

FAMILY COPING STRATEGIES AND ITS IMPLICATION ON THE DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH PHYSICAL DISABILITY

Rini Hartini Rinda A¹, Azlinda Azman²
Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung
University Sains Malaysia

rini_stks@yahoo.co.id
azlindaa@usm.my

Abstract

Family coping strategies can be one important variable that can support the development of children with disabilities. Families with good / active coping strategies can provide a safe and comfortable environment for the development of children with disabilities. The purpose of this study is to find out 1). coping strategies of family strategies and the development of children with physical disabilities before applying the model; 2). a model for improving family coping strategies; 3). the coping strategies of family strategies and the development of a child's physical disability after applying the model. This research is an action research involving six children with physical disabilities, six mothers and three fathers. Data collection techniques use in-depth interviews, observation and focus group discussions. The results showed that the coping strategies of the family before applying the model were in the passive category of the seven aspects of coping mechanisms and the development of children with physical disabilities experienced obstacles in several aspects of their development. Interventions to improve family coping strategies using family counseling and positive behavioral reinforcement techniques, the results indicate changes in family coping strategies in the active category and also changes in the development of children with physical disabilities. Family coping strategies are also influenced by the environment as a support system for families. Indonesia, which is rich in social capital such as mutual cooperation culture and strong kinship, is a variable that supports the increasing coping strategies of families with children with physical disabilities.

Keywords: coping strategies, child development, physical disability

Pendahuluan

Anak penyandang disabilitas fisik memiliki kekhasan dalam permasalahan yang dialaminya. Mental dan intelektual yang sehat menyebabkan mereka dapat memahami situasi lingkungan disekitarnya. Anak-anak dapat melihat dan merasakan langsung pengaruh lingkungan terhadap keadaannya. Orang yang memandang aneh terhadapnya, ejekan dari teman, dikucilkan tidak di ajak bermain bersama, menjadi tekanan psikologis yang dapat mengganggu kepercayaan diri dan konsep diri anak (Somantri; 2007). Tekanan terhadap psikologis anak dapat mengganggu perkembangan emosi maupun aspek perkembangan lainnya seperti perkembangan sosial maupun kognitif.

Hasil survey nasional (Susenas 2012) menunjukkan data penyandang disabilitas sebanyak 2.45 % dari total populasi Indonesia, dan anak dengan disabilitas sebesar 0.77 % atau

1.848.000 orang. Jumlah yang cukup tinggi dengan persebaran yang merata di perdesaan maupun di perkotaan di Indonesia. Keluarga merupakan lingkungan terdekat bagi anak disabilitas yang dapat menjadi sistem sumber utama bagi perkembangan anak disabilitas. Keluarga perlu memiliki kemampuan untuk berfungsi memberikan perawatan, pengasuhan dan perlindungan bagi anak disabilitas. Keluarga menjadi tempat pemenuhan kebutuhan anak disabilitas untuk dapat tumbuh dan berkembang secara sehat. *Coping strategies* keluarga sebagai kemampuan keluarga untuk dapat bertahan dan menemukan solusi terbaik dari masalah yang dialaminya merupakan salah satu faktor penentu agar keluarga dengan anak disabilitas fisik dapat terus bertahan dan berfungsi memberikan pengasuhan dan perawatan yang baik. *Coping strategies* yang baik memungkinkan keluarga dapat berfungsi walaupun dalam keadaan yang tidak memadai. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui mekanisme *coping strategies* keluarga dan perkembangan anak disabilitas fisik sebelum penerapan model intervensi, merancang sebuah model peningkatan *coping strategies* keluarga, dan kemudian mengetahui perubahan mekanisme *coping strategies* keluarga dan perkembangan anak disabilitas fisik setelah penerapan model.

Coping strategies sebagai sebuah mekanisme pertahanan diri, maka *coping strategies* keluarga dengan anak disabilitas merupakan upaya-upaya keluarga untuk bertahan dan mencari solusi terbaik. Menurut Lazarus (1984) dalam Safaria (2012) menyatakan bahwa "*Coping* merupakan strategy untuk manajemen tingkah laku kepada pemecahan masalah yang paling sederhana dan realistis, berfungsi untuk membebaskan diri dari masalah yang nyata maupun tidak nyata". Artinya bahwa *coping strategies* akan membawa pada upaya atau jalan yang paling memungkinkan untuk menyelesaikan masalah. Keluarga dengan anak disabilitas fisik adakalanya tidak selalu memiliki mekanisme coping atau *coping strategies* yang baik. Ibu bapak tidak menerima secara sosial dan psikologis terhadap anaknya dan justru menolak kehadiran anaknya yang disabilitas (Bolyai et al. 2003; Ho & Keiley, 2003; Harry Hikmat; 2010).

Aspek-aspek *coping strategies* (Carver, 1989) yang meliputi keaktifan diri, perencanaan, kontrol diri, mencari dukungan instrumental dan sosial, penerimaan dan religiusitas seringkali turun pada titik terendah ketika keluarga tidak mengetahui harus berbuat apa untuk menyelesaikan persoalan yang ada di dalam keluarga. Rothman (2003) mengemukakan bahwa keluarga dengan anak disabilitas sering dihadapkan dengan berbagai keperluan, dan mengalami banyak masalah. Demikian pula dengan anggota keluarga yang lain seperti adik, kaka ataupun keluarga besar lainnya yang tidak dapat menerima anggota keluarganya yang disabilitas menampilkan sikap dan penolakan secara halus maupun terang-terangan. Rendahnya kemampuan membangun *coping strategies* dapat mengakibatkan keluarga tidak mampu berfungsi dengan baik sebagai sistem dukungan utama pada anak disabilitas. Keluarga akan berkuat dengan masalahnya, dengan kedukaannya dan bahkan mungkin mengalami kehancuran keluarga. Dampaknya anak disabilitas tidak mendapatkan perawatan pengasuhan yang memadai, menjadi terlantar dan tentunya akan mempengaruhi perkembangan anak.

Perkembangan anak disabilitas fisik yang dilihat dari aspek perkembangan fisik, perkembangan kognitif, perkembangan sosial, perkembangan emosional dan perkembangan harga diri Santrock (2019), membutuhkan stimulus yang memadai agar keseluruhan aspek perkembangan anak tersebut dapat dicapai dengan baik. Faktor yang berpengaruh terhadap perkembangan anak, Skinner (1987) menekankan betapa pentingnya

mengatur persekitaran sebagai rangsangan untuk membawa perubahan kepada perilaku. Bandura dalam Newman (2006), menekankan akan pentingnya proses imitasi. Pencetus teori sosial seperti Talcott Parsons pula menekankan kepentingan peranan (*roles*) dalam perkembangan individu. Ibu bapak sebagai figur terdekat bagi anak disabilitas akan memberikan pengaruh yang sangat besar bagi keberhasilan perkembangan anak. "Development change is driven from neurological maturation is the internal driving force, and external influences drive from the environment" Pallegirino (2007). Dukungan ibu bapak lebih diperlukan lagi pada anak disabilitas fisik, karena mereka memerlukan bantuan agar dapat menyesuaikan diri dengan kondisi disabilitas yang ada padanya. Anak membutuhkan dukungan dari tekanan psikologis lingkungan yang dapat dirasakan langsung oleh anak. Keluarga dengan *coping strategies* yang baik akan memiliki cara untuk bertahan dengan permasalahan disabilitas anaknya. Keluarga akan mencari solusi untuk setiap tekanan psikologis maupun sosial yang mereka alami.

Penelitian ini dilakukan di daerah perdesaan di Kabupaten Bandung yang memiliki jumlah anak penyandang disabilitas yang cukup tinggi. Data dari Dinas Sosial Kabupaten Bandung tahun 2012 menunjukkan anak penyandang disabilitas usia 0 – 18 tahun berjumlah sekitar 1911 orang. Kondisi ekonomi penduduk sebagian besar berada pada kategori sedang dan rendah, yang berarti pemenuhan kebutuhan ekonomi masih menjadi persoalan utama. Perspektif negatif atau stigma masyarakat terhadap kondisi disabilitas juga masih kuat. Akibatnya ada orang tua yang malu memiliki anak disabilitas, mencegah anak keluar rumah atau akses pada pendidikan maupun pengembangan potensi. Keadaan keluarga yang secara ekonomi lemah, ditambah dengan tidak baiknya dukungan dari lingkungan, membuat keluarga selain harus menghadapi persoalan di dalam keluarganya untuk mengasuh dan merawat anak disabilitas juga harus mengatasi stresor dari lingkungan. Kondisi orang tua tentunya akan berdampak kepada anak, padahal anak disabilitas fisik sangat memerlukan dukungan sosial dari orang tua dan keluarga sebagai lingkungan terdekatnya. Kurangnya dukungan sosial atau tidak diperolehnya dukungan sosial dikemukakan oleh Somantri (2007), bahwa misalnya dalam wujud ibu bapak yang kurang hangat atau menolak anak, dapat berpengaruh terhadap perkembangan dan kepribadian anak. Selanjutnya Somantri mengemukakan keluarga merupakan lingkungan terdekat bagi anak, menjadi faktor luar yang kuat membentuk kepribadian seorang anak. Penolakan dan ketidakhangatan orang tua menunjukkan lemahnya ikatan kasih sayang, keadaan ini cenderung membentuk kepribadian anak yang buruk

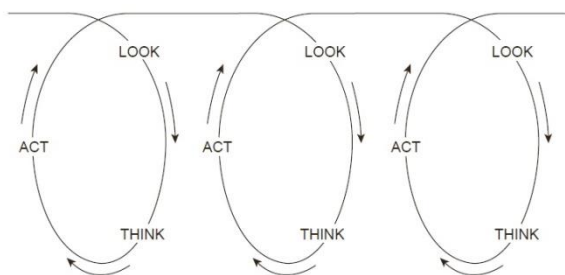
Peningkatan *coping strategies* keluarga dengan anak disabilitas fisik perlu dilakukan sebagai upaya meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan pengasuhan terbaik bagi anak, yang diharapkan berdampak pada perkembangan anak. berdasarkan latar belakang tersebut maka perlu intervensi untuk melakukan peningkatan *coping strategies* keluarga dengan anak disabilitas yang akan berdampak pada peningkatan perkembangan anak disabilitas fisik.

2. Metoda Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode *action research*. Tujuan penggunaan *action research* adalah untuk menemukan kondisi permasalahan pada *coping strategies* keluarga dan perkembangan anak disabilitas fisik serta kemudian melakukan sebuah action untuk meningkatkan *coping strategies* keluarga. Penelitian ini dilakukan dari Februari 2013 sampai dengan Desember 2013. Informan dalam penelitian ini berjumlah 15 orang, terdiri dari anak penyandang disabilitas fisik enam orang, ibu dari anak enam orang,

ayah dari anak tiga orang. Kriteria anak disabilitas fisik dalam penelitian ini adalah: 1). anak berusia 6 sampai dengan 11 tahun (usia anak pertengahan), 2). Tingkat kedisabilitas sedang, tidak berat (*bed ridden*) untuk dapat melihat perkembangannya dan juga tidak yang ringan karena biasanya disabilitas ringan tidak terlalu berpengaruh banyak pada anak dan keluarga.

Pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam, observasi dan diskusi kelompok terfokus. Uji validitas data merujuk pada Sugiono (2009) melakukan tes yang meliputi 1). Credibility, 2). Transferability, 3). Dependability, 4). Confirmability. Analisis data menggunakan analisis kualitatif yaitu analisis isi merujuk ke Harold D Laswell dalam Mayring (2004) yaitu membuat kesimpulan dengan mengetahui secara pasti tema-tema, pola-pola yang diajukan atau disajikan oleh informan, kemudian menyusun dan menganalisisnya secara objektif, sistematis dan menyeluruh. Langkah analisis data mengacu pada Miles & Huberman (1992) dalam Sugiono (2005) yang mencakup langkah 1). Pengumpulan data, 2). Pengurangan data, 3). Presentasi data, 4). Penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kerangka kerja action research merujuk pada Ernest T. Stinger (2007), yaitu tahapan *look*, *think* dan *act*, seperti gambar berikut:



Sumber: Ernest T. Stinger (2007:9)

Implementasi dalam penelitian tahapan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Tahap *look* untuk mengetahui *coping strategies* keluarga dan perkembangan anak disabilitas fisik
2. Tahap *think* untuk merancang intervensi yang akan dilakukan untuk meningkatkan *coping strategies* keluarga
3. Tahap *act* untuk implementasi model yang dirancang dalam tahap *think* yaitu penerapan model konseling keluarga untuk meningkatkan *coping strategies* keluarga
4. Tahap *look* ke dua adalah untuk mengetahui bagaimana *coping strategies* keluarga dan perkembangan anak disabilitas fisik setelah penerapan model

3. Hasil dan Pembahasan

Hasil dan pembahasan menguraikan data yang diperoleh dari lapangan serta bahasan dari tinjauan teori dan proses analisis pada keseluruhan sub problematik penelitian.

3.1. Karakteristik Anak Disabilitas Fisik dan Keluarga

Hasil penelitian menunjukkan keseluruhan anak disabilitas fisik mengalami kelainan pada anggota tubuh yaitu pada kaki, tangan dan struktur tubuh. Keseluruhan anak masih manpu melakukan pergerakan (mobilitas). Berikut tabel yang menunjukkan karakteristik anak.

Tabel 3.1. Karakteristik Anak Disabilitas

Informan	JK	Umur	Sekolah	Bentuk Disabilitas Fisik	Keterangan
TJ	P	11	SD	kelainan pada tangan dan kaki	Tangan kiri tidak lurus, jari-jari kaki menekuk bila berjalan
IY	P	11	SD	kelainan pada kaki	Telapak kaki kiri tidak rata dan pendek
Bd	P	10	SD	kelainan pada tangan dan kaki	Kaki kiri lebih pendek, tangan kiri tidak lurus
AT	P	9	Tidak Sekolah	kelainan pada tangan dan kaki	Tangan dan kaki lemah
AG	L	6	TK	Kelainan pada tangan	Jari-jari tidak tumbuh sempurna /pendek
Dd	L	6	TK	kelainan pada pinggang dan kaki	Tulang pinggang menonjol, kaki pendek sebelah

Tabel 3.1 di atas menunjukkan usia anak berkisar antara 6 – 11 tahun yang merupakan usia anak pertengahan. Anak pada usia ini adalah usia sekolah termasuk ke dalam kelompok wajib belajar, yaitu harus menempuh pendidikan khususnya pada jalur pendidikan formal. Lima anak sekolah dan satu anak tidak sekolah karena anak tidak mau bersekolah. Menurut Newman (2016) pada usia ini disebut tahap pra operasional konkrit (usia 7 sampai 11) tahun. Dalam tahap ini anak mulai berfikir logik kerana hubungan sebab akibat, anak mampu mengkategorikan, mengklasifikasikan, mulai mampu memecahkan masalah, egosentrisme berkurang, mampu mengembangkan hipotesis dengan konsep abstrak.

Selanjutnya karakteristik keluarga anak dilihat dari enam orang ibu sebagai pengasuh utama, dan tiga orang bapak. Tidak semua bapak dapat dijadikan informan karena mereka tidak bersedia khususnya karena pekerjaan yang menuntut mereka tidak mempunyai waktu untuk menjadi informan.

Tabel 3.2. Karakteristik Ibu dan Bapak

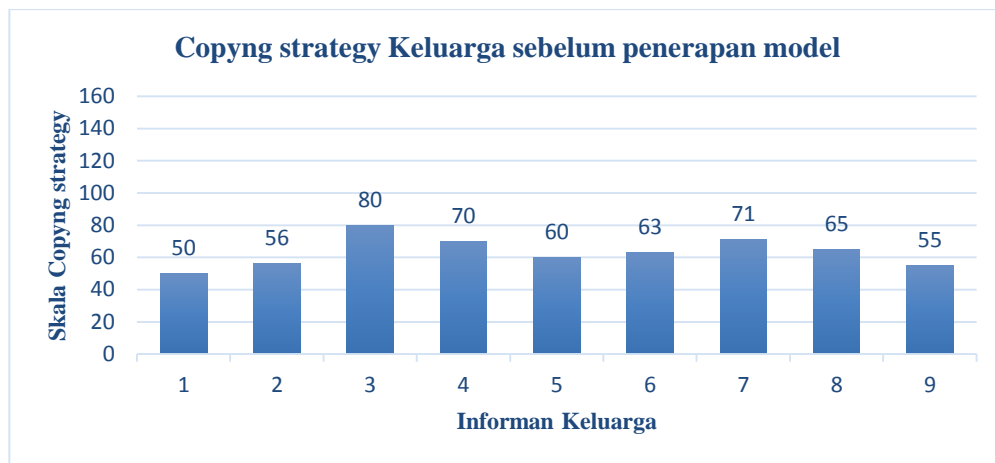
	Initial		Usia (tahun)	Pekerjaan		Pendidikan	
	Ibu	Bapak		Ibu	Bapak	Ibu	Bapak
Oom	42	Maman	45	Ibu rumah tangga	Buruh Pabrik	SD	SD
Maryati	42	Dadang	43	Buka Warung	Hansip	SMP	SMP
Hayati	27	Abdul	35	Ibu rumah tangga	Staf sekolah	SMA	SMA
Mimin	35	Agus	37	Ibu rumah tangga	Berjualan keliling	SMP	SMP
Dedeh	28	Engkos	35	Buruh Petani	Buruh Tani	SD	SMP
Tarimi	32	Rosid	38	Ibu rumah tangga	Buruh Tani	SD	SMP

Dari tabel 3.2 di atas nampak bahwa ibu bapak ke enam informan anak masih lengkap. Sebagian besar ibu bekerja di rumah sebagai ibu rumah tangga, sedangkan ayah sebagian besar bekerja sebagai buruh (pekerja kasar) pada bidang pertanian maupun industri (pabrik). Keseluruhan informan pernah bersekolah formal, walaupun ada yang hanya sampai lulus

Sekolah Dasar (SD). Keseluruhan informan ibu bapak telah menikah dalam jangka waktu tujuh tahun dan yang terlama 25 tahun.

3.2. *Coping strategies* Keluarga dan Perkembangan Anak Disabilitas Fisik sebelum Penerapan Model Intervensi

Hasil dari asesmen pada tahap awal (look tahap 1) menunjukkan bahwa coping strategies keluarga yang dilihat dari penjumlahan scor ke tujuh aspek *coping strategies*, nilainya masih dalam kategori rendah, seperti berikut:



Gambar 3.1. Hasil perhitungan coping strategies keluarga sebelum penerapan model

Dari gambar 3.1 di atas terlihat bahwa keluarga telah memiliki *coping strategies* namun masih berada pada kategori rendah dengan nilai paling tinggi 80 dari skor maksimal 160. Nilai tersebut hasil perhitungan dari aspek-aspek *coping strategies* Menurut Carver (1989) yang terdiri dari keaktifan diri, perencanaan, kontrol diri, mencari dukungan instrumental, mencari dukungan emosional, penerimaan, dan religiusitas. Hasil asesmen terhadap perkembangan anak disabilitas fisik yang dilihat pada setiap aspek perkembangan sebagai berikut:

Tabel 3.3. Perkembangan fisik anak disabilitas fisik umur pertengahan 6 – 11 tahun

Informan	R1	R2	R3	R4	R5	R6						
Tinggi dan Berat Badan	140	35	136	24	130	36	120	20	112	19	100	15
Kemampuan ADL tanpa bantuan	V		V		-							
Mampu dengan bantuan	-		-		V		-		V		V	
Tidak mampu ADL	-		-		-		V		-		-	
Bermain/berolah raga	V		V		V		V		-		V	
Aktiviti kerja rumah	-		-		-		-		-		-	

Keterangan: warna kuning diluar batas normal menurut standar

Dari tabel 3.3 di atas perkembangan fisik informan anak menunjukkan belum maksimal. Masih ada anak-anak yang belum mampu melakukan ADL secara mandiri, aktivitas mandiri tanpa bantuan orang lain. Hasil asesmen pada perkembangan fisik ada empat anak yang diluar batas normal pada tinggi badan dan berat badan. Mampu ADL hanya dua orang, aktivitas sehari-hari tidak ada sama sekali.

Tabel 3.4. Perkembangan kognitif anak disabilitas fisik umur pertengahan 6 – 11 tahun

Informan	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Belajar mandiri	-	V	-	-	-	-
Membaca, menulis, mengira	V	V	V	-	-	-
Menggunakan pikiran, menyelesaikan masalah sederhana	V	V	-	-	-	-
Memahami perilaku orang lain	-	V	-	-	-	-
Memiliki rasa ingin tahu	-	-	-	-	-	V
Bermain aktif dengan permainan	V	V	-	-	V	V

Dari tabel 3.4 di atas nampak bahwa aspek kognitif masih banyak yang belum terisi. Informan anak-anak kesehariannya pendiam atau pasif, tidak menunjukkan keinginan belajar secara lebih banyak, mereka hanya bermain dengan teman sebayanya.

Tabel 3.5. Perkembangan sosial anak disabilitas fisik umur pertengahan 6 – 11 tahun

Informan	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Bermain secara kooperatif dengan rakan sebaya	V	V	-	-	V	Kadang
Memiliki kemandirian	-	V	-	-	-	-
Memiliki inisiatif	V	V	-	-	-	-
Dapat melaksanakan peranan mengikut gender	V	-	-	-	V	-
Dapat menunjukkan perilaku sesuai dengan harapan	-	V	V	-	Kadang	Kadang
Dapat mengikuti proses di sekolah dengan baik	V	-	-	-	V	Kadang

Dari tabel 3.5 di atas nampak bahwa perkembangan sosial juga masih banyak yang belum terisi. Khususnya kemandirian, inisiatif, dapat melaksanakan peran, dapat mengikuti proses di sekolah dengan baik. Hasil asesmen pada perkembangan sosial menunjukkan pada ke enam anak belum ada yang mampu mencapai aspek-aspek perkembangan sosial dengan baik yaitu bermain secara kooperatif dengan rekan sebaya, memiliki kemandirian memiliki inisiatif, dapat melaksanakan peranan mengikut gender, dapat menunjukkan perilaku sesuai dengan harapan, dapat mengikuti proses di sekolah dengan baik.

Tabel 3.6. Perkembangan emosi anak disabilitas fisik umur pertengahan 6 – 11 tahun

Informan	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Ekspresi emosi yang sering ditampilkan	Marah/merengus	-	-	-	-	V
	Gembira	-	-	V	-	-
	Biasa sahaja	V	-	-	-	V
	Sedih/mudah terharu	-	-	-	V	-
Pengembangan hati nurani baik buruk/benar salah		V	V	-	-	-
Menunjukkan rasa sayang		V	V	-	-	V
Memiliki minat/hobi		V	V	-	-	-

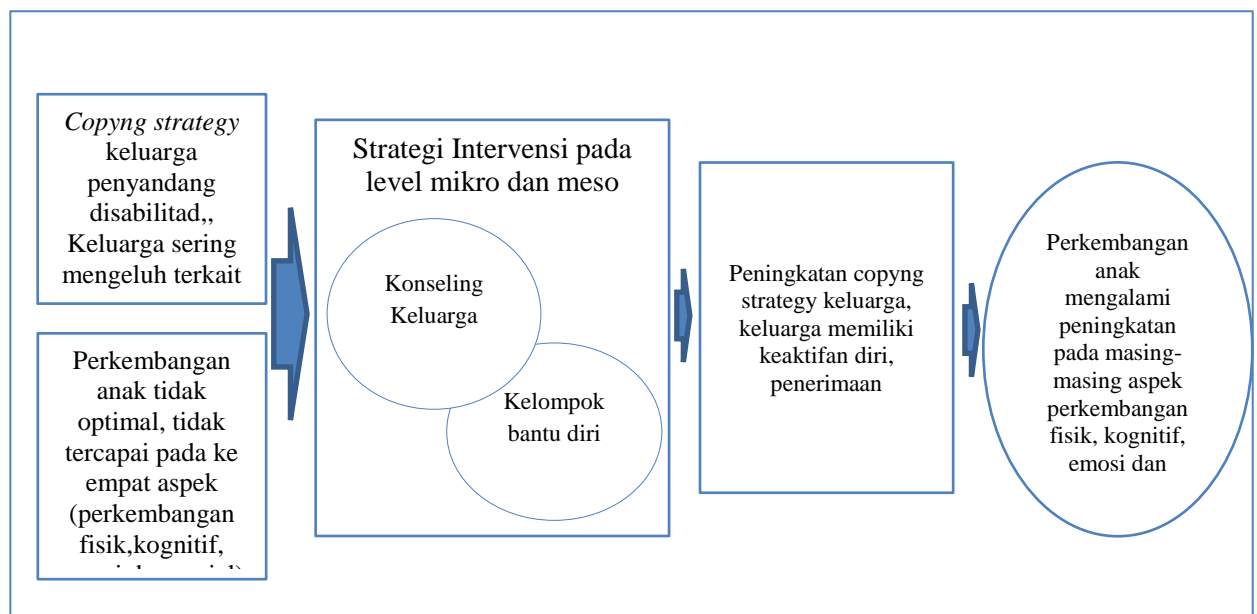
Dari tabel 3.6 di atas nampak bahwa aspek perkembangan emosi juga menunjukkan nilai yang belum optimal. Informan anak sulit untuk pengembangan hati nurani, ekspresi,

menyalirkan minat atau hobi. Hasil penelitian mengungkapkan ada dua anak yang mampu mencapai aspek-aspek perkembangan emosi cukup baik, ke empat anak lainnya hanya satu atau dua aspek saja. Satu anak dominan sering marah, dua anak sering murung dan menangis, satu anak gembira, dan dua anak datar atau biasa biasa saja.

Hasil asesmen menjadi dasar perencanaan intervensi, yaitu sebuah model peningkatan coping strategies melalui konseling keluarga dan pembentukan kelompok *self help group*. Tujuan penggunaan kedua metode tersebut menjangkau orang tua secara individual maupun kelompok. Target sarannya adalah orang tua (ibu dan bapak) untuk konseling keluarga, sedangkan untuk kelompok bantu diri adalah keseluruhan ibu.

3.3. Pelaksanaan Model Intervensi Peningkatan *Coping strategies* Keluarga

Model peningkatan *coping strategies* keluarga berupa hasil analisis terhadap kondisi empiric pada keluarga dan perkembangan anak, kemudian pemilihan strategi intervensi yang tepat diharapkan dapat berdampak pada peningkatan *coping strategies* keluarga serta perkembangan anak disabilitas. Model ini didasari perspektif *person in environment or person in situation* – PIE dalam pekerjaan sosial (Zastrow, 2004; DuBois, 2005). Pekerjaan Sosial melihat anak disabilitas fisik tidak terlepas dari lingkungannya atau situasi yang dihadapinya/ peningkatan coping strategies keluarga sebagai lingkungan terdekat anak akan dapat berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak atau perkembangan anak. Model peningkatan *coping strategies* keluarga digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.2. Model Peningkatan *Coping strategies* Keluarga

Strategi pertama adalah penerapan konseling keluarga dlakukan kepada seluruh informan ibu dan tiga orag informan bapak. Informan bapak tidak semua bisa ikut serta karena kesibukan bekerja dan menolak untuk melakukan konseling dengan meminta untuk

dilakukan pada ibu saja. Konseling keluarga dilakukan rata-rata dua sampai tiga kali untuk setiap keluarga. Konseling yang dilakukan dengan tahapan konseling dari Zastrow, yaitu:

1. Menciptakan relasi, yaitu dengan membangun kedekatan secara emosional dengan informan tetapi tidak berlebihan
2. Pengungkapan dan penelusuran yang mendalam terkait aspek-aspek dari *coping strategies*
3. Mengeksplorasi alternatif pemecahan masalah terkait aspek-aspek dari *coping strategies*
4. Membuat keputusan terkait aspek-aspek dari *coping strategies* yaitu, keaktifan diri dalam mengasuh dan merawat anak dengan disabilitas fisik, perencanaan untuk mengatur perawatan dan pengasuhan serta masa depan anak, kontrol diri dalam mengeluarkan emosi, mencari dukungan sosial dari keluarga, kerabat maupun lingkungan ketetanggaaan dan sistem sumber lainnya di masyarakat, penerimaan diri terhadap kondisi anak dan kondisi keluarga, religiusitas adalah upaya untuk terus menerus membangun kedekatan dengan sang maha pencipta.
5. Memberikan motivasi kepada informan agar mereka memiliki kepercayaan diri untuk yakin dapat melakukan apa yang sudah disepakati
6. Mengakhiri konseling.

Strategi kedua adalah pembentukan dan pelaksanaan kelompok bantu diri yang ditujukan kepada seluruh informan ibu. Kelompok bantu diri (self Help Group) dilakukan untuk ke enam ibu dengan tujuan memperkuat kondisi sosial psikologis ibu dan dukungan sosial di antara mereka. Kelompok bantu diri difasilitasi oleh peneliti sebanyak empat kali dilakukan sesuai dengan kebutuhan yang disampaikan oleh seluruh informan ibu. Sesi pertama dengan tema bahasan: bagaimana mengasuh anak disabilitas. Sesi kedua dengan tema bahasan: cara mengatasi *bullying* dari teman anak. Sesi ketiga dengan tema bahasan: bagaimana membuat hati ibu bahagian, sesi ke empat dengan tema bahasan: mengatasi anak yang merajuk.

3.4. *Coping strategies* Keluarga dan Perkembangan Anak Disabilitas Fisik setelah Penerapan Model Intervensi.

3.4.1. *Coping strategies* Keluarga



Gambar 3.3. Hasil perhitungan *coping strategies* keluarga sesudah penerapan model

Dari gambar 3.3 di atas terlihat bahwa keluarga telah membangun *coping strategies* dengan lebih baik ditunjukkan dengan peningkatan *score* hasil perhitungan dari penjumlahan aspek-aspek *coping strategies* yaitu keaktifan diri, perencanaan, kontrol diri, mencari dukungan instrumental, mencari dukungan emosional, penerimaan, dan religiusitas. Ibu bapak menyatakan harus berupaya berbuat untuk anak-anak mereka, agar dapat lebih bermanfaat untuk anak-anak mereka yang disabilitas.

3.4.2. Perkembangan Anak Disabilitas Fisik.

Tabel 3.7 Perkembangan fisik anak disabilitas fisik umur pertengahan 6 – 11 tahun

Informan	R1		R2		R3		R4		R5		R6	
Tinggi dan Berat Badan	141	36	138	26	131	36	122	21	114	120	100	16
Kemampuan ADL tanpa bantuan	V		V		V		V		-			V
Mampu dengan bantuan	-		-		-		-		V			-
Tidak mampu ADL	-		-		-		-		-			-
Bermain/berolah raga	V		V		V		V		V			V
Aktiviti kerja rumah	V		V		V		V		-			-

Dari tabel 3.7 di atas perkembangan fisik informan anak menunjukkan perubahan yang sangat baik terutama pada aktivitas kemampuan aktivitas bantu diri, bermain/berolah raga dan aktivitas kerja di rumah. Perhitungan ini dilakukan setelah 8 bulan dari perhitungan pertama sebelum penerapan model. Masih ada anak yang belum mampu melakukan ADL secara mandiri, aktivitas mandiri tanpa bantuan orang lain pada satu orang anak, karena masih kesulitan terutama untuk mandi cuci kakus (MCK). Hasil asesmen pada perkembangan fisik ada empat anak yang diluar batas normal pada tinggi badan dan berat badan masih tetap kondisinya walaupun ada penambahan tinggi dan berat badan anak.

Tabel 3.8 Perkembangan kognitif anak disabilitas fisik umur pertengahan 6 – 11 tahun.

Informan	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Belajar mandiri	V	-	-	V	-	-
Membaca, menulis, mengira	V	V	V	V	-	-
Berfikir konkrit	V	V	V	V	V	V
Menyelesaikan masalah sederhana	V	V	V	V	V	V
Memahami sudut pandang orang lain/perilaku orang lain	V	V	V	V	V	V

Perkembangan kognitif mengacu pada pedapat Piaget (1990) pada anak usia pertengahan berada pada tahap operasional konkrit. Dari tabel 3.8 di atas nampak bahwa perkembangan kognitif secara umumnya nampak baik. Anak-anak mampu melakukan operasional berfikir nya terutama untuk menyelesaikan masalah-masalah sederhana dalam

kesehariannya tanpa terus menerus tergantung pada ibu. Anak R3 kembali ke sekolah dan mulai dapat mengikuti pembelajaran di sekolah.

Tabel 3.9 Perkembangan sosial anak disabilitas fisik umur pertengahan 6 – 11 tahun

Informan	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Bermain secara koperatif dengan rakan sebaya	V	V	V	V	V	Kadang
Memiliki kemandirian	V	V	V	V	V	Kadang
Memiliki inisiatif	V	-	-	V	-	Kadang
Dapat melaksanakan peranan mengikut gender	v	V	V	V	V	-
Dapat menunjukkan perilaku sesuai dengan harapan	v	V	V	V	Kadang	Kadang
Dapat mengikuti proses di sekolah dengan baik	v	Kadang	kadang	V	V	Kadang

Dari tabel 3.9 di atas nampak bahwa perkembangan sosial anak mengalami perubahan ke arah positif pada aspek-aspek kemandirian, inisiatif, dapat melaksanakan peran, dapat mengikuti proses di sekolah dengan baik. Perkembangan sosial pada anak-anak usia enam tahun masih nampak belum begitu signifikan perubahannya. Pada ke dua anak ini masih terdapat ketergantungan pada ibu.

Tabel 3.10 Perkembangan emosi anak disabilitas fisik umur pertengahan 6 – 11 tahun

Informan	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Ekspresi emosi yang sering ditampilkan	Marah/merengus	-	-	-	-	-
	Gembira	-	V	-	V	-
	Biasa sahaja	v	-	V	-	v
	Sedih/mudah terharu	-	-	-	-	-
Pengembangan hati nurani baik		V	V	V	V	v
buruk/benar salah		V	V	V	V	v
Mempunyai motivasi		V	V	V	V	-
Memiliki minat/hobi		V	V	V	V	-

Dari tabel 3.10 di atas nampak bahwa aspek perkembangan emosi juga menunjukkan perubahan yang sangat baik. Ibu bapak yang menunjukkan kondisi tenang dan nyaman karena memiliki *coping strategies* yang bagus berdampak secara langsung pada kehidupan emosi anak. anak semakin dominan menampilkan emosi bahagia, ceria dan tenang dari yang sebelumnya banyak emosi sedih, marah maupun sering menangis. Anak-anak mampu mencapai aspek-aspek perkembangan emosi cukup baik, dengan memiliki semangat ;dan motivasi terutama untuk sekolah.

4. Kesimpulan dan Rekomendasi

4.1. Kesimpulan

Hasil penelitian secara umum memiliki beberapa temuan lapangan yang sangat penting, yaitu pertama, keluarga dengan anak disabilitas fisik telah membangun *coping strategies* keluarga, namun masih rendah berdasarkan pengukuran pada aspek-aspek *coping strategies*. Rendahnya *coping strategies* disebabkan karena ibu bapak tidak paham harus berbuat apa

yang terbaik bagi anaknya yang disabilitas. Sebab lain ibu bapak masih memiliki rasa kecewa, bingung dan tidak menerima terhadap kondisi anaknya yang disabilitas.

Kedua, *coping strategies* dapat ditingkatkan dengan penggunaan konseling keluarga yang memberikan pengaruh positif pada keluarga karena pemahaman terhadap apa yang harus dilakukan setelah mengikuti proses konseling. Konseling keluarga sebagai sebuah intervensi yang melibatkan seluruh anggota keluarga sehingga memperkuat hubungan antar anggota keluarga. Konseling keluarga memberikan solusi / pemecahan masalah yang dihadapi keluarga sebagai upaya peningkatan *coping strategies* keluarga. Keluarga mengetahui apa yang harus dilakukan dan anggota keluarga berkomitmen untuk saling memberi dukungan.

Beberapa komitmen yang disepakati oleh keluarga adalah, sebagai berikut:

1. Aktif bertanya pada orang lain: dokter, perawat, guru, kader tentang bagaimana mendukung, membimbing atau memberikan pengasuhan perawatan bagi anak dengan disabilitas fisik. Ayah ibu juga berkomitmen untuk selalu aktif mencari informasi terkait pengembangan kemampuan anak.
2. Selalu berpikir positif dan menata diri untuk tidak menampilkan emosi yang berlebihan serta memikirkan dampaknya pada anak.
3. Mencari dukungan dari keluarga/lebih mendekatkan diri dengan keluarga besar.
4. Meningkatkan kehidupan spiritual: selalu berdoa dan mendekatkan diri pada Allah SWT

Ketiga, penggunaan kelompok bantu diri (*self help group*) juga memberikan dampak positif memperkuat hasil konseling keluarga. Kelompok bantu diri memberikan semangat dan motivasi baru pada ibu. Perasaan senasib membuat mereka menjadi solid dan menemukan solusi-solusi terbaik dari pertemuan kelompok yang dilakukan.

Keempat, perubahan pada *coping strategies* keluarga berdampak pada perkembangan anak-anak disabilitas fisik pada keseluruhan aspek-aspek perkembangan anak, yaitu perkembangan fisik, perkembangan kognitif, perkembangan sosial dan perkembangan emosi. Perubahan perkembangan anak disebabkan karena keluarga yang memiliki *coping strategies* yang baik, membuat anak dengan disabilitas fisik dapat lebih tenang dalam kesehariannya, memiliki dukungan yang memadai dari keluarga sehingga menjadi pendorong bagi tumbuh kembang anak dengan lebih baik.

4.2. Rekomendasi

Rekomendasi ditujukan kepada pemerintah pusat maupun daerah, sebagai salah satu penanggung jawab (*duty barrier*) dalam peningkatan kesejahteraan sosial anak disabilitas. Rekomendasi ditujukan pula bagi peningkatan peran profesi pekerjaan sosial bagi keluarga dengan anak disabilitas, sebagai berikut :

1. Perlunya pengembangan program bagi keluarga dengan anak disabilitas melalui program berbasis masyarakat. Program pendampingan bagi keluarga dengan anak disabilitas akan memperkuat keluarga sebagai lingkungan terdekat bagi anak. keluarga menjadi sistem sumber utama bagi anak disabilitas, sehingga dapat berdampak pada tumbuh kembang anak disabilitas. Program berbasis masyarakat akan memungkinkan program tersebut berkelanjutan karena dimiliki oleh masyarakat setempat, menggunakan potensi dan sumber yang ada di masyarakat setempat.
2. Perlunya peningkatan program untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap masalah disabilitas. Program *community inclusion* perlu dikembangkan agar anak-anak dengan disabilitas dapat menjangkau seluruh layanan yang ada di masyarakat tanpa adanya stigma dan diskriminasi.

3. Pengembangan praktik pekerjaan sosial di masyarakat sebagai tenaga ahli (expert) yang akan mendukung keluarga untuk meningkatkan keberfungsian sosialnya melalui berbagai intervensinya. Pekerja sosial dapat melakukan beberapa aktivitas seperti:
 - a. Membangkitkan semangat, motivasi dan membangun komitmen ibu bapak/keluarga dan masyarakat.
 - b. Membangun kesadaran (consciousness raising) keluarga terhadap keadaan mereka dan keyakinan terhadap perubahan ke arah lebih baik berkaitan dengan perkembangan anak-anak disabilitas fisik.
 - c. Membangun kekuatan keluarga melalui konseling keluarga pembentukan kelompok bantu diri yang akan membuat keluarga memiliki coping strategies yang baik dalam menghadapi setiap permasalahan yang dihadapinya.
 - d. Membangun jejaring (networking) diantara unit layanan pemerintah dan masyarakat, sehingga sinergi program pemerintah dan masyarakat dapat terjalin.
4. Perlunya penelitian pekerjaan sosial lanjutan dari penelitian ini, misalnya penelitian untuk melihat faktor-faktor yang berpengaruh terhadap *coping strategies* keluarga, atau penelitian penggunaan teknologi intervensi pekerjaan sosial lainnya untuk meningkatkan *coping strategies* keluarga, atau dapat pula penelitian longitudinal faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perkembangan anak-anak disabilitas fisik.

Rujukan

- Bolyai, S., Sadler, L., Knafl, K.A., et al. (2003). *Great expectations : a position description for parents as caregivers* : Part 1. *Pediatric Nursing*, 29 (6), 457-461.
- Carver, C.S. 1989. *Assesing coping strategy : A Theoretically bassed approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*
- Ernest T. Stinger (2007). *Action Research. third Edition*. USA. Sage Publication.
- Harry Hikmat. (2010). *Jumlah anak cacat di Indonesia*. Antara News. <http://antajawabarat.com>.
- Ho, K.M., & Keiley, M.K. (2003). *Dealing eith denial : A systems approach for family professionals working with parents of individuals with multiple disabilities*. *The family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 11 (3), 239-247.
- Lazarus, R.s. & Folkman, S.(1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Miles, M & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2 nd edn. USA: Sage Publication, Thousand Oaks, CA.
- Newman. Barbara M and Philip R. (2006). *Development through life*. Ninth ed. USA: Thomson Wadsworth.
- Pellegrino, L.M.D. (2007). *Patterns in development and disability*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

- Piaget, J. (1990). *The Child's conception of the world*. New York: Littlefield Adams Quality Paperbacks.
- Rothman, Juliet. (2003). *Social work practice across disability*. Pearson education.
- Santrock, J.W. (2006). *Life-span development*. Boston: McGraw-Hill.
- (2009). *Children*. Boston: McGraw-Hill.
- Sarafino, Edward. P. (2001). *Health psychology: New York: Bio-Psychosocial Interaction*.
- Skinner, B. F. (1987). *Whatever happened to psychology as the science of behavior ?*. American Psychologist, 42, 780-786.
- Somantri, Sutjihati. (2007). *Psikologi Anak Luar Biasa*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Sugiyono. (2007). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta
- _____. (2007). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung:
- Zastrow H. Charles and Kirst Ashman Karen K. (2004). *Understanding human behavior and the social environment*. USA: Thomson Learning Inc.