

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN
ACTIVITY DAILY LIVING ANAK TUNAGRAHITA DI SLB
AIR RANDAH WILAYAH KERJA PUSKESMAS GADUT
KABUPATEN LIMA PULUH KOTA TAHUN 2016**

Penelitian Keperawatan Jiwa

SKRIPSI



Oleh :

JUNNATUL WAFIQ

12103084105020

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2016**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN
ACTIVITY DAILY LIVING ANAK TUNAGRAHITA DI SLB
AIR RANDAH WILAYAH KERJA PUSKESMAS GADUT
KABUPATEN LIMA PULUH KOTA TAHUN 2016**

SKRIPSI

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan
STIKes PERINTIS Padang*



Oleh :

JUNNATUL WAFIQ
12103084105020

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2016**

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Junnatul Wafiq

Nim : 12103084105020

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia bertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Bukittinggi, Juli 2016

Yang membuat pernyataan,



Junnatul Wafiq

Halaman Persetujuan

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN
ACTIVITY DAILY LIVING ANAK TUNAGRAHITA DI SLB
AIR RANDAH WILAYAH KERJA PUSKEMAS GADUT
KABUPATEN LIMA PULUH KOTA**

Oleh :

Junnatul Wafiq
NIM : 12103084105020

Disetujui untuk diseminarkan

Dosen Pembimbing

Pembimbing I




Isna Ovari, S. Kp, M. Kep
NIK : 1420107027005034

Pembimbing II



Ns. Yuli Permata Sari, M. Kep
NIK : 1420106116895011

Pengesahan,

 Ketua Program Studi,

Ns. Yaslina, M. Kep, Sp. Kep. Kom
NIK : 1420106037395017

Halaman Pengesahan

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN
ACTIVITY DAILY LIVING ANAK TUNAGRAHITA DI SLB
AIR RANDAH WILAYAH KERJA PUSKEMAS GADUT
KABUPATEN LIMA PULUH KOTA**

Telah dipertahankan dihadapan sidang tim penguji akhir

Pada

Hari/tanggal : Kamis/28 Juli 2016

Pukul : 12.00-13.00 WIB

Oleh

Junnatul Wafiq
NIM : 12103084105020

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir :

Penguji I : Ns. Mera Delima, M. Kep

Penguji II : Isna Ovari, S. Kp. M. Kep

Mengetahui,

 Ketua program studi,

Ns. Yaslina, M. Kep, Sp. Kep. Kom
NIK : 1420106037395017

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG

SKRIPSI, AGUSTUS 2016

JUNNATUL WAFIQ
12103084105020

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING* ANAK TUNAGRAHITA DI SLB AIR RANDAH WILAYAH KERJA PUSKESMAS GADUT KABUPATEN LIMA PULUH KOTA TAHUN 2016
(ix + 90 halaman + 10 tabel + 2 skema + 9 lampiran)

ABSTRAK

Retardasi mental adalah fungsi intelektual yang secara signifikan dibawah rata-rata (didefenisikan sebagai nilai IQ dibawah 70 hingga 75), terdapat bersamaan dengan keterbatasan yang berkaitan dua atau lebih area keterampilan adaptif. Retardasi mental dalam dunia pendidikan disebut juga dengan tunagrahita. Tunagrahita didefenisikan dalam hal kognitif (IQ dibawah 70) dan fungsi adaptif, dan merupakan kondisi yang terjadi sebelum usia 18 tahun. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita di SLB Air Randah wilayah kerja Puskesmas Gadut Kabupaten 50 Kota tahun 2016. Desain penelitian menggunakan deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan kuesioner, kemudian data diolah dengan menggunakan *Chi-square test*. Sampel pada penelitian ini berjumlah 44 orang, yaitunya orang tua dari anak tunagrahita yang ada di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota. Disimpulkan bahwa tidak semua dukungan keluarga (dukungan instrumental) mempunyai hubungan dengan kemandirian *activity daily living* anak tunagrahita di SLB air Randah. Oleh karena itu perlu ditingkatkan lagi upaya dukungan keluarga pada anak tunagrahita agar anak tersebut dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri tanpa bergantung dengan orang lain.

Kata Kunci : Dukungan keluarga, *activity daily living*, tunagrahita

Sumber Literatur : 30 kepustakaan (2001-2014)

NURSING STIKES PERINTIS PADANG

Thesis, AUGUST 2016

JUNNATUL WAFIQ
12103084105020

RELATIONSHIP WITH INDEPENDENCE FAMILY SUPPORT ACTIVITY IN DAILY LIVING CHILDREN WITH INTELLECTUAL CHALLENGES MORE LOW AT SLB AIR RANDAH AREA HEALTH GADUT CITY DISTRICT FIFTY YEARS 2016

(ix + 90 pages + 10 tables + 2 scheme + 9 appendix)

ABSTRACT

Mental retardation is intellectual functioning significantly below average (defined as an IQ score below 70 to 75), there are limitations associated simultaneously with two or more adaptive skill areas. Mental retardation in the world of education is also called mental retardation. Defined in terms of cognitive mental retardation (IQ below 70) and the adaptive function, and is a condition that occurs before the age of 18 years. This study aims to determine the relationship of family support to the independence of Daily Living Activity retarded children in SLB Air rendah Gadut Puskesmas District 50 City 2016. The study design using descriptive analytic with cross sectional approach. The instrument used in this study is the use of a questionnaire, then the data is processed using the Chi-square test. Samples in this study amounted to 44 people, they are parents of children with intellectual challenges that exist in SLB Air rendah Puskesmas District Fifty Gadut City. It was concluded that not all family support (instrumental support) is related to the independence of daily living activity retarded children at SLB Air Randah. Therefore, efforts need to be improved family support to children with intellectual challenges that the child is able to perform daily activities independently without relying with others.

Keywords : family support, daily living activity, tunagrahita

Literature source : 30 literature (2001-2014)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

Nama : Junnatul Wafiq
Tempat / Tanggal Lahir : Halaban / 04 Januari 1994
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Jumlah Saudara : 2 Orang
Alamat : Jalan Raya Payakumbuh-Lintau KM 18,
Lambuk Halaban

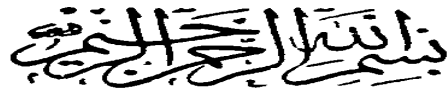
B. Identitas Orang Tua

Nama Ayah : Alensyah
Nama Ibu : Rosni
Alamat : Jalan Raya Payakumbuh-Lintau KM 18,
Lambuk Halaban

C. Riwayat Pendidikan

2000-2006 : SDN 02 Halaban
2006-2009 : SMPN 2 Kecamatan Lareh Sago Halaban
2009-2012 : MAN 3 Payakumbuh
2012-2016 : STIKes Perintis Padang

KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur peneliti ucapkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunianya kepada peneliti sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal penelitian ini dengan judul **“Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian *Activity Daily Living* Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota”**. Proposal penelitian ini diajukan untuk menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan. Dalam penyusunan proposal penelitian ini, peneliti banyak mendapatkan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini, peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada, yang terhormat:

1. Bapak Yendrizal Jafri, S. Kp, M. Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Yaslina, M. Kep, Sp. Kep. Kom selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Ibu Isna Ovari, S. Kp, M. Kep selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan serta sumbangan pemikiran dalam penyusunan proposal penelitian ini.
4. Ibu Ns. Yuli Permata Sari, M. Kep selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan serta petunjuk dalam penyusunan proposal penelitian ini.
5. Ibu Kepala SLB Air Randah yang telah memberi izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.

6. Bapak dan Ibu dosen serta staf Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuannya, masukan, saran serta dukungan yang berguna dalam menyusun proposal ini.
7. Teristimewa Ayah, Ibu, dan Kakak, yang selalu memberikan dukungan baik secara moril maupun secara materil serta do'a dan kasih sayangnya sehingga peneliti lebih semangat dalam menyelesaikan proposal penelitian ini.
8. Teman-teman Mahasiswa/i Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang angkatan 2012 yang banyak membantu serta memberikan masukan dalam menyelesaikan proposal penelitian ini.

Peneliti dengan senang hati menerima saran serta kritikan yang bersifat membangun demi kesempurnaan dalam penulisan proposal dimasa yang akan datang. Semoga proposal ini bermanfaat bagi kita semua khususnya profesi keperawatan. Amin.

Bukittinggi, April 2016

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	
HALAMAN PERSETUJUAN	
HALAMAN PENGESAHAN	
ABSTRAK	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR SKEMA	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.3.1 Tujuan Umum	8
1.3.2 Khusus	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
1.4.1 Bagi Peneliti.....	9
1.4.2 Bagi SLB Air Randah	9
1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	9
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Keluarga	11
2.1.1 Defenisi Keluarga	11
2.1.2 Struktur Keluarga.....	12
2.1.3 Tipe-tipe Keluarga	14
2.1.4 Fungsi Keluarga	16
2.1.5 Peran Keluarga.....	17
2.1.6 Peran Keluarga Dibidang Kesehatan.....	17
2.1.7 Peran Keluarga Dalam Merawat Anak Tunagrahita	18
2.1.8 Dukungan Keluarga	20
2.2 <i>Activity Daily Living</i>	24
2.2.1 Pengertian <i>Activity Daily Living</i>	24
2.2.2 Tujuan <i>Activity Daily Living</i>	25
2.2.3 Fungsi <i>Activity Daily Living</i>	25
2.2.4 <i>Activity Daily Living</i> Pada Tunagrahita.....	26
2.2.5 Peran Orang Tua Dalam <i>Activity Daily Living</i>	29
2.3 Kemandirian Anak.....	32
2.3.1 Pengertian Kemandirian	32

2.3.2	Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kemandirian.....	32
2.4	Tunagrahita.....	34
2.4.1	Pengertian Tunagrahita.....	34
2.4.2	Karakteristik Tunagrahita.....	35
2.4.3	Etiologi.....	37
2.4.4	Epidemiologi.....	39
2.4.5	Klasifikasi Tunagrahita.....	40
2.4.6	Perawatan Anak Tunagrahita.....	45
2.4.7	Pencegahan Tunagrahita.....	46
2.4.8	Latihan dan Pendidikan Anak Tunagrahita.....	47
2.5	Kerangka Teori.....	49
BAB III KERANGKA KONSEP		
3.1	Kerangka Konsep.....	50
3.2	Defenisi Operasional.....	51
3.3	Hipotesis.....	52
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN		
4.1	Desain Penelitian.....	54
4.2	Tempat Dan Waktu Penelitian.....	54
4.3	Populasi, Sampel & Teknik Sampling.....	55
4.3.1	Populasi.....	55
4.3.2	Sampel.....	55
4.3.3	Teknik Sampling.....	56
4.4	Teknik Pengumpulan Data.....	57
4.4.1	Alat Pengumpulan Data.....	57
4.4.2	Prosedur Pengumpulan Data.....	57
4.5	Teknik Pengolahan Dan Analisa Data.....	59
4.5.1	Teknik Pengolahan Data.....	59
4.5.2	Teknik Analisa Data.....	60
4.6	Etika Penelitian.....	61
BAB V HASIL PENELITIAN		
5.1	Hasil Penelitian.....	63
5.2	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	63
5.3	Analisis Univariat.....	64
5.4	Analisis Bivariat.....	67
5.5	Pembahasan.....	71
BAB VI KESIMPULAN & SARAN		
6.1	Kesimpulan.....	88
6.2	Saran.....	89
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	: Defenisi Operasional	51
Tabel 5.1	: Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Informasional di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Tahun 2016.....	64
Tabel 5.2	: Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Penilaian di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Tahun 2016	65
Tabel 5.3	: Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Instrumental di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Tahun 2016.....	65
Tabel 5.4	: Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Emosional di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Tahun 2016	66
Tabel 5.4	: Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kemandirian ADL di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Tahun 2016	66
Tabel 5.6	: Hubungan Dukungan Informasional Dengan Kemandirian ADL Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Tahun 2016	67
Tabel 5.7	: Hubungan Dukungan Penilaian Dengan Kemandirian ADL Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Tahun 2016	68
Tabel 5.8	: Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Kemandirian ADL Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Tahun 2016	69
Tabel 5.9	: Hubungan Dukungan Emosional Dengan Kemandirian ADL Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Tahun 2016	70

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	:	Kerangka Teori	49
Skema 3.1	:	Kerangka Konsep.....	50

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 : Pernyataan Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 : Kisi-kisi Kuesioner
- Lampiran 4 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 5 : Master Tabel
- Lampiran 6 : Output Penelitian
- Lampiran 7 : Surat Izin Penelitian dari Institusi Pendidikan
- Lampiran 8 : Surat Izin Pengambilan Data & Penelitian
- Lampiran 9 : Surat Rekomendasi Penelitian
- Lampiran 10 : Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 11 : Lembar Konsultasi Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Intelegency Quotient (IQ) atau inteligensi berasal dari bahasa Inggris “*intelligence*” yang juga berasal dari bahasa Latin yaitu “*intellectus* dan *intellegentia*” yang artinya adalah akal pikiran. Teori tentang intelegensi pertama kali dikemukakan oleh Spearman dan Wynn Jones Pol tahun 1951 yang mengemukakan “adanya konsep lama mengenai suatu kekuatan (power) yang dapat melingkupi akal pikiran manusia tunggal atau pengetahuan sejati” (Afandi, 2011).

Retardasi mental adalah fungsi intelektual yang secara signifikan dibawah rata-rata (didefenisikan sebagai nilai IQ dibawah 70 hingga 75), terdapat bersamaan dengan keterbatasan yang berkaitan dua atau lebih area keterampilan adaptif. Retardasi mental dalam dunia pendidikan disebut juga dengan tunagrahita (Alpers, 2014).

Tunagrahita dapat juga didefenisikan sebagai individu yang memiliki kecerdasan intelektual dibawah rata-rata dan disertai dengan ketidakmampuan dalam adaptasi perilaku yang muncul pada masa perkembangan atau sebelum usia 18 tahun. Perilaku adaptasi yang dimaksud pada anak tunagrahita adalah berupa kemampuan komunikasi, merawat diri, menyesuaikan diri dalam kehidupan rumah, keterampilan sosial, pemanfaatan sarana umum, mengarahkan diri sendiri, area kesehatan dan

keamanan, fungsi akademik, pengisian waktu luang dan kerja (Ramawati, 2011).

Berdasarkan standar skor dari kecerdasan kategori AAMR (*American Association of Mental Retardation*) gangguan tunagrahita di Indonesia menempati urutan ke-10 di dunia (*World Health Organization, 2013*).

Berdasarkan data Riskesdas (2013) menyebutkan jumlah penduduk Indonesia yang mengalami disabilitas sebesar 8,3 % dari total populasi. Dari jumlah tersebut, 6,2% diantaranya adalah anak usia 15-24 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Populasi anak tunagrahita menempati angka paling besar dibanding jumlah anak dengan keterbatasan lainnya. Prevalensi tunagrahita atau retardasi mental di Indonesia saat ini diperkirakan, sekitar 6,6 juta jiwa (Direktorat Bina Kesehatan Anak, 2010).

Secara umum anak tunagrahita mempunyai ciri-ciri seperti: a) segi kecerdasan: kapasitas belajarnya terbatas terutama pada hal-hal abstrak, lebih banyak belajar bukan dengan pengertian; b) segi sosial: dalam pergaulan mereka tidak dapat bergaul atau bermain dengan teman sebayanya, mengalami kesulitan dalam merawat diri, mengurus diri, menolong diri, berkomunikasi dan beradaptasi dengan lingkungannya; c) segi fungsi mental lain: sulit memusatkan perhatian, mudah lupa, menghindari diri dari perbuatan berfikir; d) segi dorongan dan emosi: mereka jarang memiliki perasaan bangga, tanggung jawab, penghayatan, bagi tunagrahita berat hampir-hampir tidak mampu untuk menghindari bahaya, dan mempertahankan diri; dan e) segi organisme: bagi tunagrahita

ringan hampir tidak terlihat perbedaanya dengan anak normal namun keberfungsian fisik kurang dari anak normal (Astati, 2010).

Kegiatan sehari-hari (*Activity Daily Living*) pada anak tunagrahita terdiri dari: 1) membersihkan & merapikan diri, misalnya mandi; 2) berpakaian, misalnya memakai pakaian sekolah; 3) makan & minum, misalnya makan dengan sendok atau minum menggunakan gelas, dan; 4) BAB & BAK. Kegiatan sehari-hari ini dapat diajarkan dan dilatih kepada anak tunagrahita secara terus-menerus agar anak dapat melakukannya dengan mandiri (Astati, 2008).

Penyandang tunagrahita secara keseluruhan belum mampu melakukan kegiatan sehari-hari atau kemandirian dalam merawat diri sendiri bukan semata-mata karena ketunaanya melainkan karena lingkungan yang kurang mendukung, maka diperlukan suatu bimbingan, baik dari pihak keluarga ataupun masyarakat, yang diharapkan penyandang tunagrahita ini memiliki kemampuan dalam merawat diri sendiri, apabila kemampuan tersebut betul-betul dikuasai maka akan memberikan keyakinan pada penyandang tunagrahita tersebut. Peran serta keluarga untuk meningkatkan kemampuan perawatan diri pada anak tunagrahita dapat dengan memfasilitasi, memberikan motivasi ataupun dukungan baik dari keluarga maupun lingkungan sekitar (Ramawati, 2011).

Menurut Friedman (2014), mengatakan dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Bagi anak tunagrahita, sekurang-kurangnya diperlukan dua bidang kemandirian yang

harus dimiliki yaitu: (1) keterampilan dasar dalam hal membaca, menulis, komunikasi lisan, dan berhitung, (2) keterampilan perilaku adaptif yaitu keterampilan mengurus diri dalam kehidupan sehari-hari (*activity daily living*), dan keterampilan menyesuaikan diri dengan lingkungan (*social living skills*). Keluarga tentunya juga memiliki beberapa fungsi dukungan, diantaranya: (1) dukungan informasional, keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar) informasi tentang dunia; (2) dukungan penilaian, keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah; (3) dukungan instrumental, keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit; (4) dukungan emosional, keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

Berdasarkan hasil penelitian Graftrisia, (2012) tentang hubungan keluarga dengan merawat anak tunagrahita di SLB Padang Sidempuan, diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki dukungan keluarga dalam merawat anak tunagrahita dengan kategori baik sebanyak (74%), cukup sebesar (25%) responden, dan kategori kurang sebanyak (2%) dalam merawat anak tunagrahita. Dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga telah memiliki hubungan yang baik dalam merawat anak tunagrahita.

SLB Air Randah berada di kenagarian Gadut Kecamatan Lareh Sago Halaban Kabupaten 50 Kota, jarak SLB dengan pusat kota Payakumbuh lebih kurang 15 menit. SLB Air Randah merupakan SLB swasta satu-

satunya di Kecamatan Lareh Sago Halaban, nama yayasan SLB Air Randah adalah Yayasan Pendidikan Islam Iqtisyah Bunga Setangkai. SLB Air Randah mempunyai 9 orang tenaga pendidik termasuk kepala sekolah, 8 orang diantaranya perempuan dan 1 orang laki-laki. SLB Air Randah mempunyai 4 orang guru tetap dan 5 orang guru tidak tetap atau guru kontrak.

Berdasarkan informasi data yang peneliti peroleh dari Kepala Sekolah SLB Air Randah terdapat 44 orang siswa yang mengalami tunagrahita, 14 siswa diantaranya berjenis kelamin perempuan dan 30 siswa berjenis kelamin laki-laki dengan rincian 5 orang duduk dikelas I, 6 orang duduk dikelas II, 11 orang duduk dikelas III, 6 orang duduk dikelas IV, 4 orang duduk dikelas V, 5 orang duduk dikelas VI, 1 orang duduk di kelas VII, 3 orang duduk dikelas VIII, 1 orang duduk dikelas IX, dan 1 orang duduk dikelas X. Dan rata-rata usia anak tunagrahita di SLB Air Randah berkisar antara 9-12 tahun (Laporan Statistik SLB Air Randah, Januari 2016). Menurut keterangan dari kepala sekolah maupun guru pengajar di SLB Air Randah anak tunagrahita tersebut mempunyai berbagai macam permasalahan. Salah satunya adalah masalah dalam kegiatan sehari-hari. Berdasarkan observasi yang peneliti lakukan, terdapat beberapa orang anak yang masih dibimbing oleh gurunya untuk jajan dikantin, pergi buang air kecil maupun besar, dan dari segi penampilan anak tersebut tidak rapi. Dan juga saat mau masuk ke ruangan kelas, anak-anak tersebut masih ada yang dibimbing oleh para guru maupun orang tua anak tunagrahita tersebut. Karena di SLB Air Randah masih ada beberapa anak yang didampingi oleh orang tuanya saat disekolah,

dikarenakan anak tersebut tidak bisa melakukan kegiatan seperti jajan, buang air besar maupun kecil, masuk keruangan kelas saat bel jam masuk sudah dibunyikan, dan kegiatan lainnya yang menyangkut tentang *activity daily living*. Jadi dapat disimpulkan bahwa anak tunagrahita di SLB Air Randah belum mandiri seutuhnya dalam melakukan kegiatan sehari-hari.

Berdasarkan hasil wawancara dengan lima orang tua siswa yang mengalami tunagrahita di SLB Air Randah mengenai kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari pada anaknya. Hasilnya di dapatkan bahwa dua dari lima orang tua mengatakan anaknya sudah mampu melakukan aktivitas sehari-hari seperti mandi, toileting, makan dan berhias. Usia dari anak tersebut yaitu 10 tahun dan 12 tahun, berjenis kelamin laki-laki & perempuan. Peneliti juga menanyakan pada ke dua orang tua tersebut apakah mereka memberikan dukungan seperti informasi, saran, penghargaan, perhatian dan memfasilitasi anak dalam melakukan perawatan diri. Kedua orang tua tersebut mengatakan yang berbeda – beda. Satu 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 secara mandiri. Dan yang satunya lagi dari kedua orang tua tersebut mengatakan hanya memberikan dukungan secara informasi saja karena beliau bekerja sebagai petani dan buruh sehingga jarang berada di rumah.

Tiga orang tua dari lima orang tua yang di wawancarai mengatakan bahwa anaknya belum mampu melakukan aktivitas perawatan diri seperti mandi,

makan, toileting dan berhias. Peneliti juga menanyakan pada ke tiga orang tua tersebut apakah mereka memberikan dukungan seperti informasi, saran, penghargaan, perhatian dan memfasilitasi anak dalam melakukan perawatan diri, jawaban satu dari tiga orang tua yang anaknya berusia 17 tahun dengan jenis kelamin laki-laki tersebut mengatakan memberikan dukungan informasi seperti memberikan pengetahuan tentang cara makan, sebelum makan cuci tangan terlebih dahulu. Selanjutnya memfasilitasi, seperti membelikan pakaian dan memberi uang jajan untuk anak kesekolah dan memberikan perhatian dengan anaknya agar dapat melaku aktivitas perawatan diri secara mandiri. Namun anak tersebut tetap tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, bahkan untuk berangkat dan pulang sekolah pun anak tersebut diantar jemput oleh orang tuanya. Dua diantaranya (berusia 8 tahun dan 10 tahun berjenis kelamin laki-laki) mengatakan telah berusaha untuk melatih dengan teratur, namun karena anaknya tidak mampu, maka kedua orang tua tersebut selalu membantu dalam melakukan aktivitas sehari-hari anaknya seperti memakaikan baju, memandikan, menyuapi makan dan membantu saat aktivitas BAB dan BAK.

Berdasarkan fenomena diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian *Activity Daily Living* Anak Tunagrahita Di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah pada penelitian ini adalah adakah hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita di SLB Air Randah wilayah kerja Puskesmas Gadut Kabupaten 50 Kota tahun 2016?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita di SLB Air Randah wilayah kerja Puskesmas Gadut Kabupaten 50 Kota tahun 2016.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya distribusi frekuensi dukungan keluarga (dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional) terhadap anak tunagrahita di SLB Air Randah wilayah kerja Puskesmas Gadut Kabupaten 50 Kota tahun 2016
2. Diketuainya distribusi frekuensi kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita di SLB Air Randah wilayah kerja Puskesmas Gadut Kabupaten 50 Kota tahun 2016.
3. Diketuainya hubungan dukungan keluarga (dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental & dukungan emosional) dengan kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita di SLB Air Randah wilayah kerja Puskesmas Gadut Kabupaten 50 Kota tahun 2016

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Dapat menambah wawasan dan menambah pengetahuan peneliti terutama tentang hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita di SLB Air Randah wilayah kerja Puskesmas Gadut Kabupaten 50 Kota tahun 2016.

1.4.2 Bagi SLB Air Randah

Sebagai bahan masukan dan referensi bagi peneliti selanjutnya di SLB Air Randah terutama tentang hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita di SLB Air Randah wilayah kerja Puskesmas Gadut Kabupaten 50 Kota tahun 2016.

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan bacaan dan bahan masukan bagi mahasiswa/i tentang hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita di SLB Air Randah wilayah kerja Puskesmas Gadut Kabupaten 50 Kota tahun 2016.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita di SLB Air Randah wilayah kerja Puskesmas Gadut Kabupaten 50 Kota tahun 2016 telah dilakukan. Dimana variabel independennya adalah hubungan dukungan keluarga pada anak tunagrahita, variabel dependennya adalah kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita. Populasinya adalah seluruh siswa/i SLB Air Randah Kabupaten 50 Kota yang berjumlah 44 orang yang duduk dikelas 1-6 SD, 7-9 SLTP dan kelas 10 SLTA. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 18-23 Juli

2016 di SLB Air Randah wilayah kerja Puskesmas Gadut Kabupaten 50 Kota. Desain penelitian adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan kuesioner.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Defenisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI, 1998 dalam Santun S & Agus Citra D, 2008).

Menurut Friedman, (2014) keluarga merupakan dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Karena defenisi ini bersifat luas, defenisi ini mencakup berbagai hubungan ddi luar perspektif legal, termasuk didalamnya adalah keluarga yang tidak ada hubungan darah, pernikahan, atau adopsi dan tidak hanya terbatas pada keanggotaan dalam satu rumah tangga. Defenisi ini mencakup *extended family* yang tinggal dalam satu rumah tangga atau lebih, pasangan yang tinggal bersama tanpa menikah, keluarga tanpa anak, keluarga homoseksual, dan keluarga orang tua tunggal, serta keluarga inti dengan dua orang tua.

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 (Salvicion G Baillon dan Aracelis Maglaya dalam Sujono Riyadin, 2009).

2.1.2 Struktur Keluarga

Menurut Friedman, (2014) menyebutkan elemen struktur keluarga terdiri dari:

1. Struktur peran keluarga

- a. Struktur peran keluarga; menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga baik didalam keluarganya sendiri maupun peran dilingkungan masyarakat.
- b. Nilai atau norma keluarga; menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini dalam keluarga.
- c. Pola komunikasi keluarga; menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi diantara orang tua, orang tua dan anak, diantara anggota keluarga ataupun dalam keluarga besar.
- d. Struktur kekuatan keluarga, menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mengendalikan atau mempengaruhi orang lain dalam perubahan perilaku ke arah positif.

2. Ciri-ciri struktur keluarga

Menurut Setiawati (2008) ciri-ciri struktur keluarga yaitu:

- a. Terorganisasi
Keluarga adalah cerminan organisasi, dimana masing-masing anggota keluarga memiliki peran dan fungsi masing-masing sehingga tujuan keluarga dapat tercapai.
- b. Keterbatasan

Dalam mencapai tujuan, setiap anggota keluarga memiliki peran dan tanggung jawabnya masing-masing sehingga dalam berinteraksi setiap anggota tidak bisa semena-mena, tetapi mempunyai keterbatasan yang dilandasi oleh tanggung jawab, masing-masing anggota keluarga.

c. Perbedaan dan kekhususan

Adanya peran yang beragam dalam keluarga menunjukkan masing – masing anggota keluarga mempunyai peran dan fungsi yang berbeda dan hak seperti halnya peran ayah sebagai pencari nafkah utama, peran ibu yang merawat anak-anak.

3. Dominasi struktur keluarga

Menurut Setiawati (2008), dominasi struktur keluarga terbagi menjadi tiga bagian yaitu :

- 1) Dominasi jalur hubungan darah
 - a. Patrilineal : Keluarga yang dihubungkan atau disusun melalui jalur garis ayah.
 - b. Matrilineal : Keluarga yang dihubungkan atau disusun melalui jalur garis ibu.
- 2) Dominasi keberadaan tempat tinggal
 - a. Patrilokal : Keberadaan tempat tinggal satu keluarga yang tinggal dengan keluarga dari pihak suami.
 - b. Matrilokal : Keberadaan tempat tinggal satu keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak istri.
- 3) Dominasi pengambilan keputusan

- a. Patriakal : Pengambilan keputusan ada pada pihak suami.
- b. Matriakal : Pengambilan keputusan ada pada pihak istri.

2.1.3 Tipe-tipe Keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga juga berkembang mengikutinya. Berikut adalah berbagai tipe keluarga menurut Friedman (2014):

1. Tipe keluarga tradisional
 - a) Keluarga inti, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan anak (kandung atau angkat)
 - b) Keluarga besar, yaitu keluarga inti yang ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah.
 - c) Keluarga *dyad*, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.
 - d) *Single parent*, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
 - e) *Single adult*, yaitu suatu rumah tangga yang hanya terdiri seorang dewasa (misalnya, seorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah).
2. Tipe keluarga non tradisional
 - a) *The unmarriedteeneger mather*, yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.
 - b) *The stepparent family*, yaitu keluarga dengan orang tua tiri.

- c) *The non marital heterosexual cohibiting family*, yaitu keluarga yang hidup bersama dan berganti – ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
- d) *Gay dan lesbian family*, yaitu seseorang yang mempunyai persamaan sex hidup bersama sebagaimana pasangan suami istri.
- e) *Cohabiting couple*, yaitu orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
- f) *Group marriage family*, yaitu beberapa orang dewasa menggunakan alat – alat rumah tangga bersama yang saling merasa sudah menikah, berbagi sesuatu termasuk sexual dan membesarkan anaknya.
- g) *Group network family*, yaitu keluarga inti yang dibatasi set aturan atau nilai – nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya dan saling menggunakan barang – barang rumah tangga bersama, pelayanan, dan tanggung jawab membesarkan anaknya.
- h) *Foster family*, yaitu keluarga yang menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara didalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.
- i) *Homeless family*, yaitu keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.
- j) *Gang*, yaitu sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang – orang muda yang mencari ikatan emosional dan yang mempunyai

perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

2.1.4 Fungsi keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2014) adalah:

1. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi internal keluarga sebagai dasar kekuatan keluarga. Didalamnya terkait dengan saling mengasihi, saling mendukung dan saling menghargai antar anggota keluarga.

2. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang mengembangkan proses interaksi dalam keluarga. Sosialisasi dimulai sejak lahir dan keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi.

3. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi keluarga untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

4. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarganya yaitu: makan, pakaian, dan tempat tinggal.

5. Fungsi Perawatan Kesehatan

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

2.1.5 Peran Keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam pos isi 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 :

1. Peranan ayah, ayah sebagai pemimpin keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung/ pengayon, pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.
2. 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.
3. Peran anak, anak-anak melaksanakan peranan psikosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial, dan spiritual (Friedman, 2014)

2.1.6 Peran Keluarga di Bidang Kesehatan

Keluarga juga berperan atau berfungsi unruk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan memengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dan tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat

melaksanakan tugas keseharan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan (Setiawati, 2008).

Tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut:

1. Menenal masalah kesehatan.
2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
4. Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
5. Mempertahankan hubungan dengan (menggunakan) fasilitas kesehatan masyarakat (Setiawati, 2008).

2.1.7 Peran Keluarga Dalam Merawat Anak Tunagrahita

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 (Mustofa, 2010). Anak dengan Retardasi mental bisa dilatih agar tak terlalu bergantung.

Kertia (2009), mengatakan hal pertama yang perlu diberikan kepada anak dengan Retardasi mental adalah kepercayaan diri dalam melakukan sesuatu. Caranya, di antaranya orang-orang terdekat harus selalu diberikan pujian atas apa yang telah dilakukan, meskipun hasilnya tidak sempurna. Dengan

begitu, si anak merasa apa yang dia lakukan sudah benar. "Sehingga, timbul rasa percaya diri, berani tampil di depan orang lain, minimal dia merasa diperhatikan.

Yang dibutuhkan anak tunagrahita menurut Kertia,(2009) yaitu :

1. Keikhlasan dan kekompakan orang tua beserta anggota keluarga lainnya
2. Kerja keras orang tua, tidak sekadar menunggu keajaiban anak bisa mandiri.
3. Pendidikan dan pelatihan kemampuan sosial
4. *Toilet training*
5. Pendekatan perilaku
6. Upaya menumbuhkan kepercayaan diri dan penghargaan atas apa yang telah dikerjakan.
7. Sering konsultasi kepada ahli
8. Nutrisi dan stimulasi yang cukup.

2.1.8 Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2014) bahwa fungsi afektif keluarga merupakan dukungan psikososial keluarga kepada anggotanya sehingga anggota keluarga tersebut merasa nyaman dan dicintai, akan tetapi jika fungsi yang penting ini tidak adekuat maka individu akan merasa ditinggalkan dan tidak diharapkan lagi oleh keluarga.

Kehadiran dan keterlibatan keluarga sangat mendukung persiapan mental seorang individu. Keluarga perlu mendampingi anaknya dalam melakukan kegiatan sehari-hari, memberikan dorongan dan dukungan kata-kata yang

menenangkan hati anak serta peran keluarga lain memberikan dukungan psikososial dapat memberikan dukungan yang sangat luar biasa terhadap anak (Kozier, 2009).

Menurut Setiadi (2008) dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

Jenis dukungan yang diberikan keluarga untuk kemandirian aktivitas sehari-hari ada 4 yaitu:

1. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebarkan) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian 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.

2. 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.

3. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan. Dukungan instrumental adalah dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana maupun meluangkan waktu untuk membantu melayani serta mendengarkan keluhan anak. Dukungan ini, dimana keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit. Keluarga merupakan sumber pertolongan kritis dan konkrit yaitu kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat dan terhindar dari kelelahan. Bentuk dukungan ini dapat mengurangi beban individu karena individu dapat langsung memecahkan masalah yang berhubungan dengan materi. Efek dari dukungan keluarga terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan. Keberadaan dukungan sosial keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi. Disamping itu, pengaruh positif dari dukungan keluarga adalah pada penyesuaian terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stress.

4. 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. Dukungan ini membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, diperlukan dan dicapai oleh sumber dukungan sosial sehingga dapat menghadapi masalah yang lebih baik. Dukungan emosional merupakan bantuan emosional, pernyataan tentang cinta, perhatian, penghargaan, simpati, dan menjadi bagian dari kelompok yang berfungsi untuk memperbaiki perasaan negatif yang khusus disebabkan oleh kecemasan (Friedman, 2014).

1) Sumber Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses/diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 2014).

2) Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2014).

Wills (1985) dalam Akhmadi (2009), menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan dikalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Ryan dan Austin, Friedman(1998), dalam Akhmadi (2009).

3) Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (1998) 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 orangtua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia.

Ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua. Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah kelas sosial ekonomi orangtua. 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 itu orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah.

2.2 *Activity Daily Living (ADL)*

2.2.1 *Pengertian Activity Daily Living (ADL)*

Activity Daily Living (ADL) adalah kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari. *Activity Daily Living* merupakan aktivitas pokok bagi perawatan diri. *ADL* meliputi antara lain: ke toilet, makan, berpakaian (berdandan), mandi, dan berpindah tempat. (Suparyanto, 2011).

Activity Daily Living adalah mencakup perawatan diri seperti berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telepon, menulis, mengelola uang dan sebagainya dan mobilitas seperti berguling di tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ketempat lain (Sugiarto, 2005)

Activity Daily Living menurut Brunner & Suddarth (2002) di dalam Suparyanto, (2011) adalah aktifitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari.

2.2.2 *Tujuan Activity Daily Living*

Tujuan dari *Activity Daily Living* secara umum (Suparyanto, 2011), adalah agar anak berkebutuhan khusus dapat mandiri dengan tidak atau kurang

bergantung pada orang lain dan mempunyai rasa tanggung jawab. Dan juga Activity Daily Living ini bertujuan untuk membantu individu sebagai independentas mungkin, menggunakan adaptasi yang sesuai jika diperlukan.

2.2.3 Fungsi *Activity Daily Living*

Fungsi dari kegiatan *Activity Daily Living*, dalam Widati, (2011) yaitu:

1. Mengembangkan keterampilan-keterampilan pokok atau penting untuk memelihara dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan personal.
2. Untuk melengkapi tugas-tugas pokok secara efisien dalam kontak sosial sehingga dapat diterima di lingkungan kehidupannya.
3. Meningkatkan kemandirian.

2.2.4 *Activity Daily Living* pada Tunagrahita

Menurut Astaty (2010), *Activity Daily Living* untuk anak tunagrahita terdiri dari:

1. Usaha membersihkan diri dan merapikan diri

Semua orang mempunyai kepentingan terhadap kebersihan dan kerapian diri, karena hal ini sangat penting untuk menjaga kelangsungan hidup dan kesehatan. Dengan hidup sehat, manusia akan terhindar dari segala macam penyakit. Kebersihan dan kerapian mempunyai fungsi etik dan kesopanan. Orang kadang-kadang merasa tidak sopan bila membiarkan dirinya kotor.

Kebersihan dan kerapian juga mempunyai fungsi sosial. Orang-orang yang memperhatikan kebersihan dan kerapian dirinya, akan lebih dihargai dalam hidup bermasyarakat daripada mereka yang kurang memperhatikan hal tersebut. Anak tunagrahita harus dilatih untuk

memperhatikan kebersihan dan kerapian dirinya, agar terhindar dari penyakit dan lebih mendapat penghargaan daripada mereka yang membiarkan dirinya kotor.

Sub pokok bahasan membersihkan dan merapikan diri adalah:

- a) Mencuci tangan dan mengeringkannya
- b) Mencuci kaki dan mengeringkannya
- c) Mencuci muka dan mengelapnya
- d) Menggosok gigi
- e) Mandi
- f) Mencuci rambut (keramas)
- g) Cebok
- h) Memakai pembalut bagi wanita
- i) Menghias diri terdiri dari: menyisir rambut, memakai pormade, memakai bedak, memakai lipstik, memakai pita rambut, memakai jepit rambut, memakai kaca mata, memakai perhiasan, memakai jam tangan, memakai ikat pinggang, memakai kaos kaki, memakai sepatu atau sandal.

2. Berbusana

Berbusana sama artinya dengan berpakaian. Berbusana mempunyai fungsi untuk menjaga kesehatan dan kesusilaan, berbusana juga berfungsi untuk menambah keindahan badan dan berbusana sangat penting bagi kehidupan manusia. Oleh karena itu anak tunagrahita sangatlah perlu dilatih untuk berbusana dengan rapi, sopan, sesuai dengan keadaan, sehingga mereka mempunyai rasa percaya diri dan dapat

mengembangkan perasaan estetis. Pakaian yang bersih, rapi dan serasi akan membuat pemakainya kelihatan gagah, tampan, dan cantik. Jenis-jenis pakaian yang dilatihkan sebagai berikut:

- a) Pakaian sekolah
- b) Pakaian olahraga
- c) Pakaian pesta
- d) Pakaian harian
- e) Pakaian dalam
- f) Pakaian pelengkap: kaos kaki, kerudung (jilbab), topi, kopiah, syal.

3. Makan dan Minum

Sub pokok bahasan makan dan minum adalah:

- a) Makan dengan menggunakan sendok
- b) Makan dengan menggunakan sendok dan garpu
- c) Minum dengan menggunakan gelas
- d) Minum dengan menggunakan cangkir
- e) Minum dengan menggunakan sedotan

4. Menghindari bahaya

Menghindari bahaya adalah sama artinya dengan menyelamatkan diri. Setelah orang yang tertimpa bahaya akan berusaha menghindarkan diri atau menyelamatkan diri karena ini merupakan suatu refleksi. Dengan kecerdasan yang terbatas anak tunagrahita tidak mampu untuk meramalkan akibat-akibat perbuatan yang tidak mereka ketahui mengapa bahaya itu tiba.

Oleh karena itu mereka haruslah diajarkan untuk mengetahui apa yang berbahaya dan bagaimana cara menghindarkan diri dari bahaya itu. Dengan melalui latihan ini diharapkan anak dapat menjaga keselamatan dirinya dan dapat menghindarkan diri dari bahaya yang mungkin akan terjadi. Sub-sub yang perlu akan dilatihkan adalah:

- a) Bahaya listrik
- b) Bahaya api atau panas
- c) Bahaya benda runcing dan benda tajam
- d) Bahaya lalu lintas
- e) Bahaya binatang buas
- f) Bahaya air dan banjir.

5. Bidang kesehatan lingkungan

Bidang kesehatan lingkungan, meliputi bagaimana menanamkan kebiasaan yang baik mengenai kesehatan, kesadaran tentang pentingnya kesehatan, misalnya:

- a) Menanamkan rasa tanggung jawab kebersihan.
- b) Memelihara kebersihan di rumah dan sekitarnya.
- c) Memelihara kebersihan kelas, sekolah.
- d) Mengenalkan instansi-instansi yang menangani kesehatan rakyat.
- e) Belajar bertanggung jawab atas kesehatan umum.

2.2.5 Peran Orang Tua dalam *Activity Daily Living* pada Anak Tunagrahita

Makna peran orang tua adalah peran yang terkait erat dengan anak yang melibatkan dimensi karakteristik dan kebutuhan yang khas. Orang tua merupakan figur inti yang berperan penting dalam proses pengasuhan dan

membesarkan anak (*parenting*) untuk menjadi pribadi yang sehat, mandiri dan kompeten dalam menghadapi tantangan di masa mendatang. Tanggung jawab orang tua dalam mengarahkan dan membekali anak selama menjalani proses perkembangan melibatkan serangkaian pembekalan pengalaman-pengalaman, keterampilan-keterampilan dan pengajaran kualitas tanggung jawab yang harus dimiliki anak secara memadai melalui pendidikan dan pengasuhan yang berarti (Dewi, 2005).

Menurut Crider (dalam Sumampouw dan Setiasih, 2003: 382), pengasuhan orang tua merupakan hubungan yang terjalin antara orang tua dan anak, yaitu cara orang tua memberikan bimbingan dan pengarahan, disiplin, perhatian, pujian, hukuman dan bagaimana berkomunikasi dengan anaknya. Berikut ini beberapa 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 akan mempelajari banyak nilai dari orang tua. Anak yang merasakan kasih sayang dan perhatian yang tulus dari orang tua akan menyadari bahwa mereka berharga dan dihargai oleh orang tua. Dengan demikian mereka akan mempelajari suatu penghargaan diri yang sehat.

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. Anak yang merasa dirinya tidak diterima dengan baik oleh orang tuanya akan tumbuh menjadi anak yang bersifat penakut dan pasif.

3. Mendorong anak mandiri

Ketika orang tua menerima anak sebagai individu, orang tua pasti menginginkan anak tersebut mempunyai kemampuan yang efektif untuk mengatasi tuntutan-tuntutan yang ada dalam kehidupan sehari-hari. Orang tua dapat memberikan kebebasan pada anak untuk menemukan penyesuaian dirinya, seperti memilih teman dan karier. Seseorang yang didorong untuk berpikir dan bertindak secara mandiri akan memiliki suatu tindakan potensial lebih besar daripada mereka yang diajar untuk mematuhi kumpulan peraturan yang baku.

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.

2.3 Kemandirian Anak

2.3.1 Pengertian

Kemandirian berasal dari kata dasar diri, maka pembahasan mengenai kemandirian tidak dapat dilepaskan dari perkembangan diri itu sendiri. Diri adalah inti dari kepribadian dan merupakan titik pusat yang menyelaraskan dan mengkoordinasikan seluruh aspek kepribadian (Latief, 2015). Kemandirian juga bisa diartikan sebagai suatu kondisi dimana seseorang tidak bergantung kepada otoritas dan tidak membutuhkan arahan secara penuh (Parker, 2005).

Kemandirian merupakan suatu sikap individu yang diperoleh secara kumulatif selama perkembangan, dimana individu akan terus belajar untuk bersikap mandiri dalam menghadapi berbagai situasi dilingkungan sehingga individu mampu berpikir dan bertindak sendiri (Mu'tadin, 2002) dalam (Febry, 2012).

2.3.2 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kemandirian

Setiap anak mempunyai kemampuan yang berbeda antara anak yang satu dengan yang lainnya. Banyak faktor yang menyebabkan perbedaan kemampuan individual anak. Berikut faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian anak (Soetjiningsih, 1995) dalam (Febry, 2012) :

1. Faktor Internal

- a) Faktor emosi ditunjukkan dengan kemampuan mengontrol emosi dan tidak terganggunya kebutuhan emosi anak
- b) Faktor intelektual yang ditunjukkan dengan kemampuan untuk mengatasi masalah yang dihadapi anak.

2. Faktor Eksternal

- a) Lingkungan merupakan faktor yang menentukan tercapai atau tidaknya kemandirian anak prasekolah. Pada usia ini anak membutuhkan kebebasan untuk bergerak kesana-kemari dan mempelajari lingkungan.
- b) Karakteristik sosial mempengaruhi kemandirian anak, misalnya tingkat kemandirian anak dari keluarga miskin berbeda dengan anak-anak dari keluarga kaya.
- c) Anak yang mendapat stimulus terarah dan teratur akan lebih cepat mandiri dibanding dengan anak yang kurang mendapat stimulasi.
- d) Pola asuh, anak dapat mandiri dengan diberi kesempatan, dukungan dan peran orang tua sebagai pengasuh.
- e) Cinta dan kasih sayang kepada anak hendaknya diberikan sewajarnya karena jika diberikan berlebihan, anak menjadi kurang mandiri. Hal ini dapat diatasi bila interaksi dua arah antara orang tua dan anak berjalan lancar dan baik.
- f) Kualitas informasi anak dan orang tua yang dipengaruhi pendidikan orang tua, dengan pendidikan yang baik, informasi dapat diberikan pada anak karena orang tua dapat menerima informasi dari luar terutama cara meningkatkan kemandirian anak.
- g) Status pekerjaan ibu, apabila ibu bekerja diluar rumah untuk mencari nafkah maka ibu tidak bisa memantau kemandirian anak sesuai perkembangan usianya. Sedangkan ibu yang tidak bekerja, ibu dapat

memantau langsung kemandirian anak dan bisa memandirikan anaknya.

2.4 Tunagrahita

2.4.1 Defenisi Tunagrahita

Tunagrahita adalah fungsi intelektual yang secara signifikan di bawah rata-rata (didefinisikan sebagai nilai IQ di bawah 70 hingga 75), terdapat bersamaan dengan keterbatasan yang berkaitan dua atau lebih area keterampilan adaptif yang dapat diterapkan: komunikasi, merawat diri, tinggal di rumah, keterampilan sosial, penggunaan komunitas, pengarahan diri, kesehatan dan keamanan, akademik fungsional, istirahat dan bekerja (Alpers, 2014).

Tunagrahita didefinisikan dalam hal kognitif (IQ di bawah 70) dan fungsi adaptif, dan merupakan kondisi yang terjadi sebelum usia 18 tahun (Patricia, 2014).

Menurut APA (1994) dalam Mary C. Townsend (2010), tunagrahita didefinisikan sebagai kekurangan fungsi intelektual umum dan fungsi adaptif, serta didefinisikan melalui *intelligence quotient* (IQ) sekitar 70 kurang pada individu yang melakukan pemeriksaan IQ. Retardasi mental dikodekan pada Aksis II dalam Klasifikasi *DSM-IV*.

Perilaku adaptasi yang dimaksud pada anak tunagrahita adalah berupa kemampuan komunikasi, merawat diri, menyesuaikan diri dalam kehidupan rumah, keterampilan sosial, pemanfaatan sarana umum, mengarahkan diri

sendiri, area kesehatan dan keamanan, fungsi akademik, pengisian waktu luang, dan kerja (Astati, 2010).

2.4.2 Karakteristik Tunagrahita

Karakteristik anak tunagrahita menurut Brown et al, 1991; Wolery & Haring, 1994 pada *Exceptional Children*, fifth edition, p.485-486, 1996 dalam Khoerunnisa, dkk (2013) menyatakan:

1. Lamban dalam mempelajari hal-hal yang baru, mempunyai kesulitan dalam mempelajari pengetahuan abstrak atau yang berkaitan, dan selalu cepat lupa apa yang dia pelajari tanpa latihan yang terus menerus.
2. Kesulitan dalam menggeneralisasi dan mempelajari hal-hal yang baru.
3. Kemampuan bicaranya sangat kurang bagi anak retardasi mental berat.
4. Cacat fisik dan perkembangan gerak. Kebanyakan anak dengan retardasi mental berat mempunyai ketebatasan dalam gerak fisik, ada yang tidak dapat berjalan, tidak dapat berdiri atau bangun tanpa bantuan. Mereka lambat dalam mengerjakan tugas-tugas yang sangat sederhana, sulit menjangkau sesuatu, dan mendongakkan kepala.
5. Kurang dalam kemampuan menolong diri sendiri. Sebagian dari anak retardasi mental berat sangat sulit untuk mengurus diri sendiri, seperti: berpakaian, makan, dan mengurus kebersihan diri. Mereka selalu memerlukan latihan khusus untuk mempelajari kemampuan dasar.
6. Tingkah laku dan interaksi yang tidak lazim. Anak tunagrahita ringan dapat bermain bersama dengan anak reguler, tetapi anak yang mempunyai retardasi mental berat tidak melakukan hal tersebut. Hal itu

mungkin disebabkan kesulitan bagi anak retardasi mental dalam memberikan perhatian terhadap lawan main.

7. Tingkah laku kurang wajar yang terus menerus. Banyak anak retardasi mental berat bertingkah laku tanpa tujuan yang jelas. Kegiatan mereka seperti ritual, misalnya: memutar-mutar jari di depan wajahnya dan melakukan hal-hal yang membahayakan diri sendiri, misalnya: menggigit diri sendiri, membentur-beturkan kepala, dll.

Sedangkan menurut S.M. Lumbantobing, (2001), ada beberapa karakteristik yang dapat dijadikan pertanda untuk mengenali anak tunagrahita, antara lain:

1. Sejak lahir perkembangan mentalnya terbelakang disemua aspek perkembangan, kecuali perkembangan motorik, misalnya mereka dapat berdiri, merangkak, dan berjalan.
2. Terbelakang dalam perkembangan bicara.
3. Kurang memberi perhatian terhadap sekitarnya, misalnya tidak bereaksi terhadap bunyi atau suara yang terdengar.
4. Kurang dapat berkonsentrasi. Perhatian terhadap mainan hanya berlangsung singkat atau kadang-kadang bila diberi mainan tidak mengacuhkannya.
5. Kesiagaannya kurang, misalnya jika mainan jatuh dihadapannya ia tidak berusaha untuk mengambilnya.
6. Kurang memberi respon terhadap lingkungan jika dibanding dengan anak normal.
7. Usia 2-3 tahun masih suka memasukkan mainan ke dalam mulutnya.

2.4.3 Etiologi

Menurut Yustinus,(2010) penentu kemampuan pada setiap individu adalah kompleks dan banyak factor. Tanpa memandang tingkat kemampuannya, kemampuan setiap anak dipengaruhi oleh status integritas maupun maturasi system syaraf dan oleh sifat serta kualitas pengalaman hidupnya. Beberapa anak terus-menerus mengalami gangguan neurologis yang berarti dan kemampuannya berkembang normal. Yang lain menampakkan gangguan kognitif berat, meskipun tidak ada tanda-tanda neurologis setempat yang dapat dikenali atau bukti adanya riwayat faktor resiko, disfungsi system syaraf sentral yang bermakna. Sebab-sebab neurobiologis tunagrahita mungkin terdapat pada berbagai faktor seperti malformasi struktural otak, kelainan metabolik, dan defisit system syaraf sentral yang terkait dengan infeksi, malnutrisi atau jejas hipoksik-hiskemik. Tanda-tanda tunagrahita dapat dikenali dengan adanya riwayat disfungsi penyedia perawatan yang terkait dengan psikopatologi orang tua, disorganisasi keluarga yang ekstrim, kesulitan ekonomi. Anak yang hidup dalam kemiskinan biasanya rentan terhadap beban stress sosial yang kumulatif maupun kerentanan biologis yang lebih besar yang terkait dengan faktor-faktor risiko lebih tinggi seperti komplikasi perinatal dan defisiensi nutrisi.

Berikut faktor-faktor potensial yang berperan menyebabkan pathogenesis tunagrahita :

1. Gangguan pra konsepsi

Kelainan gena tunggal (misalnya kesalahan metabolisme bawaan, gangguan neurokutan), kelainan kromosom (misalnya gangguan terkait_X, translokasi, X fragile), dan syndrome poligenik familial.

2. Gangguan embrio awal

Gangguan kromosom (misalnya : trisomy, mosaiks), infeksi (misalnya : sitomegalovirus, rubella, toksoplasmosis, virus HIV), teratogens (misalnya : alcohol, radiasi), disfungsi plasenta, dan malformasi system syaraf sentral kongenital (idiopatik).

3. Gangguan otak janin

Infeksi (misalnya : virus HIV, toksoplasmosis, sitomegalovirus, herpes simpleks), toksin (misalnya : alcohol, kokain, timah hitam, fenilketonuria pada ibu), dan malnutrisi intrauteri.

4. Kesukaran perinatal

Prematuritas ekstrim, jejas hipoksik-iskemik, perdarahan intrakranium, gangguan metabolic (misalnya : hipoglikemia, hiperbilirubinemia), dan infeksi (misalnya : herpes simpleks dan meningitis bakteria).

5. Gangguan otak pasca lahir

Infeksi (misalnya : encephalitis dan meningitis), trauma (misalnya : jejas kepala berat), asfiksia (misalnya : hampir tenggelam, apnea lama, tercekik), gangguan metabolisme (misalnya : hipoglikemia dan hipernatremia), toksin (timah hitam), perdarahan intrakranium, dan malnutrisi.

6. Gangguan berdasarkan pengalaman pascalahir

Kemiskinan dan disorganisasi keluarga, disfungsi interaksi, penyedia perawatan, psikopatologi orang tua, orang tua yang menyalahgunakan obat, dan pengaruh-pengaruh yang belum diketahui.

Beberapa faktor-faktor diatas yang berpotensi turut menimbulkan pathogenesis retardasi mental dari prakonsepsi sampai awal tahun-tahun masa kanak-kanak. Hanya sedikit faktor etiologi yang adapada kajian teori ini, namun memberikan penjelasan sempurna mengenai fenomena retardasi pada setiap individu. Agaknya, ketidakmampuan perkembangan menggambarkan interaksi yang kompleks antara berbagai faktor risiko dan faktor protektif.

2.4.4 Epidemiologi

Sekitar 3% populasi umum mempunyai IQ kurang dari 2 simpang baku dibawah mean. Telah diperkirakan bahwa 80-90% individu dalam popuasi dengan tunagrahita berfungsi dalam kisaran ringan, sementara hanya 5 % populasi dengan tunagrahita yang gangguannya berat sampai sangat berat. Prevalensi tunagrahita ringan berbanding terbalik dengan status social ekonomi, sementara ketidakmampuan sedang sampai berat terjadi dengan frekuensi yang sama pada hamper semua kelompok pendapatan. Karena diagnosis tunagrahita didasarkan pada penilaian perilaku penyesuaian diri dan tidak hanya pada IQ, maka epidemiologinya juga bervariasi sejalan dengan siklus hidup. Insidens tunagrahita yang pada mulanya dilaporkan meningkat sejalan dengan usia, jumlahnya meningkat dengan tajam pada awal tahun-tahun sekolah dan menurun pada akhir masa remaja ketika

individu dengan gangguan ringan menyelesaikan pendidikan formalnya dan berasimilasi kedalam kehidupan dewasa normal. Identifikasi anak dengan tunagrahita ringan pada masa pra sekolah paling lazim dipercepat dengan perhatian pada perkembangan bahasanya (Yustinus, 2010).

2.4.5 Klasifikasi Tunagrahita

Menurut Mary C. Townsend (2010) tunagrahita dikelompokkan menjadi 4 klasifikasi, yaitu:

1. Ringan (IQ 50-70)

Pada tingkat ini individu penderita gangguan dapat hidup mandiri, namun memerlukan beberapa bantuan. Ia mampu mengerjakan pekerjaan anak kelas enam sekolah dasar dan dapat belajar keterampilan kejujuran. Keterampilan sosial dapat dipelajari, namun individu hanya melakukan fungsinya dengan baik apabila berada dalam tatanan yang terstruktur dan memberi perlindungan. Koordinasi mungkin sedikit terganggu pada tingkatan ini.

2. Sedang (IQ 35-49)

Pada tingkat sedang, individu dapat melakukan beberapa aktivitas secara mandiri, namun memerlukan pengawasan. Keterampilan akademik dapat dicapai sampai kelas dua sekolah dasar. Individu dapat mengalami keterbatasan dalam berbicara dan berinteraksi dengan orang lain. Perkembangan motorik kemungkinan terbatas pada kemampuan motorik besar.

3. Berat (IQ 20-34)

Pada tingkat berat memiliki karakteristik kebutuhan pengawasan penuh. Pelatihan kebiasaan sistematis dapat dicapai, tetapi individu tidak memiliki kemampuan akademis atau kejuaraan. Keterampilan verbal minimal dan perkembangan psikomotorik buruk.

4. Sangat Berat (IQ < 20)

Individu yang mengalami klasifikasi sangat berat tidak memiliki kapasitas untuk hidup mandiri. Individu tersebut memerlukan pertolongan dan pengawasan yang terus menerus. Tidak memiliki kemampuan untuk pelatihan akademis atau kejuaraan. Kurang memiliki kemampuan untuk perkembangan kemampuan bicara, keterampilan sosialisasi, dan pergerakan motorik halus dan kasar. Individu memerlukan pengawasan dan perhatian yang terus-menerus (Townsend Mary. C, 2010)

Sedangkan menurut Yustinus Semium (2010), ada dua tipe khusus tunagrahita dikategorikan sebagai pseudoretardasi dan cendekiawan idiot (idiot savant).

1. Pseudoretardasi

Pseudoretardasi mental adalah individu yang karena bereaksi dengan menarik diri dalam menghadapi ketakutan atau kritik, kehilangan semua minatnya terhadap pekerjaan-pekerjaan dan dorongan untuk berprestasi. Orang yang demikian mungkin akan mengadakan respons terhadap semua tuntutan dengan berkata “aku tidak tahu” atau “itu terlalu susah”. Karena akibat dari pola tingkah lakunya yang demikian memberikan

kesan kebodohan, maka kondisi seperti itu disebut pseudoretardasi mental. Dalam kenyataannya, pseudoretardasi mental itu merupakan gangguan emosional dan tidak menyebabkan retardasi mental .

2. Cendekiawan Idiot (Idiot Savant)

Cendekiawan idiot merupakan gejala kapasitas intelektual yang aneh dan sulit dimengerti. Meskipun kelihatannya individu itu seperti dungu dan ada tanda-tanda retardasi mental, tetapi ia mempunyai bakat-bakat atau kemampuan-kemampuan yang luar biasa, bahkan sering sangat mencolok. Misalnya, kemampuan mengidentifikasi hari Minggu dari setiap tanggal masa lampau atau masa yang akan datang dalam jangka waktu hanya beberapa detik saja dengan tepat. Dalam banyak kasus, bakat khusus ini ketika diselidiki ternyata menarik perhatian karena perbedaannya sangat menonjol dengan tingkah laku orang lain dalam kelompok sosialnya. Lagi pula, ada penyelidikan-penyelidikan mengenai para penderita retardasi mental (bukan yang bertipe idiot) yang menunjukkan reaksi-reaksi neurotik yang sangat kompleks, bakat seni yang istimewa, atau keterampilan-keterampilan menarik. Prestasi dari cendekiawan idiot hanya berdasarkan ingatan, dan biasanya ia sama sekali tidak memeperlihatkan kemampuannya untuk menilai, menalar, dan proses-proses pikiran lain yang terkontrol.

Menurut Yustinus Semium (2010), para ahli klinis menggunakan empat tunagrahita berdasarkan pada nilai tes inteligensinya, yakni: ringan, sedang, berat dan sangat berat. Dan berikut tingkat-tingkat tunagrahita dalam pandangan klinis:

Tingkat Keberatan	Perkiraan Rentang IQ	Persentase
Ringan	50-70	Kira-kira 85
Sedang	35-49	10
Berat	20-34	3-4
Sangat berat	Dibawah 20	1-2

Sumber: Disadur dari DSM-III, 32-33 dalam yustinus semium (2010)

Berikut tingkat-tingkat tunagrahita dan tingkah laku adaptif untuk rentang kehidupan dalam pandangan klinis:

Tingkat	Usia Prasekolah 0-5	Usia Sekolah 6-21	Dewasa 21+
Ringan	Anak-anak prasekolah ini dapat mengembangkan keterampilan-keterampilan sosial dan komunikasi dengan tunagrahita ringan pada bidang-bidang sensorik-motorik. Sampai usia selanjutnya anak-anak ini jarang dibedakan dari anak-anak normal.	Anak-anak muda yang berusia sekolah ini dapat mempelajari keterampilan-keterampilan akademis sampai kira-kira Kelas VI SD pada usia mereka yang sudah belasan tahun. Secara khas mereka tidak dapat mempelajari bahan-bahan pelajaran SMU dan membutuhkan pendidikan khusus, terutama pada tingkat usia sekolah menengah.	Orang-orang dewasa ini mampu melakukan keterampilan sosial dan vokasional bila diberi pendidikan dan latihan yang tepat. Mereka kadang membutuhkan pengawasan dan bimbingan bila mereka mengalami tekanan sosial ekonomis yang berat.
Sedang	Anak-anak prasekolah ini dapat berbicara dan belajar berkomunikasi tetapi kurang memperlihatkan kesadaran sosial dan hanya memperlihatkan perkembangan motor yang cukup (sedang). Mereka dapat ditangani dengan pengawasan yang sederhana.	Anak-anak muda ini dapat mempelajari keterampilan-keterampilan akademis fungsional sampai kira-kira kelas IV SD pada usia mereka pada akhir belasan tahun, pendidikan khusus dibutuhkan.	Orang-orang dewasa ini mampu membiayai hidupnya sendiri dengan melakukan pekerjaan-pekerjaan yang tidak membutuhkan semi terampil, tetapi mereka membutuhkan pengawasan dan

			bimbingan bila mereka mengalami kesulitan sosial dan ekonomis yang ringan.
Berat	Anak-anak prasekolah ini kurang memperlihatkan perkembangan motor, dan hanya berbicara sedikit. Pada umumnya mereka tidak mampu memperoleh keuntungan dari latihan dalam membantu dirinya sendiri, dan mereka memperlihatkan sedikit keterampilan-keterampilan komunikasi atau tidak memperlihatkan keterampilan-keterampilan komunikasi.	Anak-anak muda usia sekolah ini dapat berbicara atau belajar berkomunikasi, dan dapat dilatih dalam kebiasaan-kebiasaan kesehatan yang mendasar. Mereka tidak dapat mempelajari keterampilan-keterampilan akademis fungsional, tetapi mereka dapat memperoleh keuntungan dari latihan kebiasaan-kebiasaan yang sistematis.	Orang-orang dewasa ini dapat menyumbang sebagian untuk memenuhi kebutuhannya sendiri dengan pengawasan yang penuh, dan mereka dapat mengembangkan keterampilan-keterampilan untuk melindungi dirinya sendiri sampai pada suatu tingkat yang sedikit berguna dalam suatu lingkungan yang terkontrol.
Sangat berat	Gangguan yang hebat; kemampuannya hanya sedikit yang berfungsi dalam bidang-bidang sensorik-motorik. Anak ini membutuhkan perawatan	Suatu perkembangan motor ada pada anak-anak muda ini tetapi mereka tidak memperoleh keuntungan dari latihan dalam membantu dirinya sendiri. Mereka benar-benar membutuhkan perawatan.	Orang-orang dewasa ini hanya memperlihatkan suatu perkembangan motor dan cara berbicara. Mereka sama sekali tidak mampu memelihara dirinya sendiri dan benar-benar membutuhkan perawatan dan pengawasan.

Sumber: Kendall & Hammen (1998) dalam Semium (2010).

2.4.6 Perawatan Anak Tunagrahita

Perawatan terhadap orang-orang yang menderita tunagrahita secara khusus menggunakan intervensi-intervensi yang bertujuan untuk mengobati masalah-masalah yang menyangkut emosional dan tingkah laku. Hasil-hasil penelitian menunjukkan bahwa sejumlah orang yang mengalami tunagrahita juga mencakup gangguan-gangguan psikologis. Diantara masalah-masalah yang mereka hadapi adalah gangguan-gangguan kognitif (halusinasi-

halusinasi), gangguan-gangguan emosional (depresi), dan gangguan-gangguan tingkah laku (agresi dan melukai diri sendiri). Dari bermacam-macam tingkat fungsi intelektual, rata-rata setengah dari jumlah individu mengalami masalah-masalah tingkah laku (Yustinus Semium, 2010).

Perawatan terhadap emosi dan tingkah laku untuk orang-orang yang mengalami tunagrahita adalah sama dengan yang digunakan untuk orang lain yang tidak mengalami tunagrahita, hanya perawatannya disesuaikan dengan tingkat kemampuan konseptual pasien. Perawatan ini akan mengikuti orientasi tingkah laku. Misalnya, beberapa program latihan yang dipusatkan pada kognitif untuk mengajarkan keterampilan-keterampilan khusus kepada para penderita tunagrahita supaya mereka dapat berfungsi lebih adaptif. Program-program itu juga menerapkan penggunaan bermacam-macam hadiah. Pemerkuat-pemerkuat sosial (memberikan senyuman, pujian dengan kata-kata, tepukan pada punggung) sangat berguna bagi orang yang mengalami tunagrahita (Yustinus Semium, 2010).

2.4.7 Pencegahan Tunagrahita

Menurut Judarwanto (2009) pencegahan anak tunagrahita yaitu:

1. Pencegahan primer

Pencegahan primer dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan pada masyarakat, perbaikan keadaan-sosio ekonomi, konseling genetik dan tindakan kedokteran (umpamanya perawatan prenatal yang baik, pertolongan persalinan yang baik, kehamilan pada wanita adolesen dan diatas 40 tahun dikurangi dan pencegahan peradangan otak pada anak-anak).

2. Pencegahan sekunder

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

Pencegahan tersier merupakan pendidikan penderita atau latihan khusus sebaiknya disekolah luar biasa. Dapat diberi neuroleptika kepada yang gelisah, hiperaktif atau destrukstif. Konseling kepada orang tua dilakukan secara fleksibel dan pragmatis dengan tujuan antara lain membantu mereka dalam mengatasi frustrasi oleh karena mempunyai anak dengan tunagrahita. Orang tua sering menghendaki anak diberi obat, oleh karena itu dapat diberi 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.

2.4.8 Latihan Dan Pendidikan Yang Dapat Diterima Anak Tunagrahita

Menurut Jevuska (2010), Latihan dan pendidikan yang diberikan kepada anak tunagrahita yaitu:

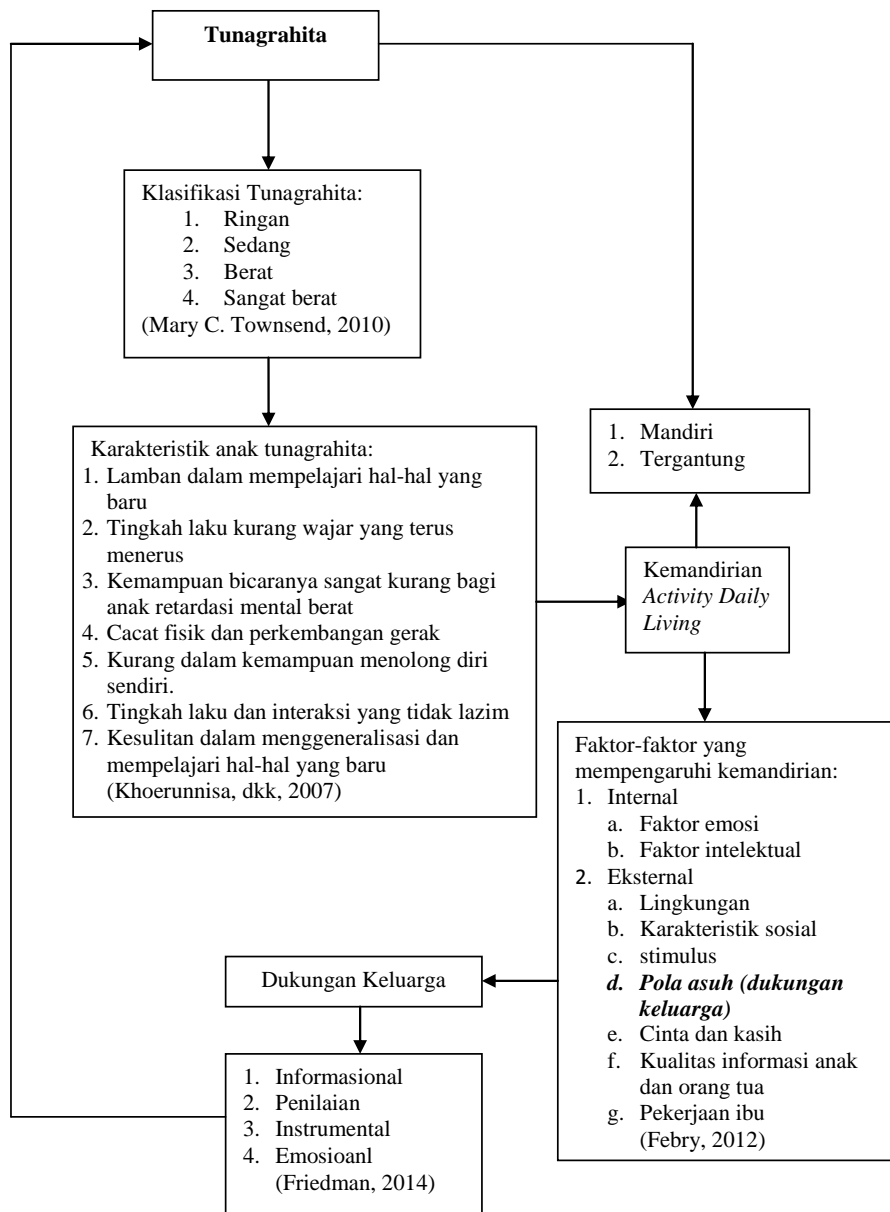
1. Pendidikan anak dengan tunagrahita secara umum ialah:
 - a) Mempergunakan dan mengembangkan sebaik-baiknya kapasitas yang ada.
 - b) Memperbaiki sifat-sifat yang salah atau yang anti sosial.
 - c) Mengajarkan suatu keahlian (skill) agar anak itu dapat mencari nafkah kelak.

Latihan anak-anak ini lebih sukar dari pada anak-anak biasa karena perhatian mereka mudah sekali tertarik kepada hal-hal yang lain. Harus diusahakan untuk mengikat perhatian mereka dengan merangsang panca indera, misalnya dengan alat permainan yang berwarna atau yang berbunyi, dan semuanya harus konkrit, artinya dapat dilihat, didengar dan diraba. Prinsip-prinsip ini yang mula - mula dipakai oleh fiabel dan Pestalozzi, sehingga sekarang masih digunakan ditaman kanak-kanak (Judarwanto, 2009).

2. Latihan diberikan secara kronologis dan meliputi :

- a) Latihan rumah: pelajaran-pelajaran mengenai makan sendiri, berpakaian sendiri, kebersihan badan.
- b) Latihan sekolah: yang penting dalam hal ini ialah perkembangan sosial.
- c) Latihan teknis: diberikan sesuai dengan minat, jenis kelamin dan kedudukan sosial.
- d) Latihan moral: dari kecil anak harus diberitahukan apa yang baik dan apa yang tidak baik. Agar ia mengerti maka tiap-tiap pelanggaran disiplin perlu disertai dengan hukuman dan tiap perbuatan yang baik perlu disertai hadiah.

2.5 Kerangka Teori



Skema 2.1
Kerangka teori penelitian hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita

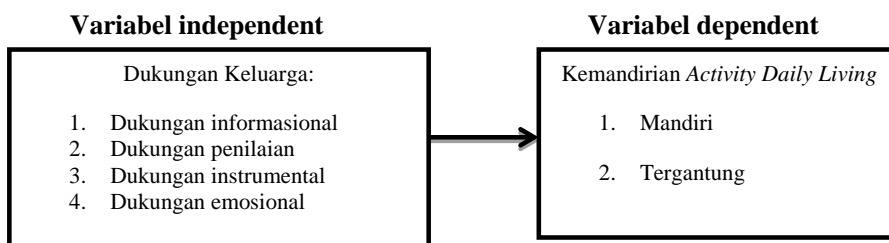
BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konseptual penelitian adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya dari masalah yang ingin diteliti. Kerangka konsep ini gunanya untuk menghubungkan atau menjelaskan secara panjang lebar tentang suatu topik yang akan dibahas. Kerangka ini didapatkan dari konsep ilmu atau teori yang dipakai sebagai landasan penelitian yang di dapatkan dari tinjauan pustaka atau kalau boleh dikatakan ringkasan dari tinjauan pustaka yang dihubungkan dengan garis sesuai variabel yang diteliti (Setiadi, 2013).

Konsep hanya dapat diamati atau diukur melalui konstruksi atau lebih dikenal dengan variabel. Variabel adalah simbol atau lambang yang menunjukkan nilai atau bilangan dari konsep (Setiadi, 2013). Adapun variabel Independen dan dependen dari penelitian ini adalah sebagai berikut:



Skema 3.1

Kerangka konsep penelitian hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita di SLB Air Randah

3.2 Defenisi Operasional

No.	Variabel	Defenisi Operasional	Alat ukur	Cara ukur	Skala	Hasil ukur
1.	Dependent Kemandirian <i>Activity Daily Living</i>	Suatu kondisi dimana individu dalam melakukan kegiatan sehari-hari tidak bergantung pada bantuan ataupun arahan dari orang lain, seperti mandi, berpakaian, makan, BAB & BAK.	Kuesioner	Angket	Nominal	1. Mandiri, jika $x \geq \text{mean}$ (kategori 2) 2. Tergantung, jika $x < \text{mean}$ (kategori 1) Mean = 17
2.	Independent Dukungan Keluarga	Sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang satu dengan yang lainnya. Yang terdiri dari: 1. Dukungan informasional 2. Dukungan penilaian 3. Dukungan instrumental 4. Dukungan emosional	Kuesioner	Angket	Nominal	1. Mendukung, jika $x \geq \text{mean}$ (kategori 2) 2. Tidak mendukung, jika $x < \text{mean}$ (kategori 1) Mean = 40

Tabel 3.1
Defenisi Operasional

3.3 Hipotesis

3.3.1 Defenisi Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan melalui penelitian. Hipotesis ditarik dari serangkaian fakta yang muncul sehubungan dengan masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2010).

Setelah peneliti melakukan penelitian di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016, didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Ha diterima, H0 ditolak. Artinya ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga: informasional dengan kemandirian *activity daily living* anak tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2016.
2. Ha diterima, H0 ditolak. Artinya ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga: penilaian dengan kemandirian *activity daily living* anak tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2016.
3. Ha ditolak, H0 diterima. Artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga: instrumental dengan kemandirian *activity daily living* anak tunarahita di SLB Air Randah Wilayah kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2016.
4. Ha diterima, H0 ditolak. Artinya ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga: emosional dengan kemandirian *activity daily living*

anak tunarahita di SLB Air Randah Wilayah kerja Puskesmas Gadut
Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2016.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian yang telah dilakukan menggunakan desain analitik deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu variabel sebab atau risiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian diukur dan dikumpulkan secara simultan, sesaat atau satu kali saja dalam satu kali waktu (dalam waktu yang bersamaan) untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara variabel independen dan dependen. Penelitian ini telah dilakukan terhadap variabel yang diduga berhubungan, yaitu hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita di SLB Air Randah wilayah kerja puskesmas Gadut Kabupaten 50 Kota tahun 2016.

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di SLB Air Randah wilayah kerja Puskesmas Gadut Kabupaten 50 Kota, dengan dasar pertimbangan bahwa SLB Air Randah merupakan Sekolah Luar Biasa swasta satu-satunya yang ada di daerah tersebut yang memiliki siswa tunagrahita yang cukup banyak. Dan dasar pertimbangan yang kedua adalah karena belum adanya peneliti sebelumnya yang meneliti tentang “hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita di SLB Air Randah”. Penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 18-23 Juli 2016.

4.3 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian yang akan diteliti. Populasi dapat berupa orang, benda, gejala, atau wilayah yang ingin diketahui oleh peneliti (Setiadi, 2013). Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: Objek / subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (A. Alimul Hidayat, 2009). Populasi dari penelitian ini adalah semua siswa-siswi tunagrahita di SLB Air Randah wilayah Kerja puskesmas Gadut Kabupaten 50 Kota tahun 2016 yang berjumlah 44 orang yang terdiri dari 13 orang perempuan dan 31 orang laki-laki, yang berada ditingkat D1C-D6C, VII-C, VIII-C dan IX-C.

No.	Tingkat	Murid		
		LK	PR	Jumlah
1.	D1-C	4	1	5
2.	D2-C	4	2	6
3.	D3-C	7	4	11
4.	D4-C	5	1	6
5.	D5-C	4	0	4
6.	D6-C	4	1	5
7.	VII-C	1	0	1
8.	VIII-C	1	2	3
9.	IX-C	0	1	1
10	X-C	0	1	1
Jumlah		31	13	44

4.3.2 Sampel

Menurut Notoatmodjo (2010), sampel adalah sebagian dari populasi atau keseluruhan objek yang akan diteliti dan dianggap mewakili dari populasi. Pengambilan sampel akan dilakukan dengan teknik *non probability sampling* dengan jenis *total sampling*, yaitu seluruh populasi diambil untuk

dijadikan sebagai sampel. Adapun rumus dalam teknik pengambilan sampel adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N d^2}$$

Keterangan : n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

d = tingkat kesalahan yang dipilih (d = 0,05)

Kriteria Sampel adalah:

1. Kriteria inklusi:

- a. Responden adalah orang tua anak dengan klasifikasi tunagrahita ringan
- b. Bersedia menjadi responden dalam penelitian ini

2. Kriteria eksklusi:

- a. Orang tua yang mengalami gangguan mental
- b. Orang tua yang tidak menyetujui untuk jadi responden

4.3.3 Teknik Sampling

Sampling adalah suatu proses yang akan menyeleksi proporsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi Nursalam (2011). Sedangkan teknik sampling menurut Aziz A. Hidayat (2008), adalah suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada. Teknik sampling yang akan peneliti gunakan adalah *total sampling* yaitu seluruh populasi diambil untuk dijadikan sebagai sampel. Dengan dasar pertimbangan bahwa populasi tunagrahita di SLB hanya terdapat 44 orang,

maka digunakanlah teknik *total sampling* demi keefektifan dalam penelitian yang dilakukan.

4.4 Teknik Pengumpulan Data

4.4.1 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner. Kuesioner merupakan cara mengumpulkan data secara formal kepada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis (Nursalam, 2011). Kuesioner merupakan alat ukur berupa angket / lembar checklist dengan beberapa pertanyaan (A. Alimul Hidayat, 2009). Pada penelitian ini responden mengisi kuesioner dengan jumlah soal sebanyak 40 pertanyaan, yang terdiri dari 20 pertanyaan untuk variabel independen yaitu dukungan keluarga (dukungan informasional, penilaian, instrumental dan emosional) dan 20 pertanyaan untuk variabel dependen yaitu kemandirian *Activity Daily Living* pada anak tunagrahita.

4.4.2 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur yang telah dilakukan dalam pengumpulan data yaitu pada tahap awal peneliti mengajukan permohonan izin untuk pelaksanaan penelitian pada institusi pendidikan (Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Perintis Padang) kemudian permohonan izin yang telah diperoleh dikirimkan atau diantar ke tempat penelitian (SLB Air Randah). Setelah mendapatkan izin penelitian, peneliti melaksanakan pengumpulan data penelitian. Setelah mendapatkan responden, selanjutnya peneliti menjelaskan kepada responden tersebut tentang tujuan, manfaat, dan proses pengambilan data. Kemudian

bagi calon responden yang bersedia, diminta untuk menandatangani surat *informed consent* dan mengisi lembar kuesioner.

Pada hari pertama penelitian yaitu tanggal 18 Juli 2016 peneliti mendapatkan responden sebanyak 16 responden, ke 16 responden ini adalah orang tua yang menunggu anaknya disekolah dan juga orang tua yang hanya ada ketika anaknya sedang istirahat jam pelajaran. Kemudian responden diminta mengisi lembar kuesioner selama 10-15 menit. Hari ke-2 penelitian peneliti mendapatkan responden sebanyak 14 responden, ke 14 responden adalah orang tua yang mengantar dan menjemput anaknya ke sekolah. Kemudian responden diminta untuk mengisi kuesioner dengan waktu yang sama. Hari ke-3 dan ke-4 penelitian peneliti mendapatkan responden sebanyak 6 dan 4 responden, sedangkan pada hari ke-5 penelitian peneliti hanya mendapatkan 2 responden. Sedangkan untuk 2 responden lagi peneliti dibantu oleh salah seorang guru di SLB tersebut untuk mendatangi rumah responden dikarenakan yang mengantar jemput anaknya kesekolah adalah tukang ojek. Apabila ada pertanyaan yang tidak dipahami oleh responden selama pengisian kuesioner, responden diberi kesempatan untuk bertanya. Selesai pengisian, peneliti mengambil kuesioner yang telah diisi responden, kemudian memeriksa kelengkapan data. Selanjutnya data yang telah terkumpul telah dianalisa.

4.5 Teknik Pengolahan dan Analisa Data

4.5.1 Teknik Pengolahan Data

Setelah data terkumpul dan diklasifikasikan kedalam beberapa kelompok menurut sub variabel. Data yang terkumpul telah diolah dengan menggunakan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Setelah kuesioner selesai diisi, maka setiap kuesioner diperiksa apakah diisi dengan benar dan lengkap, kemudian apakah tiap pernyataan sudah dijawab oleh responden.

2. Pemberian Tanda (*Coding*)

Pemberian tanda (*coding*) pada setiap pertanyaan kuesioner yang telah diisi oleh responden.

3. Memberi Nilai (*Scoring*)

Memberi skor atau nilai dalam bentuk angka pada setiap pertanyaan kuesioner yang telah diisi oleh responden.

4. Memproses Data (*Processing*)

Pada tahap ini dilakukan kegiatan proses data terhadap semua kuesioner yang lengkap dan benar untuk dianalisis. Kemudian data diolah dengan bantuan komputer yang dimulai dengan entry data kedalam program komputer

5. Pembersihan Data (*Cleaning*)

Kemudian pembersihan data (*cleaning*), peneliti melakukan pengecekan kembali data yang telah dimasukkan ke komputer untuk melihat

kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan, ketidak lengkapan data dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010).

4.5.2 Teknik Analisa Data

1. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan dengan analisis distribusi frekuensi dan statistik deskriptif untuk melihat variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen pada penelitian ini yaitu dukungan keluarga anak tunagrahita, yang terdiri dari: informasional, penilaian, instrumental dan emosional, sedangkan variabel dependennya adalah kemandirian *Activity Daily Living* pada anak tunagrahita. Tujuannya yaitu untuk mengetahui distribusi frekuensi dari masing-masing variabel.

$$\text{Rumus : } P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P : Persentase

F : Frekuensi

N : Jumlah responden

2. Analisis Bivariat

Analisis *bivariat* dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan. Pengujian hipotesis untuk pengambilan keputusan tentang hipotesis yang akan dilakukan cukup meyakinkan untuk diterima atau ditolak menggunakan uji *chi-square*. Untuk melihat kemaknaan perhitungan statistik akan digunakan batasan kemaknaan = 0, 05. Jika $P \leq 0, 05$ berarti bermakna, jika $P > 0, 05$ berarti tidak bermakna. Adapun rumus untuk mencari bivariat adalah:

$$\text{Rumus} = X = \frac{\sum (O-E)^2}{E}$$

Keterangan:

O = nilai observasi

E = nilai ekspektasi (harapan)

k = jumlah kolom

b = jumlah baris

4.6 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada responden untuk mendapatkan persetujuan penelitian. Setelah mendapatkan persetujuan penelitian, barulah peneliti melakukan penelitian dengan menegakkan masalah etika. Menurut A. Alimul Hidayat, (2011), masalah etika dalam penelitian ini meliputi:

4.6.1 *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Informed consent (lembar persetujuan) merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus mengisi hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukan tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur

pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi dan lain-lain.

4.6.2 Anonimity (Tanpa Nama)

Anonimity (tanpa nama) merupakan etika dalam penelitian dengan cara tidak memberikan nama responden pada lembar pengumpulan data. Lembar tersebut hanya diberi inisial tertentu. Informasi responden tidak hanya dirahasiakan tapi juga harus dihilangkan.

4.6.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Confidentiality (kerahasiaan) merupakan masalah etika dengan menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya, semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Hasil Penelitian

Penelitian yang telah dilakukan di SLB Air Randah dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian *Activity Daily Living* Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016” dengan jumlah responden sebanyak 44 orang, yang disesuaikan dengan kriteria sampel yang telah ditentukan. Penelitian ini dilakukan mulai tanggal 18 Juli sampai dengan 23 Juli 2016.

Pada penelitian ini 44 anak dijadikan sebagai subjek penelitian. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah dengan membagikan kuesioner kepada orang tua dari siswa-siswi tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Tahun 2106, sesuai dengan kondisi responden pada saat itu tanpa pengaruh ataupun paksaan dari orang lain termasuk peneliti. Setelah data dikumpulkan kemudian diolah secara komputerisasi dengan uji statistik yang kemudian data disajikan dalam bentuk tabel.

5.2 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota. SLB ini terletak di jalan raya Payakumbuh-Lintau KM 14, Air Randah, Kenagarian Gadut Kecamatan Lareh Sago Halaban Kabupaten Lima Puluh Kota. SLB Air Randah

merupakan SLB swasta satu-satunya yang berada di Kecamatan Lareh Sago Halaban. SLB Air Randah tidak hanya menerima murid dari Kecamatan Lareh Sago Halaban saja, tapi juga ditambah dengan Kecamatan yang berada disebelahnya yaitu Kecamatan Luak.

5.3 Analisis Univariat

Analisis variabel independen yaitu dukungan keluarga (dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional) dengan kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2016, didapatkan hasil sebagai berikut pada tabel dibawah ini.

5.3.1 Dukungan Informasional

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Informasional di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Tahun 2016

Dukungan Informasional	Frekuensi	Persentase (%)
Mendukung	34	77,3
Tidak Mendukung	10	22,7
Total	44	100

Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu sebanyak 34 orang responden (77,3 %) mempunyai dukungan informasional yang mendukung.

5.3.2 Dukungan Penilaian

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Penilaian di SLB Air
Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Tahun 2016

Dukungan Penilaian	Frekuensi	Persentase (%)
Mendukung	37	84,1
Tidak Mendukung	7	15,9
Total	44	100

Berdasarkan tabel 5.2 dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu sebanyak 37 orang responden (84,1%) mempunyai dukungan penilaian yang mendukung.

5.3.3 Dukungan Instrumental

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Instrumental di SLB Air
Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Tahun 2016

Dukungan Instrumental	Frekuensi	Persentase (%)
Mendukung	35	79,5
Tidak Mendukung	9	20,5
Total	44	100

Berdasarkan tabel 5.3 dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu sebanyak 35 orang responden (79,5%) mempunyai dukungan instrumental yang mendukung.

5.3.4 Dukungan Emosional

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Emosional di SLB Air
Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Tahun 2016

Dukungan Emosional	Frekuensi	Persentase (%)
Mendukung	37	84,1
Tidak Mendukung	7	15,9
Total	44	100

Berdasarkan tabel 5.4 dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu sebanyak 37 orang responden (84,1%) mempunyai dukungan emosional yang mendukung.

5.3.5 Kemandirian ADL

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kemandirian ADL di SLB Air Randah
Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Tahun 2016

Kemandirian ADL	Frekuensi	Persentase (%)
Mandiri	34	77,3
Tergantung	10	22,7
Total	44	100

Berdasarkan tabel 5.5 dapat dilihat bahwa lebih dari separoh yaitu sebanyak 34 orang responden (77,3%) mempunyai kemandirian ADL mandiri.

5.4 Analisis Bivariat

5.4.1 Hubungan Dukungan Informasional Dengan Kemandirian ADL

Tabel 5.6
Hubungan Dukungan Informasional Dengan Kemandirian ADL
Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja
Puskesmas Gadut Tahun 2016

Dukungan informasional	Kemandirian ADL				Total		P value	OR
	Tergantung		Mandiri		F	%		
	F	%	F	%				
Tidak Mendukung	5	50	5	50	10	100	0,032	5,80 0
Mendukung	5	14,7	29	85,3	34	100		
Total	10	22,7	34	77,3	40	100		

Dari hasil tabel 5.6 terdapat sebanyak 5 (50%) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan informasional tidak mendukung, mengalami kemandirian ADL tergantung. Terdapat sebanyak 5 (50%) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan informasional tidak mendukung, mengalami kemandirian ADL. Terdapat sebanyak 5 (14,7%) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan informasional mendukung, mengalami kemandirian ADL tergantung. Terdapat sebanyak 29 (85,3%) dari 44 responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan informasional mendukung, mengalami kemandirian ADL. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p\ value = 0,032$ artinya ($p < 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan informasional dengan kemandirian ADL. Dari hasil analisis juga didapatkan $OR=5,800$, artinya

dukungan informasional yang mendukung memiliki peluang sebanyak 5,800 kali untuk kemandirian ADL mandiri dibandingkan dengan dukungan informasional tidak mendukung.

5.4.2 Hubungan Dukungan Penilaian Dengan Kemandirian ADL

Tabel 5.7
Hubungan Dukungan Penilaian Dengan Kemandirian ADL
Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja
Puskesmas Gadut Tahun 2016

Dukungan penilaian	Kemandirian ADL				Total		P value	OR
	Tergantung		Mandiri		f	%		
	F	%	F	%				
Tidak Mendukung	4	57,1	3	42,9	7	100	0,037	6,889
Mendukung	6	16,2	31	83,8	37	100		
Total	10	22,7	34	77,3	40	100		

Dari hasil tabel 5.7 didapatkan lebih dari separoh yaitu sebanyak 4 (57,1%) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan penilaian tidak mendukung, mengalami kemandirian ADL tergantung. Terdapat sebanyak 3 (42,9%) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan penilaian tidak mendukung, mengalami kemandirian ADL. Terdapat sebanyak 6 (16,2%) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan penilaian mendukung, mengalami kemandirian ADL tergantung. Terdapat sebanyak 31 (83,8%) dari 44 responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan penilaian mendukung, mengalami kemandirian ADL. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,037$ artinya ($p < 0,05$) maka dapat disimpulkan

bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan penilaian dengan kemandirian ADL. Dari hasil analisis juga didapatkan OR=6,889, artinya dukungan penilaian yang mendukung memiliki peluang sebanyak 6,889 kali untuk kemandirian ADL mandiri dibandingkan dengan dukungan penilaian tidak mendukung.

5.4.3 Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Kemandirian ADL

Tabel 5.8
Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Kemandirian ADL
Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja
Puskesmas Gadut Tahun 2016

Dukungan instrumental	Kemandirian ADL				Total		P value	OR
	Tergantung		Mandiri		f	%		
	F	%	F	%				
Tidak Mendukung	4	44,4	5	55,6	9	100	0,175	3,867
Mendukung	6	17,1	29	82,9	35	100		
Total	10	22,7	34	77,3	44	100		

Dari hasil tabel 5.8 didapatkan bahwa kurang dari separoh yaitu sebanyak 4 (44,4 %) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan instrumental tidak mendukung, mengalami kemandirian ADL yang tergantung. Terdapat sebanyak 5 (55,6 %) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan instrumental tidak mendukung, mengalami kemandirian ADL. Terdapat sebanyak 6 (17,1 %) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan instrumental mendukung mengalami kemandirian ADL yang tergantung. Terdapat sebanyak 29 (82,9 %) dari 44 responden yang mempunyai

dukungan instrumental mendukung, mengalami kemandirian ADL. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p \text{ value} = 0,175$ artinya ($p > 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan instrumental dengan kemandirian ADL. Dari hasil analisis juga didapatkan $OR=3,867$, artinya dukungan instrumental yang tidak mendukung memiliki peluang sebanyak 5,800 kali untuk kemandirian ADL tergantung dibandingkan dengan dukungan instrumental mendukung.

5.4.4 Hubungan Dukungan Emosional Dengan Kemandirian ADL

Tabel 5.9
Hubungan Dukungan Emosional Dengan Kemandirian ADL
Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja
Puskesmas Gadut Tahun 2016

Dukungan emosional	Kemandirian ADL				Total		P value	OR
	Tergantung		Mandiri		F	%		
	F	%	F	%			F	%
Tidak Mendukung	4	57,1	3	42,9	7	100	0,037	5,614
Mendukung	6	16,2	31	83,8	37	100		
Total	10	22,7	34	77,3	44	100		

Dari hasil tabel 5.9 didapatkan lebih dari separoh yaitu sebanyak 4 (57,1 %) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan emosional tidak mendukung, mengalami kemandirian ADL tergantung. Terdapat sebanyak 3 (42,9 %) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan emosional tidak mendukung, mengalami kemandirian ADL. Terdapat sebanyak 6 (16,2 %) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan emosional mendukung,

mengalami kemandirian ADL tergantung. Terdapat sebanyak 31 (83,8 %) dari 44 responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan emosional mendukung, mengalami kemandirian ADL. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p \text{ value} = 0,037$ artinya ($p < 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan emosional dengan kemandirian ADL. Dari hasil analisis juga didapatkan $OR=5,614$, artinya dukungan emosional yang mendukung memiliki peluang sebanyak 5,614 kali untuk kemandirian ADL mandiri dibandingkan dengan dukungan emosional tidak mendukung.

5.5 Pembahasan

5.5.1 Univariat

1. Dukungan Informasional

Hasil penelitian didapatkan bahwa lebih dari separoh yaitu sebanyak 34 orang responden (77,3%) mempunyai dukungan informasional yang mendukung. Sedangkan dukungan informasional yang tidak mendukung terdapat 10 orang responden (22,7 %).

Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Gralfitrisia, (2012) penelitian dukungan keluarga dalam merawat anak retardasi mental dalam aspek informasi dengan 43 responden didapatkan 31 (72%) responden memiliki dukungan informasi yang baik, yang memiliki dukungan yang cukup sebanyak 11 (26%) responden, sedangkan yang memiliki dukungan yang kurang sebanyak 1 (2%) responden.

Penelitian ini sesuai dengan teori Friedman (2014) Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian 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.

Menurut asumsi peneliti bahwa dukungan informasional ini sangat lah penting bagi seorang anak tunagrahita, karena dengan dukungan informasi yang diberikan oleh keluarga, seorang anak tunagrahita bisa meningkatkan keamandiannya dalam beraktivitas dengan syarat keluarga memberikan atau mngajarkan informasi yang didapat kepada anak secara terus menerus. Karena dukungan informasi ini bisa memberikan aksi sugesti yang khusus kepada seorang individu.

2. Dukungan Penilaian

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separoh yaitu sebanyak 37 orang responden dengan persentase (84,1 %) mempunyai dukungan penilaian yang mendukung. Sedangkan dukungan penilaian yang tidak mendukung terdapat 7 orang responden (15,9 %).

Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Gralfitrisia, (2012) penelitian dukungan keluarga dalam dalam merawat anak retardasi mental dari aspek penilaian keluarga dari 43 reponden, didapat

35 (81%) responden memiliki dukungan yang baik, yang memiliki dukungan cukup sebesar 5 (12%) responden, sedangkan yang memiliki dukungan yang kurang sebanyak 3 (7%) responden.

Penelitian ini sesuai dengan teori Friedman (2014) Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, perhatian.

Menurut asumsi peneliti bahwa dukungan penilaian yang diberikan kepada seorang anak akan sangat membantu anak dalam meningkatkan kemandirian ADL baik itu dari segi mandi, berhias atau bersolek, makan dan maupun dari segi mandiri atau tergantungnya dalam melakukan BAB & BAK. Karena didalam dukungan penilaian ini terdapat beberapa aspek yang bisa membuat seorang anak merasa dihargai, merasa diperhatikan, merasa diberikan support yang sangat luar biasa dari keluarga. Sehingga masalah-masalah yang terdapat pada seorang anak tunagrahita bisa terpecahkan, karena keluarga disini berperan sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga.

3. Dukungan Instrumental

Hasil penelitian didapatkan bahwa lebih dari separoh yaitu sebanyak 35 orang responden dengan persentase 79,5 % mempunyai dukungan instrumental yang mendukung. Sedangkan dukungan instrumental yang tidak mendukung terdapat 9 orang responden (20,5 %).

Sama halnya dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Gralfitrisia, (2012) dukungan keluarga dalam merawat anak retardasi mental, dari hasil penelitian dukungan keluarga dalam aspek instrumental didapatkan hasil dukungan pada aspek instrumental sebanyak 29 (67%) responden memiliki dukungan yang baik, sedangkan yang memiliki dukungan yang kurang sebanyak 12 (28%) responden, dan yang memiliki dukungan yang kurang sebesar 2 (5%) responden.

Penelitian ini sesuai dengan teori Friedman (2014) Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan. Dukungan instrumental adalah dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana maupun meluangkan waktu untuk membantu melayani serta mendengarkan keluhan anak. Dukungan ini, dimana keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

Keluarga merupakan sumber pertolongan kritis dan konkrit yaitu kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat dan terhindar dari kelelahan. Bentuk dukungan ini dapat mengurangi beban individu karena individu dapat langsung memecahkan masalah yang berhubungan dengan materi. Efek dari dukungan keluarga terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan. Keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya

mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi. Disamping itu, pengaruh positif dari dukungan keluarga adalah pada penyesuaian terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stress.

Menurut asumsi peneliti bahwa dukungan instrumental ini juga merupakan dukungan yang sangat penting bagi seorang anak tunagrahita, karena dengan dukungan instrumental bisa meningkatkan moralitas seorang anak tunagrahita, cepat sembuh dari penyakit, karena dengan bantuan dari keluarga apabila seorang anak tunagrahita sakit bisa langsung dibawa berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Dengan bantuan dukungan instrumental ini seorang anak tunagrahita bisa terpecahkan masalahnya.

4. Dukungan Emosional

Hasil penelitian didapatkan bahwa lebih dari separoh yaitu sebanyak 37 orang responden dengan persentase 84,1 % mempunyai dukungan emosional yang mendukung. Sedangkan dukungan emosional yang tidak mendukung terdapat 7 orang responden (15,9%).

Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Gralfitrisia, (2012) dari penelitian dukungan keluarga dalam merawat anak retardasi mental dari aspek emosional, didapatkan hasil dari 43 responden yang memiliki dukungan baik sebesar 32 (74%) responden, sedangkan sebanyak 10 (23%) responden memiliki dukungan yang cukup, dan yang memiliki dukungan yang kurang sebanyak 1 (2%) responden.

Penelitian ini sesuai dengan teori Friedman (2014) 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. Dukungan ini membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, diperlukan dan dicapai oleh sumber dukungan sosial sehingga dapat menghadapi masalah yang lebih baik. Dukungan emosional merupakan bantuan emosional, pernyataan tentang cinta, perhatian, penghargaan, simpati, dan menjadi bagian dari kelompok yang berfungsi untuk memperbaiki perasaan negatif yang khusus disebabkan oleh kecemasan.

Menurut asumsi peneliti bahwa dukungan emosional ini juga sangat penting bagi anak tunagrahita, maksudnya disini adalah dengan bantuan dukungan emosional seorang anak tunagrahita, merasa di dengarkan dan merasa di anggap didalam keluarga tersebut, dan juga anak tersebut merasa dicintai oleh keluarga. Sehingga apa yang diajarkan dan dilatihkan kepada anak tersebut bisa di lakukan dengan baik.

5. Kemandirian ADL

Distribusi frekuensi kemandirian ADL menunjukkan bahwa lebih dari separoh yaitu sebanyak 34 orang responden (77,3%) mampu untuk mandiri dalam ADL. Sedangkan yang tergantung dalam kemandirian ADL terdapat 10 orang responden (22,7%).

Menurut Suparyanto, (2011) *Activity Daily Living* (ADL) adalah kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari. *Activity Daily Living* merupakan aktivitas pokok bagi perawatan diri. *ADL* meliputi antara lain: ke toilet, makan, berpakaian (berdandan), mandi, dan berpindah tempat.

Sedangkan menurut (Sugiarto, 2005) *Activity Daily Living* adalah mencakup perawatan diri seperti berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telepon, menulis, mengelola uang dan sebagainya dan mobilitas seperti berguling di tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ketempat lain.

Menurut asumsi peneliti *Activity Daily Living* adalah kegiatan yang berulang dilakukan setiap hari oleh seorang individu, baik berupa mandi, berhias atau bersolek, makan/minum, dan BAB/BAK.

5.5.2 Bivariat

1. Hubungan Dukungan Informasional Dengan Kemandirian ADL

Hasil penelitian didapatkan terdapat sebanyak 5 (50%) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan informasional tidak mendukung, mengalami kemandirian ADL tergantung. Terdapat sebanyak 5 (50%) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan informasional tidak mendukung, mengalami kemandirian ADL. Terdapat sebanyak 5 (14,7%) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan informasional mendukung, mengalami kemandirian ADL tergantung. Terdapat sebanyak 29 (85,3%) dari 44 responden yang mempunyai dukungan

keluarga: dukungan informasional mendukung, mengalami keamndirian ADL. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p \text{ value} = 0,032$ artinya ($p < 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan informasional dengan kemandirian ADL.

Penelitian ini sama halnya dengan yang dilakukan oleh Suwardiman, (2011) tentang hubungan dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang tahun 2011. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga ($P \text{ value} = 0,0005$). Penelitian ini juga sejalan dengan yang dilakukan oleh Prima, (2012) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada usia tua di Nagari Tanjung Banai Aur, Kecamatan Sumpur Kudus, Kabupaten Sijunjung tahun 2012. Hasil uji statistik didapatkan $P = 0,005$ terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan informasi dengan tingkat depresi.

Penelitian ini sesuai dengan teori Friedman (2014) Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian 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.

Menurut Setiawati, (2008) keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan memengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dan tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan

Menurut asumsi peneliti bahwa dukungan informasional ini sangat lah penting bagi seorang anak tunagrahita, karena dengan dukungan informasi yang diberikan oleh keluarga, seorang anak tunagrahita bisa meningkatkan keamandiannya dalam beraktivitas dengan syarat keluarga memberikan atau mngajarkan informasi yang didapat kepada anak secara terus menerus. Karena dukungan informasi ini bisa memberikan aksi sugesti yang khusus kepada seorang individu.

2. Hubungan Dukungan Penilaian Dengan Kemandirian ADL

Hasil penelitian didapatkan lebih dari separoh yaitu sebanyak 4 (57,1%) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan penilaian tidak mendukung, mengalami kemandirian ADL tergantung. Terdapat sebanyak 3 (42,9%) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan penilaian tidak mendukung, mengalami kemandirian ADL. Terdapat sebanyak 6 (16,2%) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan penilain mendukung, mengalami kemandirian ADL tergantung. Terdapat sebanyak 31 (83,8%)

dari 44 responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan penilaian mendukung, mengalami kemandirian ADL. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p \text{ value} = 0,037$ artinya ($p < 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan penilaian dengan kemandirian ADL.

Penelitian ini sama halnya yang dilakukan oleh Suwardiman, (2011) tentang hubungan dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang tahun (2011). Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan informasional dengan beban keluarga ($P \text{ value} = 0,0005$). Penelitian ini juga sejalan dengan yang dilakukan oleh Prima, (2012) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada usia tua di Nagari Tanjung Banai Aur, Kecamatan Sumpur Kudus, Kabupaten Sijunjung tahun 2012. Hasil uji statistik didapatkan $P = 0,041$ terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan penilaian dengan tingkat depresi.

Penelitian ini sesuai dengan teori Friedman (2014) keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, perhatian.

Menurut Mustofa, (2010) 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 Anak dengan Retardasi mental bisa dilatih agar tak terlalu bergantung.

Menurut asumsi peneliti bahwa dukungan penilaian yang diberikan kepada seorang anak akan sangat membantu anak dalam meningkatkan kemandirian ADL baik itu dari segi mandi, berhias atau bersolek, makan dan maupun dari segi mandiri atau tergantungnya dalam melakukan BAB & BAK. Karena didalam dukungan penilaian ini terdapat beberapa aspek yang bisa membuat seorang anak merasa dihargai, merasa diperhatikan, merasa diberikan support yang sangat luar biasa dari keluarga. Sehingga masalah-masalah yang terdapat pada seorang anak tunagrahita bisa terpecahkan, karena keluarga disini berperan sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga.

3. Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Kemandirian ADL

Hasil penelitian didapatkan bahwa kurang dari separoh yaitu sebanyak 4 (44,4 %) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan instrumental tidak mendukung, mengalami kemandirian ADL yang tergantung. Terdapat sebanyak 5 (55,6 %) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan instrumental tidak

mendukung, mengalami kemandirian ADL. Terdapat sebanyak 6 (17,1 %) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan instrumental mendukung mengalami kemandirian ADL yang tergantung. Terdapat sebanyak 29 (82,9 %) dari 44 responden yang mempunyai dukungan instrumental mendukung, mengalami kemandirian ADL. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p \text{ value} = 0,175$ artinya ($p > 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan instrumental dengan kemandirian ADL.

Penelitian ini sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Ulfah, (2011) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien Tuberkulosis (TBC) di Wilayah Kerja Puskesmas Pamulang Tangerang Selatan didapatkan hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara hubungan dukungan instrumental dengan kepatuhan minum obat ($P \text{ value} = 1,000$). Penelitian ini juga sejalan dengan yang dilakukan oleh Afriyani (2009) bahwa dukungan instrumental tidak berpengaruh terhadap kepatuhan minum obat.

Teori Friedman, (2014) mengatakan keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan. Dukungan instrumental adalah dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana maupun meluangkan waktu untuk membantu melayani serta mendengarkan keluhan anak. Dukungan ini, dimana keluarga merupakan fungsi

ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

Keluarga merupakan sumber pertolongan kritis dan konkrit yaitu kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat dan terhindar dari kelelahan. Bentuk dukungan ini dapat mengurangi beban individu karena individu dapat langsung memecahkan masalah yang berhubungan dengan materi. Efek dari dukungan keluarga terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan. Keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi. Disamping itu, pengaruh positif dari dukungan keluarga adalah pada penyesuaian terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stress.

Menurut asumsi peneliti dari hasil penelitian diatas menunjukkan dukungan instrumental tidak berhubungan dengan kemandirian *activity daily living* di SLB Air Randah. Menurut peneliti walaupun anak tunagrahita lebih dari separoh mendapat dukungan instrumental tetapi jika anak tunagrahita ini tidak diajak untuk melakukan kegiatan diluar rumah seperti jalan-jalan ketempat wisata, dan juga anak tunagrahita tersebut tidak diberi kesempatan untuk memilih sendiri fasilitas yang disukai untuk melakukan kegiatan sehari-hari seperti sabun yang disukai untuk mandi walaupun anak tersebut di sediakan alat-alat yang cukup tentunya ini akan mempengaruhi terhadap kemandirian seorang anak.

Karena anak tunagrahita tersebut merasa dirinya tidak diperhatikan dengan baik dan keinginannya tidak dituruti. Dengan dukungan instrumental ini diharapkan bisa memacu diri seorang anak tunagrahita untuk mandiri. Karena dengan dukungan instrumental bisa meningkatkan moralitas seorang anak tunagrahita, cepat sembuh dari penyakit, karena dengan bantuan dari keluarga apabila seorang anak tunagrahita sakit bisa langsung dibawa berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Dengan bantuan dukungan instrumental ini seorang anak tunagrahita bisa memecahkan masalahnya.

4. Hubungan Dukungan Emosional Dengan Kemandirian ADL

Hasil penelitian didapatkan lebih dari separoh yaitu sebanyak 4 (57,1 %) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan emosional tidak mendukung, mengalami kemandirian ADL tergantung. Terdapat sebanyak 3 (42,9 %) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan emosional tidak mendukung, mengalami kemandirian ADL. Terdapat sebanyak 6 (16,2 %) dari 44 orang responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan emosional mendukung, mengalami kemandirian ADL tergantung. Terdapat sebanyak 31 (83,8 %) dari 44 responden yang mempunyai dukungan keluarga: dukungan emosional mendukung, mengalami kemandirian ADL. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p \text{ value} = 0,037$ artinya ($p < 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan emosional dengan kemandirian ADL.

Penelitian ini sama halnya yang dilakukan oleh Suwardiman, (2011) tentang hubungan dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang tahun (2011). Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan emosional dengan beban keluarga (P value = 0,0005). Penelitian ini juga sejalan dengan yang dilakukan oleh Prima, (2012) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada usia tua di Nagari Tanjung Banai Aur, Kecamatan Sumpur Kudus, Kabupaten Sijunjung tahun 2012. Hasil uji statistik didapatkan $P = 0,007$ terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan emosional dengan tingkat depresi.

Penelitian ini sesuai dengan teori Friedman (2014) 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. Dukungan ini membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, diperlukan dan dicapai oleh sumber dukungan sosial sehingga dapat menghadapi masalah yang lebih baik. Dukungan emosional merupakan bantuan emosional, pernyataan tentang cinta, perhatian, penghargaan, simpati, dan menjadi bagian dari kelompok yang berfungsi untuk memperbaiki perasaan negatif yang khusus disebabkan oleh kecemasan.

Kertia (2009), mengatakan hal pertama yang perlu diberikan kepada anak dengan Retardasi mental adalah kepercayaan diri dalam melakukan sesuatu. Caranya, di antaranya orang-orang terdekat harus selalu diberikan pujian atas apa yang telah dilakukan, meskipun hasilnya tidak sempurna. Dengan begitu, si anak merasa apa yang dia lakukan sudah benar. Sehingga, timbul rasa percaya diri, berani tampil di depan orang lain, minimal dia merasa diperhatikan. Yang dibutuhkan anak tunagrahita menurut Kertia, (2009) yaitu : 1) Keikhlasan dan kekompakan orang tua beserta anggota keluarga lainnya; 2) Kerja keras orang tua, tidak sekadar menunggu keajaiban anak bisa mandiri; 3) Pendidikan dan pelatihan kemampuan social; 4) *Toilet training*; 4) Pendekatan perilaku; 5) Upaya menumbuhkan kepercayaan diri dan penghargaan atas apa yang telah dikerjakan; 6) Sering konsultasi kepada ahli; 7) Nutrisi dan stimulasi yang cukup.

Menurut asumsi peneliti bahwa dukungan emosional ini juga sangat penting bagi anak tunagrahita, maksudnya disini adalah dengan bantuan dukungan emosional seorang anak tunagrahita, merasa di dengarkan dan merasa di anggap didalam keluarga tersebut, dan juga anak tersebut merasa dicintai oleh keluarga. Sehingga apa yang diajarkan dan dilatihkan kepada anak tersebut bisa di lakukan dengan baik.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada tanggal 18-23 Juli 2016 di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2016 didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Lebih dari separoh yaitu sebanyak 34 orang responden (77,3%) mempunyai dukungan informasional yang mendukung di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2016 .
2. Lebih dari separoh yaitu sebanyak 37 orang responden (84,1%) mempunyai dukungan penilaian yang mendukung di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2016.
3. Lebih dari separoh yaitu sebanyak 35 orang responden (79,5%) mempunyai dukungan instrumental yang mendukung di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2016.
4. Lebih dari separoh yaitu sebanyak 37 orang responden (84,1%) mempunyai dukungan emosional yang mendukung di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2016.

5. Lebih dari separoh yaitu sebanyak 34 orang responden (77,3%) mempunyai kemandirian ADL di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2016.
6. Terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan informasional dengan kemandirian ADL dengan nilai $P = 0,032$.
7. Terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan penilaian dengan kemandirian ADL dengan nilai $P = 0,037$.
8. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan instrumental dengan kemandirian ADL dengan nilai $P = 0,175$.
9. Ada hubungan yang bermakna antara dukungan emosional dengan kemandirian ADL dengan nilai $P = 0,037$.

6.2 Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi mahasiswa/i untuk mengetahui dukungan keluarga dengan kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita, dan juga sebagai informasi terbaru untuk dijadikan masukan tambahan bagi institusi pendidikan.

2. Bagi SLB Air Randah

Diharapkan kepada SLB Air Randah untuk meningkatkan hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *Activity Daily Living* anak tunagrahita, agar anak tunagrahita tersebut tidak selalu bergantung dengan orang lain atau orang tuanya sendiri.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian tentang dukungan keluarga dengan kemandirian ADL, dengan variabel yang berbeda, serta dengan metode yang lebih mendalam.

DAFTAR PUSTAKA

- Akhmadi. (2009). *Dukungan Keluarga*. Pada [Http://Dukungan-Keluarga.com](http://Dukungan-Keluarga.com) diakses pada 15 April 2016
- Alpers. (2014). *Pediatri Rudolf Volume 1*. Jakarta: EGC
- Astati. (2010). *Menuju Kemandirian Anak Tuna Grahita*. Pada <http://bintangbangsaku.com> diakses pada 16 april 2016
- Astati. (2008). *Konsep Activity of Daily Living*. Pada <http://bintangbangsaku.com> diakses pada 17 April 2016
- Effendi, M. (2006). *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan*. Jakarta: Pt. Bumi Aksara
- Febry, Yunanda Putra. (2012). *Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Tingkat Kemandirian Personal Hygiene Anak Usia Prasekolah di Desa Balung Lor Kecamatan Balung Kabupaten Jember*. Pada <http://repository.unej.ac.id> ddiakses pada 28 April 2016
- Friedman, Marylin, dkk. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga, Riset, Teori & Praktik*. Jakarta: ECG
- Gralfitrisia, Amy. (2012). *Dukungan Keluarga dalam Merawat Anak Retardasi Mental di SLB Padangsidimpuan*. Pada <http://respiratory.usu.ac.id> diakses pada 20 April 2016
- Hidayat, Alimul A. (2009). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika
- Jevuska. (2007). *Retardasi Mental*. Pada <http://www.jevuska.com> diakses pada 20 April 2016
- Judarwanto, Dr. Widodo. (2009). *Retardasi Mental: Pencegahan Dan Penanganannya*. Pada <http://koranindonesiasehat.wordpress.com> diunduh pada 15 April 2016
- Kertia, Wila. (2009). *Nona Dan Dunia Yang Beku Anak Keterbelakang Mental*. Pada <http://anakketerbelakangmental.com> diakses pada 16 April 2016
- Khoerunnisa, Rani Octavia dkk. (2013). *Karakteristik Anak Yang Mengalami Mental Retardation dan Downsyndrome*. Pada <http://www.academia.edu> diakses pada 29 April Mei 2016
- Kozier, F. (2009). *Fundamental Keperawatan, Edisi 8*. Jakarta: EGC

- Latief, Nurmayanti. (2015). *Upaya Memandirikan Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) Melalui Pembelajaran Bina Diri*. Pada <http://nl26.blogspot.co.id> diakses pada 21 April 2016
- Lumbantobing. (2001). *Anak Dengan Mental Terbelakang*. Jakarta: FKUI
- Mustofa, Syazili. (2010). *Keterbelakangan Mental*. Pada http://keterbelakanganmental-retardasimental-syazili_mustofa.com diakses pada 16 April 2016
- Mutiara, Sari, Dewi. (2014). *Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Frekuensi Kunjungan Antenatal Care Pada Komunitas Ibu Slum Area Kelurahan Selapajang Jaya Kota Tangerang*. Pada <http://repository.uinjkt.ac.id> diakses pada 18 April 2016
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrument Penelitian*. Jakarta: Salemba Medika
- Patricia, dkk. (2014). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikiatrik: Teori & Praktik*. Jakarta: EGC
- Ramawati, Dian. (2011). *Kemampuan Perawatan Diri Anak Tunagrahita Berdasarkan Faktor Eksternal dan Internal Anak*. Pada <http://lib.ui.ac.id> diakses pada 20 April 2016
- Setiadi. (2008). *Konsep dan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Setiawati, S. & Agus Citra. (2008). *Panduan Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Salemba Medika
- Semium, Yustinus. (2010). *Kesehatan Mental 2*. Yogyakarta: Kansius
- Setiadi. (2013). *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Sugiarto, Andi. 2005. *Penilaian Keseimbangan Dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari Pada Lansia Di panti Werdha Pelkris Elim Semarang Dengan Menggunakan Berg Balance Scale Dan Indeks Barthel*. Semarang : UNDIP
- Suparyanto. (2011). *Activity Daily Living*. Pada <http://dokumen.tips/documents/konsep-adl.html> diakses pada 19 April 2016
- Tomnsend, Mary C. (2010). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Psikiatri: Rencana Asuhan & Medikasi Psikotropik Ed. 5*. Jakarta: EGC).

Widati, Sri. (2011). *Bina Diri Bagi Anak Berkebutuhan Khusus (ABK)*. Pada <http://file.upi.edu> diakses pada 27 Mei 2016

Yogi Afandi. (2011). *Konsep Intelligensi*. Pada <http://yogieafandi.blogspot.com> diakses pada 20 April 2016

Lampiran 1

PERMOHONAN UNTUK MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth

Bapak/Ibu Calon Responden

Di tempat

Dengan Hormat ,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Prodi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang :

Nama : JUNNATUL WAFIQ

Nim : 12103084105020

Bermaksud akan melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian *Activity Daily Living* Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016”.

Adapun tujuan penelitian ini untuk kepentingan pendidikan peneliti, dan segala informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya dan peneliti bertanggung jawab apabila informasi yang diberikan akan merugikan bagi responden. Apabila Bapak/Ibu menyetujui untuk menjadi responden, maka peneliti mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menandatangani lembar persetujuan.

Atas bantuan, dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Bukittinggi, April 2016

Peneliti

(Junnatul Wafiq)

Lampiran 2

PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh :

Nama : JUNNATUL WAFIQ

NIM : 12103084105020

Judul : Hubungan Dukungan Keluarga dengan *Kemandirian Activity Daily Living* Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak bersifat negatif terhadap saya, sehingga jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya dan akan dirahasiakan.

Demikian pernyataan ini saya buat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bukittinggi, April 2016

Responden

()

Lampiran 3

Kisi-kisi Kuesioner

No.	Variabel	Jumlah Item Pertanyaan	Jumlah Pertanyaan
	<u>Variabel independen</u>		
1.	Dukungan keluarga:		
	1. Dukungan informasional	1, 2, 3, 4, 5	5 pertanyaan
	2. Dukungan penilaian		
	3. Dukungan instrumental	6, 7, 8, 9, 10	5 pertanyaan
	4. Dukungan emosional	11, 12, 13, 14, 15	5 pertanyaan
		16, 17, 18, 19, 20	5 pertanyaan
Jumlah			20 pertanyaan
	<u>Variabel dependen</u>		
2.	Kemandirian <i>Activity Daily Living</i>	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20	20 pertanyaan

Lampiran 4

Kuesioner Penelitian

**Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian *Activity Daily Living*
Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut
Kabupaten 50 Kota**

Nomor Responden

--	--	--

Petunjuk pengisian:

1. Isilah pertanyaan berikut dan berilah tanda checklist (\checkmark) pada kotak yang telah disediakan !
2. Diisi oleh keluarga (ayah, ibu, atau kakak) !

A. Data Demografi Responden

Inisial : (contoh: **Junnatul Wafiq** jadi **JW**)

Usia : tahun

Jenis Kelamin : () laki-laki

() Perempuan

Pekerjaan : () PNS () Swasta () Lain-lain

() Buruh () Petani

Pendidikan terakhir : () Tidak sekolah () SLTA

() SD () Perguruan tinggi

() SLTP

Alamat/No. Hp : /

B. Lembar Kuesioner Dukungan Keluarga

Petunjuk pengisian:

Jawablah pertanyaan berikut dengan jujur dan beri tanda checklist (\checkmark) pada kolom, sesuai yang dilakukan oleh keluarga !

Selalu : Jika pernyataan tersebut selalu dilakukan oleh keluarga

Sering : Jika pernyataan tersebut sering dilakukan oleh keluarga

Jarang : Jika pernyataan tersebut jarang dilakukan oleh keluarga

Tidak pernah : Jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan oleh keluarga

No.	Pertanyaan	Selalu (4)	Sering (3)	Jarang (2)	Tidak pernah (1)
1.	Dukungan Informasional Apakah anggota keluarga tahu salah satu dari anggota keluarga mengalami gangguan dalam keterbatasan aktivitas sehari-hari (mandi, berpakaian, makan, BAB & BAK)				
2.	Apakah anggota keluarga tahu sebab-sebab kenapa anak mengalami kesulitan dalam aktivitas sehari-hari				
3.	Apakah anggota keluarga dapat mengenali gejala-gejala yang terjadi apabila anak mengalami gangguan dalam aktivitas sehari-hari				
4.	Apakah keluarga tahu aktivitas sehari-hari apa saja yang tidak bisa dilakukan oleh anak secara mandiri				
5.	Apakah keluarga tahu aktivitas apa saja yang sudah bisa dilakukan anak secara mandiri seperti mandi, berpakaian, makan, dll.				
	Dukungan Penilaian				
6.	Apakah keluarga menganggap anak memerlukan perawatan khusus seperti mengajarkan anak				

	cara mandi secara mandiri				
7	Apakah anggota keluarga menganggap perawatan pada anak itu perlu/penting				
8	Apakah keluarga memandang perlu untuk meminta pendapat kepada keluarga lain (misalnya sanak saudara) untuk membantu anak dalam melakukan aktivitas sehari-hari				
9	Apakah keluarga pernah melakukan latihan kegiatan sehari-hari kepada anak seperti mandi, berpakaian, makan, BAB / BAK				
10	Apakah keluarga selalu/pernah membantu anak dalam merawat diri				
	Dukungan instrumental				
11	Apakah keluarga mampu menyediakan alat-alat yang diperlukan untuk keperluan sehari-hari anak				
12	Apakah keluarga mampu menyiapkan dan mengatur jenis-jenis makanan, menyuapi atau membujuk untuk makan bila anak tidak mau makan				
13	Apakah keluarga memandang perlu mengajak anak untuk melakukan kegiatan diluar rumah				
14	Apakah keluarga memberi kesempatan kepada anak untuk memilih sendiri fasilitas untuk melakukan kegiatan sehari-hari seperti fasilitas untuk mandi, pakaian & dll				
15	Apakah keluarga pernah memberikan aktivitas seperti senam atau kegiatan lain sesuai kemampuan fisik anak untuk mempertahankan kebugaran tubuhnya				
	Dukungan Emosional				
16	Adakah orang tertentu/anggota keluarga lain yang menemani anak atau merawatnya (caregiver) disaat anak tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari				

17	Apakah keluarga sering memandikan, mencebokkan anak dan memakaikan bajunya				
18	Dalam berkomunikasi apakah keluarga berbicara pada anak pelan-pelan dengan suara agak keras tetapi tetap sopan				
19	Apakah keluarga mampu meluangkan waktunya untuk bercakap-cakap bila anak sedang sendiri / diam saja				
20	Apakah keluarga mampu menciptakan lingkungan yang aman bagi anak (kamar dan tempat tidur bersih, cukup luas, cukup penerangan, tidak licin dan terhindar dari perabotan tajam)				

Sumber: diadaptasi dari instrument penelitian keperawatan Setiadi, 2013

C. Lembar Kuesioner *Activity Daily Living* (Aktivitas sehari-hari) anak

No	Pernyataan	Selalu (4)	Sering (3)	Jarang (2)	Tidak pernah (1)
1	Mampu mandi secara mandiri				
2	Mampu menyikat gigi sendiri				
3	Bisa memakai baju sendiri				
4	Mampu menyalisir rambut sendiri				
5	Mampu berpakaian dengan baik, seperti memakai kancing baju dan memakai alas kaki				
6	Bisa mengambil makanan dan minuman sendiri				
7	Mampu untuk makan dan minum sendiri				
8	Mampu mencuci piring dan gelas sendiri				
9	Mampu membersihkan diri sendiri setelah Buang Air Besar dan BAK				
10	Mampu jalan-jalan dan olahraga di sekitar rumah				
11	Bisa menyeberang jalan sendiri				
12	Mampu melakukan pekerjaan rumah seperti menyapu				
13	Mampu merapikan tempat tidur sendiri				
14	Mampu mengurus uang sendiri ketika keluar				
15	Mengenal mata uang dan jumlah nominal uang				
16	Mampu minum obat sendiri				
17	Bisa mengenal jenis obat yang diminum				
18	Bisa mencuci baju sendiri				
19	Dapat berjalan sendiri ataupun menggunakan kendaraan umum (angkot, ojek, dll)				
20	Bisa pergi ketempat umum sendiri seperti kemesjid, kepasar, dll.				

Sumber: Diadaptasi dari *skala instrumental Activity Daily Living* Graf. C, 2007

**Master Tabel Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian *Activity Daily Living* Anak Tunagrahita di SLB Air Randah
Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota
Tahun 2016**

Formatted Table

No.	Dukungan Keluarga																								Kemandirian														
	P1	P2	P3	P4	P5	Jml	Ktgr	P6	P7	P8	P9	P10	Jml	Ktgr	P11	P12	P13	P14	P15	Jml	Ktgr	P16	P17	P18	P19	P20	Jml	Ktgr	P1	P2	P3	P4	P5	P6					
1.	4	4	2	4	4	18	2	4	4	4	4	2	18	2	4	4	3	3	4	18	2	4	4	4	4	4	20	2	4	4	4	4	3	2	2	1	1	2	
2.	4	4	4	4	4	20	2	4	3	2	4	3	16	1	4	4	4	4	4	20	2	3	4	4	2	3	16	1	3	4	4	4	2	3	3	2	2		
3.	3	3	2	4	4	16	1	3	3	4	4	3	17	2	4	3	2	3	1	13	1	4	3	3	3	4	17	2	3	2	3	3	3	3	2	2	3	1	
4.	4	4	3	4	4	19	2	4	4	2	3	4	17	2	4	4	2	3	3	16	2	3	4	3	4	3	17	2	3	2	3	4	2	3	3	2	2		
5.	4	4	2	4	4	18	2	4	4	3	4	4	19	2	3	4	3	3	3	16	2	3	3	3	4	4	17	2	4	3	3	3	2	3	3	2	2		
6.	3	3	2	3	3	14	1	4	4	3	3	4	18	2	4	4	3	4	2	17	2	4	3	4	4	4	19	2	4	4	4	3	2	2	2	2	2		
7.	4	4	3	4	4	19	2	4	4	4	2	4	18	2	4	3	4	4	4	19	2	4	4	3	3	4	18	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4		
8.	4	4	2	4	4	18	2	3	4	2	4	3	16	1	3	3	3	3	4	16	2	4	3	3	2	4	16	1	4	3	3	3	2	2	2	2	2		
9.	4	4	4	4	4	20	2	4	4	4	4	4	20	2	4	3	4	4	4	19	2	4	4	4	4	4	20	2	3	2	4	2	3	3	3	2	2		
10.	4	3	3	4	4	18	2	4	4	3	3	4	18	2	4	4	4	3	2	17	2	3	4	3	4	4	18	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2		
11.	4	4	2	4	4	18	2	4	4	2	4	4	18	2	3	3	3	3	1	13	1	4	4	4	4	4	20	2	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	
12.	4	4	3	4	3	18	2	3	4	4	4	3	18	2	3	3	3	3	4	16	2	4	3	4	3	4	18	2	4	3	3	2	2	3	2	2	3	2	
13.	4	4	3	4	4	19	2	4	3	4	4	4	19	2	4	3	4	4	4	19	2	4	4	4	4	4	20	2	3	4	3	4	2	3	3	1	2	2	
14.	4	3	3	4	4	18	2	3	3	4	4	3	17	2	4	3	2	3	1	13	1	4	3	3	3	4	17	2	4	3	4	3	3	3	3	3	2	1	1
15.	3	3	2	4	4	16	1	4	4	4	4	4	20	2	4	4	4	4	4	20	2	4	4	4	4	4	20	2	4	4	2	3	3	3	3	3	3	2	
16.	4	4	4	4	4	20	2	4	3	4	4	4	19	2	4	3	1	4	4	16	2	4	4	4	4	4	20	2	4	4	4	4	3	2	3	3	1	3	
17.	4	3	2	4	4	17	2	4	4	4	4	4	20	2	4	3	2	3	4	16	2	1	4	4	4	4	17	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	
18.	4	3	2	3	4	16	1	4	4	4	2	3	17	2	3	2	3	4	1	13	1	4	4	4	4	4	20	2	4	4	4	4	2	2	2	1	2	1	
19.	4	4	3	4	4	19	2	4	4	1	4	4	17	2	4	4	4	4	4	20	2	1	4	4	4	4	17	2	4	3	3	3	2	3	3	2	2	3	

Formatted: Centered

Formatted: Indent: Left: -3,71 cm, Right: 2,8 cm

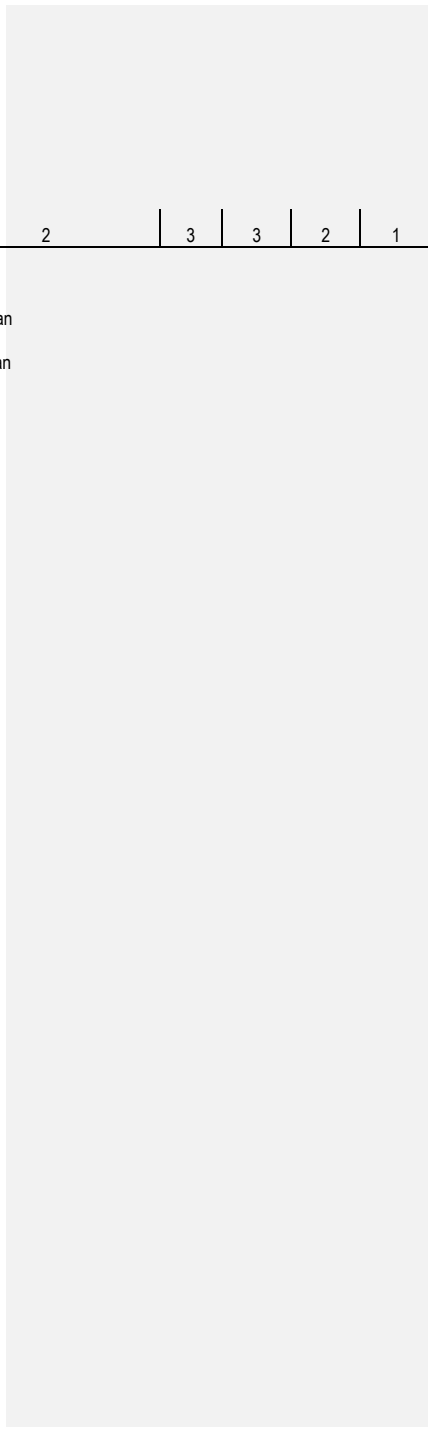
44. | 4 | 3 | 4 | 4 | 19 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 17 | 2 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 16 | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 19 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1

Keterangan:
1 = Keluarga tidak mendukung
2 = Keluarga Mendukung

2 ≥
mean
1 <
mean

1 = tergantung
2 = mandiri

2 ≥ mean
1 < mean



DISTRIBUSI FREKUENSI DUKUNGAN KELUARGA

Statistics

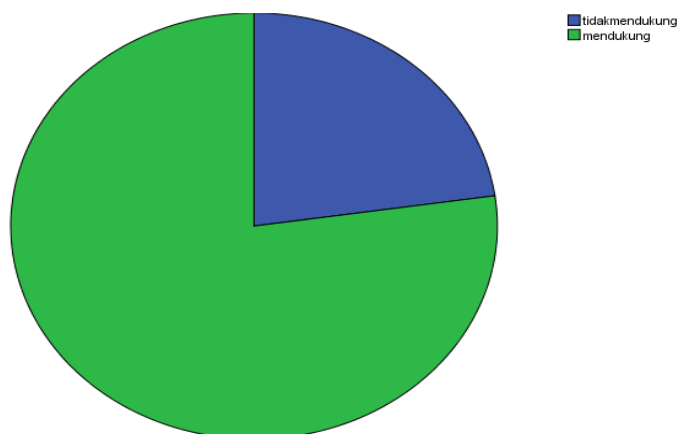
dukunganinformatif

N	Valid	44
	Missing	0
Mean		1.77
Std. Error of Mean		.064
Median		2.00
Std. Deviation		.424
Variance		.180
Range		1
Minimum		1
Maximum		2

Dukunganinformatif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidakmendukung	10	22.7	22.7	22.7
	mendukung	34	77.3	77.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

dukunganinformatif



Statistics

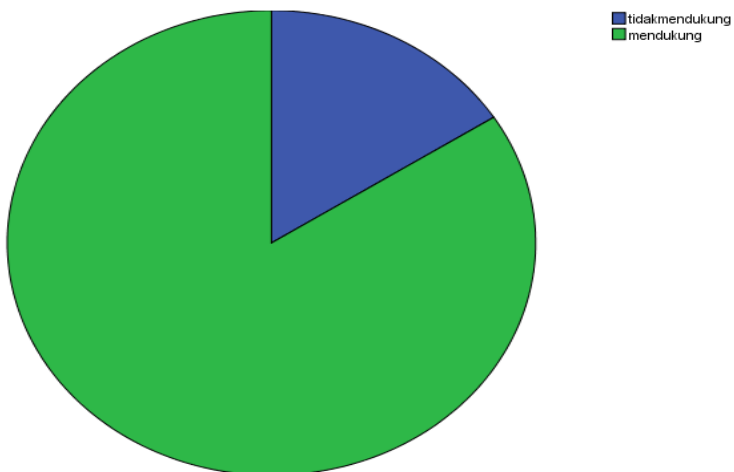
dukunganpenilaian

N	Valid	44
	Missing	0
Mean		1.84
Std. Error of Mean		.056
Median		2.00
Std. Deviation		.370
Variance		.137
Range		1
Minimum		1
Maximum		2

Dukunganpenilaian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidakmendukung	7	15.9	15.9	15.9
	mendukung	37	84.1	84.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

dukunganpenilaian



Statistics

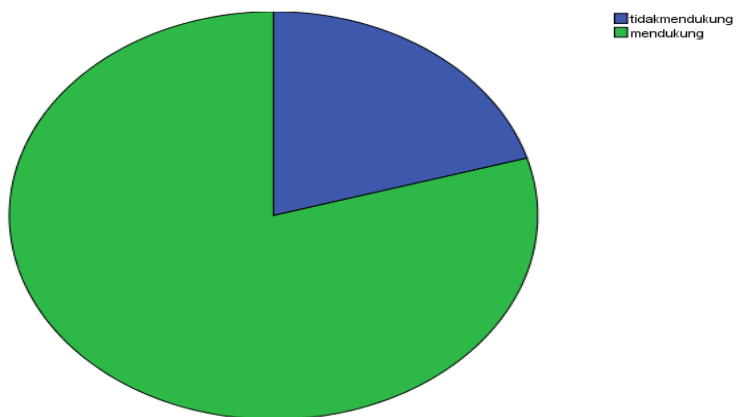
dukunganinstrumental

N	Valid	44
	Missing	0
Mean		1.80
Std. Error of Mean		.062
Median		2.00
Std. Deviation		.408
Variance		.166
Range		1
Minimum		1
Maximum		2

Dukunganinstrumental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidakmendukung	9	20.5	20.5	20.5
	mendukung	35	79.5	79.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

dukunganinstrumental



Statistics

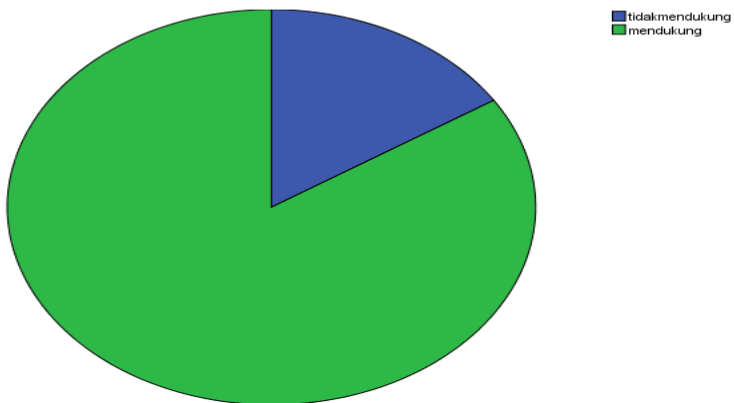
dukunganemosional

N	Valid	44
	Missing	0
Mean		1.84
Std. Error of Mean		.056
Median		2.00
Std. Deviation		.370
Variance		.137
Range		1
Minimum		1
Maximum		2

Dukunganemosional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidakmendukung	7	15.9	15.9	15.9
	mendukung	37	84.1	84.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

dukunganemosional



Statistics

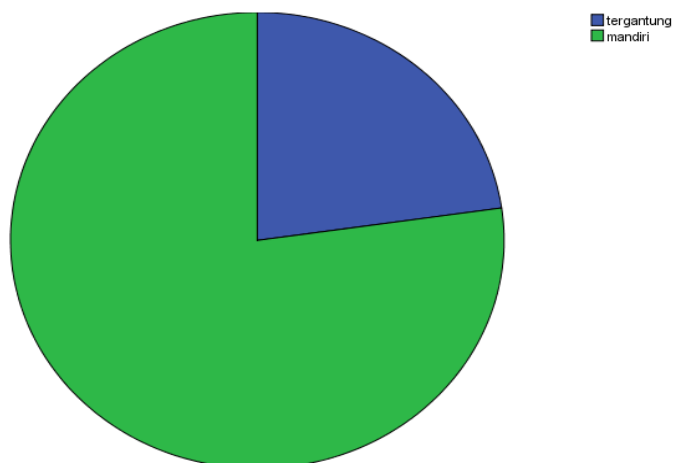
kemandirianadl

N	Valid	44
	Missing	0
Mean		1.77
Std. Error of Mean		.064
Median		2.00
Std. Deviation		.424
Variance		.180
Range		1
Minimum		1
Maximum		2

Kemandirianadl

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tergantung	10	22.7	22.7	22.7
mandiri	34	77.3	77.3	100.0
Total	44	100.0	100.0	

kemandirianadl



HUBUNGAN DUKUNGAN INFORMASIONAL DENGAN KEMANDIRIAN ADL

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
dukunganinformatonal * kemandirianadl	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%

dukunganinformatonal * kemandirianadl Crosstabulation

			kemandirianadl		Total
			tergantung	mandiri	
dukunganinformatonal	tidakmendukung	Count	5	5	10
		% within dukunganinformatonal	50.0%	50.0%	100.0%
	mendukung	Count	5	29	34
		% within dukunganinformatonal	14.7%	85.3%	100.0%
Total		Count	10	34	44
		% within dukunganinformatonal	22.7%	77.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.481 ^a	1	.019		
Continuity Correction ^b	3.656	1	.056		
Likelihood Ratio	4.907	1	.027		
Fisher's Exact Test				.032	.032
Linear-by-Linear Association	5.356	1	.021		
N of Valid Cases ^b	44				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,27.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dukunganinformatasional (tidakmendukung / mendukung)	5.800	1.217	27.634
For cohort kemandirianadl = tergantung	3.400	1.227	9.424
For cohort kemandirianadl = mandiri	.586	.311	1.107
N of Valid Cases	44		

HUBUNGAN DUKUNGAN PENILAIAN DENGAN KEMANDIRIAN ADL

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
dukunganpenilaian * kemandirianadl	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%

dukunganpenilaian * kemandirianadl Crosstabulation

			kemandirianadl		Total
			tergantung	mandiri	
dukunganpenilaian	tidakmendukung	Count	4	3	7
		% within dukunganpenilaian	57.1%	42.9%	100.0%
	mendukung	Count	6	31	37
		% within dukunganpenilaian	16.2%	83.8%	100.0%
Total		Count	10	34	44
		% within dukunganpenilaian	22.7%	77.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.614 ^a	1	.018		
Continuity Correction ^b	3.526	1	.060		
Likelihood Ratio	4.804	1	.028		
Fisher's Exact Test				.037	.037
Linear-by-Linear Association	5.487	1	.019		
N of Valid Cases ^b	44				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,59.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dukunganpenilaian (tidakmendukung / mendukung)	6.889	1.217	38.994
For cohort kemandirianadl = tergantung	3.524	1.331	9.330
For cohort kemandirianadl = mandiri	.512	.215	1.217
N of Valid Cases	44		

HUBUNGAN DUKUNGAN INSTRUMENTAL DENGAN KEMANDIRIAN
ADL

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
dukunganinstrumental * kemandirianadl	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%

dukunganinstrumental * kemandirianadl Crosstabulation

			kemandirianadl		Total
			tergantung	mandiri	
dukunganinstrumental	tidakmendukung	Count	4	5	9
		% within dukunganinstrumental	44.4%	55.6%	100.0%
	mendukung	Count	6	29	35
		% within dukunganinstrumental	17.1%	82.9%	100.0%
Total		Count	10	34	44
		% within dukunganinstrumental	22.7%	77.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	3.039 ^a	1	.081		
Continuity Correction ^b	1.683	1	.195		
Likelihood Ratio	2.729	1	.099		
Fisher's Exact Test				.175	.101
Linear-by-Linear Association	2.969	1	.085		
N of Valid Cases ^b	44				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,05.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dukunganinstrumental (tidakmendukung / mendukung)	3.867	.795	18.802
For cohort kemandirianadl = tergantung	2.593	.924	7.273
For cohort kemandirianadl = mandiri	.670	.367	1.226
N of Valid Cases	44		

HUBUNGAN DUKUNGAN EMOSIONAL DENGAN KEMANDIRIAN ADL

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
dukunganemosional * kemandirianadl	44	100.0%	0	.0%	44	100.0%

dukunganemosional * kemandirianadl Crosstabulation

			kemandirianadl		Total
			tergantung	mandiri	
dukunganemosional	tidakmendukung	Count	4	3	7
		% within dukunganemosional	57.1%	42.9%	100.0%
	mendukung	Count	6	31	37
		% within dukunganemosional	16.2%	83.8%	100.0%
Total		Count	10	34	44
		% within dukunganemosional	22.7%	77.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.614 ^a	1	.018		
Continuity Correction ^b	3.526	1	.060		
Likelihood Ratio	4.804	1	.028		
Fisher's Exact Test				.037	.037
Linear-by-Linear Association	5.487	1	.019		
N of Valid Cases ^b	44				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,59.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dukunganemosional (tidakmendukung / mendukung)	6.889	1.217	38.994
For cohort kemandirianadl = tergantung	3.524	1.331	9.330
For cohort kemandirianadl = mandiri	.512	.215	1.217
N of Valid Cases	44		



YAYASAN PERINTIS SUMBAR (*Perintis Foundation*)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) PERINTIS
Perintis School of Health Science, IZIN MENDIKNAS NO : 162/D/O/2006 & 17/D/O/2007
"We are the first and we are the best"

Campus 1 : Jl. Adinegoro Simpang Kalumpang Lubuk Buaya Padang, Sumatera Barat - Indonesia, Telp. (+62751) 481992, Fax. (+62751) 481962
Campus 2 : Jl. Kusuma Bhakti Gulai Bancah Bukittinggi, Sumatera Barat - Indonesia, Telp. (+62752) 34613, Fax. (+62752) 34613

Bukittinggi, 31 Maret 2016

Nomor : 519/STIKes- YP/Pend/ III / 2016
Lamp : -
Perihal : Izin Pengambilan Data dan Penelitian

Kepada Yth,
Ibu Kepala SLB Air Randah
Di
Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Dengan hormat,

Dalam rangka menyusun Tugas Akhir Program bagi mahasiswa Semester Ganjil Reguler Program Studi Ilmu Keperawatan Perintis Sumbar Tahun Ajaran 2015/ 2016 atas mahasiswa:

Nama : Junnatul Wafiq
NIM : 12103084105020
Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian *Activity Daily Living* Anak Tunagrahita Di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016

Dalam hal penulisan Tugas Akhir Program tersebut, mahasiswa membutuhkan data dan informasi untuk menyusun proposal dan melakukan penelitian. Oleh karena itu kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk dapat memberi izin dalam pengambilan data dan penelitian yang dilakukan mahasiswa pada Instansi yang Bapak/ Ibu pimpin.

Demikianlah surat ini kami sampaikan, dengan harapan Bapak/ Ibu dapat mengabulkannya, atas bantuan dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis

Ketua

Yentrizal Jafri, SKp. M. Biomed

NIK: 1420106116893011

Tembusan kepada yth:

1. Ibu Kepala SLB Air Randah
2. Ibu Ka. Administrasi Kampus II Bukittinggi
3. Arsip

SELURUH PROGRAM STUDI
TERAKREDITASI "B"



Management
System
ISO 9001:2008

www.tuv.com



www.perintis.ac.id

YAYASAN PENDIDIKAN ISLAM IQTISYADYAH BUNGA SETANGKAI
SEKOLAH LUAR BIASA AIR RANDAH

Kec. Lareh Sago Halaban Kab. Lima Puluh Kota
Program : TKLB – SDLB – SMPLB - SMALB

Kode Pos : 26262

SURAT IZIN PENGAMBILAN DATA DAN PENELITIAN

No. 32 / SLB – LSH / 2016

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Sekolah Luar Biasa Air Randah Kecamatan Lareh Sago Halaban Kabupaten Lima Puluh Kota, dengan ini memberikan izin pengambilan data dan penelitian di Sekolah Luar Biasa Air Randah dalam rangka penyusunan Tugas Akhir kepada nama dibawah ini:

Nama : JUNNATUL WAFIQ
NIM : 12103084105020
Prodi : Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang
Judul Penelitian: Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian *Activity Daily Living* Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016

Demikianlah surat izin penelitian ini dibuat dengan sebenarnya, untuk dipergunakan seperlunya.



YAYASAN PENDIDIKAN ISLAM IQTISYADIIYAH BUNGA SETANGKAI
SEKOLAH LUAR BIASA AIR RANDAH

Kec. Lareh Sago Halaban Kab. Lima Puluh Kota
Program : TKLB – SDLB – SMPLB - SMALB

Kode Pos : 26262

SURAT REKOMENDASI

No : 51 / SLB – LSH / 2016

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Sekolah Luar Biasa Air Randah Kecamatan Lareh Sago Halaban Kabupaten Lima Puluh Kota menyatakan dan menerangkan bahwa :

Nama : JUNNATUL WAFIQ
NIM : 12103084105020
Prodi : Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang

Telah selesai melaksanakan penelitian untuk menyelesaikan Tugas Akhir sebagai syarat memperoleh gelar sarjana dengan judul “**Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian *Activity Daily Living* Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016**”







Demikianlah surat rekomendasi ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Air Randah, 23 Juli 2016
Kepala

NURHAWATI.S.Pd
NIP.19661210 199203 2 001

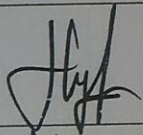
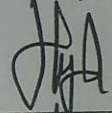
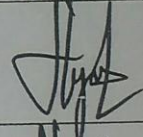
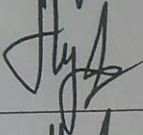
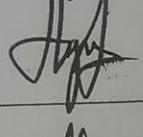
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama : Junnatul Wafiq
 Nim : 12103084105020
 Pembimbing I : Isna Ovari, S. Kp, M. Kep
 Judul : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian *Activity Daily Living* Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskemas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1		Pertemuan sistematis penulisan	
2		Pertemuan label	
3		Tambal artikel / penelitian terkait	
4		Tambal pembahasa	
5		pembahasa di perkolon	
6		ACC di usikan dan perijinan APMT, usikan, Belerac!!!	

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama : Junnatul Wafiq
 Nim : 12103084105020
 Pembimbing II : Ns. Yuli Permata Sari, M. Kep
 Judul : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian *Activity Daily Living* Anak Tunagrahita di SLB Air Randah Wilayah Kerja Puskesmas Gadut Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1		- perbaikan penulisan - perbaikan layout proposal	
2		- perbaikan tabel	
3		- Perbaikan pembahasan	
4		- perbaikan isi saran	
5		- perbaikan s/ saran	
6.		Acc.	