

SKRIPSI

**HUBUNGAN PERAN KELUARGA DENGAN KEMAMPUAN
MOTORIK KASAR ANAK DISABILITAS INTELEKTUAL
DI SLB RESKIANI KOTA MAKASSAR**

**NUR AFIFAH
C041171507**



**PROGRAM STUDI FISIOTERAPI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

SKRIPSI

**HUBUNGAN PERAN KELUARGA DENGAN KEMAMPUAN MOTORIK
KASAR ANAK DISABILITAS INTELEKTUAL
DI SLB RESKIANI KOTA MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

**NUR AFIFAH
C041171507**

sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Fisioterapi



**PROGRAM STUDI FISIOTERAPI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

HUBUNGAN PERAN KELUARGA DENGAN KEMAMPUAN MOTORIK
KASAR ANAK DISABILITAS INTELEKTUAL

DI SLB RESKIANI KOTA MAKASSAR

Disusun dan diajukan oleh

NUR AFIFAH

C041171507

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelesaian Studi Program Sarjana Program Studi Fisioterapi Fakultas
Keperawatan Universitas Hasanuddin
pada tanggal 31 Mei 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Pembimbing Utama

Menyetujui,

Pembimbing Pendamping



Nahdiah Purnamasari, S.Ft., Physio. M.Kes
NIP. 19890322 202012 2 011



Yudi Hardianto, S.Ft., Physio. M.ClinRehab
NIDN. 0010129002



PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nur Afifah

NIM : C04 117 1507

Program Studi : Fisioterapi

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 31 Mei 2020

Yang menyatakan



1961 Afifah

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan anugerah-nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal penelitian ini sebagai pembuka pintu menyelesaikan studi strata 1, proposal ini berjudul **“Hubungan Antara Peran Keluarga Dengan Kemampuan Motorik Kasar Pada Anak Disabilitas Inteektual di SLB Reskiani Kota Makassar”**.

Skripsi ini diajukan untuk melengkapi salah satu syarat dalam mencapai gelar Sarjana Fisioterapi di Universitas Hasanuddin. Selama penelitian dan penyusunan, seringkali penulis dihadapkan oleh hambatan dan kesulitan namun atas dukungan dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Orang tua penulis Bapak Drs. Suherman dan Ibu Ir. Sismawati (Alm) serta saudara penulis yang tiada hentinya memanjatkan doa, motivasi, semangat, serta bantuan moril maupun materil. Tanpa bantuannya penulis tidak akan sampai pada tahap ini.
2. Ketua Program Studi Fisioterapi Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, Andi Besse Ahsaniyah, S. Ft., Physio, M.Kes, yang senantiasa mendidik, memberi nasehat dan motivasi sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi ini.
3. Dosen Pembimbing Skripsi, Ibu Nahdiah Purnamasari,S.Ft.,Physio.,M.Kes dan Bapak Yudi Hardianto,S.Ft.,Physio.,M.ClinRehab yang telah meluangkan

waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing, memberikan arahan dan nasehat kepada penulis selama penyusunan skripsi, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Semoga Allah membalas dengan pahala yang berlimpah. Aamiin.

4. Dosen Penguji Skripsi ibu Ita Rini, S.Ft, Physio, M.Kes dan Ibu Riska Nur ‘Amaliah yang telah memberikan masukan, kritik dan saran yang membangun untuk kebaikan penulis dan perbaikan skripsi ini.
5. Staff Dosen dan Administrasi Program Studi Fisioterapi F.Kep UH, terutama Bapak Ahmad yang dengan sabarnya telah mengerjakan segala administrasi penulis hingga dapat menyelesaikan skripsi ini.
6. Kepala Sekolah dan seluruh guru SLB Reskiani Kota Makassar yang telah menerima kami dengan kehangatan, keramahan dan mengizinkan peneliti untuk melakukan penelitian, sangat membantu dalam pelaksanaan penelitian penulis. Semoga apa yang didapatkan selama penelitian dapat bermanfaat bagi responden.
7. Teman se-Pembimbing 1 Wardatun Wahdaniyah R, Dian Sukma Putri dan Widyastuti, terimakasih telah berjuang bersama dari awal penentuan judul, penyusunan proposal penelitian, kebersamaan dari pagi ke sore untuk mengurus segala administrasi kampus maupun luar kampus, diskusi yang sering dilakukan, saling membantu, saling berbagi ilmu yang diketahui dan segala bantuan dalam proses penyusunan skripsi ini.
8. Kakanda Bongky Fatahillah, S.Ft., Ftr yang senantiasa memberikan dukungan dan bantuan selama jalannya penelitian sampai dengan akhir penyusunan.

9. Saudara-saudariku BOTOXXE yang selalu memberikan dukungan dan motivasi untuk menyelesaikan skripsi.
10. Saudara-saudariku POWER RANGER, yakni Izza, Nunu, Tenri, Icha, Devi, Firda yang selalu ada memberikan dukungan kepada penulis.
11. Teman-teman SOL17ARIUS yang selalu menjadi teman seperjuangan selama perkuliahan baik itu dibidang akademik maupun non akademik serta proses penyelesaian skripsi ini. Penulis berharap semoga gelar sarjana tak membuat kita berpuas diri dan lupa arti kekeluargaan pada diri kita.
12. Teman-teman MAX ONE COMPANY yang selalu menjadi wadah peneduh yang meluruskan dikala kesesatan mendatangi selama perkuliahan dan dalam proses penyelesaian skripsi ini.
13. Teman teman dekat perkuliahanku terkhusus OJO PANIK, yang senantiasa selalu memberikan semangat, hiburan, dukungan dan segala bantuannya selama menyelesaikan skripsi ini, semoga persahabatan tidak hanya sampai disini.
14. Berbagai pihak yang berperan dalam proses penyelesaian skripsi yang penulis tidak bisa sebutkan satu persatu.

Semoga Allah *subhanahu wa ta'ala* senantiasa melimpahkan rahmatnya kepada penulis dan semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyusun skripsi ini. Penulis memohon maaf yang sebesar-besarnya apabila ada kesalahan dan hal yang kurang berkenan di hati. Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna.

Untuk itu, diharapkan saran dan kritik yang membangun. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak dalam pengembangan ilmu pengetahuan. Aamiin.

Makassar, Mei 2021

Nur Afifah

ABSTRAK

Nama : Nur Afifah

Program Studi : Fisioterapi

Judul Skripsi : Hubungan Peran Keluarga Dengan Kemampuan Motorik Kasar Anak Disabilitas Intelektual di SLB Reskiani Kota Makassar

Pola asuh dan peran keluarga dianggap sebagai faktor determinan yang mempengaruhi perkembangan kemandirian dalam Aktivitas Kehidupan Sehari-hari seperti kebersihan diri, eliminasi, makan, minum, dan berpakaian. Anak yang mengalami disabilitas intelektual (DI) sangat memerlukan peran khusus dari keluarga, karena peran tersebut akan mempengaruhi sikap dan perilaku anak, dukungan keluarga sangat penting karena keluargalah yang paling lama berinteraksi dengan anak disabilitas intelektual (DI) . Hal ini menjadi penting mengingat, pada umumnya setiap aktivitas kehidupan manusia tidak terlepas dari gerak. Manusia melakukan aktivitas gerak sesuai dengan kemampuan mereka sendiri. Belajar gerak dasar yang paling ideal terjadi pada fase anak-anak. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan peran keluarga dengan kemampuan motorik kasar pada anak disabilitas intelektual. Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* dengan jumlah sampel tiga puluh delapan ($n=38$) yang merupakan siswa Sekolah Luar Biasa Reskiani Kota Makassar. Terdapat beberapa data yang akan dikumpulkan, diantaranya tingkat peran keluarga dan kemampuan motorik kasar. Pengambilan data tersebut menggunakan kuesioner untuk peran keluarga dan alat ukur berupa test yang diisi pada blanko test untuk kemampuan motorik kasar. Penelitian ini menunjukkan adanya korelasi yang signifikan antara peran keluarga dengan kemampuan motorik kasar $p<0.001$ ($p<0.05$). Nilai r (*Spearman correlation*) yang didapatkan mendekati angka 1, yakni 0.662. Nilai tersebut juga semakin menunjukkan bahwa peran keluarga berhubungan dengan kemampuan motorik kasar.

Kata Kunci: Peran keluarga, kemampuan motorik kasar, anak DI

ABSTRACT

Name : Nur Afifah

Study Program : Fisioterapi

Title : *The Relationship between the Role of the Family and the Gross Motor Ability of Children with Intellectual Disabilities in Reskiani Special School, Makassar City*

Parenting patterns and the role of the family as determining factors that affect the development of independence in daily life activities such as personal hygiene, elimination, eating, drinking, and dressing. Children with intellectual disabilities need a special role from the family, because this role will affect the attitudes and behavior of children, family support is very important because it is the family that children with intellectual disabilities can rely on the longest. This is important considering that, in general, every activity in human life does not look at the rate. Humans who carry out activities according to their own abilities. Learning the most ideal basic movements occurs in the children's phase. This study aims to examine the relationship between family and gross motor skills in children with intellectual disabilities. This study used a cross-sectional design with a sample size of thirty-eight ($n = 38$) who were students of the Reskiani Special School Makassar City. Some of the data that will be collected include family level and gross motor skills. The data were collected using a questionnaire for family roles and a measuring instrument in the form of a test that was filled in on a blank test for gross motor skills. This study showed a strong intermediate ($p < 0.05$). The value of r (Spearman's correlation) gets the number 1, which is 0.662. This value also shows that the family relationship with gross motor skills.

Keywords: Role of family, gross motor skills, children with DI

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	xi
ABSTRACT.....	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN.....	xix
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah.....	5
1.3. Tujuan Penelitian	5
1.4. Manfaat Penelitian	6
BAB 2.....	7
TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Tinjauan Umum Tentang Anak Disabilitas Intelektual	7
2.1.1. Pengertian Anak Disabilitas intelektual	8
2.1.2. Klasifikasi Disabilitas intelektual.....	9

2.1.3.Faktor penyebab Disabilitas intelektual	13
2.1.4.Karakteristik Disabilitas intelektual	15
2.2.Tinjauan Umum Tentang Motorik Kasar	17
2.2.1.Pengertian Perkembangan Motorik	17
2.2.2.Pengertian Kemampuan Motorik Kasar	17
2.2.3.Unsur Perkembangan Motorik Kasar	18
2.2.4.Tahap perkembangan Motorik	19
2.2.5.Urgensi perkembangan motorik kasar pada anak.....	21
2.2.6.Faktor Yang Mempengaruhi Perkembangan Motorik.....	22
2.2.7.Pengukuran Keterampilan Motorik Kasar.....	23
2.3. Tinjauan Umum Tentang Peran Keluarga Pada Anak Berkebutuhan Khusus (ABK)	29
2.3.1.Definisi Peran Keluarga	29
2.3.2.Peran Keluarga pada Perkembangan ABKUsia Sekolah	32
2.3.3.Peranan Orang Tua dalam Perkembangan Anak Disabilitas intelektual	34
2.3.4.Keluarga dengan Anak Berkebutuhan Khusus.....	35
2.3.5.Pengukuran kuisioner peran keluarga	37
2.3.6.Hubungan Peran Keluarga dengan Kemampuan Motorik.....	138
2.3.7.KerangkaTeori.....	42
BAB 3	43
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	43
3.1. Kerangka Konsep.....	43
3.2. Hipotesis	43
BAB 4	44
METODE PENELITIAN.....	44
4.1. Rancangan Penelitian.....	44
4.2. Tempat dan Waktu Penelitian	44
4.3. Populasi dan Sampel	44

4.4. Alur Penelitian.....	46
4.5. Variabel Penelitian	46
4.6. Definisi Operasional Variabel	46
4.7. Prosedur Penelitian.....	47
4.8. Pengolahan dan Analisis Data	49
4.9. Masalah Etika	50
BAB 5	51
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	51
5.1. Hasil Penelitian.....	51
5.1.1. Analisis Univariat.....	51
5.1.2. Analisis Bivariat	53
5.2. Pembahasan	55
5.2.1. Karakteristik Responden	55
5.2.2. Distribusi Peran Keluarga Responden.....	56
5.2.3. Distribusi Kemampuan Motorik Kasar Responden.....	57
5.2.4. Analisis Uji Hubungan Antara Peran Keluarga Dengan Kemampuan Motorik Kasar Anak Disabilitas Intelektual ..	59
5.2.5. Keterbatasan Penelitian	63
BAB 6	64
PENUTUP	64
6.1. Kesimpulan	64
6.2. Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	66
LAMPIRAN	71

DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
2.1. Klasifikasi anak disabilitas intelektual berdasarkan rentang IQ, pendidikan, klinis, estimasi	24
2.2. Klasifikasi anak disabilitas intelektual berdasarkan Derajat keterbelakangan	25
5.1. Karakteristik Umum Responden Anak Disabilitas Intelektual	70
5.2. Karakteristik Umum Responden Orang Tua Anak Disabilitas Intelektual.....	71
5.3. Distribusi Peran Keluarga Anak Disabilitas Intelektual.....	73
5.4. Distribusi Kemampuan Motorik Kasar Berdasarkan Kriteria Objektif... ..	74
5.5. uji normalitas data peran keluarga dan kemampuan motorik kasar	74
5.6. Analisis uji hubungan peran keluarga dengan kemampuan motorik kasar anak disabilitas intelektual	75

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Halaman
2.1. Ilustrasi kemampuan lari	41
2.2. Ilustrasi kemampuan <i>gallop</i>	41
2.3. Ilustrasi kemampuan <i>hop</i>	42
2.4. Ilustrasi kemampuan <i>leap</i>	42
2.5. Ilustrasi kemampuan lompat horizontal	42
2.6. Ilustrasi kemampuan <i>slide</i>	43
2.7. Ilustrasi kemampuan memukul bola stasioner	43
2.8. Ilustrasi kemampuan <i>dribble</i> bola	44
2.9. Ilustrasi kemampuan tangkap bola	44
2.10. Ilustrasi kemampuan tendangan	45
2.11. Ilustrasi kemampuan <i>overhand throw</i>	45
2.12. Ilustrasi kemampuan <i>underhand roll</i>	45
2.13. Kerangka Teori	60
3.1. Kerangka Konsep	61
4.1. Bagan Alur Penelitian	64

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Halaman
1. Surat Izin Penelitian	72
2. Surat Telah Menyelesaikan Penelitian.....	73
3. Etik Penelitian	74
4. Form <i>Test Gross Motor Deveploment 2</i> (TGMD-2).....	75
5. <i>Family Role Questionnaire (FRQ)</i>	90
6. Hasil Uji SPSS	91
7. Dokumentasi Penelitian	100
8. Draft Artikel Penelitian	105

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Lambang / Singkatan	Arti dan Keterangan
et al.	et alii, dan kawan-kawan
ABK	Anak BerkebutuhanKhusus
ALB	Anak Luar Biasa
WHO	<i>World Health Organization</i>
TGMD 2	<i>Tes Gross Motor Development-2</i>
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
Kemenkes	Kementrian Kesehatan
SLB	Sekolah Luar Biasa
IQ	Kecerdasan Intelektual
ESCAP	<i>Economic and Social Commission for Asia and the Pacific</i>
APA	<i>American Phychological Association</i>
FRQ	<i>Family Role Questionnaire</i>
DI	Disabilitas Inteektual

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indonesia merupakan Negara padat penduduk dengan data Sensus Penduduk 2010 mencatat bahwa pada tahun 2010-2019 diproyeksikan akan terjadi kenaikan jumlah anak usia 0-17 tahun, yang jumlahnya akan naik pada usia tertentu. Pada 2014, jumlah anak di Indonesia mencapai 82,8 juta atau 32,9 persen dari total penduduk Indonesia (Budiarti, 2019) . Batasan usia anak adalah sejak anak di dalam kandungan sampai usia 17 tahun. Anak usia sekolah dapat diartikan sebagai anak yang berada dalam rentang usia 6-12 tahun, dimana anak mulai memiliki lingkungan lain selain keluarga (Kemenkes RI, 2014).

Tercatat bahwa Jumlah anak berkebutuhan khusus (ABK) di Indonesia dari tahun ke tahun terus meningkat. Perserikatan bangsa-bangsa (PBB) memperkirakan bahwa paling sedikit ada 10 persen anak usia sekolah yang memiliki kebutuhan khusus di Indonesia, jumlah anak usia sekolah, yaitu 5 – 14 tahun, ada sebanyak 42,8 juta jiwa. Jika mengikuti perkiraan tersebut, maka diperkirakan ada kurang lebih 4,2 juta anak Indonesia yang berkebutuhan khusus , Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) merupakan istilah lain untuk menggantikan kata “Anak Luar Biasa (ALB)” yang menandakan adanya kelainan khusus. Anak berkebutuhan khusus mempunyai karakteristik yang berbeda antara yang satu dengan yang lainnya, salah satunya adalah Disabilitas Intelektual (Rahmawan, 2020).

Anak Disabilitas intelektual atau retardasi mental mengacu pada fungsi intelektual yang rendah dan mengalami hambatan dalam perilaku adaptif dan berlangsung selama masa perkembangannya (Luckasson, 2016). Dari data Inklusi Penyandang Disabilitas mengatakan bahwa jumlah disabilitas intelektual di Indonesia adalah 1.389.614 jiwa (Warista et al., 2016 dalam Ramayumi, et al, 2015).Tingkat ketergantungan anak yang tinggi dalam

melakukan kegiatan harian menjadi beban yang amat besar bagi orangtua, pengasuh, dan pemberi layanan kesehatan (Mardiawati, 2019). Berdasarkan laporan *World Health Organization (WHO)*, jumlah orang yang masih dalam ketergantungan terhadap orang lain mencapai 4–5% dari seluruh populasi di dunia (WHO, 2002).

Masalah ketergantungan melakukan perawatan diri sering terdapat pada kelompok anak (orang yang sangat muda), sangat tua, orang yang sakit atau orang yang cacat (Kittay, Jennings, & Wasunna, 2016). Ketergantungan perawatan diri dijelaskan oleh *World Health Organization (WHO)* sebagai ketidakmampuan untuk melakukan kegiatan harian seperti mempertahankan kebersihan diri, makan, dan kesadaran akan bahaya sebagai salah satu masalah terbesar dalam kesehatan di dunia. Survey Rumah Tangga oleh *UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund)* dan *University of Wisconsin (2008)* memperoleh data yang memperlihatkan terdapat 52,4% anak usia 6–9 tahun yang berada di sekolah mengalami disabilitas atau ketidakmampuan melakukan aktivitas harian secara mandiri. Penelitian lain menyimpulkan bahwa disabilitas intelektual memiliki keinginan didalam dirinya untuk dapat hidup mandiri dan tidak tergantung pada orangtua atau orang lain

Anak dengan disabilitas intelektual atau tuna grahita memiliki keterbatasan dalam kecerdasan intelektual yang berada dibawah rata-rata sehingga berdampak dalam penguasaan keterampilan melakukan perawatan diri secara mandiri, sehingga menyebabkan mereka mempunyai resiko yang tinggi untuk mengalami isolasi sosial di masyarakat karena kebersihan diri yang kurang dan ketergantungan yang besar pada keluarga. Pada akhirnya, hal ini dapat menyebabkan terbatasnya kesempatan yang sama dalam memperoleh pekerjaan kelak ketika mencapai usia dewasa Keterbatasan kecerdasan intelektual tersebut bahkan sering diiringi dengan kelemahan fisik pada anak dengan disabilitas intelektual (Ramawati et al., 2012).

Anak disabilitas intelektual ringan memiliki kecerdasan intelektual yang di bawah rata-rata, mengalami gangguan pada fungsi motorik, dan gangguan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari sehingga bergantung

pada orang lain. Kemandirian itu penting tidak hanya bagi anak normal tetapi juga bagi anak retardasi mental. Kemandirian seseorang tidak hanya dipengaruhi oleh sifat yang melekat pada individu tersebut tetapi juga dipengaruhi oleh berbagai rangsangan yang datang dari lingkungannya, salah satunya adalah pendidikan dan peran dari keluarga yaitu pola asuh pada anak. Pola asuh dan peran keluarga merupakan salah satu faktor penting dalam mengembangkan atau menghambat tumbuh kembang kreativitas anak. Pola asuh dan peran keluarga dianggap sebagai faktor determinan yang mempengaruhi perkembangan kemandirian dalam Aktivitas Kehidupan Sehari-hari seperti kebersihan diri, eliminasi, makan, minum, dan berpakaian (Dwi Jayanti et al., 2020)

Hal ini menjadi penting mengingat, pada umumnya setiap aktivitas kehidupan manusia tidak terlepas dari gerak. Manusia melakukan aktivitas gerak sesuai dengan kemampuan mereka sendiri. Belajar gerak dasar yang paling ideal terjadi pada fase anak-anak. Di dalam kehidupan ini gerak sangat dibutuhkan oleh setiap manusia untuk melakukan aktivitas, penguasaan gerak sejak masa kecil akan membantu kita menjadi manusia terampil di kehidupan yang akan datang sehingga dapat tercapai kehidupan yang lebih baik. Kemampuan motorik yang baik sangat dibutuhkan oleh siswa untuk memperoleh keterampilan motorik.

Aktivitas kehidupan sehari-hari mengacu pada kemampuan orang untuk menguasai serangkaian aktivitas dasar dalam sehari-hari hidup, untuk mengurus pakaian, makanan, tempat tinggal, dan hidup, untuk menjaga kebersihan pribadi, kebersihan dan hidup mandiri dan hal ini didukung oleh kemampuan motorik yang baik (Yu & Xie, 2020). Pada anak dengan disabilitas intelektual apalagi dengan kategori berat memiliki keterbatasan dalam kemampuan *activity daily living* (ADL). Masalah yang sering terjadi di dalam keluarga adalah karena anak disabilitas intelektual tidak sanggup mengurus kebutuhan sehari-harinya seperti makan, mandi, berpakaian, berhias, toileting dan lain-lain. Sehingga cenderung membebani orangtua

atau saudara saudaranya. Peran orangtua sangat penting agar anak lebih mandiri. Orangtua sangat berpengaruh dalam menumbuhkan kemandirian anak (Muttaqin, 2008; Suyono, Y., Ranuh, G., Soetjningsih, 2016).

Anak yang mengalami disabilitas intelektual sangat memerlukan dukungan khusus dari keluarga, karena dukungan tersebut akan mempengaruhi sikap dan perilaku anak, dukungan keluarga sangat penting karena keluargalah yang paling lama berinteraksi dengan pasien. Dalam keluarga masalah dapat muncul dan dalam keluarga pula masalah dapat dicarikan alternatifnya. Penelitian yang dilakukan Desiyani pada tahun 2009 memiliki anak berkebutuhan khusus sangat mempengaruhi terhadap ibu, ayah, dan anggota keluarga yang lain (Praya, 2020) Dari beberapa penelitian menunjukkan keberhasilan disabilitas intelektual dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri adalah karena support atau motivasi dari orang-orang terdekat. Keberhasilan anak berkebutuhan khusus dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti ADL (*Activity Daily Living*) tidak terlepas dari peran orangtua (Efendi, 2008). Dukungan keluarga pada anak tunagrahita sangat dibutuhkan dibandingkan anak yang normal dengan orang tuanya, supaya anak tunagrahita mampu melakukan sesuatu segala keinginannya setelah diberi dukungan keluarga (Parulian, & Supardi, 2020).

Studi pendahuluan yang dilakukan menemukan bahwa penelitian terkait peran keluarga dan kemampuan motorik kasar pada anak disabilitas intelektual, mulai dari tingkat kota sampai dengan internasional masih sangat jarang yang mngkaji mengenai kedua variable ini. Padahal hal ini sangat penting untuk diteliti mengingat urgensi kedua variabel ini menyangkut kehidupan sehari-hari, baik itu jangka pendek maupun jangka panjang.

Berdasarkan studi pendahuluan berupa observasi yang kami lakukan di 8 sekolah luar biasa yang ada di kota Makassar kemampuan motorik kasar pada anak disabilitas intelektual masih rata-rata memiliki kemampuan yang belum cukup baik sehingga hal tersebut yang menjadikan beberapa anak disabilitas intelektual mengalami ketergantungan dan perlu pengawasan diri

dalam melakukan aktivitas di rumah maupun di sekolah, ditambah lagi dengan masa pandemic Covid-19 yang membuat anak disabilitas intelektual tidak dapat melakukan sekolah secara offline. SLB Reskiani merupakan tempat yang menjadi tempat kami meneliti dikarenakan guru dan kepala sekolah yang kooperatif serta adanya masalah motorik kasar yang berdampak pada penguasaan diri, keterampilan diri dan kemampuan aktivitas sehari-hari dan membuat peran keluarga menjadi sangat penting dalam mendukung kemampuan motorik anak khususnya motorik kasar.

Maka dari itu kemampuan motorik kasar sangat penting untuk menjadi perhatian tersendiri bagi keluarga sebagai unit pelayanan terkecil dan terdekat. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk meneliti mengenai “Hubungan antara peran keluarga terhadap kemampuan motorik kasar anak disabilitas intelektual” .

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah maka peneliti membuat rumusan masalah sebagai berikut :

Apakah hubungan antara peran keluarga terhadap kemampuan motorik kasar anak disabilitas intelektual di SLB Reskiani Kota Makassar?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Diketuinya hubungan antara peran keluarga terhadap kemampuan motorik kasar anak disabilitas intelektual di SLB Reskiani Kota Makassar.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Diketuinya distribusi persebaran anak disabilitas intelektual di SLB Reskiani Kota Makassar
2. Diketuinya kemampuan motorik kasar anak disabilitas intelektual di SLB Reskiani Kota Makassar
3. Diketuinya gambaran peran keluarga terhadap anak disabilitas intelektual di SLB Reskiani Kota Makassar

4. Diketuinya Hubungan antara peran keluarga dengan kemampuan motorik kasar pada anak disabilitas intelektual di SLB Reskiani Kota Makassar

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Ilmiah

1. Penelitian ini di harapkan dapat menambah pengetahuan bagi para pembaca mengenai hubungan antara peranan keluarga terhadap kemampuan motorik kasar anak disabilitas intelektual di SLB Reskiani Kota Makassar
2. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan rujukan bagi para pembaca dalam pengembangan penelitian selanjutnya

1.4.2. Manfaat Aplikatif

1. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi bagi masyarakat, tenaga medis khususnya fisioterapis pediatric.
2. Penelitian ini diharapkan sebagai informasi dalam mempertahankan atau meningkatkan pelaksanaan kegiatan-kegiatan anak disabilitas intelektual dan keliarga sehingga berujung pada kemampuan keamndirian anak.
3. Penelitian ini di harapkan sebagai informasi kemampuan motorik kasar anak disabilitas intelektual sehingga dapat dimanfaatkan oleh pihak kesehatan sebagai pertimbangan intervensi dalam mempertahankan atau memperbaiki status kemampuan anak disabilitas intelektual.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Umum Tentang Anak Disabilitas Intelektual

Pengertian anak penyandang Disabilitas menurut Konvensi Mengenai Hak-hak Penyandang Disabilitas yang telah disahkan dengan UU No 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Konvensi Mengenai Hak-hak Penyandang Disabilitas, penyandang Disabilitas termasuk mereka yang memiliki keterbatasan fisik, mental, intelektual, atau sensorik dalam jangka waktu lama di mana ketika berhadapan dengan berbagai hambatan, hal ini dapat menghalangi partisipasi penuh dan efektif mereka dalam masyarakat berdasarkan kesetaraan dengan yang lainnya (Convention on the Rights of the Child, 1989: 20). Konvensi ini tidak memberikan batasan tentang penyandang cacat. Dalam konvensi ini penyandang cacat disebut sebagai penyandang Disabilitas. Namun karena kecacatan yang disandangnya penyandang cacat/Disabilitas mengalami hambatan fisik, mental dan sosial, untuk mengembangkan dirinya secara maksimal.

Menurut *WHO (World Health Organization)* 15% dari 240 juta penduduk Indonesia (data penduduk Indonesia 2012) atau sekitar 36% juta orang adalah penyandang disabilitas. Masih menurut WHO, mayoritas kedisabilitas itu disebabkan karena faktor kekurangan gizi serta infeksi selama proses kehamilan dan persalinan/infeksi saluran reproduksi. Di samping itu, disabilitas menyebabkan kematian neonatal, kelainan bawaan juga merupakan penyebab bayi lahir mati dan abortus spontan. Ditinjau data *ESCAP (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific)* bahwa jumlah disabilitas akan terus bertambah secara progresif selama kurun waktu 25 tahun ke depan, terutama terjadi di negara-negara berkembang.

2.1.1. Pengertian Anak Disabilitas intelektual

American Psychological Association (APA) yang dipublikasikan melalui *Manual of Diagnosis and Professional Practice in Mental Retardation* th.1996, mengemukakan tentang batasan disabilitas intelektual. Batasan dari APA ini dapat dimaknai, bahwa anak disabilitas intelektual adalah anak yang secara signifikan memiliki keterbatasan fungsi intelektual, keterbatasan fungsi adaptif. Keadaan ini terjadi sebelum usia 22 tahun. Anak disabilitas intelektual adalah anak yang mempunyai gangguan dalam intelektual sehingga menyebabkan kesulitan untuk melakukan adaptasi dengan lingkungannya. Jumlah anak-anak disabilitas intelektual diperkirakan 2,5- 3% dari jumlah populasi umumnya (G. M. Wati, 2012)

Disabilitas intelektual berasal dari dua kata yaitu tuna dan grahito, tuna berarti rusak atau tidak ada dan kata grahito yang berarti akal. Jadi disabilitas intelektual adalah seseorang yang memiliki keterbelakangan mental atau kelemahan dalam berfikir (Agustin, 2017).

Disabilitas intelektual adalah istilah yang digunakan untuk menyebut anak yang mempunyai kemampuan intelektual di bawah rata-rata. Disabilitas intelektual dalam bahasa asing digunakan istilah-istilah *mental retardation*, *mentally retarded*, *mental deficiency*, *mental defective* dan lain-lain. Beberapa istilah tersebut memiliki arti yang sama dimana menjelaskan kondisi anak yang kecerdasannya di bawah rata-rata dan ditandai oleh keterbatasan intelegensi dan ketidakcakapan dalam interaksi sosial. Anak disabilitas intelektual ringan adalah anak yang mengalami hambatan dalam kecerdasan, kemampuannya berada di bawah rata-rata anak normal seusianya. Yang dimaksud di bawah rata-rata adalah jika perkembangan umur kecerdasan (*Mental Age/MA*) anak di bawah pertumbuhan usianya (*Chronological Age/CA*) (Murthado et al.,

2021). anak disabilitas intelektual umumnya memiliki kecakapan motorik yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok anak normal seusianya, baik secara kualitatif maupun kuantitatif.

Hal ini ditunjukkan dengan kekurangmampuan dalam aktivitas motorik untuk tugas-tugas yang memerlukan ketepatan gerakan, belajar keterampilan manual, serta dalam melakukan reaksi gerak yang memerlukan koordinasi motorik dan keterampilan gerak yang lebih kompleks. Sering kali ditemui bahwa pada anak disabilitas intelektual mengalami gangguan dalam motorik kasar, seperti ketika berjalan, melompat, berlari dan gerak lainnya. Berdasarkan pendapat tersebut jelas bahwa permasalahan anak disabilitas intelektual ringan salah satunya adalah motorik kasar yang belum berkembang dengan baik. Menurut Hurlock (2015:154) IQ pada anak mempengaruhi laju perkembangan motoriknya, semakin tinggi IQ anak maka semakin cepat laju perkembangan motoriknya berbeda dengan IQ anak normal atau yang berada di bawah IQ anak normal. Semakin berat kedisabilitas intelektualan anak semakin berat defisiensi keterampilan motoriknya. Perkembangan motorik kasar menentukan kemampuan anak dalam melakukan berbagai kegiatan fisik. Perkembangan motorik kasar anak disabilitas intelektual ringan perlu adanya bimbingan dari para pendidik di lembaga pendidikan usia dini dan pendidikan dasar. Perkembangan motorik kasar pada anak berpengaruh pada perkembangan perilaku, sosial, kognitif dan hal lain yang terkait.

2.1.2. Klasifikasi Disabilitas intelektual

Klasifikasi disabilitas intelektual dibedakan menjadi 4 yaitu:

1. Mild mental retardation

Mild mental retardation merupakan keterbelakangan mental pada kategori ringan. Kecerdasan intelektual (IQ) yang dimiliki sekitar 50-75. Mereka pada kategori ini sering memperoleh keterampilan akademis sampai ke tingkat kelas 6. Mereka dapat menjadi cukup mandiri dan dalam

beberapa kasus hidup mandiri, dengan dukungan masyarakat dan sosial.

2. Moderate mental retardation

Moderate mental retardation merupakan keterbelakangan mental pada kategori sedang. Sekitar 10% dari populasi retardasi mental dianggap pada kategori sedang. Individu dengan moderate mental retardation memiliki kecerdasan intelektual (IQ) skor berkisar 35-55. Mereka dapat melaksanakan pekerjaan dan perawatan diri tugas dengan pengawasan. Mereka biasanya memperoleh keterampilan komunikasi di masa kecil dan dapat hidup dan berfungsi dengan sukses dalam masyarakat atau di rumah kelompok diawasi.

3. Severe mental retardation

Sekitar 3-4% dari populasi retardasi mental adalah dalam kategori parah. Individu dalam kategori retardasi mental parah memiliki kecerdasan intelektual (IQ) sekitar skor 20-40. Mereka mungkin menguasai keterampilan perawatan diri yang sangat dasar dan beberapa keterampilan komunikasi.

4. Profound mental retardation

Hanya 1-2% dari populasi retardasi mental diklasifikasikan dalam kategori parah. Individu dalam kategori retardasi mental sangat parah memiliki kecerdasan intelektual (IQ) skor sekitar di bawah 20-Mereka mungkin dapat mengembangkan keterampilan perawatan diri dan komunikasi dasar yang sesuai untuk dukungan dan pelatihan. Keterbelakangan pada kategori sangat parah sering disebabkan oleh gangguan neurologis yang menyertainya. Sehingga mereka memerlukan pengawasan tingkat tinggi(Onyekuru and Njoku, 2012: 107).

Sedangkan Mangunsong dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa sejak tahun 1922 *The American Association On Mental Retardation* mengklasifikasikan retardasi mental atau disabilitas intelektual tidak berdasarkan skor IQ saja tetapi juga berdasarkan seberapa besar dukungan/bimbingan yang diperlukan oleh anak disabilitas intelektual. Klasifikasi tersebut meliputi:

1. Intermittent, yaitu anak mendapat bimbingan hanya seperlunya dan bersifat jangka pendek saat mengalami masa transisi dalam kehidupan, misalnya kehilangan pekerjaan.
2. Limited, yaitu anak mendapat bimbingan diperlukan secara konsisten tetapi tidak terlalu intensif seperti pelatihan untuk pekerja. Extensive yaitu anak mendapat bimbingan diperlukan dengan adanya keterlibatan secara reguler, teratur, dalam lingkungan tertentu, misalnya di sekolah, tempat kerja atau rumah dan tidak terbatas waktunya.
3. Pervasive, anak mendapat bimbingan sangat diperlukan, konstan, intensitasnya sangat tinggi, pada berbagai jenis lingkungan (Mayasari, 2019).

Tabel 2. 1 Klasifikasi anak disabilitas intelektual berdasarkan rentang IQ, pendidikan, klinis, estimasi

Klasifikasi	IQ	Pendidikan	Klinis	Estimasi	Umur Mental
Disabilitas intelektual Ringan	50 - 70	Dapat dididik dan dilatih	Anak dapat belajar terampil dan mandiri	85% dari disabilitas intelektual	Setara anak normal 8-12 tahun
Disabilitas intelektual Sedang	35-40 sampai 50-55	Dapat dilatih	Dapat merawat diri dan sosialisasi	10% dari anak tunaagrahita	Setara anak normal 3-7 tahun
Disabilitas intelektual Berat	20-25 sampai 35-40	Perlu pengawasan dalam latihan	Perlu pengawasan dalam perawatan diri	3-4% anak disabilitas intelektual	1-3 tahun
Disabilitas intelektual Sangat Berat	dibawah 25	Tidak mampu merawat diri		1-2 % dari anak disabilitas intelektual	0-1 tahun

Sumber: (Ramawati et al., 2012)

Tabel 2. 2 Klasifikasi anak disabilitas intelektual berdasarkan derajat keterbelakangan

Klasifikasi	Stanford Binet	Skala Weschler
Ringan	68 – 52	69 – 55
Sedang	51 – 36	54 – 40
Berat	35 – 20	39 – 25
Sangat Berat	< 19	< 24

Sumber : (Blake dalam Agustin & Sari 2017)

Anak disabilitas intelektual dapat di klasifikasikan berdasarkan tingkat Intelektual atau IQ menjadi 3 sebagai berikut :

1. Disabilitas intelektual Ringan/*mild*, yaitu kondisi fisiknya terlihat normal, dengan IQ berkisaran 50 sampai 70. Kondisi ini masih masuk dalam kategori mampu didik dan dapat menyelesaikan pendidikan yang setara dengan kelas 6 SD atau perkembangan mental setara dengan usia 8 – 10 tahun.
2. Disabilitas intelektual Sedang/moderat, yaitu gangguan kondisi fisik udah dapat terlihat walaupun beberapa terlihat normal dengan IQ berkisar 30 sampai 50 dan biasanya dapat menyelesaikan pendidikan setara dengan kelas 2 SD atau perkembangan mental setara dengan anak usia 5-8 tahun.
3. Disabilitas intelektual Berat/*severe*, yaitu kondisi yang memiliki tingkat intelegensi yang sangat rendah dibawah 30 dan tidak mampu untuk menerima pendidikan secara akademis serta membutuhkan bantuan dari orang lain dalam sehari hari atau perkembangan mental setara dengan anak usia 3 – 5 tahun.
4. Disabilitas intelektual sangat berat/*profound*, yaitu anak disabilitas intelektual yang memiliki IQ dibawah 19 dan perkembangan mentalnya setara dengan anak usia kurang 3 tahun (Agustin and Sari, 2017).

2.1.3. Faktor penyebab Disabilitas intelektual

1. Faktor Keturunan

Ketika terjadi fertilisasi dan terjadi manusia baru, maka ia akan memperoleh faktor-faktor yang diturunkan oleh orang tuanya yang disebut genotip. Aktualisasi genotip dihasilkan atas kerjasama dengan lingkungan. Sebagai pembawa sifat keturunan, gen antara lain menentukan warna kulit, bentuk tubuh, raut wajah, dan kecerdasan (Patel et al., 2020).

Penyebab kelainan yang berkaitan dengan faktor keturunan, meliputi hal berikut: a. Kelainan kromosom, dapat dilihat dari bentuk dan nomornya. Dilihat dari bentuk dapat berupa inversi (kelainan yang menyebabkan berubahnya urutan gene karena melihatnya kromosom; delesi (kegagalanmeiosis, yaitu salah satu pasangan tidak membelah sehingga terjadi kekurangan kromosom pada salah satu sel); duplikasi (kromosom tidak berhasil memisahkan diri sehingga terjadi kelebihan kromosom pada salah satu sel lainnya) translokasi (adanya kromosom yang patah dan patahnya menempel pada kromosom lain). b. Kelainan gen. Kelainan ini terjadi pada waktu imunitasi, tidak selamanya tampak dari luar (tetap dalam tingkat genotif). Ada 2 hal yang perlu diperhatikan untuk memahaminya, yaitu kekuatan kelainan tersebut, dan tempat gena (lucos) yang mendapat kelainan.

2. Gangguan metabolisme dan gizi

Metabolisme dan gizi merupakan faktor yang sangat penting dalam perkembangan individu terutama perkembangan sel-sel otak. Kegagalan metabolisme dan kegagalan pemenuhan kebutuhan gizi dapat mengakibatkan terjadinya gangguan fisik dan mental pada individu. Kelainan yang disebabkan oleh kegagalan metabolisme dan gizi, antara lain phenylketonuria (akibat metabolisme saccharide yang menjadi tempat penyimpanan asam mucopolysaccharide

dalam hati, limpa kecil, dan otak) dan gejala yang tampak berupa ketidak normalan tinggi badan ,kerangka tubuh yang tidak proporsional , telapak tangan lebar dan pendek, persendian kaku, lidah lebar dan menonjol, dan tuna grahita; cretinism (keadaan hypohydroidism kronik yang terjadi selama masa janin atau saat dilahirkan) dengan gejala kelainan yang tampak adalah ketidaknormalan fisik yang khas dan kedisabilitas intelektualan (Eltalina, 2019).

3. Infeksi dan keracunan

Keadaan ini disebabkan oleh terjangkitnya penyakit-penyakit selama janin masih berada didalam kandungan . penyakit yang dimaksud antara lain rubella yang mengakibatkan kedisabilitas intelektualan serta adanya kelainan pendengaran , penyakit jantung bawaan, berat badan sangat kcueang ketika lahir, syphilis bawaan, syndrome gravidity beracun, hampir pada semua kasus berakibat kedisabilitas intelektualan.

4. Trauma dan Zat Radioaktif

Terjadinya trauma terutama pada otak ketika bayi dilahirkan atau terkena radiasi zat radioaktif saat hamil dapat mengakibatkan kedisabilitas intelektualan. Trauma yang terjadi pada saat dilahirkan biasanya disebabkan oleh kelahiran yang sulit sehingga memerlukan alat bantuan. Ketidaktepatan penyinaran atau radiasi sinarX selama bayi dalam kandungan mengakibatkan cacat mental microcephaly.

5. Masalah pada kelahiran

Masalah yang terjadi pada saat kelahiran misalnya kelahiran yang disertai hypoxia yang dipastikan bayi akan menderita kerusakan otak kejang dan napas pendek. Kerusakan juga dapat disebabkan oleh trauma mekanis terutama pada kelahiran sulit.

6. Faktor lingkungan

Terdapat banyak faktor pada lingkungan yang menyebabkan kedisabilitas intelektual. Sudah banyak penelitian yang digunakan untuk pembuktian hal ini, salah satunya adalah penemuan patton & Polloway bahwa bermacam-macam pengalaman negatif atau kegagalan dalam melakukan interaksi yang terjadi selama periode perkembangan menjadi salah satu penyebab kedisabilitas intelektual. Latar belakang pendidikan orang tua sering juga dihubungkan dengan masalah-masalah perkembangan. Kurangnya kesadaran orang tua akan pentingnya pendidikan dini serta kurangnya pengetahuan dalam memberikan rangsangan positif dalam masa perkembangan anak menjadi penyebab salah satu timbulnya gangguan. Selain cara tersebut terdapat pula cara umum yaitu dengan meningkatkan taraf hidup masyarakat melalui peningkatan sosial-ekonomi, penyuluhan kepada masyarakat mengenai pendidikan dini, (Wardani 2013,)

2.1.4. Karakteristik Disabilitas intelektual

James D. Page (1995) mengungkapkan beberapa karakteristik yang dimiliki sang penyandang Disabilitas intelektual, yaitu kecerdasan intelektual, sosial, fungsi mental, dorongan dan emosi, kemampuan berbahasa, kemampuan secara akademis, kemampuan berorganisasi. Berikut penjelasannya:

1. Intelektual

Tingkat kecerdasan penyandang Disabilitas intelektual selalu di bawah rata-rata teman sebayanya. Perkembangan kecerdasannya juga sangat terbatas. Umumnya, mereka hanya bisa mencapai taraf usia mental setingkat anak Sekolah Dasar kelas IV atau bahkan terdapat yg hanya bisa mencapai taraf usia mental anak pra-sekolah

2. Sosial

Kemampuan bidang sosial anak Disabilitas intelektual mengalami keterlambatan. Hal ini ditunjukkan menggunakan kemampuan anak Disabilitas intelektual yg rendah pada hal mengurus, memelihara, & memimpin dirinya sendiri sebagai akibatnya acap kali nir bisa bersosialisasi menggunakan orang lain.

3. Fungsi Mental

Anak Disabilitas intelektual mengalami kesukaran pada memusatkan perhatian, jangkauan perhatiannya sangat sempit & cepat beralih sebagai akibatnya kurang bisa menghadapi tugas.

4. Dorongan & Emosi.

Perkembangan dorongan emosi anak Disabilitas intelektual bhineka tergantung dalam taraf pembagian terstruktur mengenai Disabilitas intelektual yg dimiliki. Pada taraf Severe & Profound, penyandang Disabilitas intelektual biasanya nir bisa memperlihatkan dorongan buat mempertahankan diri. Contoh, mereka nir bisa memberi memahami waktu sedang merasa lapar, nir bisa menjaukan diri waktu menerima stimulus yg menaruh rasa sakit. Secara umum, kehidupan emosinya terbatas dalam perasaan senang, takut, marah, & benci.

5. Kemampuan pada Bahasa.

Kemampuan bahasa anak Disabilitas intelektual sangat terbatas, terutama dalam perbendaharaan kata. Anak Disabilitas intelektual taraf Severe & Profound biasanya mempunyai gangguan bicara berat yg ditimbulkan stigma artikulasi & perkara pada pembentukan suara pada pita bunyi & rongga mulut.

6. Kemampuan pada Bidang Akademis.

Anak Disabilitas intelektual sulit memeriksa sesuatu yg bersifat akademis, terutama membaca & berhitung. Namun, hal ini bisa diatasi menggunakan melakukan pendampingan belajar yg fundamental & intensif.

7. Kepribadian & Kemampuan Organisasi.

Dari banyak sekali penelitian sang Leahy, Balla, & Zigler (pada Hallahan & Kauffman, 1988), disebutkan bahwa anak Disabilitas intelektual biasanya mempunyai kepercayaan diri yg rendah karena tiak bisa mengontrol dirinya sendiri dan bergantung dalam orang lain. Hal tadi berdampak dalam kemampuan berorganisasi yg sangat kurang (Pai et al., 2017).

2.2. Tinjauan Umum Tentang Motorik Kasar

2.2.1. Pengertian Perkembangan Motorik

Proses perkembangan motorik merupakan proses pembelajaran seseorang agar terampil dalam melakukan aktivitas yang melibatkan seluruh anggota tubuh. Perkembangan motorik berkaitan dengan kematangan dan pengendalian gerakan tubuh dan melibatkan perkembangan motorik di otak. Dalam perkembangan motorik dipengaruhi oleh tiga unsur yaitu otot, syaraf dan otak (Keperawatan et al., 2021). Oleh karena itu, gerakan sederhana apapun, merupakan hasil interaksi yang kompleks dari beberapa sistem ditubuh yang di kontrol oleh otak.

2.2.2. Pengertian Kemampuan Motorik Kasar

Motorik kasar adalah gerakan dari bagian tubuh yang bertugas mengatur gerakan tubuh terhadap pengaruh dari luar atau dari dalam tubuh itu sendiri atas pengaruh otak. Motorik kasar adalah kemampuan tubuh untuk merubah posisi gerak tubuh yang dominan menggunakan otot otot, (Holloway et al., 2018).

1. Kemampuan lokomotor yaitu kemampuan seseorang untuk berpindah tempat. seperti berlari, berjalan, melompat, memanjat dan merangkak.
2. Kemampuan non-lokomotor yaitu kemampuan seseorang untuk beraktivitas tanpa berpindah tempat seperti memutar, berjongkok.
3. Kemampuan manipulatif yaitu kemampuan seseorang untuk melakukan gerakan yang mengandalkan kemampuan anggota tubuh seperti tangan, kaki, kepala, lutut, paha dan dada untuk memanipulasi objek seperti melempar, menangkap dan menggiring bola (Agustin and Sari, 2017).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa motorik kasar (gross motor skill) adalah kemampuan gerak tubuh yang menggunakan otot-otot besar terbagi menjadi tiga, yaitu locomotor skill, nonlokomotor dan manipulatif.

2.2.3. Unsur Perkembangan Motorik Kasar

Unsur-unsur yang membentuk keterampilan motorik kasar antara lain :

1. Kekuatan/*strengh*, adalah kemampuan seseorang dalam melawan suatu tahanan. Kekuatan otot harus dipunyai oleh anak sejak dini,. Apabila anak tidak mempunyai kemampuan otot maka tidak dapat melakukan aktivitas bermain yang menggunakan fisik seperti berkalan, berlari, melompat, memanjat dan lainnya.
2. Daya Tahan/*endurance* adalah kemampuan tubuh untuk bertahan dengan suatu gerakan dalam jangka waktu yang lama.
3. Kecepatan/*speed* adalah kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas atau gerakan dengan waktu yang singkat.
4. Kelentukan/*fleksibility* adalah kemampuan sendi untuk bergerak semaksimal mungkin dalam rentang gerakannya (range of motion)
5. Koordinasi/*coordination* adalah kemampuan untuk melakukan

6. beberapa tugas yang kompleks. Anak dikatakan memiliki kemampuan koordinasi yang baik apabila ia mampu bergerak dengan mudah, lancar dan memiliki irama gerakan yang terkontrol (Asis, 2015).

Unsur unsur motorik yang dikemukakan diatas, pada dasarnya akan muncul seiring berjalannya waktu pada anak anak. Meskipun tetap diperlukan bimbingan orang tua untuk memastikan perkembangan motorik anak berjalan dengan secara optimal (Farida, 2016).

2.2.4. Tahap perkembangan Motorik

perkembangan keterampilan motorik anak usia dini menjadi tiga tahap yaitu tahap kognitif, asosiatif dan autonomus.

1. Tahap kognitif dimana anak akan belajar memahami keterampilan motorik serta apa saja yang dibutuhkan untuk melakukan suatu gerakan tertentu. Pada tahap ini, anak akan mengatur strategi untuk mengingat gerakan yang pernah dilakukan dimasa lalu.
2. Tahap asosiatif yaitu anak mencoba beberapa bentuk gerakan agar tidak lagi melakukan kesalahan. anak banyak belajar dengan cara coba meralat olahan pada penampilan atau gerakan akan dikoreksi agar tidak melakukan kesalahan kembali di masa mendatang. Tahap ini adalah perubahan strategi dari tahapan sebelumnya, yaitu dari apa yang harus dilakukan menjadi bagaimana melakukannya.
3. Tahap autonomus yaitu gerakan yang ditampilkan anak merupakan respons yang lebih efisien dengan sedikit kesalahan gerakan yang muncul secara otomatis dari anak (Amini et al., 2010).

Perkembangan kemampuan motorik kasar berbeda beda pada setiap usia perkembangan. Menurut Gallahue dalam (No et al., 2019) perkembangan gerak yang melibatkan kemampuan motorik kasar pada anak terdiri dari beberapa tahap, yaitu

1. *Reflexive Movement Phase*

Tahap dimulai saat bayi pertama kali membuat gerakan refleksi di dalam kandungan hingga usia 1 tahun. Pada tahap ini bayi membuat gerakan refleksi untuk mengetahui keadaan di sekitarnya. Biasanya bayi akan bereaksi pada stimulus yang berupa sentuhan, cahaya, atau pun suara-suara.

2. *Rudimentary Movement Phase*

Tahap ini dimulai pada usia 1 – 2 tahun. Kemampuan anak di usia ini berbeda-beda tergantung dari stimulus yang didapatkan dari lingkungannya. Pada tahap ini anak juga mulai belajar untuk mempertahankan keseimbangan, misalnya anak belajar mengontrol gerakan kepala, leher, dan batang otot serta melakukan gerakan lokomotor (merayap, merangkak, dan berjalan).

3. *Fundamental Movement Phase*

Tahap ini dimulai sejak anak berusia 2 – 7 tahun. Tahap ini adalah kelanjutan dari tahap perkembangan gerak sebelumnya. Pada tahap ini anak berusaha untuk mengeksplor tubuhnya dengan gerakan. Anak juga sudah banyak melakukan gerakan lokomotor, non-lokomotor, dan manipulatif. Contoh gerak lokomotor yang banyak dilakukan oleh anak adalah berlari dan melompat, gerak non-lokomotor seperti berdiri dengan satu kaki, serta gerak manipulatif seperti melempar dan menangkap. Perkembangan gerak anak pada tahap ini sangat dipengaruhi oleh faktor kesempatan untuk mempraktekkan secara langsung, dorongan, dan arahan saat melakukan permainan-permainan yang bisa mengembangkan kemampuan geraknya.

4. *Specialized Movement Phase*

Tahap ini dimulai sejak anak berusia 7 tahun dan berlanjut hingga anak dewasa. Fase ini merupakan kelanjutan dari tahap perkembangan sebelumnya. Pada tahap ini anak sudah mulai bisa melakukan gerakan kombinasi antara lokomotor, non-lokomotor, dan manipulatif, khususnya pada kegiatan olahraga. Anak juga

mulai belajar untuk menyempurnakan gerakannya tanpa bantuan orang dewasa di sekitarnya. Namun, pemberian stimulus dan kesempatan kepada anak untuk melakukan eksplorasi terhadap gerakan yang diinginkan harus tetap diberikan.

2.2.5. Urgensi perkembangan motorik kasar pada anak

1. Menimbulkan perasaan senang dan menghibur bagi anak. Contohnya, anak akan merasa senang apabila memiliki keterampilan dalam melempar dan menangkap bola.
2. Menunjang kemandirian dan rasa percaya diri anak karena dengan kemampuan motorik anak dapat bergerak dari satu tempat ke tempat yang lain dan dapat melakukan hal yang diinginkannya.
3. Anak mudah dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan sekolahnya. Hal ini disebabkan karena disekolah anak sudah dilatih kemampuan baris berbaris.
4. Anak lebih mudah untuk bersosialisasi dengan teman-teman sebayanya (Hurlock dalam Mahmud, 2018).
5. Menunjang kemandirian dan rasa percaya diri anak karena dengan kemampuan motorik anak dapat bergerak dari satu tempat ke tempat yang lain dan dapat melakukan hal yang diinginkannya.
6. Anak mudah dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan sekolahnya. Hal ini disebabkan karena disekolah anak sudah dilatih kemampuan baris berbaris.
7. Anak lebih mudah untuk bersosialisasi dengan teman-teman sebayanya (Hurlock dalam Mahmud, 2018).

2.2.6. Faktor Yang Mempengaruhi Perkembangan Motorik

Perkembangan motorik dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

1. Genetik, faktor ini sangat erat kaitannya dengan perkembangan gerak dan fisik, kaitannya dengan keturunan yang dapat mempengaruhi perkembangan motoriknya misalnya otot yang kuat dan saraf yang baik menyebabkan perkembangan motorik yang baik pula.
2. Proses persalinan yang sulit dan keadaan lahir prematur, proses persalinan sulit sehingga membutuhkan bantuan alat seperti vacum forcep yang menyebabkan anak mengalami kerusakan pada otak dapat memperlambat perkembangan motorik anak dan anak lahir dengan keadaan prematur, anak yang mengalami berat badan rendah dapat mengalami keterlambatan dalam perkembangan seperti duduk, berdiri dan berjalan.
3. Nutrisi yang cukup, kebutuhan gizi yang cukup, penting untuk memenuhi kebutuhan dan pertumbuhan normal anak semasa perkembangan. Tidak tercukupinya gizi pada bayi dan anak dapat menyebabkan hambatan dalam perkembangan gerak dan syaraf anak.
4. Faktor lingkungan juga sangat berpengaruh dalam perkembangan anak, seperti keluarga, teman sebaya dan latar belakang sosial ekonomi anak. Kaitannya dengan kebebasan dalam beraktivitas dan bermain, ketersediaan nutrisi, kesediaan mainan dan alat yang dapat menstimulasi anak dalam mengembangkan kemampuan geraknya serta cara mendidik orang tua yang baik.
5. Gangguan fisik, seperti anak yang mengalami gangguan gerak akibat keterbasan fisik dapat memperlambat perkembangan motorik (Sudirjo, E., & Alif, M. N. 2018).

2.2.7. Pengukuran Keterampilan Motorik Kasar

Salah satu parameter yang dapat digunakan untuk mengukur keterampilan motorik kasar adalah *Tes Gross Motor Development-2* (TGMD 2) yang dikembangkan oleh Dale A Ulrich.

Kegunaan utama dari TGMD-2 adalah mengidentifikasi tingkat kemampuan motorik kasar seseorang untuk merancang program latihan untuk meningkatkan kemampuan motorik kasar, untuk melihat perkembangan peningkatan kemampuan motorik kasar, untuk mengevaluasi keberhasilan suatu program, dan sebagai instrumen pengukuran penelitian yang melibatkan kemampuan motorik kasar (Ulrich, 2000).

Test ini terdiri dari 2 subtest yang masing-masing terdiri dari 6 aspek yaitu *lokomotor skill* dan *object control* :

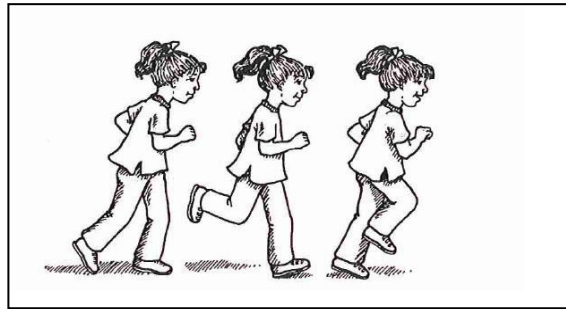
1. *Lokomotor skill* yaitu mengukur keterampilan motorik kasar yang terkait gerakan yang terkoordinasi dari tubuh saat anak bergerak ke satu arah atau lainnya.

Perkembangan motorik pada anak dapat dibedakan menjadi dua yaitu:

- a. Motorik kasar yaitu aktivitas motorik yang melibatkan gerakan otot otot besar seperti merangkak, berjalan dan berlari.
- b. Motorik halus yaitu aktivitas motorik yang melibatkan gerakan dari otot otot kecil seperti mengambil benda dengan jari jari, menggambar dan menulis ((Sujarwo & Widi, 2015).

Dalam perkembangan motorik, motorik kasar berkembang lebih dahulu dibanding motorik halus. Contoh seperti anak anak terlebih dahulu memegang benda benda besar seperti bola dibandingkan melakukan kegiatan yang membutuhkan kontrol dari otot otot kecil seperti menulis, menggunting.

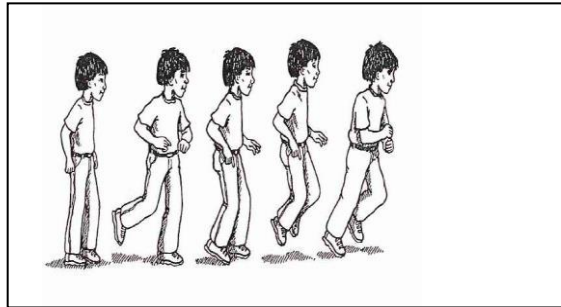
- a. *Run/Lari* yaitu melangkah dengan cepat, sampai terdapat gerakan dimana kedua kaki melayang sebentar di udara.



Gambar 2.1 Ilustrasi kemampuan lari

(Sumber : Ulrich, 2000)

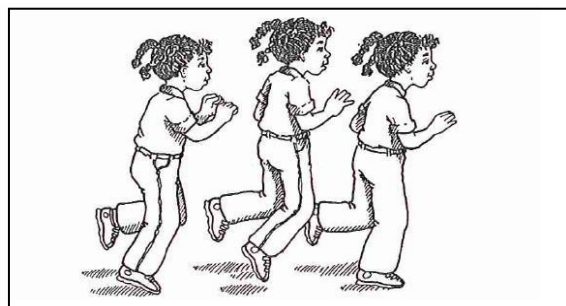
- b. *Gallop* yaitu kemampuan untuk melakukan gaya berjalan tiga ketukan yang cepat dan alami (langkah kuda).



Gambar 2.2. Ilustrasi kemampuan gallop

(Sumber : Ulrich, 2000)

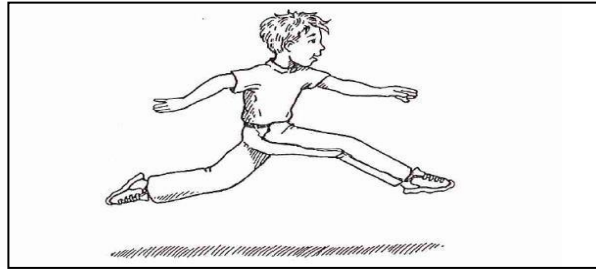
- c. *Hop* yaitu kemampuan untuk melompat jarak minimum pada setiap kaki.



Gambar 2.3 Ilustrasi kemampuan hop

(Sumber : Ulrich, 2000)

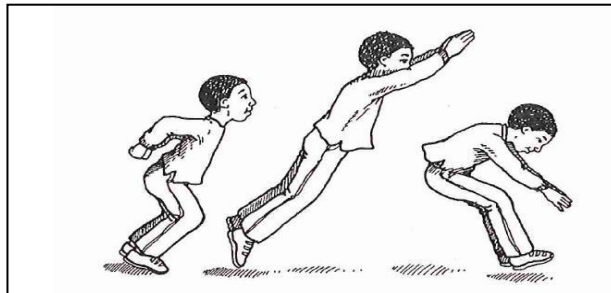
- d. *Leap* yaitu kemampuan untuk melakukan semua keterampilan yang terkait dengan melompati objek.



Gambar 2.4 Ilustrasi kemampuan leap

(Sumber : Ulrich, 2000)

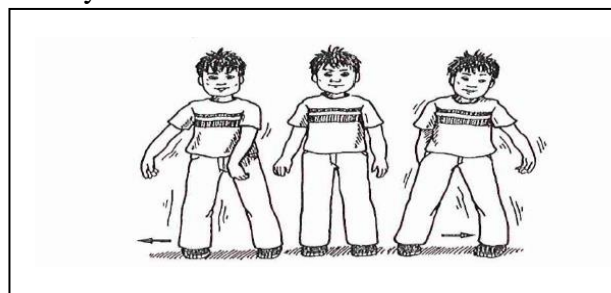
- e. Lompat horizontal yaitu kemampuan untuk melakukan lompatan horizontal dari posisi berdiri.



Gambar 2.5 Ilustrasi kemampuan lompat horizontal

(Sumber : Ulrich, 2000)

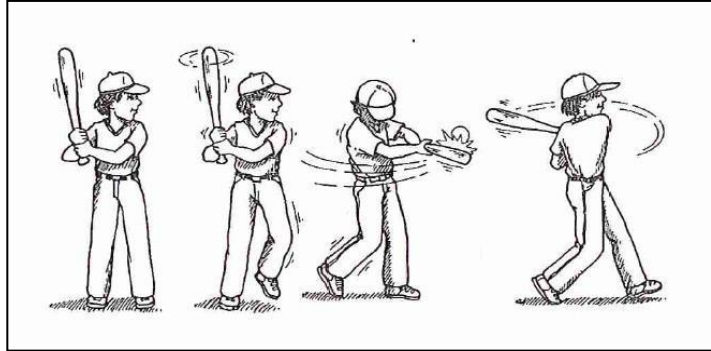
- f. *Slide* yaitu kemampuan untuk meluncur dalam garis lurus dari satu titik ke titik lainnya.



Gambar 2.6 Ilustrasi kemampuan slide

(Sumber : Ulrich, 2000)

2. *Object Control* yaitu mengukur keterampilan motorik kasar yang meliputi gerakan melempar, menyerang, dan mengikat secara efisien.
- a. Memukul bola stasioner yaitu kemampuan untuk memukul bola tetap dengan tongkat plastik.



Gambar 2.7 Ilustrasi kemampuan memukul bola stasioner

(Sumber : Ulrich, 2000)

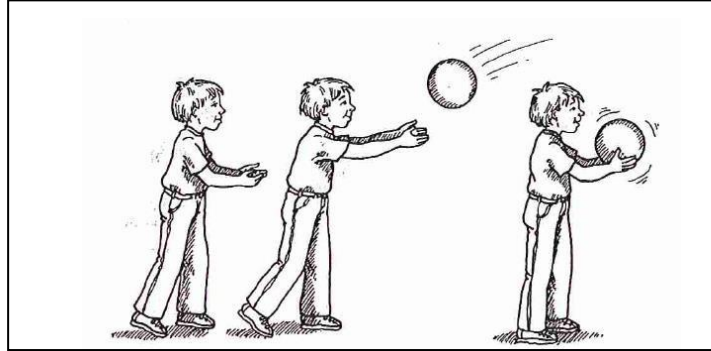
- b. *Dribble stasioner* yaitu kemampuan untuk menggiring bola basket minimal empat kali dengan tangan dominan sebelum menangkap bola dengan kedua tangan, tanpa menggerakkan kaki.



Gambar 2.8 Ilustrasi kemampuan dribble bola

(Sumber : Ulrich, 2000)

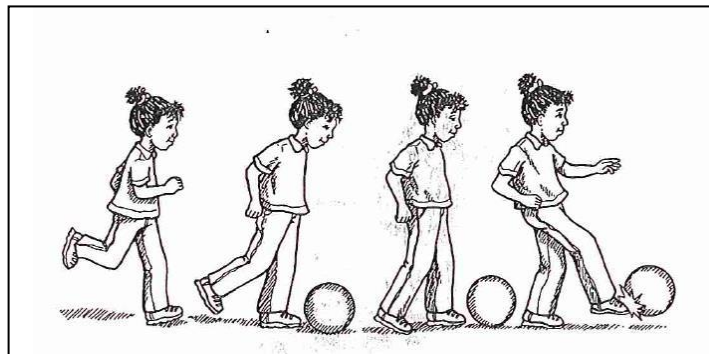
c. Tangkap bola yaitu kemampuan untuk menangkap bola plastik yang telah dilemparkan secara beragam.



Gambar 2.9 Ilustrasi kemampuan tangkap bola

(Sumber : Ulrich, 2000)

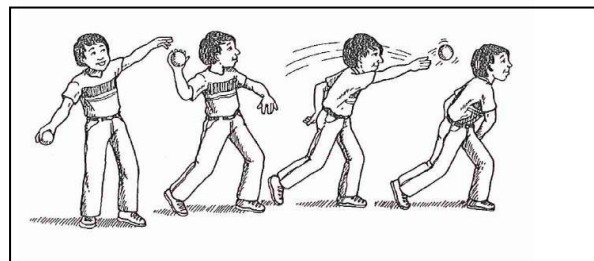
d. Tendangan yaitu kemampuan untuk menendang bola stasioner dengan kaki yang diinginkan.



Gambar 2.10 Ilustrasi kemampuan tendangan

(Sumber : Ulrich, 2000)

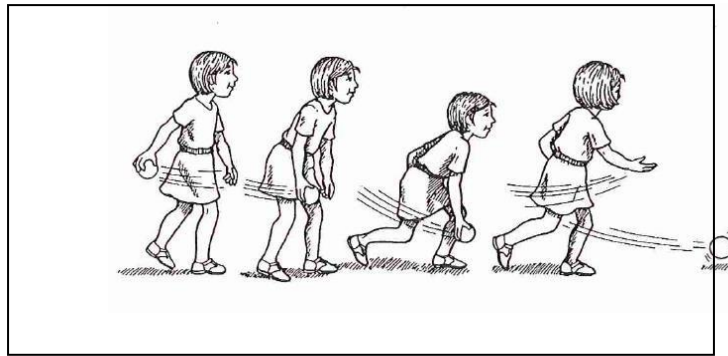
e. *Overhand throw* yaitu kemampuan melempar bola pada suatu titik di dinding dengan tangan yang diinginkan



Gambar 2.11. Ilustrasi kemampuan overhand throw

(Sumber : Ulrich, 2000)

f. *Underhand roll* yaitu kemampuan untuk melempar bola di antara dua kerucut dengan tangan yang diingkan.



Gambar 2.12 Ilustrasi kemampuan underhand roll

(Sumber : Ulrich, 2000)

Ada banyak kelebihan dari TGMD-2 ini adalah bentuk bentuknya mudah dan sangat familiar, waktu pemeriksaan yang relatif singkat, alat alat yang digunakan untuk memeriksa gampang dijangkau, jenis jenis yang diberikan merupakan gabungan dari keterampilan motorik kasar (Fadhullah et al., 2020) *Gross Motor Deveploment 2* (TGMD-2) test ini juga sudah di lakukan uji *validity* dan *reability* baik digunakan untuk anak normal, maupun anak dengan disabilitas. TGMD-2 test ini telah dilakukan uji *validity* dan *reability* pada anak disabilitas intelektual di fhilipina dengan usia 5- 14 tahun. Meskipun pada anak normal test ini digunakan untuk menilai anak 3- 11 tahun. Namun hasil yang didapatkan dari penelitian itu menunjukkan TGMD-2 merupakan salah satu tes yang dapat digunakan untuk mengukur dan mengevaluasi kemampuan motorik kasar anak disabilitas intelektual (Sebagai et al., 2019).

Sehingga peneliti dapat menyimpulkan bahwa salah satu parameter yang dapat digunakan untuk mengukur kemampuan motorik kasar anak disabilitas intelektual dengan menggunakan TGMD-2.

2.3. Tinjauan Umum Tentang Peran Keluarga Pada Anak Berkebutuhan Khusus (ABK)

2.3.1. Definisi Peran Keluarga

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan atau suatu perilaku interpersonal, sifat dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan dalam satuan tertentu . Setiap anggota keluarga memiliki masing-masing peran didalam keluarga, sedangkan Keluarga itu merupakan segala sesuatu yang berada disekitar individu atau luar individu yang berhubungan dengan peranan penting dalam proses perkembangan individu yang mempunyai ikatan- ikatan, baik ikatan perkawinan, darah ataupun adopsi (Andriyani, 2016). Ayah sebagai pemimpin, pencari nafkah, pendidik atau pendidik dan pemberi rasa aman disetiap anggota keluarga. Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh, pendidik anak-anak, pelindung keluarga. Selain itu, sebagai anggota masyarakat anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual . Peran keluarga sangatlah penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan yaitu mulai dari tahapan peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan sampai dengan tahap rehabilitasi (Mthiyane & Hugo, 2019).

Peran dalam keluarga dibedakan menjadi peran formal dan informal, peran dalam keluarga berfungsi untuk menjaga keseimbangan dan kesinambungan jalannya sebuah keluarga baik individu maupun secara keseluruhan. Peran informal adalah peran sebagai pemberi dorongan, peran dalam memepertahankan keharmonisan, peran untuk kompromi, peran untuk memulai atau berkontribusi dalam menghadapi masalah khususnya masalah anak, peran sebagai pelopor dan peran koordinator, dukungan informal bersifat psikologis atau sumber daya material yang disediakan melalui hubungan sosial dukungan serta dukungan khusus untuk pekerjaan

merupakan kebutuhan keluarga, perilaku suportif secara langsung mengurangi kesulitan dalam mengelola pekerjaan dan keluarga (konflik pekerjaan-keluarga) dan meningkatkan keseimbangan kerja-keluarga dan pekerjaan-keluarga pengayaan. Atau, perilaku suportif secara tidak langsung dapat meningkatkan pekerjaan–manajemen keluarga dengan menciptakan perasaan didukung. Kekuatan keluarga menunjukkan kemampuan dalam sistem keluarga untuk dapat mengubah perilaku anggota keluarga (French & Shockley, 2020). Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang perannya penting dalam membentuk kebudayaan yang sehat (Subianto, 2013). Keluarga dijadikan sebagai unit pelayanan karena masalah pada keluarga akan saling berkaitan dan akan saling mempengaruhi pada sesama anggota keluarga atau masyarakat sekitarnya mengklasifikasikan peran keluarga menjadi 2, yaitu peran formal dan peran informal yang meliputi :

1. Peran Formal

Peran formal terdiri atas dua bagian yaitu peran parenteral dan peran perkawinan.

a. Peran parenteral

1). Peran Sebagai Provider (penyedia)

Peran ini merupakan perangkat tingkah laku yang diharapkan keluarga dalam menyediakan fasilitas tempat tinggal, tempat belajar, menyediakan obat, dan menyediakan kebutuhan keluarga (Zhu et al., 2019).

2). Peran sebagai pengatur rumah tangga

Peran ini merupakan seperangkat tingkah laku yang diharapkan dimiliki keluarga dalam menyediakan fasilitas tempat tinggal, tempat belajar, menyediakan obat, menyediakan kebutuhan keluarga.

3). Peran perawatan anak

Peran ini merupakan tingkah laku yang diharapkan dimiliki keluarga untuk melaksanakan proses atau melaksanakan pemeliharaan kesehatan anak dalam keadaan sakit maupun sehat.

4). Peran sosialisasi anak

Peran ini merupakan tingkah laku yang diharapkan dimiliki keluarga untuk melaksanakan perannya dalam mengajarkan anak bersosialisasi kepada teman, lingkungan sekitar dan masyarakat.

5). Peran Persaudaraan

Peran ini merupakan tingkah laku yang dimiliki keluarga untuk memelihara keeratan dari masing masing anggota keluarga.

6). Peran Terapeutik

Peran ini merupakan tingkah laku yang diharapkan dimiliki keluarga untuk dapat memenuhi kebutuhan keluarganya.

b. Peran perkawinan

Peran perkawinan merupakan kebutuhan bagi pasangan untuk memelihara suatu hubungan perkawinan, dimana kehadiran salah satu anak akan mengurangi keeratan hubungan suami istri. Memelihara suatu hubungan perkawinan merupakan suatu tugas perkembangan keluarga vital, karena keluarga berkembang dalam siklus kehidupan keluarga.

2. Peran Informal

1. *Peran Inisiator contributor*

Peran Inisiator contributor yaitu mengemukakan dan mengajukan ide ide baru atau cara –cara yang dapat mengatasi masalah atau tujuan-tujuan. Peran ini sebagai suatu “penggerak” atau peran yang dicirikan

sebagai suatu tindakan (Emery et al., 2017).

2. Peran pendamai (*Compomiser*)

Peran pendamai adalah merupakan suatu peran yang dapat mengambil hati seseorang dan selalu mencoba menyenangkan perasaan orang disekitarnya, tidak pernah tidak setuju dan berbicara atas nama kedua belah pihak (Schaeffer, 2017)

3. Koordinator keluarga

Koordinator keluarga yaitu peran yang dapat mengatur dan merencanakan aktivitas keluarga, dengan demikian dapat meningkatkan kohesivitas perpecahan yang ada didalam keluarga (Fitrianda, 2013).

2.3.2. Peran Keluarga pada Perkembangan Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) Usia Sekolah

Tahap ini dimulai sejak anak pertama sekolah dalam jangka waktu penuh, biasanya pada usia 5 tahun dan diakhiri ketika anak akan masuk pubertas sekitar pada usia 13 tahun. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota keluarga maksimal dan hubungan keluarga pada akhir tahap ini juga akan maksimal. Saat ini anak memiliki aktivitas dan minat mereka sendiri selain memiliki aktivitas yang wajib untuk mereka lakukan dalam kehidupan sekolah, dan orang tua memiliki aktivitas sendiri yang berbeda. Orang tua berjuang dengan tuntutan ganda dalam memenuhi tugas mengasuh generasi selanjutnya (tugas perkembangan keturunan) dan memperhatikan pertumbuhan dari mereka sendiri, pada saat yang sama anak usia sekolah sedang berada dalam tugas pengembangan sensasi industri, kapasitas untuk kenikmatan kerja, dan berupaya untuk menghilangkan atau menangkis sensasi inferioritas (rendah diri).

Tugas orang tua pada masa ini adalah memperlajari untuk beradaptasi dengan perpisahan anak atau yang lebih sederhana adalah

melepaskan anak. Hubungan teman sebaya dan aktivitas diluar rumah semakin akan memainkan peran yang lebih besar dalam kehidupan anak usia sekolah. Masa ini akan di isi dengan aktivitas keluarga, akan tetapi juga terdapat kekuatan secara bertahap dan mendorong anak untuk berpisah dari keluarga sebagai persiapan untuk masa remaja (Friedman, et al 2010)

Peran keluarga merupakan unit sosial terkecil yang terdiri dari Ayah, Ibu dan Anak. Di dalam suatu keluarga peran keluarga sangatlah penting bagi seseorang anak, hal tersebut dikarenakan dengan peran yang dimiliki oleh keluarga tersebut maka akan dapat mempengaruhi perilaku anak. Ketika anak ingin berperilaku maka anak tersebut akan menyesuaikan perilakunya dengan perilaku orang – orang disekitarnya. Setiap keluarga terkhususnya orangtua tentu akan memiliki perasaan berbahagia dan bangga bila memiliki anak sehat, cerdas, seperti kebanyakan anaklainya, namun bagaimana dengan perasaan orangtua yang memiliki anakkebutuhan khusus, bagi orangtua anak berkebutuhan tersendiri, dan tidak dapat disamaratakan dengan orangtuanya lainnya. Anak disabilitas intelektual adalah anak yang mempunyai kekurangan daya tangkap rendah (kemampuan intelektual rendah), dalam hal belajar, sulit berkomunikasi, merawat diri sendiri. Untuk melakukan pendidikan terhadap anak disabilitas intelektual harus pendidikan khusus yang spesifik, secara sederhana anak disabilitas intelektual ada jenisnya, ada anak disabilitas intelektual ringan dan anak disabilitas intelektual berat. Peran orangtua adalah hal penting sebagaimana kita ketahui bahwa penyelenggaraan pendidikan itu dapat dilaksanakan dilingkungan keluarga, Sekolah dan masyarakat. Oleh karena itu tanggung jawab pendidikan merupakan tanggung jawab bersama antara orangtua, pemerintah, dan tokoh-tokoh masyarakat.

Anak disabilitas intelektual mampu rawat adalah anak disabilitas intelektual yang memiliki kecerdasan sangat rendah sehingga ia tidak mampu mengurus diriny SENDIRI atau sosialisasi.

Untuk mengurus kebutuhan diri sendiri sangat membutuhkan orang lain. Anak disabilitas intelektual mampu rawat adalah anak disabilitas intelektual yang membutuhkan perawatan sepenuhnya sepanjang hidupnya, karena ia tidak mampu terus hidup tanpa bantuan orang lain (Muhammad Efendi, 2017). Secara sederhana dapat dijelaskan bahwa anak disabilitas intelektual adalah anak yang berkebutuhan khusus dan terdiri dari berbagai gradasi. Orang tua memilik tanggung jawab dalam kesuksesan anaknya dalam menjalankan kehidupan sehari-hari.

2.3.3. Peranan Orang Tua dalam Perkembangan Anak Disabilitas intelektual

Peran orang tua dibutuhkan bagi anak untuk mengembangkan keseluruhan pada dirinya, selain itu juga anak akan bergantung pada fase perkembangannya. Pada fase ini dimana anak akan bergantung sepenuhnya pada orang lain yaitu orang paling utama dan pertama yang akan bertanggung jawab adalah orang tua sendiri. Orang tua bertanggung jawab dalam mengembangkan keseluruhan eksistensi anak tersebut. Tanggung jawab orang tua kepada anak ialah memenuhi kebutuhan-kebutuhan anak baik, kebutuhan akan perkembangan intelektual melalui pendidikan, kebutuhan rasa dikasihi, disemngerti dan rasa aman melalui perawatan, asuhan dan ucapan-ucapan serta perlakuan (Ruli, 2020).

Menurut Friedman et al, keluarga dengan anak usia sekolah merupakan salah satu tahap yang harus dilalui dan merupakan masa-masa yang sangat sibuk bagi orang tuanya dan banyak kegiatan yang akan dilakukan oleh anak. Pada tahap ini tugas perkembangan keluarga yaitu :

1. Mensosialisasi anak dengan lingkungannya, termasuk keberhasilan dalam belajar dan kebutuhan dengan teman sebayanya;
2. Mempertahankan hubungan perkawinan yang harmonis;
3. Memenuhi kebutuhan setiap anggota keluarga (seperti kebutuhan pakaian, makan dan minum, serta tempat tinggal);

4. Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual dan Menyediakan aktivitas untuk anak.

2.3.4. Keluarga dengan Anak Berkebutuhan Khusus

Menurut (jayanti, 2020), Penyakit serius atau disabilitas dalam jangka panjang dalam satu anggota keluarga akan mempengaruhi keluarga dan fungsinya, sebagaimana perilaku keluarga dan anggota keluarga akan mempengaruhi terhadap perjalanan dan karakteristik penyakit atau disabilitas. Keluarga yang terlambat dalam memenuhi tugas perkembangan akan terdapat interaksi antara tuntutan atau stressor perkembangan dan tuntutan stressor situasional dalam keluarga secara berlebihan. Bertambah kedua *stress* keluarga akan menghasilkan rendahnya fungsi keluarga (Friedman, et al 2010).

Menurut Dukes & Smith 2019, hal yang perlu dilakukan dalam membantu orang tua menangani anak berkebutuhan khusus adalah bahwa mereka adalah individu yang berbeda-beda dan harus diperlakukan dengan cara yang berbeda-beda dan harus diperlakukan dengan cara yang berbeda. Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga, yaitu (Damayantie et al., 2018) :

1. Faktor Internal

a. Tahap Perkembangan

Dukungan yang ditemukan menurut usia, artinya pertumbuhan dan perkembangan mulai dari bayi sampai lanjut usia yang memiliki pemahaman dan respon kesehatan yang berbeda-beda.

b. Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan yang terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan, dan pengalaman masa lalu, kemampuan kognitif yang membentuk cara berfikir seseorang dalam kemampuan untuk memahami faktor-faktor penyebab penyakit

yang diderita individu dan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan individu dan dirinya dalam memberikan dukungan.

c. Faktor Emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara keluarga melaksanakannya. Karena penderita disabilitas intelektual yang merupakan penyakit jangka panjang dapat menimbulkan beban keluarga dan stress keluarga. Apabila keluarga tidak dapat mengontrol stress yang dialami akan merespon emosi yang akan diaplikasikan kepada individu. Seseorang yang tidak mampu melakukan coping emosional akan mengancam kesembuhan penderitanya disabilitas intelektual.

d. Spiritual

Aspek spiritual dapat dilihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupan mulai dari nilai dan keyakinan seseorang, hubungan dengan keluarga atau teman dan kemampuan dalam mencari harapan dari arti sebuah kehidupan.

2. Faktor Eksternal

a. Praktek di Keluarga

Cara keluarga dalam memberikan dukungan yang dapat mempengaruhi penderita dalam melaksanakan pengobatan kesehatan. Misalnya: Klien akan melakukan tindakan pencegahan atau pengobatan jika keluarganya juga memberikan perilaku yang sama.

b. Faktor Sosio-ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat mengakibatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang dalam mendefinisikan terhadap penyakitnya. Misalnya: stabilitas perkawinan, gaya hidup dan lingkungan kerja. Pada umumnya seseorang akan mencari dukungan atau persetujuan dari

kelompok sosial, hal ini dapat mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara penatalaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang akan lebih cepat jasa pelayanan untuk mencari pertolongan. Begitu juga sebaliknya, semakin rendah tingkat ekonomi seseorang maka kurang tanggap dalam kesehatannya karena memikirkan keuangan yang tidak mencukupi untuk ke pelayanan kesehatan.

c. Latar Belakang Budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk dalam pelaksanaan kesehatan pribadi (Damayantie et al., 2018).

2.3.5. Pengukuran kuisisioner peran keluarga

Terdapat beberapa jenis metode dalam asesmen peran keluarga yaitu;(1) metode untuk mendapatkan informasi (berupa interview, questionnaires, naturalistic observation, family task, projective tests), (2) metode untuk mencatat dan mengorganisir informasi (berupa rating observation scales, observer rating scales, behavior coding system, dan diagramatic methods). Menurut Brock dan Barnard (1999) alat asesmen (assessment tools) untuk mengukur peran keluarga lebih sesuai jika menggunakan self report instrument (Fahrudin, 2012).

Kuesioner FRQ (*Family Role Questionnaire*) ditemukan oleh Schwebel, Fine dan Renner pada tahun 1991 mengacu pada teori model delapan peran keluarga oleh Nye dkk., pada 36 tahun 1976 yang sudah digunakan diseluruh dunia untuk mengukur pelaksanaan peran keluarga (Schwebel dkk., 1991). Kuesioner ini terdiri dari 16 pernyataan dan setiap pernyataan memiliki dua pertanyaan yang terkait dengan “prediksi” dan “keharusan”. Kuesioner menggunakan pilihan jawaban dengan skala differensial 1 (tidak sama sekali) sampai 7 (sangat). Nilai maksimal yang bisa diperoleh yaitu 224 dan nilai minimal yang bisa diperoleh yaitu 32. Kuesioner terdiri dari delapan

indikator yaitu penyedia (pernyataan 1 dan 2), perawatan anak (pernyataan 3 dan 4), sosialisasi (pernyataan 5 dan 6), peran seksual (pernyataan 7 dan 8), penjaga rumah (pernyataan 9 dan 10), keeratan hubungan (pernyataan 11 dan 12), terapeutik (pernyataan 13 dan 14), dan rekreasi (pernyataan 15 dan 16). Semakin tinggi skor akhir yang didapatkan mengindikasikan peran keluarga yang berjalan baik. Test ini juga sudah dilakukan uji *validity* dan *reability* baik digunakan untuk anak normal, maupun anak dengan disabilitas. Instrumen ini bisa diadaptasi dan digunakan sesuai dengan konteks sistem sosialbudaya Indonesia (Zedadra et al., 2019).

2.3.6. Hubungan antara Peran keluarga dan Kemampuan Motorik

Kasar pada Disabilitas intelektual

Keluarga merupakan unit pelayanan kesehatan terkecil dan terdekat untuk para anggota keluarga. Orang tua dan orang-orang yang terdekat dengan kehidupan anak, memberi pengaruh yang sangat besar terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Keluarga pasti tidak menginginkan buah hatinya tumbuh menjadi manusia dewasa yang tidak cerdas dan mandiri. Padahal orang tua sekarang sibuk dengan bekerja, akan tetapi anak pun membutuhkan lebih banyak perhatian orang tua.

Demikian juga halnya dengan perkembangan motorik anak akan lebih teroptimalkan jika lingkungan tempat tumbuh kembang anak mendukung mereka untuk bergerak bebas. Berdasarkan penelitian yang diperoleh, diketahui hubungan pola asuh orang tua dalam menstimulasi perkembangan motorik kasar anak usia sekolah sebagian responden yang menerapkan pola asuh *authoritative* dengan perkembangan motorik kasar yang normal 14 orang (60,0%), lebih/advanced sebanyak 6 orang (40,0%) dari 20 responden. Sedangkan sebagian responden yang menerapkan pola asuh *indulgent* didapat dengan perkembangan motorik kasar delay sebanyak 2 orang (100%) dari 2 responden (Munir & Virana, 2019). orang tua dan keluarga

merupakan sumber kelekatan bagi anak dan merupakan figur lekat bagi kehidupan anak. Menurut hasil penelitian pula terdapat hubungan

erat antara motorik kasar dan kemampuan perawatan diri anak tuna garhita dimana semakin baik motorik kasarnya semakin baik pula kemampuannya dalam melakukan perawatan diri (Vural, 2017). Orang pertama yang paling signifikan dalam proses perkembangan disabilitas intelektual adalah orang tua penderita.

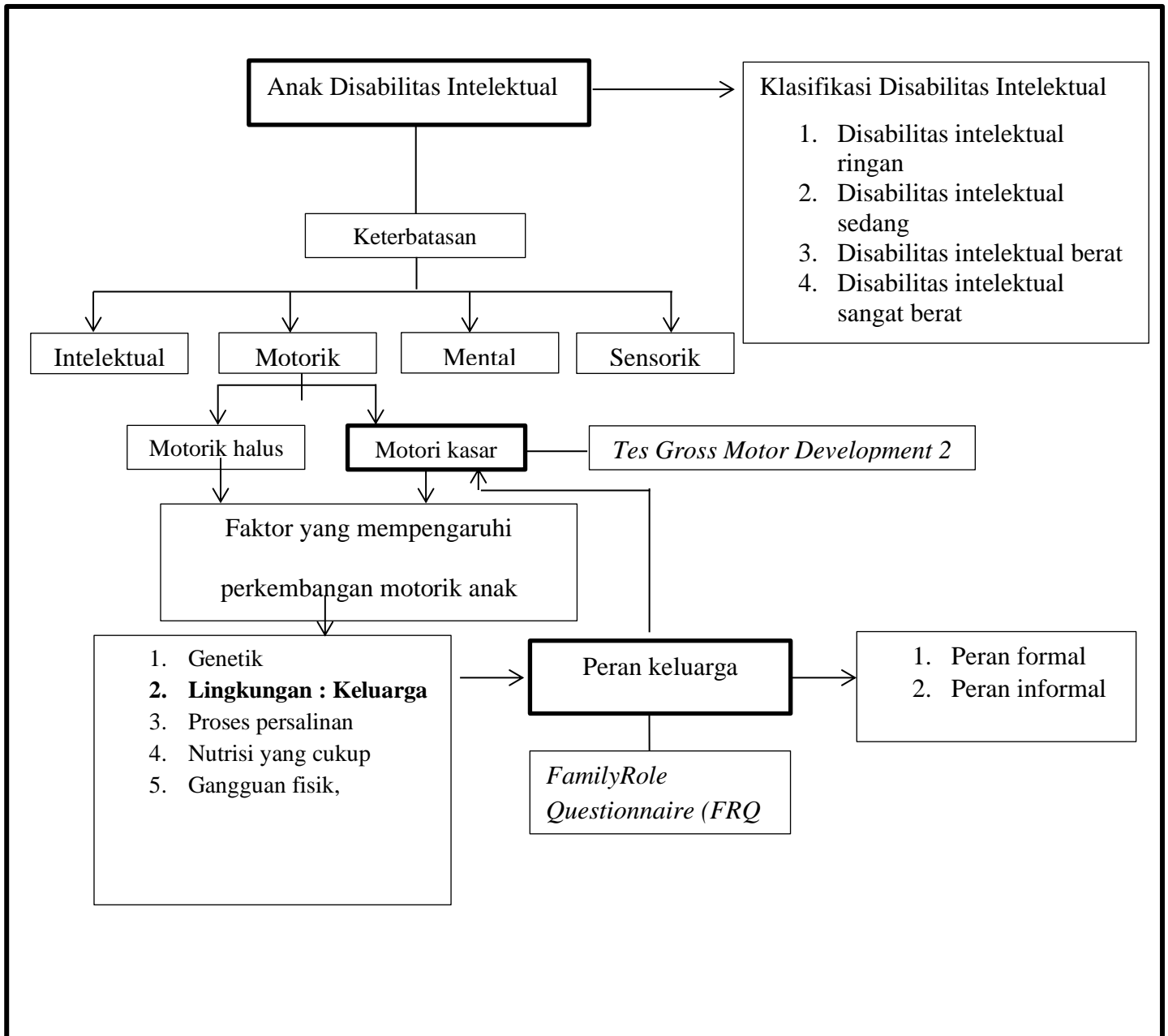
Edukasi kepada orang tua disabilitas intelektual perlu diberikan agar mereka memiliki mental yang suportif dan bersedia untuk terlibat dalam proses pendidikan, termasuk memberikan fasilitas yang diperlukan. Selain itu, lingkungan di mana anak tersebut tinggal, seperti keluarga besar, tetangga, masyarakat termasuk lingkungan sekolah juga menjadi faktor pendukung berikutnya untuk mengoptimalkan perkembangan disabilitas intelektual (Rahmawati & Jagakarsa, 2018).

Orang tua harus memberikan dukungan yang penuh untuk anak secara terus-menerus untuk menjalani kehidupannya. Orang tua juga berperan sebagai *advocates* bagi kepentingan anak, sebagai guru di rumah dan sebagai pengasuh. Orang tua harus membantu anak dalam mengembangkan kemampuan pada berbagai aspek kehidupan, seperti kemampuan komunikasi, mobilitas, perkembangan panca indra, motorik halus dan kasar, kognitif dan sosial. Supaya orang tua atau ibu mampu mengoptimalkan perkembangan anak, maka mereka harus memiliki kesejahteraan psikologis yang baik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rasa syukur dan dukungan suami memiliki peranan dalam kesejahteraan psikologis pada Ibu yang memiliki anak disabilitas intelektual. Ada hubungan yang signifikan antara rasa syukur dengan kesejahteraan psikologi dengan mengontrol variabel dukungan suami, disamping itu juga terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan suami dengan kesejahteraan psikologis dengan mengontrol rasa syukur. Sehingga dapat dikatakan ibu yang memiliki rasa syukur dan dukungan suami akan mempunyai kesejahteraan psikologis yang baik, dengan adanya psikologi yang

baik pada keluarga maka dapat mempengaruhi kemampuan keluarga dalam meningkatkan kemampuan motorik kasar pada anak (Asmarani & Sugiasih, 2019).

2.3.7. Kerangka Teori

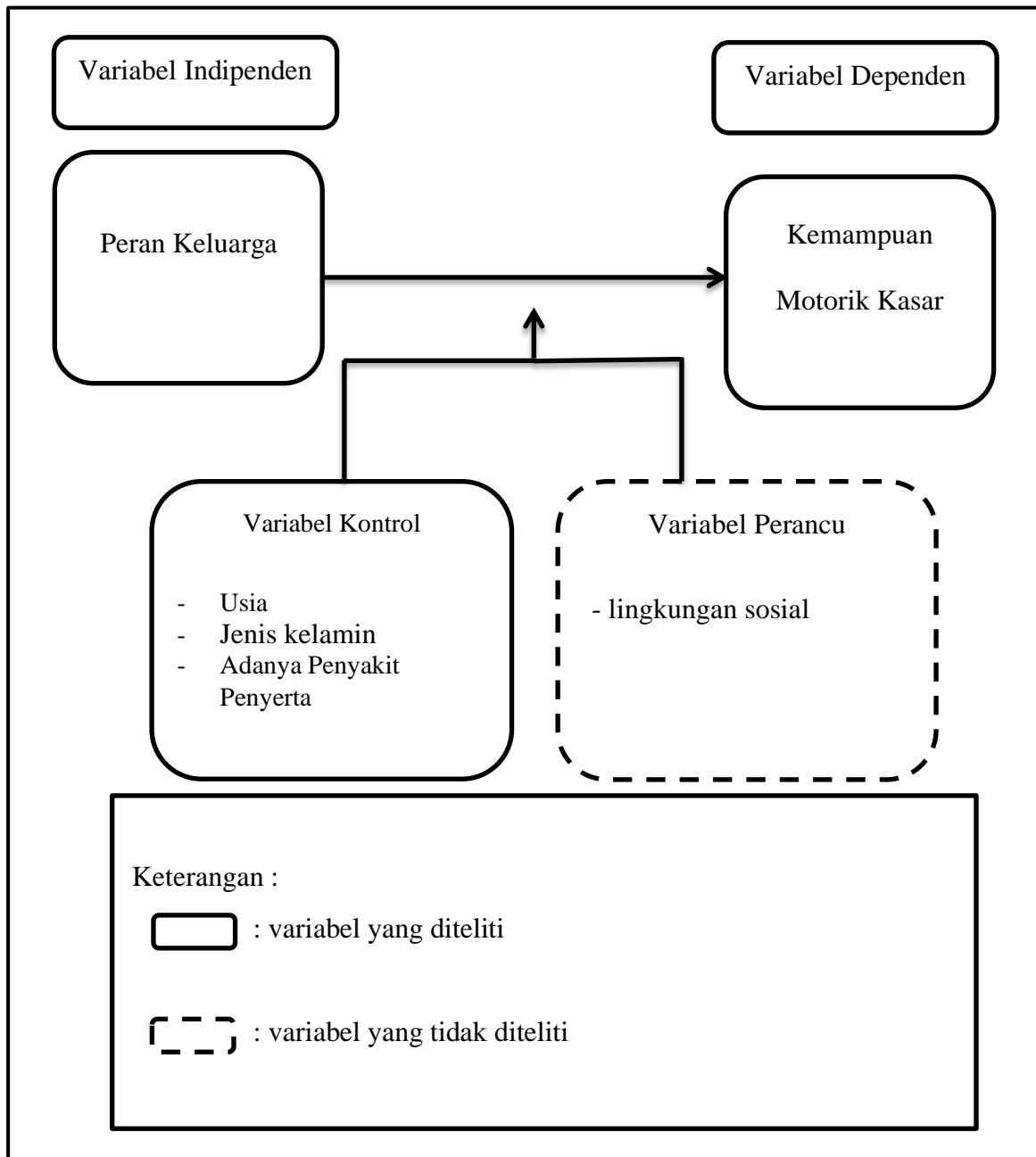


Gambar 2.13 Kerangka Teori

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

3.1. Kerangka Konsep



Gambar 3. 1 Kerangka konsep