

**Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian  
*Personal Hygiene* pada Anak Tunagrahita  
*Knowledge and Family Support with Personal Hygiene Independence in  
Children with Intellectual Disabilities***

**Monica Regina Caeli<sup>1</sup>, Tuti Asrianti Utami<sup>1\*</sup>, Sudibyo Supardi<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Program Studi Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sint Carolus, Jakarta Pusat, Indonesia

---

**Artikel info**

**Artikel history:**

Submitted: 23-03-2026

Received : 02-05-2026

Revised : 05-05-2026

Accepted : 30-05-2026

**Keywords:**

*family;  
independence;  
intellectual  
disabilities;  
knowledge;  
personal hygiene*

**Kata Kunci:**

kemandirian;  
keluarga;  
pengetahuan;  
*personal hygiene*;  
tunagrahita

---

**Abstract**

*Children with intellectual disabilities possess below-average intelligence, which impacts their growth and ability to perform personal hygiene independently. The family is the primary environment that shapes a child's independence. This study aimed to analyze the relationship between family knowledge and support and personal hygiene independence among children with intellectual disabilities in Bogor City. A quantitative cross-sectional design was used, involving 73 subjects through total sampling at State Special Schools in Bogor City between December 2024 and February 2025. Data were collected using validated questionnaires and analyzed using univariate distribution and the chi-square test (with Fisher's Exact Test as an alternative when assumptions were violated). The majority of parents had insufficient knowledge and the majority of children were in the dependent category. Among the four dimensions of family support examined, only emotional support showed a statistically meaningful association with the child's personal hygiene independence. It was concluded that, among the variables studied, emotional support from the family is the dominant factor associated with personal hygiene independence in children with intellectual disabilities. It is recommended that families strengthen emotional support, in the form of affection, encouragement, and consistent training at home, to foster personal hygiene independence in children with intellectual disabilities.*

**Abstrak**

Anak tunagrahita memiliki tingkat kecerdasan di bawah rata-rata yang berdampak pada hambatan pertumbuhan dan kesulitan dalam melakukan *personal hygiene* secara mandiri. Keluarga merupakan lingkungan utama yang membentuk kemandirian anak. Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan pengetahuan dan dukungan keluarga dengan kemandirian *personal hygiene* pada anak tunagrahita di Kota Bogor. Penelitian kuantitatif dengan desain potong lintang ini melibatkan 73 subjek melalui teknik total sampling di Sekolah Luar Biasa Negeri Kota Bogor pada Desember 2024–Februari 2025. Data dianalisis secara univariat dan bivariat menggunakan uji kai-kuadrat (dengan uji Fisher sebagai alternatif). Mayoritas orang tua memiliki pengetahuan kurang dan mayoritas anak berada dalam kategori ketergantungan. Dari empat dimensi dukungan keluarga yang diteliti, hanya dukungan emosional yang menunjukkan hubungan bermakna dengan kemandirian *personal hygiene* anak. Disimpulkan bahwa di antara variabel yang diteliti, dukungan emosional keluarga merupakan

faktor yang paling berperan dalam kemandirian *personal hygiene* anak tunagrahita. Disarankan agar keluarga meningkatkan dukungan emosional dalam bentuk kasih sayang, motivasi, dan pendampingan latihan rutin di rumah untuk membangun kemandirian *personal hygiene* anak tunagrahita.



This is an open access article under the **CC-BY** license

**Corresponding author:**

Tuti Asrianti Utami, email: tutichaidir18@gmail.com

### Highlight:

- Mayoritas anak dengan keterbatasan intelektual atau tunagrahita di lokasi penelitian masih berada pada kategori ketergantungan dan membutuhkan bantuan untuk melakukan aktivitas perawatan kebersihan diri sehari-hari.
- Di antara berbagai variabel yang diteliti, kehadiran afektif berupa perhatian, kasih sayang, pujian, dan kesabaran orang tua merupakan faktor paling berperan dan efektif dalam mendorong motivasi anak untuk belajar merawat kebersihan dirinya secara mandiri.
- Tingkat pemahaman kognitif orang tua mengenai kebersihan serta penyediaan informasi semata, fasilitas materi, maupun koreksi tindakan terbukti belum cukup kuat untuk memberikan dampak nyata bagi peningkatan kemandirian anak jika tidak dibarengi dengan pendampingan emosional yang konsisten di rumah.

## PENDAHULUAN

Disabilitas merupakan kondisi keterbatasan fisik, intelektual, mental, atau sensorik dalam jangka waktu lama yang menghambat interaksi seseorang dengan lingkungannya (PP, 2019). *World Health Organization* (WHO) memperkirakan sekitar 1,3 miliar orang atau 16% populasi dunia mengalami disabilitas (WHO, 2023). Anak-anak dengan keunikan dalam diri ini sering disebut dengan anak berkebutuhan khusus yang membuat anak menjadi lambat atau memiliki keterbelakangan sehingga membutuhkan dukungan dan perhatian khusus (Usup et al., 2023). Di Indonesia, BPS (2022) mencatat ribuan anak usia 5–14 tahun mengalami keterbatasan intelektual: pada kelompok usia 5–9 tahun terdapat 3.764 anak laki-laki dan 2.698 anak perempuan, sedangkan pada kelompok usia 10–14 tahun terdapat 4.216 anak laki-laki dan 3.165 anak perempuan. Di Jawa Barat, prevalensi anak berkebutuhan khusus usia 5–17 tahun mencapai 2,9% (Balitbankes, 2018), dan di Kota Bogor tercatat 44 anak dengan cacat tubuh serta 40 anak dengan cacat mental (Dinsos, 2022).

Anak tunagrahita kerap mengalami kesulitan dalam *Activity of Daily Living* (ADL), khususnya *personal hygiene* seperti mandi, berpakaian, dan menjaga kebersihan diri sehingga perlu diawasi serta dilatih untuk mencapai kemandirian (Suharsiwi, 2017). Ketidakmampuan tersebut berisiko menimbulkan masalah kesehatan gigi, kulit, hingga infeksi saluran pernapasan akut (Sari et al., 2022; Utami et al., 2022). Pembiasaan perilaku hidup bersih dan sehat sejak dini terbukti efektif menurunkan risiko infeksi pada anak (Utami et al., 2022). Oleh karena itu, kemandirian *personal hygiene* pada anak tunagrahita menjadi isu kesehatan yang penting, tidak hanya bagi anak itu sendiri, tetapi juga bagi keluarga dan layanan kesehatan komunitas.

Keluarga merupakan lingkungan pertama yang membentuk kemandirian anak. Friedman dalam Mubarok et al. (2022) menjelaskan empat dimensi dukungan keluarga, yaitu informasional, emosional, instrumental, dan penilaian, yang masing-masing memiliki kontribusi berbeda terhadap perilaku dan kemandirian anak. Pada anak berkebutuhan khusus, dukungan keluarga berperan sebagai mediator utama antara pengetahuan orang tua dan keterampilan adaptif anak (Sitorus dan Utami, 2024; Makaminan et al., 2023). Sitorus dan Utami (2024) melalui studi fenomenologis pada orang tua anak Down syndrome menemukan bahwa keberhasilan pelatihan ADL di rumah lebih banyak ditentukan oleh konsistensi pendampingan dan afeksi orang tua dibandingkan dengan tingkat pengetahuan teoritis.

Beberapa penelitian terdahulu telah mengkaji hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *personal hygiene* anak tunagrahita. Parulian et al. (2020) di Jakarta menemukan bahwa dukungan keluarga berhubungan dengan kemandirian, namun tidak menemukan hubungan signifikan pada dimensi informasional. Kartika et al. (2020) di SLB-C YKB Garut melaporkan bahwa dukungan instrumental adalah dimensi yang paling minim diberikan oleh keluarga. Sari et al. (2022) di SLB D YPAC Bali menemukan 75% anak tunagrahita masih memerlukan bantuan dalam perawatan diri. Tonara et al. (2023) dan Makaminan et al. (2023) menegaskan peran keluarga sebagai kunci kemandirian anak.

Meskipun demikian, sebagian besar penelitian tersebut hanya meneliti dukungan keluarga atau pengetahuan secara terpisah, dan dilakukan di luar Kota Bogor. Sampai saat ini belum ditemukan penelitian yang secara simultan menganalisis hubungan pengetahuan orang tua dan keempat dimensi dukungan keluarga (informasional, emosional, instrumental, penilaian) terhadap kemandirian *personal hygiene* anak tunagrahita di Kota Bogor. Kebaruan penelitian ini terletak pada (1) cakupan dua variabel independen secara bersamaan, (2) penguraian dukungan keluarga ke dalam empat dimensi yang dianalisis secara terpisah, dan (3) konteks lokasi penelitian, yaitu Sekolah Luar Biasa Negeri di Kota Bogor yang belum banyak diteliti.

Hasil observasi awal peneliti di beberapa SLB Kota Bogor menunjukkan bahwa sebagian besar anak tunagrahita masih sangat bergantung pada bantuan saat mencuci tangan, menggunakan toilet, dan berpakaian. Guru melaporkan bahwa pendampingan intensif tetap diperlukan meski siswa telah dilepas mandiri selama proses belajar. Fenomena ini menjadi dasar urgensi penelitian. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis hubungan pengetahuan dan dukungan keluarga (informasional, emosional, instrumental, dan penilaian) dengan kemandirian *personal hygiene* pada anak tunagrahita di Kota Bogor.

## METODE

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif *cross-sectional* (potong lintang). Desain ini dipilih karena tujuan penelitian adalah mengidentifikasi hubungan antarvariabel pada satu titik waktu tertentu, sesuai dengan ketersediaan subjek orang tua yang terdaftar pada tahun ajaran berjalan dan keterbatasan waktu pengumpulan data. Desain ini lazim digunakan untuk penelitian eksploratif hubungan pada populasi anak berkebutuhan khusus (Sitorus dan Utami, 2024; Parulian et al., 2020).

Penelitian dilaksanakan di Sekolah Luar Biasa Negeri di Kota Bogor pada Desember 2024 hingga Februari 2025. Populasi penelitian adalah seluruh orang tua yang memiliki anak tunagrahita dan terdaftar sebagai siswa di SLBN tersebut, sebanyak 73 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling*, sehingga seluruh populasi dijadikan subjek.

Kriteria inklusi: (1) orang tua kandung atau pengasuh utama yang tinggal serumah dengan anak; (2) anak terdiagnosis tunagrahita oleh psikolog atau dokter; (3) anak berusia 7–18 tahun; (4) bersedia menandatangani informed consent. Kriteria eksklusi: (1) orang tua yang tidak dapat

membaca atau memahami kuesioner; (2) anak dengan disabilitas ganda berat yang menghambat penilaian *personal hygiene*; (3) subjek yang tidak mengisi kuesioner secara lengkap.

Instrumen penelitian berupa kuesioner yang terdiri dari empat bagian: (1) karakteristik subjek dan anak; (2) pengetahuan orang tua tentang *personal hygiene* sebanyak 10 item pertanyaan dengan skoring dikotomi (benar = 1, salah = 0), dikategorikan menjadi pengetahuan baik (skor  $\geq 5$ ) dan kurang (skor 0–4); (3) dukungan keluarga sebanyak 40 item (10 item per dimensi: informasional, emosional, instrumental, penilaian) dengan skala Likert 1–4, dikategorikan menjadi baik (skor  $\geq 37$ ) dan kurang (skor 0–36) per dimensi; (4) kemandirian *personal hygiene* anak sebanyak 20 item dengan skala observasi 0–1, dikategorikan menjadi mandiri (skor  $\geq 15$ ) dan ketergantungan (skor 0–14). Kuesioner dikembangkan dari instrumen yang divalidasi pada penelitian sebelumnya (Parulian et al., 2020; Kartika et al., 2020) dan diadaptasi untuk konteks Kota Bogor.

Uji validitas menggunakan uji korelasi item-total pada 30 subjek uji coba di luar lokasi penelitian dengan nilai  $r$ -hitung  $> 0,361$  ( $r$ -tabel pada  $n=30$ ). Uji reliabilitas menggunakan *Cronbach's Alpha* menghasilkan: kuesioner pengetahuan 0,665; dukungan informasional 0,781; dukungan emosional 0,815; dukungan instrumental 0,837; dukungan penilaian 0,628; serta kemandirian 0,853. Nilai reliabilitas pada kuesioner pengetahuan (0,665) dan dukungan penilaian (0,628) berada pada kategori cukup dan masih dapat diterima untuk penelitian sosial-keperawatan yang bersifat eksploratif, sesuai pedoman yang menyatakan bahwa  $\alpha \geq 0,60$  dapat diterima pada penelitian eksploratif di bidang ilmu sosial dan kesehatan (Taber, 2018).

Prosedur pengumpulan data terdiri atas tujuh tahap: (1) pengajuan izin penelitian ke Dinas Pendidikan Kota Bogor dan kepala SLBN terkait; (2) penjelasan tujuan penelitian kepada calon subjek; (3) pemberian dan penandatanganan *informed consent*; (4) penjadwalan sesi pengisian kuesioner sesuai jam pulang sekolah; (5) pembagian kuesioner secara langsung dengan pendampingan peneliti untuk meminimalkan kesalahan interpretasi; (6) pengumpulan kembali kuesioner dan pemeriksaan kelengkapan; (7) tabulasi data. Penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan STIK Sint Carolus dengan nomor 195/KEPPKSTIKSC/XII/2024.

Analisis data menggunakan SPSS versi 27. Analisis univariat disajikan dalam distribusi frekuensi. Analisis bivariat menggunakan uji *chi-square* karena variabel independen dan dependen berskala kategorik nominal dan ordinal. Syarat penggunaan uji *Chi-square* diperiksa, yaitu tidak ada sel dengan *expected count*  $< 5$  lebih dari 20% dari total sel. Apabila syarat tersebut tidak terpenuhi, digunakan uji *Fisher's Exact Test* sebagai alternatif. Tingkat kemaknaan ditetapkan pada  $\alpha = 0,05$ .

## HASIL

### Karakteristik subjek

Berdasarkan Tabel 1, mayoritas dari 73 orang tua anak tunagrahita berada pada kelompok usia dewasa madya (41–65 tahun) sebesar 69,9% dan didominasi secara signifikan oleh perempuan atau ibu yaitu sebanyak 87,7%. Dari segi latar belakang pendidikan, sebagian besar orang tua menempuh pendidikan menengah (SMP/SMA) sebesar 47,9%, meskipun terdapat 32,9% yang sudah mencapai pendidikan tinggi. Sementara itu, karakteristik pekerjaan menunjukkan bahwa sebagian besar orang tua tidak bekerja (84,9%), yang mengindikasikan bahwa mayoritas subjek kemungkinan besar berperan penuh sebagai ibu rumah tangga atau fokus dalam pengasuhan anak di rumah.

**Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik orang tua anak tunagrahita (n=73)**

Karakteristik Subjek	n	%
<b>Usia</b>		
21-40 tahun dewasa awal	22	30,1
41-65 tahun dewasa madya	51	69,9
>65 tahun dewasa akhir	0	0
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	9	12,3
Perempuan	64	87,7
<b>Pendidikan</b>		
Pendidikan Dasar (SD)	14	19,2
Pendidikan Menengah (SMP/SMA)	35	47,9
Pendidikan Tinggi (Diploma/S1/S2/S3)	24	32,9
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak Bekerja	62	84,9
Bekerja	11	15,1

Sumber: Data primer, 2024-2025

Berdasarkan Tabel 2, mayoritas dari 73 anak tunagrahita berada pada kelompok usia anak-anak awal/sekolah dasar (7–12 tahun) sebesar 57,5% dan didominasi oleh anak berjenis kelamin laki-laki (53,4%). Dari segi tingkat intelektual (IQ), proporsi anak yang mengalami tunagrahita kategori ringan (IQ 52–69) dan sedang (IQ 36–51) memiliki jumlah yang sama besar, masing-masing sebanyak 45,2%, sementara sebagian kecil sisanya berada pada kategori berat (9,6%) dan tidak ada anak dalam kategori sangat berat. Secara keseluruhan, karakteristik ini menunjukkan bahwa subjek anak dalam penelitian ini didominasi oleh anak usia sekolah dasar berjenis kelamin laki-laki dengan tingkat keterbatasan intelektual yang mayoritas berada pada skala ringan hingga sedang.

**Tabel 2. Distribusi frekuensi karakteristik anak tunagrahita (n=73)**

Karakteristik Anak	n	%
<b>Usia</b>		
7-12 tahun	42	57,5
13-18 tahun	31	42,5
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	39	53,4
Perempuan	34	46,6
<b>Tingkat Intelektual (IQ)</b>		
IQ <20 Sangat Berat	0	0
IQ 21-35 Berat	7	9,6
IQ 36-51 Sedang	33	45,2
IQ 52-69 Ringan	33	45,2

Sumber: Data primer, 2024-2025

Berdasarkan Tabel 3, tingkat pengetahuan orang tua tentang *personal hygiene* anak tunagrahita menunjukkan bahwa mayoritas dari 73 responden berada pada kategori pengetahuan kurang, yaitu sebanyak 43 orang (58,9%). Sementara itu, sisanya sebanyak 30 orang (41,1%) memiliki tingkat pengetahuan yang dikategorikan baik. Data ini mengindikasikan bahwa masih banyak orang tua yang belum memiliki pemahaman yang

optimal mengenai pentingnya dan cara menjaga kebersihan diri yang tepat bagi anak dengan keterbatasan intelektual tersebut.

**Tabel 3. Distribusi frekuensi pengetahuan orang tua tentang *personal hygiene* anak tunagrahita (n=73)**

Pengetahuan	n	%
Pengetahuan kurang 0-4	43	58,9
Pengetahuan baik $\geq 4$	30	41,1

Sumber: Data primer, 2024-2025

Berdasarkan Tabel 4, secara keseluruhan tingkat dukungan keluarga terhadap anak tunagrahita dari seluruh dimensi dinilai masih didominasi oleh kategori kurang. Secara rinci, persentase dukungan dengan kategori kurang paling banyak ditemukan pada dimensi dukungan instrumental yaitu sebesar 57,5%, diikuti oleh dukungan penilaian sebesar 54,8%, serta dukungan informasional dan emosional yang memiliki proporsi sama besar yaitu masing-masing 52,1%. Meskipun hampir separuh dari 73 keluarga sudah mampu memberikan dukungan dengan kategori baik pada setiap dimensinya, data ini mengindikasikan bahwa sebagian besar orang tua atau keluarga masih perlu mengoptimalkan pemberian informasi, fasilitas materi, penilaian, maupun penguatan emosi dalam merawat anak tunagrahita mereka.

**Tabel 4. Distribusi frekuensi dukungan keluarga anak tunagrahita (n=73)**

Dukungan Keluarga	n	%
<b>Dukungan Informasional</b>		
Dukungan kurang 0-36	38	52,1
Dukungan baik $\geq 37$	35	47,9
<b>Dukungan Emosional</b>		
Dukungan kurang 0-36	38	52,1
Dukungan baik $\geq 37$	35	47,9
<b>Dukungan Instrumental</b>		
Dukungan kurang 0-36	42	57,5
Dukungan baik $\geq 37$	31	42,5
<b>Dukungan Penilaian</b>		
Dukungan kurang 0-36	40	54,8
Dukungan baik $\geq 37$	33	45,2

Sumber: Data primer, 2024-2025

Berdasarkan Tabel 5, tingkat kemandirian *personal hygiene* anak tunagrahita menunjukkan bahwa mayoritas dari 73 responden masih berada pada kategori ketergantungan, yaitu sebanyak 39 anak (53,4%). Sementara itu, hampir setengah dari total subjek, yaitu sebanyak 34 anak (46,6%), sudah mampu dikategorikan mandiri dalam merawat kebersihan diri mereka. Data ini mengindikasikan bahwa sebagian besar anak tunagrahita dalam penelitian ini masih membutuhkan bantuan, pendampingan, atau pengawasan dari orang tua atau pengasuh untuk melakukan aktivitas perawatan kebersihan diri sehari-hari.

**Tabel 5. Distribusi frekuensi kemandirian *personal hygiene* anak tunagrahita (n=73)**

Kemandirian	Frekuensi	Persentase (%)
Ketergantungan 0-14	39	53,4
Mandiri $\geq 15$	34	46,6

Sumber: Data primer, 2024-2025

### Hubungan pengetahuan orang tua dan dukungan keluarga dengan kemandirian *personal hygiene* anak tunagrahita

Tabel 6, bahwa proporsi anak yang mandiri justru lebih tinggi pada kelompok orang tua dengan pengetahuan kurang (53,5%) dibandingkan dengan kelompok dengan pengetahuan baik (36,7%). Hasil uji statistik menunjukkan  $p\text{-value} = 0,156 (>0,05)$  menunjukkan tidak terdapat hubungan bermakna antara pengetahuan orang tua dengan kemandirian *personal hygiene* anak.

**Tabel 6. Hubungan pengetahuan orang tua dengan kemandirian *personal hygiene* anak tunagrahita**

Pengetahuan	Kemandirian				Total n (%)	<i>p-value</i>
	Ketergantungan		Mandiri			
	n	%	n	%		
Kurang	20	46,5	23	53,5	43 (100)	0,156
Baik	19	63,3	11	36,7	30 (100)	

Keterangan: \*Uji *Chi-square*, signifikan jika  $p\text{-value} < 0,05$

Berdasarkan data pada Tabel 7, hasil uji *Chi-square* menunjukkan bahwa dari empat jenis dukungan orang tua, hanya dukungan emosional yang memiliki hubungan signifikan dengan kemandirian *personal hygiene* anak tunagrahita, ditunjukkan oleh  $p\text{-value} = 0,027$  (lebih kecil dari 0,05). Pada kelompok yang mendapatkan dukungan emosional baik, persentase anak yang mandiri jauh lebih tinggi (60,0%) dibandingkan kelompok dengan dukungan emosional kurang (34,2%). Hal ini mengindikasikan bahwa perhatian, kasih sayang, dan penguatan emosi dari orang tua menjadi faktor pendorong utama yang efektif bagi anak untuk belajar merawat kebersihan dirinya secara mandiri.

**Tabel 7. Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *personal hygiene* anak tunagrahita (n=73)**

Dukungan keluarga	Kemandirian				Total n (%)	<i>p-value</i>
	Ketergantungan		Mandiri			
	n	%	n	%		
<b>Informasional</b>						
Kurang	23	60,5	15	39,5	38 (100)	0,205
Baik	16	45,7	19	54,3	35 (100)	
<b>Emosional</b>						
Kurang	25	65,8	13	34,2	38 (100)	0,027*
Baik	14	40,0	21	60,0	35 (100)	
<b>Instrumental</b>						
Kurang	24	57,1	18	42,9	42 (100)	0,459
Baik	15	48,4	16	51,6	31 (100)	
<b>Penilaian</b>						
Kurang	22	55,0	18	45,0	40 (100)	0,766
Baik	17	51,5	16	48,5	33 (100)	

Keterangan: \*Uji *Chi-square*, signifikan jika  $p\text{-value} < 0,05$

Di sisi lain, tiga jenis dukungan lainnya, yaitu dukungan informasional ( $p\text{-value} = 0,205$ ), dukungan instrumental ( $p\text{-value} = 0,459$ ), dan dukungan penilaian ( $p\text{-value} = 0,766$ ) secara statistik terbukti tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kemandirian anak karena  $p\text{-value}$  ketiganya berada di atas 0,05. Meskipun secara persentase kelompok dukungan "baik" cenderung menghasilkan proporsi anak mandiri yang sedikit lebih tinggi, perbedaannya

tidak cukup kuat secara statistik. Hal ini menunjukkan bahwa penyediaan informasi, fasilitas materi, maupun koreksi tindakan dari orang tua belum mampu berdampak nyata pada kemandirian anak tunagrahita jika tidak diiringi dengan kedekatan dan dukungan emosional yang kuat.

## PEMBAHASAN

### **Hubungan pengetahuan orang tua dengan kemandirian *personal hygiene***

Pengetahuan orang tua dalam penelitian ini tidak menunjukkan hubungan bermakna dengan kemandirian *personal hygiene* anak tunagrahita ( $p = 0,156$ ). Hasil ini sejalan dengan [Sitorus dan Utami \(2024\)](#) yang menemukan bahwa keberhasilan pelatihan kemandirian ADL pada anak Down syndrome lebih ditentukan oleh konsistensi dan kesabaran orang tua dalam mendampingi anak secara berulang, dibandingkan dengan tingkat pengetahuan teoritis yang dimiliki. Dalam kerangka teori kemandirian [Bandura \(1997\)](#), pengetahuan kognitif merupakan komponen *knowledge structures*, namun belum cukup tanpa *enactive mastery experience* yang berulang.

Faktor lain yang lebih dominan memengaruhi kemandirian anak tunagrahita kemungkinan meliputi tingkat intelektual anak (sebagian besar berada pada IQ sedang dan ringan), pembiasaan harian, pola pengasuhan, serta dukungan emosional yang diberikan secara konsisten. Mayoritas subjek berpendidikan menengah (47,9%) yang sebenarnya memberikan dasar pemahaman yang cukup, namun pengetahuan tersebut belum tentu diterjemahkan menjadi praktik pelatihan rutin di rumah. [Parulian et al. \(2020\)](#) juga melaporkan temuan serupa, bahwa pemahaman teoritis tanpa pendampingan praktis tidak meningkatkan kemandirian anak.

### **Hubungan dukungan informasional dengan kemandirian *personal hygiene***

Dukungan informasional tidak menunjukkan hubungan bermakna dengan kemandirian anak ( $p = 0,205$ ). Temuan ini sejalan dengan [Parulian et al. \(2020\)](#) yang melaporkan  $p = 0,754$  pada variabel serupa. [Mubarok et al. \(2022\)](#) menjelaskan bahwa informasi mampu menstimulasi anak hanya jika disampaikan secara konsisten dan berulang dengan instruksi langsung. Pada penelitian ini, keluarga umumnya sudah memberikan informasi, namun belum cukup intensif dalam menerjemahkan informasi tersebut menjadi praktik berulang. Hal ini mengindikasikan bahwa transfer informasi semata belum cukup untuk membentuk kemandirian; diperlukan instruksi langsung dengan demonstrasi nyata seperti latihan mencuci tangan dan menggosok gigi secara bersama.

### **Hubungan dukungan emosional dengan kemandirian *personal hygiene***

Dukungan emosional merupakan satu-satunya variabel yang menunjukkan hubungan bermakna ( $p = 0,027$ ). Proporsi anak mandiri pada kelompok dukungan emosional baik (60,0%) jauh lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok dukungan emosional kurang (34,2%). Temuan ini mengarah pada mekanisme psikologis sebagai berikut: dukungan emosional dalam bentuk afeksi, pujian, kesabaran, dan pendampingan meningkatkan rasa aman dan rasa dihargai anak; rasa aman tersebut meningkatkan *self-efficacy* anak ([Bandura, 1997](#)); peningkatan *self-efficacy* mendorong motivasi intrinsik untuk mencoba dan melakukan *personal hygiene* secara mandiri. Pada anak tunagrahita yang umumnya memiliki keterbatasan dalam memproses informasi kognitif, jalur afektif menjadi jalur paling efektif untuk membentuk perilaku adaptif.

Temuan ini diperkuat oleh [Kartika et al. \(2020\)](#) yang menemukan bahwa 56,4% orang tua memberikan dukungan emosional, dan oleh [Mubarok et al. \(2022\)](#) yang menunjukkan bahwa apresiasi dalam bentuk pujian dapat membantu membangun kepercayaan diri anak. [Sitorus dan Utami \(2024\)](#) juga menegaskan bahwa ekspresi kasih sayang dan ketelatenan orang

tua merupakan faktor utama keberhasilan pelatihan kemandirian pada anak berkebutuhan khusus. Implikasi praktis dari temuan ini adalah bahwa intervensi peningkatan kemandirian *personal hygiene* anak tunagrahita sebaiknya memprioritaskan penguatan kapasitas emosional keluarga, bukan semata-mata penyuluhan kognitif.

### **Hubungan dukungan instrumental dengan kemandirian *personal hygiene***

Dukungan instrumental tidak menunjukkan hubungan bermakna ( $p = 0,459$ ). Penyebab utama yang mungkin: dukungan instrumental dalam penelitian ini sebagian besar terbatas pada penyediaan alat fisik (sabun, sikat gigi, handuk), tanpa diiringi intervensi terstruktur seperti jadwal rutin, panduan visual, atau konsultasi dengan ahli. Data menunjukkan rendahnya pemberian jadwal rutin (42,5%), panduan gambar (34,2%), dan konsultasi ahli (32,9%). Nurhayati et al. (2023) menyebut fenomena ini sebagai delegasi pengasuhan ke sekolah: orang tua cenderung mengandalkan pelatihan di SLB tanpa replikasi di rumah. Akibatnya, fasilitas fisik tersedia tetapi tidak menjadi habit-formation karena tidak ada konsistensi penggunaan.

### **Hubungan dukungan penilaian dengan kemandirian *personal hygiene***

Dukungan penilaian juga tidak menunjukkan hubungan bermakna ( $p = 0,766$ ). Meskipun mayoritas keluarga (90,4%) menyatakan telah memberikan dukungan positif melalui pujian dan *reward*, data mendalam menunjukkan bahwa 17,8% subjek belum memberi anak kesempatan untuk melakukan perawatan diri secara mandiri. Hal ini menimbulkan kontradiksi: penilaian positif diberikan, tetapi anak tidak diberi kesempatan untuk menampilkan perilaku yang dinilai. Akibatnya, dukungan penilaian menjadi simbolik dan tidak menghasilkan penguatan perilaku (*operant reinforcement*) yang nyata. Implikasinya, keluarga perlu memberikan ruang trial-and-error pada anak agar siklus perilaku–penilaian–penguatan dapat berjalan.

### **Keterbatasan penelitian**

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan: (1) jumlah sampel relatif kecil ( $n=73$ ) dan terbatas pada SLBN di Kota Bogor, sehingga generalisasi terbatas; (2) desain *cross-sectional* tidak dapat menjelaskan hubungan sebab-akibat; (3) pengukuran menggunakan kuesioner self-report berpotensi menimbulkan bias keinginan sosial (*social desirability bias*); (4) variabel lain yang berpotensi memengaruhi kemandirian, seperti tingkat intelektual anak, durasi pendidikan di SLB, pola asuh, dan dukungan teman sebaya, belum dianalisis secara multivariat; (5) reliabilitas pada kuesioner pengetahuan dan dukungan penilaian berada pada kategori cukup, sehingga hasil pada dua variabel ini perlu ditafsirkan dengan hati-hati.

### **Implikasi praktis**

Hasil penelitian ini memiliki implikasi langsung bagi: (1) orang tua anak tunagrahita, untuk memprioritaskan pemberian dukungan emosional dalam bentuk afeksi konsisten dan pendampingan sabar; (2) guru pendidikan khusus, untuk melibatkan orang tua dalam program kemandirian *personal hygiene* melalui kemitraan rumah-sekolah; (3) perawat komunitas, untuk merancang program edukasi keluarga yang menitikberatkan pada penguatan kapasitas emosional dan keterampilan pendampingan, bukan semata transfer pengetahuan; (4) program kesehatan sekolah, untuk mengintegrasikan latihan *personal hygiene* rutin dengan komponen apresiasi emosional yang terstruktur.

## **KESIMPULAN**

Mayoritas anak tunagrahita di Kota Bogor berada dalam kategori ketergantungan dalam melakukan *personal hygiene*. Sebagian besar orang tua memiliki tingkat pengetahuan yang

masih kurang, dan keempat dimensi dukungan keluarga juga didominasi oleh kategori kurang. Di antara variabel yang diteliti, dukungan emosional keluarga merupakan dimensi yang paling berperan terhadap kemandirian *personal hygiene* anak. Sementara itu, pengetahuan orang tua serta dukungan informasional, instrumental, dan penilaian belum cukup berperan untuk meningkatkan kemandirian anak. Temuan ini menegaskan bahwa kemandirian anak tunagrahita lebih banyak dibentuk oleh kehadiran afektif dan konsistensi pendampingan keluarga di rumah dibandingkan dengan pemahaman teoritis atau ketersediaan fasilitas semata.

### SARAN

Bagi keluarga: memprioritaskan penguatan dukungan emosional anak melalui afeksi, pujian, dan pendampingan latihan rutin di rumah, serta memberikan kesempatan kepada anak untuk melakukan *personal hygiene* secara mandiri. Bagi institusi pendidikan (SLB): mengembangkan program kemitraan rumah-sekolah yang melibatkan orang tua dalam latihan *personal hygiene*, disertai pelatihan keterampilan pendampingan emosional. Bagi tenaga kesehatan dan perawat komunitas: merancang intervensi edukasi keluarga berfokus pada penguatan kapasitas emosional, bukan semata-mata transfer informasi, serta melakukan pendampingan berkelanjutan. Bagi pemerintah daerah dan program kesehatan sekolah: mengintegrasikan komponen kemandirian *personal hygiene* anak berkebutuhan khusus ke dalam program kesehatan sekolah dan posyandu remaja disabilitas. Bagi penelitian selanjutnya: mengkaji faktor-faktor lain seperti tingkat intelektual anak, pola asuh, motivasi anak, durasi pelatihan di SLB, dan dukungan lingkungan sekolah; menggunakan desain longitudinal atau quasi-eksperimen untuk menguji efektivitas intervensi dukungan emosional; serta memperluas cakupan ke beberapa kabupaten/kota agar generalisasi lebih kuat.

### DAFTAR PUSTAKA

- [Balitbangkes] Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan., 2018. Hasil Utama Riskesdas 2018. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Bandura, A., 1997. *Self-efficacy: The Exercise of Control*. W.H. Freeman, New York.
- [BPS] Badan Pusat Statistik., 2022. *Statistik Penduduk Penyandang Disabilitas Indonesia 2022*. Badan Pusat Statistik, Jakarta.
- [Dinsos] Dinas Sosial., 2022. *Jumlah Data Penyandang Disabilitas di Kota Bogor*. Dinas Sosial Kota Bogor, Jawa Barat.
- Kartika, Y.E., Nurhidayah, I., Hendrawati, H., 2020. Dukungan Keluarga dalam Kemandirian Perawatan Diri Anak Retardasi Mental Ringan di SLB-C YKB Garut. *Jurnal Kesehatan Saelmakers Perdana* 3(2), 214–221. <https://journal.ukmc.ac.id/index.php/joh/article/view/86>
- Makaminan, F.M., Sari, T.H., Suci, W.P., 2023. Hubungan Dukungan Orang Tua dengan Kemandirian Anak Tunagrahita Ringan di SLBN Kota Pekanbaru. *Journal of Education Religion Humanities and Multidisciplinary* 1(2), 248–255. <https://doi.org/10.57235/jerumi.v1i2.1297>
- Mubarok, Z., Anggraini, M.T., Noviasari, N.A., 2022. Hubungan Family Support System terhadap Kemandirian Activity of Daily Living Anak Tunagrahita di Kota Semarang. *Medica Arterian* 4(1), 1-26. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/MedArt/article/view/8964/pdf>
- Nurhayati, S., Harmiasih, S., Kaeksi, Y.T., Yunitasari, S.E., 2023. Dukungan Keluarga dalam Merawat Anak Berkebutuhan Khusus: Literature Review. *Jurnal Ilmiah Ilmu Pendidikan* 6(11), 8606–8614. <https://doi.org/10.54371/jiip.v6i11.3149>

- Parulian, K.R., Supriyanti, S.I., Supardi, S., 2020. Hubungan Karakteristik Anak, Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Personal Hygiene Anak Tunagrahita. *Carolus Journal of Nursing* 2(2), 177–188.
- [PP] Peraturan Pemerintah., 2019. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 70 Tahun 2019 tentang Perencanaan, Penyelenggaraan, dan Evaluasi terhadap Penghormatan, Perlindungan, dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas. Peraturan Pemerintah RI, Jakarta.
- Sari, P.J.B., Kusuma Negara, I.M.K.N., Endra Susanta, I.P.A., 2022. Kemandirian Personal Hygiene pada Disabilitas di SLB D YPAC Bali. *Jurnal Riset Kesehatan Nasional* 6(1), 31–35. <https://doi.org/10.37294/jrkn.v6i1.345>
- Sitorus, R., Utami, T.A., 2024. Pengalaman Orang Tua Melatih Kemandirian Aktivitas Sehari-Hari pada Anak Down Syndrome. *Jurnal Keperawatan Cikini* 5(1), 86–97. <https://jurnal.stikespgicikini.ac.id/index.php/JKC/article/view/158>
- Suharsiwi, S., 2017. Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus. CV Prima Print, Yogyakarta.
- Taber, K.S., 2018. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education* 48, 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Tonara, A., Miko, N.A., Efendi, A., 2023. Peran Keluarga pada Tingkat Kemandirian Personal Hygiene Anak Tunagrahita. *Journal of Educational Multidisciplinary Research* 2(2), 38–49. <https://doi.org/10.56921/jumper.v2i2.92>
- Usup, U., Madi, M.S., Hataul, S., Satiawati, C., 2023. Pengaruh Teman Sejawat terhadap Anak Berkebutuhan Khusus (ABK). *Jurnal Pendidikan Indonesia* 4(02), 196–204. <https://japendi.publikasiindonesia.id/index.php/japendi/article/view/1612>
- Utami, T.A., Yulisa, I., Neonbeni, Y., 2022. Promosi Kesehatan Mencegah Infeksi Saluran Pernapasan Atas dengan Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. *Media Sosialisasi Abdimas Widya Karya* 7(1), 7–13. <https://asawika.journalwidyakarya.ac.id/index.php/asawika/article/view/81>
- [WHO] World Health Organization., 2023. Disability. World Health Organization, Geneva.