

Usia, Jenis Kelamin, Kondisi Fisik Dan Status Gizi Dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tuna Grahita

Dwi Astuti, Indanah, Sri Karyati

Prodi Ilmu Keperawatan/ STIKES Muhammadiyah Kudus

Prodi Ilmu Keperawatan/STIKES Muhammadiyah Kudus

Prodi Ilmu Keperawatan/STIKES Muhammadiyah Kudus

dwiastuti@stikesmuhkudus.ac.id

indanah@stikesmuhkudus.ac.id

srikaryati@stikesmuhkudus.ac.id

Abstrak

Kata Kunci :
Perawatan diri,
Tunagrahita,
Usia ,
Jenis Kelamin,
Kondisi Fisik,
Status Gizi

Menurut WHO, sebanyak 15% dari penduduk dunia mengalami gangguan mental dan fisik. Tunagrahita merupakan masalah dunia di negara berkembang. Usia anak yang lebih tua mempunyai kemampuan perawatan diri 4,6 kali lebih baik. Kondisi fisik anak tuna grahita yang tidak memiliki kelemahan motorik 4,7 kali lebih mampu melakukan perawatan diri. Status gizi yang baik memudahkan anak tunagrahita melakukan aktivitas fisik yang dapat menunjang kesehatan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara usia, jenis kelamin, kondisi fisik dan status gizi dengan kemampuan perawatan diri pada anak tunagrahita. Jenis penelitian korelasi analitik. Metode pendekatan Cross Sectional, sampel sebanyak 132 responden dari 197 anak Tunagrahita teknik stratified random sampling. Uji hubungan penelitian menggunakan Chi Square. Hasil Penelitian didapatkan terdapat ubungan antara usia dengan kemampuan perawatan diri dengan $p.value$ $0,026 < 0,05$. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kemampuan perawatan diri dengan $p.value$ $0,534 > 0,05$. Ada hubungan antara kondisi fisik dengan kemampuan perawatan diri dengan $p.value$ $0,000 < 0,05$. Ada hubungan antara status gizi dengan kemampuan perawatan diri dengan $p.value$ $0,043 < 0,05$. Kesimpulan :.Ada hubungan antara usia,kondisi fisik dan status gizi kemampuan perawatan diri pada anak tunagrahita

1. PENDAHULUAN

Tuna grahita merupakan masalah dunia yang besar terutama bagi negara berkembang. Diperkirakan angka kejadian retardasi mental berat sekitar 0,3% dari seluruh populasi dan hampir 3% mempunyai intelegasi dibawah 70. Tuna grahita sulit diketahui karena kadang tidak dikenali sampai anak-anak usia pertengahan dimana retardasinya masih taraf ringan. Insiden pada masa anak sekolah dengan puncak umur 10-14 tahun. Dalam dunia Pendidikan, anak dengan disabilitas intelektual disebut dengan tuna grahita. Sekolah khusus untuk anak dengan disabilitas intelektual atau tuna grahita adalah SLB Tipe C (SLB-C). Usia sekolah merupakan periode penting dalam tumbuh kembang anak. Pada tahap ini, anak menunjukkan karakteristik tersendiri dan belajar untuk melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Mashitoh (2012) menyebutkan perawatan diri merupakan kemampuan manusia dalam melaksanakan aktivitas perawatan diri seperti mandi atau membersihkan diri, berpakaian/berhias, makan dan toileting. Anak-anak tunagrahita memerlukan perawat yang memiliki kemampuan khusus sehingga mereka memberikan perawatan yang akan membantu mereka dalam mengatasi keterbatasan atau memberikan bantuan dalam hal perawatan diri, sehingga diharapkan mereka akan melakukan perawatan diri dengan lebih baik. Penelitian

yang dilakukan oleh Tork, et al tahun 2007, menyebutkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan perawatan diri pada anak usia sekolah adalah usia dan jenis kelamin, faktor fisik meliputi kondisi kesehatan, kemampuan beraktivitas, disabilitas yang dialami.

Faktor usia pada anak tunagrahita dihitung bukan hanya berdasarkan usia kronologis atau usia sejak dilahirkan, tetapi ditetapkan berdasarkan usia mental yang mengalami perkembangan selama 8 bulan setiap tahun kalender. Anak tunagrahita lebih banyak terjadi pada anak laki-laki dibandingkan pada anak perempuan, sebanyak 1,5 kali lebih besar. Anak yang berusia lebih tua memiliki kemampuan perawatan diri lebih baik dari anak yang berusia muda. Salah satu ciri fisik anak tunagrahita adalah kelemahan motorik. Dalam hal kemampuan perawatan diri, anak tunagrahita yang memiliki kekuatan motorik yang lebih baik akan lebih menguasai keterampilan perawatan diri. Kekuatan motorik dibutuhkan dalam koordinasi gerakan, kontrol gerakan dan kesesuaian gerakan dengan hal yang diinginkan. Kemandirian perawatan diri dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah kondisi fisik, dalam hal ini keterbatasan fisik. Keterbatasan fisik meliputi telapak tangan pendek, tubuh pendek, kurus dan gemuk. Keterbatasan fisik seperti kurangnya koordinasi, gerakan motorik halus dan kasar yang tidak optimal, kurangnya sensitivitas dan kelainan fisik pada tangan (gemuk dan pendek). Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu oleh Emck et al (2009) yang mendapatkan hasil bahwa anak dengan gangguan mental, kognitif dan perilaku memperlihatkan kemampuan motorik kasar yang rendah dan tidak kompeten dalam menilai kemampuan motorik dirinya sendiri. Banyak penelitian yang mendapatkan bahwa anak usia sekolah yang memiliki masalah mental atau perilaku memperlihatkan kemampuan motorik yang rendah. Status Gizi anak tunagrahita akan mempengaruhi aktivitas sehari-hari baik di rumah ataupun di sekolah. Status gizi yang baik dapat memudahkan anak tunagrahita melakukan aktivitas fisik yang dapat menunjang kesehatan. Status gizi yang kurang atau berlebih dapat menimbulkan resiko penyakit berbahaya.

2. METODE

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah analitik korelasional. Populasi penelitian ini adalah siswa-siswi Tunagrahita sedang di 3 SDLB Kabupaten Kudus sejumlah 197 siswa dengan sampel sebanyak 132 responden yang didapat dengan teknik *stratified random sampling*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini kuesioner. Analisa yang digunakan adalah Chi Square.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Penelitian

1. Usia

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia

Usia	Frekuensi	Prosentase (%)
Primer (6-7)	10	7,6
Pertengahan (8-9)	52	39,4
Pra Remaja (10-12)	70	53
Total	132	100,0

Berdasarkan tabel 1. diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar usia responden adalah kategori pra remaja (10-12 tahun) sebanyak 70 responden (53%) dan hasil terkecil adalah kategori usia primer (6-7 tahun) sebanyak 10 responden (7,6%).

2. Jenis Kelamin

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Prosentase (%)
Laki-laki	72	54,5
Perempuan	60	45,5
Total	132	100,0

Berdasarkan tabel 2 diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 72 responden (54,5%), dan sisanya adalah berjenis kelamin perempuan sebanyak 60 responden (45,5%).

3. Kondisi Fisik

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kondisi Fisik

Kondisi Fisik	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	70	53
Kurang Baik	62	47
Total	132	100,0

Berdasarkan tabel 3 diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki kondisi fisik yang baik sebanyak 70 responden (53%) dan sisanya adalah responden yang memiliki kondisi fisik kurang baik sebanyak 62 responden (47%).

4. Status Gizi

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Gizi

Status Gizi	Frekuensi	Prosentase (%)
Gizi Baik	87	65,9
Gizi Sedang	38	28,8
Gizi Buruk	7	5,3
Total	132	100,0

Berdasarkan tabel 4 diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden adalah anak yang memiliki status gizi baik sebanyak 87 responden (65,9%) , sedangkan anak yang memiliki status gizi sedang sebanyak 38 responden (28,8 %) dan sisanya anak yang memiliki status gizi buruk yaitu sebanyak 7 responden (5,3%).

5. Kemampuan Perawatan Diri

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tunagrahita

Perawatan Diri	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	71	53,8
Tidak Baik	61	46,2
Total	132	100,0

Berdasarkan tabel 1.5 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden sebanyak 71 orang (53,8%) mempunyai kemampuan perawatan diri yang baik dan sisanya mempunyai kemampuan perawatan diri yang tidak baik sebanyak 61 responden (46,2%).

6. Hubungan Antara Usia dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tunagrahita

Tabel 6. Distribusi Responden Berdasarkan Usia dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tunagrahita

Usia	Kemampuan Perawatan Diri				Total	
	Baik		Tidak Baik		N	%
	N	%	N	%		
Primer	3	30	7	70	10	100
Pertengahan	23	44,2	29	55,8	52	100
Pra Remaja	45	64,3	25	35,7	70	100
Jumlah	71		61		132	

Hasil uji statistik menggunakan *chi-square* diperoleh nilai *p* sebesar 0.026 (< 0.05), maka *H₀* ditolak yang berarti ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kemampuan perawatan diri

7. Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tunagrahita

Tabel 7. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tunagrahita

JK	Kemampuan Perawatan Diri				Total		OR (95% CI)	P Value
	Baik		Tidak Baik		N	%		
	N	%	N	%				
L	41	56,9	31	43,1	72	100	1,323	0,534
P	30	50	30	50	60	100	0,6- 2,6	
Σ	71		61		132			

Hasil Uji statistik *chi-square* didapatkan nilai *p* sebesar 0.534 (> 0.05) maka *H₀* gagal ditolak yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan Kemampuan Perawatan Diri pada anak Tunagrahita di SDLB Kabupaten Kudus tahun 2017. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR= 1,323, artinya anak berjenis kelamin laki-laki mempunyai peluang 1,23 kali untuk memiliki kemampuan perawatan diri baik.

8. Hubungan Antara Kondisi Fisik dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tunagrahita

Tabel 8. Distribusi Responden Berdasarkan Kondisi Fisik dan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tunagrahita

Kondisi Fisik	Kemampuan Perawatan Diri				Total		OR (95% CI)	p value
	Baik		Tidak Baik		N	%		
	N	%	N	%				
Baik	64	91,4	6	8,6	70	100	83,81	0.001
Kurang Baik	7	11,3	55	88,7	55	100	26,57- 264,27	
Jumlah	71		61		132			

Hasil Uji statistik *chi-square* didapatkan nilai *p* sebesar 0.001 (< 0.05) maka *H₀* ditolak yang berarti ada hubungan yang signifikan antara kondisi fisik dengan Kemampuan Perawatan Diri pada anak Tunagrahita di SDLB Kabupaten Kudus tahun 2017. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR=83,81, artinya anak dengan

kondisi fisik baik mempunyai peluang 83,81 kali untuk memiliki kemampuan perawatan diri baik.

9. Hubungan Antara Status Gizi dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tunagrahita

Tabel 9. Distribusi Responden Berdasarkan Status Gizi dan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tunagrahita

Status Gizi	Kemampuan Perawatan Diri				Total		P Value
	Baik		Tidak Baik		N	%	
	N	%	N	%			
Baik	52	59,8	35	40,2	87	100	0,043
Sedang	18	47,4	20	52,6	38	100	
Buruk	1	14,3	6	85,7	7	100	
Jumlah	71		61		132		

Hasil uji statistik menggunakan *chi-square* diperoleh nilai p sebesar 0.043 (< 0.05), maka H_0 ditolak yang berarti ada hubungan yang signifikan antara status gizi dengan kemampuan perawatan diri.

3.2. Pembahasan

a. Hubungan Antara Usia dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tunagrahita

Hasil uji *crosstabulasi* pada tabel 6 didapatkan hasil kemampuan perawatan diri ditemukan pada semua kategori usia anak yang terlibat dalam penelitian. Dari 132 responden kemampuan perawatan diri baik lebih banyak terjadi pada anak yang berusia pra remaja (10-12 tahun) sejumlah 45 responden (64,3%), sedangkan pada usia pertengahan (8-9 tahun) sejumlah 29 responden (55,8%) dan kategori usia primer (6-7 tahun) sebanyak 25 responden (35,7%) menunjukkan perawatan diri tidak baik. Usia atau umur adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati.

Umur atau usia pada anak tunagrahita membantu dalam memprediksi perkembangan mental anak. Anak tunagrahita dengan usia lanjut dapat dikembangkan dengan keterampilan perawatan diri yang lebih kompleks. Selain itu, usia juga dapat membantu memperbaiki waktu yang tepat untuk mengajarkan dan melatih anak retardasi mental dengan kemampuan perawatan diri. Usia sekolah merupakan periode penting dalam tumbuh kembang anak. Pada tahap ini, anak menunjukkan karakteristik tersendiri dan belajar untuk melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Mashitoh (2012) menyebutkan perawatan diri merupakan kemampuan manusia dalam melaksanakan aktivitas perawatan diri seperti mandi atau membersihkan diri, berpakaian/berhias, makan dan toileting. Kemandirian anak usia sekolah adalah kemampuan yang berkaitan dengan tugas perkembangannya. Berdasarkan teori perkembangan Erick Erickson, anak pada usia sekolah (6-18 tahun) mempunyai masalah *industry vs inferiority*, yang berarti anak pada usia ini diharapkan mampu mendapatkan kepuasan dari kemandirian yang diperoleh melalui lingkungan sekitar serta interaksi dengan teman sebaya. Salah satu penyebab timbulnya inferioritas pada anak adalah tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Pertumbuhan dan perkembangan pada masa sekolah akan mengalami percepatan pada usia 10-12 tahun, secara umum aktivitas fisik pada anak semakin tinggi dan memperkuat kemampuan motoriknya serta kemampuan kemandirian pada anak akan semakin dirasakan dimana lingkungan luar rumah dalam hal ini adalah sekolah cukup besar sehingga beberapa masalah sudah mampu diatasi dengan sendirinya dan anak sudah mampu menunjukkan penyesuaian diri dengan lingkungan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dian Rahmawati tahun 2013 di Banyumas tentang Kemampuan perawatan diri anak tuna grahita berdasarkan faktor eksternal dan faktor internal di Banyumas didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara karakteristik anak yaitu usia dan kondisi fisik anak dengan kemampuan perawatan diri anak tunagrahita. Usia anak yang lebih tua (> 12 tahun) mempunyai kemampuan perawatan diri 4,6 kali lebih baik dibandingkan dengan anak usia lebih muda.

Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Pratiwi nova Ariani (2016) tentang gambaran kemampuan perawatan diri (*self care agency*) pada anak disabilitas (Tuna Grahita dan Tuna Netra) di SLBN 1 Bantul diketahui bahwa sebagian responden masuk dalam masa kanak-kanak dan remaja awal yaitu usia 5-11 tahun dan 12-16 tahun sebanyak 37 anak (43,5 %).

b. Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tunagrahita

Hasil uji crosstabulasi pada tabel 7 hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan Kemampuan Perawatan Diri dari 132 responden didapatkan hasil bahwa ada sebanyak 41 responden (56,9%) anak berjenis kelamin laki-laki yang memiliki kemampuan perawatan diri baik, sedangkan anak berjenis kelamin perempuan yang memiliki kemampuan perawatan diri baik sebanyak 30 responden (50%).

Menurut Hingu (2007), jenis kelamin (*sex*) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Anak tunagrahita lebih banyak terjadi pada anak laki-laki dibandingkan pada anak perempuan, sebanyak 1,5 kali lebih besar.

Anak berkebutuhan khusus pada umumnya diindikasikan dalam hal seorang anak tidak dapat melakukan sesuatu, atau tidak sesuai dengan tahapan perkembangannya, atau memiliki aktivitas/pengalaman yang tidak sama dengan anak pada umumnya (BAPPEDA DIY, 2013), hal tersebut belum dapat dideteksi secara dini dari jenis kelaminnya apabila anak mengalami disabilitas atau tidak. Menurut Barus (2002) dalam Puspita R, 2012 mengatakan bahwa bukan hanya pendidikan orang tua yang dapat berpengaruh pada kemandirian anak, tetapi juga dipengaruhi jenis kelamin anak. Jenis kelamin anak laki-laki lebih memiliki kemampuan dalam melakukan kemandirian personal hygiene dibandingkan anak perempuan karena anak laki-laki jauh lebih dituntut untuk bisa mandiri dan bertanggungjawab terhadap aktivitas mereka sendiri.

Berdasarkan penelitian Schmidt's (2009) menyatakan bahwa ibu dengan anak laki-laki lebih banyak terlihat dalam kegiatan perawatan diri dibandingkan dengan ibu dengan anak perempuan. Kematangan sosial dan kemampuan intelegensi anak laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan anak perempuan, serta umumnya anak laki-laki akan diberikan kebebasan orang tua untuk lebih mengeksplorasi dirinya dibandingkan anak perempuan. Hal tersebut yang akan menjadikan presentase kemampuan perawatan diri anak laki-laki lebih tinggi (Siagian, 2010). Penelitian terdahulu oleh McDougall et al (2004) didapatkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara anak laki-laki dan perempuan usia sekolah dalam keterbatasan melakukan aktivitas harian.

Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Pratiwi nova Ariani (2016) tentang gambaran kemampuan perawatan diri (*self care agency*) pada anak disabilitas (Tuna Grahita dan Tuna Netra) di SLBN 1 Bantul diketahui bahwa sebagian responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 49 anak (57,4 %).

c. Hubungan Antara Kondisi Fisik dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tunagrahita

Hasil uji crosstabulasi pada tabel 8 analisis hubungan antara jenis kelamin dengan Kemampuan Perawatan Diri dari 132 responden didapatkan hasil bahwa ada sebanyak 64 responden (91,4%) anak dengan kondisi fisik baik yang memiliki

kemampuan perawatan diri baik, sedangkan dengan kondisi fisik kurang baik yang memiliki kemampuan perawatan diri kurang baik sebanyak 30 responden (50%).

Dari segi kondisi fisik anak tuna grahita yang tidak memiliki kelemahan motorik 4,7 kali lebih mampu melakukan perawatan diri dibandingkan anak tunagrahita dengan kelemahan motoric. Banyak anak tunagrahita tidak hanya mengalami gangguan atau retardasi mental. Terkadang tunagrahita diiringi dengan kelemahan motorik atau bahkan cacat tubuh. Anak tunagrahita rentan terhadap infeksi dikarenakan imunitas yang kurang dan kemampuan perawatan diri yang lemah. Salah satu ciri fisik anak tunagrahita adalah kelemahan motorik. Dalam hal kemampuan perawatan diri, anak tunagrahita yang memiliki kekuatan motorik yang lebih baik akan lebih menguasai keterampilan perawatan diri. Kekuatan motorik dibutuhkan dalam koordinasi gerakan, kontrol gerakan dan kesesuaian gerakan dengan hal yang di inginkan. Kemandirian perawatan diri dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah kondisi fisik, dalam hal ini keterbatasan fisik. keterbatasan fisik meliputi telapak tangan pendek, tubuh pendek, kurus dan gemuk. Keterbatasan fisik seperti kurangnya koordinasi, gerakan motorik halus dan kasar yang tidak optimal, kurangnya sensitivitas dan kelainan fisik pada tangan (gemuk dan pendek). Keterbatasan mental meliputi kemampuan beradaptasi, komunikasi, keterampilan sosial, akademik, kesehatan, keamanan dan merawat diri. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu oleh Emck et al (2009) yang mendapatkan hasil bahwa anak dengan gangguan mental, kognitif dan perilaku memperlihatkan kemampuan motorik kasar yang rendah dan tidak kompeten dalam menilai kemampuan motorik dirinya sendiri. Banyak penelitian yang mendapatkan bahwa anak usia sekolah yang memiliki masalah mental atau perilaku memperlihatkan kemampuan motorik yang rendah.

Penelitian yang dilakukan oleh Dian Rahmawati (2011) mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri anak tunagrahita di Kabupaten Banyumas terlihat bahwa variabel kondisi fisik anak tunagrahita mempunyai hubungan paling bermakna dengan kemampuan perawatan diri anak tunagrahita dengan OR=4,77 artinya anak tunagrahita tanpa kelemahan motorik akan mempunyai kemampuan perawatan diri lebih baik sekitar 5 kali lebih baik dibandingkan anak tunagrahita dengan kelemahan motorik.

d. Hubungan Antara Status Gizi dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Tunagrahita

Hasil uji crosstabulasi pada tabel 10 menunjukkan bahwa kemampuan perawatan diri ditemukan pada semua Status Gizi anak tunagrahita yang terlibat dalam penelitian. Anak yang memiliki status gizi baik sebanyak 52 responden (59,8%) memiliki kemampuan perawatan diri yang baik. Sedangkan anak yang memiliki status gizi sedang sebanyak 20 responden (52,6%) dan anak yang memiliki status gizi buruk sebanyak 6 responden (85,7%) cenderung memiliki kemampuan perawatan diri tidak baik.

Status gizi diartikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan zat gizi. Ari Istiani (2013) menjelaskan konsumsi makanan seseorang akan berpengaruh terhadap status gizi orang tersebut. Status gizi yang baik terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat yang digunakan secara efisien sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan dalam bekerja dan kesehatan secara optimal.

Kebutuhan gizi anak sekolah meningkat seiring dengan pertumbuhan usia dan aktivitas fisik anak. Anak laki-laki lebih banyak membutuhkan asupan gizi dibandingkan anak perempuan karena adanya perbedaan aktivitas fisik. Asupan Gizi diperoleh dari mengkonsumsi makanan yang mengandung berbagai zat gizi berupa karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral. Berbagai zat gizi tersebut akan diubah menjadi energi dalam tubuh yang nantinya akan digunakan untuk melakukan

aktivitas sehari-hari (Almatsier, 2009). Sedangkan Marthur (2007) menyatakan adanya perbedaan status gizi anak dengan disabilitas intelektual dengan status gizi anak normal dimana anak dengan disabilitas intelektual mengalami defisit asupan gizi energi, protein, zat besi, dan vitamin.

Status Gizi anak tunagrahita akan mempengaruhi aktivitas sehari-hari baik dirumah ataupun di sekolah. Status gizi yang baik dapat memudahkan anak tunagrahita melakukan aktivitas fisik yang dapat menunjang kesehatan. Status gizi yang kurang atau berlebih dapat menimbulkan resiko penyakit berbahaya. Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Tiyani Rahmawati (2013) di Banyumas mengenai Hubungan asupan gizi, aktivitas fisik, dan gangguan makan terhadap status gizi pada anak dengan disabilitas intelektual di Jakarta didapat hasil statistik menunjukkan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara asupan lemak dengan status gizi lebih ($p=0,043$).

Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Ardi Suprasetyo (2015) tentang status gizi anak tunagrahita berdasarkan indeks massa tubuh di SLB Tunas Bhakti Pleret menunjukkan bahwa kategori status gizi anak tunagrahita berkategori baik atau normal yaitu sebesar 48,49 %. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nur Ikhwanul Khoir (2010) tentang status gizi pada penerima manfaat di balai rehabilitasi sosial bina grahita Temanggung yaitu sebagian besar penyandang tunagrahita mempunyai status gizi baik atau normal.

4. KESIMPULAN

- a. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara Usia, Kondisi Fisik dan Status Gizi dengan Kemampuan Perawatan Diri pada Anak Tunagrahita di SDLB Kabupaten Kudus tahun 2017.
- b. Hasil analisis statistik pada bivariat pertama tentang hubungan antara usia dengan Kemampuan perawatan diri pada anak tunagrahita diperoleh hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kemampuan perawatan diri pada anak tunagrahita di SDLB Kabupaten Kudus tahun 2017 dengan $p.value 0,026 < 0,05$.
- c. Hasil analisis statistik pada bivariat kedua tentang hubungan antara jenis kelamin dengan Kemampuan perawatan diri pada anak tunagrahita diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kemampuan perawatan diri pada anak tuna grahita di SDLB Kabupaten Kudus tahun 2017 dengan $p.value 0,534 > 0,05$ dan nilai $OR= 1,323$.
- d. Hasil analisis statistik pada bivariat ketiga tentang hubungan antara kondisi fisik dengan Kemampuan perawatan diri pada anak tunagrahita diperoleh hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara kondisi fisik dengan kemampuan perawatan diri pada anak tunagrahita di SDLB Kabupaten Kudus tahun 2017 dengan $p.value 0,000 < 0,05$ dan nilai $OR = 83,81 \%$.
- e. Hasil analisis statistik pada bivariat keempat tentang hubungan antara status gizi dengan Kemampuan perawatan diri pada anak tunagrahita diperoleh hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara status gizi dengan kemampuan perawatan diri pada anak tunagrahita di SDLB Kabupaten Kudus tahun 2017 dengan $p.value 0,043 < 0,05$.

REFERENSI

- Almatsier, S. (2012). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Ari Istany dan Rusilanti. (2013). *Gizi Terapan*. Bandung : PT Remaja Rosdakarya.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian suatu pendekatan praktek*. Cetakan XIII. Jakarta: PT: Rineka Cipta.
- Atika Proverawati. (2010). *Obesitas dan Gangguan Perilaku Makan pada Remaja*. Yogyakarta: Nuha Medika

- Aziz, H. (2005). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. . Edisi 1 Jakarta: Salemba Medika.
- Bertinasari, R. (2010). Hubungan Faktor Pengetahuan dan Psikologis dengan Kemampuan Merawat Anak Retardasi Mental pada Orang Tua Penderita Retardasi Mental di SLB Negeri 3 Yogyakarta.
- Gunarsa. (2006). *Dasar Perkembangan Teori Anak*. Jakarta: Gunung Mulia.
- Jahja, Y. (2011). *Psikologi Perkembangan (edisi 1)*. Jakarta: Kencana.
- Kemenkes, R. (2013). (www.Kemenkes.go.id).
- Ling, F. (2008). Self Care Behaviours of School-Aged Children With Heart Disease. *Pediatric Nursing Journals*, 34 (2), 131-138.
- Lumbantobing. (2006). *Anak Dengan Mental Terbelakang*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Mathur et al. (2007). *Dietary Habits and Nutritional Status in Mentally Retarded Children and adolescent: A study from North Western India*. . Department of Dietetics, Government Medical College and Hospital Chandigarh.
- McDougall, J. K. (2004). physical health condition and disability among Canadian school-aged children. Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Performance and self-perceived motor competence in children with emotional, behavioral, and pervasive developmental disorder. *A Review Developmental Medicine & Child Neurology*, 51 : 501-517.
- Rahmawati, D. (2011). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri anak Tunagrahita di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah.
- Rahmawati, T. (2013). Hubungan asupan gizi, aktivitas fisik, dan gangguan makan terhadap status gizi pada anak dengan disabilitas intelektual di Jakarta.
- Sandra, M. (2010). *Anak cacat bukan kiamat : Metode pembelajaran dan terapi untuk anak berkebutuhan khusus*. Yogyakarta: Katahati.
- Saryono. (2010). *Metodologi Penelitian Kebidanan*. Jakarta: Nuha Medika.
- Schmidt, C. (2003). Mother's perception on self-care in school-aged children with diabetes. *Am J. Maternal Children Nursing*, 28 : 362-370.
- Soemantri. (2012). *Psikologi Anak Luar Biasa*. Bandung: Refika Aditama.
- Soetjningsih. (2012). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Votroubek, W & , T. (2010). *Pediatric home care for nurses: A family-centered approach*. USA: Jones & Bartlett's Publishers.
- Widoyoko. (2012). *Teknik Penyusunan Instrumen Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Widyastuti. (2007). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Posyandu*. Semarang: UNNES.
- Wong, D. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik (Agus Utama, Neti Juniarti, & H.Y. Kuncara, penerjemah). Volume 1. Edisi 6*. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran children. A national profile. *Disability and Rehabilitation Journals*, 26 (1), 35-45.

Zakirova-Engstrand, R, G. (2009). The International classification of functioning, disability and health children and youth (ICF-CY) : Testing its utility in classifying information from eco-cultural family interviews with ethnically diverse families with children with disabilities in Kyr. *Disability and Rehabilitation Journals*, 31 (12) : 1018-1030.