

STUDI PERBANDINGAN KUALITAS HIDUP ANTARA REMAJA TUNANETRA DAN REMAJA AWAS DI KOTA BANDUNG DAN CIMAH

Novi Samiasih, Marisa Fransiska Moeliono, Fredrick Dermawan Purba

Universitas Padjadjaran Bandung Jawa Barat, Indonesia

Samiovi99@gmail.com, marisafm@unpad.ac.id, dfredrick.purba@unpad.ac.id

*Penulis Korespondensi: saminovi99@gmail.com

ABSTRAK

Kualitas hidup merupakan penilaian seseorang tentang hidupnya serta menikmati segala peristiwa selama hidupnya. Remaja perlu memiliki kualitas hidup yang baik untuk menikmati kehidupan yang dirasakan dan merasakan peluang untuk perubahan atau peningkatan diri, begitupun dengan remaja tunanetra walaupun memiliki keterbatasan fisik. Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk melihat adakah perbedaan kualitas hidup antara remaja tunanetra dengan remaja awas. Data dikumpulkan dari 155 remaja ($n = 155$), 50 remaja tunanetra dan 105 remaja awas dengan teknik pengambilan *purposive sampling*. Kualitas hidup dinilai dengan kuesioner *Pediatric Quality Of Life pada Inventory (PedsQL) Generic Score versi 4.0*. yang mencakup empat domain kualitas hidup yaitu domain fisis yang terkait dengan kesehatan, domain psikologis yang terkait dengan emosional, domain sosial, dan domain fungsi lingkungan sekolah. Hasil dari uji *t-test* menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan rerata skor total kualitas hidup remaja tunanetra dengan remaja awas ($t: -2,317$; $P\text{-value}: 0,022$, $df: 153$). Terdapat perbedaan pada domain fisik yang mana remaja awas memiliki skor lebih tinggi dibandingkan dengan remaja tunanetra hal ini dikarenakan adanya keterbatasan fisik yang dimiliki oleh remaja tunanetra menghambat untuk melakukan aktivitas dengan ruang gerak yang luas dibandingkan dengan remaja awas. Sedangkan pada domain sosial juga terdapat perbedaan yang signifikan pada remaja tunanetra melaporkan lebih banyak mengalami kesulitan dalam berinteraksi di lingkungan sosial terutama saat berinteraksi dengan remaja awas. Hasil penelitian ini sangat berguna untuk mengidentifikasi bagaimana cara optimal dalam mengembangkan aspek-aspek perkembangan remaja khususnya siswa tunanetra sehingga dapat mencapai kualitas hidup yang baik.

Kata kunci; kualitas hidup; remaja; tunanetra; awas atau normal

ABSTRACT

Quality of life is a person's assessment of his life and enjoying all events during his life. Adolescents need to have a good quality of life to enjoy the life that is felt and feel opportunities for change or self-improvement, as well as blind adolescents even though they have physical limitations. The main objective of this study was to see whether there were differences in the quality of life between blind adolescents and normal adolescents. Data were collected from 155 adolescents ($n = 155$), 50 blind adolescents and 105 normal adolescents using the purposive sampling technique. Quality of life was assessed using the Pediatric Quality Of Life Inventory (PedsQL) Generic Score version 4.0 questionnaire. which includes four domains of quality of life, namely the physical domain related to health, psychological domain related to the emotional, social domain, and the domain of school environment function. The results of the t-test showed that there was a significant difference in the mean total score of the quality of life of blind adolescents with normal adolescents ($t: -2,317$; P -

value: 0,022, df: 153). There is a difference in the physical domain in which normal adolescents have a higher score than adolescents with visual impairment, this is due to the physical limitations possessed by blind adolescents which prevent them from carrying out activities with more space than normal adolescents. As well as in the social domain there is also a significant difference in adolescents with visual impairments who report more difficulties in interacting in social environments, especially when interacting with normal adolescents. The results of this study are very useful for identifying how to optimally develop aspects of adolescent development, especially blind students so that they can achieve a good quality of life.

Keywords: *Quality of life; Adolescents; visual impairment*

PENDAHULUAN

Menurut perkiraan World Health Organization (WHO) pada tahun 2014 ada 285 juta orang di dunia dengan gangguan penglihatan dengan 39 juta diantaranya buta. Data tersebut menunjukkan prevalensi gangguan penglihatan sekitar 4% dan kebutaan sekitar 5% (Vuletić et al., 2016).

Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 tunanetra merupakan bagian dari penyandang disabilitas fisik. Tunanetra atau lebih dikenal gangguan penglihatan (*visual impairment*) terbagi menjadi dua kategori yaitu *low vision* dan *blindness*. WHO (2007) mengemukakan bahwa *low vision* didefinisikan sebagai ketajaman visual kurang dari 6/18 tetapi sama dengan atau lebih baik dari 3/60, atau medan pandang (wilayah cakupan penglihatan) sebesar 20 derajat atau di mata yang lebih baik dengan koreksi terbaik. Kebutaan (*blindness*) didefinisikan sebagai ketajaman visual kurang dari 3/60, atau medan pandang (wilayah cakupan penglihatan) sebesar 10 derajat atau kurang pada mata terbaik. Disabilitas tunanetra

memiliki dampak secara langsung maupun tidak langsung terhadap penyandanginya.

Menurut (Perempuan, 2013) menjelaskan bahwa anak yang mengalami keterbatasan atau keluarbiasaan, baik fisik, mental-intelektual, sosial, maupun emosional, yang berpengaruh secara signifikan dalam proses pertumbuhan atau perkembangan dibandingkan dengan anak-anak lain yang seusia dengannya. Hambatan fisik menghalangi seseorang mengerjakan apa yang dilakukan oleh orang lain pada usia yang sama sehingga dapat menggagalkan penguasaan tugas-tugas perkembangan untuk sebagian atau secara total (Hurlock, 2010).

Menurut (Lilienfeld et al., 2010) mengatakan bahwa kehilangan penglihatan di usia dewasa awal menjadi salah satu bentuk cacat fisik yang menghambat tugas perkembangan individu. Hilangnya indera penglihatan menurut (Lowenfeld, 1973) menimbulkan tiga keterbatasan, yaitu keterbatasan dalam hal luas dan variasi pengalaman, keterbatasan dalam hal bergerak, dan keterbatasan dalam hal interaksi dengan lingkungan.

Hambatan yang dialami oleh tunanetra karena fungsi penglihatannya terganggu memunculkan masalah-masalah pada perkembangannya. Gangguan penglihatan pada individu, terlebih pada anak yang dalam usia sekolah berdampak pada keseluruhan aspek kehidupan: fisik, psikologis, sosial dan juga performa di sekolah (Langelaan et al., 2007). Keseluruhan domain tersebut menggambarkan bagaimana kualitas hidup seseorang yang mengalami gangguan penglihatan.

World Health Organization (1994) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu mengenai posisi di dalam hidup dalam konteks kebudayaan dan sistem – sistem nilai, pada tempat tinggalnya dan berhubungan dengan tujuan, harapan, standar, dan konsentrasi mereka. Menurut WHOQOL Group (1998), kualitas hidup memiliki enam aspek yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, hubungan dengan lingkungan, dan keadaan spiritual. WHOQoL ini kemudian dibuat lagi menjadi WHOQoL –BREF dimana enam aspek tersebut dipersempit menjadi empat aspek yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan (Skevington et al., 2004). Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan dan bantuan medis, energi dan kelelahan, mobilitas (keadaan mudah bergerak), sakit

dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja. Kesejahteraan psikologis mencakup bodily image dan appearance, perasaan positif, perasaan negatif, self esteem, spiritual/agama/keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi. Hubungan sosial mencakup hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual. Sedangkan aspek lingkungan yaitu tempat tinggal individu, termasuk di dalamnya keadaan, tersedianya tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk di dalamnya adalah sarana dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan.

Menurut (Wong, H. B., Machin, D., Wong, T.Y., & SAW, 2009) menunjukkan hasil bahwa remaja dengan gangguan penglihatan memang mengalami gangguan kualitas hidup pada remaja di Singapura. Penelitian yang dilakukan oleh (Ongtango et al., 2018) di Filipina secara keseluruhan didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara kualitas hidup dan gangguan penglihatan. Adapun penelitian yang membandingkan kualitas hidup antara remaja dengan gangguan penglihatan dengan anak normal yang dilakukan oleh (Kordestani et al., 2014) di Iran menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan skor kualitas hidup antara remaja tunanetra yang blindness dengan remaja yang awas (normal). Belum ditemukan

penelitian yang membandingkan kualitas hidup remaja tunanetra dengan remaja awas di Indonesia.

Hasil wawancara data awal yang didapat melalui wawancara yang pada 5 remaja tunanetra dengan 5 remaja awas menggambarkan fenomena yang sejalan dengan penelitian-penelitian yang dipaparkan sebelumnya yaitu ada hambatan bagi remaja tunanetra dalam beberapa aspek yaitu fisik (misal dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti mencuci baju, memasak), sosial (misal merasa canggung, merasa tidak nyaman dan kurang percaya diri ketika bermain dengan teman-teman yang awas) dan sekolah (misal merasa kesulitan untuk berkonsentrasi ketika mengikuti dan mengerjakan pelajaran yang sulit seperti matematika dan Bahasa Inggris) yang jarang ditemui oleh remaja yang awas. Pada aspek psikologis, baik remaja tunanetra maupun remaja awas menyatakan jarang mengalami keresahan, ketakutan atau kesedihan. Berdasarkan pemaparan data di atas, peneliti melakukan perbandingan kualitas hidup antara remaja tunanetra dengan remaja awas di kota Bandung dan kota Cimahi.

METODE

Jenis penelitian adalah kuantitatif komparatif dengan menggunakan metode survei. Penelitian ini dilakukan dari bulan Desember 2019 sampai februari 2020 di enam sekolah. Dua sekolah luar biasa, dua sekolah menengah pertama, dan dua sekolah

menengah atas di kota Bandung dan Cimahi pada tahun ajaran 2019/2020.

1. Alat Ukur

Alat ukur yang digunakan adalah *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL) versi 4.0. Instrumen PedsQL 4.0 modul generik telah digunakan pada 25.000 anak beserta orang tuanya dan telah diterjemahkan ke dalam 60 bahasa. Alat ukur ini memiliki cakupan umur yang luas yaitu 2-18 tahun, dan adanya pengelompokan umur berdasarkan sub grup umur. Alat ukur ini tersedia untuk berbagai rentang usia anak, yaitu 5-7 tahun, 8-12 tahun, dan 13-18 tahun (Varni & Limbers, 2009). Terdapat 23 pertanyaan untuk mengukur empat skala multidimensi yaitu fungsi fisik (8 pertanyaan), fungsi emosional (5 pertanyaan), fungsi sosial (5 pertanyaan), dan fungsi sekolah (5 pertanyaan).

Kuesioner ini menanyakan perasaan partisipan yang dirasakan selama 30 hari terakhir (Varni et al., 2005). Respon dari partisipan terhadap masing-masing item pada kuesioner diberikan dalam 5 skala, yaitu 0 tidak pernah, 1 hampir tidak pernah, 2 kadang-kadang, 3 sering, dan 4 hampir selalu. Setiap skala yang diberikan akan ditransformasi ke dalam skor 1-100 (0=100; 1=75, 2=50, 3=25; 4=0). Semakin tinggi nilainya, maka semakin baik kualitas hidup partisipan. Total dari 23 pertanyaan tersebut didapatkan tiga hasil akhir yaitu: (1) skor total (*total summary*

18 Samiasih, N., Moeliono, M, F., Purba., F, D., Studi Perbandingan Kualitas Hidup Antara Remaja Tunanetra dan Remaja Awas Di Kota Bandung Dan Cimahi

score) yang merupakan hasil dari penjumlahan nilai item dibagi jumlah item yang dijawab pada semua skala, (2) skor kesehatan fisik (*physical health summary*) yang sama dengan rata-rata subskala fungsi fisik, dan (3) skor kesehatan psikososial (*psychosocial health summary*) yang dihitung dari jumlah nilai item dibagi jumlah item yang dijawab pada subskala fungsi emosional, sosial, dan sekolah (Varni et al., 2005).

2. Partisipan

Jumlah seluruh responden dalam penelitian ini ada 155 remaja, yaitu remaja tunanetra sebanyak 50 orang dan remaja awas sebanyak 105 orang. Umur remaja yang diambil dari rentang usia 12-21 tahun. Umur remaja tunanetra yang sekolah pada jenjang sekolah menengah berbeda dengan umur remaja pada

umumnya. Umur remaja tunanetra pada umumnya dari rentang 12-21 tahun. Sehingga yang menjadi partisipan adalah seluruh siswa menengah pada siswa tunanetra.

3. Teknik analisis data

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan analisis *uji t-test independent sample*, untuk membandingkan nilai rata-rata kualitas hidup maupun setiap aspek kualitas hidup fisik, emosi, sosial, dan lingkungan sekolah. Selain itu dilakukan juga uji beda skor total kualitas hidup berdasarkan data demografi dari responden menggunakan uji *independent sample t-test* (berdasarkan jenis kelamin) dan *Anova* (usia, tingkat pendidikan, kondisi mata, dan tempat tinggal).

Tabel 1
Data demografi responden

Data demografi	Remaja Tunanetra		Remaja awas		Jumlah	
	F	%	F	%	F	%
Jenis kelamin						
Laki - laki	26	16,8	61	39,4	87	56
Perempuan	24	15,5	44	28,4	68	44
Umur						
12 tahun	1	0,6	0	0	1	0,6
13 tahun	7	4,5	3	1,9	10	6,5
14 tahun	6	3,9	25	16,1	31	20
15 tahun	5	3,2	23	14,8	28	18,1
16 tahun	7	4,5	37	23,9	44	28,4
17 tahun	5	3,2	16	10,3	21	13,5
18 tahun	7	4,5	1	0,6	8	5,2
19 tahun	7	4,5	0	0	7	4,5
20 tahun	3	1,9	0	0	3	1,9
21 tahun	2	1,3	0	0	2	1,3

Data demografi	Remaja Tunanetra		Remaja awas		Jumlah	
	F	%	F	%	F	%
Pendidikan						
SD	4	2,6	0	0	4	2,5
SMP	20	12,9	41	26,5	61	39,4
SMA	26	16,8	64	41,3	90	58,1
Kondisi mata						
<i>Blind</i>	22	14,2	0	0	22	14,2
<i>Low vision</i>	28	18,1	0	0	28	18,1
Awas	0	0	105	67,5	105	67,5
Tempat tinggal						
Asrama	36	23,2	0	0	36	23,2
Rumah	12	7,7	105	67,5	117	75,5
Kos	2	1,3	0	0	2	1,3

Berdasarkan tabel 1 diperoleh bahwa mayoritas responden adalah berjenis kelamin laki-laki sebanyak 87 orang (56%), dengan jumlah laki-laki pada remaja tunanetra sebanyak 26 orang (16,8%) sedangkan pada remaja awas sebanyak 61 orang (39,4%). Selanjutnya berdasarkan usia responden adalah usia remaja dari usia 12-21 tahun. Jumlah responden terbanyak berdasarkan usia ada pada usia 16 tahun sebanyak 44 orang (28,4 %).

Berdasarkan rata-rata usia responden maka tingkat pendidikan sebagian besar ada pada tingkat Sekolah Menengah Atas (58,1%) pada remaja tunanetra sebanyak 26 orang (16,8%) dan remaja awas sebanyak 64 orang (41,3%), selanjutnya responden yang berada di Sekolah Menengah Pertama sebanyak 20 orang (12,9%) remaja tunanetra dan 41 orang (26,5%) remaja awas. Terdapat 4 orang (2,6%) dari remaja tunanetra yang masih berada dijenjang

pendidikan Sekolah Dasar, akan tetapi dari segi usia sudah memenuhi sebagai subjek penelitian yaitu remaja.

Kondisi mata pada remaja tunanetra dibagi menjadi dua kategori yaitu totally blind (14,2%) dan low vision (18,1%). Sedangkan pada remaja awas seluruh responden sebanyak 105 orang (67,5%) memiliki kondisi mata yang normal tidak ada gangguan pada fungsi penglihatannya.

Berdasarkan tabel 1 dipaparkan bahwa remaja tunanetra yang tinggal di asrama berjumlah 36 orang (23,2%), yang tinggal di rumah dengan orang tua berjumlah 12 orang (7,7%), dan yang tinggal sendiri atau kos berjumlah 2 orang (1,3%). Sedangkan pada remaja awas tidak ada yang tinggal di asrama atau kos, seluruh responden berjumlah 105 (67,5%) tinggal di rumah.

Tabel 2
Gambaran deskriptif dan hasil uji beda Kualitas hidup antara remaja tunanetra dan remaja awas

Aspek kualitas Hidup	Remaja Tunanetra		Remaja awas		Statistik	
	Rata-rata	Standar deviasi	Rata-rata	Standar deviasi	t	P-value
Skor total	66,9	9,146	70,3	9,084	-2,317	0,022
Fisik	74,56	13,462	78,20	12,153	-2,523	0,013
Emosi	58,80	16,212	60,21	13,897	-1,230	0,220
Sosial	70,96	15,171	77,04	14,390	-2,594	0,010
Sekolah	62,66	11,218	62,95	12,948	-0,75	0,784

Tabel 2 menunjukkan gambaran skor total kualitas hidup dan skor aspek-aspek kualitas hidup remaja tunanetra dan remaja awas, juga hasil perbandingan antara kedua kelompok. Dapat dilihat bahwa kualitas hidup remaja tunanetra (rata-rata: 66,90) berbeda signifikan dengan remaja awas (rata-rata: 70,30) jika melihat dari skor totalnya (t: -2,317; P-value: 0,022). Jika melihat dari aspek kualitas hidup yang

berbeda, maka terdapat perbedaan signifikan dalam aspek fisik (t: -2,523; P-value: 0,013) dan aspek sosial (t: 2,594; P-value: 0,010) antara remaja tunanetra dan remaja awas. Dua aspek lain: emosi (t: -2,523; P-value: 0,013) dan sekolah (t: -0,75; P-value: 0,784) tidak menunjukkan perbedaan signifikan antara kedua kelompok.

Tabel 3
Gambaran deskriptif dan hasil uji beda Kualitas hidup antara kelompok demografi

	Skor Total	Fisik	Psikologis	Sosial	Sekolah	P-value
Jenis kelamin						
Laki-laki	70,76	79,85	63,71	73,96	62,90	0,023
Perempuan	67,33	73,41	54,70	76,51	63,27	
Usia						
12 Tahun	59,00	63,00	35,00	75,00	65,00	0,331
13 tahun	68,09	74,55	57,72	75,45	65,00	
14 tahun	68,50	76,83	59,66	74,16	63,83	
15 tahun	70,82	78,20	63,33	75,00	65,50	
16 tahun	71,00	80,83	60,58	76,16	61,04	
17 tahun	68,20	74,28	57,61	77,38	60,47	
18 tahun	71,52	73,87	59,12	81,87	70,00	
19 tahun	62,66	72,83	50,83	65,83	60,83	
20 tahun	61,00	63,66	63,33	61,00	55,33	
21 tahun	65,50	75,00	60,00	62,50	65,00	
Pendidikan						
SD	65,75	72,00	56,25	68,75	66,25	0,345
SMP	68,19	76,06	59,75	74,18	63,49	
SMA	70,13	77,90	59,92	75,97	62,64	

	Skor Total	Fisik	Psikologis	Sosial	Sekolah	P-value
Kondisi Mata						
Low vision	66,54	72,66	61,87	68,04	63,79	0,088
Blind	67,19	76,30	55,96	73,65	62,88	
Awes	70,39	78,20	60,21	77,04	62,95	
Tempat tinggal						
Asrama	66,41	74,02	58,75	69,52	63,50	0,079
Rumah	70,21	78,00	60,32	76,58	63,11	
Kos	64,50	73,50	45,00	87,50	52,50	

Tabel 3 menunjukkan gambaran skor total kualitas hidup dan skor aspek-aspek kualitas hidup remaja tunanetra dan remaja awes, juga hasil perbandingan antara kedua kelompok berdasarkan data demografis. Data menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan antara laki-laki (rata-rata 70,76) dengan perempuan (rata-rata 67,33) dengan p-value 0,023 lebih kecil dari 0,05. Sedangkan dari hasil data demografi empat aspek lain; usia (p-value 0,331) dengan skor rata-rata tertinggi pada usia 18 tahun (71,52) dan skor terendah pada usia 12 tahun (59,00), pendidikan (p-value 0,345) dengan skor rata-rata tertinggi pada jenjang SMA (70,13) dan terendah pada jenjang SD (65,75), kondisi mata (p-value 0,008) dengan skor rata-rata tertinggi adalah anak dengan kondisi mata awes (70,39) dan terendah pada anak low vision (66,54), dan tempat tinggal (p-value 0,07) dengan skor rata-rata tertinggi pada anak yang tinggal di rumah (70,21) dan skor rata-rata terendah pada anak yang tinggal sendiri atau kos (64,50) menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan.

Skor total per aspek berdasarkan data demografi adalah sebagai berikut; remaja laki-laki memiliki skor rata-rata lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan pada aspek fisik (r Laki-laki = 79,85, perempuan = 73,41) dan emosi (r laki-laki = 63,71, r perempuan = 54,70), sedangkan dua aspek lain yaitu sosial (r laki-laki = 73,96, r perempuan = 76,51) dan lingkungan sekolah (r laki-laki = 62,90, r perempuan = 63,27) remaja perempuan memiliki skor rata-rata lebih tinggi dibandingkan dengan remaja laki-laki. Berdasarkan usia pada aspek fisik remaja dengan usia 16 tahun memiliki skor rata-rata tertinggi (r = 63,00) sedangkan skor terendah pada usia 12 tahun (r = 80,83), pada aspek emosi skor tertinggi adalah remaja dengan usia 15 dan 20 tahun (r = 63,33) sedangkan skor terendah pada usia 12 tahun (r = 35,50). Skor rata-rata tertinggi aspek sosial dan aspek lingkungan sekolah berada pada remaja dengan usia 18 tahun (r = 81,87, r = 70,00) dan skor terendah pada remaja dengan usia 20 tahun (r = 61,00, r = 55,33).

Pembahasan

Hasil dari penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup yang signifikan antara remaja tunanetra dengan remaja awas. Skor rata-rata kualitas hidup remaja tunanetra lebih rendah dibandingkan dengan skor total kualitas hidup remaja awas. Remaja tuna netra lebih sering melaporkan kesulitan atau adanya masalah pada kualitas hidup. Perbedaan signifikan antara skor rata-rata dari studi ini sejalan dengan kesimpulan yang diperoleh dalam penelitian (Langelaan et al., 2007), yang menyimpulkan bahwa gangguan penglihatan memberikan dampak negatif pada kualitas hidup tunanetra.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan pada dua aspek kualitas hidup pada remaja tunanetra dan remaja awas. Terdapat perbedaan yang signifikan pada aspek fisik dan aspek sosial. Sedangkan pada aspek emosi dan sekolah tidak terdapat perbedaan yang signifikan.

Hasil penelitian menunjukkan pada aspek fisik remaja tunanetra lebih sering melaporkan kesulitan melakukan kegiatan yang memerlukan ruang gerak lebih luas dibandingkan dengan remaja awas. Remaja tunanetra melaporkan merasa kesulitan melakukan kegiatan berjalan jauh, berlari, dan melakukan olah raga. Beberapa guru juga menyebutkan bahwa di sekolah fasilitas untuk membantu memperluas ruang gerak siswa masih minim, seperti

garis kuning di lantai dan besi pegangan siswa. Kesulitan dalam melakukan gerak (mobilitas) dijelaskan oleh (Best, 1993) bahwa anak-anak tunanetra tidak dapat dengan mudah memantau gerakannya dan oleh karenanya dapat mengalami kesulitan apa yang terjadi bila mereka menggerakkan anggota tubuhnya. (Hadi, 2005) juga menyebutkan bahwa salah satu kesulitan gerak individu dengan gangguan penglihatan adalah *Spasticity* yang ditunjukkan oleh lambatnya bergerak, kesulitan, dan koordinasi gerak yang buruk; serta memiliki koordinasi yang buru pada keseimbangan postur tubuh, orientasi terbatas, karena kekakuan atau ketidakmampuan dalam menjaga keseimbangan tubuh.

Hasil penelitian pada aspek sosial remaja tunanetra melaporkan bahwa mereka sering merasa kesulitan mengimbangi permainan teman-teman yang awas sehingga memunculkan rasa tidak percaya diri. Hasil ini sejalan dengan pertimbangan (Souza, 2007), bahwa siswa dengan gangguan penglihatan sangat sering takut dengan situasi dan lingkungan yang tidak diketahui, mengalami kesulitan dalam hubungan dan inklusi mereka, merasa tidak aman, dengan harga diri rendah dan kepercayaan diri yang rendah. Tunanetra memiliki keterbatasan dalam belajar melalui pengamatan dan peniruan, siswa tunanetra sering kali merasa kesulitan dalam melakukan perilaku sosial. Seperti

menjaga kontak mata atau orientasi wajah, menunjukkan postur tubuh yang meyakinkan, menggunakan gestur dan ekspresi wajah yang sesuai, mengekspresikan perasaan, menyampaikan pesan yang tepat saat berkomunikasi, dan menunjukkan keasertifan yang tepat (Friend, 2013).

Hasil melaporkan bahwa skor kualitas hidup remaja laki-laki lebih besar dibandingkan remaja perempuan pada remaja tunanetra dan remaja awas. Hal ini sejalan dengan Literatur tentang gender yang mengungkapkan bahwa anak laki-laki merasakan kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan anak perempuan (Holbrook et al., 2009), (Leveille et al., 2000), (Murtagh & Hubert, 2004). Selain itu, bahwa di semua aspek kualitas hidup, laki-laki melaporkan skor yang lebih tinggi dibanding perempuan juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh para peneliti sebelumnya yang dilakukan oleh Leveille, Murtagh and Hubert (Holbrook et al., 2009), (Leveille et al., 2000), (Murtagh & Hubert, 2004).

Berdasarkan usia, tidak terdapat perbedaan yang signifikan kualitas hidup baik pada remaja tunanetra maupun remaja awas. akan tetapi usia remaja yang lebih muda memiliki skor lebih tinggi dibandingkan dengan yang lebih tua. Hasil ini didukung oleh penelitian lain yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan

yang signifikan (Gaspar & Matos, 2008), (Hebert et al., 1997), (Rathouz et al., 1998).

Hal ini sejalan juga dengan pemaparan bahwa siswa yang lebih muda melaporkan kualitas hidup yang lebih baik (Hebert et al., 1997), (Rathouz et al., 1998).

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai kualitas hidup pada remaja tunanetra dan remaja awas di Bandung dan Cimahi, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup remaja tunanetra adalah lebih rendah dibanding remaja awas, terutama dalam aspek fisik dan sosial. Kualitas hidup keduanya tidak berbeda pada aspek psikologis dan sekolah. Selain itu, terdapat pula perbedaan kualitas hidup antara perempuan dengan laki-laki baik pada remaja awas maupun remaja tunanetra.

Saran

Bagi peneliti yang tertarik melanjutkan penelitian tentang tunanetra khususnya yang terkait tentang kualitas hidup sebaiknya memperluas subjek atau melakukan penelitian di tempat yang berbeda dengan data yang homogen dan jumlah responden yang lebih banyak dan seimbang.

Bagi pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam pengasuhan maupun pengembangan remaja tunanetra, dapat lebih memperhatikan aspek fisik dan sosial

24 Samiasih, N., Moeliono, M, F., Purba., F, D., Studi Perbandingan Kualitas Hidup Antara Remaja Tunanetra dan Remaja Awas Di Kota Bandung Dan Cimahi

pertemanan dari remaja tunanetra. Upaya yang bisa dilakukan antara lain dengan pemenuhan akomodasi yang layak dan lengkap dalam proses pembelajaran dengan memperbanyak sumber belajar yang dapat digunakan oleh siswa. Penguatan pada program kompensatoris. Bagi sekolah diharapkan dapat mengembangkan program diharapkan dapat mengembangkan program-program atau kegiatan yang bisa meningkatkan hubungan relasi antar siswa baik di lingkungan sekolah yang sama maupun di luar sekolah. Bagi guru diharapkan dapat terus memberikan pengarahan dan bimbingan kepada siswa terkait dengan masalah emosi siswa dengan meningkatkan layanan konseling yang intensif. Bagi siswa tunanetra untuk selalu mengembangkan emosi positif, tidak merasa rendah diri, dan merasa dapat membebani orang lain dengan banyak melakukan komunikasi dengan orang tua dan guru. Mengembangkan kemandirian dengan terus berlatih.

DAFTAR PUSTAKA

- Best, A. (1993). *Access to the curriculum for children with visual impairments*. In Fielder, A. Best, & M. Bax (Eds.), *The management of visual impairment in childhood (pp. 157-162)*. Mac Keith Press.
- Friend, M. (2013). *Special education: Contemporary perspectives for school professionals*. Pearson Higher Ed.
- Gaspar, T., & Matos, M. G. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52*. Cruz Quebrada: *Aventura Social e Saúde*.
- Hadi, P. (2005). *Kemandirian Tunanetra*. Depdiknas Dirjen Dikti.
- Hebert, R., Brayne, C., & Spiegelhalter, D. (1997). Incidence of functional decline and improvement in a community-dwelling, very elderly population. *American Journal of Epidemiology*, 145(10), 935-944.
- Holbrook, E. A., Caputo, J. L., Perry, T. L., Fuller, D. K., & Morgan, D. W. (2009). Physical activity, body composition, and perceived quality of life of adults with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 103(1), 17-29.
- Hurlock, E. B. (2010). *Psikologi Perkembangan Jilid 2 edisi 6*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Kordestani, F., Daneshfar, A., & Roustae, D. (2014). Comparison of quality of life and social skills between students with visual problems (blind and partially blind) and normal students.

International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development, 3(4), 384–391.

Langelaan, M., De Boer, M. R., Van Nispen, R. M. A., Wouters, B., Moll, A. C., & Van Rens, G. H. M. B. (2007). Impact of visual impairment on quality of life: a comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions. *Ophthalmic Epidemiology*, 14(3), 119–126.

Leveille, S. G., Penninx, B. W., Melzer, D., Izmirlian, G., & Guralnik, J. M. (2000). Sex differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, recovery, and mortality. *Journals of Gerontology Series B*, 55(1), S41–S50.

Lilienfeld, S. O., Woolf, N. J., Namy, L. L., & Lynn, S. J. (2010). *Psychology: A framework for everyday thinking*. Pearson College Division.

Lowenfeld, B. (1973). *The visually handicapped child in school*. John Day Company, Incorporated.

Murtagh, K. N., & Hubert, H. B. (2004). Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1406–1411.

Ongtangco, K. S., Aguila, E. C., Morales, G. M. V., Alfredo, R., Amores, S., Diaz, K. G. M., Lim, J. R. U., DJ, M. V., & Vega, D. (2018). Quality of Life of Visually Impaired Adolescents in Metro Manila. *Journal of Social Health Volume*, 1(1).

Perempuan, K. P. (2013). Panduan penanganan anak berkebutuhan khusus bagi pendamping (orang tua, keluarga, dan masyarakat). *Kementrian Perlindungan Anak Dan Perempuan: Jakarta*.

Rathouz, P. J., Kasper, J. D., Zeger, S. L., Ferrucci, L., Bandeen-Roche, K., Miglioretti, D. L., & Fried, L. P. (1998). Short-term consistency in self-reported physical functioning among elderly women: the Women's Health and Aging Study. *American Journal of Epidemiology*, 147(8), 764–773.

Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299–310.

Souza, M. (2007). Educação Física adaptada para pessoas portadoras de

26 Samiasih, N., Moeliono, M, F., Purba., F, D., Studi Perbandingan Kualitas Hidup Antara Remaja Tunanetra dan Remaja Awas Di Kota Bandung Dan Cimahi

necessidades visuais especiais.

Lecturas: Educación Física y Deportes-

Revista Digital. Buenos Aires, 12(111).

Varni, J. W., Burwinkle, T. M., & Seid, M. (2005). The PedsQL™ as a pediatric patient-reported outcome: Reliability and validity of the PedsQL™ Measurement Model in 25,000 children. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 5(6)*, 705–719.

Varni, J. W., & Limbers, C. A. (2009). The pediatric quality of life inventory: measuring pediatric health-related quality of life from the perspective of children and their parents. *Pediatric Clinics of North America, 56(4)*, 843–863.

Vuletić, G., Šarlija, T., & Benjak, T. (2016). Quality of life in blind and partially sighted people. *Journal of Applied Health Sciences= Časopis Za Primijenjene Zdravstvene Znanosti, 2(2)*, 101–112.

Wong, H. B., Machin, D., Wong, T.Y., & SAW, S. (2009). Visual Impairment and Its Impact on Health-related Quality of Life in Adolescents. *Am J Ophthalmol 2009;147*., 505–511.