

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN HARGA DIRI DAN BEBAN  
KELUARGA PENDERITA RETARDASI MENTAL  
DI DESA SIDOHARJO KABUPATEN PONOROGO**

**TESIS**

**Untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Magister**



**HARTATIK**

**NIM: 176070300111049**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN**

**PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

**MALANG**

**2019**

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN HARGA DIRI  
DAN BEBAN KELUARGA PENDERITA RETARDASI MENTAL  
DI DESA SIDOHARJO KABUPATEN PONOROGO**

Oleh:  
HARTATIK  
NIM : 176070300111049

Dipertahankan didepan penguji  
Pada tanggal: 1 Juli 2019  
Dan dinyatakan memenuhi syarat



Menyetujui  
Komisi Pembimbing

Ketua

Anggota

Prof.Dr.dr.Teguh Wahyu Sardjono,DTM&H,MSc,SpPark  
NIP: 195204101980021001

Ns. Lilik Supriati, S. Kep, M.Kep  
NIP: 198305052010122006

Komisi Penguji

Penguji 1

Penguji 2

Prof.Dr.dr.Noorhamdani,AS,DMM,SpMK(K)  
NIP:195011101980021001

Prof.Dr.Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes  
NIP: 197702262003122001

Mengetahui  
Dekan Fakultas Kedokteran  
Universitas Brawijaya

Dr.drWisnu Barlianto,Msi.Med,SpA(K)  
NIP197307262005011008

## IDENTITAS TIM PENGUJI

## JUDUL TESIS:

ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN HARGA DIRI DAN BEBAN KELUARGA PENDERITA RETARDASI MENTAL DI DESA SIDOHARJO KABUPATEN PONOROGO

Nama Mahasiswa : Hartatik

NIM : 176070300111049

Program Studi : Magister Keperawatan

Minat : Keperawatan Jiwa

## KOMISI PEMBIMBING

Ketua : Prof.Dr.dr.Teguh Wahyu Sardjono,DTM&H,MSc,SpPark

Anggota : Ns. Lilik Supriati, S.Kep, M.Kep

## TIM DOSEN PENGUJI

Dosen Penguji 1 : Prof.Dr.dr.Noorhamdani,AS,DMM,SpMK (K)

Dosen Penguji 2 : Prof.Dr.Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes

Tanggal ujian : 1 Juli 2019

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur Penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmad hidayah dan karunia Nya maka Penulis dapat menyelesaikan proposal tesis ini dengan judul “Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Harga Diri dan Beban Keluarga Penderita Retardasi Mental di Desa Sidoharjo Kabupaten Ponorogo”.

Penulis menyadari dalam tesis ini banyak bantuan dari berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung. Untuk itu, dengan segala kerendahan hati penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Nuhfil Hanani AR, MS, selaku Rektor Universitas Brawijaya yang telah memberikan kesempatan kepada Penulis untuk menimba ilmu di Universitas Brawijaya Malang.
2. Dr. dr Sri Andarini, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang yang selalu memotivasi.
3. Prof.Dr. Titin Andri Wihastuti, SKp.,M.Kes., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang, yang selalu memberi semangat dan dukungan.
4. Prof.Dr.dr.Teguh Wahyu Sardjono, DTM&H,MSc,SpPark selaku pembimbing satu yang telah mengarahkan dan membimbing Penulis dalam penyusunan tesis ini.
5. Ns.Lilik Supriati, S.Kep.,M.Kep selaku pembimbing dua yang telah mengarahkan dan membimbing Penulis dalam penyusunan tesis ini.
6. Prof.Dr.dr.Noorhamdani,AS,DMM,SpMK(K) selaku penguji pertama yang telah mengarahkan dan membimbing Penulis dalam penyusunan tesis ini.



7. Dr.Heni Dwi Windarwati,S.Kep.,M.Kep.,Sp.KepJ selaku penguji kedua yang telah mengarahkan dan membimbing Penulis dalam penyusunan tesis ini
8. Prof.Dr. Titin Andri Wihastuti, SKp.,M.Kes.,selaku pembimbing dua baru yang mengarahkan dan membimbing Penulis dalam penyusunan tesis ini.
9. Kepala KESBANGPOLLINMAS Kabupaten Ponorogo yang telah memberi izin dalam penelitian ini.
10. Kepala Desa Sidoharjo Kabupaten Ponorogo yang telah memberi izin dalam penelitian ini.
11. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi Magister Keperawatan Universitas Brawijaya yang banyak memberikan bantuan dalam penyusunan tesis ini.
12. Seluruh teman seangkatan PSMK UB 2017 yang membantu dan memberi motivasi dalam penyusunan tesis ini.
13. Almarhum Bapak, serta Ibu tercinta, dan saudara yang selalu memberi dukungan, semangat, dorongan dan doa bagi Penulis dalam penyusunan tesis ini.
14. Suami tercinta “Muhammad Romdoni” dan permata hatiku “Muhammad Gesang Faruq Asyauqillah” yang selalu memberikan cinta, mendukung langkahku, kesabaran dalam menemani perjalanan tesis dan hidupku dan doa yang selalu mengiringiku

## RINGKASAN

Hartatik, NIM. 176070300111049. Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya, Malang, Mei 2019. Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Harga Diri dan Beban Keluarga Penderita Retardasi Mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo. Komisi Pembimbing Ketua: Teguh Wahyu Sardjono, Anggota: Lilik Supriati.

Retardasi mental merupakan salah satu kecacatan berupa penyimpangan perkembangan intelektual. Kondisi klinis ini ditandai dengan penurunan kemampuan kognitif, bahasa dan motorik serta sosial. Kejadian tertinggi retardasi mental terdapat di negara-negara berkembang dengan jumlah 2,3%. Sebanyak 8,3 % juta jiwa dari populasi jumlah penduduk di Indonesia sekitar 250 juta jiwa mengalami retardasi mental. Tingkatan retardasi mental di Jawa Timur pada tahun 2013-2014 adalah sejumlah 6633 kasus dari estimasi jumlah penduduk sekitar 250 juta jiwa, terdiri dari retardasi mental ringan 3994 kasus dan retardasi mental sedang 2639 kasus. Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo merupakan salah satu desa yang disebut sebagai "kampung idiot" karena banyak warganya yang mengalami retardasi mental dan kecacatan lainnya. Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon sebanyak 138 orang atau mencapai 2,4% dari jumlah penduduk desa tahun 2018 sebanyak 5791 penduduk. Fenomena tingginya kasus retardasi mental di desa Sidoharjo terjadi cukup lama dari tahun 1970.

Retardasi mental dapat memberi dampak psikologis baik bagi individu, masyarakat maupun keluarga. Dampak bagi keluarga adalah syok, penyangkalan, penolakan dan kecenderungan menyembunyikan penderita retardasi mental (PRM) dan peningkatan beban keluarga dalam merawat. Masalah yang banyak ditemukan pada keluarga yang merawat PRM adalah harga diri rendah dan beban keluarga. Hal tersebut dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi stres, efikasi diri dan stigma diri dan faktor eksternal adalah stigma publik dan dukungan sosial. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis faktor yang berhubungan dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental. Metode yang digunakan adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* untuk mengukur variabel risiko yaitu stres, efikasi diri, stigma diri, stigma publik dan dukungan sosial. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 58 keluarga. Lokasi penelitian dilakukan di rumah masing masing responden. Prosedur analisis data pada penelitian ini adalah analisis univariat, analisis bivariat menggunakan koefisien kontingensi, somer'd dan spearman rank, dan analisis multivariat menggunakan regresi logistik ganda pada variabel harga diri, sedangkan variabel beban keluarga menggunakan regresi logistik ordinal.

Hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan bermakna antara efikasi diri dengan harga diri dan beban, ada hubungan bermakna stigma diri dengan harga diri dan beban, ada hubungan bermakna stres dengan harga diri dan beban, ada hubungan bermakna dukungan sosial dengan diri dan beban, ada hubungan bermakna stigma publik dengan harga diri, namun tidak ada hubungan stigma publik dengan beban. Faktor yang paling berhubungan dengan harga diri dan beban pada keluarga penderita retardasi mental (PRM) adalah stigma diri. Stigma diri berdampak pada harga diri seseorang. Harga diri terkait stigma diri mengarah pada ketidakmampuan penderita dan tingkah laku yang aneh. Selain beban ekonomi dan material, pengasuh orang dengan penyakit mental terpapar pada tantangan psikososial. Stigma diri dipengaruhi juga oleh data demografi responden, seperti umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Sebagian besar penelitian di desa Sidoharjo ini adalah seorang perempuan dengan umur rata-rata 40 tahun, pendidikan sebagian besar adalah SD dan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga. Salah satu faktor yang mempengaruhi stigma diri adalah pendidikan dan pekerjaan. Pendidikan akan mempengaruhi wawasan seseorang terkait pengetahuan. Responden dengan stigma diri yang tinggi terjadi karena wawasan yang kurang terkait penyakitnya, studi ini didapatkan hasil yang signifikan bahwa stigma diri berhubungan dengan pekerjaan dan harga diri.



Faktor yang paling berhubungan dengan beban adalah stigma diri. Stigma diri adalah salah satu tantangan psikologis yang dapat diperburuk oleh faktor intrinsik dan atau ekstrinsik. Stigma diri pengasuh dapat berpengaruh negatif terhadap proses perawatan. Masalah yang berkaitan dengan stigma tidak hanya mempengaruhi orang yang menderita penyakit mental tetapi juga keluarga. Keluarga sebagai tempat bergantung dari sisi ekonomi dan perawatan sehari-hari, dan dengan tidak adanya perawatan kesehatan dan sosial yang memadai, terutama dalam domain kehidupan seperti keuangan, hubungan keluarga, kesejahteraan dan kesehatan, anggota keluarga mengatasi beban pengasuh yang sangat besar.

Saran peneliti meliputi, membentuk swadaya bantu pada masyarakat untuk mengurangi beban, yaitu mengaktifkan dan mengembangkan forum sidowayah bangkit (FSB) dan peran tenaga kesehatan seperti dokter, perawat dan bidan adalah melakukan pelayanan melalui posyandu lansia maupun balita dengan pendekatan aspek psikologis terutama keluarga yang hidup dengan penderita retardasi mental (PRM). Diharapkan dari penelitian ini, dinas kesehatan membuat program untuk mengurangi stigma publik sehingga mengurangi adanya stigma diri keluarga dan bagian pendidikan akademik dapat menjadikan tempat penelitian di desa ini dan 4 desa yang memiliki label yang sama dengan desa Sidoharjo, sebagai tempat praktik keperawatan jiwa maupun komunitas. Institusi pendidikan dapat mengembangkan buku tentang peran keluarga dalam meningkatkan harga diri dan menurunkan beban keluarga. Peneliti selanjutnya dapat menerapkan Family Psico Edukasi pada keluarga Penderita Retardasi Mental (PRM), Social Health Grup (SHG) di desa Sidoharjo Kecamatan Jambon, dapat meneliti faktor-faktor lain yang mempengaruhi stigma diri anggota keluarga penderita retardasi mental dan dapat meneliti kendala yang dihadapi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan dalam proses keperawatan bagi penderita retardasi mental di kampung tersebut dengan metode secara kualitatif



## SUMMARY

Hartatik, NIM. 176070300111049. Master of Nursing Study Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University, Malang, May 2019. Factor Analysis Related To Self-Esteem And The Family Burden Of Mental Retardation Patients In Sidoharjo Village, Jambon District, Ponorogo Regency. Advisory Committee Chair: Teguh Wahyu Sardjono, Member: Lilik Supriati

Mental retardation is one disability in the form of intellectual development deviations. This clinical condition is characterized by a decrease in cognitive, language and motoric and social abilities. The highest incidence of mental retardation in developing countries is 2.3%. As many as 8.3% million people of the population in Indonesia, around 250 million people have mental retardation. The levels of mental retardation in East Java in 2013-2014 were 6633 cases out of an estimated population of around 250 million, consisting of mild mental retardation of 3994 cases and moderate mental retardation of 2639 cases. Sidoharjo Village, Jambon Subdistrict, Ponorogo Regency is one of the villages which is referred to as an "idiot village" because many of its residents have mental retardation and other disabilities. Sidoharjo Village, Jambon Subdistrict, 138 people or 2.4% of the total population of 2018 as many as 5791 residents. The phenomenon of the high incidence of mental retardation in Sidoharjo village occurred long enough from 1970.

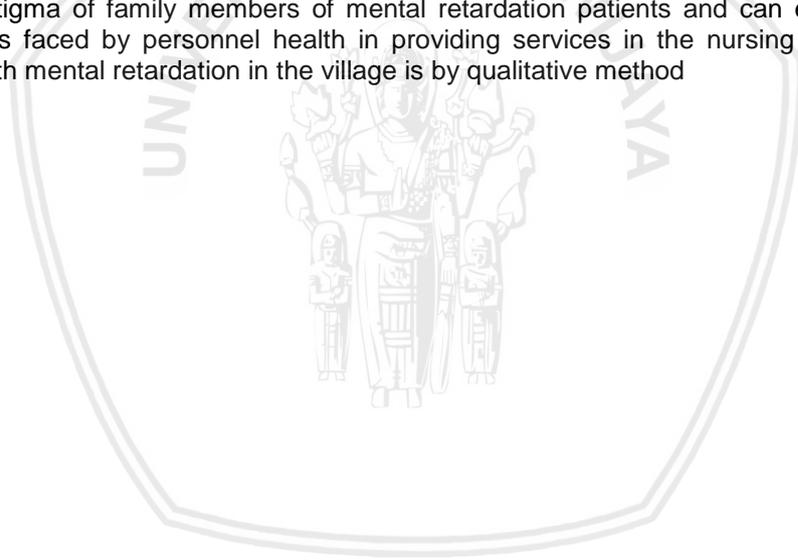
Mental retardation can have a psychological impact on individuals, communities and families. The impact on the family is shock, denial, rejection and tendency to conceal mental retardation sufferers (PRM) and increase the burden of the family in caring for them. The problem that is commonly found in families who care for PRM is low self-esteem and family burden. This is influenced by internal and external factors. Internal factors include stress, self-efficacy and self-stigma and external factors are public stigma and social support. The purpose of this study was to analyze factors related to self-esteem and the burden of families of mentally retarded patients. The method used was observational analytic with cross sectional approach to measure risk variables, namely stress, self-efficacy, self-stigma, public stigma and social support. The number of samples in this study were 58 families. The location of the study was conducted at each respondent's home. The data analysis procedure in this study was univariate analysis, bivariate analysis using contingency coefficients, somer and spearman rank, and multivariate analysis using multiple logistic regression on self-esteem variables, while family load variables used ordinal logistic regression.

The results showed that there was a significant relationship between self-efficacy and self-esteem and burden, there was a meaningful relationship between self-stigma and self-esteem and burden, there was a significant relationship of stress with self-esteem and burden, there was a meaningful relationship with self and burden, there was a significant relationship public stigma with self-esteem, but there is no relationship between public stigma and burden. The factors most related to self-esteem and burden on families with mental retardation (PRM) are self-stigma. Self-stigma affects one's self-esteem. Self-esteem related to self-stigma leads to the inability of sufferers and strange behavior. In addition to economic and material burdens, caregivers of people with mental illness are exposed to psychosocial challenges. Self-stigma is also influenced by the demographic data of respondents, such as age, gender, education and employment. Most of the research in Sidoharjo village is a woman with an average age of 40 years, most of the education is elementary school and work as a housewife. One of the factors that influence self-stigma is education and work. Education will affect one's insight into knowledge. Respondents with high self-stigma occur because of insights that are less

related to the disease, this study found significant results that self-stigma is related to work and self-esteem

The factor that most relates to the burden is self-stigma. Self-stigma is one of the psychological challenges that can be exacerbated by intrinsic and / or extrinsic factors. The self-care stigma can negatively affect the care process. Problems related to stigma not only affect people suffering from mental illness but also families. Family as a place depends on the economic and daily care side, and in the absence of adequate health and social care, especially in the domain of life such as finance, family relations, welfare and health, family members overcome the enormous burden of caregivers

Researcher's suggestions include forming self-help in the community to reduce the burden, namely activating and developing a rising sidowayah forum (FSB) and the role of health workers such as doctors, nurses and midwives is to provide services through elderly and toddlers posyandu with psychological aspects, especially families living with mental retardation sufferers (PRM). It is hoped that from this study, the health office will create a program to reduce public stigma, thereby reducing the stigma of family self-esteem and the academic education department can make research sites in this village and 4 villages that have the same label as Sidoharjo village, as a place for mental and community nursing. Educational institutions can develop books about the role of the family in increasing self-esteem and reducing family burden. The next researcher can apply the Family Psico Education to families of Mental Retardation (PRM), Social Health Group (SHG) in Sidoharjo village, Jambon Subdistrict, to examine other factors that affect the self-stigma of family members of mental retardation patients and can examine the constraints faced by personnel health in providing services in the nursing process for people with mental retardation in the village is by qualitative method



**ABSTRAK**

Hartatik, NIM. 176070300111049. **Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Harga Diri dan Beban Keluarga Penderita Retardasi Mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.** Tugas Akhir, Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya, Malang, Pembimbing: (1) Prof.Dr.dr.Teguh Wahyu Sardjono,DTM&H,MSc,SpPark (2) Ns .Lilik Supriati, S.Kep.,M.Kep

Retardasi mental merupakan salah satu kecacatan berupa penyimpangan perkembangan intelektual yang sering terjadi pada anak. Kondisi kilinis ini ditandai dengan penurunan kemampuan kognitif, bahasa dan motorik serta sosial. Hal ini menyebabkan dampak psikologis seperti harga diri ketergantungan seumur hidup bagi keluarga yang merawat dari segi ekonomi, kelelahan, rasa jenuh, amarah, pembatasan kebebasan hal ini menimbulkan beban bagi keluarga. Harga diri dan beban pada keluarga penderita retardasi mental (PRM). masih belum diketahui secara pasti sehingga perlu dilakukan analisis terhadap faktor yang berhubungan dengan masalah tersebut. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan harga diri dan beban pada keluarga penderita retardasi mental (PRM) yaitu efikasi diri, stres, stigma diri, stigma publik dan dukungan sosial. Desain penelitian menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan sampel 58 keluarga. menggunakan kuesioner yang diisi langsung oleh keluarga yang merawat dan tinggal satu rumah dengan penderita retardasi mental (PRM). Teknik sampling menggunakan *purposive sampling* dengan menetapkan kriteria inklusi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna stres dengan harga diri ( $p < 0,004 < 0,05$ ) dan beban ( $0,001 < 0,05$ ), efikasi diri dengan harga diri ( $0,000 < 0,05$ ) dan beban ( $0,013 < 0,05$ ), stigma diri ( $0,000 < 0,05$ ) dan beban ( $0,001 < 0,05$ ), dukungan sosial dengan harga diri ( $0,007 < 0,05$ ) dan beban ( $0,002 < 0,05$ ), stigma publik dengan harga diri ( $0,033 < 0,05$ ), namun tidak ada hubungan bermakna antara stigma publik dengan beban ( $0,142 > 0,05$ ). Faktor yang paling berhubungan dengan harga diri adalah stigma diri ( $0,000 < 0,05$ ) dan beban ( $0,001 < 0,05$ ). Saran pada penelitian ini adalah perlunya pendidikan kesehatan melalui terapi Family Psiko Edukasi (FPE) pada keluarga untuk mengurangi stigma diri.

**Kata kunci:** Harga Diri, Beban Keluarga, Keluarga Penderita Retardasi Mental (PRM).

## ABSTRACT

Hartatik, NIM. 176070300111049. Factor Analysis Related To Self-Esteem And The Family Burden Of Mental Retardation Patients In Sidoharjo Village, Jambon District, Ponorogo Regency. Final Project, Nursing Master Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University, Malang, Supervisor: (1) Prof.Dr.dr.Teguh Wahyu Sardjono, DTM & H, MSc, SpPark (2) Ns. Lilik Supriati, S.Kep., M .Kep

Mental retardation is one disability in the form of intellectual development deviations that often occur in children. This clinical condition is characterized by a decrease in cognitive, language and motoric and social abilities. This causes psychological impacts such as the lifelong self-esteem dependence on families who care in terms of the economy, fatigue, boredom, anger, restrictions on freedom this creates a burden on the family. Self-esteem and burden on families with mental retardation (PRM). it is still unknown, so an analysis of the factors related to the problem is needed. The purpose of this study was to analyze factors related to self-esteem and burden on families of mentally retarded patients (PRM) namely self-efficacy, stress, self-stigma, public stigma and social support. The study design used a cross sectional approach with a sample of 58 families. using a questionnaire filled out directly by the family caring for and living in one house with mental retardation sufferers (PRM). The sampling technique uses purposive sampling by setting inclusion criteria. The results showed that there was a significant relationship of stress with self-esteem ( $p = 0.004 < 0.05$ ) and burden ( $0.001 < 0.05$ ), self-efficacy with self-esteem ( $0.000 < 0.05$ ) and burden ( $0.013 < 0.05$ ), self-stigma ( $0,000 < 0,05$ ) and burden ( $0,001 < 0,05$ ), social support with self-esteem ( $0,007 < 0,05$ ) and burden ( $0,002 < 0,05$ ), public stigma with self-esteem ( $0,033 < 0.05$ ), but there is no significant relationship between public stigma and burden ( $0.142 > 0.05$ ). The factors most related to self-esteem were self-stigma ( $0,000 < 0,05$ ) and burden ( $0,001 < 0,05$ ). Suggestion in this study is the need for health education through Family Psico Education (FPE) therapy for families to reduce self stigma.

Keywords: Self-Esteem, Family Burden, Family of Mental Retardation Patients (PRM).

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERYATAAN ORISINALITAS.....	iii
IDENTITAS TIM PENGUJI .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
RINGKASAN .....	vii
SUMMARY .....	ix
ABSTRAK.....	xi
ABSTRACT .....	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR TABEL.....	xix
DAFTAR LAMPIRAN .....	xx
DAFTAR SINGKATAN.....	xxi

### **BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian .....	6
1.4.1 Manfaat Produksi Pengetahuan .....	6
1.4.2 Manfaat Pembangunan Kapasitas .....	6
1.4.3 Manfaat Sektor Kesehatan.....	6

### **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Retardasi Mental.....	7
2.1.1 Definisi Retardasi Mental .....	7
2.1.2 Penyebab Retardasi Mental .....	7
2.1.3 Prevalensi Retardasi Mental .....	8
2.1.4 Dampak Retardasi Mental.....	8
2.2 Definisi Keluarga.....	9
2.3 Keluarga Sebagai Pengasuh ( <i>Caregivers</i> ) Retardasi Mental .....	10



2.4 Harga Diri Keluarga Dengan Retardasi Mental .....	10
2.4.1 Pengertian Harga Diri.....	10
2.4.2 Faktor Yang Mempengaruhi Harga Diri.....	11
2.4.3 Dimensi Harga Diri.....	14
2.4.4 Dampak Harga Diri .....	14
2.4.5 Instrumen Harga Diri .....	15
2.5 Konsep Beban .....	16
2.5.1 Pengertian Beban .....	16
2.5.2 Faktor Yang Mempengaruhi Beban Keluarga .....	16
2.5.3 Dimensi Beban Keluarga .....	19
2.5.4 Dampak Beban Keluarga .....	21
2.5.5 Instrumen Beban Keluarga .....	21
2.6 Konsep Stres .....	22
2.6.1 Pengertian Stres .....	22
2.6.2 Penyebab Stres .....	23
2.6.3 Respon Stres .....	23
2.6.4 Tingkat Stres.....	24
2.6.5 Dimensi Stres .....	24
2.6.6 Instrumen Stres.....	25
2.7 Efikasi Diri.....	25
2.7.1 Pengertian .....	25
2.7.2 Sumber Efikasi Diri .....	26
2.7.3 Dimensi Efikasi Diri .....	26
2.7.4 Klasifikasi Efikasi Diri .....	27
2.7.5 Instrumen Efikasi Diri .....	27
2.8 Konsep Stigma Diri .....	28
2.8.1 Pengertian Stigma Diri .....	28
2.8.2 Proses Stigma Diri .....	29
2.8.3 Dimensi Stigma Diri .....	29
2.8.4 Instrumen Stigma Diri.....	29
2.9 Konsep Stigma Publik.....	30
2.9.1 Pengertian Stigma Publik.....	30
2.9.2 Stigma Publik Orang tua Dengan Retardasi Mental .....	30
2.9.3 Domain Stigma Publik.....	31
2.9.4 Instrumen Stigma Publik .....	31

2.10 Konsep Dukungan Sosial	
2.10.1 Pengertian Dukungan Sosial.....	32
2.10.2 Domain Dukungan Sosial.....	32
2.10.3 Instrumen Dukungan Sosial .....	33

### **BAB 3 KERANGKA KONSEP**

3.1 Kerangka Teori .....	34
3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	35
3.3 Hipotesis Penelitian .....	36

### **BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN**

4.1 Desain Penelitian .....	39
4.2 Populasi dan Sampel.....	39
4.2.1 Populasi.....	39
4.2.2 Sampel .....	39
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	40
4.3 Tempat Penelitian.....	40
4.4 Waktu Penelitian.....	40
4.5 Variabel Penelitian.....	40
4.6 Definisi Operasional.....	42
4.7 Instrumen Pengumpulan Data .....	44
4.7.1 Kuesioner A .....	44
4.7.2 Kuesioner B .....	44
4.7.3 Kuesioner C .....	47
4.8 Uji Validitas dan Reliabilitas .....	48
4.8.1 Uji Validitas .....	48
4.8.2 Uji Reliabilitas .....	49
4.9 Alur penelitian.....	50
4.10 Prosedur Pengumpulan Data .....	51
4.11 Pengolahan dan Analisis Data .....	52
4.11.1 Pengolahan Data .....	52
4.11.2 Analisis Data.....	52
4.12 Etika Penelitian .....	54



**BAB 5 HASIL PENELITIAN**

5.1	Gambaran Lokasi Penelitian .....	56
5.2	Analisis Univariat .....	57
5.3	Analisis Bivariat .....	60
5.3.1	Analisis Bivariat Harga Diri.....	61
5.3.2	Analisis Bivariat Beban .....	62
5.4	Analisis Multivariat .....	62
5.4.1	Multivariat Variabel Harga Diri.....	64
5.4.2	Multivariat Variabel Beban .....	66

**BAB 6 PEMBAHASAN**

6.1	Hubungan Stres Dengan Harga Diri Keluarga .....	69
6.2	Hubungan Efikasi Diri Dengan Harga Diri .....	72
6.3	Hubungan Stigma Diri Dengan Harga Diri.....	75
6.4	Hubungan Stigma Publik Dengan Harga Diri .....	79
6.5	Hubungan Dukungan Sosial Dengan Harga Diri .....	81
6.6	Faktor Yang Paling Berhubungan Dengan Harga Diri .....	84
6.7	Hubungan Stres Dengan Beban Keluarga .....	85
6.8	Hubungan Efikasi Diri Dengan Beban Keluarga .....	88
6.9	Hubungan Stigma Diri Dengan Beban Keluarga .....	89
6.10	Hubungan Stigma Publik Dengan Beban Keluarga.....	92
6.11	Hubungan Dukungan Sosial Dengan Beban Keluarga.....	94
6.12	Faktor Yang Paling Berhubungan Dengan Beban.....	96
6.13	Keterbatasan .....	98
6.14	Implikasi.....	99

**BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN .....** 100

**DAFTAR PUSTAKA.....** 103

**DAFTAR LAMPIRAN .....** 111



## DAFTAR GAMBAR

3.1 Kerangka Teori .....	34
3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	36



## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional .....	42
Tabel 4.2 Analisis Bivariat Harga Diri dan Beban Keluarga.....	52
Tabel 4.3 Analisis Multivariat Harga Diri dan Beban Keluarga .....	53
Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia .....	58
Tabel 5.2 Karakteristik Demografi Responden.....	59
Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Variabel.....	60
Tabel 5.4 Hubungan Variabel Independen Dengan Harga Diri.....	61
Tabel 5.5 Hubungan Variabel Independen Dengan Beban Keluarga .....	62
Tabel 5.6 Faktor Yang Paling Berhubungan Dengan Harga Diri .....	65
Tabel 5.7 Uji Interaksi Stigma Diri Dengan Stres .....	66
Tabel 5.8 Hasil Regresi Logistik Ordinal terhadap Beban Keluarga .....	67
Tabel 5.9 Hasil Uji Regresi Logistik Ordinal .....	68
Tabel 5.10 Hasil Uji Kebaikan Model .....	69

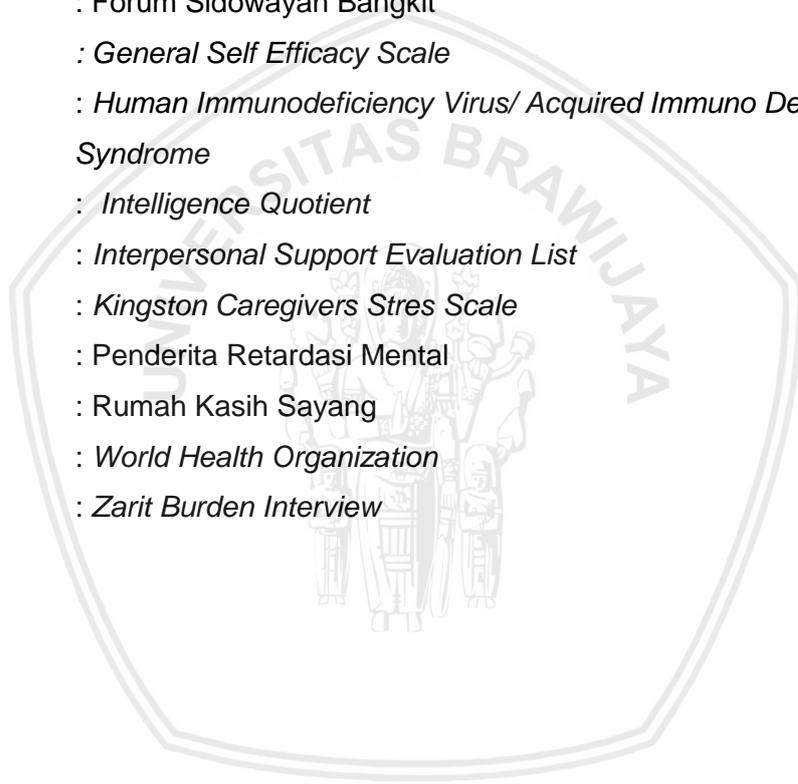


**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Lembar Persetujuan Responden.....	112
Lampiran 2 Kuesioner A .....	113
Lampiran 3 Kuesioner B .....	114
Lampiran 4 Kuesioner C .....	119
Lampiran 5 Kisi-Kisi Kuesioner .....	122
Lampiran 6 Validitas Reliabilitas .....	124
Lampiran 7 Tabulasi Data Demografi Responden Penelitian .....	131
Lampiran 8 Hasil Univariat Data Demografi Responden .....	134
Lampiran 9 Hasil Univariat Penelitian .....	137
Lampiran 10 Hasil Bivariat Penelitian.....	139
Lampiran 11 Hasil Multivariat Harga Diri.....	144
Lampiran 12 Hasil Multivariat Beban.....	151
Lampiran 13 Surat Balasan Penelitian Studi Pendahuluan .....	152
Lampiran 14 Surat Keterangan Layak Etik.....	153
Lampiran 15 Surat Dari FKUB Ke Kesbangpollinmas Ponorogo .....	154
Lampiran 16 Surat Balasan Dari Kesbangpollinmas Ponorogo .....	155
Lampiran 17 Surat Uji Validitas Dari Fkub Ke Desa Krebet.....	156
Lampiran 18 Surat Balasan Uji Validitas Dari Desa Krebet .....	157
Lampiran 19 Surat Izin Penelitian Dari Fkub Ke Desa Sidoharjo.....	158
Lampiran 20 Surat Balasan Penelitian Dari Desa Sidoharjo .....	159
Lampiran 21 Surat Keterangan Bebas Plagiasi.....	160
Lampiran 22 Surat Keterangan Bebas Plagiator Jurnal .....	161
Lampiran 23 Surat Keterangan Acceptance Jurnal .....	162
Lampiran 24 Manuskrip Jurnal.....	163
Lampiran 25 Lembar Konsul Pembimbing 1, 2 dan Ahli SPSS .....	173
Lampiran 26 Lembar Kerja .....	184
Lampiran 27 Riwayat Hidup.....	185
Lampiran 28 Dokumentasi .....	186

## DAFTAR SINGKATAN

AAMD	: <i>American Association on Mental Deficiency</i>
ASD	: <i>Autism Spectrum Disorders</i>
BSFC	: <i>Burden Scale for Family Caregivers</i>
CSES	: <i>Caregivers Self Efficacy Scale</i>
CSQ	: <i>Coping Strategies Questionnaire</i>
FBIS	: <i>The Family Burden Interview Schedule</i>
FSB	: <i>Forum Sidwayah Bangkit</i>
GSES	: <i>General Self Efficacy Scale</i>
HIV/AIDS	: <i>Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
IQ	: <i>Intelligence Quotient</i>
ISEL	: <i>Interpersonal Support Evaluation List</i>
KCCS	: <i>Kingston Caregivers Stress Scale</i>
PRM	: <i>Penderita Retardasi Mental</i>
RKS	: <i>Rumah Kasih Sayang</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
ZBI	: <i>Zarit Burden Interview</i>



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Retardasi mental merupakan salah satu kecacatan berupa penyimpangan perkembangan intelektual yang sering terjadi pada anak. Kondisi klinis ini ditandai dengan penurunan kemampuan kognitif, bahasa dan motorik serta sosial (WHO, 2011). Data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa sebanyak 8,3 % juta jiwa dari populasi jumlah penduduk di Indonesia sekitar 250 juta jiwa mengalami retardasi mental. Angka retardasi mental di Jawa Timur tercatat 1462 kasus (Depkes RI, 2009), sedangkan tingkatan retardasi mental di Jawa Timur pada tahun 2013-2014 adalah sejumlah 6633 kasus dari estimasi jumlah penduduk sekitar 250 juta jiwa, terdiri dari retardasi mental ringan 3994 kasus dan retardasi mental sedang 2639 kasus (Idris, 2014).

Secara umum retardasi mental dapat memberi dampak psikologis baik bagi individu, masyarakat maupun keluarga. Dampak bagi individu meliputi dampak fisik berupa hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan dampak psikologis seperti rasa malu, rendah diri dan kurang percaya diri (Merdekawati & Dasuki, 2017). Dampak bagi masyarakat adalah stigma berupa label sebagai “Kampung Idiot” (Dian, Reza 2015). Dampak bagi keluarga adalah syok, penyangkalan, penolakan dan kecenderungan menyembunyikan penderita retardasi mental (PRM) karena harga diri rendah (Khalek, 2014) dan peningkatan beban keluarga dalam merawat (Yusri & Fitria 2016). Masalah yang banyak ditemukan pada keluarga yang merawat PRM adalah harga diri rendah dan beban keluarga.

Harga diri rendah merupakan dampak yang paling sering dialami oleh keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan retardasi mental. Hal ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Meidartati, *et al.*, (2018)

memaparkan ibu yang memiliki anak retardasi mental sebesar 48,15% mengalami harga diri rendah. Harga diri dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi stres, efikasi diri dan stigma diri (Harorani *et al.*, 2018; Mushtaq, *et al.*, 2016; Varamitha, *et al.*, 2014). Penelitian yang dilakukan oleh Kline, (2014) menunjukkan bahwa orang tua yang memiliki anak retardasi mental memiliki stres dan tekanan mental lebih tinggi dari pada orang tua dengan anak tanpa retardasi mental. Hal ini akan menimbulkan rendahnya harga diri dari perasaan malu akibat stres yang dialami. Hal ini berbeda dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Kim, (2017) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara stres dengan harga diri pada keluarga PRM. Selain itu, harga diri rendah juga dipengaruhi oleh efikasi diri. Penelitian yang dilakukan oleh Harorani *et al.*, (2018) didapatkan hasil yang signifikan antara efikasi diri dengan harga diri pasien kanker. Faktor lain yang mempengaruhi harga diri adalah stigma diri. Seseorang yang merawat retardasi mental berdampak pada labeling, stigmatisasi bahkan diskriminasi (Mourya, *et al.*, 2016). Stigma diri keluarga dapat mempengaruhi harga diri seseorang dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami retardasi mental. Mak & Cheung, (2012) memaparkan bahwa stigma diri, yang diperoleh melalui hubungan dengan individu yang distigmatisasi dan dianggap memiliki karakteristik khusus dalam hal berpikir abnormal dan perilaku negatif Phelan, & Link, (2008). Hal ini mengakibatkan harga diri rendah, isolasi, dan ancaman terhadap pekerjaan (WHO, 2012). Faktor eksternal yang mempengaruhi harga diri adalah stigma publik dan dukungan sosial (Riana,2011 dan Muqaddas,2017). Penelitian yang dilakukan oleh Corrigan,*et al.*, (2006) menggambarkan dampak stigma publik terhadap pasien dan keluarga gangguan jiwa adalah rasa rendah diri, malu akan penyakitnya, takut akan penolakan sosial, mendapat pekerjaan dan kehilangan hak atas layanan kesehatan. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Riana, (2011) didapatkan hasil yang signifikan

antara dukungan sosial dengan harga diri yang dapat meningkatkan rasa percaya diri mereka.

Masalah kedua yang dihadapi keluarga dalam merawat PRM adalah beban keluarga. Beban keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu faktor internal yang meliputi stres, efikasi diri dan stigma diri, dan faktor eksternal meliputi stigma publik dan dukungan sosial (Kim, 2017; Yildiz *et al.*,2017; Werner,2008). Keluarga yang memiliki anak retardasi mental yang berat akan memiliki tingkat stres dan beban yang tinggi karena tingkat keparahan retardasi mental, serta pembatasan kebebasan (Sethi, *et al.*, 2007). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kim (2017) bahwa stres pada pengasuh akan meningkatkan beban psikologis dan tekanan ekonomi pada keluarga PRM. Faktor lainnya adalah efikasi diri. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Yildiz, *et al.*,2017) efikasi diri merupakan faktor yang dapat mempengaruhi beban keluarga. Selain itu, stigma diri berpengaruh pada beban keluarga. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Werner (2008) terdapat hubungan antara stigma diri keluarga dan beban pengasuh pada orang dengan penyakit Alzheimer di Israel menunjukkan bahwa stigma diri pengasuh meningkatkan beban pengasuh.

Faktor eksternal yang mempengaruhi beban keluarga adalah stigma publik dan dukungan sosial (Ergetie *et al.*, 2018; Mourya *et al.*, 2016). Adanya dampak stigma publik pada keluarga dalam merawat anggota keluarganya. Hal ini mempengaruhi emosional, kesehatan dan hubungan antar keluarga serta meningkatkan beban. Dukungan sosial dapat menurunkan beban yang dibutuhkan orang tua, keluarga dalam perawatan maupun kebutuhan terkait proses perawatan dalam kehidupan sehari-hari (Mourya *et al.*, 2016). Terdapat beberapa teori dan hasil penelitian yang sama yaitu 3 faktor internal meliputi stres, efikasi diri dan stigma diri, dan 2 faktor eksternal yang sama yaitu meliputi

stigma publik dan dukungan sosial. Lima faktor tersebut dapat mempengaruhi harga diri dan beban keluarga.

Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo merupakan salah satu desa yang disebut sebagai “kampung idiot” karena banyak warganya yang mengalami retardasi mental maupun orang dengan kecacatan lainnya (Hanif dan Asri, 2014). Dari kelima desa yang ada di Ponorogo tersebut, desa yang paling banyak mengalami retardasi mental adalah Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon sebanyak 138 orang atau mencapai 2,4% dari jumlah penduduk desa tahun 2018 yaitu 5791 penduduk (Data dari Desa Sidoharjo, 2018). Hanif dan Asri (2014) memaparkan warga desa di kampung ini memiliki banyak keterbatasan umum dalam melangsungkan hidupnya. Warga retardasi mental di desa-desa tersebut sudah terjadi sejak puluhan tahun yang lalu yaitu sekitar tahun 1970. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain gizi buruk, sarana prasarana dan pelayanan kesehatan yang tidak memadai, air tanah yang dikonsumsi sangat rendah yodium nya.

Berdasarkan studi pendahuluan peneliti melalui wawancara yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah yang terjadi pada keluarga sebagai pengasuh (*Caregiver*) selama merawat PRM pada 20 Juli 2018 dengan 8 responden 6 perempuan dan 2 laki-laki di Desa Sidoharjo, tepatnya di rumah masing-masing responden, dari hasil wawancara tersebut didapatkan 1 (12,5%) remaja merasa malu memiliki orang tua yang mengalami retardasi mental dan cacat, 5 (62,5%) diantaranya mengatakan tidak malu dan merasa berharga, 2 (25%) responden mengatakan beban ekonomi yang sulit, selain itu beban secara emosional dalam tingkah laku yang terkadang membuat lelah, dan 4 (50%) merasa beban mereka ringan karena banyak tetangga yang mengalami hal yang sama, 4 (50%) diantara mereka merasa tidak stres, menikmati hidup dengan biasa seperti tetangga mereka, 2 (25%) diantara mereka merasa yakin mampu merawat

anggota keluarga mereka. Hasil studi pendahuluan tersebut menunjukkan beberapa hal yang berbeda dari beberapa penelitian. Oleh karena itu, Peneliti tertarik untuk meneliti di daerah tersebut.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Sesuai dengan latar belakang yang telah dikemukakan diatas, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah faktor-faktor apakah yang berhubungan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1. Menganalisis hubungan antara stres dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental di desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.

1.3.2.2. Menganalisis hubungan antara efikasi diri dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.

1.3.2.3. Menganalisis hubungan antara stigma diri dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.

1.3.2.4. Menganalisis hubungan antara stigma publik dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.

1.3.2.5. Menganalisis hubungan antara dukungan sosial dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.

1.3.2.6. Menganalisis faktor yang paling berhubungan dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat Produksi Pengetahuan**

Hasil penelitian ini diharapkan menambah informasi baru yang dapat memperkaya khasanah ilmu terkait harga diri dan beban keluarga dengan penderita retardasi mental maupun penyakit kronis lainnya dalam perawatan sehari-hari sebagai *caregivers*, dan faktor-faktor yang terkait hal tersebut.

##### **1.4.2 Manfaat Pembangunan Kapasitas**

Manfaat pengembangan kapasitas ialah manfaat aplikatif yang diperoleh dari pelaksanaan penelitian. Indikator manfaat pengembangan kapasitas dalam tulisan ini adalah meningkatkan kesejahteraan psikologis keluarga yang tinggal bersama penderita retardasi mental yaitu menurunkan stigma diri mereka, sehingga harga diri akan lebih positif dan beban akan semakin menurun.

##### **1.4.3 Manfaat Sektor Kesehatan**

Manfaat sektor kesehatan adalah manfaat yang diperoleh dari bidang kesehatan khususnya dalam konteks keperawatan jiwa dari hasil penelitian yang dilakukan, mengukur beban keluarga dari semua aspek serta harga diri keluarga dalam merawat penderita retardasi mental.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Retardasi Mental

Berikut ini akan dipaparkan mengenai definisi retardasi mental, penyebab, prevalensi dan dampak retardasi mental.

##### 2.1.1 Definisi Retardasi Mental

Definisi retardasi mental menurut Puspita, *et al.*,(2016) retardasi Mental merupakan keadaan dimana penurunan IQ dibawah normal dengan adanya tingkah laku yang tidak normal dalam sosialisasi, komunikasi, dan tidak mampu mengambil keputusan sendiri. Sedangkan menurut *The American Association on Mental Deficiency (AAMD)* Retardasi mental merupakan dua dimensi yang mencakup fungsi intelektual yang menurun dan adanya hendaya dalam perilaku yang tidak adaptif yang sering disebut cacat mental, tuna mental dan keterbelakangan mental.

##### 2.1.2 Penyebab Retardasi Mental

Puspita, *et al.*,(2016) memaparkan retardasi mental disebabkan karena faktor primer dan sekunder yaitu faktor primer dari genetik dan dari penyebab yang tidak diketahui, faktor primer seperti genetik melalui kelainan pada kromosom maupun *syndrome down*. Secara sekunder yaitu faktor luar seperti infeksi atau intoksikasi yaitu karena obat maupun infeksi pada otak, adanya trauma rudapaksa seperti aborsi, sinar x, gangguan metabolisme, yaitu metabolisme lemak, karbohidrat, protein, kekurangan gizi yang berat, kelainan kromosom dalam jumlah maupun bentuk nya yaitu perubahan kromosom trisomi,

prematurnitas keadaan ini ketika bayi lahir berat badan kurang dari 2500 gram atau masa hamil kurang dari 38 minggu.

### **2.1.3 Prevalensi Retardasi Mental**

Prevalensi retardasi mental menurut WHO (2009) di beberapa Negara yaitu di Belanda sebesar 2,6%, di Inggris 8% dan di Asia mencapai 3% dari jumlah penduduk. Sedangkan di Indonesia prevalensi retardasi mental menurut DEPKES RI (2009) terdapat 1462 dari jumlah penduduk sekitar 231.369,5 ribu jiwa (Shafaddin,2015). Menurut Susenas (2012) jumlah penderita retardasi mental (PRM) sebesar 2,45% dari jumlah penduduk, data tersebut sebesar 39,97% mengalami lebih dari satu kecacatan yaitu melihat, berjalan, berbicara dll(Kementrian Kesehatan RI, 2014), dengan posisi tertinggi adalah Bengkulu sebesar 2,45%. Prevalensi dan rerata skor disabilitas cenderung lebih tinggi pada penduduk yang bertempat tinggal di daerah pedesaan, pada jenis kelamin perempuan, tingkat pendidikan yang rendah, tidak bekerja (Kementrian Kesehatan RI, 2014). Desa sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo berjumlah 5791 pada tahun (2018) dengan jumlah PRM 138 mengalami retardasi mental atau mencapai 2,4% (Data dari Desa Sidoharjo, 2018). Selain retardasi mental, terdapat kecacatan lainnya meliputi tuna netra 11 orang, tuna rungu 32 orang, tuna wicara 13 orang, tuna rungu wicara 7 orang, tuna daksa 14 orang.

### **2.1.4 Dampak Retardasi Mental**

Retardasi mental adalah masalah di seluruh dunia. Hal ini berdampak retardasi mental meliputi pada individu itu sendiri, keluarga maupun masyarakat. Penelitian yang dilakukan oleh Schalock dan Shogren (2007)mengatakan bahwa PRM mengalami masalah psikologis frustrasi, perasaan malu dan bersalah, pengucilan sosial, perlakuan tidak adil, stereotip, stigma dan diskriminasi. PRM

juga dipermasalahkan, yaitu orang lain mungkin melihatnya sebagai korban nasib buruk, pelanggaran agama dan moral, atau sihir. Dampak tersebut bukan hanya PRM itu sendiri, namun keluarga sebagai pengasuh. Masalah psikososial pada orang tua dari anak-anak yang terbelakang mental yaitu meliputi kehilangan harapan, bahkan frustrasi dan malu sehingga mengalami harga diri yang rendah. Orang tua juga menghadapi tantangan emosional, sosial, ekonomi, materi ketika membesarkan anak-anak mereka yang terbelakang mental, hal ini menimbulkan beban keluarga PRM. Stigmatisasi dan diskriminasi yang terkait dengan retardasi mental adalah tantangan yang paling umum dari keluarga anak-anak dengan retardasi mental. Hubungan keluarga ayah, ibu dan saudara kandung juga dapat terganggu dengan adanya PRM. Stigma keluarga atau stigma kesopanan pada anggota keluarga yang merawat PRM juga terjadi (Moges, 2017).

Berikut ini dipaparkan terkait definisi keluarga, keluarga sebagai pengasuh (*caregivers*) retardasi mental.

## 2.2 Definisi Keluarga

Friedman, (2010) memaparkan keluarga adalah dua individu atau lebih yang tergabung karena hubungan perkawinan atau hubungan darah dan mereka hidup dalam satu rumah. Menurut WHO (2014) Keluarga adalah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah tangga dalam kedekatan yang konsisten dan hubungan yang erat. Sedangkan menurut Bailon dan Maglaya (2008) keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan yang hidup dalam satu rumah, saling berinteraksi dan didalamnya terdapat peranan masing-masing. Hal ini juga dipaparkan oleh Stuart, (2016) bahwa keluarga merupakan sekumpulan orang yang melakukan perawatan terhadap keluarganya yang mengalami gangguan jiwa.

### 2.3 Keluarga Sebagai Pengasuh (*Caregivers*) Retardasi Mental

Pengasuh (*caregiver*) adalah seorang individu yang secara umum merawat dan mendukung individu yang sakit dalam kehidupannya (Chadda, 2018). Pengasuh mempunyai tugas sebagai emotional support, merawat pasien (memandikan, memakaikan baju, menyiapkan makan, mempersiapkan obat), mengatur keuangan, membuat keputusan tentang perawatan dan berkomunikasi dengan pelayanan kesehatan formal (King *et al.*, 2017). Grad dan Sainsbury (1996) mendefinisikan keluarga sebagai pengasuh (*familycaregivers*) adalah seseorang yang bertanggung jawab atas dukungan fisik, emosional, dan keuangan dari anggota keluarga yang tidak dapat merawat untuk dirinya sendiri karena sakit, cedera atau cacat (Annisa, *et al.*, 2016).

Berikut ini akan dipaparkan terkait harga diri, pengukuran dan faktor yang mempengaruhi harga diri.

### 2.4 Harga Diri Keluarga Dengan Retardasi Mental

#### 2.4.1 Pengertian Harga Diri

Beberapa pengertian harga diri menurut beberapa pakar psikologi antara lain menurut Stuart (2016), Coopersmith (1967) dan Rosenberg (1965). Stuart (2016) mendefinisikan harga diri sebagai perasaan yang membentuk harga diri tinggi dan rendah yang terkait penilaian pribadi seseorang terhadap nilai dirinya berdasarkan seberapa baik perilaku. Hal lain dikemukakan oleh Coopersmith (1967) harga diri merupakan cara bagaimana seseorang mengevaluasi dirinya. Evaluasi ini akan memperlihatkan bagaimana penilaian individu tentang penghargaan terhadap dirinya, percaya bahwa dirinya memiliki kemampuan atau tidak, adanya pengakuan (penerimaan) atau tidak. Menurut Rosenberg (1965) perasaan yang membentuk harga diri tinggi dan rendah terkait penilaian pribadi

seseorang terhadap nilai dirinya berdasarkan seberapa baik perilaku(Nurten, 2009).

## **2.4.2 Faktor Yang Mempengaruhi Harga Diri**

Berikut akan dipaparkan faktor-faktor yang mempengaruhi harga diri seseorang

### **2.4.2.1 Faktor Internal**

Faktor yang mempengaruhi harga diri dari beberapa teori dan hasil penelitian adalah sebagai berikut. Faktor data demografi seperti jenis kelamin, usia mempengaruhi harga diri seseorang. Jenis Kelamin merupakan faktor internal yang mempengaruhi harga diri seseorang. Hal ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Savarese *et al.*,(2013) bahwa harga diri pada laki-laki berbeda dengan harga diri pada perempuan, hasil dalam penelitian tersebut didapatkan bahwa harga diri perempuan lebih rendah dari pada laki-laki, terdapat banyak stresor dalam penelitian tersebut terkait tingkat psikologis yang terganggu. Hal ini menunjukkan terdapat perbedaan harga diri dari jenis kelamin seseorang (Heatherton & Wyland, 2001). Selain itu adalah usia, usia berpengaruh dalam proses harga diri seseorang. Penelitian yang dilakukan oleh Dahrianis (2013), harga diri rendah banyak terjadi pada rentang usia 20-35 tahun, yaitu terkait gambaran diri individu, serta usia 30-60 tahun berpengaruh pada harga diri berkaitan dengan tugas perkembangan pada usia dewasa tengah menyesuaikan waktu luang dan mempertahankan proses dalam kehidupan (Zulka, 2014).

Faktor internal pertama yang mempengaruhi harga diri adalah stres. Stres pengasuh merupakan faktor internal dalam diri seseorang yang mempengaruhi harga diri. Konsep teori Lazarus dan Folkman (1984) memaparkan harga diri sebagai salah satu sumber daya penanggulangan yang digunakan dalam proses

penilaian. Harga diri diharapkan untuk memprediksi frekuensi yang dirasakan individu dan tingkat pikiran dan pengalaman yang membuat stres. Harga diri tidak meramalkan frekuensi pengalaman stres yang dilaporkan atau melaporkan pikiran yang membuat stres. Namun, pasien dengan harga diri yang lebih rendah melaporkan keparahan stres yang lebih besar. Terkait dengan pengalaman stres dan pikiran yang membuat stres dibandingkan pasien dengan harga diri yang lebih tinggi, sehingga semakin tinggi stress maka semakin rendah harga diri (Juth, *et al.*, 2018).

Faktor internal kedua yang mempengaruhi harga diri adalah efikasi diri. Efikasi diri akan mempengaruhi harga diri seseorang. Hal ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Blash dan Unger (1995) melaporkan hasil yang menunjukkan bahwa efikasi diri berhubungan positif dengan harga diri dan identitas etnis, menyimpulkan bahwa harga diri dan identitas etnis adalah konsep diri yang berbeda namun terkait, efikasi diri adalah karakteristik penting yang mempengaruhi bagaimana perasaan, berpikir, dan berperilaku seseorang. Harga diri dan efikasi diri adalah dua dimensi yang saling terkait dari pembentukan konsep diri. Efikasi diri rendah menyebabkan perasaan pesimisme dan harga diri rendah, sedangkan efikasi diri yang tinggi meningkatkan optimisme sehingga harga diri meningkat baik untuk mendukung, mengatasi tantangan dan kerja dalam kehidupan (Bracke *et al.*, 2008).

Faktor internal ketiga yang mempengaruhi harga diri adalah stigma diri. Stigma diri merupakan penilaian negative pada seseorang terhadap diri sendiri karena rendahnya harga diri dan keyakinan pada dirinya. Penelitian yang dilakukan oleh Larson, JE dan Corrigan, Patrick (2008), stigma diri anggota keluarga penyakit mental dalam penelitian ini menimbulkan rasa malu. Ditemukan 20%-30% mempunyai harga diri rendah mempunyai anggota keluarga dengan penyakit mental.

#### 2.4.2.2 Faktor Eksternal

Faktor eksternal lain yang mempengaruhi harga diri adalah dukungan sosial, dan stigma publik. Faktor eksternal pertama yang mempengaruhi harga diri adalah dukungan sosial. Kenyamanan fisik dan psikologis keluarga sebagai pengasuh dapat diperoleh melalui dukungan sosial yang tersedia. Cantwell, *et al.*, (2015) dukungan sosial dari orang-orang yang berarti sangat penting dalam perkembangan harga diri baik melalui teman sebaya. Dukungan sosial dapat diperoleh melalui keluarga, teman, maupun orang lain. Dukungan sosial sangat berarti dalam bentuk emosional, instrumental dll. Hal ini juga dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Shafi *et al.*, (2016) yang melakukan penelitian pada tenaga kesehatan. Didapatkan hasil yang signifikan antara dukungan sosial dengan harga diri mereka. Hal ini karena mereka saling membantu menguatkan kemampuan, sehingga meningkatkan percaya diri mereka dalam melakukan pekerjaan.

Faktor eksternal kedua adalah stigma publik atau stigma masyarakat, hal ini akan mempengaruhi harga diri seseorang. Stigma sebagai bentuk penyimpangan penilaian suatu kelompok masyarakat terhadap individu yang salah dalam interaksi (Varamitha, *et al.*, 2014). Kecacatan sering dikaitkan dengan stigma dan diskriminasi. Kurangnya kemampuan, kebutuhan unik, dan perlakuan khusus anak membuatnya rentan terhadap diskriminasi sosial karena kesalahpahaman dan ketidaktahuan terkait dengan kecacatan. Stigma mempengaruhi tidak hanya individu yang membawa label stigma, tetapi juga orang lain yang secara teratur bergaul dengan mereka (Ostman & Kjellin, 2002; Goffman, 1963). Untuk individu dengan disabilitas intelektual, sebagian besar dari sepuluh dukungan sosial berasal dari anggota keluarga yang merupakan peserta aktif dalam kehidupan mereka dan yang mungkin sendiri menjadi target

stigma (Phelan, Bromet & Link, 1998; Struening, Perlick, Link, Hellman, Herman, & Sirey, 2001).

Penelitian yang dilakukan oleh Jahoda & Markova (2004) diskriminasi terhadap individu dengan retardasi mental dibuktikan melalui kurangnya layanan yang layak dan tindakan diskriminatif dalam rumah sakit, seperti kurangnya privasi dan lingkungan yang terlalu membatasi. Abraham, *et al.*, (2002) melaporkan bahwa beberapa orang dengan disabilitas intelektual juga sadar bahwa mereka memiliki kondisi yang secara sosial distigmatisasi. Mereka melaporkan pengalaman pribadi stigma dan menderita kehilangan harga diri (Mourya, Singh, & Rai, 2016).

#### **2.4.3 Dimensi Harga Diri**

Teori Rosenberg (1965) menjelaskan bahwa terdapat tiga aspek dalam harga diri pada individu, yaitu harga diri secara fisik, meliputi kondisi fisik seseorang yang berhubungan dengan penerimaan diri terhadap bagian dari tubuhnya. Harga diri secara sosial, aspek ini berhubungan dengan kemampuan individu dalam bersosialisasi dan komunikasi dengan lingkungan sekitarnya. Harga diri secara kemampuan, aspek ini berhubungan dengan kemampuan dan prestasi individu dan merasa percaya diri dengan kemampuan dirinya atau tidak (Khalek, 2010).

#### **2.4.4 Dampak Harga Diri**

Baumeister, *et al.*, (2003) menjelaskan dampak positif seseorang memiliki harga diri, beberapa penelitian telah menemukan bahwa individu harga diri yang tinggi lebih gigih dalam menghadapi kegagalan daripada individu harga diri rendah. Individu dengan harga diri yang tinggi juga tampak lebih efektif dalam mengatur perilaku yang diarahkan pada tujuan, mampu bertahan dalam

menghadapi tugas-tugas yang sulit, lebih gigih dalam menghadapi kegagalan dan mampu mengatasi tantangan. Harga diri penting untuk kualitas hidup seseorang (Khalek, 2010).

Stavropoulos *et al.*,(2015) memaparkan harga diri yang rendah telah dikaitkan dengan depresi, agresi, kurang kompetensi untuk mengatasi kesulitan dan menurunnya tingkat kesejahteraan di masa remaja, sehingga hal ini menyebabkan ketidakpuasan dengan kehidupan (Khalek, 2010).Dampak negatif ini meliputi ketidakpuasan dengan kehidupan,memiliki sikap negatif umum terhadap banyak hal, termasuk orang lain dan keadaan pribadi,kurang kompetensi untuk mengatasi kesulitan, menurunnyatingkat kesejahteraan, ketidakmampuan menyesuaikan diri, dan mengarah ke masalah psikologis seperti depresi, kecemasan sosial, kesepian, keterasingan (Khalek, 2010).

#### 2.4.5 Instrumen Harga Diri

Berbagai macam pengukuran harga diri antara lain. Pertama adalah *The Self-Esteem Scale* oleh Rosenberg. Alat ukur ini mengukur keberhargaan diri dan penerimaan diri individu secara global yang dikembangkan mulai tahun 1965. Dengan menggunakan skala likert alat ukur ini terdiri dari 10 item(Heatherton TF, Wyland CL, 2001). Selanjutnya yang kedua adalah *Self-Esteem Inventory*. Alat ukur ini mengukur harga diri dari empat domain yang dikembangkan oleh Stanley Coopersmith (1967). Penilaian yang digunakan dengan memilih pernyataan “mirip saya” dan “tidak mirip saya”. Ketiga adalah kuesioner *BriefSelf esteem Inventory* (BSEI). Kuesioner ini dikembangkan oleh Williams, (2000), instrument ini mengukur sepuluh area harga diri yang terdiri dari 20 pertanyaan. Area harga diri yang diukur meliputi penampilan, kompetensi, kecerdasan, kepribadian, kesuksesan, tanpa pamrih, memaafkan diri, menerima kekurangan mencintai diri dan bebas dari rasa bersalah.

Berikut ini dipaparkan mengenai pengertian beban, dimensi, faktor yang mempengaruhi, dampak dan instrumen beban keluarga.

## **2.5 Beban Keluarga**

### **2.5.1 Pengertian**

Truong, (2015) mendefinisikan beban pengasuhan sebagai bio multidimensi reaksi psikososial yang kompleks, timbul dari ketidakseimbangan tuntutan perawatan di berbagai bidang-bidang seperti waktu pribadi pengasuh, peran sosial, status fisik emosional, finansial sumber daya, dan perawatan formal yang tersedia untuk melakukan berbagai peran yang dianggap sebagai reaksi negatif. Sedangkan menurut Nehra (2014) mendefinisikan beban pengasuh sebagai respons multidimensi terhadap stres fisik, psikologis, emosional, sosial dan keuangan yang terkait dengan pengalaman peduli.

### **2.5.2 Faktor Yang Mempengaruhi Beban Keluarga**

#### **2.5.2.1 Faktor Internal**

Faktor internal yang mempengaruhi beban adalah data demografi responden, lama merawat, stres, efikasi diri dan stigma diri.

Data demografi mempengaruhi beban dalam perawatan anggota keluarganya. Menurut beberapa penelitian yaitu jenis kelamin, usia dan status perkawinan. Penelitian yang dilakukan oleh Souza *et al.*, (2017) perempuan dibuktikan mengalami beban yang lebih berat dalam merawat anggota keluarga yang memiliki gangguan mental. Hal ini karena beban perempuan dalam sehari-hari terkait kebutuhan fisik, maupun rumah dan memutar keuangan dalam kebutuhan sehari-hari. Penelitian lain yaitu Kerenhappachu & Sridevi, (2014) bahwa perempuan mengalami burnout yaitu 55,2%.

Usia berpengaruh terhadap beban yang dialami seseorang. Hal ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Souza *et al.*, (2017). Dalam studi ini, beban pengasuh dikaitkan dengan usia di atas 60 tahun. Semakin bertambah usia, maka semakin berat beban yang dirasakan saat merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan mental. Serta status perkawinan pengasuh yang belum menikah mengalami lebih tinggi beban, orang tua janda atau saudara kandung yang belum menikah karena dukungan sosial yang lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang sudah menikah atau berkeluarga. Lama merawat anggota keluarga akan mempengaruhi beban keluarga. hal ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Erwanto, (2016) merawat lansia dalam waktu yang lama akan menambah beban pengasuh dalam merawat anggota keluarganya. Disertai dengan bertambahnya kebutuhan dan kendala keuangan yang dihadapi. Ketergantungan dalam waktu yang lama ini pada anggota keluarga, akan semakin menambah biaya perawatan.

Faktor internal yang mempengaruhi beban keluarga adalah stres, efikasi diri dan stigma diri. Stres yang dialami pengasuh dalam penelitian yang dilakukan oleh (Sethi, Bhargava, & Dhiman, 2007) pada keluarga menemukan bahwa keluarga merupakan sumber utama dukungan bagi para penyandang cacat. Mereka yang paling dekat dengan orang-orang dengan retardasi mental dan merawat mereka menanggung beban cacat mereka. Keluarga mengalami stres yang luar biasa dalam merawat keluarga yang mengalami retardasi mental. Gangguan dalam perilaku dan pemikiran yang menyebabkan stres dan trauma psikologis yang tak terhindarkan di antara keluarga dan meningkatkan beban dalam merawat retardasi mental.

Efikasi diri merupakan keyakinan diri dari berfikir dan bertindak dalam melakukan sesuatu (Bandura, 1967). Konsep keyakinan pengasuh untuk kerangka konseptual berdasarkan Poulshock dan Deimling dalam model beban

pengasuhan, karena keyakinan pengasuh yang berakar dalam nilai budaya dapat mempengaruhi dampak pengasuhan termasuk perilaku pengasuh, yang dihasilkan dari perasaan pengasuh. Keyakinan pengasuh lain adalah efikasi diri, yang mungkin menjadi indikator beban pengasuhan. Beberapa penelitian melaporkan bahwa rendahnya efikasi diri yang dirasakan dapat mempengaruhi beban yang dialami oleh pengasuh keluarga (Young Mi Lim, Yang Heui Ahn, 1971).

Stigma diri anggota keluarga merupakan penilaian negative pada seseorang terhadap diri sendiri karena rendahnya harga diri dan keyakinan pada dirinya (Varamitha *et al.*, 2014). Penelitian menunjukkan bahwa orang dengan penyakit mental mengalami stigmatisasi lebih parah daripada mereka dengan kondisi kesehatan lainnya. Menurut Corrigan dan Watson, (2012) masalah yang berkaitan dengan stigma tidak hanya mempengaruhi orang yang menderita penyakit mental tetapi juga keluarga. Hal ini menurut Thara (1993) berdampak negatif dengan keluarga mereka yang bergantung untuk dukungan ekonomi dan perawatan sehari-hari, dan dengan tidak adanya perawatan kesehatan dan sosial yang memadai, terutama dalam domain kehidupan seperti keuangan, hubungan keluarga, kesejahteraan dan kesehatan, anggota keluarga mengatasi beban pengasuh yang sangat besar (Koschorke *et al.*, 2017).

#### **2.5.2.2 Faktor Eksternal**

Faktor eksternal pertama yang mempengaruhi beban keluarga adalah stigma publik. Faktor eksternal yang mempengaruhi beban keluarga dalam proses perawatan anggota keluarganya adalah stigma masyarakat. Stigma publik atau stigma masyarakat merupakan stigma sebagai bentuk penyimpangan penilaian suatu kelompok masyarakat terhadap individu yang salah dalam interaksi (Varamitha *et al.*, 2014).

Stigma bukan satu-satunya masalah orang dengan penyakit mental yang berat, tetapi juga anggota keluarga mereka yang membantu merawat mereka melaporkan stigma sebagai akibat dari hubungan mereka dengan orang yang dicintai dengan penyakit mental. Stigmatisasi penyakit mental saat ini dianggap sebagai salah satu masalah terpenting yang dihadapi pengasuh individu yang sakit mental parah. Hal ini menimbulkan beban bagi pengasuh, beban masalah kesehatan mental meningkat secara global. Penyakit mental menyumbang 13% dari beban penyakit dunia dan angka ini akan meningkat menjadi 15% pada tahun 2020 (Ergetie *et al.*, 2018).

Faktor eksternal kedua yang mempengaruhi beban keluarga adalah dukungan sosial. Penelitian di Sao Paulo Brasil, dukungan sosial informal merupakan aspek penting untuk meminimalkan beban merawat, dan kurangnya anggota keluarga lainnya membantu pengasuh untuk merawat individu dengan gangguan mental yang dihasilkan beban yang lebih tinggi dalam studi yang dilakukan di Istanbul, Turki, Stockholm, Swedia dan Bangalore, India. Selain itu, tingkat yang lebih tinggi ditemukan pada pengasuh beban pasien dengan gangguan mental yang dirasakan dukungan keluarga kurang di Singapura dan Amerika Serikat. Peran merawat anggota keluarga dengan gangguan mental dapat memiliki dampak negatif pada psikologis, dan kesehatan mereka fisik, sosial. Situasi dimana pengasuh utama tidak memiliki dukungan dari anggota keluarga lain untuk berbagi perawatan dapat menyebabkan peningkatan beban (Young Mi Lim, Yang Heui Ahn, 1971).

### **2.5.3 Dimensi Beban Keluarga**

Aspek beban keluarga yang dikemukakan oleh Sell *et al.*, (1998) dan Zarit *et al.*, (2011) menyatakan bahwa beban keluarga terdiri dari dua aspek, yaitu tekanan pribadi dan tekanan peran. Tekanan pribadi merupakan representasi

dari distres psikologis yang dialami individu yang menjadi pengasuh (*caregiver*). Kedua adalah tekanan peran, merupakan dampak dari pengasuhan yang dirasakan oleh caregiver secara umum dalam kehidupannya.

Pendapat lain adalah menurut Monterio, *et al.*, (2015) terdapat 7 dimensi beban keluarga yaitu:

1. Implikasi dalam kehidupan sehari-hari

Meliputi kesehatan, kelelahan, serta melakukan sebagian besar kegiatan yang dibutuhkan meskipun telah menghabiskan waktu untuk merawat anggota keluarga.

2. Kepuasan dengan peran dan anggota keluarga

Meliputi hubungan yang lebih dekat dengan anggota keluarga yang sakit dan anggota keluarga lainnya.

3. Reaksi dengan tuntutan

Meliputi pengetahuan dan pengalaman yang cukup untuk merawat keluarga.

4. Beban emosional

Meliputi tersinggung, marah atau rasa nyaman.

5. Dukungan keluarga

Meliputi dukungan dari semua anggota keluarga dalam merawat anggota keluarga.

6. Beban keuangan

Meliputi kesulitan keuangan dalam kebutuhan sehari-hari.

7. Persepsi efikasi dan mekanisme kontrol

Meliputi efikasi diri dalam merawat dan cara mengatasinya

#### 2.5.4 Dampak Beban Keluarga

Dampakbeban keluarga adalah kualitas hidup, kesejahteraan, ketergantungan seumur hidup, biaya hidup dalam perawatan, perawatan makan, mandi dan sakit semua adalah tugas dan beban keluarga. Hal ini akan menurunkan beban fisik,psikologis anggota keluarga yang merawat. Penelitian yang dilakukan olehArkan, (2016) pada 131 ibu yang mempunyai anak retardasi mental. Hasil penelitian menunjukkan bahwa beban keluarga yang diderita berat yaitu beban emosional dan ekonomi. Hal ini Ibu dengan anak-anak cacat intelektual membutuhkan dukungan psikososial. Memberikan semua anggota keluarga dengan layanan konseling untuk membantu mereka mengatasi masalah dan tanggung jawab yang terlibat dalam perawatan anak-anak cacat dapat membuat perbedaan yang signifikan dalam kualitas hidupoleh (Arkan,2016). Penelitian yang dilakukan oleh Schofield *et al.*, (1998) pada pengasuh gangguan mental didapatkan bahwa kurangnya kesejahteraan hidup mereka dibandingkan dengan pengasuh tanpa gangguan mental yaitu 30% merasa khawatir akan masa depan dan tertekan akan kondisinya (Savage & Bailey, 2004).

#### 2.5.5 Instrumen Beban Keluarga

Pertama adalah kuesioner *The Informal Caregiver Burden Assessment*. Kuisisioner ini dikembangkan oleh Monterio *et al.*,(2015) yang terdiri dari 32 item pertanyaan dari 7 domain atau dimensi, yaitu meliputi dimensi implikasi dalam kehidupan sehari-hari, kepuasan dengan peran dengan anggota keluarga, reaksi dengan tuntutan, beban emosional, dukungan keluarga, beban keuangan, persepsi efikasi dan mekanisme kontrol. Dengan penilaian menggunakan skala likert tidak pernah, jarang, kadang-kadang, hampir selalu dan selalu. Masing-masing dillai dari 5,4,3,2,1. Kedua kuesioner *Zarit Burden Interview* (ZBI 12)terdapat 12 item pertanyaan seberapa sering mereka merasa seperti

ini, dengan penilaian 0 sampai 4 setiap poin pertanyaan dalam rentang nilai 0-10: tidak untuk beban ringan, 10-20. Beban ringan sampai sedang dan lebih dari 20: beban tinggi, ZBI ini biasa digunakan pada pengasuh (*caregivers*) pada penyakit kronis, dengan total skor 0 sampai 88. Ketiga *Burden Scale for Family Caregivers* (BSFC). BSFC ini adalah kuisioner baku dari Eropa yang valid untuk beban pengasuh yang terdapat 10 pertanyaan dengan item pilihan sangat setuju dengan nilai 3, setuju 2, tidak setuju 1, dan sangat tidak setuju 0. Harga diri dan beban keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan mental, salah satunya retardasi mental dipengaruhi oleh beberapa faktor internal yang sama, yaitu stres, efikasi diri, dan stigma diri.

Berikut ini dipaparkan konsep stres yang meliputi pengertian, penyebab, domain stres, faktor yang mempengaruhi stres dan instrumen stres pada pengasuh

## **2.6 Konsep Stres**

### **2.6.1 Pengertian Stres**

Sarafino, (2009) mendefinisikan stres sebagai kondisi transaksi antara individu dan lingkungan yang mengarah pada ketidakseimbangan antara tuntutan fisik atau psikologis pada suatu situasi dengan sumber daya yang dimiliki individu baik biologis, psikologis maupun system sosial. Pengasuh (*Caregivers*) melaporkan tingkat stres yang jauh lebih tinggi daripada orang yang bukan pengasuh (Anelia, 2012). Sedangkan menurut Pinel (2009) stres adalah sekumpulan perubahan fisiologis akibat tubuh terpapar terhadap bahaya ancaman. Stres memiliki dua komponen yaitu fisik berkaitan dengan adanya perubahan fisiologis dan psikologis yakni bagaimana seseorang merasakan keadaan dalam hidupnya. Perubahan keadaan fisik dan psikologis ini disebut sebagai stressor (Stuart, 2016).

### 2.6.2 Penyebab Stres

Penyebab stress menurut adaptasi Stuart (2016) dapat digolongkan menjadi faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi artinya 6 bulan yang lalu yang menimbulkan gangguan jiwa maupun stres, sedangkan faktor presipitasi merupakan faktor pencetus dalam kurun waktu kurang dari enam bulan. Faktor predisposisi meliputi hal biologis terdiri dari (latar belakang genetik, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan secara umum dan keterpaparan racun), sedangkan faktor psikologis meliputi (intelegensi, keterampilan, kepribadian dan pengalaman masa lalu), faktor lain yang dapat menimbulkan stres adalah faktor sosial budaya meliputi usia, gender, pendidikan, penghasilan, pekerjaan dan latar belakang budaya. Stres dapat terjadi melalui stresor presipitasi. Stresor presipitasi merupakan stimulus yang menantang, mengancam suatu individu. Hal ini meliputi sifat, asal, waktu dan jumlah. Sifat stresor ini meliputi biologis, psikologis, sosial dan budaya. Sedangkan asal stresor nya berasal dari internal maupun eksternal. Waktu kejadian stresor yaitu berapa lama seseorang terpapar pada stresor. Faktor terakhir adalah jumlah stresor yang dialami individu pada masa tertentu, karena kejadian yang menimbulkan stres.

### 2.6.3 Respon Stres

Stuart (2014) terdapat empat respon terhadap stress, yaitu respon fisiologis, kognitif emosi maupun tingkah laku. Respon fisiologis yaitu sistem pernapasan, tekanan darah, detak jantung, nadi dll. Respon kognitif terlihat dari terganggunya proses kognitif individu, seperti pikiran kacau, menurunnya daya konsentrasi dll. Sedangkan respon emosi mengacu pada perasaan emosi yang mungkin dialami oleh pengasuh (*caregivers*) yaitu cemas, rasa takut marah dll.

#### 2.6.4 Tingkat Stres

Wiebe & Williams (1992) stres terdiri dari tiga tingkatan yaitu stres ringan, sedang dan berat. Stres ringan merupakan stres yang tidak merusak aspek fisiologis dari seseorang yang umumnya dirasakan oleh setiap orang yang biasanya terjadi dalam beberapa menit. Stres sedang berlangsung lebih lama dari beberapa jam sampai beberapa hari, contoh kesepatan yang belum selesai, beban kerja yang berlebihan. Stres berat yaitu stres yang kronis yang terjadi beberapa minggu sampai beberapa tahun (Anelia, 2012).

#### 2.6.5 Dimensi Stres

Dimensi stress dari Kingston (2015) membagi menjadi stress masalah perawatan, keluarga dan keuangan (Hopkons & Kilik, 2016). Konsep teori keperawatan keluarga menurut Friedman (2010), menjelaskan bahwa masalah perawatan dan keluarga adalah masalah perawatan. Masalah perawatan merupakan tugas kesehatan keluarga, selain itu menciptakan lingkungan dan mempertahankan suasana rumah. Hasil penelitian oleh Nugroho (2012) bahwa tingkat stres dalam masalah keperawatan yang dialami keluarga yaitu perawatan dalam bertanggung jawab merawat anggota keluarga dalam kegiatan sehari-hari, dalam penelitian ini adalah lansia. Kedua adalah masalah keluarga. Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan seluruh keluarga makan, minum, pakaian dan tempat tinggal. Tingkat stres dalam masalah keluarga dialami sebesar 38 responden (49,4%). Kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi, dalam menangani masalah kesehatan dasar dalam keluarga.

Masalah keuangan, merupakan salah satu penyebab stress dalam merawat anggota keluarga retardasi mental dalam penelitian yang dilakukan oleh Kim Jeokju (2017) salah satunya adalah keuangan. Faktor ekonomi berpengaruh

pada tingkat stres caregivers, semakin rendah penghasilan semakin menambah tingkat stress yang memicu timbulnya depresi. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun pengasuh keluarga mungkin telah menerima keberadaan retardasi mental tersebut, sampai mereka terus mengalami stres karena keadaan ketidakmampuan yang tidak dapat diperbaiki dan kebutuhan perawatan yang terus menerus dari penerima perawatan.

### 2.6.6 Instrumen Stres

Kuesioner pertama adalah *Kingston Caregiver Stress Scale* (KCSS). Kuesioner ini merupakan skala yang mengutamakan sebuah keluarga pengasuh untuk memungkinkan mengekspresikan tingkat stress yang dirasakan. KCSS merupakan skala yang dirancang untuk masyarakat yang tinggal bersama sebagai pengasuh awam atau keluarga, bukan staf perawatan yang terlatih. Pengasuh atau *caregiver* adalah individu yang menyediakan perawatan sehari-hari di rumah, biasanya pasangan atau kerabat lainya yang dikembangkan oleh (Hopkons & Kilik, 2016). Terdiri dari 10 pertanyaan. Kuisisioner ini terdiri dari tiga aspek atau dimensi yaitu stress masalah perawatan, keluarga dan keuangan. Kuesioner kedua adalah *Perceived Stres Scale*. Merupakan *self-report questionnaire* yang terdiri dari 10 pertanyaan dan dapat mengevaluasi tingkat stres beberapa bulan yang lalu dalam kehidupan subjek penelitian yang dikembangkan oleh Sheldon Cohen pada tahun 1988.

## 2.7 Konsep Efikasi diri

### 2.7.1 Pengertian Efikasi diri

Efikasi diri adalah keyakinan yang dimiliki seseorang untuk mampu mencapai perilaku atau tugas tertentu (Bandura, 2006). Efikasi diri berbeda dengan harga diri yang memiliki konsep lebih pasif tanpa hubungan untuk

bertindak, karena berkaitan dengan tindakan dan perilaku. Harga diri merupakan bentuk penilaian individu berdasarkan kapasitas untuk bertindak dan menggunakan agen (Lim dan Heu 1971).

### **2.7.2 Sumber Efikasi diri**

Efikasi diri berasal dari keberhasilan yang pernah dialami seseorang atau berasal dari orang lain melalui proses komunikasi, keyakinan serta pengaruh dari orang lain. Sumber efikasi yang pertama adalah berdasarkan pengalaman diri sendiri. Efikasi diri seseorang bersifat positif, apabila individu memiliki pengalaman keberhasilan, sedangkan bersifat negatif apabila mengalami kegagalan. Kedua, sumber efikasi diri berdasarkan pengalaman orang lain. Efikasi diri individu dapat meningkat secara efektif saat mengamati keberhasilan orang lain dalam melaksanakan sebuah tugas. Individu menirukan perilaku positif, sehingga mendapatkan energi positif. Ketiga, persuasi verbal yang memiliki pengaruh secara tidak langsung. Persuasi verbal dapat memberikan dampak yang berkelanjutan dan memberikan sugesti apabila individu memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan (Billings & Macvarish, 2010).

### **2.7.3 Dimensi Efikasi diri**

Efikasi diri terdiri dari beberapa aspek saat individu merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan mental. Menurut Steffen *et al.*, (2002), aspek dimensi tersebut adalah ketangguhan, kemampuan menanggapi perilaku anggota keluarga gangguan mental dengan sabar, serta mengendalikan pikiran negatif. Dimensi ketangguhan diperoleh melalui proses perawatan yang diberikan kepada anggota keluarga gangguan mental berdasarkan rutinitas harian bahkan saat istirahat. Dimensi kemampuan menanggapi perilaku dengan sabar meliputi respon perilaku saat merawat anggota keluarga gangguan mental. Dimensi

mengendalikan pikiran negatif meliputi pengendalian pikiran yang kurang menyenangkan saat memberikan perawatan seperti situasi yang dirasa tidak adil (Gonzalez *et al.*, 2007).

#### 2.7.4 Klasifikasi Efikasi diri

Efikasi diri yang tinggi pada individu dapat mengarah dalam kesuksesan menyelesaikan permasalahan sulit serta mengembangkan minat kegiatan, tujuan dan komitmen dalam mencapai tujuan tersebut. Efikasi diri yang tinggi pada individu juga mampu memberikan coping yang efektif sehingga saat individu mengalami kegagalan dan masalah menjadikan individu bertanggung bahwa masalah merupakan tantangan yang harus diselesaikan dengan baik. Efikasi diri yang rendah pada seseorang berdampak pada keraguan menghadapi masalah, bersikap menghindar dalam menyelesaikan sesuatu yang sulit, serta mudah menyerah (Billings & Macvarish, 2010).

#### 2.7.5 Instrumen Efikasi diri

Kuesioner efikasi diri menurut beberapa pakar meliputi *Revised Scale For Caregiving Self Efficacy*, *Self Efficacy Scale (GSES)* dan *Caregiver Self-Efficacy Scale (CSES)*. Pertama adalah Kuesioner *Revised Scale For Caregiving Self Efficacy*. Kuesioner ini dikembangkan oleh Steffen (2002) terdapat 15 item pertanyaan dan tiga dimensi. Tiga dimensi tersebut yaitu *self efficacy obtaining respite*, *self efficacy for responding to disruptive patient behaviors*, *self efficacy for controlling upsetting thoughts about caregiving*. Kuesioner kedua adalah *General Self Efficacy Scale (GSES)*, yang dikembangkan oleh Jerusalem & Schwarzer (1979). Terdapat 10 Item pertanyaan dengan menggunakan skala likert sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. Total penilaian apabila seseorang memiliki skor tinggi maka efikasi diri yang dimiliki tinggi, begitu

juga sebaliknya. Kuesioner ketiga adalah *Caregiver Self-Efficacy Scale (CSES)*. Kuesioner ini dikembangkan oleh Boothroyd (1993) yang terdiri dari 25 item pertanyaan. Mengukur sejauh mana caregiver yakin akan kemampuannya dalam menangani berbagai hal terkait caregiving yaitu mencakup sub skala *behavior management* (6 item), *school issues* (4 item), *advocacy* (4 item), *emotional support* (5 item) dan *provider issues* (6 item) (Sari RL *et al.*, 2013).

Berikut ini dipaparkan pengertian, proses, domain, instrumen dari stigma diri

## **2.8 Konsep Stigma Diri**

### **2.8.1 Pengertian Stigma Diri**

Erving Goffman (1963) stigma merupakan atribut negatif pada suatu fenomena yang ada di masyarakat atau lingkungan tertentu saat seorang individu dikucilkan atau ditolak (Locke, 2010). Stigma merupakan perasaan rendah diri akibat suatu sikap negative, perasaan negative, keyakinan dan perilaku dari orang lain dalam suatu gagasan sosial (Gonzalez *et al.*, 2007). Para ahli Sosiologi dan Psikologi membagi bentuk stigma yaitu stigma diri dan stigma masyarakat. Stigma diri merupakan penilaian negative pada seseorang terhadap diri sendiri karena rendahnya harga diri dan keyakinan pada dirinya. Sedangkan stigma publik atau stigma masyarakat merupakan stigma sebagai bentuk penyimpangan penilaian suatu kelompok masyarakat terhadap individu yang salah dalam interaksi. (Varamitha *et al.*, 2014). Sedangkan menurut Mak & Cheung, (2008). Stigma anggota keluarga, juga disebut stigma kesopanan atau afiliasi, diperoleh melalui memiliki hubungan dengan individu yang stigmatisasi dan mengacu pada serangkaian keyakinan negatif dan mempengaruhi yang dapat menyebabkan penarikan individu yang terkena dampak dari hubungan interpersonal. dan telah digambarkan sebagai stigma publik yang diinternalisasikan kepada pengasuh terhadap pasien (Tudose, *et al.*, 2017).

### 2.8.2 Proses Stigma Diri

Proses stigma diri terbentuk melalui sebuah proses sosial yang dipengaruhi oleh proses kognitif dari seseorang. Proses kognitif ini meliputi isyarat, stereotif, prasangka dan diskriminasi (Corrigan & Watson, 2012). Isyarat masih berupa pemikiran mengenai penilaian terhadap diri yang mempengaruhi hubungan sosial dan penampilan fisik akibat dari pemberian tanda pada diri sendiri. Hal ini terjadi karena adanya stereotif dari masyarakat. Stereotif terjadi karena persepsi dan penilaian terhadap kelompok tertentu, dipandang dan dianggap umum. Stereotip yang bersifat negatif akan menimbulkan prasangka negatif yang menghasilkan emosi negatif. Proses terakhir stigma diri adalah diskriminasi. Diskriminasi merupakan pembedaan sikap yang tidak adil dilakukan oleh suatu kelompok tertentu terhadap seseorang atau kelompok tertentu.

### 2.8.3 Dimensi Stigma Diri

Dimensi stigma diri meliputi kognitif, afektif dan perilaku

1. Kognitif (persepsi kompetensi dan nilai yang lebih rendah daripada rekan-rekan mereka karena internalisasi stigma).
2. Afektif (perasaan malu, putus asa, dan malu sebagai akibat dari status stigmatisasi yang diinternalisasi).
3. Perilaku (reaksi perilaku sebagai hasil dari stigma internalisasi seperti penarikan diri dan penolakan diri (Mak & Cheung, 2012).

### 2.8.4 Instrumen Stigma Diri

Kuesioner stigma diri terdiri dari *Affiliated Stigma* dan *Self Stigma Scale-Short*. Kuesioner pertama adalah *Affiliated Stigma*. Kuesioner ini dikembangkan oleh Mak & Cheung (2008), Afiliasi stigma awalnya dikembangkan dan digunakan untuk menilai stigma diri pengasuh yang memberikan perawatan

kepada anggota keluarga dengan penyakit mental atau cacat intelektual. Instrumen ini memiliki 22 item yang dinilai pada skala Likert. Skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat stigma afiliasi yang lebih tinggi. Kuesioner kedua adalah *Self Stigma Scale-Short*. Kuesioner ini terdapat 9 item pertanyaan menggunakan skala likert dimulai dari 1 (*strongly disagree*) sampai 4 (*strongly agree*) yang terdapat 3 domain yaitu *Cognition*, *Affect*, dan *Behavior* (Tudose C, *et al.*, 2017).

Dibawah ini dipaparkan terkait pengertian, stigma publik orang tua retardasi mental, domain dan instrumen stigma publik

## **2.9 Konsep Stigma Publik**

### **2.9.1 Pengertian Stigma Publik**

Menurut Erving Goffman stigma merupakan atribut negative sebagai akibat dari masyarakat yang mengucilkan, menolak suatu individu dalam sebuah fenomena yang mereka pandang tidak normal dan merupakan proses yang mempengaruhi identitas seseorang (Corrigan & Muester, 2016). Stigma masyarakat atau stigma publik merupakan reaksi terhadap suatu kelompok yang dimanifestasikan dalam bentuk penghindaran, membuat jarak secara social bahkan kekerasan (Corrigan & Muester, 2016).

### **2.9.2 Stigma Publik Orang tua Dengan Retardasi Mental**

Dampak stigma publik bukan hanya individu itu sendiri yang menderita keterbelakangan mental, namun termasuk keluarga. Keluarga sebagai pengasuh yaitu terutama seorang Ibu yang berperan sebagai pengasuh utama bagi individu dengan retardasi mental. Namun, beberapa penelitian telah melihat pengalaman stigma pada ibu yang memiliki anak dengan cacat intelektual. Persepsi pengalaman stigmatisasi dikaitkan dengan perasaan kesulitan, penderitaan

psikologis, gangguan tidur, gangguan hubungan, kualitas hidup yang buruk dan harga diri yang rendah.

### 2.9.3 Domain Stigma Publik

Domain stigma publik terdiri dari otoriterisme, kebajikan, pembatasan sosial dan ideologi komunitas kesehatan mental. Otoriterisme yang merupakan pandangan orang terhadap orang dengan gangguan jiwa sebagai seseorang yang lemah dan membutuhkan penanganan yang koersif (kasar). Sikap yang cenderung memegang kendali penuh dalam aturan, hukuman, maupun tanggung jawab (Bauer & Erdogan, 2016). Mengacu pada sikap negative dengan gangguan jiwa yaitu yang mengancam, lebih rendah (Girma *et al.*, 2014). Kedua adalah kebajikan, hal ini merupakan pandangan yang mengacu pada simpati kepada klien gangguan jiwa dan memerlukan pendekatan yang paternal. Lebih menunjukkan sikap yang lebih perduli dengan kondisi orang lain. Sikap kebijakan dalam memandang masalah gangguan jiwa yaitu pandangan seseorang bahwa penderita gangguan jiwa perlu dirawat di rumah sakit. Ketiga adalah pembatasan sosial merupakan keyakinan bahwa klien gangguan jiwa merupakan suatu ancaman bagi masyarakat dan harus di hindari. Keempat adalah ideologi komunitas kesehatan mental. Merupakan acuan pada penerimaan layanan kesehatan mental dan pasien gangguan jiwa di masyarakat, namun tidak di lingkungan tempat tinggal mereka (Purnama, *et al.*, 2016).

### 2.9.4 Instrumen Stigma Publik

Kuesioner yang sering dipakai didalam penelitian stigma masyarakat adalah CAMI (*Community Attitudies toward the Mentally Ill*). Terdapat 40 item pertanyaan dengan skala likert dari 4 domain otoriterisme (*authoritarianism*), kebajikan (*benevolence*), pembatasan sosial (*social restrictiveness*) dan ideologi

komunitas kesehatan mental (*community mental health ideology*). Kuesioner CAMI biasa digunakan pada tenaga kesehatan maupun masyarakat yang berusia lebih dari 18 tahun (Girma *et al.*,2013).

Berikut dipaparkan terkait meliputi pengertian, domain dan cara pengukuran dukungan sosial.

## **2.10 Konsep Dukungan Sosial**

### **2.10.1 Pengertian Dukungan Sosial**

Dukungan sosial adalah tindakan dari seseorang dengan tujuan yang baik yang diberikan kepada orang lain yang telah memiliki hubungan personal, Dukungan sosial adalah istilah yang luas meliputi berbagai konstruksi, termasuk persepsi dukungan (support dirasakan) dan penerimaan perilaku yang mendukung (Kerenhappachu & Sridevi, 2014).

### **2.10.2 Domain Dukungan Sosial**

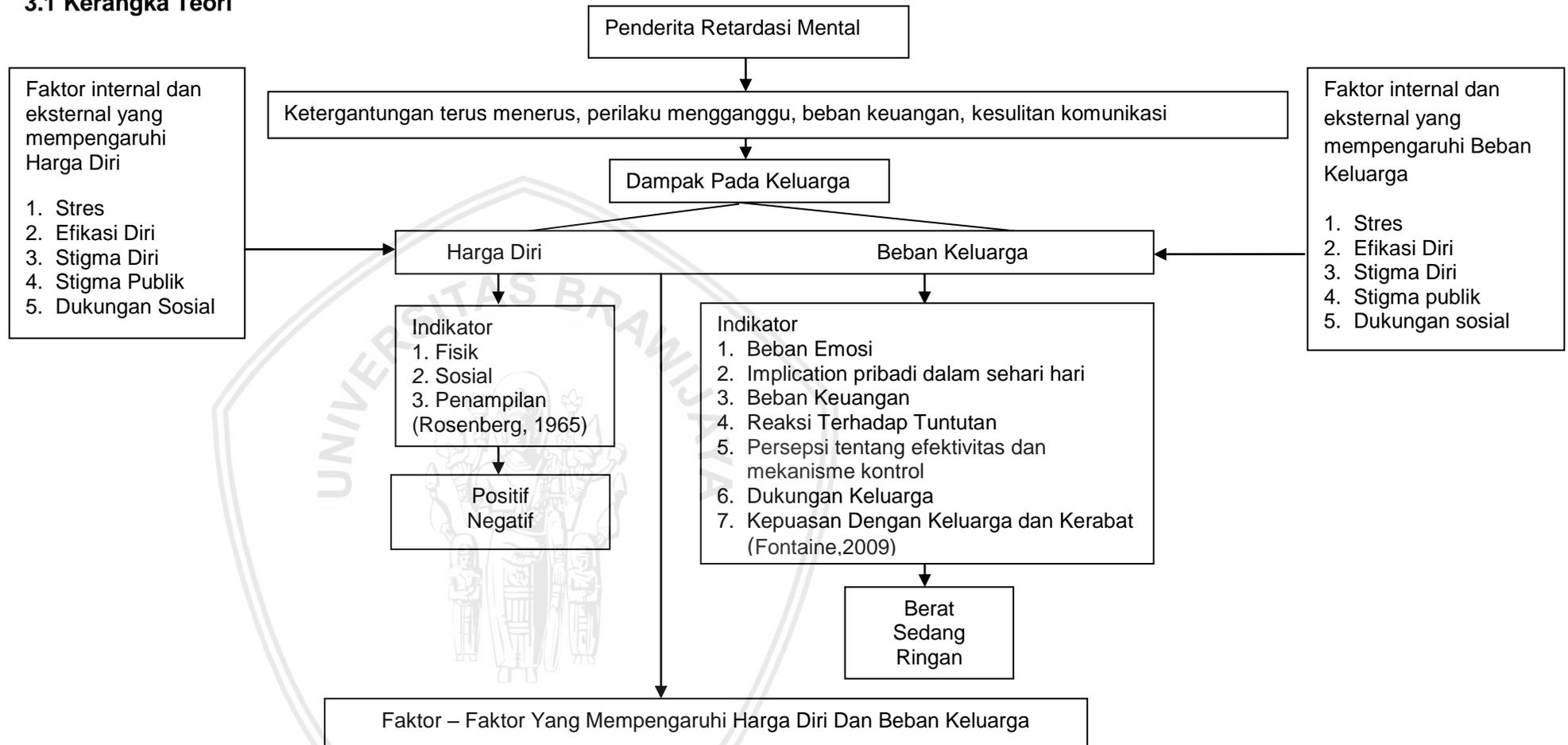
Domain dukungan sosial menurut Smet (1994), meliputi dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan penghargaan dan dukungan informasi. Dukungan emosional berhubungan dengan hal yang bersifat emosional atau menjaga keadaan emosi, afeksi dan ekspresi. Kedua adalah dukungan instrumental yaitu dukungan yang berupa bantuan langsung biasa disebut bantuan nyata atau dukungan alat. Ketiga adalah dukungan penghargaan, dukungan ini terjadi apabila ada ekspresi penilaian yang positif dan penghargaan terhadap seseorang. Domain dukungan sosial yang keempat adalah dukungan informasi, dukungan ini berhubungan dengan informasi-informasi berharga (Indati, 2015).

### 2.10.3 Instrumen Dukungan Sosial

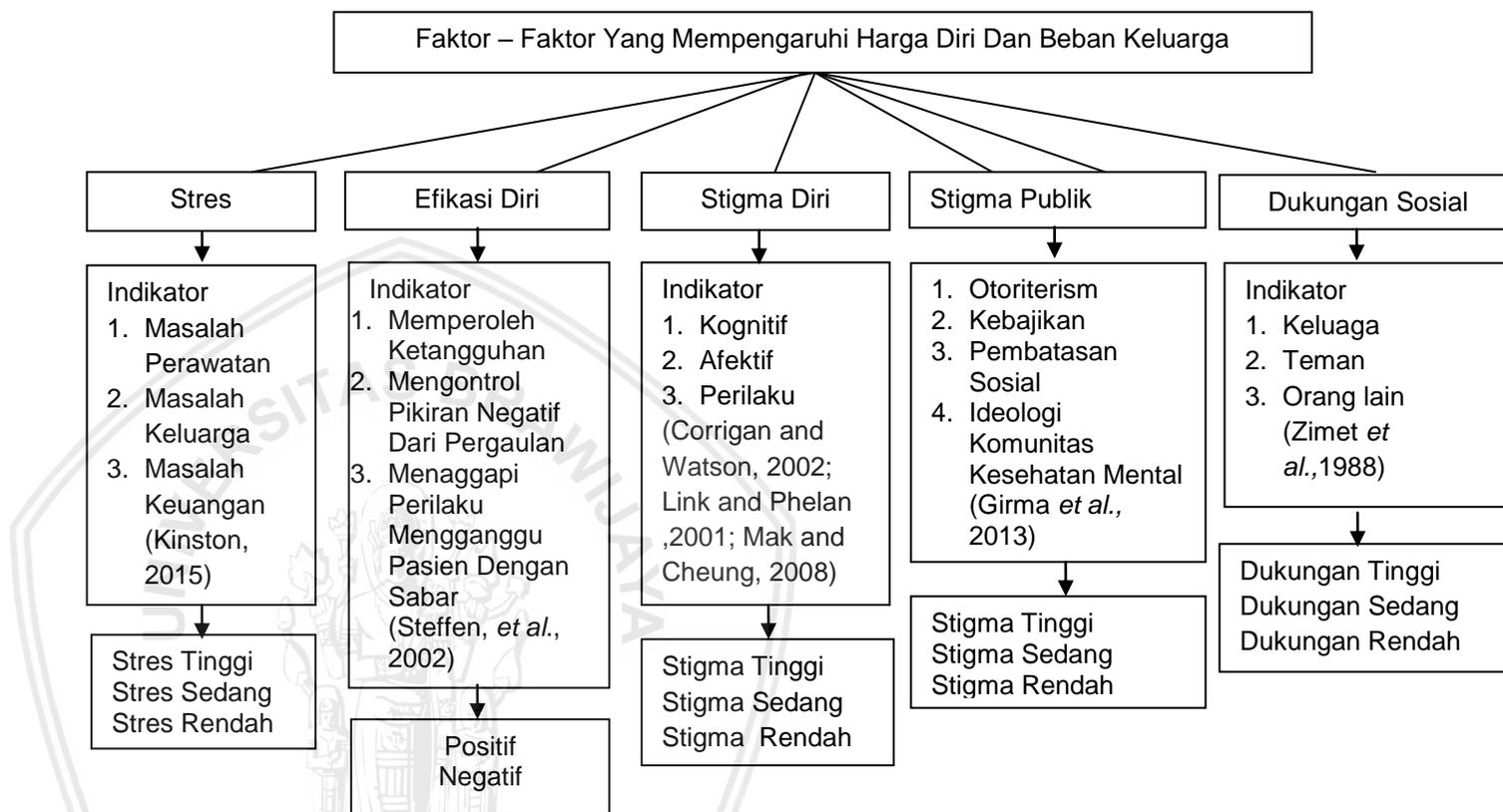
Kuesioner dukungan sosial terdiri dari *Multidimensional Scale of Perceived Sosial Support* dan *Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)*. Pertama adalah kuesioner *Multidimensional Scale of Perceived Sosial Support*. Kuesioner ini dikembangkan oleh (Zimet, Dahlem, 1998) terdapat 12 item pertanyaan dan pilihan jawaban yaitu 1 jika anda sangat sangat tidak setuju, 2 jika anda sangat tidak setuju, 3 jika anda agak tidak setuju, 4 jika anda netral, 5 jika anda cukup, 6 jika anda sangat setuju, 7 jika anda sangat sangat setuju. Item pertanyaan membagi menjadi beberapa faktor yang berkaitan dengan sumber dukungan sosial, yaitu keluarga (Fam), teman (Fri) atau orang lain (SO). Kuesioner dua yaitu *Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)*. Kuesioner ini dikembangkan oleh Cohen & Hoberman, (2001), terdapat 40 item pertanyaan dari 4 dimensi yaitu *tangible support*, *belonging support*, *self-esteem support* dan *appraisal support*. Pilihan penilaian dengan menggunakan skala likert yaitu *definitely true (3)*, *definitely false (2)*, *probably true (1)* , *probably false (0)*.

### BAB 3 KERANGKA TEORI

#### 3.1 Kerangka Teori

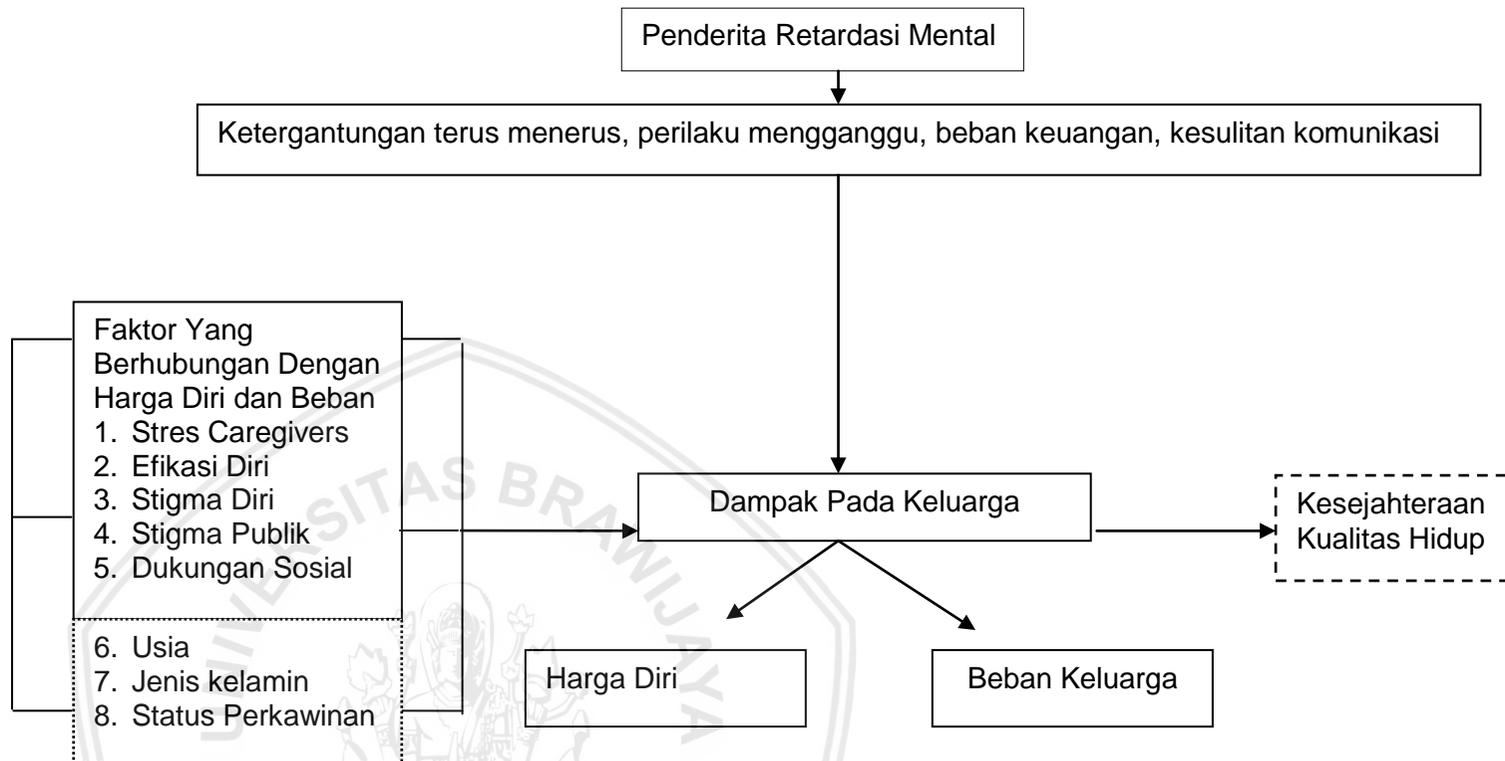


Terdapat faktor yang mempengaruhi harga diri dan beban keluarga, yaitu stres, efikasi diri, stigma diri, stigma publik dan dukungan sosial yang dijelaskan dalam tabel dibawah ini



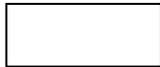
Gambar 3.1 Kerangka Teori

### 3.2 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3.2 Kerangka Konsep Penelitian

#### Keterangan

 : Diteliti

 : Tidak Diteliti

### 3.3 Keterangan Kerangka Konsep

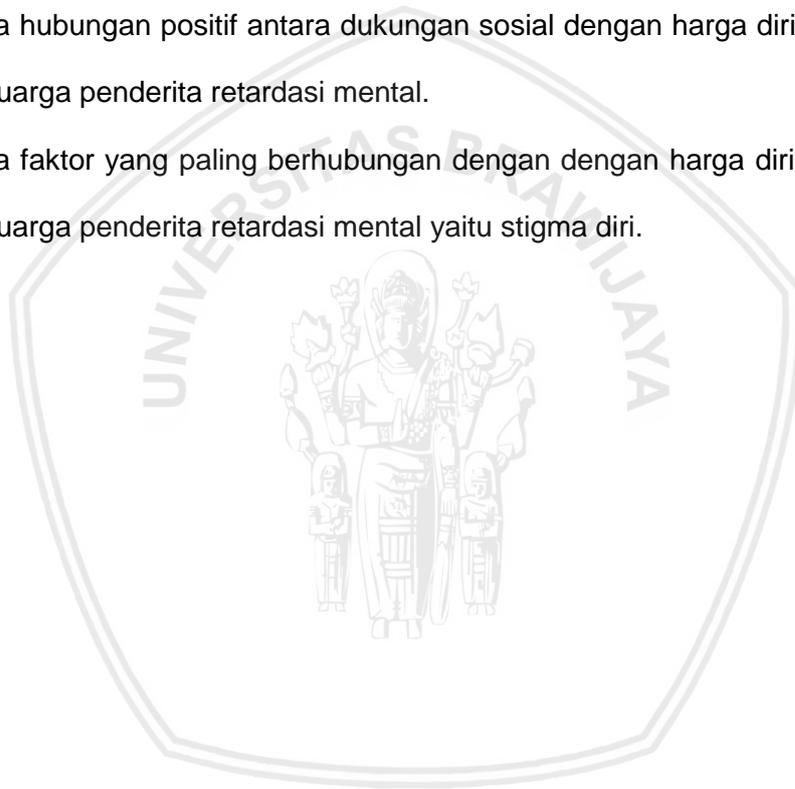
Penderita retardasi mental akan mengalami ketergantungan pada keluarga sebagai pengasuh (*Caregivers*) secara terus menerus karena terkait penurunan kemampuan berinteraksi, berfikir, sosial, perilaku mengganggu, gangguan komunikasi dll. Hal ini akan berdampak pada keluarga secara fisik, psikologis dan keuangan, dampak tersebut meliputi harga diri sebagai perasaan malu dan beban keluarga. Harga diri dan beban dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal, yaitu faktor secara internal meliputi stres, efikasi diri dan stigma diri, sedangkan secara eksternal meliputi dukungan sosial dan stigma publik. Indikator harga diri meliputi harga diri terkait penampilan fisik, sosial dan kemampuan, sedangkan indikator beban meliputi beban emosi, implication pribadi dalam sehari-hari, beban keuangan, reaksi terhadap tuntutan, persepsi tentang efektivitas dan mekanisme kontrol, dukungan keluarga, kepuasan dengan keluarga dan kerabat. Harga diri dan beban merupakan masalah yang sering terjadi pada keluarga penderita retardasi mental (PRM) yang akan menyebabkan dampak pada kualitas hidup dan kesejahteraan.

### 3.4 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan negatif antara stres dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental.

2. Ada hubungan positif antara efikasi diri dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental.
3. Ada hubungan negatif antara stigma diri dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental.
4. Ada hubungan negatif antara stigma publik dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental.
5. Ada hubungan positif antara dukungan sosial dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental.
6. Ada faktor yang paling berhubungan dengan dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental yaitu stigma diri.



## BAB 4

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan jenis penelitian observasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor apa saja yang berhubungan dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.

#### 4.2 Populasi dan Sampel

##### 4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah anggota keluarga yang sehat yang memiliki retardasi mental di satu desa Sidoharjo yang berjumlah 138 keluarga.

##### 4.2.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini berupa yang dihitung menggunakan rumus sampel sebagai berikut :

$$S = \frac{\sigma^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2(N-1) + \sigma^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$n = \frac{1 \cdot 138 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 (138-1) + 1 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = 58 \text{ keluarga}$$

Keterangan :

N : Besar populasi

S : Besar sampel

d : Tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan (0.05)

$\sigma^2$  : nilai alfa (1)

P : Proporsi kategori variabel yang diteliti (0.5)

Q : 1-P (0.5)

#### **Kriteria Inklusi:**

Salah satu anggota keluarga yang sehat fisik dan mental yang merawat penderita retardasi mental, mampu membaca dan berinteraksi dengan baik, dengan usia 18 – 65 tahun, yang tinggal 1 rumah dengan penderita retardasi mental minimal lebih dari 6 bulan yang melakukan perawatan sehari-hari kepada pasien dan bersedia menjadi responden

#### **Kriteria Eksklusi**

Responden yang tidak lengkap mengisi kuisioner

#### **4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel**

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan cara *non probability sampling* berupa *purposive sampling* yaitu memilih subjek berdasarkan kriteria yang ditetapkan oleh peneliti.

#### **4.3 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.

#### **4.4 Waktu Penelitian**

Waktu penelitian ini adalah 1 bulan

#### **4.5 Variabel Penelitian**

Variabel dalam penelitian ini terdiri atas variabel independen dan dependen. Adapun variabel independen pada penelitian adalah stres, efikasi diri,

stigma diri, stigma publik dan dukungan sosial. Untuk variabel dependen pada penelitian ini yaitu harga diri dan beban keluarga.



#### 4.6 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	Stres	Persepsi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan retardasi mental baik dari segi fisik maupun psikologis (Stuart, 2015)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masalah Perawatan</li> <li>2. Masalah Keluarga</li> <li>3. Masalah Keuangan</li> </ol>	Modifikasi dari Kuisisioner <i>Kingston Caregiver Stress Scale</i> (KCSS) berisi 9 item pertanyaan	Ordinal	Skor 9-18= stres rendah Skor 19-27= stress sedang Skor 28-32= stres tinggi
2	Efikasi Diri	Keyakinan keluarga dalam merawat keluarga yang mengalami retardasi mental (Bandura, 1997)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperoleh Ketangguhan</li> <li>2. Menanggapi Perilaku Mengganggu Pasien Dengan Sabar</li> <li>3. Mengontrol Pikiran Negatif Dari Pengasuhan</li> </ol>	Modifikasi dari Kuisisioner <i>Revised Scale For Caregiving Self Efficacy</i> , berisi 10 item pertanyaan	Nominal	Efikasi diri positif= 21-30 Efikasi diri negatif= 10-20
3	Stigma Diri	Pandangan negatif keluarga maupun masyarakat terkait keluarga yang mengalami retardasi mental (Erving Goffman, 1963)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kognitif</li> <li>2. Afektif</li> <li>3. Perilaku</li> </ol>	Modifikasi dari Kuisisioner <i>Affiliated Stigma</i> berisi 8 item pertanyaan	Ordinal	Skor 8-16= stigma diri rendah Skor 17-24= stigma diri sedang Skor 25-32=stigma diri tinggi
4	Stigma Publik	Atribut negatife dari masyarakat pada anggota keluarga terkait sesuatu yang	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Otoriterisme</li> <li>2. Kebajikan</li> <li>3. Pembatasan Sosial</li> <li>4. Ideologi Komunitas</li> </ol>	Modifikasi dari kuisisioner CAMI yang berisi 6 item pertanyaan	Ordinal	Skor 6-12= stigma publik rendah Skor 13-18= stigma publik

		dipandang tidak normal (Corrigan & Muester, 2016)	Kesehatan Mental			sedang Skor 19-24= stigma publik tinggi
5	Dukungan sosial	Penilaian keluarga terkait tindakan dari seseorang dengan tujuan yang baik secara emosi, fisik maupun instrumental (Kerenhappachu & Sridevi, 2014).	Sumber dukungan sosial 1. Keluarga 2. Teman 3. Orang lain	Kuisisioner <i>Multidimensional Scale of Perceived Sosial Support</i> berisi 6 item pertanyaan	Ordinal	Skor 6-12= dukungan sosial rendah Skor 13-18= dukungan sosial sedang Skor 19-24= dukungan sosial tinggi
6	Harga diri	Penilaian pribadi keluarga terhadap dirinya yang memiliki keluarga dengan retardasi mental (Rosenberg, 1967)	1. Fisik 2. Sosial 3. Performance	Kuisisioner Rosenberg berisi 10 item pertanyaan	Nominal	Harga diri positif= 26-40 Harga diri negatif= 10-25
7	Beban Keluarga	Ketidak seimbangan keluarga dalam memenuhi tuntutan perawatan keluarga dengan retardasi mental (Truong, 2015)	1. Beban emosional 2. Implikasi dalam kehidupan sehari-hari 3. Beban keuangan 4. Reaksi dengan tuntutan 5. Persepsi Efikasi dan Mekanisme Kontrol 6. Dukungan Keluarga 7. Kepuasan dengan Peran dan Anggota Keluarga	Kuisisioner <i>The Informal Caregiver Burden Assessment</i> berisi 12 item pertanyaan	Nominal	beban keluarga berat=36-48 beban keluarga sedang= 24-35 beban keluarga ringan= 36-48

## 4.7 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang terdiri dari kuesioner A, Kuesioner B dan Kuesioner C.

### 1.7.1 Kuesioner A

Kuesioner A merupakan kuesioner yang berisi tentang data demografi responden seperti usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, status pernikahan, hubungan dengan klien gangguan jiwa, lama merawat.

### 1.7.2 Kuesioner B

Kuesioner B merupakan kuesioner yang berisi tentang variabel-variabel independen yaitu stres, efikasi diri, stigma diri, stigma publik dan dukungan sosial.

Kuisisioner stres yaitu berdasarkan modifikasi dari Kingston (2006) yang terdiri atas 9 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert, 1 : tidak pernah, 2: jarang, 3 :sering, 4 : selalu. Menggunakan rumus sebagai berikut

$$i = \frac{R}{N}$$
$$\frac{(36-9)}{3} = 9$$

Keterangan

i = panjang kelas

R = rentang (skor maksimal- skor minimal)

N = kategori atau banyak kelas

Maka dari perhitungan rumus tersebut diatas, hasil pengkategorian berdasarkan skor yang diperoleh yaitu dikategorikan stres rendah 9-18, stres sedang 19-27, stres tinggi 28-36. Skor minimal 9 dan maksimal 36.

Kuisisioner efikasi diri berdasarkan modifikasi dari *Revised Scale For Caregiving Self Efficacy* oleh Steffen *et al.*, (2002) terdapat 10 item pertanyaan. Kuisisioner ini menggunakan skala likert yaitu 3:sangat yakin, 2:yakin, dan 1: tidak yakin, skala data yang digunakan adalah nominal dengan dengan rumus:

$$i = \frac{R}{N}$$

$$\frac{(30-10)}{2} = 10$$

Keterangan

i = panjang kelas

R = rentang (skor maksimal- skor minimal)

N = kategori atau banyak kelas

Maka dari perhitungan rumus tersebut diatas, hasil pengkategorian berdasarkan skor yang diperoleh yaitu dikategorikan efikasi diri negatif 10-20 dan efikasi diri positif 21-30.

Kuisisioner stigma diri berdasarkan modifikasi dari *Affiliated Stigma* oleh Mak dan Cheung (2008), terdapat 8 item pertanyaan yang dinilai pada skala Likert yaitu 1:sangat sering, 2:sering, 3:kadang-kadang, 4:tidak pernah. Menggunakan rumus sebagai berikut

$$i = \frac{R}{N}$$

$$\frac{32-8}{3} = 8$$

Keterangan

i = panjang kelas

R = rentang (skor maksimal- skor minimal)

N = kategori atau banyak kelas

Maka dari perhitungan rumus tersebut diatas, hasil pengkategorian berdasarkan skor yang diperoleh yaitu dikategorikan 8-16 stigma diri rendah, stigma diri sedang 17-24 dan stigma diri tinggi 25-32. Skor minimal adalah 8 dan maksimal 32.

Kuesioner stigma publik berdasarkan modifikasi dari CAMI (*Community Attitudes toward the Mentally Ill*). Terdapat 6 item pertanyaan yang dinilai pada skala likert yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju, dengan menggunakan rumus sebagai berikut

$$i = \frac{R}{N}$$

$$\frac{24-6}{3} = 6$$

Keterangan

i = panjang kelas

R = rentang (skor maksimal- skor minimal)

N = kategori atau banyak kelas

Maka dari perhitungan rumus tersebut diatas, hasil pengkategorian berdasarkan skor yang diperoleh yaitu dikategorikan stigma publik ringan 6-12, stigma publik sedang 13-18 dan stigma publik tinggi 19-24, dengan skor minimal adalah 6 dan maksimal 24.

Kuesioner dukungan sosial berdasarkan modifikasi dari *Multidimensional scale of perceived social support* oleh Zimet (2016). Kuesioner ini berisi 6 pernyataan dan menggunakan skala untuk pilihan jawaban dengan 1: sangat sering, 2:sering, 3:kadang-kadang, 4:tidak pernah dengan menggunakan rumus sebagai berikut

$$i = \frac{R}{N}$$

$$\frac{24-6}{3} = 6$$

Keterangan

i = panjang kelas

R = rentang (skor maksimal- skor minimal)

N = kategori atau banyak kelas

Maka dari perhitungan rumus tersebut diatas, hasil pengkategorian berdasarkan skor yang diperoleh yaitu dukungan sosial ringan 6-12, dukungan sosial sedang 13-18 dan dukungan sosial tinggi 19-24, skor minimal adalah 6 dan maksimal 24.

### 1.7.3 Kuesioner C

Kuesioner C merupakan kuesioner tentang variabel dependen yaitu harga diri dan beban keluarga.

Kuesioner harga diri berdasarkan modifikasi dari Rosenberg terdiri dari 10 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert sangat tidak setuju, tidak setuju, sangat setuju. Untuk pertanyaan nomor 1,2,4,6 dan 7 jika memilih 1: sangat tidak setuju 2: tidak setuju 3: setuju dan 4 : sangat setuju. Sebaliknya jika 3,5,8,9 dan 10 jika memilih 1: sangat setuju 2:setuju 3: tidak setuju 4: sangat tidak setuju. Penilaian dengan skala likert tersebut diatas skala data nominal yang diperoleh dari:

$$i = \frac{R}{N}$$

$$\frac{(40-10)}{2} = 15$$

Keterangan

i = panjang kelas

R = rentang (skor maksimal- skor minimal)

N = kategori atau banyak kelas

Maka dari perhitungan rumus tersebut diatas, hasil pengkategorian berdasarkan skor yang diperoleh yaitu dikategorikan harga diri negatif 10-25 dan harga diri positif 26-40.

Kuesioner beban keluarga berdasarkan modifikasi dari Monteiro EA *et al.*, (2015) yang terdiri dari 12 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert 4: tidak pernah, 3:jarang, 2:sering, 1:selalu. Penilaian dengan skala likert tersebut diatas skala data nominal yang diperoleh dari:

$$i = \frac{R}{N}$$

$$\frac{(48-12)}{3} = 12$$

Keterangan

i = panjang kelas

R = rentang (skor maksimal- skor minimal)

N = kategori atau banyak kelas

Maka dari perhitungan rumus tersebut diatas, hasil pengkategorian berdasarkan skor yang diperoleh yaitu dikategorikan beban keluarga ringan 12-23, beban keluarga sedang 24-35 dan beban keluarga berat 36-48

## 4.8 Uji Validitas dan Reliabilitas

### 4.8.1 Uji Validitas

Peneliti melakukan uji validitas di desa Kreet Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo, sejumlah 10 responden. Peneliti melakukan uji validitas di desa tersebut karena desa Kreet merupakan desa yang juga disebut sebagai “Kampung Idiot” karena terdapat banyak penderita retardasi mentalnya.

Validitas instrumen penelitian ini diuji menggunakan teknik korelasi *pearson product moment* yaitu melihat nilai korelasi antara skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Berikut adalah rumus *Pearson Product Moment*:

$$r_{hitung} = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n \cdot \sum X^2 - (\sum X)^2][n \cdot \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

$r_{hitung}$	=	Koefisien korelasi
$\sum X$	=	Jumlah skor item
$\sum Y$	=	Jumlah skor total (item)
$n$	=	Jumlah responden

Setelah diketahui nilai  $r_{hitung}$  maka akan dilihat r tabel. Berdasarkan tingkat signifikansi 0,05, bila r hitung lebih besar dari r tabel maka instrumen dinyatakan valid. Namun bila r hitung lebih kecil dari r tabel maka instrument dinyatakan tidak valid. Setelah dilakukan uji validitas, didapatkan pernyataan yang valid dari kuesioner stres berjumlah 9 pernyataan, efikasi diri berjumlah 10 pernyataan, stigma diri berjumlah 8 pernyataan, stigma masyarakat berjumlah 6 pernyataan, dukungan masyarakat berjumlah 6 pernyataan, harga diri berjumlah 10 pernyataan dan beban keluarga berjumlah 12 pernyataan.

#### 4.8.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas instrumen merupakan derajat ketetapan/keajekan atau konsistensi alat ukur yang digunakan. Instrumen yang reliabel, apabila digunakan untuk mengukur berkali-kali, akan menghasilkan data yang sama. Kriteria uji reliabilitas suatu konstruk variabel dikatakan baik jika memiliki nilai *Cronbach's Alpha* >0,60.

Adapun rumusnya sebagai berikut:

$$\alpha = \left( \frac{K}{K-1} \right) \left( \frac{S_x^2 - \sum S_i^2}{S_x^2} \right)$$

Keterangan:

K = Jumlah item kuesioner atau indikator

$S_i^2$  = Varian skor-skor tes

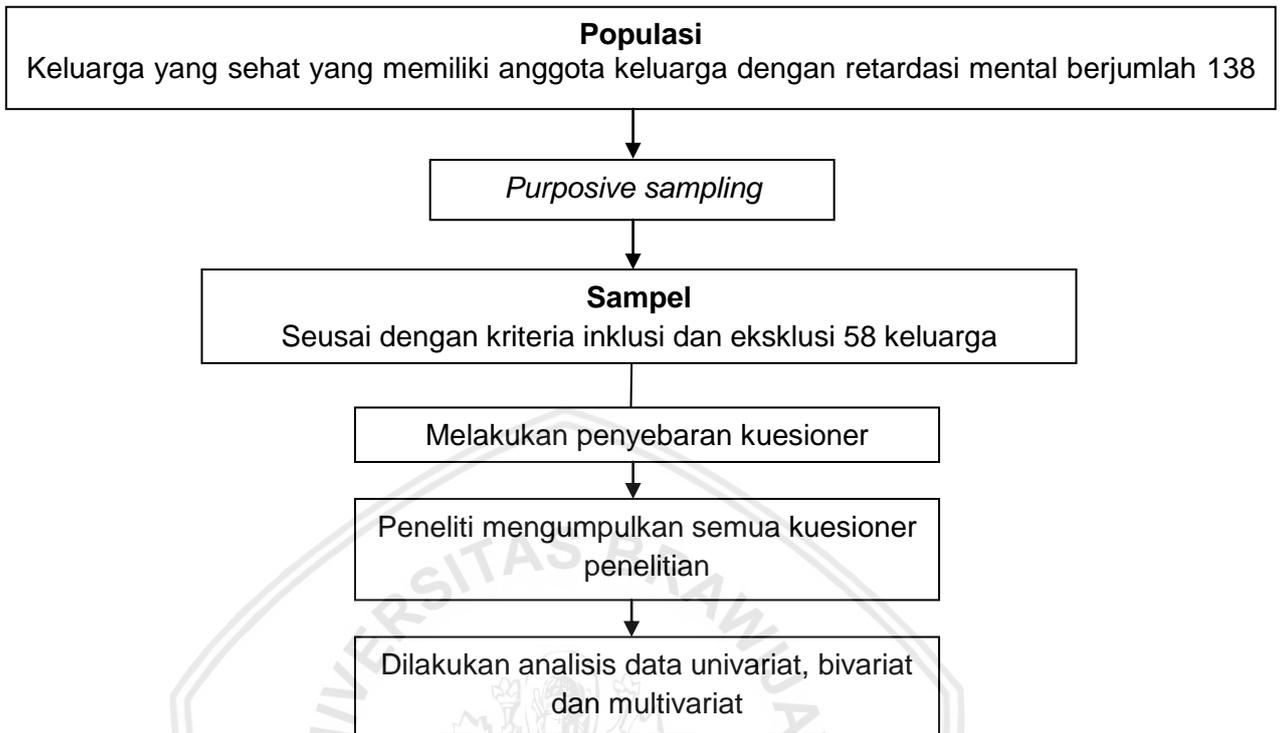
$\sum S_i^2$  = Jumlah varian skor item

Setelah dilakukan uji reliabilitas, instrumen stres mempunyai nilai 0.923, efikasi diri dengan nilai 0.971, stigma diri dengan nilai 0.926, stigma publik dengan nilai 0.907, dukungan sosial dengan nilai 0.918, harga diri dengan nilai 0.971 dan beban keluarga dengan nilai 0.941

#### 4.9 Alur penelitian

Setelah peneliti ujian seminar proposal, peneliti seminar etik di FKUB dan setelah dinyatakan layak penelitian, peneliti mendapat surat izin dari bagian sekretariat UB untuk KESBANGPOLLINMAS Ponorogo pada lampiran 17, dan Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon pada lampiran 19. Peneliti setelah mendapatkan surat masing-masing dari perizinan tersebut Peneliti mengantarkan ke Kepala Desa dan Kepala Forum Sidowayah Bangkit (FSB). Setelah mendapatkan perizinan di tempat penelitian, Peneliti mendapatkan data terkait nama, alamat rumah dan letak rumah dari ketua FSB di satu desa tersebut dan memulai penelitian dengan menyebarkan kuesioner stres, efikasi diri, stigma diri, stigma publik dukungan sosial, harga diri keluarga dan beban keluarga.

#### 4.10 Prosedur Pengumpulan Data



Skema 4.1 Prosedur Pengumpulan Data

#### 4.11 Pengolahan dan Analisis Data

##### 4.11.1 Pengolahan Data

Setelah data terkumpul, kemudian dilakukan pengolahan data sebagai berikut :

##### 1. *Editing*

Hasil dari pengisian instrumen dan lembar observasi yang digunakan untuk penelitian harus dilakukan penyuntingan. Proses *editing* dilaksanakan dengan pengecekan dan perbaikan isian instrumen dan lembar observasi, apakah sudah lengkap atau belum diisi.

##### 2. *Coding*

Data yang telah dinilai kemudian diberi kode numerik dalam bentuk angka serta diolah menggunakan program komputer.

3. *Entry Data*

Data yang sudah diberi kode, kemudian dimasukkan ke program komputer.

4. *Cleaning*

Data yang sudah dimasukkan ke dalam program komputer, kemudian dicocokkan serta diperiksa kembali apakah sudah sesuai atau tidak.

**4.11.2 Analisis Data**

**1. Analisis Univariat**

Analisis univariat menjelaskan karakteristik setiap variabel dari hasil penelitian. Pada penelitian ini, data univariatnya meliputi data demografi responden, stres, efikasi diri, stigma diri, stigma publik, dukungan sosial, beban keluarga dan harga diri keluarga.

**2. Analisis Bivariat**

Analisis bivariat digunakan untuk melihat apakah hubungan atau pengaruh antara variabel independen dan dependen. Penelitian ini melihat faktor apa saja yang berhubungan dengan harga diri dan beban keluarga pada keluarga dengan penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo. Adapun masing-masing variabel dilakukan uji sebagai berikut:

No	Independen	Dependen	Uji Statistik
1	Stres (Ordinal)	Harga Diri (Nominal) Beban Keluarga (Ordinal)	Somers'd Spearman Rank
2	Efikasi Diri (Nominal)	Harga Diri (Nominal) Beban Keluarga (Ordinal)	Koefisien Kontingensi Somers'd
3	Stigma Diri (Ordinal)	Harga Diri (Nominal) Beban Keluarga (Ordinal)	Somers'd Spearman Rank
4	Stigma Publik (Ordinal)	Harga Diri (Nominal) Beban Keluarga (Ordinal)	Somers'd Spearman Rank
5	Dukungan Sosial (Ordinal)	Harga Diri (Nominal) Beban Keluarga (Ordinal)	Somers'd Spearman Rank

### 3. Analisis Multivariat

No	Independen	Dependen	Uji Multivariat
1	Stres (Ordinal)	Harga Diri (Nominal) Beban Keluarga (Ordinal)	Regresi Logistik Berganda Regresi Logistik Ordinal
2	Efikasi Diri (Nominal)	Harga Diri (Nominal) Beban Keluarga (Ordinal)	Regresi Logistik Berganda Regresi Logistik Ordinal
3	Stigma Diri (Ordinal)	Harga Diri (Nominal) Beban Keluarga (Ordinal)	Regresi Logistik Berganda Regresi Logistik Ordinal
4	Stigma Publik (Ordinal)	Harga Diri (Nominal) Beban Keluarga (Ordinal)	Regresi Logistik Berganda Regresi Logistik Ordinal
5	Dukungan Sosial (Ordinal)	Harga Diri (Nominal) Beban Keluarga (Ordinal)	Regresi Logistik Berganda Regresi Logistik Ordinal

Penelitian ini menggunakan dua uji multivariate pada masing masing variabel independen dengan dua dependen, yaitu:

#### A. Regresi logistik berganda

Digunakan jika variabel independennya lebih dari 1 variabel (kategorik/numerik) yang dihubungkan dengan variabel dependen 1 variabel dengan skala kategorik. Dalam penelitian kali ini adalah stres, efikasi diri, stigma diri, stigma publik dan dukungan sosial dengan harga diri.

Prosedur yang dilakukan adalah sebagai berikut:

#### 1. Seleksi kandidat

Variabel kandidat akan dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat ketika hasil uji bivariat mempunyai nilai  $p \leq 0.25$  atau bisa saja  $p \text{ value} > 0.25$  tetap diikutkan ke dalam multivariat ketika variabel tersebut secara substansi dianggap penting.

#### 2. Pemodelan multivariat

Untuk mendapatkan pemodelan multivariat dilakukan dengan cara mempertahankan variabel independen mempunyai  $p \text{ value} \leq 0.05$  dan mengeluarkan variabel yang  $p \text{ valuenya} > 0.05$  dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai  $p \text{ value}$  terbesar. Adapun metode yang digunakan pada regresi logistik berganda ini yaitu metode *Backward LR*.

## B. Regresi Logistik Ordinal

Dalam penelitian ini menggunakan regresi logistik ordinal karena variabel terikat (variabel dependen) berskala ordinal yaitu berat, sedang dan ringan, dalam penelitian ini adalah stres, efikasi diri, stigma diri, stigma publik dan dukungan sosial dengan beban keluarga. Regresi logistik ordinal menghasilkan output beberapa persamaan. Dalam penelitian ini adalah uji simultan, determinasi dan uji parsial. Masing masing persamaan tersebut dilihat dari nilai  $p < 0.05$ .

### 4.12 Etika Penelitian

#### 4.12.1 Menghargai hak asasi manusia (*Respect For Person*)

Peneliti berkewajiban untuk menghargai harkat dan martabat partisipan sebagai manusia.

##### a) *Respect For Autonomy* (Menghormati Otonomi)

Dalam penelitian ini, peneliti memberikan informasi yang benar dan jelas tentang penelitian yang dilakukan yaitu terkait tujuan, manfaat dan proses penelitian sehingga partisipan memahami tentang seluruh proses penelitian. Sebelum melakukan penelitian responden diberi kesempatan untuk mengajukan pertanyaan tentang aspek penelitian yang dilaksanakan dan pilihan untuk mengikuti dan menolak dalam berpartisipasi dalam penelitian. Partisipan diminta untuk menanda tangani *informed consent* sebagai bukti partisipan bersedia menjadi informan dalam penelitian yang dilakukan.

##### b). *Anonymity*

Peneliti tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data, cukup dengan memberi nomor kode pada masing-masing lembar tersebut. Nama pihak keluarga yang menjadi responden penelitian ini hanya diberi tanda inisial nama dan nomor kode.

#### 4.12.2 Beneficence ( Berbuat Baik)

Pada penelitian ini, peneliti memperhatikan kenyamanan partisipan dengan memperhatikan kemanfaatan dari penelitian yang dilakukan. Peneliti menghargai partisipan sebagai sumber informasi dari penelitian yang dilakukan dengan memperhatikan dan mempercayai partisipan dari pengalaman merawat penderita retardasi mental.

#### 4.12.3 *Non-maleficence* (Tidak Merugikan)

Pada penelitian ini, peneliti meminimalkan resiko dari kerugian yang ditimbulkan dari kegiatan penelitian yang dilakukan pada partisipan. Peneliti juga memperhatikan agar partisipan bebas dari ketidaknyamanan saat proses penelitian berlangsung. Peneliti menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh partisipan dan meningkatkan rasa nyamannya dengan situasi dan tempat serta lingkungan yang aman dan nyaman.

#### 4.12.4 *Justice* ( Keadilan)

Pada penelitian ini, peneliti memperlakukan setiap partisipan secara adil, wajar dan jujur serta memberikan kesempatan yang sama pada semua partisipan dalam menyampaikan informasi terkait penelitian. Dalam prosedur penelitian, peneliti mempertimbangkan aspek keadilan gender dan hak responden untuk mendapatkan perlakuan yang sama, baik sebelum, selama, maupun sesudah berpartisipasi dalam penelitian.

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Berdasarkan data profil desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo tahun 2013, batas wilayah utara adalah desa krebet kecamatan Jambon dan desa Tanjung Rejo Kecamatan Badegan. Batas selatan adalah desa Karangpatihan kecamatan Balong dan desa Watu Pathok Kecamatan Bandar, batas barat adalah Tanjung Rejo Kecamatan Badegan dan desa Watu Pathok Desa Sidoharjo merupakan salah satu desa yang mempunyai labeling 'Kampung Idiot' selain desa Sidoharjo yaitu terdapat tiga desa lain yaitu Desa Kreet di Kecamatan Jambon, serta Desa Karang Patihan dan Pandak di Kecamatan Balong. Desa Sidoharjo terletak di Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo Provinsi Jawa Timur. Desa ini terdiri dari 31 RT dan 3 RW, yang terbagi menjadi 3 dusun yaitu dusun Sidowayah, Klitik dan Karangsegon. Jumlah penduduk Desa Sidoharjo sampai tahun 2018 sejumlah 5791 penduduk dengan 138 penderita retardasi mental. Jumlah penduduk dusun Karangsegon adalah 1957, jumlah penduduk dusun Klitik 1320 dan jumlah penduduk dusun Sidowayah 2514. Desa Sidoharjo pada mulanya merupakan bagian dari Desa Kreet. Desa ini sebagai hasil proses pemekaran wilayah Desa Kreet yang dilatarbelakangi oleh adanya upaya untuk mengintensifkan dan percepatan pembangunan. Desa Sidoharjo dan Kreet Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo memiliki kondisi geografis dan topografi yang hampir sama. Kedua desa ini terletak di kaki gunung dan tanahnya berbatuan. Bedanya, Desa Kreet tanahnya lebih landai, 250 m/dpl, 82% dataran, 18% perbukitan, dan kondisi tanah lebih subur. Jumlah warga idiot yang sangat banyak di kampung tersebut

merupakan fenomena yang banyak mendapat perhatian dari berbagai pihak. penduduk dusun Klitik 1320 dan jumlah penduduk dusun Sidowayah 2514 (Data Desa Sidoharjo,2014).

## 5.2 Analisis Univariat

### 5.2.1 Data umum

Data umum terdiri dari karakteristik responden dalam penelitian ini yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, penghasilan, status perkawinan, hubungan dengan penderita dan lama merawat

### 5.2.2 Karakteristik Demografi Responden Berdasarkan Usia Keluarga dan Usia Pasien

Dibawah ini disajikan usia responden dan keluarga yang merawat berdasarkan sampel yang diambil yaitu sejumlah 58.

**Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Keluarga dan Pasien**

	N	Mean	Median	Min-Max	SD
Usia Keluarga	58	39.98	41	18-65	13.31
Usia Pasien	58	49.47	53	8-83	16.84

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata keluarga berumur 40 tahun. Sedangkan untuk pasien, rata-rata berumur 50 tahun

### 5.2.3 Karakteristik Demografi Responden

Berdasarkan jumlah 58 sampel yang diambil Peneliti di Desa Sidoharjo, yaitu di tiga dusun Klitik, Karangsegon dan Sidowayah didapatkan hasil data demografi responden yang meliputi jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, status perkawinan, hubungan dengan penderita dan lama merawat sebagai berikut

**Tabel 5.2 Karakteristik Demografi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Status Perkawinan, Hubungan Dengan Penderita dan Lama Merawat**

Variabel	Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-Laki	19	32.8
	Perempuan	39	67.2
Pendidikan	SD	48	82.8
	SMP	4	6.9
	SMA	2	3.4
	Tidak Sekolah	4	6.9
Pekerjaan	Buruh Tani	39	67.2
	Petani	3	5.2
	PNS	1	1.7
	Swasta	9	15.5
	Tidak Bekerja	6	10.3
Penghasilan	< UMR	55	94.8
	> UMR	3	5.2
Status Perkawinan	Menikah	50	86.2
	Belum Menikah	7	12.1
	Janda	1	1.7
Hubungan Dengan Penderita	Ibu	8	13.8
	Bapak	3	5.2
	Anak	13	22.4
	Saudara	34	58.6
Lama Merawat	1-5 tahun	1	1.7
	6-10 tahun	9	15.5
	> 10 tahun	48	82.5

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar jenis kelamin yang paling dominan yaitu perempuan dengan jumlah 39 orang. Pendidikan sebagian besar yaitu sekolah dasar dengan jumlah 48 orang. Pekerjaan sebagian besar yaitu buruh tani dengan jumlah 39 orang. Penghasilan sebagian besar yaitu Rp. < UMR dengan jumlah 55 orang. Status perkawinan yang paling dominan sebagian besar menikah dengan jumlah 50 orang. Hubungan dengan penderita sebagian besar yaitu saudara dengan jumlah 34 orang. Lama merawat sebagian besar yaitu > 10 tahun dengan jumlah 48 orang.

#### 5.2.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Variabel

Dibawah ini disajikan data variabel univariat responden dari total jumlah responden sebesar 58, yang meliputi variabel dependen (terikat) yaitu harga diri

dan beban keluarga dan variabel independen (bebas) meliputi stres, efikasi diri, stigma diri, stigma publik dan dukungan sosial.

**Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Variabel Harga Diri, Beban Keluarga, Efikasi Diri, Stigma Diri, Stigma Publik, Dukungan Publik dan Stres**

Variabel	Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Harga Diri	Positif	45	77.6
	Negatif	13	22.4
Beban Keluarga	Berat	15	25.9
	Sedang	40	69
	Ringan	3	5.2
Stres	Sedang	24	41.4
	Rendah	34	58.6
Efikasi Diri	Positif	45	77,6
	Negatif	13	22,4
Stigma Diri	Tinggi	27	46.6
	Sedang	31	53.4
Stigma Publik	Tinggi	25	43.1
	Sedang	33	56.9
Dukungan Sosial	Sedang	26	44.8
	Tinggi	32	55.2

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki harga diri positif yang berjumlah 45 orang. Beban keluarga yaitu sebagian besar beban keluarga sedang dengan jumlah 40 orang. Sebagian besar stres responden yaitu stres rendah dengan jumlah 34 orang. Sebagian besar responden memiliki efikasi diri positif dengan jumlah 45 orang. Stigma diri sebagian besar yaitu stigma diri sedang dengan jumlah 31 orang. Stigma publik sebagian besar yaitu stigma publik sedang dengan jumlah 33 orang. Dukungan sosial sebagian besar tinggi dengan jumlah 32 orang.

### 5.3 Analisis Bivariat

Dibawah ini disajikan hubungan secara bivariat dari variabel dependen harga diri dan beban keluarga dengan menggunakan uji statistik Somer'd, Spearman Rank dan koefisien kontingensi.

### 5.3.1 Analisis Bivariat Harga Diri

**Tabel 5.4 Hubungan Stres Efikasi Diri, Stigma Diri, Stigma Publik, dan Dukungan Publik Dengan Harga Diri Pada Keluarga Penderita Retardasi Mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo**

Variabel	Kategori	Harga Diri		r	Nilai p
		Positif	Negatif		
Stres	Sedang	14 (24.1%)	10 (17.2%)	-0.328	0.004
	Rendah	31 (53.4%)	3 (5.2%)		
Efikasi diri	Positif	45 (77,6%)	0 (0%)	0,707	0.000
	Negatif	0 (0%)	13 (22,4%)		
Stigma diri	Tinggi	15 (25.9%)	12 (20.7%)	-0.412	0.000
	Sedang	30 (51.7%)	1 (1.7%)		
Stigma publik	Tinggi	16 (27.6%)	9 (15.5%)	-0.239	0.033
	Sedang	29 (50%)	4 (6.9%)		
Dukungan sosial	Tinggi	29 (50%)	3 (5.2%)	0.291	0.007
	Sedang	16 (27.6%)	10 (17.2%)		

Berdasarkan Tabel 5.4 menunjukkan nilai p value stres sebesar 0.004, p value efikasi diri 0.000, p value stigma diri 0.000, p value stigma publik sebesar 0,033 dan p value dukungan sosial sebesar 0,007. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan stres, efikasi diri, stigma diri, stigma publik dan dukungan sosial dengan harga diri pada keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo. Adapun nilai r pada masing masing variabel stres, efikasi diri, stigma diri, stigma publik dan dukungan sosial yaitu stres  $r = -0,328$  menunjukkan korelasi negatif dengan kekuatan yang sangat lemah. Hal ini menunjukkan bahwa semakin semakin tinggi stres, maka semakin negatif harga diri. Nilai r efikasi diri  $r = 0,707$  menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan yang sangat lemah. Hal ini menunjukkan bahwa semakin positif efikasi diri, maka semakin positif harga diri.

Nilai r stigma diri sebesar  $r = -0.412$  menunjukkan korelasi negatif dengan kekuatan yang sangat sedang. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi stigma diri, maka semakin negatif harga diri. Nilai r stigma publik sebesar  $r = -0.239$

menunjukkan korelasi negatif dengan kekuatan yang sangat lemah. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi stigma publik, maka semakin negatif harga diri. Nilai  $r$  dukungan sosial sebesar  $r=0.291$  menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan yang sangat lemah. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi dukungan sosial, maka semakin positif harga diri keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.

### 5.3.2 Analisis Bivariat Beban

Dibawah ini dipaparkan hubungan bivariat antara variabel independen dengan dependen yaitu stres, efikasi diri, stigma diri, stigma publik dan dukungan sosial dengan beban keluarga

**Tabel 5.5 Hubungan Efikasi Diri, Stigma Diri, Stigma Publik, Dukungan Publik dan Stres Dengan Beban Pada Keluarga Penderita Retardasi Mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo**

Variabel	Kategori	Beban Keluarga			r	p
		Berat	Sedang	Ringan		
Stres	Sedang	12 (20.%)	11 (19%)	1 (1.7%)	0.425	0.001
	Rendah	3 (5.2%)	29 (50%)	2 (3.4%)		
Efikasi Diri	Positif	8 (13,8%)	34 (58,6%)	3 (5,3%)	-0.391	0.013
	Negatif	7 (12%)	6 (10,3%)	0 (0%)		
Stigma Diri	Tinggi	12 (20.7%)	15 (25.9%)	0 (0%)	0.429	0.001
	Sedang	3 (5.2%)	25 (43.1%)	3 (5.2%)		
Stigma publik	Tinggi	9 (15.5%)	15 (25.9%)	1 (1.7%)	0.195	0.142
	Sedang	6 (10.3%)	25 (43.1%)	2 (3.4%)		
Dukungan Sosial	Tinggi	3 (5.2%)	27 (46.6%)	2 (3.4%)	-0.39	0.002
	Sedang	12 (20.7)	13 (22.4%)	1 (1.7%)		

Berdasarkan Tabel 5.5 menunjukkan bahwa nilai  $p$  value stres sebesar  $p=0.001$ , nilai  $p$  value efikasi diri nilai  $p=0.013$ , nilai  $p$  value stigma diri nilai  $p=0.001$ , nilai  $p$  value dukungan sosial  $p=0.002$  dan nilai  $p$  value stigma publik nilai  $p=0.142$  hal ini menunjukkan terdapat hubungan antara stres, efikasi diri, stigma diri, dukungan sosial dengan beban, dan tidak terdapat hubungan antara stigma publik dengan beban keluarga penderita retardasi mental. Adapun nilai  $r$

stres yaitu  $r=0.425$ , menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan yang sedang. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi stres, maka semakin tinggi beban. Nilai  $r$  efikasi diri sebesar  $r=-0.391$  menunjukkan korelasi negatif dengan kekuatan yang lemah. Hal ini menunjukkan bahwa semakin positif efikasi diri, maka semakin rendah beban. Nilai  $r$  stigma diri sebesar nilai  $r=0.429$  menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan yang sedang. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi stigma diri, maka semakin tinggi beban. Nilai  $r$  stigma publik sebesar  $r=0.195$  menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan yang sangat lemah. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi stigma publik, maka semakin tinggi beban. Nilai  $r$  dukungan sosial sebesar  $r=-0.39$  menunjukkan korelasi negatif dengan kekuatan yang lemah. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi dukungan sosial, maka semakin rendah beban keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.

#### **5.4 Analisis Multivariat**

Penelitian ini menggunakan dua uji statistik multivariate, yang pertama menggunakan uji regresi logistik ganda pada variabel dependen harga diri dengan skala ukur kategorik (nominal) dan kedua menggunakan uji statistik multivariate logistik ordinal pada variabel dependen beban dengan skala ukur kategorik (ordinal).

##### **5.4.1 Multivariat Variabel Harga Diri**

###### **5.4.1.1 Seleksi bivariat**

Uji regresi logistik ganda dilakukan setelah melakukan uji bivariat untuk menentukan variabel yang layak diikutkan ke dalam analisis. Seleksi bivariat menggunakan uji koefisien kontingensi dan somer'd. variabel dengan nilai  $p$  value  $< 0,25$  dapat diikutkan dalam uji multivariat. Variabel independen yang

hasil bivariatnya menghasilkan  $p$  value  $> 0,25$  namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam model multivariat.

#### 5.4.1.2 Uji regresi logistik ganda dengan metode *backward LR*

Adapun tahapannya sebagai berikut:

1. Step 1

Pada tahap step 1, program mengeksklusi variabel dukungan publik yang memiliki nilai  $p$  value 0.607 dari pemodelan.

2. Step 2

Pada tahap step 2, program mengeksklusi variabel efikasi diri yang memiliki nilai  $p$  value 0.221 dari pemodelan.

3. Step 3

Pada tahap step 3, program mengeksklusi variabel stigma publik yang memiliki nilai  $p$  value 0.143 dari pemodelan.

4. Step 4

Pada tahap step 4, program tidak mengeksklusi variabel apapun pemodelan.

#### 5.4.1.3 Hasil Analisis Multivariat

Dibawah ini disajikan hasil uji menggunakan multivariate logistik ganda sebagai berikut

Tabel 5.6 Faktor Yang Paling Berhubungan Dengan Harga Diri

Variabel	Koefisien	Nilai $p$	Exp(B)	Nagelkerke R Square	Hosmer & Lameshow Test
Step 1					
Efikasi Diri	-1.439	0.198	0.237	0.560	0.327
Stigma Diri	3.990	0.021	54.034		
Stigma Publik	1.270	0.163	3.559		
Dukungan Sosial	0.620	0.607	1.858		
Stres	2.742	0.028	15.514		
Konstanta	-5.570	0.016	0.004		
Step 2					
Efikasi Diri	-1.254	0.221	0.285	0.555	0.344
Stigma Diri	3.508	0.007	33.382		
Stigma Publik	1.154	0.188	3.171		
Stres	2.356	0.015	10.551		
Konstanta	-4.748	0.002	0.009		
Step 3					
Stigma Diri	3.098	0.007	22.151	0.528	0.628
Stigma Publik	1.251	0.143	3.494		
Stres	2.070	0.018	7.928		
Konstanta	-5.175	0.000	0.006		
Step 4					
Stigma Diri	3.158	0.005	23.523	0.488	0.833
Stres	1.973	0.017	7.191		
Konstanta	-4.468	0.000	0.011		

Tabel 5.6 ini menunjukkan bahwa hasil *Nagelkerke R Square* 0.488 yang artinya kedua variabel (stigma diri dan stres) dapat menjelaskan harga diri keluarga yang memiliki retardasi mental sebesar 48.8%. Sisanya dipengaruhi oleh variabel lain. Hasil uji *Hosmer* dan *Lameshow test* didapatkan *p value* yaitu 0.833 ( $p > 0.05$ ) sehingga persamaan yang didapatkan pada analisis multivariat layak diteruskan untuk melihat faktor yang paling berhubungan dengan harga diri pada keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.

Hasil akhir uji regresi logistik berganda menunjukkan nilai hitung Exp(B) stigma diri sebesar 25.523 dan nilai Exp(B) stres sebesar 7.191. Berdasarkan hasil analisis tersebut maka variabel stigma diri menjadi variabel bebas yang paling berhubungan dengan harga diri pada keluarga penderita retardasi mental dengan nilai Exp(B) 25.523 yang menjelaskan responden yang mengalami stigma diri yang

tinggi 25.523 kali beresiko mengalami harga diri negatif dibandingkan dengan yang mengalami stigma diri sedang setelah dikontrol oleh stress. Selanjutnya dilakukan uji interaksi antara variabel stigma diri dengan stres.

Tabel 5.7 Uji Interaksi Stigma Diri Dengan Stres

Variabel	Chi Square	p-value
Stigma diri*stress	-2.286	0.131

Hasil ini menunjukkan nilai  $p=0.131$  ( $>0.05$ ) sehingga menunjukkan tidak terdapat interaksi antara variabel stigma diri dengan stress. Selanjutnya dilakukan penilaian persamaan model untuk uji regresi logistik berganda.

Adapun persamaan model untuk hasil uji regresi logistik berganda sebagai berikut:

$$y = \text{konstanta} + a_1x_1 + a_2x_2 + a_3x_3 + a_4x_4 + a_5x_5 + a_6x_6$$

$$y = -4.468 + 3.158 (\text{stigma diri}) + 1.973 (\text{stress})$$

$$y = 0.663$$

Nilai persamaan selanjutnya akan dilakukan perhitungan berdasarkan suatu persamaan untuk membuat prediksi harga diri negatif sebagai berikut:

$$p = \frac{1}{1+e^{-y}} = p = \frac{1}{1+2.7^{-0.663}}$$

$$p = 0.659 = 65.9\%$$

$p$  = probabilitas harga diri rendah pada keluarga retardasi mental

$$y = \text{konstanta} + a_1x_1 + a_2x_2 + a_3x_3 + a_4x_4 + a_5x_5 + a_6x_6$$

$e$  = bilangan natural (2.7)

Berdasarkan hasil persamaan tersebut, maka probabilitas kejadian harga diri negatif pada keluarga retardasi mental sebesar 65.9% dengan terdapat faktor stigma diri dan stres.

### 5.4.2 Multivariat Variabel Beban

Uji regresi logistik ordinal digunakan untuk menganalisis hubungan antara satu atau lebih variabel independen baik kategorikal (nominal atau ordinal) maupun numerikal (interval atau rasio) dengan variabel dependen berupa data kategorikal ordinal (terdapat tingkatan/jenjang). Adapun syarat variabel yang dimasukkan ke dalam uji regresi logistik ordinal adalah variabel independen dengan hasil uji bivariat memiliki nilai  $p \leq 0,25$ . Berdasarkan hasil uji bivariat *Rank Spearman* semua variabel independen memiliki *p value*  $< 0,25$ , sehingga semua variabel independen dapat dimasukkan ke dalam analisis regresi logistik ordinal. Setelah memenuhi syarat diatas, maka langkah selanjutnya adalah proses multivariate itu sendiri yaitu memasukkan data variabel independen dan dependen masing-masing pada kolom SPSS. Regresi ordinal dapat membentuk model persamaan yang dapat digunakan untuk memprediksi kejadian serta mencari hubungan variabel yang paling berpengaruh.

**Tabel 5.8 Hasil Regresi Ordinal Logistik antara Stres, Efikasi Diri, Stigma Keluarga, Stigma Publik, Dukungan Sosial terhadap Beban Keluarga**

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	65.910			
Final	44.987	20.922	5	.001

Hasil uji kecocokan model didapatkan bahwa ketika model hanya dengan intercept saja menghasilkan nilai *-2 Log Likelihood* 65.910, sedangkan jika dimasukkan variabel terhadap beban, kedekatan kelompok stres, efikasi diri, stigma diri, stigma publik, dukungan sosial dimasukkan ke dalam model, maka nilai *-2 log Likelihood* turun menjadi 44.987 dan penurunan ini signifikan pada 0,001 yang berarti bahwa model dengan variabel independen lebih baik dibandingkan hanya model dengan intercept saja. Jadi dapat disimpulkan bahwa model fit.

Hasil analisis data multivariat dengan uji regresi logistik ordinal faktor-faktor yang berhubungan dengan beban pada keluarga penderita retardasi mental di desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo sebagai berikut

**Tabel 5.9 Hasil Uji Regresi Logistik Ordinal Analisis Faktor yang berhubungan dengan beban pada keluarga penderita retardasi mental di desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo**

Variabel	Nilai p	OR	95% Confidence Interval		R Square
			Lower Bound	Upper Bound	
Efikasi Diri	0.974	1.589	-1.702	1.760	0.238
Stigma Diri	0.037	-1,78	-3.419	-.108	
Stres	0.046	-0.264	-3.167	-.027	
Stigma Publik	0.624	0,515	-1.669	1.001	
Dukungan Sosial	0.409	-1,566	-.881	2.162	

Pada hasil analisis data dapat dilihat bahwa nilai p variabel stigma diri dan stres secara berturut 0,037 dan 0,046 dimana  $<0,05$  yang berarti bermakna secara signifikan. Jadi variabel stigma diri dan stres merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan beban pada keluarga penderita retardasi mental di desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.

Kekuatan hubungan masing-masing variabel independen dapat dilihat dari nilai *Odd Ratio* (OR). Berdasarkan hasil hitung sesuai dengan data pada tabel 5.9 didapatkan bahwa pada variabel efikasi diri memiliki nilai OR 1589 yang berarti setiap kenaikan 1 unit efikasi diri akan menaikkan pula 1589 kali *Odd Ratio* atau risiko beban keluarga. Begitu juga variabel stigma diri memiliki nilai OR -1,78 yang berarti setiap kenaikan 1 unit stigma diri akan menurunkan pula 1,78 kali *Odd Ratio* atau risiko beban keluarga. Variabel stres memiliki nilai OR -0.264 yang berarti setiap kenaikan 1 unit stres akan menurunkan pula 0.264 kali *Odd Ratio* atau risiko beban keluarga. Variabel stigma publik memiliki nilai OR 0.515 yang berarti setiap kenaikan 1 unit stigma publik akan menaikkan 0.515 kali *Odd Ratio* atau risiko beban keluarga.

Selanjutnya variabel dukungan sosial memiliki nilai OR -1,566 yang berarti setiap kenaikan 1 unit dukungan sosial akan menurunkan pula 1,566 kali *Odd Ratio* atau risiko beban keluarga. Berdasarkan hasil analisis data regresi logistik ordinal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa variabel stigma diri dan stres adalah variabel independen yang paling dominan berhubungan dengan beban pada keluarga penderita retardasi mental di desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.

**Tabel 5.10 Hasil Uji Kebaikan Model Analisis Faktor yang berhubungan dengan beban pada keluarga penderita retardasi mental di desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo**

	Nilai	
Koefisien Determinasi	<i>Cox and Snell</i>	0.303
	<i>Nagelkerke</i>	0.388
	<i>McFadden</i>	0.238

Hasil dari nilai McFadden sebesar 0,238 yang berarti keragaman data variabel independen (stigma diri, stres, efikasi diri, stigma publik dan dukungan sosial) dalam penelitian ini mampu menjelaskan keragaman data variabel dependen beban sebanyak 23,8% sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel independen lain yang ada diluar model penelitian.

## BAB 6

### PEMBAHASAN

Bagian ini menguraikan pembahasan terkait faktor yang berhubungan dengan harga diri dan beban keluarga retardasi mental di desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo.

#### 6.1 Hubungan Stres Dengan Harga Diri Keluarga Penderita Retardasi Mental

Hasil analisis bivariat menggambarkan adanya hubungan yang bermakna antara stres dengan harga diri dengan kekuatan sangat lemah. Stres dan harga diri memiliki korelasi yang negatif, hal tersebut mengandung arti bahwa meningkatnya stres seseorang, maka semakin negatif harga diri, namun dalam penelitian ini secara statistik berhubungan dengan sangat lemah, artinya sewaktu waktu responden yang mengalami stres bisa saja tidak menyebabkan menurunnya harga diri secara langsung. Penelitian di desa Sidoharjo ini yaitu stres yang dialami keluarga penderita retardasi mental yaitu sebagian besar mengalami stres rendah. Stres responden ini dikaitkan dengan faktor penerimaan diri keluarga yang memiliki keluarga retardasi mental, terkait intelektual, fisik, emosi dan perilaku. Dalam penelitian ini harga diri responden sebagian besar positif dan stres yang rendah, hal ini karena pemahaman dan pengalaman yang sudah lama dialami responden dalam merawat penderita retardasi mental, serta penerimaan diri yang baik pada sebagian besar keluarga yang mampu menerima kekurangan atau keterbatasan yang dimiliki, menyadari, dan menerima diri apa adanya senantiasa mengembangkan diri sehingga dapat menjalani hidup dengan penuh tanggung jawab. Serta adanya penyesuaian diri yang sudah dalam waktu lama mereka alami, hal ini menyebabkan stres yang dialami sebagian besar responden rendah.

Hal ini sesuai dengan teori yang diprakarsai oleh Kubler Roos, (1969) bahwa seseorang yang mengalami respon emosi pada saat individu dalam kondisi berduka misalnya menghadapi kematian atau penyakit terdiri atas lima tahap, yaitu denial (penyangkalan), anger (marah), bargaining (tawar-menawar), depression (depresi), dan acceptance (penerimaan). Melihat kondisi keluarga berdasarkan teori diatas responden berada pada tahap acceptance (penerimaan) sehingga mereka cenderung bersikap pasrah dan sudah mampu beradaptasi dengan kondisi pasien. Hal inilah yang menyebabkan keluarga sebagai pengasuh (*caregiver*) berada pada kondisi normal atau tidak stres meskipun dalam perawatannya membutuhkan waktu yang lama

Harga diri tidak meramalkan frekuensi pengalaman stres yang dilaporkan. Namun, responden dengan penurunan harga diri melaporkan keparahan stres yang lebih besar dibandingkan pasien dengan harga diri yang tinggi, sehingga semakin tingginya tingkat stres seseorang maka semakin rendah harga diri yang dimilikinya.. Selain itu faktor usia juga berpengaruh. Penelitian di desa Sidoharjo ini sebagian besar responden dengan usia dewasa, hal ini berpengaruh pada harga diri seseorang, karena semakin meningkatnya usia pada masa dewasa akan lebih menerima diri dan kurang idealis dibandingkan dengan usia remaja (Stuart,2015). Harga diri yang tinggi ini dapat bertindak sebagai suatu perlindungan terhadap stres yang tinggi sehingga menurunkan stres responden (Juth, Smyth, & Santuzzi, 2018). Stres dapat mengidentifikasi harga diri seseorang. Pengasuh (*Caregivers*) dengan harga diri yang kuat, yaitu, orang yang melihat diri sendiri sebagai berharga dan positif, mampu menghadapi stres yang menantang yang timbul dari merawat seseorang dengan disabilitas secara positif, yang akan mengarah ke level stres yang lebih rendah.

Stres juga dipengaruhi oleh jenis kelamin dan usia, sebagian besar pada penelitian di desa ini dengan usia responden adalah 40 tahun dengan jenis

kelamin wanita sebanyak 40 responden. Hal tersebut dibuktikan oleh Penning & Wu (2016) wanita memiliki waktu yang lebih panjang dan lama dalam proses perawatan penderita gangguan mental seperti salah satunya retardasi mental. Wanita lebih bertanggung jawab dalam kewajibannya ketika di rumah. Dalam artikel ini juga dijelaskan bahwa semakin tinggi usia maka semakin merasa stres terkait perawatan yang dilakukan. Bishop *et al.*, (2007) secara umum keluarga yang memiliki anak dengan retardasi mental, autisme atau sejenisnya akan mendapatkan tekanan stres yang berasal dari perilaku, adanya ketergantungan, marah, ketidakpatuhan dan fungsi yang tidak adaptif. Orang tua menunjukkan tingkat stres, yang dikaitkan dengan tingkat keparahan gejala pada anak-anak mereka dan stres yang dialami (Bhagat, Jayaraj, & Haque, 2015).

Gagliano *et al.*, (2014) meneliti sebanyak 65 responden, hasilnya yaitu stres berpengaruh dengan harga diri. Penelitian dalam artikel jurnal ini yaitu membandingkan tingkat stres pada keluarga retardasi mental dan autisme. Penelitian menunjukkan bahwa tingkat stres orang tua terkait tingkah laku yang membuat marah dan stres sehingga menyebabkan malu dan menaruh diri. Harga diri yang lebih rendah pada keluarga melaporkan tingkat keparahan stres yang lebih besar, yaitu rata-rata stres yang lebih tinggi (Mushtaq, S & Akhouri, 2016). Hal tersebut berbeda dari penelitian yang dilakukan Kim, (2017) pada 108 keluarga penderita retardasi mental di Korea bahwa tidak terdapat pengaruh antara stres dengan harga diri. Hal ini karena stres yang dialami keluarga dari aspek kelelahan, biaya pengasuhan dan tingkah laku yang membuat jengkel, namun hal ini tidak menyebabkan penurunan harga diri karena keluarga tersebut tingkat penerimaan terhadap keberadaan anak mereka positif. Penerimaan diri pada seseorang akan berperan dalam membentuk konsep diri dan kepribadian yang positif.

## 6.2 Hubungan Efikasi Diri Dengan Harga Diri Keluarga Penderita Retardasi Mental

Hasil uji analisis bivariat menunjukkan hasil bahwa adanya hubungan antara efikasi diri dengan harga diri dengan kekuatan sangat lemah. Efikasi diri adalah karakteristik penting yang mempengaruhi bagaimana perasaan, berpikir, dan berperilaku seseorang. Harga diri dan efikasi diri adalah dua dimensi yang saling terkait dari pembentukan konsep diri. Efikasi diri pada penelitian di desa ini menunjukkan positif, hal ini diduga dipengaruhi oleh kemampuan adaptasi sebagian besar responden adalah baik. Efikasi diri responden di Desa Sidoharjo ini dibentuk dari lamanya pengalaman menjalani hidup bersama penderita retardasi mental selama beberapa tahun. Efikasi diri yang dimiliki responden meliputi ketangguhan menghadapi stresor yang mereka hadapi, kesabaran menghadapi perilaku responden, dan mampu mengontrol pikiran negatif dan kekhawatiran terkait masa depan. Efikasi diri merupakan suatu keyakinan individu terhadap kemampuan yang dimiliki dengan melakukan pengontrolan terhadap suatu tindakan yang akan dilakukan. Efikasi diri yang dimiliki ikut mempengaruhi individu dalam menentukan tindakan yang dilakukan dalam proses perawatan sehari-hari, termasuk dalam memperkirakan berbagai kejadian yang akan dihadapi. Efikasi diri berkombinasi dengan lingkungan, perilaku dan variabel kepribadian lainnya. Hal ini juga dipengaruhi oleh faktor luar yaitu tetangga dan masyarakat yang sama-sama memiliki dan hidup dengan penderita retardasi mental (PRM). Selain itu, berasal dari proses kognitif berupa keputusan, keyakinan atau penghargaan tentang sejauh mana individu memperkirakan kemampuan dirinya dalam melakukan tugas atau tindakan dan berkaitan dengan keyakinan individu mengenai sesuatu yang dapat dilakukan. Individu dengan

efikasi diri tinggi memiliki kepercayaan diri untuk melakukan suatu tindakan terhadap perubahan kejadian di sekitarnya.

Efikasi diri tinggi atau positif yang dimiliki responden juga dipengaruhi oleh usia. Responden dalam penelitian di desa Sidoharjo ini sebagian besar memiliki usia rata-rata 40 tahun. Menurut Depkes usia dewasa akhir adalah 36-45 tahun. Pada kategori dewasa akhir ini memiliki karakteristik pada aspek kognitif memiliki efisiensi dalam penerimaan informasi baru dan pengalaman. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Penhong *et al.*,(2014) yang dikatakan bahwa terdapat korelasi yang signifikan antara usia dan efikasi seseorang.

Selain itu efikasi diri juga dipengaruhi oleh proses adaptasi seseorang. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Maddux (1995), efikasi diri mempengaruhi penyesuaian diri melalui tiga hal, yaitu penetapan tujuan dan ketekunan (*goalsetting and persistence*), keefektikan kognitif (*cognitive efficiency*), dan kemampuan adaptasi emosional (*emotional adaptiveness*). Efikasi diri yang tinggi akan membawa seseorang dalam menentukan tujuan personal yang menantang dan tekun terhadap tujuan ketika menghadapi rintangan. Efikasi diri yang tinggi juga dapat membuat seseorang menggunakan sumber kognitifnya dengan lebih efektif ketika menyelesaikan masalah (Irfan dan Suprpti, 2014).

Bandura (1997) harga diri dan efikasi diri dianggap sebagai variabel yang serupa karena harga diri yang tinggi pada individu diharapkan lebih percaya diri di sebagian besar aspek kehidupan, sehingga mengekspos individu tersebut memiliki efikasi diri yang tinggi dalam tugas-tugas tertentu. Harga diri pada dasarnya adalah pendapat seseorang tentang diri sendiri. Efikasi diri yang kuat pada seseorang melakukan tanggung jawab dalam tugas sebagai sebuah tantangan, sementara mereka mengembangkan minat yang lebih dalam pada

tugas atau kegiatan yang saat ini mereka berpartisipasi. Mereka lebih tangguh dan dapat mencoba lagi ketika mereka tidak berhasil dalam melakukan tugas-tugas tersebut, sementara orang-orang dengan rasa efikasi diri yang lemah cenderung menghindari tugas yang menantang (Robert Wood & Albert Bandura, 2014) .

Karst dan Van Hecke (2012) memaparkan efikasi diri orang tua adalah melakukan tugas pengasuhan dengan sukses dan penuh keyakinan, yang terbukti dari kualitas pengasuhan anak mereka. Selain efikasi diri orang tua sering dikaitkan dengan kompetensi yang lebih besar dalam melakukan tugas pengasuhan anak. Efikasi diri orang tua penting dalam mengatasi stres dan menyeimbangkan emosi dan adaptasi intelektual terhadap situasi yang dihadapi dalam mengasuh anak. Dalam kondisi-kondisi ini keluarga dituntut membesarkan anak mereka dengan retardasi mental. Efikasi diri keluarga ini secara efektif menjadi kekuatan dalam mengasuh anak, terlepas dari ada atau tidak adanya cacat pada penderita tersebut. Keluarga dari anak-anak yang keterbelakangan ini memiliki wawasan yang berkembang dalam mengasuh anak, efikasi diri memprediksi tingkat kompetensi pengasuhan anak. Hal ini menunjukkan efikasi diri ditentukan pula dengan adanya tingkat stres pengasuhan (Bhagat *et al* ., 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Harorani, (2018) pada pasien kanker di Iran. Kanker merupakan penyakit kronis seperti halnya retardasi metal. Penelitian ini menunjukkan semakin tinggi efikasi diri pasien kanker dalam menjalani pengobatan akan penyakitnya akan meningkatkan kepercayaan dirinya. Keyakinan diri mereka akan masa depan akan menurunkan rasa malu terkait fisik yang dialaminya. Efikasi diri ini menandakan kepercayaan diri pada kemampuannya di berbagai situasi yang menuntut dan mencerminkan kemampuan pemecahan masalah umum seseorang. Efikasi diri rendah

menyebabkan perasaan pesimisme dan harga diri rendah. Sedangkan efikasi diri yang tinggi meningkatkan optimeisme sehingga harga diri meningkat baik untuk mendukung, mengatasi tantangan dan kerja dalam kehidupan (Bracke *et al* .,2008).

### **6.3 Hubungan Stigma Diri Dengan Harga Diri Keluarga Penderita Retardasi Mental**

Hasil bivariat menunjukkan terdapat hubungan stigma diri dengan harga diri dengan kekuatan sedang pada keluarga penderita retardasi mental. Stigma diri keluarga sebagian besar adalah sedang, namun berhubungan dengan harga diri yang positif. Stigma diri merupakan penilaian negative pada seseorang terhadap diri sendiri karena rendahnya harga diri dan keyakinan pada dirinya (Varamitha, *et al* .,2014).

Stigma diri responden ini terkait bagaimana secara kognitif, afektif dan perilaku yang bersumber dari penderita retardasi mental (PRM) yang diinternalisasi oleh keluarga sebagai pengasuh, hal ini meliputi pemikiran keluarga terkait respon orang lain terhadap keluarga tersebut. Stigma diri tersebut dapat juga dipengaruhi oleh interaksi keluarga dengan penderita retardasi mental. Selain itu, dikarenakan responden sudah menjalani hidup dalam kurun waktu yang lama dengan penderita retardasi mental. Stigma diri dapat berasal dari stigma publik yang diinternalisasikan. Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon sebagai tempat penelitian ini mendapatkan label sebagai "Kampung Idiot", hal ini merupakan suatu label desa tersebut yang dapat memberi dampak terhadap harga diri warga yang tinggal di desa tersebut. Stigma diri yang sedang dan berpengaruh terhadap harga diri responden ini disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu salah satunya persepsi. Persepsi responden dalam menilai dampak memiliki dan hidup dengan penderita retardasi

mental (PRM). Sebagian besar responden memiliki jawaban persepsi yang positif terkait perilaku penderita retardasi mental, sebagai contoh responden tidak pernah mengurangi keluar kota atau berani memberi tahu orang lain bahwa responden hidup dan memiliki penderita retardasi mental (PRM). Hal ini menimbulkan harga diri yang positif bagi sebagian besar responden. Hal tersebut didukung dari penelitian oleh Musa (2010) pada remaja dengan masalah kesehatan mental yang telah mengalami stigma tidak berdampak pada pandangan remaja terhadap masa depan atau kemampuan untuk mengatasi tantangan. Remaja yang tahan terhadap stigma lebih cenderung menjadi orang dewasa yang melihat kesehatan mental mereka sebagai tantangan yang telah mereka hadapi dan sesuatu yang akan membantu mereka menghadapi tantangan dalam menjalani kehidupan yang lebih produktif dan sehat (Barraclough, 2015).

Stigma diri dipengaruhi juga oleh data demografi responden, seperti umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Sebagian besar penelitian di desa Sidoharjo ini adalah seorang perempuan dengan umur rata-rata 40 tahun, pendidikan sebagian besar adalah SD dan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga yang berdampak pada harga diri responden yang sebagian besar positif. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Yoshii, Hatsumi *et al* ., (2016) bahwa stigma diri dipengaruhi oleh salah satunya adalah pendidikan dan pekerjaan. Pendidikan akan mempengaruhi wawasan seseorang terkait pengetahuan. Dalam article jurnal ini, responden dengan stigma diri yang tinggi karena wawasan yang kurang terkait penyakitnya, dalam article ini didapatkan hasil yang signifikan bahwa stigma diri berhubungan dengan pekerjaan dan harga diri. Stigma diri yang tinggi pada orang dengan penyakit mental ketika bekerja mendapatkan stigma di tempat kerja yang akhirnya berdampak pada

harga diri. Hal ini dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi stigma diri semakin menurunkan harga diri, begitu juga sebaliknya.

Stigma diri berdampak pada harga diri seseorang. Harga diri terkait stigma diri mengarah pada ketidakmampuan penderita dan tingkah laku yang aneh (Corrigan & Watson, 2012). Mak dan Kwok, (2010) stigma buruk terkait erat dengan rasa malu. Rasa malu adalah emosi sosial yang berkaitan dengan diri sendiri disertai dengan kegagalan dan kekurangan yang dievaluasi sendiri. Orang yang rawan rasa malu peka terhadap perhatian dan evaluasi dari orang lain. Selain itu, mereka cenderung menghubungkan peristiwa negatif dengan faktor internal sehingga mereka lebih cenderung menginternalisasi stigma. Oleh karena itu, rasa malu dapat digunakan sebagai prediksi stigma yang kuat pada pengasuh dan juga pada penderita itu sendiri. Stigma diri yang tinggi erat kaitannya dengan rasa malu, rasa malu ini dikaitkan dengan evaluasi diri yang negatif atas kekurangan atau kelemahan diri

Ting, Yiting, & Chunli, (2018) melakukan penelitian pada 263 responden didapatkan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa stigma yang kuat pada pengasuh anak-anak dengan autisme dan gejala depresi yang secara signifikan lebih parah dari pada orang tua dengan anak normal. Harga diri yang rendah, rasa malu yang tinggi dan kemampuan beradaptasi keluarga yang buruk dikaitkan dengan pengalaman stigma yang kuat. Stigma buruk telah diidentifikasi sebagai prediktor penting dari masalah psikologis pengasuh anak-anak dengan cacat perkembangan termasuk autis. Orang dengan stigma yang kuat dapat mengembangkan evaluasi diri yang negatif, mengalami peningkatan emosi negatif seperti kemarahan dan keputusasaan, menarik diri secara perilaku dan cenderung menyembunyikan status stigmatisasi mereka dari orang lain. Hal ini menyebabkan harga diri rendah dikaitkan dengan pengalaman stigma dan status kesehatan mental yang buruk untuk individu dengan disabilitas perkembangan.

Penelitian lain oleh terkait stigma diri dengan harga diri oleh Corrigan dan Watson, (2012) pada penderita gangguan jiwa, dalam penelitiannya secara kualitatif dalam metode wawancara didapatkan bahwa sebagian besar penderita merasa tidak dihargai, kemandirian yang berkurang, merasa malu karena terstigma sebagai seseorang yang menakutkan dan tingkat kemarahan yang tinggi. Stigma diri dan rasa takut ditolak oleh orang lain dapat menyebabkan seseorang menghindari hubungan sosial dan gagal mengejar peluang seperti pekerjaan.

Ting, Zhou *et al* ., (2018) juga meneliti pada 263 keluarga sebagai pengasuh ASD (Autism Spectrum Disorders) di Cina. Didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan stigma diri keluarga dengan tingkat depresi dan rasa malu pada keluarga tersebut. Harga diri yang rendah, rasa malu yang tinggi dan kemampuan beradaptasi keluarga yang buruk dikaitkan dengan pengalaman stigma yang kuat dan gejala depresi yang meningkat. Hal ini dikarenakan, pada sebagian besar keluarga pengasuh di Cina tersebut mengalami stigma yang kuat, sehingga hal ini mengembangkan evaluasi diri mereka yang negatif, mengalami peningkatan emosi negatif seperti kemarahan dan keputusasaan, menarik diri secara perilaku dan cenderung menyembunyikan status stigmatisasi yang melekat pada dirinya. Faktor lain yang mempengaruhi stereotip antara lain: pertama, orang-orang Cina memiliki stereotip negatif terutama untuk individu dengan penyakit mental dan menganggap anak-anak dengan penyakit mental sebagai "keturunan yang buruk", kedua orang tua di Cina dari anak-anak dengan penyakit mental lebih cenderung menginternalisasi stigma. Budaya Cina, bersama dengan budaya Asia Timur lainnya, dianggap sebagai budaya yang disosialisasikan oleh rasa malu. Orang tua Cina dari anak-anak dengan ASD cenderung menekankan pada identitas dan nilai sosial mereka. Ketiga, orang tua Tionghoa dari anak-anak dengan ASD mengalami stigma yang kuat karena

pengalaman rasa malu lebih merupakan perhatian kelompok daripada perhatian individu dan orang cenderung merasa malu dengan perilaku keluarga, teman, dan kerabat mereka.

Yannawar, *et al.*, (2015) meneliti juga pada pengasuh gangguan bipoar dan pada pengasuh skizofrenia. Hasil didapatkan bahwa pengasuh skizofrenia mengalami lebih stigma diri dari pada gangguan bipolar. Tingkat pendidikan yang rendah yang berada di pedesaan adalah faktor demografi yang mempengaruhi, hal ini meningkatkan beban perawatan pengasuh. Hasil penelitian lain oleh Sayed, *et al.*, (2018) didapatkan hasil bahwa stigma diri keluarga sebagai pengasuh dapat mempengaruhi beban perawatan keluarga, kualitas hidup pada 200 pengasuh dalam perawatan jangka panjang.

#### **6.4 Hubungan Stigma Publik Dengan Harga Diri Keluarga Penderita Retardasi Mental**

Hasil bivariat menunjukkan terdapat hubungan stigma publik dengan harga diri dengan kekuatan sangat lemah pada keluarga penderita retardasi mental. Individu yang salah dalam interaksi dianggap sebagai bentuk penyimpangan dan penilaian negatif oleh suatu kelompok masyarakat disebut sebagai stigma publik (Varamitha *et al.*, 2014). Stigma publik merupakan reaksi terhadap suatu kelompok yang dimanifestasikan dalam bentuk penghindaran, membuat jarak secara social bahkan kekerasan (Corrigan, *et al.*, 2014). Desa Sidoharjo, Kreet Kecamatan Jambon, Desa Karangpatihan dan Pandak Kecamatan Balong serta Desa Dayakan kecamatan Badegan Kabupaten Ponorogo adalah desa yang di label sebagai "Kampung Idiot". Hal ini dikarenakan jumlah penderita retardasi mental dari beberapa desa tersebut banyak dari tahun 1970 an yang lalu (Hanif dan Asri, 2015).

Meskipun beberapa desa diatas memiliki label sebagai “Kampung Idiot”, namun warga desa Sidoharjo khusus nya yang normal memperlakukan warga yang mengalami kecacatan dengan baik, kemandirian dan kepercayaan diri ditingkatkan, didorong untuk berinteraksi sosial dengan sesama para warga dan masyarakat normal yang berada di sekitar nya. Hal ini meningkatkan penerimaan diri sebagai keluarga dan lingkungan masyarakat yang menerima mereka sebagai takdir Tuhan. Sehingga hal ini tidak menimbulkan harga diri yang rendah, stigma publik dari masyarakat ini dipersepsikan sebagian besar responden dengan baik, yaitu sebagian besar menilai stigma publik dengan nilai skor sedang. Artinya sebagian besar persepsi responden dari masyarakat yang meliputi otoriterisme, kebajikan dan pembatasan sosial dipersepsikan baik. Sebagian responden berfikir bahwa penyakit mental bukanlah bahan olok-olok dan masyarakat secara umum lebih bertoleransi terhadap penderita retardasi mental (PRM).

Pratt, (2010) memaparkan dampak keterbelakangan mental tidak hanya pada individu yang terpengaruh tetapi juga pada anggota keluarga, khususnya orang tua, karena mereka menghadapi banyak tantangan dalam merawat anak-anak tersebut. Tantangan bagi orang tua dan keluarga yang memiliki anak retardasi mental menghadapi sejumlah tantangan yang tentu saja mengganggu fungsi dan kehidupan sosial. Banyak orang tua mungkin merasa bahwa anak yang cacat secara intelektual adalah sesuatu yang memalukan dan tidak dapat diizinkan keluar dari rumah. Stigma dari tetangga, kerabat atau orang lain membuat pernyataan bahwa mereka bodoh, dan aneh tentang anak mereka. Salah satu cara untuk memahami stigma adalah dengan melihatnya sebagai sikap negatif yang bermanifestasikan dari kecacatan penderita retardasi mental (PRM). Hal ini dibuktikan oleh penelitian tentang stigma publik terhadap individu-individu dengan retardasi mental dapat dibuktikan dari adanya diskriminasi

terhadap individu dengan retardasi mental dibuktikan melalui kurangnya layanan yang layak dan tindakan diskriminatif dalam rumah sakit, seperti kurangnya privasi, jumlah pekerjaan dan pilihan yang tidak memadai membuat peluang yang dapat diakses oleh individu dengan retardasi mental dan stigma sebagai salah satu hambatan potensial untuk pemberian layanan yang memadai yang mengakibatkan perlakuan yang lebih buruk, penolakan, dan peran yang tidak dihargai dalam masyarakat. Persepsi pengalaman stigmatisasi dikaitkan dengan perasaan kesulitan, penderitaan psikologis, gangguan tidur, gangguan hubungan, kualitas hidup yang buruk dan harga diri yang rendah (Mourya, *et al.* , 2016).

#### **6.5 Hubungan Dukungan Sosial Dengan Harga Diri Keluarga Penderita Retardasi Mental**

Hasil bivariat menunjukkan adanya hubungan dukungan sosial dengan harga diri dengan kekuatan yang sangat lemah pada keluarga penderita retardasi mental. Selain faktor-faktor pribadi seperti harga diri dan rawan malu, faktor lingkungan juga dikaitkan dengan harga diri dan adaptasi psikologis. Hasil penelitian ini terdapat dukungan sosial yang tinggi, baik dari segi keluarga, tetangga, saudara, masyarakat bahkan perangkat desa. Desa Sidoharjo hidup dalam guyup rukun, saling tolong menolong dan merasa 'senasip' karena memiliki anggota keluarga yang sebagian besar sama sama penderita retardasi mental. Dukungan sosial yang diperoleh responden bukan hanya teman dan keluarga, namun juga masyarakat dan perangkat desa. Hal ini dibuktikan oleh adanya lembaga Forum Sidowayah Bangkit (FSB) yang diketuai oleh Pak Sulyono. Meskipun lembaga tersebut sudah tidak aktif, namun sebagian besar responden memiliki jawaban sangat sering merasa jika membutuhkan sesuatu dari keluarga dan tetangga mereka menolong. Dukungan sosial ini salah satunya

adalah merasa mendapat dukungan dari tetangga yang merawat penderita retardasi mental. Hal ini secara tidak langsung menumbuhkan rasa harga diri yang positif, karena senasip hidup berkumpul dalam suatu komunitas yang sama.

Menurut Stuart (2015) harga diri dipengaruhi oleh adanya penerimaan diri dan efektifnya sebuah kelompok. Dalam penelitian ini kelompok adalah perkumpulan keluarga atau orang-orang dengan penerimaan diri yang sama terkait memiliki sejumlah keluarga yang mengalami retrardasi mental. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Safitri dan Hartati (2018) didapatkan hasil yang signifikan antara dukungan sosial dengan harga diri. Dukungan sosial berhubungan secara langdung dengan harga diri. Hal ini seperti diungkapkan desrina bahwa dukungan sosial menjadi sumber koping utama bagi penyandang tunanetra (Desrina & Sartika, 2015). Hasil tersebut menggambarkan bahwa terdapat hubungn ke arah positif antara dukungan sosial dengan harga diri tunanetra dewasa. hal ini berarti semakin tingginya dukungan sosial yang diterima tunanetra dewasa mantan awas maka semakin tinggi pula harga diri yang dimiliki tunanetra dewasa mantan awas. Dukungan sosial yang semakin tinggi membuat tunanetra memiliki kepercayaan diri (Fitria & Halimah, 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Hartati dan Savitri, (2018) pada 50 responden tunanetra mendukung pernyataan diatas, bahwa terdapat pengaruh antara dukungan sosial dengan harga diri tuna netra di Semarang. Dalam penelitiannya, terdapat bentuk dukungan sosial yang diperoleh tunanetra melalui Persatuan Tunanetra Indonesia (Pertuni) dan Sahabat Mata Kota Semarang yaitu merupakan suatu komunitas yang menangani permasalahan tunanetra yang berkaitan dengan kondisi fisik, psikis, serta sosial dalam bentuk dukungan fisik maupun non fisik. Bentuk dukungan yang diberikan antara lain pelatihan-pelatihan untuk mengembangkan kemampuan serta keterampilan yang dimiliki tunanetra, selain itu bantuan material juga sering diberikan kepada anggota

komunitas yang membutuhkan. Selain dukungan teman komunitas, bentuk dukungan keluarga juga sangat dibutuhkan untuk meningkatkan rasa percaya diri pada tunanetra mantan awas. Berbagai dukungan yang diberikan kepada tunanetra mantan memberikan rasa nyaman dan meyakinkan diri bahwa mereka tidak hidup seorang diri, sehingga tunanetra mampu menghargai dirinya, dapat bersosialisasi dengan baik, mandiri, dan produktif.

Ting, Zhou *et al* .,(2018) dalam penelitiannya pada 263 keluarga sebagai pengasuh ASD (Autism Spectrum Disorders) di Cina. Hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa terdapat pengaruh dukungan sosial dengan harga diri. Dukungan sosial telah digunakan sebagai faktor pelindung stigma. Keluarga memainkan peran penting dalam sistem dukungan sosial dan memberikan dukungan langsung kepada pengasuh utama dalam mengatasi gangguan perkembangan anak. Adaptasi psikologis yang berhasil dari pengasuh terhadap penyakit fisik atau mental anak-anak dikaitkan dengan fungsi keluarga yang menyediakan dukungan tingkat tinggi. Fungsi keluarga digunakan sebagai proksi dukungan keluarga yang merupakan bagian penting dari sistem dukungan sosial seseorang dalam penelitian ini.

Dukungan sosial telah digunakan sebagai faktor pelindung stigma. Adaptasi psikologis pengasuh yang berhasil terhadap penyakit fisik atau mental anak-anak dikaitkan dengan fungsi keluarga yang memberikan dukungan tingkat tinggi. Harga diri dan dukungan sosial telah diidentifikasi sebagai faktor yang terkait dengan stigma. Melalui dukungan sosial, dapat memediasi adanya stigma. Sebagian besar penelitian dilakukan di negara-negara Barat, stigma buruk pada pengasuh anak-anak dengan ASD di Cina yang sebagian besar memiliki tradisi budaya yang disosialisasikan oleh rasa malu, stigma yang kuat dan hubungannya dengan adaptasi psikologis pada pengasuh semacam itu di Cina (Shi, Jingyu *et al* .,2017). Penelitian lain yang bertolak belakang hubungan

dukungan sosial dengan harga diri adalah penelitian yang dilakukan oleh Cakar & Tagay, (2017), dalam penelitian ini pada 376 perempuan dan 300 laki-laki memaparkan tidak ada hubungan langsung antara dukungan sosial dengan harga diri mereka, hal ini disebabkan oleh harga diri mereka sebagai remaja dipengaruhi oleh hal-hal lain seperti masalah psikologis, penyalahgunaan zat, kehamilan remaja, kegagalan akademik, dan perilaku kriminal serta pengendalian emosional yang belum positif.

#### **6.6 Faktor Yang Paling Berhubungan Dengan Harga Diri Keluarga Penderita Retardasi Mental**

Hasil analisis multivariat menunjukkan faktor yang paling dominan berpengaruh dengan harga diri adalah stigma diri. Erving Goffman (1963) menjelaskan stigma merupakan atribut negative pada suatu fenomena yang ada di masyarakat atau lingkungan tertentu saat seorang individu dikucilkan atau ditolak (Locke, 2010). Stigma merupakan perasaan rendah diri akibat suatu sikap negative, perasaan negative, keyakinan dan perilaku dari orang lain dalam suatu gagasan sosial (Gonzalez *et a .*, 2007). Stigma diri merupakan penilaian negative pada seseorang terhadap diri sendiri karena rendahnya harga diri dan keyakinan pada dirinya karena memiliki keluarga penderita retardasi mental. Moses (2009) memberikan definisi diri yang ketiga stigma sebagai rasa malu, dan khawatir tentang tanggapan orang lain terhadap seseorang masalah kesehatan mental mereka, yang mengakibatkan perasaan negatif tentang diri sendiri, menurunkan rasapenguasaan pribadi, dan pandangan masa depan yang menyempit. Stigma diri dapat diperoleh dari stigma publik dan melalui stereotip diskriminasi dan label. Meskipun desa penelitian ini dilabel sebagai “Kampung Idiot” namun stigma diri ini tidak menyebabkan harga diri yang rendah pada sebagian besar responden. Adanya kearifan lokal yang baik dari warga yang normal di desa

tersebut, sehingga hal ini menyebabkan harga diri yang positif dari sebagian besar responden.

Beberapa artikel penelitian dipaparkan bahwa stigma diri memiliki pengaruh terhadap harga diri. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Yiting, & Chunli, (2018) pada 263 responden. Stigma afiliasi sangat erat kaitannya dengan rasa malu. Rasa malu adalah diri sendiri emosi sosial terkait disertai dengan kegagalan yang dievaluasi sendiri dan kekurangan. Pasmazi, *et al.*, (2017) meneliti pasien yang dirawat di rumah sakit atau mengunjungi klinik sebagai pasien rawat jalan, didapatkan hasil yang signifikan antara stigma diri dengan harga diri. Stigma diri yang lebih besar dikaitkan dengan rendahnya harga diri dan self efficacy yang menghubungkan dengan pemberdayaan psikologis pasien. Serta tingkat pendidikan yang rendah dikaitkan dengan semakin negatifnya stigma diri.

### **6.7 Hubungan Stres Dengan Beban Keluarga Penderita Retardasi Mental**

Analisis bivariat menunjukkan terdapat hubungan stres dengan beban pada keluarga penderita retardasi mental. Retardasi mental merupakan ketidakmampuan yang ditandai sangat rendahnya kemampuan intelegensi dalam hubungannya dengan keterbatasan dalam berfikir, tingkah laku dan sosialisasi. Fakta bahwa selain gejala tersebut, anak-anak dan remaja dengan kecacatan Intelektual sering menampilkan sejumlah masalah perilaku, membuat situasi lebih kompleks dengan kecacatan seumur hidup. Stres merupakan ketidakseimbangan antara tuntutan fisik dengan kenyataan yang ada. Secara umum seseorang yang merawat penderita retardasi mental maupun penyakit kronis

lainnya akan menyebabkan stres pengasuhan. Stres pengasuhan ini ditandai dengan gejala ansietas, depresi dan kesepian. Namun dalam penelitian di Desa Sidoharjo ini ditemukan stres yang rendah. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya adalah penerimaan diri yang sebagian responden positif. Artinya beberapa responden dalam kurun waktu lama ini memiliki dan hidup dengan penderita retardasi mental (PRM) positif. Reaksi psikologis ini terkait dengan penilaian pengasuh terhadap pengalaman, dengan mereka yang melaporkan lebih banyak manfaat dan memperoleh lebih banyak makna dari pengalaman yang merasa lebih sedikit stres. Sehingga beban yang ditimbulkan sebagai dampak perawatan keluarga mereka adalah sedang. Artinya beban psikologis yang dirasakan setiap saat bisa dipengaruhi oleh stres itu sendiri maupun faktor demografi.

Penelitian yang dilakukan oleh (Mak & Yvonne, 2010) memaparkan orang tua dengan anak autis memiliki tingkat stres yang tinggi. Kesejahteraan yang lebih rendah dan depresi. Salah satu sumber yang mendasari dalam temuan tersebut adalah seringnya berinteraksi dengan keanehan tingkah laku, dan kejengkelan anak mereka. Mereka menganggap merawat anak dengan kecacatan kronis dapat melibatkan pengeluaran waktu yang cukup besar dan upaya yang lebih ekstra dibandingkan dengan mengasuh anak yang normal. Selain itu, Misquiatti, (2015) dalam penelitiannya memaparkan bahwa pengasuh mengalami beban dalam merawat anak mereka yang mengalami retardasi mental digambarkan dengan ketergantungan akibat cacat fisik dan mental yang dialami. Hal ini menimbulkan beban bagi keluarga sebagai pengasuh, jika menganggap stres tersebut sebagai stresor mereka. Hasil penelitiannya menemukan sebagian besar responden adalah seorang Ibu, dan beban meningkat ketika Ibu harus meninggalkan pekerjaannya sebagai wanita karir,

dan hal ini menyebabkan stres yang semakin tinggi dalam hal keuangan, kebebasan waktu dan kesehatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Nehra,DK (2015) pada 100 responden, dengan membandingkan 50 responden dari keluarga dengan anak retardasi mental dan 50 responden dengan keluarga dengan anak yang normal. Didapatkan perbedaan hasil bahwa keluarga dengan anak retardasi mental memiliki stress dan beban yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang tua tanpa anak retardasi mental. Peneliti menjelaskan bahwa sebagian besar responden terbebani menghadapi masalah keuangan, kegiatan rekreasi, rasa bosan dan kesulitan memahami perilaku anak mereka. Sethi, *et al* ., (2007) meneliti pada 60 responden (30 ibu dan 30 bapak) menunjukkan bahwa pengasuh keluarga dari orang-orang dengan penyakit mental yang parah mengalami stres yang berhubungan secara signifikan dengan tingkat beban yang cukup tinggi dan sering menerima bantuan yang tidak memadai dari para profesional kesehatan mental. Dalam penelitian ini terdapat perbedaan antara stres pada ibu dengan bapak dengan anak retardasi mental. Stres tersebut dikaitkan dengan tingkat keparahan retardasi mental. Namun pendidikan orang tua dan status ekonomi keluarga tidak membuat perbedaan dengan stres dan beban yang dirasakan. Chu Lin, Hung *et al* ., (2018) juga meneliti sejumlah 87 pengasuh anak autis di Amerika. Pengasuh keluarga mengalami stres terkait, dan anak dengan autis sering mengalami gangguan tidur, kemarahan, kesejahteraan psikologis dan fisik yang terganggu, masalah finansial, kesejahteraan yang menurun. Berat nya tuntutan dan tanggung jawab ini menimbulkan beban keluarga sebagai pengasuh.

## 6.8 Hubungan Efikasi Diri Dengan Beban Keluarga Penderita Retardasi Mental

Analisis bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara efikasi diri dengan bebandengan kekuatan yang sedang. Efikasi diri merupakan keyakinan diri dari berfikir dan bertindak dalam melakukan sesuatu (Bandura, 1967). Konsep keyakinan pengasuh untuk kerangka konseptual berdasarkan Poulshock dan Deimling dalam model beban pengasuhan, karena keyakinan pengasuh yang berakar dalam nilai budaya dapat mempengaruhi dampak pengasuhan termasuk perilaku pengasuh, yang dihasilkan dari perasaan pengasuh. Keyakinan pengasuh lain adalah efikasi diri, yang mungkin menjadi indikator beban pengasuhan. Efikasi diri pada sebagian responden adalah positif. Hal ini disebabkan oleh lamanya waktu merawat responden dan merasakan tingkat keberhasilan melewati proses pengasuhan yang sudah lama. Keberhasilan ini bukan hanya dilihat menghadapi keuangan yang memang sebagian besar keuangan responden dibawah garis UMR. Namun, keberhasilan tersebut adalah ketangguhan hati menanggapi perilaku responden yang mengalami retardasi mental yang terkadang menjengkelkan dan memalukan. Sehingga hal ini menimbulkan beban keluarga sebagian besar adalah sedang.

Penelitian yang dilakukan oleh Durmaz dan Okanli (2014) pada keluarga skizofrenia di Turki dengan 62 responden didapatkan hasil yang signifikan antara self efikasi dengan beban pada keluarga tersebut. Skizofrenia adalah penyakit kronis yang mempengaruhi pasien dan keluarga mereka. Self-efficacy dan kompetensi, konsep yang mempengaruhi beban perawatan, adalah penilaian diri dan keyakinan seseorang pada tingkat keberhasilannya dalam mengatasi potensi kesulitan (Bandura 2002). Hasil ini menunjukkan bahwa beban perawatan menurun dengan meningkatnya tingkat self-efficacy di pengasuh anggota



keluarga. Beberapa penelitian melaporkan bahwa rendahnya efikasi diri yang dirasakan dapat mempengaruhi beban yang dialami oleh pengasuh keluarga (Young&Yang, 1971). Penelitian lain tentang efikasi diri dapat menurunkan perasaan beban pada caregivers penyakit Alzheimer (Cheng,& Kwok, 2012). Efikasi diri dapat mengendalikan pikiran dan melihat kesulitan sebagai tantangan yang harus dikuasai. Keuntungan efikasi diri yang positif bukan berarti merasa tidak adanya beban mereka dalam waktu yang panjang dalam proses perawatan. Efikasi diri yang tinggi pada individu akan yakin terhadap kesuksesan mampu menangani masalah secara efektif, dan memandang masalah sebagai suatu tantangan, bangkit dengan cepat dari kegagalan yang dihadapi, dan percaya diri dalam menyelesaikan masalah.

### **6.9 Hubungan Stigma Diri Dengan Beban Keluarga Penderita Retardasi Mental**

Analisis bivariat terdapat hubungan stigma diri dengan beban dengan kekuatan yang sedang. Sebagian besar stigma diri dan beban yang diperoleh responden adalah sedang. Artinya sebagian responden menginternalisasi penilaian diri terkait memiliki dan hidup dengan penderita retardasi mental yang tidak tinggi, namun juga tidak rendah.

Secara umum pengasuh orang dengan penyakit mental yang memiliki stigma yang memadai dapat mengalami tekanan yang lebih kuat dan merasakan rasa beban yang lebih besar dalam proses pengasuhan. Namun penelitian di desaa Sidoharjo ini memiliki stigma diri yang sedang. Hal ini pun juga karena adanya stigma publik yang kuat yang diinternalisasi, dan hidup dengan penderita retardasi mental yang cukup lama, selain itu adanya proses isyarat, streatif, prasangka dan diskriminasi anggota keluarga. Sehingga persepsi keluarga

sebagai pengasuh yang menghadapi stigma diri dan publik yang sama seperti tetangga dan masyarakat lainnya berdampak pada beban keluarga yang sedang. Stigma diri sebagian responden adalah sedang, artinya persepsi sebagian responden terkait kognitif, afektif dan perilaku sedang yang menimbulkan beban keluarga yang sedang. Persepsi responden tentang pengalaman pengasuhan dan tanggung jawab lebih kuat dipengaruhi oleh proses internalisasi stigma. Dengan demikian, stigma yang memadai memediasi secara penuh hubungan antara masalah yang dihadapi dan beban subjektif. Sebaliknya, karena keduanya menghadapi kekhawatiran dan internalisasi stigma yang meningkat berkontribusi langsung pada pengalaman kesusahan pengasuh, hubungan mediasi stres dan dukungan sosial ini juga mempengaruhi stigma anggota keluarga itu sendiri.

Erving Goffman (1963) stigma merupakan atribut negative pada suatu fenomena yang ada di masyarakat atau lingkungan tertentu saat seorang individu dikucilkan atau ditolak (Locke, 2010). Stigma merupakan perasaan rendah diri akibat suatu sikap negative, perasaan negative, keyakinan dan perilaku dari orang lain dalam suatu gagasan sosial (Gonzalez *et al* ., 2007). Para ahli Sosiologi dan Psikologi membagi bentuk stigma yaitu stigma diri dan stigma publik. Stigma diri merupakan penilaian negative pada seseorang terhadap diri sendiri karena rendahnya harga diri dan keyakinan pada dirinya.

Selain beban ekonomi dan material, pengasuh orang dengan penyakit mental terpapar pada tantangan psikososial. Stigma diri adalah salah satu tantangan psikologis yang dapat diperburuk oleh faktor intrinsik dan atau ekstrinsik Girma E. *et al* .,(2014). Stigma diri pengasuh dapat mempengaruhi secara negatif proses perawatan. Menurut Corrigan *et al.*,(2006) dan (Phelan, Bromet, & Link, (2008) masalah yang berkaitan dengan stigma tidak hanya mempengaruhi orang yang menderita penyakit mental tetapi juga keluarga. Hal

ini menurut Thara (1993) berdampak negatif dengan keluarga mereka yang bergantung untuk dukungan ekonomi dan perawatan sehari-hari, dan dengan tidak adanya perawatan kesehatan dan sosial yang memadai, terutama dalam domain kehidupan seperti keuangan, hubungan keluarga, kesejahteraan dan kesehatan, anggota keluarga mengatasi beban pengasuh yang sangat besar (Phelan *et al.*, 2008).

Mak & Cheung, (2012) dalam penelitiannya memaparkan bahwa stigma yang memadai mengacu pada sejauh mana individu yang terkait menginternalisasi stigma dari masyarakat umum ke arah yang didiskreditkan. Konsisten dengan konseptualisasi stigma sebelumnya, itu terdiri dari tiga respons psikologis yang saling terkait yaitu kognisi stigmatisasi (persepsi kompetensi dan nilai lebih rendah dari rekan-rekan mereka karena internalisasi stigma), mempengaruhi (perasaan malu, putus asa, dan malu sebagai akibat dari status stigmatisasi diinternalisasi), dan perilaku (reaksi perilaku sebagai akibat dari stigma yang diinternalisasi seperti penarikan diri dan fitnah).

Pengasuh orang dengan penyakit mental yang memiliki stigma yang memadai dapat mengalami tekanan yang lebih kuat dan merasakan rasa beban yang lebih besar dalam proses pengasuhan. Mereka merasa memalukan karena memiliki anggota keluarga yang sakit jiwa sementara wajib merawatnya. Dengan demikian, pengasuh ini dapat mengalami perasaan tegang dan tertekan, sebagai akibat dari hubungan mereka dengan individu yang didiskreditkan dan peran pengasuhan mereka. pengasuh mengungkapkan rasa beban dan kekhawatiran dalam merawat perawatan, dan mengalami stigma sebagai akibat dari asosiasi dengan mereka.

Corrigan & Watson,(2002); Huang,Li,&Shu,(2016); Link&Phelan,(2001); Mak& Cheung,(2012) memaparkan bahwa stigma afiliasi atau stigma diri pengasuh mengacu pada internalisasi prasangka publik, dalam hal ini keluarga yang memberi perawatan mendapatkan bentuk stigma tersebut melalui tiga proses, yaitu, pertama identifikasi stereotip (setuju dengan sikap publik terhadap pengasuh karena internalisasi stigma), reaksi afektif (perasaan malu dan rasa malu berasal dari stigma yang diinternalisasi) dan respons perilaku (reaksi perilaku, seperti penarikan diri dan perendahan diri. Hal ini dibuktikan oleh (Adib *et al* .,2019); Penning & Wu, (2016) dalam penelitiannya pada pengasuh orang dengan gangguan mental menyebabkan pengasuh mengalami stigma diri, hal ini akan memperburuk dan meningkatkan beban perawatan.

Stigma diri pengasuh juga dipengaruhi oleh data demografi responden, yaitu usia dan jenis kelamin. Pernyataan diatas sejalan dengan penelitian Hailemariam, (2015) yang menyatakan bahwa usia muda dengan jenis kelamin perempuan dalam menginternalisasi stigma diri berdampak pada masalah psikologis mereka. Selain itu, dikaitkan dengan hidup di pedesaan, pendidikan dan penghasilan yang rendah serta lamanya waktu perawatan.

#### **6.10 Hubungan Stigma Publik Dengan Beban Keluarga Penderita Retardasi Mental**

Analisis bivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan stigma publik dengan bebandengan kekuatan yang sangat lemah. pada keluarga penderita retardasi mental. Semakin tinggi stigma publik yang merada di masyarakat tidak berpengaruh pada beban responden. Desa Sidoharjo merupakan salah satu desa dari empat desa lainnya yang mendapatkan labeling sebagai “Kampung Idiot”. meskipun memiliki label ini, masyarakat yang normal di desa Sidoharjo

Kecamatan Jambon ini memiliki sikap yang positif terhadap keberadaan Penderita Retardasi Mental. Hal ini dibuktikan oleh Penelitian Hanif,(2015) masyarakat di desa Sidoharjo warga desa hidup dengan guyup rukun dan menerima penderita retardasi mental yang merupakan bagian dari hidupnya dan saling membantu menjalankan kehidupan secara pribadi, keluarga, dan hubungan masyarakat. Kearifan lokal di desa Sidoharjo ini tumbuh dan berkembang sejalan dengan dinamika pengetahuan masyarakat. Soetomo (2012) menjelaskan pengetahuan masyarakat tersebut merupakan manifestasi dan pelaksanaan dari proses bekerja dan berkembangnya pengetahuan sambil belajar guna memelihara dan meningkatkan kesejahteraan, memenuhi berbagai kebutuhan, dan adaptasi dengan perkembangan lingkungan (Hanif dan Asri, 2015). Sejalan dengan penelitian diatas yaitu oleh Celina, *et al.*,(2018) dari keluarga Alzheimer di Meksiko pada 60 responden menunjukkan hasil yang tidak signifikan antara stigma publik dengan beban keluarga, penelitian ini menunjukkan hasil yang signifikan antara stigma diri keluarga dengan beban. Hal ini dikarenakan bahwa masyarakat secara umum banyak yang mengalami hal yang sama. Hal tersebut bertentangan dari penelitian oleh Karnieli-Miller *et al* .,2013;Vander Sanden, Stutterheim, Pryor, dan Kok, (2013) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa penyakit mental tidak hanya membawakit psikologis pada pasien, tetapi juga menyebabkan stigma pengasuhdan beban. Pada gilirannya, stigma publik yang diinternalisasi oleh stigma diri di antara pengasuh berdampak buruk pada kualitas hidup (kualitas hidup) dan kesehatan psikologis (Shi, Ying *et al* .,2019).

Berbeda dari artikel jurnal yang ditulis oleh Sanden & dan Bos, (2013) yang meneliti 527 keluarga dengan penyakit mental di Netherland, mendapatkan hasil terdapat hubungan yang bermakna secara signifikan antara stigma publik dan tekanan psikologis. Mereka juga mempercayai bahwa adanya penyakit

mental berasal dari keturunan dari keluarga yang memiliki penyakit mental pula. Stigma publik ini merupakan representasi dari representasi kognitif dari orang yang memiliki kondisi stigmatisasi yang dapat memicu reaksi emosional dan perilaku dari yang lain yang kemudian menghasilkan perilaku stigmatisasi seperti penghindaran, menyalahkan, dan pengucilan. Dengan demikian, stigma dapat muncul sebagai diskriminasi, penolakan, dan interaksi sosial negatif lainnya.

### **6.11 Hubungan Dukungan Sosial Dengan Beban Keluarga Penderita Retardasi Mental**

Analisis bivariat menunjukkan terdapat hubungan antara dukungan sosial dan beban, dengan kekuatan yang lemah, dukungan sosial yang diterima semakin banyak, maka menurunkan beban keluarga penderita retardasi mental. Dukungan sosial adalah istilah yang luas meliputi berbagai konstruksi, termasuk persepsi dukungan (support dirasakan) dan penerimaan perilaku yang mendukung (Kerenhappachu & Sridevi, 2014).

Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon terdapat beberapa program dukungan sosial yang diberikan kepada penderita retardasi mental yaitu Forum Siwayah Bangkit (FSB). Organisasi ini didirikan oleh masyarakat karena melihat kepribadian penderita retardasi mental yang begitu banyak. Kegiatan yang dilakukan bertujuan untuk memfasilitasi pihak-pihak yang peduli pada permasalahan retardasi mental, sehingga objek kegiatannya tidak hanya berfokus pada masalah sandang, pangan dan papan, namun juga diperlukan kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan, pengembangan diri, dan pemberdayaan lainnya. Hal ini adalah bukti bahwa dukungan sosial mereka tinggi, yang diharapkan dapat menurunkan beban keluarga penderita retardasi mental (Hanif & Asri, 2015). Beberapa penelitian menemukan bahwa kehadiran

dukungan sosial secara signifikan dapat menurunkan beban serta membantu penderita melupakan aspek negatif yang melekat pada kehidupannya serta meningkatkan proses berpikir yang positif terhadap segala hal yang berada disekitarnya. Dukungan sosial tidak hanya membantu meningkatkan kesejahteraan seseorang, tetapi juga mempengaruhi sistem kekebalan tubuh. Dengan demikian, itu juga merupakan faktor utama dalam mencegah gejala negatif seperti depresi dan kecemasan berkembang, sehingga dukungan sosial merupakan prediksi keberhasilan adaptasi (Kerenhappachu & Sridevi, 2014). Hal ini dikarenakan dukungan antara masyarakat baik, saling berbagi dan adanya sikap positif di masyarakat tersebut. Adanya sikap positif menunjukkan suatu sikap penerimaan, pengakuan dan menyetujui serta menjalankan aturan yang berlaku di masyarakat.

Penelitian yang dilakukan oleh Kerenhappachu & Sridevi, (2014) pada 30 ibu dengan anak retardasi mental dan 30 ibu dengan anak normal. Didapatkan perbedaan dukungan sosial yang diperoleh dan persepsi beban mereka. Orang tua dari anak-anak dengan retardasi mental mengalami stres emosional, finansial, dan fisik tingkat tinggi. Ibu-ibu dari anak-anak penyandang cacat memiliki persepsi yang lebih tinggi tentang situasi ekonomi dan kecukupan pendapatan dan dukungan sosial, hal ini menambah beban bagi keluarga mereka. Penelitian lain yang dilakukan oleh Leeper, (2010) tentang hubungan dukungan sosial pada pengasuh Demensia di Amerika. Dukungan sosial merupakan proses multidimensi tentang dukungan yang diukur melalui dari siapakah dukungan tersebut berasal, jenis dan perilaku pendukung tentang beban yang dirasakan. Hasil penelitian ini terdapat beban yang dirasakan keluarga dalam mengasuh anggota keluarga yang mengalami demensia tinggi menghasilkan bahwa dukungan sosial dapat menurunkan beban secara subjektif.

Serupa dengan penelitian diatas, penelitian yang dilakukan oleh Naoki dan Naoki & Katsunari, (2016) pada orang tua dengan perawatan jangka panjang di Jepang didapatkan hasil yang signifikan antara dukungan sosial yang tinggi dapat menurunkan stresor beban berat bagi pengasuh. Dukungan sosial informal dan formal dari pengasuh diteliti di desa ini, yaitu dukungan emosional, instrumental, penilaian, dan informasi untuk pengasuh dapat mengurangi beban pengasuh. dukungan sosial yang diperoleh dari hubungan informal pengasuh, seperti anggota keluarga, teman, dan tetangga dan dukungan sosial formal dari para profesional layanan publik (dokter keluarga, perawat, dan pekerja sosial) telah terbukti efektif dalam mengurangi beban pengasuh.

Penelitian yang dilakukan oleh Cetinbakis, *et al.*,(2018) penelitian dilakukan di Turki pada 62 Ibu dengan anak autis, hasil penelitian didapatkan terdapat efek dari dukungan sosial yang diberikan dalam beban pengasuh dalam perawatan. *Autism Spectrum Disorder* (ASD), yang ditandai oleh ketidakmampuan komunikasi serta masalah perilaku kelainan ini melemahkan dan anak-anak ini perlu bantuan berkelanjutan dari keluarga dan lingkungan di sekitar mereka seumur hidup, hal ini menimbulkan beban psikologis. Hasil penelitian ini terdapat dukungan sosial yang rendah dari keluarga dan masyarakat sehingga hal ini menimbulkan beban keluarga yang meningkat.

## 6.12 Faktor Yang Paling Berhubungan Dengan Beban

Berdasarkan hasil uji regresi ordinal menunjukkan variabel yang memiliki hubungan dan pengaruh paling dominan berhubungan dengan beban adalah stigma diri keluarga dan stres, sedangkan efikasi diri, stigma publik dan dukungan sosial tidak memiliki hubungan dengan beban keluarga pada keluarga penderita retardasi mental. Penelitian ini dari usia penderita retardasi mental yang

rata-rata usia 49 tahun dan usia responden rata-rata 41 tahun. Rangkaian panjang dalam proses perawatan dan tantangan terjadi dalam kurun waktu yang lama dengan adanya stigma diri keluarga.

Selain stigma diri dampak keterbelakangan mental tidak hanya pada individu yang terpengaruh tetapi juga pada anggota keluarga, khususnya orang tua, karena mereka menghadapi banyak tantangan dalam merawat anak-anak tersebut. Hal ini meliputi tantangan bagi orang tua atau keluarga yang merawat retardasi mental seperti menyalahkan diri sendiri, masalah perilaku, harapan tidak realistis, khawatir tentang masa depan, masalah pernikahan dan stigma. Stigma publik diri merupakan persepsi negatif keluarga yang memiliki dan hidup dengan penderita retardasi mental dari masyarakat. Secara umum seseorang yang memiliki anggota keluarga retardasi mental atau penyakit mental lainnya akan mendapatkan stigma publik seperti pengucilan, diskriminasi dll, sehingga menimbulkan persepsi stigma diri anggota keluarga yang mengasuh. Hal ini menimbulkan beban perawatan keluarga sebagai pengasuh, yaitu beban psikologis. Stigma diri di desa Sidoharjo ini yang paling berhubungan berdampak pada beban perawatan. Meskipun sebagian besar responden memiliki stigma diri yang sedang. Beban perawatan bukan hanya dipengaruhi oleh stigma diri, namun bagaimana kepuasan peran terhadap reaksi tuntutan, beban emosional dan beban keuangan dalam merawat anggota keluarga penderita rterdasi mental maupun kecacatan lainnya.

Hailemariam, (2015) dalam penelitiannya pada 350 anggota keluarga dengan penyakit mental di Rumah Sakit Jiwa Amanuel Ethiopia mendukung pernyataan diatas. Hasil menunjukkan terdapat hubungan yang erat antara stigma diri anggota keluarga dengan beban keluarga. penyakit mental adalah gangguan, yang ditandai dengan gangguan dalam pikiran, emosi, perilaku, dan hubungan seseorang. Stigma diri terjadi ketika individu-individu yang termasuk dalam

kelompok yang distigmatisasi menginternalisasi prasangka publik dan mengarahkannya kepada diri mereka sendiri. Stigma diri diperburuk oleh stigma sosial dan diskriminasi. Penyakit mental adalah masalah kesehatan yang secara signifikan mempengaruhi bagaimana seseorang merasakan, berpikir, berperilaku, dan berinteraksi dengan orang lain. Pengasuh orang-orang dengan penyakit mental distigmatisasi oleh tetangga mereka karena, mereka menganggap penyakit hanya diberikan kepada mereka oleh tangan Tuhan yang menghukum. Ini membuat pengasuh merasa tertekan dan terbebani dalam pengalaman mereka memberikan perawatan. Pengasuh dapat menghadapi, stigma (pengucilan sosial), beban emosional, beban fisik, dan beban ekonomi karena pengalaman mereka dalam memberikan perawatan. Beban obyektif dan subyektif adalah dimensi beban yang dapat sangat dipengaruhi keluarga dari individu yang sakit mental. Selain itu, ada lima dimensi dari beban "objektif", ini adalah, hubungan keluarga yang terganggu yang dipicu oleh gangguan mental, biaya keuangan yang terkait dengan kesulitan-kesulitan ini, kinerja sosial yang buruk dari orang yang menderitagangguan mental.

### **6.13 Keterbatasan**

Peneliti memilih responden berdasarkan kriteria inklusi, salah satunya adalah mampu membaca, dan ketika penelitian ditemukan salah satu responden yang mampu membaca namun Peneliti masih ada yang membacakan karena responden bertanya terkait kuesioner tersebut.

#### 6.1.4 Implikasi

Hasil penelitian ini dapat diterapkan pada 3 level manfaat penelitian yaitu produksi pengetahuan, manfaat pembangunan kapasitas, manfaat sektor kesehatan yang didapatkan dibawah ini

##### 6.1.4.1 Implikasi Produksi Pengetahuan

Publikasi hasil penelitian mengenai faktor internal stigma diri dan faktor eksternal dukungan sosial pada beban keluarga penderita retardasi mental, dapat menjadi referensi baru di bidang keperawatan jiwa. Hasil penelitian ini juga dapat bermanfaat untuk bahan presentasi seminar, serta topik baru dalam buku keperawatan jiwa.

##### 6.1.4.2 Implikasi Pembangunan Kapasitas

Hasil penelitian ini dapat mengembangkan jumlah sumber daya manusia untuk menurunkan beban keluarga dari segi ekonomi dengan mengembangkan kreatifitas dengan menciptakan dan mengembangkan lapangan pekerjaan dan meningkatkan harga diri yang lebih positi melalui hal tersebut.

##### 6.1.4.3 Implikasi Sektor Kesehatan

Penelitian ini memberikan data tentang harga diri dan beban keluarga dan faktor-faktor yang berhubungan dengan hal tersebut. Hal ini membantu perawat dan tenaga kesehatan untuk semakin meningkatkan pelayanan yang lebih baik salah satunya adalah dalam ranah keperawatan jiwa untuk memperhatikan aspek psikologis keluarga yang merawat penderita retardasi mental (PRM)

## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 KESIMPULAN

7.1.1 Stres berhubungan dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo. Hal ini menunjukkan semakin tinggi stres maka harga diri semakin negatif dan beban semakin berat

7.1.2. Efikasi diri berhubungan dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo. Hal ini menunjukkan semakin tinggi efikasi diri maka harga diri semakin positif dan beban semakin ringan

7.1.3. Stigma diri berhubungan dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo. Hal ini menunjukkan semakin tinggi stigma diri maka harga diri semakin negatif dan beban semakin berat.

7.1.4. Stigma publik berhubungan dengan harga diri dan tidak berhubungan dengan beban keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo. Hal ini menunjukkan semakin tinggi stigma publik maka harga diri semakin negatif dan beban semakin berat.

7.1.5 Dukungan sosial berhubungan dengan harga diri dan beban keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo. Hal ini menunjukkan semakin tinggi dukungan sosial maka harga diri semakin positif dan beban semakin ringan

7.1.6. Faktor yang paling berhubungan dengan harga diri dan beban pada keluarga penderita retardasi mental di Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo adalah stigma diri.

## **7.2 SARAN**

### **7.2.1 Tempat Penelitian**

7.2.1.1 Membentuk swadaya bantu pada masyarakat untuk mengurangi beban, yaitu mengaktifkan dan mengembangkan Forum Sidowayah Bangkit (FSB)

7.2.1.2 Peran tenaga kesehatan seperti dokter, perawat dan bidan adalah melakukan pelayanan melalui posyandu lansia maupun balita dengan pendekatan aspek psikologis terutama keluarga yang hidup dengan penderita retardasi mental (PRM).

### **7.2.2 Dinas Kesehatan Ponorogo**

Diharapkan dari penelitian ini, dinas kesehatan membuat program untuk mengurangi stigma publik sehingga mengurangi adanya stigma diri keluarga.

### **7.2.3 Instituti Pendidikan**

7.2.3.1 Diharapkan dari penelitian ini bagian pendidikan akademik dapat menjadikan tempat penelitian di desa ini dan 4 desa yang memiliki label yang sama dengan desa Sidoharjo, sebagai tempat praktik keperawatan jiwa maupun komunitas..

7.2.3.3 Institusi pendidikan dapat mengembangkan buku tentang peran keluarga dalam meningkatkan harga diri dan menurunkan beban keluarga.

### **7.2.4 Penelitian Selanjutnya**

7.2.4.1 Peneliti selanjutnya dapat menerapkan Family Psiko Edukasi pada keluarga Penderita Retardasi Mental (PRM).

7.2.4.2 Peneliti selanjutnya dapat menerapkan Social Health Grup (SHG) di desa Sidoharjo Kecamatan Jambon

7.2.4.3 Peneliti selanjutnya dapat meneliti faktor-faktor lain yang mempengaruhi stigma diri anggota keluarga penderita retardasi mental.

7.2.4.4 Peneliti selanjutnya dapat meneliti kendala yang dihadapi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan dalam proses keperawatan bagi penderita retardasi mental di kampung tersebut dengan metode secara kualitatif



## DAFTAR PUSTAKA

- Adib, N. A. nik, Ibrahim, mohd I., Rahman, A. A., Bakar, R. S., Yahana, N. A., Hussin, S., Wan. (2019). Perceived Stress among Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder 180519.
- Anelia, N. (2012). Hubungan Tingkat Stres Dengan Mekanisme Koping Pada Mahasiswa Reguler Program Profesi Ners Fik Ui Tahun Akademik 2011/2012. *Keperawatan*, 3.
- Annisa, F., Cendekia, K., & Academy, N. (2016). Burden of family caregiver, 2(1), 10–18.
- Arkan, L. U. (2016). Family burden and quality of life of mothers of children and adolescents with mental retardation or borderline mental capacity. *European Psychiatry*, 33, S192. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.436>
- Bandura, A.,(2006). *Guide for Constructig Self-Efficacy Scales*, 307–337. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Barracough, C. (2015). Stigma perceptions of adolescents with emotional and/or behavioral difficulties. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 76(5-B(E)). Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2015-99220-588&site=ehost-live>
- Bastug, C., & Kizil, E. O. (2018). Factors contributing to higher caregiving burden in Turkish mothers of children with autism spectrum disorders. *International Journal of Developmental Disabilities*, (June), 1–8. <https://doi.org/10.1080/20473869.2018.1478630>
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (1965). Rosenberg Self-Esteem Scale. *New York*, ? <https://doi.org/S0034-98872009000600009>
- Bhagat, V., Jayaraj, J., & Haque, M. (2015). Parent's self-efficacy, emotionality, and intellectual ability impacting the intervention of autism spectrum disorders: A review proposed model for appraisal of intervention. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 7(11), 7–12. Retrieved from <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L606756495%0Ahttp://ulib.iupui.edu/findit/openurl?sid=EMBASE&issn=09751491&id=doi:&atitle=Parent's+self-efficacy%2C+emotionality%2C+and+intellectual+ability+impacting+the+inter+ventio>
- Billings, J. R., & Macvarish, J. (2010). Self-Efficacy: Addressing Behavioural Attitudes Towards Risky Behaviour - An International Literature Review, 1–34. Retrieved from <http://kar.kent.ac.uk/26082/>



- Bracke, P., Christiaens, W., & Verhaeghe, M. (2008). Self-esteem, self-efficacy, and the balance of peer support among persons with chronic mental health problems. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(2), 436–459. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2008.00312.x>
- Cakar, S. F., & Tagay, O. (2017). The mediating role of self-esteem: The effects of social support and subjective well-being on adolescents' risky behaviors. *Kuram ve Uygulamada Egitim Bilimleri*, 17(3), 859–876. <https://doi.org/10.12738/estp.2017.3.0024>
- Cantwell, J., Muldoon, O., & Gallagher, S. (2015). The influence of self-esteem and social support on the relationship between stigma and depressive symptomology in parents caring for children with intellectual disabilities, *d*, 948–957. <https://doi.org/10.1111/jir.12205>
- Celina, G., Ileana, A., Raul, G., Eduardo, E., & Pablo, G. (2018). Journal of Primary Health Care and General Practice Relationship of Stigma to Caregivers Burden in Alzheimer ' s disease Patients, 2(2).
- Cetinbakis, Lin MC & Brown N(2018). The Formal Support Experiences Of Mothers With Intelectual Disabilities
- Chadda, R. K. (2018). Caring for the family caregivers of persons with mental illness, 56(3), 221–227. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.140616>
- Cheng, S., Lam, L. C., & Kwok, T. (2012). Self-efficacy Is Associated With Less Burden and More Gains From Behavioral Problems of Alzheimer ' s Disease in Hong Kong Chinese Caregivers, (0). <https://doi.org/10.1093/geront/gns062>
- Cohen, S., & Hoberman, H. (2001). Internasional Support Evaluation List (ISEL). *Kuesionare*, (3), 43.
- Corrigan dan Watson. (2012). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy/9.1.35>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest, Supplement*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Dahlan, M.S. (2016). Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan. Jakarta: Epidemiologi Indonesia
- Dahlan, S. (2016). Analiis Multivariat Regresi Logistik. Jakarta : PT Epidemiologi Indonesia
- Dharmeder K, N. (2014). Study Of Burden In Parents Mental Retardation, 36–43.

- Durmaz dan Okanli. (2014). Investigation of the Effect of Self Efficacy Levels of Caregivers Family Members of the Individuals With Scizofrenia on Burden of Care. *Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.04.004>
- Ergetie, T., Yohanes, Z., Asrat, B., Demeke, W., Abate, A., & Tareke, M. (2018). Perceived stigma among non-professional caregivers of people with severe mental illness, Bahir Dar, northwest Ethiopia. *Annals of General Psychiatry*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0212-4>
- Erwanto, R. (2016). Faktor yang Berhubungan dengan Beban Keluarga dalam Merawat Aktifitas Sehari-Hari pada Lansia. *Journal Ners And Midwifery Indonesia*, 4(July), 117–122. Retrieved from [http://dx.doi.org/10.21927/jnki.2016.4\(3\).117-122](http://dx.doi.org/10.21927/jnki.2016.4(3).117-122)
- Friedman, M. M. (n.d.). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Gagliano, A., Lamberti, M., Siracusano, R., Ciuffo, M., Boncoddò, M., Maggio, R., Germanò, E. (2014). A Comparison between Children with ADHD and Children with Epilepsy in Self-Esteem and Parental Stress Level. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10(1), 176–183. <https://doi.org/10.2174/1745017901410010176>
- Gonzalez, J. M., Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Hernandez, M., Rosenheck, R. A., Bowden, C. L. (2007). Factors Associated With Stigma Among Caregivers of Patients With Bipolar Disorder in the STEP-BD Study. *Psychiatric Services*, 58(1), 41–48. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.1.41>
- Hailemariam, K. (2015). The Psychological Distress, Subjective Burden and Affiliate Stigma among Caregivers of People with Mental Illness in Amanuel Specialized Mental Hospital. *American Journal of Applied Psychology*, 4(2), 33. <https://doi.org/10.11648/j.ajap.20150402.13>
- Hanif, M. (2015). Kearifan Lokal Masyarakat Dalam Menyikapi Warga Retardasi Mental ( Studi Kasus Di Kampung Idiot Desa Sidoharjo Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo ). *Jurnal Sosiologi Pedesaan*, (2014).
- Harorani, M., Safarabadi, M., Jadidi, A., Seavey, J., Masmouei, B., & Bazrafshan, M. R. (2018). Research Paper: Relationship Between Self-Efficacy and Self-Esteem in Patients With Cancer, 4(1), 45–52.
- Hartati, dan Safitri . (2018). Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Harga Diri pada Tunanetra Dewasa Mantan Awas di Kota Semarang, 1.
- Heatherton TF, Wyland CL, L. S. (2001). Assessing self-esteem. Positive psychological assessment: A handbook of models and measures, 219–233.
- Hidayat, A.A. (2012). Metode Penelitian Keperawatan dan Tehnik Analisis Data Jakarta: Salemba Medika
- Hopkons, R. W., & Kilik, L. A. (2016). The Kingston Caregiver Stres Scale. *Kuesionare*, (613).



- Hung, C., Bourque, J., Zeanah, P., & McFatter, R. (2018). Perceptions of Stress and Enrichment in Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder: Implications for Community Support. *Societies*, 8(3), 88. <https://doi.org/10.3390/soc8030088>
- Idris, A. (2014). Model Bimbingan Behavioral untuk Mengembangkan Keterampilan Sosial Anak Tunagrahita Universitas Pendidikan Indonesia | repository.upi.edu | perpustakaan.upi.edu, (2010), 1–14.
- Indati, A. dan amalia. (2015). Giddens A The constitution of Society, 1–23.
- Irfan, M., & Suprati, V. (2014). Hubungan Self Efficacy dengan Penyesuaian Diri, 3(3), 172–178.
- Juth, V., Smyth, J. M., & Santuzzi, A. M. (2018). How Do You Feel ? Self-esteem Predicts Affect , Stress , Social Interaction , and Symptom Severity during Daily Life in Patients with Chronic Illness, 13(7), 884–894. <https://doi.org/10.1177/1359105308095062>
- Kementrian Kesehatan RI. (2014). Situasi Penyandang Disabilitas. *Situasi Penyandang Disabilitas*. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Kerenhappachu, M. S., & Sridevi, G. (2014). Care Giver's Burden and Perceived Social Support in Mothers of Children with Mental Retardation. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 4(4), 1–7. Retrieved from [www.ijsrp.org](http://www.ijsrp.org)
- Khalek A, M. (2010). I Ntroduction To the P Sychological, (October 2016), 3–18.
- Kim, D. J. (2017). Relationships between Caregiving Stress, Depression, and Self-Esteem in Family Caregivers of Adults with a Disability. *Occupational Therapy International*, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/1686143>
- King, G., Law, M., King, S., Rosenbaum, P., Kertoy, M. K., & Young, N. L. (2017). Physical And Occupational Therapy In Pediatrics Behavioral Responses to Tactile Stimuli in Children with Cerebral Palsy Behavioral Responses to Tactile Stimuli in Children with Cerebral Palsy. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 23(1), 43–62. <https://doi.org/10.1080/J006v23n01>
- Kline, N. M. (2014). Caregiver Impact of Autism Spectrum Disorder:Stres,Sense of Competence and Relationship Satisfaction. *Lincoln Arsyad*, 3(2), 1–46. <https://doi.org/http://dx.doi.org/110.21043/equilibrium.v3i2.1268>
- Kondo, N., & Kondo, K. (2016). Informal and Formal Social Support and Caregiver Burden: The AGES Caregiver Survey. *Journal of Epidemiology*, 26(12), 622–628. <https://doi.org/10.2188/jea.je20150263>
- Koschorke, M., Padmavati, R., Kumar, S., Cohen, A., Weiss, H. A., Chatterjee, S., Dabholkar, H. (2017). Experiences of stigma and discrimination faced by family caregivers of people with schizophrenia in India. *Social Science and Medicine*, 178, 66–77. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.061> LK - <http://findit.library.jhu.edu/resolve?sid=EMBASE&issn=18735347&id=doi:10.1016%2Fj.socscimed.2017.01.061&atitle>

- Kubler, R. (1969). Five Stages of Grief. *Psychology*. Retrieved from <https://hdsa.org/wp-content/uploads/2015/02/13080.pdf>
- Leeper, J. (2010). Social Support, Caregiver Burden, And Life Satisfaction In A Sample Of Rural African American And White Caregivers Of Older Persons With Dementia. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(3), 251–269. <https://doi.org/10.1080/01634370903478989>
- Locke, C. (2010). Design Examining the Media S Impact of Crime on Stigma.
- Mak, W. W. S., & Cheung, R. Y. M. (2012). Psychological Distress And Subjective Burden Of Caregivers Of People With Mental Illness: The Role Of Affiliate Stigma And Face Concern. *Community Mental Health Journal*, 48(3), 270–274. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9422-9>
- Mak, W. W. S. dan, & Kwok, Y. T. Y. (2010). Internalization Of Stigma For Parents Of Children With Autism Spectrum Disorder in Hong Kong. *Social Science and Medicine*, 70(12), 2045–2051. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.023>
- Merdekawati, D., & Dasuki. (2017). Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Tingkat Retardasi Mental Dengan Kemampuan Keluarga Merawat, 2(June). <https://doi.org/http://doi.org/10.22216/jen.v212.1963>
- Misquiatti, A. R. N., Brito, M. C., Ferreira, F. T. S., & Junior, F. B. A. (2015). Family Burden And Children With Autism Spectrum Disorders. *Revista CEFAC*, 17(1), 192–200. Retrieved from [http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n1/en\\_1982-0216-rcefac-17-01-00192.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n1/en_1982-0216-rcefac-17-01-00192.pdf)
- Moges, B. (2017). The Study on the Psycho-social Issues and Challenges of Children with Mental Retardation: A Case Study. *Sociology and Anthropology*, 5(3), 254–267. <https://doi.org/10.13189/sa.2017.050308>
- Monterio, E. A., Mazin, S. C., & Dantas, R. A. S. (2015). Informal Caregiver Burden Assessment Questionnaire (QA-SCI). *Kuesionare*, 68(3), 364–370. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680307i>
- Mourya, R. K., Singh, R. N., & Rai, A. (2016). Stigma in the social life among mothers having children with intellectual disabilities: Challenges and suggestions. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(3), 81–90.
- Mushtaq, Shahnawaz & Akhouri, D. (2016). Self Esteem, Anxiety, Depression and Stress among Physically. *The International Journal of Indian Psychology ISSN*, 3128(64), 2348–5396. Retrieved from <http://www.ijip.in>
- Naoki & Katsunori.(2016).Informal and Formal Sosial Support and Caregiver Burden: The AGES Caregiver Survey
- Nehra, D. K., & Sciences, M. (2015). Study of Burden in parents of children with mental retardation, (January 2014).
- Notoadmodjo,S.(2012). Metodologi Penelitian Kesehatan.Jakarta:Rineka Cipta
- Nurten, K. (2009). *The Effect Of Self Esteem Enrichment Bibliocounseling Program On The Self Esteem Level Of Sixth.*

- Pasmatz, E., Koulierakis, G., & Giaglis, G. (2017). Self-stigma, self-esteem and self-efficacy of mentally ill. *Psychiatriki*, 27(4), 243–252. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2016.274.243>
- Penning, M. J., & Wu, Z. (2016). Caregiver stress and mental health: Impact of caregiving relationship and gender. *Gerontologist*, 56(6), 1102–1113. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv038>
- Phelan, J., Bromet, E. J., & Link, B. G. (2008). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 115–126. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed4&NEWS=N&AN=1998092868>
- Purnama, G., Yani, D. I., & Sutini, T. (2016). Gambaran Stigma Masyarakat Terhadap Klien Gangguan Jiwa di Sumedang. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 2(1), 29–37.
- Puspita, J., Situmeang, S., & Lolong, J. (2016). No Title, 4.
- Riana E R. (2011). Tunadaksa Di Slb N I Bantul Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ' Aisyiyah Yogyakarta.
- Robert W, & Albert B. (2014). Prevalence of Self-Efficacy and Self-Esteem among Bankers in Select Southwest States in Nigeria\n. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)*, 19(8), 110–119. <https://doi.org/10.9790/0837-1981110119>
- Sanden, R. L. M., & dan Bos, A. E. R. (2013). Experiences of stigma by association among family members of people with mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 58(1), 73–80. <https://doi.org/10.1037/a0031752>
- Sarafino, E. (2009). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions* (second). Australasian: Wiley.
- Savage, S., & Bailey, S. (2004). The impact of caring on caregivers' mental health: a review of the literature. *Australian Health Review*, 27(1), 111. <https://doi.org/10.1071/AH042710111>
- Savarese, G., Carpinelli, L., Fasano, O., Mollo, M., Pecoraro, N., & Iannaccone, A. (2013). Study on the Correlation Between Self-Esteem, Coping and Clinical Symptoms in a Group of Young Adults: a Brief Report. *European Scientific Journal*, 9(29), 1–6.
- Sayed, N. N. F. El, Khalil, E. A. W. K., Osman, Z. A. H., & Abdelsalam, Z. A. M. (2018). Stigma and Quality Of Life among Caregivers of Mentally Ill Patients: Family and Nursing Staff. *Journal of Nursing and Health Science*, 7(3), 57–66. <https://doi.org/10.9790/1959-0703045766>
- Sethi, S., Bhargava, S. C., & Dhiman, V. (2007). Study of level of stress and burden in the caregivers of children with mental retardation. *Eastern Journal of Medicine*, 12(1–2), 21–24.



- Shi, Jingyu, Wang L, Yao Y, Zhao X, Zhan C. (2017). Family function and self-esteem among Chinese university students with and without grandparenting experience: Moderating effect of social support. *Frontiers in Psychology*, 8(MAY), 1–16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00886>
- Shi, Y., Shao, Y., Li, H., Wang, S., & Zhang, M. (2019). Correlates of affiliate stigma among family caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(1–2), 49–61. <https://doi.org/10.1111/jpm.12505>
- Souza, A. L. R., Guimaraes, R. A., de Araujo Vilela, D., de Assis, R. M., de Almeida Cavalcante Oliveira, L. M., Souza, M. R., Barbosa, M. A. (2017). Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1501-1>
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Steffen, M., Zeiss, A M., Mc Kibbin, C L., & Thompson, DG. (2002). Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy, 4–5.
- Stuart, G. W. (2016). *Principles and practices of mental health nursing*. Singapore: Elsevier.
- Ting, Z., Yiting, W., & Chunli, Y. (2018). Affiliate stigma and depression in caregivers of children with Autism Spectrum Disorders in China: Effects of self-esteem, shame and family functioning. *Psychiatry Research*, 264(March), 260–265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.071>
- Truong, Q. T. (2015). School of Nursing , Faculty of Health The Quality Of Life And Caregiving Burden Among Caregivers Of People With Dementia In Hanoi , Bac Ninh And Hai Phong , Vietnam.
- Tudose, C., Sfetcu, R., Dobre, C., & Moglan, M. (2017). Structural stigma, affiliated stigma and consequences of caregiving for the family members of inpatients with dementia: A comparative approach. *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala*, 57 (JUNE), 148–158.
- Varamitha, S., Akbar, S. N., & Erlyani, N. (2014). *Jurnal Ecopsy. Stigma Sosial Pada Keluarga Miskin Dari Pasien Gangguan Jiwa*, 1(3), 109–110.
- Wasis. (2008). *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC
- Williams, K. (2000). Brief Self-Esteem Inventory. *International Training Partners, Inc.*
- Yannawar, P. B., Gajendragad, J. M., Gotewal, S., & Singh, S. B. (2015). Comparative study of perception of stigma among caregivers of persons with Bipolar affective disorder and Schizophrenia. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science Ver. II*, 20(4), 1–6. <https://doi.org/10.9790/0837-20420106>

- Yildiz, E., Karakas, S. A., Gungormus, Z., & Cengiz, M. (2017). Levels of care burden and self-efficacy for informal caregiver of patients with cancer. *Holistic Nursing Practice*, 31(1), 7–15. <https://doi.org/10.1097/>
- Yoshii, H., Akazawa, K., & Saito, H. (2016). Self-Esteem, Self-Stigma, and Stigmatization among People with Mental Illness in Japan Who Have Work Experience. *Psychology*, 07(08), 1174–1184. <https://doi.org/10.4236/psych.2016.78118>
- Zimet, G. (1998). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support.
- Zuldafril. (2012). Penelitian Kuantitatif. Yogyakarta: Media Prakasa

