

**GAMBARAN KONSEP DIRI ORANG TUA YANG MEMILIKI
ANAK TUNA GRAHITA USIA 7 – 18 TAHUN
DI SLB NEGERI SEMARANG**

PROPOSAL SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



OLEH:

MAYLINE ANGELA H

22020112130069

**DEPARTEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG**

2017

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Proposal yang berjudul:

**GAMBARAN KONSEP ORANG TUA YANG MEMILIKI
ANAK TUNA GRAHITA USIA 7 – 18 TAHUN
DI SLB NEGERI SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Mayline Angela Hutahayan

NIM : 22020112130069

Telah disetujui sebagai usulan Penelitian dan dinyatakan telah memenuhi syarat
untuk direview

Pembimbing,

Ns. Zubaidah, S.Kep, M.Kep,Sp.An
NIP. 19731020 200604 2 001

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Proposal Skripsi yang berjudul:

GAMBARAN KONSEP DIRI ORANG TUA YANG MEMILIKI

ANAK TUNA GRAHITA USIA 7 – 18 TAHUN

DI SLB NEGERI SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Mayline Angela H

NIM : 22020112130069

Telah diuji pada Februari 2017 dinyatakan telah memenuhi syarat untuk melakukan penelitian

Penguji I

Ns. Elsa Naviati, M.Kep.Sp.Kep.An
NIP. 19830618 200604 2 002

Penguji II

Ns. Artika Nurrahima, M.Kep
NIP. 19840824 200812 2 002

Penguji III

Ns. Zubaidah, M.Kep.Sp.Kep.An
NIP. 19731020 200604 2 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya yang tidak terhingga kepada penulis dalam menyusun dan menyelesaikan proposal penelitian dengan judul **“Gambaran Konsep Diri Orang Tua yang Memiliki Anak Tuna Grahita Usia 7 – 18 tahun Di SLB Negeri Semarang”**. Penulisan proposal penelitian ini dilakukan dalam rangka untuk memenuhi salah satu syarat dalam menempuh ujian sarjana strata satu pada Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan dan bantuan dari banyak pihak maka skripsi ini tidak mungkin dapat diselesaikan seperti sekarang ini. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ns. Zubaidah, M.Kep.Sp.Kep.An selaku dosen pembimbing yang telah memberikan ilmu, bimbingan serta motivasi dalam penyusunan skripsi ini
2. Ns. Elsa Naviati, M.Kep.Sp.Kep.An dan Ns. Artika Nurrahima, M.Kep selaku dosen penguji skripsi
3. Ns. Sarah Uliya, S.Kp.M.Kes selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
4. Bapak Maidin Hutahayan dan Ibu Mayen Sitompul selaku orang tua yang selalu mendoakan, memberikan semangat serta memberikan dorongan moril dan materiil dalam penyusunan proposal ini

5. Kakak saya Eugenia Septri Hutahayan dan adik saya Asido Ivan Hutahayan serta Herman Ferdinan Philip Simanjuntak yang selalu mendoakan dan memberi motivasi
6. Maria Paramudhita, Putri Ayu dan Nia Pasaribu, yang telah memberikan semangat dan bantuannya dalam penyusunan skripsi ini
7. Teman – teman seperjuangan mahasiswa angkatan 2012 PSIK FK UNDIP terutama kelas A.12.2 yang selalu memberikan semangat dan motivasi
8. Teman – teman satu dosen pembimbing Ning Suwarsih, Ika Prasasti dan Troi Suryo
9. Keluarga Ika Astoda Undip yang memberikan motivasi dan semangat
10. Semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu per satu yang telah memberikan dukungan dalam penyusunan proposal penelitian ini.

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih perlu untuk disempurnakan.

Oleh karena itu, peneliti mengharapkan saran dan kritik demi kesempurnaan penelitian ini. Harapan peneliti, semoga skripsi ini dapat diterima dan bermanfaat bagi pengembangan ilmu khususnya ilmu keperawatan.

Semarang, Februari 2017

Penulis

DAFTAR TABEL

Nomor		
Tabel	Judul Tabel	Halaman
3.1	variabel penelitian, definisi operasional, dan skala pengukuran	34
3.3	kisi – kisi kuesioner	38

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Rentang Respon Konsep Diri	27
2.2	Kerangka Teori	30
3.1	Kerangka Konsep	31

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Keterangan
Lampiran 1	Jadwal Kegiatan Penelitian
Lampiran 2	Permohonan Ijin Pengkajian Data Awal Proposal Penelitian
Lampiran 3	Bukti Ijin Penggunaan Kuesioner
Lampiran 4	Lembar Persetujuan Sebagai Responden
Lampiran 5,6	Lembar Kuesioner

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Manfaat Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. Konsep Dasar.....	12
1. Tuna Grahita.....	12
2. Konsep diri orang tua.....	18
3. Peran orang tua yang memiliki anak berkebutuhan khusus.....	28
4. Penerimaan orang tua terhadap anak retardasi mental.....	28
B. Kerangka Teori.....	30

BAB III METODE PENELITIAN.....	31
A. Kerangka Konsep.....	31
B. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	31
C. Populasi.....	32
D. Sampel Penelitian.....	32
E. Besar Sampel.....	33
F. Tempat dan Waktu Penelitian.....	33
G. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran.....	34
H. Instrumen Penelitian dan Cara Pengumpulan Data.....	38
I. Pengolahan dan Analisa Data.....	42
J. Etika Penelitian.....	46
DAFTAR PUSTAKA.....	48
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Anak merupakan karunia terbesar yang diberikan sang pencipta kepada manusia dan harapan bagi orang tuanya sebagai penerus keturunan dan juga mengharapakan anaknya untuk sukses dikemudian hari. Ada beberapa anak terlahir dengan kondisi yang sempurna, namun ada yang terlahir dengan keterbatasan fisik maupun psikis (1,2).

Anak yang memiliki hambatan fisik dan mental dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya secara normal, sehingga memerlukan penanganan secara khusus (3). Anak yang termasuk dalam kategori berkebutuhan khusus atau bisa disebut juga sebagai anak penyandang cacat adalah anak dengan tunagrahita (mengalami retardasi mental), tunanetra (mengalami hambatan penglihatan), tunarungu (mengalami hambatan pendengaran), tunadaksa (mengalami cacat tubuh), autism, dan tunaganda (memiliki hambatan lebih dari satu), yang masing-masing memiliki karakteristik yang berbeda dan memerlukan penanganan dan pelayanan yang berbeda juga (4). Orang tua yang mengetahui anaknya mengalami retardasi mental, maka orang tua akan menunjukkan reaksi emosi tertentu. Reaksi emosional tersebut antara lain shock, penyangkalan, merasa tidak percaya diri, sedih, perasaan menolak keadaan, perasaan merendahkan diri, malu, perasaan marah, serta perasaan bersalah dan berdosa atas apa yang terjadi pada anaknya (1).

Tuna grahita atau dalam istilah inggris disebut juga *retardasi mental*, *mental retarded*, yaitu gangguan intelektual keterbelakangan mental(5). *The American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DM-IV-TR, 2000) mendefinisikan bahwa retardasi mental sebagai disfungsi atau gangguan yang terjadi pada susunan saraf pusat yang mengakibatkan kecerdasan intelektual (*Intellectual Quotion*) seseorang terukur dibawah 70, sehingga berdampak pada kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasarnya seperti cara berkomunikasi, sosialisai, pendidikan/belajar, kesehatan dan pekerjaan (6,7). Tunagrahita juga dapat didefinisikan sebagai individu yang memiliki kecerdasan intelektual yang berada dibawah normal dan disertai dengan ketidakmampuan beradaptasi dalam perilaku yang muncul pada masa perkembangan atau sebelum usia 18 tahun (8).

Penyandang tunagrahita dapat ditemui di negara maju maupun negara berkembang. Menurut WHO 2011 tercatat sebanyak 15% dari penduduk dunia atau 785 juta jiwa penyandang cacat. Pada tahun 2009, Badan Pusat Statistik mencatat terdapat 2.126.785 jiwa penyandang cacat di Indonesia dengan jenis kecacatan sebagai berikut: tuna netra (15,93%), tuna rungu (10,52%), tuna wicara (7,12%), tuna rungu dan tuna wicara(3,46%), tuna daksa (33,75%), tuna grahita (13,68%), tuna daksa dan tuna grahita (7,03%) (9).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Sosial Provinsi Jawa Tengah (Pusat Data dan Informasi Kemos, 2012) jumlah penyandang

cacat usia 0-17 tahun berjumlah 1.732 jiwa. Dari total jumlah tersebut 31,93% atau sejumlah 553 jiwa adalah penderita retardasi mental. Penyandang retardasi mental tersebut tersebar di 10 kabupaten dan kota yang ada di Provinsi Jawa Tengah (10).

Anak tunagrahita usia sekolah yang ditandai dengan keterbatasan kemampuan intelegensia dan ketidakcakapan dalam interaksi sosial ketika berada di sekolah umum, sekolah khusus ataupun lingkungan sekitar (11). Pada anak yang tidak memiliki kelainan akan mulai bergabung dengan teman seusianya, mempelajari budaya yang sesuai usianya dan juga bergabung ke dalam kelompok sebayanya (12). Berbeda dengan anak yang mengalami tunagrahita. Penelitian yang dilakukan oleh Emck et al (13) anak dengan gangguan mental, emosional, dan perilaku akan mengalami kemampuan motorik kasar yang buruk dan mengalami masalah dengan persepsi diri terkait dengan gangguan perkembangan yang dialami anak. Selain itu anak tunagrahita mengalami kesulitan komunikasi dengan orang lain dan sulit menyesuaikan diri dengan lingkungannya sehingga menunjukkan perilaku abnormal seperti hiperaktif, kekanak - kanaan dan menarik diri (14,15).

Retardasi mental tidak dapat dipisahkan dari tumbuh kembang seorang anak. Faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang seorang anak secara umum yaitu faktor genetik untuk menentukan sifat bawaan anak tersebut (16). Faktor yang kedua yaitu faktor lingkungan pada anak. Pada umumnya faktor lingkungan dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak.

Hal ini dikarenakan lingkungan merupakan suasana yang mempengaruhi dimana anak tersebut berada (17). Dalam hal ini lingkungan berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar tumbuh kembang anak (16).

Lingkungan dalam arti keluarga dalam hal ini merupakan peranan penting bagi tumbuh kembang anak yang mengalami tunagrahita (16). Peran orang tua dapat membentuk tumbuh kembang anak yang mengalami tunagrahita menjadi lebih baik, karena keluarga merupakan lingkungan yang pertama kali menerima kehadiran anak (18). Didukung dengan hasil penelitian Hendriani (19) menyebutkan bahwa penerimaan atau penolakan keluarga dan peran orang tua dalam merawat anak tunagrahita mempengaruhi tumbuh kembang anak dan kemampuan interaksi sosialnya.

Dukungan dan penerimaan dari orang tua akan memberikan energi dan kepercayaan dalam diri anak yang mengalami retardasi mental untuk lebih berusaha meningkatkan setiap kemampuan yang dimiliki anak, sehingga anak tersebut dapat hidup mandiri, lepas dari ketergantungan orang lain. Sebaliknya penolakan dari orang – orang terdekat akan membuat mereka semakin rendah diri dan menarik diri dari lingkungan seperti diliputi rasa ketakutan ketika berhadapan dengan orang lain ataupun dalam melakukan sesuatu (20).

Pemberian dukungan sepenuhnya akan diberikan oleh orang tua terhadap perkembangan anaknya yang mengalami retardasi mental, jika orang tua tersebut memahami dan menyadari konsep diri yang mereka

miliki, baik itu konsep diri positif maupun konsep diri negatif. Konsep diri secara umum dapat didefinisikan sebagai keyakinan, pandangan atau penilaian seseorang terhadap dirinya atau gambaran seseorang terhadap dirinya yang meliputi perasaan terhadap diri seseorang dan pandangan terhadap sikap yang mendorong berperilaku (21). Konsep diri juga merupakan cara individu dalam melihat pribadinya secara utuh, menyangkut fisik, emosi, intelektual, sosial dan spiritual. Konsep diri yang termasuk didalamnya adalah persepsi individu tentang sifat dan potensi yang dimilikinya, interaksi individu dengan orang lain maupun lingkungannya dan nilai - nilai yang berkaitan dengan pengalaman, objek, tujuan, harapan dan keinginannya (22,23).

Konsep diri orang tua didefinisikan sebagai pemikiran, keyakinan dan kepercayaan yang merupakan pengetahuan orang tua tentang dirinya dan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain. Orang tua yang memiliki konsep diri yang positif menunjukkan adanya penerimaan diri dimana ia mengenal dirinya dengan baik, mampu mengatasi masalah dan memperbaiki diri, serta memiliki motivasi yang tinggi dalam merawat anaknya. Orang tua yang memiliki konsep diri negatif akan peka terhadap kritikan, bersikap responsif terhadap pujian, dan mengalami hambatan dalam interaksi dengan lingkungan sosialnya terutama dalam merawat anak retardasi mental (24). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Setiawan (25) menunjukkan hasil bahwa adanya hubungan

konsep diri orang tua akan berpengaruh terhadap penerimaan diri orang tua yang memiliki anak retardasi mental.

Hasil studi pendahuluan di SLB Negeri Semarang, terdapat 186 anak tunagrahita dari usia 7 – 18 tahun. Jumlah tersebut bervariasi, dari SDLB sampai SMALB dan juga menurut tingkat keparahannya. Kepala Bagian Humas SLB Negeri Semarang (26) saat diwawancarai mengatakan bahwa anak – anak di SLB sangat terbatas terhadap informasi dari dunia luar dan jarang bergaul dengan lingkungan sekitar. Beliau mengatakan bahwa jika sudah waktu jam pulang, maka anak – anak biasanya langsung pulang, sehingga banyaknya waktu yang dihabiskan didalam rumah. Beliau juga menambahkan, bahkan ada beberapa orang tua saat mendaftarkan anaknya sekolah meminta untuk dirahasiakan identitasnya karena malu. Beliau mengatakan bahwa terdapat beberapa anak yang orang tuanya sengaja tidak mau menjemput kesekolah dikarenakan malu dan ada sebagian orang tua mereka yang sibuk bekerja, sehingga anak – anak tersebut dijemput oleh supir ataupun pembantu rumah tangga. Apabila orang tua yang menjemput anaknya, kebanyakan itu para ibu – ibu. Sedikit atau bahkan jarang Ayah mereka untuk menjemput anaknya, karena bekerja atau merasa malu.

Berdasarkan observasi Februari 2017, dari beberapa orang tua yang sedang menunggu anaknya pulang sekolah, ada yang terlihat sedang duduk menyendiri, dan ada juga yang duduk sambil menyulam, seperti menyulam tas. Berdasarkan hasil wawancara terhadap 4 orang tua,

mengatakan menyadari dan menerima kondisi anaknya. Namun ada juga yang terlihat malu – malu dan tidak menjawab. Orang tua memiliki cara yang berbeda – beda untuk mendidik anaknya. Ada beberapa orang tua yang mendidik anaknya dengan cara keras, biasa saja dan memanjakannya. Menurut Coopersmith, perbedaan karakteristik tersebut dapat dikaitkan dengan harga diri masing – masing orang tua(19).

B. Rumusan Masalah

Anak retardasi mental atau disebut juga dengan tuna grahita memiliki keterbatasan dalam kecerdasan intelektual yang dibawah rata – rata. Masalah retardasi mental berkaitan erat dengan keluarga atau peran orang tua. Penerimaan dan peran orang tua dalam mengasuh anak tuna grahita merupakan hal penting untuk perkembangan anak. Konsep diri orang tua akan berpengaruh terhadap penerimaan diri orang tua yang memiliki anak tuna grahita.

Hasil studi pendahuluan kepada Kepala Bagian Humas SLB Negeri Semarang saat diwawancarai mengatakan bahwa anak – anak di SLB sangat terbatas terhadap informasi dari dunia luar dan jarang bergaul dengan lingkungan sekitar dan ketika orang tua mendaftarkan anaknya sekolah meminta untuk dirahasiakan identitasnya karena malu. Sedangkan wawancara dengan beberapa orang tua yang mempunyai anak tunagrahita di SLB Negeri Semarang mengatakan bahwa orang tua menyadari dan menerima kondisi anaknya.

Hal ini membutuhkan konsep diri yang baik bagi setiap orang tua, untuk mewujudkan atau memiliki konsep diri yang baik juga. Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti bermaksud meneliti tentang “Bagaimana gambaran konsep diri orang tua yang memiliki anak dengan tuna grahita di SLB Negeri Semarang?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan konsep diri orang tua yang memiliki anak dengan tuna grahita di SLB Negeri Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik orang tua yang memiliki anak tuna grahita di SLB N Semarang
- b. Mengetahui gambaran ideal diri orang tua yang memiliki anak dengan tuna grahita di SLB Negeri Semarang.
- c. Mengetahui gambaran harga diri orang tua yang memiliki anak dengan tuna grahita di SLB Negeri Semarang.
- d. Mengetahui gambaran peran diri orang tua yang memiliki anak dengan tuna grahita di SLB Negeri Semarang.
- e. Mengetahui gambaran identitas diri orang tua yang memiliki anak dengan tuna grahita di SLB Negeri Semarang.
- f. Mengetahui gambaran citra tubuh orang tua yang memiliki anak dengan tuna grahita di SLB Negeri Semarang.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran konsep diri pada responden sebagai introspeksi dan motivasi, agar para orang tua yang memiliki anak tuna grahita dapat memiliki konsep diri yang positif dengan dukungan dari masyarakat atau orang disekitar juga

2. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi perawat, khususnya perawat di bagian jiwa dan komunitas untuk lebih memahami dan memberikan perhatian atau dukungan pada orang tua yang memiliki anak tuna grahita, khususnya. Perawat juga dapat memberikan intervensi seperti motivasi agar konsep diri orang tua yang memiliki anak tuna grahita meningkat.

3. Bagi Sekolah Luar Biasa Yayasan Pendidikan Anak Cacat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang gambaran konsep diri pada orang tua yang berkebutuhan khusus di SLB Negeri Semarang, agar memberikan motivasi atau juga dukungan kepada orang tua.

4. Bagi Peneliti lain

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk penelitian lebih lanjut mengenai strategi peningkatan konsep diri dan faktor – faktor yang mempengaruhi konsep diri pada orang tua yang memiliki anak dengan berkebutuhan khusus.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Tunagrahita

a. Definisi Tunagrahita

Tunagrahita / retardasi mental adalah suatu keadaan dengan intelegensia yang kurang sejak masa perkembangan (sejak lahir atau sejak masa anak – anak). Tunagrahita ditandai dengan keterbatasan intelektual dan ketidakmampuan dalam interaksi sosial(27). Berpengaruh dalam proses tumbuh dan kembangnya baik secara fisik, mental, sosial dan emosional.

Anak Tunagrahita atau disebut *mental retarded*, yaitu gangguan intelektual keterbelakangan mental. Anak Tunagrahita ditandai dengan intelektual dibawah rata – rata (70) yang mengalami hambatan perilaku adaptif selama masa perkembangan, sehingga tidak mampu beradaptasi dengan kehidupan sosialnya(28,29).

American Association on Mental Retardation (AAMR) menyatakan definisi retardasi mental adalah keadaan intelegensi dibawah rata – rata. Sejak masa perkembangan memiliki keterbatasan dalam berkomunikasi, keterampilan sosial atau fungsi akademisnya. Keadaan ini terlihat sebelum usia 18 tahun. Sedangkan *American Psychological Association (APA)* yang dipublikasikan melalui *Manual*

of Diagnoses and Professional Practice in Mental Retardation th 1996, menyatakan anak tunagrahita adalah anak yang memiliki keterbatasan fungsi intelektual dan fungsi adaptif. Keadaan ini terlihat sebelum usia 22 tahun. Maka dapat disimpulkan keterbatasan fungsi intelektual dan fungsi adaptif terlihat sebelum usia 18 – 22 tahun(29).

Pengertian tunagrahita juga didefinisikan suatu kondisi yang ditandai dengan intelegensia rendah dibawah rata – rata (70), yang menyebabkan anak tidak mampu belajar dan beradaptasi. Anak akan mengalami gangguan perilaku adaptasi sosial, yaitu anak akan mengalami kesulitan menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitarnya. Tingkah laku kekanak – kanakan juga tidak sesuai dengan umurnya(30).

a. Penyebab Tunagrahita

Secara garis besar faktor yang menyebabkan tunagrahita dapat dibagi 4, yaitu: (31,32)

1) Faktor genetik

Anak yang mengalami retardasi mental atau tunagrahita memiliki kelainan jumlah kromosom, misalnya *Mongolia* atau *Down Syndrome* (trisomi pada kromosom) kelainan ini ditularkan dari orang tua ke anak.

2) Faktor Prenatal

Faktor ini adalah keadaan tertentu yang telah diketahui ada sebelum saat kelahiran, tetapi tidak dapat dipastikan penyebabnya.

3) Faktor Natal

a) Sesak nafas

Terjadi anoxia otak karena asphyxia yaitu lahir tanpa nafas seperti bayi tercekik karena lender atau adanya cairan dalam paru – paru. Asphyxia disebabkan karena ibu mendapat bius terlalu banyak saat melahirkan dan bayi dengan kondisi seperti ini akan mengalami retardasi mental

b) Prematuritas

Bayi lahir sebelum masanya. Pertumbuhan jasmani dan rohani mengalami hambatan atau bayi mengalami perdarahan pada bagian dalam kepala (*intracranial haemorrhage*).

4) Faktor Postnatal

a) Infeksi

Infeksi pada otak karena cerebral meningitis, ensefalitis, trauma dan tumor otak.

b) Kekurangan nutrisi

Kekurangan dalam pemenuhan lemak, karbohidrat, protein.
Kegagalan gizi berakibat gangguan fisik dan mental pada individu.

b. Klasifikasi Tunagrahita

Mental retardasi atau tunagrahita berdasarkan AAMR (*American Association on Mental Retardation th 1995*) dibagi menjadi 4 bagian, yaitu: (33,34)

1) *Mild retardation* (tunagrahita ringan), IQ 50 – 70

Tunagrahita ringan dikategorikan sebagai tunagrahita mampu dididik. Anak mengalami gangguan bahasa tetapi masih mampu menguasainya untuk keperluan bicara sehari – hari dan untuk mengurus diri sendiri. Kemampuan yang dapat dikembangkan anak tunagrahita mampu dididik yaitu dalam pelajaran akademik, penyesuaian sosial, penyesuaian lingkungan dan mampu melaksanakan pekerjaan sederhana.

2) *Moderate retardation* (tunagrahita sedang), IQ 30 – 50

Tunagrahita sedang dikategorikan sebagai tunagrahita mampu dilatih. Pada kelompok ini, anak mengalami keterlambatan perkembangan pemahaman dan penggunaan bahasa, serta pencapaian akhirnya terbatas. Anak tunagrahita yang memiliki kecerdasan seperti ini memiliki kemampuan belajar ketrampilan di sekolah terbatas. Pencapaian

kemampuan mengurus diri sendiri dan ketrampilan motorik juga mengalami keterlambatan, serta perlu pengawasan.

3) *Severe retardation* (tunagrahita berat), IQ 20 – 35

Kelompok tunagrahita berat ini hamper sama dengan tunagrahita sedang dalam hal gambaran klinis dan keadaan – keadaan yang terkait. Perbedaan utama adalah pada tunagrahita berat ini biasanya mengalami kerusakan motor atau adanya defisit neurologis

4) *Profound retardation* (tunagrahita sangat berat), IQ <20

Tunagrahita sangat berat berarti memiliki kemampuan yang sangat terbatas dalam mengerti dan menuruti permintaan dan instruksi. Umumnya anak sangat terbatas dalam hal mobilitas, sehingga membutuhkan perawatan sepenuhnya dengan bantuan orang lain.

c. Karakteristik Tunagrahita

Anak dengan tunagrahita memiliki karakteristik umum dan khusus, yaitu:

1) Karakteristik secara umum meliputi: (27)

a) Keterbatasan intelektualitas/inteligensi

Merupakan kemampuan belajar anak sangat kurang, khususnya yang bersifat abstrak, seperti membaca, menulis dan berhitung. Anak tunagrahita sering lupa bahkan tidak

mengerti apa yang sedang dipelajari atau cenderung belajar dengan meniru.

b) Keterbatasan sosial

Anak tunagrahita mengalami kesulitan dalam melakukan perawatan diri dalam hidup bermasyarakat. Anak tunagrahita cenderung berteman dengan anak yang lebih muda usianya, memiliki ketergantungan terhadap orang tua yang sangat besar. Mereka cenderung mudah dipengaruhi dan melakukan sesuatu tanpa memikirkan akibat dari perbuatan tersebut.

c) Keterbatasan fungsi lainnya

Anak tunagrahita memerlukan waktu yang lebih lama dalam bereaksi pada situasi yang baru dikenalnya. Namun, mereka memperlihatkan reaksi terbaiknya bila mengerjakan hal – hal yang rutin dan secara konsisten. Anak tunagrahita tidak dapat menghadapi suatu kegiatan atau tugas dalam jangka waktu yang lama. Anak tunagrahita juga memiliki keterbatasan dalam penguasaan bahasa, sehingga mereka membutuhkan kata – kata konkret yang sering didengarnya. Latihan sederhana seperti mengejakan dengan menggunakan kata – kata yang lebih sederhana dan mudah dipahami.

2) Berdasarkan karakteristik secara khusus, anak tunagrahita memiliki penundaan perkembangan. Walaupun anak dengan gangguan berat menunjukkan keterlambatan kemampuan psikomotor yang nyata pada tahun pertamanya, namun anak dengan retardasi mental sedang, memiliki perkembangan motorik yang terlihat normal dan dengan kemampuan berbicara dan bahasa yang terlambat pada masa anak belajar berjalan. Sebaliknya, anak tunagrahita ringan mungkin tidak dicurigai sampai sesudah masuk sekolah, meskipun peran serta pada sekolah taman kanak – kanak atau program perawatan anak menunjukkan ketidaksesuaian dalam kemampuan anak prasekolah dengan kemampuan yang jelas dibawah rata – rata(35,36).

b. Konsep diri orang tua

a. Definisi Konsep Diri

Konsep diri merupakan semua ide, pikiran, perasaan, kepercayaan, dan pikiran yang diketahui individu dalam berhubungan dengan orang lain(37). Konsep diri belum ada saat bayi, namun berkembang secara bertahap dimulai dari bayi yang dapat mengenali dan membedakan orang lain. Proses yang berkesinambungan dari perkembangan konsep diri dipengaruhi oleh pengalaman interpersonal dan kultural yang memberikan

perasaan positif, memahami kompetensi pada area yang bernilai bagi individu dan dipelajari melalui akumulasi kontak – kontak sosial dan pengalaman dengan orang lain(37).

Konsep diri adalah cara individu dalam melihat pribadinya secara utuh, menyangkut fisik, emosi, intelektual, sosial dan spiritual. Termasuk didalamnya adalah persepsi individu tentang sifat dan potensi yang dimilikinya. Interaksi individu dengan orang lain maupun lingkungannya, nilai – nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan objek serta tujuan, harapan dan keinginannya(38).

Konsep diri tumbuh mulai dari masa anak – anak, seseorang biasanya berlainan dengan konsep diri yang dimiliki sejak ia memasuki usia remaja. Pada dasarnya, konsep diri itu tersusun berdasarkan tahapan. Selama masa anak - anak, konsep diri yang terbentuk sudah agak stabil, tetapi dengan mulainya masa pubertas terjadi perubahan drastis. Masa remaja yang masih muda mempersepsikan dirinya sebagai orang dewasa dalam banyak cara, namun bagi orang tua bahwa ia tetap masih seorang anak- anak. Walaupun ketidaktergantungan dari orang dewasa masih belum mungkin terjadi dalam beberapa tahun, remaja mulai terarah pada pengaturan tingkah laku sendiri(39).

Konsep diri merupakan aspek penting dalam diri seseorang, karena konsep diri seseorang merupakan kerangka acuan dalam berinteraksi dengan lingkungan. Konsep diri berpengaruh kuat

terhadap tingkah laku. Dengan mengetahui konsep diri seseorang, kita akan lebih mudah mengetahui dan memahami tingkah laku orang tersebut(40)

b. Komponen – komponen Konsep Diri

Konsep diri terdiri dari lima komponen yaitu citra tubuh, ideal diri, harga diri, peran dan identitas diri(37,41).

1) Citra tubuh (*body image*)

Citra tubuh adalah sikap individu terhadap tubuhnya baik disadari maupun tidak disadari meliputi, persepsi masa lalu atau sekarang mengenai ukuran, bentuk, fungsi, penampilan dan potensi tubuh. Citra tubuh bersifat dinamis karena secara konstan berubah seiring dengan persepsi dan pengalaman – pengalaman baru. Semakin individu dapat menerima dan menyukai tubuhnya, maka individu akan lebih merasa bebas dan aman dari kecemasan(37).

Citra tubuh membentuk persepsi individu tentang tubuh, baik secara internal maupun eksternal. Persepsi ini meliputi perasaan dan sikap yang ditujukan kepada tubuh individu. Citra tubuh dipengaruhi oleh perkembangan fisik, pertumbuhan kognitif, sikap, nilai kultural dan sosial(41).

2) Ideal diri (*self ideal*)

Ideal diri adalah persepsi individu tentang perilakunya, disesuaikan dengan standar pribadi yang terkait dengan cita –

cita, harapan, dan keinginan, tipe orang yang di inginkan dan nilai yang ingin dicapai(42). Ideal diri yang baik mampu mewujudkan cita – cita atau harapan berdasarkan norma – norma social yang ada dimasyarakatkan sehingga individu tersebut dapat menyesuaikan diri dengan baik(37,42).

Pembentukan ideal diri dimulai dari masa anak – anak yang dipengaruhi oleh orang yang penting pada dirinya yang memberikan harapan atau tuntutan tertentu. Pada usia remaja ideal diri akan membentuk melalui proses identifikasi pada orang tua, guru dan teman. Menginjak usia yang lebih tua, dilakukan penyesuaian yang merefleksikan berkurangnya kekuatan fisik dan perubahan peran serta tanggung jawab(37).

Individu memiliki kecenderungan untuk menetapkan tujuan yang sesuai dengan kemampuannya, realita, kultur, menghindari kegagalan dan rasa cemas. Ideal diri memiliki peran sebagai pengatur internal dna membantu individu dalam menghadapi konflik atau kondisi yang membuatnya bingung. Hal ini sangat penting karena ideal diri dibutuhkan dalam mempertahankan kesehatan dan keseimbangan mental(37).

Ideal diri seseorang bisa saja berbeda dengan kenyataan yang terjadi dan pengalaman yang dialami individu. Karena itu, bisa saja terdapat perbedaan antara ideal diri seseorang dengan pengalaman sebenarnya. Kondisi ini disebut inkongruen(37).

3) Harga diri (*self-esteem*)

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis seberapa banyak kesesuaian tingkah laku dengan ideal dirinya. Harga diri juga merupakan gambaran individu dalam menilai dirinya sendiri. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain yaitu dicintai, dihormati dan dihargai. Individu akan merasa harga dirinya tinggi jika sering mengalami keberhasilan, sebaliknya akan merasa harga diri rendah jika sering mengalami kegagalan, tidak dicintai dan diterima di lingkungan(41).

Harga diri tinggi maksudnya individu memandang positif terhadap dirinya yang ditandai dengan percaya diri dengan kemampuan sendiri, penerimaan diri, tidak khawatir terhadap pendapat atau perkataan orang lain dan optimis. Harga diri rendah maksudnya individu memandang negativ terhadap diri sendiri yang ditandai dengan kurang / tidak percaya diri, memiliki keinginan seperti seseorang, mengkhawatirkan apa kata orang dan pesimis(41).

4) Peran diri (*self-role*)

Peran merupakan sekumpulan harapan mengenai bagaimana individu menepati posisi dalam berperilaku. Kegagalan yang menguasai satu peran mengakibatkan frustrasi dan perasaan tidak adekuat yang sering menimbulkan harga diri

rendah(43). Peran diri adalah serangkaian pola sikap perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat dihubungkan dengan fungsi individu dalam kelompok sosialnya. Peran memberikan sarana untuk berperan serta dalam kehidupan sosial dan merupakan cara untuk menguji identitas dengan memvalidasi pada orang yang dianggap berarti oleh individu(44).

Peran mencakup harapan atau standar perilaku yang telah diterima oleh keluarga, komunitas dan budaya. Perilaku didasarkan pada pola yang ditetapkan melalui sosialisasi. Peran membentuk pola perilaku yang diterima secara sosial yang berkaitan dengan fungsi individu dalam berbagai kelompok sosial. Pola sosialisasi berubah selama masa dewasa yang akan memberntu peran individu dari pola atau standar perilaku yang diharapkan dari lingkungan. Sepanjang hidup manusia mengalami berbagai perubahan peran(41).

Faktor – faktor yang mempengaruhi individu dalam menyesuaikan diri terhadap peran yang harus dilakukan antara lain adanya kejelasan perilaku dan pengetahuan. Kejelasan perilaku dan pengetahuan ini sesuai dengan peran individu di lingkungan masyarakat. Faktor lain yang mempengaruhi individu dalam menyesuaikan peran yaitu konsistensi respon orang lain terhadap peran yang dilakukannya dan terdapat

kesesuaian serta keseimbangan antara peran yang diterima. Keselarasan budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran juga dapat menciptakan ketidaksesuaian perilaku peran individu(37).

5) Identitas diri (*self-identity*)

Identitas diri merupakan kesadaran tentang dirinya sendiri yang dapat diperoleh individu dari observasi dan penilaian individu terhadap dirinya yang menyadari bahwa individu berbeda dengan orang lain(41.) Individu sering memandang identitas mereka dari nama, jenis kelamin, usia, ras, asal etnis atau budaya, bakat dan karakteristik situasional lainnya (misalnya; status perkawinan, dan pendidikan)(45).

Identitas diri mencakup rasa internal tentang individualitas, keutuhan dan konsistensi dari seseorang sepanjang waktu. Identitas menunjukkan dirinya utuh dan unik. Pencapaian identitas diri diperlukan untuk hubungan yang intim, karena identitas diri individu diekspresikan dalam berhubungan dengan orang lain(41.)

c. Faktor yang Mempengaruhi Konsep Diri

Konsep diri merupakan persepsi tentang dirinya yang melibatkan aspek fisik, nilai – nilai keyakinan dirinya dan mempengaruhi perilakunya. Konsep diri setiap individu berbeda dan itu dipengaruhi oleh faktor – faktor, yaitu: (46)

1) Tahap perkembangan

Sebagai seorang individu tentu terjadi perkembangan sejak bayi hingga dewasa. Perkembangan tersebut mempengaruhi terbentuknya konsep diri. Konsep diri yang dewasa didasarkan pada perkembangan kehidupan yang terus maju melalui tahap kehidupan.

2) Keluarga dan budaya

Konsep diri sangat dipengaruhi oleh faktor keluarga dan budaya. Keluarga merupakan bagian terpenting dalam mendidik individu untuk membentuk konsep dirinya. Faktor keluarga sangat berpengaruh terutama pada anak yang masih muda. Budaya yang diajarkan keluarga bisa mengembangkan dirinya, tetapi faktor lingkungan yang mempunyai kebiasaan lain akan mempengaruhi juga.

3) Stressor

Adanya faktor pencetus yang membuat individu stres dapat memperkuat konsep diri. Adanya stressor bisa membuat individu berupaya keluar dari masalah. Tetapi di sisi lain jika stres berlebihan menyebabkan respon yang dilakukan seseorang menjadi maladaptif. Kemampuan menangani stress tergantung pada sumber daya individu.

4) Sumber daya

Sumber daya ini meliputi apa yang dimiliki seseorang. Secara internal meliputi keyakinan, semangat, niali – nilai. Secara eksternal hal – hal yang mendukung dirinya dalam kehidupan termasuk keuangan, pekerjaan, fasilitas. Semakin besar sumber daya yang dimiliki semakin positif efek pada konsep dirinya.

5) Pengalaman

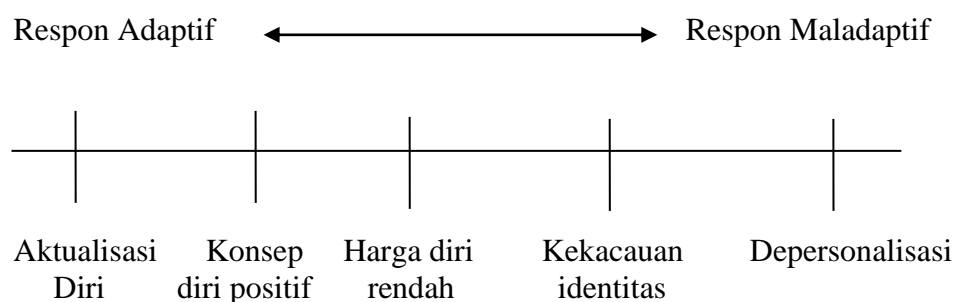
Konsep diri juga dipengaruhi oleh pengalaman individu. Individu yang mengalami kegagalan mulai melihat mereka sebagai orang yang gagal. Konsep diri yang negatif merupakan hasil dari kegagalan yang berulang, sedangkan orang yang berhasil menjalankan tugas mereka dengan cara yang positif akan membentuk dasar konsep diri yang positif.

d. Rentang respon konsep diri

Setiap individu tidak terlepas dari berbagai stressor dalam kehidupannya. Usaha dalam mengatasi ketidakseimbangan tersebut individu menggunakan koping yang bersifat membangun ataupun yang bersifat merusak. Koping yang membangun akan menghasilkan respon adaptif yaitu aktualisasi diri dan konsep diri positif. Aktualisasi diri merupakan respon adaptif yang tertinggi karena individu dapat mengekspresikan kemampuan yang dimilikinya. Konsep diri yang positif merupakan individu dapat mengidentifikasi kemampuan dan kelemahannya secara jujur.

Sedangkan koping yang merusak dapat membuat individu mengalami kecemasan, sehingga menimbulkan rasa bermusuhan yang dilanjutkan dengan menilai dirinya rendah, tidak berguna, tidak berdaya, tidak berarti, takut dan mengakibatkan perasaan bersalah(37).

Perasaan bersalah ini akan mengakibatkan kecemasan meningkat, dan jika terus berlanjut dapat menimbulkan respon maladaptif dan konsep diri rendah berupa harga diri rendah, kekacauan identitas dan depersonalisasi, seperti terlihat di gambar 2.1. Individu dengan konsep diri yang positif dapat mengeksplorasi dunianya secara terbuka dan jujur, sebaliknya individu dengan konsep diri negatif akan mengalami ketidakmampuan dalam melakukan hubungan dengan lingkungan sosial(37,47). Rentang konsep diri ditunjukkan dalam gambar sebagai berikut:



Gambar 2.1 Rentang Respon Konsep Diri

c. Peran orang tua yang memiliki anak berkebutuhan khusus

Dalam menangani anak berkebutuhan khusus tentunya orang tua memerlukan cara yang khusus pula. Kesabaran, wawasan serta ilmu pengetahuan sangat dibutuhkan agar mampu mengarahkan mereka secara tepat. Ketika orang tua memiliki anak berkebutuhan khusus maka orang tua harus mempersiapkan diri untuk menghadapinya. Orang tua yang memiliki anak berkebutuhan khusus lebih disarankan untuk bersikap terbuka. Sikap keterbukaan mengenai perilaku anak seperti menerima keadaan dan kondisi anak apa adanya. Anak berkebutuhan khusus sebenarnya sama dengan anak yang lainnya, namun mereka biasanya memiliki kelebihan(48).

d. Penerimaan orang tua terhadap anak retardasi mental

Menurut Hurlock dalam Pancawati (2013), menyatakan bahwa penerimaan orang tua ditandai oleh perhatian besar dan kasih sayang pada anak. Penerimaan orang tua memiliki berbagai macam sikap khas orangtua terhadap anak(49). Adapun penelitian dari Kubler (50) mengatakan, bahwa penerimaan diri tidak berarti orang tua dapat menerima begitu saja kondisi yang ada tanpa berusaha untuk mengembangkan diri, melalui tahap-tahap penerimaan diri. Orang tua yang dapat menerima diri berarti telah mengenali dimana dan bagaimana dirinya saat ini serta mampu menerima dirinya ketika menghadapi kondisi yang tidak membuatnya nyaman dan percaya diri. Orang tua yang memiliki penerimaan diri yang baik akan

mempunyai kepribadian yang matang dan dapat berfungsi dengan baik. Orang tua yang kurang menerima kondisi yang ada akan terus mengalami segala konflik dalam dirinya seperti akan terus merasa sedih berkepanjangan, sangat berat menjalani kehidupan sehari-harinya.

Dengan situasi seperti ini, orang tua berada dalam situasi yang sangat sulit, mereka menolak memiliki anak retardasi mental tetapi tidak bisa mengingkari bahwa anak mereka mengalami retardasi mental. Dengan keadaan anak tersebut akan mempengaruhi tingkat kepercayaan diri dan harga diri orang tuanya(51).

Harga diri orang tua dengan anak retardasi mental juga akan menurun karena respon negatif yang diberikan oleh orang-orang terdekat. Sehingga orang tua secara drastis mengubah gaya hidup mereka. Kurangnya dukungan menyebabkan kebanyakan orang tua yang memiliki anak retardasi mental merasa harga dirinya turun dan merasa dikucilkan di keluarga maupun masyarakat(51). Masyarakat yang tidak memiliki pengetahuan mengenai anak retardasi mental akan memandang anak retardasi mental sebagai anak yang tidak normal dan acap kali disepelekan. Penilaian-penilaian dari lingkungan ini akan mempengaruhi tingkat kepercayaan diri orang tua tersebut(52).

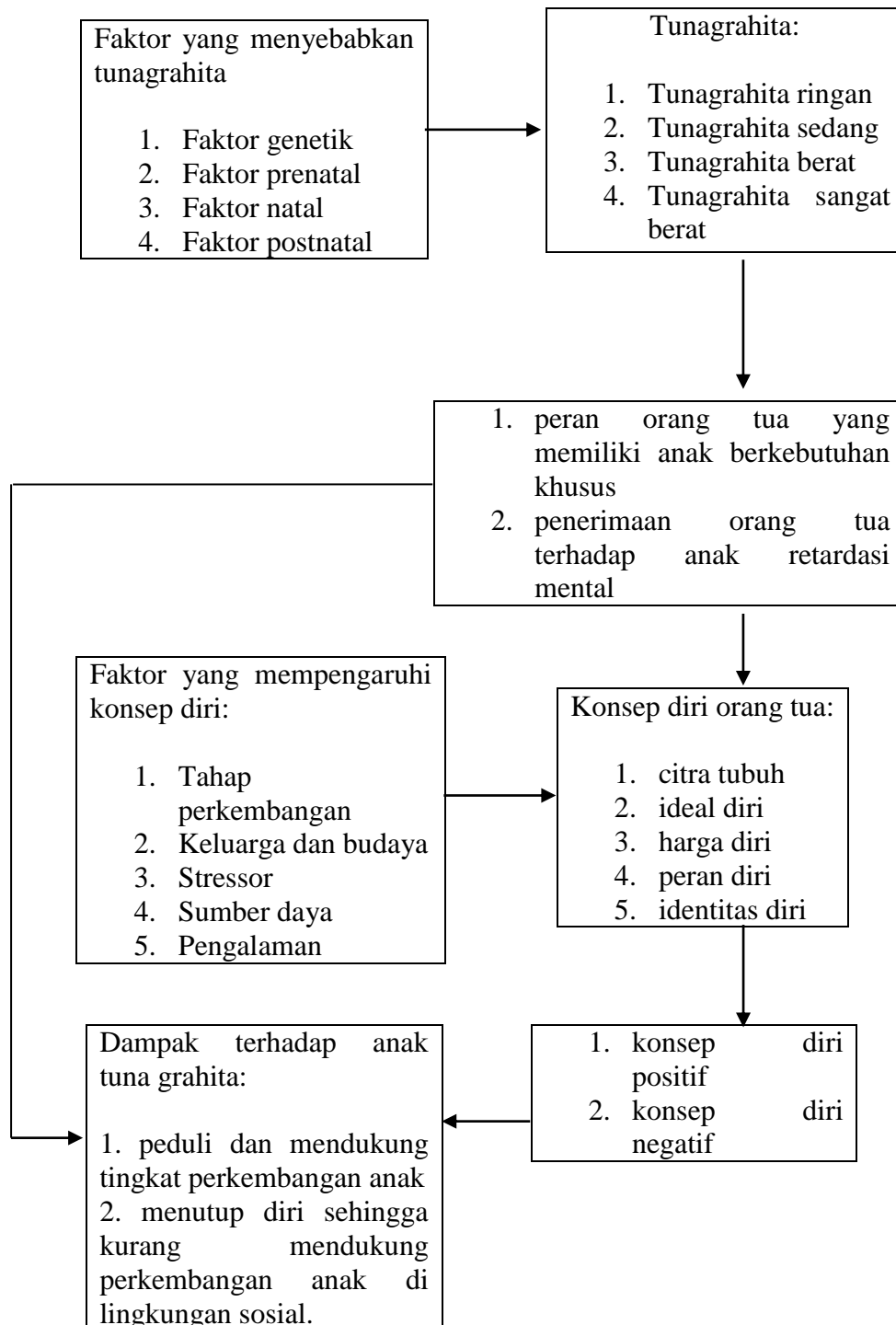
Dukungan sosial dapat berhubungan dengan konsep diri orang tua, karena dukungan sosial menjadi sumber penguat bagi orang tua yang memiliki retardasi mental(53). Hasil penelitian Nursalam (54) yang

mengatakan bahwa dukungan sosial yang diberikan masyarakat dapat mempunyai manfaat pada penerimaannya.

e. Dampak konsep diri orang tua terhadap anak tuna grahita

Konsep diri orang tua didefinisikan sebagai pemikiran, keyakinan dan kepercayaan yang merupakan pengetahuan orang tua tentang dirinya dan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain. Konsep diri orang tua ada dua yaitu konsep diri positif dan konsep diri negatif. Konsep diri orang tua akan berpengaruh terhadap penerimaan diri orang tua yang memiliki anak retardasi mental. Pada anak retardasi mental penerimaan diri dari orang tua berbeda-beda tergantung dari konsep diri yang dimiliki oleh masing-masing orang tua(25). Konsep diri positif maupun negatif memiliki dampak yang berbeda terhadap anak tuna grahita. Semakin positif tingkat konsep diri orang tua maka akan mendukung tingkat perkembangan anak tuna grahita. Namun ketika orang tua memiliki konsep diri yang negatif, maka akan memiliki sikap kurang percaya diri dan harga diri yang rendah di lingkungan sekitar, sehingga menimbulkan kurangnya kepedulian orang tua terhadap anak yang mengalami tuna grahita.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori ^{31,32,37,41,50}

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Konsep merupakan abstraksi yang terbentuk oleh generalisasi dan hal-hal khusus. Oleh karena konsep merupakan abstraksi maka konsep tidak dapat langsung diamati atau diukur. Konsep hanya dapat diamati atau diukur melalui konstruk atau yang lebih dikenal dengan nama variabel. Variabel adalah simbol atau lambang yang menunjukkan nilai atau bilangan dari konsep. Variabel adalah sesuatu yang bervariasi (55).

Variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu konsep diri orang tua yang memiliki anak dengan retardasi mental di SLB Negeri Semarang

Konsep diri orang tua yang memiliki anak dengan retardasi mental

Gambar 3.1 Kerangka Konsep

B. Jenis dan rancangan penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif *non eksperimental* yaitu menggunakan studi deskriptif. Studi deskriptif adalah metode penelitian yang digunakan untuk menggambarkan keadaan atau fenomena di masyarakat secara objektif. Metode ini bertujuan untuk menjelaskan

masalah yang ada di masyarakat dan yang terjadi di dalam kelompok tertentu (56).

Metode yang akan digunakan dalam penelitian ini yaitu metode survey, merupakan penelitian deskriptif yang dilakukan terhadap sekumpulan objek yang biasanya cukup banyak dalam jangka waktu tertentu (57). Metode ini mengumpulkan informasi dari tindakan seseorang, pengetahuan, kemauan, pendapat, perilaku, nilai. Metode yang digunakan dalam pengumpulan survei salah satunya yaitu dengan penyebaran kuesioner (58).

C. Populasi

Populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan(59). Populasi merupakan seluruh subjek yang akan diteliti (60). Populasi dalam penelitian ini adalah orang tua murid yang anaknya mengalami retardasi mental, siswa dari usia 7 – 18 tahun di SLB N Semarang sebanyak 186 orang.

D. Sampel Penelitian

Sampel merupakan sebagian dari populasi dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (kriteria inklusi) (61). Sampel penelitian ini memiliki kriteria inklusi dan eksklusi yang dapat menentukan sampel tersebut sebagai objek penelitian (58).

- a. Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum dari subjek penelitian dalam suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (59). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:
- 1) Orang tua sebagai pengasuh utama dari anak tuna grahita
 - 2) Orang tua yang bisa membaca dan menulis
 - 3) Ibu sebagai pengasuh utama
 - 4) Bersedia menjadi responden
- b. Kriteria eksklusi merupakan kriteria untuk menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (59). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah orang tua yang tidak hadir di penelitian ini.

E. Besar Sampel

Besar sampel adalah banyaknya anggota yang dijadikan sampel(58). Besar sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah sebanyak 127 responden dengan menggunakan rumus slovin dengan uraian sebagai berikut:

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

Keterangan:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = Tingkat signifikansi (d = 0,05)

Berdasarkan rumus diatas maka jumlah sampel dapat dihitung sebagai berikut:

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

$$n = \frac{186}{1 + 186(0.05)^2}$$

$$n = \frac{186}{1 + 186(0.05)^2}$$

$$n = \frac{186}{1 + 0.465}$$

$$n = \frac{186}{1.465}$$

$$n = 126,92 = (127)$$

Jadi jumlah sampel dalam penelitian ini berjumlah 127 responden..

F. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di SLB N Semarang. Waktu penelitian dilakukan setelah mendapat ijin dari tempat yang dituju untuk penelitian. Proses penelitian ini dilakukan pada tanggal 25 sampai 27 April 2017.

G. Variabel penelitian, Definisi Operasional dan Skala pengukuran

1. Variabel Penelitian

Variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki anggota lain(62). Adapun variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu konsep diri orang tua yang memiliki anak usia 7 – 18 tahun dengan retardasi mental.

2. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah unsur penelitian yang menjelaskan bagaimana caranya menentukan variabel dan mengukur suatu variabel, sehingga definisi operasional ini merupakan suatu informasi ilmiah yang akan membantu peneliti lain yang ingin menggunakan variabel yang sama (62).

Tabel 3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
1	Karakteristik Responden: a. Usia orang tua	Lamanya waktu hidup orang tua yang dihitung sejak tahun lahir sampai 2017	Karakteristik orang tua diperoleh dengan kuisisioner A (1 pertanyaan)	Usia responden digolongkan menjadi 3 yaitu: 1. dewasa awal (25 – 35 tahun) 2. dewasa pertengahan (36 – 45) 3. dewasa akhir (46 – 65)	Ordinal
	b. usia anak	Priode dalam tahun berdasarkan ulang tahun terakhir	Karakteristik anak diperoleh dengan kuisisioner A (1 pertanyaan)	Digolongkan menjadi 1. usia sekolah (7 - 12 tahun) 2. usia remaja (13 – 18 tahun)	ordinal
	c. Jenis kelamin	sifat atau ciri yang membedakan laki – laki dan perempuan secara biologis sejak seseorang	Karakteristik orang tua diperoleh dengan kuisisioner A (1 pertanyaan)	1. Laki – laki 2. perempuan	Nominal

	d. Tingkat pendidikan orang tua	lahir tingkat pendidikan yang pernah ditempuh orang tua	Karakteristik orang tua diperoleh dengan kuisisioner A (1 pertanyaan)	SD, SMP, SMA, D3, Sarjana, Pascasarjana, tidak tamat sekolah	Ordinal
	e. tingkat pendidikan anak	pendidikan anak yang sedang ditempuh saat ini	Karakteristik anak diperoleh dengan kuisisioner A (1 pertanyaan)	SD, SMP, SMA	Ordinal
	f. Pekerjaan orang tua	aktivitas fisik yang dilakukan sebagai sumber mata pencaharian keluarga.	Karakteristik orang tua diperoleh dengan kuisisioner A (1 pertanyaan)	PNS, wiraswasta, buruh, pedagang, tidak bekerja (Ibu rumah tangga. Pensiunan)	Nominal
1	Konsep diri orang tua yang memiliki anak tunagrahita	Persepsi responden bagaimana gambaran citra tubuh, ideal diri, harga diri, peran dan identitas diri responden yang memiliki anak tunagrahita	Kuisisioner sebanyak 26 item pertanyaan mengenai konsep diri dan jawaban menggunakan skala likert (1-4)	Pengkategorian konsep diri Jika data terdistribusi tidak normal: Positif: Skor \geq median Negatif: Skor $<$ median (median: 81,5)	Ordinal
	a. Citra tubuh	Persepsi dan gambaran responden terhadap kondisi anggota	Menggunakan 5 pertanyaan dalam kuisisioner (no 1-5) mengenai citra tubuh dan jawaban	Pengkategorian citra tubuh Jika data terdistribusi tidak normal: Positif: Skor \geq median Negatif:	Ordinal

		tubuhnya meliputi; bentuk, fungsi, penampilan tubuh	menggunakan skala likert	Skor < median (median : 16)	
b. Ideal diri	Persepsi responden bagaimana harus diharapkan diri dan melakukan aktifitas sehari – hari	Menggunakan 4 pertanyaan dalam kuisisioner (no 6-9) mengenai ideal diri dan jawaban menggunakan skala likert	Pengkategorian ideal diri Jika data terdistribusi tidak normal: realistis: Skor \geq median Kurang realistis Skor < median (median: 13)	Ordinal	
c. Harga diri	Persepsi responden memandang tentang penilaian orang lain tentang dirinya	Menggunakan 6 pertanyaan dalam kuisisioner (no 10-15) mengenai harga diri dan jawaban menggunakan skala likert	Pengkategorian harga diri Jika data terdistribusi tidak normal: tinggi: Skor \geq median Rendah: Skor < median (median: 19)	Ordinal	
d. Peran diri	Persepsi responden memandang posisinya	Menggunakan 6 pertanyaan dalam kuisisioner (no 16-21) mengenai peran diri dan jawaban menggunakan skala likert	Pengkategorian peran diri Jika data terdistribusi tidak normal: Sesuai: Skor \geq median Kurang sesuai: Skor < median (median: 18)	Ordinal	

	e. Identitas diri	Persepsi responden dalam memahami dan mengenal karakteristik dirinya sendiri maupun yang bersumber dari orang lain	Menggunakan 5 pertanyaan dalam kuisiuner (no 22-26) mengenai identitas diri dan jawaban menggunakan skala likert	Pengkategorian identitas diri Jika data terdistribusi tidak normal: jelas Skor \geq median Kurang jelas Skor $<$ median (median: 16)	Ordinal
--	-------------------	--	--	--	---------

H. Instrumen Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrumen berupa alat tulis dan kuisiuner konsep diri dengan jumlah 30 pertanyaan dengan skala guttman yang terdiri dari jawaban Ya atau Tidak. Kuisiuner yang digunakan ini sudah mendapatkan izin dari Sazeli, untuk digunakan dan dimodifikasi. Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan 2 kuisiuner yang terdiri dari:

a. Kuisiuner A

Kuisiuner A meliputi data demografi. Kuisiuner ini digunakan untuk mengetahui karakteristik orang tua (responden) yang mempunyai anak retardasi mental yang terdiri dari: usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan. Serta berdasarkan karakteristik anak terdiri dari: usia anak dan pendidikan anak.

b. Kuesioner B

Kuesioner B yaitu kuesioner orang tua, yang diambil dari penelitian Sazli (68), dan telah memodifikasi pertanyaan dan jumlah pertanyaan. Peneliti telah menguji validitas dan realibilitasnya kembali, menjadi 26 pertanyaan yang valid, dari total pertanyaan sebelumnya yaitu 30 pertanyaan. Kuesioner ini berisi pertanyaan untuk mengetahui konsep diri orang tua yang memiliki anak tunagrahita, yang dibagi menjadi: 5 pertanyaan dalam komponen citra tubuh, 4 pertanyaan dalam komponen ideal diri, 6 pertanyaan dalam komponen harga diri, 6 pertanyaan dalam komponen peran diri dan 5 pertanyaan dalam komponen identitas diri. Pertanyaan dalam bentuk skala *likert*. Alternatif jawaban yang disediakan terdiri dari: SL untuk selalu, SR untuk sering, J untuk jarang, dan TP untuk tidak pernah. Karena penelitian memiliki jumlah sampel dan alternatif jawaban yang berbeda dengan penelitian sebelumnya, maka peneliti telah menguji validitas dan realibilitasnya kembali.

2. Uji Validitas Dan Reliabilitas

Instrumen penelitian atau kuesioner yang telah dibuat, perlu dilakukan uji validitas dan reabilitasnya untuk mendapatkan data yang valid dan reliabel. Instrumen yang telah valid dan reliabel dalam pengumpulan data mendapat data yang valid, reliabel dan objektif.

a. Uji validitas

Uji validitas adalah tingkat keaslian alat ukur yang digunakan penelitian(63). Uji validitas pada instrumen penelitian ini menggunakan rumus korelasi *pearson product moment* :

$$r_{\text{hitung}} = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{\{N\sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan:

X : pertanyaan nomor

Y : skor total

XY : skor pertanyaan nomor

R : koefisien korelasi

Keputusan uji:

Bila $r_{\text{hitung}} \geq r_{\text{tabel}} (0,361)$, maka pertanyaan disebut valid.

Hasil uji validitas instrumen penelitian dengan kuesioner berjumlah 30 pertanyaan, pertanyaan yang valid nomor 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, dan 30 dikarenakan nilai $r_{\text{hitung}} > 0,361$. Sedangkan pertanyaan yang tidak valid yaitu pada pertanyaan nomor 3, 8, 12 dan 25 tidak dipakai, dikarenakan nilai $r_{\text{hitung}} < 0,361$. Sehingga jumlah pertanyaan menjadi 26 pertanyaan yang sudah di ujikan pada 30 responden di SLB YPAC Semarang.

b. Uji reliabilitas

Uji reliabilitas merupakan indeks yang mengindikasikan sejauh mana instrumen dapat dipercaya atau dapat diandalkan (64). Perhitungan reliabilitas hanya bisa dilakukan pada pertanyaan atau pernyataan yang sudah memiliki validitas. Instrumen ini dilakukan uji reliabilitas dengan menggunakan rumus alpha Cronbach's

$$\alpha = \frac{K}{k - 1} \left[\frac{1 - \sum \delta i^2}{\delta T^2} \right]$$

Keterangan:

α : koefisien reliabilitas yang dicari

k : jumlah butir – butir pertanyaan

δi^2 : varians butir – butir pertanyaan

δT^2 : varians skor total tes

Keputusan uji:

Bila nilai alpha Cronbach's \geq konstanta (0,60) maka pertanyaan reliabel, jika alpha Cronbach's $<$ konstanta maka instrumen tidak reliabel (59).

Hasil uji reliabilitas menggunakan uji alpha Cronbach's memiliki nilai 0,854 lebih besar dari 0,6 sehingga instrumen penelitian berupa kuesioner reliabel dan dapat digunakan sebagai alat penelitian.

3. Cara Pengumpulan Data

- a. Peneliti mengajukan permohonan *ethical clearance* untuk melakukan penelitian
- b. Peneliti mengajukan permohonan izin ke Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro untuk melakukan penelitian di SLB N Semarang.
- c. Peneliti meminta izin untuk mengambil data jumlah siswa yang berusia 7 – 18 tahun di SLB N Semarang
- d. Pengajuan izin penelitian ke SLB N Semarang
- e. Peneliti menentukan responden dengan melihat catatan daftar siswa retardasi mental yang sekolah di SLB N Semarang yang sesuai kriteria inklusi yang sudah ditentukan.
- f. Peneliti meminta izin untuk penelitian kepada SLB N Semarang untuk mengambil data tentang gambaran konsep diri orang tua dengan anak retardasi mental dari usia 7 - 18 tahun
- g. Sebelum melakukan penelitian, peneliti melakukan persamaan persepsi terkait dengan materi dan prosedur pengisian kuesioner kepada enumerator yang membantu pembagian kuesioner berjumlah 1 orang.
- h. Peneliti dibantu oleh 1 orang enumerator, yaitu salah satu mahasiswa keperawatan yang sedang mengikuti program Ners. Sebelumnya, Saya dan enumerator melakukan persamaan persepsi. Enumerator tersebut akan membantu dalam menjelaskan tujuan, manfaat, dan

prosedur pengisian kuesioner dari penelitian ini dan meminta orang tua ikut berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani lembar persetujuan.

- i. Peneliti melakukan pengambilan data tentang konsep diri orang tua dari usia 7 – 18 tahun dengan 2 cara, yaitu: dengan membagikan kuesioner kepada orang tua lalu ditunggu dan ada yang diberikan kepada orang tua, lalu dibawa pulang terlebih dahulu.
- j. Setelah pengisian kuesioner yang selesai dilakukan, kuesioner dicek kembali dan apabila belum lengkap maka responden diminta untuk melengkapinya.

I. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan data

Data yang terkumpul diolah terlebih dahulu dengan menggunakan bantuan komputer Tujuannya untuk menyederhanakan seluruh data yang terkumpul dan menyajikan data dengan susunan yang baik dan rapi. Pengolahan data menggunakan teknik skoring(65). Pengolahan data merupakan proses untuk memperoleh data atau ringkasan data dari sekelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu untuk memperoleh data yang diperlukan. Proses pengolahan data terdapat 5 tahapan, yaitu:

a. *Editing* (memeriksa data)

Proses *editing* dilakukan setelah data dikumpulkan kepada peneliti dan kemudian peneliti melakukan pengecekan terhadap

kuesioner dari responden, memastikan apakah responden telah memberikan jawaban sesuai dengan jumlah pernyataan, kemudian memastikan jawaban responden relevan antara pernyataan yang diajukan dengan jawaban yang tertulis.

b. *Coding*

Coding merupakan suatu proses pemberian tanda atau kode pada setiap jawaban dengan menggunakan angka pada hasil penelitian untuk memudahkan saat proses analisa data. Pemberian kode pada penelitian ini yaitu:

1) Pemberian koding pada kuesioner data demografi

Usia orang tua:

25-35 tahun diberi kode 1

36-46 tahun diberi kode 2

46-65 tahun diberi kode 3

Usia anak:

7 – 12 tahun diberi kode 1

13 – 18 tahun diberi kode 2

Jenis kelamin:

Laki – laki diberi kode 1, Perempuan diberi kode 2

Pendidikan orarang tua:

SD diberi kode 1, SMP diberi kode 2, SMU diberi kode 3, D3

diberi kode 4, S1 diberi kode 5, Pascasarjana diberi kode 6,

tidak tamat sekolah diberi kode 7

Pendidikan anak:

SD diberi kode 1, SMP diberi kode 2, SMA diberi kode

Pekerjaan:

PNS diberi kode 1, karyawan swasta diberi kode 2, wiraswasta diberi kode 3 dan yang tidak bekerja (Ibu rumah dan pensiunan) diberi kode 4

2) Pemberian kode pada kuesioner konsep diri

Kategori konsep diri orang tua dibagi menjadi tiga yaitu pernyataan yang *favourable* dan *unfavourable*.

Untuk kategori *favourable*:

Selalu diberi kode 4, Sering diberi kode 3, Jarang diberi kode 2, Tidak pernah diberi kode 1

Sedangkan untuk pernyataan *unfavourable* diberikan:

Selalu diberi kode 1, Sering diberi kode 2, Jarang diberi kode 3, Tidak pernah diberi kode 4.

c. *Tabulating*

Tabulating adalah hasil dari kuesioner dimasukan ke dalam suatu tabel sesuai dengan jenis pertanyaannya, untuk mengetahui jumlah jawaban pada setiap kategori pertanyaan.

d. *Entry*

Entry data jawaban yang sudah diberi kode kategori kemudian dimasukkan dalam tabel dengan cara menghitung frekuensi data. Pada penelitian ini, *entry data* dilakukan setelah

data di edit dan diperiksa, lalu data dimasukkan dengan sistem operasi komputer.

e. *Cleaning*

Cleaning merupakan kegiatan memeriksa kembali data yang sudah di entry, apakah sudah benar atau belum. Peneliti memeriksa kembali data yang sudah di entry dan mengoreksi data bila ditemukan penomoran yang salah atau ada huruf-huruf yang kurang jelas.

2. Analisa Data

Analisa data dalam penelitian ini yaitu analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variable penelitian. Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya. Pada umumnya dalam analisa ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari setiap variabel(60).

Distribusi frekuensi terdiri atas konsep diri orang tua, dan karakteristik responden (usia bapak/ibu, jenis kelamin anak, pendidikan, dan pekerjaan) yang akan dikelola dengan menggunakan program yang ada di komputer dengan menggunakan rumus distribusi frekuensi(66).

J. Etika Penelitian

Penelitian ini memperhatikan beberapa aspek etika penelitian dalam keperawatan, diantaranya adalah sebagai berikut: (57,58,65,67)

1. *Nonmaleficence*

Penelitian yang telah dilakukan tidak membahayakan dan merugikan responden. Bahwa pelaksanaan penelitian baik untuk pengembangan profesi dan responden. Pada penelitian ini hanya menggunakan kuisioner dan tidak mengancam kesehatan maupun jiwa responden.

2. *Informed consent*

Peneliti memberikan lembar *informed consent* sebelum pengambilan data dilakukan. Tujuan *informed consent* agar subjek penelitian mengerti maksud dan tujuan penelitian. Bila responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden.

3. *Anonimity* (tanpa nama)

Anonimity berarti peneliti tidak mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data. Peneliti hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data tersebut.

4. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Peneliti memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dan dilindungi dengan kode sehingga hanya peneliti yang bisa melihat hasil penelitiannya.

5. *Veracity* (kejujuran)

Penelitian ini dilakukan dan dijelaskan secara jujur tentang manfaatnya, efeknya dan apa yang akan didapat jika responden dilibatkan dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Safaria T. Autisme Pemahaman Baru Untuk Hidup Bermakna Bagi Orang Tua. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2005
2. Novi. Jumlah Penyandang Cacat Fisik. 2007. diakses pada tanggal 28 Agustus 2016 di <http://diglib.sunan-ampel.ac.id/files/disk1/207/jiptiain--khoirunnis-10307-1-keterlibu.pdf>. 20 maret 2013.
3. Fadhli A. Buku Pintar Kesehatan Anak. Yogyakarta: Pustaka Anggrek; 2010
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pelayanan Kesehatan Anak di Sekolah Luar Biasa (SLB). Jakarta Bakti: Husada; 2010
5. Wong, DL, Eaton, MH, Wilson, D, Winkelstein, ML, Schwartz, P. Buku ajar Keperawatan Pediatrik. Edisi 6. Volume 1. Jakarta: EGC; 2009
6. Effendi M. Pengantar Psikopedagogik anak berkelainan. Jakarta: PT. Bumi Aksara; 2006
7. Videbeck S. Buku Ajaran Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC; 2008
8. Ciptono S. Bina Diri anak tuna grahita. Karya ilmiah disampaikan pada Pelatihan Guru Pembimbing Khusus BP Dikusus Prov Jawa Tengah, Dinas Pendidikan Provinsi Jawa Tengah, Dinas Pendidikan Provinsi Jawa Tengah, tanggal 2-6 Agustus 2010. 2010

9. Irwanto, et al. Situasi Penyandang Disabilitas di Indonesia: Sebuah Desk Review. Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Indonesia. Jakarta; 2010
10. Meila R. Gambaran Pengalaman Stress dan Koping Orang Tua yang Memiliki Anak dengan Retardasi Mental di SLB/C Karya Bhakti Purworejo. Stikes Muhammadiyah Gombong. Jawa Tengah; 2016
11. Tassé MJ, Thomson, JR, McLaughlin C. Practice guidelines in working with individuals who have developmental disabilities. Concord, NC: PBH; 2006
12. Rosnawati A. Pendidikan anak berkebutuhan khusus tunagrahita. Jakarta: Luxima; 2013
13. Emck C, Bosscher R, Beek P, Doreleijers T. Gross motor performance and self perceived motor competence in children with emotional, behavioral and pervasive developmental disorder. A review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51 :501-527.2009
14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Buku Pelayanan Kesehatan Anak di Sekolah Luar Biasa (SLB) bagi petugas kesehatan. Jakarta. 2010. Diakses pada tanggal 13 oktober 2016 di <http://www.scribd.com/doc/213154879/Pedoman-Yankes-Anak-Di-Slb-Bagi-Petugas-Kesehatan>
15. Nofitri. Gambaran Kualitas Hidup. Fakultas Psikologi. Universitas Indonesia. Jakarta; 2009

16. Tandry N. Mengenal tahap tumbuh kembang anak & permasalahannya. Jakarta: Libri; 2011
17. Sularyo TS, Kadim M. Retardasi Mental. Seri Pediatri; 2(3):170-7;2000
18. Wijyaningrum NB. Gambaran pola asuh orang tua pada anak usia prasekolah di TK melati putih Banyumanik. PSIK FK UNDIP; 2013
19. Hendriani, Wiwin, Ratih, Tirta. Penerimaan Keluarga Terhadap Individu Yang Mengalami Keterbelakangan Mental; 2006
20. Hastuti R. Penyesuaian Diri Orang Tua yang Memiliki Anak Retardasi Mental Ringan. Vol 1. No 2. Jakarta: Arkhe; 2004
21. Nevid JS. Psikologi Abnormal. Jakarta: Penerbit Erlangga; 2003
22. Sunaryo. Psikologi untuk Keperawatan. Jakarta: EGC; 2004
23. Surya H. Jadilah Pribadi yang Unggul. Jakarta: PT. Gramedia; 2010
24. Salbiah. Konsep Diri. Fakultas Kedokteran. Universitas Sumatera Utara. Medan; 2003
25. Setiawan E. Hubungan konsep diri dengan penerimaan diri orang tua yang memiliki anak retardasi mental di SLB W Semarang. Fakultas Keperawatan. Universitas Sultan Agung. Semarang; 2014
26. Kepala Humas SLB Negeri Semarang. Semarang; 2016
27. Sandra M. Metode pembelajaran dan terapi untuk anak berkebutuhan khusus. Yogyakarta: Katahati; 2010
28. Wong DL. Pedoman klinis keperawatan pediatrik. Jakarta: EGC; 2004

29. Suharmini T. Psikologi anak berkebutuhan khusus. Departemen Pendidikan Nasional Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Direktorat Ketenagaan. Jakarta; 2009
30. Sularyo TS, Kadim M. Retardasi mental. Seri Pediatri;2(3):170;2000
31. Armatas V. Mental retardation: definitions, etiology, epidemiology and diagnoses. Journal of Sport and Health Research; 2009
32. Muttaqin A. Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persyarafan. Jakarta: Saelemba Medika; 2008
33. Amin M. Ortopedagogik anak tunagrahita. Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Dinas Pendidikan dan Kebudayaan. Jakarta; 1995
34. Rosnawati A. Pendidikan anak berkebutuhan khusus tunagrahita. Jakarta: Luxima; 2013
35. Salmiah S. Retardasi mental. Fakultas Kedokteran Gigi. Universitas Sumatera Utara. Medan; 2010
36. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Ilmu kesehatan anak Nelson. Vol.1. Ed. 15. Jakarta: EGC; 1999
37. Suliswati, Payopo AT, Maruhawa J, Sianturi Y, Sumijatun. Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa. Jakarta: EGC; 2005
38. Sunaryo. Pendidikan anak cacat netra sebelum usia sekolah. Jakarta: Pustaka Dian; 2008
39. Agustini H. Psikologi perkembangan. Bandung: Refika Aditama; 2006

40. Fitts. Principle and practice of psychiatric nursing. Ed. 6. St. Louis
Mosby year book; 2006
41. Potter PA, Perry AG. Buku ajar fundamental keperawatan: konsep,
proses dan praktik. Jakarta: EGC; 2005
42. Stuart, Sudeen. Buku saku keperawatan jiwa. Ed. 3. Jakarta: EGC;
1998
43. Kementerian Sosial Republik Indonesia. Peraturan Menteri Sosial
Republik Indonesia nomor 21 tahun 2013 tentang pengasuhan Anak;
2013. Diakses pada tanggal 29 Agustus
2016 [http://www.kemsos.go.id/modules.php?name=Downloads&d_op=
viewdownload&cid=65&orderby=dateD](http://www.kemsos.go.id/modules.php?name=Downloads&d_op=viewdownload&cid=65&orderby=dateD)
44. Setyani U. Hubungan antara konsep diri dengan intensi menyontek
pada siswa SMA Negeri 2. Fakultas Psikologi. Universitas Diponegoro.
Jawa Tengah; 2007
45. Kozier ERB, Berman. Buku ajar fundamental keperawatan: konsep,
proses dan praktik. Vol.1 Ed. 7. Jakarta: EGC; 2010
46. Kozier B. Fundamentals of Nursing. Ed. 8. New Jersey: Pearson
Education; 2007
47. Stuart G, Laraia M. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Ed.
8. Missouri: Elsevier Mosby; 2005
48. Ainul MY. Peran orang tua dalam menanamkan akhlak pada anak
tunagrahita di sekolah luar biasa (SLB) Negeri Semarang. Fakultas

- Dakwah dan Komunikasi. Universitas Islam Negeri Walisongo. Semarang; 2015
49. Pancawati R. Penerimaan diri dan dukungan orang tua terhadap anak autis. Vol.1. No.1. Samarinda; 2013
50. Kubler S, Elizabeth. On life after death revised. USA: Celestial Arts; 2008
51. Semiun Y. Kesehatan Mental 2. Yogyakarta: Kanisius; 2006
52. Somantri TS. Psikologi anak luar biasa. Bandung: Refika Aditama; 2006
53. Natalia LR. Hubungan dukungan sosial dengan harga diri orang tua yang memiliki anak retardasi mental di SLB N 1 Bantul 2014
54. Nursalam, Ninuk. Asuhan keperawatan pada pasien terinfeksi HIV/AIDS. Jakarta: Salemba Medika; 2007
55. Sari H. Pengaruh family-Methodologi. FIK. Universitas Indonesia. Jakarta; 2009
56. Nursalam. Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. Surabaya: Salemba Medika; 2003
57. Hidayat AA. Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah. Ed. 2. Jakarta: Salemba Medika; 2007
58. Setiadi. Konsep dan penulisan riset keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2007
59. Nursalam. Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. Jakarta: Salemba Medika; 2008

60. Notoadmodjo S. Metodologi penelitian kesehatan, ilmu kesehatan masyarakat. Jkarta: Rineka Cipta; 2010
61. Thoha T. Kapita selekta pendidikan Islam. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 1997
62. Departemen Pendidikan Nasional. Pedoman pelaksanaan manajemen sekolah khusus tunagrahita. Direktorat Pembinaan Sekolah Luar Biasa. Hal 37. Semarang; 2008
63. Aziz A. Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data. Jakarta: Salemba Medika; 2008
64. Arikunto S. Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek. Jakarta: PT Asdi Mahasatya; 2006
65. Dahlan MS. Statistik untuk kedokteran dan kesehatan. Jakarta: Salemba Medika; 2009
66. Agus R. Aplikasi metodologi penelitian kesehatan. Hal 90. Yogyakarta: Nuha Medika; 2011
67. Sazli. Gambaran konsep diri orang tua dengan anak berkebutuhan khusus di SDLB Labui Banda Aceh. Skripsi fakultas keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh; 2016