

Hubungan antara Kesejahteraan Psikologis dengan Kualitas Hidup Terkait Kesehatan pada Remaja Tunanetra

Rekha Aulia Rahmaniah dan Alabanyo Brebahama*

Fakultas Psikologi Universitas YARSI

rekhaauliar@gmail.com; banyo.bahama@gmail.com

Abstrak

Masa remaja merupakan peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa kedewasaan, dimana terdapat berbagai tugas perkembangan yang harus mereka penuhi. Namun, terdapat ragam tantangan dalam pemenuhan tugas perkembangan tersebut, salah satunya adalah ketunanetraan. Dari berbagai literatur, ketunanetraan menyebabkan penyandangannya memiliki tantangan dalam hal penguasaan lingkungan, kemandirian, menjalin interaksi sosial dengan orang lain, dan juga penerimaan diri. Sementara, hal-hal tersebut merupakan dimensi dari kesejahteraan psikologis. Penelitian sebelumnya juga menyebutkan bahwa kualitas hidup seseorang memiliki hubungan yang signifikan dengan kesejahteraan psikologisnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kesejahteraan psikologis dengan kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja tunanetra. Subjek dalam penelitian ini adalah 30 orang penyandang tunanetra dengan rentang usia 15-18 tahun. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif. Kesejahteraan psikologis dalam penelitian ini diukur dengan kuesioner *Psychological Well Being* yang dikembangkan oleh Ryff, sedangkan kualitas hidup terkait kesehatan diukur dengan KIDSCREEN 27 yang dikembangkan oleh Ravens-Sieberer. Berdasarkan hasil pengolahan data dengan menggunakan uji korelasi Spearman, diketahui bahwa dimensi penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, penguasaan lingkungan, tujuan hidup, dan pertumbuhan pribadi memiliki korelasi positif yang signifikan dengan kualitas hidup terkait kesehatan. Sementara itu, dimensi otonomi pada kesejahteraan psikologis tidak berhubungan signifikan dengan kualitas hidup terkait kesehatan.

Kata kunci: *kesejahteraan psikologis, kualitas hidup terkait kesehatan, remaja tunanetra*

Pendahuluan

Menurut Undang-undang nomor 8 tahun 2016 mengenai Penyandang Disabilitas, tunanetra dapat dikategorikan sebagai disabilitas sensoris. Seseorang dapat dinyatakan tunanetra apabila setelah dilakukan berbagai upaya terhadap kemampuan penglihatannya, ketajaman visualnya tidak melebihi 20/200, ataupun luas lapang pandangnya tidak melebihi 20 derajat (Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2009). Angka 20/200 itu sendiri merujuk pada hasil pengukuran ketajaman visual dengan menggunakan *Snellen Chart*, yakni seseorang dinyatakan tunanetra ketika ia hanya mampu melihat dari jarak 20 kaki, sedangkan penglihatan normal mampu melihat dari jarak 200 kaki (Mangunsong, 2009). Sementara itu, Persatuan Tunanetra Indonesia (2017) mendefinisikan tunanetra sebagai mereka yang tidak memiliki penglihatan sama sekali (buta total) maupun mereka yang masih memiliki sisa penglihatan, tetapi tidak mampu menggunakan sisa penglihatannya untuk membaca tulisan biasa berukuran 12 poin dalam keadaan cahaya normal, dan dari jarak normal meskipun sudah dibantu

dengan kaca mata, yang dikenal dengan istilah kurang awas atau *low vision* (pertuni.or.id). Persatuan Tunanetra Indonesia (PERTUNI) dalam halaman situs resminya memperkirakan bahwa pada tahun 2017 terdapat 3.75 juta penduduk Indonesia masuk dalam kategori tunanetra.

Hallahan, Kauffman, dan Pullen (2009) menyebutkan bahwa terdapat berbagai dampak yang ditimbulkan dari kerusakan penglihatan, yakni perkembangan kognitif dan kemampuan konseptual, perkembangan motorik dan mobilitas, dan perkembangan sosial. Anak tunanetra terkendala dalam membentuk konsep akibat ketiadaan stimulus visual, sedangkan sebagian besar informasi visual dibutuhkan dalam pembentukan konsep. Sebagai kompensasi, tunanetra akan mengandalkan stimulus auditori dan taktil dalam memahami lingkungan sekitarnya (Hull, dalam Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2009). Jika dibandingkan dengan individu berpenglihatan normal, proses ini akan membutuhkan waktu lebih lama dan membutuhkan stimulasi, sehingga berpotensi menghambat proses belajar mengajar di sekolah jika tidak dilakukan penyesuaian khusus.

Selanjutnya, Mangunsong (2009) menyebutkan bahwa perkembangan motorik anak tunanetra cenderung lebih lambat karena mereka membutuhkan waktu untuk memahami arah, lateralitas, dan posisi dalam ruang yang seharusnya mudah dilakukan jika seseorang memiliki input visual. Akibatnya, anak tunanetra cenderung memiliki orientasi yang rendah, kesadaran tubuh (*body awareness*) yang kurang, serta terkendala dalam memperkirakan gerakan yang tepat dalam situasi yang baru. Dalam kehidupan sehari-hari, individu seperti ini seringkali dikatakan *clumsy*. Hal ini juga diperkuat dengan hasil wawancara dengan Aria Indrawati selaku ketua umum Persatuan Tunanetra Indonesia, yang dilakukan pada bulan Maret 2022, yakni tunanetra cenderung malas bergerak dan memiliki koordinasi tubuh yang rendah akibat dari hambatan visual dan kurangnya stimulasi lingkungan. Akibatnya, tunanetra lebih memilih untuk diam dan enggan bermobilitas.

Kemudian, Mangunsong (2009) menyebutkan bahwa anak tunanetra juga mengalami hambatan dalam penyesuaian diri akibat dari perlakuan yang kurang tepat dari orangtua dan guru, munculnya perasaan kurang percaya diri di hadapan teman-teman seusianya yang nondisabilitas. Selain itu, hambatan sosial dapat bersumber dari ketidakmampuan tunanetra dalam menangkap komunikasi nonverbal dalam interaksi sosial sehari-hari (Mangunsong, 2009). Hallahan, Kauffman, dan Pullen (2009) juga menjelaskan bahwa terdapat perilaku stereotipik tunanetra yang berpotensi menghambat interaksi sosial, seperti *blindism*, yakni melakukan perilaku yang sama berulang kali sebagai kompensasi dari ketiadaan stimulus visual. Contohnya, menggoyang-goyangkan tubuh, menggaruk-garuk mata, maupun menggerak-gerakkan jari berulang kali (Mangunsong, 2009).

Adanya hambatan perkembangan aspek kognitif, motorik, dan sosial tentunya dapat memberikan tantangan bagi individu dalam pemenuhan tugas perkembangan individu, salah satunya ketika mereka memasuki masa remaja. Masa remaja merupakan peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa kedewasaan yang terjadi dari usia 11 tahun hingga usia 20 tahunan. Periode transisi tersebut melibatkan perubahan besar dalam aspek fisik, kognitif, dan psikososial (Papalia dkk., 2009). Terdapat ragam tugas perkembangan yang harus dipenuhi oleh seorang remaja, yaitu mencapai hubungan baru yang lebih matang dengan teman sebaya baik itu laki-laki maupun perempuan, menerima keadaan fisiknya dan menggunakannya secara efektif, menampilkan perilaku

sosial yang sesuai dengan aturan yang berlaku di masyarakat, mencapai kemandirian emosional dari orangtua, mempersiapkan karir dan keamanan ekonomi, (Hurlock, 2001). Sementara itu, Key (dalam Jahja, 2011) menyebutkan bahwa tugas perkembangan remaja mencakup mencapai kematangan emosional, mengembangkan keterampilan berkomunikasi, belajar bergaul dengan teman sebaya, serta memiliki kepercayaan pada kemampuan sendiri.

Pada kenyatannya, sebagian remaja tunanetra justru terhambat dalam pemenuhan tugas perkembangan tersebut. Lanza (2024) dalam penelitiannya yang dilakukan terhadap anak dan remaja berusia 0 – 18 tahun meneukan bahwa ketunanetraan menyebabkan keterhambatan dalam pencapaian tugas perkembangan. Menurut Masna (2013), remaja tunanetra cenderung merasa malu, tidak percaya diri dalam bersosialisasi, dan merasa tidak berguna karena kondisi fisiknya. Sementara itu, penerimaan terhadap kondisi fisik, dan kemampuan menjalin hubungan dengan teman sebaya merupakan tugas perkembangan penting yang perlu dilalui remaja. Kemudian, Wahyuno (2013) menyebutkan bahwa sebagian penyandang tunanetra cenderung memiliki ketergantungan terhadap orang lain dalam mobilitas karena tidak menguasai keterampilan orientasi dan mobilitas. Hal tersebut semakin diperberat dengan kecenderungan orang tua yang memiliki anak tunanetra yang melarang anaknya dalam melakukan hal apa pun sendiri karena kekhawatiran akan bahaya (Nurhasanah, 2021). Di sisi lain, kemandirian emosional merupakan salah satu tugas perkembangan krusial yang harus dicapai pada masa remaja.

Hambatan dalam pemenuhan tugas perkembangan di area fisik, psikologis, dan hubungan sosial, dapat berimplikasi pada kualitas hidup terkait kesehatan remaja tunanetra. Dalam penelitiannya mengenai perbandingan kualitas hidup remaja tunanetra dengan non-tunanetra, Sumiasih dkk. (2021) menemukan bahwa terdapat perbedaan signifikan antara kualitas hidup remaja tunanetra dengan remaja non-tunanetra pada aspek fisik dan sosial. Dari aspek fisik, remaja non-tunanetra memiliki skor kualitas hidup yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan remaja tunanetra dikarenakan ruang gerak yang jauh lebih luas dibandingkan dengan remaja tunanetra. Sementara itu, pada aspek sosial, remaja tunanetra memiliki skor kualitas hidup yang jauh lebih rendah dibandingkan remaja non-tunanetra karena keterbatasan interaksi sosial yang mereka alami dibandingkan dengan remaja non-tunanetra. Penelitian yang dilakukan oleh Law dkk., (2014) mengenai kualitas hidup terkait kesehatan pada anak dengan disabilitas netra juga menunjukkan hasil serupa, yakni rendahnya skor kualitas hidup pada aspek fisik akibat keterbatasan ruang gerak dan mobilitas pada anak dengan disabilitas netra. Selanjutnya, dalam penelitian yang dilakukannya, Wong dkk., (2009) menemukan bahwa kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja tunanetra dinilai rendah karena adanya hambatan pembelajaran di sekolah, kendala dalam aktivitas luar ruangan, dan hambatan remaja tunanetra dalam kehidupan sosial.

Kualitas hidup terkait kesehatan dapat didefinisikan sebagai seberapa baik seseorang di dalam kehidupannya dan kesejahteraan yang dirasakan dalam aspek kesehatan, fisik, mental, dan sosial. Hal ini berkaitan dengan kemampuan individu untuk melaksanakan kegiatan yang sudah direncanakan sebelumnya, kesejahteraan mengacu pada perasaan subjektif individu (Karimi, 2016). Sementara itu, menurut Ravens-Sieberer dkk. (2007) kualitas hidup terkait kesehatan merupakan variabel multidimensional yang terdiri dari lima dimensi, yaitu kesejahteraan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan orang tua dan kemandirian, dukungan sosial dari teman sebaya

serta lingkungan sekolah. Ravens-Sieberer dkk. (2007) menjelaskan bahwa kesejahteraan fisik merujuk pada aktivitas fisik yang dilakukan individu, energi fisik, dan kebugaran tubuh seseorang. Sementara itu, kesejahteraan psikologis emosi positif, perasaan kesepian, tingkat kesedihan yang dimiliki individu, maupun kepuasan hidup. Kemudian, hubungan dengan orang tua dan kemandirian mencakup kualitas interaksi antara anak dengan orang tua, perasaan dicintai dan didukung oleh keluarga, serta tingkat kemandirian individu. Dukungan sosial dan teman sebaya merujuk pada kualitas interaksi individu dengan teman sebayanya, serta persepsi dukungan sosial yang mereka rasakan dari teman sebaya. Aspek lingkungan sekolah mengacu pada persepsi individu terhadap proses pembelajaran di sekolah dan kemampuan kognitifnya, perasaan individu terhadap guru dan sekolahnya (Kawitri, 2020).

Dalam penelitian-penelitian sebelumnya, terdapat berbagai variabel yang memiliki hubungan signifikan dengan kualitas hidup terkait kesehatan, seperti aktivitas fisik, keberfungsian keluarga, dukungan sosial, dan kesejahteraan psikologis. Kesejahteraan psikologis merupakan salah satu variabel yang memiliki hubungan erat dengan kualitas hidup terkait kesehatan. Penelitian yang dilakukan oleh Anderson dkk., (2019) kepada remaja yang mengalami obesitas menunjukkan hubungan yang signifikan antara kesejahteraan psikologis dengan kualitas hidup terkait kesehatan. Dalam penelitian tersebut, remaja obesitas kesulitan dalam melakukan aktivitas fisik, tidak bugar, dan memiliki harga diri yang rendah di hadapan teman sebayanya. Akibat obesitas tersebut, remaja dalam penelitian ini cenderung memiliki penerimaan diri yang rendah, serta hubungan positif yang kurang baik dengan teman-teman sebayanya. Selanjutnya, pada penelitian yang dilakukan oleh Agou dkk., (2011) pada anak-anak yang mengalami masalah gigi juga menunjukkan adanya hubungan antara kesejahteraan psikologis dengan kualitas hidup terkait kesehatan pada anak-anak yang menerima perawatan ortodontik untuk mengatasi masalah giginya.

Kesejahteraan psikologis itu sendiri dapat didefinisikan sebagai hasil evaluasi individu terhadap dirinya sendiri berdasarkan pengalaman dalam hidupnya dan berdasarkan harapan individu di bawah pengaruh pengalaman hidup, dan digunakan untuk menggambarkan status kesehatan mental individu berdasarkan kepuasan fungsi psikologis positif Ryff (1989). Kesejahteraan psikologis memiliki beberapa aspek penting, yaitu adanya tujuan hidup, mengembangkan relasi yang positif dengan orang lain, pencapaian dari potensi psikologis seseorang dan suatu keadaan saat individu mampu menerima kekuatan dan kelemahan dalam dirinya dengan apa adanya, menjadi pribadi yang lebih mandiri, mampu mengendalikan lingkungannya, dan terus berkembang lebih baik secara pribadi (Ryff & Keyes, 1995).

Meskipun pada penelitian-penelitian terdahulu diketahui bahwa terdapat hubungan signifikan antara kesejahteraan psikologis dengan kualitas hidup terkait kesehatan, sebagian besar dilakukan terhadap pasien yang mengalami isu kesehatan, seperti obesitas, masalah medis, diabetes, dan masalah medis lain yang dapat disembuhkan. Sementara itu, penelitian serupa pada populasi penyandang tunanetra belum pernah dilakukan. Di sisi lain, penelitian yang dilakukan oleh Brebabama dan Listyandini (2016) mengungkap bahwa tidak selamanya penyandang tunanetra memiliki kesejahteraan psikologis yang rendah. Pada penelitian tersebut, tunanetra yang menerima layanan dari Yayasan Mitra Netra cenderung memiliki penerimaan diri yang baik, pertumbuhan pribadi, hubungan positif dengan orang lain, tujuan hidup yang jelas, Hal ini tidak lepas dari adanya proses konseling, pemberian pelatihan orientasi

mobilitas, dan keterampilan hidup lainnya, adanya dukungan dari rekan-rekan sesama tunanetra. Namun sayang, penelitian tersebut belum mengungkap kualitas hidup terkait kesehatan pada tunanetra.

Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kesejahteraan psikologis dengan kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja tunanetra. Hasil penelitian ini diharapkan mampu menjadi rujukan dalam penelitian serupa dalam ranah psikologi dan individu berkebutuhan khusus. Selain itu, penelitian ini juga diharapkan mampu menjadi dasar pertimbangan dalam menentukan intervensi yang sesuai dalam penanganan penyandang tunanetra.

Metode

Untuk menjawab pertanyaan penelitian, peneliti menggunakan pendekatan kuantitatif dalam penelitian ini. Terdapat dua variabel yang akan diuji korelasinya, yakni kesejahteraan psikologis dan kualitas hidup terkait kesehatan.

Partisipan penelitian

Partisipan dalam penelitian ini adalah 30 orang remaja tunanetra dengan rentang usia 15 – 18 tahun. Untuk memperoleh sampel penelitian, peneliti menghubungi Yayasan Mitra Netra, yakni lembaga swadaya masyarakat di Jakarta yang bergerak dalam pemberian layanan bagi tunanetra, serta mengunjungi Sekolah Luar Biasa (SLB) A Lebak Bulus, Jakarta Selatan. Pada awalnya, peneliti menggunakan teknik *Purposive Sampling* untuk mendapatkan partisipan. Namun, dengan terbatasnya jumlah partisipan, serta data tunanetra yang masih belum terintegrasi dalam sebuah sistem yang memadai, peneliti memutuskan untuk menggunakan teknik *snowball sampling* untuk menjangkau partisipan. Melalui pendekatan tersebut, peneliti mampu memperoleh rekomendasi dan kontak partisipan dengan bantuan partisipan sebelumnya yang sudah mengisi alat ukur. Dalam pengambilan data, peneliti menggunakan dua cara, yakni dengan membacakan langsung kuesioner di hadapan partisipan dan membantu proses pengisian (untuk partisipan di SLB A Lebak Bulus), dan menggunakan *google form* dengan panduan melalui aplikasi *WahtsApp Call*. Remaja tunanetra yang mengisi *google form* sudah mampu menggunakan aplikasi pembaca layar pada komputernya, sehingga ia dapat memberikan respon dengan panduan *screen reader* maupun panduan peneliti melalui percakapan *WhatsApp Call*.

Instrumen penelitian

Untuk mengukur kesejahteraan psikologis, peneliti menggunakan alat ukur kesejahteraan psikologis yang dikembangkan oleh Ryff (1995) dan diadaptasi oleh Brebabama dan Listyandini (2016). Alat ukur tersebut bersifat multidimensional, yang terdiri dari dimensi penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, otonomi, pengembangan diri, penguasaan lingkungan, dan tujuan hidup. Sementara itu, untuk mengukur kualitas hidup terkait kesehatan, peneliti menggunakan alat ukur KIDSCREEN 27 yang dikembangkan oleh Tim KIDSCREEN Project yang terdiri dari 13 negara di Eropa dalam rentang tahun 2001-2004, dan diadaptasi oleh Adine (2018). Menurut The KIDSCREEN Group Europe (2006) KIDSCREEN-27 dapat dilihat sebagai instrumen penelitian yang bersifat unidimensional (Sieberer, dkk., 2007).

Alat ukur kesejahteraan psikologis dari Ryff sendiri terdiri dari 42 aitem, dan partisipan diminta memberikan respons dalam bentuk skala likert 1 – 6 (1 = sangat tidak setuju; 6 = sangat setuju dengan pernyataan setiap aitem). Sebelum digunakan, alat ukur tersebut sudah melalui tahapan *expert judgment* oleh dua orang psikolog klinis di

Universitas YARSI, serta melalui proses try out dengan 30 orang responden tunanetra. Hasil uji *Crobach's Alpha* adalah $\alpha = 0,93$. Sementara itu, alat ukur KIDSCREEN 27 terdiri dari 27 aitem, dan partisipan diminta memberikan respon dalam bentuk skala likert t dari 1 sampai 5 dengan keterangan 1 (tidak pernah), 2 (jarang), 3 (kadang-kadang), 4 (hampir selalu), dan 5 (selalu). Sebelum digunakan, alat ukur tersebut sudah melalui tahapan *expert judgment* oleh dua orang psikolog klinis di Universitas YARSI, serta melalui proses *try out* dengan 30 orang responden tunanetra. Hasil uji *Crobach's Alpha* adalah $\alpha = 0,942$.

Hasil dan Pembahasan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 30 orang remaja tunanetra. Adapun informasi detail dari partisipan penelitian disajikan pada Tabel 1. Partisipan penelitian memiliki rentang usia 15 – 18 tahun, dan terdiri dari 15 orang pria dan 15 orang wanita. Dari tingkat pendidikan, 23 orang (76,7 %) partisipan berada di jenjang SMA, sedangkan sisanya mengenyam pendidikan di jenjang SMP. Kemudian, dari jenis sekolah, 23 orang (76,7 %) bersekolah di Sekolah Luas Biasa (SLB) A, sedangkan sisanya belajar di sekolah inklusi maupun sekolah reguler non-inklusi. Dari lokasi tempat tinggal, sebagian besar partisipan penelitian berdomisili di wilayah Jabodetabek, yakni 24 orang (80%), sedangkan sisanya berdomisili di luar wilayah Jabodetabek. Kemudian, dari klasifikasi ketunanetraan, 16 orang (53,3 %) partisipan merupakan penyandang tunanetra total, sedangkan 14 orang (46,7 %) merupakan tunanetra kategori *low vision*.

Berdasarkan tabel hasil uji normalitas (Tabel 2), salah satu dimensi pada alat ukur kesejahteraan psikologis memiliki data yang tidak terdistribusi normal ($p < 0,05$). Sementara itu, dari alat ukur KIDSCREEN 27 uji normalitasnya memiliki nilai $p > 0,05$, berdasarkan hal tersebut maka bisa dikatakan alat ukur KIDSCREEN 27 terdistribusi normal. Dengan demikian, peneliti menggunakan uji korelasi Spearman untuk mengetahui hubungan antara setiap dimensi kesejahteraan psikologis dengan variabel kualitas hidup terkait kesehatan.

Lima dari enam dimensi kesejahteraan psikologis memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup terkait kesehatan (Tabel 3). Kelima dimensi yang memiliki hubungan signifikan dengan kualitas hidup terkait kesehatan adalah penerimaan diri ($r = 0,432$, $p < 0,05$), hubungan positif dengan orang lain ($r = 0,713$, $p = 0,001$), penguasaan lingkungan ($r = 0,626$, $p = 0,001$), tujuan hidup ($r = 0,539$, $p = 0,002$), dan pertumbuhan pribadi ($r = 0,48$, $p = 0,007$). Sementara itu, dimensi otonomi tidak berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup terkait kesehatan ($r = 0,223$, $p = 0,237$).

Tabel 1

Data demografi partisipan

Variabel	Jumlah	Persentase	Mean	SD
Jenis Kelamin			1.50	0,50
Laki-laki	15	50%		
Perempuan	15	50%		
Usia			2.73	1.14
15	5	16.7%		
16	9	30%		
17	5	16.7%		
18	11	36.7%		
Pendidikan saat ini			1.76	0,43
SMP	7	23.3%		
SMA	23	76.7%		
Jenis Sekolah			2.70	0,59
Reguler	2	6.7%		
Inklusi	5	16.7%		
SLB	23	76.7%		
Tinggal Bersama			1.16	0,43
Orang Tua	27	90%		
Kos	1	3.3%		
Asrama	2	6.7%		
Lokasi Tempat Tinggal			1.20	0,47
JABODETABEK	24	80%		
Luar JABODETABEK	6	20%		
Klasifikasi			1.53	0,50
<i>Low Vision</i>	14	46.7%		
<i>Totally Blind</i>	16	53.3%		

Hubungan positif dan signifikan antara kesejahteraan psikologis dimensi penerimaan diri dengan kualitas hidup terkait kesehatan ($r = 0,432$, $p = 0,017$) menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat penerimaan diri remaja tunanetra, maka semakin tinggi pula kualitas hidup terkait kesehatan yang ia miliki. Ravens-Sieberer, dkk (2007) menyebutkan bahwa salah satu faktor yang membentuk kualitas hidup terkait kesehatan adalah kesejahteraan psikologis, yang mencakup emosi positif individu terkait dengan kondisi kehidupannya saat ini. Ryff dan Keyes (1995) juga menjelaskan bahwa dimensi penerimaan diri dalam kesejahteraan psikologis mengukur penerimaan individu terhadap kondisi diri dan kehidupannya saat ini. Dengan demikian, baik dimensi kesejahteraan psikologis pada kualitas hidup terkait kesehatan maupun dimensi penerimaan diri pada kesejahteraan psikologis memang saling berkaitan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari (2002) yang menyatakan bahwa individu yang memiliki kesediaan penuh untuk terus berusaha menerima segala kelebihan dan kekurangan yang ada pada dirinya cenderung memiliki kondisi kesehatan yang lebih baik karena dapat menerima segala perkembangan yang terjadi dalam

hidupnya dengan perasaan bahagia. Selanjutnya, penelitian yang dilakukan oleh West (dalam Wulan & Ediati, 2019) juga menyatakan bahwa salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kecemasan adalah penerimaan diri. Penerimaan diri mampu menjadikan individu dalam mengelola masalah-masalah emosional, seperti halnya dengan kecemasan. Apabila remaja tunanetra dapat menerima diri mereka dengan baik, mereka akan mampu untuk mendapatkan kesempatan dalam berinteraksi dengan individu lain sehingga mereka tidak lagi merasa terpencil dari kelompoknya. Penerimaan diri yang baik akan membuat remaja tunanetra lebih mudah beradaptasi terhadap tantangan sosial yang ada sehingga akan meringankan perasaan remaja tunanetra dari perasaan tidak mampu dan menyalahkan diri sendiri yang selanjutnya dapat membuat remaja tunanetra terhindar dari rasa cemas sehingga kualitas hidup terkait kesehatan akan baik.

Tabel 2

Hasil uji normalitas data (Shapiro-Wilk test)

Alat Ukur	Dimensi	Statistic	Sig.
RPWB	Penerimaan Pribadi	0,943	0,111
	Hubungan Positif	0,956	0,244
	Otonomi	0,964	0,394
	Penguasaan Lingkungan	0,979	0,796
	Tujuan Hidup	0,932	0,054
	Pertumbuhan Pribadi	0,881	0,003
KISDScreen 27		0,974	0,641

Selanjutnya, hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif dan signifikan antara kesejahteraan psikologis dimensi hubungan positif dengan orang lain dengan kualitas hidup terkait kesehatan ($r = 0,713$, $p = 0,001$). Ketika remaja tunanetra memersepsikan bahwa dirinya memiliki hubungan positif dengan orang lain, maka hal ini berdampak pula terhadap kualitas hidup terkait kesehatan yang ia miliki. Apabila ditinjau dengan mendalam, hubungan positif pada kesejahteraan psikologis memiliki kedekatan dengan dimensi dukungan sosial dan teman sebaya. Ravens-Sieberer, dkk (2007) menyebutkan bahwa seorang anak yang memersepsikan bahwa dirinya memiliki hubungan baik, serta memperoleh dukungan sosial dari teman sebayanya akan memiliki kualitas hidup yang jauh lebih baik. Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ness dkk., (2015) yang menyatakan bahwa individu yang memiliki hubungan positif dengan orang lain yang dalam hal ini adalah teman sebaya dapat meningkatkan kualitas hidup terkait kesehatan Selanjutnya, sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Segrin & Rynes (2009) menyatakan apabila seseorang tidak memiliki hubungan positif dengan orang lain, akan mempengaruhi keterampilan sosial yang selanjutnya bisa berdampak pada kualitas hidup terkait kesehatan yang rendah seperti mengalami gejala depresi dan kesehatan lainnya. Dengan demikian, berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa remaja tunanetra yang memiliki hubungan yang positif dengan orang lain dapat meningkatkan efikasi diri sehingga meningkat pula kualitas hidup remaja tunanetra terkait kesehatan.

Tabel 3

Hasil uji korelasi Spearman

Pasangan Variabel	r_s	p
Penerimaan Diri dengan Kualitas Hidup	0,432*	0,017
Hubungan Positif dengan Orang Lain dengan Kualitas Hidup	0,713***	0,001
Otonomi dengan Kualitas Hidup	0,223	0,237
Penguasaan Lingkungan dengan Kualitas Hidup	0,626**	0,001
Tujuan Hidup dengan Kualitas Hidup	0,539**	0,002
Pertumbuhan Pribadi dengan Kualitas Hidup	0,480**	0,007

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa terdapat hubungan positif dan signifikan antara kesejahteraan psikologis dimensi penguasaan lingkungan dengan kualitas hidup terkait kesehatan ($r_s = 0,626^{**}$, $p = 0,001$). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Knight dkk., (2011) yang mendapatkan hasil bahwa dimensi penguasaan lingkungan menjadi prediktor kuat terhadap kualitas hidup terkait kesehatan secara psikologis, misalnya prestasi, optimisme, motivasi dan penyesuaian diri. Hasil ini juga sejalan dengan penelitian Halim & Dariyo (2016) yang menyebutkan bahwa individu yang memiliki penguasaan lingkungan yang baik akan dapat menciptakan lingkungan yang sesuai dengan dirinya untuk mencapai suatu tujuan yang berkontribusi terhadap kualitas hidup terkait kesehatan. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa remaja tunanetra yang memiliki lingkungan yang sesuai dengan dirinya akan menjadi lebih senang, produktif, dan secara psikologis lebih sehat dibandingkan dengan individu yang tidak memiliki lingkungan yang sesuai dengan dirinya. Hal tersebut dinilai dapat membangun jaringan dukungan yang kuat dan sangat penting bagi remaja tunanetra, dengan bergabung dengan kelompok pendukung, dan berpartisipasi dalam kegiatan komunitas yang dapat memberikan dukungan emosional yang berkontribusi positif pada kualitas hidup terkait kesehatan. Adapun contoh lembaga layanan tunanetra di Indonesia yang menjadi wadah para penyandang tunanetra dalam pengembangan diri yaitu Yayasan Mitra Netra di Jakarta maupun Panti Ina Netra Wiyata Guna di Bandung. Di kedua tempat tersebut, tunanetra sama-sama diberikan pelatihan orientasi mobilitas agar mampu menjelajahi lingkungan tanpa kendala.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa terdapat hubungan positif dan signifikan antara kesejahteraan psikologis dimensi tujuan hidup dengan kualitas hidup terkait kesehatan ($r = 0,539$, $p = 0,002$). Dengan demikian, remaja tunanetra yang memersepsikan dirinya mempunyai tujuan hidup yang jelas, maka akan diikuti dengan meningkatnya kualitas hidup terkait kesehatan. Penelitian yang dilakukan oleh Heisel dan Flett (2004) menemukan bahwa tujuan hidup dan kepuasan hidup dapat menyebabkan faktor psikologis yang negatif termasuk neurotisme, depresi, dan keputusasaan sosial. Dengan demikian, berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa remaja tunanetra yang memiliki tujuan hidup yang sesuai dengan dirinya akan terhindar dari faktor psikologis yang negatif dibandingkan dengan individu yang tidak memiliki tujuan hidup. Artinya, semakin tinggi tujuan hidup yang dimiliki oleh

remaja tunanetra maka akan semakin tinggi pula kualitas hidup remaja tunanetra terkait kesehatannya.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kesejahteraan psikologis dimensi pertumbuhan pribadi dengan kualitas hidup terkait kesehatan ($r = 0,480^{**}$, $p = 0,007$). Ketika remaja tunanetra memersepsikan pertumbuhan pribadi yang baik pada dirinya, hal ini akan berdampak positif terhadap kualitas hidup terkait kesehatan yang ia persepsikan. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Romney (1996) yang menyatakan bahwa pertumbuhan pribadi dapat memengaruhi kesehatan fisik dan mental. Dalam penelitian Brebahama dan Listyandini (2016) juga terungkap bahwa partisipan penelitian yang aktif dalam mengikuti pelatihan orientasi mobilitas, mengikuti kursus *Braille*, komputer bicara, maupun keterampilan lainnya cenderung memiliki kesejahteraan psikologis yang lebih baik dibandingkan dengan partisipan penelitian yang belum mendapatkan layanan serupa. Selanjutnya, Sukawati dan Budisetyani (2018) juga menemukan fakta bahwa remaja tunanetra berprestasi di Yayasan Pendidikan Dria Laba, Denpasar cenderung merasakan emosi positif dan semakin termotivasi ketika berhasil meraih prestasi baik di bidang akademik maupun non-akademik.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kesejahteraan psikologis dimensi kemandirian dengan kualitas hidup terkait kesehatan ($r = 0,223$, $p = 0,237$). Dengan demikian, tinggi rendahnya skor kemandirian dalam kesejahteraan psikologis tidak serta-merta diikuti dengan fluktuasi skor kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja tunanetra. Hasil ini berbeda dengan penjelasan Ravens-Sieberer (2007) bahwa kemandirian remaja seharusnya justru akan berdampak terhadap meningkatnya kualitas hidup terkait kesehatan. Hal serupa juga disampaikan oleh Erhart dkk. (2008) bahwa otonomi memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup terkait kesehatan. Selanjutnya, hasil penelitian yang dilakukan oleh Wong dkk. (2019) juga menyatakan bahwa remaja yang merasakan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari memiliki kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih tinggi. Peneliti menduga bahwa hasil yang berbeda pada penelitian ini disebabkan oleh jumlah sampel yang kecil.

Walaupun merupakan penelitian yang relatif jarang dilakukan pada populasi penyandang tunanetra, namun tetap ditemukan beberapa tantangan dalam penelitian ini. Pertama, peneliti mengalami tantangan dalam menjangkau sampel penelitian akibat terbatasnya informasi data domisili dan kontak penyandang tunanetra. Akibatnya, jumlah sampel dalam penelitian ini masih dikatakan terbatas. Kedua, sampel dalam penelitian ini merupakan remaja tunanetra yang sudah mengenyam pendidikan di SLB A Lebak Bulus maupun menerima layanan dari lembaga seperti Yayasan Mitra Netra. Sementara, peneliti belum mampu menjangkau remaja tunanetra yang justru belum tersentuh oleh layanan pendidikan maupun intervensi dari berbagai lembaga. Profil sampel seperti ini diduga memiliki gambaran kesejahteraan psikologis dan kualitas hidup yang berbeda.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dapat disimpulkan bahwa terdapat lima dari enam dimensi kesejahteraan psikologis memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja tunanetra. Dimensi tersebut berupa dimensi penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, penguasaan lingkungan,

pertumbuhan pribadi, serta tujuan hidup. Hasil penelitian ini semakin menguatkan penelitian sebelumnya bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kesejahteraan psikologis dengan kualitas hidup terkait kesehatan. Adapun perbedaan hasil pada penelitian ini dengan penelitian sebelumnya, yakni dimensi otonomi tidak berhubungan signifikan dengan kualitas hidup terkait kesehatan perlu dibuktikan kembali dalam penelitian serupa.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat beberapa saran teoretis yang dapat diberikan. Pertama, peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian serupa dengan sasaran remaja tunanetra yang belum menerima layanan pendidikan maupun intervensi dari LSM seperti Yayasan Mitra Netra. Kedua, mengingat partisipan penelitian ini hampir seluruhnya berdomisili di DKI Jakarta dan sekitarnya, peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian serupa di lokasi pedesaan maupun daerah di luar kota besar. Penelitian serupa juga dapat dilakukan terhadap penyandang disabilitas lain, seperti tuna daksa dan tuna rungu.

Kemudian, terdapat beberapa saran praktis berdasarkan hasil penelitian ini. Pertama, hasil penelitian ini semakin menguatkan pentingnya proses konseling bagi remaja tunanetra guna meningkatkan penerimaan diri. Kedua, hasil penelitian ini juga menguatkan pentingnya keberadaan lembaga layanan tunanetra seperti Yayasan Mitra Netra dalam memberikan pelatihan orientasi mobilitas maupun keterampilan kerja bagi tunanetra. Pelatihan orientasi mobilitas bagi remaja tunanetra dapat meningkatkan kemandirian dalam beraktivitas, sekaligus mendorong aktivitas fisik yang berdampak positif pada kualitas hidup. Sementara itu, pelatihan *Braille*, komputer bicara, Bahasa Inggris, musik, dapat mendukung pengembangan diri remaja tunanetra yang juga berdampak terhadap kualitas hidup terkait kesehatan. Ketiga, diperlukannya wadah berkumpul bagi sesama penyandang tunanetra (seperti Yayasan Mitra Netra), sehingga memungkinkan berjalannya *peer support* yang berdampak positif terhadap kesejahteraan psikologis maupun kualitas hidup terkait kesehatan.

Ucapan Terima Kasih

Penelitian ini dapat terlaksana berkat kesediaan SLB A Lebak Bulus maupun Yayasan Mitra Netra untuk dikunjungi peneliti sekaligus memberikan informasi mengenai remaja tunanetra yang dapat dijadikan partisipan penelitian. Selain itu, peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada para remaja tunanetra yang sudah bersedia menjadi partisipan dalam penelitian meskipun menghadapi tantangan dalam membaca alat ukur penelitian yang diberikan.

Daftar Pustaka

- Adine, P. A. (2018). *Peran self-compassion terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja miskin di Jakarta serta tinjauannya dalam perspektif Islam*. Skripsi. Tidak dipublikasikan. Universitas YARSI.
- Agou, S., Locker, D., Muirhead, V., Tompson, B., & Streiner, D. L. (2011). Does psychological well-being influence oral-health-related quality of life reports in children receiving orthodontic treatment? *American Journal of Orthodontics and*

- Dentofacial Orthopedics*, 139(3), 369–377.
<https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2009.09.043>
- Anderson, Y. C., Wynter, L. E., Treves, K. F., Grant, C. C., Stewart, J. M., Cave, T. L., ... & Hofman, P. L. (2017). Assessment of health-related quality of life and psychological well-being of children and adolescents with obesity enrolled in a New Zealand community-based intervention programme: An observational study. *BMJ Open*, 7(8), e015776. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015776>
- Brebahama, A., & Listyandini, R. A. (2016). Gambaran tingkat kesejahteraan psikologis penyandang tunanetra dewasa muda. *Mediapsi*, 2(1), 1–10.
- Compton, W. C. (2005). *Introduction to positive psychology*. Thomson Wadsworth.
- Dewi, D. S. (2016). Kajian tentang psychological well-being pada anak tunanetra di sekolah menengah atas luar biasa. *Psychology & Humanity*.
- Dewi, D. S., & Mulyo, M. (2017). Psychological well-being pada siswa tunanetra. *Jurnal Psikologi Pendidikan dan Perkembangan*, 6(1), 11–23.
- Diananda, A. (2019). Psikologi remaja dan permasalahannya. *Istighna: Jurnal Pendidikan dan Pemikiran Islam*, 1(1), 116–133.
- El-Bagiz, S. S., & Kinanthi, M. R. (2022). Keberfungsian keluarga dan kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja berstatus sosial ekonomi rendah. *Indigenous: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 7(2), 107–118.
- Erhart, M., Wille, N., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Empowerment of children and adolescents—the role of personal and social resources and personal autonomy for subjective health. *Gesundheitswesen*, 70(12), 721–729.
<https://doi.org/10.1055/s-2008-1080958>
- Fitria, D., & Halimah, L. (2016). Hubungan dukungan sosial komunitas dengan konsep diri pada pria penyandang tunanetra mantan awas di PSBN Wyata Guna Bandung. *Prosiding Psikologi*, 776–781.
- Fitriani, A. (2016). Peran religiusitas dalam meningkatkan psychological well-being. *Al-Adyan: Jurnal Studi Lintas Agama*, 11(1), 57–80.
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life, and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 127–135. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000013660.22413.5f>
- Hurlock, E. B. (1980). *Developmental psychology* (5th ed.). McGraw-Hill, Inc.
- Idaini, M. W. (2021). Interaksi sosial kaum difabel netra. *Jurnal Pendidikan Indonesia*, 242–256.
- Istiningtyas, L. (2022). Gambaran kesejahteraan psikologis pada generasi-Z setelah pandemi COVID-19. *Prosiding The 5th National Conference of Genuine Psychology (NCGP) 2022*, 231–238.
- Jahja, Y. (2011). *Psikologi perkembangan*. Kencana.
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: What is the difference? *PharmacoEconomics*, 34(7), 645–649.
<https://doi.org/10.1007/s40273-015-0335-4>
- Kawitri, A. Z., Listiyandini, R. A., & Rahmatika, R. (2020). Peran self-compassion terhadap dimensi-dimensi kualitas hidup kesehatan pada remaja panti asuhan. *Psymphatic: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 7(1), 01–18.
- Kef, S., & Deković, M. (2004). The role of parental and peer support in adolescents well-being: A comparison of adolescents with and without a visual impairment. *Journal*

- of *Adolescence*, 27(4), 453–466.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.02.005>
- Knight, T., Davison, T. E., McCabe, M. P., & Mellor, D. (2011). Environmental mastery and depression in older adults in residential care. *Ageing & Society*, 31(5), 870–884.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X10001356>
- Law, M., Hanna, S., Anaby, D., Kertoy, M., King, G., & Xu, L. (2014). Health-related quality of life of children with physical disabilities: A longitudinal study. *BMC Pediatrics*, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-26>
- Maslahah, S., Ishartiwi, I., Mumpuniarti, M., & Normawati, Y. I. (2019). Contextual teaching and learning-based functional academic teaching materials for the teachers specialized in educating the students with visual impairment. *Jurnal Prima Edukasia*, 7(2), 182–196.
- Ness, B. M., Middleton, M. J., & Hildebrandt, M. J. (2015). Examining the effects of self-reported posttraumatic stress disorder symptoms and positive relations with others on self-regulated learning for student service members/veterans. *Journal of American College Health*, 63(7), 448–458.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2015.1015023>
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *Human development*. McGraw-Hill Education.
- Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Erhart, M., Gosch, A., Rajmil, L., ... Bruil, J. (2007). The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: Psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of Life Research*, 16(8), 1347–1356. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9240-2>
- Romney, D. M., & Evans, D. R. (1996). Toward a general model of health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 5, 235–241. <https://doi.org/10.1007/BF00449921>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Sari, E. P., & Nuryoto, S. (2002). Penerimaan diri pada lanjut usia ditinjau dari kematangan emosi. *Jurnal Psikologi*, 29(2), 73–88.
- Segrin, C., & Rynes, K. N. (2009). The mediating role of positive relations with others in associations between depressive symptoms, social skills, and perceived stress. *Journal of Research in Personality*, 43(6), 962–971.
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.05.012>
- Wahyuno, E. (2013). *Orientasi dan mobilitas*. Universitas Negeri Malang.
- Wong, H. B., Machin, D., Tan, S. B., Wong, T. Y., & Saw, S. M. (2009). Visual impairment and its impact on health-related quality of life in adolescents. *American Journal of Ophthalmology*, 147(3), 505–511. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2008.09.025>