



Analisis Faktor Bio-sosial Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Tunagrahita

Syarfaini^{1*}, Emmi Bujawati², Syahratul Aeni³

¹⁻³Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar

Abstrak

Proses tumbuh kembang anak dapat menentukan kualitas anak, termasuk diantaranya adalah anak dengan retardasi mental (tunagrahita). Penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan status berat badan lahir bayi dan pola pengasuhan orang tua terhadap tumbuhkembang anak tunagrahita. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan analitik observasional dan desain studi *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh siswa tunagrahita di UPT SLBNmI Marosm dan jumlah sampel dalam penelitian ini sama dengan jumlah populasi karena menggunakan teknik *exhaustive sampling* yaitu sebanyak 31 orang. Hasil penelitian menggunakan uji *chi-square* menunjukkan tidak ada hubungan antara status berat lahir bayi dengan pertumbuhan ($Pv=1,000$) dan perkembangan kemampuan dasar ($Pv=0,624$). Begitu pun dengan tipe pola asuh tidak berhubungan dengan dengan pertumbuhan ($Pv=0,771$) dan perkembangan kemampuan anak retardasi mental ($Pv=0,771$) di UPT SLBN I Kab. Maros. Penelitian ini merekomendasikan pencegahan dan penanganan serius bayi berat lahir rendah dan memberikan sebuah pelatihan pola asuh kepada orang tua agar dapat memaksimalkan kemandirian anak dengan keterbatasan mental dengan hal-hal yang menyenangkan dalam bentuk bermain, menonton, bernyanyi, menari, dan sebagainya.

Kata Kunci: Bio-sosial, tumbuh kembang anak, tunagrahita.

Abstract

The process of child growth and development can determine the quality of children, including children with mental retardation (tunagrahita). This study aims to see the relationship between infant birth weight status and parenting patterns on the growth and development of mentally retarded children. This research is a quantitative study with an observational analytic approach and a cross sectional study design. The population in this study were all mentally retarded students at UPT SLBNmI Marosm and the number of samples in this study was the same as the total population because it used an exhaustive sampling technique of 31 people. The results of the study using the *chi-square* test showed that there was no relationship between the baby's birth weight status with growth ($Pv=1,000$) and the development of basic abilities ($Pv=0.624$). Likewise, the type of parenting is not associated with growth ($Pv=0.771$) and developmental abilities of mentally retarded children ($Pv=0.771$) at UPT SLBN I Kab. Maros. This study recommends serious prevention and treatment of low birth weight babies and provides parenting training to parents in order to maximize the independence of children with mental limitations with fun things in the form of playing, watching, singing, dancing, and so on.

Keywords: Bio-social, Children growth, Tunagrahita.

Korespondensi*: Syarfaini, Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, Jl. HM. Yasin Limpo, Samata, Kabupaten Gowa, E-mail: syarfaini.suyuti@uin-alauddin.ac.id, Telp: +6282197232158

<https://doi.org/10.33221/jikm.v11i03.1435>

Received : 5 Oktober 2021 / Revised : 30 November 2021 / Accepted : 7 Desember 2021

Copyright © 2022, Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, p-ISSN: 2252-4134, e-ISSN: 2354-8185

Latar Belakang

Anak adalah harapan keluarga dan merupakan generasi penerus suatu bangsa. Namun beberapa dari mereka lahir dengan gangguan atau kondisi yang tidak sehat, salah satunya adalah keterbelakangan mental (kecerdasan rendah). Tingkat IQ yang dimiliki oleh anak tunagrahita adalah di bawah rata-rata anak normal pada umumnya yang mengakibatkan gangguan fungsi kecerdasan dan intelektualnya sehingga berdampak pada masa perkembangannya dengan munculnya permasalahan lainnya. Anak tunagrahita yaitu kondisi terhentinya perkembangan mental ataupun tidak mencapai tahap optimal, yang ditandai dengan keterampilan yang terhambat selama masa perkembangan, sehingga berdampak pada keterbatasan kemampuan, bahasa, kognitif, motorik dan sosial (tingkat intelegensia).¹

Data Badan Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO) tahun 2012 menunjukkan data prevalensi di Indonesia terkait disabilitas intelektual sekitar 1-3% dari jumlah penduduk Indonesia atau sekitar 6,6 juta jiwa, dimana 3% diantaranya 75% adalah intelektual ringan, disabilitas dan 25% keterbelakangan mental cukup parah.² Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, sebanyak 3,3% anak usia 5-17 tahun menyandang disabilitas, usia 18-59 tahun mencapai 22,0%, dan 74,3% lansia yang terdiri dari 22,0% menderita hambatan ringan, 1,1% hambatan sedang, 1% hambatan berat dan sebesar 1,6% sepenuhnya bergantung.³

Hasil pendataan jumlah penyandang disabilitas di Sulawesi Selatan pada tahun 2008 oleh Departemen Sosial Republik Indonesia dan Surveyor Indonesia menemukan sebanyak 34.510 orang. Di Kota Makassar sendiri tercatat sebanyak 2.250 penyandang disabilitas (*difable*) meliputi penyandang disabilitas fisik sebanyak 1.794 orang, penyandang disabilitas mental sebanyak 242 orang dan penyandang disabilitas fisik dan mental (ganda) sebanyak 214 orang.⁴

Disahkannya Undang-undang No. 8 tahun 2016 oleh pemerintah memberikan ruang yang baik atas situasi penyandang disabilitas Indonesia yang masih hidup dalam kondisi rapuh, terbelakang dan kondisi buruk. Undang-undang Nomor 8 Tahun 2016, Pasal 1 Ayat 1 mengatur terkait kesamaan hak penyandang disabilitas yang dimana penyandang disabilitas yaitu orang dengan keterbatasan fisik, intelektual dan mental sehingga mengalami kesulitan dalam berpartisipasi atau berinteraksi dengan lingkungannya.⁵

Proses tumbuh kembang anak dapat menentukan kualitas anak, termasuk diantaranya adalah anak dengan retardasi mental (tunagrahita). Tunagrahita merupakan cacat mental atau tingkah laku akibat terganggu kecerdasan sehingga akan sulit mengerjakan tugas akademik. Tunagrahita dapat dibarengi dengan cacat fisik seperti gangguan penglihatan ataupun pendengaran.⁶

Anak tunagrahita pada dasarnya mempunyai kecakapan motorik yang lebih rendah baik secara kualitatif maupun kuantitatif jika dibandingkan dengan anak yang normal.⁷ Hal tersebut dibuktikan dengan ketidakmampuan anak tunagrahita memenuhi tugas yang berhubungan dengan keterampilan dalam gerak yang kompleks seperti berjalan, berlari, melompat dan gerakan lainnya. IQ anak memengaruhi kecepatan perkembangan motorik yang dimana semakin tinggi IQ anak, semakin cepat pula perkembangannya motoriknya.⁸

Peran orang tua memberikan pola asuh sangat penting yang menyesuaikan dengan tingkat sosial anak baik formal maupun informal. Peran pola asuh mampu mengubah perilaku khususnya pada anak retardasi mental.⁹ Kemampuan mandiri pada anak dimulai dari keluarga dan juga disebabkan oleh orang tua dengan pola asuhnya. Selain itu peran dunia sekolah dan guru sebagai lingkungan sosial juga turut memiliki peranan penting memberikan kesempatan kemandirian pada anak tunagrahita.¹⁰ Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan perkembangan anak

tunagrahita ditinjau dari keluarga dan lingkungan sosialnya. Sekolah Dasar Luar Biasa Negeri 1 Maccini Baji Kabupaten Maros termasuk salah satu sekolah khusus bagi penyandang disabilitas.

Metode

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain *cross-sectional*. Adapun metode yang digunakan adalah metode kausalitas dengan variabel independen (pola asuh dan status berat badan lahir bayi) dan variabel dependen (tumbuh kembang anak tunagrahita). Penelitian dilakukan pada bulan Februari hingga Maret di UPT SLBN 1 Kabupaten Maros tahun 2020. Sampel dalam penelitian ini dipilih menggunakan metode total sampling, sehingga jumlah populasi sama dengan jumlah sampel yaitu 31 anak tunagrahita di UPT SLBN 1 Kabupaten Maros. Responden dalam penelitian ini adalah ibu dari sampel yang terpilih. Jumlah anak penyandang disabilitas peserta SDLBN 1 Maccini Baji Maros adalah 50 anak, meliputi anak tunagrahita, tunadaksa dan tunarungu Instrumen yang digunakan berupa kuesioner, lembar observasi, microtoise, dan timbangan berat badan. Data dianalisis secara univariat dan bivariat menggunakan uji Chi-square.

Teknik pengumpulan data menggunakan data primer dan sekunder. Data primer antara lain data karakteristik sampel dan responden melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner, data pertumbuhan dilihat dari status gizi anak yang dinilai melalui hasil timbang berat badan dan ukur tinggi badan dan data tipe pola asuh dan perkembangan kemandirian anak serta peran guru melalui wawancara dan observasi. Adapun data sekunder diperoleh dengan cara mengumpulkan data baik berupa dokumen tertulis atau wawancara pihak sekolah. Data ini antara lain jumlah anak dan guru serta alamat rumah anak. Analisis data dilakukan dengan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat dilakukan pada semua variabel dari penelitian. Analisa

menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel yang diteliti. Adapun analisis dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel independen dan dependen dalam bentuk tabulasi silang (*crosstab*) dengan uji statistik *Chi-square* dan terdapat hubungan yang bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen jika nilai $Pvalue < 0,05$.

Hasil

Dari tabel 1 diketahui bahwa dari 31 responden anak SDLBN 1 Maccini Baji Maros pada penelitian ini menunjukkan bahwa umur yang paling banyak berada pada kelompok umur 8-12 tahun sebanyak 19 orang anak (61,2%), dan hanya 4 orang (3,2%) yang berada di kelompok umur > 17 tahun. Penelitian ini juga menunjukkan jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 26 orang (83,9%) dan perempuan sebanyak 5 orang (16,1%).

Dari tabel juga dapat diketahui bahwa pada umumnya, pendidikan terakhir ayah responden adalah tamatan SMA sebanyak 16 orang atau sebesar 51,6% berbanding jauh dengan yang tamatan SD sebanyak 4 orang (12,9%). Adapun untuk pendidikan terakhir ibu responden pada umumnya adalah tamatan SMA sebesar 48,4% atau sebanyak 15 orang dan hanya 4 orang (12,9%) yang merupakan tamatan SD dan SMP. Berdasarkan pekerjaan, pada umumnya ayah responden bekerja sebagai wiraswasta yaitu sebanyak 21 orang (67,7%) dan hanya 4 orang (12,9%) yang bekerja sebagai petani, lain halnya dengan ibu responden pada umumnya merupakan IRT sebanyak 25 orang (80,6%) dan masing-masing sebanyak 1 orang (3,2%) bekerja sebagai petani dan wiraswasta.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa umumnya anggota keluarga responden tidak menderita kelainan yaitu sebanyak 27 orang (87,1%) dan hanya 4 orang (12,9%) responden yang memiliki anggota keluarga yang menderita kelainan. Dilihat dari pernikahan hubungan keluarga umumnya orang tua tidak memiliki hubungan keluarga yaitu sebanyak 19 orang

Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik penelitian

Karakteristik	Kategori	n	%
Usia (tahun)	8 – 12	19	61,2
	13 – 17	8	25,8
	> 17	4	13,0
Status Gizi	Normal	21	67,7
	Kurang	7	22,6
	Gizi lebih	3	9,7
Jenis kelamin	Laki-laki	26	83,9
	Perempuan	5	16,1
Tipe Kemandirian	Mampu	19	61,3
	Kurang mampu	12	38,7
Pendidikan Ayah	SD	4	12,9
	SMP	3	9,7
	SMA	16	51,6
	PT	8	25,8
Pendidikan Ibu	SD	4	12,9
	SMP	4	12,9
	SMA	15	48,8
	PT	8	25,8
Pekerjaan Ayah	Petani	4	12,9
	PNS	6	19,4
	Wiraswasta	21	67,7
Pekerjaan Ibu	IRT	25	80,6
	Petani	1	3,2
	PNS	4	12,9
	Wiraswasta	1	3,2
Anggota keluarga Mengalami Kelainan	Ada	4	12,9
	Tidak ada	27	87,1
Pernikahan sekerabat	Ada	12	38,7
	Tidak ada	19	61,3
Riwayat kelahiran anak tunagrahita	< 2500	5	16,1
	≥ 2500	26	83,9
Berat lahir anak (gram)	Ya	26	83,9
	Tidak	5	16,1

Tabel 2. Analisis Hubungan Berat Badan Bayi Baru Lahir dan Tipe Pola Asuh terhadap Pertumbuhan Anak Tunagrahita (retardasi mental)

Variabel	Kategori	Pertumbuhan				Pvalue
		Normal		Tidak Normal		
		n	%	n	%	
Berat Badan Lahir	Normal	18	69,2	8	30,8	1,000
	Rendah	3	14,2	2	40	
Tipe pola asuh	Otoriter	9	75,0	3	25,0	0,771
	Permisif	4	66,7	2	33,3	
	Campuran	8	61,5	5	38,5	

(61,3%) dan yang memiliki hubungan keluarga yaitu sebanyak 12 orang (38,7%). Pada umumnya, sebanyak 26 orang (83,9%) subjek memiliki status berat badan lahir normal yaitu ≥ 2500 gram dengan pemberian ASI.

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan

bahwa dari 26 responden yang lahir dengan berat badan normal terdapat 18 orang (69,2%) dengan pertumbuhan normal dan dari 5 responden yang lahir dengan berat badan rendah terdapat 2 orang (40%) dengan pertumbuhan tidak normal. Berdasarkan hasil analisis uji statistik

menggunakan *Chi-square* diperoleh nilai Pvalue sebesar 1,000 ($Pvalue > 0,05$), dengan demikian H_0 diterima atau disimpulkan bahwa tidak ada hubungan berat badan bayi baru lahir dengan pertumbuhan anak di UPT SLBN 1 Kab. Maros

Hasil penelitian dari 12 sampel dengan tipe pola asuh otoriter, 9 diantaranya (75%) memiliki pertumbuhan yang normal, sedangkan 3 lainnya (25%) memiliki pertumbuhan yang tidak normal. Adapun untuk tipe pola asuh permisif,

sebanyak 4 sampel (66,7%) dengan pertumbuhan normal dan 2 sampel (33,3%) dengan pertumbuhan yang tidak normal. Untuk tipe pola asuh campuran, dari 13 sampel, 8 diantaranya (61,5%) memiliki pertumbuhan normal sedangkan 5 diantaranya (38,5%) memiliki pertumbuhan yang tidak normal. Hasil uji statistik *chi-square* menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara tipe pola asuh orang tua dengan pertumbuhan anak yang dibuktikan dengan $P\ value$ sebesar 0,771 ($Pvalue > 0,05$).

Tabel 3. Analisis Hubungan Berat Badan Bayi Baru Lahir dan Pola Asuh terhadap Perkembangan Kemandirian Anak Tunagrahita (retardasi mental)

Variabel	Kategori	Kemampuan Kemandirian				Pvalue
		Mampu		Kurang Mampu		
		n	%	n	%	
Berat Badan Lahir	Normal	15	57,7	1	2,3	0,624
	Rendah	4	80	1	0	
Tipe pola asuh	Otoriter	7	58,3	5	41,7	0,700
	Permisif	3	50,0	3	50,0	
	Campuran	9	69,2	4	30,8	

Berdasarkan Tabel 3 menunjukkan bahwa dari 26 responden yang lahir dengan berat badan normal terdapat 18 orang (69,2%) dengan pertumbuhan normal dan dari 5 responden yang lahir dengan berat badan rendah terdapat 2 orang (40%) dengan pertumbuhan tidak normal. Hasil analisis menggunakan *Chi-square* memperlihatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara berat badan lahir dengan perkembangan kemandirian anak di UPT SLBN 1 Kabupaten Maros dengan nilai $p=0,624$ ($Pvalue>0,05$) yang berarti H_0 diterima.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa dari 12 sampel dengan

Pembahasan

Hasil penelitian menemukan tidak ada hubungan berat badan lahir dengan pertumbuhan dan perkembangan dasar tunagrahita. Hal ini terjadi karena dari total responden sebanyak 31 orang hanya 5 (16,1%) orang anak yang mengalami berat badan lahir rendah dan dari 5 orang anak yang BBLR sebanyak 4 orang

tipe pola asuh otoriter, 7 diantaranya (58,3%) mampu mandiri, sedangkan 5 lainnya (41,7%) tidak mampu mandiri. Adapun untuk tipe pola asuh permisif, sebanyak 3 sampel (50%) yang mampu mandiri, dan 3 sampel (50%) tidak mampu mandiri. Untuk tipe pola asuh campuran, dari 13 sampel, 9 diantaranya (69,2%) mampu mandiri sedangkan 4 diantaranya (30,8%) tidak mampu mandiri. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi-square* menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis pola asuh orang tua dengan perkembangan kemandirian anak yang dibuktikan dengan $P\ value$ sebesar 0,700 atau $> 0,05$.

memiliki tipe kemandirian mampu dan dari 5 anak yang BBLR, sebanyak 3 orang anak yang pada perkembangannya memiliki status gizi normal.

Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Annisa yang mengemukakan bahwa kelahiran bayi dengan usia kandungan kurang 20-50 minggu berisiko 3,5 kali melahirkan anak dengan retardasi mental dan kelahiran bayi yang memiliki berat

badan lahir rendah memiliki risiko 5,4 kali melahirkan anak dengan retardasi mental.¹³ Meta-analisis yang dilakukan oleh Huang *et al.*, menemukan hasil bahwa, anak dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) berisiko 3,6 kali lebih besar akan mengalami tunagrahita dibandingkan dengan yang lahir dengan berat badan normal.¹⁴ BBLR adalah masalah kesehatan yang serius di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah.¹¹ WHO tahun 2017 mendefinisikan terkait BBLR yaitu sebagai bayi yang lahir dengan berat ≤ 2500 gr. WHO membagi kelompok BBLR menjadi 3 kelompok, diantaranya BBLR (1500-2499 gram), BBLR (1000-1499 gram), BBLR (< 1000 gram).¹²

Dibutuhkan penanganan yang serius dalam mengatasi BBLR. Hal ini dikarenakan risiko gangguan pernapasan, gangguan syaraf, kardiovaskuler, hingga komplikasi sangat tinggi dialami oleh bayi dengan BBLR seperti halnya dengan penelitian oleh Schart, J.R *et al.*, dengan yang menyebutkan bahwa adanya keterlambatan pada pertumbuhan hingga perkembangan anak dengan BBLR.¹⁵ Tanda awal anak menderita tunagrahita dapat dilihat pada saat mereka lahir yang ditandai dari berat badan lahir yang rendah. Tanda tersebut terlihat pada saat mereka merespon dengan lamban, selanjutnya berdampak pada perkembangannya seperti lamban dalam belajar, berkomunikasi, berjalan dan perilakunya seperti anak-anak dalam waktu yang panjang.

Pada penelitian ini menemukan bahwa tidak ada hubungan antara jenis pola asuh orang tua terhadap pertumbuhan status gizi anak tunagrahita. Hasil riset ini tidak sejalan dengan Yulia Fitriani pada anak kelas dasar SLB C Budi Asih Wonosobo dimana terdapat hubungan antara pola asuh orang tua terhadap status gizi anak tunagrahita yang dibuktikan dengan *P value* sebesar $0,022 <$ dari $0,05$.¹⁶ Hasil penelitian yang dilakukan oleh Devi menunjukkan bahwa lebih banyak anak tunagrahita yang memiliki status gizi kategori baik

dibandingkan kategori gizi kurang maupun gizi buruk di SLB Bina Putra Ambarawa.

Adapun yang menyebabkan pola asuh tidak berhubungan dengan pertumbuhan anak tunagrahita karena pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa umumnya anak memiliki gizi normal. Hal ini menunjukkan bahwa anak yang pertumbuhannya normal lebih banyak dibandingkan dengan anak pertumbuhan yang berstatus gizi kurus. Dari penelitian ini juga menjelaskan bahwa meskipun anak tunagrahita dari segi perkembangan mental mengalami keterlambatan, namun memiliki pertumbuhan status gizi yang normal.¹⁷ Pada penelitian ini perlu diketahui bahwa identifikasi status gizi menggunakan indikator pengukuran antropometri IMT/U yang berdasarkan pedoman penilaian status gizi anak tahun 2011 sehingga ada pertimbangan faktor usia dalam penentuan status gizi.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa dari 13 orang sampel dengan pola asuh campuran, 8 diantaranya (61,5%) memiliki pertumbuhan yang normal dan 6 sampel dengan pola asuh permisif, 4 diantaranya (66,7%) yang pertumbuhannya normal. Fenomena ini terjadi karena penerapan pola asuh campuran yang dilakukan orang tua akan menghasilkan larangan secara tegas dan lugas apabila terdapat tindakan yang berbahaya, adanya pengawasan dan perhatian yang penuh, serta memberikan asupan makanan yang memenuhi aspek kecukupan gizi.¹⁷

Pada penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara tipe pola asuh orang tua terhadap perkembangan kemandirian anak tunagrahita yang berarti tidak ada perbedaan antara tipe atau jenis pola asuh (otoriter, permisif, dan campuran) dalam hal kemampuan untuk pembentukan kemandirian anak tunagrahita. Hal ini disebabkan karena status gizi responden umumnya sudah normal sebanyak 21 anak dan umumnya responden pada kategori kemandirian mampu sebanyak 19 anak (61,3%) dibandingkan dengan anak yang kurang mampu sebanyak 12 anak (38,7%).

Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Hakim yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara pola asuh permisif dengan kemandirian anak berkebutuhan khusus (tuna grahita).¹⁸

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa pola asuh campuran merupakan tipe pola asuh yang paling banyak diterapkan dalam penelitian ini yaitu 13 orang (41,9%). Pola asuh campuran merupakan tipe pola asuh yang menerapkan pola asuh ganda yang tidak dapat terklasifikasi dan tidak ada dominasi pada salah satu tipe pola asuh. Tingkat stress dalam pengasuhan merupakan faktor yang memicu kondisi dan reaksi psikologis sehingga timbulnya adaptasi orang tua untuk berperan terhadap hal-hal yang tidak disukai.¹⁹ Terdapat perbedaan pola asuh ibu dikarenakan faktor pendidikan, pekerjaan, jumlah anak, dan lainnya. Jumlah anak juga sangat mempengaruhi tipe pola asuh orang tua yang dimana terdapat kecenderungan bahwa perhatian orang tua akan terbagi sehingga menyebabkan penerapan pola asuh yang kurang maksimal.²⁰

Anak tunagrahita memiliki keterbatasan dalam perkembangan fungsional dan dalam melakukan segala hal sehingga masih sering bergantung pada orang-orang di sekitarnya. Hal ini bukan berarti anak tunagrahita akan terus bergantung pada orang lain sampai usia dewasa, karena anak tunagrahita bisa mandiri apabila diberikan bimbingan oleh orang tuanya melalui pola asuh yang diterapkan serta orang-orang yang berada di sekitarnya. Anak tunagrahita biasanya tidak dapat mempelajari keterampilan tertentu seperti anak normal. Kemampuan anak dalam mengurus diri sendiri merupakan indikator kemampuan membesarkan anak tunagrahita melalui upaya sistematis dan cara pengasuhan yang benar, sehingga mereka dapat dididik dan dilatih yang dapat meningkatkan rasa percaya. Kepercayaan diri adalah sebuah proses ketika anak dapat mengenali kemampuannya sendiri, memiliki kesempatan dan dipercaya untuk melakukan apa yang dapat mereka lakukan dan dipuji

oleh orang lain atas apa yang telah dilakukannya.²¹

Kesimpulan

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara status berat badan lahir bayi dengan pertumbuhan dan perkembangan kemandirian anak tunagrahita. Meskipun anak yang memiliki status lahir BBLR tetap harus dipenuhi kebutuhan gizinya yang baik dan seimbang, sehingga akan meningkatkan kesehatan anak yang dalam masa pertumbuhan. Gizi yang optimal dan seimbang terdiri dari makanan yang memiliki zat gizi yang dibutuhkan tubuh dan sesuai jumlah dan jenisnya dan juga beraneka ragam atau variasi makanan. Hal ini sangat penting terutama anak yang memiliki retardasi mental agar tidak terjadi komplikasi sehingga pertumbuhan (status gizi normal) perkembangan fisik yang baik (kemampuan kemandirian). Tidak ada hubungan antara tipe atau jenis pola asuh orang tua terhadap pertumbuhan status gizi dan perkembangan kemandirian anak tunagrahita (retardasi mental) di UPT SLBN 1 Kabupaten Maros. Semua jenis pola asuh bisa memberikan kontribusi yang sama terhadap pertumbuhan status gizi dan perkembangan kemampuan kemandirian anak tunagrahita.

Diperlukan sebuah pelatihan pola asuh khusus orang tua yang mempunyai anak tunagrahita agar mereka mampu mengoptimalkan kemandirian anak dengan keterbatasan mental. Selain itu, perlu adanya simulasi yang dilakukan secara rutin yang dapat melatih kemampuan kemandirian dasar anak dalam bentuk kegiatan yang menyenangkan seperti bermain, menonton, menyanyi, menari, dan lain sebagainya.

Daftar Pustaka

1. Desmita. Psikologi perkembangan peserta didik. Bandung: PT Remaja Rosdakarya; 2010. 185 p.
2. Dewi VK. Hubungan pola asuh orang tua dengan tingkat kemandirian anak retardasi mental ringan Di SDLB YPLB Banjarmasin. An-Nadaa. 2017;21-5.

3. Ismandari F. Situasi disabilitas. Jakarta; 2019.
4. PPDI Sulsel. Profil Persatuan Penyandang Disabilitas Indonesia Provinsi Sulawesi Selatan [Internet]. 2013. Available from: <http://ppdisulsel.blogspot.com/p/profil.html>
5. Ndaumanu F. Disability rights: between responsibility and implementation by the local government. *J HAM*. 2020;11(1):131–50.
6. Desiningrum DR. Psikologi anak berkebutuhan khusus. Yogyakarta: Psikosain; 2016.
7. Wati ER, Widajati W. Tari merak modifikasi terhadap kemampuan motorik kasar anak tunagrahita ringan di SDLB. *Jurnal Pendidik Khusus*. 2018;1–16.
8. Hurlock B, Elizabeth. Perkembangan anak. Jilid 1. Jakarta: Erlangga; 2014.
9. Sari OA, Santy WH. Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian personal hygiene anak tunagrahita di SLB Tunas Mulya Kelurahan Sememi kecamatan Benowo. *J Ilm Kesehat*. 2016;10(2):164–71.
10. Dewi VK. Hubungan Pola Asuh Orang Tua Dengan Tingkat Kemandirian Anak Retardasi Mental Ringan di SDLB YPLB Banjarmasin. *An-Nadaa*. 2017;21–5.
11. Tshotetsi L, Dziki L, Hajison P, Feresu S. Maternal factors contributing to low birth weight deliveries in Tshwane District, South Africa. *PLoS One*. 2019;14(3):1–13.
12. Hartiningrum I, Fitriyah N. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2012-2016. *J Biometrika dan Kependudukan*. 2019;7(2):97.
13. Annisa SY. Hubungan pendidikan, usia ibu saat hamil, BBLR dan penghasilan keluarga dengan retardasi mental pada anak. Universitas Andalas; 2020.
14. Huang J, Zhu T, Qu Y, Mu D. Prenatal, perinatal, and neonatal risk factors for intellectual disability: A systemic review and meta-analysis. *Plos One*. 2016;11(4).
15. Schart R, Stroustrup A, Conaway M, DeBoer M. Growth and development in children born very low birthweight. *Pubmed*. 2016;101(5).
16. Yulia, Fitriyani. (2016). Hubungan Pola Asuh Orangtua dengan Status Gizi Anak Tunagrahita Mampu Didik Kelas Dasar di SLB C Budi Asih Wonosobo. Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Yogyakarta
17. Rosi D. Hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dengan status gizi anak tuna grahita di SDLB bina putera ambarawa. Universitas Ngudi Waluyo; 2020.
18. Hakim HA. Hubungan pola asuh permisif terhadap kemandirian anak berkebutuhan khusus. Universitas Islam Sultan Agung Semarang; 2020.
19. Lestari S. Psikologi keluarga : Penanaman nilai dan penanganan konflik dalam keluarga. Pertama. Jakarta: Penerbit Kharisma Putra Utama; 2012.
20. Juhardin, Hos J, Roslan S. Dampak pola asuh orang tua terhadap perilaku anak (Studi di Desa Amberi Kecamatan Lambuya Kabupaten Konawe). 2016;148–60.
21. Rahmadayanti N.S, Atmaja B.P, Udiyani R. Studi fenomenologi pengalaman orang tua dalam memandirikan anak usia (0-18 tahun) dengan retardasi mental sedang di SLB Negeri Batulicin Kabupaten Tanah Bumbu 2019. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan*. 2020;5(1):1–7.