

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Anak dengan Tunagrahita

2.1.1 Pengertian Tunagrahita

Tunagrahita merupakan kemampuan mental yang tidak mencukupi yang ditandai dengan intelegensi rendah sehingga menyebabkan ketidakmampuan individu untuk belajar dan beradaptasi terhadap tuntutan masyarakat atas kemampuan yang dianggap normal (Soetjningsih, 2013). Menurut Budiman dalam Soetjningsih (2013), seseorang dikatakan tunagrahita atau disebut juga retardasi mental bila memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Fungsi intelektual umum di bawah normal.
2. Terdapat kendala pada perilaku adaptif.
3. Gejalanya timbul dalam masa perkembangan, di bawah usia 18 tahun.

Menurut Liptak dalam Soetjningsih (2013), yang dimaksud dengan retardasi mental merupakan anak yang mempunyai IQ di bawah 70/75, terjadi sebelum 18 tahun, dan terdapat keterbatasan pada keterampilan adaptif (keterbatasan dalam berkomunikasi, menolong diri sendiri, *home living*, keterampilan sosial, bermasyarakat, mengarahkan diri, kesehatan, keamanan, fungsi akademik, menggunakan waktu luang, dan kerja).

Menurut Sebastian dalam Soetjningsih (2013), retardasi mental merupakan keterlambatan perkembangan yang dimulai pada masa anak

yang ditandai oleh intelegensi/kemampuan kognitif di bawah normal dan terdapat pada perilaku adaptif sosial.

Dapat disimpulkan bahwa tunagrahita merupakan kelainan yang meliputi fungsi intelektual umum di bawah rata-rata di mana perkembangan kecerdasannya mengalami hambatan sehingga tidak mencapai tahap perkembangan yang optimal.

2.1.2 Klasifikasi Tunagrahita

Menurut Sukotjo, 2014, didasarkan pada tingkat kecerdasan terdiri atas keterbelakangan ringan, sedang, berat, dan sangat berat. Kemampuan kecerdasan anak tunagrahita kebanyakan diukur dengan tes *Stanford Binet* dan *Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)*.

1. Tunagrahita Ringan

Secara sepintas sulit membedakan antara anak tuna grahita ringan dengan anak yang sebaya dengannya. Mereka umumnya memiliki penampilan fisik yang tidak terlalu berbeda dengan sebayanya. Demikian pula dalam lingkup pergaulan sosial. Umumnya anak tunagrahita ringan mengalami masalah yang serius dalam pendidikan ketika mereka menginjak kelas 3 atau 4 SD. Secara umum dapat dijelaskan karakteristik mereka sebagai berikut:

1. Kemungkinan mengalami beberapa masalah dalam fisik, kesehatan dan motorik.
2. Adakalanya dapat melakukan aktifitas olahraga dan sosial bersama sebayanya.

3. Dapat berinteraksi dan bersahabat dengan sesama dan sebayanya, dengan kemungkinan mengalami canggung.
 4. Dapat menguasai kemampuan sosial dan bermasyarakat dengan baik, jika diberi pelatihan yang sesuai.
 5. Kemungkinan memerlukan bantuan untuk hidup di lingkungannya
 6. Kemungkinan memerlukan bantuan finansial ketika menginjak dewasa.
 7. Dapat melakukan pekerjaan yang kompetitif dengan perlakuan khusus atau dilingkungan khusus.
 8. Dapat diajarkan kemandirian dan kemampuan fungsional
2. Tunagrahita Sedang
1. Dapat terlibat dalam komunikasi yang sederhana, tetapi mengalami kesulitan memahami dan berbicara dalam permasalahan.
 2. Hanya dapat memahami komunikasi yang sederhana karena keterbatasan kemampuan verbal.
 3. Kemungkinan memerlukan tehnik komunikasi non verbal (misalnya; bahasa isyarat dan gestures).
 4. Umumnya mempunyai gangguan kesehatan dan motorik yang signifikan.
 5. Keterbatasan interaksi sosial.
 6. Memerlukan bantuan dalam kegiatan hidup sehari-hari.
 7. Dapat mengerjakan pekerjaan yang sangat sederhana pada rangkaian pekerjaan seperti sheltered workshop atau lingkungan pekerjaan yang terlindung.

8. Dapat diberi pelatihan fungsional misalnya; keterampilan menolong diri sendiri.

3. Tunagrahita Berat

Tunagrahita berat dapat dikenali keberadaannya sejak dini dari ciri fisiologis, pertumbuhan dan perkembangannya. Mereka mengalami keterlambatan yang signifikan dalam perkembangan berjalan dan bicara. Karakteristik mereka sebagai berikut:

1. Kemampuan berkomunikasi sangat terbatas, sering hanya bersuara non verbal, dan tidak efektif.
2. Kemampuan motorik terbatas dan kesehatan yang rapuh.
3. Kemungkinan tidak terlihat kemampuan adaptasi sosialnya.
4. Ketergantungan penuh.
5. Tidak dapat dilatih ketrampilan.
6. Kemungkinan hanya dapat menguasai kemampuan dasar kehidupan.

4. Tunagrahita Sangat Berat

1. Sangat tergantung pada orang lain dalam segala bidang.
2. Tidak dapat merawat diri sendiri.
3. Kesulitan dalam komunikasi verbal dan non verbal, jika dapat berkata-kata ucapannya tidak jelas.
4. Tidak dapat mengenal bahaya.
5. Tidak dapat berpartisipasi dengan kegiatan sosial.

2.1.3 Pedoman Diagnostik

Menurut Maslim (2013), untuk menentukan diagnostik tunagrahita secara umum dapat berpedoman pada beberapa di bawah ini, antara lain:

1. Tingkat kecerdasan (intelegensia) bukan satu-satunya karakteristik, melainkan harus dinilai berdasarkan sejumlah besar keterampilan spesifik yang berbeda. Meskipun ada kecenderungan umum bahwa semua keterampilan ini akan berkembang ke tingkat yang sama pada setiap individu, namun dapat terjadi suatu ketimpangan yang besar, khususnya pada penyandang tunagrahita. Orang tersebut mungkin memperlihatkan hendaya berat dalam satu bidang tertentu (misalnya bahasa), atau mungkin mempunyai suatu area keterampilan tertentu yang lebih tinggi (misalnya tugas visuo-spasial sederhana) yang berlawanan dengan latar belakang adanya tunagrahita. Keadaan ini menimbulkan kesulitan pada saat menentukan kategori diagnosis.
2. Penilaian tingkat kecerdasan harus berdasarkan semua informasi yang tersedia, termasuk temuan klinis, perilaku adaptif (yang dinilai dalam kaitan dengan latar belakang budayanya), dan hasil tes psikometrik.
3. Untuk diagnosis yang pasti, harus ada penurunan tingkat kecerdasan yang mengakibatkan berkurangnya kemampuan adaptasi terhadap tuntutan dari lingkungan sosial biasa sehari-hari.
4. Gangguan jiwa dan fisik yang menyertai tunagrahita, mempunyai pengaruh besar pada gambaran klinis dan penggunaan dari semua keterampilannya.

5. Penilaian diagnostik adalah terhadap kemampuan umum (*global ability*) bukan terhadap suatu area tertentu yang spesifik dari hendaya atau keterampilan.

Menurut Maslim (2013) untuk menentukan diagnostik tunagrahita sesuai dengan klasifikasi ringan, sedang, berat, dan sangat berat terdapat pedoman diagnostik, antara lain:

A. Pedoman Diagnostik Tunagrahita Ringan

1. Bila menggunakan tes IQ baku yang tepat, maka IQ berkisar antara 55 sampai 70 menunjukkan tunagrahita ringan (Sukotjo, 2014).
2. Pemahaman dan penggunaan bahasa cenderung terlambat pada berbagai tingkat, dan masalah kemampuan berbicara yang mempengaruhi perkembangan kemandirian dapat menetap sampai dewasa. Walaupun mengalami keterlambatan dalam kemampuan bahasa tetapi sebagian besar dapat mencapai kemampuan berbicara untuk keperluan sehari-hari. Kebanyakan juga dapat mandiri penuh dalam merawat diri sendiri dan mencapai keterampilan praktis dan keterampilan rumah tangga, walaupun tingkat perkembangannya agak lambat daripada normal. Kesulitan utama biasanya tampak dalam pekerjaan sekolah yang bersifat akademik, dan banyak masalah khusus dalam membaca dan menulis.
3. Etiologi organik hanya dapat diidentifikasi pada sebagian kecil penderita.

4. Keadaan lain yang menyertai seperti autisme, gangguan perkembangan lain, epilepsi, gangguan tingkah laku, atau tunagrahita dapat ditemukan dalam berbagai proporsi. Bila terdapat gangguan demikian, maka harus diberi kode diagnosis tersendiri.

B. Pedoman Diagnostik Tunagrahita Sedang

1. IQ biasanya berada dalam rentang 40 sampai 55 (Sukotjo, 2014).
2. Umumnya ada profil kesenjangan (*discrepancy*) dari kemampuan, beberapa dapat mencapai tingkat yang lebih tinggi dalam keterampilan visuo-spasial dari pada tugas-tugas yang tergantung pada bahasa, sedangkan yang lainnya sangat canggung namun dapat mengandakan interaksi sosial dan percakapan sederhana. Tingkat perkembangan bahasa bervariasi: ada yang dapat mengikuti percakapan sederhana, sedangkan yang lain hanya dapat berkomunikasi seadanya untuk kebutuhan dasar mereka.
3. Suatu etiologi organik dapat diidentifikasi pada kebanyakan penyandang tunagrahita sedang.
4. Autisme masa kanak atau gangguan perkembangan pervasif lainnya terdapat pada sebagian kecil kasus, dan mempunyai pengaruh besar pada gambaran klinis dan tipe pelaksanaan yang dibutuhkan. Epilepsi, disabilitas neurologik dan fisik juga lazim ditemukan meskipun kebanyakan penyandang tunagrahita sedang mampu berjalan tanpa bantuan. Kadang-kadang didapatkan gangguan jiwa lain, tetapi karena tingkat perkembangan bahasanya yang terbatas sehingga sulit

menegakkan diagnosis dan harus tergantung dari informasi yang diperoleh dari orang lain yang mengenalnya. Setiap gangguan penyerta harus diberi kode diagnosis tersendiri.

C. Pedoman Diagnostik Tunagrahita Berat

1. IQ biasanya berada dalam rentang 25 sampai 40 (Sukotjo, 2014).
2. Pada umumnya mirip dengan tunagrahita sedang dalam hal:
 - a. Gambaran klinis,
 - b. Terdapatnya etiologi organik, dan
 - c. Kondisi yang menyertainya,
 - d. Tingkat prestasi yang rendah
3. Kebanyakan penyandang tunagrahita berat menderita gangguan motorik yang mencolok atau defisit lain yang menyertainya, menunjukkan adanya kerusakan atau penyimpangan perkembangan yang bermakna secara klinis dari susunan saraf pusat.

D. Pedoman Diagnostik Tunagrahita Sangat Berat

1. IQ biasanya di bawah 25 (Sukotjo, 2014).
2. Pemahaman dan penggunaan bahasa terbatas, paling banter mengerti perintah dasar dan mengajukan permohonan sederhana.
3. Keterampilan visuo-spasial yang paling dasar dan sederhana tentang memilih dan mencocokkan mungkin dapat dicapainya, dan dengan pengawasan dan petunjuk yang tepat penderita mungkin dapat sedikit ikut melakukan tugas praktis dan rumah tangga.

4. Suatu etiologi organik dapat diidentifikasi pada sebagian besar kasus.
5. Biasanya ada disabilitas neurologik dan fisik lain yang berat sehingga mempengaruhi mobilitas, seperti epilepsi dan hendaya daya lihat dan daya dengar. Sering ada gangguan perkembangan pervasif dalam bentuk sangat berat khususnya autisme yang tidak khas (*atypal autism*), terutama pada penderita yang dapat bergerak.

2.1.4 Etiologi Tunagrahita

Menurut Maramis dalam Yusuf (2015), faktor penyebab tunagrahita yaitu sebagai berikut.

1. Faktor genetik

Abnormalitas kromosom yang paling umum menyebabkan tunagrahita adalah *Sindrom Down* yang ditandai oleh adanya kelebihan kromosom atau kromosom ketiga pada pasangan kromosom ke-21, sehingga mengakibatkan jumlah kromosom menjadi *Sindrom Fragile X*, yang merupakan tipe umum dari tunagrahita yang diwariskan. Gangguan ini disebabkan oleh mutasi gen pada kromosom X. Gen yang rusak berada pada area kromosom yang tampak rapuh, sehingga disebut *Sindrom Fragile X*. Sindrom ini menyebabkan tunagrahita pada 1.000-1.500 pria dan hambatan mental belajar ringan sampai retardasi parah yang dapat menyebabkan gangguan bicara dan fungsi yang berat.

2. Faktor prenatal

Penyebab tunagrahita saat prenatal adalah infeksi dan penyalahgunaan obat selama ibu mengandung. Infeksi yang biasanya terjadi adalah rubella, yang dapat menyebabkan kerusakan otak. Penyakit ibu juga dapat menyebabkan tunagrahita seperti sifilis, herpes genital, hipertensi, diabetes melitus, anemia, tuberkulosis paru. Narkotik, herpes, dan rokok yang berlebihan serta keadaan gizi dan emosi pada ibu hamil juga sangat berpengaruh pada terjadinya tunagrahita.

3. Faktor perinatal

Tunagrahita yang disebabkan oleh kejadian yang terjadi pada saat kelahiran adalah luka-luka pada saat kelahiran, sesak napas (asfiksia), dan lahir prematur, serta proses kelahiran yang lama.

4. Faktor pascanatal

Banyak sekali faktor pascanatal yang dapat menimbulkan kerusakan otak dan mengakibatkan terjadinya tunagrahita. Termasuk di antaranya adalah infeksi (meningitis, ensefalitis, meningoensefalitis, dan infeksi pada bagian tubuh lain yang menahun), trauma kapitis, tumor otak. Kesehatan ibu yang buruk dan terlalu sering melahirkan merupakan penyebab berbagai macam komplikasi kelahiran seperti bayi lahir prematur, perdarahan postpartum, dan lain sebagainya.

5. Rudapaksa (trauma) dan/atau sebab fisik lain

Rudapaksa sebelum lahir serta juga trauma lain, seperti sinar X, bahan kontrasepsi, dan usaha melakukan abortus dapat mengakibatkan

kelainan dengan tunagrahita. Rudapaksa setelah lahir tidak begitu sering mengakibatkan tunagrahita.

6. Gangguan metabolisme, pertumbuhan, atau gizi

Semua tunagrahita yang langsung disebabkan oleh gangguan metabolisme (misalnya gangguan metabolisme lemak, karbohidrat, dan protein), serta pertumbuhan atau gizi termasuk dalam kelompok ini. Gangguan gizi yang berat dan berlangsung lama sebelum umur 4 tahun sangat memengaruhi perkembangan otak serta dapat mengakibatkan tunagrahita. Keadaan dapat diperbaiki dengan memperbaiki sebelum umur 6 tahun. Sesudah ini biarpun anak itu dibanjiri dengan makanan bergizi, intelegensi yang rendah itu sudah sukar ditingkatkan.

7. Penyakit otak yang nyata (setelah kelahiran).

Kelompok ini termasuk retardasi mental akibat tumor/kanker (tidak termasuk pertumbuhan sekunder karena rudapaksa atau peradangan) dan beberapa reaksi sel-sel otak yang nyata, tetapi yang belum diketahui betul penyebabnya (diduga turunan).

2.1.5 Karakteristik Tunagrahita

Menurut Somantri dalam Yusuf (2015), beberapa karakteristik tunagrahita sebagai berikut:

1. Keterbatasan kecerdasan

Dengan adanya keterbatasan kemampuan berpikir, mereka mengalami kesulitan belajar. Masalah yang sering dirasakan terkait proses belajar mengajar di antaranya kesulitan menangkap pelajaran,

kesulitan dalam belajar yang baik, mencari metode yang tepat, kemampuan berpikir abstrak yang terbatas, daya ingat lemah, dan lain sebagainya. Kapasitas anak tunagrahita terutama yang bersifat abstrak seperti berhitung, menulis, dan membaca juga terbatas, serta kemampuan belajarnya cenderung tanpa pengertian atau cenderung belajar dengan membeo.

2. Keterbatasan sosial

Dalam pergaulan mereka tidak dapat mengurus, memelihara, dan memimpin diri. Waktu masih kanak-kanak, mereka harus dibantu terus-menerus, disuapi makanan, dipasangkan dan ditanggali pakaian, disingkirkan dari bahaya, diawasi waktu bermain dengan anak lain, bahkan ditunjuki terus apa yang harus dikerjakan. Mereka bermain dengan teman-teman yang lebih muda, karena tidak dapat bersaing dengan teman sebayanya. Tanpa bimbingan dan pengawasan, mereka dapat terjerumus ke dalam tingkah laku yang terlarang terutama mencuri, merusak, dan pelanggaran seksual.

Masalah ini berkaitan dengan masalah-masalah atau kesulitan dalam hubungannya dengan kelompok dan individu di sekitarnya. Kemampuan penyesuaian diri dengan lingkungannya sangat dipengaruhi oleh kecerdasan. Oleh karena tingkat kecerdasan tunagrahita berada di bawah normal, maka dalam kehidupan bersosialisasi mengalami hambatan. Selain itu, kecenderungan mereka diisolasi (dijauhi) oleh lingkungannya. Anak juga dapat tidak diakui secara penuh sebagai individu yang berpribadi sehingga dapat

berpengaruh pada pembentukan pribadi yang mengakibatkan suatu kondisi pada individu tentang ketidakmampuannya di dalam menyesuaikan diri terhadap tuntutan sekolah, keluarga, masyarakat, dan bahkan dirinya sendiri.

3. Keterbatasan fungsi mental lainnya

Memerlukan waktu lebih lama untuk melaksanakan reaksi pada situasi yang belum dikenalnya, keterbatasan penguasaan bahasa, kurang mampu untuk mempertimbangkan sesuatu, membedakan antara baik dan buruk, serta membedakan yang benar dan salah.

2.1.6 Tanda dan Gejala Tunagrahita

Gejala anak tunagrahita (Yusuf, 2015), antara lain sebagai berikut.

1. Lamban dalam mempelajari hal 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 tunagrahita berat.
4. Cacat fisik dan perkembangan gerak. Kebanyakan anak dengan tunagrahita berat mempunyai keterbatasan 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 tunagrahita 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 tunagrahita dalam memberikan perhatian terhadap lawan jenis.
7. Tingkah laku kurang wajar yang terus-menerus. Banyak anak tunagrahita 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-benturkan kepala, dan lain-lain.

2.1.7 Dampak Tunagrahita

Dampak yang paling utama adalah orang tua dan keluarga dari anak tunagrahita tersebut berada dalam risiko, mereka menghadapi risiko berat serta saudara-saudara anak tersebut menghadapi hal-hal yang bersifat emosional Somatri dalam Muliana (2013).

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

1. Perubahan tiba-tiba, hal ini mendorong untuk:
 - a. Menolak kehadiran anak dengan memberikan sikap dingin.
 - b. Menolak dengan rasionalisasi, menahan anaknya di rumah dengan mendatangkan orang terlatih untuk mengurusnya.

- c. Merasa berkewajiban untuk memelihara tetapi melakukan tanpa memberikan kebahagiaan.
 - d. Memelihara dengan berlebihan sebagai kompensasi perasaan menolak.
2. Merasa ada yang tidak beres mengenai keturunan sehingga mendorong timbulnya perasaan depresi.
3. Merasa kurang mampu mengasuhnya, perasaan ini menghilangkan kepercayaan kepada diri sendiri dalam mengasuhnya.
4. Kehilangan kepercayaan akan mempunyai anak yang normal.
 - a. Karena kehilangan kepercayaan tersebut orangtua cepat marah dan menyebabkan tingkah laku agresif.
 - b. Kedudukan tersebut dapat mengakibatkan depresi.
 - c. Pada permulaan, mereka segera mampu menyesuaikan diri sebagai orang tua anak tunagrahita, akan tetapi mereka terganggu lagi saat-saat menghadapi peristiwa-peristiwa kritis.
5. Terkejut dan kehilangan kepercayaan diri, kemudian berkonsultasi untuk mendapatkan berita-berita yang lebih baik.
6. Banyak tulisan yang menyatakan bahwa orang tua merasa berdosa, sebenarnya perasaan tersebut tidak selalu ada tetapi perasaan tersebut bersifat kompleks dan dapat mengakibatkan depresi.
7. Merasa bingung dan malu yang mengakibatkan orang tua kurang suka bergaul dan lebih suka menyendiri.

Adapun saat-saat kritis itu terjadi saat-saat berikut:

- a. Pertama kali mengetahui anaknya cacat

- b. Memasuki umur sekolah, pada saat tersebut sangat penting kemampuan masuk sekolah biasa, sebagai tanda bahwa anak tersebut normal
- c. Meninggalkan sekolah
- d. Orang tua bertambah tua sehingga tidak mampu lagi memelihara anak yang cacat
- e. Pada saat kritis biasanya orang tua lebih mudah menerima saran dan petunjuk. Pada umumnya masyarakat kurang mengacuhkan anak tunagrahita bahkan tidak dapat membedakannya dari orang gila, orang tua biasanya tidak memiliki gambaran tentang masa depan anaknya dan tidak mengetahui layanan yang dibutuhkan anaknya dalam masyarakat.

2.1.8 Penatalaksanaan Tunagrahita

Penatalaksanaan anak dengan tunagrahita dalam (Soetjningsih, 2013) antara lain.

1. Membuat rancangan suatu strategi pendekatan bagi setiap anak secara individual untuk mengembangkan potensi anak tersebut seoptimal mungkin. Untuk itu perlu melibatkan psikolog untuk menilai perkembangan mental anak terutama kemampuan kognitifnya.
2. Pada orang tua perlu diberi pengarahan yang jelas mengenai keadaan anaknya dan apa yang diharapkan dan terapi yang diberikan. Kadang-kadang diperlukan waktu yang lama untuk menyakinkan orang tua mengenai keadaan anaknya.

3. Bila orang tua belum dapat menerima keadaan anaknya, maka perlu konsultasi pula dengan psikolog atau psikiater.
4. Kerjasama yang baik antara guru dengan orang tuanya, agar tidak terjadi kesimpang siuran dalam strategi penanganan anak di sekolah dan di rumah.
5. Anggota keluarga lainnya juga harus diberi pengertian, agar anak tidak diejek atau dikucilkan.
6. Masyarakat perlu diberikan penerangan tentang tunagrahita, agar mereka dapat menerima anak tersebut dengan wajar.

2.1.9 Pencegahan Tunagrahita

Menurut Judarwanto dalam Muliana (2013), pencegahan anak tunagrahita yaitu:

1. 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 di atas 40 tahun dikurangi dan pencegahan peradangan otak pada anak-anak).
2. Pencegahan sekunder: meliputi diagnosa dan pengobatan dini peradangan otak, perdarahan subdural, kraniosinosis (sutura tengkorak menutup terlalu cepat, dapat dibuka dengan kraniotomi; pada mikrosefali yang kongenital, operasi tidak menolong).

3. Pencegahan tersier merupakan pendidikan penderita atau latihan khusus sebaiknya di sekolah luar biasa. Dapat diberi neuroleptika kepada yang gelisah, hiperaktif atau destruktif.

Konseling kepada orang tua 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 penjelasan bahwa sampai sekarang belum ada obat yang dapat membuat anak menjadi pandai, hanya ada obat yang dapat membantu pertukaran zat (metabolisme) sel-sel otak.

2.2 Konsep Penerimaan Diri

2.2.1 Pengertian Penerimaan Diri

Hurlock dalam Permatasari (2016), mendefinisikan *self acceptance* sebagai *“the degree to which an individual having considered his personal characteristics, is able and willing to live with them”* yaitu derajat di mana seseorang telah mempertimbangkan karakteristik personalnya, merasa mampu serta bersedia hidup dengan karakteristiknya tersebut.

Sedangkan menurut Jersild dalam Meilinda (2013), penerimaan diri adalah kesediaan untuk menerima dirinya yang mencakup keadaan fisik, psikologi sosial dan pencapaian dirinya, baik kelebihan maupun kekurangan yang dimiliki.

Dari definisi-definisi di atas, maka dapat disimpulkan bahwa penerimaan diri adalah derajat di mana seseorang telah mengetahui

karakteristik personalnya baik yang mencakup keadaan fisik, psikologi sosial dan pencapaian dirinya baik kelebihan maupun kekurangan yang dimiliki.

2.2.2 Karakteristik Penerimaan Diri

Beberapa karakteristik seseorang yang memiliki penerimaan diri menurut Jersild dalam Heriyadi (2013) yaitu:

- a. Memiliki penilaian realistis terhadap potensi-potensi yang dimilikinya.
- b. Mereka juga menyadari kekurangan tanpa menyalahkan diri sendiri.
- c. Memiliki spontanitas dan tanggung jawab terhadap perilakunya.
- d. Mereka menerima kualitas-kualitas kemanusiaan mereka tanpa menyalahkan diri mereka terhadap keadaan-keadaan di luar kendali mereka.

2.2.3 Ciri-ciri Orang yang Mau Menerima Diri

Hal terpenting ketika seseorang mampu menerima dirinya adalah ketika seseorang tersebut dapat menerima segala potensi yang ada pada dirinya, baik itu yang berkaitan dengan kelebihan yang dimilikinya juga yang berkaitan dengan kelemahan/kekurangan yang ada pada dirinya. Maka orang tersebut akan dapat berinteraksi dengan baik dengan orang lain karena orang tersebut akan bersedia menerima kritik ataupun penolakan dari orang lain dengan sikap positif. Seperti yang diungkapkan Allport dalam Heriyadi (2013) ciri-ciri seseorang yang mau menerima diri yaitu sebagai berikut:

- a. Memiliki gambaran yang positif tentang dirinya.

Di mana manusia memiliki kemampuan dan keyakinan dalam menghadapi kehidupan, menganggap dirinya berharga sebagai manusia yang sederajat dengan orang lain, memiliki penghargaan tentang kelebihanannya, memiliki penilaian realistis tentang kemampuan dirinya, tidak merasa ditolak orang lain, berani memikul tanggung jawab terhadap perilakunya, dan tidak melihat dirinya secara *irrasional*.

- b. Dapat mengatur dan dapat bertoleransi dengan rasa frustrasi dan kemarahannya.

Tidak menyalahkan dirinya akan keterbatasan yang dimiliki ataupun mengingkari kelebihanannya, menyadari bahwa setiap manusia mempunyai kemampuan yang terbatas, menyadari bahwa kemarahan hanya akan merugikan diri sendiri, menyadari kekurangan tanpa menyalahkan diri sendiri, dan dapat bertahan dalam kegagalan atau kepedihan serta dapat mengatasi keadaan emosionalnya.

- c. Dapat berinteraksi dengan orang lain tanpa memusuhi mereka apabila orang lain beri kritik.

Percaya pada diri sendiri tanpa diperbudak pendapat orang lain, tidak merasa ditolak orang lain, tidak pemalu, dan menganggap dirinya tidak berbeda dengan orang lain, memiliki kemampuan untuk menerima kritikan dan dapat mengambil hikmah dari kritikan tersebut, mampu bersikap lebih realistis, merasa aman untuk berempati kepada orang, dan mampu terbuka tentang dirinya terhadap orang lain.

- d. Dapat mengatur keadaan emosi mereka (depresi, kemarahan).

Sikap dan perilakunya lebih berdasarkan nilai-nilai dan standar yang ada pada dirinya daripada yang didasari oleh tekanan-tekanan dari luar dirinya, rasa percaya diri yang tinggi dan tidak dikendalikan pendapat orang lain, dapat menerima pujian dan celaan secara objektif, dan mampu menyadari perasaan diri yang sesungguhnya.

2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi Penerimaan Diri

Hurlock dalam Sari (2010), menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan diri sebagai berikut:

1. Pemahaman diri

Pemahaman diri adalah suatu persepsi atas diri yang ditandai oleh keaslian, bukan kebohongan.

2. Harapan yang realistis

Ketika seseorang memiliki harapan yang realistis dalam mencapai sesuatu, hal ini akan mempengaruhi kepuasan diri yang merupakan esensi dari penerimaan diri. Harapan akan menjadi realistis jika dibuat oleh diri sendiri.

3. Bebas dari hambatan lingkungan

Ketidakmampuan dalam mencapai tujuan yang realistis, dapat terjadi karena hambatan dari lingkungan yang tidak mampu di kontrol oleh seseorang, seperti diskriminasi ras, jenis kelamin, atau agama. Apabila hambatan-hambatan itu dapat dihilangkan dan jika keluarga, *peer* atau orang-orang yang berada di sekelilingnya memberikan motivasi dalam

mencapai tujuan, maka seseorang akan mampu memperoleh kepuasan terhadap pencapaiannya.

4. Sikap-sikap anggota masyarakat yang menyenangkan

Jika seseorang telah memperoleh sikap sosial yang positif, maka ia lebih mampu menerima dirinya. Tiga kondisi utama menghasilkan evaluasi positif antara lain adalah tidak adanya prasangka terhadap seseorang, adanya penghargaan terhadap kemampuan-kemampuan sosial dan kesediaan individu mengikuti tradisi suatu kelompok sosial.

5. Tidak ada tekanan emosi yang berat

Tidak adanya stress atau tekanan emosional yang berat membuat orang bekerja secara optimal dan lebih berorientasi lingkungan daripada berorientasi diri, lebih tenang, dan bahagia.

6. Pengaruh keberhasilan

Pengalaman gagal dapat menyebabkan penolakan diri, sedangkan meraih kesuksesan akan menghasilkan penerimaan diri.

7. Identifikasi dengan seseorang yang memiliki penerimaan diri

ini akan menghasilkan penilaian diri yang positif dan penerimaan diri.

Proses identifikasi yang paling kuat terjadi pada masa kanak-kanak.

8. Perspektif diri

Seseorang yang memandang dirinya sebagai orang lain, memandang dirinya akan mampu mengembangkan pemahaman diri daripada seseorang yang perspektif dirinya sempit.

9. Pola asuh di masa kecil yang baik

Pola asuh di masa kecil yang baik adalah ketika individu mendapatkan pelatihan yang baik, yang mengarah ke pola kepribadian yang sehat, yang didapat di masa kanak-kanak. Meskipun penyesuaian diri individu dapat berubah secara radikal sebagaimana hidupnya berlangsung tetapi inti dari konsep diri yang menentukan apa yang sesuai untuk hidupnya, yang dimulai di masa kanak-kanak. Itu sebabnya rumah dan pelatihan sangat penting.

10. Konsep diri yang stabil

Sebuah konsep diri yang stabil yaitu ketika individu tersebut melihat dirinya dari cara yang sama hampir sepanjang waktu dan mampu memberikan individu yang lain gambaran yang jelas tentang apa dia sebenarnya karena dia tidak ambivalen tentang dirinya di kemudian hari. Konsep diri akan menguntungkan individu yang menerima diri sendiri. Jika tidak menguntungkan, secara alami akan mengakibatkan penolakan diri.

Sedangkan menurut beberapa ahli yang dimuat dalam Cahyani (2015), beberapa faktor yang mempengaruhi penerimaan orang tua terhadap anaknya yang memiliki kebutuhan khusus di antaranya:

1. Umur

Menurut Studi Korn dalam Cahyani (2015), menjelaskan bahwa orang tua anak-anak cacat yang usianya lebih muda, maka akan lebih mudah tertekan dan menderita daripada orang tua dari anak-anak cacat yang usianya lebih tua.

2. Agama

Menurut Zuck dalam Darling-Darling yang dimuat Cahyani (2015), melaporkan bahwa orang tua yang menghargai agamanya dan lebih intens melakukan praktik agama, maka akan cenderung bersikap lebih menerima anak-anak mereka yang terhambat secara fisik.

3. Pendidikan

Latar belakang pendidikan dapat mempengaruhi penerimaan diri orang tua. Orang tua yang memiliki latar belakang pendidikan yang cukup tinggi akan selalu memiliki keinginan untuk terus belajar, Hal tersebut didukung oleh Sari dalam Devina (2016) bahwa orang tua yang memiliki pendidikan yang tinggi akan mempunyai kesadaran yang lebih tinggi untuk menghadapi permasalahan.

4. Status sosial ekonomi

Menurut Downey dalam Darling-Darling Cahyani (2015), menyatakan bahwa keluarga dari kelas bawah lebih dapat menerima daripada keluarga kelas menengah.

5. Penerimaan diri sendiri orang tua

Menurut Medinnus & Curtis dalam Darling-Darling yang dimuat dalam Cahyani (2015), menemukan bahwa terdapat hubungan yang sangat tinggi antara penerimaan diri sendiri dan penerimaan diri orang tua terhadap anaknya.

6. Alasan orang tua memiliki anak

Menurut Darling-Darling dalam Cahyani (2015), mengungkapkan bahwa orang tua yang memiliki harapan khusus pada anaknya akan kecewa atas kelahiran anaknya yang cacat secara fisik atau mental.

7. Dukungan Sosial

Penerimaan diri tidak terlepas dari adanya dukungan sosial yang diperoleh dari keluarga, teman, dan kondisi lingkungan sekitar. Menurut Mahabbati (2009), situasi dan dukungan lingkungan akan mendukung sikap positif orang tua dalam merespons keberadaan anaknya yang berkebutuhan khusus.

2.2.5 Aspek-aspek Penerimaan Diri

Sheerer dalam Pancawati (2013), mengemukakan aspek-aspek penerimaan diri sebagai berikut:

1. Perasaan sederajat

Individu menganggap dirinya berharga dengan manusia yang sederajat dengan orang lain sehingga individu tidak merasa sebagai orang yang istimewa atau menyimpang dari orang lain. Individu merasa dirinya memiliki kelemahan dan kelebihan seperti orang lain.

2. Percaya kemampuan diri

Individu yang mempunyai kemampuan untuk menghadapi kehidupan. Hal ini tampak dari sikap individu yang percaya diri, lebih suka menegembangkan sikap baiknya dan mengeliminasi sifat buruknya daripada ingin menjadi orang lain, sehingga individu merasa puas pada dirinya sendiri.

3. Bertanggung jawab

Individu berani memikul tanggung jawab terhadap perilakunya, sehingga menerima diri apa adanya.

4. Orientasi keluar diri

Individu lebih memiliki orientasi keluar diri daripada kedalam. Individu lebih suka memperhatikan dan toleran terhadap orang lain, sehingga mendapatkan penerimaan sosial dari lingkungannya.

5. Berpendirian

Individu lebih suka mengikuti standarnya daripada bersikap nyaman (*conform*) terhadap tekanan sosial, oleh karena itu individu yang mampu menerima diri mempunyai sikap dan kepercayaan diri pada tindakannya.

6. Menyadari keterbatasan

Individu tidak menyalahkan diri akan keterbatasannya atau mengingkari kelebihanannya.

7. Menerima sifat kemanusiaan

Individu tidak menyangkal emosi. Individu mengenali perasaan marah, takut dan cemas, tanpa menganggap sebagai sesuatu yang harus diingkari atau ditutupi.

2.2.6 Tahapan Penerimaan Diri

Tahapan penerimaan orang tua dalam menerima anak berkebutuhan khusus seperti tunagrahita menurut Ross (2003) dalam bukunya "*On Death and Dying*". Tahapan tersebut antara lain:

1. *Denial* (penolakan)

Tahapan ini dimulai dari rasa tidak percaya saat menerima diagnosa dari seorang ahli, perasaan orang tua selanjutnya akan diliputi rasa kebingungan terselip rasa malu pada orang tua tentang keadaan anaknya untuk mengakui bahwa hal tersebut dapat terjadi pada keluarga mereka. Keadaan ini menjadi bertambah buruk, jika keluarga tersebut mengalami tekanan sosial dari lingkungan yang kurang memahami tentang keadaan anak berkebutuhan khusus seperti tunagrahita.

2. *Angry* (kemarahan)

Kemarahan ini dilampiaskan orang tua pada hal-hal yang tidak jelas. Kemarahan bisa dilampiaskan kepada dokter yang mendiagnosa, kemarahan kepada diri sendiri atau kepada orang lain, bentuk lain kemarahan yaitu menolak untuk mengasuh anak berkebutuhan khusus.

3. *Depression* (depresi)

Dalam tahap ini terkadang muncul dalam bentuk rasa putus asa, tertekan, dan kehilangan harapan.

4. *Bargaining* (menawar)

Orang tua berusaha untuk menghibur diri dengan pernyataan segala sesuatu yang dikaruniakan Allah harus disyukuri apapun bentuknya.

5. *Acceptance* (menerima)

Pada tahapan ini, orang tua sudah berusaha menerima kenyataan dengan kehadiran anak berkebutuhan khusus seperti tunagrahita dalam keluarganya baik secara emosi maupun intelektual.

2.2.7 Dampak dari adanya Penerimaan Diri

Hurlock dalam Permatasari (2016), membagi dampak penerimaan diri menjadi dua kategori:

1. Dalam penyesuaian diri. Mampu mengenali kelebihan dan kekurangannya, memiliki keyakinan diri (*self confidence*) dan harga diri (*self esteem*), lebih bisa menerima kritik, penerimaan diri yang disertai dengan rasa aman memungkinkan seseorang untuk menilai dirinya secara lebih realistis sehingga dapat menggunakan potensi secara efektif.
2. Dalam penyesuaian sosial. Orang yang memiliki penerimaan diri akan merasa aman untuk menerima orang lain, memberikan perhatiannya pada orang lain, menaruh minat terhadap orang lain, seperti menunjukkan rasa empati dan simpati.

2.3 Konsep Adaptasi Calista Roy

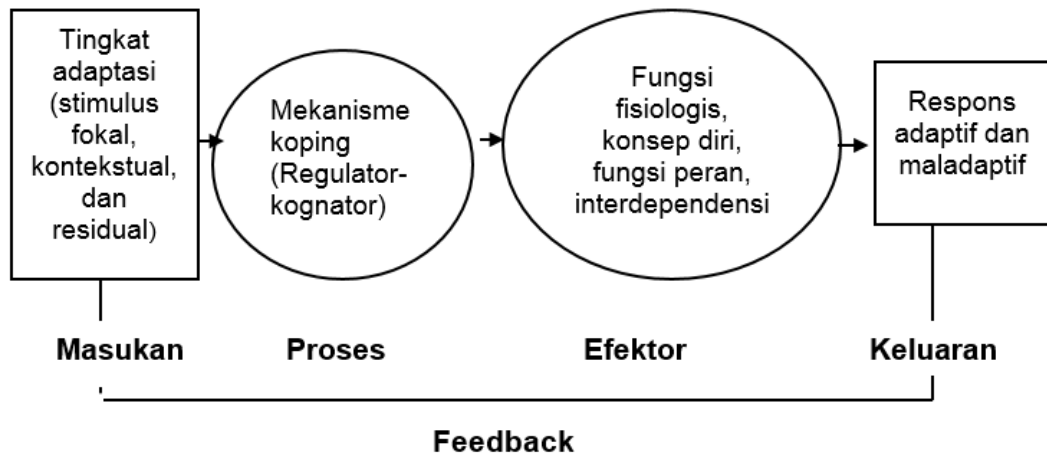
Teori Calista Roy yang dikenal dengan model adaptasi Calista Roy merupakan teori model keperawatan yang menguraikan bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatannya dengan cara mempertahankan perilaku secara adaptif serta mampu merubah perilaku yang inefektif. Dalam Teori Calista Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai makhluk holistik yang berinteraksi secara konstan dengan perubahan lingkungan sebagai sistem adaptif sebagai satu kesatuan yang mempunyai input, kontrol, output, dan proses umpan balik (Hartanti, 2014).

Konsep Calista memiliki empat konsep sentral yang meliputi : manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan (Hartanti, 2014). Empat elemen tersebut saling mempengaruhi satu sama lain karena merupakan suatu sistem, yaitu:

1. Manusia

Dalam teori Calista Roy mendefinisikan manusia merupakan fokus utama dalam keperawatan, penerima asuhan keperawatan, sesuatu yang hidup menyeluruh (kompleks), sistem adaptif dengan proses internal (kognator dan regulator) yang aplikasinya dibagi dalam empat komponen adaptasi (fisiologi, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi). Teori Calista Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistem adaptif yang meliputi:

- 1) Manusia sebagai makhluk biologi, psikologi, dan sosial yang berinteraksi dengan lingkungan secara terus-menerus.
- 2) Manusia menggunakan mekanisme pertahanan untuk mengatasi perubahan-perubahan biopsikososial. Manusia sebagai sistem adaptif, dapat digambarkan secara holistik sebagai satu kesatuan yang mempunyai masukan (*input*), kontrol, keluaran (*output*), dan proses umpan balik (*feedback*) (Nurjanah, 2017).



Gambar 2.1 Model Konseptual Calista Roy

“Manusia sebagai Sistem Adaptasi”

Sumber : Tomey dan Alligood. 2006

a) Masukan (*input*)

Menurut Calista Roy, input adalah sebagai stimulus yang merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respons. Selain itu sebagai suatu sistem yang dapat menyesuaikan diri dengan menerima masukan dari lingkungan dalam individu itu sendiri, di mana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual, dan stimulus residual (Hartanti, 2014). Berikut merupakan penjelasan dari ketiga stimulus:

- (1) Stimulus fokal merupakan stimulus internal maupun eksternal yang secara langsung dapat menyebabkan ketidakseimbangan atau keadaan sakit yang dialami saat ini.
- (2) Stimulus kontekstual merupakan semua rangsangan yang lain yang datang dalam situasi yang memberikan efek dari

stimulus fokal. Dengan kata lain, stimulus yang dapat menunjang terjadinya sakit (faktor pencetus)/keadaan tidak sehat. Keadaan ini tidak terlihat langsung pada saat ini.

- (3) Stimulus residual adalah faktor internal maupun eksternal manusia dengan efek pada situasi saat ini yang tidak jelas. Merupakan keyakinan dan pemahaman individu yang dapat mempengaruhi terjadinya keadaan tidak sehat atau disebut dengan faktor predisposisi sehingga terjadi kondisi fokal. Misalnya persepsi orang tentang anak tunagrahita, gaya hidup, peran, dan fungsi.

b) Kontrol

Menurut Teori Calista Roy, proses kontrol seseorang adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan untuk melakukan kontrol yang terdiri dari subsistem regulator dan kognator. Subsistem regulator mempunyai komponen input-proses, dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. *Transmitter regulator system* adalah kimia, neural atau endokrin. Terjadinya refleks otonom merupakan output perilaku yang dihasilkan dari regulator sistem, banyak sistem fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku subsistem regulator (Hartanti, 2014).

Subsistem kognator merupakan stimulus berupa eksternal maupun internal. Output perilaku dari subsistem regulator dapat menjadi stimulus umpan balik untuk sistem kognator. Proses kontrol subsistem kognator berhubungan dengan fungsi otak

dalam memproses informasi, penilaian, dan emosi (Nurjanah, 2017). Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih perhatian, mencatat, dan mengingat.

c) Output

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat diamati, diukur, atau secara subjektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar. Perilaku ini merupakan umpan balik dari sistem. Calista Roy dalam teorinya mengidentifikasi output sistem sebagai respons adaptif atau respons yang maladaptif. Respons adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang mampu memenuhi tujuan hidup, berupa kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi, dan menjadi manusia yang berkualitas. Sedangkan respons maladaptif merupakan perilaku yang tidak mendukung tujuan seseorang (Hartanti, 2014).

d) Efektor

Calista Roy dalam teorinya mengembangkan proses internal seseorang sebagai sistem adaptasi dengan menetapkan sistem efektor. Sistem tersebut memiliki empat mode adaptasi, antara lain; fungsi fisiologis, konsep diri, penampilan peran, dan interdependensi. Berikut merupakan fungsi dari setiap mode:

(1) Fungsi Fisiologis

Fungsi fisiologis yang berhubungan dengan struktur tubuh dan fungsinya. Calista Roy mengidentifikasi sembilan kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan integritas dan bagaimana proses adaptasi dilakukan untuk mengatur sembilan kebutuhan fisiologis tersebut, yaitu oksigenasi, cairan dan elektrolit, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, fungsi sistem endokrin, integritas kulit, sensori/indra dan fungsi neurologis (Hartanti, 2014).

(2) Konsep Diri

Konsep diri berupa seluruh keyakinan dan perasaan yang dianut individu dalam satu waktu tertentu, berupa persepsi dan partisipasi terhadap reaksi orang lain serta tingkah laku langsung. Konsep diri menurut Calista Roy terdiri dari dua komponen yaitu *the physical self* dan *the personal self*. *The physical self*, yaitu bagaimana seseorang memandang dirinya berhubungan dengan sensasi tubuhnya dan gambaran tubuhnya. Sedangkan *the personal self*, berkaitan dengan konsistensi diri, ideal diri, moral-etik, spiritual, dan perasaan cemas diri orang tersebut.

(3) Penampilan Peran

Penampilan peran, yaitu penampilan fungsi peran yang berhubungan dengan tugas individu di lingkungan

sosial/mode fungsi peran yang mengenal pola-pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain. Fokusnya pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya di masyarakat sesuai kedudukannya.

(4) Interdependensasi

Interdependensasi, adalah hubungan individu dengan orang lain dan sebagai support sistem. Fokus interdependensasi adalah interaksi untuk saling memberi dan menerima cinta dan kasih sayang, perhatian, dan saling menghargai. Model fungsi interdependensasi juga melihat keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensasi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima.

- 3) Untuk mencapai suatu homeostasis atau terintegrasi, seseorang harus beradaptasi sesuai dengan perubahan yang terjadi.
- 4) Kemampuan beradaptasi manusia berbeda-beda antara satu dengan yang lainnya, jika seseorang dapat menyesuaikan diri dengan perubahan maka ia mempunyai kemampuan untuk menghadapi rangsangan baik positif maupun negatif. Adaptasi merupakan proses dan hasil dari pikiran dan perasaan seseorang,

sebagai individu atau kelompok, menggunakan kesadaran dan memilih dalam interaksi manusia dan lingkungan. Adaptasi merupakan hasil stimulasi dari tiga klasifikasi yaitu: stimulus fokal, kontekstual, dan residual.

2. Lingkungan

Dalam teori Calista Roy mengemukakan bahwa lingkungan merupakan semua kondisi, keadaan, dan pengaruh sekitarnya yang mempengaruhi perkembangan serta perilaku manusia sebagai individu atau kelompok, dengan suatu pertimbangan khusus dari mutualitas sumber daya manusia dan sumber daya alam yang mencakup stimulus fokal, kontekstual, dan residual. Lingkungan merupakan masukan (*input*) bagi manusia sebagai sistem yang adaptif sama halnya lingkungan sebagai stimulus internal dan eksternal. Faktor lingkungan dapat mempengaruhi seseorang dan dapat dikategorikan dalam stimulus fokal, kontekstual, dan residual (Nurjanah, 2017).

3. Kesehatan

Kesehatan dipandang sebagai keadaan dan proses menjadi manusia secara utuh dan integrasi secara keseluruhan. Sehat merupakan cermin dari adaptasi yang merupakan interaksi manusia dengan lingkungan. Definisi kesehatan menurut Calista Roy lebih dari tidak adanya sakit tapi termasuk penekanan pada kondisi baik. Sehat bukan berarti tidak terhindarkan dari kematian, penyakit, ketidakbahagiaan, dan stress akan tetapi merupakan kemampuan untuk mengatasi masalah tersebut dengan baik (Hartanti, 2014).

Proses adaptasi termasuk fungsi holistik (bio-psiko-sosio-spiritual) untuk mempengaruhi kesehatan secara positif dan itu meningkatkan integritas. Proses adaptasi termasuk semua interaksi manusia dan lingkungan dua bagian proses. Bagian pertama dari proses ini dimulai dengan perubahan dalam lingkungan internal dan eksternal yang membutuhkan sebuah respons. Perubahan-perubahan tersebut adalah stressor-stressor atau stimulus fokal dan di tengah oleh faktor-faktor kontekstual dan residual. Bagian-bagian stressor menghasilkan interaksi yang biasanya disebut stress, bagian kedua dari stress adalah mekanisme coping yang merangsang menghasilkan respons adaptif dan inefektif. Melalui adaptasi energi individu dibebaskan dari upaya-upaya coping yang tidak efektif dan dapat digunakan untuk meningkatkan integritas, penyembuhan, dan meningkatkan kesehatan. Integritas menunjukkan hal-hal yang masuk akal yang mengarah pada kesempurnaan atau keutuhan.

4. Keperawatan

Teori Calista Roy (1983) secara spesifik menggambarkan keperawatan sebagai ilmu dan praktik dari peningkatan adaptasi untuk meningkatkan kesehatan sebagai tujuan untuk mempengaruhi kesehatan secara positif. Keperawatan dianggap sebagai ilmu dan praktik meningkatkan adaptasi agar individu dan kelompok dapat berfungsi secara holistik melalui aplikasi proses keperawatan untuk mempengaruhi kesehatan secara positif. Model adaptasi keperawatan menggambarkan lebih spesifik perkembangan ilmu keperawatan dan

praktik keperawatan yang berdasarkan ilmu keperawatan yang terdiri dari tujuan keperawatan dan aktivitas keperawatan (Hartanti, 2014).

Tujuan keperawatan adalah meningkatkan respons adaptif individu dengan lingkungan dengan menggunakan empat cara adaptasi yaitu : fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi. Dorongan terhadap peningkatan integritas adaptasi dan berkontribusi terhadap kesehatan manusia, kualitas hidup, dan kematian dengan damai.

2.4 Penerimaan Diri Berbasis Adaptasi Calista Roy

Dalam jurnal Rahayuningsih (2011), menjelaskan bahwa keadaan anak yang mengalami tumbuh kembang terlambat akan menimbulkan kekecewaan sangat mendalam dan menjadi kenyataan pahit bagi orang tua. Orang tua yang memiliki anak dengan cacat perkembangan memiliki tantangan lebih besar yang berisiko tinggi stress dan reaksi psikologis negatif lainnya. Adaptasi merupakan jalan untuk menurunkan stress dan meningkatkan penerimaan pada orang tua yang ke depannya sangat berarti untuk membentuk konsep diri anak yang positif, membentuk perasaan aman, emosional positif, anak merasa berharga dan diinginkan. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif eksploratif dengan pendekatan *cross sectional study* yang bertujuan untuk menggambarkan suatu keadaan atau fenomena yang terjadi pada saat dilakukan penelitian. Dalam pengambilan sampel peneliti menggunakan *proportional stratified random sampling*. Alat pengumpulan data menggunakan kuisioner yang

bertujuan untuk mengukur penyesuaian diri positif dan negatif, terdiri dari 24 item pertanyaan dengan lima jawaban menggunakan skala *Likert*. Hasil penelitian tersebut adalah perbandingan dari penyesuaian diri positif dan negatif yakni penyesuaian diri positif sebanyak 54,05% dan penyesuaian diri negatif sebanyak 45,95%.

Dalam jurnal Afyah (2017), juga menjelaskan bahwa pada orang yang menderita kanker, saat mendengar atau mengetahui diagnosis penyakitnya pertama kali adalah *shock* mental, takut, tidak dapat menerima kenyataan, sampai pada keadaan depresi. Sehingga dilakukan penerapan Adaptasi Calista Roy untuk meningkatkan rasa tenang, nyaman, dan mencapai proses adaptasi melalui dukungan keluarga. Dukungan keluarga dalam teori Adaptasi Calista Roy masuk dalam faktor terpenting untuk proses adaptasi yakni manusia (perkembangan, kematangan, dan keadaan psikologis), lingkungan (dukungan keluarga, rumah, dan sekolah), sehat-sakit (kondisi fisik), dan keperawatan. Dukungan (motivasi, doa, informasi, dan emosi) yang diberikan oleh anggota keluarga terhadap pasien dapat menurunkan depresi, meningkatkan ketenangan atau berpengaruh pada perilaku penerimaan, sehingga dapat meningkatkan harapan positif terhadap kesembuhan pasien. Pada penelitian yang dipublikasikan melalui jurnal ini, peneliti menggunakan pendekatan jenis *cross sectional* yaitu untuk mengetahui dukungan keluarga dengan kemampuan adaptasi pada pasien kanker di mana kedua variabel tersebut diukur dalam satu waktu. Sedangkan untuk pengambilan sampel peneliti menggunakan cara *probability sampling* dengan teknik yang digunakan adalah *simple random*

sampling di mana semua subjek memiliki kesempatan yang sama untuk dijadikan sampel secara acak. Dari hasil penelitian tersebut dihasilkan perbandingan antara adaptif dan maladaptif pada pasien kanker dengan nilai adaptif 63,0% dan maladaptif 37,0%. Didapatkan hasil penelitian terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kemampuan adaptasi pada pasien kanker di Yayasan Kanker Indonesia Surabaya.

Dalam penelitian Heriyadi (2013), menjelaskan bagaimana meningkatkan penerimaan diri siswa kelas VII melalui konseling realita di SMP. Penelitian ini dilaksanakan berdasarkan fenomena siswa kelas VIII SMP Negeri 1 Bantarbolang bahwa terdapat siswa yang memiliki kemampuan *self acceptance* rendah. Fenomena ini ditunjukkan dengan beberapa sikap seperti suka menyendiri, kurang percaya diri atau minder, tidak bisa menerima kritik dan tidak memiliki keyakinan untuk mampu menjalani kehidupan. Melalui pemberian konseling individu realita diharapkan kemampuan *self acceptance* rendah pada siswa kelas VIII dapat diubah. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah *self acceptance* siswa kelas VIII dapat diubah melalui konseling individu realita.

Penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian eksperimen dengan desain penelitian *one group pre-test and post-test design*. Analisa data menggunakan *uji wilcoxon*. Subyek penelitian ini adalah 6 siswa kelas VIII SMP Negeri Bantarbolang yang memiliki *self acceptance* rendah dan memenuhi beberapa kriteria dalam subyek penelitian antara lain sangat tinggi, tinggi, sedang, rendah, dan sangat rendah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *self acceptance* siswa sebelum mendapatkan konseling individu realita termasuk dalam kriteria rendah dengan persentase 48%. Setelah mendapatkan konseling individu realita mengalami peningkatan menjadi 64% dengan kriteria sedang. Dengan demikian terjadi perubahan positif sebesar 16%. Hasil perhitungan uji *wilcoxon* sebelum dan setelah mendapatkan *treatment*, diperoleh $Z_{hitung}=2,20 > Z_{tabel}= 0$ dengan taraf signifikansi 5% sehingga dinyatakan bahwa H_0 diterima. Dengan kata lain bahwa konseling individu realita dapat mengubah *self acceptance* rendah pada siswa kelas VIII SMP Negeri 1 Bantarbolang.

Simpulan dari penelitian ini bahwa *self acceptance* dapat ditingkatkan melalui konseling realita pada siswa kelas VIII SMP Negeri 1 Bantarbolang. Saran yang diberikan untuk para guru pembimbing diharapkan dapat mendukung dan memfasilitasi siswa melalui kegiatan (pendampingan) yang menarik atau membuat forum untuk siswa dalam meningkatkan penerimaan diri.

2.5 Cara Menyusun Kuisisioner dan Mengklasifikasikan Sesuai Kategori

Dalam penyusunan instrumen penelitian ini berupa kuisisioner, peneliti berpedoman pada penelitian sebelumnya terkait penerimaan diri milik Heriyadi (2013). Di mana di dalam penelitian tersebut indikatornya adalah ciri-ciri orang yang mau menerima diri. Setelah mengetahui kisi-kisi kuisisioner tersebut. Peneliti merubah isi dari pernyataan kuisisioner milik

Heriyadi (2013) sesuai dengan keinginan peneliti yakni terkait penerimaan diri pada tiap komponen adaptasi Calista Roy. Dan selanjutnya peneliti juga merubah kategori/kriteria hasil dari penelitian Heriyadi (2013) yang awalnya terdiri dari 5 kategori penerimaan diri yakni sangat tinggi, tinggi, sedang, rendah, dan sangat rendah menjadi 3 kategori, yakni baik, cukup, dan kurang. Adapun perubahan lainnya terkait skoring yakni di penelitian Heriyadi (2013) berupa presentase, sedangkan dalam penelitian ini peneliti menggunakan bilangan bulat tanpa presentase. Maka perhitungannya adalah sebagai berikut:

A. Perhitungan menurut penelitian Heriyadi (2013):

1. Menentukan rentang:

a. Presentase tertinggi : $\frac{5}{5} \times 100\% = 100\%$

b. Presentase terendah : $\frac{1}{5} \times 100\% = 20\%$

Rentang : $100\% - 20\% = 80\%$

2. Kelas interval : 5

3. Panjang kelas interval: $p = \frac{80}{5} = 16\%$

Tabel 2.1 Presentase Kriteria Penerimaan Diri

No	Presentase	Kriteria
1	84,0% < % < 100%	Sangat tinggi
2	68,0% < % < 84,0%	Tinggi
3	52,0% < % < 68,0%	Sedang
4	36,0% < % < 52,0%	Rendah
5	20,0% < % < 36,0%	Sangat rendah

Sumber: Sugiyono (2008: 99)

B. Perhitungan pada penelitian kali ini

$$N = \frac{\text{Nilai maksimal} - \text{Nilai minimal}}{\text{Total kategori}}$$

Banyaknya kategori yang diinginkan dalam penelitian ini adalah 3, yaitu baik, cukup, dan kurang. Maka perhitungannya adalah sebagai berikut:

1. Menentukan rentang:

a. Nilai maksimal : $5 \times 32 = 160$

b. Nilai minimal : $1 \times 32 = 32$

Rentang : $160 - 32 = 128$

2. Kelas interval : 3

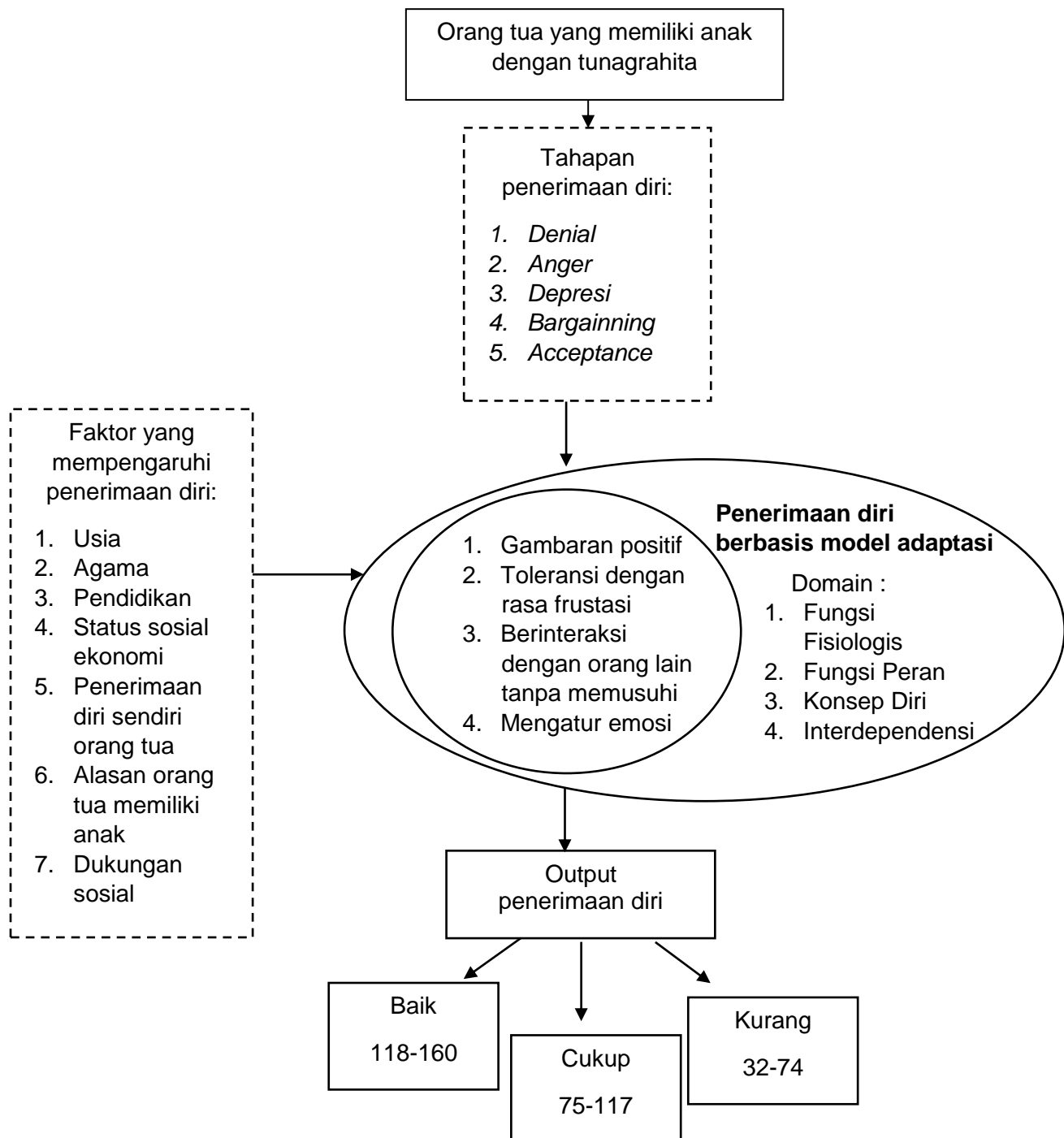
3. Panjang kelas interval : $p = 128/3 = 42,67$

Tabel 2.2 Kriteria Penerimaan Diri Berbasis Adaptasi Roy

No.	Presentase	Kriteria
1	118–160	Baik
2	75–117	Cukup
3	32–74	Kurang

Sumber: Sugiyono (2008:99)

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

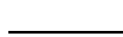
Keterangan:



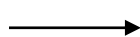
: Yang Diteliti



: Tidak Diteliti



: Berhubungan Dengan



: Mengakibatkan

2.6.1 Deskripsi Kerangka Konsep

Orang tua yang memiliki anak dengan tunagrahita akan melalui tahapan penerimaan diri sebelum tercapai penerimaan diri dalam dirinya. Tahapan penerimaan diri ini meliputi fase menolak, marah, depresi, tawar-menawar, sampai dengan penerimaan diri itu sendiri. Penerimaan diri memiliki faktor-faktor yang mempengaruhi, di antaranya: usia, agama, pendidikan, status sosial ekonomi, penerimaan diri orang tua sendiri, alasan orang tua memiliki anak, dan dukungan sosial. Selain itu penerimaan diri dipengaruhi oleh efektor dalam diri yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi.

Dari respons penerimaan diri tersebut dapat dihasilkan respons adaptif yang kemudian dikategorikan berdasarkan respons yang dialami klien yaitu pada penerimaan diri yang baik, cukup dan kurang, dengan presentase baik: 118 – 160, cukup: 75 – 117, dan kurang: 32 – 74.