

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka

Berdasarkan hasil dari beberapa penelitian Terapi okupasi program bina diri memiliki dampak peningkatan pada kemandirian anak tunagrahita. Menurut penelitian Yendrizal Jafril, Esa dan Nofariadi (2019) dengan judul “Terapi Okupasi bina diri terhadap kemandirian pada anak Tunagrahita” didapatkan hasil bahwa Penerapan terapi okupasi bina diri berpengaruh signifikan terhadap peningkatan kemandirian anak tunagrahita sedang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum intervensi rata-rata tingkat kemandirian anak adalah 85,92 dan setelah intervensi meningkat menjadi 144,38 yang berada pada kategori tinggi. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa ada perbedaan rata-rata tingkat kemandirian anak tunagrahita antara sebelum dan sesudah intervensi dengan beda rata-rata 58,46 dan $p=0,000$. Diharapkan pihak sekolah menerapkan teknik terapi okupasi di sekolah secara terus-menerus demi meningkatkan kemandirian pada anak tunagrahita.

Pada penelitian Esa Putri Nabela (2018) pemberian terapi okupasi bina diri berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemandirian bina diri pada anak tunagrahita, dimana terjadi peningkatan tingkat kemandirian bina diri anak tuna grahita setelah 4 minggu pemberian terapi okupasi bina diri. Sebelum intervensi diketahui bahwa sebagian besar responden membutuhkan bantuan fisik dalam kemandirian bina diri sedangkan setelah 2 minggu intervensi sebagian besar responden hanya membutuhkan bantuan secara verbal dalam tindakan bina diri dalam kegiatan sehari-hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum intervensi rata-rata tingkat kemandirian anak adalah 85,92

dan setelah intervensi meningkat menjadi 144,38 yang berada pada kategori tinggi. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa ada perbedaan rata-rata tingkat kemandirian anak tunagrahita antara sebelum dan sesudah intervensi dengan beda rata-rata 58,46 dan $p = 0,000$. Penerapan terapi okupasi binadiri berpengaruh signifikan terhadap peningkatan kemandirian anak tunagrahita sedang.

Berdasarkan beberapa kajian pustaka diatas dapat disimpulkan bahwa terapi okupasi dapat mengurangi ketergantungan anak tunagrahita dalam melakukan aktifitas sehari-hari dan dapat meningkatkan kemandirian terhadap perawatan diri pada anak tunagrahita.

2.2 Anak Tunagrahita

2.2.1 Pengertian Anak Tunagrahita

Anak yang mempunyai kecerdasan atau kemampuan intelektual yang dibawah rata rata dan ditandai dengan ketidakcakapan intelegensi dan kekurangan dalam interaksi sosial disebut dengan anak tunagrahita. (Somantri dalam Awalia, 2016)

AAMD (American Assosiations Mental Deficiency) menjelaskan bahwa anak tunagrahita menunjukan fungsi intelektual dibawah rata-rata pada masa perkembangan dengan ketidakmampuan dalam penyesuaian perilaku (Fitri, 2017)

Nurfadillah (2016) menjelaskan bahwa anak tunagrahita adalah anak yang masuk dalam golongan anak berkebutuhan khusus dengan pendidikan khusus yang mempunyai keterbelakangan dalam bidang intelektual, fisik, emosional, dan sosial yang membutuhkan perhatian yang lebih agar bisa berkembang secara maksimal

Berdasarkan pengertian diatas anak tunagrahita adalah anak berkebutuhan khusus dengan kecerdasan yang berada dibawah rata- rata dan kurang dalam kemampuan intelektual, emosional dan sosial yang terjadi pada masa perkembangannya.

2.2.2 Faktor Penyebab Tunagrahita

Rochyadi (2012) dalam buku nya yang berjudul pengantar pendidikan luar biasa menjelaskan beberapa faktor penyebab anak tunagrahita yaitu :

1. Faktor Keturunan

a. Kelainan Kromosom

Kelainan kromosom pada anak tunagrahita dapat dilihat kromosom yang patah dan patahnya menempel pada kromosom lain).

b. Kelainan Gen

Kelainan gene yaitu kelainan yang terjadi pada saat mutasi, dimana hal yang harus dipahami adalah kekuatan kelainan dan tempat yang mendapat kelainan dari bentuknya, inversi (berubahnya urutan gene karena melilitnya kromosom), delesi (kegagalan meosis yaitu salah satu pasangan kromosom tidak membelah), duplikasi (kromosom tidak berhasil memisahkan diri sehingga terjadi kelebihan kromosom), translokasi .

2. Gangguan Metabolisme dan Gizi

Metabolisme dan Gizi sangat penting bagi perkembangan sel pada otak. Kegagalan metabolisme dan kurangnya pemenuhan gizi dapat menyebabkan gangguan atau kelainan antara lain

phenylketonuria (akibat gangguan metabolisme asam amino) yang ditandai dengan kekurangan pigmen, kejang saraf, kelainan tingkah laku, dan tunagrahita yaitu cretinism (keadaan hypohidroidismkronik yang terjadi selama masa janin atau saat dilahirkan) dengan gejala kelainan yang tampak yaitu gejala yang tampak khas pada tunagrahita

3. Infeksi dan Keracunan

Infeksi dan keracunan yang terjadi bisa terjadi saat janin masih berada dalam kandungan, penyakit yang dimaksud yaitu rubella, penyakit jantung bawaan, syphilis bawaan (syndrome gravidity beracun) dan semua penyakit yang bisa menimbulkan ketunagrahitaan

4. Trauma dan Zat Radioaktif

Trauma yang terjadi biasanya diakibatkan oleh kelahiran yang sulit, radiasi zat radioaktif saat hamil yang bisa menyebabkan trauma terutama pada otak bayi bisa menimbulkan ketunagrahitaan serta ketidaktepatan penyinaran radiasi sinar x pada saat janin masih dalam kandungan bisa mengakibatkan cacat mental

5. Masalah Pada Kelahiran

Masalah pada saat kelahiran contohnya yaitu kelahiran yang disertai hypoxia yang dipastikan bayi akan menderita kerusakan otak, kejang, dan nafas pendek.

6. Faktor Lingkungan

Menurut temuan Patton&Polloway dalam Rochyadi (2012) menjelaskan bahwa bermacam-macam pengalaman negatif atau kegagalan dalam melakukan interaksi pada masa perkembangan bisa

menyebabkan ketunagrahitaan. Ada juga yang dijelaskan oleh Kirk dalam temuan nya menemukan bahwa anak yang berasal dari orang tua yang tingkat sosial ekonomi nya rendah menunjukan kekurangan dari mulai mental sampai prestasi anak seiring dengan meningkatnya usia

2.2.3 Klasifikasi Anak Tunagrahita

Klasifikasi ini juga bisa dijelaskan oleh *American Assosiation on Mental Deficiency* dalam Widiastuti dan Winaya (2019) bahwa :

1. Tunagrahita Ringan

Anak tunagrahita ringan menurut AAMD termasuk anak tunagrahita yang mampu didik. Mereka mampu berkembang dalam bidang pelajaran akademik dengan IQ 50-70 yang mereka miliki mereka mampu mengerjakan pekerjaan sederhana dan lebih mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan daripada tunagrahita sedang, berat, maupun sangat berat.

Menurut Amin dalam Nurfadillah (2020) menyatakan anak tunagrahita ringan kurang dalam pengelolaan kata, anak tunagrahita yang berusia 16 tahun mencapai kecerdasan setara dengan anak normal usia 12 tahun. Adapun yang dijelaskan dalam Nurfadillah (2020) juga anak tunagrahita ringan juga dapat dilihat dari aspek fisik, psikis, kemampuan berbicara, dan sosial dantara lain :

a. Aspek fisik

Jika dilihat melalui aspek fisik, anak tunagrahita ringan cenderung terlihat normal dan mempunyai keadaan tubuh baik

dan seperti anak normal lainnya, namun harus perlu berlatih untuk menjaga postur dan keadaan tubuh.

b. Aspek Psikis

Aspek psikis yang dimiliki anak tunagrahita ringan yaitu mereka cenderung kurang mampu mengendalikan perasaan, kurang mampu menilai hal baik dan buruk, sukar berfikir abstrak dan logis, serta kurang mampu dalam menganalisis.

c. Aspek Kemampuan Berbicara

Kemampuan berbicara anak tunagrahita mereka kurang dalam pengelolaan sebuah kata, dan terkadang mereka juga kesulitan saat menyimpulkan isi dari sebuah pembicaraan

d. Aspek Sosial

Aspek sosial yang dimiliki anak tunagrahita ringan yaitu mereka mampu didik , dimana mereka bisa menyesuaikan diri dengan lingkungan bahkan ada yang bisa menyesuaikan diri dengan masyarakat sekitar.

2. Tunagrahita Sedang

Anak tunagrahita ringan menurut AAMD termasuk anak tunagrahita yang mampu latih. Dengan rentang IQ mereka dari 30-50 mereka dapat dilatih suatu keterampilan sederhana dan dapat melakukan pekerjaan rutin seperti melakukan aktivitas harian seperti mandi, makan, atau kebutuhan harian lainnya walaupun harus dengan pengawasan lingkungan sekitar. Jika dilatih anak tunagrahita sedang

mampu mencapai kecerdasan maksimal setara anak usia 7 tahun.
(Widiastuti&Winaya, 2019)

Aspek yang dapat dilihat juga dari anak tunagrahita sedang menurut Nurfadillah (2020) adalah sebagai berikut :

a. Aspek Fisik

Pada anak tunagrahita sedang jika dilihat melalui fisiknya, anak tunagrahita sedang dalam penampilannya seperti anak terbelakang dimana sudah mulai terlihat seperti tipe anak *down syndrome*

b. Aspek Psikis

Kemampuan maksimalnya pada anak tunagrahita sedang setara dengan anak usia 7-10 tahun

c. Aspek Sosial

Sikap sosial yang dimiliki anak tunagrahita sedang cenderung kurang, mereka tidak mempunyai rasa terima kasih, mereka selalu bergantung pada orang lain namun mereka masih mempunyai potensi jika dilatih dengan benar untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan nya

d. Bidang Akademik

Mereka mampu melakukan pekerjaan rutin namun mereka hampir tidak bisa mempelajari pelajaran akademik

3. Tunagrahita Berat dan Sangat Berat

AAMD menjelaskan anak tunagrahita berat dan sangat berat yang mempunyai IQ <30 hampir tidak mempunyai kemampuan untuk dilatih mengurus diri sendiri. Mereka membutuhkan perhatian dan perawatan

husus dalam kegiatan sehari-hari nya, kecerdasan yang dapat maksimal dimiliki oleh anak tunagrahita berat dan sangat berat adalah setara dengan anak usia 3 tahun

Hal yang dapat terlihat dari anak tunagrahita berat dan sangat berat secara umum sebagai berikut :

- a) Anak lambat dalam mempelajari hal-hal yang baru. Jika tidak dilatih dan diingatkan terus menerus anak tunagrahita berat dan sangat berat akan sangat cepat lupa
- b) Dalam aspek fisik yang dimiliki anak tunagrahita berat dan sangat berat kadang memerlukan bantuan bahkan dalam berdiri atau mengerjakan hal-hal lain masih sangat lambat.
- c) Kemampuan berbicara yang dimiliki anak tunagrahita berat dan sangat berat sangat kurang
- d) Dalam melakukan hal-hal yang berhubungan dengan diri mereka sendiri bahkan disaat seperti memakai pakaian, mengurus kebersihan diri, makan, mereka masih sangat harus dibantu
- e) Untuk hal tingkah laku dan interaksi sosial pada anak tunagrahita berat dan sangat berat mereka kadang melakukan hal-hal yang tanpa tujuan yang jelas atau sering bertingkah laku yang tidak wajar. Walaupun anak tunagrahita ringan bisa berinteraksi dengan tunagrahita lainnya bahkan dengan anak normal, anak tunagrahita berat dan sangat berat tidak bisa melakukan hal tersebut

Mumpuniarti (dalam Widiastuti&Winaya, 2019) juga membagi kalsifikasi pada anak tunagrahita berdasarkan tipe-tipe fisik sebagai berikut

1. *Down Syndrome* (Mongolisme)

Anak tunagrahita disebut jenis ini karena mereka mempunyai wajah khas mongol, mata sipit miring, telinga kecil, lidah suka menjulur, dan kulit kasar

2. *Hydrocephal*

Anak tunagrahita ini memiliki ciri-ciri kepala besar, mata kadang juling, muka kecil dan pandangan yang kadang kemana saja

3. *Kretin* (Cebol)

Anak tunagrahita ini memiliki ciri-ciri badan gemuk dan pendek, kaki dan tangan pendek, telapak tangan dan kaki tebal, pertumbuhan gigi lambat, kulit kering, tebal, keriput

4. *Microcephal*

Anak tunagrahita ini mempunyai ukuran kepala yang kecil

5. *Macrocephal*

Anak tunagrahita tipe ini mempunyai ukuran kepala yang besar

2.2.4 Karakteristik Anak Tunagrahita

Karakteristik dalam hal ini adalah hal-hal yang berkaitan dengan proses pelaksanaan pembelajaran keterampilan berpikir yang harus disesuaikan dengan keadaan anak. Somantri (dalam Triyani, 2013) Menjelaskan salah satu karakteristik yang dimiliki anak tunagrahita sebagai berikut :

a. Keterbatasan Intelegensi

Anak tunagrahita mempunyai keterbatasan dalam hal intelegensi nya seperti dalam hal belajar, menulis, membaca, berhitung, anak tunagrahita cenderung lambat dan harus focus.

b. Keterbatasan Sosial

Keterbatasan sosial yang dialami oleh anak tunagrahita mereka cenderung kesusahan dalam mengambil tanggungjawab dalam lingkungan sosial. Hal ini disebabkan juga karena kadang sebagian besar dari mereka masih sangat bergantung pada orang tua yang menjadikan mereka masih sulit untuk mengurus dirinya sendiri serta melakukan sesuatu tanpa memikirkan akibatnya. Karakteristik yang terjadi dalam keterbatasan sosial anak tunagrahita juga di kalsifikasikan dalam kemampuan interaksi sosialnya, Anak tunagrahita ringan cenderung masih bisa menyesuaikan dirinya dengan lingkungan sekitarnya, mereka tidak hanya bergaul dengan keluarganya saja tapi mereka bisa bergaul dengan masyarakat sekitar. Anak tunagrahita sedang cenderung harus dilatih dulu jika ingin melakukan sesuatu entah itu dalam interaksi maupun dalam pekerjaan sederhana, karena perkembangan bahasa mereka terbatas sehingga sikap sosial yang dimiliki mereka cenderung kurang baik. Sedangkan anak tunagrahita berat dan sangat berat menunjukan keterbatasan sosial yang dimiliki lebih kurang dari anak tunagrahita ringan maupun sedang. Dalam bertingkah laku anak tunagrahita berat dan sangat

berat kadang melakukan tingkah laku yang tidak wajar seperti bertingkah laku tanpa mempunyai tujuan yang jelas karena inilah mengapa anak tunagrahita berat dan sangat berat sangat kurang dalam hal sosial

c. Keterbatasan Fungsi Mental lainnya

Anak tunagrahita juga mempunyai keterbatasan dalam hal pengolahan kata dan penggunaan Bahasa.

Adapun karakteristik pada anak tunagrahita juga dijelaskan menurut Rochyadi (dalam Widiastuti dan Winaya, 2019) yaitu :

a) Fungsi intelektual umum

Fungsi intelektual umum yang dimiliki oleh anak tunagrahita secara jelas bisa dikatakan dibawah rata-rata, salah satunya bisa dilihat dari IQ mereka yang berada dibawah rata-rata anak normal pada umumnya

b) Perilaku Adaptif

Perilaku Adaptif disini mempunyai arti yaitu kekurangan dalam penyesuaian tingkah laku, maksudnya adalah anak tunagrahita cenderung tidak berperilaku sesuai usia normalnya , mereka cenderung lebih berperilaku seperti anak yang usianya lebih muda dari usia mereka sekarang

c) Masa Perkembangan

Ketunagrahitaan bisa terjadi pada periode perkembangan sejak masih dalam janin hingga usia 18 tahun

Tuna grahita adalah defisit dalam perkembangan fungsi intelektual yang berfungsi secara bermakna di bawah rata-rata (IQ kira-kira 70 atau lebih rendah) ketidak normalan atau disertai defisit atau hendaya fungsi adaptif bersifat permanen atau menetap (Lumbantobing, 2006). Kebanyakan orang keterbatasan mental pada tuna grahita akibat gangguan atau penyakit yang disebabkan oleh hal- hal yang tidak rasional, seperti guna- guna, kemasukan roh jahat, atau melanggar larangan. Dengan adanya stigma tersebut diantara penderita gangguan mental tidak dibawa kedokter melainkan dibawa berobat ke cara- cara yang tidak rasional , misalnya dibawa ke dukun, orang pintar, dan para normal (Hanawi, 2003). Tuna grahita mengalami gangguan psikis dan fisiknya yang berdampak pada pemenuhan kebutuhan dasar secara mandiri dan memerlukan bantuan keluarga (Suryani, 2005). Karangpatian disebut juga kampung ediot yang hidup dalam kemiskinan akan berpengaruh dalam pemenuhan dan daya pembelian bahan personal hygiene dan deficit perawatan diri.

2.3 Defisit Perawatan Diri

2.3.1 Pengertian Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri menurut Orem adalah ketidakmampuan seseorang untuk melakukan perawatan diri secara adekuat sehingga dibutuhkan beberapa sistem yang dapat membantu klien memenuhi kebutuhannya (Erlando, 2019).

Defisit perawatan diri adalah keadaan seseorang yang tidak mampu merawat diri dengan benar dan tidak dapat menyelesaikan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berhias, mencuci tangan sebelum dan sesudah makan atau minum serta mencuci tangan setelah buang air besar dan buang air kecil (Laia & Pardede, 2022).

Menurut Depkes, 2010 dalam wibowo 2020 , Perawatan Diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya.

Personal Higiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Wahit Iqbal Mubarak (2007), juga mengemukakan bahwa higiene personal atau kebersihan diri adalah upaya seseorang dalam memelihara kebersihan dan kesehatan dirinya untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan psikologis.

Seseorang yang tidak dapat melakukan perawatan diri dinyatakan mengalami defisit perawatan diri. Nurjannah (2004), dalam Wibowo (2020), mengemukakan bahwa Defisit Perawatan Diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri (mandi, berhias, makan, toileting). Perawatan Diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya, ada beberapa pasien yang mengalami deficit perawatan diri seperti, gangguan jiwa, retradasi mental, parkinson dll.

2.3.2 Jenis-Jenis Defisit perawatan diri

Menurut SDKI (2020), Jenis Perawatan diri terdiri atas :

a. Defisit perawatan diri : Mandi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/beraktifitas perawatan diri sendiri.

b. Defisit perawatan diri : Makan

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktifitas makan secara mandiri.

c. Deficit perawatan diri : berpakaian

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktifitas berpakaian dan berhias diri sendiri.

d. Deficit perawatan diri : eliminasi / toileting

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktifitas eliminasi sendiri.

2.3.3 Etiologi

Menurut (Sutejo, 2019), faktor-faktor yang menyebabkan individu mengalami defisit perawatan diri adalah:

a. Faktor Predisposisi

1) Psikologis Pada faktor ini, keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien, sehingga klien menjadi begitu bergantung dan perkembangan inisiatifnya terganggu. Pasien gangguan jiwa misalnya, mengalami defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang. Hal ini menyebabkan klien tidak peduli terhadap diri dan lingkungan.

2) Biologis Pada faktor ini, penyakit kronis berperan sebagai penyebab klien tidak mampu melakukan perawatan diri. Defisit

perawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri. Selain itu, faktor herediter (keturunan) berupa anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, juga turut menjadi penyebab.

3) Sosial Kurangnya dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri di lingkungan. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

b. Faktor Presipitasi

Yang merupakan faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan kognitif atau persepsi, cemas, lelah dan lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri. Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene, yaitu:

1) Citra tubuh Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri. Perubahan fisik akibat operasi bedah, misalnya, dapat memicu individu untuk tidak peduli terhadap kebersihannya.

2) Status sosial ekonomi Sumber penghasilan atau sumber ekonomi mempengaruhi jenis dan tingkat praktik perawatan diri yang dilakukan. Perawat harus menentukan apakah pasien dapat mencukupi perlengkapan perawatan diri yang penting, seperti sabun, shampo, pasta gigi, sikat gigi. Selain itu, hal yang perlu diperhatikan adalah apakah penggunaan perlengkapan tersebut sesuai dengan kebiasaan sosial yang dipraktikkan oleh kelompok sosial pasien.

3) Kepercayaan akan nilai kebudayaan dan nilai diri mempengaruhi perawatan diri. Orang dari latar belakang kebudayaan yang berbedamengikuti praktik kesehatan yang berbeda pula. Di sebagian masyarakat, misalnya, ada yang menerapkan mandi setiap hari, tetapi masyarakat dengan lingkup budaya yang berbeda hanya mandi seminggu sekali.

4) Pengetahuan Pengetahuan tentang perawatan diri sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Kurangnya pengetahuan tentang pentingnya perawatan diri dan implikasinya bagi kesehatan dapat mempengaruhi praktik perawatan diri.

5) Kondisi fisik atau psikis Pada keadaan tertentu atau sakit kemampuan untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya. Biasanya, jika tidak mampu, klien dengan kondisi fisik yang tidak sehat lebih memilih untuk tidak melakukan perawatan diri.

2.3.4 Manifestasi Klinis

Menurut (Putra & Hardiana, 2019), tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri adalah:

a. Subyektif

- 1) Menyatakan tidak ada keinginan mandi secara teratur
- 2) Perawatan diri harus dimotivasi
- 3) Menyatakan BAB/BAK disembarangan tempat
- 4) Menyatakan tidak mampu menggunakan alat bantu makan

b. Obyektif

- 1) Tidak mampu membersihkan badan

- 2) Berpakaian secara benar
- 3) Tidak mampu melaksanakan kebersihan yang sesuai
- 4) Setelah melakukan toileting makan hanya beberapa suap dari piring/porsi tidak habis.

2.3.5 Dampak Defisit perawatan Diri

Menurut (Elfariyani, 2021), dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene yaitu:

- 1) Dampak fisik Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.
- 2) Dampak psikososial Masalah sosial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

2.3.6 Penatalaksanaan

Menurut (Ndaha, 2021), penatalaksanaan klien dengan defisit perawatan diri adalah:

- 1) Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri
- 2) Membimbing dan menolong klien merawat diri
- 3) Ciptakan lingkungan yang mendukung
- 4) Meningkatkan kemandirian pada anak

2.4 Terapi Okupasi

2.4.1 Definisi Terapi Okupasi

Berdasarkan hasil dari beberapa penelitian Terapi okupasi program bina diri memiliki dampak peningkatan pada kemandirian anak tunagrahita. Menurut penelitian Yendrizal Jafril, Esa dan Nofariadi (2019) dengan judul “Terapi Okupasi bina diri terhadap kemandirian pada anak Tunagrahita“ didapatkan hasil bahwa Penerapan terapi okupasi bina diri berpengaruh signifikan terhadap peningkatan kemandirian anak tunagrahita sedang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum intervensi rata-rata tingkat kemandirian anak adalah 85,92 dan setelah intervensi meningkat menjadi 144,38 yang berada pada kategori tinggi. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa ada perbedaan rata-rata tingkat kemandirian anak tunagrahita antara sebelum dan sesudah intervensi dengan beda rata-rata 58,46 dan $p=0,000$. Diharapkan pihak sekolah menerapkan teknik terapi okupasi di sekolah secara terus-menerus demi meningkatkan kemandirian pada anak tunagrahita.

Pada penelitian Esa Putri Nabela (2018) pemberian terapi okupasi bina diri berpengaruh signifikan terhadap tingkat kemandirian bina diri pada anak tunagrahita, dimana terjadi peningkatan tingkat kemandirian bina diri anak tuna grahita setelah 4 minggu pemberian terapi okupasi bina diri. Sebelum intervensi diketahui bahwa sebagian besar responden membutuhkan bantuan fisik dalam kemandirian bina diri sedangkan setelah 2 minggu intervensi sebagian besar responden hanya membutuhkan bantuan secara verbal dalam tindakan bina diri dalam kegiatan sehari-hari.

Terapi okupasi berasal dari kata *occupation* yang artinya pekerjaan. Yang dimaksud pekerjaan disini bukan pekerjaan profesi, tetapi pekerjaan untuk melakukan aktivitas sehari-hari atau pun melakukan hobi dan merawat diri. Terapi okupasi umumnya menekan pada kemampuan motorik halus, selain itu terapi okupasi juga bertujuan untuk membantu seseorang agar dapat melakukan kegiatan keseharian, aktifitas produktifitas dan pemanfaatan waktu luang. Terapi okupasi adalah salah satu jenis terapi kesehatan yang merupakan bagian dari rehabilitasi medis. Pada terapi okupasi penyandang cacat akan dilatih untuk melakukan kegiatan aktivitas sehari-hari sehingga nantinya dapat mengurangi ketergantungan terhadap orang lain. (Canadian Association of Occupational Therapists, 2019).

Prinsip-prinsip terapi okupasi antara lain untuk menimbulkan gerakan dan melakukan aktivitas sehari-hari. Tujuan terapi okupasi adalah untuk membantu individu mencapai kemandirian dalam semua aspek kehidupan mereka. (Andri hartono, 2010) .Pada dasarnya terapi okupasi terpusat pada pendekatan sensori atau motorik atau kombinasinya untuk memperbaiki kemampuan dengan merasakan sentuhan, rasa, bunyi, dan gerakan. Selain itu, terapi okupasi juga meliputi permainan dan keterampilan sosial, melatih kekuatan tangan, genggam, kognitif, dan mengikuti arah. Dalam terapi okupasi, biasanya terapis berkonsultasi dengan dokter, perawat, guru, terapis wicara atau fisioterapi, dan pekerja sosial atau *conselors*. (Geraldine Gamer, Dalam Putri esa nabela 2018)

2.4.2 Tujuan Terapi Okupasi

Menurut (Charles H. Christiansen dan Carolyn M. Baum, 2016)

Adapun tujuan dari terapi okupasi antara lain:

1. Mengembalikan fungsi fisik, meningkatkan ruang gerak sendi, kegiatan otot, dan koordinasi gerakan.
2. Mengajarkan aktivitas kehidupan sehari-hari, seperti makan, berpakaian, belajar menggunakan fasilitas umum (telepon, televisi, dan lain-lain, baik dengan maupun tanpa alat bantu, mandi yang bersih, dan sebagainya.
3. Membantu untuk menyesuaikan diri dengan pekerjaan rutin di rumahnya, dan memberi saran penyederhanaan ruangan maupun letak alat-alat kebutuhan sehari-hari.

2.4.3 Fungsi Terapi Okupasi

Adapun Fungsi Terapi Okupasi antara lain :

- a. Sebagai perlakuan psikiatri yang spesifik untuk membantu kesempatan- kesempatan demi hubungan yang lebih memuaskan, membantu pelepasan, atau sublimasi dorongan emosional, sebagai suatu alat diagnostik.
- b. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi fungsi fisik, meningkatkan ruanag gerak sendi, kekuatan otot dan koordinasi gerak.
- c. Mengajarkan aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, berpakaian, belajar menggunakan fasilitas umum, baik dengan maupun tanpa alat bantu.

- d. Membantu pasien untuk menyesuaikan diri dengan pekerjaan rutin di rumahnya dan memberi saran penyederhanaan ruangan maupun letak alat-alat kebutuhan sehari-hari.
- e. Meningkatkan toleransi kerja, memelihara dan meningkatkan kemampuan yang masih ada.

Eksplorasi prevokasional untuk memastikan kemampuan fisik dan mental pasien, penyesuaian sosial, dan ketertarikan, kebiasaan-kebiasaan kerja, keterampilan dan potensial untuk dikerjakan. (Harmeni Wijaya, 2018)

Terapi okupasi memberikan sistem untuk ABK sesuai dengan kebutuhan masing-masing, terutama jika anak tersebut memiliki masalah pada sensori atau pun motorik. Dengan memperhatikan kemampuan dan keterbatasan anak, terapi ini bertujuan untuk membantu tumbuh kembang anak supaya tercapai kemandirian dalam kegiatan keseharian, kemampuan rawat diri, dan penggunaan waktu luangnya, termasuk mengasah motorik, sensorik juga kognitifnya supaya semakin baik. Selain itu juga, terapi okupasi dapat menciptakan hubungan yang lebih baik dan memuaskan pasien dengan pemberian motivasi-motivasi sebagai dorongan emosional. Bagi anak-anak yang mengalami keterlambatan perkembangan, terapi okupasi bermanfaat untuk mengajarkan aktivitas sehari-hari seperti makan, berpakaian, bermain dan berinteraksi dengan orang lain, mandi, dan sebagainya.

2.4.4 Prosedur pelaksanaan terapi okupasi

Terapi okupasi dilakukan 2-3 kali pertemuan atau sampai klien dapat memahami cara berinteraksi dan mengulangi yang sudah di jelaskan. Implementasi intervensi terapi okupasi dapat dilakukan baik secara individual maupun berkelompok, tergantung dari keadaan siswa. Terapi okupasi harus dilaksanakan ditempat yang nyaman, tangan dan tidak ada gangguan , karena anak dengan berkebutuhan khusus sangat mudah berpaling pada hal lain.

Tahapan terapi okupasi menurut occupational therapy adalah :

- Memberikan tes sebelum dilakukan intervensi
- Melakukan intervensi selama 15-30 menit dengan memberikan contoh dan perilaku yang singkat dan jelas
- Melakukan post test setelah diberikan contoh

2.5 Konsep asuhan keperawatan anak berkebutuhan khusus

2.5.1 . Pengkajian

a) Identitas pasien

Identitas pasien berupa: nama, tanggal lahir, usia, pendidikan, alamat, nama ayah dan ibu, pekerjaan ayah dan ibu, agama, alamat, suku bangsa.

b) Keluhan utama

Untuk mengetahui alasan utama klien harus mendapatkan pertolongan dari ahli. Kenapa anak tersebut atau keluhan anak tunagrahita

c) Riwayat penyakit sekarang

Untuk mengetahui lebih detail hal yang berhubungan

dengan keluhan utama.

a. Munculnya keluhan

Tanggal munculnya keluhan, waktu munculnya keluhan (gradual/tiba-tiba), presipitasi/ predisposisi (perubahan emosional, kelelahan, kehamilan, lingkungan, toksin/allergen, infeksi).

b. Karakteristik

Karakter (kualitas, kuantitas, konsistensi), lokasi dan radiasi, timing (terus menerus/intermiten, durasi setiap kali), hal-hal yang meningkatkan/menghilangkan/mengurangi keluhan, gejala-gejala lain yang berhubungan.

c. Masalah sejak muncul keluhan

Perkembangannya membaik, memburuk, atau tidak berubah

2. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

a. Prenatal

Keluhan saat hamil, tempat ANC, kebutuhan nutrisi saat hamil, usia kehamilan (preterm, aterm, post term), kesehatan saat hamil dan obat yang diminum.

b. Natal

Tindakan persalinan (normal atau Caesar), tempat bersalin, obat-obatan yang digunakan.

c. Post natal

Kondisi kesehatan, apgar score, Berat badan lahir, Panjang badan lahir, anomaly kongenital.

d. Penyakit waktu kecil

- e. Pernah dirawat di rumah sakit

Penyakit yang diderita, respon emosional

- f. Obat-obat yang digunakan (lerna/sedang digunakan)

- g. Alergi

Reaksi yang tidak biasa terhadap makanan, binatang, obat, tanaman, produk rumah tangga.

- h. Imunisasi (imunisasi yang pernah didapat, usia dan reaksi waktu)

4. Riwayat keluarga

Penyakit yang pernah atau sedang diderita oleh keluarga (baik berhubungan / tidak berhubungan dengan penyakit yang diderita klien), gambar genogram dengan ketentuan yang berlaku .

5. Riwayat social

- a. Yang mengasuh anak dan alasannya
- b. Pembawaan anak secara umum (periang, pemalu, pendiam, dan kebiasaan menghisap jari, membawa gombal, ngompol)
- c. Lingkungan rumah (kebersihan, keamanan, ancaman, keselamatan anak, ventilasi, letak barang-barang)
- d. Riwayat Ginekologi Data ini penting untuk diketahui oleh tenaga kesehatan sebagai data acuan jika klien mengalami penyakit yang sama.

6. Data Umum Kesehatan Saat ini

- 1) Keluhan Utama

Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, apakah anak tunagrahita mengeluh pusing, demam atau sring mengalami demam.

2) Keadaan Umum

Untuk mengetahui data ini, perawat perlu mengamati keadaan klien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan perawat laporkan dengan kriteria baik jika klien memperhatikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Apakah anak tunagrahita terlihat kurang terawat dan deficit perawatan diri seperti, kuku panajng, rambut kusut, muka kotor.

3) Tanda-tanda Vital

Pernafasan, suhu tubuh, dan denyut nadi klien. Karena terkadang anak dengan tunagrahita mengalami suhu tubuh yang tinggi.

4) Pemeriksaan Fisik Head to Toe

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien adalah :

a) Kepala

Perhatikan rambut, kebersihan, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi. Apakah ada hidrosepalus, pembesaran kepala

b) Wajah

Penampilan, ekspresi, apakah ada wajah kotor, kurang terawatt, kulit yang kering

c) Mata

Kaji warna konjungtiva, kebersihan, kelainan dan fungsi penglihatan. adanya pembengkakan pada kelopak mata,

konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia)

d) Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihan telinga adakah cairan yang keluar dari telinga dan fungsi pendengaran.

e) Hidung

Inspeksi bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, palpasi ada tidaknya nyeri tekan dan fungsi penciuman.

f) Mulut

Kaji kesimetrisan bibir, warna, kelembaban bibir, warna lidah, kebersihan lidah, fungsi lidah, keadaan gigi, jumlah gigi, keadaan gusi, pembesaran tonsil, ada tidaknya bau mulut dan nyeri pada saat menelan.

g) Leher

Inspeksi ada tidaknya pembesaran tyroid dan limfe, apakah nyeri saat menelan. Apakah ada leher pendek, leher kaku dan sulit di gerakan.

h) Dada

Pemeriksaan dada meliputi jantung,paru-paru dan payudara. Kaji bentuk dan kesimetrisan dada, Kaji bunyi jantung dan bunyi nafas. Apakah ada kelainan pada jantung sejalk bayi atau tidak.

i) Abdomen

Kaji bentuk abdoemen, apakah ada kembung, sakit dan nyeri tekan

j) Genitalia

Kebersihan geniyalia dan kelainan genatalia

k) Ektremitas

Pada ekstremitas atas kaji bentuk dan kelainan yang dirasakan klien. Apakah ada kesulitan dalam berjalan dan beraktivitas.

1) Pola Aktivitas Sehari – hari

a) Pola Eliminasi

Membandingkan pola eliminasi klien mampu meliputi BAB dan BAK . apakah mampu untuk menahan BAK dan BAB

b) Istirahat Tidur

Membandingkan istirahat tidur klien meliputi tidur siang dan malam.

c) Aktivitas

Menjelaskan perbandingan aktivitas klien, Apakah klien mengetahui perbedaan hal yang dilakukan dan tidak.

d) Pola Nutrisi

i. Makan

Menjelaskan dan membandingkan pola makan klien

ii. Minum

Menanyakan kepada klien tentang pola minum, antara lain frekuensi ia minum dalam sehari, jumlah perhari, jenis minuman dan keluhan saat minum

2.5.2 Analisa Data

Analisa data merupakan tahap terakhir dari pengkajian untuk menentukan diagnosa keperawatan. Dalam mengumpulkan data dibedakan atas data subjektif dan data objektif.

2.5.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian kritis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan /masalah kesehatan. Aktual atau potensial dan kemungkinan menimbulkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut. Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan megutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada anak tunagrahita adalah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017) :

1. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan keterlambatan perkembangan
2. Deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis / psikotik
3. Gangguan interaksi social berhubungan dengan hambatan perkembangan
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan kognitif
5. Risiko cedera berhubungan dengan fisik tidak seimbang

2.5.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1

Intervensi Keperawatan

Berikut uraian intervensi keperawatan menurut Standar Intervensi

Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2018):

Diagnosa	Luaran/ Tujuan	Intervensi
Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan keterlambatan perkembangan (D.0119)	Komunikasi verbal (L.13118) Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/ tubuh meningkat	Promosi Komunikasi (I.13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2. Monitor progress kognitif, anatomis dan fisiologis 3. Monitor frustrasi, marah, depresi dan atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik Terapeutik 1. Gunakan metode komunikasi alternatif 2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 3. Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi 1. Anjurkan berbicara perlahan 2. Anarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis

dan fisiologis		
Deficit perawatan diri (D.0109)	(L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan toileting meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri	Dukungan perawatan diri (L.11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan minum Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik 2. Siapkan keperluan pribadi 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian , bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 1. Atur jadwal perawatan diri secara konsisten dan sesuai
Gangguan interaksi sosial	Interaksi sosial	Dukungan perawatan

sosial (D.0118)	(L.13115) Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka interaksi social meningkat dengan kriteria hasil : 1. Perasaan nyaman dnegan situasi social meningkat 2. Perasaan mudah menerima atau mengkomunikasikan perasaan meningkat 3. Responsif pada orang lain meningkat 4. Minat melakukan komntak emosi meningkat 5. Minat melkakukan kontak fisik meningkat	diri (I.11348) Observasi 1. Identifikasi oenyebab kurangnya keterampilan social 2. Identifikasi focus pelatihan keterampilan sosial Terapeutik 1. Motivasi untuk erlatih keterampilan sosial 2. Beri umpan balik positif 3. Linbatkan keluarga selama latihan keterampilan social jika perlu Edukasi 1. Jelaskan tujuan melatih keteramilan social 2. Jelaskan respond an konsekuensi keterampilan social 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami 4. Edukasi keluarga untuk dukungan keterampilan social
Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Mobilitas fidik (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstrmitas	Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi

		meningkat		3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum ambulasi
		2. Kekuatan otot meningkat		4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi
		3. Rentang gerak (ROM) Meningkat		Terapeutik
				1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu
				2. Fasilitasi melakukan mobilitas fisik
				3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
				Edukasi
				1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
				2. Anjurkan melakukan ambulasi diri
				3. Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan
Risiko (D.0136)	cedera	Tingkat (L.14136)	Cidera	Manajemen keselamatan lingkungan (I.14513)
		Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil :		Observasi
		1. Kejadian menurun	cedra	1. Identifikasi kebutuhan keselamatan
		2. Luka / menuruun	lecet	2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan
				Terapeutik
				1. Hilangkan

	bahaya keselamatan lingkungan
2.	Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko
3.	Sediakan alat perlindungan
4.	Hubungi pihak berwenang sesuai masalah
5.	Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman
6.	Lakukan program skrining bahaya lingkungan
	Edukasi
1.	Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan

2.5.5 Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisa dan kesimpulan keperawatan dan bukan atas petunjuk petugas kesehatan lain,

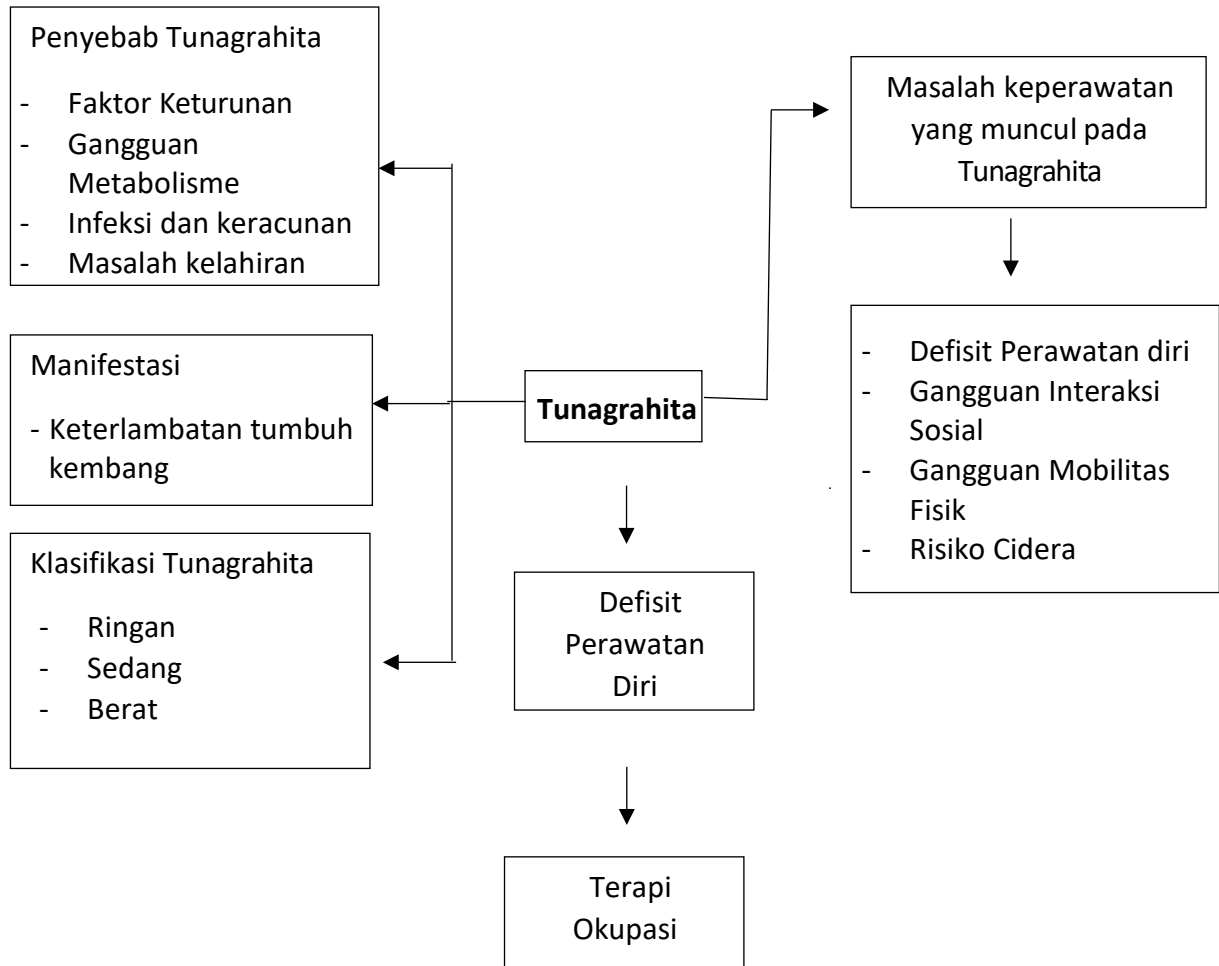
2.5.6 Evaluasi

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri dan dapat meningkatkan kemandirian dalam hal perawatan diri.

2.6 Kerangka konseptual

Bagan 2.2

Kerangka Konseptual



Sumber: (Putra s, 2012), (Proverawati dan Ismawati, 2010), Saputra (2014),
(Nanda,2015-2017), (Perry, Potter, & Ostendorf, 2014).

