



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEMAMPUAN PERAWATAN DIRI ANAK TUNA GRAHITA
DI KABUPATEN BANYUMAS
JAWA TENGAH**

TESIS

**Dian Ramawati
0906504663**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEMAMPUAN PERAWATAN DIRI ANAK TUNA GRAHITA
DI KABUPATEN BANYUMAS
JAWA TENGAH**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

Magister Ilmu Keperawatan

Dian Ramawati

0906504663

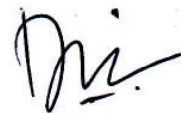
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN ANAK
DEPOK
JULI 2011**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan plagiarism, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, Juli 2011



Dian Ramawati

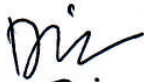


HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Dian Ramawati

NPM : 0906504663

Tanda tangan : 

Tanggal : Juli 2011



HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing untuk dilaksanakan
Sidang tesis

Depok, 8 Juli 2011

Menyetujui,
Pembimbing I,



ALLENIDEKANIA, S.Kp., M. Sc.

Pembimbing II,



BESRAL, SKM, M. Sc.

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Dian Ramawati

NPM : 0906504663

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Judul Tesis : Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Allenidekania, S. Kp., M. Sc.

(.....)

Pembimbing : Besral, SKM, M. Sc.

(.....)

Penguji : Fajar Tri Waluyanti, M. Kep., Sp. Kep. An

(.....)

Penguji : Tri Riana Lestari, SKM, M. Kes.

(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2011

ABSTRAK

Nama : Dian Ramawati
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Anak
Judul : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah

Kemampuan perawatan diri adalah keterampilan mengurus atau menolong diri sendiri dalam kehidupan sehari-hari sehingga tidak tergantung pada orang lain. Pada anak tuna grahita, kemampuan perawatan diri dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, baik faktor eksternal (karakteristik orangtua dan lingkungan) maupun faktor internal (karakteristik anak). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita. Rancangan penelitian *cross sectional* dan sampel adalah 65 orangtua anak tuna grahita di Sekolah Luar Biasa (SLB). Analisis data menggunakan uji *Chi-Square* dan regresi logistik ganda. Hasil menunjukkan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita masih rendah. Terdapat hubungan bermakna antara pendidikan orang tua, umur, dan kekuatan motorik pada anak tuna grahita dengan kemampuan perawatan diri (*p value* < 0,005). Faktor paling dominan yang mempunyai hubungan adalah faktor kekuatan motorik anak tuna grahita dengan OR = 4,77.

Kata kunci : Perawatan diri, faktor yang berhubungan, tuna grahita.

ABSTRACT

Name : Dian Ramawati
Study Program : Nursing Master Program Majoring in Pediatric Nursing
Title : Factors that Related to Self-Care Ability in Mental Retardation Children in Banyumas District Central Java

Self-care is the ability to take care of self or self-help in daily life activities. For children with mental retardation, self-care can be influenced by various factors, external (parents and environment characteristics) as well as internal (children characteristics). This study aimed to explore determinant factors that related to self-care ability in mental retardation children. Study design was cross sectional with samples are 65 parents whose mental retardation children registered in special education school. Data analysis used Chi-Square and Logistic Regression. Result of this study found that the self-care ability among retarded children is relatively low and there was significantly relationship between parents' education, children's age and gross motor performance to self-care ability in mental retarded children (p value < 0,005). Gross motor performance of mental retarded children is the most dominant factor that contributed to self-care ability (OR = 4,77).

Keywords : Self-care, related factors, mental retardation children.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas berkah dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul “Faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita di Kabupaten Banyumas, Jawa Tengah”. Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak sejak masa perkuliahan sampai dengan penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

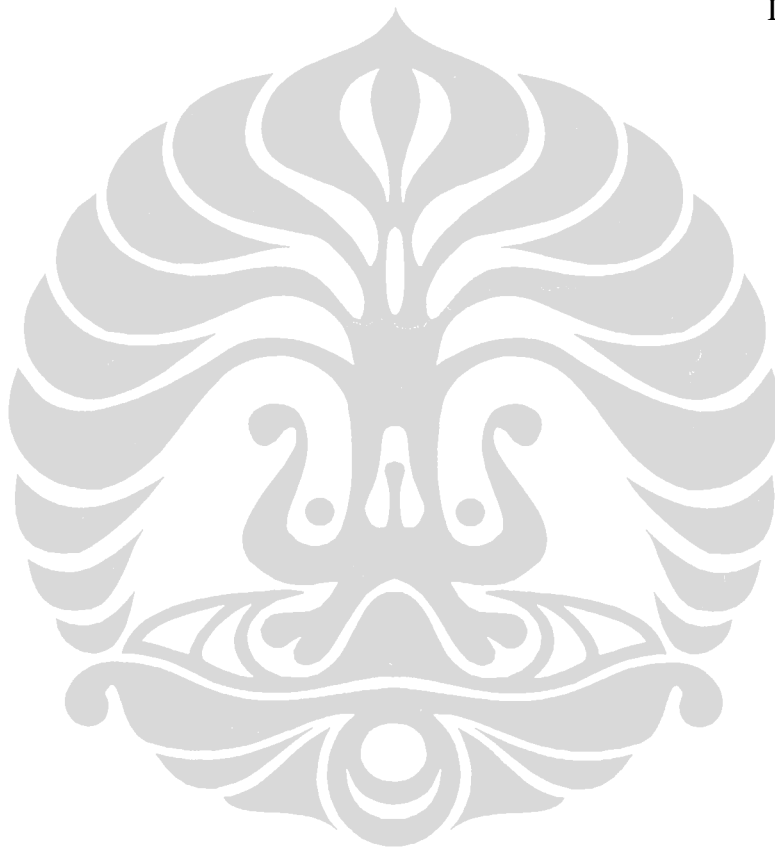
1. Ibu Allenidekania, S. Kp., M. Sc., selaku pembimbing I, yang dengan sabar dan perhatian dalam memberikan bimbingan ilmiah melalui berbagai pengarahan dan saran yang sangat membantu.
2. Bapak Besral, SKM, M. Sc., selaku pembimbing II, yang telah memberikan bimbingan ilmiah melalui berbagai saran dan pengarahan.
3. Ibu Dewi Irawaty, M.A., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ibu Astuti Yuni, S. Kp., M. App. Sc., selaku Ketua Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Ibu Netti Lestari, S. Pd., selaku Kepala Sekolah Luar Biasa-C Yakut Purwokerto atas kebijaksanaan dan ijin yang diberikan.
6. Ibu Irma, S. Pd., selaku Kepala Sekolah Luar Biasa ABCD Kuncup Mas Banyumas atas kebijaksanaan dan ijin yang diberikan.
7. Segenap guru, staf, orangtua dan siswa Sekolah Luar Biasa, atas inspirasi dan dukungan yang diberikan.
8. Seluruh staf dosen/pengajar pada Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
9. Seluruh staf akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas kerjasama, dukungan dan bantuan yang telah diberikan selama ini.
10. Orangtua dan suami yang telah penuh cinta memberikan perhatian dan motivasi selama penyusunan tesis ini. Terima kasih atas segala pengertian dan kesabaran serta dukungan yang telah diberikan.

11. Rekan-rekan mahasiswa Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan khususnya kelas Keperawatan Anak angkatan 2009/2010 atas perhatian, dukungan, masukan dan motivasinya dalam penyusunan tesis ini.

Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi semua, khususnya bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, Juli 2011

Penulis



HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dian Ramawati
NPM : 0906504663
Program Studi : Program Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Anak
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :
“Faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah”.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Di buat di : Depok

Pada tanggal : 17 Juli 2011

Yang menyatakan



(Dian Ramawati)

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS | iv |
| ABSTRAK | vi |
| ABSTRACT | vii |
| KATA PENGANTAR | viii |
| HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI | x |
| DAFTAR ISI | ix |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR SKEMA | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| BAB 1 : PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1. Latar Belakang | 1 |
| 1.2. Rumusan Masalah | 11 |
| 1.3. Tujuan Penelitian | 12 |
| 1.4. Manfaat Penelitian | 13 |
| BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA | 14 |
| 2.1. Teori <i>Self-Care</i> (Perawatan Diri) Orem | 14 |
| 2.2. Anak Tuna Grahita | 22 |
| 2.3. Tumbuh Kembang Anak Tuna Grahita Usia Sekolah | 32 |
| 2.4. Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tuna Grahita | 37 |
| 2.5. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita | 39 |
| 2.6. Pengukuran Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita | 43 |
| 2.7. Kerangka Teori | 49 |
| BAB 3 : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL | 50 |
| 3.1. Kerangka Konsep | 50 |
| 3.2. Hipotesis Penelitian | 52 |
| 3.3. Definisi Operasional | 53 |
| BAB 4 : METODOLOGI PENELITIAN | 60 |
| 4.1. Desain Penelitian | 60 |
| 4.2. Populasi dan Sampel | 61 |
| 4.3. Alat pengumpul Data | 65 |
| 4.4. Prosedur Pengumpulan Data | 68 |
| 4.5. Validitas dan Reliabilitas | 68 |
| 4.6. Pengolahan Data | 71 |
| 4.7. Analisis Data | 72 |

| | |
|--|----------------|
| BAB 5 : HASIL PENELITIAN..... | 74 |
| 5.1. Karakteristik Responden | 74 |
| 5.1.1 Karakteristik Orangtua dengan Anak Tuna Grahita... | 74 |
| 5.1.2. Karakteristik Lingkungan Anak Tuna Grahita..... | 78 |
| 5.1.3. Karakteristik Anak Tuna Grahita..... | 79 |
| 5.1.4 Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita..... | 81 |
| 5.2. Hubungan Faktor Eksternal (Karakteristik Orangtua dan Lingkungan Anak Tuna Grahita dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita..... | 83 |
| 5.2.1. Hubungan Karakteristik Orangtua dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita..... | 84 |
| 5.2.2. Hubungan Karakteristik Lingkungan dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita | 85 |
| 5.2.3. Hubungan Karakteristik Anak dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita..... | 85 |
| 5.3. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita..... | 86 |
| BAB 6 : PEMBAHASAN | 90 |
| 6.1. Interpretasi Hasil dan Diskusi | 90 |
| 6.2. Keterbatasan Penelitian..... | 108 |
| 6.3. Implikasi Keperawatan..... | 109 |
| BAB 7 : KESIMPULAN DAN SARAN..... | 111 |
| 7.1. Kesimpulan..... | 111 |
| 7.2. Saran..... | 112 |

DAFTAR REFERENSI

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|---|---------|
| Tabel 2.1. : Tingkat Retardasi Mental Berdasarkan Tes Intelegensi | 29 |
| Tabel 2.2. : Tingkat Retardasi Mental dan Tingkah Laku Adaptif | 30 |
| Tabel 3.1. : Definisi Operasional | 53 |
| Tabel 4.1. : Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas | 71 |
| Tabel 4.2. : Analisis Biavariat Variabel Penelitian | 73 |
| Tabel 5.1. : Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Orangtua | 75 |
| Tabel 5.2. : Distribusi pengetahuan Orangtua tentang Tuna Grahita | 76 |
| Tabel 5.3. : Distribusi Pola Asuh Orangtua | 77 |
| Tabel 5.4. : Distribusi Dukungan Guru dan Tenaga Kesehatan | 78 |
| Tabel 5.5. : Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Guru dan Tenaga Kesehatan | 79 |
| Tabel 5.6. : Distribusi Karakteristik Anak Tuna Grahita | 80 |
| Tabel 5.7. : Distribusi Responden Berdasarkan Area Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita | 82 |
| Tabel 5.8. : Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita | 82 |
| Tabel 5.9. : Hubungan Karakteristik Orangtua dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita | 84 |
| Tabel 5.10: Hubungan Karakteristik Lingkungan dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita | 85 |
| Tabel 5.11: Hubungan Karakteristik Anak dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita | 86 |
| Tabel 5.12: Hasil Seleksi Bivariat Uji Regresi Logistik Karakteristik Responden terhadap Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita | 87 |
| Tabel 5.13: Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita | 88 |
| Tabel 5.14: Hasil Analisis Akhir Pemodelan Multivariat Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita | 88 |

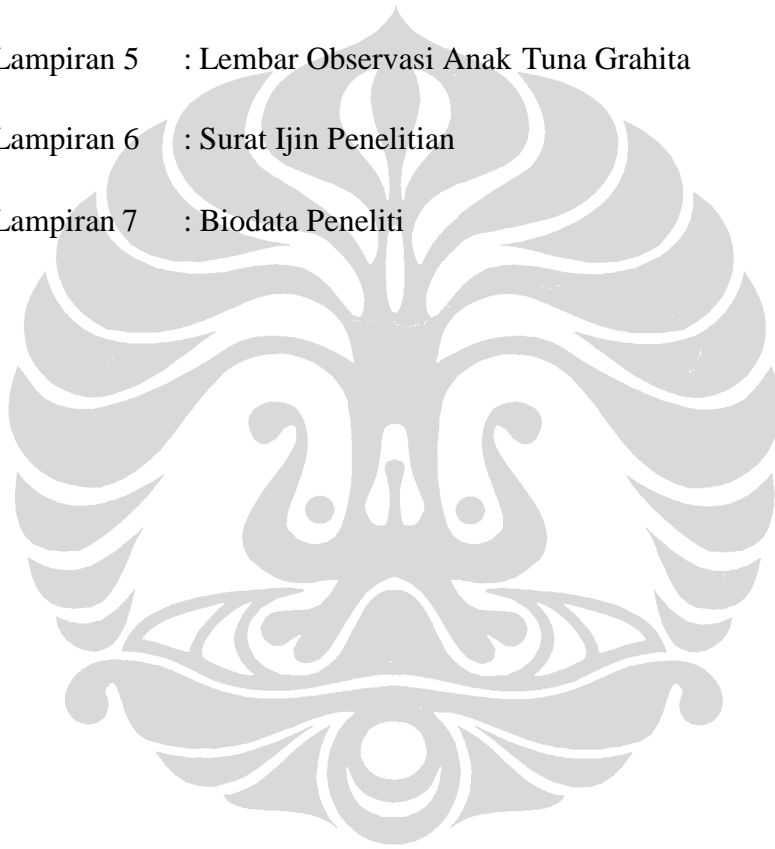
DAFTAR SKEMA

| | Halaman |
|--|---------|
| Skema 2.1. : Kerangka Kerja Konseptual <i>Orem's Self-Care</i> Untuk Keperawatan | 17 |
| Skema 2.2. : Sistem Keperawatan Dasar | 20 |
| Skema 2.3. : Model Konseptual Instrumen PEDI | 44 |
| Skema 2.4. : Kerangka Teori | 49 |
| Skema 3.1. : Kerangka Konsep | 51 |



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 2 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3 : Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden Penelitian
- Lampiran 4 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 5 : Lembar Observasi Anak Tuna Grahita
- Lampiran 6 : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 7 : Biodata Peneliti



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Setiap orang tua menginginkan anak yang sehat dan mandiri. Namun, pada kenyataannya banyak anak dengan disabilitas atau penyakit kronis yang masih tergantung kepada orang tua atau pengasuhnya dalam melakukan aktivitas harian terutama untuk perawatan dirinya sampai dengan anak tersebut beranjak dewasa. Tingginya tingkat ketergantungan anak dalam melakukan kegiatan harian menjadi beban yang amat besar bagi orang tua, pengasuh, dan pemberi layanan kesehatan, termasuk tenaga keperawatan (Tork *et al.*, 2007). Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO), jumlah orang yang masih dalam ketergantungan terhadap orang lain mencapai 4-5% dari seluruh populasi di dunia (WHO, 2002).

Masalah ketergantungan melakukan perawatan diri sering terdapat pada kelompok anak (orang yang sangat muda), sangat tua, orang yang sakit atau orang yang cacat (Kittay *et al.*, 2005). Ketergantungan perawatan diri dijelaskan oleh WHO sebagai ketidakmampuan untuk melakukan kegiatan harian seperti mempertahankan kebersihan diri, makan, dan kesadaran akan bahaya sebagai salah satu masalah terbesar dalam kesehatan di dunia (WHO, 2002).

Beberapa penelitian telah mempelajari fenomena tersebut pada orang dewasa, namun sangat jarang dilakukan pada kelompok anak-anak. Sebuah Survey Rumah Tangga yang dilakukan oleh UNICEF dan *University of Wisconsin* (2008) untuk memantau kondisi kesehatan pada wanita dan anak-anak di negara berkembang memperoleh data yang memperlihatkan bahwa terdapat 52,4 % anak usia 6-9 tahun yang berada di sekolah serta mengalami disabilitas atau ketidakmampuan melakukan aktivitas harian secara mandiri.

Brinchmann (1999 dalam Ehrenkrantz *et al.*, 2001) melakukan penelitian tentang stress yang terjadi pada orang tua dengan anak yang mengalami disabilitas, menemukan bahwa terdapat perasaan frustrasi mengenai sampai kapan anak akan tergantung pada orang tua dan perasaan ambivalen atau ketidakpastian pada orang tua mengenai masa depan anak. Selanjutnya, penelitian tersebut juga menemukan bahwa orang tua mengalami kebingungan dalam menyayangi atau berusaha memandirikan anak dengan disabilitas.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Grando (2011) menyimpulkan terdapat 3 masalah dalam seorang individu ketika tidak mampu melakukan ketrampilan perawatan diri, yaitu 1) krisis personal, yaitu keadaan seseorang yang mengalami krisis disebabkan ketidakmampuan melakukan perawatan diri; 2) kekerasan dalam hubungan sosial, yaitu kekerasan fisik maupun psikososial yang mengakibatkan penurunan rasa percaya diri dan timbulnya rasa malu yang berhubungan dengan ketidakmampuan seseorang melakukan perawatan atau melindungi dirinya sendiri; 3) psikosis, yaitu keadaan pada individu yang mengalami skizofrenia dan tidak mampu merawat diri sehingga menimbulkan hambatan atau keterlambatan dalam membuat keputusan dan melakukan kegiatan perawatan diri. Mont (2007) menyatakan bahwa disabilitas dapat menyebabkan seseorang terperangkap dalam kemiskinan karena adanya hambatan bagi seseorang dengan disabilitas untuk bersekolah, memperoleh pekerjaan, atau berpartisipasi dalam kegiatan sosial.

Adanya disabilitas pada anak akan berdampak tidak hanya pada anak, tetapi juga pada orang tua dan lingkungan. Anak dengan disabilitas atau ketidakberdayaan membutuhkan pelayanan kesehatan dan ketersediaan dana yang tidak sedikit, sehingga dapat menjadi beban bagi keluarga, lingkungan, dan negara (Ehrenkrantz *et al.*, 2001). *Counting Costs 2010*, sebuah survey yang dilakukan pada 1.100 keluarga di Inggris,

memperlihatkan bahwa keluarga dengan anak disabilitas mengalami kesulitan dalam penyediaan makanan dan alat penghangat di dalam rumah. Lebih dari 50% keluarga tersebut telah meminjam uang dari kerabat atau teman untuk membayar tagihan atau membeli makanan. Jumlah ini meningkat dari angka 42% di tahun 2008 dan lebih dari 40% keluarga mengajukan bantuan sosial dari negara (meningkat dari 25% pada tahun 2008), dan lebih dari tiga per empat keluarga tersebut (73%) tidak dapat melakukan kegiatan rekreasi (meningkat dari 55% pada tahun 2008).

Survey tersebut juga menemukan bahwa mayoritas keluarga dengan anak disabilitas mengalami kesulitan untuk mempertahankan pekerjaan dan sekaligus merawat anaknya di rumah (Sen, 2010). Banyak orang tua melaporkan bahwa mereka tidak dapat bekerja karena kesulitan dalam membagi perhatian antara bekerja dan merawat anak dengan disabilitas. Mereka juga melaporkan bahwa mereka harus mengeluarkan biaya 45% lebih besar dengan adanya anak dengan disabilitas di dalam keluarga. *Counting Costs 2010* juga mendapatkan bahwa kesulitan keuangan mempunyai dampak negatif dalam kehidupan keluarga dan meningkatkan isolasi sosial. Penelitian juga membuktikan bahwa keluarga dengan anak disabilitas beresiko tinggi mengalami kemiskinan, oleh sebab itu diperlukan dukungan dari pemerintah, sektor swasta, dan tenaga kesehatan/sosial dalam menghadapi masalah ini (Sen, 2010).

Kemandirian pada anak terutama pada anak usia sekolah berbeda dengan kemandirian remaja atau orang dewasa. Kemandirian pada anak usia sekolah adalah kemampuan yang terkait dengan tugas perkembangannya. Adapun tugas-tugas perkembangan untuk anak adalah belajar makan, berbicara, koordinasi tubuh, kontak perasaan dengan lingkungan, pembentukan pengertian, dan belajar moral. Apabila seorang anak telah mampu melakukan tugas perkembangan, maka ia telah memenuhi syarat kemandirian. Dibutuhkan dukungan dan bimbingan dari orang tua untuk

menanamkan kemandirian pada anak. Orang tua harus dapat bersikap positif dengan memberikan pujian, semangat, dan kesempatan berlatih secara konsisten dalam mengerjakan sesuatu sendiri sesuai dengan tahapan usianya (Simanjuntak, 2007). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lewis dan Iselin (2002), anak dengan kemampuan untuk melakukan perawatan diri secara mandiri akan dapat berinteraksi lebih baik dengan lingkungan dan mengembangkan jejaring sosial yang lebih luas. Anak yang telah mandiri sejak dini, maka akan terbiasa mandiri ketika dewasa. Sehingga, anak kelak mampu mengambil keputusan atau menentukan pilihannya sendiri. Dan yang terpenting adalah anak menjadi tidak tergantung pada orang tua baik secara ekonomi atau tanggung jawab hidup lainnya ketika ia menjadi dewasa (Simanjuntak, 2007).

Istilah 'self-care' atau perawatan diri, biasanya digunakan untuk anak usia sekolah yang memang diharapkan telah mampu menguasai dan meningkatkan ketrampilan melindungi dirinya sendiri (Karrebrock & Lewit, 1999 dalam Tork *et al.*, 2007). Usia sekolah merupakan periode penting dalam tumbuh kembang anak. Pada tahap ini, anak mulai menunjukkan karakteristik tersendiri dan mulai belajar untuk melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri (Ling, 2008). Anak pada usia sekolah juga akan menghadapi konflik jika aktifitasnya dibatasi, sehingga anak akan merasa bersalah, cemas, takut, atau bahkan menunjukkan perubahan perilaku yang tidak diharapkan (Pott & Mandleco, 2007). Berdasarkan teori perkembangan Eriksson, anak pada tahap usia sekolah (6-12 tahun) mempunyai masalah *industry vs inferiority*, yang berarti anak pada usia tersebut diharapkan mampu mendapatkan kepuasan dari kemandirian yang diperoleh melalui eksplorasi dan manipulasi lingkungan sekitar dan interaksi dengan teman sebaya. Hal yang dianggap berbahaya pada fase ini adalah apabila pada anak berkembang kepribadian *inferior* (rendah diri). Salah satu penyebab timbulnya inferioritas pada anak adalah ketidakmampuan untuk melakukan perawatan diri secara mandiri.

American Academy of Pediatric (1996) merekomendasikan agar dibuat suatu perencanaan yang sistematis untuk melatih anak usia sekolah agar dapat menguasai ketrampilan perawatan diri sebelum mereka mencapai usia dewasa. Pembelajaran untuk melakukan kegiatan perawatan diri secara mandiri bukan berarti anak harus dapat melakukan semua kegiatan perawatan diri tanpa bantuan sama sekali. Namun, yang perlu mendapat perhatian adalah pembelajaran yang diberikan perlu melihat adanya perbedaan yang signifikan saat menentukan usia anak dan waktu yang tepat untuk melatih melakukan kegiatan perawatan diri pada anak terutama anak dengan disabilitas atau penyakit kronis, termasuk diantaranya adalah anak dengan retardasi mental.

The American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV-TR, 2000) mendefinisikan retardasi mental sebagai disfungsi atau gangguan yang terjadi pada susunan saraf pusat yang mengakibatkan kecerdasan intelektual (*Intellectual Quotion*) seseorang terukur dibawah 70, sehingga berdampak pada kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasarnya seperti ketrampilan berkomunikasi, sosialisasi, pendidikan/belajar, kesehatan dan pekerjaan (Greydanus & Pratt, 2005). Banyak terminologi yang digunakan untuk menyebut retardasi mental, diantaranya adalah defisiensi mental, mental subnormal, lemah pikiran (*feeble mindedness*), mental disabilitas atau dalam dunia pendidikan sering disebut dengan tuna grahita. Semua istilah tersebut merujuk pada seseorang yang memiliki kecerdasan mental dibawah normal (Greydanus & Pratt, 2005; Effendi, 2006).

Tuna grahita dapat juga didefinisikan sebagai individu yang memiliki kecerdasan intelektual yang berada dibawah normal dan disertai dengan ketidakmampuan dalam adaptasi perilaku yang muncul pada masa perkembangan atau sebelum usia 18 tahun (Ciptono & Supriyanto, 2010). Sedangkan pengertian tuna grahita menurut *American Association on*

Mental Deficiency (AAMD) adalah meliputi fungsi intelektual dibawah rata-rata (*sub-average*) yaitu IQ 84 kebawah berdasarkan tes dan muncul sebelum usia 16 tahun yang menunjukkan hambatan dalam perilaku adaptif.

Tuna grahita dalam kategori Indonesia masuk ke dalam kategori *Exceptional People* (SLB C) karena tuna grahita cacat secara mental dan mempunyai hambatan secara fisik. Anak – anak yang mempunyai hambatan secara fisik sudah semestinya perlu perhatian lebih. Anak-anak tuna grahita biasanya mengalami kesulitan berkomunikasi, sulit mengerjakan tugas- tugas akademik yang di karenakan perkembangan otak dan fungsi sarafnya tidak sempurna. Menurut Wibowo (2010), yang dimaksud dengan tuna grahita adalah keterbatasan substansial dalam memfungsikan diri. Keterbatasan ini ditandai dengan terbatasnya kemampuan fungsi kecerdasan yang terletak di bawah rata-rata (IQ 70 atau kurang) dan ditandai dengan terbatasnya kemampuan tingkah laku adaptif minimal di 2 area atau lebih.

Tingkah laku adaptif yang dimaksud pada anak tuna grahita adalah berupa kemampuan komunikasi, merawat diri, menyesuaikan dalam kehidupan rumah, keterampilan sosial, pemanfaatan sarana umum, mengarahkan diri sendiri, area kesehatan dan keamanan, fungsi akademik, pengisian waktu luang, dan kerja. Disebut tuna grahita bila manifestasinya terjadi pada usia di bawah 18 tahun. Secara umum anak tuna grahita memperlihatkan ciri-ciri seperti: a) dalam segi kecerdasan: kapasitas belajarnya terbatas terutama pada hal-hal abstrak, mereka lebih banyak belajar bukan dengan pengertian; b) sosial: dalam pergaulan mereka tidak dapat bergaul atau bermain dengan teman sebayanya, mengalami kesulitan dalam merawat diri, mengurus diri, menolong diri, berkomunikasi, dan beradaptasi dengan lingkungannya; c) fungsi mental lain: sulit memusatkan perhatian, mudah lupa, menghindari diri dari perbuatan berpikir; d) dorongan dan emosi:

mereka jarang memiliki perasaan bangga, tanggung jawab, penghayatan, bagi yang berat hampir-hampir tidak mampu untuk menghindari bahaya, dan mempertahankan diri; dan e) organisme; bagi tunagrahita ringan hampir tidak terlihat perbedaannya dengan anak normal, namun keberfungsian fisik kurang dari anak normal (Astati, 2010).

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (2006) dari 222 juta penduduk Indonesia terdapat 0,7% (sekitar 2,8 juta) jiwa mengalami kecacatan dan sekitar 600 ribu di antaranya anak-anak (21,42%) usia sekolah (usia 5-18 tahun) dan populasi anak tuna grahita menempati angka terbesar. Angka penderita tuna grahita usia sekolah di Indonesia diperkirakan berjumlah setengah dari total penderita cacat atau sekitar 1,5 juta jiwa, dan hanya 54.000 anak yang dapat mengikuti pendidikan secara formal di sekolah khusus.

Data umum Badan Koordinasi Pendidikan Luar Biasa Karesidenan Banyumas (Bakor PLB) tahun 2008 mencatat jumlah anak berkebutuhan khusus yang berada di sekolah sebanyak 360 anak, sedangkan anak berkebutuhan khusus yang belum sekolah terdapat 1176 anak. Jumlah total anak berkebutuhan khusus di Kabupaten Banyumas adalah 1536 anak atau sekitar 0,1% dari seluruh penduduk Kabupaten Banyumas. Jumlah anak tuna grahita tercatat berjumlah 490 anak (42%) dari total jumlah 1176 anak berkebutuhan khusus. Sekolah Luar Biasa (SLB) Yakut Purwokerto memiliki siswa anak tuna grahita berjumlah 114 siswa yang terdiri dari 78 siswa SD, 31 siswa SMP, dan 15 siswa SMA. Namun hanya sekitar 90 siswa saja yang aktif bersekolah dari total siswa yang terdaftar (SLB Yakut Purwokerto, 2011). Sedangkan di SLB Kuncup Mas, Kecamatan Banyumas terdapat 47 siswa tuna grahita dari seluruh siswa berkebutuhan khusus yang berjumlah 76 siswa (Bakor PLB, 2008). Tidak diketahui secara pasti apakah jumlah anak tuna grahita mengalami peningkatan dari tahun-tahun sebelumnya karena baru pada tahun 2008 diadakan pendataan

husus untuk anak berkebutuhan khusus di wilayah Kabupaten Banyumas. Berdasarkan keterangan Ketua Bakor PLB Kabupaten Banyumas bahwa pendataan untuk tahun 2009-2010 belum dilakukan karena pendataan dilakukan setiap 4 tahun (wawancara pribadi, Februari 2011). Berdasarkan wawancara dan observasi yang sebelumnya dilakukan oleh peneliti, terdapat beberapa siswa tuna grahita yang memiliki kebersihan diri baik, namun masih ada beberapa siswa dengan kebersihan diri yang kurang. Peneliti juga mendapatkan keterangan dari pihak sekolah bahwa beberapa siswa mempunyai latar belakang orang tua dengan status ekonomi dan pendidikan yang bervariasi dari tinggi hingga ke rendah.

Penelitian yang dilakukan oleh Ulfatulsholihat (2010) mendapatkan kesimpulan bahwa anak tuna grahita mempunyai keinginan didalam dirinya untuk dapat hidup mandiri dan tidak tergantung pada orang tua atau orang lain. Selain itu didapatkan pula bahwa terdapat keinginan untuk sama dengan anak yang normal, hal tersebut ditunjukkan dengan keinginan selalu memiliki apa yang dimiliki oleh anak normal. Namun, pada kenyataannya masih banyak orang tua yang beranggapan bahwa anak tuna grahita atau retardasi mental selalu membutuhkan bantuan dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Anggapan ini bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Tork *et al.* (2007) yang mendapatkan bahwa anak dengan *Down Syndrome* (retardasi mental) dapat melakukan kegiatan harian secara mandiri seperti eliminasi, perubahan posisi, mobilitas, dan hanya membutuhkan pengawasan yang minimal saat berpakaian atau saat ke kamar mandi. Penelitian tersebut juga menyimpulkan bahwa anak dengan disabilitas menjadi jumlah terbesar pada anak yang masih tergantung untuk melakukan perawatan diri, namun dengan memberikan bimbingan dan latihan yang tepat baik di rumah maupun di sekolah, maka anak-anak tersebut dapat dengan segera menjadi mandiri untuk memenuhi kebutuhan perawatan dirinya.

Keterampilan perawatan diri pada anak tuna grahita atau mental disabilitas sebaiknya mulai diajarkan sejak dari rumah. Hauser-Cram *et al.* (2001) menyatakan bahwa anak dengan disabilitas yang diasuh dalam keluarga yang harmonis dan cenderung ekspresif saat memberikan kasih sayang terhadap anak, memperlihatkan perilaku adaptasi yang lebih baik, mengalami sedikit masalah perilaku dan isolasi sosial dibandingkan anak pada keluarga dengan kualitas kasih sayang yang lebih rendah. Hal ini juga dikuatkan oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Head dan Abbeduto (2007) yang mendapatkan hubungan dalam keluarga yang kohesif, positif, dan saling menyayangi menimbulkan fungsi keluarga yang lebih baik dan meningkatkan perkembangan pada anak dengan retardasi mental.

Proses adaptasi pada anak dengan retardasi mental atau tuna grahita dapat berjalan dengan sangat lambat atau bahkan dapat berlangsung selama hidupnya. Penelitian yang dilakukan oleh Head dan Abbeduto (2007) menyatakan bahwa baik keluarga dan anak dengan retardasi mental atau tuna grahita membutuhkan bantuan dan dukungan terutama dari lingkungan sekitarnya agar dapat saling bekerja sama dalam menstimulasi perkembangan anak dengan retardasi mental atau tuna grahita.

Gray (2006) melakukan penelitian secara longitudinal tentang strategi koping orang tua dengan anak autisme dan mendapatkan bahwa masalah yang sering timbul pada orang tua adalah karena anak tidak mendapatkan intervensi secara terus menerus di sekolah untuk menguatkan kembali apa yang telah dilakukan oleh orang tua di rumah. Karena anak pada usia sekolah lebih banyak menghabiskan waktunya di sekolah, maka diharapkan adanya kerjasama antara orang tua dan guru-guru di sekolah untuk membantu anak mencapai tugas perkembangannya, terutama yang terkait dengan melakukan kegiatan harian atau perawatan diri secara mandiri. Buyan (2004) menyatakan dalam penelitiannya bahwa

ketrampilan perawatan diri (*self-care*) sebaiknya diajarkan di sekolah-sekolah dan untuk mengembangkan ketrampilan perawatan diri pada seseorang dibutuhkan informasi, media, dan bimbingan yang tepat.

Peran perawat khususnya perawat anak dalam mendukung dan memberikan perhatian pada status kesehatan anak usia sekolah, khususnya yang mengalami retardasi mental atau tuna grahita sangat dibutuhkan baik oleh anak maupun keluarga (Maunder, 2006). Area ini menjadi tantangan bagi perawat anak, karena lamanya waktu interaksi yang dibutuhkan untuk memberikan bimbingan kepada anak dengan retardasi mental dan keluarga tidak dapat direncanakan secara pasti. Adanya keterbatasan kecerdasan intelektual bahkan terkadang fisik dan emosional pada anak dengan retardasi mental menyebabkan panjangnya proses pembelajaran atau bimbingan yang harus diberikan.

Pemahaman dan pengenalan secara komprehensif sangat diperlukan untuk dapat mengembangkan kemampuan anak dengan retardasi mental atau tuna grahita dalam melakukan ketrampilan perawatan diri secara mandiri baik dari dalam diri anak sendiri maupun dari keluarga dan lingkungan sekitar atau sekolah. Hal tersebut dapat dilakukan dengan melakukan penelitian untuk mengetahui kemampuan anak dalam aspek fisik, intelektual, sosial, dan emosional. Hasil penelitian dapat digunakan untuk menyusun modul pembelajaran atau intervensi baik kepada anak maupun orang tua sehingga dapat mencapai hasil yang optimal dan akhirnya memunculkan rasa percaya diri pada anak tuna grahita (Astati, 2010). Rasa percaya diri sangat penting dalam tumbuh kembang anak di masa yang akan datang. Bila sejak usia dini telah tertanam rasa percaya diri, maka kelak ketika anak menjadi dewasa ia akan mampu membuat keputusan, berkreasi, dan bertanggung jawab dalam kehidupannya (Simanjuntak, 2007).

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas peneliti merasa tertarik untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kemampuan anak tuna grahita dalam melakukan aktivitas perawatan diri. Diharapkan melalui penelitian ini didapatkan pengetahuan untuk dapat mengembangkan kemampuan merawat diri pada anak tuna grahita sehingga kelak ketika mereka dewasa dapat bertanggung jawab terhadap diri mereka sendiri dan tidak tergantung kepada orang lain. Peneliti juga ingin meneliti mengenai faktor-faktor yang berhubungan dan berperan secara dominan pada anak tuna grahita dalam melakukan kegiatan perawatan diri di Kabupaten Banyumas, Jawa Tengah dengan menggunakan metode penelitian kuantitatif, karena melalui penggunaan metode ini diharapkan didapatkan faktor-faktor yang berhubungan dan mempunyai hubungan yang paling dominan dalam kemampuan anak tuna grahita melakukan perawatan diri secara mandiri.

1.2. Rumusan Masalah

Menurut teori perkembangan anak oleh Eriksson, salah satu tugas terpenting pada usia sekolah adalah menguasai ketrampilan dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Anak tuna grahita terutama yang berada di sekolah atau pada usia sekolah juga seharusnya mendapatkan pembelajaran yang sesuai untuk dapat mencapai tugas perkembangan tersebut. Anak dengan retardasi mental atau tuna grahita memiliki keterbatasan dalam kecerdasan intelektual yang berada dibawah rata-rata sehingga berdampak dalam penguasaan ketrampilan melakukan perawatan diri secara mandiri, sehingga menyebabkan mereka mempunyai resiko yang tinggi untuk mengalami isolasi sosial di masyarakat karena kebersihan diri yang kurang dan ketergantungan yang besar pada keluarga. Pada akhirnya, hal ini dapat menyebabkan terbatasnya kesempatan yang sama dalam memperoleh pekerjaan kelak ketika mereka mencapai usia dewasa. Keterbatasan kecerdasan intelektual tersebut bahkan sering diiringi dengan kelemahan fisik pada anak dengan tuna grahita. Namun,

disisi lain anak-anak tuna grahita memiliki keinginan di dalam dirinya untuk mempunyai kemampuan yang sama dengan anak normal dan dengan latihan dan bimbingan yang konsisten akan dapat meningkatkan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita.

Hal ini membutuhkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak seperti keluarga, guru sekolah dan tenaga kesehatan untuk dapat mengembangkan kemampuan anak tuna grahita dalam melakukan perawatan diri. Hal-hal tersebut di atas adalah sebagian dari berbagai faktor yang dapat berhubungan dengan kemampuan anak tuna grahita dalam melakukan perawatan diri secara mandiri. Untuk itu perlu diketahui faktor-faktor yang berpengaruh dan berperan dominan dalam melakukan kegiatan perawatan diri secara mandiri pada anak tuna grahita pada usia sekolah. Faktor-faktor tersebut dapat dimanfaatkan oleh perawat anak untuk mengembangkan intervensi keperawatan anak khususnya dalam melakukan optimalisasi tumbuh kembang dan kemandirian anak dalam memenuhi kebutuhan dasar, terutama anak-anak dengan retardasi mental atau tuna grahita. Oleh karena itu, penelitian ini ingin mengetahui tentang “Faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita di Kabupaten Banyumas, Jawa Tengah”.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita di Kabupaten Banyumas.

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah mengidentifikasi :

1. Karakteristik anak tuna grahita, meliputi usia, jenis kelamin, kondisi fisik, kemampuan kognitif, status gizi dan perkembangan anak tuna grahita perempuan (tanda pre pubertas).

2. Karakteristik orang tua dengan anak tuna grahita, meliputi usia, pendidikan, pengetahuan tentang tuna grahita, pola asuh dan pengeluaran keluarga setiap bulan.
3. Karakteristik lingkungan, yaitu alat bantu yang digunakan oleh anak serta adanya dukungan dari guru di sekolah dan tenaga kesehatan.
4. Kemampuan perawatan diri anak tuna grahita
5. Hubungan karakteristik anak terhadap kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita.
6. Hubungan faktor karakteristik orang tua terhadap kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita.
7. Hubungan faktor karakteristik lingkungan terhadap kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita.
8. Faktor paling dominan yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat keilmuan

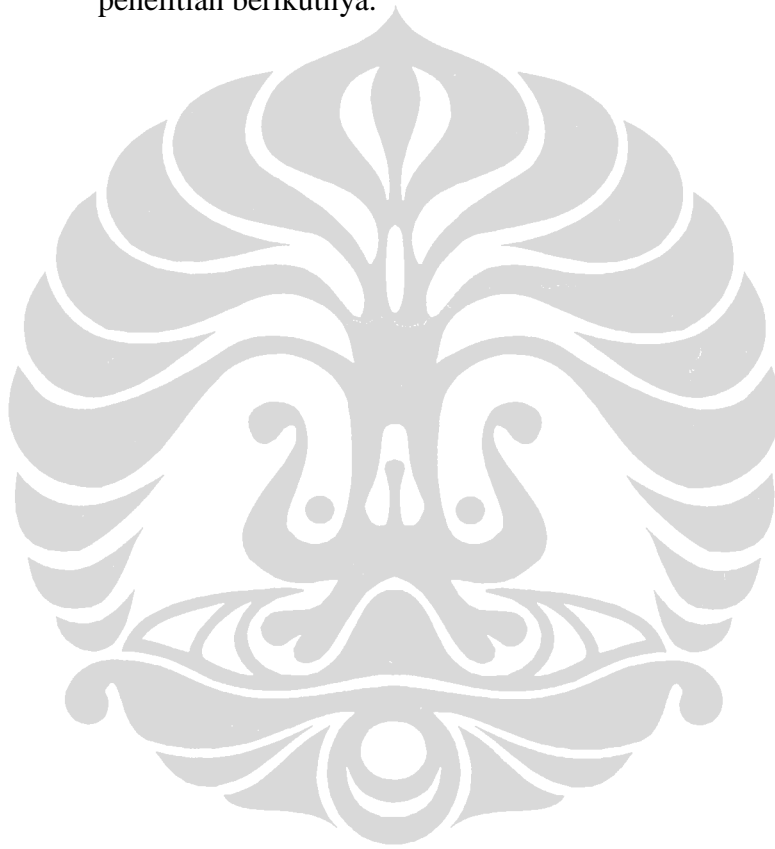
Hasil penelitian ini dapat mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita sehingga dapat digunakan sebagai acuan mengembangkan disain asuhan keperawatan anak dengan mental disabilitas atau tuna grahita.

1.4.2. Manfaat aplikatif

Penelitian ini akan memberikan hasil yang menjadi dasar dalam pengembangan intervensi keperawatan anak yang berfokus pada stimulasi tumbuh kembang anak, khususnya pada stimulasi tumbuh kembang anak dengan mental disabilitas atau tuna grahita. Manfaat aplikatif lain dari penelitian ini adalah memberikan pengetahuan bagi lembaga pelayanan kesehatan dan sekolah khusus anak dengan tuna grahita untuk memahami kemampuan dan kebutuhan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita.

1.4.3. Manfaat metodologi

Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar pengembangan riset keperawatan anak khususnya perawatan yang berfokus pada tumbuh kembang anak. Studi ini menghasilkan pengetahuan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan anak dalam melakukan perawatan diri secara mandiri khususnya pada anak dengan penyakit kronis atau disabilitas baik fisik dan mental yang dapat berguna untuk penelitian-penelitian berikutnya.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 terdiri dari tinjauan pustaka atau teori yang berkaitan dengan teori perawatan diri atau *Self-Care* dari Orem, anak tuna grahita, pertumbuhan dan perkembangan anak tuna grahita, serta kemampuan melakukan perawatan diri serta faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita.

2.1. Perawatan Diri (*Self-care*) Berdasarkan Orem (2001)

Pada dasarnya semua manusia mempunyai kebutuhan untuk melakukan perawatan diri dan mempunyai hak untuk memenuhi kebutuhan itu secara mandiri, kecuali bila tidak mampu. Keperawatan mandiri (*self care*) menurut Orem (2001) adalah kegiatan memenuhi kebutuhan dalam mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan individu baik dalam keadaan sehat maupun sakit yang dilakukan dan diprakarsai oleh individu itu sendiri.

Teori Defisit Perawatan Diri (*Self Care Deficit*) Orem dibentuk dari 3 (tiga) teori yang saling berhubungan yaitu :

1. Teori perawatan diri; menggambarkan dan menjelaskan tujuan dan cara individu melakukan perawatan dirinya.
2. Teori defisit perawatan diri; menggambarkan dan menjelaskan keadaan individu yang membutuhkan bantuan dalam melakukan perawatan diri, salah satunya adalah dari tenaga keperawatan.
3. Teori sistem keperawatan (*nursing system*); menggambarkan dan menjelaskan hubungan interpersonal yang harus dilakukan dan dipertahankan oleh seorang perawat agar dapat melakukan sesuatu secara produktif.

Adapun penjelasan mengenai ketiga teori perawatan diri diatas adalah sebagai berikut:

2.1.1. Teori perawatan diri dari Orem terdiri dari:

1. Perawatan diri adalah tindakan yang diprakarsai oleh individu dan diselenggarakan berdasarkan adanya kepentingan untuk mempertahankan hidup, fungsi tubuh yang sehat, perkembangan dan kesejahteraan.
2. Agen perawatan diri (*self care agency*) adalah kemampuan yang kompleks dari individu atau orang-orang yang telah dewasa (matur) untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhannya yang ditujukan untuk melakukan fungsi dan perkembangan tubuh. Dipengaruhi tingkat perkembangan usia, pengalaman hidup, orientasi sosial kultural tentang kesehatan dan sumber-sumber lain yang ada pada dirinya.
3. Kebutuhan perawatan diri terapeutik (*therapeutic self care demands*) adalah tindakan perawatan diri secara total yang dilakukan dalam jangka waktu tertentu untuk memenuhi seluruh kebutuhan perawatan diri individu melalui cara-cara tertentu seperti, pengaturan nilai-nilai yang terkait dengan keadekuatan pemenuhan udara, cairan serta pemenuhan elemen-elemen aktifitas yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan tersebut (upaya promosi, pencegahan, pemeliharaan dan penyediaan kebutuhan).

Model Perawatan diri Orem, menyebutkan ada beberapa kebutuhan perawatan diri (*self care requisite*), yaitu:

a. **Kebutuhan perawatan diri universal (*Universal self care requisite*)**

Kebutuhan perawatan diri universal yang ada pada setiap manusia dan dihubungkan dengan proses kehidupan serta integritas struktur dan fungsi manusia. Kebutuhan perawatan diri universal yang dimaksud adalah: 1) pemeliharaan pemasukkan udara yang adekuat, 2) pemeliharaan pemasukkan cairan yang adekuat, 3) pemeliharaan pemasukkan makanan yang adekuat, 4) pemeliharaan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat, 5) pemeliharaan proses eliminasi, 6)

pemeliharaan keseimbangan antara menyendiri dan interaksi sosial, 7) pencegahan resiko bahaya pada kehidupan manusia, fungsi dan kesejahteraan manusia, 8) peningkatan perkembangan dalam kelompok sosial sesuai dengan potensi, keterbatasan dan keinginan manusia pada umumnya.

Kebutuhan universal merupakan kebutuhan dasar yang dijadikan landasan untuk melakukan pengkajian dan menentukan masalah atau diagnosis keperawatan.

b. Kebutuhan perawatan diri perkembangan (*Developmental self care requisite*)

Kebutuhan yang dihubungkan dengan proses perkembangan, dapat dipengaruhi oleh kondisi dan kejadian tertentu sehingga dapat berupa tahapan-tahapan yang berbeda pada setiap individu, seperti perubahan kondisi tubuh dan status sosial.

Kebutuhan perawatan diri sesuai tahap perkembangan yang dapat terjadi pada manusia atau klien adalah: 1) penyediaan kondisi-kondisi yang mendukung proses perkembangan, 2) keterlibatan dalam pengembangan diri, 3) pencegahan terhadap gangguan yang mengancam perkembangan.

c. Kebutuhan perawatan diri pada kondisi adanya penyimpangan kesehatan (*Health deviation self care requisite*)

Kebutuhan ini dikaitkan dengan penyimpangan dalam aspek struktur dan fungsi manusia. Seseorang yang sakit, terluka, mengalami kondisi patologis tertentu, kecacatan dan ketidakmampuan atau seseorang yang sedang menjalani pengobatan tetap membutuhkan perawatan diri. Adapun kebutuhan perawatan diri pada kondisi penyimpangan kesehatan, antara lain: 1) pencarian bantuan kesehatan; 2) kesadaran akan resiko munculnya masalah akibat pengobatan atau perawatan

Gambar tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

Perawatan diri adalah kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri. Perawatan diri dapat mengalami gangguan atau hambatan bila seseorang jatuh pada kondisi sakit atau kondisi yang melelahkan seperti stress fisik dan psikologik. Defisit perawatan diri terjadi bila agen perawatan diri atau orang yang memberikan perawatan diri baik pada diri sendiri maupun pada orang lain tidak dapat memenuhi kebutuhan perawatan diri individu dan membutuhkan peran perawat dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. Seorang perawat yang melakukan kegiatan ini harus mempunyai pengetahuan tentang asuhan keperawatan yang diberikan sehingga dapat mengambil suatu keputusan yang tepat bagi klien.

1. Agen keperawatan

Agen keperawatan adalah karakteristik seseorang yang mampu memenuhi status perawat dalam kelompok-kelompok sosial. Tersedianya tenaga perawatan bagi individu laki-laki, wanita, dan anak atau kumpulan manusia seperti keluarga atau komunitas. Kelompok-kelompok sosial ini memerlukan perawat yang memiliki kemampuan khusus sehingga dapat membantu mereka memberikan perawatan yang akan menggantikan keterbatasan atau memberikan bantuan dalam mengatasi gangguan kesehatan dengan membina hubungan antara perawat dan klien. Agen keperawatan ini juga diharapkan dapat melatih dan mengembangkan kemandirian pada klien.

2. Agen perawatan diri

Agen perawatan diri adalah kekuatan individu yang berhubungan dengan kemampuan untuk melakukan perawatan diri. Keterbatasan dalam melakukan perawatan diri (*self care limitation*) dapat terjadi karena adanya gangguan atau masalah dalam sistem tubuh yang dapat bersifat sementara atau menetap pada seseorang serta mempengaruhi

kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri (McLaughlin-Renpenning & Taylor, 2002).

3. Kebutuhan perawatan diri terapeutik

Kebutuhan akan perawatan diri adalah keseluruhan upaya-upaya perawatan diri yang ditampilkan untuk menemukan syarat-syarat perawatan mandiri dengan cara menggunakan metode-metode yang tepat dan berhubungan dengan seperangkat teknologi terkini.

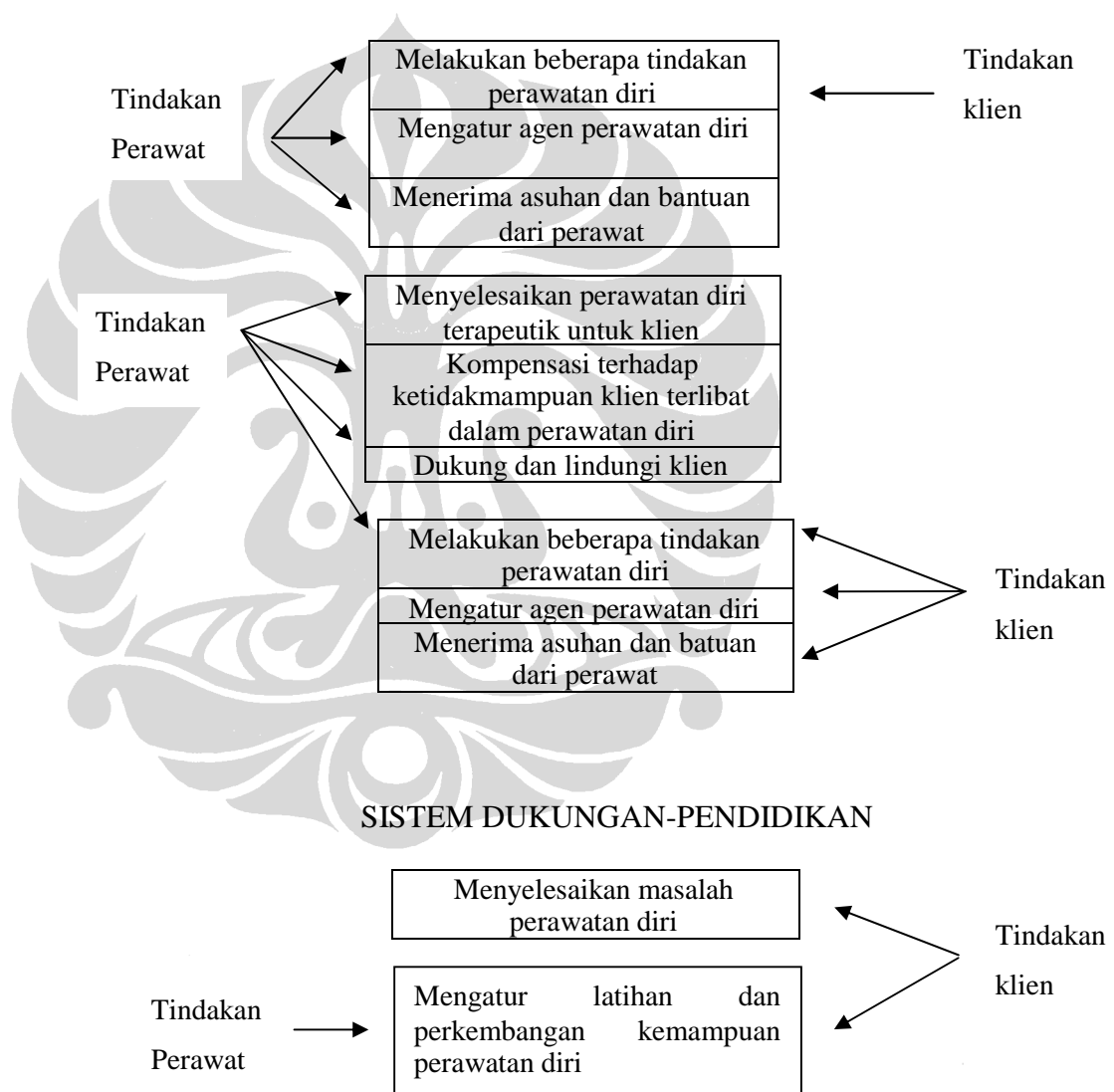
2.1.3. Teori Sistem Keperawatan (*Theory of Nursing System*)

Menggambarkan kebutuhan klien/individu yang akan dipenuhi oleh perawat, klien/individu itu sendiri atau kedua-duanya. Sistem keperawatan dirancang berupa sistem tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk melatih/meningkatkan kemampuan seseorang yang mengalami keterbatasan dalam pemenuhan perawatan diri. Terdapat 3 (tiga) tingkatan/ kategori sistem keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri klien/individu sebagai berikut:

1. Sistem perawatan diri dengan bantuan penuh (*Wholly Compensatory System*): Dibutuhkan tindakan perawat secara total untuk pemenuhan perawatan diri, menyediakan kebutuhan perawatan diri akibat ketidakmampuan klien, mendukung dan melindungi klien. Pada umumnya dibutuhkan untuk klien yang tidak mampu mengontrol dan memantau lingkungannya serta tidak berespon terhadap rangsangan/stimulus eksternal.
2. Sistem perawatan diri dengan bantuan sebagian (*Partially Compensatory System*): Sebagian tindakan pemenuhan dilakukan oleh perawat dan sebagian lagi oleh klien sendiri. Tindakan yang dilakukan perawat berupa pengkajian penentuan kebutuhan perawatan diri klien, menyediakan kebutuhan perawatan diri akibat keterbatasan klien dan membantu klien sesuai yang dibutuhkan. Dan tindakan klien dalam pemenuhan kebutuhannya adalah menggunakan agen perawatan diri, menerima perawatan dan berpartisipasi minimal

dalam perawatan diri. Hal ini dapat dilakukan pada klien dengan keterbatasan gerak atau kelemahan motorik.

3. Sistem dukungan-pendidikan (*Supportive Educative System*): Tindakan perawat hanya merencanakan pelatihan dan mendukung perkembangan sesuai dengan kondisi individu, sedangkan kebutuhan perawatan diri mampu dilakukan oleh klien secara mandiri.



Skema 2.2 Sistem Keperawatan Dasar (Orem D.E, 2001)

Manusia menurut Orem adalah individu yang merupakan integrasi keseluruhan fisik baik fisik internal, psikologis dan sosial dengan berbagai variasi tingkat kemampuan perawatan mandiri. Kemampuan perawatan diri merupakan refleksi untuk mengkaji kebutuhan dan pilihan yang teliti untuk memenuhi kebutuhan. Orem mendefinisikan sehat sebagai suatu kondisi ketika keseluruhan struktur dan fungsi saling terintegrasi dengan baik. Hal ini memungkinkan manusia mampu menghubungkan berbagai macam mekanisme secara psikologis, fisiologis, serta melakukan interaksi dengan orang lain. Dan lingkungan yang meliputi unsur-unsur di dalam lingkungan, kondisi eksternal lingkungan serta perkembangan lingkungan.

Menurut Orem, keperawatan adalah suatu seni, pelayanan, bantuan dan teknologi. Tujuan keperawatan adalah membuat klien dan keluarga mampu melakukan perawatan sendiri yang diantaranya dengan mempertahankan kesehatan, mencapai kondisi normal ketika terjadi kecelakaan atau bahaya, serta mengontrol, menstabilisasi dan meminimalisasi efek dari penyakit/kondisi yang kronis atau kondisi ketidakmampuan. Tindakan perawatan yang sengaja dipilih adalah kegiatan atau tindakan perawatan yang dapat dilakukan untuk membantu individu, keluarga dan kelompok masyarakat dalam mempertahankan kemampuan perawatan diri yang mencakup integritas struktural, fungsi dan perkembangan.

Berdasarkan keyakinan atas empat konsep yaitu manusia, sehat, lingkungan dan keperawatan, Orem mengembangkan konsep modelnya sehingga dapat diaplikasikan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Tindakan keperawatan menurut Orem dapat dilakukan melalui metode bantuan, antara lain berupa: 1) bertindak atau melakukan untuk orang lain; 2) mengarahkan orang lain; 3) mendukung secara fisik dan psikologis; 4) memelihara lingkungan yang dapat mendukung perkembangan individu, dan 5) mengajarkan orang lain.

2.2. Anak Tuna Grahita

2.2.1. Definisi Tuna Grahita

Tuna grahita merupakan istilah yang digunakan untuk menyebut anak atau orang yang memiliki kemampuan intelektual di bawah rata-rata atau dapat juga disebut dengan retardasi mental. Tuna grahita ditandai dengan adanya keterbatasan intelektual dan ketidakcakapan dalam interaksi sosial (Sandra, 2010). Menurut *American Association on Mental Deficiency* (AAMD) dalam BP3PTKSM mendefinisikan tuna grahita sebagai kelainan yang meliputi fungsi intelektual umum yang berada di bawah rata-rata (*sub-average*) yaitu IQ 84 ke bawah berdasarkan tes, muncul sebelum usia 18 tahun, dan menunjukkan hambatan dalam perilaku adaptif.

Dapat disimpulkan bahwa anak tuna grahita adalah anak yang memiliki kemampuan intelektual di bawah rata-rata (IQ 84 ke bawah) berdasarkan tes dan mengalami hambatan dalam interaksi sosial dan perilaku adaptif yang muncul sebelum anak berusia 18 tahun.

2.2.2. Penyebab retardasi mental atau tuna grahita menurut Sandra (2010), antara lain adalah:

1. Infeksi dan/atau Intoksikasi

Adalah keadaan retardasi mental karena adanya kerusakan jaringan otak akibat adanya infeksi intracranial, penggunaan obat-obatan, atau zat toksik lainnya.

2. Masalah Pre-natal

Keadaan retardasi mental yang timbul akibat adanya masalah kesehatan sebelum bayi dilahirkan. Termasuk didalamnya adalah anomali kranial primer (misalnya: hidrosefalus, mikrosefali) atau defek kongenital yang tidak diketahui penyebabnya. Dapat juga akibat terpapar sinar X atau radiasi, penggunaan alat kontrasepsi, atau usaha melakukan aborsi saat ibu mengandung/hamil.

3. Masalah Post-natal

Retardasi mental yang disebabkan oleh adanya neoplasma dan beberapa reaksi sel-sel otak yang nyata, tapi belum diketahui penyebabnya (diduga bersifat herediter). Reaksi sel-sel otak ini dapat bersifat degeneratif, infiltratif, peradangan, proliferasif, sklerotik atau reparatif. Salah satu penyebab retardasi mental saat post-natal adalah kelahiran bayi sebelum waktunya atau prematuritas.

4. Gangguan metabolisme

Semua keadaan retardasi mental yang disebabkan oleh gangguan metabolisme, baik metabolisme lemak, karbohidrat, dan protein yang dapat mengganggu proses penyerapan zat-zat gizi di dalam tubuh. Termasuk diantaranya adalah kurang gizi dan nutrisi pertumbuhan. Gangguan gizi berat dan berlangsung sebelum anak berusia 4 tahun sangat mempengaruhi perkembangan otak dan dapat mengakibatkan retardasi mental. Keadaan ini dapat diperbaiki dengan memperbaiki asupan gizi sebelum anak berusia 6 tahun. Sesudah usia 6 tahun, biarpun anak diberikan makanan yang kaya akan gizi, tetap akan sulit meningkatkan tingkat intelegensi yang rendah akibat kekurangan gizi sebelumnya.

5. Kelainan kromosom

Retardasi mental yang diakibatkan kelainan kromosom, baik dalam jumlah atau bentuk kromosom, misalnya *Down Syndrome* (DS), Sindrom Klinefelter dan Turner.

6. Gangguan jiwa berat

Untuk membuat diagnosis ini, harus jelas telah terjadi gangguan jiwa yang berat dan tidak terdapat tanda-tanda patologi otak.

7. Deprivasi psikososial

Retardasi mental yang disebabkan oleh faktor-faktor biomedis atau sosial budaya.

2.2.3. Karakteristik anak tuna grahita (Sandra, 2010), yaitu:

1. Keterbatasan intelektualitas/ inteligensi

Adalah kemampuan belajar anak sangat kurang, khususnya yang bersifat abstrak, seperti membaca, menulis, dan berhitung. Anak grahita sering tidak mengerti apa yang sedang dipelajari atau cenderung belajar dengan meniru/membeo.

2. Keterbatasan sosial

Anak tuna grahita mengalami kesulitan dalam melakukan perawatan diri dan dalam hidup bermasyarakat. Anak tuna grahita cenderung berteman dengan anak yang lebih muda usianya, memiliki ketergantungan terhadap orang tua yang sangat besar, dan tidak mampu memikul tanggung jawab sosial dengan bijaksana, sehingga memerlukan bimbingan dan dibantu. Mereka juga cenderung mudah dipengaruhi dan melakukan sesuatu tanpa memikirkan akibat dari perbuatan tersebut.

3. Keterbatasan fungsi sosial lainnya

Anak tuna grahita memerlukan waktu yang lebih lama dalam bereaksi pada situasi baru dikenalnya. Namun, mereka memperlihatkan reaksi terbaiknya bila mengerjakan hal-hal yang rutin dan secara konsisten. Anak tuna grahita tidak dapat menghadapi suatu kegiatan atau tugas dalam jangka waktu yang lama. Anak tuna grahita juga memiliki keterbatasan dalam penguasaan bahasa, namun bukan kerusakan artikulasi. Hal ini disebabkan oleh kurang berfungsinya pusat pengolahan penginderaan kata pada anak tuna grahita. Mereka membutuhkan kata-kata konkret yang sering didengarnya. Latihan sederhana seperti mengejakan kata atau konsep-konsep memerlukan pendekatan yang lebih intensif dan konkret dengan menggunakan kata-kata yang lebih sederhana dan mudah dipahami, misalnya panjang dan pendek.

2.2.4. Tuna grahita dikelompokkan berdasarkan pada beratnya gangguan atau disabilitas pada anak tuna grahita (Semiun, 2006), yaitu:

1. Tuna Grahita Ringan (Debil)

Anak tunagrahita ringan pada memiliki wajah atau kondisi fisik yang tidak berbeda dengan anak normal lainnya, namun mereka mempunyai IQ pada kisaran 50-70. Mereka juga termasuk kelompok mampu didik, mereka masih bisa dididik (diajarkan) membaca, menulis dan berhitung, anak tunagrahita ringan biasanya bisa menyelesaikan pendidikan setingkat kelas IV SD Umum.

Diagnosis retardasi mental biasanya ditetapkan sebagai klasifikasi Moron. Anak-anak Moron memiliki IQ 51-69 dan usia mental berkisar antara 6 atau 7 sampai 11 tahun dan menunjukkan sedikit kelainan fisik. Melalui latihan oleh orang-orang yang cakap dan penuh kasih sayang, mereka dapat mencapai kelas V atau VI Sekolah Dasar.

Tanda-tanda kelemahan mental telah dapat terlihat pada usia anak mencapai periode prasekolah. Kriteria sosial dan emosional merupakan faktor-faktor yang menentukan dalam klasifikasi ini. Anak tuna grahita tipe ini tidak memiliki kemampuan untuk mengontrol diri, melakukan koordinasi, dan adaptasi yang wajar. Mereka dapat diajarkan beberapa ketrampilan tangan dan perawatan diri sendiri. Tetapi, mereka tidak dapat bersaing dengan orang-orang normal terutama dalam mendapatkan mata pencaharian. Walaupun demikian, mereka dapat mandiri di bidang ekonomi, menikah, dan menunjang keluarga mereka kelak ketika mereka dewasa. Anak tuna grahita tipe Moron memerlukan perlindungan khusus dalam masyarakat karena terbatas dalam penalaran dan kemampuan berpikir untuk mengatur atau mengurus masalah mereka. Menurut pembagian secara klinis, Moron dibagi atas dua tipe, yaitu:

a. Tipe Stabil

Anak tuna grahita tipe stabil mempunyai minat dan perhatian terhadap lingkungannya. Pada umumnya anak tuna grahita dengan tipe stabil adalah anak yang rajin, bertingkah laku baik, dan tidak banyak menimbulkan kesulitan. Mereka mempunyai mental yang seimbang dan mengalami kemajuan prestasi di sekolah. Mereka juga dapat dilatih untuk melakukan beberapa tugas tertentu, seperti mencuci piring, berkebun, atau kegiatan rumah tangga lainnya.

b. Tipe tidak stabil

Anak tuna grahita tipe tidak stabil cenderung sangat ribut, kurang mampu mengontrol diri sendiri, selalu gelisah, dan sangat aktif bergerak. Mereka selalu berbicara dan melakukan kebiasaan tertentu yang tidak terkoordinasi, seperti menggerakkan kepala, tangan, atau badannya secara berulang-ulang. Anak tuna grahita tipe ini sangat emosional dan selalu ketakutan, khususnya pada malam hari, sehingga sering menjerit-jerit atau menangis. Secara emosi, anak tuna grahita tipe ini mudah sekali marah dan sangat keras kepala, tetapi kadang-kadang juga sangat pendiam. Mereka sering dihinggapi fantasi-fantasi, selalu dibayangi oleh kesedihan, selalu mengeluh, dan selalu merasa tidak puas. Mereka memiliki egosentrisme yang kuat dan sering mengalami frustrasi bila keinginannya dihalangi. Secara insting, tipe ini lebih kuat daripada kelompok imbisil, tetapi juga sangat membutuhkan hubungan pribadi dengan seseorang. Bila mereka tidak mengerti suatu hal, maka mereka menjadi apatis dan frustrasi serta ketakutan dan mudah putus asa. Mereka juga memiliki seksualitas yang kuat dan cenderung bersikap agresif, sehingga memerlukan pengawasan dan pengarahan dalam pergaulan sehari-hari.

2. Tuna Grahita Sedang (Imbisil)

Anak tunagrahita sedang termasuk kelompok latih. Wajah atau kondisi fisiknya sudah dapat terlihat, tetapi ada sebagian anak tuna grahita sedang yang mempunyai fisik normal. Kelompok ini mempunyai IQ antara 30 – 50. Mereka biasanya menyelesaikan pendidikan setingkat kelas II SD Umum.

Anak imbisil dapat belajar bicara dan menyampaikan kebutuhan-kebutuhan dasarnya, tetapi tidak dapat belajar membaca dan menulis. Mereka dapat melindungi dirinya sendiri dan dapat dilatih untuk melakukan pekerjaan sederhana yang konkret, misalnya makan dan minum sendiri, berpakaian, mencuci piring atau baju. Anak tuna grahita tipe imbisil mempunyai gerakan yang lamban dan tidak stabil, ekspresi wajah tampak kosong, dan mempunyai daya tahan tubuh yang lemah terhadap penyakit. Banyak anak tipe ini menderita penyakit epilepsy, demikian juga dengan pertumbuhan fisik yang lebih lambat sehingga ukuran tinggi dan berat badan yang selalu di bawah normal untuk anak seusianya. Pertumbuhan mental jarang sekali melewati usia kronologis 12 tahun. Mereka tidak bisa belajar di sekolah konvensional dan sangat tergantung pada orang tua atau keluarga.

3. Tuna Grahita Berat (Idiot)

Kelompok ini termasuk yang sangat rendah intelegensinya sehingga tidak mampu menerima pendidikan secara akademis. Anak tuna grahita berat termasuk kelompok mampu rawat, IQ mereka rata-rata 30 ke bawah dan berusia mental 0-3 tahun. Dalam kegiatan sehari-hari mereka membutuhkan bantuan orang lain.

Anak tuna grahita tipe Idiot biasanya tidak dapat melampaui usia kronologis 8 atau 9 tahun dalam pertumbuhan mentalnya. Karena tingkat intelektualnya yang sangat rendah, maka mereka harus dijaga

meskipun telah berusia dewasa dan pada umumnya tidak mampu menjaga dirinya sendiri terhadap bahaya yang datang dari luar dirinya. Mereka sama sekali tidak dapat belajar membaca atau menulis, dan sering berbicara seperti bayi. Tetapi, inteligensi sosialnya sedikit lebih tinggi dibandingkan inteligensi abstraknya, sehingga memungkinkan untuk berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan yang telah direncanakan. Namun, mereka tetap membutuhkan pengawasan dalam segala bidang kehidupan. Idiot dibagi menjadi dua macam, yaitu:

a. Idiot Partial

Ada beberapa karakteristik yang khas pada kelompok ini. Mereka biasanya masih memiliki perasaan primitif, seperti rasa lapar dan haus. Namun, ada diantara kelompok ini yang sangat rakus dan tidak dapat membedakan rasa, sehingga memakan barang-barang yang kotor, seperti rambut, kain, kayu, tanah, atau air kencingnya sendiri. Mereka mengalami kerusakan mental yang ekstrem, tidak mampu menangani stimulus, dan tidak memiliki ingatan yang baik. Seringkali mereka harus dimandikan, diberi pakaian, dan disuapi makanan layaknya seorang bayi. Mereka sulit dilatih untuk menjaga kebersihan dirinya dan seringkali tidak mampu menyampaikan keinginan untuk melakukan buang air besar atau mengompol. Kadang-kadang mengeluarkan suara seperti binatang (ringkikan, dengusan), berteriak-teriak, atau melengking.

Anak tipe ini ada yang bersikap lembut dan tenang serta tidak mau menyerang, tetapi ada juga yang emosinya kuat, bernafsu, dan suka menyerang. Bahkan bersifat desktruktif atau kejam terhadap binatang. Gerakan-gerakan tubuh anak tipe ini bervariasi, ada yang apatis dan diam saja, tetapi ada juga yang sangat aktif serta suka berlari-lari. Semua gerakan tersebut adalah gerakan yang tidak terkontrol dan tidak terkoordinasi. Idiot partial ini disebabkan oleh penyakit-penyakit hidrosefalus, mikrogria, atrofi lokal

(kemunduran fungsi secara lokal), kelainan saraf pusat, dan hampir 50% disebabkan oleh epilepsi, tremor, dan athetosis.

b. Idiot Absolut (Komplet)

Anak dari tipe ini tidak mempunyai kemampuan belajar sama sekali dan mengalami degenerasi secara total. Usia mentalnya seperti anak usia 2,5 tahun. Hidupnya sangat tergantung pada orang lain, tidak dapat berbicara dan tidak dapat membedakan instingnya. Ada gerakan-gerakan otot tapi tidak terkoordinasi. Mempunyai mata dan telinga tetapi tidak melihat dan tidak dapat mendengar. Tingkat kesadaran terhadap lingkungan dan intelektualitas yang rendah, serta tidak memiliki perasaan suka atau duka. Anak tipe ini tidak dapat dilatih untuk melakukan sesuatu pun dan tidak dapat menolong dirinya sendiri. Kebanyakan dari mereka hanya tertelentang saja di tempat tidur, tidur melingkar di pojok seperti hidup di dalam kandungan ibunya. Banyak anak dari tipe idiot komplet meninggal dalam usia muda.

Berdasarkan tipe klinis retardasi mental (RM), para ahli klinis menggunakan empat kategori retardasi mental berdasarkan nilai tes inteligensinya, yaitu: ringan, sedang, berat, dan sangat berat.

Tabel 2.1
Tingkat Retardasi Mental Berdasarkan Tes Inteligensi

| Tingkat Retardasi Mental | Deskripsi Pendidikan yang Setara | Perkiraan Rentang IQ | Persentase dari Populasi | Persentase dari Individu Retardasi |
|-------------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Retardasi mental ringan | Mampu didik | 50-70 | 2,7 | 89 |
| Retardasi mental sedang | Mampu latih | 35-54 | 0,2 | 6 |
| Retardasi mental berat | Mampu latih (tergantung) | 20-39 | 0,1 | 3-4 |
| Retardasi mental sangat berat | Sangat tergantung | < 20 | 0,05 | 1-2 |

Sumber: Disadur dari DSM-IV TR, dalam Gunarsa (2004).

Tabel. 2.2
Tingkat Retardasi Mental dan Tingkah Laku Adaptif

| Tingkat Retardasi Mental | Usia Sekolah (6-21 tahun) |
|---------------------------------|--|
| Ringan | Anak RM usia sekolah dapat mempelajari ketrampilan-ketrampilan akademis sampai kira-kira kelas VI SD pada usia mereka yang sudah belasan tahun. Tetapi, mereka tidak dapat mempelajari bahan belajar Sekolah Menengah Umum (SMU) dan membutuhkan pendidikan khusus, terutama pada tingkat usia sekolah menengah. |
| Sedang | Anak RM pada tingkat ini dapat mempelajari ketrampilan-ketrampilan akademis fungsional sampai kira-kira Kelas VI SD pada usia akhir belasan tahun, pendidikan khusus dibutuhkan. |
| Berat | Pada tingkat RM berat, anak dapat berbicara atau belajar berkomunikasi, dan dapat dilatih kebiasaan-kebiasaan pemeliharaan kesehatan yang dasar. Mereka tidak dapat mempelajari ketrampilan-ketrampilan akademis fungsional, tetapi mereka dapat dilatih kebiasaan-kebiasaan yang bersifat sistematis. |
| Sangat berat | Kemampuan motorik berkembang dengan baik pada anak RM tingkat ini, tetapi sangat sulit untuk dilatih ketrampilan-ketrampilan dasar untuk membantu dirinya sendiri. Mereka membutuhkan bantuan penuh dalam perawatan diri. |

Sumber: Kendall & Hammen, 1998, pp. 502, dalam Semun (2006).

Kriteria diagnosis retardasi mental menurut DSM-IV-TR adalah sebagai berikut:

- a. Fungsi intelektual yang secara signifikan di bawah rata-rata atau IQ kira-kira 70 atau di bawahnya pada anak yang dilakukan tes IQ.

Tingkat kecerdasan atau intelegensia bukanlah satu-satunya karakteristik, melainkan harus dinilai berdasarkan sejumlah besar ketrampilan spesifik yang berbeda. Penilaian tingkat kecerdasan harus berdasarkan semua informasi yang tersedia, termasuk temuan klinis, perilaku adaptif, dan hasil tes psikometrik. Untuk diagnosis pasti, harus ada penurunan tingkat kecerdasan yang mengakibatkan berkurangnya kemampuan adaptasi terhadap tuntutan dari lingkungan sosial sehari-hari.

- b. Gangguan terhadap fungsi adaptif paling sedikit berjumlah dua, misalnya komunikasi, kemampuan menolong diri sendiri atau perawatan diri, berumah tangga, sosial, pendidikan, pekerjaan, kesehatan dan keamanan.

Pada pemeriksaan fisik anak dengan retardasi mental dapat dengan mudah dikenali, misalnya mikrosefali, hidrocefali, mongoloid, hipertelorisme, lidah menjulur keluar, gangguan pertumbuhan gigi, dan ekspresi wajah tampak tumpul.

- c. Muncul sebelum usia 18 tahun.

2.1.4. Pendidikan untuk anak tuna grahita

Berdasarkan program pendidikan Sekolah Luar Biasa (SLB) untuk anak berkebutuhan khusus, klasifikasi tuna grahita yang berada di sekolah dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

1. Sekolah luar biasa untuk anak tuna grahita mampu didik (*educable*) disebut SLB bagian C yang meliputi:
 - a. Pendidikan tingkat persiapan yang berlangsung selama 2 tahun, yaitu kelas P1 sampai dengan kelas P2.
 - b. Pendidikan tingkat dasar yang berlangsung selama 6 tahun, yaitu kelas D1 sampai dengan kelas D6.
 - c. Pendidikan tingkat lanjutan yang berlangsung selama 4 tahun, yaitu kelas L1 sampai dengan L4.
2. Sekolah luar biasa untuk anak tuna grahita mampu latih (*trainable*) disebut SLB bagian C1 yang meliputi:
 - a. Pendidikan kelompok I, II, III sebagai tingkat persiapan dan untuk tingkat dasar yang berlangsung selama 6 tahun.
 - b. Pendidikan kelompok IV, V, VI sebagai tingkat dasar dan lanjutan yang berlangsung selama 6 tahun.

2.3. Tumbuh Kembang Anak Tuna Grahita Usia Sekolah

Periode masa kanak-kanak pertengahan sering disebut dengan periode usia sekolah, yang dimulai dengan masuknya anak ke lingkungan sekolah yang memiliki dampak signifikan dalam perkembangan dan hubungan anak dengan orang lain. Anak mulai bergabung dengan teman seusianya, mempelajari budaya masa kanak-kanak, dan bergabung ke dalam kelompok sebaya, yang menjadi hubungan dekat pertama di luar kelompok keluarga. Secara normal tumbuh kembang anak usia sekolah dalam Wong *et al.* (2009) adalah sebagai berikut:

1. Perkembangan biologis

Pertambahan berat badan dan tinggi badan berjalan lambat. Penambahan berat badan 2-4 kg per tahun dengan berat badan rata-rata 21-40 kg. Terjadi kematangan system organ tubuh, seperti lambung, kardiovaskuler, imunitas, dan musculoskeletal. Mampu berdiri tegak dengan gerakan yang lebih sempurna. Perkembangan motorik kasar terjadi pada usia 7-10 tahun, aktifitas motorik kasar berada di bawah kendali ketrampilan kognitif dan kesadaran secara bertahap terjadi peningkatan irama, kehalusan, dan keanggunan gerakan otot. Mengalami minat dalam penyempurnaan fisik, daya ingat meningkat. Pada usia 10-12 tahun terjadi peningkatan energi, peningkatan kendali arah dan kemampuan fisik. Sedangkan perkembangan motorik halus, terjadi peningkatan ketrampilan motorik halus karena meningkatnya meilinisasi system saraf. Mulai menunjukkan perbaikan keseimbangan dan koordinasi mata dan tangan, dapat menulis dan mengucapkan kata-kata pada usia 8 tahun, kemampuan motorik halus seperti orang dewasa pada usia 12 tahun, dan mampu mengungkapkan ketrampilan individu seperti menjahit atau bermain alat musik.

2. Perkembangan psikososial (Eriksson)

Masa pertengahan kanak-kanak merupakan periode laten antara fase oedipal dengan fase erotism pada remaja. *Sense of industry* dapat berkembang bila didukung motivasi dari dalam dan luar. Hal tersebut berhubungan dengan peningkatan kemampuan anak dalam menguasai

ketrampilan-ketrampilan baru dan menerima tanggung jawab baru. Anak akan merasa puas bila mengeksplorasi dan memanipulasi lingkungan dan teman-temannya. Anak dapat mulai bekerja sama dengan orang lain, mulai menyukai pencapaian yang nyata, mengetahui tugasnya dan merasa puas bila mampu menyelesaikannya.

3. Perkembangan kognitif (Piaget)

Mulai terjadi periode *concrete-operational* pada anak berusia 7-11 tahun. Anak mulai memiliki kemampuan untuk menghubungkan kejadian dan mengungkapkan secara verbal simbol-simbol dalam kepercayaan. Anak memiliki kemampuan berfikir terhadap kejadian dan tindakan, menguasai ketrampilan kognitif dengan cepat dan mengalami kemajuan dalam membuat penilaian berdasarkan apa yang mereka lihat. Kemampuan kognitif utama anak usia sekolah adalah menguasai konsep konservasi, mengklasifikasi, dan mampu membaca.

4. Perkembangan bahasa

Anak usia sekolah mulai menguasai kemampuan linguistik. Anak mulai belajar tentang tata bahasa yang benar dan lebih kompleks sehingga mereka bisa membenarkan jika ada hal-hal yang salah. Kemampuan kata-kata juga dimiliki pada anak usia sekolah termasuk kata sifat, kata keterangan, kata penghubung, kata depan, dan kata abstrak. Mereka telah mampu memakai kalimat majemuk dan gabungan, mulai mengerti tentang perubahan makna dan bahasa.

5. Perkembangan psikoseksual (Freud)

Pada usia 7 tahun minat terhadap seksualitas berkurang, namun mulai berkembang perhatian terhadap lawan jenis. Pada usia 8 tahun, anak mulai kembali perhatian terhadap seksualitas, suka mengintip, mendengar dan menceritakan cerita terkait seksualitas, ingin mengetahui informasi tentang kelahiran dan hubungan seksual. Anak perempuan mengalami peningkatan perhatian terhadap menstruasi. Pada usia 9 tahun, anak mulai senang berdiskusi dengan teman sebaya, memisahkan jenis kelamin dalam permainan dan aktifitas.

6. Perkembangan moral (Kohlberg)

Anak mengalami perubahan egosentris ke pola berfikir logis dan mulai mengalami perkembangan nurani serta standar moral. Pengertian moralitas anak ditentukan oleh aturan-aturan dan tata tertib dari luar, seperti keluarga, sekolah dan lingkungan masyarakat. Hubungan dan kontak sosial anak dengan figur orang dewasa yang memegang otoritas mempengaruhi pengertian benar-salah pada anak. Sumber stress pada anak usia sekolah adalah harapan orang tua dan guru yang terlalu tinggi, persaingan dengan teman sebaya, rasa malu, agresi, idola, persahabatan, kritikan terhadap diri sendiri, kekuasaan orang tua, kesepian, pemberontakan, kematangan organ seks dan masalah seks yang menekan. Tanda-tanda stress pada anak, antara lain: nyeri lambung, sakit kepala, insomnia, mengompol, perubahan pola makan, agresif, dan malas berpartisipasi.

7. Perkembangan sosial

Anak merasa nyaman bila bersama orang tua dan keluarga, merasa lebih percaya diri, emosi berkurang dan lebih dapat menilai segala sesuatunya secara realistis. Banyak menggunakan energi untuk mengeksplorasi lingkungan, meningkatkan hubungan interpersonal, meningkatkan pemahaman dan memuaskan keingintahuan tentang dunia. Pengaruh teman sebaya dapat mendorong mereka untuk lebih mandiri. Dorongan dari *peer-group* memberikan rasa aman pada mereka untuk mendukung perkembangan kemandiriannya.

Berdasarkan penelitian Emck *et al.* (2009), anak dengan gangguan perkembangan baik mental, emosional, dan perilaku akan mengalami atau memperlihatkan kemampuan motorik kasar yang buruk dan mengalami masalah dalam persepsi diri terkait dengan kemampuan motoriknya sesuai dengan indikasi dan spesifik karakteristik gangguan perkembangan yang dialami anak. Pada anak dengan gangguan perkembangan emosional, tidak mampu dan bermasalah dalam keseimbangan dan persepsi diri terhadap kemampuan motoriknya, anak dengan gangguan perilaku memperlihatkan

kemampuan dengan bola yang kurang dan cenderung berlebihan dalam menilai kemampuan motoriknya. Sedangkan anak dengan gangguan perkembangan pervasif (contoh: autisme) memperlihatkan kemampuan motorik yang buruk dan tidak mampu menilai kemampuan motorik yang dimiliki.

Anak tuna grahita usia sekolah adalah anak dengan kemampuan intelektual di bawah rata-rata yang ditandai dengan keterbatasan kemampuan intelegensia dan ketidakcakapan dalam interaksi sosial yang berada di sekolah baik sekolah umum (inklusi) maupun sekolah khusus. Ciri-ciri anak tuna grahita secara fisik dalam Sandra (2010), antara lain 1) penampilan fisik tidak seimbang, misalnya kepala terlalu kecil/besar; 2) pada masa pertumbuhannya tidak mampu mengurus dirinya sendiri; 3) terlambat dalam perkembangan bicara dan bahasa; 4) tidak perhatian terhadap lingkungan; 5) koordinasi gerakan kurang; 6) hipersalivasi.

Sama seperti anak-anak usia sekolah lainnya, anak tuna grahita yang telah memasuki usia sekolah juga mempunyai hak untuk mendapatkan pendidikan yang layak. Ada beberapa prinsip dalam memberikan pendidikan bagi anak tuna grahita, diantaranya adalah:

a. Prinsip kasih sayang

Tuna grahita merupakan kekurangan anak untuk dapat belajar dengan baik dan sulit untuk menangkap apa saja yang telah diajarkan. Untuk mengajarkan sesuatu pada anak tuna grahita diperlukan kasih sayang yang mendalam dan kesabaran yang besar dari orang tua, guru, ataupun orang-orang di sekitarnya. Orang tua dan guru sebaiknya menggunakan bahasa yang lembut, sabar, murah senyum dan memberikan contoh perilaku yang baik agar anak tertarik mencoba dan berusaha mempelajarinya meski dengan keterbatasan pemahamannya.

b. Prinsip keperagaan

Kelemahan yang menjadi halangan bagi anak tuna grahita adalah kemampuan berfikir abstrak. Mereka mengalami kesulitan dalam

membayangkan sesuatu. Anak tuna grahita lebih tertarik perhatiannya pada pembelajaran yang menggunakan benda-benda konkret yang terlihat nyata dan jelas.

Salah satu bidang pembelajaran yang penting untuk anak tuna grahita untuk dikaji adalah psikomotorik. Tujuan proses pembelajaran ini adalah untuk meningkatkan kompetensi dan koordinasi, kekuatan, kecepatan, ketangkasan, keseimbangan, masalah gerak, dan sikap anak tuna grahita. Kekuatan berhubungan dengan kemampuan untuk memegang suatu benda dan kapasitas mengeluarkan tenaga, ketangkasan berhubungan dengan koordinasi atau menangkap suatu objek. Kesadaran terkait dengan adanya gerak dan koordinasi merupakan unsur yang menjadi perhatian dalam pengembangan psikomotorik bagi anak dengan kebutuhan khusus, terutama anak tuna grahita. Ketrampilan bagi anak tuna grahita atau anak dengan kebutuhan khusus lainnya adalah bekal yang cukup penting bagi mereka. Adanya bekal ketrampilan tersebut, mereka dapat bersaing dengan anak-anak normal lainnya dan membuat keberadaan mereka diakui oleh lingkungan sekitar dan keluarganya. Namun, untuk memandirikan anak tuna grahita bukanlah hal yang sederhana. Hal yang perlu diperhatikan adalah dengan memberi kesempatan anak tersebut melakukan segala sesuatu (yang tidak berbahaya) sendiri. Salah satu caranya adalah dengan mengajarkan kemampuan merawat diri.

Perilaku perawatan diri pada seorang anak dapat dipelajari dan dipengaruhi oleh lingkungan, budaya, dan nilai-nilai yang berada di sekitar anak. Oleh sebab itu, peran orang tua dan guru di sekolah menjadi sangat penting karena rumah dan sekolah adalah tempat yang tepat bagi anak untuk belajar ketrampilan merawat diri sejak usia dini (Jaimovich *et al.*, 2009). Dengan demikian, anak belajar cara melindungi dan mengembangkan potensi dalam dirinya, yang pada akhirnya akan

bermanfaat dalam mempertahankan dirinya dari segala kemungkinan-kemungkinan yang akan datang (Sandra, 2010).

2.4. Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tuna Grahita

Kemampuan bina diri (bantu diri) atau dikenal dengan kemampuan perawatan diri pada anak normal biasanya muncul bersamaan dengan bertambahnya usia dan kemajuan tahapan perkembangan anak. Orang tua dengan anak normal biasanya tidak perlu mengajarkan secara khusus pada anak tentang perawatan diri. Anak-anak normal akan langsung meniru kegiatan-kegiatan yang dikerjakan oleh orang dewasa disekitarnya termasuk diantaranya adalah kegiatan perawatan diri. Pada anak normal kemampuan perawatan diri / bina diri sudah bisa ditunjukkan pada usia 5 tahun. Pada usia tersebut, anak-anak sudah mampu untuk makan menggunakan sendok dan garpu sendiri, dapat memakai dan melepas pakaiannya sendiri, berhenti mengompol dan mampu mencuci muka dan mengeringkannya secara mandiri (Meadow & Simon, 2005).

Menurut Hayati (2003), kemampuan bina diri adalah kecakapan atau ketrampilan diri untuk mengurus atau menolong diri sendiri dalam kehidupan sehari-hari sehingga tidak tergantung dengan orang lain. Beberapa istilah yang sering digunakan yaitu *self care*, *self help* dan *activity daily living* (ADL). Anak-anak berkebutuhan khusus biasanya kurang mampu dalam melakukan perawatan dirinya karena adanya ketidakmampuan dalam berinteraksi, komunikasi, dan perilaku. Bagi anak berkebutuhan khusus tujuan latihan membina diri adalah agar dapat melakukan sendiri kebutuhannya sehari-hari, menumbuhkan rasa percaya diri dan meminimalkan bantuan yang diberikan, memiliki kebiasaan tertib dan teratur, dapat menjaga kebersihan dan kesehatan badan, mampu beradaptasi dengan lingkungannya pada kondisi atau situasi tertentu, serta mampu menjaga diri dan menghindari dari hal-hal yang membahayakan (Meadow & Simon, 2005).

2.4.1. Ruang lingkup perawatan diri pada anak tuna grahita

Sedangkan ruang lingkup ketrampilan perawatan diri untuk anak berkebutuhan khusus menurut Hayati (2003) dan Dalton, Abdallah, Cestari dan Fawcett (2010) meliputi:

1. Kebersihan badan, terdiri dari mencuci tangan, cuci muka, cuci kaki, sikat gigi, dan buang air kecil;
2. Makan dan minum, terdiri dari makan menggunakan tangan, makan menggunakan sendok, minum menggunakan cangkir, gelas, atau sedotan;
3. Berpakaian, terdiri dari memakai pakaian dalam, memakai baju kaos, memakai celana/rok, memakai kemeja dan memakai kaos kaki serta sepatu, berhias;
4. Menolong diri, terdiri dari menghindari dan mengendalikan bahaya;
5. Komunikasi, terdiri dari aktivitas verbal dan non verbal;
6. Adaptasi lingkungan, terdiri dari kegiatan sosialisasi dan modifikasi lingkungan;
7. Penggunaan waktu luang, terdiri dari kegiatan rekreasi, bermain, dan kebiasaan istirahat
8. Keterampilan sederhana, terdiri dari keterampilan di rumah, menyediakan kebutuhan sendiri dan orang lain.

Seseorang dikatakan berfungsi dengan baik bila dapat menyesuaikan diri dengan pemenuhan atau tuntutan kehidupan sehari-hari, misalnya dapat mengurus diri sendiri mulai dari mandi, berpakaian, makan, minum, bepergian, berbelanja, mengerjakan beberapa kegiatan rumah tangga, bahkan berhubungan dengan orang lain (Gunarsa, 2004). Tentu saja hal ini harus memperhatikan kebutuhan dan kemampuan orang tersebut atau khususnya anak dengan retardasi mental atau tuna grahita.

2.5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita

Pada anak dengan retardasi mental atau tuna grahita beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan anak dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya, antara lain adalah usia, fungsi kognitif, dan fungsi muskuloskeletal (Votroubek & Tabacco, 2010). Perlu diperhatikan bahwa usia yang berbeda memiliki kemampuan pemenuhan kebutuhan yang berbeda pula. Faktor usia pada anak tuna grahita dihitung bukan hanya berdasarkan usia kronologis atau usia sejak anak dilahirkan, tetapi ditetapkan berdasarkan usia mental yang mengalami perkembangan selama 8 bulan setiap tahun kalender (Semiun, 2006). Oleh karena itu, jika seorang anak tuna grahita masuk sekolah pada usia 6 tahun, maka usia mentalnya baru mencapai 4 tahun. Sehingga, bila anak tersebut diharapkan dapat belajar membaca, maka ia belum dapat melakukannya. Anak tersebut mungkin baru dapat mengerjakan tugas-tugas sekolah pada saat usianya 12 tahun, yang berarti usia mentalnya mencapai 8 tahun. Faktor kedua yang perlu diperhatikan adalah fungsi kognitif. Fungsi kognitif memegang peranan penting dalam mempengaruhi kemampuan anak tuna grahita untuk mempelajari ketrampilan perawatan diri atau aktivitas harian dan mencapai kemandirian. Sedangkan faktor fungsi musculoskeletal mempengaruhi kemampuan fisik anak tuna grahita untuk melakukan ambulasi dan merawat diri secara mandiri (Votroubek & Tabacco, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Tork *et al.*, (2007), mendapatkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan perawatan diri pada anak usia sekolah adalah: faktor demografi (usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi); faktor sosial kultural (budaya dan dukungan sosial); faktor psikososial (konsep diri, rasa percaya diri, dan tipe kepribadian); faktor fisik (kondisi kesehatan, kemampuan beraktivitas, disabilitas yang dialami). Anak yang berusia lebih tua memiliki kemampuan perawatan diri lebih baik dari anak dengan usia yang lebih muda (Wong *et al.*, 2002). Penelitian lainnya dilakukan oleh Zhimin (2003) yang mengukur kemampuan perawatan diri

pada anak usia sekolah dengan sindrom nefrotik mendapatkan bahwa pada anak berusia 6-8 tahun mampu melakukan perawatan mandiri sebesar 83%, pada anak usia 9-10 tahun sebesar 95%, dan semua anak usia 11-12 tahun yang menjadi responden dapat melakukan perawatan mandiri. Schmidt's (2003) mendapatkan hasil penelitian bahwa pada ibu dengan anak laki-laki lebih banyak terlibat dalam kegiatan perawatan diri dibandingkan ibu yang memiliki anak perempuan.

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka peneliti membuat kesimpulan berdasarkan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan anak tuna grahita dalam melakukan perawatan diri, antara lain:

1. Faktor Internal (karakteristik anak tuna grahita)

a. Faktor usia

Usia pada anak tuna grahita tidak dapat disamakan dengan usia perkembangan pada anak normal. Usia anak tuna grahita lebih ditekankan pada perkembangan mentalnya yang setara dengan 8 bulan per tahun kalender. Ketika anak tuna grahita yang berusia 6 tahun maka usia mentalnya baru setara dengan perkembangan anak usia 4 tahun, sehingga anak tidak dapat dipaksakan untuk belajar seperti anak lain sesusianya. Anak tuna grahita baru akan mencapai usia mental atau setara dengan perkembangan anak usia 6 tahun ketika ia berusia 9 tahun secara kronologis. Dan akan berusia 12 tahun secara mental ketika ia berusia 18 tahun secara kronologis (Semiun, 2006; Sandra, 2010). Insiden tertinggi pada masa sekolah dengan puncak usia 10-14 tahun (Sandra, 2010).

b. Faktor kemampuan kognitif

Kemampuan kognitif pada anak tuna grahita berdasarkan tes IQ berada di bawah rata-rata, yaitu 50-70 (ringan), 35-54 (sedang), 20-39 (berat), dan < 20 (sangat berat) (DSM-IV-TR dalam Gunarsa, 2004). Sedangkan anak tunagrahita yang berada di sekolah berkisar pada usia 9-21 tahun (Semiun, 2006; Bakor PLB Kab. Banyumas, 2008).

c. Faktor kondisi fisik

Banyak anak tuna grahita tidak hanya mengalami gangguan atau retardasi mental. Terkadang tuna grahita diiringi dengan kelemahan motorik atau bahkan cacat tubuh. Anak tuna grahita juga rentan terhadap infeksi dikarenakan imunitas yang kurang dan kemampuan perawatan diri yang masih lemah (Sandra, 2010).

d. Faktor gender (jenis kelamin)

Anak tuna grahita lebih banyak terjadi pada anak laki-laki dibandingkan pada anak perempuan, sebanyak 1,5 kali lebih besar (Sandra, 2010).

e. Faktor pertumbuhan

Pertumbuhan anak tuna grahita tidak jauh berbeda dengan anak normal. Kenaikan berat badan berkisar 2 kg per tahun, dengan rata-rata berat badan 15-20 Kg (Wong *et al.*, 2009).

f. Faktor perkembangan

Perkembangan anak tuna grahita sangat terlambat dibandingkan anak normal. Terutama dalam perkembangan motorik, bahasa, sosial, dan kognitif (Sandra, 2010; Emck, 2009)

2. Faktor Eksternal (karakteristik orangtua dan lingkungan)

a. Faktor lingkungan (peran pemberi asuhan/orang tua/guru, ketersediaan alat dan fasilitas penunjang aktivitas, keamanan dan dukungan lingkungan atau orang lain/tenaga kesehatan atau guru).

Terdapat hubungan yang signifikan antara sikap orang tua, kakek-nenek, dan kerabat dengan kemampuan adaptasi, penggunaan alat bantu, dan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari pada anak dengan disabilitas (Zakirova-Engstrand & Granlund, 2009). Orang tua dan kerabat dekat dalam keluarga akan berusaha semaksimal mungkin untuk memenuhi kebutuhan anak, salah satu caranya adalah dengan membeli alat yang dapat membantu anak melakukan aktivitas sehari-hari dan membuat anak merasa lebih bahagia. Penelitian di Kyrgyzstan tersebut memperlihatkan bahwa

penurunan kualitas pelayanan kesehatan atau sistem pendidikan menyebabkan berkurangnya keinginan keluarga untuk membawa anaknya ke fasilitas kesehatan, orang tua juga mengeluhkan sikap guru yang sering mengabaikan kondisi anaknya. Hal lain yang ditemukan dalam penelitian tersebut adalah adanya perbedaan sikap pada nenek dari pihak ibu dengan nenek dari pihak bapak. Terlihat adanya perbedaan kasih sayang yang diberikan oleh nenek dari pihak ibu yang cenderung mendukung baik secara emosi dan fisik.

- b. Faktor keluarga/orang tua (karakteristik orang tua), terdiri dari faktor pendidikan orang tua, pengetahuan orang tua tentang tuna grahita, usia orang tua, pekerjaan orang tua dan pola asuh dalam keluarga.

Berdasarkan survey rumah tangga, prevalensi anak dengan disabilitas dipengaruhi oleh faktor demografi dan status sosial ekonomi keluarga. Anak-anak dari keluarga miskin memperlihatkan prevalensi disabilitas yang lebih tinggi (Ehrenkranzt *et al.*, 2001). Survey ini juga memperlihatkan bahwa semakin baik tingkat pendidikan orang tua, maka semakin sedikit jumlah anak yang mengalami keterlambatan baik secara fisik atau kemampuan komunikasi, serta memperlihatkan kemampuan untuk melakukan aktivitas dengan normal.

Penelitian yang dilakukan oleh Hauser-Cram *et al.* (2001) mendapatkan bahwa anak dengan retardasi mental yang dibesarkan dalam keluarga yang hangat dan harmonis, memperlihatkan kemampuan adaptasi yang baik, mengalami lebih sedikit masalah kesehatan, dan tidak mengalami isolasi dari teman sebaya dibandingkan dengan anak yang dibesarkan dalam keluarga yang kurang harmonis. Ulfatulsholihat (2010) mendapatkan bahwa pengasuhan yang diterapkan pada anak tuna grahita yang meliputi perhatian dan kehangatan hubungan antara orang tua dan anak serta tidak membedakan anak tuna grahita dengan anak lainnya mempunyai pengaruh yang besar dalam penyesuaian diri anak tuna

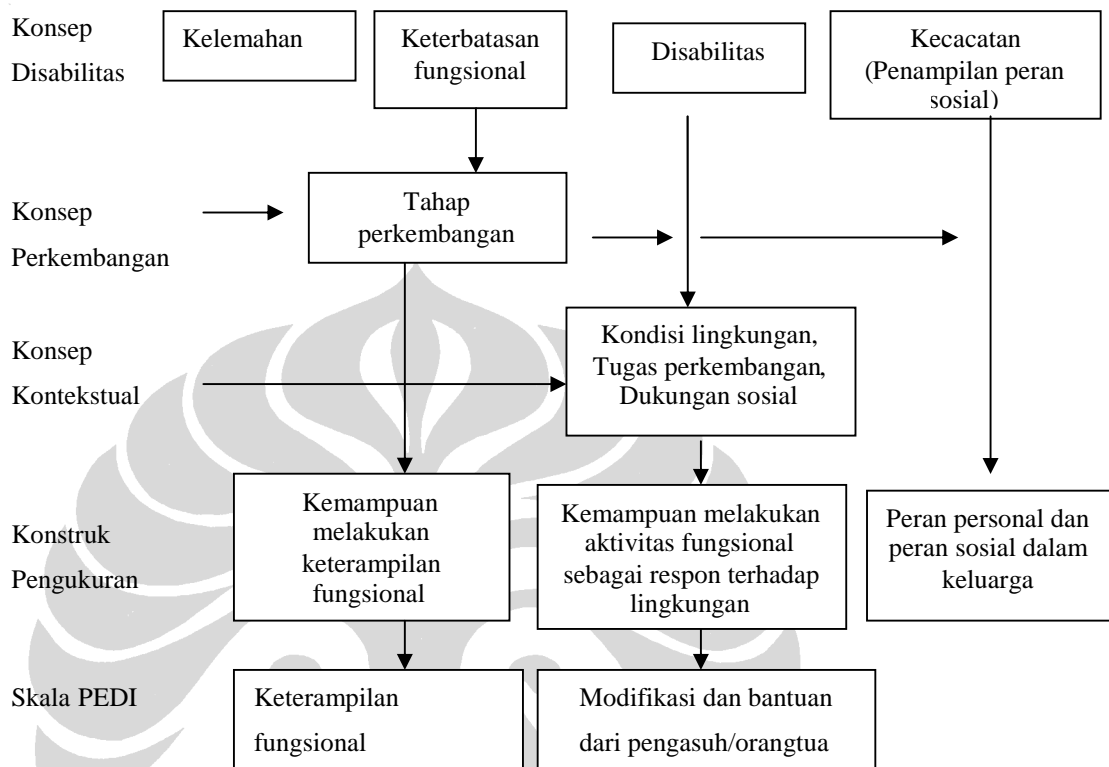
grahita baik dalam keluarga dan di lingkungan masyarakat. Penelitian tersebut juga mendapatkan bahwa anak tuna grahita memiliki keinginan untuk hidup mandiri, memenuhi kebutuhannya sendiri agar meringankan beban orang tua, memposisikan diri seperti orang normal seperti bersekolah, memiliki kemampuan berinteraksi dengan lingkungan sekitar, membagi perasaannya dengan orang tua, dan dapat mengontrol ungkapan kemarahan secara baik dengan bantuan orang tua, serta tidak merasa malu bergabung dengan lingkungan sekitar.

2.6. Pengukuran Kemampuan Perawatan Diri pada Anak Tuna Grahita

Pengkajian tentang kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita tergantung pada konsep fungsional dan ketidakmampuan anak dalam melakukan perawatan diri. Pengetahuan tentang kemampuan anak dengan disabilitas dalam melakukan perawatan diri harus dipisahkan antara kemampuan melakukan dan penampilan anak ketika melakukan perawatan diri. Kemampuan atau kapabilitas menunjukkan kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas pada situasi yang seharusnya, sedangkan penampilan saat melakukan aktivitas menjelaskan situasi seseorang dalam melakukan aktivitas sesuai dengan kemampuan natural dari dalam dirinya (Østensjø *et al.*, 2006).

1. *The Pediatric Evaluation of Disability Inventory* (PEDI) menggunakan beberapa skala untuk mengukur kemampuan anak dengan disabilitas dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Beberapa skala tersebut antara lain: skala ketrampilan fungsional (*the functional skills scale*) yang digunakan untuk mengukur kemampuan/kapabilitas anak, skala bantuan dari pengasuh (*the caregiver assistance scale*) yang digunakan untuk mengukur penampilan anak, dan skala ketiga adalah skala modifikasi (*the modification scale*) yang digunakan untuk menghitung peralatan atau alat bantu serta modifikasi lingkungan yang dibutuhkan oleh anak dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Kerangka kerja dari PEDI didasarkan

pada ketidakmampuan (*disablement*), kontekstual dan perkembangan seperti yang tergambar di bawah ini.



Skema 2.3 Model Konseptual Instrumen PEDI

Telah diolah kembali dari Haley SM, Coster WJ, Ludlow LH, Haltiwanger J, Andrellos P. *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Development, Standardization, and Administration Manual*. Boston, MA: Boston University 1992, p. 7.

Gambar diatas dapat dijelaskan sebagai berikut:

Keterampilan atau kemampuan fungsional diukur dengan skala yang meliputi 197 item yang terbagi dalam 15 area terkait perawatan diri, 13 area pada kemampuan mobilisasi/mobilitas, dan 13 area pada fungsi sosial. Kapabilitas diukur berdasarkan identifikasi kemampuan fungsional, yaitu penguasaan ketrampilan dan kompetensi yang diperlihatkan oleh anak. Penampilan diukur melalui bantuan yang diberikan oleh pengasuh/tenaga kesehatan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Skala bantuan dari pengasuh diukur dalam 20 situasi harian dengan menggunakan skala 1-6

mulai dari mandiri sampai dengan sangat tergantung. Skala modifikasi diukur melalui alat dan modifikasi lingkungan yang dibutuhkan anak saat melakukan kegiatan sehari-hari (Østensjø *et al.*, 2006).

Instrumen PEDI awalnya dikembangkan untuk mengukur kemampuan fungsional pada anak usia 6 bulan-7,5 tahun yang mempunyai keterbatasan fisik dan kognitif. Namun, dalam aplikasi di berbagai penelitian berikutnya PEDI terbukti dapat menjelaskan peningkatan atau kapabilitas anak dalam melakukan perawatan diri. PEDI juga dapat menjelaskan perubahan fungsional pada anak, keluarga, pemberi asuhan utama, dan pihak lain yang terlibat dalam perawatan diri anak dan remaja. Sehingga, PEDI disarankan dapat digunakan untuk anak yang berusia lebih tua dengan kemampuan fungsional yang lebih rendah dibandingkan dengan anak normal lain yang seusia (Ziviani *et al.*, 2001).

Klasifikasi kemampuan yang terdapat dalam PEDI berpotensi untuk dikembangkan menjadi program untuk mengukur indikator kualitas hidup dan digunakan untuk mendapatkan faktor determinan dalam mengukur lama hari rawat berdasarkan tujuan pencapaian fungsi tubuh pada anak yang mengalami perawatan di rumah sakit (Dumas *et al.*, 2001). Instrumen PEDI telah banyak digunakan untuk mengukur kemampuan perawatan diri dan aktivitas harian anak dengan atau tanpa disabilitas dengan kategori usia mulai usia 6 bulan – 21 tahun baik yang berada di rumah sakit, komunitas, sekolah dan klinik rehabilitasi untuk anak. PEDI juga telah diterjemahkan ke dalam berbagai bahasa dalam penggunaannya sesuai dengan kebutuhan dan tempat penelitian, antara lain ke dalam bahasa Turki, Norwegia, Italia, dan Belanda disebabkan karena kemudahan dalam proses transliterasi dan pemahaman item pengukuran (Dumas *et al.*, 2001; Ziviani *et al.*, 2001; Berg *et al.*, 2004).

Hasil uji validitas Instrumen PEDI menunjukkan validitas konstruk yang tinggi pada pengukuran yang berbeda seting. Ziviani *et al.* (2001)

melaporkan hasil uji validitas PEDI untuk mengukur kemampuan perawatan diri pada anak usia 6 bulan – 7,5 tahun dengan keterbatasan fisik dan kognitif adalah 0,80-0,97 dan reliabilitas menggunakan *Alpha's Cronbach* sebesar 0,95-0,99. Pada penelitian yang dilakukan oleh Dumas *et al.* (2001), hasil uji reliabilitas inter-reter untuk standarisasi klinik menggunakan PEDI untuk mengukur perubahan kemampuan perawatan diri pada anak dan remaja dengan cedera otak berusia 11 bulan – 21 tahun didapatkan sebesar 0,84-0,99. Dan penelitian oleh Berg *et al.* (2004) mendapatkan hasil uji validitas kriteria 0,88 dan reliabilitas Cronbach sebesar 0,95-0,99 untuk mengukur kemampuan anak usia 6 bulan – 7,5 bulan dengan disabilitas.

2. *The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*

Adalah klasifikasi universal terkait fungsi tubuh manusia yang dapat digunakan untuk mendokumentasikan status fungsional tubuh yang berhubungan dengan kondisi kesehatan. ICF menjelaskan kerangka kerja yang cukup luas bagi ketidakmampuan yang didasarkan pada fungsi tubuh dan disabilitas, termasuk adanya penilaian kapasitas/kemampuan dan penampilan. Status fungsional tubuh dijelaskan melalui 3 perspektif, yaitu: sistem tubuh (struktur dan fungsi), penyelesaian tugas dan tindakan (aktivitas), dan keterlibatan dalam kehidupan sosial (partisipasi). Faktor kontekstual ditambahkan untuk menjelaskan riwayat hidup individu, termasuk diantaranya adalah faktor lingkungan dan personal. Faktor lingkungan adalah lingkungan fisik, sosial, dan perilaku yang menghubungkan interaksi antara lingkungan dan manusia. Faktor personal adalah penampilan fisik individu yang tidak diturunkan secara genetik.

Instrumen pengkajian ICF selalu dikembangkan berdasarkan uji validitas pada teori terbaru dan target pengukuran. ICF saat ini mempresentasikan kerangka kerja baru tentang fungsi tubuh dan disabilitas. Penggunaan ICF

tergantung pada ketersediaan alat pengukuran yang dapat memberikan informasi tentang fungsi tubuh. Setiap klasifikasi yang diamati dijelaskan secara spesifik dengan kode alfanumerik yang mewakili komponen dan fungsi tubuh, contoh: b untuk fungsi tubuh; s untuk struktur tubuh; d untuk aktivitas dan partisipasi dan e untuk faktor lingkungan. Huruf pertama menunjukkan domain dan angka berikutnya menjelaskan fungsi spesifik, misalnya d4 untuk mobilitas/mobilisasi, d450 untuk berjalan, d4500 untuk berjalan dalam jarak yang pendek. The ICF juga memberikan definisi operasional untuk setiap kategori fungsi dan lingkungan (Østensjø *et al.*, 2006).

3. *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)*

Kuesioner yang digunakan untuk menanyakan kesulitan yang disebabkan oleh kondisi kesehatan yang dialami oleh individu, termasuk penyakit, masalah kesehatan lain baik yang bersifat sementara atau permanen seperti cedera, masalah mental atau emosional, dan masalah ketergantungan obat atau alcohol. Terdapat 4 area dalam kuesioner yaitu area fisik, sensori, kognitif atau psikososial. Kuesioner ini menanyakan kondisi yang dialami individu selama 30 hari terakhir dan terkait dengan kesulitan yang dihadapi saat melakukan aktivitas yang terdiri dari kategori pemahaman dan komunikasi, mobilisasi, perawatan diri, sosialisasi, aktivitas harian, dan partisipasi di masyarakat. Total pertanyaan berjumlah 36 pertanyaan dengan menggunakan skala Likert yang terdiri dari tidak ada kesulitan, sulit ringan, sulit sedang, sulit berat, dan sangat sulit dilakukan. Individu dikatakan mengalami disabilitas bila ia mengalami kesulitan melakukan kegiatan pada setiap area yang ditanyakan (Mont, 2007; WHODAS 2.0).

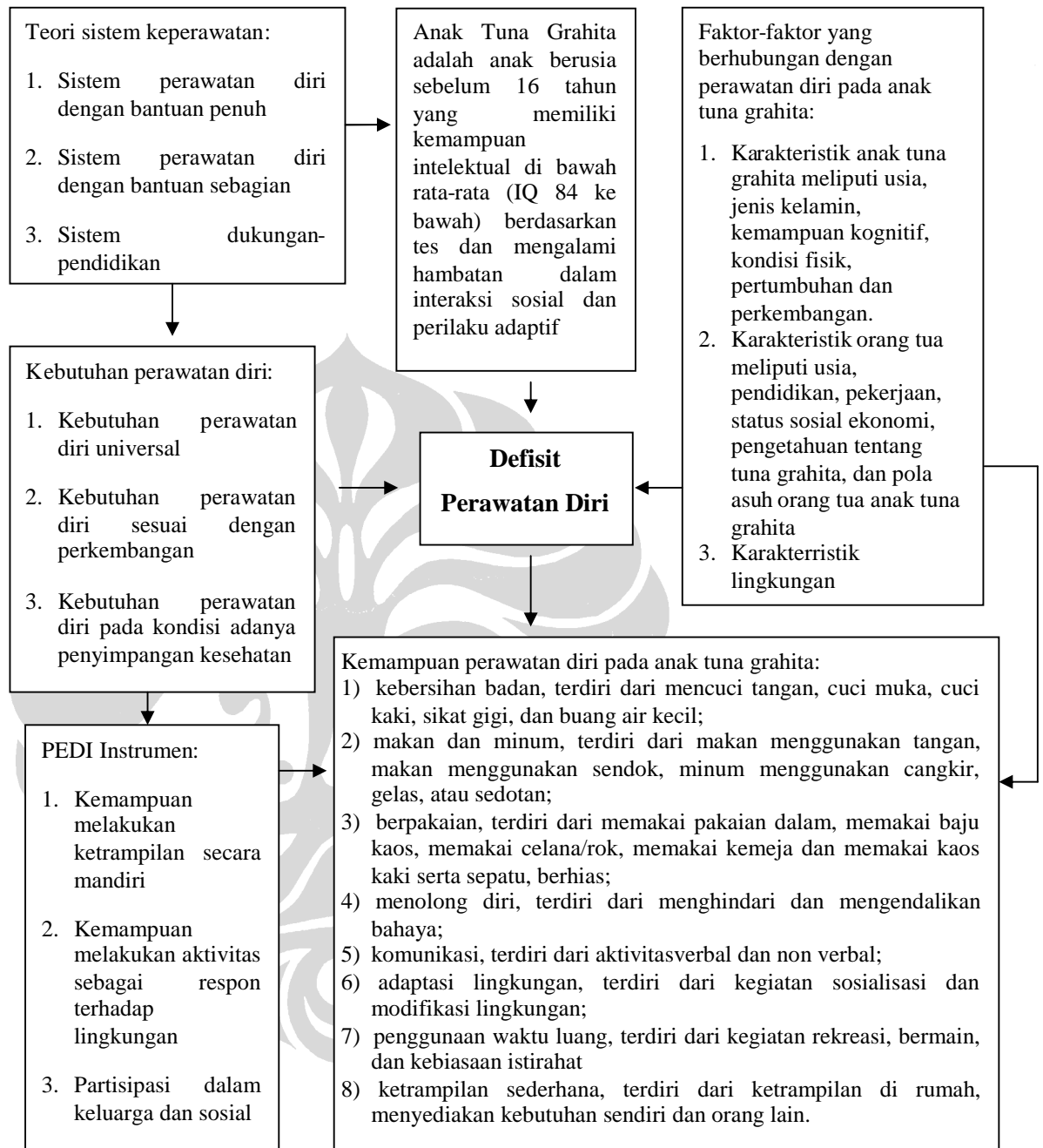
4. *The Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire (SPQ)*

Instrumen ini adalah Instrumen yang dikembangkan oleh Moore (1995) dengan berdasarkan teori perawatan diri dari Orem. Moore melakukan penelitian terkait aktivitas perawatan diri pada anak yang meliputi 3 area,

yaitu kebutuhan akan perawatan diri termasuk kebutuhan universal, perkembangan, dan kondisi penyimpangan kesehatan. Instrumen ini terdiri atas 35 pertanyaan dan menggunakan skala Likert dengan poin 1-5. Jawaban yang disediakan adalah tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering, dan selalu. Hasil skor yang mungkin didapat berkisar antara 35-175, skor yang rendah dikategorikan sebagai level terendah aktifitas perawatan diri yang dapat dilakukan dan skor yang tinggi dikategorikan sebagai aktivitas perawatan diri dapat dilakukan dengan lebih baik. Instrumen atau kuesioner ini dianggap mampu memberikan informasi yang relevan terkait perilaku perawatan diri yang sesuai dengan kurikulum di sekolah anak (Jaimovich *et al.*, 2009).

Mont (2007) menyatakan bahwa untuk mengetahui tingkat disabilitas secara pasti di seluruh dunia sangatlah sulit karena banyaknya variasi atau perbedaan yang disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain perbedaan definisi disabilitas, perbedaan metodologi dan kualitas penelitian yang dilakukan. Belum adanya satu pun definisi yang sesuai terkait disabilitas, penyebab dan tingkat keparahan pada disabilitas dan metode pengukuran yang berbeda sesuai dengan tujuan dari penelitian yang dilakukan merupakan alasan sulitnya mengeneralisir prevalensi disabilitas di seluruh dunia. Disabilitas selalu dikaitkan dengan keterbatasan kondisi fisik yang diinterpretasikan berdasarkan terminologi medis, namun tren terkini untuk menjelaskan disabilitas justru menggunakan model sosial yang menjelaskan interaksi antara status fungsional individu dengan lingkungan fisik, budaya, dan kebijakan sosial. Untuk mendapatkan prevalensi disabilitas secara luas, seorang peneliti harus dapat memilih komponen Instrumen yang tepat dan sesuai dengan tujuan akhir yang ingin dicapai.

2.7. Kerangka Teori Penelitian



Skema 2.4 Kerangka Teori Penelitian

Modifikasi dari teori Orem (2001), Haley SM, Coster WJ, Ludlow LH, Haltiwanger J, Andrellos P (1992), Østensjø, Bjorkbækmo, Carlberg, & Vøllestad (2006), Votroubek & Tabacco (2010), Gunarsa (2004), Hayati (2003).

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

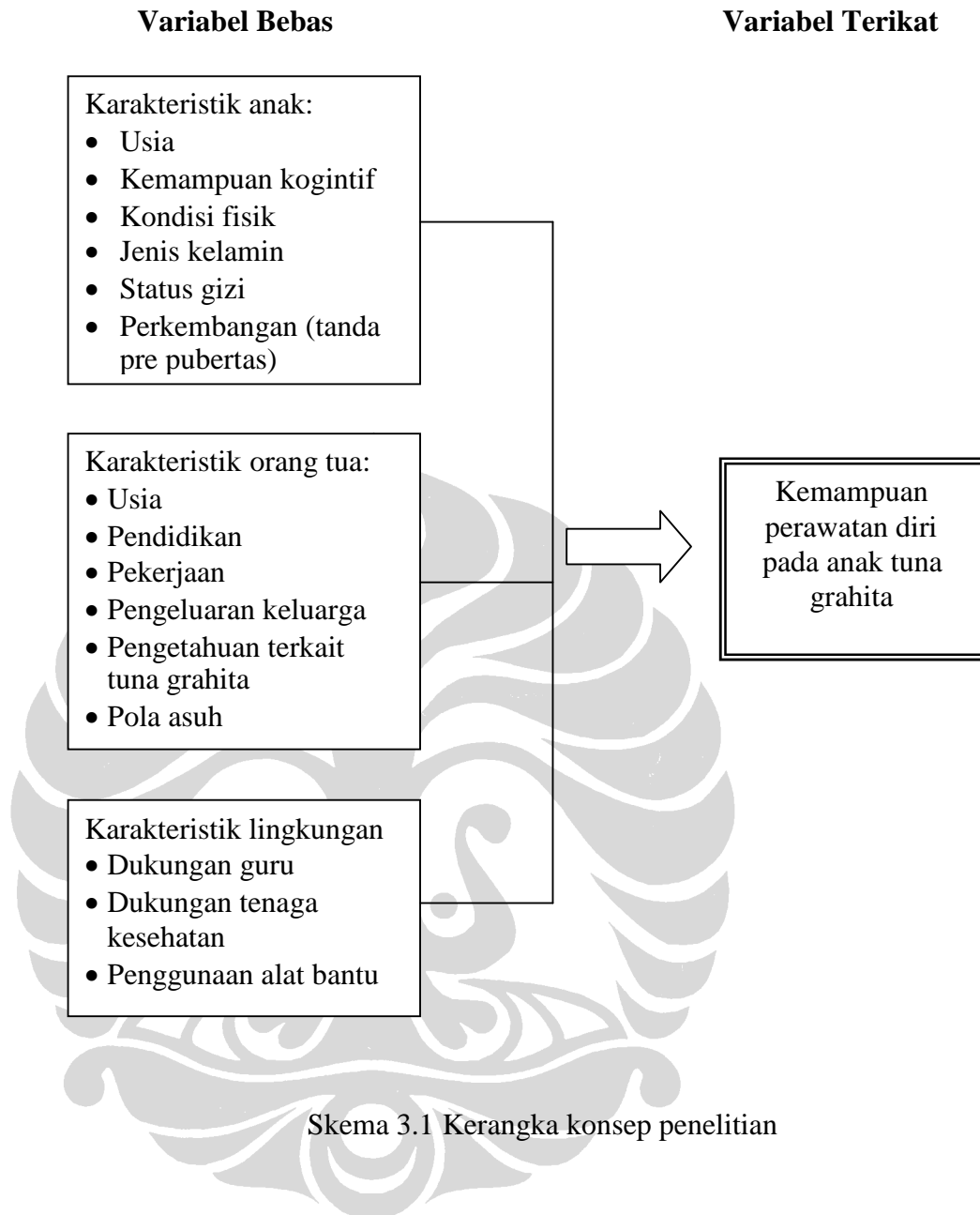
Bab 3 berisi tentang kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional. Kerangka konsep adalah gambaran kerangka atau batasan dalam penelitian ini. Hipotesis adalah dugaan atau hipotesa yang dibuat oleh peneliti. Sedangkan definisi operasional adalah keterangan, definisi dari semua variabel yang terlibat dalam penelitian baik variabel bebas maupun variabel terikat.

3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini didasarkan pada teori Orem (2001), Gunarsa (2004), Hayati (2003), Haley SM, Coster WJ, Ludlow LH, Haltiwanger J, Andrellos P (1992) dalam Østensjø et al. (2006), Votroubek & Tabacco (2010).

Salah satu tugas perkembangan pada anak usia sekolah adalah mampu melakukan beberapa kegiatan secara mandiri. Salah satu kegiatan tersebut adalah melakukan perawatan pada diri sendiri. Pada anak tuna grahita usia sekolah kemampuan melakukan perawatan diri secara mandiri dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi kemampuan anak tuna grahita melakukan perawatan diri baik secara langsung atau tidak langsung.

Dibawah ini digambarkan hubungan antara variabel dependen dan variabel independen dalam penelitian ini.



Berdasarkan gambaran kerangka penelitian diatas, variabel penelitian ini terdiri dari variabel bebas yaitu faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan anak tuna grahita melakukan perawatan diri dengan karakteristik anak, orang tua dan lingkungan, sedangkan variabel terikat yaitu kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

3.2. Hipotesis

Berdasarkan rumusan tujuan dan pertanyaan penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut:

3.2.1. Hipotesis Mayor (Ha):

1. Ada hubungan antara karakteristik anak dengan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita.
2. Ada hubungan antara karakteristik orang tua dengan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita.
3. Ada hubungan antara karakteristik lingkungan dengan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita.

3.2.2. Hipotesis Minor (Ho):

1. Ada hubungan antara faktor usia anak dengan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita
2. Ada hubungan antara faktor kemampuan kognitif dengan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita
3. Ada hubungan antara faktor kondisi fisik dengan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita
4. Ada hubungan antara faktor jenis kelamin dengan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita
5. Ada hubungan antara faktor status gizi anak dengan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita
6. Ada hubungan antara faktor usia orangtua dengan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita
7. Ada hubungan antara faktor pendidikan orangtua dengan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita
8. Ada hubungan antara faktor pekerjaan dengan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita
9. Ada hubungan antara faktor pengeluaran keluarga dengan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita

10. Ada hubungan antara faktor pengetahuan orangtua tentang tuna grahita dengan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita
11. Ada hubungan antara faktor pola asuh orangtua dengan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita
12. Ada hubungan antara faktor dukungan guru di sekolah dengan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita
13. Ada hubungan antara faktor penggunaan alat bantu dengan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita
14. Ada hubungan antara faktor adanya dukungan dari tenaga kesehatan dengan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita

3.3. Definisi Operasional

Tabel 3.1

Definisi Operasional Variabel Penelitian

| No | Variabel/Sub Variabel | Definisi Operasional | Cara dan Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|-----------------------|-------------------------|---|---|---|---------|
| Variabel Bebas | | | | | |
| 1. | Karakteristik orang tua | | | | |
| | a. Usia | Usia orang tua anak tuna grahita berdasarkan ulang tahun terakhir saat dilakukan pengukuran | Cara: menanyakan usia orang tua Alat: kuesioner | Usia orang tua anak tuna grahita dalam tahun | Rasio |
| | b. Pendidikan | Pendidikan formal terakhir orang tua anak tuna grahita | Cara: menanyakan pendidikan terakhir orang tua Alat: kuesioner | <ul style="list-style-type: none"> • 0=Tidak sekolah • 1=SD • 2=SMP • 3=SMA • 4=Akademi/PT | Ordinal |
| | c. Pekerjaan ayah | Pekerjaan berdasarkan sumber pendapatan yang diperoleh ayah/bapak sebagai kepala rumah tangga | Cara: menanyakan apa pekerjaan orang tua Alat: kuesioner | <ul style="list-style-type: none"> • 0=Tidak bekerja • 1=Petani • 2=Pedagang • 3=Pegawai swasta • 4=Pegawai negeri | Ordinal |
| | d. Pekerjaan ibu | Pekerjaan berdasarkan sumber | Cara: menanyakan pekerjaan yang | <ul style="list-style-type: none"> • 0=Ibu rumah tangga • 1=Petani | Ordinal |

| No | Variabel/Sub Variabel | Definisi Operasional | Cara dan Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----|---------------------------------------|--|---|---|----------|
| | | pendapatan yang diterima ibu untuk membantu membiayai keperluan rumah tangga | dilakukan oleh ibu Alat: kuesioner | <ul style="list-style-type: none"> • 2=Pedagang • 3=Pegawai swasta • 4=Pegawai negeri | |
| | e. Pengeluaran keluarga dalam 1 bulan | Pengeluaran yang dikeluarkan oleh orang tua dalam sebulan | Cara: meminta orang tua menjawab pertanyaan tentang penghasilan orang tua per bulan Alat: kuesioner | <ul style="list-style-type: none"> • 0=< Rp 500.000/bulan • 1=Rp 550.000 – Rp 1.500.000/bulan • 2=Rp 1.600.000- Rp 2.500.000/bulan • 3=> Rp 2.500.000/bulan | Interval |
| | f. Pengetahuan tentang tuna grahita | Pengetahuan orang tua tentang tuna grahita, meliputi definisi, jenis, ciri-ciri anak tuna grahita, perkembangan anak tuna grahita, dan kebutuhan anak tuna grahita | Cara: menanyakan apakah orang tua tahu definisi, jenis, ciri-ciri, perkembangan, dan kebutuhan anak tuna grahita Alat: kuesioner | <ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan skor total 10, bila skor < 8 = 0 untuk pengetahuan rendah dan $\geq 8 = 1$ untuk pengetahuan tinggi | Nominal |
| | g. Pola asuh | Cara mengasuh anak tuna grahita yang diterapkan dalam keluarga/orang tua | Cara: mengetahui pola asuh orang tua melalui pertanyaan tentang interaksi orang tua-anak tuna grahita Alat: kuesioner | <ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan pilihan jawaban 1=tidak pernah, 2=jarang, dan 3=sering/selalu • Skor 8-13 = pola asuh otoriter, skor 14-19 = pola asuh demokratis, dan skor 20-24 = pola asuh permisif | Ordinal |
| 2. | Karakteristik lingkungan | | | | |
| | a. Dukungan guru | Adanya perhatian dan bimbingan yang diberikan oleh guru di sekolah terkait perawatan diri terhadap anak tuna grahita | Cara: menanyakan kepada orang tua tentang perhatian dan bimbingan guru di sekolah Alat: kuesioner | <ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan pilihan jawaban 1=tidak pernah, 2=jarang, dan 3=sering/selalu | Ordinal |
| | b. Dukungan tenaga kesehatan | Adanya penyuluhan kesehatan dari tenaga kesehatan baik di lingkungan rumah atau sekolah untuk orang tua | Cara: menanyakan kepada orang tua apakah pernah menerima penyuluhan dari tenaga | <ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan pilihan jawaban 1=tidak pernah, 2=jarang, dan 3=sering/selalu | Ordinal |

| No | Variabel/Sub Variabel | Definisi Operasional | Cara dan Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----|---------------------------------|--|--|---|-------------------------------|
| | | dengan anak tuna grahita | kesehatan baik di rumah atau di sekolah | | |
| | c. Alat bantu | Alat bantu kesehatan yang digunakan anak untuk beraktivitas sehari-hari | Cara: menanyakan kepada orang tua apakah anak menggunakan alat bantu untuk melakukan aktivitas sehari-hari Alat: kuesioner | Jumlah anak tuna grahita yang menggunakan alat bantu dalam prosentase | Rasio |
| 1. | Karakteristik anak tuna grahita | | | | |
| | a. Usia | Usia kronologis pada anak tuna grahita berdasarkan tanggal lahir anak | Cara: meminta orang tua menjawab pertanyaan tentang tanggal lahir anak tuna grahita Alat: kuesioner (1 pertanyaan) | Tanggal lahir anak | Rasio |
| | b. Kemampuan kognitif | <ul style="list-style-type: none"> tuna grahita ringan (C) tuna grahita sedang (C1) | Cara: melihat data sekolah untuk klasifikasi anak tuna grahita Alat: Dokumen sekolah | <ul style="list-style-type: none"> 1=C 0=C1 | Nominal |
| | c. Kondisi fisik | <ul style="list-style-type: none"> Kelainan struktur wajah (mikrosefali, hidrosefalus, dan mongoloid) Hipersalivasi Kelemahan motorik pada tubuh anak | Cara: melakukan observasi terkait adanya kelainan struktur wajah, hipersalivasi dan kelemahan motorik pada tubuh anak Alat: kuesioner | <ul style="list-style-type: none"> 0=Mongoloid, 1=Normal 0=Ada hipersalivasi, 1=tidak ada hipersalivasi 0=Ada kelemahan motorik tubuh, 1=Tidak ada kelemahan motorik tubuh | Nominal Nominal Nominal |
| | d. Jenis kelamin | <ul style="list-style-type: none"> Jenis kelamin anak tuna grahita di SLB | Cara: meminta orang tua menjawab pertanyaan terkait jenis kelamin anak Alat: kuesioner | <ul style="list-style-type: none"> 0=Laki-laki 1=Perempuan | Nominal |
| | e. Status gizi | <ul style="list-style-type: none"> Perbandingan BB/TB2 (Indeks Massa | Cara: mengukur berat dan tinggi badan anak | <ul style="list-style-type: none"> Menggunakan kurva index BMI (BB/TB²) anak | Rasio |

| No | Variabel/Sub Variabel | Definisi Operasional | Cara dan Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|-------------------------|---|--|---|---|---------|
| | | Tubuh/IMT) anak | Alat: Kurva index BMI (BB/TB ²) dari CDC | dari CDC | |
| | f. Perkembangan | Tanda pre pubertas pada anak: menstruasi untuk anak perempuan | Cara: meminta orang tua menjawab pertanyaan terkait tanda pubertas anak Alat: kuesioner | <ul style="list-style-type: none"> • 0=Belum menstruasi • 1=Menstruasi | Nominal |
| Variabel Terikat | | | | | |
| | Kemampuan melakukan perawatan diri anak tuna grahita | Kemampuan anak tuna grahita dalam melakukan perawatan diri pada 9 area perawatan diri | Cara: meminta orang tua untuk menjawab kemampuan anak melakukan kegiatan baik di rumah dan di sekolah Alat: Kuesioner | Skor dengan menggunakan <i>cut off point</i> skor yang didapatkan (median atau mean) dengan skor total 63-189 | Rasio |
| 1 | Kebersihan diri: | <ul style="list-style-type: none"> • Mencuci muka • Mencuci tangan • Mencuci kaki • Menyikat gigi • Membersihkan rambut (keramas) • Menyisir rambut • Mandi | Cara: meminta orang tua untuk menjawab kemampuan anak melakukan kegiatan baik di rumah dan di sekolah Alat: Kuesioner | Skor 7-21 dengan pilihan jawaban dari selalu dibantu sampai dengan tanpa bantuan 1= selalu dibantu 2= kadang dibantu 3= tidak pernah dibantu | Rasio |
| 2 | Eliminasi a. Buang air kecil (BAK) b. Buang air besar (BAB) | | Cara: meminta orang tua untuk menjawab kemampuan anak melakukan kegiatan baik di rumah dan di sekolah Alat: Kuesioner | Skor 2-6 dengan pilihan jawaban dari selalu dibantu sampai dengan tanpa bantuan 1= selalu dibantu 2= kadang dibantu 3= tidak pernah dibantu | Rasio |
| 3 | Makan: Kemampuan anak tuna grahita terkait alat makan yang digunakan setiap hari | <ul style="list-style-type: none"> • Memegang piring • Memegang sendok • Menyendok makanan dari piring • Menggerakkan sendok ke mulut • Memasukkan sendok ke | Cara: meminta orang tua menjawab pertanyaan tentang kemampuan anak tuna grahita dalam menggunakan alat makan sehari-hari Alat: Kuesioner | Skor 5-15 dengan pilihan jawaban dari selalu dibantu sampai dengan tanpa bantuan 1= selalu dibantu 2= kadang dibantu 3= tidak pernah dibantu | Rasio |

| No | Variabel/Sub Variabel | Definisi Operasional | Cara dan Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----|--|---|--|---|-------|
| | Kemampuan anak tuna grahita dalam mencerna makanan sehari-hari | <ul style="list-style-type: none"> • Mengunyah makanan • Merasakan rasa makanan • Membedakan tekstur makanan | <p>Cara: meminta orang tua untuk menjawab pertanyaan tentang kemampuan mencerna makanan pada anak tuna grahita</p> <p>Alat: kuesioner</p> | <p>Skor 3-9 dengan pilihan jawaban dari selalu dibantu sampai dengan tanpa bantuan</p> <p>1= selalu dibantu 2= kadang dibantu 3= tidak pernah dibantu</p> | Rasio |
| 4. | Minum: a. Kemampuan anak tuna grahita terkait alat minum yang digunakan setiap hari | <ul style="list-style-type: none"> • Memegang gelas • Menuang air ke dalam gelas • Menggerakkan gelas ke mulut | <p>Cara: meminta orang tua menjawab pertanyaan tentang kemampuan anak tuna grahita dalam menggunakan alat minum sehari-hari</p> <p>Alat: Kuesioner</p> | <p>Skor 3-9 dengan pilihan jawaban dari selalu dibantu sampai dengan tanpa bantuan</p> <p>1= selalu dibantu 2= kadang dibantu 3= tidak pernah dibantu</p> | Rasio |
| | b. Kemampuan anak tuna grahita dalam menelan minuman sehari-hari | Menelan cairan yang berada di mulut | <p>Cara: meminta orang tua untuk menjawab pertanyaan tentang kemampuan menelan minuman pada anak tuna grahita</p> <p>Alat: kuesioner</p> | <p>Skor 1-3 dengan pilihan jawaban dari selalu dibantu sampai dengan tanpa bantuan</p> <p>1= tidak pernah mampu 2= kadang mampu 3= selalu mampu</p> | Rasio |
| 5. | Berpakaian: Kemampuan anak tuna grahita berpakaian sehari-hari | <ul style="list-style-type: none"> • Memakai kaos • Memakai kemeja • Memakai rok/celana pendek • Memakai rok/celana panjang • Memakai pakaian dalam • Memakai kaos kaki | <p>Cara: Meminta orang tua untuk menjawab pertanyaan tentang kemampuan berpakaian anak tuna grahita sehari-hari</p> <p>Alat: Kuesioner</p> | <p>Skor 11-33 dengan pilihan jawaban dari selalu dibantu sampai dengan tanpa bantuan</p> <p>1= selalu dibantu 2= kadang dibantu 3= tidak pernah dibantu</p> | Rasio |

| No | Variabel/Sub Variabel | Definisi Operasional | Cara dan Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----|---|--|---|--|-------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Memakai sepatu • Mengikat tali sepatu • Melepaskan kaos • Melepaskan kemeja • Melepaskan celana | | | |
| 6. | Mobilisasi: Kemampuan anak tuna grahita dalam mobilisasi sehari-hari | <ul style="list-style-type: none"> • Berjalan pada bidang datar • Berjalan pada bidang yang miring • Berjalan jarak dekat (berjalan di dalam rumah) • Berjalan jauh (berjalan mengelilingi sekolah) • Berlari • Memindahkan kursi atau meja • Turun dari tempat tidur • Mengangkat benda ringan (< 1 Kg) • Mengangkat benda berat (> 3 Kg) • Masuk/keluar dari kamar mandi • Duduk • Berdiri • Melompat • Memanjat | Cara: Meminta orang tua untuk menjawab pertanyaan tentang kemampuan mobilisasi anak tuna grahita sehari-hari Alat: Kuesioner | Skor 15-45 dengan pilihan jawaban dari selalu dibantu sampai dengan tanpa bantuan 1= selalu dibantu 2= kadang dibantu 3= tidak pernah dibantu | Rasio |
| 7. | Sosialisasi: Kemampuan anak tuna grahita dalam bergaul dengan teman sebaya di rumah dan sekolah | <ul style="list-style-type: none"> • Kerabat dalam keluarga besar • Tetangga di rumah • Teman di sekolah | Cara: meminta orang tua untuk menjawab pertanyaan tentang kegiatan anak tuna grahita dengan teman sebaya Alat: kuesioner | Skor 3-9 dengan pilihan jawaban dari selalu dibantu sampai dengan tanpa bantuan 1= selalu dibantu 2= kadang dibantu 3= tidak pernah dibantu | Rasio |
| 8. | Komunikasi: Kemampuan anak tuna grahita dalam melakukan | <ul style="list-style-type: none"> • Menampakkan kesukaan | Cara: meminta orang tua untuk menjawab pertanyaan | Skor 1-3 dengan pilihan jawaban dari selalu dibantu sampai dengan | Rasio |

| No | Variabel/Sub Variabel | Definisi Operasional | Cara dan Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|-----|--|--|--|---|-------|
| | komunikasi dengan orang lain di rumah dan sekolah | | tentang kemampuan komunikasi anak tuna grahita dengan orang lain di rumah dan sekolah Alat: kuesioner | tanpa bantuan 1= tidak pernah mampu 2= jarang mampu 3= selalu mampu | |
| 9. | Pekerjaan rumah tangga: Kemampuan anak tuna grahita membantu pekerjaan rumah tangga | <ul style="list-style-type: none"> • Mencuci piring/gelas • Menyapu lantai • Mengepel lantai • Membersihkan jendela • Mencuci pakaian • Menyetrika pakaian • Menyediakan makanan bagi anggota keluarga yang lain • Membereskan ruangan/kamar | Cara: meminta orang tua menjawab pertanyaan tentang kemampuan anak tuna grahita membantu pekerjaan rumah tangga Alat: kuesioner | Skor 8-24 dengan pilihan jawaban dari selalu dibantu sampai dengan tanpa bantuan 1= selalu dibantu 2= kadang dibantu 3= tidak pernah dibantu | Rasio |
| 10. | Perlindungan diri: Kemampuan anak tuna grahita dalam menghindari diri dari bahaya di rumah dan sekolah | <ul style="list-style-type: none"> • Kebiasaan merokok • Memakai helm • Menghindari bermain dengan api | Cara: meminta orang tua menjawab pertanyaan tentang kemampuan anak tuna grahita menghindari bahaya Alat: kuesioner | Skor 1-3 dari selalu dibantu sampai dengan tanpa bantuan 1= tidak pernah 2= jarang 3= selalu/sering | Rasio |

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab 4 menguraikan tentang metodologi penelitian meliputi desain penelitian yang digunakan, populasi dan sampel penelitian, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan rencana analisa data.

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode deskriptif observasional. Penelitian ini ingin mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita di Kabupaten Banyumas.

Pendekatan yang dilakukan adalah *cross sectional* karena pengukuran faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan perawatan diri (independen) dan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita (dependen) dilakukan secara simultan pada saat bersamaan untuk melihat adanya pengaruh atau tidak diantara keduanya (Pollit & Beck, 2006), yaitu dalam penelitian ini dengan menggunakan kuesioner. Studi *cross-sectional* hanya merupakan salah satu studi observasional untuk menentukan hubungan antara faktor risiko dengan masalah kesehatan yang terjadi. Studi *cross-sectional* untuk mempelajari etiologi suatu penyakit/masalah kesehatan yang terjadi dengan menggunakan faktor risiko atau faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan dengan onset yang lama dan durasi yang panjang (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

Penelitian ini menilai hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dengan melakukan pengukuran sesaat (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Jadi penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dan mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita dan seberapa besar hubungan faktor-faktor tersebut dengan

kemampuan perawatan diri anak tuna grahita. Selain itu, peneliti juga akan mengidentifikasi faktor yang paling berhubungan (mempunyai hubungan dominan) terhadap kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

4.2. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari subyek/obyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2008).

Populasi penelitian ini adalah semua siswa tuna grahita yang bersekolah dan bertempat tinggal di Kabupaten Banyumas, Jawa Tengah.

2. Sampel

Menurut Sugiyono (2008), sampel merupakan bagian dari jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Sedangkan menurut Arikunto (2006) sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang akan diteliti. Sampel yang dimaksud pada penelitian ini adalah orang tua dari anak tuna grahita yang bersekolah di SLB YAKUT Kecamatan Purwokerto Selatan dan SLB KUNCUP MAS Kecamatan Banyumas, usia anak tuna grahita 9-17 tahun, kategori tuna grahita ringan atau sedang, dan bertempat tinggal di wilayah Kabupaten Banyumas, yaitu berjumlah 65 orang tua siswa dengan 45 orang tua siswa SLB YAKUT dan 20 orang tua siswa SLB KUNCUP MAS.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling*, yaitu cara pengambilan sampel yang paling mudah dan murah dengan memasukkan setiap subyek yang memenuhi kriteria pemilihan sampel ke dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang dibutuhkan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Jumlah sampel minimal untuk penelitian ini dihitung

dengan menggunakan rumus perhitungan besar sampel untuk regresi logistik (Dahlan, 2008) adalah:

$$N = \frac{Z_{\alpha}^2 \times Z_{\beta}^2 \times OR \times P_x \times P_y}{(1 - P_x)(1 - P_y)}$$

Keterangan:

N = besar sampel

Z α = simpangan baku dari kesalahan tipe I

Z β = simpangan baku dari kesalahan tipe II

OR = Odds Ratio minimal yang dianggap bermakna

P $_x$ = proporsi pajanan atau proporsi faktor risiko

P $_y$ = proporsi efek atau proporsi variabel terikat

Apabila kesalahan tipe I (α) adalah 5%, kesalahan tipe II (β) adalah 20%, P $_x$ = 23,1% didapatkan berdasarkan penelitian sebelumnya yang mengukur faktor risiko perilaku perawatan diri pada anak dengan thalasemia (Indanah, 2010) dan P $_y$ = 22,50% didapatkan berdasarkan penelitian Novianenci (2009) tentang kemampuan bina diri anak berkebutuhan khusus dengan ibu yang bekerja, dan OR yang bermakna = 2,25. Maka rumus di atas dapat disederhanakan menjadi:

$$\begin{aligned} N &= \frac{Z_{\alpha}^2 \times Z_{\beta}^2 \times OR \times P_x \times P_y}{(1 - P_x)(1 - P_y)} \\ &= \frac{1,96^2 \times 2,28^2 \times 2,25 \times 0,231 \times 0,225}{(1 - 0,231)(1 - 0,225)} \\ &= 1,55 \times \frac{1,96^2 \times 2,28^2 \times 2,25 \times 0,231 \times 0,225}{(1 - 0,231)(1 - 0,225)} \\ &= 50 \end{aligned}$$

Sehingga, besar sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 50 responden dengan melakukan pembulatan hasil perhitungan. Sampel yang terlibat dalam penelitian ini adalah sampel yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Adapun kriteria inklusi pada penelitian ini:

- a. Orang tua/pengasuh dari anak tuna grahita
- b. Dapat membaca dan menulis

- c. Tinggal bersama anak tuna grahita dalam satu rumah
- d. Bersedia menjadi responden

Sampel yang terpilih adalah seluruh orang tua siswa tuna grahita yang hadir di sekolah saat penelitian dilakukan dan mempunyai anak tuna grahita berusia 9 -17 tahun. Sedangkan orang tua siswa dengan anak tuna grahita berusia kurang dari 9 tahun dan lebih dari 17 tahun yang juga ikut hadir tidak akan dilibatkan dalam penelitian, yaitu dengan melakukan seleksi kuesioner yang telah diisi oleh orang tua. Peneliti akan tetap mendokumentasikan data dalam kuesioner tetapi tidak akan dianalisis lebih lanjut.

3. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di SLB YAKUT dan KUNCUP MAS di Kabupaten Banyumas, Propinsi Jawa Tengah.

4. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April sampai dengan Mei 2011.

5. Etika Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, sehingga tidak dilakukan intervensi terhadap subyek penelitian. Penelitian ini tetap mempertimbangkan etika penelitian dan menjunjung tinggi hak-hak responden. Adapun yang peneliti akan lakukan adalah pertama-tama peneliti akan mengurus ijin atau persetujuan melakukan penelitian dari Dinas Pendidikan Kabupaten Banyumas dan pihak SLB YAKUT serta SLB Kuncup Mas. Peneliti juga akan memberikan informasi terkait penelitian kepada pihak-pihak yang berwenang yaitu Bupati Kabupaten Banyumas melalui Dinas Kesbangpolinmas Kab. Banyumas, pengurus yayasan yang menaungi SLB, dan guru-guru SLB yang dijadikan tempat penelitian.

Pertimbangan etik menurut Pollit & Beck (2006) adalah:

a. Prinsip *beneficence*

Prinsip *beneficence* menjadi salah satu prinsip etik yang penting dalam penelitian. Prinsip ini mengutamakan prinsip kemanfaatan bagi penelitian bagi responden. Dimensi etik pada prinsip ini meliputi kebebasan dari rasa sakit atau tidak menyakiti dan prinsip kebebasan dari eksploitasi. Manfaat dari penelitian ini adalah untuk menstimulasi perkembangan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita melalui mengetahui faktor-faktor yang mungkin berhubungan dengan kemampuan tersebut serta mengidentifikasi faktor dominan atau faktor yang mempunyai pengaruh bermakna pada kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

b. Prinsip *respect for human dignity*

Prinsip etik yang kedua adalah *respect for human dignity*, prinsip ini meliputi *right to self determination* dan *right to full disclosure*. Responden akan diberi kesempatan dan kebebasan menentukan pilihan apakah menyetujui atau bersedia berpartisipasi dalam penelitian dengan sukarela tanpa unsur paksaan. Semua data yang diberikan responden akan dipergunakan semata-mata hanya untuk kepentingan penelitian dan semua identitas responden dirahasiakan dan diganti dalam bentuk kode di dalam kuesioner.

c. Prinsip keadilan (*justice*)

Prinsip keadilan yang dimaksud adalah terbuka dan adil, responden harus mendapatkan penjelasan tentang prosedur penelitian yang dilakukan dan keuntungan yang didapatkan. Peneliti memberikan penjelasan dan meminta kesediaan responden serta memenuhi rasa keadilan dengan bersikap jujur, terbuka, dan profesional.

d. Manfaat dan kerugian (*Balancing harms and benefits*)

Peneliti harus menjalankan penelitian sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan dan mengurangi dampak yang merugikan bagi responden. Peneliti juga memberikan keleluasaan dan kenyamanan kepada responden selama mengisi kuesioner sehingga tidak akan menimbulkan tekanan psikologis dan kecemasan pada responden.

4.3. Alat Pengumpul Data

Instrumen/alat yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang mengacu pada kerangka konsep penelitian. Kuesioner terdiri dari daftar pertanyaan terkait data demografi dan data-data lainnya yang berhubungan dengan perkembangan kemampuan melakukan perawatan diri pada anak tuna grahita dan faktor-faktor yang berhubungan kemampuan tersebut. Pertanyaan yang terdapat pada kuesioner ditampilkan dalam bentuk isian singkat dan tabel skala Likert yang dimodifikasi dengan items yang sesuai dengan data yang diinginkan peneliti untuk diidentifikasi. Kuesioner adalah modifikasi berdasarkan instrumen PEDI dan teori *self-care* dari Orem. Kuesioner yang digunakan berisi pertanyaan tentang:

1. Kuesioner A.1 berisi pertanyaan terkait data demografi meliputi usia, jenis kelamin, dan klasifikasi tuna grahita berdasarkan kemampuan kognitif anak. Terdiri dari 3 pertanyaan isian singkat yang akan dilengkapi oleh orang tua.
2. Kuesioner A.2 berisi tentang data demografi orang tua meliputi usia, pendidikan, pekerjaan, dan pengeluaran biaya keluarga per bulan. Terdiri dari 4 pertanyaan singkat dan pertanyaan dengan pilihan jawaban terbatas.
3. Tahap pertumbuhan dan perkembangan anak tuna grahita terdapat pada kuesioner A.1., meliputi berat badan, tinggi badan, tanda pre pubertal (masing-masing 1 pertanyaan), kelainan struktur wajah (1 pertanyaan), hipersalivasi (1 pertanyaan), dan kelemahan motorik (1 pertanyaan). Total pertanyaan terkait pertumbuhan dan perkembangan anak tuna

grahita sebanyak 6 pertanyaan dan dicantumkan dalam lembar observasi yang dilakukan oleh peneliti.

4. Kuesioner B terkait pengetahuan orang tua tentang tuna grahita terdiri dari pertanyaan tentang definisi, jenis/klasifikasi tuna grahita, tanda-tanda fisik, perkembangan, dan kebutuhan anak tuna grahita berjumlah 10 pertanyaan yang dikembangkan oleh peneliti. Hasil ukur adalah tingkat pengetahuan tinggi dan pengetahuan rendah dengan skala ukur yang digunakan nominal. Hasil ukur dengan skor total 10 dengan skor jawaban salah = 0 dan skor jawaban benar = 1. Skala ukur yang digunakan nominal, dengan kategori yaitu 0 = tingkat pengetahuan rendah bila skor total < 8 dan 1 = tingkat pengetahuan tinggi bila skor total ≥ 8 .
5. Kuesioner C tentang pola asuh orang tua yang terdiri dari pertanyaan-pertanyaan yang mewakili pola asuh yang diterapkan orang tua pada anak tuna grahita yaitu otoriter, demokratis, dan permisif dengan jumlah pertanyaan 8 buah berdasarkan kuesioner yang dikembangkan oleh Hiryadi (2007). Kuesioner ini dimodifikasi oleh peneliti sesuai dengan kebutuhan penelitian. Kuesioner menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban tidak pernah = skor 1, jarang = skor 2, dan sering/selalu = 3. Hasil ukur dengan skor total 8-24, dengan kategori pola asuh otoriter bila skor antara 8 - 13, demokratis bila skor antara 14 - 19, dan permisif bila skor antara 20 - 24.
6. Karakteristik lingkungan
Kuesioner D tentang karakteristik lingkungan merupakan pertanyaan tentang dukungan guru dan tenaga kesehatan dan penggunaan alat bantu pada anak tuna grahita yang diberikan kepada responden terkait kemampuan perawatan diri. Terdapat 5 pertanyaan yang menilai dukungan guru dan tenaga kesehatan dengan skor total 15 dan 4 pertanyaan terkait alat bantu yang digunakan anak tuna grahita. Pilihan yang dapat dipilih oleh responden terdiri dari tidak pernah = 1, jarang = 2, dan sering/selalu = 3 untuk pertanyaan dukungan guru dan tenaga kesehatan dan tidak pernah = 3, jarang = 2, dan selalu = 1 untuk

pertanyaan alat bantu yang digunakan oleh anak tuna grahita. Hasil ukur skor dukungan guru adalah 3-9, skor dukungan tenaga kesehatan 3-6 dengan skala ukur nominal, selanjutnya dibuat dalam bentuk kategori yaitu 0= dukungan rendah bila skor < 12 dan 1= dukungan tinggi bila skor \geq 12. Hasil ukur penggunaan alat bantu menggunakan prosentase jumlah anak tuna grahita yang menggunakan atau tidak menggunakan alat bantu.

7. Kemampuan melakukan perawatan diri anak tuna grahita yang terdiri dari pertanyaan yang mengukur kemampuan anak tuna grahita dalam melakukan perawatan diri. Kuesioner E disusun berdasarkan modifikasi dari PEDI Instruments yang dikembangkan oleh Østensjo *et al.* (2006) dan *Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire* (SPQ) yang dikembangkan oleh Moore (1995), dimana pertanyaan-pertanyaan tentang kemampuan perawatan diri anak tuna grahita disusun berdasarkan identifikasi kemampuan fungsional melalui penguasaan ketrampilan dan penampilan/kompetensi yang diperlihatkan oleh anak (PEDI Instrumen) mencakup kegiatan perawatan diri sehari-hari pada anak dengan disabilitas meliputi 32 item terkait perawatan diri, 15 item pada kemampuan mobilisasi, 14 item pada fungsi sosial. Pertanyaan dibuat dengan menggunakan skala Likert dengan poin 1-3. Jawaban yang disediakan adalah tidak pernah, jarang, dan sering/selalu.

Peneliti menggunakan kuesioner berdasarkan modifikasi dari PEDI Instrumen karena untuk mengukur kemampuan anak dengan disabilitas, termasuk anak tuna grahita dalam melakukan kegiatan sehari-hari (Østenjo *et al.*, 2006). Sedangkan SPQ adalah instrumen yang dikembangkan berdasarkan teori perawatan diri Orem yang meliputi kebutuhan perawatan diri akan kebutuhan universal, perkembangan, dan penyimpangan kesehatan. Instrumen ini juga dianggap mampu memberikan informasi yang relevan terkait perilaku perawatan diri yang sesuai dengan kurikulum di sekolah anak (Jaimovich *et al.*, 2009). Kemampuan melakukan perawatan diri anak tuna grahita meliputi aspek

kebutuhan perawatan diri universal, kebutuhan perawatan diri sesuai perkembangan anak dan kebutuhan perawatan diri pada kondisi adanya penyimpangan kesehatan. Hasil ukur menggunakan total nilai pengukuran dengan skor 63-189.

4.4. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner akan dilakukan pada responden dengan mengundang orang tua siswa/anak tuna grahita datang ke sekolah untuk diberikan penjelasan mengenai penelitian yang dilakukan. Bila tidak memungkinkan karena keterbatasan waktu responden atau pihak sekolah maka peneliti akan melakukan kontrak untuk melakukan kunjungan rumah.

Langkah awal yang dilakukan adalah menetapkan responden dan mengundang responden datang ke sekolah, kemudian responden akan diberikan penjelasan tentang penelitian meliputi tujuan, manfaat, kewajiban dan hak responden serta diberi penjelasan tentang cara mengisi kuesioner. Kemudian peneliti memberi kesempatan kepada responden untuk berpikir sejenak, apabila responden telah mengerti maka peneliti meminta responden untuk menandatangani surat persetujuan menjadi responden (*informed consent*). Selama responden mengisi kuesioner, peneliti atau asisten peneliti selalu mendampingi responden.

4.5. Validitas dan Reliabilitas

Sebelum Instrumen digunakan, peneliti melakukan uji validitas dan reabilitas terhadap kuesioner. Validitas adalah Instrumen sebagai alat ukur benar-benar mampu mengukur apa yang seharusnya diukur (Pollit & Beck, 2006). Validitas isi menggambarkan atau menilai bahwa instrumen yang digunakan benar-benar mengukur konsep yang harus diukur. Validitas kriteria menilai apakah ada hubungan antara nilai dalam instrumen yang digunakan untuk mengukur subyek dengan perilaku subyek yang nyata.

Terdapat dua jenis validitas kriteria yaitu *predictive* dan *concurrent*. *Predictive validity* adalah kemampuan instrumen untuk mengukur perilaku seseorang berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan, sedangkan *concurrent validity* menggambarkan tingkat hubungan antara dua pengukuran dari konsep yang sama dan pada waktu yang sama, apabila menunjukkan adanya hubungan antara dua pengukuran tersebut, maka angka korelasi akan tinggi (Pollit & Beck, 2006). Berikutnya adalah validitas konstruk, yaitu apabila pertanyaan tersebut mempunyai korelasi yang bermakna atau berarti semua ítem pertanyaan yang ada dalam kuesioner mampu mengukur konsep yang akan diukur. Kemudian dilanjutkan dengan menghitung korelasi dengan menggunakan korelasi *Pearson's Product Moment* (Pollit & Beck, 2006).

Uji validitas yang peneliti lakukan adalah uji validitas terkait isi atau konten pada ahli yang mempunyai kompetensi terkait anak dengan kebutuhan khusus atau tuna grahita, hal ini dilakukan dengan berkonsultasi melalui pembimbing. Kemudian uji validitas konstruk yang menggambarkan tingkat hubungan antara dua pengukuran dari konsep yang sama dan pada waktu yang sama. Uji korelasi yang digunakan adalah dengan korelasi *Pearson Product Moment*. Uji coba instrumen dilakukan pada 32 responden atau orang tua siswa tuna grahita yang bersekolah di program inklusi, yaitu siswa program inklusi di SDN 5 Arcawinangun Purwokerto. Korelasi ini dihitung dengan rumus *Product Moment (Pearson)* (Arikunto, 2006) sebagai berikut :

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{\{n \sum x^2 - (\sum x)^2\} \{n \sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

Keterangan :

- r_{xy} = Koefisien Korelasi *Product Moment* antara x dan y
- x = Skor pertanyaan setiap nomor
- y = Skor total

n = Jumlah responden

dengan *degree of freedom* (df) = $(n-2)$ dan $\alpha = 0,05$ maka :

1. Jika r hitung $>$ r tabel maka pertanyaan valid
2. Jika r hitung $<$ r tabel maka pertanyaan tersebut dinyatakan tidak valid

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap fenomena yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama. Untuk menguji tingkat reliabilitas dapat dilakukan yaitu pertama dengan *stability* yaitu dengan cara *test-retest reliability* dan *parallel*, kedua dengan *homogeneity* melalui cara korelasi, *Split-half reliability*, *Kuder-Richardson coefficient* dan *Cronbach's alpha*. Ketiga dengan cara *equivalence* yaitu *parallel* dan *interrater reliability*.

Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama, akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2008). Untuk itulah perlu dilakukan uji reliabilitas untuk mengukur kuesioner yang disebarkan kepada responden handal atau tidak. Jadi uji reliabilitas bertujuan untuk mengukur stabilitas dan konsistensi variabel-variabel yang diukur melalui kuesioner. Hasil uji reliabilitas akan menunjukkan sejauh mana pengukuran ini dapat memberi hasil yang relatif tidak berubah bila dilakukan kembali terhadap obyek yang sama. Dalam penelitian ini uji reliabilitas dilakukan dengan teknik *Cronbach's Alpha* (α). Rumus umumnya adalah sebagai berikut (Arikunto, 2006):

$$r = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma b^2}{\sigma^2} \right)$$

Keterangan :

r = Koefisien *Cronbach's Alpha*

k = Banyaknya butir pertanyaan

$\sum \sigma b^2$ = Jumlah varian butir

σ^2 = varian total

Dengan *degree of freedom* (n-2) dan $\alpha = 0,05$ maka :

1. r hitung > r tabel maka pertanyaan dinyatakan reliabel
2. r hitung \leq r tabel maka pertanyaan dinyatakan tidak reliabel

Pada penelitian ini uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada 32 responden untuk semua kuesioner yang digunakan. Pertanyaan atau pernyataan yang memiliki nilai validitas di bawah r tabel tidak diikuti dalam proses analisis (nilai r tabel dengan n = 32 adalah 0,349) kecuali untuk pernyataan yang dianggap penting. Hasil uji validitas dan reliabilitas secara lengkap ditampilkan dalam tabel berikut:

Tabel 4.1
Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian

| Kuesioner | Jumlah item sebelum perbaikan | Jumlah item setelah perbaikan | Nilai Validitas | Nilai Reliabilitas |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| Pengetahuan Orang tua | 15 | 10 | 0,204 – 0,656 | 0,663 |
| Pola Asuh Orang tua | 15 | 8 | 0,324 – 0,569 | 0,598 |
| Dukungan Guru dan Tenaga Kesehatan | 5 | 5 | 0,393 – 0,782 | 0,662 |
| Keamanan Lingkungan dan Alat Bantu | 5 | 5 | 0,477 – 0,829 | 0,784 |
| Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita | 73 | 63 | 0,133 – 0,807 | 0,965 |

4.6. Pengolahan Data

Setelah data terkumpul, peneliti melakukan pengolahan data dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. *Editing*, bertujuan untuk mengecek kelengkapan data yang telah diisi oleh responden. Instrumen yang telah diisi oleh responden diperiksa terhadap kelengkapan isinya, kebenaran, dapat terbaca dan ketepatan dalam penulisannya.
2. *Coding*, merupakan proses pemberian kode pada setiap variabel. Hal ini bertujuan untuk memudahkan analisis data dan proses tabulasi. Data yang diberi kode adalah jenis kelamin, pendidikan orang tua, pendapatan dan pendidikan orang tua, pengetahuan orang tua,

kelemahan motorik pada tubuh anak tuna grahita, dukungan dari guru dan tenaga kesehatan dan kemampuan melakukan perawatan diri.

3. *Entry data* merupakan proses memasukkan data-data ke dalam komputer dengan menggunakan program/*software* analisis data. Data yang dimasukkan meliputi kode responden, usia anak dan orang tua, jenis kelamin anak, pendidikan orang tua, pendapatan orang tua, pekerjaan orang tua, nilai total skor pengetahuan orang tua, dukungan guru dan tenaga kesehatan dan kemampuan melakukan perawatan diri.
4. *Processing*, merupakan pemrosesan data yang sudah di dimasukkan untuk dianalisis. Meliputi uji univariat, bivariat, dan multivariat dengan menggunakan *software* komputer yang tersedia.
5. *Cleaning*, hal ini bertujuan untuk membersihkan atau menghilangkan dan membebaskan data dari kesalahan sebelum dilakukan analisis data.

4.7. Analisis Data

Analisis data dilakukan untuk memperoleh risiko relatif. Istilah risiko relatif adalah perbandingan antara pengaruh (efek) pada kelompok dengan risiko. Pada studi *cross sectional*, risiko relatif yang diperoleh bukan risiko relatif murni, melainkan estimasi risiko relatif yang diperoleh melalui menghitung rasio prevalens. Rasio prevalens adalah perbandingan antara jumlah subyek dengan penyakit (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Analisis data terdiri dari analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

1. Analisis univariat untuk masing-masing variabel, dimana data yang bersifat kategorik yaitu jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan orang tua disajikan dalam bentuk frekuensi dan presentase. Khusus untuk data numerik yaitu usia anak, usia ayah-ibu, pengetahuan, pola asuh, dukungan guru dan tenaga kesehatan, keamanan lingkungan dan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita ditampilkan dengan nilai rerata (*mean*), dan nilai tengah (*median*). Semua data dianalisis dengan bantuan *software* statistik dan disimpulkan secara deskriptif.

2. Analisis bivariat untuk menilai hubungan antar variabel bebas dengan variabel terikat dan variabel perancu dengan variabel terikat, uji yang akan digunakan uji adalah uji *Chi-Square*.

Tabel 4.2.

Analisis Bivariat Variabel Penelitian

| Variabel Bebas | Variabel Terikat | Uji yang digunakan |
|--|--|--------------------|
| 1. Karakteristik orang tua a. Usia b. Pendidikan c. Status ekonomi d. Pengetahuan e. Pola asuh | Kemampuan perawatan diri anak tuna grahita | <i>Chi-Square</i> |
| 2. Karakteristik lingkungan a. Dukungan guru b. Dukungan tenaga kesehatan c. Penggunaan alat bantu d. Keamanan lingkungan | Kemampuan perawatan diri anak tuna grahita | <i>Chi-Square</i> |
| 3. Karakteristik anak a. Usia b. Jenis kelamin c. Kondisi fisik d. Kemampuan kognitif e. Pertumbuhan f. Perkembangan | Kemampuan perawatan diri anak tuna grahita | <i>Chi-Square</i> |

3. Analisis multivariat untuk menilai variabel mana yang mempunyai hubungan yang signifikan dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita akan dianalisis dengan uji regresi logistik.

- Diawali dengan tahap uji seleksi kandidat dengan analisis bivariat. Pada tahap ini yang masuk dalam tahap selanjutnya adalah variabel yang mempunyai nilai $p < 0,25$.
- Pemodelan multivariat pada tahap ini, variabel yang mempunyai nilai $p > 0,05$ dikeluarkan dari pemodelan secara bertahap. Diawali dari variabel yang mempunyai nilai p terbesar satu per satu.
- Uji interaksi, menganalisis adanya interaksi antara variabel karakteristik orang tua dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada Bab V ini diuraikan hasil penelitian tentang analisis faktor determinan yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah.

5.1. Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini adalah orang tua dari anak tuna grahita yang terdaftar di SLB YAKUT Purwokerto dan SLB KUNCUP MAS Banyumas. Jumlah responden yang terlibat dalam penelitian sebanyak 65 responden.

5.1.1. Gambaran Karakteristik Orang Tua dengan Anak Tuna Grahita

Hasil tabel 5.1 memperlihatkan bahwa dari 65 responden (orang tua dari anak tuna grahita), mayoritas orang tua mempunyai pendidikan terakhir SMA (52,3%). Sedangkan, orang tua dengan pendidikan Akademi/Perguruan Tinggi hanya ada sebanyak 13,8%. Untuk pekerjaan ayah, mayoritas ayah dengan anak tuna grahita bekerja sebagai karyawan swasta yaitu sebanyak 27,7% dan ayah yang bekerja sebagai petani menjadi jumlah terkecil yaitu 4 orang (6,2%). Hasil analisis juga memperlihatkan mayoritas pekerjaan ibu dengan anak tuna grahita adalah ibu rumah tangga yaitu sebanyak 49 orang (75,4%) dan sebagai petani menjadi jumlah terkecil yaitu sebanyak 2 orang (3,1%). Tabel tersebut juga memperlihatkan mayoritas keluarga dengan anak tuna grahita mempunyai pengeluaran kurang dari Rp 1.500.000,00 yaitu sebanyak 69%.

Hasil analisis juga mendapatkan rerata usia ayah dengan anak tuna grahita adalah 46,6 tahun \pm 7,308 dan usia minimum 33 tahun serta usia maksimum 67 tahun, sedangkan untuk usia ibu mempunyai rerata 42,2 tahun \pm 6,443 dan usia termuda 28 tahun serta usia tertua 59 tahun. Hasil analisis setelah usia ayah dengan anak tuna grahita dikelompokkan menjadi

< 45 tahun dan \geq 45 tahun berdasarkan median usia ayah, didapatkan sebanyak 34 orang (52,3%) berusia < 45 tahun dan 31 orang (47,7%) berusia \geq 45 tahun. Hasil analisis juga menunjukkan usia ibu dengan anak tuna grahita setelah dikelompokkan menjadi < 42 tahun dan \geq 42 tahun berdasarkan rerata usia ibu, didapatkan sebanyak 31 orang (47,7) berusia < 42 tahun dan sebanyak 34 orang (52,3%) berusia \geq 42 tahun.

Tabel 5.1.
Distribusi Karakteristik Orang Tua Anak Tuna Grahita
di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah, April – Mei 2011 (n=65)

| No. | Karakteristik Demografi | Frekuensi | Persentase (%) |
|-----|--------------------------------|-----------|----------------|
| 1. | Usia Ayah | | |
| | a. < 45 tahun | 34 | 52,3 |
| | b. \geq 45 tahun | 31 | 47,7 |
| 2. | Usia Ibu | | |
| | a. < 42 tahun | 31 | 47,7 |
| | b. \geq 42 tahun | 34 | 52,3 |
| 3. | Pendidikan | | |
| | a. SD | 10 | 15,4 |
| | b. SMP | 12 | 18,5 |
| | c. SMA | 34 | 52,3 |
| | d. Akademi/PT | 9 | 13,8 |
| 4. | Pekerjaan Ayah | | |
| | a. Kerja lepas/tidak bekerja | 16 | 24,6 |
| | b. Petani | 4 | 6,2 |
| | c. Pedagang | 14 | 21,5 |
| | d. Karyawan swasta | 18 | 27,7 |
| | e. PNS | 13 | 20,0 |
| 5. | Pekerjaan Ibu | | |
| | a. Ibu rumah tangga | 49 | 75,4 |
| | b. Petani | 2 | 3,1 |
| | c. Pedagang | 9 | 13,8 |
| | d. PNS | 5 | 7,7 |
| 6. | Pengeluaran Keluarga Per Bulan | | |
| | a. < 500.000 | 11 | 16,9 |
| | b. 500.000 – 1.500.000 | 34 | 52,3 |
| | c. 1.600.000 – 2.500.000 | 10 | 15,4 |
| | d. $>$ 2.500.000 | 10 | 15,4 |
| 7. | Pola Asuh Orang tua | | |
| | a. Demokratis | 39 | 60 |
| | b. Permisif | 26 | 40 |
| 8. | Pengetahuan Orang tua | | |
| | a. Pengetahuan rendah | 24 | 36,9 |
| | b. Pengetahuan tinggi | 41 | 63,1 |

Hasil analisis juga memperlihatkan rerata total nilai pengetahuan orang tua tentang tuna grahita adalah $6,82 \pm 1,85$, nilai terendah 3 dan nilai tertinggi 10. Hasil estimasi interval 95% menunjukkan bahwa pengetahuan orang tua tentang tuna grahita diyakini berada pada rentang nilai 6,36 sampai dengan 7,27. Hasil analisis pengetahuan orang tua kemudian dilanjutkan dengan membagi nilai pengetahuan menjadi < 8 untuk pengetahuan rendah dan ≥ 8 untuk pengetahuan tinggi tentang tuna grahita.

Tabel 5.2
Distribusi Pengetahuan Orang Tua Tentang Tuna Grahita
di Kabupaten Banyumas, April – Mei 2011(n = 65)

| PENGETAHUAN ORANG TUA | JAWABAN |
|---|-----------|
| | Benar (%) |
| • Tuna grahita dapat dikelompokkan menjadi tuna grahita ringan, sedang, dan berat | 96,9 |
| • Tuna grahita adalah anak yang mempunyai kecerdasan di bawah rata-rata | 95,4 |
| • Anak tuna grahita mengalami kesulitan belajar di sekolah | 89,2 |
| • Anak tuna grahita mudah mendapatkan teman bermain yang sebaya | 73,8 |
| • Kata-kata yang diucapkan anak tuna grahita sulit dimengerti | 72,3 |
| • Anak tuna grahita mudah mengikuti perintah | 66,2 |
| • Anak tuna grahita membutuhkan bantuan penuh dalam melakukan aktivitas sehari-hari | 49,2 |
| • Tuna grahita tidak dapat disembuhkan | 47,7 |
| • Ciri-ciri anak tuna grahita antara lemah dalam menggerakkan tangan dan kaki | 46,2 |
| • Tu na grahita dapat disebabkan oleh kekurangan gizi | 44,6 |

Hasil analisis menunjukkan sebanyak 24 responden (36,9%) mempunyai pengetahuan yang rendah dan 41 responden (63,1%) mempunyai pengetahuan yang tinggi tentang tuna grahita. Hasil analisis pengetahuan orang tua tentang orang tua anak tuna grahita juga memperlihatkan bahwa mayoritas (96,6%) orang tua mengetahui tentang klasifikasi tuna grahita yang meliputi tuna grahita ringan, sedang, dan berat. Sedangkan, pengetahuan terkait penyebab tuna grahita hanya sebagian kecil (44,6%) orang tua yang mengetahui hal tersebut.

Hasil analisis variabel pola asuh orang tua menunjukkan bahwa pola asuh orang tua mempunyai rerata $18,88 \pm 1,941$ dan skor untuk pola asuh

terendah 13 dan tertinggi 23. Berdasarkan hasil skor, maka pola asuh orang tua anak tuna grahita dibagi menjadi 3 yaitu pola asuh otoriter bila skor 8-13, demokratis bila skor 14-19, dan permisif bila skor 20-24. Hasil analisis pada tabel 5.3 menunjukkan pola asuh mayoritas orang tua dengan anak tuna grahita adalah terdapat pada kategori pola asuh demokratis yaitu sebanyak 39 responden (60%).

Tabel 5.3
Distribusi Pola Asuh Orang Tua Terhadap Anak Tuna Grahita
Di Kabupaten Banyumas, April – Mei 2011 (n = 65)

| POLA ASUH ORANG TUA | JAWABAN | | |
|---|--------------|---------------|--------|
| | Tidak Pernah | Kadang-kadang | Selalu |
| | % | % | % |
| • Orang tua dapat menerima bila anak mengalami kegagalan | 7,7 | 44,6 | 47,7 |
| • Anak diberi kebebasan untuk memilih teman sesuka hati | 3,1 | 35,4 | 61,5 |
| • Anak dimarahi bila melakukan kesalahan | 10,8 | 76,9 | 12,3 |
| • Orang tua menyiapkan sendiri pakaian seragam yang akan dipakai ke sekolah | 7,7 | 38,5 | 53,8 |
| • Anak tidak boleh menolak perintah dari orang tua | 18,5 | 64,6 | 16,9 |
| • Orang tua memberikan pujian atas hasil kerja anak | - | 23,1 | 76,9 |
| • Orang tua memenuhi segala keinginan anak | 6,2 | 76,9 | 16,9 |
| • Orang tua memberikan kebebasan untuk bermain dengan teman | 3,1 | 38,5 | 58,5 |

Hasil analisis komponen pola asuh didapatkan bahwa mayoritas orang tua anak tuna grahita telah memberi kebebasan kepada anak untuk memilih dan bermain dengan teman yang disukai (61,5%), memberi pujian atas hasil kerja anak (76,9), dan memenuhi segala kebutuhan anak (76,9%). Namun, masih banyak orang tua yang menyiapkan pakaian seragam yang akan dipakai ke sekolah (53,8%) dan masih ada orang tua yang tidak pernah mau menerima kegagalan yang dilakukan anak (7,7%).

5.1.2. Gambaran Karakteristik Lingkungan Anak Tuna Grahita

Karakteristik lingkungan yang diteliti dalam penelitian ini adalah dukungan dari guru di sekolah, dukungan dari tenaga kesehatan, dan penggunaan alat bantu oleh anak tuna grahita.

5.1.2.1. Dukungan Guru dan Tenaga Kesehatan serta Keamanan Lingkungan Anak Tuna Grahita

Tabel 5.4
Distribusi Dukungan Guru dan Tenaga Kesehatan
Anak Tuna Grahita di kabupaten Banyumas,
April – Mei 2011 (n = 65)

| DUKUNGAN GURU DAN TENAGA KESEHATAN | JAWABAN | | |
|---|----------------------|------------------------|------------------------|
| | Tidak Pernah % | Kadang- kadang % | Selalu/ Sering % |
| a. Anak diajarkan kebersihan diri di sekolah | 3,1 | 15,4 | 81,5 |
| b. Anak pernah dibantu guru melakukan kebersihan diri di sekolah | 13,8 | 52,3 | 33,8 |
| c. Guru pernah melaporkan perkembangan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita | 16,9 | 41,5 | 41,5 |
| d. Orang tua pernah mendapatkan penyuluhan dan bimbingan dari tenaga kesehatan terkait perawatan diri anak tuna grahita | 35,4 | 49,2 | 15,4 |
| e. Penyuluhan yang pernah dilakukan sesuai dengan kebutuhan orang tua | 35,4 | 46,2 | 18,5 |

Hasil analisis berdasarkan distribusi karakteristik lingkungan anak tuna grahita mayoritas responden memilih jawaban Kadang-kadang dan Sering/Selalu (15 -80%) untuk menyatakan ada atau tidak dukungan dari lingkungan terhadap anak tuna grahita terkait kemampuan perawatan diri.

Tabel 5.5
Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Lingkungan
di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah, April – Mei 2011 (n=65)

| Dukungan Lingkungan dan Alat Bantu | Frekuensi | Persentase (%) |
|---------------------------------------|-----------|----------------|
| 1. Dukungan guru dan tenaga kesehatan | | |
| a. Dukungan rendah | 40 | 61,5 |
| b. Dukungan tinggi | 25 | 38,5 |
| 2. Alat bantu penglihatan | 6 | 9,2 |
| 3. Alat bantu pendengaran | 3 | 4,6 |
| 4. Alat bantu pergerakan | 5 | 7,7 |

Hasil analisis terkait dukungan guru dan tenaga kesehatan yang didapatkan rerata skor dukungan $10,86 \pm 2,121$ dan skor minimum - maksimum pada 5 - 15. Selanjutnya di kelompokkan menjadi 2 yaitu dukungan rendah dan dukungan tinggi berdasarkan rerata skor yang didapatkan. Hasil analisis memperlihatkan terdapat 40 responden (61,5%) dari total 65 responden yang menyatakan dukungan rendah terhadap anak tuna grahita sedangkan responden lainnya menyatakan dukungan tinggi terhadap anak tuna grahita yang diberikan oleh guru dan tenaga kesehatan.

Hasil analisis penggunaan alat bantu anak tuna grahita didapatkan dari 65 responden pada penggunaan alat bantu penglihatan terdapat hanya 6 anak (9,2%) yang memakai alat bantu penglihatan (kacamata). Anak tuna grahita yang menggunakan alat bantu pendengaran sebanyak 3 anak (4,6%) dan anak tuna grahita yang menggunakan alat bantu pergerakan (misal: kruk, kursi roda, dan lain-lain) hanya 5 anak (7,7%). Tidak ada anak tuna grahita yang terlibat dalam penelitian ini menggunakan alat bantu pernafasan.

5.1.3. Gambaran Karakteristik Anak Tuna Grahita

Tabel 5.6
Distribusi Karakteristik Anak Tuna Grahita
Di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah, April – Mei 2011 (n=65)

| No. | Karakteristik Demografi | Frekuensi | Persentase (%) |
|-----|---|-----------|----------------|
| 1. | Usia anak | | |
| | a. Usia sekolah awal (< 12 tahun) | 30 | 46,2 |
| | b. Usia sekolah lanjut (\geq 12 tahun) | 35 | 53,8 |
| 2. | Jenis kelamin | | |
| | a. Laki-laki | 40 | 61,5 |
| | b. Perempuan | 25 | 38,5 |
| 3. | Kelompok kelas | | |
| | a. C (tuna grahita ringan) | 32 | 49,2 |
| | b. C1 (tuna grahita sedang) | 33 | 50,8 |
| 4. | Struktur wajah | | |
| | a. Mongoloid | 11 | 16,9 |
| | b. Normal | 54 | 83,1 |
| 5. | Kekuatan motorik | | |
| | a. Ada kelemahan motorik | 29 | 44,6 |
| | b. Tidak ada kelemahan motorik | 36 | 55,4 |
| 6. | Hipersalivasi | | |
| | a. Ada hipersalivasi | 18 | 27,7 |
| | b. Tidak ada hipersalivasi | 47 | 72,3 |
| 7. | Tanda pre pubertas (anak perempuan) | | |
| | a. Menstruasi | 18 | 72 |
| | b. Belum menstruasi | 7 | 28 |
| 8. | Status gizi (IMT) anak | | |
| | a. <i>Underweight</i> | 37 | 56,9 |
| | b. <i>Normal</i> | 17 | 26,2 |
| | c. <i>Overweight</i> | 11 | 16,9 |

Hasil analisis karakteristik fisik 65 anak tuna grahita didapatkan anak tuna grahita dengan jenis kelamin laki-laki ada sebanyak 40 anak (61,5%). Untuk kelompok kelas, terdapat 33 anak (50,8%) yang berada di kelas C1 atau kategori tuna grahita sedang dan sebanyak 32 anak berada pada kelas C atau kategori tuna grahita ringan (49,2%). Pada struktur wajah Mongoloid atau tidak, terdapat 11 anak (16,9%) dengan struktur wajah Mongoloid dan sisanya (83,1%) memiliki struktur wajah non Mongoloid (normal). Anak tuna grahita yang mengalami hipersalivasi sebanyak 18 anak (27,7%). Pada perkembangan anak didapatkan 25 anak tuna grahita dengan jenis kelamin perempuan yang telah mengalami menstruasi ada sebanyak 18 anak (72%).

Hasil analisis usia anak tuna grahita didapatkan rerata usia $12,92 \text{ tahun} \pm 2,671$ dan usia minimum – maksimum pada 9-17 tahun. Hasil interval estimasi 95% diyakini bahwa usia anak tuna grahita di sekolah berada pada rentang usia 12,26 sampai dengan 13,58. Status gizi anak tuna grahita dapat dinilai dengan menggunakan indikator Indeks Massa Tubuh (IMT). IMT adalah hasil perbandingan antara berat badan (BB) dalam kilogram (Kg) dengan kuadrat tinggi badan (TB) anak dalam meter (m). Hasil analisis status gizi berdasarkan IMT anak tuna grahita didapatkan rerata IMT adalah $20,17 \pm 5,46$ dan IMT minimum 11,11 dan maksimum 34,03. Hasil interval estimasi 95% diyakini bahwa IMT anak tuna grahita berada pada rentang 18,32-21,52.

Berdasarkan rerata usia anak tuna grahita yang didapatkan, selanjutnya dikelompokkan mejadi usia anak < 12 tahun (usia sekolah awal) dan ≥ 12 tahun (usia sekolah lanjut). Hasil analisis didapatkan anak tuna grahita usia < 12 tahun ada sebanyak 30 anak (46,2%). Hasil analisis IMT anak tuna grahita kemudian diklasifikasikan menjadi 3 kelompok yaitu *underweight* (BB kurang) bila skor IMT < 20 , normal (BB sesuai) bila skor IMT antara 20 - 25, dan *overweight* (BB lebih) bila skor IMT > 25 . Anak tuna grahita yang mengalami *underweight* ada sebanyak 37 anak (56,9%), normal sebanyak 17 anak (26,2%) dan *overweight* sebanyak 11 anak (16,9%).

5.1.4. Gambaran Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita

Kemampuan perawatan diri anak tuna grahita dinilai melalui kemampuan untuk melakukan 9 area perawatan diri yaitu kebersihan diri, makan dan minum, berpakaian, mobilisasi/pergerakan, sosialisasi, membantu pekerjaan rumah tangga dan perlindungan diri. Hasil analisis kemampuan perawatan diri anak tuna grahita dalam penelitian ini dijelaskan dalam tabel dibawah ini:

Tabel 5.7
Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Area
Ketidakmampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita
di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah, April – Mei 2011 (n=65)

| Jumlah Area Ketidakmampuan Perawatan Diri | N | (%) |
|---|----|------|
| 2 | 2 | 3,1 |
| 3 | 7 | 10,8 |
| 4 | 5 | 7,7 |
| 5 | 7 | 10,8 |
| 6 | 4 | 6,2 |
| 7 | 15 | 23,1 |
| 8 | 12 | 18,5 |
| 9 | 13 | 20,0 |

Tabel 5.7 memperlihatkan jumlah area kemampuan perawatan diri yang belum mampu dilakukan oleh anak tuna grahita tanpa bantuan dari orang lain. Hasil analisis menunjukkan bahwa anak tuna grahita yang telah mampu melakukan aktivitas perawatan diri tanpa bantuan di 7 area sebanyak 3,1%, 6 area sebanyak 10,8%, 5 area sebanyak 7,7%. Sedangkan anak tuna grahita yang hanya mampu melakukan aktivitas perawatan diri kurang dari 3 area sebanyak 61,6%. Tingkat kemampuan perawatan diri anak tuna grahita selanjutnya dikelompokkan berdasarkan jumlah area kegiatan perawatan diri yang dilakukan oleh anak tuna grahita dengan dan tanpa bantuan dari orang lain, yaitu kemampuan perawatan diri rendah jika anak tidak mampu mandiri pada 7-9 area (61,6%) dan kemampuan perawatan diri tinggi jika anak tidak mampu mandiri pada kurang dari 7 area (38,4%).

Tabel 5.8
Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita
di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah, April – Mei 2011 (n=65)

| Kemampuan Perawatan Diri | Frekuensi | Persentase (%) |
|--------------------------|-----------|----------------|
| Rendah | 40 | 61,6 |
| Tinggi | 25 | 38,4 |

5.2. Hubungan Faktor Eksternal (Karakteristik Orang Tua dan Lingkungan) dan Internal (Karakteristik Anak) terhadap Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel bebas yaitu: karakteristik orang tua, lingkungan, dan anak tuna grahita dengan variabel terikat yaitu kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

5.2.1. Hubungan Karakteristik Orang Tua dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita

Tabel 5.9
Hubungan Karakteristik Orang tua dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah, April – Mei 2011 (n = 65)

| Karakteristik Orang Tua | Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita | | | | OR | P value |
|-------------------------|--|------|--------|------|-------|---------|
| | Rendah | | Tinggi | | | |
| | N | % | N | % | | |
| Usia Ayah | | | | | | |
| a. < 45 tahun | 20 | 58,8 | 14 | 41,2 | 0,786 | 0,638 |
| b. ≥ 45 tahun | 20 | 64,5 | 11 | 35,5 | | |
| Usia Ibu | | | | | | |
| a. < 42 tahun | 18 | 58,1 | 13 | 41,9 | 1,339 | 0,559 |
| b. ≥ 42 tahun | 22 | 64,7 | 12 | 35,3 | | |
| Pendidikan Orang tua | | | | | | |
| a. Pendidikan rendah | 17 | 77,3 | 5 | 22,7 | 2,957 | 0,062* |
| b. Pendidikan tinggi | 23 | 53,5 | 20 | 46,5 | | |
| Pekerjaan Ayah | | | | | | |
| a. Bekerja tidak tetap | 22 | 64,7 | 12 | 35,3 | 1,324 | 0,583 |
| b. Bekerja tetap | 18 | 58,1 | 13 | 41,9 | | |
| Pekerjaan Ibu | | | | | | |
| a. Ibu rumah tangga | 32 | 65,3 | 17 | 34,7 | 1,882 | 0,275 |
| b. Bekerja | 8 | 50 | 8 | 50 | | |
| Pengeluaran Keluarga | | | | | | |
| a. ≤ Rp 1.500.000 | 28 | 62,2 | 17 | 37,8 | 1,098 | 0,865 |
| b. > Rp 1.500.000 | 12 | 60 | 8 | 40 | | |
| Pengetahuan Orang tua | | | | | | |
| a. Pengetahuan rendah | 15 | 62,5 | 9 | 37,5 | 1,067 | 0,903 |
| b. Pengetahuan tinggi | 25 | 61 | 16 | 39 | | |
| Pola Asuh Orang tua | | | | | | |
| a. Demokratis | 23 | 59 | 16 | 41 | 0,761 | 0,603 |
| b. Permisif | 17 | 65,4 | 9 | 34,6 | | |

* masuk ke analisis multivariat

Pada tabel 5.9, hasil analisis uji statistik *Chi-Square* menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara karakteristik orang tua (usia ayah, usia ibu, pendidikan terakhir orangtua, pekerjaan ayah, pekerjaan ibu, pengeluaran keluarga, pengetahuan orang tua dan pola asuh orang tua) terhadap kemampuan perawatan diri anak tuna grahita ($p > 0,05$).

5.2.2. Hubungan Karakteristik Lingkungan dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita

Untuk melihat hubungan antara karakteristik lingkungan (dukungan guru dan tenaga kesehatan, keamanan lingkungan dan penggunaan alat bantu) dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita, uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-Square*, hasil analisa dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.10
Hubungan Karakteristik Lingkungan dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah April – Mei 2011 (n = 65)

| Variabel bebas | Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita | | | | OR | P value |
|------------------------------------|--|------|--------|------|-------|---------|
| | Rendah | | Tinggi | | | |
| | N | % | N | % | | |
| Dukungan guru dan tenaga kesehatan | | | | | | |
| a. Rendah | 20 | 71,4 | 8 | 28,6 | 2,125 | 0,154* |
| b. Tinggi | 20 | 54,1 | 17 | 45,9 | | |
| Penggunaan alat bantu | | | | | | |
| a. Tidak memakai | 32 | 59,3 | 22 | 40,7 | 1,883 | 0,403 |
| b. Memakai | 8 | 72,7 | 3 | 27,3 | | |

* masuk ke analisis multivariat

Pada tabel 5.10 menunjukkan hasil uji statistik *Chi-Square* antara karakteristik lingkungan dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita tidak terdapat hubungan yang bermakna ($p > 0,05$).

5.2.3. Hubungan Karakteristik Anak dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita

Untuk melihat hubungan antara karakteristik anak (usia, jenis kelamin, kelompok kelas, struktur wajah, kekuatan motorik, hipersalivasi, status

gizi/IMT dan perkembangan/tanda pre pubertas) dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita, uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-Square*, hasil analisa dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11
Hubungan Karakteristik Anak dengan
Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita
di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah, April – Mei 2011 (n = 65)

| Karakteristik Anak | Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita | | | | OR | P value |
|-----------------------------------|--|------|--------|------|-------|---------|
| | Rendah | | Tinggi | | | |
| | N | % | N | % | | |
| Usia anak | | | | | | |
| a. Usia sekolah awal | 24 | 80,0 | 6 | 20,0 | 4,750 | 0,005* |
| b. Usiasekolah lanjut | 16 | 45,7 | 19 | 54,3 | | |
| Jenis kelamin | | | | | | |
| a. Laki-laki | 22 | 55,0 | 18 | 45,0 | 0,475 | 0,177* |
| b. Perempuan | 18 | 72,0 | 7 | 28,0 | | |
| Kelompok kelas | | | | | | |
| a. C (tuna grahita ringan) | 16 | 50,0 | 9 | 27,3 | 2,667 | 0,060* |
| b. C1 (tuna grahita sedang) | 24 | 72,7 | 16 | 50,0 | | |
| Struktur wajah | | | | | | |
| a. Mongoloid | 11 | 100 | 0 | 0 | - | 0,005* |
| b. Normal | 29 | 53,7 | 25 | 46,3 | | |
| Kelemahan motorik | | | | | | |
| a. Ada | 23 | 79,3 | 6 | 20,7 | 4,284 | 0,008* |
| b. Tidak ada | 17 | 47,2 | 19 | 52,8 | | |
| Hipersalivasi | | | | | | |
| a. Ada | 14 | 77,8 | 4 | 22,2 | 2,827 | 0,096* |
| b. Tidak ada | 26 | 55,3 | 21 | 44,7 | | |
| Status gizi | | | | | | |
| a. Underweight | 32 | 66,7 | 16 | 33,3 | 2,250 | 0,153* |
| b. Normal (IMT1) | 8 | 47,1 | 9 | 52,9 | | |
| c. Overweight (IMT2) | 8 | 72,7 | 3 | 27,3 | 0,545 | 0,403 |
| Perkembangan (tanda pre pubertas) | | | | | | |
| a. Belum menstruasi | 11 | 73,3 | 4 | 26,7 | 1,179 | 1,000 |
| b. Menstruasi | 7 | 70,0 | 3 | 30,0 | | |

* masuk ke analisis multivariat

Pada tabel 5.11, dapat terlihat bahwa hasil analisis uji statistik *Chi-Square* menunjukkan tidak terdapat hubungan bermakna antara karakteristik anak (jenis kelamin, kelompok kelas, hipersalivasi, status gizi, dan perkembangan anak dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita ($p > 0,05$). Dan terdapat hubungan bermakna antara karakteristik anak (usia anak, struktur wajah dan kekuatan motorik) dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita ($p < 0,05$).

5.3. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan perawatan diri anak tuna grahita. Analisis statistik yang digunakan adalah analisis regresi logistik pada tingkat kepercayaan 95%, sebelum dilakukan analisis multivariat maka terlebih dulu ditentukan variabel yang akan masuk dalam model melalui analisis bivariat. Variabel bebas yang akan masuk sebagai kandidat dalam model adalah variabel yang mempunyai hubungan dengan variabel terikat dengan nilai $p \leq 0,25$. Jika dilihat dari tabel 5.9; 5.10 dan 5.11, maka variabel bebas yang masuk sebagai kandidat dalam model adalah variabel karakteristik orang tua, yaitu pendidikan orang tua, karakteristik lingkungan yaitu dukungan guru dan tenaga kesehatan serta variabel karakteristik anak, yaitu usia anak, jenis kelamin anak, kelompok kelas, struktur wajah, kekuatan motorik, hipersalivasi dan status gizi anak (IMT).

Tabel 5.12
Hasil Seleksi Bivariat Uji Regresi Logistik Variabel Karakteristik Responden terhadap Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah, April – Mei 2011

| No. | Variabel | P value |
|-----|------------------------------------|---------|
| 1. | Pendidikan orang tua | 0,062 |
| 2. | Dukungan guru dan tenaga kesehatan | 0,211 |
| 3. | Usia anak | 0,005 |
| 4. | Jenis kelamin | 0,171 |
| 5. | Kelompok kelas | 0,060 |
| 6. | Struktur wajah | 0,005 |
| 7. | Kekuatan motorik | 0,008 |
| 8. | Hipersalivasi | 0,096 |
| 9. | Status gizi anak (IMT1) | 0,153 |

5.3.1. Pemodelan Multivariat

Tabel 5.13
Pemodelan Multivariat Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita di Kabupaten Banyumas, April – Mei 2011 (n = 65)

| No. | Variabel | B | Wald | P value | OR | 95% CI |
|-----|-------------------------|--------|-------|---------|--------|---------------|
| 1. | Pendidikan orang tua | 2,348 | 5,010 | 0,025 | 10,463 | 1,34 - 81,75 |
| 2. | Dukungan guru dan nakes | 0,190 | 0,042 | 0,838 | 1,209 | 0,19 - 7,47 |
| 3. | Usia anak | 2,875 | 8,334 | 0,004 | 17,732 | 2,52 - 124,89 |
| 4. | Jenis kelamin | -1,199 | 1,509 | 0,219 | 0,302 | 0,05 - 2,04 |
| 5. | Kelompok kelas | -0,028 | 0,001 | 0,980 | 0,973 | 0,11 - 8,34 |
| 6. | Struktur wajah | 23,358 | 0,000 | 0,998 | 1E+010 | 0,000 - |
| 7. | Kekuatan motorik | 0,689 | 0,470 | 0,493 | 1,991 | 0,28 - 14,25 |
| 8. | Hipersalivasi | 1,293 | 1,286 | 0,257 | 3,645 | 0,39 - 34,08 |
| 9. | Status gizi (IMT) | | 4,349 | 0,114 | | |
| | Status gizi (IMT1) | 1,899 | 2,521 | 0,112 | 0,676 | 0,64 - 69,54 |
| | Status gizi (IMT2) | 3,092 | 4,267 | 0,039 | 22,016 | 1,17 - 413,77 |

Setelah dilakukan 5 tahap lanjut analisis dengan uji Regresi Logistik didapatkan model akhir sebagai berikut:

Tabel 5.14
Hasil Analisis Akhir Pemodelan Multivariat Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita di Kabupaten Banyumas, April – Mei 2011 (n = 65)

| No. | Variabel | B | Wald | P value | OR | 95% CI |
|-----|----------------------|--------|--------|---------|-------|----------------|
| 1. | Pendidikan orang tua | 1,138 | 2,916 | 0,088 | 3,121 | 0,845 - 11,522 |
| 2. | Usia anak | 1,546 | 6,274 | 0,12 | 4,695 | 1,400 - 15,746 |
| 3. | Kekuatan motorik | 1,563 | 1,563 | 0,012 | 4,772 | 1,401 - 16,249 |
| | Constant | -3,110 | 13,077 | 0,000 | 0,45 | |

Hasil analisis multivariat pada Tabel 5.14 memperlihatkan ada 2 faktor yang mempunyai *P value* > 0,25 yaitu faktor umur anak dan pendidikan orang tua. Namun, berdasarkan konsep teori kedua faktor tersebut penting dalam hubungannya dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita, maka kedua faktor tersebut tetap berada di dalam model multivariat. Pada tabel terlihat bahwa kedua faktor tersebut dapat mempengaruhi kemampuan

perawatan diri pada anak tuna grahita sebesar 3 kali menjadi lebih baik (OR umur anak = 4,69 dan OR pendidikan orang tua = 3,12). Pada tabel tersebut terlihat faktor yang berhubungan paling dominan dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita adalah faktor kekuatan motorik dengan P value = 0,012 dan OR = 4,77 dan berarti anak tuna grahita tanpa kelemahan motorik mempunyai kemampuan perawatan diri lebih baik sebesar 5 kali bila dibandingkan anak tuna grahita dengan kelemahan motorik.

5.3.2. Uji Interaksi

Uji interaksi dilakukan untuk menilai apakah ada interaksi antara variabel pendidikan orang tua, usia anak, dan kekuatan motorik pada anak tuna grahita. Hasil uji interaksi didapatkan nilai P value = 0,10 (lampiran), berarti lebih besar dari 0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada interaksi antar variabel yang masuk ke dalam pemodelan. Dengan demikian pemodelan telah selesai, model yang valid adalah model tanpa ada interaksi (Hastono, 2007).

Hasil analisis multivariat ternyata variabel yang berhubungan bermakna dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita adalah pendidikan orang tua, usia anak, dan kekuatan motorik pada anak tuna grahita. Pada tabel 5.15 terlihat bahwa variabel kondisi fisik anak tuna grahita mempunyai hubungan paling bermakna dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita dengan nilai OR = 4,77 artinya anak tuna grahita tanpa kelemahan motorik akan mempunyai kemampuan perawatan diri yang lebih baik sebesar 5 kali lebih baik dibandingkan anak tuna grahita dengan kelemahan motorik setelah dikontrol pendidikan orang tua dan usia anak tuna grahita.

BAB 6

PEMBAHASAN

Sistematika pembahasan hasil penelitian ini dibagi menjadi tiga hal pokok yaitu: interpretasi dan diskusi, keterbatasan penelitian, dan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan, penelitian serta pendidikan keperawatan.

6.1. Interpretasi dan Diskusi

6.1.1. Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita

Kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita usia 9 – 17 tahun pada penelitian ini mayoritas berada pada kategori kemampuan perawatan diri yang rendah. Pada penelitian ini didapatkan anak tuna grahita yang telah mampu melakukan perawatan diri tanpa bantuan di lebih dari 2 area sebanyak 38,6% dan sisanya masih membutuhkan bantuan.

Karakteristik anak tuna grahita menurut Sandra (2010) salah satunya adalah mengalami kesulitan dalam melakukan perawatan diri dan hidup bermasyarakat. Dan anak dengan disabilitas yang parah dapat menjadi sangat tergantung pada orang tua atau pengasuh (Harvey, 2004). Sebaliknya, pada penelitian Buckley *et al.* (2006) melaporkan bahwa anak *Down Syndrome* (DS) yang bersekolah di sekolah pendidikan khusus memperlihatkan kemampuan sosialisasi dan perawatan diri yang sangat baik, namun mengalami keterlambatan dalam kemampuan komunikasi.

Penelitian ini mengamati kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita usia 9-17 tahun yang bersekolah di Sekolah Luar Biasa (SLB) dan mendapatkan bahwa anak tuna grahita dalam penelitian ini terkategori mempunyai kemampuan perawatan diri rendah berdasarkan area kegiatan perawatan diri yang dapat dilakukan oleh anak tanpa bantuan, kuesioner tersebut adalah skala modifikasi dari PEDI. Skala modifikasi PEDI bukanlah instrumen pengukuran murni pada setiap area kemampuan perawatan diri pada anak, melainkan menggunakan perhitungan jumlah

skor total untuk menggambarkan kemampuan perawatan diri (Østenjø *et al.*, 2005).

Kemampuan perawatan diri anak tuna grahita terkategori rendah, masih membutuhkan bantuan di sebagian besar area dan memperlihatkan masih adanya keterbatasan pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada anak tuna grahita. *American Academy of Pediatric* (1996) menyatakan dibutuhkan pembelajaran untuk melakukan kegiatan perawatan diri secara mandiri dan bukan berarti anak harus dapat melakukan semua kegiatan perawatan diri tanpa bantuan sama sekali. Menurut Orem (2001) pada kebutuhan perawatan diri sebagian (*partially compensatory system*), membutuhkan bantuan perawat dalam pengkajian penentuan kebutuhan perawatan diri klien, menyediakan kebutuhan perawatan diri akibat keterbatasan klien dan membantu klien sesuai yang dibutuhkan. Dan pada anak tuna grahita, Semiun (2006) menyatakan bahwa anak tuna grahita dengan kemampuan intelektual yang rendah dapat menguasai keterampilan-keterampilan hidup sederhana seperti perawatan diri dan kegiatan rumah tangga bila diajarkan secara terus-menerus dan konsisten.

Dalam penelitian ini, masih terlihat kemampuan perawatan diri yang rendah pada anak tuna grahita di lebih dari 2 area sehingga dapat disimpulkan bahwa anak tuna grahita masih membutuhkan adanya bimbingan dan pelatihan yang berkesinambungan baik dari orangtua, guru atau tenaga kesehatan khususnya perawat sebagai agen perawatan diri yang dapat membantu anak tuna grahita meningkatkan dan mengembangkan kemampuan perawatan dirinya.

6.1.2. Hubungan Antara Karakteristik Orang Tua dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita

Rerata usia orang tua pada penelitian ini adalah 46,60 untuk usia ayah dan 42,22 untuk usia ibu serta tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara usia orang tua dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

Menurut Siagian (1995 dalam Widiastuti, 2010), semakin lanjut usia seseorang maka semakin meningkat pula kedewasaan teknis dan psikologis, hal ini berarti seseorang akan semakin bijaksana, mampu berfikir secara rasional, mengendalikan emosi dan bertoleransi terhadap orang lain. Hasil penelitian Widiastuti (2010) tidak mendapatkan adanya kontribusi atau hubungan langsung antara faktor usia orang tua dengan kemampuan perawatan diri anak dengan tuna netra ganda.

Usia 40 – 60 tahun adalah fase perkembangan dewasa awal dan tahap pencapaian keberhasilan seorang dewasa muda dalam membimbing diri sendiri dan pekerjaan atau karir (Potter & Perry, 2005). Usia orang tua pada penelitian ini yang berada pada rentang usia 40-50 tahun memperlihatkan bahwa orang tua dengan anak tuna grahita sedang dalam tahap pencapaian keberhasilan baik untuk diri sendiri, keluarga, pekerjaan, dan masyarakat. Namun, hal ini juga berarti bahwa orang tua juga tengah fokus dalam pencapaian keberhasilan diri sendiri. Tidak adanya hubungan langsung antara usia orang tua dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita dalam penelitian ini dapat disebabkan karena orang tua juga tengah berkonsentrasi dalam pencapaian pribadi dan rentang usia yang cukup jauh antara usia anak dengan usia orang tua dapat mempengaruhi kedekatan hubungan antara orang tua dengan anak, sehingga secara tidak langsung dapat berkontribusi dalam hal interaksi orang tua saat membimbing anak tuna grahita melakukan kegiatan perawatan diri.

Karakteristik orang tua lainnya yang diteliti adalah pendidikan terakhir orang tua. Mayoritas orang tua pada penelitian ini memiliki pendidikan terakhir SMA dan pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara pendidikan orang tua dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

Penelitian yang dilakukan oleh Ling (2008) mendapatkan bahwa orang tua dengan latar belakang pendidikan dasar dan menengah pertama tidak dapat melatih anak untuk melakukan keterampilan perawatan diri sebaik orang tua dengan latar belakang pendidikan yang lebih tinggi. Hasil penelitian ini

tidak sesuai dengan hasil penelitian Jiang dalam Ling (2008) yang menyatakan tingkat pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kemampuan perawatan diri pada anak usia sekolah di Cina. Penelitian ini lebih lanjut menjelaskan bahwa orang tua dengan pendidikan yang tinggi mempunyai pengetahuan dan kemampuan yang lebih baik dalam membimbing anak-anaknya melakukan tindakan perawatan diri dengan lebih baik.

Latar pendidikan orang tua yang tinggi dapat mempengaruhi kemampuan dan keinginan orang tua dalam memberikan latihan dan bimbingan kepada anak tuna grahita melakukan perawatan diri. Pendidikan yang tinggi juga dapat berdampak pada keinginan orang tua dalam mencari tahu dan belajar serta pemahaman orang tua tentang cara yang tepat dalam melatih anak tuna grahita melakukan keterampilan perawatan diri.

Selain pendidikan terakhir orang tua, pekerjaan orang tua juga dapat mempengaruhi kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita. Pekerjaan ayah dengan anak tuna grahita di Kabupaten Banyumas mayoritas adalah karyawan swasta dan mayoritas pekerjaan ibu adalah ibu rumah tangga.

Berdasarkan hasil survey *The Australian Trends* (2008) didapatkan bahwa pengasuh utama anak dengan disabilitas sebagian besar dilakukan oleh ibu. Ibu sebagai pengasuh utama mampu memberikan perhatian, kasih sayang, membantu dan melatih anak dengan disabilitas melakukan keterampilan perawatan diri. Status pekerjaan ibu sebagai ibu rumah tangga sangat membantu anak tuna grahita dalam menguasai keterampilan perawatan diri, karena ibu mempunyai waktu yang cukup untuk memberikan perhatian dan mengembangkan kemampuan anak tuna grahita baik di rumah maupun di sekolah. Namun, penelitian yang dilakukan oleh Landers (2007) didapatkan bahwa diharapkan kedua orang tua dengan anak disabilitas baik fisik dan psikologis sebaiknya mempunyai pekerjaan sehingga dapat memenuhi kebutuhan keluarga sekaligus memenuhi

kebutuhan anak disabilitas yang membutuhkan biaya yang lebih dalam pelayanan kesehatan, terapi, sekolah dan alat penunjang lainnya.

Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa status pekerjaan orang tua baik ayah dan ibu tidak mempunyai hubungan bermakna dengan kemampuan anak tuna grahita dalam melakukan perawatan diri. Hal ini dapat disebabkan karena anak tuna grahita dengan ibu rumah tangga mendapatkan perhatian dan bantuan yang lebih banyak dalam melakukan perawatan diri dibandingkan dengan anak yang mempunyai ibu bekerja di luar rumah. Ibu sebagai pengasuh utama seringkali merasa bertanggung jawab terhadap kesehatan dan kebersihan diri anak, khususnya pada anak tuna grahita. Sehingga, ibu akan berusaha untuk memenuhi segala kebutuhan anak tuna grahita dalam perawatan diri. Namun, hal tersebut justru dapat menyebabkan anak tuna grahita menjadi kurang menguasai keterampilan perawatan diri.

Karakteristik orang tua berikutnya yang diteliti adalah pengeluaran keluarga. Mayoritas keluarga dengan anak tuna grahita pengeluaran setiap bulannya dalam penelitian ini sebesar < Rp 1.500.000,00 dan tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara pengeluaran keluarga dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sidani (2003 dalam Tork *et al.*, 2007) yang mendapatkan hubungan negatif antara status sosial ekonomi dengan keterampilan perawatan diri pada anak usia sekolah. Hal ini diperkuat oleh penelitian oleh Vandivere *et al.* (2003) yang menyatakan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara status sosial ekonomi yang tinggi dengan kemampuan perawatan diri anak dengan disabilitas.

Namun, Harvey (2004) mendapatkan bahwa masalah keuangan menjadi masalah sosial yang luas dampaknya bagi orang tua dengan anak disabilitas. Pendapatan keluarga yang relatif lebih rendah pada akhirnya mengakibatkan keluarga tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan anak atau mempersiapkan masa depan yang baik bagi anak dengan disabilitas.

Tidak terdapat hubungan antara pengeluaran keluarga dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita dapat disebabkan keluarga melakukan penyesuaian dalam memenuhi kebutuhan keluarga sehari-hari. Pengeluaran keluarga yang relatif rendah dapat mengindikasikan bahwa keluarga tersebut termasuk ke dalam keluarga yang sederhana, artinya keluarga lebih banyak mengalokasikan dana untuk memenuhi kebutuhan pokok dan lebih sedikit mengeluarkan dana untuk kebutuhan konsumtif.

Pada penelitian ini hanya dapat meneliti terkait besarnya pengeluaran keluarga dalam satu bulan karena tidak dapat diketahui pasti pendapatan keluarga per bulan yang disebabkan pekerjaan orangtua yang tidak tetap (kerja lepas, pedagang, dan petani). Sen (2010) menyatakan bahwa keluarga yang mempunyai anak dengan disabilitas harus mengeluarkan biaya 45% lebih banyak dibandingkan keluarga yang tidak mempunyai anak dengan disabilitas.

Selanjutnya, tingkat pengetahuan orang tua terkait tuna grahita pada penelitian ini sebagian besar berada pada tingkat pengetahuan yang rendah dan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan orang tua terkait tuna grahita dengan kemampuan perawatan diri anak.

Hal ini bertentangan dengan penelitian Yang, dkk (2001) yang mengungkapkan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mendukung perawatan diri sehari-hari. Hal tersebut dapat berarti bahwa dengan pengetahuan yang baik maka mampu menunjukkan perilaku diri yang baik dalam menjalani program terapi.

Tidak adanya hubungan langsung antara pengetahuan orang tua dengan kemampuan diri anak dapat dikarenakan penerimaan orang tua terhadap kondisi anak belum tentu sejalan dengan meningkatnya pengetahuan tentang tuna grahita. Warren dan Trachtenberg (1987 dalam Zelalem, 2002) menegaskan bahwa persepsi orang tua dari ketunaan anaknya mempengaruhi cara merawat dan mengasuh anak mereka. Hal ini berarti perkembangan dan kemandirian anak dalam melakukan perawatan diri

dapat dipengaruhi oleh tahap penerimaan orang tua terhadap anak tuna grahita.

Karakteristik orang tua berikutnya adalah pola asuh orang tua. Mayoritas orang tua dalam penelitian ini menerapkan pola asuh demokratis terhadap anak tuna grahita dan sebagian besar anak tuna grahita yang memperlihatkan kemampuan perawatan diri yang tinggi mempunyai orang tua dengan pola asuh demokratis, walaupun sangat kecil pengaruhnya dalam merubah kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

Pola asuh orang tua adalah pola interaksi antara anak dengan orang tua yang meliputi bukan hanya pemenuhan kebutuhan fisik dan kebutuhan psikologis, tetapi juga norma-norma yang berlaku di masyarakat (Gunarsa, 2002). Pola asuh demokratis mempunyai ciri-ciri yaitu memberi kesempatan kepada anak-anaknya untuk mandiri dan mengembangkan kontrol internalnya, diakui keberadaannya dan dilibatkan dalam pengambilan keputusan didalam keluarga (Hurlock, 2000).

Harvey (2004) menyatakan bahwa orang tua dengan anak yang mengalami DS atau disabilitas akan cenderung bereaksi secara berbeda dalam menerima kenyataan bahwa anaknya berbeda dengan anak pada umumnya. Sebagian orang tua akan menghindari kontak sosial dengan anak karena merasa malu, namun sebagian lainnya bersikap *over-protective* dan bersikeras untuk membantu segala kegiatan anak walaupun sebenarnya anak dapat melakukannya sendiri. Hal ini sering terjadi karena diakibatkan karena orang tua tidak ingin anaknya terlihat sangat berbeda dengan anak lainnya atau anak mengalami diskriminasi sosial karena kekurangannya.

Hubungan yang tidak bermakna antara pola asuh orang tua dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita dapat disebabkan karena adanya perbedaan keterlibatan orang tua dalam perkembangan kemampuan anak dan pengalaman orang tua dalam mengasuh anak tuna grahita. Pola asuh orang tua juga dapat dipengaruhi oleh budaya dan adanya saudara kandung didalam keluarga. Budaya dapat mempengaruhi

pola asuh orangtua terutama dalam pembagian tugas atau peran di dalam keluarga. Dan adanya saudara kandung secara tidak langsung dapat melatih anak tuna grahita mempunyai tanggung jawab baik kepada dirinya sendiri atau saudara kandung yang lebih muda. Namun, rendahnya kemampuan kognitif pada anak tuna grahita dapat menyebabkan pola asuh demokratis yang diterapkan orang tua menjadi tidak efektif. Pada pola asuh demokratis, orang tua memberikan anak kesempatan untuk memilih apa yang ingin dilakukannya, namun juga menuntut anak menerima tanggung jawab atas pilihannya. Anak tuna grahita dengan kemampuan intelektual yang rendah tidak mampu mengolah informasi dan tanggung jawab tersebut secara baik karena membutuhkan informasi yang lebih sederhana dan terbatas dengan contoh perilaku yang konkret serta terus diulang agar dapat mengarahkan anak pada tindakan yang diinginkan.

6.1.3. Hubungan Antara Karakteristik Lingkungan dengan Kemampuan Perawatan Diri

Mayoritas orang tua dalam penelitian ini menyatakan adanya dukungan yang rendah dari guru dan tenaga kesehatan kepada anak tuna grahita terkait dengan perawatan diri anak tuna grahita. Dan tidak didapatkan hubungan yang bermakna dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

Hal ini bertentangan dengan penelitian Linblad *et al.* (2005) yang menyatakan bahwa adanya pengaruh yang signifikan ketika orang tua mendapatkan dukungan dari tenaga profesional dalam mengasuh anak dengan kebutuhan khusus. Dijelaskan lebih lanjut, interaksi antara orang tua dengan tenaga profesional merupakan hubungan yang saling menguntungkan terutama bagi perkembangan anak dengan kebutuhan khusus. Orang tua dapat menceritakan masalah dan pengalaman unik yang dialami orang tua dalam mengasuh dan tenaga profesional dapat membagi pengetahuan dan metode dengan orang tua. Kombinasi keduanya dapat membantu orang tua mengetahui lebih banyak kebutuhan perawatan anak

kebutuhan khusus dan mendapatkan harapan yang lebih baik terhadap status gizi dan perkembangan anak di masa depan.

Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan guru dan tenaga kesehatan dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita. Hal ini dapat disebabkan oleh tingkat pendidikan orang tua, kemudahan akses informasi terkait perkembangan anak dan pengaruh budaya dalam keluarga. Telah dinyatakan sebelumnya tingkat pendidikan orang tua yang tinggi akan berdampak pada keinginan orang tua untuk mengetahui dan belajar tentang cara mengasuh dan membimbing anak tuna grahita, upaya yang dilakukan diantaranya adalah mencari informasi dari berbagai sumber yang mudah didapatkan oleh orang tua misalnya melalui diskusi interaktif di televisi atau radio, artikel di koran atau majalah, berdiskusi dengan sesama orang tua anak tuna grahita sampai dengan membaca artikel atau berita yang terdapat di internet. Banyaknya sumber informasi yang tersedia membuat orang tua mempunyai pengetahuan yang cukup dalam mengasuh dan membimbing anak tuna grahita dalam melakukan keterampilan perawatan diri.

Pada penelitian ini didapatkan mayoritas anak tuna grahita tidak menggunakan alat bantu baik alat bantu penglihatan, pendengaran, atau pergerakan dan tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara penggunaan alat bantu pada dengan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita.

Hal ini bertentangan dengan penelitian Ling (2008) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara status kesehatan pada anak usia sekolah dengan kemampuan anak dalam melakukan perawatan diri. Kondisi kesehatan anak dapat mempengaruhi kemampuan anak dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Anak dengan kondisi kesehatan yang buruk memperlihatkan kemampuan perawatan diri yang lebih rendah. Hal ini diperkuat Harvey (2004) yang mendapatkan bahwa anak dengan DS memakai kacamata saat mencapai usia sekolah dan lebih rentan terkena penyakit infeksi.

Kondisi kesehatan anak tuna grahita tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan kemampuan perawatan diri anak pada penelitian ini karena mayoritas anak tuna grahita tidak menggunakan alat bantu. Penggunaan alat bantu pada anak tuna grahita juga tidak dapat disimpulkan sebagai kondisi kesehatan secara fisik yang tidak baik pada anak tuna grahita. Semakin berkembangnya teknologi kesehatan dan semakin banyaknya pelayanan kesehatan di masyarakat akan sangat membantu dalam meningkatkan kondisi kesehatan pada anak tuna grahita. Diperkirakan pada rentang tahun 1990 – 2010 angka orang dewasa dengan DS atau disabilitas yang berusia > 40 tahun meningkat hingga 75% dan berusia > 50 tahun naik hingga 200% (Sefelaar and Evanhuis, 1989, dalam Harvey, 2004). Hal ini dapat berarti bahwa angka harapan hidup anak dengan DS atau disabilitas setiap tahun semakin meningkat.

6.1.4. Hubungan Karakteristik Anak dengan Kemampuan Perawatan Diri

Anak tuna grahita dalam penelitian ini mayoritas berusia lebih dari 12 tahun. Pada penelitian ini didapatkan hubungan yang bermakna antara usia anak dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

Hal ini sesuai dengan penelitian Ling (2008) yang menyatakan ada hubungan yang signifikan antara usia anak dengan kemampuan perawatan diri. Demikian pula yang dinyatakan oleh Tork *et al.* (2007), bahwa anak yang berusia lebih tua mempunyai kemampuan perawatan diri yang lebih baik dibandingkan anak yang berusia lebih muda.

Semakin bertambahnya usia akan semakin bertambah kemampuan anak dalam menguasai keterampilan tertentu. Sandra (2010) menyatakan bahwa anak tuna grahita dengan usia yang lebih tua akan lebih menguasai keterampilan perawatan diri dibandingkan anak tuna grahita yang berusia lebih muda. Hal ini disebabkan perkembangan mental anak tuna grahita yang tidak sama dengan anak normal pada umumnya, sehingga penguasaan keterampilan perawatan diri juga akan lebih lambat dibandingkan anak normal yang seusia.

Selanjutnya, sebagian besar anak tuna grahita yang terlibat pada penelitian ini berjenis kelamin laki-laki. Sandra (2010) menyatakan bahwa anak tuna grahita lebih banyak berjenis kelamin laki-laki dibandingkan wanita. Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara jenis kelamin anak dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Schmidt's (2003) yang menyatakan bahwa ibu dengan anak laki-laki lebih banyak terlibat dalam kegiatan perawatan diri anak dibandingkan dengan ibu yang memiliki anak perempuan. Namun, pada penelitian McDougall *et al.* (2004) didapatkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara anak laki-laki dan perempuan usia sekolah dalam keterbatasan melakukan aktivitas harian. Penelitian ini menemukan bahwa anak laki-laki yang mengalami keterbatasan melakukan aktivitas lebih disebabkan oleh penyakit kronis dan ketidakmampuan fisik, sedangkan pada anak perempuan disebabkan oleh keterbatasan fisik seperti gangguan bicara.

Tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita dapat disebabkan karena tidak adanya perbedaan perlakuan atau pembagian tugas di dalam keluarga. Hal ini dapat dipengaruhi oleh kebiasaan dan budaya dalam masyarakat Banyumas yang membagi pekerjaan rumah tangga secara merata antara laki-laki dan perempuan. Misalnya, seorang laki-laki dewasa didalam keluarga mempunyai tugas mencuci pakaian dan wanita dewasa menyiapkan makanan bagi seluruh anggota keluarga. Hal ini dapat menjadi alasan anak laki-laki dalam keluarga telah dibiasakan sejak usia dini untuk melakukan tugas sederhana dalam rumah tangga yang pada akhirnya membuat mereka lebih terampil melakukan kegiatan perawatan diri.

Jumlah anak tuna grahita yang terlibat dalam penelitian ini adalah anak tuna grahita yang berada pada kelompok kelas C (tuna grahita ringan) dan C1 (tuna grahita sedang) dan jumlahnya tidak jauh berbeda, bahkan hampir sama. Pada penelitian ini didapatkan hubungan yang bermakna antara

kelompok kelas (kemampuan intelektual) anak dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

Berdasarkan Semiun (2006), anak tuna grahita ringan adalah anak tuna grahita yang mempunyai IQ 50-70 dan masih bisa diajarkan keterampilan-keterampilan akademis dan fungsional. Sedangkan anak tuna grahita sedang mempunyai kisaran IQ pada 30-50 dan hanya mampu menyelesaikan pendidikan akademis setingkat kelas II SD, namun dapat diajarkan keterampilan fungsional secara sederhana. Votroubek & Tabbaco (2010) menyatakan bahwa kemampuan kognitif (intelektualitas) memegang peranan yang besar dalam mempengaruhi kemampuan anak dengan disabilitas dalam melakukan aktivitas harian, mempelajari keterampilan perawatan diri dan mencapai kemandirian.

Adanya hubungan antara kelompok kelas (kemampuan intelektual) dengan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita dapat disebabkan karena perbedaan kemampuan antara anak tuna grahita ringan dan sedang bukan hanya terletak pada kemampuan akademis seperti membaca, menulis, dan berhitung namun juga dalam kemampuan melakukan keterampilan hidup sehari-hari seperti keterampilan perawatan diri dan pekerjaan rumah tangga. Walaupun demikian, anak tuna grahita sedang masih dapat dilatih melakukan keterampilan hidup sederhana walau membutuhkan kesabaran dan waktu yang lebih lama dibandingkan anak tuna grahita ringan.

Sebagian besar anak tuna grahita pada penelitian ini memiliki struktur wajah normal atau non Mongoloid. Struktur wajah Mongoloid adalah ciri khas pada anak yang mengalami *Down Syndrome* (DS). Pada penelitian ini didapatkan hubungan yang bermakna antara struktur wajah (Mongoloid/Non Mongoloid) dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Volman *et al.* (2007) yang mendapatkan bahwa anak dengan DS memperlihatkan keterbatasan dalam keterampilan fungsional terutama pada keterampilan perawatan diri

dan fungsi sosial. Penelitian Kates *et al.* (2002) menguatkan penelitian Volman *et al.* (2007), didapatkan bahwa hasil penelitian yang dilakukan pada 12 anak dengan DS, Fragile X, dan keterlambatan dalam perkembangan bahasa, anak dengan DS mempunyai volume otak yang lebih kecil bila dibandingkan dengan anak lainnya. Lebih lanjut lagi, anak tuna grahita dan sekaligus menderita *Down Syndrome* akan mengalami gangguan pada kemampuan motorik halus dan kasar (Volman *et al.*, 2007).

Adanya hubungan yang bermakna dalam penelitian ini dapat disimpulkan karena gangguan atau keterbatasan ini disebabkan anak dengan DS mempunyai kelemahan kontrol pada postur tubuh, keseimbangan, dan koordinasi motorik sehingga menyebabkan keterlambatan dalam menguasai keterampilan fungsional, khususnya keterampilan perawatan diri. Kemampuan kognitif anak tuna grahita dengan DS lebih rendah dibandingkan anak tuna grahita tanpa DS sehingga dapat berdampak pada kemampuan anak mengikuti latihan dan bimbingan terkait keterampilan perawatan diri yang diberikan baik di sekolah maupun di rumah.

Karakteristik berikutnya yang diteliti adalah kekuatan motorik pada anak tuna grahita. Sebagian besar anak tuna grahita pada penelitian ini tidak memiliki kelemahan motorik dan pengaruh adanya kelemahan motorik pada anak tuna grahita cukup signifikan terhadap kemampuan perawatan diri anak. Pada penelitian ini didapatkan hubungan yang bermakna antara kelemahan motorik dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

Hal ini sejalan dengan penelitian Emck *et al.* (2009) yang mendapatkan bahwa anak dengan gangguan mental, kognitif, dan perilaku memperlihatkan kemampuan motorik kasar yang rendah dan tidak kompeten dalam menilai kemampuan motorik dirinya sendiri. Banyak penelitian yang mendapatkan bahwa anak usia sekolah yang mempunyai masalah mental atau perilaku memperlihatkan kemampuan motorik yang rendah. Penelitian ini mendapatkan hubungan yang signifikan antara kelemahan motorik pada anak tuna grahita dengan kemampuan perawatan diri artinya apabila anak tuna grahita mengalami kelemahan motorik maka

kemampuan perawatan dirinya lebih rendah dibandingkan anak tuna grahita tanpa kelemahan motorik.

Mayoritas anak tuna grahita tidak mengalami hipersalivasi dan pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara kondisi hipersalivasi anak dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

Hal ini tidak sejalan dengan yang dikemukakan oleh Sandra (2010) bahwa salah satu ciri fisik anak tuna grahita adalah hipersalivasi. Kelemahan otot rahang bawah pada anak tuna grahita menyebabkan anak tidak mampu mengontrol dengan baik refleks menelan yang ada sehingga anak tuna grahita sering kali terlihat mengalami hipersalivasi.

Tidak ada hubungan signifikan antara hipersalivasi dengan kemampuan perawatan diri dapat disebabkan oleh kondisi mayoritas anak tuna grahita yang tidak mengalami hipersalivasi dan kebiasaan anak membawa alat kebersihan diri seperti sapu tangan atau handuk kecil yang membantu kebersihan penampilan pada anak tuna grahita.

Kemudian, mayoritas anak tuna grahita pada penelitian ini memiliki status gizi (IMT) yang berada dibawah normal (*underweight*), artinya berat dan tinggi badan anak tuna grahita berada pada rentang kurang dari normal atau kurang sesuai dengan usia anak tuna grahita. Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara status gizi (IMT) anak dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

Semua keadaan retardasi mental yang disebabkan gangguan metabolisme baik metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak akan mengganggu proses penyerapan zat-zat gizi didalam tubuh, termasuk kurang gizi dan nutrisi pertumbuhan (Sandra, 2010).

Tidak adanya hubungan yang bermakna antara status gizi (IMT) dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita dapat disebabkan oleh tingginya perhatian dan kesadaran orang tua untuk memberikan anak kecukupan gizi dalam makanan serta memberikan segala kebutuhan fisik

anak tuna grahita dikarenakan anak tuna grahita lebih rentan terkena infeksi. Hal ini dapat berarti walaupun berdasarkan kurva IMT CDC anak tuna grahita masih berada di kategori *underweight* (kurus), namun IMT anak diukur yang berdasarkan berat badan/tinggi badan tidak dapat disimpulkan sebagai kondisi kesehatan yang buruk pada anak tuna grahita. Sehingga walaupun dengan postur tubuh yang kurus, anak tuna grahita masih tetap mampu melakukan kegiatan perawatan diri dengan baik.

Sebagian besar anak perempuan dengan tuna grahita pada penelitian ini telah mengalami menstruasi tetapi tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara perkembangan (tanda pre pubertas) pada anak perempuan dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

Hal ini tidak sesuai dengan pernyataan Sandra (2010) dan Emck *et al.* (2009) yang menyatakan bahwa perkembangan pada anak tuna grahita sedikit lebih lambat dibandingkan anak normal, terutama pada perkembangan motorik, bahasa, sosial dan kognitif. Namun, perkembangan yang diamati dalam penelitian ini adalah perkembangan sistem hormonal dalam tubuh yang terkait dengan tanda pre pubertas pada anak tuna grahita dan tidak mengamati secara khusus perkembangan kognitif, bahasa, dan motorik.

Sesuai dengan status gizi sistem tubuh pada anak normal, maka perkembangan sistem hormonal pada anak tuna grahita juga tidak ada perbedaan dengan perkembangan sistem hormonal pada anak normal. Sehingga, tanda pre pubertas atau kematangan sistem reproduksi pada anak perempuan dengan tuna grahita sama dengan anak perempuan normal.

Faktor yang berkontribusi dalam kemampuan perawatan diri anak tuna grahita antara lain:

a. Faktor Pendidikan Orang tua

Faktor pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang berkontribusi dalam kemampuan perawatan diri anak tuna grahita. Semakin tinggi latar belakang pendidikan orang tua maka semakin baik

keterampilan perawatan diri anak tuna grahita. Orang tua yang terdidik baik lebih dalam memberikan perhatian pada pertumbuhan dan perkembangan anak. Orang tua akan berusaha mencari informasi sebanyak-banyaknya terkait dengan kebutuhan dan masalah yang mungkin dialami oleh anak tuna grahita. Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa orang tua dengan pendidikan yang lebih tinggi lebih mudah dalam menerima informasi dan memberikan bimbingan serta latihan yang lebih baik kepada anak tuna grahita.

b. Faktor Usia Anak Tuna Grahita

Umur atau usia pada anak tuna grahita membantu dalam memprediksi perkembangan mental anak. Pada anak tuna grahita usia lanjut dapat dikembangkan keterampilan perawatan diri yang lebih kompleks. Usia juga dapat membantu memprediksi waktu yang tepat untuk mengajarkan dan melatih anak tuna grahita keterampilan perawatan diri.

c. Kelemahan Motorik Pada Anak Tuna Grahita

Faktor kekuatan atau adanya kelemahan motorik pada anak tuna grahita merupakan faktor yang berhubungan signifikan dan paling dominan dalam berkontribusi terhadap kemampuan perawatan diri anak tuna grahita. Salah satu ciri fisik anak tuna grahita adalah kelemahan motorik. Dalam hal kemampuan perawatan diri, anak tuna grahita yang memiliki kekuatan motorik yang lebih baik akan lebih mudah menguasai keterampilan perawatan diri. Kekuatan motorik dibutuhkan dalam koordinasi gerakan, kontrol gerakan, dan kesesuaian gerakan dengan hal yang ingin dilakukan.

6.2. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan sebagai kelemahan meliputi: keterbatasan instrumen, keterbatasan sampel, dan keterbatasan tempat penelitian.

6.2.1. Keterbatasan Sampel

Penelitian ini dilakukan dengan responden adalah orang tua anak tuna grahita yang terdaftar di dua Sekolah Luar Biasa (SLB) di Kabupaten Banyumas. Keterbatasan sampel atau responden disebabkan sebagian siswa SLB tidak masuk sekolah yang disebabkan oleh berbagai hal seperti: cuaca yang tidak mendukung (hujan deras), orang tua tidak dapat mengantar anak ke sekolah akibat kurangnya biaya untuk transportasi atau kondisi anak tuna grahita yang sedang tidak sehat. Hal ini menyebabkan tidak semua siswa anak tuna grahita yang memenuhi kriteria sebagai sampel ikut dalam penelitian. Responden dalam penelitian ini hanya orang tua anak tuna grahita, sehingga tidak diperoleh informasi dari guru di sekolah mengenai kemampuan perawatan diri anak dan dukungan yang diberikan oleh pihak sekolah dalam meningkatkan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

6.2.2. Keterbatasan Tempat Penelitian

Tempat penelitian adalah SLB atau sebuah institusi pendidikan khusus untuk anak dengan disabilitas baik mental dan fisik dan bukan di masyarakat. Seperti institusi pendidikan lainnya, maka SLB juga telah mempunyai kurikulum pembelajaran terkait perawatan diri pada anak tuna grahita. Sedangkan, kemampuan perawatan diri anak tuna grahita yang tidak bersekolah atau yang berada di masyarakat tidak dapat diukur. Hal ini berdampak pada generalisasi hasil penelitian yang terbatas pada anak tuna grahita yang berada di sekolah khusus atau SLB.

6.3. Implikasi Keperawatan

6.3.1. Implikasi terhadap Pelayanan Keperawatan

Implikasi hasil penelitian ini terhadap pelayanan keperawatan adalah memberikan informasi atau masukkan kepada praktisi keperawatan tentang faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita. Hal ini dapat dijadikan acuan atau panduan bagi para perawat

anak yang ada di masyarakat dalam penatalaksanaan asuhan keperawatan anak dengan kebutuhan khusus, terutama dalam hal:

- a. Meningkatkan pengetahuan orang tua dengan anak tuna grahita melalui pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan secara teratur terkait kebutuhan anak tuna grahita.
- b. Mengembangkan program latihan terkait perawatan diri pada anak tuna grahita sejak usia dini karena .
- c. Bekerja sama dengan pusat rehabilitasi medik sehubungan dengan kebutuhan anak tuna grahita akan latihan rentang gerak sendi yang sering disebabkan kelemahan motorik pada anak tuna grahita karena dalam penelitian ini didapatkan masih banyak anak tuna grahita yang memiliki kelemahan motorik.

6.3.2. Implikasi terhadap Penelitian Keperawatan

Implikasi lain yang dapat diterapkan dalam dunia keperawatan adalah berkaitan dengan penelitian. Hasil penelitian ini dapat menjadi data dasar yang dapat digunakan oleh peneliti lain dalam mengungkapkan fenomena yang lebih luas terkait anak tuna grahita atau anak berkebutuhan khusus. Penelitian lain yang dapat dilakukan berkaitan dengan hasil penelitian ini adalah penelitian pengaruh pemberian dukungan dari perawat anak terhadap kemampuan keluarga dalam melatih anak tuna grahita melakukan kegiatan perawatan diri atau penelitian serupa tentang kemampuan perawatan diri pada anak dengan disabilitas lainnya baik yang berada di sekolah maupun di masyarakat.

6.3.3. Implikasi terhadap Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya ilmu keperawatan yang saat ini sedang dikembangkan melalui pendidikan dan penelitian. Konsep kemandirian pada anak kebutuhan khusus yang selama ini terdapat dalam buku-buku keperawatan anak dapat berkembang dengan adanya penelitian ini. Kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita sangat penting

artinya karena dapat membantu anak tuna grahita mencapai kemandirian di masa depan.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan dalam penelitian ini, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Karakteristik anak tuna grahita pada penelitian ini didapatkan mayoritas berusia ≥ 12 tahun, berjenis kelamin laki-laki, berada pada klasifikasi tuna grahita sedang, mempunyai struktur wajah yang normal, tidak ada kelemahan motorik dan hipersalivasi, dengan status gizi mayoritas anak berada pada kelompok *underweight* berdasarkan grafik IMT dari CDC. Mayoritas anak tuna grahita perempuan telah mengalami menstruasi.
2. Karakteristik orang tua yang didapatkan adalah mayoritas berusia dewasa menengah (usia 40-45 tahun) baik usia ayah maupun usia ibu, pendidikan terakhir orang tua adalah SMA, pekerjaan ayah sebagai karyawan swasta, pekerjaan ibu adalah ibu rumah tangga dengan pengeluaran keluarga per bulan $> \text{Rp } 1.500.000,00$. Orang tua juga mempunyai pengetahuan tentang tuna grahita yang cukup tinggi dan menggunakan pola asuh demokratis dalam mengasuh anak tuna grahita.
3. Karakteristik lingkungan terdiri dari dukungan guru dan tenaga kesehatan terhadap anak tuna grahita. Penelitian ini mendapatkan dukungan yang masih rendah dari guru dan tenaga kesehatan dan hanya sebagian kecil anak tuna grahita yang menggunakan alat bantu untuk melakukan kegiatan harian.
4. Kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita usia 9 -17 tahun berada pada kategori kemampuan perawatan diri yang rendah berdasarkan jumlah area kegiatan perawatan diri yang mampu dilakukan oleh anak tuna grahita dengan tanpa bantuan. Pada penelitian ini didapatkan mayoritas anak tuna grahita yang masih membutuhkan bantuan pada lebih dari 2 area kegiatan perawatan diri.
5. Terdapat hubungan yang signifikan antara karakteristik anak yaitu usia dan kondisi fisik anak (kekuatan motorik dan hipersalivasi) terhadap

kemampuan perawatan diri anak tuna grahita. Usia anak yang lebih tua (\geq 12 tahun) mempunyai kemampuan perawatan diri 4,6 kali lebih baik dibandingkan anak dengan usia yang lebih muda ($<$ 12 tahun) dan anak tuna grahita yang tidak memiliki kelemahan motorik 4,77 kali lebih mampu melakukan perawatan diri dibandingkan anak tuna grahita dengan kelemahan motorik.

6. Tidak ada hubungan yang signifikan antara karakteristik orangtua terhadap kemampuan perawatan diri anak tuna grahita. Orang tua dengan pendidikan terakhir SMA memiliki peluang 3,12 kali untuk meningkatkan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita dibandingkan orang tua dengan pendidikan terakhir yang lebih rendah.
7. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara karakteristik lingkungan yaitu dukungan guru dan tenaga kesehatan serta penggunaan alat bantu terhadap kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita.
8. Kondisi fisik (kekuatan motorik) anak merupakan faktor paling dominan yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita.

7.2. Saran

1. Untuk Pembuat Kebijakan

Perlunya program baru dari dinas kesehatan dengan tujuan peningkatan derajat kesehatan anak dengan kebutuhan khusus yang berada di masyarakat dan di sekolah baik dalam bentuk pemeriksaan kesehatan dasar maupun skrining masalah kesehatan yang terjadi pada anak berkebutuhan khusus terutama yang dapat disebabkan oleh ketidakmampuan anak melakukan perawatan diri secara mandiri.

2. Untuk Institusi Pelayanan Keperawatan

- a. Perawat anak sebagai pemberi asuhan keperawatan sebaiknya mulai memperhatikan pentingnya kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita atau anak dengan kebutuhan khusus lainnya, sehingga anak tuna grahita atau anak berkebutuhan khusus lainnya dapat memperoleh bimbingan dan latihan sejak usia dini yang akan dapat terus berkembang seiring dengan penambahan usianya.

b. Perawat anak di masyarakat diharapkan dapat meningkatkan perannya dalam melakukan pengkajian dan merencanakan program-program pelatihan atau penyuluhan kesehatan terkait keterampilan perawatan diri anak tuna grahita atau disabilitas lainnya yang tidak bersekolah sehingga kemampuan perawatan diri yang baik dapat tercapai pada anak tuna grahita atau disabilitas yang bersekolah maupun yang tidak bersekolah.

3. Untuk Sekolah Luar Biasa (SLB)

Karena masih banyaknya anak tuna grahita yang belum mampu melakukan kegiatan perawatan diri di beberapa area, pihak sekolah diharapkan dapat terus mengembangkan program pengajaran di sekolah mengenai perawatan diri pada anak tuna grahita dengan bekerja sama dengan orang tua dan tenaga kesehatan sehingga anak tuna grahita mendapatkan bimbingan dan dukungan yang dibutuhkan terkait pemenuhan kebutuhan perawatan diri.

4. Untuk Orangtua/Keluarga dengan Anak Tuna Grahita

Orang tua anak tuna grahita diharapkan terus meningkatkan pengetahuan terkait kondisi dan kebutuhan anak tuna grahita dengan mengikuti penyuluhan, diskusi, atau pelatihan tentang usia yang tepat untuk mulai melatih anak tuna grahita keterampilan perawatan diri dan latihan peningkatan kekuatan motorik pada anak tuna grahita sehingga anak mampu mandiri dalam melakukan perawatan diri.

5. Untuk Penelitian Lebih Lanjut

a. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data awal untuk melakukan penelitian lebih lanjut pada anak dengan kebutuhan khusus dengan memperluas area penelitian pada anak disabilitas lainnya.

b. Perlunya penelitian-penelitian lebih lanjut terkait kemampuan perawatan diri pada anak berkebutuhan khusus atau tuna grahita, terutama kemampuan perawatan diri anak tuna grahita pada setiap area kegiatan perawatan diri serta penelitian untuk mendapatkan metode latihan motorik yang tepat untuk anak dengan disabilitas.

DAFTAR REFERENSI

- American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities. (1996). Transition of care provided for adolescent with special health care needs. *Pediatrics*, 98, 1203-1206.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Cetakan XIII. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Astati. (2010, Januari). *Menuju kemandirian anak tuna grahita*, pada <http://bintangbangsaku.com>, diperoleh pada tanggal 12 Januari 2011.
- Bakor PLB (2008, 31 Desember). *Laporan pendataan PK dan PLK di Karesidenan Banyumas tahun 2008*. Februari 28, 2011.
- Berg, M., Jahnsen, R., Frøslie, K. F., & Hussain, A. (2004). Reliability of the pediatric evaluation of disability inventory (PEDI). *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 24: 3.
- Buckley, S., Bird, G., & Sacks, B. (2006). Evidence based that we can change the profile from a study of inclusive education. *Down Syndrome: Res Pract*, 9, 51-53.
- Buyan, K. K. (2004). Health promotion through self-care and community participation: Elements of a proposed programme in the developing countries. *BMC Public Health*, 4:11.
- Ciptono & Supriyanto, S. (2010, Agustus). Bina diri anak tuna grahita. Karya ilmiah disampaikan pada Pelatihan Guru Pembimbing Khusus BP Dikus Prov Jawa Tengah, Dinas Pendidikan Provinsi Jawa Tengah, tanggal 2-6 Agustus 2010.
- Counting Costs* (2010, Juli). Contact a family-for families with disabled children struggle for food and heating. July 10, 2010. <http://www.cafamily.org.uk/index.php>.
- Dahlan, S. (2008). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Dalton, J, Abdallah, L, Cestari, L. H., & Fawcett, J. (2010). Using existing healthcare organization data from OASIS and MDS for Orem's self-care framework-based research.

- Dumas, H. M., Haley, S. M., Fragala, M. A., & Steva, B. J. (2001). Self care recovery of children with brain injury: Descriptive analysis using the pediatric evaluation of disability inventory (PEDI) functional classification levels. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 21:7-12
- Effendi, M. (2006). *Pengantar psikopedagogik anak berkelainan*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Ehrenkrantz, D., Miller, C., Vernberg, D. K., & Fox, M. H. (2001). Measuring prevalence of childhood disability: Addressing family needs while augmenting prevention. *Journal of Rehabilitation*.
- Emck, C., Bosscher, R., Beek, P., & Doreleijers, T. (2009). Gross motor performance and self-perceived motor competence in children with emotional, behavioral, and pervasive developmental disorder: A review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51: 501-517.
- Fatimah, E. (2006). *Psikologi perkembangan*, Bandung: CV. Pustaka Setia.
- Gray, D.E. (2006). Coping overtime: The parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disabilities*, 50: 970-976.
- Greydanus, D. E., & Pratt, H. D. (2005). Syndromes and disorders associated with mental retardation. *Indian Journal of Pediatrics*, 72, 859-864.
- Gunarsa, D. S. (2004). *Dari anak sampai usia lanjut: Bunga rampai psikologi anak*. Jakarta: BPK. Gunung Mulia.
- Hastono, S. P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.
- Haley, S. M., Coster, W. J., Ludlow, L. H., Haltiwanger, J. T., & Andrellos, P. J. (1992). *Pediatric evaluation of disability inventory (PEDI)*, Version 1.0. Boston: New England Medical Center Hospitals.
- Harvey, B. (2004). Down's syndrome: A biopsychosocial perspective, *Nursing Standard*, 18, 30, 43-45.
- Hauser-Cram, P., Warfield, M. E., Shonkoff, J. P. et al. (2001). Children with disabilities: A longitudinal study of child development and parent well-being. *Monogr Soc Res Child Dev*, 66, 1-131.

- Hayati, T. (2003). Kemampuan merawat diri sendiri anak autisme dalam penatalaksanaan holistik autisme. *Kumpulan makalah kongres nasional autisme Indonesia pertama*. Pusat Informasi dan Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam FKUI, Jakarta: FKUI.
- Head, L. S., & Abbeduto, L. (2007). Recognizing the role of parents in developmental outcomes: A systems approach to evaluating the child with developmental disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, Vol. 13: 293-301.
- Hiryadi. (2007). Hubungan karakteristik orangtua dan pola asuh keluarga dengan sikap asertif siswa SMA di kota Banjarmasin. *Tesis*. Karya ilmiah tidak dipublikasikan, Depok: FIK UI.
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing*. 8th Ed., St. Louis: Mosby Elsevier.
- Hurlock, B. E. (2000). *Perkembangan anak*, Jilid 1, Jakarta.
- Indanah. (2010). Analisis faktor yang berhubungan dengan *self care behavior* pada anak usia sekolah dengan talasemia mayor di RSUPN Ciptomangunkusumo Jakarta. *Tesis*. Karya ilmiah tidak dipublikasikan, Depok: FIK UI.
- Jaimovich, S., Campos, M. C., Campos, M. S., & Moore, J. B. (2009). Spanish version of the child and adolescent self-care performance questionnaire: Psychometric testing. *Pediatric Nursing Journals*, March-April 2009.
- Kates, W. R., Folley, B. S., Lanham, D. S. et al. (2002). Cerebral growth in fragile X syndrome: A review and comparison with down syndrome, *Microscopy Research and Technique*, 57, 159-167.
- Kittay, E., Jennings, B., & Wasunna, A. (2005). Dependency, difference and the global ethic of longterm care. *J. Polit. Philos*, 13: 443-469.
- Lander, J. (2007). Children in america: Effect of working parents on child development, <http://knol.google.com/>, diperoleh pada Juli 2011.
- Lindblad, B. M., Rasmussen, B. H., & Sandman, P. O. (2007). Being invigorated in parenthood: Parents' experiences of being supported by professionals when having a disabled child, *Journal of Pediatrics*, 20,4(8).

- Ling, F. (2008). Self-care behaviors of school-aged children with heart disease. *Pediatric Nursing Journals*, 34(2), 131-138.
- Pott, N. K & Mandleco, B. L. (2007). *Pediatric nursing: Caring for children and their families*. 2nd Ed., New York: Thompson Corp.
- Maunder, E. Z. (2006). Emotion work in the palliative nursing care of children and young people. *International Journal of Palliative Nursing*, 12 (1).
- McDougall, J., King, G., de Wit, D. J., Miller, L. T., Hong, S. et al. (2004). Chronic physical health conditions and disability among Canadian school-aged children: A national profile, *Disability and Rehabilitation Journals*, 26(1), 35-45.
- Meadow, R., & Simon. (2005). *Lecture notes pediátrica*. Jakarta: Erlangga.
- Mont, D. (2007). *Measuring disability prevalence*. Discussion Paper. Social Protection: The World Bank.
- Novianenci. (2009). Perbedaan kemampuan bina diri anak berkebutuhan khusus pada ibu bekerja dan tidak bekerja di Elian Center Purwokerto. *Skripsi*, Karya ilmiah tidak dipublikasikan, Purwokerto: Universitas Jenderal Soedirman.
- Orem, D., E. (2001). *Nursing: concept of practice*. 6th Ed. St. Louis: Mosby Inc.
- Østensjø, S., Bjorbækmo, W., Carlberg, E. B., & Vøllestad, N. K. (2006). Assessment of everyday functioning in young children with disabilities: An ICF-based analysis of concepts and content of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). *Disability and Rehabilitation*, 28(8): 489-504.
- Pollit, D. F, & Beck, C. T. (2006). *Essential of nursing research: Method, appraisal and utilization*. 6th Ed. Philadelphia: Lippincott & Wilkins.
- Potter, P. A, & Perry, A. G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktik*. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Sandra, M. (2010). *Anak cacat bukan kiamat: Metode pembelajaran dan terapi untuk anak berkebutuhan khusus*. Yogyakarta: Katahati.
- Sastroasmoro, S & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI.

- Schmidt, C. (2003). Mother's perception on self-care in school-aged children with diabetes. *Am. J. Maternal Children Nursing*, 28: 362-370.
- Sen, S. (2010). Counting the cost 2010: Families with disabled children struggle to afford food and heating, <http://cafamily.org.uk/index.php>., diperoleh pada Juni 2011.
- Semiun, Y. (2006). *Kesehatan mental 2*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius, hal. 266-271.
- Simanjuntak, L. (2007). Menanamkan kemandirian pada anak sejak usia dini, Balai Pengembangan Pendidikan Luar Sekolah dan Pemuda. <http://www.bpplsp-reg-1.go.id>, 24 Februari 2011.
- Sugiyono. (2008). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Alfabeta: Bandung.
- The Australian Social Trends*. (2008). Families with a young child with a disability, Juli 2011.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theorist and their work*. 6th Ed. St. Louis: Mosby Inc.
- Tork, H., Lohrmann, C., & Dassen, T. (2007). Care dependency among school-aged children: Literature review. *Nursing and Health Sciences*, 9, 142-149.
- Ulfatulsholihat, R. (2010). Peran orangtua dalam penyesuaian diri anak tuna grahita. *Jurnal Universitas Gunadarma*, Jakarta.
- UNICEF & University of Winconsin (2008). *Monitoring child disability in developing countries: Result from the multiple indicator cluster surveys (MICS)*. Februari 20, 2011.
- Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman teknis penulisan tugas akhir mahasiswa Universitas Indonesia*. Depok: Universitas Indonesia.
- Vandivere, S., Tout, K., Capizzano, J., & Zaslow, M. (2003). Left unsupervised: A look at the most vulnerable children, *Child Trends Research Brief*, <http://eric.ed.gov>, Juni 2011.
- Volman, M., Visser, J. W., & Lensvelt-Mulders, G. (2007). Functional status in 5 to 7 year-old children with down syndrome in relation to motor ability and performance mental ability, *Disability and Rehabilitation Journals*, 29(1), 25-31.

- Votroubek, W & Tabbaco, A. (2010). *Pediatric home care for nurses: A family-centered approach*. 3rd Ed. USA: Jones & Bartlett's Publishers.
- Wibowo, S, M. (2010). *Penanganan anak tuna grahita*. Karya ilmiah dipersiapkan untuk semiloka "Penatalaksanaan anak-anak tuna grahita di RS Santosa Bandung".
- Widiastuti, S. H. (2010). Pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan keluarga dalam melatih *self-care* anak tunanetra ganda diSLB G Rawinala di Jakarta. *Tesis*, Karya ilmiah tidak dipublikasikan, Depok: FIK UI.
- Wong, D. L et al. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik* (Agus Sutarna, Neti Juniarti, & H.Y. Kuncara, penerjemah). Volume 1. Edisi 6. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- World Health Organization. (2002). *Current and future long-term care needs: An analysis based on the 1990 WHO study*, France: Creative, http://www.who.int/entity/chp/knowledge/publication/ltc_needs.pdf.
- Zakirova-Engstrand, R., Granlund, M. (2009). The international classification of functioning, disability and health-children and youth (ICF-CY): Testing its utility in classifying information from eco-cultural family interviews with ethnically diverse families with children with disabilities in Kyrgyzstan. *Disability and Rehabilitation Journals*, 31(12): 1018-1030.
- Zelalem, F. (2002). *The attitudes of parents towards their blind children: A case study on Bahir Dar Town*. Addis Ababa University, School of Graduation Study.
- Zhimin, L. et al. (2003). Self-care in Chinese school-aged children with nephritic syndrome. *Am. J. Maternal Child Nursing*, 28: 81-85.
- Ziviani, J., Ottenbacher, K. J., Shephard, K., Foreman, S., Astbury, W., & Ireland, P. (2001). Concurrent validity of the functional independence measure for children (WeeFMTM) and pediatric evaluation of disability inventory (PEDI) in children with developmental disabilities and acquired brain injuries. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 21, 2-3.



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Analisis Determinan Faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan Perawatan Diri pada Anak Tuna Grahita di Kabupaten Banyumas.

Nama peneliti utama : **Dian Ramawati**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.



Dekan
Dewi Ramawati, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Jakarta, 11 Mei 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

PENJELASAN PENELITIAN

Purwokerto/Banyumas, 2011

Kepada Yth.: Calon responden penelitian

Di Purwokerto/Banyumas

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dian Ramawati

NPM : 0906504663

Alamat : Perum Adipura, Jl. Adipura 2 No. 69 Rt 06/Rw 06, Purwosari, Baturraden.

Adalah mahasiswa Program Magister Keperawatan Ilmu Keperawatan Kekhususan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia melakukan penelitian dengan judul “Analisis faktor determinan yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita di Kabupaten Banyumas”.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi anak/Bapak/Ibu sebagai responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Prosedur penelitian yang akan dilakukan adalah mengisi kuesioner yang akan dilakukan oleh Bapak/Ibu, yang berisi pertanyaan mengenai biodata dan kemampuan perawatan diri pada anak Bapak/Ibu. Hasil penelitian ini akan dimanfaatkan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di masa yang akan datang terutama dalam pelayanan keperawatan pada anak berkebutuhan khusus.

Peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak Bapak/Ibu sebagai responden dan menjamin kerahasiaan identitas dan data yang akan diberikan. Responden dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu apabila menghendakinya. Apabila Bapak/Ibu menyetujui, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang telah saya buat.

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu menjadi responden, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya, Mei 2011

Dian Ramawati

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi responden penelitian yang akan dilakukan oleh Dian Ramawati, dengan judul “Analisis Faktor Determinan yang Berhubungan Dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tuna Grahita di Kabupaten Banyumas”.

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap diri saya. Oleh karena itu saya bersedia menjadi responden pada penelitian ini.

Purwokerto/Banyumas,

2011

Responden

()

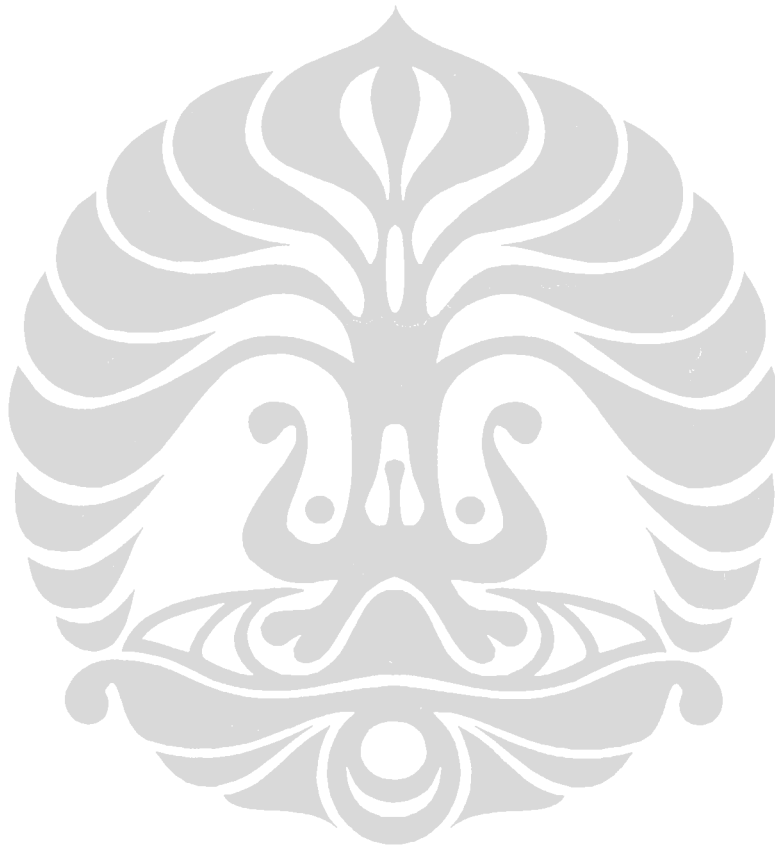
PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

1. Bacalah kuesioner dengan seksama
2. Bapak/Ibu akan mendapatkan 5 item kuesioner yang terdiri dari:
 - Kuesioner A yang berisi pertanyaan tentang Data diri anak dan Data diri Orangtua/Responden
 - Kuesioner B yang berisi pertanyaan tentang Pengetahuan Orangtua tentang Tuna Grahita
 - Kuesioner C yang berisi pertanyaan tentang Pola Asuh Orangtua terhadap Anak Tuna Grahita.
 - Kuesioner D yang berisi pertanyaan tentang Karakteristik Lingkungan, meliputi Dukungan Guru dan Tenaga Kesehatan serta Keamanan Lingkungan dan Alat Bantu yang Digunakan Oleh Anak Tuna Grahita.
 - Kuesioner E yang berisi pertanyaan tentang Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tuna Grahita.
3. Pada kuesioner A.1., butir 1 dan 2 akan diisi oleh responden, sedangkan butir 3-5 akan diisi oleh peneliti. Kuesioner A.2. akan diisi oleh responden.
4. Bapak/Ibu akan mengisi kuesioner B, C, D dan E.
5. Untuk pengisian kuesioner B, jawablah:
 - Benar: jika menurut Bapak/Ibu pernyataan tersebut benar
 - Salah: jika menurut Bapak/Ibu pernyataan tersebut salah
6. Untuk pengisian kuesioner C dan D, jawablah:
 - Tidak pernah (TP): Bila Bapak/Ibu/Anak sama sekali tidak pernah mengalami atau melakukannya.
 - Kadang-kadang (KD): Bila Bapak/Ibu/Anak kadang mengalami/melakukan dan kadang tidak mengalami/ melakukan.
 - Sering/Selalu (SL/SR): Bila Bapak/Ibu/Anak mengalami/melakukannya hampir setiap hari.

7. Untuk pengisian kuesioner E, jawablah:

- Tidak pernah dibantu (TP): Bila adik sama sekali tidak pernah mengalami atau melakukannya.
- Kadang-kadang (KD): Bila adik kadang mengalami/melakukan dan kadang tidak mengalami/ melakukan.
- Sering/Selalu (SL): Bila adik mengalami/melakukannya hampir setiap hari.

8. Bapak/Ibu boleh didampingi oleh anggota keluarga lain yang juga ikut mengasuh anak setiap hari.



KUESIONER PENELITIAN
ANALISIS FAKTOR DETERMINAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEMAMPUAN PERAWATAN DIRI PADA ANAK TUNA GRAHITA
DI KABUPATEN BANYUMAS

Kode Responden: (diisi oleh peneliti)

Tanggal:

A. KUESIONER DATA PRIBADI

A.1. DATA DIRI ANAK

1. Tanggal lahir anak : tgl/..... bln/ thn (diisi oleh orangtua)
2. Jenis kelamin : Perempuan/Laki-laki (diisi oleh orangtua)
3. Kelompok kelas : C/C1 (diisi oleh peneliti)
4. Berat badan : Kg
5. Tinggi badan : Cm
6. Struktur wajah :
7. Kelemahan motorik : Ada/Tidak ada
8. Hipersalivasi : Ada/Tidak ada
9. Tanda pre pubertas : Menstruasi/Belum menstruasi (P)

A.2. DATA DIRI ORANGTUA (Diisi oleh orangtua)

1. Usia ayah/ibu : tahun/ tahun

2. Pendidikan ayah/ibu : a. Sekolah Dasar c. SLTA
b. SLTP d. Akademi/Perguruan Tinggi
e. Tidak sekolah

3. Pekerjaan ayah : a. Petani c. PNS
b. Pedagang d. Karyawan swasta
e. Kerja lepas

4. Pekerjaan Ibu : a. Petani c. PNS
b. Pedagang d. Karyawan swasta
e. Ibu rumah tangga

5. Pengeluaran keluarga dalam 1 bulan:
 - a. < Rp 500.000 / bulan
 - b. Rp 500.000 – Rp 1.500.000 / bulan
 - c. Rp 1.600.000 – Rp 2.500.000 / bulan
 - d. > Rp 2.500.000 / bulan

B. PENGETAHUAN ORANGTUA TENTANG TUNA GRAHITA

| NO | PERTANYAAN | BENAR | SALAH |
|-----|--|-------|-------|
| 1. | Tuna grahita adalah anak yang mempunyai kecerdasan dibawah rata-rata/anak normal | | |
| 2. | Tuna grahita dapat dikelompokkan menjadi tuna grahita ringan, sedang, dan berat | | |
| 3. | Tuna grahita tidak dapat disembuhkan | | |
| 4. | Tuna grahita disebabkan oleh kekurangan gizi/makanan saat anak masih dalam kandungan atau setelah dilahirkan | | |
| 5. | Ciri-ciri anak tuna grahita antara lain lemah dalam mengerakkan tangan dan kakinya | | |
| 6. | Anak tuna grahita mudah mengikuti perintah | | |
| 7. | Kata-kata yang diucapkan anak tuna grahita sulit dimengerti | | |
| 8. | Anak tuna grahita mengalami kesulitan belajar di sekolah | | |
| 9. | Anak tuna grahita mudah mendapatkan teman bermain yang sebaya | | |
| 10. | Anak tuna grahita membutuhkan bantuan penuh dalam melakukan aktifitas sehari-hari | | |

C. POLA ASUH ORANGTUA TERHADAP ANAK TUNA GRAHITA

| NO | PERTANYAAN | TP | KD | SL |
|----|--|----|----|----|
| 1. | Orangtua dapat menerima apa adanya bila anak mengalami kegagalan | | | |
| 2. | Anak diberi kebebasan untuk memilih teman sesuka hatinya | | | |
| 3. | Anak dimarahi bila melakukan kesalahan | | | |
| 4. | Orangtua mempersiapkan perlengkapan sekolah anak | | | |
| 5. | Anak tidak boleh menolak perintah dari orangtua | | | |
| 6. | Orangtua memberikan pujian atas hasil kerja anak | | | |
| 7. | Orangtua memenuhi segala keinginan anak | | | |
| 8. | Orangtua memberi kebebasan pada anak untuk bermain dengan teman | | | |

D. KARAKTERISTIK LINGKUNGAN

D.1. DUKUNGAN GURU DAN TENAGA KESEHATAN

| NO | PERNTANYAAN | TP | KD | SR |
|----|---|----|----|----|
| 1. | Apakah anak diajari melakukan kebersihan diri di sekolah? | | | |
| 2. | Apakah anak pernah dibantu oleh guru saat melakukan kebersihan diri di sekolah? | | | |
| 3. | Apakah guru pernah melaporkan perkembangan kemampuan perawatan diri anak kepada orangtua? | | | |
| 4. | Apakah Bapak/Ibu pernah mendapatkan penyuluhan dan bimbingan dari dokter/perawat terkait ketrampilan perawatan diri pada anak tuna grahita? | | | |
| 5. | Apakah penyuluhan yang pernah diberikan sesuai dengan keinginan Bapak/Ibu terkait kebutuhan perawatan diri anak tuna grahita? | | | |

D.2. KEAMANAN LINGKUNGAN DAN ALAT BANTU YANG DIGUNAKAN

| NO | PERNYATAAN | TP | KD | SR |
|----|--|----|----|----|
| 1. | Apakah anak pernah terjatuh di kamar mandi? | | | |
| 2. | Apakah anak memerlukan alat bantu penglihatan, misalnya kacamata, ketika melakukan kegiatan sehari-hari? | | | |
| 3. | Apakah anak memerlukan alat bantu pendengaran ketika melakukan kegiatan sehari-hari? | | | |
| 4. | Apakah anak memerlukan alat bantu untuk bergerak, misalnya kruk/kursi roda, ketika melakukan kegiatan sehari-hari? | | | |
| 5. | Apakah anak memerlukan alat bantu pernafasan, misalnya oksigen tambahan, ketika melakukan kegiatan sehari-hari? | | | |

E. KEMAMPUAN PERAWATAN DIRI ANAK TUNA GRAHITA

Keterangan:

SL : Selalu dibantu/mampu/diawasi

KD : Kadang-kadang dibantu/mampu/diawasi

TP : Tidak pernah dibantu/mampu/diawasi

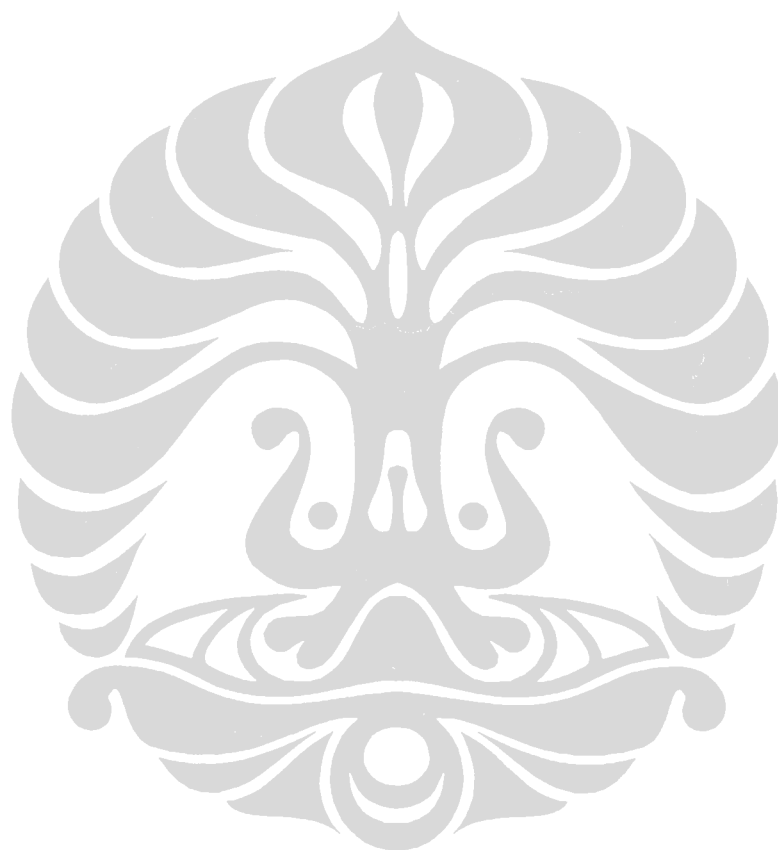
Berikan tanda ceklist (√) pada kotak pilihan jawaban yang sesuai dengan kemampuan anak tuna grahita sehari-hari.

| NO | KEGIATAN | SL Dibantu | KD Dibantu | TP Dibantu |
|----|------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| 1. | Kebersihan badan | | | |
| | 1.1. Mencuci muka sendiri | | | |
| | 1.2. Mencuci tangan sendiri | | | |
| | 1.3. Mencuci kaki sendiri | | | |
| | 1.4. Menyikat gigi | | | |
| | 1.5. Mencuci rambut dengan shampo | | | |
| | 1.6. Menyisir rambut | | | |
| | 1.7. Mandi sendiri | | | |
| 2. | Eliminasi | | | |
| | 2.1. Buang air kecil | | | |
| | 2.2. Buang air besar | | | |
| 3. | Makan dan minum | | | |
| | 3.1. Memegang piring | | | |
| | 3.2. Memegang sendok | | | |
| | 3.3. Menyendok makanan dari piring | | | |
| | 3.4. Menggerakkan sendok ke mulut | | | |
| | 3.5. Memegang gelas | | | |

| | | | | |
|----|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 3.6. Menuang air ke dalam gelas | | | |
| | 3.7. Menggerakkan gelas ke dalam mulut | | | |
| | KEGIATAN | TP Dibantu | KD Dibantu | SL Dibantu |
| 4. | Berpakaian | | | |
| | 4.1.Memakai kaos | | | |
| | 4.2.Memakai kemeja | | | |
| | 4.3.Memakai rok/celana pendek | | | |
| | 4.4.Memakai rok/celana panjang | | | |
| | 4.5.Memakai pakaian dalam | | | |
| | 4.6.Memakai kaos kaki | | | |
| | 4.7.Memakai sepatu | | | |
| | 4.8.Mengikat tali sepatu | | | |
| | 4.9.Melepaskan kaos | | | |
| | 4.10.Melepaskan kemeja | | | |
| | 4.11.Melepaskan celana | | | |
| 5. | Mobilisasi/pergerakkan | | | |
| | 5.1.Berjalan pada bidang datar | | | |
| | 5.2.Berjalan pada bidang miring | | | |
| | 5.3.Berjalan di dalam rumah | | | |
| | 5.4.Berjalan mengelilingi sekolah | | | |
| | 5.5.Berlari | | | |
| | 5.6.Menggeser kursi atau meja | | | |
| | 5.7.Memindahkan kursi atau meja | | | |
| | 5.8.Turun dari tempat tidur | | | |
| | 5.9.Mengangkat benda ringan (< 1 Kg) | | | |
| | 5.10.Mengangkat benda berat (> 2 Kg) | | | |
| | 5.11.Masuk/keluar dari kamar mandi | | | |

| | | | | |
|----|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 5.12. Duduk di kursi | | | |
| | 5.13. Berdiri tegak | | | |
| | 5.14. Melompat | | | |
| | 5.15. Memanjat | | | |
| 6. | Sosialisasi dan perkembangan | TP Diawasi | KD Diawasi | SL Diawasi |
| | 6.1. Bermain dengan teman di rumah | | | |
| | 6.2. Bermain dengan saudara/kerabat dalam keluarga | | | |
| | 6.3. Bermain dengan teman di sekolah | | | |
| | KEGIATAN | TP Mampu | KD Mampu | SL Mampu |
| | 6.4. Dapat menuliskan huruf/abjad | | | |
| | 6.5. Dapat menuliskan 1 kata atau lebih | | | |
| | 6.6. Dapat menuliskan angka | | | |
| | 6.7. Dapat menyebutkan huruf/abjad dengan benar | | | |
| | 6.8. Dapat membaca 1 kata | | | |
| | 6.9. Dapat membaca 1 kalimat | | | |
| | 6.10. Dapat mengikuti perintah | | | |
| 7. | Komunikasi | TP Mampu | KD Mampu | SL Mampu |
| | 7.1. Menampakkan kesukaan terhadap sesuatu/seseorang | | | |
| 8. | Pekerjaan rumah tangga | TP | KD | SL |
| | 8.1. Mencuci piring/gelas | | | |
| | 8.2. Menyapu lantai | | | |
| | 8.3. Mengepel lantai | | | |
| | 8.4. Membersihkan jendela | | | |
| | 8.5. Mencuci pakaian | | | |
| | 8.6. Membantu menyediakan makan bagi anggota keluarga yang lain | | | |
| | 8.7. Membereskan ruangan/kamar tidur | | | |

| 9. | Perlindungan diri | TP | KD | SL |
|----|---|----|----|----|
| | 9.1. Anak merokok | | | |
| | 9.2. Anak memakai helm bila naik sepeda | | | |
| | 9.3. Menghindari api | | | |



LEMBAR OBSERVASI SISWA SLB ABCD KUNCUP MAS BANYUMAS DAN SLB C YAKUT PURWOKERTO
KABUPATEN BANYUMAS PERIODE APRIL - MEI 2011

| NO | NAMA ANAK | UMUR | JK | KLP KLS | BB | TB | WAJAH | MOTORIK | HIPERSALIVASI | MENSTRUASI |
|----|-----------|------|----|---------|----|-----|-----------|---------|---------------|------------|
| 1 | RL | 10 | PR | C | 22 | 140 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 2 | RAS | 17 | LK | C | 63 | 159 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 3 | IP | 11 | LK | C1 | 20 | 115 | NORMAL | NORMAL | ADA | TDK MENS |
| 4 | NAP | 11 | PR | C | 27 | 135 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 5 | EYP | 17 | LK | C1 | 60 | 165 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | MENS |
| 6 | S | 12 | LK | C | 69 | 150 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 7 | AB | 11 | LK | C | 40 | 150 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 8 | SB | 11 | LK | C | 31 | 134 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 9 | DD | 17 | PR | C1 | 46 | 160 | MONGOLOID | LEMAH | ADA | MENS |
| 10 | CS | 11 | LK | C | 27 | 135 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 11 | DW | 9 | PR | C | 47 | 140 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 12 | SP | 12 | LK | C | 45 | 143 | NORMAL | LEMAH | TDK ADA | TDK MENS |
| 13 | DG | 14 | LK | C | 49 | 150 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 14 | AM | 11 | PR | C | 27 | 127 | NORMAL | LEMAH | ADA | MENS |
| 15 | AS | 14 | LK | C | 25 | 132 | NORMAL | LEMAH | ADA | TDK MENS |
| 16 | ASL | 16 | LK | C | 48 | 161 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 17 | RP | 17 | LK | C | 53 | 154 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 18 | AL | 17 | PR | C | 40 | 163 | MONGOLOID | LEMAH | ADA | MENS |
| 19 | YS | 10 | LK | C | 21 | 124 | NORMAL | LEMAH | TDK ADA | TDK MENS |
| 20 | MR | 11 | PR | C | 31 | 136 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 21 | ANH | 9 | LK | C1 | 25 | 130 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 22 | KG | 11 | LK | C | 56 | 141 | NORMAL | LEMAH | ADA | MENS |
| 23 | TR | 10 | PR | C1 | 45 | 115 | NORMAL | LEMAH | ADA | TDK MENS |
| 24 | YT | 13 | LK | C1 | 48 | 160 | NORMAL | LEMAH | ADA | TDK MENS |
| 25 | TIH | 10 | LK | C1 | 18 | 110 | NORMAL | LEMAH | ADA | TDK MENS |
| 26 | TBS | 11 | LK | C1 | 56 | 132 | NORMAL | LEMAH | TDK ADA | TDK MENS |
| 27 | NAP | 11 | PR | C1 | 24 | 115 | MONGOLOID | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 28 | BN | 11 | LK | C1 | 63 | 144 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 29 | AR | 17 | LK | C | 50 | 174 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 30 | FD | 11 | LK | C1 | 30 | 110 | MONGOLOID | LEMAH | TDK ADA | TDK MENS |
| 31 | FAT | 10 | LK | C1 | 25 | 150 | NORMAL | LEMAH | TDK ADA | TDK MENS |
| 32 | MR | 17 | LK | C | 32 | 159 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 33 | MA | 11 | LK | C1 | 30 | 140 | NORMAL | LEMAH | TDK ADA | TDK MENS |
| 34 | AH | 16 | LK | C1 | 71 | 164 | NORMAL | NORMAL | ADA | TDK MENS |
| 35 | LAW | 14 | LK | C1 | 77 | 154 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 36 | BH | 17 | PR | C | 60 | 165 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 37 | TAW | 11 | LK | C1 | 30 | 140 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 38 | SW | 14 | PR | C1 | 45 | 161 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | MENS |
| 39 | NH | 11 | PR | C1 | 20 | 115 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 40 | WEP | 10 | PR | C1 | 33 | 120 | NORMAL | LEMAH | ADA | TDK MENS |
| 41 | LDP | 14 | LK | C | 39 | 156 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 42 | AS | 15 | LK | C | 38 | 137 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 43 | MR | 10 | LK | C1 | 32 | 136 | NORMAL | LEMAH | ADA | TDK MENS |
| 44 | ANS | 11 | PR | C1 | 26 | 114 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 45 | MI | 13 | LK | C | 65 | 160 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |

| NO | NAMA ANAK | UMUR | JK | KLP KLS | BB | TB | WAJAH | MOTORIK | HIPERSALIVASI | MENSTRUASI |
|----|-----------|------|----|---------|----|-----|-----------|---------|---------------|------------|
| 46 | DG | 17 | LK | C1 | 51 | 163 | NORMAL | LEMAH | ADA | TDK MENS |
| 47 | SN | 11 | LK | C1 | 43 | 140 | NORMAL | LEMAH | ADA | TDK MENS |
| 48 | MF | 13 | LK | C1 | 40 | 159 | NORMAL | LEMAH | ADA | TDK MENS |
| 49 | AF | 13 | LK | C | 56 | 147 | NORMAL | LEMAH | TDK ADA | TDK MENS |
| 50 | DTM | 15 | PR | C1 | 45 | 135 | MONGOLOID | LEMAH | TDK ADA | MENS |
| 51 | MP | 17 | PR | C | 37 | 140 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | MENS |
| 52 | NY | 17 | PR | C1 | 36 | 144 | MONGOLOID | LEMAH | ADA | MENS |
| 53 | ZR | 15 | PR | C | 37 | 150 | NORMAL | LEMAH | TDK ADA | TDK MENS |
| 54 | RWH | 15 | PR | C | 47 | 147 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | MENS |
| 55 | PS | 17 | LK | C1 | 47 | 163 | NORMAL | LEMAH | ADA | TDK MENS |
| 56 | MAR | 15 | LK | C | 32 | 104 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 57 | AP | 12 | LK | C1 | 48 | 147 | MONGOLOID | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 58 | NL | 14 | PR | C | 35 | 137 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 59 | MM | 10 | PR | C | 22 | 109 | NORMAL | NORMAL | TDK ADA | TDK MENS |
| 60 | YBA | 13 | LK | C1 | 39 | 155 | MONGOLOID | LEMAH | TDK ADA | TDK MENS |
| 61 | AR | 11 | LK | C1 | 30 | 140 | NORMAL | LEMAH | TDK ADA | TDK MENS |
| 62 | AL | 10 | PR | C | 24 | 104 | MONGOLOID | LEMAH | TDK ADA | TDK MENS |
| 63 | DAL | 17 | PR | C1 | 42 | 145 | MONGOLOID | NORMAL | TDK ADA | MENS |
| 64 | MT | 9 | LK | C1 | 32 | 104 | NORMAL | LEMAH | TDK ADA | TDK MENS |
| 65 | LK | 12 | LK | C1 | 30 | 110 | MONGOLOID | LEMAH | ADA | TDK MENS |

Keterangan :

LK : Laki-laki

PR : Perempuan

C : Tuna Grahita Ringan

C1 : Tuna Grahita Sedang



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikul.ac.id

Nomor : /H2.F12.D/PDP.04.02/2011 30 Maret 2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan Ijin penelitian

Yth. Kepala
Kesbangpolinmas
Kabupaten Banyumas


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Dian Ramawati
0906504663

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Analisis Faktor Determinan yang Berhubungan Dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tuna Grahita di Kabupaten Banyumas"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji instrument penelitian di Kabupaten Banyumas.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Dinas Pendidikan Kabupaten Banyumas
3. Kepala SLB Yakut Purwokerto
4. Kepala SLB Kuncup Mas Banyumas
5. Kepala SDN 01 Tanjung
6. Sekretaris FIK-UI
7. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
8. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
9. Koordinator M.A. "Tesis"
10. Pertinggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : ~~1563~~ H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

2 Mei 2011

Yth. Kepala
SDN Arcawinangun 5
Purwokerto Timur


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Dian Ramawati
0906504663

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Analisis Faktor Determinan yang Berhubungan Dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tuna Grahita di Kabupaten Banyumas"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di SDN Arcawinangun 5 Purwokerto Timur.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.


Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Pertinggal





**PEMERINTAH KABUPATEN BANYUMAS
DINAS PENDIDIKAN
UNIT PENDIDIKAN KECAMATAN PURWOKERTO TIMUR
SD NEGERI 5 ARCAWINANGUN**

Nomor : 005 / 143/ IV/ 2011
Lamp. : -
Perihal : Undangan

27 April 2011

Kepada : Yth.
Orangtua Murid /Siswa
SDN Arcawinangun 5
di tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya kegiatan penelitian "**Analisis Determinan Faktor Yang Berhubungan dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita di Kabupaten Banyumas**" oleh Sdri. Dian Ramawati dari Univ. Jenderal Soedirman (Unsoed), maka dengan ini kami mengundang Bapak/Ibu untuk hadir di SDN Arcawinangun 5 pada :

Hari/Tanggal : Jum'at/29 April 2011
Waktu : Pukul 09.00 WIB – selesai
Tempat : Ruang kelas SDN Arcawinangun 5 Purwokerto

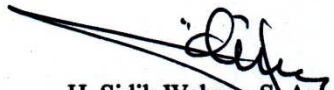
Demi kelancaran kegiatan tersebut, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk hadir dan sekaligus berpartisipasi dalam kegiatan tersebut. Besar harapan kami Bapak/Ibu dapat memenuhi permohonan kami.

Atas perhatian dan kesediaannya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,

Mengetahui,
Kepala Sekolah SDN Arcawinangun 5

Peneliti


H. Sidik Waluyo, S. Ag.
NIP. 196312231984051003


Dian Ramawati, S. Kep., Ns.
NIP. 197908052006042001



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor JS 62/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

2 Mei 2011

Yth. Kepala
SLB Kuncup Mas
Banyumas


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Dian Ramawati
0906504663

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Analisis Faktor Determinan yang Berhubungan Dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tuna Grahita di Kabupaten Banyumas"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di SLB Kuncup Mas Banyumas.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Peringgal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1561/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

2 Mei 2011

Yth. Kepala
SLB Yakut
Purwokerto


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Dian Ramawati
0906504663

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Analisis Faktor Determinan yang Berhubungan Dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tuna Grahita di Kabupaten Banyumas"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di SLB Yakut Purwokerto.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Peringgal

**SEKOLAH LUAR BIASA BAGIAN ANAK TUNAGRAHITA
(SLB C DAN C1) YAKUTPURWOKERTO**

Alamat: Jalan Kolonel Sugiri No.10. Telepon: 625800, PURWOKERTO 53116

SURAT KETERANGAN


Nomor: 87/Pend/SLB/VI/2011

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Sekolah Luar Biasa C YAKUT Purwokerto dengan ini menerangkan bahwa mahasiswa berikut:

NAMA : DIAN RAMAWATI
NPM : 0906504663
FAKULTAS : ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI : PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
INSTITUSI : UNIVERSITAS INDONESIA

Pada Bulan Mei telah melaksanakan penelitian di SLB C Yakut Purwokerto dalam rangka penyusunan tesis dengan judul : **Analisis Determinan Faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tuna Grahita di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah.**

Demikian surat keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan sebagaimana semestinya.

Purwokerto, Juni 2011
Kepala Sekolah SLB C Yakut

Netti Lestari, S.Pd.
NIP. 196701091955012001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Ns. Dian Ramawati, S. Kep.
Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 5 Agustus 1979
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Staf Pengajar FKIK Univ. Jenderal Soedirman, Purwokerto
Alamat Rumah : Jl. Adipura 2 No. 69, Purwosari, Purwokerto
Alamat Institusi : Jl. Dr. Soeparno, Kampus Keperawatan, Karangwangkal,
Purwokerto.

Riwayat Pendidikan
1985 – 1991 : SDN 01 Pagi Rawamangun, Jakarta Timur
1991 - 1994 : SMPN 74 Rawamangun, Jakarta Timur
1994 – 1997 : SMUN 21 Pulomas, Jakarta Timur
1998 – 2003 : Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan UI
2009 – sekarang : Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan UI

Riwayat Pekerjaan
2003 – 2004 : RS MH. Thamrin Salemba, Jakarta Pusat
2004 – 2005 : Prodi Keperawatan Univ. Muhammadiyah Purwokerto
2006 – sekarang : FKIK Univ. Jenderal Soedirman Purwokerto