama untuk kemudian disepakati satu masalah sebagai prioritas dan menunjuk salah satu peserta yang sudah berpengalaman untuk mempresentasikan masalah pada sesi berikutnya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator mencoba mengingatkan kembali hasil pertemuan sebelumnya. 2. Fasilitator membacakan catatan mengenai masalah yang sudah diungkapkan pada pertemuan sebelumnya. 3. Fasilitator menanyakan prioritas masalah yang ingin dibahas lebih lanjut. <p>Pada sesi ini anggota telah sepakat untuk membahas masalah yang menjadi prioritas. Salah seorang peserta yang sudah berpengalaman ditunjuk untuk mempresentasikan masalahnya kepada para peserta yang lain. Anggota lain yang memiliki masalah yang sama dan sudah dapat menyelesaikannya, bisa berbagi pengalaman dan cara untuk menyelesaikan masalahnya. pada sesi ini setiap anggota ikut memberi masukan positif yang dapat membantu untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi saat merawat anak dengan retardasi mental:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator mempersilahkan peserta yang terpilih untuk menceritakan masalah.

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Fasilitator mengarahkan peserta lain untuk memperhatikan peserta yang sedang mempresentasikan masalah yang menjadi prioritas. 3. Setelah peserta selesai bercerita, peneliti mengarahkan peserta yang lain untuk menanggapi. 4. Fasilitator mempersilahkan apabila ada peserta yang ingin mengatakan pendapat mengenai prioritas masalah yang sudah dipresentasikan secara bergantian. 5. Fasilitator mencatat semua pertanyaan yang diungkapkan oleh peserta dan mencatat usulan yang sudah diungkapkan oleh peserta.
3.	Terminasi (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator menanyakan perasaan anggota setelah dilakukan peer group support tahap klarifikasi masalah dan berbagi usulan. 2. Fasilitator membacakan kesimpulan dan evaluasi atas pertemuan yang telah dilakukan. 3. Fasilitator membuat kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya. 4. Fasilitator meminta seluruh peserta untuk membuat rencana penyelesaian masalah yang sudah dibicarakan. 5. Fasilitator mengucapkan ucapan terima kasih dan salam penutup.

F. Sarana

1. Pena
2. Kertas
3. Meja dan kursi
4. Papan tulis
5. Ruang pertemuan

G. Evaluasi

1. Evaluasi struktur
 - a. Sarana untuk kegiatan *peer group support* tersedia

- b. Pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan *peer group support* sudah dilakukan sebelumnya
 - c. Peserta hadir 100% pada saat kegiatan (6 orang)
2. Evaluasi proses
- a. Peserta antusias saat mengikuti kegiatan.
 - b. Peserta tidak ada yang meninggalkan ruangan sebelum acara selesai.
 - c. Peserta mengikuti semua kegiatan dengan baik.
 - d. Peserta aktif selama mengikuti kegiatan.
3. Evaluasi hasil
- a. Peserta dapat menjelaskan tujuan dari kegiatan *peer group support* tahap perencanaan tindakan.
 - b. Peserta mengetahui bagaimana cara mengatasi masalah.

Lampiran 11

SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK)

(Pertemuan ketiga)

Materi : *Peer Group Support* (Klarifikasi masalah dan Berbagi usulan)

A. Analisis Situasional

1. Fasilitator : Devina Nawangsih
2. Peserta : Orang tua yang merawat anak retardasi mental yang sudah masuk dalam kriteria inklusi
3. Tempat : SLB Dharma Wanita Kota Madiun
4. Waktu : 60 menit

B. Tujuan Instruksional

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah kegiatan *peer group support* tahap perencanaan tindakan, diharapkan peserta mampu merencanakan tindakan yang sesuai untuk mengatasi masalah yang menjadi prioritas.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah kegiatan *peer group support* tahap perencanaan tindakan dan berbagi usulan, para orang tua diharapkan:

- 1) Menambah informasi kepada peserta untuk mengatasi masalah.
- 2) Dapat meningkatkan rasa kebersamaan antar para peserta
- 3) Meningkatkan kemampuan peserta dalam mengatasi masalah

C. Metode

- 1) Diskusi
- 2) Tanya jawab

D. Tema Pembicaraan

Mempresentasikan prioritas masalah yang sudah ditentukan sebelumnya dan berbagi pendapat untuk mengatasi masalah tersebut.

E. Langkah-langkah Kegiatan:

No	Tahap (Waktu)	Kegiatan
1.	Persiapan (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator mempersiapkan <i>setting</i> ruangan. 2. Fasilitator mengucapkan salam terapeutik kepada peserta <i>peer group support</i>. 3. Fasilitator menjelaskan maksud dan tujuan dilaksanakan <i>peer group support</i> tahap perencanaan tindakan.
2.	Pelaksanaan <i>peer group support</i> a. Perencanaan tindakan (50 menit)	<p>Pada sesi ini, para anggota merencanakan suatu strategi tindakan yang akan dilakukan untuk membantu anggota kelompok dalam menghadapi masalah/situasi yang masih belum terselesaikan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator mencoba mengingatkan kembali hasil pertemuan sebelumnya. 2. Fasilitator membacakan catatan mengenai masalah dan saran-saran yang sudah diungkapkan pada pertemuan sebelumnya. 3. Fasilitator menanyakan strategi yang sudah dibuat masing-masing anggota. 4. Fasilitator dan peserta membahas perencanaan tindakan yang sudah dibuat oleh peserta secara bersama-sama. 5. Fasilitator mempersilahkan apabila ada peserta yang ingin bertanya atau mengungkapkan pendapatnya. 6. Fasilitator dan peserta memilih dua rencana strategi yang paling sesuai untuk menyelesaikan masalah. 7. Fasilitator meminta peserta untuk menilai kelemahan dan keburukan dari dua rencana tindakan yang sudah dipilih. 8. Rencana tindakan yang mempunyai kelebihan dipilih sebagai rencana tindakan yang akan digunakan untuk menyelesaikan masalah.

		9. Fasilitator mencatat hasil dari diskusi diatas.
3.	Terminasi (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator menanyakan perasaan anggota setelah dilakukan <i>peer group support</i> tahap perencanaan tindakan. 2. Fasilitator membacakan kesimpulan dan evaluasi atas pertemuan yang telah dilakukan. 3. Fasilitator membuat kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya. 4. Fasilitator mengucapkan ucapan terima kasih dan salam penutup.

F. Sarana

1. Pena
2. Kertas
3. Meja dan kursi
4. Papan tulis
5. Ruang pertemuan

G. Evaluasi

1. Evaluasi struktur
 1. Sarana untuk kegiatan *peer group support* tersedia
 2. Pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan *peer group support* sudah dilakukan sebelumnya
 3. Peserta hadir 100% pada saat kegiatan (6 orang)
2. Evaluasi proses
 1. Peserta antusias saat mengikuti kegiatan.
 2. Peserta tidak ada yang meninggalkan ruangan sebelum acara selesai.
 3. Peserta mengikuti semua kegiatan dengan baik.

3. Evaluasi hasil

1. Peserta saling mengenal dengan anggota yang lain
2. Timbul keakraban diantara peserta
3. Masalah yang akan dibahas pada pertemuan berikutnya sudah di tentukan
4. Kegiatan berlangsung sesuai dengan rencana

Lampiran 12

SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK)

(Pertemuan keempat)

Materi : *Peer Group Support (checking out)*

A. Analisis Situasional

1. Fasilitator : Devina Nawangsih
2. Peserta : Orang tua yang merawat anak retardasi mental yang sudah masuk dalam kriteria inklusi
3. Tempat : SLB Dharma Wanita Kota Madiun
4. Waktu : 60 menit

B. Tujuan Instruksional

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah kegiatan *peer group support*, diharapkan dapat menurunkan kecemasan orang tua dalam merawat anak retardasi mental

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah kegiatan *peer group support* tahap *checking out*, para orang tua diharapkan:

- 1) Menambah informasi kepada peserta untuk mengatasi masalah.
- 2) Dapat meningkatkan rasa kebersamaan antar para peserta
- 3) Membantu peserta untuk bisa mengkomunikasikan masalahnya kepada *peer support*.
- 4) Meningkatkan dukungan sosial bagi para peserta.
- 5) Meningkatkan kemampuan para peserta dalam mengatasi masalah dalam merawat anak dengan retardasi mental.

C. Metode

- 1) Diskusi
- 2) Tanya jawab

D. Tema Pembicaraan

Mempresentasikan prioritas masalah yang sudah ditentukan sebelumnya dan berbagi pendapat untuk mengatasi masalah tersebut.

E. Langkah-langkah Kegiatan:

No	Tahap (Waktu)	Kegiatan
1.	Persiapan (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator mempersiapkan <i>setting</i> ruangan. 2. Fasilitator mengucapkan salam terapeutik kepada peserta <i>peer group support</i>. 3. Fasilitator menjelaskan maksud dan tujuan dilaksanakan <i>peer group support</i> tahap perencanaan tindakan.
2.	Pelaksanaan <i>peer group support</i> <i>Checking out</i> (30 menit)	<p>Pada sesi ini kelompok melakukan peninjauan ulang mengenai masalah yang sudah dibahas dan didiskusikan selama pertemuan berlangsung.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator menanyakan ulang kepada kelompok mengenai apa yang sudah didiskusikan pada pertemuan sebelumnya. 2. Peserta mengungkapkan hasil diskusi yang telah dilakukan kepada peneliti dan anggota yang lain. 3. Fasilitator menanyakan kepada seluruh anggota kelompok tentang hal yang kurang dimengerti selama pelaksanaan <i>peer group support</i>. 4. Fasilitator meminta saran mengenai <i>peer group support</i> kepada peserta 5. Fasilitator mencatat saran yang dikatakan oleh peserta.
3.	Terminasi (15 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator menanyakan perasaan anggota setelah dilakukan tahap-tahap <i>peer group support</i> pada sesi sebelumnya. 2. Fasilitator membacakan kesimpulan dan

		<p>evaluasi atas pertemuan yang telah dilakukan.</p> <p>3. Fasilitator mengucapkan ucapan terima kasih dan salam penutup.</p>
--	--	---

F. Sarana dan prasarana

1. Pena
2. Kertas
3. Meja dan kursi
4. Papan tulis
5. Ruang pertemuan

G. Evaluasi

1. Evaluasi struktur

1. Sarana untuk kegiatan *peer group support* tersedia.
2. Pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan *peer group support* sudah dilakukan sebelumnya.
3. Peserta hadir 100% pada saat kegiatan (6 orang).

2. Evaluasi proses

1. Peserta antusias saat mengikuti kegiatan.
2. Peserta tidak ada yang meninggalkan ruangan sebelum acara selesai.
3. Peserta mengikuti semua kegiatan dengan baik.

3. Evaluasi hasil

1. Peserta dapat meningkatkan kemampuan dalam merawat anak dengan retardasi mental.
2. Kemampuan peserta dalam mengkomunikasikan masalahnya meningkat.
3. Tingkat kecemasan peserta menurun.

Lampiran 13**TABULASI DATA**

DATA DEMOGRAFI ORANG TUA					
NO	UMUR	JENIS KELAMIN	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	PENGHASILAN
A1	2	2	3	3	2
A2	3	2	4	1	4
A3	2	2	4	1	4
A4	3	2	2	4	3
A5	3	2	2	1	3
A6	3	2	4	1	4
B1	3	2	2	3	4
B2	1	2	4	1	1
B3	2	2	3	4	3
B4	2	2	2	1	2
B5	2	2	3	1	2
B6	3	2	2	4	3

KETERANGAN:

A = kelompok perlakuan

B = kelompok kontrol

1. Umur

1 = 25 tahun–35 tahun

2 = 36 tahun–45 tahun

3 = > 45 tahun

2. Jenis Kelamin

1 = Laki–laki

2 = Perempuan

3. Pendidikan Terakhir

1 = Tidak Sekolah

2 = SD

3 = SMP

4 = SMA

5 = Perguruan Tinggi

4. Pekerjaan

1 = Tidak Bekerja

2 = Pegawai Negeri

3 = Swasta

4 = Wiraswasta

5 = Lain-lain

5. Penghasilan

1 = < Rp 700.000

2 = Rp 700.000 – Rp 1.400.000

3 = Rp 1.400.000 – Rp 2.100.000

4 = > Rp 2.100.000

DATA DEMOGRAFI ANAK				
Kode responden	Lama anak di diagnosis RM	Lama anak sekolah di SLB Dharma wanita Kota madiun	Urutan anak dalam keluarga	Jumlah anak yang terkena RM
A1	6	5	1	1
A2	6	2	1	1
A3	5	1	3	1
A4	7	3	1	1
A5	6	6	2	1
A6	4	4	1	1
B1	7	6	3	1
B2	4	4	1	1
B3	4	4	2	1
B4	6	5	1	1
B5	3	3	3	1
B6	5	3	1	1

KETERANGAN

1. Lama anak di diagnosis RM

1 = 1 tahun

2 = 2 tahun

3 = 3 tahun

4 = 4 tahun

5 = 5 tahun

6 = 6 tahun

7 = 7 tahun

2. Lama anak sekolah di SLB Dharma Wanita Kota Madiun

1 = 1 tahun

2 = 2 tahun

3 = 3 tahun

4 = 4 tahun

5 = 5 tahun

6 = 6 tahun

3. Urutan anak dalam keluarga

1 = Anak Pertama

2 = Anak Kedua

3 = Anak Ketiga

4. Jumlah anak yang menderita RM

1 = 1 anak

Lampiran 14Tingkat kecemasan responden sebelum intervensi *peer group support*

No	Respons Psikologis						Respons fisik					Respons sosial			Skor	Ket.
	3	4	5	7	10	12	1	2	6	8	13	9	11	14		
A1	2	2	2	1	1	2	0	0	0	0	1	0	2	1	14	S
A2	2	1	1	1	2	2	0	0	0	0	0	1	2	1	13	S
A3	1	0	1	0	0	3	1	1	0	0	1	1	2	1	12	S
A4	1	2	1	0	0	2	1	0	0	0	1	1	3	2	19	B
A5	0	1	0	1	2	3	0	1	1	0	1	1	2	1	16	B
A6	0	2	2	0	2	1	0	1	0	0	1	1	1	1	14	S
B1	1	2	0	0	1	2	1	1	0	0	1	0	2	2	13	S
B2	0	1	3	0	1	2	0	2	0	3	0	0	0	0	14	S
B3	0	2	1	2	1	3	0	0	2	1	1	1	2	1	19	B
B4	1	0	1	0	1	3	1	0	0	0	2	1	3	0	14	S
B5	0	1	1	1	1	2	0	1	1	0	1	1	2	2	14	S
B6	1	1	1	1	1	3	1	1	1	0	0	0	3	2	15	B

Tingkat kecemasan responden sesudah intervensi *peer group support*

No	Respons Psikologis						Respons fisik					Respons sosial			Skor	Ket.
	3	4	5	7	10	12	1	2	6	8	13	9	11	14		
A1	1	1	1	1	0	2	0	0	0	0	1	0	2	0	9	R
A2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	9	R
A3	0	0	1	0	0	2	1	1	0	0	1	1	1	0	8	R
A4	1	1	1	1	1	2	1	0	0	0	1	1	2	2	14	S
A5	1	0	0	0	1	2	0	1	1	0	1	1	1	1	10	S
A6	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	9	R
B1	0	2	0	1	1	2	1	1	0	0	1	0	2	2	13	S
B2	0	1	3	2	1	2	0	2	0	2	0	1	0	0	14	S
B3	1	1	1	1	1	3	0	0	2	1	1	1	2	1	16	B
B4	1	0	1	0	1	3	1	0	1	0	2	1	3	0	14	S
B5	0	1	1	1	0	2	1	1	1	0	2	1	1	2	14	S
B6	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	0	0	1	2	15	B

Keterangan:

R: kecemasan tingkat ringan

S: kecemasan tingkat sedang

B: kecemasan tingkat berat

Lampiran 15**Wilcoxon Signed Ranks Test pada kelompok perlakuan**

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_cemas - pre_cemas Negative Ranks	6 ^a	3.50	21.00
Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
Ties	0 ^c		
Total	6		

a. post_cemas < pre_cemas

b. post_cemas > pre_cemas

c. post_cemas = pre_cemas

Test Statistics^b

	post_cemas - pre_cemas
Z	-2.232 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.026

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Lampiran 16**Wilcoxon Signed Ranks Test pada kelompok kontrol****Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_cemas_kontrol - Negative Ranks	1 ^a	1.00	1.00
pre_cemas_kontrol Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
Ties	5 ^c		
Total	6		

- a. post_cemas_kontrol < pre_cemas_kontrol
 b. post_cemas_kontrol > pre_cemas_kontrol
 c. post_cemas_kontrol = pre_cemas_kontrol

Test Statistics^b

	post_cemas_kontrol - pre_cemas_kontrol
Z	-1.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.317

- a. Based on positive ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Lampiran 17**Mann-Whitney Test****Ranks**

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_cemas	perlakuan	6	3.92	23.50
	kontrol	6	9.08	54.50
	Total	12		

Test Statistics^b

	post_cemas
Mann-Whitney U	2.500
Wilcoxon W	23.500
Z	-2.545
Asymp. Sig. (2-tailed)	.011
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.009 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

