

SKRIPSI
HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI ANAK RETARDASI
MENTAL DI SLB N Dr. RADJIMAN WIDYODININGRAT
NGAWI



OLEH
YUNITA KUSUMANINGRUM
NIM: 201402112

PRODI KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
2019

PERSETUJUAN

Laporan Proposal ini telah disetujui oleh pembimbing dan telah dinyatakan layak mengikuti Ujian Proposal

PROPOSAL

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI TERHADAP ANAK RETARDASI MENTAL DI SLB N Dr. RADJIMAN WIDYODININGRAT NGAWI

Menyetujui,

Pembimbing I



(Diar Anisia W., S.Kep., Ns., M.Kep)

NIS: 20130100

Menyetujui,

Pembimbing II



(Kartika., S.Kep. Ns., M.K.M)

NIS: 20130091

Mengetahui,

Ketua Program Studi Keperawatan



(Mega Ariani Putri., S.Kep.,Ns.,M.Kep)

NIS: 20130092

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Tugas Akhir Skripsi dan dinyatakan telah memenuhi sebagai syarat memperoleh gelar S.Kep

Pada Tanggal

Dewan Penguji

1. Ketua Dewan Penguji

Sri Suhartiningsih., S.Kep., Ns., M.Kes :

NIP: 197900808 199603 2 007



2. Penguji I

Dian Anisia W., S.Kep., Ns., M.Kep :

NIS. 20130100



3. Penguji II

Kartika., S.Kep., Ns., M.K.M :

NIS. 20130091



Mengesahkan

STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun

Ketua,



Zaenal Abidin., S.KM., M.Kes(epid)

NIS. 2016 0130

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum wr.wb

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Perawatan Diri terhadap Anak Retardasi Mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi” dengan baik. Tersusunnya proposal skripsi ini tentu tidak lepas dari bimbingan, saran, dan dukungan moral kepada penulis, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Kepala Sekolah SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi yang telah memberikan izin melakukan penelitian
2. Bapak Zaenal Abidin, SKM., M.Kes (Epid) selaku ketua STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun
3. Ibu Mega Arianti Putri, S.Kep., Ns.,M.Kep selaku Ketua Prodi Keperawatan STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun
4. Ibu Dian Anisia Widyaningrum, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing 1
5. Ibu Kartika, S.Kep., Ns.,M.K.M selaku dosen pembimbing 2
6. Keluarga dan teman – teman yang selalu memberikan dukungan

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan proposal skripsi ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun selalu diharapkan demi kesempurnaan proposal skripsi ini. Akhir kata

penulis sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan skripsi ini dari awal sampai akhir. Semoga Allah SWT senantiasa meridhai segala usaha kita. Amin.

Wassalamualaikum wr.wb

Ngawi, 5 Agustus 2019

Penulis

Yunita Kusumaningrum

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yunita Kusumaningrum

NIM : 201402112

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan dalam memperoleh gelar sarjana di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan baik yang sudah maupun belum/tidak dipublikasikan, sumbernya dijelaskan dalam tulisan dan daftar pustaka.

Ngawi, 5 Agustus 2019

Yunita Kusumaningrum

NIM: 201402112

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Yunita Kusumaningrum
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat dan Tanggal Lahir : Ngawi, 25 Juni 1995
Agama : Islam
Alamat : RT 04 RW 05 Ngrambe, Ngawi
Email : yunitakuzzu@gmail.com
Riwayat Pendidikan : TK Dharma Wanita Ngrambe
SD Negeri 1 Ngrambe
SMP N 1 Widodaren
SMA N 1 Jogorogo

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN
PERAWATAN DIRI ANAK RETARDASI MENTAL DI SLB N
DR. RADJIMAN WIDYODININGRAT NGAWI**

Yunita Kusumaningrum

ABSTRAK

Anak dengan retardasi mental adalah salah satu contoh gangguan yang dapat ditemui di berbagai tempat, dengan karakteristik penderitanya yang memiliki tingkat kecerdasan dibawah rata-rata dan mengalami kesulitan dalam beradaptasi maupun melakukan berbagai aktivitas sehari-hari seperti melakukan perawatan diri. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan emosional, penghargaan, instrumental, dan informatif. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian perawatan diri anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi.

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Pengumpulan data dilaksanakan pada bulan agustus 2019, dengan menggunakan koesioner yang berisi tentang dukungan keluarga dan kemandirian perawatan diri anak retardasi mental. Jumlah populasi dalam penelitian ini adalah 38 orang tua yang memiliki anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi dan tehnik sampling menggunakan *total sampling* dengan jumlah sampel 38 responden. Kemudian data dianalisa secara statistik dengan menggunakan uji *chi square*.

Berdasarkan hasil analisis statistik yang dilakukan dengan menggunakan *chi square* didapatkan $p= 0,00 < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima dapat disimpulkan ada hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian perawatan diri pada anak retardasi mental. Nilai r didapatkan 0,706 dan dapat diketahui bahwa korelasi antar dua variabel diatas adalah kuat.

Berdasarkan hasil penelitian maka disarankan kepada orang tua untuk lebih memberikan dukungan keluarga dan mengajarkan kemandirian perawatan diri anak retardasi mental agar mampu melakukan perawatan dirinya sendiri.

Kata kunci : Dukungan Keluarga, Kemandirian perawatan diri , anak retardasi mental

**CORRELATION BETWEEN FAMILY SUPPORT AND SELF-CARE
INDEPENDENCE OF MENTAL RETARDATION CHILDREN AT SLB N
Dr. RADJIMAN WIDYODININGRAT NGAWI**

Yunita Kusumaningrum

ABSTRACT

Children with mental retardation are one example of the disturbance that can be found in various places, with characteristics of sufferer who have a level of intelligence below average and have difficult in adapting or doing various daily activities such as doing self-care. Family support can be emotional, award, instrumental, and informative support. The purpose of this research is to know correlation between family support with self-reliance on child care mental retardation in SLB N Dr. Radjiman Widoyodiningrat Ngawi.

The type of this research is descriptive analytic with *cross sectional* approach. The data were collected in august 2019, by using questionnaire that consisted of statement about family support and self-care independence of children with mental retardation. The population in this research was 38 parents who had children with mental retardation at SLB N Dr. Radjiman Widoyodiningrat Ngawi and for sampling use technic *total sampling* with sample count 38 respondents. Then the data is analyzed statically by using *chi square*.

Based on the result of the statistical analysis conducted using *chi square* acquired $p=0,744 < 0.05$, then H_0 was accepted and H_1 rejected can be concluded there is no correlation between family support with self-care in mental retardation children.

Based on the result of the research is recommended to parents to further provide family support and to teach self-care independence of mental retardation children to be able to do self-care.

Keyword : Family Support, Self-Care independence, Children with mental retardation

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Lembar Pengesahan	iii
Lembar Persembahan	iv
Lembar Keaslian Penelitian	vi
Daftar Riwayat Hidup	vii
Abstrak	viii
Daftar Isi	x
Daftar Gambar	xiii
Daftar Singkatan	xiv
Daftar Istilah	xv
Daftar Tabel	xvi
Daftar Lampiran	xvii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Retardasi Mental	
2.1.1 Definisi Retardasi Mental	8
2.1.2 Klasifikasi Retardasi Mental	9
2.1.3 Penyebab Retardasi Mental	12
2.1.4 Dampak Retardasi Mental	14
2.1.5 Pencegahan Retardasi Mental	16
2.2. Dukungan Keluarga	
2.2.1 Definisi Keluarga	18
2.2.2 Ciri – Ciri Keluarga	18
2.2.3 Fungsi dan Peran Keluarga	19
2.2.4 Peran Keluarga dalam Merawat Retardasi Mental	20
2.2.5 Dukungan Keluarga	25
2.2.6 Fungsi Dukungan	25
2.2.7 Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga	26
2.3. Kemandirian	
2.3.1 Pengertian Kemandirian	28
2.3.2 Perkembangan Kemandirian	29
2.3.3 Aspek – Aspek Kemandirian	31
2.3.4 Ciri – Ciri Kemandirian	33
2.3.5 Kemandirian Anak Retardasi Mental	34
2.3.6 Ciri – Ciri Kemandirian Anak Retardasi Mental	36
2.3.7 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kemandirian Anak Retardasi Mental	37

2.3.8	Jenis – Jenis Perawatan Diri	38
BAB III KERANGKA KONSEP		
3.1.	Kerangka Konsep Penelitian	45
3.2.	Hipotesa Penelitian	47
BAB IV METODE PENELITIAN		
4.1.	Desain Penelitian	48
4.2.	Populasi dan Sampel	48
4.2.1.	Populasi	48
4.2.2.	Sampel	49
4.3.	Teknik Sampling	49
4.4.	Kerangka Kerja Penelitian	50
4.5.	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel	51
4.5.1.	Variabel Independen	51
4.5.2.	Variabel Dependen.....	51
4.5.3.	Definisi Operasional	51
4.6.	Instrumen Penelitian	52
4.7.	Lokasi dan Waktu Penelitian	53
4.7.1.	Lokasi Penelitian	53
4.7.2.	Waktu Penelitian	53
4.8.	Prosedur Pengumpulan Data	53
4.9.	Teknik Analisa Data	56
4.10.	Etika Penelitian	57
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN		
5.1.	Hasil Penelitian	59
5.1.1.	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	59
5.1.2.	Hasil Analisa Univariat	59
5.1.2.1.	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	60
5.1.2.2.	Karakteristik Responden Berdasarkan Usia	60
5.1.2.3.	Karakteristik berdasarkan urutan posisi anak	61
5.1.2.4.	Karakteristik responden Berdasarkan Pendidikan Orang Tua	61
5.1.2.5.	Data Tentang Dukungan Keluarga	62
5.1.2.6.	Distribusi Responden Berdasarkan Kemandirian Anak	62
5.1.3.	Hasil Analisa Bivariat	63
5.2.	Pembahasan	64
5.2.1.	Dukungan Keluarga yang diterima anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi	64
5.2.2.	Kemandirian perawatan diri pada anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi	65
5.2.3.	Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian	

Perawatan diri pada anak retardasi mental di SLB N	
Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi	66
5.3. Keterbatasan	67
BAB VI KESIMPULAN	
6.1. Kesimpulan	68
6.2. Saran	68
DAFTAR PUSTAKA	70
LAMPIRAN	72

DAFTAR GAMBAR

Gambar	3.1	Kerangka Konseptual	44
Gambar	4.2	Kerangka Kerja Penelitian	49

DAFTAR SINGKATAN

AAMR	: American Association on Mental Retardation
WHO	: World Health Organization
DSM IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition
CVA	: Cerebrovascular Accident

DAFTAR ISTILAH

<i>Home living</i>	: Rumah Tinggal
<i>Cut of point</i>	: Nilai batas
<i>Advocate</i>	: Pendukung
<i>Flossing</i>	: Membersihkan gigi dengan serat
<i>Toileting</i>	: Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK)

Daftar Tabel

Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	59
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Usia	60
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Orang Tua ...	60
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Pada Anak Retardasi Mental	61
Tabel 5.5	Distribusi responden Berdasarkan Kemandirian Anak	61
Tabel 5.6	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Anak Retardasi Mental	62

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Ijin Penelitian STIKES	72
Lampiran 2	Surat Balasan Tempat Penelitian	
Lampiran 3	Lembar Permohonan Menjadi Responden	74
Lampiran 4	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	75
Lampiran 5	Kuesioner Dukungan Keluarga	77
Lampiran 6	Kuesioner Kemandirian Perawatan Diri Anak	79
Lampiran 7	Kisi – Kisi Kuesioner	80

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Retardasi mental merupakan masalah dunia, dengan implikasi yang besar, terutama bagi negara berkembang. Retardasi mental juga merupakan dilema dan merupakan sumber kecemasan bagi keluarga dan masyarakat. Karena itu, memberikan diagnosis retardasi mental pada anak tidak boleh terlalu mudah. Diagnosis retardasi mental sebaiknya ditegakkan pada waktu anak sudah sekolah atau pada umur 6 tahun keatas. Anak dengan retardasi mental adalah salah satu contoh gangguan yang dapat ditemui di berbagai tempat, dengan karakteristik penderitanya yang memiliki tingkat kecerdasan dibawah rata-rata Intelligence Quotient (IQ) 84 ke bawah dan mengalami kesulitan dalam beradaptasi maupun melakukan berbagai aktivitas sehari-hari seperti melakukan perawatan diri (mandi, makan, belajar dan lain-lain) (Effendi, 2006).

Prevalensi retardasi mental sekitar 1% dalam satu populasi. Di Indonesia retardasi mental merupakan masalah yang cukup besar karena 1 – 3% dari jumlah penduduk Indonesia menderita retardasi mental, yang berarti dari 1000 penduduk diperkirakan 30 penduduk menderita retardasi mental dengan kriteria retardasi mental ringan 80% retardasi sedang 12%, retardasi mental sangat berat 1%. Insidennya sulit diketahui karena retardasi mental kadang – kadang tidak dikenali sampai anak – anak usia pertengahan dimana retardasinya masih dalam taraf ringan. Insiden tertinggi pada masa anak sekolah dengan puncak umur 10 – 14 tahun.

Retardasi mental mengenai 1,5 kali lebih banyak pada laki – laki dibandingkan dengan perempuan (Muchyaroh, 2002).

Menurut American Association on Mental Retardation (1992), retardasi mental mengarah pada keterbatasan beberapa fungsi utama. Kelainan ini ditandai dengan fungsi intelektual yang sangat di bawah rata – rata dan secara bersamaan disertai dengan (ditambah penekanan pada) keterbatasan yang berhubungan dengan dua atau lebih area penerapan kemampuan adaptasi seperti: komunikasi, merawat diri sendiri, kesehatan dan keamanan, fungsi akademis, santai, dan bekerja. (M. William Schwartz, 2004)

Perawatan diri merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologis (Alimul,2009). Menurut Depkes (2000) perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, seseorang dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri. Perawatan diri berorientasi pada manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan yang saling mempengaruhi (Meleis, 2007, dalam Herlina, 2013).

Penyandang retardasi mental yang belum mampu melakukan kegiatan sehari – hari atau kemandirian dalam merawat diri sendiri bukan semata – mata karena ketunaannya melainkan karena lingkungan yang kurang mendukung, maka diperlukan suatu bimbingan, baik dari pihak keluarga ataupun masyarakat, yang diharapkan penyandang retardasi mental memiliki kemampuan dalam merawat diri

sendiri, apabila kemampuan tersebut betul – betul dikuasai maka akan memberikan keyakinan pada penyandang retardasi mental tersebut. Peran serta keluarga untuk meningkatkan kemampuan perawatan diri pada anak retardasi mental dapat dengan memfasilitasi, memberikan motivasi ataupun dukungan (Meleis, 2007). Berdasarkan hasil penelitian oleh peneliti sebelumnya didapatkan hasil bahwa kemampuan perawatan diri pada anak retardasi mental dalam kategori cukup yaitu sebesar 56,9% (Afrandi, 2014).

Namun dalam banyak hal penyandang retardasi mental sering kali diabaikan oleh masyarakat dan lingkungan sosialnya. Kurang mendapat akses untuk mendapat pelayanan kesehatan, pendidikan, sehingga memerlukan dukungan keluarga dan pihak orang tua untuk memberikan dukungan supaya mereka diterima dalam lingkungannya. Tanggapan negatif masyarakat terhadap anak retardasi mental menimbulkan berbagai reaksi pada orang tua mereka. Ada orang tua yang mengucilkan anaknya dan tidak mau mengakui anak yang mengalami retardasi mental, tetapi ada pula orang tua yang berusaha memberikan perhatian lebih baik kepada anaknya dengan mencari bantuan pada ahli yang dapat menangani anak retardasi mental (Novi,2014). Berdasarkan hasil penelitian oleh peneliti sebelumnya dukungan sosial keluarga pada anak retardasi mental dalam kategori cukup (58,8%) (Afrandi, 2014) .

Menurut Friedman (1998) dalam Setiadi (2008) mengatakan dukungan sosial keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan antara lain dukungan informasional, penghargaan, emosional, dan instrumental. Apabila seseorang

memperoleh dukungan keluarga yang berupa perhatian, kasih sayang, penghargaan, pertolongan, dan sebagainya, maka orang tersebut akan merasa ada yang mendukung. Pengertian dukungan sosial keluarga adalah suatu pertolongan, semangat, dan pemberian bantuan saat individu menghadapi kesulitan atau masalah, karena keluarga juga merupakan sumber dalam menumbuhkan kekuatan baru bagi individu (Widianti, 2014).

Anak retardasi mental membutuhkan pelatihan dan bimbingan agar dapat melakukan kegiatan secara mandiri. Pelatihan dan bimbingan tersebut tidak hanya berasal dari pendidikan formal saja, namun juga pendidikan informal yang dilakukan oleh keluarga. Keluarga merupakan sekumpulan orang yang memiliki hubungan darah dan akan saling mendukung satu sama lain. Keluarga merupakan orang – orang terdekat yang mampu memberikan dampak positif bagi anggota keluarga lainnya.

Berdasarkan hasil wawancara oleh peneliti sebelumnya dengan 10 orang tua siswa yang mengalami retardasi mental di SLB Negeri Ungaran mengenai kemampuan keperawatan diri pada anaknya. Hasilnya didapatkan bahwa 4 dari 10 orang tua mengatakan anaknya sudah mampu melakukan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, toileting, makan dan berhias. Peneliti juga menanyakan pada keempat orang tua tersebut apakah mereka memberikan dukungan seperti informasi, saran, penghargaan, perhatian, dan memfasilitasi anak dalam melakukan perawatan diri. Keempat orang tua tersebut mengatakan yang berbeda – beda. Tiga diantara mereka mengatakan memfasilitasi, memperhatikan, memberikan informasi, dan mengajari bagaimana melakukan perawatan diri, namun mereka sering lupa

memberikan penghargaan seperti pujian saat anak dapat melakukan mandiri (Afrandi, 2014). Dan dari hasil observasi peneliti di SLB Negeri Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi dengan melakukan wawancara bersama 5 orang tua wali dari anak retardasi mental. Dari 5 orang tua tersebut, peneliti mendapatkan 3 dari 5 orang tua mengatakan bahwa anaknya masih perlu bantuan untuk melakukan perawatan diri sendiri. Misalnya anak membutuhkan bantuan ketika anak akan mengenakan pakaian, ketika anak akan makan, dan ketika anak membersihkan dirinya sendiri.

Oleh karena itu dari uraian tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul: “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Perawatan Diri Anak Retardasi Mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan di atas maka peneliti ingin mengetahui Bagaimana hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian perawatan diri anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi.

1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui bagaimana hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian perawatan diri anak retardasi mental di SLB Negeri Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi dukungan keluarga dengan anak retardasi mental di SLB Negeri Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi
- b. Untuk mengetahui kemandirian perawatan diri pada anak retardasi mental di SLB Negeri Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi
- c. Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian perawatan diri anak retardasi mental di SLB Negeri Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi

1.4 Manfaat Penelitian

1. Secara Teoritis

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat memperkaya informasi terutama bagi disiplin ilmu keperawatan

2. Secara Praktis

- a. Bagi orang tua yang mempunyai anak retardasi mental

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat yang cukup berarti sehingga dapat menerapkan pola asuh atau metode yang paling efektif dalam menangani emosi anak retardasi mental.

- b. Bagi STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun

Dengan karya tulis ini bisa diterapkan dalam kehidupan sehari – hari di masyarakat dan lingkungan secara umum, serta diharapkan dari hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan informasi pada masyarakat sehingga dapat memperlakukan anak retardasi mental sebagaimana mestinya.

- c. Bagi ilmu keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan yang dapat membantu anak retardasi mental untuk membentuk kemampuan perawatan diri anak retardasi mental.

d. Bagi Guru SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi

Bagi guru SLB diharapkan dapat menjalin kerjasama dengan orang tua anak agar dapat meningkatkan perannya sebagai pendidik dan dapat mengarahkan orang tua dalam memberikan pendidikan saat anak di rumah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Retardasi Mental

2.1.1 Definisi Retardasi Mental

Retardasi mental sering juga disebut dengan keterbelakangan mental atau disabilitas intelektual. Retardasi mental adalah suatu keadaan perkembangan mental yang terhenti atau tidak lengkap, ditandai oleh adanya kendala keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada semua tingkat intelegensia yaitu kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial (Prabowo, 2010)

Definisi retardasi mental menurut *American Association on Mental Retardation* (AAMR) adalah: “fungsi intelektual umum secara bermakna di bawah normal, disertai adanya keterbatasan pada 2 fungsi adaptif atau lebih, yaitu komunikasi, menolong diri sendiri, keterampilan sosial, mengarahkan diri, keterampilan akademik, bekerja, menggunakan waktu luang, kesehatan dan atau keamanan; keterbatasan ini timbul sebelum umur 18 tahun.” Fungsi intelektual dibawah normal apabila IQ di bawah 70; tetapi penentuan nilai batas (*cut of point*) 70 itu tidak sama pada setiap organisasi profesi. *American Association on Mental Retardation* (AAMR) menentukan sebagai batas adalah 75, dan WHO 70. Demikian pula, dalam menentukan nilai batas bawah retardasi mental ringan, terdapat perbedaan dalam menentukan *cut of point* nya, yaitu 55 berdasarkan AAMD (*American Association on Mental Retardation*).

Anak dengan retardasi mental tidak dapat mengikuti pendidikan sekolah biasa, karena cara berpikirnya terlalu sederhana, daya tangkap dan daya ingatnya lemah, demikian pula pengertian Bahasa dan berhitungnya juga sangat lemah.

Sementara itu, yang dimaksud dengan perilaku adaptif sosial adalah kemampuan seseorang untuk mandiri, menyesuaikan diri, dan mempunyai tanggung jawab sosial yang sesuai dengan kelompok umur dan budayanya. Pada penderita retardasi mental, gangguan perilaku adaptif yang paling menonjol adalah kesulitan menyesuaikan diri dengan masyarakat sekitarnya. Biasanya tingkah lakunya kekanak – kanakan, tidak sesuai dengan umurnya.

2.1.2 Klasifikasi Retardasi Mental

Pengklasifikasian retardasi mental oleh para ahli diuraikan menurut tinjauan profesi dokter, pekerja sosial, psikolog, dan pendagog. Seorang dokter mengklasifikasikannya didasarkan pada tipe kelainan fisiknya seperti *mongoloid*, *microcephalon*, *cretinism*, dan lain sebagainya. Seorang pekerja sosial mengklasifikasikan didasarkan pada derajat kemampuan menyesuaikan diri atau ketergantungan pada orang lain, sehingga untuk melihat berat ringannya dilihat dari tingkat penyesuaian seperti tidak tergantung, semi tergantung, atau sangat tergantung pada orang lain. Secara psikolog melihat dalam aspek indeks mental intelegensinya, indikasinya dilihat pada angka hasil tes kecerdasan seperti IQ 0 – 25 dikategorikan idiot, IQ 25 – 50 dikategorikan imbecile dan IQ 50 – 75 kategori debil atau moron. Sedangkan seorang pedagog mengkasifikasikan berdasarkan pada penilaian anak mampu dididik, dilatih, dan mampu dirawat. (Efendi, 2006)

Klasifikasi menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition* (DSM IV) (American Psychiatric Association, 1994) didapatkan empat gangguan tingkat intelektual yaitu ringan, sedang, berat dan sangat berat. (Lumbatobing 2016)

Klasifikasi retardasi mental menurut DSM IV adalah:

1. Retardasi mental ringan (Tingkat IQ 50 – 55 sampai sekitar 70)

Retardasi mental ringan ini secara kasar setara dengan kelompok retardasi mental yang dapat dididik (*educable*) dan disebut moron atau debil. Kelompok ini membentuk sebagian besar sekitar 85% dari kelompok retardasi mental. Pada usia prasekolah (0 – 5 tahun) mereka dapat mengembangkan kecakapan sosial dan komunikatif, mempunyai sedikit masalah dalam bidang sensorimotori, dan sering tidak dibedakan dari anak yang tanpa retardasi mental sampai pada usia lanjut. Pada usia remaja mereka dapat memperoleh kecakapan akademik sampai setara kira – kira tingkat enam (kelas 6 SD).

2. Retardasi mental sedang (Tingkat IQ 35 – 40 sampai sekitar 50 – 55)

Retardasi mental sedang secara kasar setara dengan kelompok yang biasa disebut dapat dilatih (*trainable*) dan disebut juga imbecile. Kelompok ini membentuk sekitar 10% dari kelompok retardasi mental. Kelompok dari individu dari tingkat retardasi mental ini memperoleh kecakapan komunikasi selama masa anak dini, mereka mendapat manfaat dari latihan vokasional, dan dengan pengawasan yang sedang dapat mengurus dan merawat diri sendiri. Mereka dapat memperoleh manfaat dari latihan

kecapakan sosial dan okupasional namun mungkin tidak dapat melampaui Pendidikan akademik lebih tingkat dua (kelas 2 SD). Mereka dapat bepergian di lingkungan yang sudah dikenal. Mereka cenderung terlihat kikuk dan tidak terkoordinasi.

3. Retardasi mental berat (Tingkat IQ 20 – 25 sampai sekitar 35 – 40)

Kelompok retardasi mental ini membentuk 3 – 4% dari kelompok retardasi mental. Selama masa anak mereka sedikit saja atau tidak mampu berkomunikasi Bahasa. Sewaktu usia sekolah mereka dapat belajar bicara dan dapat dilatih dalam kecakapan mengurus diri yang sederhana.

4. Retardasi mental sangat berat (Tingkat IQ dibawah 20 - 25)

Kelompok retardasi mental sangat berat membentuk sekitar 1 – 2 % dari kelompok retardasi mental. Pada saebagian besar individu dengan diagnosis ini dapat identifikasi kelainan neurologic, yang mengakibatkan retardasi mentalnya. Sewaktu masa anak, mereka menunjukkan gangguan yang berat dalam bidang sensorimotori. Perkembangan motorik, mengurus diri dan kemampuan kemunikasi dapat ditingkatkan dengan latihan – latihan yang adekuat anak retardasi mental memerlukan perawatan secara total dalam hal berpakaian, mandi, makan, dan lain – lain. Bahkan mereka memerlukan perlindungan dari bahaya sepanjang hidupnya. (Lumbantobing, 2006)

Selain klasifikasi diatas, masih ada beberapa karasteristik dan tingkah laku anak retardasi mental, namun tidak semua karakteristik ini terdapat pada anak retardasi mental.

2.1.3 Penyebab Retardasi Mental

Penyebab yang khas diidentifikasi pada kurang dari 50% pasien, sebagian besarnya terdapat pada pasien dengan retardasi mental sedang – sangat berat. Penyebab lain termasuk faktor – faktor lingkungan (misalnya problem prenatal dan perinatal, penyakit pada masa bayi, penelantaran psikososial, malnutrisi) dengan suatu keterlibatan poligenik yang belum jelas pada beberapa kasus. (Efendi, 2006)

Retardasi sedang – sangat berat tersebar secara merata dan sama pada semua lapisan sosial, sedangkan retardasi mental ringan (biasanya dari etiologi sosio kultural) dianggap berasal dari kelas sosial yang lebih rendah. Retardasi mental adalah suatu gangguan familial (genetik atau lingkungan), resiko terdapatnya retardasi pada seorang anak dengan orang tua dan saudara kandung yang normal adalah kurang dari 2%, sedangkan jika kedua orang tua dan saudara kandungnya menderita retardasi mental resikonya menjadi sebesar 40 – 70%. (Tomb, 2003)

Banyak diketahui mengenai penyebab atau dicurigai sebagai penyebab retardasi mental pada banyak kasus, etiologi retardasi mental menggambarkan pengaruh kait mengait antara etiologi retardasi mental sebagai berikut:

1. Faktor sebelum konsepsi yaitu faktor genetik (single gen), kelainan kromosom dan sebagainya.
2. Faktor prenatal seperti infeksi (virus, parasite), bahan kimia, gizi, fisis, imunologis (inkompatibilitas golongan darah), endokrinologis, kelainan plasenta, hipoksia intra uterin, dan sebagainya.
3. Perinatal seperti premature, asfiksia neonatorum, trauma lahir, meningitis, kelainan metabolik.

4. Pascanatal seperti trauma berat pada kepala/susunan saraf pusat, gangguan perkembangan otak, neurotoksin, CVA, anoksia, metabolik.
5. Sebab – sebab yang tidak diketahui dan merupakan 50 – 90% dari semua kasus.

Adapun beberapa penyebab retardasi mental yang dapat dicegah atau diobati yaitu:

1. Asfiksia lahir dan trauma lahir

Di negara sedang berkembang asfiksia lahir dan trauma lahir menduduki tempat utama sebagai penyebab kerusakan otak dari tunagrahita atau retardasi mental. Kehamilan yang dikontrol, bimbingan persalinan yang adekuat, misalnya yang dilakukan dukun beranak dan fasilitas persalinan yang tidak memadai banyak mengakibatkan jejas otak dari retardasi mental. Insiden asfiksia lahir dirumah sakit berkisar antara 1,3 % dan 6,6 % dari jumlah kelahiran. Meningkatkan kemampuan membimbing persalinan serta pengelolaan semasa hamil dapat mengurangi kemungkinan asfiksia lahir serta trauma lahir dari retardasi mental.

2. Infeksi

Penyakit infeksi yang sering ditemukan pada bayi dan anak seperti morbili (campak) dan pertussis (batuk rejan) dapat mengakibatkan retardasi mental.

3. Malnutrisi berat

Malnutrisi berat pada masa dini bayi memainkan peranan yang negatif terhadap perkembangan sistem syaraf. Malnutrisi protein merupakan masalah gizi yang perlu dipecahkan pada kelompok lemah.

4. Defisiensi yodium

Pada daerah yang endemic defisiensi yodium dapat mempengaruhi perkembangan mental anak, kadang juga mengakibatkan retardasi mental.

5. Defisiensi besi

Dari penelitian bahwa anemi defisiensi besi walaupun ringan dapat mengakibatkan terlambatnya perkembangan psikososialnya.

6. Ikterus neonatium

Ikterus yang berat pada bayi baru lahir dapat mengakibatkan kerusakan otak dari retardasi mental.

7. Jejas lahir

Dari penelitian terdahulu didapatkan bahwa jejas lahir yang dapat diidentifikasi merupakan penyebab dari sekitar 10% penderita retardasi mental. (Lumbatobing, 2006)

2.1.4 Dampak Retardasi Mental

Dampak yang paling utama adalah orang tua dan keluarga dari anak retardasi mental tersebut. Keluarga berada dalam resiko, mereka menghadapi resiko berat serta saudara – saudara anak tersebut menghadapi hal – hal yang bersifat emosional. (Somatri, 2006)

Perasaan dan tingkah laku orang tua itu berbeda – beda dan dapat dibagi menjadi:

1. Perubahan tiba – tiba, hal ini mendorong untuk:
 - a. Menolak kehadiran anak dengan memberikan sikap dingin.
 - b. Menolak dengan rasionalisasi, menahan anaknya dirumah dengan mendatangkan orang terlatih untuk mengurusnya
 - c. Merasa berkewajiban untuk memelihara tetapi melakukan tanpa memberikan kehangatan
 - d. Memelihara dengan berlebihan sebagai kompensasi perasaan menolak
2. Merasa ada yang tidak beres mengenai keturunan sehingga mendorong timbulnya perasaan depresi
3. Merasa kurang mampu mengasuhnya, perasaan ini menghilangkan kepercayaan kepada diri sendiri dalam mengasuhnya
4. Kehilangan kepercayaan akan mempunyai anak yang normal
 - a. Karena kehilangan kepercayaan tersebut orang tua cepat marah dan menyebabkan tingkah laku agresif
 - b. Kedudukan tersebut dapat mengakibatkan depresi
 - c. Pada permulaan, mereka segera mampu menyesuaikan diri sebagai orang tua anak retardasi mental, akan tetapi mereka terganggu lagi pada saat – saat menghadapi peristiwa kritis.
5. Terkejut dan kehilangan kepercayaan diri, kemudian berkonsultasi untuk mendapatkan berita – berita yang lebih baik

6. Banyak tulisan yang menyatakan bahwa orang tua merasa berdosa, sebenarnya perasaan tersebut tidak selalu ada tetapi perasaan tersebut bersifat kompleks dan dapat mengakibatkan depresi.
7. Merasa bingung dan malu, yang mengakibatkan orang tua kurang suka bergaul dan lebih suka menyendiri.

Adapun saat – saat kritis itu terjadi adalah sebagai berikut:

1. Pertama kali mengetahui anaknya cacat
2. Memasuki umur sekolah, pada saat tersebut sangat penting kemampuan masuk sekolah biasa, sebagai tanda bahwa anak tersebut normal
3. Meninggalkan sekolah
4. Orang tua bertambah tua sehingga tidak mampu lagi mengurus anak retardasi mental
5. Pada saat kritis biasanya orang tua lebih mudah menerima saran dan petunjuk. Pada umumnya masyarakat kurang mengacuhkan anak retardasi mental bahkan tidak dapat membedakan dari orang gila. Orang tua biasanya tidak memiliki gambaran tentang masa depan anaknya dan tidak mengetahui layanan yang dibutuhkan anaknya dalam masyarakat. (Somatri, 2006)

2.1.5 Pencegahan Retardasi Mental

Menurut Judarwanto (2009) pencegahan anak retardasi mental yaitu:

1. Pencegahan primer: dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan pada masyarakat, perbaikan keadaan sosio-ekonomi, konseling genetik dan tindakan kedokteran (missal perawatan prenatal yang baik, pertolongan

persalinan yang baik, kehamilan pada wanita *adoleses* dan diatas 40 tahun dikurangi dan pencegahan peradangan otak pada anak – anak).

2. Pencegahan sekunder: meliputi diagnosa dan pengobatan dini peradangan otak, perdarahan subdural, *kraniostenosis* (sutura tengkorak menutup terlalu cepat, dapat dibuka dengan kraniotomi; pada mikrosefali yang kogenital, operasi tidak menolong).
3. Pencegahan tersier merupakan pendidikan penderita atau latihan khusus sebaiknya disekolah luar biasa. Dapat diberikan neuroleptika kepada yang gelisah, hiperaktif atau dekstrusif.

Konseling kepada orang tua dilakukan secara fleksibel dan pragmatis dengan tujuan antara lain membantu mereka dalam mengatasi frustrasi oleh karena mempunyai anak dengan retardasi mental. Orang tua sering menghendaki anak diberi obat, oleh karena itu dapat diberikan penerangan bahwa sampai sekarang belum ada obat yang dapat membuat anak menjadi pandai, hanya ada obat yang dapat membantu pertukaran zat (metabolisme) sel – sel otak.

2.2 Dukungan Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. (Depkes RI, 1998)

Menurut Friedman (1998) keluarga merupakan kesatuan dari orang – orang yang terikat dalam perkawinan, ada hubungan darah, atau adopsi dan tinggal dalam satu rumah.

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lainnya, dan di dalamnya terdapat peranan dari masing – masing anggota, menciptakan serta mempertahankan kebudayaan yang telah ada. (Savicion G Ballion dan Aracelis Maglaya dalam Sujono Riyadin, 2009)

2.2.2 Ciri – Ciri Keluarga

Menurut Stanhope dan Lancaster (dalam Salahuddin, 2009) yang menjadi ciri – ciri keluarga diantaranya:

1. Diikat dalam suatu tali perkawinan
2. Ada hubungan darah
3. Ada tanggung jawab masing – masing anggota
4. Kerjasama diantara anggota keluarga
5. Komunikasi interaksi antar anggota keluarga
6. Tinggal dalam satu rumah.

2.2.3 Fungsi dan Peran Keluarga

1. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (dalam Salahuddin, 2009) disebutkan dalam beberapa hal diantaranya:

a. Fungsi Afektif dan Koping

Keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi stress.

b. Fungsi Sosialisasi

Keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme koping, memberikan feedback, dan memberikan petunjuk dalam pemecahan masalah

c. Fungsi Reproduksi

Keluarga melahirkan anak, menumbuh-kembangkan anak dan meneruskan keturunan

d. Fungsi Ekonomi

Keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarganya dan kepentingan di masyarakat

e. Fungsi Fisik

Keluarga memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat termasuk untuk penyembuhan dari sakit

f. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan adalah fungsi keluarga untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan dan merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

2. Peran Keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok, dan masyarakat. Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Peranan Ayah: Ayah sebagai pemimpin keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung/pengayom, pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.
- b. Peranan Ibu: Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak – anak, pelindung keluarga dan pencari nafkah tambahan keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat sosial tertentu.
- c. Peran Anak: Anak – anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial, dan spiritual. (Setiadi, 2008)

2.2.4 Peran Keluarga Dalam Merawat Anak Retardasi Mental

Seorang anak dilahirkan ke dunia dalam keadaan fitrah (suci), kemudian orang tuanyalah yang memberikan warna kepada anak tersebut, anak jadi baik atau buruk, menjadi anak yang cerdas, panda, kreatif, pemurung, pendiam, nakal, atau

hiperaktif tergantung dari bagaimana orang tua itu sendiri dalam mendidik anak tersebut dan bagaimana pula orang tua memperhatikan perkembangan anaknya.

Orang tua hendaknya memperhatikan benar perawatan diri anak retardasi mental, sehubungan dengan fungsi peran anak dalam merawat diri kurang. Orang tua perlu mengetahui bahwa anak yang menderita retardasi mental bukanlah kesalahan dari mereka, tetapi merupakan kesalahan orang tua seandainya tidak mau berusaha mengatasi keadaan anak yang retardasi mental. Menyarankan kepada orang tua anak retardasi mental, agar anak tersebut dimasukkan di dalam Pendidikan atau latihan khusus yaitu di Sekolah Luar Biasa agar mendapat perkembangan yang optimal pada anak dengan retardasi mental karena dapat dilatih agar tidak terlalu bergantung.

Berikut ini merupakan faktor menurut Harber & Runyon (dalam Sumampouw dan Setiasih, 2003), yang diperlukan dalam pengasuhan anak:

1. Kasih Sayang dan Perhatian

Ikatan kasih sayang yang berkembang antara orang tua dan anak dikuatkan oleh kualitas interaksi positif yang terjadi di antara mereka. Anak yang merasakan kasih sayang dan perhatian yang tulus dari orang tua akan menyadari bahwa mereka berharga dan dihargai oleh orang tua.

2. Penerimaan anak sebagai individu

Anak – anak adalah individu yang unik dan berbeda dari orang tua; mereka memiliki ekspresi emosi, kebutuhan – kebutuhan, minat, sikap, dan tujuannya sendiri. Namun, orang tua seringkali lupa akan hal itu karena sangat mudah bagi mereka untuk terlibat dalam kehidupan anak. Orang tua

yang memiliki kebutuhan harga diri tinggi dapat mencemari atau merusak hubungannya dengan anak, karena mereka hanya memikirkan apa yang menjadi kebaikan bagi mereka dan bukan bagi anak; mereka tidak mengindahkan kepentingan anak dan menuntut kepatuhan anak lebih daripada memperhatikan perkembangannya.

3. Mendorong anak mandiri

Ketika orang tua menerima anak sebagai individu, orang tua pasti mengingatkan anak tersebut mempunyai kemampuan yang efektif untuk mengatasi tuntutan – tuntutan yang ada dalam kehidupan sehari – hari.

4. Disiplin yang konsisten

Disiplin yang diterapkan pada anak harus konsisten dan diberikan dengan kasih sayang dan bukan dengan kekerasan. Jika suatu hukuman diberikan kepada anak, penekanannya harus diarahkan pada perilakunya dan bukan pada individunya.

Menurut Mangunson (dalam Sumampouw dan Setiasih, 2003), terdapat beberapa bentuk keterlibatan orang tua anak luar biasa yang sesuai dengan peran dan tanggung jawabnya sebagai berikut:

1. Orang Tua Sebagai Pengambil Keputusan

Dalam Pendidikan anak luar biasa, orang tua berhak dan bertanggung jawab mengambil keputusan, karena tanpa keterlibatan yang nyata dari orang tua akan sulit dalam pengambilan keputusan dan pertanggungjawabannya.

2. Tanggung jawab sebagai orang tua

Tanggung jawab sebagai orang tua anak luar biasa ini meliputi hal – hal berikut:

a. Proses penyesuaian diri

Terdapat tiga hal yang perlu diperhatikan dalam proses penyesuaian diri, yaitu: dapat menerima realitas, dapat memiliki kesadaran intelektual mengenai kecacatan anaknya, dapat melakukan penyesuaian secara emosional.

b. Sosialisasi anak

Pada umumnya sumber keprihatinan orang tua berasal dari perlakuan negatif masyarakat normal terhadap anaknya yang cacat. Orang tua merasa bingung apabila anaknya menjadi semakin terasing dan kurang bisa menjalin sosialisasi dengan baik.

c. Memperhatikan hubungan saudara – saudara anak retardasi mental

Kakak atau adik dari anak retardasi mental sering kali juga membutuhkan bantuan khusus untuk bisa memahami keadaan saudaranya yang cacat. Orang tua sebaiknya peka terhadap keadaan ini dan segera membantu mereka supaya mereka bisa saling menerima keberadaan saudaranya yang cacat secara wajar, dalam arti memahami kebutuhan dan keinginan saudaranya yang cacat.

d. Merencanakan masa depan dan perwalian

Sebaiknya orang tua yang memiliki anak cacat merencanakan secara sistematis langkah – langkah yang harus ditempuh untuk mewujudkan harapannya. Masalah perwalian misalnya, merupakan masalah yang

penting, contoh, memikirkan apabila orang tua meninggal, siapa yang harus bertanggung jawab akan masa depan anak cacat tersebut, apabila perlu perwalian tersebut dikuatkan melalui hukum yang berlaku.

3. Tanggung jawab sebagai guru

Orang tua melaksanakan tanggung jawab mereka sebagai guru. Dalam mengajarkan pembelajaran bina diri pada anak, biasanya orang tua menerapkan materi bina diri yang diajarkan oleh sekolah untuk diajarkan kembali di rumah.

4. Tanggung jawab sebagai “*Advocate*”

Orang tua mempunyai tanggung jawab sebagai pendukung dan pembela kepentingan anaknya yang cacat. Dengan segala keterbatasan yang ada pada anak cacat, mereka seringkali berada dalam posisi yang kepentingannya dirugikan. Dalam posisi demikian orang tua harus dapat dan mampu tampil sebagai pembela bagi kepentingan anaknya, yaitu dengan memberikan penjelasan yang baik kepada orang tua anak normal mengenai keadaan anaknya yang cacat.

Dalam mendidik seorang anak, tidak akan berhasil tanpa kerjasama yang baik antara ayah dan ibu yang mendidik di rumah dengan guru sebagai pengganti ayah dan ibu di sekolah. Antara orang tua dan guru harus ada kerja sama yang tidak dapat dipisahkan. (Gunarsa, Singgih 2004)

2.2.5 Dukungan keluarga

Menurut Friedman (1998), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Jenis dukungan keluarga ada empat, yaitu: dukungan instrumental, dukungan informasional, dukungan penilaian, dan dukungan emosional. Studi – studi tentang dukungan keluarga telah mengkonseptualisasi dukungan sosial sebagai koping keluarga, baik dukungan – dukungan yang bersifat eksternal maupun internal terbukti sangat bermanfaat. (Setiadi, 2008)

1. Fungsi dukungan keluarga

Caplan dalam Akhmadi (2009), menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan, yaitu:

a. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan disseminator (penyebar) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberan saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan, mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek – aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

b. Dukungan penilaian

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, perhatian.

c. Dukungan instrumental

Dukungan dimana bantuan yang diberikan secara langsung, bersifat fasilitas atau materi misalnya menyediakan fasilitas yang diperlukan, meminjamkan uang, memberikan makanan, permainan atau bantuan yang lain.

d. Dukungan emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek – aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

2. Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Menurut Friedman dalam Akhmadi (2009), ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman – pengalaman perkembangan. Anak – anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak – anak dari keluarga yang besar. Selain itu, dukungan yang diberikan orang tua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia. Ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egois dibandingkan ibu – ibu yang lebih tua. Faktor – faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah kelas sosial ekonomi orang tua. Kelas sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan orang tua

dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas atau otokrasi. Selain orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, adeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah.

2.3 Kemandirian

2.3.1 Pengertian Kemandirian

Kemandirian berasal dari kata "*independent*" yang biasanya diartikan sebagai sesuatu yang mandiri, yaitu kemampuan untuk berdiri sendiri diatas kaki sendiri dengan keberanian dan tanggung jawab atas segala tingkah lakunya sebagai manusia dewasa dalam melaksanakan kewajibannya guna memenuhi kebutuhan sendiri. Dan Kartono juga menyatakan bahwa tugas utama dari pendidikan dan orang tua adalah menghantarkan anak menuju kedewasaan penuh. Orang tua mendorong anak agar mampu mandiri dalam status kedewasaannya sehingga ia mampu melaksanakan semua tugas hidup dengan penuh tanggung jawab sendiri, berdasarkan norma etis tertentu. (Kartono, 2003)

Kemandirian adalah suatu sifat yang memungkinkan seseorang untuk bertindak bebas, melakukan sesuatu atas dorongan diri sendiri, mengejar prestasi penuh ketekunan serta berkeinginan untuk mengerjakan sesuatu tanpa bantuan orang lain, mampu berpikir dan bertindak original, kreatif dan penuh inisiatif, mampu mengatasi masalah yang dihadapi, mampu mengendalikan tindakan – tindakannya, mampu memperingatkan lingkungannya, mempunyai rasa percaya terhadap kemampuan diri, menghadapi keadaan dirinya dan memperoleh kepuasan dari usahanya. (Marlini, 2005)

Menurut Sujanto (2001), kemandirian yaitu kemampuan seseorang untuk mengerti tentang perbedaan antara yang benar dan salah yang boleh dan tidak, yang dianjurkan dan yang dicegah, yang baik dan buruk dan individu sadar harus

menjauhi segala hal yang bersifat negatif dan mencoba membina diri untuk selalu melakukan hal – hal positif.

Kemandirian adalah anak dapat melakukan tugas dan kegiatannya sendiri atau berkelompok, anak juga berkeinginan melakukan sendiri hal – hal ringan sebagai bentuk dari lepasnya ketergantungan dengan orang tua. (Sobur, dalam Fadillah, 2006)

2.3.2 Perkembangan Kemandirian

Perkembangan kemandirian adalah proses yang menyangkut unsur – unsur normatif. Ini mengandung makna bahwa kemandirian merupakan suatu proses yang terarah. Karena perkembangan kemandirian sejalan dengan hakikat eksistensi manusia, arah perkembangan tersebut harus sejalan dan belandaskan pada tujuan hidup manusia. (Mohammad Ali, 2006)

Mengingat kemandirian akan banyak memberikan dampak yang positif bagi perkembangan individu, maka sebaiknya kemandirian diajarkan pada anak sedini mungkin sesuai kemampuannya. Seperti telah diakui segala sesuatu yang dapat diusahakan sejak dini akan dapat dihayati dan akan semakin berkembang menuju kesempurnaan. Latihan kemandirian yang diberikan kepada anak harus disesuaikan dengan usia anak. Contoh anak usia 3 – 4 tahun latihan kemandirian dapat berupa membiarkan anak memasang kaos kaki dan sepatu sendiri, membereskan mainan setiap kali selesai bermain. Sementara untuk anak remaja berikan kebebasan misalnya dalam memilih jurusan atau bidang studi yang diminatinya, atau memberikan kesempatan pada remaja untuk memutuskan sendiri jam berapa ia harus segera pulang ke rumah jika remaja tersebut keluar malam Bersama temannya

dan tentu saja orang tua perlu mendengarkan argumentasi yang disampaikan anak remaja tersebut sehubungan dengan keputusannya.

Dengan memberikan latihan – latihan tersebut (tentu saja harus ada unsur pengawasan dari orang tua untuk memastikan bahwa latihan tersebut benar – benar efektif), diharapkan dengan bertambahnya usia akan bertambah pula kemampuan anak untuk berfikir secara objektif, tidak mudah dipengaruhi, berani mengambil keputusan sendiri, tumbuh rasa percaya diri, tidak tergantung kepada orang lain dan dengan demikian kemandirian akan berkembang dengan baik. (Zainun 2000)

Menurut Parker (2002), tahap – tahap kemandirian bisa digambarkan sebagai berikut:

1. Tahap pertama

Mengatur kehidupan dan diri mereka sendiri. Misalnya: makan, ke kamar mandi, mencuci, membersihkan gigi, memakai pakaian, dan lain sebagainya.

2. Tahap kedua

Melaksanakan gagasan – gagasan mereka sendiri dan menentukan arah permainan mereka sendiri.

3. Tahap ketiga

Mengurus hal – hal di dalam rumah dan bertanggung jawab terhadap:

- a. Sejumlah pekerjaan rumah tangga, misalnya: menjaga kamarnya tetap rapi, meletakkan pakaian kotor di tempatnya, dan menata meja

- b. Mengatur bagaimana menyenangkan dan menghibur dirinya sendiri dalam alur yang diperkenankan
- c. Mengelola uang saku sendiri: pada masa kini, anak – anak harus diberi kesempatan untuk terlibat dalam pengambilan keputusan yang mempengaruhi kehidupannya, misalnya: membelanjakan uang saku seperti yang diinginkan, kegiatan ekstra apa yang di ingin diikuti, kesempatan adanya hadiah tertentu yang diberikan karena tanggung jawab dan komitmen tambahan.

4. Tahap keempat

Mengatur diri sendiri di luar rumah, misalnya: di sekolah, menyelesaikan pekerjaan rumah, menyiapkan segala keperluan, kehidupan sosial, aktivitas ekstra, dan lain sebagainya

5. Tahap kelima

Mengurus orang lain baik di dalam maupun di luar rumah, misalnya: menjaga saudara ketika orang tua sedang mengerjakan sesuatu yang lain. (Parker, 2002)

2.3.3 Aspek – aspek Kemandirian

Menurut Steinberg kemandirian merupakan kemampuan individu untuk bertindak laku secara seorang diri. Kemandirian merupakan bagian dari pencapaian otonomi daripada remaja. Untuk mencapai kemandirian pada remaja melibatkan tiga aspek, yaitu:

1. Aspek Emosional Autonomy

Aspek emosional tersebut menekankan pada kemampuan remaja untuk melepaskan diri dari ketergantungan orang tua dalam pemenuhan kebutuhan – kebutuhan dasarnya. Remaja yang mandiri secara emosional tidak akan lari ke orang tua ketika mereka dirundung kesedihan, kekecewaan, kekhawatiran atau membutuhkan bantuan. Remaja yang mandiri secara emosional juga akan memiliki energi emosional yang besar dalam rangka menyelesaikan hubungan – hubungan di luar keluarga dan merasa lebih dekat dengan teman daripada orang tua.

2. Aspek Behavior Autonomy

Aspek kemandirian bertindak (behavior autonomy) merupakan kemampuan remaja untuk melakukan aktivitas, sebagai manifestasi dari berfungsinya kebebasan, menyangkut peraturan – peraturan yang wajar mengenai perilaku dan pengambilan keputusan. Remaja yang mandiri mampu untuk membuat keputusan sendiri dan mengetahui dengan pasti kapan seharusnya meminta nasehat orang lain dan mampu mempertimbangkan bagian – bagian alternatif dari tindakan yang dilakukan berdasarkan penilaian sendiri dan saran – saran dari orang lain.

3. Aspek Value Autonomy

Aspek kemandirian nilai adalah kebebasan untuk memaknai seperangkat prinsip tentang benar dan salah, yang wajib dan yang hak, yang penting dan tak penting. Kepercayaan dan keyakinan tersebut tidak dipengaruhi oleh lingkungan termasuk norma masyarakat, misalnya memilih belajar daripada bermain, karena belajar memiliki anfaat yang

lebih banyak daripada bermain dan bukan karena belajar memiliki nilai yang positif menurut lingkungan (Steinberg, 2007)

2.3.4 Ciri – ciri Kemandirian

Menurut Martin dan Stendler (2009) ciri – ciri kemandirian yang dimiliki oleh seorang remaja adalah:

1. Inisiatif

Kemampuan berfikir dalam bertindak berdasarkan inisiatif sendiri tanpa harus menunggu perintah dari orang dewasa, bertindak secara kreatif dan kemampuan dalam menghasilkan ide – ide baru.

2. Percaya diri (*self confident*)

Percaya kepada kemampuan untuk menjalin relasi yang kokoh, percaya terhadap kemampuan diri untuk menghadapi situasi – situasi baru, selalu merasa tidak takut gagal dan mampu menghadapi segala hal.

3. Mampu melaksanakan tugas

Kemampuan untuk menyelesaikan berbagai tugas sehari – hari dengan baik dan menyadari bahwa orang lain menghargai kemampuan diri sendiri yang disertai rasa tanggung jawab terhadap dirinya sendiri maupun bertanggung jawab terhadap orang lain

4. Ada rasa puas terhadap karya sendiri

Dalam diri individu terdapat kemampuan untuk merasakan kepuasan atas segala sesuatu yang telah dibuatnya

5. Mempunyai kontrol diri

Adanya pengendalian diri yang kuat dalam segala tindakan.

2.3.5 Kemandirian Anak Retardasi Mental

Kemandirian anak retardasi mental merupakan keseimbangan antara merawat diri dan mempunyai kemampuan untuk mengurus dirinya sendiri akan kebutuhan dasarnya, dan mereka senantiasa memerlukan bantuan dan pengawasan. Perkembangan anak retardasi mental berat tidak dapat menunjukkan dorongan pemeliharaan dirinya sendiri. Mereka tidak bisa menunjukkan rasa lapar atau haus dan tidak dapat menghindari bahaya. Pada anak retardasi mental, mereka lambat dalam pengembangan pemahaman dan penggunaan bahasa, keterampilan merawat diri dan keterampilan motorik terlambat. Penderita juga memerlukan pengawasan seumur hidup dan program pendidikan khusus demi mengembangkan potensi mereka yang terbatas agar memperoleh beberapa keterampilan dasar. Pada anak retardasi ringan misalnya, agak terlambat dalam belajar bahasa tetapi sebagian besar dapat berbicara untuk keperluan sehari – hari, dapat mandiri (makan, mandi, berpakaian, buang air besar, dan buang air kecil) dan terampil dalam pekerjaan rumah tangga. Namun biasanya mereka mengalami kesulitan dalam pelajaran sekolah, misalnya dalam membaca dan menulis, ini sering disebabkan oleh kekurangan kronik stimulasi intelektual. (Somatri, 2006)

Anak dan remaja yang mengalami retardasi mental tetap memiliki kemampuan lain yang masih dapat dikembangkan dan dioptimalkan untuk membantunya beraktivitas seperti orang normal, dan memberikan peran tertentu di masyarakat meskipun terbatas. Individu yang mengalami retardasi mental masih

dapat mempelajari berbagai keterampilan hidup apabila orang – orang disekitarnya memberikan kesempatan dan dukungan yang dibutuhkan. Kemandirian anak retardasi mental akan sangat tergantung pada peran serta dukungan penuh dari keluarga, sebab pada dasarnya keberhasilan suatu program bukan hanya merupakan tanggung jawab dari lembaga pendidikan yang terkait saja. (Sulastowo, 2008)

Lingkup pelayanan yang harus dilakukan bagi anak retardasi mental adalah:

1. Kemandirian yang sesuai dengan kemampuan dan kondisi yang terbatas pada penderita yang tentunya berbeda termasuk berat ringannya kecacatan. Aktifitas yang diberikan antara lain: perawatan diri sendiri, aktivitas dimeja makan, aktivitas rumah tangga, penggunaan alat bantu, dan kegiatan berjalan.
2. Komunikasi, hal ini penting bagi pembimbing dan penderita. Tidak semua anak retardasi mental dapat berkomunikasi dengan baik, terkadang sulit untuk dipahami, dalam hal ini yang perlu diperhatikan dalam komunikasi adalah: terjadinya tatap muka saat berkomunikasi, memahami bahasa gerak tubuh, memahami indera pendengaran.
3. Sosialisasi adalah proses penyesuaian diri terhadap adat istiadat, kebiasaan dan sikap lingkungan, bagaimana sikap anak terhadap lingkungan dan seberapa baik ia dapat bergaul dengan masyarakat.
(Marsun, 1976 dalam Fadillah, 2006)

2.3.6 Ciri – ciri Kemandirian Anak Retardasi Mental

Ciri – ciri kemandirian anak retardasi mental dilihat dari tingkatan IQ atau standar intelegensinya:

1. Retardasi mental sangat berat atau idiot. IQ 0 – 19. Umur mental (mental age) kurang dari 2 tahun. Ciri – cirinya: tidak dapat dilatih dan dididik
 - a. Tidak dapat merawat dirinya sendiri
 - b. Perkembangan fisik (duduk, jalan) dan bicara terlambat, sering tak dapat diajak berbicara, berbicara hanya satu suku kata saja (ma, pa)
 - c. Mudah terserang penyakit lain misalnya TBC atau infeksi lain
2. Retardasi mental berat atau imbecile berat. IQ 20 – 35, umur mental 2 – 4 tahun. Ciri – cirinya: dapat dilatih dan tidak dapat dididik
 - a. Dapat dilatih merawat dirinya sendiri: makan, mandi, dan berpakaian sendiri
 - b. Perkembangan fisik dan berbicara masih terlambat
 - c. Masih mudah terserang penyakit atau infeksi lain
3. Retardasi mental sedang atau imbecile ringan, IQ 35 – 50, umur mental 4 – 8 tahun. Ciri – cirinya: dapat dilatih dan dapat dididik (Trainable dan Educable) sampai ke taraf kelas 2 – 3 SD
 - a. Dapat dilatih merawat dirinya sendiri: makan, mandi, dan berpakaian sendiri
 - b. Koordinasi motorik biasanya masih sedikit terganggu
 - c. Bisa menghitung 1 – 20, mengetahui macam – macam warna dan membaca beberapa suku kata
4. Retardasi metal ringan atau debil, IQ 52 – 67, umur mental 8 – 11 tahun. Ciri – cirinya: dapat dilatih dan dididik

- a. Dapat merawat dirinya dan melakukan semua pekerjaan di rumah
 - b. Tidak dapat dididik di sekolah biasa tetapi harus di lembaga atau sekolah luar biasa
 - c. Koordinasi motorik tidak mengalami gangguan
5. Retardasi mental taraf perbatasan atau subnormal, IQ 68 – 85, umur mental 12 – 16 tahun. Ciri – cirinya:
- a. Dapat dididik di sekolah biasa, meskipun tiap kelas di capai dalam 2 tahun
 - b. Dapat berfikir secara abstrak
 - c. Dapat membedakan hal yang baik dan buruk

2.3.7 Faktor -faktor yang mempengaruhi kemandirian anak retardasi mental

Pengaruh yang diterima oleh individu sejak awal kehidupannya merupakan proses menuju bentuk perilaku yang diinginkan. Banyak perlakuan – perlakuan yang terjadi faktor bagi pembentukan perilaku mandiri. Faktor – faktor yang mempengaruhi kemandirian anak retardasi mental antara lain:

1. Jenis kelamin

Anak laki – laki biasanya lebih banyak waktunya untuk mandiri dari pada anak perempuan, karena anak laki – laki memiliki sifat yang agresif dominan dan maskulin dibandingkan anak perempuan yang sifatnya pasif, lemah lembut dan feminim.

2. Urutan posisi anak

Anak pertama sangat diharapkan sebagai pengganti orang tua dituntut untuk bertanggung jawab, sedangkan anak tengah memiliki peluang untuk mandiri, anak bungsu yang memperoleh perhatian berlebihan dari orang tua dan kakak – kakaknya, lebih banyak bergantung dan tidak mandiri

3. Usia

Semenjak kecil anak melihat dan mengeksplorasi lingkungannya atas kemampuannya sendiri dan melakukan apa yang menjadi kemauannya sendiri. Semakin bertambah usia anak, maka semakin tinggi tingkat kemandirian anak, karena anak belajar dan berproses dari lingkungan dan dirinya sendiri.

2.3.8 Jenis – Jenis Perawatan Diri

1. *Personal Hygiene* / kebersihan diri

Hygiene adalah ilmu kesehatan. *Personal hygiene* berasal dari bahasa Yunani yang berarti *personal* artinya perorangan dan *hygiene* berarti sehat. Kebersihan perorangan adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Tarwoto & Wartonah, 2010). Cara perawatan diri manusia untuk memelihara kesehatan mereka disebut *hygiene perorangan* (Potter & Perry, 2005). Secara umum kebersihan diri/ mandi meliputi kemampuan membersihkan badan, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu atau aliran air mandi, mendapatkan perlengkapan mandi, mengeringkan tubuh, serta masuk dan keluar kamar mandi.

Tujuan mandi menurut Potter & Perry (2005):

- a. Membersihkan kulit: pembersihan mengurangi keringat, beberapa bakteri, dan sel kulit mati, yang meminimalkan iritasi kulit dan mengurangi kesempatan infeksi
- b. Stimulasi sirkulasi: sirkulasi yang baik ditingkatkan melalui penggunaan air hangat dan usapan yang lembut pada ekstremitas
- c. Peningkatan citra diri: mandi meningkatkan relaksasi dan perasaan segar kembali dan kenyamanan
- d. Pengurangan bau badan: sekresi keringat yang berlebihan dari kelenjar aprokin berlokasi di area aksila dan public menyebabkan bau badan yang tidak menyenangkan. Mandi dan penggunaan antiperspirant meminimalkan bau.
- e. Peningkatan rentang gerak: gerakan ekstremitas selama mandi mempertahankan fungsi sendi.

Potter & Perry (2005) menyatakan kebersihan diri meliputi:

- a. Perawatan kulit

Kulit merupakan salah satu bagian penting dari tubuh yang dapat melindungi tubuh dari berbagai kuman atau trauma, sehingga diperlukan perawatan yang adekuat (cukup) dalam mempertahankan fungsinya. Sebagai bagian organ pelindung, kulit secara otomatis terdiri dari dua lapisan, yaitu lapisan epidermis dan lapisan dermis. Kulit secara umum memiliki berbagai fungsi yaitu:

- 1) Melindungi tubuh dari masuknya berbagai kuman atau trauma jaringan bagian dalam yang juga dapat membantu menjaga keutuhan kulit

- 2) Mengatur keseimbangan suhu tubuh dan membantu produksi keringat serta penguapan
- 3) Sebagai alat peraba yang dapat membantu tubuh menerima rangsangan dari luar melalui rasa sakit, sentuhan, tekanan, atau suhu
- 4) Sebagai alat ekskresi keringat melalui pengeluaran air, garam, dan nitrogen
- 5) Mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit yang bertugas mencegah pengeluaran cairan tubuh secara berlebihan
- 6) Memproduksi dan menyerap vitamin D sebagai penghubung atau pemberi vitamin D dari sinar ultraviolet matahari

Kulit juga berfungsi sebagai pertukaran oksigen, nutrisi, dan cairan dengan pembuluh darah yang berada dibawahnya; mensintesa sel baru; dan mengeliminasi sel mati, sel yang tidak berfungsi. Sel – sel integument memerlukan nutrisi dan hidrasi yang cukup untuk menahan cedera dan penyakit. Sirkulasi yang adekuat penting untuk memelihara kehidupan sel. Selama kulit masih utuh dan sehat, fungsi fisiologisnya masih optimal (Potter & Perry, 2005).

Usaha untuk membersihkan kulit dapat dilakukan dengan cara mandi 2 kali sehari secara teratur (Alimul, 2009). Gunakan sabun yang tidak bersifat iritatif, sabuni seluruh tubuh terutama area lipatan kulit seperti sela – sela jari, ketiak, belakang telinga, dan lain – lain. Jangan gunakan sabun mandi untuk wajah. Segera keringkan tubuh dengan handuk dari wajah, tangan, badan hingga kaki. Faktor – faktor yang mempengaruhi kulit yaitu umur, jaringan kulit, kondisi/keadaan lingkungan.

b. Perawatan kuku dan kaki

Menjaga kebersihan kuku merupakan salah satu aspek penting dalam mempertahankan perawatan diri karena berbagai kuman dapat masuk ke dalam tubuh melalui kuku. Oleh sebab itu, kuku seharusnya tetap dalam keadaan sehat dan bersih. Secara anatomis kuku terdiri atas dasar kuku, badan kuku, dinding kuku, kantung kuku, akar kuku, dan lunula. Kondisi normal kuku ini dapat terlihat halus, tebal kurang lebih 0,5 mm, transparan, dasar kuku berwarna merah muda (Potter & Perry, 2005). Kaki dan kuku seringkali memerlukan perhatian khusus untuk mencegah infeksi, bau, dan cedera pada jaringan. Perawatan dapat digabungkan selama mandi atau pada waktu yang terpisah.

Kaki penting untuk kesehatan fisik dan emosional. Nyeri pada kaki dapat menyebabkan seseorang berjalan berbeda, yang menyebabkan ketegangan pada kelompok otot yang berbeda. Banyak orang harus berjalan atau berdiri nyaman untuk melakukan pekerjaan mereka dengan efektif.

c. Perawatan mulut

Mulut, atau bukal, rongga yang terdiri dari bibir sekitar pembuka mulut, leher sepanjang sisi dinding rongga, lidah dan ototnya dan langit – langit mulut bagian depan dan belakang yang membentuk akar rongga. Mukosa mulut secara normal berwarna merah muda terang dan basah. Gigi berfungsi untuk mengunyah. Hygiene mulut membantu mempertahankan status kesehatan mulut, gigi, gusi, dan bibir. Menggosok membersihkan gigi dari partikel – partikel makanan, plak, dan bakteri; memasase gusi; dan mengurangi ketidaknyamanan yang dihasilkan dari bau dan rasa yang tidak nyaman. *Flossing* membantu lebih lanjut dalam

mengangkat plak dan tartar di antara gigi untuk mengurangi inflamasi gusi dan infeksi. Hygiene mulut yang lengkap memberikan rasa sehat dan selanjutnya menstimulus nafsu makan. Perawatan mulut harus diberikan sevara teratur dan setiap hari. Frekuensi tindakan higiene bergantung pada kondisi rongga mulut klien. Tidak makan makanan yang terlalu manis atau asam, tidak menggunakan gigik untuk mengigit dan mencongkel benda keras, gosok gigi, membersihkan dengan serat (*flossing*), dan perlu pembersihan yang tepat, serta memeriksakan gigi secara teratur setiap 6 bulan sekali. Gosok gigi dengan teliti sedikitnya 4 kali sehari (setelah makan dan khususnya sebelum tidur) adalah dasar program higiene mulut yang efektif.

d. Perawatan rambut

Rambut merupakan bagian dari tubuh yang memiliki fungsi sebagai proteksi serta pengatur suhu, melalui rambut perubahan status kesehatan diri dapat diidentifikasi. Penampilan dan kesejahteraan seseorang seringkali tergantung dari cara penampilan dan perasaan mengenai rambutnya. Menyikat, menyisir, dan bersampo adalah cara – cara dasar higienis untuk semua klien. Perubahan hormonal, stress emosional maupun fisik, penuaan, infeksi, dan penyakit tertentu atau obat – obatan dapat mempengaruhi karakteristik rambut. Cara perawatan rambut yaitu: cuci rambut 1- 2 kali seminggu (sesuai kebutuhan) dengan memakai sampo yang cocok, pangkas rambut agar terlihat rapi, gunakan sisir yang bergigi besar untuk merapikan rambut keriting dan oleskan minyak pada rambut.

2. *Toileting* (BAK/BAB)

Kegiatan toileting yang normal adalah adanya dorongan dan keinginan individu untuk melakukan eliminasi sisa metabolisme (menstruasi, urin, dan defekasi) dan membersihkan diri setelahnya secara mandiri tanpa bantuan setiap harinya. Toileting meliputi kemampuan dalam mendapatkan jamban/kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban, melepaskan dan memakai kembali pakaian untuk toileting, membersihkan diri setelah BAB/BAK dengan tepat, dan menyiram toilet atau kamar kecil (Fitria, 2009).

3. Berhias

Berhias terdiri dari kemampuan mengambil pakaian dari lemari dan menaruhnya kembali, menanggalkan/melepaskan pakaian, mengenakan pakaian dalam, mengancing baju dan celana (resleting dan kancing), menggunakan kaos kaki, menggunakan alat tambahan, memperoleh atau menukar pakaian, memilih pakaian, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan, dan mengenakan sepatu secara tepat sesuai dengan iklim dan kondisi sosial (Fitria, 2009). Dan seluruh kegiatan ini tergantung pada kesukaan dan budaya seseorang. Bagi wanita memakai *make up*, mencukur bulu ketiak dan alis merupakan bagian yang penting dari kerapian. Sedangkan untuk pria mencukur merupakan sesuatu yang penting sekali bagi penampilan dan harga diri.

4. Makan

Individu memiliki kemampuan menelan makanan, mempersiapkan makanan, menangani perkakas, mengunyah makanan, menggunakan alat tambahan, mendapatkan makanan, membuka container, memanipulasi makanan dalam mulut, mengambil makanan dari wadah lalu memasukannya ke dalam mulut, melengkapi

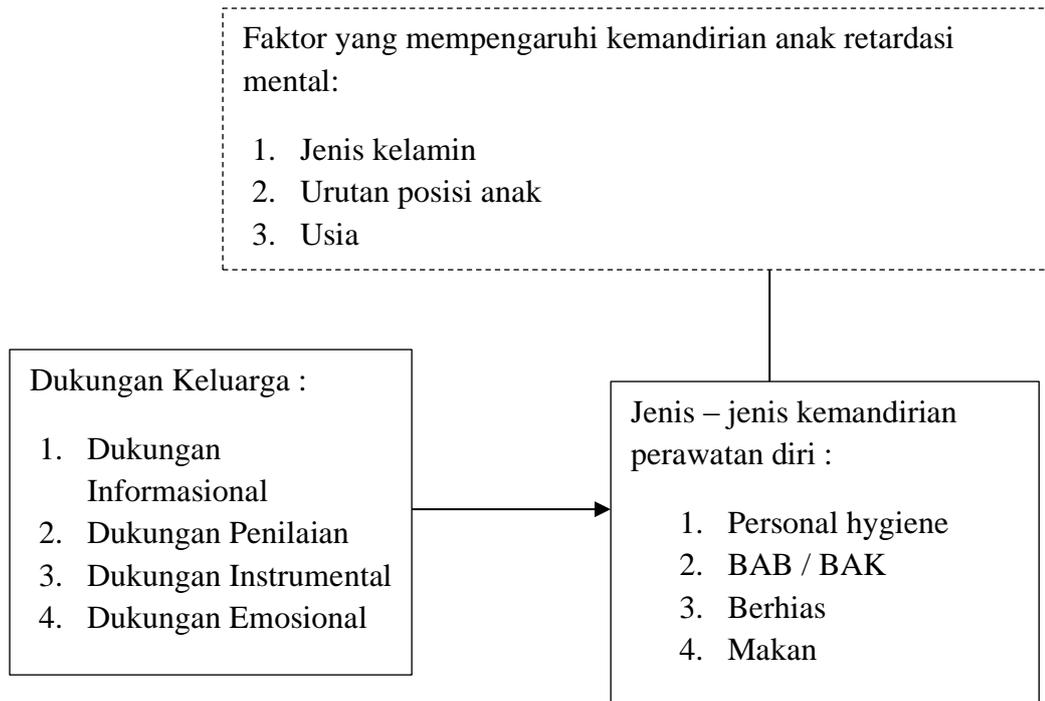
makanan, mencerna makanan menurut cara yang diterima masyarakat, mengambil cangkir atau gelas, dan mencerna cukup makanan dengan makanan, serta berdoa sebelum makan (Fitria, 2009).

BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah dasar pemikiran pada penelitian yang dirumuskan dari fakta – fakta, observasi, dan tinjauan pustaka (Saryono dan Anggraeni, 2003)



Keterangan :

: Diteliti

: Tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian perawatan diri anak retardasi mental

Faktor yang mempengaruhi dalam kemandirian perawatan diri pada anak retardasi mental adalah jenis kelamin, urutan posisi anak, usia, dan dukungan keluarga. Dukungan keluarga terdapat beberapa fungsi, diantaranya dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. Kemandirian meliputi 3 aspek, yaitu aspek emosional autonomy yang berarti menekankan pada kemampuan remaja untuk melepaskan diri dari ketergantungan orang tua dalam pemenuhan kebutuhan – kebutuhan dasarnya. Aspek behavior autonomy merupakan kemampuan remaja untuk melakukan aktivitas, sebagai manifestasi dari berfungsinya kebebasan, menyangkut peraturan – peraturan yang wajar mengenai perilaku dan pengambilan keputusan. Aspek value autonomy adalah kebebasan untuk memaknai seperangkat prinsip tentang benar dan salah, yang wajib dan yang hak, yang penting dan tak penting.

Dukungan informasional dapat diartikan keluarga berfungsi sebagai kolektor atau penyebar informasi tentang dunia untuk anak retardasi mental. Dukungan penilaian dapat diartikan keluarga dapat membimbing dan memberikan *support* kepada anak retardasi mental. Dukungan instrumental berarti keluarga memberikan bantuan atau fasilitas yang dibutuhkan untuk anak retardasi mental. Sedangkan dukungan emosional ialah keluarga dapat memberikan perhatian pada anak retardasi mental.

3.2. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari suatu penelitian. Hasil penelitian pada hakikatnya adalah suatu jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan (Setiadi, 2007). Hipotesis pada penelitian ini adalah:

H₁ : Ada hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian anak retardasi mental

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitiannya. Dalam pengertian lebih sempit desain penelitian mengacu pada jenis atau macam penelitian yang dipilih untuk mencapai tujuan penelitian. (Notoatmodjo, 2005)

Berdasarkan tujuan penelitian, desain penelitian yang digunakan adalah *deskriptif analitik*, tujuan penelitian *deskriptif analitik* menurut Nursalam (2008) yaitu untuk mendeskripsikan atau memaparkan peristiwa – peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. Dengan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian yang mempelajari dinamika korelasi antara faktor – faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat. Kata suatu saat bukan berarti semua subjek diamati tepat pada saat yang sama, tetapi artinya tiap subjek hanya diobservasi satu kali saja dan pengukuran variabel subjek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut. (Notoatmodjo, 2005).

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi penelitian adalah keseluruhan sampel penelitian atau objek yang akan diteliti (Notoadmojo, 2005). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh siswa – siswi SLB Negeri Dr. Radjiman Widjodiningrat Ngawi sebanyak 38 orang

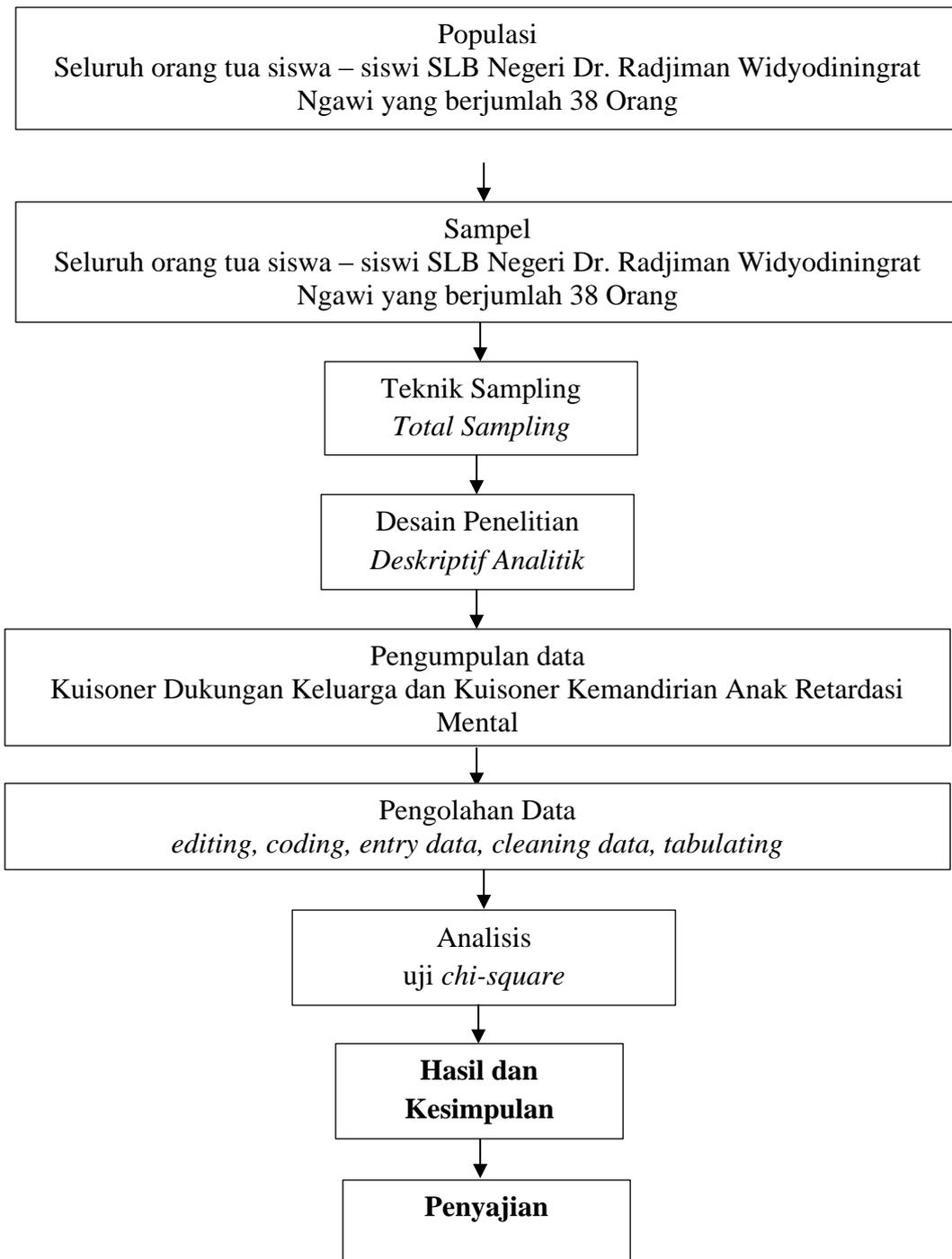
4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoadmojo, 2005). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *total sampling*. *Total sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan jumlah populasi (Sugiyono, 2007). Alasan mengambil total sampling karena menurut Sugiyono (2007) jumlah populasi yang kurang dari 100 seluruh populasi dijadikan sampel penelitian semuanya. Sampel yang diambil dari penelitian ini adalah 38 orang.

4.3 Teknik Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling merupakan cara – cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar – benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2016). Teknik pengumpulan sampel pada penelitian ini adalah *total sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007). Berdasarkan data populasi diatas anak retardasi mental di SLB Negeri Dr. Radjiman Widjodiningrat Ngawi sebanyak 38 orang.

4.4 Kerangka Kerja Penelitian



Gambar 4.2 Kerangka Kerja Penelitian

4.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

4.7.1. *Variabel Independent* (Variabel Bebas)

Variabel Independent atau variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat (*dependent*) (Sugiyono, 2010). Variabel independen pada penelitian ini adalah dukungan keluarga

4.5.2. *Variabel Dependent* (Variabel Terikat)

Variabel dependent atau variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas (*independent*) (Sugiyono, 2010). Variabel dependent pada penelitian ini adalah kemandirian perawatan diri anak retardasi mental di SLB Negeri Dr. Radjiman Widjodiningrat Ngawi

4.5.3. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Kriteria Objek
Independen					
Dukungan Keluarga	Sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. (Friedman, 1998)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan informasi 2. Dukungan penilaian 3. Dukungan instrumental 4. Dukungan emosional 	Kuesioner	Nominal	Dengan menggunakan skala Guttman, yaitu: a. Ya : 1 b. Tidak : 0 Skor: 0 – 9 : Kurang 10 – 18: Baik
Dependen					
Kemandirian perawatan diri anak retardasi mental	Keseimbangan antara merawat diri dan mempunyai kemampuan untuk	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Personal Hygiene</i> (kebersihan diri) 2. <i>Toileting</i> (BAB/BAK) 	Kuesioner	Nominal	Dengan menggunakan skala Guttman, yaitu: 1. Ya : 1 2. Tidak : 0 Skor :

	mengurus dirinya sendiri akan kebutuhan dasarnya, dan mereka senantiasa memerlukan bantuan dan pengawasan. (Somatri, 2006)	3. Berhias 4. Makan			0 – 5: Kurang 6 – 10: Baik
--	--	------------------------	--	--	-------------------------------

4.6 Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti mengumpulkan data dengan menggunakan instrumen berupa kuesioner wawancara sistematis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden tentang hal – hal yang diketahui.

Isi kuesioner terdiri dari:

1. Bagian I mencakup pertanyaan tentang dukungan keluarga. Dalam dukungan keluarga terdiri dari 4 sub bab, yaitu: dukungan informasional, dukungan instrumental, dukungan emosional dan dukungan penilaian. Dalam kuesioner dukungan keluarga terdapat 18 soal yang terbagi menjadi: 5 soal untuk pertanyaan dukungan informasional, 5 soal untuk dukungan penilaian, 4 soal untuk dukungan instrumental, dan 4 soal untuk dukungan emosional. Dengan menggunakan sistem scoring yang terdiri dari skor 1: ya dan 0: tidak

Hasil pengukuran dari 18 soal akan mendapatkan skor antara 0 – 18. Skor akan dikategorikan menjadi:

- a. Kurang: 0 – 9
- b. Baik: 10 - 18

2. Bagian II mencakup pertanyaan tentang kemandirian perawatan diri pada anak retardasi mental. Dalam kuesioner kemandirian perawatan diri terdapat 10 pertanyaan yang mencakup tentang kebersihan diri, *toileting*, makan, dan berhias.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.7.1. Lokasi Penelitian

Tempat penelitian dilaksanakan di SLB Negeri Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi

4.7.2. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Desember 2018 – September 2019

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data diperoleh melalui data primer sebagai berikut:

1. Data primer

Data primer yaitu data yang diperoleh langsung dari responden melalui observasi. Data diambil dengan prosedur sebagai berikut

- a. Peneliti mengajukan permohonan izin dari institusi yaitu STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun Progra Studi Keperawatan untuk diajukan kepada kepala sekolah SLB Negeri Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi agar bersedia dan memberikan izin penelitian menjadi lokasi/tempat diadakan penelitian

- b. Setelah mendapatkan izin dari instansi tersebut, maka peneliti mengadakan pendekatan dengan calon responden, kemudian memberikan penjelasan tentang penelitian ini. Dan jika calon responden bersedia, maka peneliti akan mempersilahkan menandatangani lembar persetujuan responden
- c. Setelah responden menandatangani lembar persetujuan, maka lembar kuesioner dibagikan kepada responden untuk dijawab

2. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa kuesioner. Metode kuesioner adalah daftar pertanyaan yang ditunjukkan oleh peneliti kepada responden yang terdiri dari identitas responden, umur, pendidikan, dan jumlah anak

Data tersebut diukur dengan menggunakan skala Guttman. Skala Guttman adalah skala pengukuran dengan memilih dua jawaban, yaitu:

- a. Ya : 1
- b. Tidak : 0

3. Pengolahan Data

Pengolahan data pada dasarnya merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan (Setiadi, 2007). Pengolahan data dibagi menjadi 6 tahap, yaitu:

1. *Editing* (Memeriksa kembali kebenaran data)

Editing dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul. Yakni upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan

2. *Coding* (Pemberian kode numerik pada data)

Coding dilakukan untuk memudahkan pengolahan data. *Coding* merupakan kegiatan pemberian kode *numeric* (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting, biasanya dibuat juga daftar kode untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel.

3. *Entry Data* (Memasukkan data yang telah dikumpulkan)

Entry Data adalah kegiatan yang memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel data database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontingensi (Hidayat, 2008).

4. *Cleaning Data* (Pemeriksaan kembali terhadap data yang dimasukkan)

Cleaning data merupakan tahap pemeriksaan kembali terhadap data – data yang sudah dimasukkan untuk melihat kemungkinan – kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi kembali (Notoadmojo, 2010)

5. *Tabulating* (Tabulasi Data)

Tabulating adalah penyusunan data dalam tabel distribusi frekuensi (Notoadmojo, 2010). Data yang ditabulasi sesuai dengan kriteria penelitian meliputi data jenis kelamin, pendidikan.

4.9 Teknik Analisa Data

1. Analisa Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk mengetahui frekuensi dan gambaran karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, variabel dependen dan independen. Hasil analisa dari data numerik menunjukkan nilai mean, median, standar deviasi sedangkan data kategorik menggunakan frekuensi dan proporsi masing – masing (Notoadmojo, 2010)

2. Analisa Bivariat

Analisa uji beda suatu prosedur untuk menganalisis hubungan antar dua variabel. Untuk melihat hubungan antara variabel independen (dukungan keluarga) terhadap variabel dependen (kemandirian anak retardasi mental) digunakan uji *Chi-square* karena variabel independen berskala nominal dan variabel dependen. Adapun syarat *Chi-square* adalah :

- a. Tidak ada cell dengan nilai frekuensi kenyataan atau disebut juga Actual Count (F0) sebesar 0 (Nol).
- b. Apabila bentuk tabel kontingensi 2 X 2, maka tidak boleh ada 1 cell saja yang memiliki frekuensi harapan atau disebut juga expected count (“Fh”) kurang dari 5.
- c. Apabila bentuk tabel lebih dari 2 x 2, misak 2 x 3, maka jumlah cell dengan frekuensi harapan yang kurang dari 5 tidak boleh lebih dari 20%.

Selain itu penelitian ini bersifat independen (*unpaired*) yaitu jawaban satu subjek tidak berpengaruh terhadap jawaban subjek lain atau satu subjek hanya satu kali digunakan dalam analisis. Hasil analisis akan diperoleh nilai p. Jika nilai $p < 0,05$ ini berarti ada hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian anak retardasi mental (Arif Tiro, 2004).

4.10 Etika Penelitian

Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti (subjek penelitian) dan masyarakat yang akan memperoleh dampak hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2012). Hidayat (2009) menyatakan masalah etika yang harus diperhatikan adalah sebagai berikut:

1. *Informed Consent* (Lembar persetujuan)

Informed consent adalah bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan (Hidayat, 2009). Sebelum melakukan penelitian, peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang penelitian yang akan dilakukan untuk mengetahui tujuan penelitian secara jelas. Jika responden setuju maka diminta untuk mengisi lembar persetujuan dan menandatangani, dan sebaliknya jika responden tidak bersedia, maka peneliti tetap menghormati hak-hak responden.

2. *Anonymity* (Tanpa nama)

Anonimity adalah jaminan dalam penggunaan objek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan (Nursalam, 2013). Pada penelitian ini responden tidak perlu mengisi nama karena peneliti sudah memberi kode responden disetiap lembar observasi dengan tujuan untuk menjaga kerahasiaan responden.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Confidentiality adalah masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat,2009). Pada penelitian ini kerahasiaan informasi yang diberikan responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya data yang dibutuhkan saja yang akan dicantumkan sebagai hasil penelitian.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1. Hasil Penelitian

5.1.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di SLB Negeri Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi yang terletak di Jl. Ngrambe – Jogorogo, Gergurung, Setono, Ngrambe, Ngawi, yang bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian anak retardasi mental di SLB Negeri Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi. SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi satu lingkup dengan SD N Setono 1, sehingga terkadang anak didik SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat bermain bersama anak SD N Setono1. SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi memiliki jam operasional atau jam sekolah setiap hari senin sampai dengan jumat dimulai dari jam 07.00 hingga 13.00.

5.1.2 Hasil Analisa Univariat

Analisa univariat dalam penelitian ini bertujuan untuk melihat distribusi frekuensi dari karakteristik subjek penelitian yaitu variabel dependen dan variabel independent. Adapun analisa univariat tersebut dapat dilihat sebagai berikut:

5.1.2.1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Laki – Laki	21	55,3
Perempuan	17	44,7
Total	38	100

Tabel 5.1 menunjukkan sebagian besar adalah jenis kelamin adalah jenis kelamin laki – laki yaitu 21 responden atau 55,3%.

5.1.2.2. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan Usia Di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi

Usia	Frekuensi (f)	Presentase (%)
7	6	15,8
8	7	18,4
9	7	18,4
10	8	21,1
11	5	13,2
12	5	13,2
Total	38	100

Tabel 5.2 menunjukkan sebagian besar adalah usia 10 tahun atau (21,1%) dan yang terendah pada usia 11 – 12 tahun atau (13,2%).

5.1.2.3. Urutan Posisi Anak

Tabel 5.4 Distribusi responden berdasarkan urutan posisi anak di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi

Urutan Posisi Anak	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	15	39,5
2	11	28,9
3	10	26,3
4	2	5,3
Total	38	100

Tabel 5.4 menunjukkan sebagian besar adalah urutan posisi anak urutan anak ke 1 yaitu 15 responden atau 39,5% dan sebagian kecil adalah anak urutan ke 4 sebanyak 2 responden atau 5,3%.

5.1.2.4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Orang Tua

Tabel 5.4 Distribusi responden berdasarkan pendidikan orang tua di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi

Pendidikan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
SD	5	13,2
SMP	3	7,9
SMA	28	73,7
Diploma	1	2,6
Sarjana	1	2,6
Total	38	100

Tabel 5.4 menunjukkan sebagian besar pendidikan orang tua SMA yaitu 28 responden atau 73,7%, dan sebagian kecil berpendidikan sarjana dan diploma sebanyak 1 responden atau 2,6%.

5.1.2.5. Data Tentang Dukungan Keluarga

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi dukungan keluarga pada anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi

Dukungan Keluarga	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1. Baik	35	92,1
2. Kurang	3	7,9
Total	38	100

Dari tabel 5.5 menunjukkan sebagian besar keluarga memberikan dukungan keluarga baik, yaitu 35 orang atau 92,1%. Dan sebagian kecil memberikan dukungan keluarga kurang, yaitu 3 orang atau 7,9%.

5.1.2.6. Distribusi Responden Berdasarkan Kemandirian anak

Tabel 5.6 Distribusi responden berdasarkan kemandirian anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi

Kemandirian	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1. Baik	25	65,8
2. Buruk	13	34,2
Total	38	100

Dari tabel 5.6 menunjukkan bahwa terdapat 25 atau 65,8% anak retardasi mental dengan kemandirian yang baik dan 13 atau 34,2% anak dengan kemandirian yang kurang.

5.1.3. Hasil Analisa Bivariat

Tabel 5.6 Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian perawatan diri anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi

Dukungan Keluarga	Kemandirian Anak				Total	
	Baik		Kurang		N	%
	N	%	N	%		
Baik	12	92,3	23	92,0	35	92,1
Kurang	1	7,7	2	8,0	3	7,9
Total	13	100	25	100	38	100
<i>r= 0,735</i>				<i>p=0,735</i>		

Dari tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 38 responden didapatkan hasil bahwa anak dengan dukungan keluarga yang baik dan kemandirian yang baik terdapat 12 anak atau 92,3%. Untuk dukungan keluarga yang baik dan kemandirian yang kurang didapatkan 23 anak atau 92,0%. Sedangkan untuk dukungan keluarga yang kurang dengan kemandirian yang baik didapatkan 1 anak atau 7,7%. Dan untuk dukungan keluarga yang kurang dengan kemandirian anak yang kurang didapatkan 2 anak atau 8,0%.

Berdasarkan hasil analisis statistik yang dilakukan dengan menggunakan *chi square* didapatkan $p= 0,735 < 0,05$ maka H_0 diterima dan H_1 ditolak dapat disimpulkan tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian perawatan diri pada anak retardasi mental.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Dukungan Keluarga yang diterima anak retardasi mental di SLB N Dr.

Radjiman Widyodingrat Ngawi

Setelah dilakukan penelitian dukungan keluarga anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi. Didapatkan bahwa seluruh responden memberi dukungan sosial keluarga dengan kategori yang berbeda – beda. 38 responden sebagian besar dukungan keluarga yang diterima anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi dalam kategori baik yaitu sejumlah 35 anak (92,1%), sedangkan 3 (7,9%) dukungan keluarga dalam kategori kurang. Dalam hasil penelitian ini didapatkan sebagian besar pendidikan orang tua responden yaitu SMA 28 (73,7%). Tingkat pendidikan orang tua yang rendah berdampak pada kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan anak dan cara didik anak retardasi mental sehingga rasa kasih sayang dan perhatian keluarga terhadap anak retardasi mental juga berkurang.

Dalam hasil penelitian Zemy (2014) dengan judul “hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan kemampuan perawatan diri pada anak retardasi mental di SLB N Ungaran” didapatkan hasil tingkat pendidikan yang rendah berdampak pada kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan – kebutuhan anak dan cara didik anak retardasi mental sehingga rasa kasih sayang dan perhatian keluarga terhadap anak retardasi mental juga berkurang.

Dukungan keluarga pada anak retardasi mental sangatlah mempengaruhi sikap dan perilaku dari anak tersebut, terlebih pada anak retardasi mental yang memang membutuhkan perhatian khusus dari sekitarnya dan juga sebagai salah satu faktor yang paling penting untuk pertumbuhan dan juga perkembangan anak retardasi

mental. Dengan adanya dukunga keluarga dan dijadikan sebagai keseharian sehingga anak tersebut dapat melakukan sesuatu untuk mewujudkan suatu tujuan yang setelah diberi dukungan oleh keluarga.

5.2.2. Kemandirian perawatan diri pada anak retardasi mental di SLB N Dr.

Radjiman Widyodiningrat Ngawi.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil bahwa sebagian besar kemandirian perawatan diri pada anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi dalam kategori baik yaitu 25 (65,8%). Dan anak retardasi mental dalam kategori kurang 13 (34,2%). Dan mayoritas usia responden adalah 10 tahun yang mana pada usia tersebut anak sudah mampu melakukan kemandirian perawatan diri. Urutan posisi anak pada responden yang terbanyak adalah anak urutan ke 1.

Berdasarkan hasil penelitian oleh Mulianan (2013) dengan judul “hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian anak retardasi mental sedang di SLB Negeri Tingkat Pembina provinsi Sulawesi Selatan Makassar” didapatkan hasil bahwa sebgiaan anak retardasi mental mampu merawat diri sendiri meskipun terkadang masih membutuhkan bantuan orang lain.

Menurut peneliti pelatihan sejak dini untuk kemandirian anak retardasi mental sangatlah penting untuk masa pertumbuhan, sehingga mereka dapat melakukan perawatan dirinya sendiri dengan mandiri.

5.2.3. Hubungan dukunga keluarga dengan kemandirian perawatan diri pada anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodinigrat Ngawi

Dari tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 38 responden didapatkan hasil bahwa anak dengan dukungan keluarga yang baik dan kemandirian yang baik terdapat 12 anak atau 92,3%. Untuk dukungan keluarga yang baik dan kemandirian yang kurang didapatkan 23 anak atau 92,0%. Sedangkan untuk dukungan keluarga yang kurang dengan kemandirian yang baik didapatkan 1 anak atau 7,7%. Dan untuk dukungan keluarga yang kurang dengan kemandirian anak yang kurang didapatkan 2 anak atau 8,0%. Hal ini dipengaruhi oleh kurangnya motivasi pada anak retardasi mental tersebut dalam melakukan kemandirian perawatan dirinya sendiri.

Menurut Widyartanty (2009) dengan judul “hubungan pemberian motivasi keluarga terhadap kemampuan merawat diri pada anak tunagrahita di SDLB Putra Jaya Malang” yang didapatkan hasil bahwa semakin tinggi motivasi keluarga yang diberikan orang tua terhadap anak tunagrahita maka akan semakin baik anak tunagrahita dalam melakukan perawatan diri.

Berdasarkan hasil analisis statistik yang dilakukan dengan menggunakan *chi square* didapatkan $p=0,735 < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima dapat disimpulkan ada hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian perawatan diri pada anak retardasi mental. Nilai r didapatkan 0,735 dan dapat diketahui bahwa korelasi antar dua variabel diatas adalah kuat.

Anak retardasi mental membutuhkan pelatihan dan bimbingan agar dapat melakukan kegiatan secara mandiri. Pelatihan dan bimbingan tersebut tidak hanya

berasal dari pendidikan formal saja, namun juga pendidikan informal yang dilakukan oleh keluarga.

Dari pemaparan diatas dapat disimpulkan bahwa ada tidak hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian anak retardasi mental yang mengalami keterbelakangan intelegensi atau pikiran, yang mengakibatkan mereka memiliki kekurangan dalam banyak hal, misalnya: kemampuan untuk mempelajari informasi dan keterampilan menyesuaikan diri dengan masalah – masalah dan situasi di kehidupan baru. Hal ini dilatarbelakangi oleh faktor – faktor yang diterima oleh anak retardasi mental diantaranya, pendidikan yang diterima anak retardasi mental di sekolahan ataupun bantuan pembelajaran kemandirian perawatan diri anak retardasi mental sehingga dapat meningkatkan kemandirian perawatan diri anak tersebut.

5.3. Keterbatasan Penelitian

Adanya keterbatasan dalam penelitian ini ialah peneliti tidak dapat melakukan observasi atau pengamatan secara langsung dalam pemberian dukungan keluarga maupun kemandirian sang anak retardasi mental. Kurangnya ruang dan waktu yang tidak dapat peneliti lakukan untuk melakukan observasi ataupun pengamatan secara langsung.

BAB VI

KESIMPULAN

6.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi penulis dapat menyimpulkan:

1. Dukungan keluarga pada anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat dalam kategori baik (92,1%)
2. Kemandirian perawatan diri anak retardasi mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi dalam kategori kurang (65,8%)
3. Hasil uji analisa *chi square* didapatkan nilai $p= 0,744$ berarti tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian perawatan diri anak retardasi mental.

6.2 Saran

Adapun saran yang ingin disampaikan oleh penulis yaitu:

1. Bagi Orang Tua

Diharapkan kepada orang tua dapat memberikan dukungan keluarga yang baik dengan penuh perhatian dan kasih sayang tulus agar anak dengan retardasi mental dapat merasa nyaman dan dihargai dalam keluarga.

2. Bagi Guru SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi

Bagi guru SLB diharapkan dapat menjalin kerjasama dengan orang tua anak agar dapat meningkatkan perannya sebagai pendidik dan dapat mengarahkan orang tua dalam memberikan pendidikan saat anak di rumah.

3. Bagi STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun

Bagi STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun diharapkan karya tulis ini dapat memberikan tambahan informasi pada masyarakat sehingga dapat memperlakukan anak retardasi mental sebagaimana mestinya.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor – faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga dan kemandirian perawatan diri anak retardasi mental agar mendapatkan hasil yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Akahmdi. 2009. *Dukungan Keluarga*. Diambil tanggal 2010 dari <http://www.rajawana.com>
- Deboar, K.P. 2002. *Menumbuhkan Kemandirian dan Harga Diri Anak*. Jakarta: Aksara
- Effendi, M. 2006. *Pendidikan Psiko Pedagogik Anak Berkelainan, Edisi I*. Jakarta: Bumi Aksara
- Fadillah. 2006. *Kendala Penerapan Terapi ABA (Applied Behavior Analysis) Terhadap Kemandirian Anak Retardasi Mental/ GDD di Pusat Terapi Terpadu A Plus Malang*. Skripsi. Malang: Universitas Islam Negeri (UIN) Malang
- Gunarsah, S.D. 2004. *Bunga Rampai Psikologi Perkembangan Dari Anak Sampai Usia Lanjut*. Jakarta: BPK Gunung Mulia
- Judarwanto, W. 2009. *Deteksi Dini ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder)*. Diakses pada tanggal 8 September 2014 dari <http://puterakembara.org/rm/adhd.shtml>.
- Kartono, K. 2003. *Peranan Keluarga Memandu Anak*. Jakarta: CV Rajawali.
- Lumbatobing, S.M. 2006. *Anak dengan Mental Terbelakang*. Jakarta: Balai penelitian fakultas kedokteran Universitas Indonesia.
- Marlini, S.R. 2005. *Perbedaan Kemandirian Ditinjau dari Lingkungan Pendidikan Orang Tua pada Siswa SMA Banjarmasin*. Skripsi. Sarjana Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Malang
- Martin dan Stendler dalam Erna Noor, W. 2009. *Perbedaan Tingkat Kemandirian Mahasiswa Berdasarkan Tempat Tinggal di Rumah Bersama Orang Tua dengan Tempat Tinggal di Asrama Pada Mahasiswa Angkatan 2008 dan 2007 Fakultas MIPA Universitas Negeri Malang*. Skripsi
- Mohammad, A. 2006. *Psikologi Remaja Perkembangan Peserta Didik*. Jakarta: PT Bumi Aksara
- Muchyaroh. 2002. *Masalah Anak Retardasi Mental*. Diakses pada Juli 2002 dari <https://journal.lib.unair.ac.id/index.php/dxm/article/view>.
- Notoadmojo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rhineka Cipta
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Perry, P. 2005. *Buku ajar Fundamental keperawatan*. Jakarta: EGC

- Prabowo, E. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa 6th ed*, Jakarta: EGC
- Salahuddin, M. 2009. *Peran Keluarga Terhadap Proses Penyembuhan Pasien Gangguan Jiwa*. Skripsi
- Setiadi. 2008. *Kepewatan Keluarga*. Jakarta: EGC
- Somatri, S. 2006. *Psikologi Anak Luar Biasa, Cetakan-1*. Bandung: Aditama.
- Steinberg dalam Ikta Yarliani. 2007. *Pengaruh Gaya Pengasuhan Orang Tua*.
Jurnal
- Sumampouw, Anneke, dan Setiasih. (2003). *Profil Kebutuhan Remaja Tuna Rungu*.
Anima. Jurnal
- Supartini. 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC
- Tomb, D.A. 2003. *Buku Saku Psikiatri, Edisi ke-6*. Jakarta: EGC
- Widyartanty. 2009. *Hubungan Pemberian Motivasi Keluarga Terhadap Kemampuan Merawat Diri Pada Anak Tunagrahita di SLB Putra Jaya Malang*. Malang: Jurnal.
- William, S.M 2004. *Pedoman Klinis Pediatri*. Jakarta: EGC
- Zainun, M. 2000. *Kemandirian Sebagai Kebutuhan Psikologi Pada Remaja*.
Bandung: Refika Aditama
- Zemmy, A. 2014. *Hubungan Antara Dukungan Sosial Keluarga dengan Kemampuan Perawatan Diri pada Anak Retardasi Mental di SLB Negeri Ungaran*. Ungaran: Jurnal

Lampiran 1

Lampiran 2



PEMERINTAH KABUPATEN NGAWI
DINAS PENDIDIKAN
SEKOLAH LUAR BIASA Dr. RADJIMAN
WIDYODINGRAT NGAWI

Alamat: Jl. Jogorogo – Ngrambe, Gerung, Setono, Ngrambe Ngawi

Kode pos: 63263

SURAT KETERANGAN

Nomor: 423.6/ /2019

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Kabupaten Ngawi, dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa:

Nama : Yunita Kusumaningrum

NIM : 201402112

Adalah mahasiswa STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun pada:

Jurusan/ Prodi : Keperawatan

Semester/ Jenjang : VIII/S1

Telah mengadakan penelitian dan mendapatkan data pada SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Kabupaten Ngawi sejak tanggal 13 sampai dengan 14 Agustus 2019 dalam rangka penyusunan skripsi yang berjudul:

“HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN ANAK RETARDASI MENTAL DI SLB N Dr. RADJIMAN WIDYODININGRAT NGAWI”

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ngawi, 14 Agustus 2019

Kepala SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat

Saiful Ashaf., S.Pd., M.Pd
NIP. 19650523 198602 1 003

Lampiran 3

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada:

Calon Responden

Di SLB Negeri Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Yunita Kusumaningrum

NIM : 201402112

Institusi : STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun Program Studi Keperawatan

Bersama ini saya mengajukan permohonan kepada Ibu untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian ini yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Perawatan Diri terhadap Anak Retardasi Mental di SLB N Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi”

Data Ibu dirahasiakan dan hanya untuk kepentingan penelitian saja. Apabila Ibu bersedia mohon untuk menandatangani surat kesanggupan menjadi responden dan mengisi pertanyaan – pertanyaan yang telah disediakan

Atas kesediaan dan partisipasinya, saya ucapkan terima kasih

Peneliti

Yunita Kusumaningrum

Lampiran 4

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (inisial) :

Umur :

Dengan ini saya menyatakan saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Yunita Kusumaningrum

NIM : 201402112

Institusi/Pendidikan : STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun Program Studi Keperawatan

Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Perawatan Diri terhadap Anak Retardasi Mental di SLB Negeri Dr. Radjiman Widyodiningrat Ngawi

Demikian surat pernyataan kesanggupan ini saya buat dengan sukarela tanpa adanya paksaan dari peneliti

Ngawi,

Responden

(.....)

Lampiran 5

Lembar kuesioner

Petunjuk Pengisian

1. Tidak ada jawaban benar atau salah dalam kuesioner ini, oleh karena itu mohon diisi sesuai dengan jawaban sejujurnya
2. Isilah data demografi di bawah pada bagian (garis titik – titik) yang disediakan
3. Isilah jawaban dalam kuesioner dengan memberi tanda \surd pada jawaban yang sesuai menurut bapak/ ibu.

Beri tanda (\surd) pada jawaban yang Ibu anggap sesuai

1. Data Demografi Orang Tua

- Nama (inisial) :
- Usia : tahun
- Alamat :
- Pekerjaan : () Ibu Rumah Tangga () Wiraswasta
() Karyawan () PNS
() TNI/Polri () lainnya.....
- Status pernikahan : () Menikah () Tidak Menikah () Janda
- Pengasuh utama anak : () Ya () Tidak

2. Data Demografi Anak

- Nama (inisial) :
- Usia : tahun
- Jenis kelamin : () Laki-laki () Perempuan
- Kelas :
- Status anak : () Retardasi Mental Ringan (IQ 52 – 67)
() Retardasi Mental Sedang (IQ 35 - 50)
() Retardasi Mental Berat (IQ 0 - 35)
() lainnya.....

Lampiran 6

KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA

No	Pertanyaan Yang Berkaitan Dengan Dukungan Keluarga	YA	TIDAK
	Dukungan Informasional (Pengetahuan)		
1	Anggota keluarga sering mengingatkan tentang pentingnya kebersihan		
2	Anggota keluarga sering mengingatkan atau membawa sang anak untuk kontrol, minum obat, latihan dan makan		
3	Anggota keluarga mengingatkan dan membimbing anak mengenai perilaku yang dapat merugikan sang anak		
4	Anggota keluarga sering memberikan nasihat ketika anak melakukan suatu kesalahan		
5	Anggota keluarga mengajak anak untuk istirahat ketika anak telah usai beraktivitas		
	Dukungan Penilaian (Penghargaan)		
6	Anggota keluarga memberikan pujian kepada anak ketika sang anak dapat melakukan tugasnya dengan baik (mencuci tangan dengan baik, gosok gigi dengan baik, dll)		
7	Anggota keluarga selalu memberitahu sang anak bahwa mereka sayang dengan sang anak		
8	Anggota keluarga sering memberi tanggapan ketika sang anak selesai bercerita		
9	Anggota keluarga mengajarkan cara berpakaian, mencuci tangan, dan cara makan kepada sang anak		
10	Anggota keluarga selalu mendampingi anak ketika belajar di rumah		
	Dukungan Instrumental		
11	Anggota keluarga menyediakan waktu dan fasilitas untuk anak jika memerlukan mereka dalam pengobatannya		
12	Anggota keluarga memberikan prasarana dalam mendukung minat sang anak		
13	Anggota keluarga sangat berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan pada sang anak		
14	Anggota keluarga bersedia untuk membiayai perawatan dan pengobatan sang anak		

	Dukungan Emosional		
15	Anggota keluarga mendampingi sang anak ketika melakukan kegiatan yang diminati		
16	Anggota keluarga tetap mencintai dan memperhatikan sang anak dalam keadaan sakit		
17	Anggota keluarga dapat menerima sang anak dengan penyakitnya dan menganggapnya adalah suatu musibah		
18	Anggota keluarga selalu meluangkan waktu untuk mendampingi anak dalam beraktivitas		

Lampiran 7

KUESIONER KEMANDIRIAN

No	Pernyataan	YA	TIDAK
1	Anak dapat mencuci tangan dan mengeringkannya dengan baik		
2	Anak dapat mencuci kaki dan mengeringkannya dengan baik		
3	Anak dapat mencuci muka dan mengelapnya dengan baik		
4	Anak dapat menggosok gigi dengan baik		
5	Anak dapat mandi secara mandiri (mandi sendiri)		
6	Anak dapat cebok dan cuci tangan setelah cebok secara sendiri		
7	Anak dapat merias diri sendiri (menyisir rambut, memakai bedak, memakai jepit/perhiasan di kepala, dll)		
8	Anak dapat memakai sandal tanpa bantuan orang lain		
9	Anak dapat memakai baju tanpa bantuan orang lain		
10	Anak dapat makan menggunakan sendok		

Lampiran 8

KISI – KISI KUESIONER

1. Dukungan Keluarga

No	Dukungan Keluarga	Jumlah Soal	No Soal
1	Dukungan Informasional	5	1 - 5
2	Dukungan Penilaian	5	6 - 10
3	Dukungan Instrumental	4	11 - 14
4	Dukungan Emosional	4	15 – 18

2. Kemandirian

No	Kemandirian	Jumlah Soal	No Soal
1	Personal Hygiene	5	1-5
2	Toileting (BAB / BAK)	1	6
3	Berhias	3	7 - 9
4	Makan	1	10

Lampiran 9

Tabulasi Dukungan Keluarga

No	Nama	DUKUNGAN KELUARGA																		Jumlah
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	An. S	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15
2	An. A	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
3	An. C	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	16
4	An. W	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	10
5	An. B	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	9
6	An. O	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	14
7	An. I	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	10
8	An. L	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15
9	An. S	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15
10	An. B	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
11	An. C	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
12	An. P	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15
13	An. S	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
14	An. A	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14
15	An. L	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	9
16	An. J	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	10
17	An. K	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	16
18	An. N	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	17
19	An. P	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	16
20	An. A	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
21	An. A	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15
22	An. G	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
23	An. J	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
24	An. R	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
25	An. T	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15
26	An. W	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	15
27	An. E	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	9
28	An. G	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14
29	An. F	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	15
30	An. R	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
31	An. R	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15
32	An. T	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15
33	An. D	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14
34	An. D	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15

35	An. H	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	16
36	An. D	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15
37	An. D	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15
38	An. S	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	16

Lampiran 10

Tabulasi Kemandirian

NO	Nama	Kemandirian										Jumlah
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	An. S	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	6
2	An. A	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	4
3	An. C	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3
4	An. W	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	4
5	An. B	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	4
6	An. O	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3
7	An. I	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	6
8	An. L	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
9	An. S	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	8
10	An. B	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	5
11	An. C	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	6
12	An. P	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	7
13	An. S	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	5
14	An. A	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	6
15	An. L	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	5
16	An. J	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	4
17	An. K	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	5
18	An. N	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	4
19	An. P	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	5
20	An. A	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	3
21	An. A	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	4
22	An. G	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	5
23	An. J	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	6
24	An. R	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	4
25	An. T	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	4
26	An. W	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	4
27	An. E	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	6
28	An. G	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	5
29	An. F	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	4
30	An. R	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	4
31	An. R	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	4
32	An. T	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	7
33	An. D	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	4
34	An. D	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	6

35	An. H	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	6
36	An. D	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	6
37	An. D	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	4
38	An. S	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	5

Lampiran 11

Tabulasi Karakteristik Responden

No	Nama	Jenkel	Umur	Pend Ortu	urutan
1	An. S	1	7	3	1
2	An. A	2	8	3	3
3	An. C	2	10	1	2
4	An. W	1	11	3	4
5	An. B	2	7	3	1
6	An. O	2	9	3	1
7	An. I	2	8	3	3
8	An. L	1	9	3	1
9	An. S	1	12	3	2
10	An. B	1	8	3	3
11	An. C	2	12	3	1
12	An. P	2	7	2	2
13	An. S	2	10	5	3
14	An. A	2	11	3	1
15	An. L	2	12	2	1
16	An. J	2	7	1	1
17	An. K	1	9	4	2
18	An. N	1	10	3	2
19	An. P	1	12	3	2
20	An. A	2	10	3	1
21	An. A	2	9	3	3
22	An. G	2	8	1	1
23	An. J	2	7	3	2
24	An. R	2	11	3	3
25	An. T	2	10	3	1
26	An. W	2	9	1	4
27	An. E	1	8	1	1
28	An. G	1	10	3	3
29	An. F	1	11	3	2
30	An. R	1	12	3	2
31	An. R	2	10	3	1
32	An. T	2	9	3	3
33	An. D	2	8	3	2
34	An. D	1	7	3	1

Keterangan:

Jenis kelamin:

1: Perempuan

2: Laki – Laki

Pendidikan Orang Tua:

1: SD

2: SMP

3: SMA

4: Diploma

5: Sarjana

35	An. H	1	9	3	3
36	An. D	1	11	3	2
37	An. D	1	10	3	1
38	An. S	1	8	2	3

Lampiran 12

HASIL ANALISA

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid perempuan	17	44.7	44.7	44.7
laki - laki	21	55.3	55.3	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 7	6	15.8	15.8	15.8
8	7	18.4	18.4	34.2
9	7	18.4	18.4	52.6
10	8	21.1	21.1	73.7
11	5	13.2	13.2	86.8
12	5	13.2	13.2	100.0
Total	38	100.0	100.0	

urutan posisi anak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	15	39.5	39.5	39.5
	2	11	28.9	28.9	68.4
	3	10	26.3	26.3	94.7
	4	2	5.3	5.3	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

Pend Ortu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sd	5	13.2	13.2	13.2
	smp	3	7.9	7.9	21.1
	sma	28	73.7	73.7	94.7
	diploma	1	2.6	2.6	97.4
	sarjana	1	2.6	2.6	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

Dukungan Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	10	26.3	26.3	26.3
	Baik	28	73.7	73.7	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

Kemandirian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	25	65.8	65.8	65.8
	Baik	13	34.2	34.2	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

Dukungan Keluarga * Kemandirian Crosstabulation

			Kemandirian		Total
			kurang	baik	
Dukungan Keluarga	kurang	Count	2	1	3
		Expected Count	2.0	1.0	3.0
		% within Kemandirian	8.0%	7.7%	7.9%
	baik	Count	23	12	35
		Expected Count	23.0	12.0	35.0
		% within Kemandirian	92.0%	92.3%	92.1%
Total	Count	25	13	38	
	Expected Count	25.0	13.0	38.0	
	% within Kemandirian	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.001 ^a	1	.973		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.001	1	.973		
Fisher's Exact Test				1.000	.735
Linear-by-Linear Association	.001	1	.974		
N of Valid Cases ^b	38				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.03.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^a
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.005			.973
Interval by Interval Pearson's R	.005	.161	.032	.974 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.005	.161	.032	.974 ^c
N of Valid Cases	38			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

PERHITUNGAN SCORE KUESIONER

1. Dukungan Keluarga

- Jumlah skor terendah

Skor terendah x jumlah pertanyaan : $0 \times 18 = 0$ (0%)

Skor tertinggi x jumlah pertanyaan : $1 \times 18 = 18$ (100%)

- Penentuan kriteria

Range : skor tertinggi – skor terendah = $100 - 0$
= 100%

Kategori : 2 (banyaknya kriteria variabel dukungan keluarga yaitu baik dan kurang)

Interval : range / kategori = $100/2$
= 50%

- Kriteria :

Baik : jika skor > 50% jadi > 9 (10 – 18)

Kurang : jika skor < 50% jadi < 9 (0 – 9)

2. Kemandirian

- Jumlah skor terendah

Skor terendah x jumlah pertanyaan : $0 \times 10 = 0$ (0%)

Skor tertinggi x jumlah pertanyaan : $1 \times 10 = 10$ (100%)

- Penentuan kriteria

Range : skor tertinggi – skor terendah = $100 - 0$
= 100%

Kategori : 2 (banyaknya kriteria variabel kemandirian perawatan diri
yaitu baik dan kurang)

Interval : $\text{range/ kategori} = 100/2$
 $= 50\%$

- Kriteria

Baik : jika skor $> 50\%$ jadi > 5 (6 – 10)

Kurang : jika skor $< 50\%$ jadi < 5 (0 – 5)