

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Anak berkebutuhan khusus (ABK) merupakan anak yang mengalami kondisi fisik, perkembangan serta perilaku ataupun emosional yang memerlukan layanan kesehatan terkait dalam jenis atau jumlah lebih dari yang dibutuhkan anak lain pada umumnya (Wong, 2008). ABK dapat digolongkan menjadi beberapa kelompok antara lain: tunanetra, tunarungu atau tunawicara, tunagrahita, tunadaksa, tunalaras, *attention deficit and hyperactivity disorder* (ADHD), autisme, dan tunaganda (Kemenkes, 2011).

Undang-undang No. 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, hak untuk mendapatkan pendidikan yang bermutu pada satuan pendidikan di semua jenis, jalur, dan jenjang pendidikan secara inklusif dan khusus. Adapun pendidikan yang dimaksud disediakan dalam 3 macam lembaga pendidikan yaitu Sekolah Luar Biasa (SLB), Sekolah Dasar Luar Biasa (SDLB) dan Pendidikan Terpadu (Geniofam, 2010). SLB menampung ABK dengan jenis kelainan yang sama, sehingga terdapat berbagai macam SLB, sebagai berikut: 1) SLB A, merupakan sekolah luar biasa kategori A diperuntukan bagi anak tunanetra, 2) SLB B, merupakan sekolah luar biasa kategori B diperuntukan bagi anak tunarungu, 3) SLB C, merupakan sekolah luar biasa kategori C diperuntukan bagi anak tunagrahita, 4) SLB D, merupakan sekolah luar biasa kategori D diperuntukan bagi tunadaksa, 5) SLB E, merupakan sekolah luar biasa kategori E

diperuntukan bagi tunalaras, 6) SLB G, merupakan sekolah luar biasa kategori G diperuntukan bagi penyandang cacat ganda (Pratiwi, 2013).

Tunagrahita (*retardasi mental*) disebut juga oligofrenia (*oligo* = kurang atau sedikit dan *fren* = jiwa) atau tuna mental, merupakan kondisi dengan intelegensi yang kurang sejak masa perkembangan (sejak lahir atau sejak masa anak) (Maramis, 2009). Ciri-ciri anak tunagrahita secara fisik antara lain; 1) penampilan fisik tidak seimbang, misalnya kepala terlalu besar/kecil; 2) pada masa pertumbuhannya tidak mampu mengurus dirinya sendiri; 3) terlambat dalam perkembangan bicara dan bahasa; 4) tidak perhatian terhadap lingkungan; 5) koordinasi gerakan kurang; 6) hipersalivasi (Aqila Smart, 2014).

Kondisi tersebut akan berakibat pada rendahnya kemampuan merawat diri pada anak tunagrahita dan menyebabkan ketergantungan terhadap orang lain terlebih pada keluarga (Delphie, 2006). Hal ini didukung oleh hasil penelitian oleh Ratna Sari, F (2010) tentang hubungan pola asuh orang tua dengan tingkat kemandirian pemenuhan ADL pada anak tunagrahita ringan di SLB N Pembina Yogyakarta didapatkan 45,7% anak tidak mandiri dalam hal toileting, berpakaian, dan makan.

Belum ada angka yang jelas tentang anak dengan kecacatan di Indonesia, oleh karena penelitian tentang anak dengan kecacatan masih sangat kurang. (WHO, 2003 dalam Kemenkes RI, 2014) memperkirakan jumlah anak berkebutuhan khusus di Indonesia sekitar 7-10% dari total jumlah anak. Hasil Riskesdas (2010) menyebutkan bahwa persentase kecacatan pada anak usia 24-59 bulan menunjukkan proporsi terbesar adalah tuna daksa (cacat tubuh) sebesar 0,17%, tuna wicara sebesar 0,15% dan tunagrahita sebesar 0,14%. Sedangkan di

Jawa Timur, prevalensi anak penderita tunagrahita sebanyak 125.190 jiwa. Lembaga Pengabdian Kepada Masyarakat (LBKM), mengatakan bahwa jumlah anak penyandang tunagrahita di Surabaya mencapai 10% sampai 20% pada kelas rendah di Sekolah Luar Biasa (SLB). Jumlah ini terbilang tinggi, mengingat kota Surabaya merupakan salah satu kota besar di Indonesia (Kementrian Sosial RI, 2012).

Berdasarkan hasil survei awal yang dilakukan peneliti di Sekolah Luar Biasa khusus tunagrahita (SLB C) Optimal Surabaya dikatakan oleh kepala sekolah bahwa di SLB ini di bagi menjadi 3 jenjang sekolah yaitu SD sebanyak 8 orang, SMP 7 orang, dan SMA 7 orang. Untuk pemenuhan kebutuhan diri pada anak didiknya tergantung pada tingkat pendidikannya, dikatakan bahwa pada anak didik SMP dan SMA memiliki kemandirian yang cukup baik dibandingkan dengan anak didik SD yang masih memerlukan bantuan dalam kemandiriannya.

Penyebab anak tunagrahita menurut Aqila Smart (2014) antara lain: 1) *anomali genetic* atau kromosom, 2) penyakit infeksi, 3) kecelakaan dan menimbulkan trauma di kepala, 4) prematuritas (bayi lahir sebelum waktunya atau kurang dari 9 bulan), 5) bahan kimia yang berbahaya.

Keterbatasan yang dimiliki oleh anak tunagrahita membawa pengaruh pada kesulitan dalam mengurus diri sendiri (Astaty, 2010). Dalam mengatasi hal tersebut dapat dilakukan dengan memberikan pendidikan khusus, latihan-latihan, dan memberikan pengetahuan keterampilan kegiatan sehari-hari *activity daily living* (ADL) (Efendi, 2009). Namun hal tersebut juga perlu dukungan dari anggota keluarga. Hal ini didukung oleh pernyataan Heward (2003) dalam Hendriani dkk (2006) bahwa peningkatan kemampuan hidup anak tunagrahita

akan sangat tergantung pada peran serta dan dukungan penuh dari keluarga, sebab pada dasarnya keberhasilan program tersebut bukan hanya merupakan tanggung jawab dari lembaga pendidikan yang terkait saja, melainkan juga dukungan dan penerimaan dari setiap anggota keluarga yang akan memberikan kepercayaan dalam diri anak tunagrahita untuk lebih berusaha meningkatkan setiap kemampuan yang dimiliki, sehingga dapat membantunya untuk hidup mandiri dan lepas dari ketergantungan pada bantuan orang lain. Sebaliknya, penolakan yang diterima dari orang-orang terdekat dalam keluarga akan membuat mereka menjadi rendah diri dan menarik diri dari lingkungan sehingga membuat mereka menjadi orang yang tidak dapat berfungsi secara sosial serta mandiri atau selalu tergantung pada orang lain, termasuk dalam merawat diri sendiri.

Adapun hasil penelitian Muliana (2013) tentang hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian anak retardasi mental sedang di SLB Negeri Tingkat Pembina Provinsi Sulawesi Selatan Makasar menunjukkan bahwa 46, 7% atau 14 anak dari 30 responden mendapatkan dukungan informasional dengan kemandirian yang baik, 50% atau 15 anak dari 30 responden mendapatkan dukungan penilaian dengan kemandirian yang baik, 53, 3% atau 16 anak dari 30 responden mendapatkan dukungan emosional dengan kemandirian yang baik.

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan pertalian darah atau perkawinan yang mempunyai keunikan nilai dan norma hidup yang didasari oleh sistem kebudayaan keluarga yang terorganisasi dibawah asuhan kepala keluarga dalam menjalankan peran dan fungsi anggota keluarga serta mempunyai hak otonomi

dalam mengatur keluarganya, misalnya dalam hal kesehatan keluarga (Zaidin Ali, 2009).

Peran dan pelaksanaan tanggung jawab keluarga sangat memengaruhi kondisi anggota keluarga dalam berinteraksi, ataupun dalam memenuhi semua kebutuhan anggota keluarga termasuk pemenuhan kebutuhan kesehatan. Adapun pembaharuan dalam penelitian ini yaitu tentang tugas kesehatan keluarga. Friedman (2010) bahwa tugas kesehatan keluarga terdiri dari 1) keluarga mengenal masalah kesehatan setiap anggota keluarga, 2) keluarga mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, 3) keluarga merawat anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, 4) keluarga memodifikasi lingkungan yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga, 5) keluarga menggunakan fasilitas kesehatan. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang baik akan sangat mendukung dalam pemenuhan kebutuhan diri pada anak tunagrahita.

Berdasarkan uraian fakta dan masalah diatas, penulis tertarik untuk meneliti tentang hubungan antara pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan diri pada anak tunagrahita.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah ada hubungan antara pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan diri pada anak tunagrahita?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan antara pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan diri pada anak tunagrahita.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada anak tunagrahita.
2. Mengidentifikasi pemenuhan kebutuhan diri pada anak tunagrahita.
3. Menganalisis hubungan antara pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan diri pada anak tunagrahita.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan keluarga maupun keperawatan komunitas.

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi pelayanan keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan promosi kesehatan tentang asuhan keperawatan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan diri pada anak tunagrahita.

## 2. Bagi masyarakat

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat menambah pemahaman kepada masyarakat tentang anak tunagrahita sehingga timbul sikap positif masyarakat untuk membantu orang tua yang memiliki anak tunagrahita dalam penyesuaian diri dengan lingkungannya.