

2. TINJAUAN PUSTAKA

Adapun dalam bab ini akan berisi dasar-dasar teoritis yang berkaitan dengan masalah penelitian yang ada, yaitu mengenai tunanetra-ganda, perkembangan kemampuan tunanetra-ganda, dan resiliensi.

2.1 Tunanetra-ganda

Tunanetra-ganda merupakan salah satu bentuk dari kombinasi tunanetra dengan gangguan lainnya seperti kecacatan fisik, kesulitan bicara, gangguan tingkah laku dan kesulitan belajar. Sehubungan dengan keterbatasan informasi mengenai tunanetra-ganda, penelitian ini mengambil sumber atau informasi mengenai tunanetra-ganda dan tunanetra, dimana diharapkan dari kedua informasi ini dapat menggambarkan hal-hal yang berkaitan dengan tunanetra-ganda.

2.1.1 Tunanetra

2.1.1.1 Definisi Tunanetra

Menurut Hallahan dan Kaufman (2006) terdapat dua cara pandang dalam menjelaskan batasan mengenai tunanetra yaitu melalui batasan legal dan batasan pendidikan.

Batasan legal ini mencakup penilaian mengenai ketajaman dan jangkauan penglihatan. Orang yang secara legal buta mempunyai ketajaman visual 20/200 dan kurang dari itu walaupun telah menggunakan alat bantu lihat (seperti kacamata) atau seseorang dengan jangkauan penglihatan sangat sempit dimana jarak lebar penglihatan tidak lebih dari dua puluh derajat. Pecahan 20/200 disini berarti bahwa seseorang hanya dapat melihat sesuatu yang berjarak 20 kaki, sedangkan orang dengan penglihatan normal dapat melihat sesuatu yang berjarak 200 kaki (Hallahan & Kaufman, 2006).

Para ahli menyatakan bahwa ketajaman visual bukan menjadi peramal yang akurat dalam bagaimana seseorang dapat berfungsi atau menggunakan sisa penglihatan yang mereka miliki. Meskipun hanya sebagian kecil orang dengan batasan legal buta benar-benar tidak bisa melihat, dan sebagian besar lainnya

masih dapat melihat dengan derajat penglihatan tertentu. Batasan pendidikan lebih menekankan pada metode pengajaran membaca. Bagi tujuan pendidikan, individu yang mengalami kebutaan total harus belajar membaca menggunakan huruf Braille atau metode *aural* (dengan menggunakan *tape recorder*). Pendidik lebih memilih menggunakan cetakan tulisan biasa pada individu yang *low vision*, meskipun individu tersebut membutuhkan alat bantu lihat atau mencetak tulisan dengan ukuran yang besar. Hal ini dimaksudkan untuk memanfaatkan sisa penglihatan yang ada pada diri individu tersebut. Pendidik mendefinisikan seseorang dengan *low vision* sebagai seseorang yang memiliki kesulitan dalam melakukan tugas-tugas penglihatan, meskipun telah menggunakan alat bantu lihat, namun orang tersebut dapat meningkatkan kemampuan mereka untuk mengerjakan tugas-tugas penglihatan ini dengan strategi pengganti visual atau dengan memodifikasi lingkungan (Corn & Koenig; dalam Hallahan & Kaufman, 2006).

2.1.1.2. Prevalensi Tunanetra

Populasi anak usia sekolah yang mengalami kebutaan sangat kecil, diperkirakan satu dari seribu anak usia sekolah yang mengalami kebutaan (Heward & Orlansky, 1992). Jumlah anak yang mengalami kebutaan bisa saja lebih besar dari jumlah anak yang diinformasikan oleh pemerintah. Hal ini disebabkan, beberapa siswa dengan kebutaan biasanya diikuti oleh kategori ketunaan lainnya seperti buta-tuli dan tunanetra-ganda lainnya, namun masih diragukan apakah populasi anak tunanetra melebihi 0,1 persen dari keseluruhan populasi anak usia sekolah (Heward & Orlansky, 1992).

American Printing House mengidentifikasi bahwa 33 persen anak tunanetra dapat membaca visual, dimana dalam membaca anak menggunakan alat bantu penglihatan (Heward & Orlansky, 1992). Kelompok besar lainnya yaitu 17 persen adalah anak yang membaca dengan pendengaran (*auditory reader*), dimana dalam membaca anak menggunakan *tape recorder* atau mendengarkan orang lain membaca dengan suara keras, hal ini diikuti 12 persen anak yang membaca dengan menggunakan huruf Braille. Sedangkan sisanya yaitu 38 persen merupakan nonpembaca atau prapembaca. Jumlah ini sesuai dengan persentase

jumlah anak tunanetra yang diikuti dengan ketunaan lainnya (Heward & Orlansky, 1992).

2.1.1.3. Penyebab Tunanetra

Menurut Hallahan dan Kaufman (2006) sebagian besar masalah gangguan penglihatan merupakan hasil dari kesalahan dalam pembiasan cahaya. Refraksi merupakan penyimpangan cahaya yang masuk ke dalam struktur mata. Myopia, hyperopia, dan astigmatism merupakan contoh dari kesalahan dalam pembiasan cahaya yang berpengaruh terhadap pusat ketajaman penglihatan. Meskipun kesalahan pembiasan cahaya ini cukup berpengaruh serius dalam menyebabkan kerusakan dalam penglihatan, namun hal ini masih dapat ditanggulangi dengan menggunakan kacamata atau lensa kontak yang biasanya dapat membantu menjadi penglihatan yang normal.

Glukoma merupakan salah satu gangguan mata yang disebabkan oleh rusaknya saraf penglihatan. Selain itu, gangguan mata lainnya adalah katarak. Katarak disebabkan oleh tertutupnya lensa mata dimana berakibat penglihatan kabur. Gangguan mata pada anak usia sekolah biasanya disebabkan oleh faktor pranatal, namun beberapa diantaranya disebabkan oleh faktor bawaan. Salah satu contoh yang disebabkan oleh faktor bawaan adalah *retinitis pigmentosa*. *Retinitis pigmentosa* ini menyebabkan sempitnya jangkauan penglihatan yang dapat dilihat dan berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk melihat dengan sinar yang redup (Hallahan & Kaufman, 2006).

CVI (*Cortical Visual Impairment*) merupakan akibat dari terganggunya salah satu bagian otak yang bertanggungjawab dalam penglihatan. *Retinopathy of prematurity* (ROP) merupakan akibat dari gangguan pembuluh darah dalam mata. Dua kondisi lainnya adalah strabismus dan nystagimus. Kedua kondisi ini disebabkan oleh kesalahan fungsi otot mata (Hallahan & Kaufman, 2006).

2.1.2. Tunaganda

2.1.2.1. Definisi Tunaganda

Menurut Dollar dan Brooks (dalam Snell, 1983) terdapat beberapa karakteristik dasar dalam mengidentifikasi anak tunaganda melalui definisi ini: (1)

anak tunaganda memiliki ketunaan yang berat dan parah, (2) mereka membutuhkan program pendidikan dengan sumber yang lebih besar lagi dibandingkan dengan program tradisional biasanya, dan (3) mereka membutuhkan program yang memfokuskan pada keterampilan yang tepat dalam memandirikan dan pemenuhan diri anak. Selain itu dalam U.S. *Office of Education* (dalam Kirk & Gallagher, 1986) dijelaskan bahwa anak tunaganda adalah seorang individu yang karena intensitas masalah fisik, mental, atau gangguan emosional, membutuhkan pendidikan, sosial, psikologi, dan medis melebihi program pendidikan luar biasa lainnya yang biasa diberikan guna memaksimalkan partisipasi mereka dalam masyarakat dan pemenuhan diri.

Ditambahkan juga oleh Mangunsong dkk.(1998), pengertian anak tuna ganda dan majemuk adalah anak yang menderita kombinasi atau gabungan dari dua atau lebih kelainan/ kecacatan dalam segi fisik, mental, emosi dan sosial, sehingga memerlukan pelayanan pendidikan, psikologis, medis, sosial, dan vokasional melebihi pelayanan yang sudah tersedia bagi anak yang berkelainan tunggal, agar masih dapat mengembangkan kemampuannya seoptimal mungkin untuk berpartisipasi dalam masyarakat.

Definisi di atas kemudian diperkuat oleh Heward dan Orlansky (1992) yang menyebutkan bahwa anak tunaganda memiliki kekurangan yang cukup besar dalam fungsi intelektual dan juga layanan kebutuhan khusus karena adanya gangguan dalam bergerak, melihat, berkomunikasi, dan mendengar serta kondisi fisik yang kurang mendukung.

Dengan demikian dari beberapa definisi yang telah disebutkan, dapat disimpulkan bahwa anak tunaganda adalah anak yang menderita kombinasi dua atau lebih ketunaan yang karena intensitas masalah fisik, mental, atau gangguan emosional dan sosialnya mereka membutuhkan pendidikan, sosial, psikologi, medis, dan vokasional melebihi program pendidikan luar biasa lainnya yang biasa diberikan, guna memaksimalkan partisipasi mereka dalam masyarakat dan pemenuhan diri.

2.1.2.2 Kombinasi Tunaganda

Kombinasi ketunaan yang termasuk dalam tunaganda adalah tunanetra-tunarungu, tunanetra-tunadaksa, tunanetra-tunagrahita mampu latih, tunanetra-tunagrahita mampu didik, tunarungu-tunadaksa, tunarungu-tunagrahita mampu latih, tunarungu-tunagrahita mampu didik, tunadaksa-tunagrahita mampu latih, dan lain sebagainya. Sedangkan yang termasuk dalam ketunaan majemuk antara lain tunanetra-tunarungu-tunadaksa, tunanetra-tunarungu-tunagrahita mampu latih, tunanetra-tunarungu-tunagrahita mampu didik, dan lain sebagainya (Mangunsong, dkk., 1998).

2.1.2.3 Klasifikasi Tunaganda

Dalam Mangunsong, dkk (1998) anak tunaganda dan majemuk diklasifikasi agar memenuhi kebutuhan pelayanan pendidikan. Klasifikasi anak tunaganda tersebut antara lain:

1. Anak tunaganda dan majemuk tingkat ringan
Mereka yang menyandang dua ketunaan atau lebih, tetapi masih dalam taraf ringan. Kelompok ini masih memungkinkan untuk dilayani dengan kurikulum SD dan SLB yang dimodifikasi sesuai tingkat ketunaannya.
2. Anak tunaganda dan majemuk tingkat sedang
Kelompok ini masih memiliki kemungkinan untuk dilayani dengan kurikulum SLB yang dimodifikasi sesuai dengan tingkat ketunaannya.
3. Anak tunaganda dan majemuk tingkat berat dan sangat berat
Anak-anak pada kelompok ini tidak mungkin lagi untuk dilayani dengan kurikulum SLB, akan tetapi bagi mereka program pendidikan khusus (DNIKS dan BP3K, Depdikbud: 1987; dalam Mangunsong, dkk., 1998).

2.1.2.4 Prevalensi Tunaganda

Prevalensi anak tunaganda berkisar antara 0,1 persen hingga satu persen dari populasi (Ludlow dan Sobsey dalam Heward & Orlansky, 1992). Kesulitan dalam mendapatkan gambaran prevalensi yang akurat mengidentifikasi adanya ketidakpastian definisi dan klasifikasi bagi anak tunaganda (Heward & Orlansky, 1988).

2.1.2.5 Penyebab Ketunaanganda

Tunaganda bisa saja disebabkan oleh berbagai kondisi, terutama faktor biologis, yang muncul sebelum, selama, atau setelah kelahiran anak. Pada sebagian besar kasus disebabkan oleh cedera otak. Beberapa persen anak tunaganda lahir dengan kelainan kromosom, seperti *down syndrome* dengan gangguan genetik atau metabolisme yang menyebabkan masalah dalam perkembangan fisik dan intelektual anak. Komplikasi kehamilan –seperti prematur, ketidaksesuaian Rh, dan virus penyakit yang diidap ibu hamil—dapat menyebabkan atau berkontribusi terjadinya ketunaanganda. Ibu hamil yang menggunakan obat-obatan, minum minuman keras atau kurangnya asupan nutrisi merupakan faktor resiko terbesar dalam melahirkan anak dengan ketunaanganda (Heward & Orlansky, 1992).

Proses kelahiran sendiri memiliki resiko dan komplikasi tersendiri, seperti kurangnya oksigen dan cedera otak saat dilahirkan. Selain itu, tunaganda juga dapat terjadi di tengah-tengah perkembangan kehidupan berupa luka berat di otak disebabkan oleh kecelakaan kendaraan bermotor, terjatuh, diserang, atau disiksa. Kekurangan gizi, pengabaian, dan penyakit tertentu dapat berpengaruh terhadap otak (seperti meningitis dan radang otak) dapat juga menyebabkan ketunaanganda (Heward & Orlansky, 1992).

2.2 Perkembangan Kemampuan Tunanetra-ganda

2.2.1 Aspek-aspek Perkembangan Kemampuan Tunanetra-ganda

Anak tunaganda memiliki keterlambatan perkembangan dan mempunyai tipe menyimpang dalam perkembangannya. Keterlambatan perkembangan pada anak tunaganda mencakup aspek sosial, intelektual, dan fisik. Beberapa anak tunaganda menunjukkan penyimpangan dalam tingkah laku sosial, intelektual, dan bahasa. Disebut sebagai penyimpangan dalam tingkah laku dikarenakan anak tunaganda melakukan sesuatu yang kurang tepat dalam jumlah banyak atau melakukan sesuatu pada waktu dan tempat yang tidak tepat (Meyen, 1982). Adapun karakteristik aspek-aspek perkembangan pada anak tunaganda tersebut antara lain:

1. Aspek kemampuan kognitif: Tingkat kecerdasan sangat bervariasi, tergantung pada kelainan yang disandangnya. Umumnya anak tunaganda tidak dapat membaca, menulis, atau menampilkan keterampilan akademik. Sebagai contoh beberapa anak tunaganda tidak dapat mengenal atau mencocokkan warna, bentuk, atau objek. Mereka juga tidak dapat mengikuti arahan sederhana, seperti: "kemari" atau "duduklah". Beberapa diantaranya juga tidak dapat memegang pensil, menggambar garis lurus, atau menyusun potongan-potongan puzzle menjadi utuh. Beberapa diantara mereka dapat berhasil menunjukkan hasil tugas-tugas pra akademis yang diajarkan dan mempelajari membaca, menulis, dan melakukan kemampuan keterampilan akademis lainnya (Meyen, 1982). Selain itu, anak juga diajarkan pengetahuan mengenai seksualitas manusia. Anak tanpa gangguan penglihatan secara khusus mempelajari seksualitas manusia melalui penglihatan mereka (Heward & Orlansky, 1992). Adanya nilai-nilai kesopanan membuat anak-anak dengan gangguan penglihatan sulit untuk mempelajari seksualitas manusia dengan cara menyentuh tubuh orang lain dan ini terkadang menimbulkan persepsi yang salah bahwa individu yang memiliki gangguan penglihatan tidak tertarik dengan seks.
2. Aspek kemampuan bahasa (komunikasi): Sebagian besar anak tunaganda kurang atau tidak dapat berkomunikasi. Kemampuan mereka sangat terbatas dalam mengekspresikan atau mengerti orang lain. Banyak yang tidak dapat bicara, bila ada komunikasi pun beberapa anak tunaganda tidak memberikan respon. Ditambahkan Meyen (1982) bahwa kurangnya keterampilan dalam berkomunikasi menjadi perhatian besar bagi orang yang bekerja dengan anak yang tidak dapat mengekspresikan kebutuhan dasarnya dan berbagi pengalaman mereka. Tidak mengherankan apabila anak tunaganda yang mengalami keterlambatan keterampilan bahasa melakukan pengekspresian diri yang tidak diinginkan seperti marah, menangis, dan melakukan tingkah laku agresif. Meskipun begitu, anak tunaganda masih memiliki potensi untuk menguasai kemampuan bahasa. Anak dengan ketunaanganda dapat diajarkan untuk menguasai fungsi-fungsi semantik (arti suku kata). Setelah menguasai fungsi semantik, anak dapat diajarkan untuk berbicara dengan struktur kalimat

yang benar (Subyek + Predikat + Obyek) (Miller & Yoder, 1974 dalam Meyen, 1982). Anak juga dapat diajarkan untuk menggunakan kata kerja dan kata benda secara bersamaan. Salah satu fungsinya adalah agar anak dapat menyatakan keinginannya secara verbal. Setelah itu, anak diajarkan untuk menggunakan kata tanya, seperti siapa, apa, dan di mana. Anak juga diajarkan untuk menyatakan penolakan bila tidak menginginkan sesuatu serta kepemilikan akan suatu benda (Stremes & Waryas, 1974 dalam Meyen, 1982). Semua kemampuan ini bertujuan agar anak dapat menggunakan bahasa yang telah ia miliki untuk mengekspresikan dirinya secara verbal (Kent, 1974 dalam Meyen, 1982).

3. Aspek kemampuan sosial: Biasanya anak tunaganda tidak pernah memulai interaksi dengan orang lain dan tidak juga menanggapi orang lain yang mencoba untuk berinteraksi dengan mereka. Anak tunaganda yang melakukan interaksi dengan orang lain seringkali melakukan hal yang tidak tepat (Meyen, 1982). Dalam aspek sosial, anak tunaganda juga memiliki hambatan fisik dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari, rasa rendah diri, isolatif, kurang percaya diri, hambatan dalam keterampilan kerja, dan hambatan dalam melaksanakan kegiatan sosial (Mangunsong, dkk., 1998). Oleh sebab itu, penting untuk mengajarkan interaksi dengan lingkungan sosial pada anak. Kemampuan sosial ini mencakup adanya reaksi sosial yang baik dan ketiadaan tingkah laku sosial yang tidak dapat diterima. Kemampuan sosial merupakan kumpulan tingkah laku verbal dan non-verbal. Sasaran dari aspek sosial yang ingin dikembangkan ini adalah agar individu dapat berpikir kritis dan bertingkah laku mandiri dalam situasi sosial. Adapun parameter dalam kemampuan sosial ini mencakup *social decoding*, komunikasi sosial, tingkah laku nonverbal, dan kemampuan sosial independen (Snell, 1983). *Social decoding* merupakan kemampuan untuk dapat membedakan isyarat-isyarat sosial dan menginterpretasikan dengan informasi yang bersangkutan. Salah satu contoh dari *social decoding* seperti pemberian respon nonverbal pada orang yang dikenalnya dan memberikan sapaan ketika didekati. Komunikasi sosial mencakup penerimaan dan pemberian sapaan, pujian, informasi positif, informasi netral, kritik, tuntutan, permohonan, dan pertanyaan. Secara khusus,

komunikasi sosial mengisyaratkan adanya penggunaan kemampuan verbal yang tinggi. Tingkah laku nonverbal lebih menekankan pada variabel kualitatif yang berhubungan dengan bagaimana cara seseorang mengkomunikasikan pesan sosialnya. Tingkah laku non-verbal mencakup kontak mata, ekspresi muka, postur tubuh, gerakan tangan, jarak interpersonal, penampilan fisik, dan kebersihan seseorang. Tingkah laku non-verbal lainnya yang penting adalah kontak fisik dimana merupakan salah satu bagian dari hubungan interpersonal. Dan Kemampuan sosial independen merupakan kemampuan seseorang untuk dapat bekerja secara mandiri dalam konteks sosial tanpa menarik perhatian orang dengan cara yang tidak semestinya.

4. Aspek kemampuan motorik halus: Kemampuan untuk memegang, menggenggam, melepaskan benda dari genggaman, menelan, menggerakkan lidah, dan kemampuan dasar lainnya hanya akan berguna apabila diterapkan pada saat anak makan, berpakaian, berbicara, bekerja, bermain, dan ketika berada di kamar mandi (Meyen, 1982). Kemampuan motorik pada anak tuna ganda ini masih dapat dikembangkan secara maksimal agar anak dapat melakukan pemenuhan dirinya (Guess dan Mulligan, dalam Meyen 1982). Anak diajarkan untuk menggenggam, menggunakan jari-jarinya dalam beraktivitas, melakukan koordinasi antara gerakan tangan dan anggota tubuh lain serta menggunakan lengan dan tangan untuk melakukan kegiatan yang berkelanjutan (Bunker & Moon, 1983). Untuk menguasai kemampuan ini, setiap individu membutuhkan pengalaman-pengalaman menangani obyek yang berbeda-beda untuk belajar bagaimana mengidentifikasi dan membedakan ukuran (*size*), bentuk (*shape*), tekstur (*texture*), berat (*weight*), dan kekuatan (*firmness*) dari obyek-obyek itu. Kemampuan motorik halus ini berkembang secara bertahap dan tergantung dari bagaimana kombinasi pengalaman-pengalaman, usia kronologis dan fisiologis, kondisi ketunaan yang dimiliki, dan kecenderungan penggunaan tangan kiri/kanan (*hand preference*) yang dikembangkan anak.
5. Aspek kemampuan motorik kasar: menurut Mangunsong dkk. (1998), anak tunaganda mempunyai kelainan lebih dari satu macam dengan ciri-ciri fisik

seperti gangguan refleks, gangguan perasaan kulit, gangguan fungsi sensoris, gangguan fungsi motorik, gangguan fungsi metabolisme dan sistem endokrin, gangguan fungsi gastrointestinal, gangguan fungsi sirkulasi udara, gangguan fungsi pernapasan, dan gangguan pembentukan eksresi urin. Meyen (1982) menambahkan anak tunaganda yang memiliki kombinasi kecacatan dengan gangguan fisik menyebabkan mereka tidak dapat berjalan sendiri dan biasanya membutuhkan bantuan suatu alat dalam bentuk kursi roda, *walker*, *brace*, dan tongkat. Beberapa anak tunaganda lainnya juga tidak dapat menggeling, mengangkat kepala atau memegang suatu objek. Kemampuan motorik pada anak tuna ganda ini masih dapat dikembangkan dengan maksimal mungkin sehingga anak dapat melakukan pemenuhan dirinya (Guess dan Mulligan, dalam Meyen 1982). Kemampuan-kemampuan motorik kasar, menurut Bunker & Moon (1983), tergolong dalam dua jenis kemampuan yaitu *locomotor skill* dan *manipulative motor skill*. *Locomotor skill* mencakup kemampuan-kemampuan untuk mengkoordinasikan gerakan perseptual, sedangkan *manipulative motor skill* mencakup kemampuan-kemampuan untuk memanipulasi benda. Perbedaan utama *locomotor skill* dan *manipulative skill* adalah kemampuan-kemampuan yang tergolong dalam *locomotor skill* memungkinkan kita untuk berinteraksi dengan lingkungan (*interact with the environment*), sedangkan kemampuan-kemampuan yang tergolong dalam *manipulative skill* memungkinkan kita untuk bertingkah laku terhadap lingkungan (*act on the environment*). Kemampuan-kemampuan yang tergolong dalam *locomotor skill* antara lain berjalan (*walking*), berguling (*rolling*), dan merangkak (*crawling, creeping*). Kemampuan-kemampuan tersebut merupakan *locomotor skills* yang mendasar (*fundamental*) dan menjadi dasar berkembangnya *locomotor skills* tingkat lanjut (*advanced*), seperti berlari (*running*), memanjat (*climbing*), melompat (*leaping, hopping*), meloncat (*jumping*), naik dan turun tangga (*stair climbing*), berlari kencang (*galloping*), mendorong benda (*sliding*), dan melompat tali (*skipping*). Sedangkan kemampuan-kemampuan yang tergolong dalam *manipulative motor skill* antara lain melempar (*throwing*), memukul (*striking*), menangkap (*catching*), melambungkan obyek (*object bouncing*), menendang (*kicking*),

mengendarai sepeda (*bicycle riding*), dan kegiatan-kegiatan lain yang terkait dengan manipulasi benda.

6. Aspek kemampuan visual: hal ini sangat bergantung pada penggunaan sisa-sisa penglihatan dan pengaruhnya terhadap kemampuan anak untuk menangkap informasi sensoris di sekitarnya. Anak yang hanya memiliki *light perception*, yaitu hanya mampu membedakan antara terang dengan gelap, tidak dapat menggunakan penglihatannya untuk tujuan orientasi. Namun, siswa yang memiliki *light projection*, yaitu mampu menentukan arah berdasarkan sumber cahaya, masih dapat menggunakan penglihatannya untuk tujuan orientasi (Suterko dalam Lowenfeld, 1973). Kemampuan-kemampuan yang dapat dilatih pada anak dengan ketunaannetra untuk dapat mengoptimalkan fungsi penglihatannya antara lain kemampuan untuk mengontrol gerakan-gerakan mata, beradaptasi secara visual dengan lingkungan, memberikan perhatian pada stimulus visual, dan memproses informasi visual secara cepat (Heward & Orlansky, 1992). Anak dengan ketunaannetra memperoleh sebagian besar informasi dari lingkungan melalui indera pendengaran. Kemampuan mendengar yang dapat diajarkan pada anak antara lain kemampuan untuk memperhatikan dan menyadari adanya suara, membedakan suara, dan menentukan makna dari suara. Kemampuan mendengar yang baik cenderung dapat memperluas penggunaan kosakata dan mendukung perkembangan kemampuan berbicara, membaca, dan menulis anak. Indera lain yang harus dioptimalkan dari anak dengan ketunaannetra adalah perabaan. Dengan indera perabaannya, anak dengan ketunaannetra dapat mengidentifikasi obyek-obyek di sekitarnya dan mengeksplorasi lingkungannya (Hallahan & Kauffman, 2006).
7. Aspek kemampuan orientasi mobilitas: Orientasi didefinisikan sebagai kemampuan untuk menentukan posisi seseorang dalam hubungannya dengan lingkungan dengan menggunakan indera-indera yang ada (Heward & Orlansky, 1992). Sedangkan mobilitas merupakan kemampuan untuk bergerak secara aman dan efisien dari satu titik ke titik lain. Anak dengan gangguan penglihatan yang dapat bergerak secara mandiri cenderung dapat

mengembangkan kemampuan fisik dan sosial, serta lebih percaya diri daripada anak yang secara terus menerus bergantung pada orang lain untuk bergerak dari satu tempat ke tempat lain. Selain itu, kemampuan orientasi dan mobilitas yang bagus juga memperluas kesempatan anak untuk mendapatkan pekerjaan dan hidup mandiri. Proses orientasi dan mobilitas pada anak tunaganda-netra dipelajari dengan menggunakan indera pendengaran, perabaan, penciuman, dan kinestetik sebagai pengganti indera penglihatan mereka yang kurang berfungsi dengan baik (Hatlen, 1978 dalam Suterko, 1973). Kemampuan orientasi dan mobilitas yang dapat diajarkan pada anak antara lain kemampuan berjalan menuju pintu, memposisikan diri di antara kursi dan meja.

8. Aspek kemampuan bina bantu diri: Heward dan Orlansky (1992) menyatakan anak tunaganda memiliki keterampilan yang kurang dalam bina bantu diri dan mengurus kebutuhan dasar. Pada keterampilan bina bantu diri ini ada beberapa anak yang sama sekali tidak dapat dikembangkan kemampuannya, namun ada juga sebagian anak yang masih dapat dikembangkan sebagian dari keterampilan ini. Bagi beberapa anak yang memiliki tunanetra disertai dengan kekurangan dalam keterampilan gerak biasanya memiliki keterlambatan dalam perkembangan keterampilan bina bantu diri ini. Ketika keterampilan bina bantu diri ini tidak muncul, anak tunaganda akan menjadi sebagai seseorang yang sangat bergantung dengan orang lain seperti seorang bayi yang tidak dapat berbuat apa-apa tanpa bantuan pengasuhnya untuk menopang hidupnya. Menurut Snell (1983) kemampuan bina-bantu diri (*activity daily living* atau *self-care*) mencakup kemampuan makan dan minum (*eating*), berpakaian (*dressing*), dan menggunakan *toilet* (*toileting*). Kemampuan-kemampuan yang tergolong dalam kemampuan makan dan minum (*eating*) antara lain kemampuan menelan makanan, kemampuan menggunakan jari untuk memegang makanan, kemampuan menggunakan sendok untuk makan, kemampuan menggunakan garpu untuk makan, dan kemampuan menggunakan gelas/cangkir untuk minum. Kemampuan-kemampuan yang tergolong dalam kemampuan berpakaian antara lain kemampuan melepaskan celana panjang atau rok, menggunakan celana-panjang atau rok, melepaskan kaos kaki, menggunakan kaos kaki, melepaskan *cardigan*, menggunakan

cardigan, melepaskan *polo shirt*, menggunakan *polo shirt*, melepaskan sepatu, dan menggunakan sepatu. Kemampuan menggunakan *toilet* (*toileting*) terdiri dari kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk Buang Air Kecil (BAK) atau Buang Air Besar (BAB), mengontrol keinginan untuk BAK atau BAB, pergi ke kamar mandi, melepaskan celana/rok, duduk di *toilet*, menyiram toilet, mengenakan kembali celana/rok, dan meninggalkan kamar mandi. Selain tiga kemampuan tersebut, Hatlen (1976 dalam Heward & Orlansky, 1992) menambahkan kemampuan-kemampuan lain seperti kemampuan memasak, menyapu, berbelanja, mengatur keuangan, mengambil keputusan, dan kegiatan berekreasi.

2.2.2 Pengukuran Perkembangan Kemampuan Tunanetra-ganda

Dalam mengukur perkembangan kemampuan anak tunanetra-ganda, peneliti bersama tim menyusun sendiri lembar observasi perkembangan kemampuan anak tunanetra-ganda dengan menggunakan referensi dari beberapa lembar observasi perkembangan kemampuan anak tunanetra yang sudah ada seperti Oregon, HKI (Helen Keller Indonesia), dan SIBR (*Scales of Independent Behavior-Revised*). Asesmen Oregon ditujukan bagi anak tunanetra yang berusia nol hingga enam tahun. Asesmen tersebut mengukur delapan aspek kemampuan, diantaranya kognitif, bahasa, sosial, penglihatan, kompensasi, bina diri, motorik halus dan motorik kasar. HKI merupakan asesmen untuk anak tuna netra usia sekolah dan remaja. Aspek-aspek yang diukur pada asesmen HKI terdiri dari empat aspek, yaitu kecerdasan (subaspek: bahasa, logika matematika, konseptual/abstraksi dan analisa sintesa), sosial emosional (subaspek: sosial-penyesuaian diri, sosial-memahami aturan dan norma sosial, sosial-peran sosial, emosional-bina bantu diri, dan emosional-ekspresi emosi), sensorimotor, dan orientasi mobilitas (subaspek: *body image*, konsep ruang, konsep waktu, pengenalan objek, keseimbangan, ADL, dan mobilitas). SIBR merupakan asesmen yang disusun oleh Marie Knowlton dkk. untuk melihat asesmen kemampuan anak tunanetra. Pada asesmen SIBR tim payung hanya mengambil beberapa item dari aspek *adaptive behavior*.

Keempat asesmen yang telah disebutkan di atas menjadi pedoman yang baku bagi peneliti untuk mengukur perkembangan kemampuan anak tunanetra-

ganda. Aspek-aspek perkembangan kemampuan yang akan diamati dari setiap subjek antara lain aspek perkembangan kemampuan kognitif, sosial, motorik halus, motorik kasar, visual, orientasi-mobilitas, dan bina bantu diri.

2.3 Resiliensi

2.3.1 Definisi Resiliensi

Reivich dan Shatte (2002) mendefinisikan resiliensi sebagai kapasitas untuk berespon secara sehat dan dengan cara produktif ketika dihadapkan pada situasi yang sulit atau trauma; yaitu penting untuk menghadapi *stress* dalam kehidupan sehari-hari dan penting untuk memperluas serta memperkaya kehidupan seseorang.

Dijelaskan oleh Foster (dalam Davis, 1999) dalam membedakan *coping*, adaptasi dan resiliensi. Foster melihat *coping* sebagai "suatu respons kompleks terhadap stres atau situasi yang menantang dimana biasanya ini menetap dalam karakter seseorang." Selain itu, adaptasi bagi Foster adalah "suatu pergerakan dari respons protektif atau pertahanan diri dalam melewati sesuatu agar mengembangkan dan menyesuaikan dengan lingkungan. Sedangkan, resiliensi merupakan "perubahan yang positif dengan mempertahankan secara aktif atau *coping* yang tersembunyi serta kapasitas beradaptasi melalui berbagai mekanisme (seperti penyembuhan, pemulihan, dan perbaikan) yang tidak dengan cepat muncul tetapi melalui perjalanan waktu akan terlihat hasilnya. Perlu ditambahkan bahwa resiliensi dapat berubah seiring dengan waktu dan berbeda untuk setiap bidangnya. Rutter (dalam Davis, 1999) menekankan bahwa resiliensi tidak dapat dilihat sebagai atribut yang menetap pada seseorang. Jika lingkungan berubah, resiliensi pun dapat berubah.

Selain itu, Joseph (dalam Isaacson, 2002) menjelaskan resiliensi sebagai kemampuan individu untuk menyesuaikan diri dan beradaptasi terhadap perubahan, tuntutan, dan kekecewaan yang ada pada kehidupan sehari-hari. Selanjutnya, Werner dan Smith (dalam Isaacson, 2002) mendefinisikan resiliensi sebagai suatu kapasitas untuk mengatasi stres internal yang berupa keterbatasan mereka dan juga stres eksternal (seperti penyakit, kehilangan, dan juga keretakan keluarga) dengan efektif. Rutter (dalam Isaacson, 2002) memandang resiliensi

sebagai individu yang mampu mengatasi kesulitan, bertahan dalam stres, dan tetap dapat berkembang di atas suatu keterbatasan. Ditambahkan oleh Gallagher dan Ramey (dalam Isacson, 2002) yang juga berpendapat bahwa resiliensi adalah kapasitas untuk pulih secara spontan dari masalah dan/atau mengkompensasi keterbatasan personal yang ada.

Definisi ini kemudian diperkuat oleh Zimmerman dan Arunkumar (dalam Isacson, 2002) yang mendeskripsikan resiliensi sebagai keterampilan untuk pulih dari masalah atau faktor-faktor dan proses pada seseorang yang mempunyai kemungkinan untuk gagal tetapi kemudian berakhir dengan hasil yang adaptif meskipun ditengah-tengah tantangan dan keadaan yang tidak menguntungkan.

Dengan demikian, resiliensi merupakan suatu kapasitas maupun kemampuan yang sangat dibutuhkan seseorang untuk berespon dengan tepat agar dapat mengatasi kesulitan, bertahan dengan baik dalam menghadapi stres, tekanan hidup dan tuntutan-tuntutan serta tetap dapat berkembang di atas keterbatasan yang terjadi dalam hidupnya, salah satunya dengan cara menyesuaikan dirinya terhadap masalahnya tersebut, dan selalu dapat bangkit kembali sehingga akhirnya mampu melampaui kemungkinan kegagalan dan dapat membangun kehidupan masa kini dan masa depan dengan baik.

2.3.2 Karakteristik Individu yang Resilien

Menurut Reivich & Shatte (2002) dalam bukunya *The Seven Factor Resiliency*, terdapat tujuh faktor atau aspek psikologis yang mempengaruhi kemampuan resiliensi seseorang. Tujuh faktor tersebut adalah:

1. Regulasi Emosi

Regulasi emosi adalah kemampuan untuk tetap tenang di bawah tekanan. Individu yang memiliki kemampuan regulasi emosi yang baik dapat mengembangkan kemampuan dan menolong mereka dalam mengendalikan emosi, perhatian, dan tingkah laku mereka. Individu yang memiliki kemampuan untuk meregulasi emosi dapat mengendalikan dirinya apabila sedang kesal serta dapat mengatasi rasa cemas, sedih atau marah sehingga mempercepat dalam pemecahan masalah tersebut. Reivich dan Shatte (2002) menyatakan bahwa individu yang

resilien adalah individu yang mampu menampilkan emosi yang dimilikinya secara sesuai baik emosi negatif maupun positif.

Regulasi emosi ini sangat penting dalam membentuk hubungan yang intim, sukses dalam pekerjaan, dan mempertahankan kesehatan fisik. Reivich dan Shatte (2002) mengatakan bahwa tidak semua emosi harus dikendalikan karena pengekspresian emosi sebenarnya merupakan hal yang sehat dan konstruktif asalkan dilakukan sesuai dengan konteks yang terjadi. Seseorang yang memiliki kesulitan dalam meregulasi emosi akan cenderung menjadi kurang efektif dalam mengatasi kesulitan dan pemecahan masalah serta sulit dalam mempertahankan dan membangun hubungan dengan orang lain maupun sulit untuk berkonsentrasi dalam bekerja.

Reivich dan Shatte juga mengemukakan terdapat dua hal penting yang terkait dengan regulasi emosi, yaitu ketenangan (*calming*) dan fokus (*focusing*). Individu yang mampu mengelola kedua keterampilan ini dapat membantu mereka dalam meredakan emosi yang ada dan memfokuskan pikiran-pikiran yang mengganggu serta mengurangi *stress*.

2. Pengendalian Impuls

Reivich dan Shatte (2002) mendefinisikan pengendalian impuls sebagai kemampuan untuk mengendalikan keinginan, dorongan, kesukaan serta tekanan yang muncul dari dalam diri seseorang. Regulasi emosi memiliki hubungan dengan pengendalian impuls, apabila pengendalian impuls tinggi maka regulasi emosi yang dimiliki pun cenderung tinggi. Pengendalian impuls ini bukan hanya berhubungan erat dengan regulasi emosi, tetapi juga berhubungan dengan kebutuhan ataupun keinginan tertentu dari individu yang dapat mengganggu ataupun menghambat perkembangannya (Reivich dan Shatte, 2002).

Individu dengan pengendalian impuls yang rendah pada umumnya percaya pada pemikiran impulsifnya yang pertama mengenai situasi sebagai kenyataan dan bertindak sesuai dengan situasi tersebut. Reivich dan Shatte (2002) juga menyebutkan bahwa individu dengan pengendalian yang impuls rendah sering mengalami perubahan emosi dengan cepat yang cenderung mengendalikan perilaku dan pikiran mereka. Hal ini mengakibatkan individu seperti itu seringkali

mudah kehilangan kesabaran, mudah marah, impulsif dan berlaku agresif pada situasi-situasi kecil yang tidak terlalu penting, sehingga lingkungan sosial di sekitarnya merasa kurang nyaman yang berakibat pada munculnya permasalahan dalam hubungan sosial.

3. Optimisme

Individu yang resilien adalah individu yang optimis. Individu ini percaya bahwa suatu hal yang mereka hadapi dapat berubah menjadi lebih baik. Mereka memiliki harapan untuk masa depan dan percaya bahwa mereka dapat mengontrol arah hidupnya. Optimisme berarti bahwa kita percaya akan adanya kemampuan untuk mengatasi kesulitan-kesulitan yang akan menghadang (Reivich dan Shatte, 2002).

Dalam penelitian yang dilakukan, jika dibandingkan dengan individu yang pesimis, individu yang optimis lebih sehat secara fisik serta lebih jarang mengalami depresi, lebih baik di sekolah, lebih produktif dalam kerja, dan lebih banyak menang dalam olahraga (Reivich & Shatte, 2002).

Individu yang optimis percaya bahwa mereka dapat menangani masalah-masalah yang muncul di masa yang akan datang. Hal ini sangat berhubungan dengan *self efficacy*, yaitu kepercayaan individu bahwa ia memiliki kemampuan untuk memecahkan masalahnya sendiri dan menguasai dunianya. Menurut Reivich, optimisme dan *self efficacy* adalah dua hal yang terjadi secara bersamaan. Hal ini disebabkan optimisme memotivasi individu untuk mampu mencari solusi dan bekerja keras untuk memperbaiki situasi yang dihadapi individu. Reivich dan Shatte (2002) mengemukakan individu yang optimis mampu memprediksi masa depan dengan akurat pada masalah potensial yang akan muncul dan membangun strategi untuk mencegah dan mengatasi masalah yang terjadi.

4. Analisis Kausal

Analisis kausal adalah kemampuan mengidentifikasi secara akurat penyebab dari suatu masalah. Apabila seseorang tidak dapat menemukan penyebab dari suatu masalah secara akurat, maka masalah yang sama akan terjadi

terus menerus (Reivich & Shatte, 2002). Analisis kausal digunakan individu untuk mencari penjelasan dari suatu kejadian. Individu dapat melihat penyebab sebagai suatu hal menurut tiga dimensi gaya berpikir, yaitu: personal (saya-bukan saya), permanen (selalu-tidak selalu), dan *pervasive* (meluas-tidak meluas) sebagai cara berpikir.

Individu yang menjelaskan masalah dengan dimensi personal "saya", meyakini bahwa masalah yang dihadapi berasal dari dirinya sendiri. Kemudian, individu yang menjelaskan masalah dengan dimensi "selalu" akan menjelaskan masalah sebagai hal yang akan berlangsung terus dan tidak dapat diubah. Sedangkan, individu yang menjelaskan masalah dengan dimensi "meluas", menjelaskan masalah sebagai hal yang berdampak pada semua aspek kehidupannya (Reivich dan Shatte, 2002).

Individu yang merefleksikan sesuatu sebagai "saya, selalu, seluruhnya" akan selalu menganggap penyebab sebagai suatu kejadian berasal dari dirinya sendiri. Sedangkan individu yang merefleksikan sesuatu sebagai "bukan saya, tidak selalu, tidak seluruhnya" akan selalu menganggap penyebab dari suatu kejadian berasal dari faktor di luar dirinya.

Hal ini kemudian berkaitan dengan *locus of control*. *Locus of control* (LoC) terbagi menjadi 2 jenis, yaitu LoC internal dan LoC eksternal. Individu dengan LoC eksternal meyakini bahwa perilakunya diarahkan oleh takdir, keberuntungan atau kejadian lain di luar dirinya. Sedangkan individu dengan LoC internal mempercayai bahwa perilakunya dikendalikan oleh upaya-upaya sendiri dan berdasarkan keputusan mandiri. Individu yang dianggap memiliki resiliensi yang tinggi adalah yang memiliki karakteristik *locus of control* internal, dimana orang yang memiliki LoC internal adalah orang yang memiliki kemampuan kognitif yang fleksibel dan dapat mengidentifikasi penyebab penting dari setiap masalah yang dihadapi tanpa harus terikat dengan gaya berpikir tertentu. Individu tersebut realistis sehingga tidak menghiraukan faktor-faktor yang permanen dan pervasif. Mereka tidak merefleksikan kesalahan dengan menyalahkan orang lain terhadap kesalahan mereka hanya untuk mempertahankan harga diri mereka. (Reivich dan Shatte, 2002).

5. Empati

Empati merepresentasikan seberapa baik individu mampu untuk membaca tanda-tanda terhadap keadaan psikologis dan emosional yang dirasakan oleh orang lain (Reivich dan Shatte, 2002). Tanda-tanda tersebut bisa berupa tanda nonverbal seperti ekspresi wajah, nada suara maupun bahasa tubuh. Individu yang mempunyai kemampuan empati yang rendah cenderung mengulangi tingkah laku yang menunjukkan ketidakresiliensian dengan tidak memahami perasaan orang lain. Dengan kemampuan ini individu dapat memahami bagaimana menghadapi orang lain sehingga mampu untuk mengatasi permasalahan yang dihadapinya. Seseorang yang memiliki kemampuan berempati cenderung memiliki hubungan sosial yang baik (Reivich & Shatte, 2002).

6. Efikasi Diri

Reivich dan Shatte (2002) mendefinisikan efikasi diri sebagai keyakinan pada kemampuan diri sendiri untuk menghadapi dan memecahkan masalah dengan efektif. Hal ini dapat menggambarkan kepercayaan bahwa seseorang dengan kemampuannya dapat menyelesaikan suatu masalah dengan berhasil dan sukses (Reivich dan Shatte, 2002). Individu dengan efikasi diri tinggi memiliki komitmen dalam memecahkan masalahnya dan tidak akan menyerah ketika menemukan bahwa strategi yang sedang digunakan itu tidak berhasil. Menurut Bandura (Brown & Brooks, 1991), individu yang memiliki efikasi diri yang tinggi akan sangat mudah dalam menghadapi tantangan. Individu tidak merasa ragu karena ia memiliki kepercayaan yang penuh dengan kemampuan dirinya. Individu ini akan cepat menghadapi masalah dan mampu bangkit dari kegagalan yang ia alami. Dengan keyakinan yang dimiliki individu, ia pasti akan mampu bertahan dan menjadi individu yang resilien.

7. *Reaching Out*

Reaching out adalah kemampuan seseorang untuk menemukan dan membentuk suatu hubungan dengan orang lain, untuk meminta bantuan, berbagi cerita dan perasaan, untuk saling membantu dalam menyelesaikan masalah baik

personal maupun interpersonal ataupun membicarakan konflik dalam keluarga (Reivich dan Shatte, 2002). Menurut Reivich dan Shatte (2002), resiliensi merupakan kemampuan yang meliputi peningkatan aspek positif dalam hidup. Individu yang meningkatkan aspek positif dalam hidup, mampu melakukan dua aspek ini dengan baik, yaitu: (1) mampu membedakan risiko yang realistis dan tidak realistis, (2) memiliki makna dan tujuan hidup serta mampu melihat gambaran besar dari kehidupan. Individu yang selalu meningkatkan aspek positifnya akan lebih mudah dalam mengatasi permasalahan hidup, serta berperan dalam meningkatkan kemampuan interpersonal dan pengendalian emosi.

2.3.3 Faktor Risiko

Faktor risiko dapat berasal dari kondisi budaya, ekonomi, atau medis yang menempatkan individu dalam risiko kegagalan dan memulihkan diri dalam menghadapi situasi yang sulit (Christle, n.d.). Faktor risiko menggambarkan beberapa pengaruh yang dapat meningkatkan kemungkinan munculnya suatu penyimpangan hingga keadaan yang lebih serius lagi atau pemeliharaan dari suatu kondisi masalah. Terdapat beberapa mekanisme penting selama risiko tersebut berlangsung. *Trait* risiko merupakan predisposisi individu yang meningkatkan kelemahan individu pada hasil negatif. Tempramen atau riwayat keluarga yang mengalami depresi atau sakit jantung merupakan salah satu contoh *trait* risiko. Efek lingkungan, dimana lingkungan atau keadaan dapat berhubungan atau mendatangkan risiko. Hubungan antar beberapa variabel risiko yang berbeda akan membentuk suatu rantai risiko. Akumulasi dari stress dan risiko ini dapat mengakibatkan gangguan atau penyimpangan dalam perkembangan anak (Smokowski, 1998).

Berikut adalah tabel faktor risiko pada anak dan remaja berdasarkan masalah yang dihadapinya (Smokowski, 1998):

Masalah yang dihadapi	Faktor Risiko		
	Individu	Keluarga	Lingkungan
Masalah umum	masalah biomedis, IQ rendah, <i>difficult</i>	melakukan penganiyaan pada	kurangnya pekerjaan, dan

	<i>temperament</i> (pada bayi)	anak, konflik orangtua, kelainan jiwa yang diidap oleh orangtua, orangtua yang memiliki tingkat ekonomi rendah.	kesempatan untuk memperoleh pendidikan serta diskriminasi ras, kemiskinan.
Pelecehan dan pengabaian anak	mengalami komplikasi penyakit, rendahnya kecerdasan, kelainan dalam perkembangan, <i>difficult temperament</i> (pada bayi), tingkah laku negatif.	tekanan psikologis orangtua, kurangnya atau berkonflik dengan dukungan sosial, perselisihan rumah tangga, kurangnya interaksi positif antar anggota keluarga, orangtua tunggal, orangtua yang menganggur, kemiskinan keluarga.	kemiskinan, pengangguran, kurangnya sistem dukungan, ketidakcukupan perumahan, kurangnya pemeliharaan kesehatan, kurangnya layanan sosial, tingginya tingkat kekerasan dan kejahatan, diskriminasi.
Penggunaan minuman keras/alkohol dan penyalahgunaan obat-obatan	Riwayat keluarga alkoholik, sensasi dalam orientasi pencarian, kurangnya impuls kontrol, kurang perhatian, kegagalan dalam sekolah, hubungan pertemanan untuk mendapatkan obat-obatan terlarang.	konflik keluarga, rendahnya ikatan orangtua dan anak, kurangnya komunikasi dalam keluarga, keluarga pengguna minuman keras atau obat-obatan terlarang.	ketersediaan alkohol dan obat-obatan terlarang, norma yang mentoleransi penggunaan zat kimia seperti alkohol dan obat-obatan terlarang, kepadatan penduduk, tingginya tingkat kejahatan, tingginya mobilitas

			perpindahan penduduk.
Kehamilan pada remaja	teralu mudanya usia pubertas, terlalu cepat melakukan hubungan seksual (dibawah usia 14 tahun), sejarah penganiayaan seksual, rendahnya komitmen bersekolah, keputusan terhadap masa depan, kurangnya pengetahuan mengenai alat/obat pencegah kehamilan.	keluarga dengan orangtua tunggal, keadaan keluarga yang berantakan, kemiskinan keluarga, keluarga yang membolehkan melakukan tingkah laku seksual, kurangnya dukungan keluarga, saudara yang aktif melakukan tingkah laku seksual atau ibu yang masih berusia muda atau remaja.	lingkungan sekitar yang miskin, kurangnya kesjahteraan sosial, kesehatan, dan sistem pendidikan bagi remaja.
Penyakit seksual menular	terlalu mudanya mengalami pubertas, penyalahgunaan obat, kurangnya impuls kontrol, sejarah penganiayaan seksual, rendahnya <i>self-efficacy</i> , kurangnya keterampilan sosial, kurang mementingkan pengetahuan seksual, merasa kebal.	kurangnya komunikasi dengan orangtua, orangtua yang menggunakan obat-obatan terlarang, ketidakefektifan pengawasan orangtua, kakak yang aktif melakukan tingkah laku seksual.	kekerasan, penyalahgunaan obat-obatan terlarang, kemiskinan di lingkungan sekitar, norma yang menerima melakukan tingkah laku seksual dini, ketidakefektifan pengetahuan seksual, tekanan teman sepermainan, kurangnya akses pengobatan medis,

			kekacauan sosial.
Kecacatan atau ketunaan pada anak.	kecacatan/ketunaan tertentu, gangguan tambahan.	kurangnya <i>attachment</i> dengan pengasuh utama (kecemasan, depresi orangtua, dsb.), orangtua yang menggunakan obat-obatan terlarang, kurangnya dari berbagai sumber kebutuhan.	kemiskinan, ketidakcukupan dengan sumber-sumber yang dibutuhkan.
Depresi anak	rendahnya prestasi akademik (diikuti dengan <i>anhedonia</i> dan rendahnya konsentrasi), keterbatasan dalam neurobiologis (ketidakteraturan norepinephrine, serotonin), penyakit kronis, pola persepsi negatif, pada beberapa kelompok tertentu memiliki keterbatasan dalam berbicara bahasa Inggris.	kurang bersatu, mudah terjadi pertengkaran, tidak dapat menyatakan perasaan emosionalnya, lingkungan permusuhan dalam keluarga, perceraian, depresi orangtua, sejarah penyiksaan atau pengabaian.	tingkat ekonomi menengah kebawah, kekerasan di lingkungan sekitar.
Gangguan tingkah laku dan kenakalan anak-anak/remaja.	kegagalan dalam bidang akademik pada sekolah tingkat menengah, kurangnya komitmen bersekolah, tingkah	terdapat masalah dalam mengelola keluarga, konflik keluarga atau pernikahan, sejarah keluarga bertingkah	komunitas yang memiliki norma antisosial, kekerasan kronis, tingginya mobilitas perpindahan

	laku agresif atau <i>temper tantrum</i> pada masa kanak-kanak, berteman dengan teman sepermainan yang nakal, mempunyai sikap atau kepercayaan persoal untuk menyukai tingkah laku menyimpang, ADHD, IQ rendah, kesulitan <i>temperament</i> .	laku negatif, contoh dari orangtua yang tidak tepat, kurangnya pengawasan orangtua, kurangnya keikutsertaan orangtua, pendisiplinan yang kejam.	penduduk, kurangnya pengaturan atau attachment komunitas.
--	---	---	---

2.3.4 Faktor Protektif yang Membentuk Individu yang Resilien

Resiliensi tidak hanya berupa adaptasi dari risiko tinggi yang dihadapi melainkan juga memberi kemampuan pada individu untuk berespon dengan fleksibel dibawah tekanan yang terjadi tiap harinya pada kehidupan sehari-hari (Raamzey & Bliesner dalam Issacson, 2002). Rutter (dalam Davis, 1999) menyatakan interaksi antara proses sosial dan intrapsikis dapat memungkinkan seseorang untuk dapat menghadapi kesulitan dan segala kumpulan tantangan kehidupan secara positif. Dyer dan McGuinness (dalam Davis, 1999) menjelaskan resiliensi sebagai proses dinamik yang sangat dipengaruhi oleh faktor protektif, dimana seseorang dapat bangkit kembali dari kesulitan dan menjalani kehidupannya.

Ditambahkan juga bahwa faktor protektif merupakan setiap *traits*, kondisi situasi yang muncul untuk membalikkan kemungkinan dari masalah yang diprediksi akan muncul pada individu yang mengalami masalah (Segal 1968, Garmezy, 1991; Isacson, 2002). Rutter (dalam Davis, 1999) menyatakan faktor protektif merupakan prediktor terkuat dalam mencapai resiliensi dan hal yang memainkan peran kunci dalam proses yang melibatkan seseorang untuk berespon dalam situasi sulit.

Beberapa faktor protektif eksternal yang ada pada anak dan remaja adalah sekolah, komunitas, dan keluarga.

1. Keluarga

Beberapa bukti yang dilakukan melalui berbagai penelitian yang dilakukan dalam lingkungan keluarga menunjukkan pada anak yang diidentifikasi resilien mempunyai kesempatan untuk membangun ikatan yang dekat dengan paling tidak satu anggota keluarga yang selalu memberikan mereka perhatian yang menetap mulai dari tahun pertama kehidupannya (Werner dan Smith dalam Benard, 1991).

Rhodes dan Brown (dalam Isaacson, 2002) menyatakan keluarga dari anak yang resilien memberikan kehangatan, afeksi dan dukungan emosional pada anak. Orangtua yang kompeten sangat berhati-hati terhadap apa yang mereka katakan kepada anaknya. Mereka responsif, terbuka, merawat dan mendorong anak-anak mereka dengan baik (Wolin & Wolin dalam Isaacson, 2002). Pada kenyataannya, fleksibilitas keluarga menjadi faktor utama yang mempengaruhi anak berkembang dan memiliki penyesuaian psikososial. Fleksibilitas dan dukungan keluarga menjadi penyangga dalam menghadapi masalah keluarga.

Keluarga yang membangun pengharapan yang tinggi pada tingkah laku anak mulai dari awal kehidupannya dapat memainkan peran dalam mengembangkan resiliensi pada kehidupannya. Bersamaan dengan pengharapan yang tinggi, karakteristik keluarga lainnya yang perlu ada, antara lain struktur, disiplin, dan aturan serta regulasi yang jelas dalam keluarga. Aspek lain yang berkaitan dengan pengharapan yang tinggi adalah kepercayaan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Werner (dalam Benard, 1991) pada anak yang resilien dengan berbagai latar belakang budaya dan sosial ekonomi menyatakan bahwa keluarga yang memiliki kepercayaan beragama dapat memberikan stabilitas dan arti kehidupan bagi mereka, terutama dalam menghadapi kesukaran dan masalah.

Dukungan keluarga dapat ditunjukkan dengan mengetahui adanya kejadian yang menekan serta kemauan untuk membicarakan mengenai apa yang sedang terjadi tanpa menitikberatkan pada trauma dan menunjukkan rasa malu (Isaacson, 2002). Orangtua dapat memberikan dukungan emosional dan material dalam membantu menyelesaikan masalah pada anak. Pola asuh orangtua dalam menangani kesulitan anak dapat memberikan *role model* yang baik bagi anak.

Orangtua yang mempunyai sikap yang positif dapat bekerjasama dan memberikan fleksibilitas bagi anak (Seiffge-Krenke dalam Isaacson, 2002). Anak dapat mempelajari cara bagaimana pemecahan masalah yang baik dalam keluarga. Wolin dan Wolin (dalam Isaacson, 2002) memberikan empat kualitas keluarga yang kompeten dalam pemecahan masalah. Kualitas tersebut antara lain menetapkan suatu masalah, menerima masalah sebagai bagian yang normal dalam kehidupan dan tidak menunjukkan sinyal-sinyal kelemahan, secara bersama-sama mencari solusi yang tepat, dan menetapkan peran dalam memimpin pada orangtua ketika mengikutsertakan anggota keluarga lain dalam mengutarakan pandangannya.

Karakteristik keluarga yang resilien adalah mempunyai hubungan yang baik antara anak dan orangtua, orangtua menjaga dan mengawasi anak, memiliki kemampuan komunikasi yang baik antar anggota keluarga, memiliki dukungan keluarga, serta memiliki *role model* yang baik. Karakteristik lainnya adalah memiliki hubungan kedekatan yang intim, menunjukkan kehangatan dan afeksi, memelihara anak mereka, menanamkan nilai-nilai sosial, memiliki ritual keluarga, dan menunjukkan sikap saling menghargai satu sama lain dalam keluarga. Memiliki hubungan yang stabil dengan anak dapat menjadi suatu jalan bagi orangtua untuk membantu anak mengembangkan karakteristik resiliensi dalam diri anak. Orangtua dapat menunjukkan kasih sayang dan penerimaan kepada anak dengan membuat anak merasa menjadi salah satu bagian penting dalam keluarga dan keluarga bekerja dan bermain bersama sebagai satu kesatuan. Perasaan aman, dicintai, dan berarti akan membantu anak mengembangkan rasa berharga ada dalam keluarga. Ketika anak diberikan suatu tanggung jawab, terkandung suatu pesan yang jelas bahwa mereka berguna dan mampu untuk berkontribusi dengan anggota keluarga. Werner dan Smith (dalam Benard, 1991) menyatakan anak yang diberikan pekerjaan rumah tangga (seperti menjaga adik) terbukti dapat menjadi salah satu sumber kekuatan dan kompetensi pada anak yang resilien.

Ditambahkan oleh Clark (dalam Davis, 1999) bahwa terdapat sembilan karakteristik faktor protektif yang terdapat dalam keluarga, diantaranya: adanya kontak yang sering dengan sekolah yang dimulai oleh orangtua, anak bersikap

terbuka dalam menstimulasi dukungan yang diberikan guru sekolah, harapan orangtua memainkan peran penting dalam sekolah anak dan harapan agar anak melakukan hal yang demikian juga, orangtua membangun batasan peran yang jelas dan spesifik serta konflik antar anggota keluarga jarang terjadi, orangtua seringkali ikut serta dalam aktivitas pelatihan untuk mencapai suatu pencapaian, orangtua bersikap tegas, konsisten menasehati, dan mengatur pelaksanaan, orangtua memberikan pola pengasuhan dan dukungan yang liberal, serta orangtua mampu menanggukhan pengetahuan anak dalam bidang intelektual.

2. Sekolah

Resiliensi dapat dikembangkan melalui sekolah, mulai dari dukungan yang dilakukan oleh guru yang mendukung berkembangnya konsep diri yang positif, ekspektasi yang tinggi dan juga mendorong agar anak memperoleh kesuksesan (Holaday & McPhaction, dalam Isacson, 2002).

Bagi anak yang resilien, *role model* diluar lingkup keluarga bisa saja ada dalam diri guru favoritnya yang berperan tidak hanya sebagai pengajar akademis namun dapat juga menjadi orang kepercayaan model yang baik bagi identifikasi diri (Werner dalam Bernard, 1991). James Coleman (dalam Benard, 1991) mempertimbangkan jika sekolah dibangun sebagai perantara keluarga, dalam mengutamakan pemberian perhatian pada anak –mencakup pemberian perhatian, ketertarikan personal dan keterlibatan yang intens sepanjang waktu dengan derajat keintiman tertentu— anak akan mengembangkan sikap, usaha, dan gambaran diri yang tepat untuk dapat sukses dalam sekolah dan menjadi orang yang dewasa. Ditambahkan oleh Handerson dan Milstein (dalam Davis, 1999) terdapat beberapa hal yang dapat dilakukan oleh guru dan pengurus sekolah dalam membantu mengembangkan resiliensi pada siswa, antara lain dengan meningkatkan ikatan hubungan sosial pada anak, memberikan kumpulan batasan yang jelas dan konsisten, mengajarkan keterampilan hidup, memberikan perhatian dan dukungan, memberikan dan mengkomunikasikan harapan yang tinggi pada anak, serta memberikan kesempatan untuk melakukan partisipasi yang berarti. Kombinasi dari pemberian harapan tinggi dan dukungan akan memungkinkan siswa untuk mempercayai diri mereka dan masa depan mereka, serta untuk mengembangkan

”trait-trait” penting dari resiliensi, diantaranya *self-esteem*, *self-efficacy*, otonomi, dan optimisme (Benard, dalam Davis, 1999).

Selain guru dan hal-hal akademis, pertemanan di sekolah juga merupakan faktor yang menentukan apakah ia seorang yang resilien atau tidak. Pentingnya hubungan pertemanan yang positif dapat berkontribusi terhadap perkembangan kemampuan kognitif dan sosial anak, serta sosialisasi mereka. Teman merupakan tempat lain yang dapat memberikan dukungan, kesempatan, dan contoh bagi perkembangan tingkah laku prososial. Anak secara langsung mempelajari suatu sikap, nilai, dan keterampilan selama anak meniru teman-temannya dan diberikan *reinforcement* oleh teman-temannya. Teman-teman sepermainan berkontribusi secara signifikan dalam perkembangan moral karena anak membutuhkan kesempatan untuk melihat aturan dalam masyarakat yang tidak hanya dapat dilihat dari figur otoritas tetapi juga sebagai produk yang timbul dari kesepakatan kelompok (Segal & Segal, dalam Davis, 1999). Dalam hubungan pertemanan anak belajar untuk berbagi, membantu, menghibur, dan berempati dengan orang lain. Empati merupakan keterampilan yang penting bagi perkembangan kemampuan sosial dan kognitif anak (Benard dalam Davis, 1999). Selain itu, dalam berkumpul dengan teman-teman sepermainannya anak juga mempelajari *impuls control*, keterampilan berkomunikasi, kreatif dan berpikir kritis. Adanya hubungan pertemanan yang positif berhubungan dengan minat sekolah, besarnya jumlah kehadiran sekolah, dan tingginya prestasi akademik anak. Hubungan pertemanan memberikan pengaruh besar terhadap perkembangan identitas dan otonomi diri anak (Benard, dalam Davis, 1999).

Emmy Werner (dalam Bernard, 1991) menemukan perhatian teman sebagai faktor utama dalam pengembangan resiliensi. Jika pemenuhan kebutuhan dasar dalam dukungan sosial, perhatian, dan kasih sayang tidak didapatkan anak dalam lingkungan keluarga, sekolah menjadi unsur penting dalam memberikan kesempatan pada anak dalam mengembangkan hubungan saling menyayangi antara dia dengan orang dewasa dan juga temannya (Benard, 1991). Ditambahkan juga bahwa dukungan dari teman merupakan hal yang penting dalam masa-masa remaja (Felsman dalam Benard, 2001).

3. Komunitas

Komunitas dapat menunjukkan bahwa mereka menghargai seseorang dengan menyediakan tempat untuk mereka dapat bersosialisasi dengan orang lain yang berada pada umur yang sama. Komunitas yang baik seharusnya memberikan dukungan kepada keluarga dan sekolah, memiliki harapan yang tinggi dan norma yang jelas untuk keluarga dan sekolah, dan memberikan dukungan untuk terciptanya partisipasi dan kerjasama yang aktif antara keluarga dan sekolah. Komunitas dapat menunjukkan bahwa mereka menghargai seseorang dengan menyediakan tempat untuk mereka bersosialisasi dengan orang lain yang berada pada umur yang sama. Salah satu cara komunitas atau organisasi yang mendukung resiliensi adalah dengan memberikan kesempatan bagi mereka untuk berperan dalam kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh komunitas atau organisasi keagamaan tersebut. Komunitas mengirimkan pesan bahwa mereka dihargai dan komunitas yang ada benar-benar peduli pada mereka. Salah satu cara komunitas atau organisasi yang mendukung resiliensi adalah dengan memberikan kesempatan bagi mereka untuk berperan dalam kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh komunitas tersebut. Dalam komunitas norma budaya cukup berpengaruh dalam mengembangkan karakteristik resiliensi pada diri anak (Benard, 1991).

2.4 Masa Remaja

Menurut Papalia dkk (2007) masa remaja merupakan periode peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa. Masa ini dimulai dari usia 10 atau sebelas tahun hingga akhir usia belasan atau awal dua puluh tahun. Pada masa ini, remaja mengalami perubahan yang signifikan dalam aspek fisik, kognitif, dan psikososial, serta memiliki tugas-tugas perkembangan yang harus dicapai dengan baik. Papalia dkk. (2007) menyatakan secara fisik tubuh remaja mengalami pertambahan tinggi dan berat badan yang pesat serta mulai timbul tanda-tanda kematangan seksual primer dan sekunder.

Secara kognitif, berdasarkan tahap perkembangan Piaget (dalam Papalia dkk., 2007) mereka telah masuk dalam tahap operasi formal, dimana mereka telah mampu menggunakan penalaran hipotesis deduktif. Karena rangsangan lingkungan memainkan bagian penting dalam mencapai tahap ini, maka tidak semua orang mampu mencapai tahap operasi formal; dan meskipun bagi mereka

yang mampu tidak selalu menggunakannya. Menurut Elkind (dalam Papalia dkk., 2007) pemikiran yang belum matang dapat saja diberikan oleh remaja yang tidak mengalami tahap berpikir formal. Pola pemikiran ini mencakup idealisme dan kritikan, argumentatif, tidak bisa mengambil keputusan, kemunafikan, memperhatikan diri sendiri, dan perasaan bahwa dirinya spesial dan tidak tergoyahkan. Masa remaja adalah kesempatan bagi anak untuk mengembangkan identitas diri yang positif, banyak bersosialisasi, dan membentuk pandangan akan masa depan (Papalia dkk., 2007)

Adapun tugas-tugas perkembangan remaja menurut Havighurst (dalam Hurlock,) adalah

1. Mencapai hubungan baru yang lebih matang dengan teman sebaya baik pria maupun wanita. Karena adanya pertentangan dengan lawan jenis yang sering berkembang selama akhir masa kanak-kanak dan puber, maka mempelajari hubungan baru dengan lawan jenis berarti harus mulai dari nol dengan tujuan untuk mengetahui hal ihwal lawan jenis dan bagaimana harus bergaul dengan mereka. Sedangkan pengembangan hubungan baru yang lebih matang dengan teman sebaya sesama jenis juga tidak mudah.
2. Mencapai peran sosial pria dan wanita. Menerima peran seks yang diakui masyarakat tidaklah mempunyai banyak kesulitan bagi anak laki-laki; mereka telah didorong dan diarahkan sejak awal masa kanak-kanak. Tetapi berbeda bagi anak perempuan, sebagai anak, mereka diperbolehkan bahkan didorong untuk memainkan peran sederajat, sehingga usaha mempelajari peran feminin dewasa yang diakui dan diterima masyarakat, seringkali merupakan tugas pokok yang memerlukan penyesuaian diri selama bertahun-tahun.
3. Menerima keadaan fisiknya dan menggunakan tubuhnya secara efektif. Seringkali sulit bagi remaja untuk menerima keadaan fisiknya bila sejak kanak-kanak mereka telah mengagungkan konsep mereka tentang penampilan diri pada waktu dewasa nantinya.
4. Mengharapkan dan mencapai perilaku sosial yang bertanggung jawab. Sebagian besar remaja ingin diterima oleh teman-teman sebaya, tetapi hal ini seringkali diperoleh dengan perilaku yang oleh orang dewasa dianggap tidak bertanggung jawab.

5. Mencapai kemandirian emosional dari orang tua dan orang-orang dewasa lainnya. Banyak remaja yang ingin mandiri, juga ingin dan membutuhkan rasa aman yang diperoleh dari ketergantungan emosi pada orang tua atau orang-orang dewasa lain. Hal ini menonjol pada remaja yang statusnya dalam kelompok sebaya tidak meyakinkan atau yang kurang memiliki hubungan yang akrab dengan anggota kelompok.
6. Mempersiapkan karier ekonomi. Kemandirian ekonomis tidak dapat dicapai sebelum remaja memilih pekerjaan dan mempersiapkan diri untuk bekerja. Bila remaja memilih pekerjaan yang memerlukan periode pelatihan yang lama, tidak ada jaminan untuk memperoleh kemandirian ekonomis bilamana mereka secara resmi menjadi dewasa nantinya. Secara ekonomis mereka masih harus tergantung selama beberapa tahun hingga pelatihan yang diperlukan untuk bekerja selesai dijalani.
7. Mempersiapkan perkawinan dan keluarga. Kecenderungan kawin muda menyebabkan persiapan perkawinan merupakan tugas perkembangan yang paling penting dalam tahun-tahun remaja. Meskipun tabu sosial mengenai perilaku seksual yang berangsur-angsur mengendur dapat mempermudah persiapan perkawinan dalam aspek seksual, tetapi aspek perkawinan hanya sedikit dipersiapkan. Dan lebih-lebih lagi persiapan tentang tugas-tugas dan tanggung jawab kehidupan keluarga.
8. Memperoleh perangkat nilai dan sistem etis sebagai pegangan untuk berperilaku-mengembangkan ideologi. Sekolah dan pendidikan tinggi mencoba untuk membentuk nilai-nilai dewasa; orang tua berperan banyak dalam perkembangan ini. Namun bila nilai-nilai dewasa bertentangan dengan nilai-nilai teman sebaya maka remaja harus memilih yang terakhir bila mengharapkan dukungan teman-teman menentukan kehidupan sosial mereka.

2.5 Dinamika Resiliensi Remaja Tunanetra-ganda.

Tunanetra-ganda merupakan salah satu bentuk dari kombinasi tunanetra dengan gangguan lainnya seperti kecacatan fisik, kesulitan bicara, gangguan tingkah laku, dan kesulitan belajar. Akibat dari kombinasi antara tunanetra dengan gangguan lainnya inilah yang mengakibatkan anak tunanetra-ganda mengalami

keterlambatan dalam perkembangan kemampuannya meskipun diantaranya masih dapat dikembangkan agar dapat bertingkah laku seoptimal mungkin dalam pemenuhan kehidupannya. Beberapa kesulitan yang dihadapi anak tunanetra-ganda diantaranya adalah memiliki kesulitan dalam berkomunikasi dan sosial, kemampuan mereka sangat terbatas dalam mengekspresikan diri dan mengerti orang lain sehingga mereka memiliki rasa rendah diri, isolatif, kurang percaya diri, hambatan dalam keterampilan kerja, dan hambatan dalam melaksanakan kegiatan sosial. Selain itu, anak tunanetra juga mempunyai kelainan lebih dari satu macam dengan ciri-ciri fisik seperti gangguan refleks, gangguan perasaan kulit, gangguan fungsi sensoris, gangguan fungsi motorik, gangguan fungsi metabolisme dan sistem endokrin, gangguan fungsi gastrointestinal, gangguan fungsi sirkulasi udara, gangguan fungsi pernapasan, dan gangguan pembentukan ekskresi urin.

Menurut Smokowski (1998) adanya kecacatan atau ketunaan beserta gangguan tambahan seperti yang dihadapi oleh anak tunanetra-ganda merupakan salah satu faktor risiko yang ada anak dan remaja. Faktor risiko dari kecacatan atau ketunaan beserta gangguan tambahan yang dihadapi anak atau remaja memungkinkan mereka untuk tertimpa kegagalan di kemudian hari dibandingkan anak-anak normal lainnya (Bernard, 1991). Hal ini terjadi karena anak atau tunanetra-ganda memiliki banyak keterbatasan-keterbatasan sehubungan dengan kondisi ketunaan beserta gangguan tambahan lainnya tersebut. Mereka tidak hanya menemui kesulitan dalam melakukan tugas perkembangan yang sama seperti anak normal, tetapi juga mereka bermasalah terhadap kehidupan sosialnya seperti yang telah disebutkan di atas sebelumnya. Masalah-masalah yang dihadapi anak tunanetra-ganda inipun akan semakin berat ketika mereka beranjak memasuki usia remaja. Pada masa ini, remaja mengalami perubahan yang signifikan dalam aspek fisik, kognitif, dan psikososial, serta memiliki tugas-tugas perkembangan yang harus dicapai dengan baik (Papalia, dkk, 2007).

Akibat masalah tersebut akan sangat mungkin bagi remaja tunanetra-ganda untuk semakin terpuruk dari masalah-masalah yang dihadapinya tersebut. Untuk itu remaja tunanetra-ganda tersebut butuh mengembangkan resiliensi. Resiliensi merupakan keterampilan untuk pulih dari masalah atau faktor-faktor dan proses

pada seseorang yang mempunyai kemungkinan untuk gagal tetapi kemudian berakhir dengan hasil yang adaptif meskipun ditengah-tengah tantangan dan keadaan yang tidak menguntungkan (Zimmerman & Arunkumar; dalam Isacson, 2002). Rutter (dalam Davis, 1999) menyatakan interaksi antara proses sosial dan intrapsikis dapat memungkinkan seseorang untuk dapat menghadapi kesulitan dan segala kumpulan tantangan kehidupan secara positif. Dyer dan McGuinness (dalam Davis, 1999) menjelaskan resiliensi sebagai proses dinamik yang sangat dipengaruhi oleh faktor protektif, dimana seseorang dapat bangkit kembali dari kesulitan dan menjalani kehidupannya. Faktor protektif ini merupakan setiap *traits*, kondisi situasi yang muncul untuk membalikkan kemungkinan dari masalah yang diprediksi akan muncul pada individu yang mengalami masalah (Segal 1968, Garmezy, 1991 dalam Isacson, 2002). Ditambahkan oleh Rutter (dalam Davis, 1999) faktor protektif ini merupakan prediktor terkuat dalam mencapai resiliensi dan hal yang memainkan peran kunci dalam proses yang melibatkan seseorang untuk berespon dalam situasi sulit.

Untuk itu dapat dilihat bahwa faktor protektif dapat berasal dari dalam diri individu yang bersangkutan dan faktor eksternal atau faktor di luar diri remaja adalah keluarga, sekolah, dan komunitas atau lingkungan sekitar remaja atau anak tersebut (Isaacson, 2002). Karakteristik resiliensi yang dapat dilihat dari seorang anak atau remaja antara lain adalah kemampuan dalam meregulasi emosi, mengendalikan impuls, bersikap optimis, melakukan identifikasi penyebab dari suatu masalah, empati, efikasi diri, dan kemampuan efikasi diri (Reivich & Shatte, 2002). Gambaran dari resiliensi remaja tunanetra-ganda inilah melalui faktor protektif yang ada dalam diri individu maupun faktor protektif yang ada di luar individu ini yang ingin dilihat oleh peneliti dalam mengatasi kesulitan maupun keterbatasan yang dihadapi remaja tunanetra-ganda, sehingga dapat mengembangkan perilaku adaptif dalam menjalani kehidupan sehari-harinya serta sejauh mana remaja tunanetra-ganda tersebut sudah mampu mengembangkan kemampuannya sampai tahap remaja.