

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **A. Stres Pengasuhan**

##### **a. Definisi *Stress***

Maramis (2009) menyatakan bahwa stres adalah segala masalah atau tuntutan menyesuaikan diri, yang karena tuntutan itulah individu merasa terganggu keseimbangan hidupnya.

Muhammad Surya (2001) berpendapat bahwa stres merupakan keadaan dimana seseorang yang mengalami ketegangan karena adanya kondisi-kondisi yang mempengaruhi dirinya. Dalam bukunya Psikologi Klinis Ardani (2007) stres adalah tekanan internal maupun eksternal serta kondisi bermasalah lainnya dalam kehidupan.

Jadi stres ialah kondisi dimana individu mengalami ketegangan yang disebabkan oleh tekanan internal maupun eksternal sehingga individu merasa terganggu keseimbangan hidupnya.

##### **b. Pengertian stress pengasuhan**

Menurut Abidin (Ahern, 2004) stres pengasuhan digambarkan sebagai kecemasan dan ketegangan yang melampaui batas dan secara khusus berhubungan dengan peran orang tua dan interaksi antara orang tua dengan anak. Model stres pengasuhan Abidin (Ahern, 2004) juga memberikan perumpamaan bahwa stres mendorong kearah tidak berfungsinya pengasuhan orang tua terhadap anak, pada intinya menjelaskan

ketidaksesuaian respon orang tua dalam menanggapi konflik dengan anak-anak mereka.

Menurut Patterson, Debaryshe & Ramsey (Ahern, 2004), stres pengasuhan yaitu stres memberikan peranan dalam gangguan praktek pengasuhan dan tidak berfungsinya manajemen keluarga. Sedangkan menurut Deater-Deckard (Lestari, 2012) mendefinisikan stres pengasuhan sebagai serangkaian proses yang membawa pada kondisi psikologis yang tidak disukai dan reaksi psikologis yang muncul dalam upaya beradaptasi dengan tuntutan peran sebagai orang tua.

Berdasarkan pengertian dan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa stres pengasuhan adalah tidak berfungsinya peran orang tua dalam pengasuhan dan interaksi dengan anak karena ketidaksesuaian respon orang tua dalam menanggapi konflik dengan anak berkebutuhan khusus yang menghambat dalam kelangsungan hidupnya.

### **c. Penyebab dan akibat stres pengasuhan**

Ditinjau dari penyebab dan akibat stres pengasuhan, terdapat dua pendekatan yang utama, yakni teori P-C-R (*parent- child- relationship*) dan teori *daily hassles*. Dari sudut pandang teori P-C-R, stres pengasuhan bersumber dari tiga komponen yaitu ranah orang tua (P, yaitu segala aspek stres pengasuhan yang muncul dari pihak orang tua); ranah anak (C, yaitu segala aspek stres pengasuhan yang muncul dari perilaku anak); dan ranah hubungan orang tua-anak (R, yaitu segala aspek stres pengasuhan yang bersumber dari hubungan orang tua-anak) (Lestari, 2012).

Karakteristik orang tua tertentu dapat memicu stres pengasuhan, misalnya mudah mengalami simtom depresi, kelekatan terhadap anak, kekakuan dalam menjalankan peran orang tua, merasa tidak kompeten, terisolasi sosial, hubungan dengan pasangan yang kurang harmonis, dan kesehatan yang buruk. Sebaliknya karakteristik anak juga dapat memicu stres pengasuhan, misalnya kemampuan beradaptasi anak yang rendah, kurang penerimaan terhadap orang tua, suka menuntut atau menyusahkan, suasana hati yang buruk, mengalami kekacauan pikiran, dan kurang memiliki kemampuan untuk memperkuat orang tua. Adapun dimensi relasi orang tua- anak yang memicu stres pengasuhan adalah derajat konflik yang muncul dalam interaksi orang tua-anak (Lestari 2012).

Ketiga ranah stres pengasuhan tersebut pada akhirnya akan menyebabkan kemerosotan kualitas dan efektivitas perilaku pengasuhan. Penurunan kualitas pengasuhan ini pada gilirannya akan meningkatkan problem emosi dan perilaku anak, misalnya perilaku agresi, pembangkangan, kecemasan, dan kesedihan yang kronis. Dengan demikian pendekatan P-C-R memperlihatkan adanya saling mempengaruhi antara orang tua dan anak atau disebut dua arah (Lestari, 2012).

Dari sudut pandang teori *daily hassles*, stres pengasuhan merupakan tipikal stres yang sering terjadi sehari – hari atau mingguan. Teori ini tidak menentang teori P-C-R, namun memperluas dan melengkapi, Stres pengasuhan yang tipikal ini masih bersifat normal, belum sampai

menimbulkan gangguan psikologi. Orang tua hanya perlu beradaptasi untuk mengatasi stres yang demikian ini (Lestari, 2012).

Satiadarma (Gunarsa, 2006) menyebutkan stres pengasuhan memiliki kekhasan sendiri yang meliputi:

1. Kondisi anak (termasuk perilaku anak yang menyimpang)
2. Kondisi kehidupan menyeluruh yang menimbulkan stres
3. Dukungan sosial
4. Fungsi keluarga
5. Sumber material

### **c. Aspek- aspek dalam Stres Pengasuhan**

Model stress pengasuhan abidin (Ahern, 2004) memberikan perumpamaan bahwa stres mendorong kearah tidak berfungsinya pengasuhan orang tua terhadap anak, pada intinya menjelaskan ketidaksesuaian respon orang tua dalam menanggapi konflik dengan anak- anak mereka. Model ini tentang pengasuhan orang tua yang dicerminkan dalam aspek-aspeknya meliputi:

#### *1. The Parent Distress*

Stres pengasuhan disini menunjukkan pengalaman stres orang tua sebagai sebuah fungsi dari faktor pribadi dalam memecahkan personal stres lain yang secara langsung dihubungkan dengan peran orang tua dalam pengasuhan anak. Tingkat stres pengasuhan ini berhubungan dengan karakteristik individu yang mengalami gangguan. Indikatornya meliputi:

- a. *Feelings of competence*, yaitu orang tua diliputi oleh tuntutan dari perannya dan kekurangan perasaan akan kemampuannya dalam merawat anak. Hal ini dihubungkan dengan kurangnya pengetahuan orang tua dalam hal perkembangan anak dan ketrampilan menejemen anak yang sesuai.
- b. *Social isolation*, yaitu orang tua merasa terisolasi secara sosial dan ketidakhadiran dukungan emosional dari teman sehingga meningkatkan kemungkinan tidak berfungsinya pengasuhan orang tua dalam bentuk mengabaikan anaknya.
- c. *Restriction imposed by parent role*, yaitu adanya pembatasan pada kebebasan pribadi, orang tua melihat dirinya sebagai hal yang dikendalikan dan yang dikuasai oleh kebutuhan dan permintaan anaknya. Berhubungan dengan hilangnya penghargaan terhadap identitas diri yang sering diekspresikan. Seringkali, adanya kekecewaan dan kemarahan yang kuat yang dihasilkan oleh frustasinya.
- d. *Relationships with spouse*, yaitu adanya konflik antar hubungan orang tua yang mungkin menjadi sumber stres utama. Konflik utamanya mungkin melibatkan ketidakhadiran dukungan emosi dan material dari pasangan serta konflik mengenai pendekatan dan strategi manajemen anak.
- e. *Health of parent*, yaitu sampai taraf tertentu, efektivitas proses pengasuhan orang tua terhadap anak dapat mempengaruhi kondisi kesehatan orang tua.

- f. *Parent depression*, yaitu orang tua mengalami beberapa gejala depresi ringan hingga menengah dan rasa bersalah (kecewa), yang mana pada suatu waktu dapat melemahkan kemampuannya untuk menangani tanggung jawabnya terhadap pengasuhan. Permasalahan ini secara khas dihubungkan dengan tingkatan depresi meliputi keluhan hilangnya energi.

## 2. *The Difficult Child*

Stres pengasuhan disini digambarkan dengan menghadirkan perilaku anak yang sering terlibat dalam mempermudah pengasuhan atau malah lebih mempersulit karena orang tua merasa anaknya memiliki banyak karakteristik tingkah laku mengganggu. indikatornya meliputi:

- a. *Child adaptability*, yaitu anak menunjukkan karakteristik perilaku yang membuat anak sulit untuk diatur. Stres orang tua berhubungan dengan tugas pengasuhan orang tua yang lebih sulit dalam ketidakmampuan anak untuk menyesuaikan diri dengan perubahan fisik dan lingkungan.
- b. *Child demands*, yaitu anak lebih banyak permintaan terhadap orang tua berupa perhatian dan bantuan. Umumnya anak- anak sulit melakukan segala sesuatu secara mandiri dan mengalami hambatan dalam perkembangannya.
- c. *Child mood*, yaitu orang tua merasa anaknya kehilangan perasaan akan hal- hal positif yang biasanya merupakan ciri khas anak yang bisa dilihat dari ekspresinya sehari- hari.

- d. *Districtability*, yaitu orang tua merasa anaknya menunjukkan perilaku yang terlalu aktif dan sulit mengikuti perintah.

### 3. *The Parent-Child Dysfunctional Interaction*

Stres pengasuhan disini menunjukkan interaksi antara orang tua dan anak yang tidak berfungsi dengan baik yang berfokus pada tingkat penguatan dari anak terhadap orang tua serta tingkat harapan orang tua terhadap anak. indikatornya meliputi:

- a. *Child reinforced parent*, yaitu orang tua merasa tidak ada penguatan yang positif dari anaknya. interaksi antara orang tua dengan anak tidak menghasilkan perasaan yang nyaman terhadap anaknya.
- b. *Acceptability of child to parent*, yaitu stres pengasuhan orang tua karena karakteristik anak seperti intelektual, fisik, dan emosi yang tidak sesuai dengan apa yang diharapkan orang tua sehingga lebih besar dapat menyebabkan penolakan orang tua.
- c. *Attachment*, yaitu orang tua tidak memiliki kedekatan emosional dengan anaknya sehingga mempengaruhi perasaan orang tua.

#### **d. Faktor- faktor yang mempengaruhi stress pengasuhan**

Menurut Johnston dkk (2003) faktor- faktor yang dapat mempengaruhi persepsi dan sebagai faktor penentu stress pengasuhan yaitu:

- a. *Child behavioral problems* dan dukungan sosial

Perilaku anak yang bermasalah berhubungan dengan stress pengasuhan yaitu perasaan keibuan yang meliputi aspek kemampuan, penerimaan ibu serta perasaan terisolasi.

*b. Family cohesion*

Menekankan pada berbagai rasa tanggung jawab dan dukungan interpersonal di rumah.

*c. Family income*

Meliputi status sosial ekonomi, dukungan keluarga dan sumber daya  *coping* yaitu  *coping skills*.

*d. Maternal psychological well being*

Kesejahteraan psikologis meliputi aspek perasaan terisolasi dan penerimaan. Jika seorang ibu sedang menderita permasalahan psikologis berat, ibu mungkin tidak memiliki sumber daya pribadi yang cukup tersedia untuk orang lain atau anaknya, dengan demikian meningkatnya perasaan terisolasi dan pengurangan perasaan akan kemampuan dalam keterampilan pengasuhan juga, sehingga mempengaruhi kesejahteraan psikologis.

Johnston dkk (2003) juga mengungkapkan potensi demografik lain seperti psikososial dan faktor biologis sebagai prediktor stres pengasuhan yaitu meliputi  *maternal age*, jaringan sosial dan dukungan,  *problem solving* dan  *coping skills*,  *religious affiliation*, sumber daya komunitas, status dan kepuasan pernikahan, pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, kesehatan anak,  *maternal culpability* yang dihubungkan dengan  *x-linked disorder*. Tambahan pula untuk faktor biologis seperti  *FMRI* protein,  *activation ratio* dan  *status methylation*.



Menurut (Lestari, 2012) faktor-faktor yang dapat mendorong timbulnya stres dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan yaitu:

#### 1. Individu

Pada tingkatan individu, faktor-faktor tersebut dapat bersumber dari pribadi orang tua maupun anak. Kesehatan fisik orang tua dapat menjadi faktor yang mendorong timbulnya stres pengasuhan. misalnya sakit yang dialami orang tua dan berlangsung dalam jangka panjang. Selain kesehatan fisik, kesehatan mental dan emosi orang tua yang kurang baik juga dapat mendorong timbulnya stres. Sebaliknya, dari pihak anak faktor-faktor individu yang dapat mendorong stres pengasuhan dapat berupa masalah kesehatan fisik dan problem perilaku. Adapun stres pengasuhan yang terjadi sehari-hari sering kali disebabkan oleh problem perilaku anak. Apalagi pada anak-anak yang tergolong sebagai anak yang sulit. Anak-anak seperti ini biasanya sangat sulit diatur, suka membangkang, sering menimbulkan kekacauan bahkan kerusakan. Orang tua menghadapi anak yang demikian akan mudah mengalami stres pengasuhan.

#### 2. Keluarga

Pada tingkatan ini masalah keuangan dan struktur keluarga merupakan faktor-faktor yang mendorong timbulnya stres pengasuhan. Aspek ini juga dapat berupa pengasuhan anak yang dilakukan sendiri tanpa keterlibatan pasangan atau karena menjadi orang tua tunggal. Selain itu hubungan yang penuh dengan konflik, baik antarpasangan maupun antara orang tua-anak, sangat berpotensi menimbulkan stres pengasuhan.

### 3. Lingkungan

Kondisi stres dapat berlangsung dalam jangka pendek, situasional atau aksidental, bila sumber stres pengasuhan lebih dominan pada situasi lingkungan. Namun, bila tidak segera diatasi atau dikelola dengan baik, kondisi stres ini dapat berlangsung dalam jangka panjang juga.

## **B. Strategi *Coping* Stres**

### a. Defini Strategi *Coping*

*Coping* berasal dari kata *cope* yang dapat diartikan mengahadangi, melawan ataupun mengatasi. Kartono & Gulo (dalam Sari dkk, 2010) mengartikan *cope* sebagai menangani suatu masalah menurut suatu cara, seringkali dengan cara menghindari, melarikan diri dari masalah atau mengurangi kesulitan dan bahaya yang timbul. Lazarus dan Folkman (Smet, 1994) menyebutkan bahwa kemampuan *coping* terhadap stres adalah kemampuan individu untuk mengelola jarak yang ada antara tuntutan-tuntutan (baik itu tuntutan yang berasal dari individu maupun tuntutan yang berasal dari lingkungan) dengan sumber-sumber daya yang mereka gunakan dalam menghadapi situasi yang menekan.

Kartono (1987) menjelaskan perilaku *coping* ialah perilaku yang digunakan untuk mengurangi kegugupan akibat kekecewaan terhadap konflik motivasional. Chaplin (2004) mengartikan perilaku *coping* sebagai suatu tingkah laku dimana individu melakukan interaksi dengan lingkungan sekitarnya dengan tujuan menyelesaikan tugas atau masalah. Tingkah laku

*coping* merupakan suatu proses dinamis dari suatu pola tingkah laku maupun pikiran-pikiran yang secara sadar digunakan untuk mengatasi tuntutan-tuntutan dalam situasi yang menekan dan menegangkan. Sedangkan menurut Ardani (2007) perilaku *coping* adalah mengatasi stres dengan melakukan transaksi antar lingkungan, yang mana hubungan transaksi ini merupakan suatu proses yang dinamis.

Strategi *coping* didefinisikan sebagai usaha kognitif dan behavioral yang dilakukan oleh individu tersebut, yaitu usaha untuk mengatur tuntutan tersebut meliputi usaha untuk menurunkan, meminimalisasi, dan juga menahan (Rustiana, 2003). Menurut Maryam (2009), strategi *coping* bertujuan untuk mengatasi situasi yang dirasa menekan, menantang, membebani, dan melebihi sumber daya (*resources*) yang dimiliki.

Berdasarkan pengertian dan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa strategi *coping* adalah suatu usaha dinamis dari suatu pola tingkah laku dimana individu melakukan usaha kognitif dan behavioral dalam menghadapi situasi yang menekan ataupun tuntutan-tuntutan (baik itu tuntutan yang berasal dari individu maupun yang berasal dari lingkungan) dengan tujuan untuk menurunkan, meminimalisasi, menahan, dan juga menyelesaikan masalah.

#### **b. Klasifikasi dan Bentuk *Coping***

Flokman & Lazarus (dalam Smet, 1994) secara umum membedakan bentuk dan fungsi *coping* dalam dua klasifikasi yaitu :

- a. *Problem Focused Coping (PFC)* adalah merupakan bentuk  *coping*  yang lebih diarahkan kepada upaya untuk mengurangi tuntutan dari situasi yang penuh tekanan. artinya  *coping*  yang muncul terfokus pada masalah individu yang akan mengatasi stres dengan mempelajari cara-cara keterampilan yang baru. Individu cenderung menggunakan strategi ini ketika mereka percaya bahwa tuntutan dari situasi dapat diubah (Lazarus & Folkman dalam Smet, 1994).
- b. *Emotion Focused Coping (EFC)* merupakan bentuk  *coping*  yang diarahkan untuk mengatur respon emosional terhadap situasi yang menekan. Individu dapat mengatur respon emosionalnya dengan pendekatan *behavioral* dan kognitif. Contoh dari pendekatan *behavioral* adalah penggunaan alkohol, narkoba, mencari dukungan emosional dari teman-teman dan mengikuti berbagai aktivitas seperti berolahraga atau menonton televisi yang dapat mengalihkan perhatian individu dari masalahnya. Sementara pendekatan kognitif melibatkan bagaimana individu berfikir tentang situasi yang menekan. Dalam pendekatan kognitif, individu melakukan *redefine* terhadap situasi yang menekan seperti membuat perbandingan dengan individu lain yang mengalami situasi lebih buruk, dan melihat sesuatu yang baik diluar dari masalah. Individu cenderung untuk menggunakan strategi ini ketika mereka percaya mereka tidak mampu mengubah kondisi yang menekan, individu akan cenderung untuk mengatur emosinya (Lazarus & Folkman dalam Smet, 1994).

### c. Aspek-aspek Strategi *Coping*

#### 1. Problem focused *coping*

Suatu studi dilakukan oleh Folkman (dalam Smet 1994), *problem-focused coping* terdiri atas tiga variasi, yaitu:

- 1) *Confrontatif coping*, adalah usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang agresif, tingkat kemarahan yang cukup tinggi dan pengambilan resiko.
- 2) *Seeking social support*, adalah usaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dari bantuan informasi
- 3) *Planful problem solving*, adalah usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap dan analitis.

Aldwin dan Ravenson (dalam Tjiptorini, 2013) mengemukakan aspek-aspek *problem focused coping*, meliputi:

- a. *Instrumental Action* (tindakan secara langsung). Seseorang melakukan usaha dan menetapkan langkah-langkah yang mengarahkan pada penyelesaian masalah secara langsung serta menyusun rencana untuk bertindak dan melaksanakannya.
- b. *Cautiousness* (kehati-hatian). Individu berpikir dan mempertimbangkan beberapa alternatif pemecahan masalah yang tersedia, meminta pendapat orang lain, berhati-hati dalam memutuskan masalah serta mengevaluasi strategi yang pernah dilakukan sebelumnya.

c. *Negotiation* (Negosiasi), Beberapa usaha individu yang dilakukan dan ditujukan kepada orang lain yang terlibat atau merupakan penyebab masalahnya untuk ikut menyelesaikan masalah.

## 2. **Emotion focused *coping***

Emotion-focused *coping* menurut Folkman (dalam Smet, 1994) terdiri dari 5 variasi:

- 1) Self-control, adalah usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan.
- 2) Distancing, adalah usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan, seperti menghindar dari permasalahan seakan tidak terjadi apa-apa atau menciptakan pandangan-pandangan yang positif, seperti menganggap masalah lelucon.
- 3) Positif reappraisal, adalah usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan terfokus pada pengembangan diri, biasanya juga melihat hal-hal yang bersifat religius.
- 4) Accepting responsibility, adalah usaha untuk menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapinya, dan mencoba menerimanya untuk membuat semuanya menjadi lebih baik. Strategi ini baik, terlebih bila masalah terjadi karena pikiran dan tindakannya sendiri. Namun strategi ini menjadi tidak baik bila individu tidak seharusnya bertanggung jawab atas masalah tersebut.
- 5) Escape avoidance, adalah usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut atau menghindarinya dengan beralih

pada hal lain seperti makan, minum, merokok atau menggunakan obat-obatan

Aspek *emotion focused coping* menurut Aldwin dan Ravenson (dalam Tjiptorini, 2013) adalah:

1. *Escapism* (pelarian diri dari masalah)

Cara individu mengatasi stress dengan berkhayal atau membayangkan hasil yang akan terjadi atau mengandaikan dirinya berada dalam situasi yang lebih baik dari situasi yang dialaminya saat ini.

2. *Minimization* (meringankan beban masalah)

Cara individu mengatasi stress dengan menolak memikirkan masalah dan menganggapnya seakan-akan masalah tersebut tidak ada dan membuat masalah menjadi ringan.

3. *Self Blame* (menyalahkan diri sendiri)

Cara individu mengatasi stress dengan memunculkan perasaan menyesal, menghukum dan menyalahkan diri sendiri atas tekanan masalah yang terjadi. Strategi ini bersifat pasif dan *intropunitive* yang ditunjukkan dalam diri sendiri.

4. *Seeking Meaning* (mencari arti)

Cara individu mengatasi stress dengan mencari makna atau hikmah dari kegagalan yang dialaminya dan melihat hal-hal lain yang penting dalam kehidupan.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti menggunakan tiga aspek *problem focused coping* dari Aldwin dan Ravenson untuk menyusun alat

ukur yaitu *negotiation*, *instrumental action* dan *exercise caution* karena aspek-aspek tersebut dapat lebih mewakili variabel yang akan diukur, yaitu *problem focused coping* pada mahasiswa.

#### **d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Strategi Coping**

Terdapat beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi *coping* stress. Reaksi terhadap stres bervariasi antara individu yang satu dengan individu yang lainnya, dan dari waktu ke waktu pada orang yang sama. Perbedaan ini disebabkan oleh faktor psikologis dan sosial yang tampaknya dapat merubah dampak stressor bagi individu.

Menurut Smet (1994) faktor-faktor yang mempengaruhi *coping* stress adalah:

1. Kondisi individu; mencakup umur, tahap kehidupan, jenis kelamin, temperamen, faktor genetik, intelegensi, pendidikan, suku, kebudayaan, status ekonomi dan kondisi fisik.
2. Karakteristik kepribadian, mencakup introvert-extrovert, stabilitas emosi secara umum, kepribadian “ketabahan” (*hardiness*), *locus of control*, kekebalan, dan ketahanan.
3. Sosial-kognitif, mencakup dukungan sosial yang dirasakan, jaringan sosial, serta kontrol pribadi yang dirasakan.
4. Hubungan dengan lingkungan sosial, dukungan sosial yang diterima, integrasi dalam jaringan sosial.
5. Strategi dalam melakukan *coping*



Menurut Mutadin (2002) cara individu menangani situasi yang mengandung tekanan ditentukan oleh sumber daya individu yang meliputi :

1. Kesehatan Fisik

Kesehatan merupakan hal yang penting, karena selama dalam usaha mengatasi stres individu dituntut untuk mengerahkan tenaga yang cukup besar.

2. Keyakinan atau pandangan positif

Keyakinan menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan akan nasib (*external locus of control*) yang mengerahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan (*helplessness*) yang akan menurunkan kemampuan strategi *coping*.

3. Keterampilan memecahkan masalah

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.

4. Keterampilan sosial

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk berkomunikasi dan bertindak laku dengan cara-cara yang sesuai dengan nilai-nilai sosial yang berlaku dimasyarakat.

## 5. Dukungan sosial

Dukungan ini meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada diri individu yang diberikan oleh orang tua, anggota keluarga lain, saudara, teman, dan lingkungan masyarakat sekitarnya.

## 6. Materi

Dukungan ini meliputi sumber daya berupa uang, barang-barang atau layanan yang biasanya dapat dibeli.

Perlu diketahui, bahwa tidak ada satu pun metode yang dapat digunakan untuk semua situasi stres. Tidak ada strategi coping yang paling berhasil. Strategi coping yang paling efektif adalah strategi yang sesuai dengan jenis stres dan situasi (Rutter, dalam Smet, 1994).

## **C. Retardasi Mental**

### **a. Definisi Reterdasi Mental**

Tunagrahita adalah istilah yang digunakan untuk menyebutkan anak yang mempunyai kemampuan intelektual di bawah rata-rata. Dalam kepustakaan bahasa asing digunakan istilah-istilah *mental retardation*, *mentally retarded*, *mental deficiency*, *mental defective*, dan lain-lain. Pada dasarnya, istilah-istilah tersebut memiliki arti yang sama yang menjelaskan kondisi anak yang kecerdasannya jauh di bawah rata-rata dan ditandai oleh keterbatasan intelegensi dan ketidakcakapan dalam interaksi sosial (Somantri, 2007). Untuk selanjutnya, penulis menggunakan istilah retardasi mental (*mental retardation*).

Retardasi mental adalah kelainan atau kelemahan jiwa dengan intelegensi yang kurang (sub normal) sejak masa perkembangan (sejak lahir atau sejak masa anak). Biasanya terdapat perkembangan mental yang kurang secara keseluruhan, tetapi gejala yang utama ialah intelegensi yang terbelakang. Retardasi mental disebut juga *oligofrenia* (*oligo*: kurang atau sedikit dan *fren*: jiwa) atau tuna mental (Maramis, 2005).

Menurut WHO retardasi mental adalah kemampuan mental yang tidak mencukupi. Sedangkan menurut *American Association on Mental Retardation* (AAMR), retardasi mental merupakan kelemahan atau ketidakmampuan kognitif muncul pada masa kanak-kanak (sebelum 18 tahun) ditandai dengan fase kecerdasan dibawah normal (IQ 70-75 atau kurang), dan disertai keterbatasan lain pada sedikitnya dua area yaitu : berbicara dan berbahasa, ketrampilan merawat diri, ketrampilan sosial, penggunaan sarana masyarakat, kesehatan dan keamanan, akademik fungsional, bekerja dan rileks, dan lain-lain (Soetjiningsih, 2006).

Menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ-III), retardasi mental ialah suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya kendala keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial (Maslim, 2001).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa retardasi mental atau tuna grahita ialah keadaan perkembangan jiwa yang

terhenti atau tidak lengkap dan muncul pada masa kanak-kanak (sebelum 18 tahun) yang ditandai dengan keterbatasan intelegensi dan ketidakcakapan dalam interaksi sosial.

#### **b. Kriteria Diagnosis Reterdasi Mental**

Reterdasi mental didiagnosis berdasarkan tiga kriteria (APA, dalam Nevid, 2005), diantaranya adalah:

1. Skor rendah pada intelegensi formal (skor IQ kira-kira 70 atau dibawahnya)
2. Adanya bukti hendaya dalam melakukan tugas sehari-hari dibandingkan dengan orang lain yang seusia
3. perkembangan gangguan terjadi sebefore usia 18 tahun.

#### **c. Faktor-faktor Penyebab Terjadinya Retardasi Mental**

Menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa Ke-1 (Maramis, 2005) faktor-faktor penyebab retardasi mental adalah sebagai berikut:

1. Infeksi dan atau intoksikasi

Infeksi yang terjadi pada masa prenatal dapat berakibat buruk pada perkembangan janin, yaitu rusaknya jaringan otak. Begitu juga dengan terjadinya intoksinasi, jaringan otak juga dapat rusak yang pada akhirnya menimbulkan retardasi mental.

Infeksi dapat terjadi karena masuknya *rubella*, *sifilis*, *toksoplasma*, dll, kedalam tubuh ibu yang sedang mengandung. Begitu pula halnya

dengan intoksinasi, karena masuknya “racun” atau obat yang semestinya dibutuhkan.

## 2. Terjadinya rudapaksa dan / atau sebab fisik lain

Rudapaksa sebelum lahir serta trauma lainnya, seperti *hiper radiasi*, alat kontrasepsi, dan usaha melakukan *obortus* dapat mengakibatkan kelainan berupa retardasi mental.

Pada waktu proses kelahiran (*perinatal*) kepala bayi dapat mengalami tekanan sehingga menimbulkan pendarahan di dalam otak. Mungkin juga karena terjadi kekurangan oksigen yang kemudian menyebabkan terjadinya *degenerasi* sel-sel *korteks* otak yang kelak mengakibatkan retardasi mental.

## 3. Gangguan metabolisme, pertumbuhan atau gizi

Semua retardasi mental yang langsung disebabkan oleh gangguan metabolisme (misalnya gangguan metabolisme karbohidrat dan protein), gangguan pertumbuhan, dan gizi buruk termasuk dalam kelompok ini. Gangguan gizi berat dan berlangsung lama sebelum anak berusia 4 tahun sangat mempengaruhi perkembangan otak dan dapat mengakibatkan retardasi mental. Keadaan seperti itu dapat diperbaiki dengan memberikan gizi yang mencukupi sebelum anak berusia 6 tahun, sesudah itu biarpun anak tersebut sangat sukar untuk ditingkatkan.

## 4. Penyakit otak yang nyata (postnatal)

Dalam kelompok ini termasuk retardasi mental akibat beberapa reaksi sel-sel otak yang nyata, yang bersifat *degenerative*, radang,

proliferatif, sklerotik atau reparatif. Penyakit otak yang terjadi sejak lahir atau bayi dapat menyebabkan penderita mengalami keterbelakangan mental.

#### 5. Penyakit atau pengaruh prenatal

Keadaan ini dapat diketahui sudah ada sejak dalam kandungan, tetapi tidak diketahui etiologinya, termasuk *anomaly cranila primer* dan *defek congenital* yang tidak diketahui sebabnya.

#### 6. Kelainan kromosom

Kelainan kromosom mungkin terjadi sejak pada aspek jumlah maupun bentuknya. Kelainan pada jumlah kromosom menyebabkan *sindroma down* yang dulu sering disebut mongoloid.

#### 7. Prematuritas

Retardasi mental yang termasuk retardasi mental yang berhubungan dengan keadaan bayi yang pada waktu lahir berat badannya kurang dari 2500 gram dan / atau dengan masa kehamilan kurang dari 38 minggu.

#### 8. Akibat gangguan jiwa yang berat

Retardasi mental juga terjadi karena adanya gangguan jiwa yang berat pada masa kanak-kanak.

#### 9. Deprivasi psikososial

Deprivasi artinya tidak terpenuhi kebutuhan. Tidak terpenuhinya kebutuhan psikososial awal-awal perkembangan ternyata juga dapat menyebabkan terjadinya retardasi mental pada anak.

#### **d. Karakteristik Retardasi Mental**

Retardasi mental banyak ditemukan pada anak-anak berusia 5 dan 6 tahun, puncaknya pada golongan remaja umur 15 tahun. Selama masa kanak-kanak awal, mereka yang menderita retardasi ringan relatif tampak normal. Kekurangan mereka baru tampak sesudah masuk sekolah, yaitu antara umur 5 atau 6 tahun sampai umur belasan tahun (Supratiknya, 1995). Menurut Kaplan (1997) retardasi mental atau keterbelakangan mental merupakan masalah multirasional yang menyangkut beberapa aspek di bawah ini yakni:

1. Aspek medis, yaitu adanya perubahan-perubahan dasar dalam otak, misalnya perubahan unsur-unsur yang penting di dalam otak, perubahan metabolisme sel-sel otak dan kurangnya kapasitas transmisi antar neuron.
2. Aspek psikologis, yaitu adanya gangguan perkembangan fisik, intelegensi dan emosi pada bayi sampai anak pra-sekolah; timbulnya rasa rendah diri akibat kemampuannya lebih rendah daripada anak normal.
3. Aspek pendidikan, yaitu kesukaran menangkap pelajaran pada anak-anak retardasi mental yang mulai bersekolah, sehingga perlu pendidikan khusus yang disebut sekolah luar biasa.
4. Aspek perawatan, yaitu tidak jarang 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, yaitu kurangnya kemampuan 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.

#### **e. Klasifikasi Reterdasi Mental**

DSM mengklasifikasikan reterdasi mental berdasarkan tingkat keparahannya. Sebagian besar anak dengan reterdasi mental yang berada pada taraf ringan sebanyak 85%, sebanyak 10% dalam taraf sedang, taraf berat 3-4%, dan dalam taraf sangat berat sebanyak 1-2% (Nevid, 2005). Cara yang biasa digunakan untuk mengklasifikasikan reterdasi mental adalah menurut tingkat intelegensi. Menurut Maramis (2005), mengklasifikasikan reterdasi mental sebagai berikut:

- a. Retardasi Mental Taraf Perbatasan (IQ = 68–85),
- b. Retardasi Mental Ringan (IQ = 52–67),
- c. Retardasi Mental Sedang (IQ = 36–51),
- d. Retardasi Mental Berat (IQ = 20–35), dan
- e. Retardasi Mental Sangat Berat (IQ = kurang dari 20).

Menurut Somantri (2007) retardasi mental dapat digolongkan ke dalam tiga kategori, yaitu retardasi mental ringan, retardasi mental sedang dan retardasi mental berat. Berikut ini penjelasan dari masing-masing kategori tersebut:

##### **1) Retardasi Mental Ringan**

Retardasi mental ringan disebut juga Moron atau Debil. Menurut Binet, IQ retardasi mental ringan berkisar antara 52-68. Sedangkan menurut skala Weschler (WISC), IQ retardasi mental ringan berkisar



antara 55-69. Penderita retardasi mental ringan masih dapat belajar membaca, menulis dan berhitung sederhana. Pada umumnya, penderita retardasi mental ringan tidak mengalami gangguan fisik. Secara fisik, penderita retardasi mental ringan tampak seperti anak normal. Penderita retardasi mental ringan tidak mampu melakukan penyesuaian sosial secara mandiri. Namun penderita retardasi mental ringan biasanya tidak dapat merencanakan masa depan dan bahkan suka berbuat kesalahan. Sesudah dewasa IQ mereka setara dengan anak berusia 8-11 tahun.

## 2) Retardasi mental sedang

Retardasi mental sedang disebut juga Imbesil. Menurut Binet, IQ retardasi mental sedang berkisar antara 36-51. Sedangkan menurut skala Weschler (WISC), IQ retardasi mental sedang berkisar antara 40-54. Secara fisik, anak dengan gangguan ini memiliki sejumlah cacat fisik. Penderita retardasi mental sedang dapat dididik mengurus diri sendiri, misalnya mandi, berpakaian, makan, minum, mengerjakan pekerjaan rumah yang sederhana seperti menyapu, membersihkan perabot rumah tangga, dan sebagainya. Penderita retardasi mental sedang sangat sulit, bahkan tidak dapat belajar secara akademik seperti belajar menulis, membaca, dan lain-lain.

## 3) Retardasi Mental Berat

Retardasi mental berat disebut juga idiot. Menurut Binet, IQ retardasi mental berat berkisar antara 20-35. Sedangkan menurut Skala Weschler (WISC), IQ retardasi mental berat berkisar antara 25-39. Penderita

retardasi mental berat memerlukan bantuan perawatan secara total dalam hal berpakaian, mandi, makan, dan lain-lain. Selain itu, penderita retardasi mental berat memerlukan perlindungan dari bahaya sepanjang hidupnya.

#### **D.Tingkat Stres Ibu yang Memiliki Anak Reterdasi Mental Ditinjau dari Strategi Coping.**

Orang tua anak berkebutuhan khusus memiliki berbagai tanggung jawab lebih dibandingkan orang tua dengan anak normal. Kondisi anak yang memiliki kebutuhan khusus membuat orang tua mengalami kekhawatiran misalnya masalah finansial, kesempatan yang terbentang di depan anaknya serta realitas yang akan dihadapi anak pada saat dewasa kelak.

Berbeda dengan anak normal yang mampu untuk meningkatkan kemandirian seiring dengan perkembangan mereka, anak berkebutuhan khusus mungkin tidak memiliki koordinasi ataupun kekuatan yang dibutuhkan untuk mengurus diri, dimana bagi orang tua dapat diartikan sebagai tahun demi tahun yang penuh dengan kekhawatiran dan kelelahan (Martin & Colbert, 1997). Oleh karena itu, bukan hal yang mengejutkan jika kesulitan yang banyak dialami orang tua anak berkebutuhan khusus berkaitan dengan tuntutan pengasuhan (Beckman- Bell, dalam Martin & Colbert, 1997).

Kehadiran anak Retardasi mental yang termasuk dalam kategori anak berkebutuhan khusus yang membawa pengaruh di dalam kehidupan keluarga terutama ibu sebagai figur terdekat anak. Menurut Prasadio (1976), keberadaan

anak retardasi mental membawa stres tersendiri bagi kehidupan keluarga, termasuk didalamnya trauma psikologis, masalah dalam pengasuhan anak, beban finansial, dan isolasi sosial. Stres yang dialami ibu ini disebut dengan stres pengasuhan. Stres pengasuhan digambarkan sebagai kecemasan dan ketegangan yang melampaui batas dan secara khusus berhubungan dengan peran orang tua dan interaksi antara orang tua dengan anak (dalam Ahern, 2004). Ibu sebagai figur terdekat anak seringkali merasa khawatir dengan masalah emosional yang akan muncul dalam kemampuan menyediakan kebutuhan untuk anaknya. Ibu yang memiliki anak berkebutuhan khusus akan lebih berpotensi mengalami stres pengasuhan dibandingkan dengan ibu yang memiliki anak normal.

Mempunyai anak yang mengalami retardasi mental bisa menimbulkan tekanan, goncangan ataupun kesedihan bagi orang tua, khususnya bagi ibu. Kondisi ini terjadi karena pada umumnya yang lebih banyak berinteraksi dan kontak secara langsung dengan penderita retardasi mental adalah para ibu. Tekanan yang dirasakan orang tua ini adalah karena tidak mengetahui bagaimana cara penanganan atau pengasuhan anak yang mengalami Retardasi mental secara efektif (Maramis, 2005).

Berbeda dengan anak normal yang mampu untuk meningkatkan kemandirian seiring dengan perkembangan mereka, anak berkebutuhan khusus mungkin tidak memiliki koordinasi ataupun kekuatan yang dibutuhkan untuk mengurus diri, dimana bagi orang tua dapat diartikan sebagai tahun demi tahun yang penuh dengan kekhawatiran dan kelelahan (Martin & Colbert, 1997).

Banyak ibu yang merasa takut akan kelangsungan hidup anaknya dalam waktu dekat maupun yang akan datang. Keraguan yang dapat dilihat adalah tentang penepatan sekolah bagi anak dan kesehatan anak Retardasi mental. Keraguan orang tua akan masa depan anaknya juga meliputi kemampuan orang tua dalam mengasuh anaknya, kemampuan anak untuk menjadi mandiri dan mencari uang.

Oleh sebab itu dalam menghadapi situasi yang *stressful*, ibu yang memiliki anak reterdasi mental perlu mengambil langkah-langkah untuk meminimalkan atau menghilangkan *stressor* yang ditimbulkan dari berbagai masalah yang dihadapi. Para ibu yang memiliki anak reterdasi mental membutuhkan perilaku *coping* yang sesuai, sehingga mereka akan dapat berbuat yang terbaik bagi anak maupun dirinya sendiri. Menurut Nurhayati (2005) kemampuan setiap individu dalam memilih strategi *coping* dan menggunakannya untuk mengurangi tekanan adalah berbeda. Perbedaan juga terdapat dalam hal pemahaman mengenai bagaimana dan kapan harus memakai strategi *coping* yang diperlukan.

Ketika individu menggunakan strategi *emotional focused coping* (*coping* yang berpusat pada emosi), maka strategi tersebut hanya berfungsi untuk meregulasi respon emosional terhadap masalah. Strategi *coping* ini sebagian besar terdiri dari proses-proses kognitif yang ditujukan pada pengukuran tekanan emosional dan strategi yang termasuk di dalamnya adalah:

- a. Penghindaran, peminiman atau pembuat jarak
- b. Perhatian yang selektif

- c. Memberikan penilaian yang positif pada kejadian yang negative

Artinya bahwa *emotional focused coping* hanya berfungsi sebagai regulator respon emosional dan bersifat sementara waktu. Menurut Lazarus & Folkman (dalam Smet, 1994), ketika individu merasa tidak mampu mengubah kondisi yang stresful, individu akan cenderung mengatur emosinya.

Sebaliknya strategi *problem focused coping* ( *coping* yang berpusat pada masalah) seperti yang dikemukakan oleh Folkman dan Lazarus, yang berfungsi untuk mengatur dan merubah masalah penyebab stres. Strategi yang termasuk di dalamnya adalah:

- a. Mengidentifikasi masalah
- b. Mengumpulkan alternatif pemecahan masalah
- c. Mempertimbangkan nilai dan keuntungan alternatif tersebut
- d. Memilih alternatif terbaik
- e. Mengambil tindakan

Menurut Lazarus & Folkman (dalam Smet, 1994) Individu cenderung menggunakan strategi *Problem Focused Coping* ketika mereka percaya bahwa tuntutan dari situasi dapat diubah. *Problem focused coping* pada dasarnya ialah keberanian individu menghadapi masalah.

Gayton & Walker (Clifford et al, 1986) menyebutkan kebutuhan orang tua anak retardasi mental adalah adanya informasi yang akurat lebih awal untuk mengurangi kemungkinan kecemasan dan lebih mempersiapkan diri dengan perasaan bahwa mereka dapat melakukan sesuatu untuk dapat mengatasi hal tersebut. Berbagai usaha dan perencanaan serta penilaian yang

berbeda tentang anak Retardasi mental akan membuat ibu lebih dapat memiliki pemikiran positif terhadap kemampuan ibu dalam merawat dan membesarkan anaknya sehingga menjadi lebih optimis terhadap anak Retardasi mental ini dengan bimbingan ibu dan tenaga profesional akan bisa berfungsi dengan baik dalam kehidupannya.

### **E. Kerangka Teori**

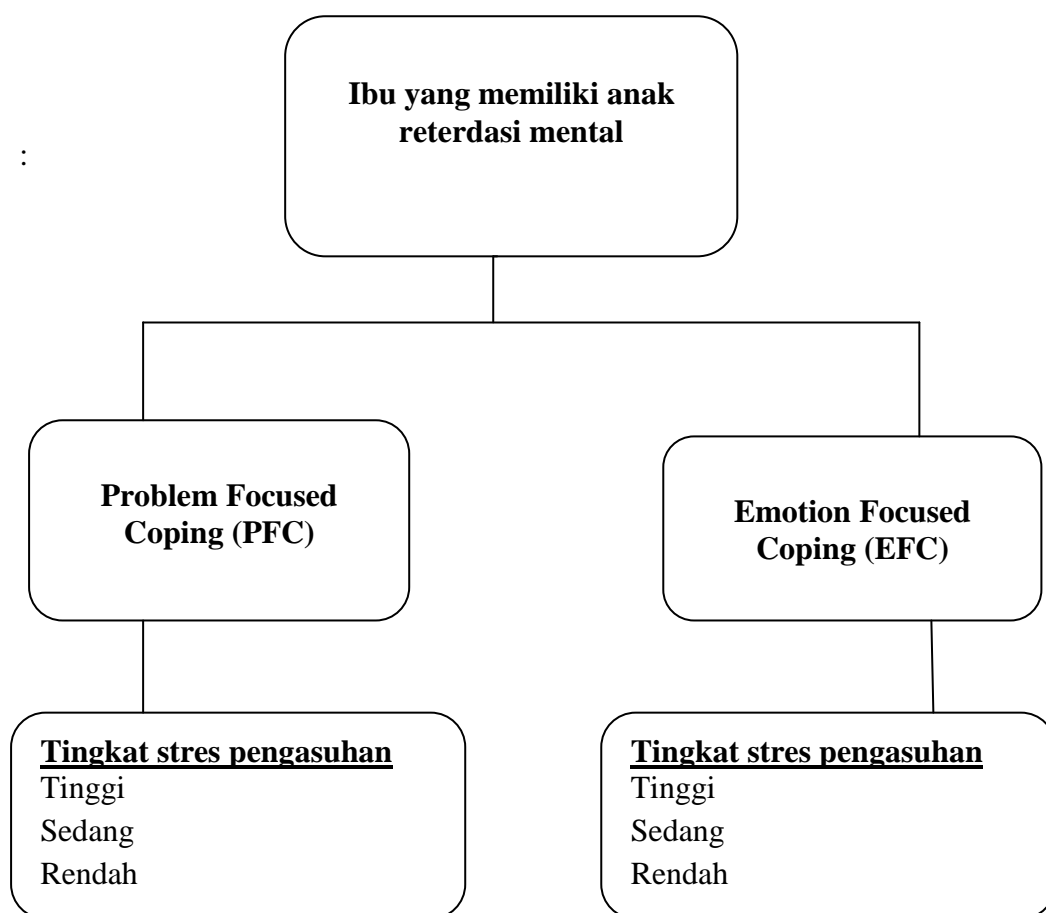
Menurut Abidin (Ahern, 2004) stres pengasuhan digambarkan sebagai kecemasan dan ketegangan yang melampaui batas dan secara khusus berhubungan dengan peran orang tua dan interaksi antara orang tua dengan anak. Model stres pengasuhan Abidin (Ahern, 2004) juga memberikan perumpamaan bahwa stres mendorong kearah tidak berfungsinya pengasuhan orang tua terhadap anak, pada intinya menjelaskan ketidaksesuaian respon orang tua dalam menanggapi konflik dengan anak- anak mereka.

Menurut Nurhayati (2005) kemampuan setiap individu dalam memilih strategi *coping* dan menggunakannya untuk mengurangi tekanan adalah berbeda. Perbedaan juga terdapat dalam hal pemahaman mengenai bagaimana dan kapan harus memakai strategi *coping* yang diperlukan.

Strategi *coping* didefinisikan sebagai usaha kognitif dan behavioral yang dilakukan oleh individu tersebut, yaitu usaha untuk mengatur tuntutan tersebut meliputi usaha untuk menurunkan, meminimalisasi, dan juga menahan (Rustiana, 2003). Menurut Maryam (2009), strategi *coping* bertujuan untuk

mengatasi situasi yang dirasa menekan, menantang, membebani, dan melebihi sumber daya (*resources*) yang dimiliki.

Secara Ringkasnya, Tingkat Stres ibu yang memiliki anak reterdasi mental ditinjau dari strategi coping stres yang digunakan dijelaskan dalam bagan berikut:



## F. Hipotesis

Dalam penelitian kuantitatif kedudukan hipotesis penelitian sangat penting, hal ini dikarenakan dengan adanya hipotesis ini penelitian akan mempunyai arah yang jelas untuk membuat suatu kesimpulan penelitian melalui verifikasi. Hipotesis merupakan jawaban sementara yang dibangun

berdasarkan pada kajian konsep teori-teori data hasil temuan penelitian terdahulu atau dari hasil pengamatan terhadap lapangan yang hendak diteliti dan akan diuji kebenarannya (Soepeno, 1997).

Berdasarkan pada kajian teori diatas, maka yang menjadi hipotesis penelitian ini adalah:

Ho : Tidak ada perbedaan antara tingkat stres ibu yang memiliki anak reterdasi mental ditinjau dari strategi coping

Ha : Ada perbedaan antara tingkat stres ibu yang memiliki anak reterdasi mental ditinjau dari strategi coping