

PSIKOLOGI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

PSIKOLOGI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Dinie Ratri Desiningrum



PSIKOLOGI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS, oleh *Dinie Ratri Desiningrum*
Hak Cipta © 2016 pada penulis

 **psikosain**

Ruko Jambusari 7A Yogyakarta 55283
Telp: 0274-889398; Fax: 0274-889057
E-mail:

Hak Cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya, tanpa izin tertulis dari penerbit.

ISBN: - - - -
Cetakan Pertama, tahun 2016

KATA PENGANTAR

Alhamdulillaahirobbil 'alamin penulis panjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT, yang telah mencurahkan rahmat dan kasih sayangNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ini. Salam dan salawat penulis panjatkan kepada Nabi Muhammad SAW yang telah memberikan petunjuk menuju ridhaNya.

Penulis sangat tertarik dengan keberadaan anak berkebutuhan khusus yang sangat istimewa dan luar biasa. Para orang tua dari anak berkebutuhan khusus adalah sosok yang juga sangat mengagumkan ketika menjalani hidup bersama buah hatinya.

Ayat Al Qur'an menerangkan bahwa anak adalah titipan dan amanah dari Allah SWT yang harus senantiasa kita jaga semata-mata untuk mendapatkan rahmatNya.

إِنَّمَا أَمْوَالُكُمْ وَأَوْلَادُكُمْ فِتْنَةٌ وَاللَّهُ عِنْدَهُ أَجْرٌ عَظِيمٌ

“Sesungguhnya hartamu dan anak-anakmu hanyalah cobaan (bagimu), dan di sisi Allah-lah pahala yang besar.” (Qs. At Taghabun: 15)

Memahami dinamika kehidupan anak berkebutuhan khusus, tumbuh-kembangnya dan bagaimana lingkungan dapat menjadi agen sosial yang turut mendukung, adalah tujuan utama dari penulisan buku ini.

Anak berkebutuhan khusus hidup di masyarakat dengan jumlah yang tidak sedikit. Masyarakat tidak seyogyanya menutup mata mengenai keberadaan anak berkebutuhan khusus. Anak-anak ini membutuhkan stimulas itu mbuh kembang, penanganan khusus dari keluarga serta instansi sekolah, dan yang sangat penting adalah kebutuhan kasih sayang dan perhatian dari orangtua dan orang-orang dewasa di sekitarnya.

Buku ini diharapkan dapat digunakan oleh mahasiswa Psikologi di dalam pembelajaran matakuliah terkait anak berkebutuhan khusus. Karya sederhana inipun penulis harap dapat memberi gambaran sekilas mengenai anak berkebutuhan khusus bagi masyarakat dan pemerhati anak berkebutuhan khusus.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh mahasiswa angkatan 2011 Fakultas Psikologi Undip, yang banyak berkontribusi terhadap penyusunan buku ini. Penulis juga mempersembahkan buku ini untuk M. Hazza Rashif, seseorang yang tangguh, memiliki banyak keunikan dan keunggulan. Doa senantiasa penulis panjatkan agar ananda dapat menjadi individu yang mampu mengubah dunia menuju peradaban Qurani. Penulis mensyukuri nikmat Allah SWT, atas kehadiran Romy Yudianto, Saffana Chalisha Khansa dan Adrian Muhammad Al Fatih yang memberi kekuatan dalam setiap langkah hidup penulis.

Penulisan buku ini masih jauh dari sempurna, dan penulis mengharap saran dan kritik membangun dari pembaca yang dapat dikirimkan ke alamat email terlampir.

Penulis

Dinie Ratri Desiningrum

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Ruang Lingkup Anak Berkebutuhan Khusus	1
1.2 Pengertian Anak Berkebutuhan Khusus	1
1.3 Prevalensi Anak Berkebutuhan Khusus	3
1.4 Penyebab Anak Berkebutuhan Khusus	3
1.5 Deteksi Dini Anak Berkebutuhan Khusus	6
1.6 Klasifikasi Anak Berkebutuhan Khusus	7
BAB 2 GANGGUAN BELAJAR DAN KEMAMPUAN INTELEKTUAL	9
2.1 Kesulitan Belajar Khusus	9
2.2 <i>Slow Learner</i>	12
2.3 <i>Tuna Grahita</i>	16
2.4 CIBI (Cerdas Istimewa Berbakat Istimewa)	21
BAB 3 GANGGUAN PERILAKU	27
3.1 Autisme	27
3.2 ADHD	47
3.3 <i>Anxiety</i> (Kecemasan)	54
3.4 Tunalaras	57
3.5 <i>Conduct Disorder</i>	70
3.6 <i>Indigo</i>	74
BAB 4 GANGGUAN FISIK DAN GANDA	81
4.1 Tunanetra	81
4.2 Tunarungu	87

4.3	Tunadaksa	92
4.4	<i>Cerebral Palsy</i>	98
4.5	Tunaganda	109
BAB 5	SISTEM PENDIDIKAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS	121
5.1	Pendidikan Inklusif	121
5.2	<i>Home Schooling</i>	128
BAB 6	INTERVENSI UMUM BAGI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS ?	133
6.1	Terapi bagi Anak Berkebutuhan Khusus	133
DAFTAR PUSTAKA		147

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 RUANG LINGKUP ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Setiap orangtua menghendaki kehadiran seorang anak. Anak yang diharapkan oleh orangtua adalah anak yang sempurna tanpa memiliki kekurangan. Pada kenyataannya, tidak ada satupun manusia yang tidak memiliki kekurangan. Manusia tidak ada yang sama satu dengan lainnya. Seperti apapun keadaannya, manusia diciptakan unik oleh Sang Maha Pencipta.

Setiap orang tidak ingin dilahirkan di dunia ini dengan menyandang kelainan maupun memiliki kecacatan. Orang tua juga tidak ada yang menghendaki kelahiran anaknya menyandang kecacatan. Kelahiran seorang anak berkebutuhan khusus tidak mengenal berasal dari keluarga kaya, keluarga berpendidikan, keluarga miskin, keluarga yang taat beragama atau tidak. Orangtua tidak mampu menolak kehadiran anak berkebutuhan khusus.

Sebagai manusia, anak berkebutuhan khusus memiliki hak untuk tumbuh dan berkembang di tengah-tengah keluarga, masyarakat dan bangsa. Ia memiliki hak untuk sekolah sama seperti saudara lainnya yang tidak memiliki kelainan atau normal. Allah SWT memiliki maksud mulia bahwasanya orangtua memiliki anak berkebutuhan khusus, dan manusia harus meyakini hal tersebut dengan taat kepadaNya.

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تُلْهِكُمْ أَمْوَالِكُمْ وَلَا أَوْلَادِكُمْ عَنْ ذِكْرِ اللَّهِ وَمَنْ يَفْعَلْ ذَلِكَ فَأُولَئِكَ هُمُ الْخَاسِرُونَ

“Hai orang-orang beriman, janganlah hartamu dan anak-anakmu melalaikan kamu dari mengingat Allah. Barangsiapa yang berbuat demikian maka mereka itulah orang-orang yang merugi.”

(Qs Al Munafiqun: 9)

1.2 PENGERTIAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang memerlukan penanganan khusus karena adanya gangguan perkembangan dan kelainan yang dialami anak. Berkaitan dengan istilah *disability*, maka anak

berkebutuhan khusus adalah anak yang memiliki keterbatasan di salah satu atau beberapa kemampuan baik itu bersifat fisik seperti tunanetra dan tunarungu, maupun bersifat psikologis seperti autisme dan ADHD.

Pengertian lainnya bersinggungan dengan istilah tumbuh-kembang normal dan abnormal, pada anak berkebutuhan khusus bersifat abnormal, yaitu terdapat penundaan tumbuh kembang yang biasanya tampak di usia balita seperti baru bisa berjalan di usia 3 tahun. Hal lain yang menjadi dasar anak tergolong berkebutuhan khusus yaitu ciri-ciri tumbuh-kembang anak yang tidak muncul (*absent*) sesuai usia perkembangannya seperti belum mampu mengucapkan satu katapun di usia 3 tahun, atau terdapat penyimpangan tumbuh-kembang seperti perilaku *echolalia* atau membeo pada anak autisme.

Pemahaman anak berkebutuhan khusus terhadap konteks, ada yang bersifat biologis, psikologis, sosio-kultural. Dasar biologis anak berkebutuhan khusus bisa dikaitkan dengan kelainan genetik dan menjelaskan secara biologis penggolongan anak berkebutuhan khusus, seperti *brain injury* yang bisa mengakibatkan kecacatan tunaganda. Dalam konteks psikologis, anak berkebutuhan khusus lebih mudah dikenali dari sikap dan perilaku, seperti gangguan pada kemampuan belajar pada anak *slow learner*, gangguan kemampuan emosional dan berinteraksi pada anak autisme, gangguan kemampuan berbicara pada anak autisme dan ADHD. Konsep sosio-kultural mengenal anak berkebutuhan khusus sebagai anak dengan kemampuan dan perilaku yang tidak pada umumnya, sehingga memerlukan penanganan khusus.

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia 2013, menjelaskan bahwa anak berkebutuhan khusus adalah:

“Anak yang mengalami keterbatasan atau keluarbiasaan, baik fisik, mental-intelektual, sosial, maupun emosional, yang berpengaruh secara signifikan dalam proses pertumbuhan atau perkembangannya dibandingkan dengan anak-anak lain yang seusia dengannya”.

Secara umum dapat disimpulkan bahwa anak berkebutuhan khusus (Heward, 2002) adalah anak dengan karakteristik khusus yang berbeda dengan anak pada umumnya tanpa selalu menunjukkan pada ketidakmampuan mental, emosi atau fisik. Istilah lain bagi anak berkebutuhan khusus adalah anak luar biasa dan anak cacat. Anak dengan kebutuhan khusus (*special needs children*) dapat diartikan secara simpel sebagai anak yang lambat (*slow*) atau mengalami gangguan (*retarded*) yang sangat sukar untuk berhasil di sekolah sebagaimana anak-anak pada umumnya. Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang secara pendidikan memerlukan layanan yang spesifik yang berbeda dengan anak-anak pada umumnya.

Banyak istilah yang dipergunakan sebagai variasi dari kebutuhan khusus, seperti *disability*, *impairment*, dan *handicap*. Menurut *World Health Organization* (WHO), definisi masing-masing istilah adalah sebagai berikut: *Disability* yaitu keterbatasan atau kurangnya kemampuan (yang dihasilkan dari *impairment*) untuk menampilkan aktivitas sesuai dengan aturannya atau masih dalam batas normal, biasanya digunakan dalam level individu. *Impairment* yaitu kehilangan atau ketidaknormalan dalam hal psikologis, atau struktur anatomi atau fungsinya, biasanya digunakan pada level organ. *Handicap* yaitu ketidakberuntungan individu yang dihasilkan dari *impairment* atau *disability* yang membatasi atau menghambat pemenuhan peran yang normal pada individu.

1.3 PREVALENSI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Jumlah anak berkebutuhan khusus (ABK) di Indonesia dari tahun ke tahun terus meningkat. PBB memperkirakan bahwa paling sedikit ada 10 persen anak usia sekolah yang memiliki kebutuhan khusus. Di Indonesia, jumlah anak usia sekolah, yaitu 5 - 14 tahun, ada sebanyak 42,8 juta jiwa. Jika mengikuti perkiraan tersebut, maka diperkirakan ada kurang lebih 4,2 juta anak Indonesia yang berkebutuhan khusus.

Di Indonesia belum ada data resmi yang dikeluarkan oleh pemerintah. Menurut data terbaru jumlah anak berkebutuhan khusus di Indonesia tercatat mencapai 1.544.184 anak, dengan 330.764 anak (21,42 persen) berada dalam rentang usia 5-18 tahun. Dari jumlah tersebut, hanya 85.737 anak berkebutuhan khusus yang bersekolah. Artinya, masih terdapat 245.027 anak berkebutuhan khusus yang belum mengenyam pendidikan di sekolah, baik sekolah khusus ataupun sekolah inklusi. Sedangkan dari asumsi PBB (Persatuan Bangsa-Bangsa atau *United Nations*) yang memperkirakan bahwa paling sedikit 10% anak usia sekolah menyandang kebutuhan khusus. Jumlah anak berkebutuhan khusus pada tahun 2011 tercatat sebanyak 356.192 anak, namun yang mendapat layanan baru 86.645 anak dan hingga tahun ini baru 105.185 anak, tahun 2012 pemerintah menargetkan minimal 50% anak berkebutuhan khusus sudah terakomodir.

1.4 PENYEBAB ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Faktor-faktor penyebab anak menjadi berkebutuhan khusus, dilihat dari waktu kejadiannya dapat dibedakan menjadi tiga klasifikasi, yaitu kejadian sebelum kelahiran, saat kelahiran dan penyebab yang terjadi setelah lahir.

1. Pre-Natal

Terjadinya kelainan anak semasa dalam kandungan atau sebelum proses kelahiran. Kejadian tersebut disebabkan oleh faktor internal yaitu faktor genetik dan keturunan, atau faktor eksternal yaitu berupa Ibu yang mengalami pendarahan bisa karena terbentur kandungannya atau jatuh sewaktu hamil, atau memakan makanan atau obat yang menciderai janin dan akibat janin yang kekurangan gizi.

Berikut adalah hal-hal sebelum kelahiran bayi yang dapat menyebabkan terjadinya kelainan pada bayi:

- a. Infeksi Kehamilan. Infeksi kehamilan ini bisa terjadi akibat virus *Liptospirosis* yang berasal dari air kencing tikus, lalu virus *maternal rubella/morbili/campak Jerman* dan virus *retrolanta Fibroplasia-RLF*.
- b. Gangguan Genetika. Gangguan genetika ini dapat terjadi akibat kelainan kromosom, transformasi yang mengakibatkan keracunan darah (*Toxaenia*) atau faktor keturunan.
- c. Usia Ibu Hamil (*high risk group*). Usia ibu hamil yang beresiko menyebabkan kelainan pada bayi adalah usia yang terlalu muda, yaitu 12-15 tahun dan terlalu tua, yaitu di atas 40 tahun. Usia yang terlalu muda memiliki organ seksual dan kandungan yang pada dasarnya sudah matang dan siap untuk memiliki janin namun secara psikologis belum siap terutama dari sisi perkembangan emosional sehingga mudah stres dan depresi. Wanita dengan usia di atas 40, sejalan dengan perkembangan

jaman dan semakin banyaknya polusi zat serta pola hidup yang tidak sehat, bisa menyebabkan kandungan wanita tersebut tidak sehat dan mudah terinfeksi penyakit.

- d. Keracunan Saat Hamil. Keracunan dapat terjadi saat hamil, yaitu bisa diakibatkan janin yang kekurangan vitamin atau bahkan kelebihan zat besi /timbal misalnya dari hewan laut seperti mengkonsumsi kerang hijau dan tuna instant secara berlebihan. Selain itu, penggunaan obat-obatan kontrasepsi ketika wanita mengalami kehamilan yang tidak diinginkan seperti percobaan abortus yang gagal, sangat memungkinkan bayi lahir cacat.
- e. Penyakit menahun seperti TBC (*tuberculosis*). Penyakit TBC ini dapat terjangkit pada individu yang tertular oleh pengidap TBC lain, atau terjangkit TBC akibat bakteri dari lingkungan (sanitasi) yang kotor. Penyakit TBC ini harus mendapatkan perawatan khusus dan rutin. Pada ibu hamil yang mengidap TBC, maka dapat mengganggu metabolisme tubuh ibu dan janin sehingga bayi bisa tumbuh tidak sempurna.
- f. Infeksi karena penyakit kotor. Penyakit kotor yang dimaksud adalah penyakit kelamin/sipilis yang bisa terjangkit pada ibu. Organ kelamin yang terkena infeksi penyakit sipilis ini dapat menyebabkan tubuh ibu menjadi lemah dan mudah terkena penyakit lainnya yang dapat membahayakan bagi janin dan ibu.
- g. Toxoplasmosis (yang berasal dari virus binatang seperti bulu kucing), trachoma dan tumor. Penyakit-penyakit tersebut tergolong penyakit yang kronis namun perkembangan ilmu kedokteran sudah menemukan berbagai obat imunitas, seperti pada ibu yang sudah diketahui tubuhnya mengandung virus toxoplasma, maka sebelum kehamilan dapat diimunisasi agar virus tersebut tidak membahayakan janin kelak.
- h. Faktor *rhesus (Rh)* anoxia prenatal, kekurangan oksigen pada calon bayi. Jenis *rhesus* darah ibu cukup menentukan kondisi bayi, terutama jika berbeda dengan bapak. Kelainan lainnya adalah ibu yang terjangkit virus yang bisa menyebabkan janin kekurangan oksigen sehingga pertumbuhan otak janin terganggu.
- i. Pengalaman *traumatic* yang menimpa pada ibu. Pengalaman *traumatic* ini bisa berupa shock akibat ketegangan saat melahirkan pada kehamilan sebelumnya, *syndrome baby blue*, yaitu depresi yang pernah dialami ibu akibat kelahiran bayi, atau trauma akibat benturan pada kandungan saat kehamilan.
- j. Penggunaan sinar X. Radiasi sinar X dari USG yang berlebihan, atau rontgent, atau terkena sinar alat-alat pabrik, dapat menyebabkan kecacatan pada bayi karena merusak sel kromosom janin.

2. Peri-Natal

Sering juga disebut natal, waktu terjadinya kelainan pada saat proses kelahiran dan menjelang serta sesaat setelah proses kelahiran. Misalnya kelahiran yang sulit, pertolongan yang salah, persalinan yang tidak spontan, lahir prematur, berat badan lahir rendah, infeksi karena ibu mengidap Sipilis. Berikut adalah hal-hal yang dapat mengakibatkan kecacatan bayi saat kelahiran:

- a. Proses kelahiran lama, prematur, kekurangan oksigen (Aranatal noxia). Bayi postmatur atau terlalu lama dalam kandungan seperti 10 bulan atau lebih, dapat menyebabkan bayi lahir cacat. Hal ini dapat terjadi karena cairan ketuban janin yang terlalu lama jadi mengandung zat-zat kotor yang membahayakan bayi. Bayi yang prematur atau lahir lebih cepat dari usia kelahiran, seperti 6-8 bulan, bisa berakibat kecacatan. Apalagi ketika bayi mengalami kekurangan berat badan ketika kelahiran.

Bayi lahir di usia matang yaitu kurang lebih 40 minggu jika memang sudah sempurna pertumbuhan organnya, terutama otak. Otak yang belum tumbuh sempurna, dapat menyebabkan kecacatan pada bayi ketika lahir. Bayi yang ketika lahir tidak langsung dapat menghirup oksigen, misalnya karena terendam ketuban, cairan kandungan masuk ke paru-paru dan menutupi jalan pernafasan, atau akibat proses kelahiran yang tidak sempurna sehingga kepala bayi terlalu lama dalam kandungan sementara tubuhnya sudah keluar dan bayi menjadi tercekik, maka proses pernafasan bisa tertunda dan bayi kekurangan oksigen.

- b. Kelahiran dengan alat bantu. Alat bantu kelahiran meskipun tidak seluruhnya, dapat menyebabkan kecacatan otak bayi (*brain injury*), misalnya menggunakan vacum, tang verlossing.
- c. Pendarahan. Pendarahan pada ibu bisa terjadi akibat placenta previa, yaitu jalan keluar bayi yang tertutup oleh plasenta, sehingga ketika janin semakin membesar, maka gerakan ibu dapat membenturkan kepala bayi pada plasenta yang mudah berdarah, bahkan sangat membahayakan ketika bayi dipaksa lahir normal dalam kondisi tersebut. Pendarahan juga bisa terjadi karena ibu terjangkit penyakit (sipilis, AIDS/HIV, kista).
- d. Kelahiran sungsang. Bayi normal akan lahir dalam proses kepala keluar terlebih dahulu. Bayi dikatakan sungsang apabila kaki atau bokong bahkan tangan yang keluar dulu. Ibu bisa melahirkan bayinya secara sungsang tanpa bantuan alat apapun, namun ini sangat beresiko bayi menjadi cacat karena kepala yang lebih lama dalam kandungan, bahkan bisa berakibat kematian bayi dan ibu. Ketika posisi bayi sungsang, biasanya dokter menganjurkan untuk melakukan operasi caesar agar terhindar dari resiko kecacatan dan kematian bayi.
- e. Tulang ibu yang tidak proporsional (*Disproporsi sefalopelvik*). Ibu yang memiliki kelainan bentuk tulang pinggul atau tulang pelvik, dapat menekan kepala bayi saat proses kelahiran. Hal ini dapat dihindari dengan melakukan operasi caesar saat melahirkan.

3. Pasca-natal

Terjadinya kelainan setelah anak dilahirkan sampai dengan sebelum usia perkembangan selesai (kurang lebih usia 18 tahun). Ini dapat terjadi karena kecelakaan, keracunan, tumor otak, kejang, diare semasa bayi. Berikut adalah hal-hal yang dapat menyebabkan kecacatan pada anak di masa bayi:

- a. Penyakit infeksi bakteri (TBC), virus (*meningitis, encephalitis*), diabetes melitus, penyakit panas tinggi dan kejang-kejang (*stuiip*), radang telinga (*otitis media*), malaria tropicana. Penyakit-penyakit tersebut adalah penyakit-penyakit kronis yang bisa disembuhkan dengan pengobatan yang intensif, namun jika terkena pada bayi maka dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental anak, karena terkait dengan pertumbuhan otak di tahun-tahun pertama kehidupan (*golden age*).
- b. Kekurangan zat makanan (gizi, nutrisi). Gizi dan nutrisi yang sempurna sangat dibutuhkan bayi setelah kelahiran. Gizi tersebut dapat diperoleh dari ASI di 6 bulan pertama, dan makanan penunjang dengan gizi seimbang di usia selanjutnya. Jika bayi kekurangan gizi atau malnutrisi, maka perkembangan otaknya akan terhambat dan bayi dapat mengalami kecacatan mental.
- c. Kecelakaan. Kecelakaan pada bayi terutama pada area kepala dapat mengakibatkan luka pada otak (*brain injury*), dan otak sebagai organ utama kehidupan manusia jika mengalami kerusakan maka dapat merusak pula sistem/fungsi tubuh lainnya.

- d. Keracunan. Racun yang masuk dalam tubuh bayi, bisa dari makanan dan minuman yang dikonsumsi bayi, jika daya tahan tubuh bayi lemah maka dapat meracuni secara permanen. Racun bisa berasal dari makanan yang kadaluarsa/busuk atau makanan yang mengandung zat psikoaktif. Racun yang menyebar dalam darah bisa dialirkan pula ke otak dan menyebabkan kecacatan pada bayi.

1.5 DETEKSI DINI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Tugas Perkembangan Usia Anak

Orangtua seringkali terlambat mengetahui bahwa anaknya berkebutuhan khusus. Orangtua baru memeriksakan dan menerapkan terapi pada anaknya ketika anak sudah berusia di atas 5 tahun sehingga kebiasaan yang sudah terbentuk pada anak sukar untuk diubah dan potensi-potensi anak menjadi tidak muncul. Untuk mencegah keterlambatan tersebut, maka sebaiknya orangtua mengetahui terlebih dahulu tugas perkembangan anak.

1. Tugas Perkembangan Bayi

- Pertumbuhan fisik: berat badan, tinggi badan, pembentukan tulang, pengendalian otot, pertumbuhan lemak, gigi, saraf.
- Fungsi Psikologis: masuk dalam tahapan *sensory motorik* (Piaget), terbentuknya *trust* (Erikson)
- Perkembangan bicara dan pengertian (mulai mengucap satu sampai beberapa kata, mengenal konsep sederhana)
- Munculnya perilaku emosional dan sosialisasi (terbentuknya *attachment* positif dengan *caregiver*, mulai tertarik dengan teman dan mengenal sosialisasi sederhana)
- Tumbuh minat bermain (mengamati dan melakukan berbagai permainan dengan konsep *trial-error* dan belajar sosial)
- Awal moralitas (hanya mengenal aturan melalui *motor activity* (Piaget), perilaku *responsive* – cap baik/cap buruk (Kohlberg))
- Permulaan penggolongan peran seks (mengetahui peran seksnya, menyadari dirinya perempuan atau laki-laki)
- Keterampilan motorik: daerah kepala (kekuatan leher, koordinasi dengan mata, telinga, mulut), tangan-lengan (*fine-gross motor*), tungkai.

2. Tugas Perkembangan Masa Kanak-kanak Awal

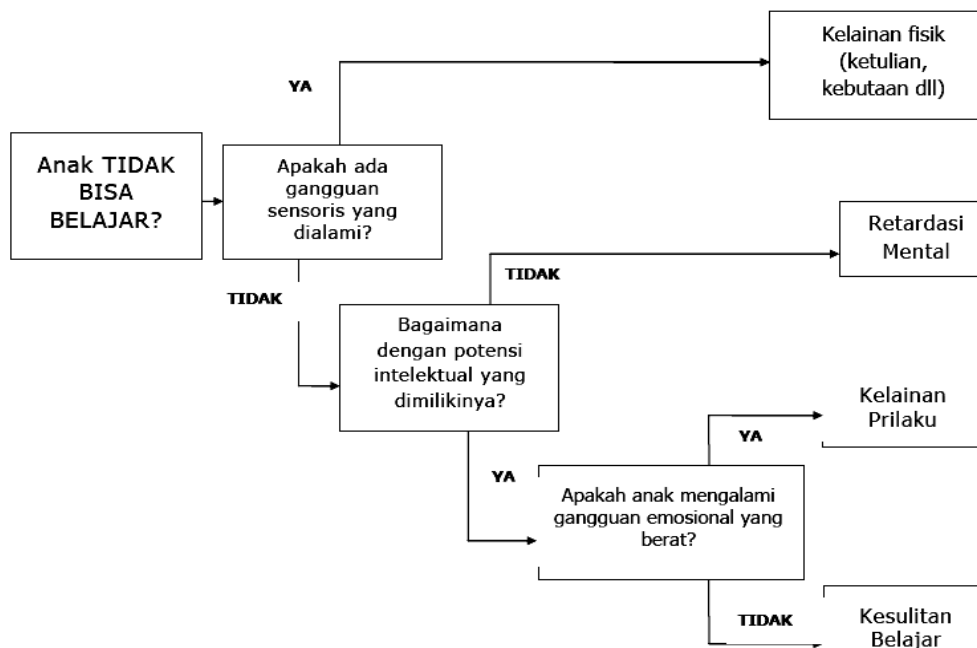
- Perkembangan fisik: proporsi tubuh mulai seimbang, posture meninggi pada *proximodistal*, tulang-otot (*fine-grossmotor* lebih kompleks), lemak
- Kebiasaan fisiologis (pola makan, pola tidur, pola bermain)
- Pengembangan kognitif: meningkatnya pengertian/ konsep (banyaknya perbendaharaan kosakata)
- Keterampilan Sosial: emosi dan perilaku sosial/asosial, berteman, disiplin, peran seks, minat

Deteksi Dini

Deteksi awal anak berkebutuhan khusus dibutuhkan agar penanganan dapat dilakukan sedini mungkin. Berikut adalah beberapa langkah deteksi yang dapat dilakukan:

- Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan, yaitu untuk mengetahui atau menemukan status gizi kurang atau gizi buruk pada anak.
- Deteksi dini penyimpangan perkembangan, yaitu untuk mengetahui gangguan perkembangan anak (keterlambatan bicara dan berjalan), gangguan daya lihat, dan gangguan daya dengar.
- Deteksi dini penyimpangan mental emosional, yaitu untuk mengetahui adanya masalah mental emosional, autisme dan gangguan pemusatan perhatian serta hiperaktivitas.

Deteksi dini tumbuh kembang anak dapat digambarkan dalam alur berikut ini:



Gambar 1.1 Alur Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak

1.6 KLASIFIKASI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Menurut IDEA atau *Individuals with Disabilities Education Act Amandements* yang dibuat pada tahun 1997 dan ditinjau kembali pada tahun 2004: secara umum, klasifikasi dari anak berkebutuhan khusus adalah:

Anak dengan Gangguan Fisik:

- Tunanetra, yaitu anak yang indera penglihatannya tidak berfungsi (*blind/low vision*) sebagai saluran penerima informasi dalam kegiatan sehari-hari seperti orang awas.
- Tunarungu, yaitu anak yang kehilangan seluruh atau sebagian daya pendengarannya sehingga tidak atau kurang mampu berkomunikasi secara verbal.
- Tunadaksa, yaitu anak yang mengalami kelainan atau cacat yang menetap pada alat gerak (tulang, sendi dan otot).

Anak dengan Gangguan Emosi dan Perilaku:

1. Tunalaras, yaitu anak yang mengalami kesulitan dalam penyesuaian diri dan bertingkah laku tidak sesuai dengan norma-norma yang berlaku.
2. Anak dengan gangguan komunikasi bisa disebut tunawicara, yaitu anak yang mengalami kelainan suara, artikulasi (pengucapan), atau kelancaran bicara, yang mengakibatkan terjadi penyimpangan bentuk bahasa, isi bahasa, atau fungsi bahasa.
3. Hiperaktif, secara psikologis hiperaktif adalah gangguan tingkah laku yang tidak normal, disebabkan disfungsi neurologis dengan gejala utama tidak mampu mengendalikan gerakan dan memusatkan perhatian.

Anak dengan Gangguan Intelektual:

1. Tunagrahita, yaitu anak yang secara nyata mengalami hambatan dan keterbelakangan perkembangan mental intelektual jauh dibawah rata-rata sehingga mengalami kesulitan dalam tugas-tugas akademik, komunikasi maupun sosial.
2. Anak Lamban belajar (*slow learner*), yaitu anak yang memiliki potensi intelektual sedikit di bawah normal tetapi belum termasuk tunagrahita (biasanya memiliki IQ sekitar 70-90).
3. Anak berkesulitan belajar khusus, yaitu anak yang secara nyata mengalami kesulitan dalam tugas-tugas akademik khusus, terutama dalam hal kemampuan membaca, menulis dan berhitung atau matematika.
4. Anak berbakat, adalah anak yang memiliki bakat atau kemampuan dan kecerdasan luar biasa yaitu anak yang memiliki potensi kecerdasan (intelegensi), kreativitas, dan tanggung jawab terhadap tugas (*task commitment*) diatas anak-anak seusianya (anak normal), sehingga untuk mewujudkan potensinya menjadi prestasi nyata, memerlukan pelayanan pendidikan khusus.
5. Autisme, yaitu gangguan perkembangan anak yang disebabkan oleh adanya gangguan pada sistem syaraf pusat yang mengakibatkan gangguan dalam interaksi sosial, komunikasi dan perilaku.
6. Indigo adalah manusia yang sejak lahir mempunyai kelebihan khusus yang tidak dimiliki manusia pada umumnya.

Anak Berkebutuhan Khusus
membutuhkan orangtua/caregiver yang
penyayang dan tangguh untuk
mendampingiya berkembang optimal

BAB 2

GANGGUAN BELAJAR DAN KEMAMPUAN INTELEKTUAL

2.1 KESULITAN BELAJAR KHUSUS

2.1.1 Definisi Kesulitan Belajar Khusus

Menurut IDEA atau *Individuals with Disabilities Education Act Amendments* yang dibuat pada tahun 1997 dan ditinjau kembali pada tahun 2004: secara umum, anak dengan kesulitan belajar khusus adalah, anak-anak yang mengalami hambatan/penyimpangan pada satu atau lebih proses-proses psikologis dasar yang mencakup pengertian atau penggunaan bahasa baik lisan maupun tulisan. Hambatannya dapat berupa ketidakmampuan mendengar, berpikir, berbicara, membaca, menulis, mengeja atau berhitung.

NJCLD (*the National Joint Committee on Learning Disabilities*) memaparkan definisi kesulitan belajar sebagai suatu terminologi umum yang dikaitkan pada sekelompok penyimpangan heterogen, ditunjukkan dengan kesulitan nyata dalam penguasaan dan penggunaan dari aktivitas mendengar, berbicara, membaca, menulis, berpikir, atau kemampuan matematik.

Penyimpangan-penyimpangan ini bersifat intrinsik pada individu, diperkirakan karena terganggunya fungsi sistem syaraf pusat, dan bisa terjadi sepanjang kehidupan. Masalah dalam perilaku regulasi diri, persepsi sosial dan interaksi sosial dapat muncul pada kesukaran belajar, tetapi tidak merupakan sumber utama dari kesukaran belajar.

Walaupun kesukaran belajar bisa terjadi bersamaan dengan kondisi kecacatan lain (seperti, kerusakan sensoris, retardasi mental, gangguan emosional serius) atau karena pengaruh ekstrinsik (seperti perbedaan budaya, instruksi yang kurang memadai atau kurang tepat), ini bukanlah akibat dari kondisi-kondisi atau pengaruh-pengaruh tersebut (Mangunsong, 2009).

2.1.2 Batasan dalam Kesulitan Belajar Khusus

Hambatan pada anak dengan kesulitan belajar khusus termasuk kondisi-kondisi seperti, gangguan persepsi, kerusakan otak, MBD (*Minimal Brain Dysfunction*), kesulitan membaca (*dyslexia*), dan gangguan dalam memahami kata-kata (*developmental aphasia*).

Batasan ini tidak mencakup anak-anak yang mengalami hambatan belajar akibat dari kecacatan visual, pendengaran atau motorik, keterbelakangan mental, gangguan emosional, atau deprivasi/kurangnya stimulasi dari lingkungan (Hallahan & Kauffman, dalam Mangunsong, 2009).

2.1.3 Deteksi Awal Anak yang Memiliki Kesulitan Belajar

Anak dengan kesulitan belajar, memiliki beberapa hambatan, di antaranya:

1. Keterampilan Dasar. Anak dengan kesulitan belajar biasanya memiliki gangguan dalam proses mempelajari nama warna atau huruf, tidak memiliki pemahaman yang kuat hubungan antara huruf dengan suara, buruk pada tugas yang berhubungan dengan bunyi, memiliki masalah dalam mengingat fakta dasar matematika.
2. Membaca. Anak-anak ini memiliki kekurangan dalam jumlah perbendaharaan kata dibandingkan anak seusianya, membaca dengan suara keras kurang lancar atau terbata-bata, memiliki masalah yang berkelanjutan atau terus menerus untuk mendeskripsikan sesuatu, tidak mengerti apa yang dibaca, pemahaman membaca bermasalah karena masalah pemahaman uraian kata, sering membalik-balikan kata, kemampuan membaca tidak sesuai dengan kecerdasan yang tampak dan kosakata yang dimilikinya, sering mengganti kata-kata yang mirip secara visual (misalnya ini untuk itu), lambat tingkat membacanya dibandingkan anak lain seusianya, kata-kata yang terpecah ketika membaca, menambahkan kata saat membaca, terus bergantung pada jari menunjuk saat membaca (untuk siswa yang lebih tua), terus bergerak bibirnya saat membaca (untuk siswa yang lebih tua).
3. Menulis. Dalam hal menulis, anak-anak ini membuat pembalikan huruf dan diulang-ulang (setelah 9 tahun), sering melakukan kesalahan dalam ejaan termasuk penghilangan konsonan, kesalahan urutan suku kata (misalnya manbi untuk mandi), menulis lambat atau dengan susah payah, membuat pembalikan nomor.
4. Bahasa Lisan. Anak-anak ini memiliki kesulitan menemukan kata yang tepat, mengingat urutan verbal (misalnya nomor telepon, arah, bulan tahun), memiliki kosakata yang terbatas.
5. Perilaku. Anak-anak ini tidak suka membaca atau menghindarinya, memiliki masalah perilaku waktu selama atau sebelum kegiatan membaca dengan membaca signifikan, menolak untuk melakukan pekerjaan rumah yang membutuhkan bacaan, tampaknya hanya melihat gambar-gambar di buku cerita dan mengabaikan teks.

Anak berkesulitan belajar dilihat dari spesifikasinya juga dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu kesulitan belajar praakademik dan akademik. Kesulitan belajar yang tergolong praakademik meliputi:

1. Gangguan motorik dan persepsi, yang mencakup gangguan pada motorik kasar, penghayatan tubuh, dan motorik halus.
2. Gangguan persepsi meliputi persepsi penglihatan atau persepsi visual, persepsi pendengaran atau persepsi auditoris, persepsi heptik (raba dan gerak atau taktil dan kinestetik), dan inteligensi sistem

persepsi. Jenis gangguan ini perlu penanganan secara sistematis karena pengaruhnya terhadap perkembangan kognitif yang besar yang bermuara pada terhambatnya prestasi akademik yang dicapai anak.

3. *Dispraksia* atau sering disebut dengan istilah *clumsy* merupakan keadaan akibat adanya gangguan dalam inteligensi auditori-motor. Anak tidak mampu melaksanakan gerakan bagian dari tubuh dengan benar malaupun tidak ada kelumpuhan anggota tubuh. Manifestasi dispraksia dapat berbentuk disfasia verbal (bicara) dan non verbal (menulis, bahasa isyarat, dan *pantomime*). Ada beberapa jenis dispraksia, yaitu:
 - a. *Dispraksia ideomotoris*, yang ditandai oleh kurangnya kemampuan dalam melakukan gerakan praktis sederhana, seperti menggunting, menggosok gigi, atau menggunakan sendok makan. Gerakannya terkesan canggung dan kurang luwes. Dispraksia ini merupakan kendala bagi perkembangan bicara.
 - b. *Dispraksia ideosional*, yang ditandai oleh adanya kemampuan anak melakukan gerakan kompleks tetapi tidak mampu menyelesaikan secara keseluruhan, terutama untuk kondisi lingkungan yang tidak tenang. Kesulitannya terletak pada urutan gerakan, anak sering bingung mengalami suatu aktivitas, seperti mengikuti irama musik.
 - c. *Dispraksia konstruksional* yang ditandai oleh konsisi anak yang mengalami kesulitan dalam melakukan gerakan-gerakan kompleks yang berkaitan dengan bentuk, seperti menyusun balok dan menggambar. Kondisi seperti ini akan mempengaruhi kemampuan anak dalam menulis.
 - d. *Dispraksia oral*, yang diidentikkan dengan kesulitan anak yang mengalami gangguan perkembangan bahasa yang disebabkan oleh adanya gangguan dalam konsep gerakan motorik di dalam mulut. Anak tampak kurang mampu menirukan gerakan seperti menjulurkan dan menggerakkan lidah, mengembungkan pipi.

GEJALA KESULITAN BELAJAR NON VERBAL

Anak yang mengalami kesulitan belajar bisa bersifat nonverbal, maka hambatan yang tampak, adalah:

1. Spasial. Yaitu memiliki kesulitan mengingat cara untuk mencapai tempat, sering tersesat, bingung antara kiri dan kanan, memiliki masalah membaca waktu, memiliki kemampuan yang buruk untuk koordinasi antara tangan dan mata, memiliki masalah melengkapi teka-teki, tidak dapat menggambar dengan baik, meja serta tas buku sangat berantakan, memiliki rasa yang buruk terhadap ruang antarpribadi.
2. Sosial. Dalam sosialisasi anak-anak ini memiliki kesulitan mencari tahu zorang lain, kurang menyadari situasi sosial, tidak menyadari dampak sosial dari perbuatannya, meningkatkan penarikan sosial (untuk anak-anak), memiliki masalah beradaptasi dengan situasi baru, tidak membaca isyarat perilaku nonverbal secara efektif.
3. Matematika. Dalam hal matematika, anak-anak ini mengalami kesulitan dengan konsep dasar matematika, menjadi bingung tentang perhitungan melalui banyak tahap, menjawab soal matematika dengan salah dan seringkali panik.
4. Menulis. Dalam hal kemampuan menulis, anak-anak ini memiliki tulisan tangan yang buruk terutama di bawah tekanan waktu, menulis di atas kertas tak bergaris adalah sulit dan berantakan, salah mengeja kata sesuai dengan umur, memiliki kemampuan yang rendah dalam kontrol motorik,

memiliki masalah atau kesulitan menyalin dari papan tulis, menulis sangat lambat, memiliki genggam pensil canggung, huruf terlihat kasar dan tidak konsisten, memiliki kesulitan menjaga margin kiri (menulis huruf melewati batas secara signifikan)

5. Perilaku. Perilaku yang tampak pada anak-anak ini, adalah tidak suka atau menghindari matematika, tidak suka atau menghindari seni, menolak untuk melakukan pekerjaan tertulis atau pekerjaan rumah, tampak terisolasi dari rekan-rekan, tidak terlibat dalam olahraga.

2.1.4 Penanganan pada Anak yang Memiliki Kesulitan Belajar

1. Terapi Perilaku

Terapi perilaku yang sering digunakan adalah modifikasi perilaku. Dalam hal ini anak akan mendapatkan penghargaan langsung jika dia dapat memenuhi suatu tugas atau tanggung jawab atau perilaku positif tertentu. Sebaliknya, anak juga akan mendapatkan peringatan jika ia memperlihatkan perilaku negatif. Dengan adanya penghargaan dan peringatan langsung ini anak dapat mengontrol perilaku negatif yang tidak dikehendaki, baik di sekolah maupun di rumah.

2. Psikoterapi Suportif

Psikoterapi Suportif dapat diberikan kepada anak dan keluarganya. Tujuannya adalah memberi pengertian dan pemahaman mengenai kesulitan yang ada, sehingga dapat menimbulkan motivasi yang konsisten dalam usaha memerangi kesulitan ini.

3. Pendekatan Psikososial lainnya

Pemberian psikoedukasi ke guru dan pemberian pelatihan keterampilan sosial bagi anak.

2.2 SLOW LEARNER

2.2.1 Definisi *Slow Learner*

Slow learner atau anak lambat belajar adalah mereka yang memiliki prestasi belajar rendah (di bawah rata-rata anak pada umumnya) pada salah satu atau seluruh area akademik, namun bukan tergolong anak terbelakang mental. Skor tes IQnya menunjukkan skor antara 70 - 90 (Cooter & Cooter Jr., 2004; Wiley, 2007).

Anak *slow learner* memiliki kemampuan belajar yang lebih lambat dibandingkan dengan teman sebayanya. Siswa yang lambat dalam proses belajar ini membutuhkan waktu yang lebih lama dibandingkan sekelompok siswa lain yang memiliki taraf potensi intelektual yang sama.

Tidak hanya kemampuan akademiknya yang terbatas tapi juga pada kemampuan-kemampuan lain, di antaranya kemampuan koordinasi (kesulitan menggunakan alat tulis, olahraga, atau mengenakan pakaian). Dari sisi perilaku, anak *slow learner* ini cenderung pendiam dan pemalu, dan sulit untuk berteman. Anak-anak lambat belajar ini juga cenderung kurang percaya diri.

2.2.2 Penyebab *Slow Learner* pada Anak

Slow learner pada anak bisa terjadi karena beberapa faktor di antaranya adalah faktor biokimia yang dapat merusak otak, misalnya: zat pewarna pada makanan, pencemaran lingkungan, gizi yang tidak memadai, dan pengaruh-pengaruh psikologis dan sosial yang merugikan perkembangan anak.

Penyebab lainnya adalah faktor eksternal yang justru menjadi penyebab utama problem anak lamban belajar (*slow learner*) yaitu bisa berupa strategi pembelajaran yang salah atau tidak tepat, pengelolaan kegiatan pembelajaran yang tidak membangkitkan motivasi belajar anak dan pemberian ulangan penguatan yang tidak tepat. Meskipun faktor genetik memiliki pengaruh yang kuat, namun lingkungan juga merupakan faktor penting. Lingkungan benar-benar menimbulkan perbedaan inteligensi. Kondisi lingkungan ini meliputi nutrisi, kesehatan, kualitas stimulasi, iklim emosional keluarga, dan tipe umpan balik yang diperoleh melalui perilaku. Nutrisi meliputi nutrisi selama anak dalam kandungan, pemberian ASI setelah kelahiran, dan pemenuhan gizi lewat makanan pada usia ketika anak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang pesat. Nutrisi penting sekali bagi perkembangan otak anak. Nutrisi erat kaitannya dengan kesehatan anak. Anak yang sehat perkembangannya akan lebih optimal. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Beyley bahwa status sosial-ekonomi keluarga mempengaruhi IQ anak (Atkinson, dkk, 1983), dapat disimpulkan bahwa, individu dapat memiliki IQ sekitar 65 jika dibesarkan di lingkungan miskin, tetapi dapat memiliki IQ lebih dari 100 jika dibesarkan di lingkungan sedang atau kaya. Penelitian tersebut menjelaskan hubungan yang erat antara kondisi sosial-ekonomi keluarga dengan variabel lingkungan, seperti nutrisi, kesehatan, kualitas stimulasi, iklim emosional keluarga dan tipe umpan balik yang diperoleh melalui perilaku. Kondisi keluarga mempengaruhi cara keluarga mengasuh anak mereka.

2.2.3 Dampak dari *Slow Learner* pada Anak

Slow learner tidak hanya berakibat pada rendahnya hasil belajar anak, namun ada dampak psikologis lainnya. *Slow learner* membuat anak tidak naik kelas, dan anak cenderung mendapatkan label yang kurang baik dari teman-temannya, sehingga pada anak dapat tumbuh perasaan minder terhadap teman-temannya, dan anak cenderung bersikap pemalu, menarik diri dari lingkungan sosialnya dan lamban menerima informasi baru.

Hasil prestasi belajar yang kurang optimal dapat membuat anak menjadi stres karena ketidakmampuannya mencapai apa yang diharapkannya. Terlebih lagi ketika orangtua memberikan harapan lebih terhadap anak sehingga tanpa disadari sikap orangtua menambah beban psikologis anak.

2.2.4 Deteksi Anak *Slow Learner*

Anak yang mengalami kelambanan belajar (*Slow Learner*) mempunyai karakteristik, seperti tidak matang dalam hubungan interpersonal. Selain itu anak-anak ini juga menunjukkan kesulitan dalam mengikuti petunjuk-petunjuk yang memiliki banyak langkah, hanya memiliki sedikit strategi internal, seperti kemampuan organisasional, kesulitan dalam belajar dan menggeneralisasikan informasi. Anak-anak dengan *slow learner* ini memiliki nilai-nilai yang biasanya buruk dalam tes prestasi belajar. Namun begitu, sebagian dari mereka dapat bekerja dengan baik dalam *hand-on materials*, yaitu materi-materi yang telah dipersingkat dan diberikan pada anak, seperti kegiatan di laboratorium dan kegiatan manipulatif.

Dampak dari keterbatasan seperti dijelaskan di atas dapat membentuk anak *slow learner* yang memiliki *self-image* yang buruk, meski mampu menguasai suatu keterampilan tertentu namun cenderung lambat, beberapa kemampuan bahkan sama sekali tidak dapat dikuasai. Demikian pula dalam hal daya

ingat yang tergolong lambat. Ciri lainnya adalah, rata-rata prestasi belajarnya yang selalu rendah (kurang dari 6), sering terlambat dalam menyelesaikan tugas-tugas akademik dibandingkan teman-teman seusianya, dan memiliki daya tangkap terhadap pelajaran lambat.

2.2.5 Penanganan Anak *Slow Learner*

Pengajaran materi secara diulang-ulang dapat diterapkan pada anak *slow learner* seperti mengulang lebih banyak (3-5 kali) dalam memahami suatu materi daripada anak lain dengan kemampuan rata-rata. Dibutuhkan penguatan kembali melalui aktivitas praktek dan *familiar*, yang dapat membantu proses generalisasi sehingga anak terbantu dalam proses mengingat.

Dalam membimbing anak *slow learner*, sebaiknya waktu materi pelajaran tidak terlalu panjang dan tugas-tugas atau pekerjaan rumah lebih sedikit dibandingkan dengan teman-temannya. Guru/orangtua bisa menggunakan teknik demonstrasi/peragaan dan petunjuk visual sebanyak mungkin daripada verbalisasi karena hanya akan membingungkan anak. Pendekatan multisensori juga dapat sangat membantu.

Dalam proses pembelajaran anak *slow learner*, konsep-konsep atau pengertian-pengertian dapat disajikan secara sederhana. Orangtua/guru sebaiknya berusaha untuk membantu anak membangun pemahaman dasar mengenai konsep baru daripada menuntut mereka menghafal dan mengingat materi dan fakta yang tidak berarti bagi mereka.

Anak *slow learner* tidak dipaksa untuk berkompetisi dengan anak-anak yang memiliki kemampuan yang lebih tinggi. Bisa dibuat sedikit persaingan dalam program akademik yang tidak akan menyebabkan sikap negatif dan pemberontakan terhadap proses belajar. Belajar dengan kerjasama dapat mengoptimalkan pembelajaran, baik bagi anak yang berprestasi atau tidak, ketika pembelajaran tersebut mendukung interaksi sosial yang tepat dalam kelompok yang heterogen.

Pemberian tugas-tugas pada anak *slow learner* harus terstruktur dan kongkrit, seperti pelajaran sosial dan ilmu alam. Proyek-proyek besar yang membutuhkan matangnya kemampuan organisasional dan kemampuan konseptual sebaiknya dikurangi, atau secara substansial dimodifikasi, disesuaikan dengan kemampuannya. Dalam kerja kelompok, *slow-learner* dapat ditugaskan untuk bertanggung jawab pada bagian yang konkret, sedang anak lain dapat mengambil tanggung jawab pada komponen yang lebih abstrak. Guru dan orangtua dapat memberikan kesempatan kepada anak *slow learner* untuk bereksperimen dan praktek langsung tentang berbagai konsep dengan menggunakan bahan-bahan kongkrit atau dalam situasi simulasi.

Untuk mengantarkan pengajaran materi baru bisa dengan mengkaitkan materi tersebut dengan materi yang telah dipahami sebelumnya sehingga familiar dan mempermudah pembelajaran anak *slow learner*. Selain itu, instruksi yang sederhana memudahkan anak *slow learner* untuk memahami dan mengikuti instruksi tersebut. Diusahakan saat memberikan arahan berhadapan langsung dengan anak.

Orangtua adalah agen utama dalam pendidikan anak, maka orangtua seharusnya menyediakan waktu khusus untuk membimbing anak secara individual. Tujuan tutorial bukanlah untuk menaikkan prestasinya, tetapi membantunya untuk optimis terhadap kemampuannya dan menghadapkannya pada harapan yang realistis dan dapat dicapainya. Bentuk kongkritnya, orangtua dapat terlibat dalam

melanjutkan pendidikan sekolah anak di rumah. Membimbing mengerjakan PR, menghadiri pertemuan-pertemuan di sekolah, dan berkomunikasi dengan guru.

Penting bagi guru untuk mengetahui gaya belajar masing-masing anak, ada yang mengandalkan kemampuan visual, auditori atau kinestetik. Pengetahuan ini memudahkan penerapan metode belajar yang tepat bagi mereka.

KASUS SLOW LEARNER

Anak Lamban Belajar Bisa Sukses Jadi Pengusaha

JAKARTA, KOMPAS.com — Pemilik bisnis kosmetik ternama Martha Tilaar pernah divonis sebagai anak yang lambat belajar alias *slow learner*. Namun, dia mampu mengembangkan potensinya sebagai pebisnis sukses di bidang kosmetik yang menggali dari kekayaan alam negeri ini. "Saya sempat minder. Ranking tiga dari belakang di kelas. Tetapi, untungnya saya punya ibu dan keluarga yang selalu memotivasi," kata Martha dalam acara peluncuran buku dan HUT ke-80 suaminya HAR Tilaar, Guru Besar Emeritus Universitas Negeri Jakarta (UNJ), di Jakarta, Sabtu (7/7/2012).

Menurut Martha, dirinya lemah jika disuruh belajar Matematika dan ilmu pasti lainnya. Namun, dia menyenangi sejarah, budaya, dan lingkungan hidup. "IQ memang jongkok. Tetapi, ibu saya membekali saya dengan kreativitas. Dari kecil saya diajar untuk bisa mengembangkan hal-hal kreatif yang ada di sekeliling sehingga menghasilkan uang. Dari sinilah, jiwa bisnis saya dengan bekal kreativitas tumbuh dan berkembang," ujar Martha.

Menurut Martha, yang kini jadi pengajar di bidang herbal di pascasarjana Universitas Indonesia, dalam mendidik anak-anak *slow learner*, yang penting terus dimotivasi. Anak-anak ini harus dilihat potensinya sehingga dapat berkembang maksimal.

Dorongan ibu, keluarga, dan suami tercinta mampu membuat Martha terus mengembangkan potensi dirinya sebagai pengusaha kosmetik yang memanfaatkan ramuan tradisional yang dikombinasikan dengan teknologi modern. Alhasil, usaha bisnisnya di bidang kosmetik berkembang pesat dan mendapat pengakuan di dalam dan luar negeri. Bahkan, Martha terpilih menjadi satu dari 14 anggota Global Compact Board di bawah naungan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). Lembaga ini sebagai badan penasihat tertinggi pada PBB yang melibatkan organisasi bisnis, masyarakat sipil, pekerja, dan pengusaha. Martha juga mendapat gelar doktor *honoris causa* dari kampus di Amerika Serikat. Di dalam negeri, Martha fokus untuk memberdayakan para perempuan, pengembangan kewirausahaan, hingga kepedulian pada lingkungan hidup lewat pendirian Kampung Djamu Organik di Cikarang, Bekasi. Martha berharap supaya pendidikan di Indonesia dapat mengutamakan pengembangan potensi setiap anak. Pendidikan di sekolah tidak hanya untuk menghasilkan anak-anak pintar. "Yang perlu saat ini, anak-anak bisa menjadi pribadi yang kreatif dalam bidang yang disukainya," kata Martha.

2.3 TUNA GRAHITA

2.3.1 Definisi Tuna Grahita

Tunagrahita termasuk dalam golongan anak berkebutuhan khusus. Pendidikan secara khusus untuk penyandang tunagrahita lebih dikenal dengan sebutan sekolah luar biasa (SLB). Tunagrahita merupakan istilah yang digunakan untuk menyebut anak yang mempunyai kemampuan intelektual di bawah rata-rata. Istilah lain untuk tunagrahita ialah sebutan untuk anak dengan *hendaya* atau penurunan kemampuan atau berkurangnya kemampuan dalam segi kekuatan, nilai, kualitas, dan kuantitas.

Tunagrahita mempunyai kelainan mental, atau tingkah laku akibat kecerdasan yang terganggu. Tunagrahita dapat berupa cacat ganda, yaitu cacat mental yang dibarengi dengan cacat fisik. Misalnya cacat intelegensi yang mereka alami disertai dengan kelainan penglihatan (cacat mata). Ada juga yang disertai dengan gangguan pendengaran. Tidak semua anak tunagrahita memiliki cacat fisik. Contohnya pada tunagrahita ringan. Masalah tunagrahita ringan lebih banyak pada kemampuan daya tangkap yang kurang.

Secara umum pengertian tunagrahita ialah anak berkebutuhan khusus yang memiliki keterbelakangan dalam intelegensi, fisik, emosional, dan sosial yang membutuhkan perlakuan khusus supaya dapat berkembang pada kemampuan yang maksimal.

Berbagai definisi telah dikemukakan oleh para ahli. Salah satu definisi yang diterima secara luas dan menjadi rujukan utama ialah definisi yang dirumuskan Grossman (dalam Wardani, Hernawati, & Astati, 2007) yang secara resmi digunakan AAMD (*American Association on Mental Deficiency*) sebagai berikut:

“Mental retardation refers to significantly subaverage general Intellectual functioning resulting in or adaptive behavior and manifested during the developmental period”.

Yaitu, ketunagrahitaan mengacu pada fungsi intelektual umum yang secara nyata berada di bawah rata-rata (normal) bersamaan dengan kekurangan dalam tingkah laku penyesuaian diri dan semua ini berlangsung pada masa perkembangannya.

Dari definisi di atas, beberapa ciri terkait tunagrahita adalah, berikut ini:

1. Fungsi Intelektual umum secara signifikan berada dibawah rata-rata, artinya kekurangan tersebut harus benar terbukti sehingga yang bersangkutan memerlukan layanan pendidikan khusus. Sebagai contoh: anak normal rata-rata IQ 100, sedangkan anak tunagrahita memiliki IQ paling tinggi 70.
2. Kekurangan dalam tingkah laku penyesuaian (perilaku adaptif), yaitu yang bersangkutan tidak atau kurang memiliki kesanggupan untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan yang sesuai dengan usianya. Ia hanya mampu melakukan pekerjaan seperti yang dapat dilakukan oleh anak yang usianya lebih muda darinya.
3. Ketunagrahitaan berlangsung pada periode perkembangan, yaitu sejak konsepsi hingga usia 18 tahun.

2.3.2 Klasifikasi Tuna Grahita

Karakteristik anak tunagrahita secara umum menurut James D. Page (1995) dicirikan dalam hal: kecerdasan, sosial, fungsi mental, dorongan dan emosi serta kepribadian dan Kemampuan Organisasi. Berikut penjelasannya:

1. Intelektual. Tingkat kecerdasan tunagrahita selalu dibawah rata-rata anak yang berusia sama, perkembangan kecerdasannya juga sangat terbatas. Mereka hanya mampu mencapai tingkat usia mental setingkat anak SD kelas IV, atau kelas II, bahkan ada yang hanya mampu mencapai tingkat usia mental anak pra sekolah.
2. Segi Sosial. Kemampuan bidang sosial anak tunagrahita mengalami kelambatan. Hal ini ditunjukkan dengan kemampuan anak tunagrahita yang rendah dalam hal mengurus, memelihara, dan memimpin diri, sehingga tidak mampu bersosialisasi.
3. Ciri pada Fungsi Mental Lainnya. Anak tunagrahita mengalami kesukaran dalam memusatkan perhatian, jangkauan perhatiannya sangat sempit dan cepat beralih sehingga kurang mampu menghadapi tugas.
4. Ciri Dorongan dan Emosi. Perkembangan dorongan emosi anak tunagrahita berbeda-beda sesuai dengan ketunagrahitaannya masing-masing. Anak yang berat dan sangat berat ketunagrahitaannya hampir tidak memperlihatkan dorongan untuk mempertahankan diri, dalam keadaan haus dan lapar tidak menunjukkan tanda-tandanya, ketika mendapat stimulus yang menyakitkan tidak mampu menjauhkan diri dari stimulus tersebut. Kehidupan emosinya lemah, dorongan biologisnya dapat berkembang tetapi peng-hayatnya terbatas pada perasaan senang, takut, marah, dan benci.
5. Ciri Kemampuan dalam Bahasa. Kemampuan bahasa anak tunagrahita sangat terbatas terutama pada perbendaharaan kata abstrak. Pada anak yang ketunagrahitaannya semakin berat banyak yang mengalami gangguan bicara disebabkan cacat artikulasi dan masalah dalam pembentukan bunyi di pita suara dan rongga mulut.
6. Ciri Kemampuan dalam Bidang Akademis. Anak tunagrahita sulit mencapai bidang akademis membaca dan kemampuan menghitung yang problematis, tetapi dapat dilatih dalam kemampuan dasar menghitung umum.
7. Ciri Kepribadian dan Kemampuan Organisasi. Dari berbagai penelitian oleh Leahy, Balla, dan Zigler (Hallahan & Kauffman, 1988) disebutkan bahwa terkait kepribadian anak tunagrahita umumnya tidak memiliki kepercayaan diri, tidak mampu mengontrol dan mengarahkan dirinya sehingga lebih banyak bergantung pada pihak luar (*external locus of control*).

Kemampuan anak tunagrahita untuk mengorganisasi keadaan dirinya sangat jelek, terutama pada anak tunagrahita dengan kategori berat. Hal ini ditunjukkan dengan baru dapat berjalan dan berbicara pada usia jauh lebih tua daripada anak normal, sikap gerak langkahnya kurang serasi, pendengaran dan penglihatannya seringkali tidak dapat difungsikan, kurang rentan terhadap beberapa hal seperti perasaan sakit, bau yang tidak enak, serta makanan yang tidak enak.

Berikut adalah karakteristik anak tunagrahita yang lebih spesifik berdasarkan berat ringannya kelainan, yaitu:

1. Mampu didik
Mampudidik merupakan istilah pendidikan yang digunakan untuk mengelompokkan tunagrahita ringan. Mereka masih mempunyai kemampuan untuk dididik dalam bidang akademik yang sederhana (dasar) yaitu membaca, menulis, dan berhitung. Anak mampudidik kemampuan maksimalnya setara dengan anak usia 12 tahun atau kelas 6 sekolah dasar, apabila mendapatkan layanan dan bimbingan belajar yang sesuai maka anak mampu didik dapat lulus sekolah dasar.

2. Mampulatih.

Tunagrahita mampulatih secara fisik sering memiliki atau disertai dengan kelainan fisik baik sensori maupun motoris, bahkan hampir semua anak yang memiliki kelainan dengan tipe klinik masuk pada kelompok mampulatih sehingga sangat mudah untuk mendeteksi anak mampulatih, karena penampilan fisiknya (kesan lahiriah) berbeda dengan anak normal yang sebaya. Kemampuan akademik anak mampulatih tidak dapat mengikuti pelajaran walaupun secara sederhana seperti membaca, menulis, dan berhitung.

3. Perlurawat.

Anak perlurawat adalah klasifikasi anak tunagrahita yang paling berat, jika pada istilah kedokteran disebut dengan idiot. Anak perlurawat memiliki kapasitas intelegensi dibawah 25 dan sudah tidak mampu dilatih keterampilan apapun.

2.3.4 Karakteristik Tunagrahita Berdasar IQ

Ketunagrahitaan mengacu pada intelektual umum yang secara signifikan berada di bawah rata-rata. Para tunagrahita mengalami hambatan dalam tingkah laku dan penyesuaian diri. Semua itu berlangsung atau terjadi pada masa perkembangannya.

Seseorang dikatakan tunagrahita apabila memiliki tiga indikator, yaitu: (1) Keterhambatan fungsi kecerdasan secara umum atau di bawah rata-rata, (2) Ketidakmampuan dalam perilaku sosial/adaptif, dan (3) Hambatan perilaku sosial/adaptif terjadi pada usia perkembangan yaitu sampai dengan usia 18 tahun.

Tingkat kecerdasan seseorang diukur melalui tes inteligensi yang hasilnya disebut dengan IQ (*intelligence quotient*). Tingkat kecerdasan biasa dikelompokkan ke dalam tingkatan sebagai berikut:

- a. Tunagrahita ringan memiliki IQ 70-55
- b. Tunagrahita sedang memiliki IQ 55-40
- c. Tunagrahita berat memiliki IQ 40-25
- d. Tunagrahita berat sekali memiliki IQ <25

Contoh perbedaan kemampuan belajar dan penyelesaian tugas anak tunagrahita berdasarkan ekuivalensi usia kalender (CA) dengan Usia Mental (MA) sebagai berikut:

Tabel 2.1

Nama	Umur (CA)	IQ	Umur kecerdasan (MA)	Penjelasan dalam Penyelesaian Tugas
Si A	10 th	100	10 tahun	Ia tidak kesulitan mempelajari kemampuan tugas-tugas seumurnya karena CA-nya, sama dengan MA-nya (normal)
Si B	10 th	55-70	5,5 - 7 tahun	Ia dapat mempelajari materi pembelajaran/tugas anak usia 5,5 tahun sampai dengan 7 tahun

Tabel 2.1 (Lanjutan)

Nama	Umur (CA)	IQ	Umur kecerdasan (MA)	Penjelasan dalam Penyelesaian Tugas
Si C	10 th	40-55	4 - 5,5 tahun	Ia dapat mempelajari materi pembelajaran/tugas anak usia 4 tahun sampai dengan 5,5 tahun
Si D	10 th	25-40	2,5 - 4 tahun	Ia dapat mempelajari materi pembelajaran/tugas anak usia 4 tahun sampai 2,5 tahun
Si E	10 th	25 ke bwh	Kurang dr 2,5 tahun	Ia dapat mempelajari materi pembelajaran/tugas anak usia 2,5 tahun ke bawah

2.3.5 Faktor Penyebab Anak Tunagrahita

Berikut ini beberapa penyebab ketunagrahitaan yang sering ditemukan baik yang berasal dari faktor keturunan maupun faktor lingkungan:

1. Faktor Keturunan

- Kelainan kromosom dapat dilihat dari bentuk dan nomornya. Dilihat dari bentuk dapat berupa *inversi* atau kelainan yang menyebabkan berubahnya urutan gen karena melihatnya kromosom; *delesi* (kegagalan meiosis), yaitu salah satu pasangan sel tidak membelah sehingga terjadi kekurangan kromosom pada salah satu sel; *duplikasi* yaitu kromosom tidak berhasil memisahkan diri sehingga terjadi kelebihan kromosom pada salah satu sel lainnya; *translokasi*, yaitu adanya kromosom yang patah dan patahannya menempel pada kromosom lain.
- Kelainan gen. Kelainan ini terjadi pada waktu imunisasi, tidak selamanya tampak dari luar namun tetap dalam tingkat genotif.

2. Gangguan Metabolisme dan Gizi

Metabolisme dan gizi merupakan faktor yang sangat penting dalam perkembangan individu terutama perkembangan sel-sel otak. Kegagalan metabolisme dan kegagalan pemenuhan kebutuhan gizi dapat mengakibatkan terjadinya gangguan fisik dan mental pada individu.

3. Infeksi dan Keracunan

Keadaan ini disebabkan oleh terjangkitnya penyakit-penyakit selama janin masih berada didalam kandungan. Penyakit yang dimaksud antara lain *rubella* yang mengakibatkan ketunagrahitaan serta adanya kelainan pendengaran, penyakit jantung bawaan, berat badan sangat kurang ketika lahir, *syphilis* bawaan, *syndrome gravidity* beracun.

4. Trauma dan Zat Radioaktif

Terjadinya trauma terutama pada otak ketika bayi dilahirkan atau terkena radiasi zat radioaktif saat hamil dapat mengakibatkan ketunagrahitaan. Trauma yang terjadi pada saat dilahirkan biasanya disebabkan oleh kelahiran yang sulit sehingga memerlukan alat bantuan. Ketidaktepatan penyinaran atau radiasi sinar X selama bayi dalam kandungan mengakibatkan cacat mental *microcephaly*.

5. Masalah pada Kelahiran

Masalah yang terjadi pada saat kelahiran, misalnya kelahiran yang disertai *hypoxia* yang dipastikan bayi akan menderita kerusakan otak, kejang dan napas pendek. Kerusakan juga dapat disebabkan oleh trauma mekanis terutama pada kelahiran yang sulit

6. Faktor Lingkungan

Banyak faktor lingkungan yang diduga menjadi penyebab terjadinya ketunagrahitaan. Telah banyak penelitian yang digunakan untuk pembuktian hal ini, salah satunya adalah penemuan Patton & Polloway (Mangunsong, 2012), bahwa bermacam-macam pengalaman negatif atau kegagalan dalam melakukan interaksi yang terjadi selama periode perkembangan menjadi salah satu penyebab ketunagrahitaan. Latar belakang pendidikan orangtua sering juga dihubungkan dengan masalah-masalah perkembangan. Kurangnya kesadaran orang tua akan pentingnya pendidikan dini serta kurangnya pengetahuan dalam memberikan rangsangan positif dalam masa perkembangan anak menjadi penyebab salah satu timbulnya gangguan.

2.3.6 Pencegahan Tuna Grahita

Dengan ditemukannya berbagai penyebab ketunagrahitaan sebagai hasil penyelidikan oleh para ahli, maka diikuti dengan berbagai upaya pencegahannya. Berbagai alternatif upaya pencegahan yang disarankan, antara lain berikut ini:

1. Penyuluhan generik, yaitu suatu usaha mengkomunikasikan berbagai informasi mengenai masalah genetika. Penyuluhan ini dapat dilakukan melalui media cetak dan elektronik maupun secara langsung melalui posyandu dan klinik.
2. Diagnostik prenatal, yaitu usaha memeriksakan kehamilan sehingga dapat diketahui lebih dini ada tidaknya kelainan pada janin.
3. Imunisasi, dapat dilakukan terhadap ibu hamil maupun anak balita. Dengan imunisasi ini dapat dicegah penyakit yang mengganggu perkembangan bayi atau anak.
4. Tes darah, dilakukan terhadap pasangan yang akan menikah untuk menghindari kemungkinan menurunkan benih-benih kelainan.
5. Melalui program keluarga berencana, pasangan suami istri dapat mengatur kehamilan dan menciptakan keluarga yang sejahtera baik fisik dan psikis.
6. Tindakan operasi, hal ini dibutuhkan bila ada kelahiran dengan resiko tinggi, misalnya kekurangan oksigen, adanya trauma pada masa pranatal.
7. Sanitasi lingkungan, yaitu mengupayakan terciptanya lingkungan yang baik sehingga tidak menghambat perkembangan bayi/anak.
8. Pemeliharaan kesehatan, terutama pada ibu hamil yang menyangkut pemeriksaan kesehatan selama hamil, penyediaan gizi dan vitamin serta menghindari radiasi.
9. Intervensi dini dibutuhkan oleh para orang tua agar dapat membantu perkembangan anaknya secara dini.

2.3.7 Kebutuhan Pendidikan Anak Tuna Grahita

Berikut beberapa landasan untuk memenuhi kebutuhan pendidikan bagi anak tunagrahita, yaitu:

1. Adanya kebutuhan pendidikan bagi anak tunagrahita.
Anak tunagrahita sebagaimana manusia lainnya, bahwa mereka dapat dididik dan mendidik. Anak tunagrahita ringan mendidik diri sendiri dalam hal-hal sederhana, misalnya cara makan-minum bahkan dapat belajar hingga tingkat SD, dan anak tunagrahita sedang, berat, dan sangat berat dapat dididik dengan mengaktualisasikan potensi yang dimiliki, misalnya menggulung benang.
2. Perlunya pencapaian kebutuhan pendidikan bagi anak tunagrahita.
Landasan ini meliputi: landasan agama dan perikemanusiaan yang mengakui bahwa tiap insan wajib bertakwa kepada Tuhan dan memiliki hak yang sama dalam memperoleh pendidikan, landasan falsafah bangsa, landasan hukum positif, landasan sosial ekonomi dan martabat bangsa.
3. Cara untuk memenuhi kebutuhan pendidikan anak tunagrahita.
Cara memenuhi kebutuhan pendidikan ini meliputi: persamaan hak dengan anak normal, perbedaan individual harus didasarkan pada karakteristik kebutuhan anak secara khusus, didasarkan pada keterampilan praktis, sikap rasional dan wajar.

Tujuan Pendidikan Anak Tunagrahita

Tujuan pendidikan anak tunagrahita adalah, sebagai berikut:

1. Tujuan pendidikan anak tunagrahita ringan adalah agar anak dapat mengurus dan membina diri, serta dapat bergaul di masyarakat.
2. Tujuan pendidikan anak tunagrahita sedang adalah agar anak dapat mengurus diri; seperti makan-minum, dan dapat bergaul dengan anggota keluarga dan tetangga.
3. Tujuan pendidikan anak tunagrahita berat dan sangat berat adalah agar dapat mengurus diri secara sederhana seperti memberi tanda atau kata-kata ketika menginginkan sesuatu, seperti makan dan buang air.

2.4 CIBI (CERDAS ISTIMEWA BERBAKAT ISTIMEWA)

2.4.1 Definisi Anak Berbakat

Dalam konsep luas, anak berbakat istimewa cerdas istimewa akan mengarah pada anak yang memiliki kecakapan intelektual superior, yang secara potensial dan fungsional mampu mencapai keunggulan akademik di dalam kelompok populasinya. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) kata cerdas memiliki arti sempurna perkembangan akal budinya (untuk berpikir, mengerti atau memahami sesuatu), dan bakat adalah dasar (kepandaian, sifat, dan pembawaan) yang dibawa sejak lahir. Dari definisi tersebut, maka anak berbakat adalah anak yang mempunyai kemampuan yang unggul dari anak rata-rata atau normal baik dalam kemampuan intelektual maupun non intelektual sehingga membutuhkan layanan pendidikan secara khusus.

2.4.2 Faktor Penyebab Timbulnya Bakat

Moh. Amin (1996) menyimpulkan bahwa keberbakatan merupakan istilah yang berdimensi banyak. Keberbakatan bukan semata-mata karena seseorang memiliki inteligensia tinggi melainkan ditentukan oleh banyak faktor. Berikut faktor-faktor yang dapat menyebabkan timbulnya bakat, yaitu:

1. Hereditas

Hereditas adalah karakteristik-karakteristik bawaan yang diwariskan dari orang tua biologis, meliputi kecerdasan, kreatif produktif, kemampuan memimpin, kemampuan seni dan psikomotor. Pada setiap individu terdapat faktor bawaan yang diwariskan dari orang tua, dan bakat bawaan tersebut juga berbeda antara satu orang dengan orang lain meskipun dua orang bersaudara.

2. Lingkungan

Lingkungan mempunyai peran yang sangat besar dalam mempengaruhi keberbakatan seorang anak. Walaupun seorang anak mempunyai bakat yang tinggi terhadap suatu bidang, tapi tanpa adanya dukungan dan perhatian dari lingkungannya, baik itu keluarga maupun masyarakat tempat ia bersosialisasi, maka ia tidak akan dapat mengembangkan bakatnya dengan maksimal.

2.4.3 Ciri-ciri Anak Berbakat

Anak berbakat memiliki karakteristik dan kebutuhan yang berbeda dengan anak lain pada umumnya (Clark, dalam Somantri, 2002). Hasil studi juga menemukan bahwa anak-anak berbakat memiliki karakteristik yang berbeda dengan anak-anak normal. Mereka cenderung memiliki kelebihan menonjol dalam kosa kata dan menggunakannya secara luwes, memiliki informasi yang kaya, cepat dalam menguasai bahan pelajaran, cepat dalam memahami hubungan antar fakta, mudah memahami dalil-dalil dan formula-formula, kemampuan analisis yang tajam, gemar membaca, peka terhadap situasi yang terjadi di sekelilingnya, kritis dan memiliki rasa ingin tahu yang sangat besar.

2.4.4 Jenis-jenis Anak Berbakat

1. Genius (IQ lebih dari 180)

Anak dalam kelompok ini memiliki kecerdasan yang sangat luar biasa. Bakat dan keistimewaannya telah tampak sejak kecil, misalnya sejak umur dua tahun sudah dapat membaca dan umur empat tahun bisa berbahasa asing. Anak genius memiliki sifat-sifat positif sebagai berikut: daya abstraksinya baik sekali, mempunyai banyak ide, sangat kritis, sangat kreatif dan suka menganalisis. Anak genius juga memiliki sifat-sifat negatif, diantaranya; cenderung hanya mementingkan dirinya sendiri (egosentris), temperamental sehingga mudah menunjukkan emosi marah, tidak mudah bergaul, senang menyendiri karenasibuk melakukan penelitian, dan tidak mudah menerima pendapat orang lain.

2. Gifted (IQ 140 – 179)

Anak dalam kelompok ini bakatnya juga sudah tampak sejak kecil dan prestasi yang dimiliki biasanya melebihi teman sebayanya. Jika dibandingkan dengan orang normal, kemampuan *adjustment* terhadap berbagai problem hidup lebih baik yaitu suatu proses psikososial yang berlangsung dengan cara mengelola tuntutan dalam keseharian dengan memodifikasi diri dan

lingkungan disekitarnya. Anak gifted di antaranya memiliki karakteristik: mempunyai perhatian terhadap sains, serba ingin tahu, imajinasinya kuat, senang membaca, dan senang akan koleksi.

3. Sangat Superior (IQ 130 – 139)

Anak sangat superior berada pada tingkat tertinggi dalam kelompok superior. Umumnya tidak ada perbedaan mencolok dengan kelompok superior.

4. Superior (IQ 120 – 129)

Anak dalam kelompok ini memiliki prestasi belajar yang cukup tinggi. Secara umum anak dalam kelompok ini juga memiliki kemampuan yang tinggi jika dibandingkan dengan anak-anak pada umumnya. Ciri-cirinya antara lain cakap dalam membaca dan berhitung, perbendaharaan bahasanya luas, cepat memahami dibandingkan dengan anak-anak yang termasuk kelompok pandai. Kesehatan dan ketahanan fisiknya pun lebih baik daripada anak-anak normal.

2.4.5 Dampak dari Anak Berbakat

Ada beberapa hal positif yang ada pada anak berbakat, yaitu:

1. Mampu mengaktualisasikan pernyataan secara fisik berdasarkan pemahaman pengetahuan yang sedikit
2. Dapat mendominasi diskusi
3. Tidak sabar untuk segera maju ke tingkat berikutnya
7. Sukaribut atau tidak mampu menahan kegelisahannya ketika merasa bosan
8. Memilih kegiatan membaca daripada berpartisipasi aktif dalam kegiatan masyarakat, atau kegiatan fisik
9. Suka melawan aturan, petunjuk-petunjuk atau prosedur tertentu
10. Jika memimpin diskusi akan membawa diskusi ke situasi yang harus selalu tuntas lalu menjadi frustrasi jika aktivitas sehari-hari tidak berjalan sebagaimana mestinya

2.4.6 Permasalahan yang Dihadapi Anak Berbakat

Anak Cerdas Istimewa Berbakat Istimewa (CIBI) yang lebih dikenal dengan anak keberbakatan saja, termasuk ke dalam Anak Berkebutuhan Khusus, karena dengan kemampuan intelektual dan non intelektualnya yang tinggi justru akan membuat anak mengalami kesulitan dalam berinteraksi sosial atau tidak mampu bersosialisasi dengan baik, sehingga anak akan merasa dirinya berbeda/aneh atau lingkungan yang melabelkan aneh karena memiliki kebiasaan-kebiasaan yang tidak lazim. Secara umum, permasalahan-permasalahan yang dihadapi anak berbakat di antaranya, yaitu:

1. Labeling
Memberikan label pada anak berbakat bahwa 'ia berbakat' dapat menimbulkan harapan terhadap kemampuan anak tersebut dan dapat mengakibatkan beban mental jika anak tersebut tidak dapat memenuhi apa yang diharapkan oleh si pemberi label.
2. Memberi Nilai (*Grading*) dalam Bentuk Angka
Pemberian angka bagi anak berbakat dapat menimbulkan permasalahan jika angka yang dimilikinya tidak menggambarkan kemampuannya. Angka seringkali tidak cermat, artinya sering kurang

mencerminkan kemampuan yang sebenarnya. Terutama bagi anak berbakat, penilaian dalam bentuk angka turut berbicara, karena mereka sangat sensitif, angka ini menjadi kepedulian yang besar yang terkadang juga terlalu berlebihan. Disarankan agar pemberian angka harus dilakukan secara hati-hati dan lebih mengacu kepada penilaian berdasarkan kriteria.

Mengatasi penilaian yang kurang cermat bagi anak berbakat dapat dilakukan dengan *self-diagnose*. Pemeriksaan kembali pekerjaan dapat menjadikan siswa menyadari apa kesalahannya dan mengapa kesalahan-kesalahan tersebut dibuatnya.

3. Underachievement

Underachievement pada anak berbakat adalah kinerja anak yang secara signifikan berada di bawah potensinya (Kitano and Kirty, 1996). Anak tidak menunjukkan perilaku sesuai tingkat intelektualnya dikarenakan kurangnya stimulus dan kepercayaan dari lingkungan, misalnya anak berbakat yang seperti tidak mampu menuntaskan soal-soal ujian karena merasa jenuh oleh situasi monoton ketika pembelajaran. Hal ini dapat terjadi karena anak berbakat mengalami berbagai tekanan baik dari rumah, sekolah maupun teman sebayanya.

4. Konsep diri

Konsep diri terbentuk bukan hanya dari cara orang lain memandang tentang dirinya, tetapi juga ketika dirinya menghayati pengalaman tersebut. Anak-anak yang berbakat memiliki sikap yang sangat *ambivalent* terhadap keberbakatannya, dan cenderung mempersepsikan dirinya secara positif, namun menganggap bahwa lingkungannya yaitu teman sebaya dan gurunya memiliki pandangan negatif terhadap dirinya.

2.4.7 Penerapan Pendidikan Keberbakatan di Indonesia

Meskipun secara jelas dicantumkan dalam Undang Undang No 2 tahun 1989, tentang Sistem Pendidikan Nasional mengenai adanya hak bagi peserta didik untuk mendapatkan pelayanan pendidikan khusus bagi yang memiliki kemampuan dan kecerdasan yang luar biasa, masih sedikit yang memenuhinya bahkan dari sekolah milik pemerintah sekalipun.

Sejarah pendidikan di Indonesia pada era orde baru mencatat berbagai upaya dari berbagai tokoh pendidikan bangsa ini untuk menerapkan hakikat pendidikan dan prinsip-prinsip demokratisasi pendidikan bagi anak-anak berbakat, jauh sebelum dikeluarkannya peraturan perundang-undangan tersebut.

Di Indonesia sudah ada beberapa daerah yang telah mendirikan sekolah khusus untuk anak berbakat, salah satunya adalah daerah istimewa Yogyakarta. Dinas pendidikan daerah Yogyakarta membuka pendidikan khusus bagi peserta didik cerdas istimewa atau bakat istimewa, yaitu berupa program pengayaan (*enrichment*) dan gabungan program percepatan dengan pengayaan (*acceleration-enrichment*).

Program pengayaan adalah pemberian pelayanan pendidikan kepada peserta didik yang memiliki potensi kecerdasan dan/atau bakat istimewa yang dimiliki dengan penyediaan kesempatan dan fasilitas belajar tambahan yang bersifat perluasan/pendalaman, setelah yang bersangkutan menyelesaikan tugas-tugas yang diprogramkan untuk peserta didik lainnya.

Gabungan Program Percepatan dan Pengayaan adalah pemberian pelayanan pendidikan peserta didik yang memiliki potensi kecerdasan dan/atau bakat istimewa untuk dapat menyelesaikan program regular dalam jangka waktu yang lebih singkat dibanding teman-temannya yang tidak mengambil program tersebut. Artinya peserta didik kelompok ini dapat menyelesaikan pendidikan di SD/MI dalam jangka waktu 5 tahun, di SMP/MTs atau SMA/MA dalam waktu 2 tahun.

2.4.8 Solusi Bagi Anak Berbakat

Anak berbakat akan merasa frustrasi bila diperlakukan sama dengan anak lainnya, karena merasa bosan dan jenuh di sekolah karena dalam banyak hal pemikiran dan kemampuannya di atas teman-temannya, bahkan guru-gurunya pun merasa kewalahan dengan sikap kritisnya. Dengan pertimbangan tersebut, maka diharapkan ada penanganan khusus bagi anak-anak berbakat, seperti:

1. Menyiapkan perangkat khusus di sekolah bagi anak berbakat, sehingga tanpa harus dipisahkan dari anak lainnya, kemampuan dan bakatnya tetap dapat dimaksimalkan
2. Program akselerasi khusus untuk anak-anak berbakat
3. *Home-schooling*, pendidikan non formal di luar sekolah (Thomas Alva Edison, Hellen Keller, Robert Boyle adalah siswa *home schooling* di masanya)
4. Menyiapkan guru yang dapat melakukan pendekatan individual, walau harus mengajar di kelas konvensional, dilengkapi dengan program sekolah yang jelas perangkatnya.
5. Membangun kelas khusus untuk anak berbakat.

BAB 3

GANGGUAN PERILAKU

3.1 AUTISME

Autisme tidak hanya menjadi fenomena kecil yang terjadi di tengah-tengah masyarakat Indonesia. Lebih dari itu, autisme kini semakin banyak menjangkit orang Indonesia, khususnya anak-anak. Hal tersebut didukung dengan semakin bertambahnya angka prevalensi penderita gangguan autisme di Indonesia dari tahun ke tahun.

Autisme sendiri merupakan gangguan yang meliputi area kognitif, emosi, perilaku, sosial, termasuk juga ketidakmampuan untuk berinteraksi dengan orang-orang di sekelilingnya. Anak yang autis akan tumbuh dan berkembang dengan cara yang berbeda dibandingkan dengan anak-anak normal lainnya. Hal tersebut disebabkan oleh terjadinya penurunan kemampuan kognisi secara bertahap.

Sejalan dengan autisme dan termasuk dalam salah satu klasifikasi autisme, sindrom asperger juga merupakan gangguan yang banyak terjadi di Indonesia. Meskipun sindrom asperger merupakan sub jenis dari autisme secara keseluruhan, dalam hal perbedaannya yang mencolok, sindrom asperger kemudian banyak dianalisis secara lebih mendalam dan dianggap sebagai sub jenis autisme yang “spesial”.

Individu dengan penderita sindrom asperger sering mendapat julukan “profesor kecil”. Individu pengidap sindrom ini biasanya sensitif terhadap bunyi, rasa, bau, cahaya, menyukai kain yang lembut, makanan tertentu, dan terganggu dengan bunyi atau cahaya yang tidak disadari orang lain. Pada masa kini terdapat perdebatan panjang lebar mengenai di mana pengidap Sindrom Asperger patut diletakkan. Sekarang ini sindrom asperger dianggap sebagai masalah spektrum autisme. Setengah golongan profesional merasakan pengidap Sindrom Asperger sama seperti Autisme Fungsi Tinggi, sementara yang lain berpendapat sindrom ini lebih menggambarannya sebagai Kecacatan Belajar Bukan Verbal.

3.1.1 Sejarah Autisme

Pada tahun 1943, Leo Kanner, seorang ilmuwan asal Vienna melaporkan kasus sebelas anak yang diobservasinya di Unit Psikiatri Anak Universitas Johns Hopkins. Ada delapan karakteristik utama dari

anak-anak tersebut yang membedakannya dengan anak-anak lain. Kemudian Kanner berkesimpulan bahwa anak-anak ini dapat dipisahkan dari anak-anak penderita schizoprenia dalam tiga hal, yaitu: anak-anak schizoprenia menarik diri dari dunia, sedangkan anak-anak yang diobservasinya bahkan tidak pernah menunjukkan hubungan sosial dengan dunia; anak-anak yang diobservasinya menunjukkan pola-pola bahasa yang unik, seperti *pronounciation reversals* dan *echolalia*; anak-anak yang ia observasi tidak memperlihatkan makin memburuknya cara berfungsi seperti yang diperlihatkan anak schizoprenia.

Pada tahun 1944, seorang ilmuwan lain yang juga berasal dari Vienna, Hans Asperger, melaporkan empat kasus anak hasil observasinya di *summer camp* yang lebih memilih bermain sendiri daripada berinteraksi dengan anak-anak lain. Ciri-ciri anak-anak ini serupa dengan anak-anak yang normal, meskipun mereka menyalurkan kecerdasannya dengan minat obsesif pada area-area tertentu yang lebih sempit, dan bahasa mereka normal.

Kedua ilmuwan tersebut sama-sama menggunakan istilah *autistic* dalam menyebut kondisi anak-anak yang mereka observasi. Autisme sendiri merupakan label yang muncul pada awal abad dua puluh (Bleuler dalam Hallahan & Kauffman, 2006) dan digunakan untuk mengacu pada individu yang memiliki hubungan yang sangat sempit dengan orang lain dan dunia lain. istilah autistik dan autisme sendiri berasal dari kata *autos* dalam bahasa Yunani yang berarti self (Frith, dalam Hallahan & Kauffman, 2006).

Empat puluh tahun setelah Asperger mempublikasikan laporannya, Lorna Wing (1981) mempublikasikan sebuah *paper* yang menunjukkan ketertarikannya pada hasil observasi Asperger, dan mengusulkan istilah "*Asperger's Syndrome*" untuk menyebut kondisi tersebut. Sejak saat itulah orang-orang mulai tertarik pada kondisi anak-anak semacam itu. Selain itu, laporan Lorna Wing inilah yang merupakan katalis bagi dikenalnya sindrom Asperger (Hallahan & Kauffman, 2006).

3.1.2 Pengertian Autisme

Autis berasal dari kata *autos* yang artinya segala sesuatu yang mengarah pada diri sendiri. Dalam Kamus Lengkap Psikologi, autisme didefinisikan sebagai: (1) cara berpikir yang dikendalikan oleh kebutuhan personal atau oleh diri sendiri, (2) menanggapi dunia berdasarkan penglihatan, harapan sendiri, dan menolak realitas (3) keasyikan ekstrim dengan pikiran dan fantasi sendiri (Chaplin, 2005). *Autistic disorder* adalah adanya gangguan atau abnormalitas perkembangan pada interaksi sosial dan komunikasi serta ditandai dengan terbatasnya aktifitas dan ketertarikan. Munculnya gangguan ini sangat tergantung pada tahap perkembangan dan usia kronologis individu. *Autistic disorder* dianggap sebagai *early infantile autism*, *childhood autism*, atau *Kanner's autism* (American Psychiatric Association, 2000).

Perilaku autistik digolongkan dalam dua jenis, yaitu perilaku yang eksekif (berlebihan) dan perilaku yang defisit (berkekurangan). Yang termasuk perilaku eksekif adalah hiperaktif dan tantrum (mengamuk) berupa menjerit, menggigit, mencakar, memukul, mendorong. Di sini juga sering terjadi anak menyakiti dirinya sendiri (*self-abused*). Perilaku defisit ditandai dengan gangguan bicara, perilaku sosial kurang sesuai, defisit sensori sehingga dikira tuli, bermain tidak benar dan emosi yang tidak tepat, misalnya tertawa-tawa tanpa sebab, menangis tanpa sebab, dan melamun. *World Health Organization's International Classification of Diseases* (WHO ICD-10) mendefinisikan autisme (dalam hal ini khusus *childhood autism*) sebagai adanya keabnormalan dan atau gangguan perkembangan yang muncul sebelum

usia tiga tahun dengan tipe karakteristik tidak normalnya tiga bidang yaitu interaksi sosial, komunikasi, dan perilaku yang diulang-ulang (*World Health Organization*, 1992). WHO juga mengklasifikasikan autisme sebagai gangguan perkembangan sebagai hasil dari gangguan pada sistem syaraf pusat manusia.

Autisme dimulai pada awal masa kanak-kanak dan dapat diketahui pada minggu pertama kehidupan. Dapat ditemukan pada semua kelas sosial ekonomi maupun pada semua etnis dan ras. Penderita autisme sejak awal kehidupan tidak mampu berhubungan dengan orang lain dengan cara yang biasa. Sangat terbatas pada kemampuan bahasa dan sangat terobsesi agar segala sesuatu tetap pada keadaan semula (rutin/monoton).

IDEA (*Individuals with Disabilities Education Act*) mendefinisikan autisme sebagai :

“a developmental disability affecting verbal and non verbal communication and social interaction, generally evident before age 3, that affects a child’s performance. Other characteristics often associated with autism are engagement in repetitive activities and stereotyped movements, resistance to environmental change or change in daily routines, and unusual responses to sensory experiences. The term does not apply if a child’s educational performance is adversely affected primarily because the child has serious emotional disturbances.” (34 C.F.R. Part 300, dalam Hallahan & Kauffman, 2006, hal. 366-400).

Meski tidak tertulis dalam definisi yang dikemukakan IDEA, autisme juga bercirikan defisit kognitif yang parah (Hallahan & Kauffman, 2006).

Sindrom Asperger

Sindrom asperger adalah suatu gangguan pada individu berupa keterbatasan dalam berinteraksi sosial, tetapi tidak ada keterlambatan dalam perkembangan bahasa dan kognitif. Sindrom Asperger merupakan kecacatan neurobiologi yang menggambarkan pola perlakuan pada beberapa pemuda yang mempunyai perkembangan bahasa dan kecerdasan normal, tetapi juga menunjukkan ciri seperti autisme dan keterbatasan dalam fungsi komunikasi dan kemasyarakatan. Walaupun hasil studi Asperger diterbitkan pada 1940-an, namun baru pada tahun 1994 Sindrom Asperger ditambahkan dalam DSM IV dan baru beberapa tahun belakangan ini Sindrom Asperger diakui oleh pakar pengobatan profesional.

Awalnya sindrom ini digolongkan ke dalam gangguan autisme. Akan tetapi, pada tahun 1980-an, Lorna Wing merekomendasikan agar sindrom asperger dipertimbangkan kembali sebagai gangguan yang terpisah dari autisme. Hal ini dikarenakan sindrom asperger mempunyai hendaya yang lebih ringan dibandingkan autisme. Bahkan IQ mereka cenderung relatif tinggi, dan mereka dapat hidup mandiri, tidak seperti autisme.

Penderita sindrom asperger sulit mengerti komunikasi non-verbal dan bahasa tubuh. Gaya bicara yang tampak formal dan akademis membuat mereka sering disebut sebagai “profesor kecil”. Dalam hal motorik, mereka sering menunjukkan gerakan yang kaku dan koordinasi yang buruk.

3.1.3 Karakteristik Autisme

Terdapat tiga gejala utama individu dengan *Autistic Spectrum Disorder* (ASD), yaitu gangguan dalam interaksi, komunikasi, dan perilaku. Selain itu, individu dengan ASD juga memiliki karakteristik-karakteristik tambahan, yaitu gangguan dalam kognisi, persepsi sensori, motorik, afek atau *mood*, tingkah laku agresif dan impulsif, serta gangguan tidur dan makan (Hallahan & Kauffman, 2006).

1. Gangguan Interaksi Sosial

Gejala anak dengan ASD ditunjukkan sejak bayi, adapun ciri-ciri terkait interaksi sosial yang biasanya muncul, yaitu:

- Bayi atau balita autis tidak berespon normal ketika diangkat atau dipeluk.
- Bayi autis ketika disusui ibu tidak mau menatap mata ibu dan tidak mau menjalin interaksi nonverbal dengan ibu.
- Anak-anak autis tidak menunjukkan perbedaan respon ketika berhadapan dengan orang tua, saudara kandung atau guru, dengan orang asing.
- Enggan berinteraksi secara aktif dengan orang lain. Ia tidak berminat pada orang, melainkan asyik sendiri dengan benda-benda dan lebih senang menyendiri.
- Tidak tersenyum pada situasi sosial, tetapi tersenyum atau tertawa ketika tidak ada sesuatu yang lucu menurutnya.
- Tatapan mata berbeda, terkadang menghindari kontak mata atau melihat sesuatu dari sudut matanya.
- Tidak bermain seperti selayaknya anak normal.

Perbedaan dalam interaksi sosial demikian membuat kelekatan (*attachment*) yang biasanya terbentuk dengan orang tua atau persahabatan dengan teman sebaya menjadi berbeda atau bahkan tidak ada. Meskipun anak dengan ASD berminat untuk menjalin hubungan dengan teman, seringkali terdapat hambatan karena ketidak mampuan dalam memahami aturan-aturan yang berlaku di dalam interaksi sosial. Kurangnya kesadaran sosial ini mungkin menyebabkan mereka tidak mampu memahami ekspresi wajah orang lain maupun mengekspresikan perasaannya sendiri baik dalam bentuk vokal maupun ekspresi wajah. Kondisi tersebut menyebabkan anak autis tidak dapat berempati. Tingkah laku individu autis seperti itu terkadang membuat kesan seperti mereka tidak ingin berteman.

2. Gangguan Komunikasi

Anak dengan ASD memiliki keterbatasan kemampuan berkomunikasi dengan ciri, sebagai berikut:

- Tidak memiliki perhatian untuk berkomunikasi atau tidak ingin berkomunikasi untuk tujuan sosial. Bahkan, 50% berpikir untuk *mute*, atau tidak menggunakan bahasa sama sekali (Scheurmann & Webber, 2002 dalam Hallahan & Kauffman, 2006).
- Gumaman yang biasanya muncul sebelum anak dapat berkata-kata mungkin tidak nampak pada anak autis.
- Mereka yang berbicara mengalami abnormalitas dalam intonasi, *rate*, volume, dan isi bahasa. Misalnya berbicara seperti robot, *echolalia*, mengulang-ulang apa yang didengar; *reverse pronouns*; sulit menggunakan bahasa dalam interaksi sosial karena mereka tidak sadar terhadap reaksi pendengarnya.
- Sering tidak memahami ucapan yang ditujukan kepada mereka.
- Sulit memahami bahwa satu kata mungkin memiliki banyak arti.
- Menggunakan kata-kata yang aneh atau kiasan, seperti seorang anak yang berkata "... sembilan" setiap kali melihat kereta api.

- Terus mengulangi pertanyaan biarpun telah mengetahui jawabannya atau memperpanjang pembicaraan mengenai topik yang ia sukai tanpa peduli dengan lawan bicaranya.
- Sering mengulangi kata-kata yang baru saja atau pernah mereka dengar, tanpa maksud berkomunikasi. Mereka sering berbicara pada diri sendiri atau mengulangi potongan kata atau cuplikan lagu dari iklan di televisi dan mengucapkannya di muka orang lain dalam suasana yang tidak sesuai.
- Gangguan dalam komunikasi non verbal, misalnya tidak menggunakan gerakan tubuh dalam berkomunikasi selayaknya orang lain ketika mengekspresikan perasaannya atau merasakan perasaan orang lain, seperti: menggelengkan kepala, melambaikan tangan, mengangkat alis.
- Tidak menunjuk atau memakai gerakan tubuh untuk menyampaikan keinginannya, melainkan mengambil tangan orang tuanya untuk mengambil objek yang dimaksud.

3. Gangguan Perilaku

Perilaku anak dengan ASD juga mengalami gangguan, yaitu dalam bentuk:

- Repetitif (pengulangan), misalnya: tingkah laku motorik ritual seperti berputar-putar dengan cepat (*twirling*), memutar-mutar objek, mengepak-ngepakkan tangan (*flapping*), bergerak maju mundur atau kiri kanan (*rocking*).
- Asyik sendiri atau preokupasi dengan objek dan memiliki rentang minat yang terbatas, misalnya berjam-jam bermain dengan satu objek saja.
- Sering memaksa orang tua untuk mengulang satu kata atau potongan kata.
- Mungkin sulit dipisahkan dari suatu benda yang tidak lazim dan menolak meninggalkan rumah tanpa benda tersebut, misalnya seorang anak laki-laki yang selalu membawa penghisap debu kemanapun.
- Tidak suka dengan perubahan yang ada di lingkungan atau perubahan rutinitas. Seperti tidak mau melalui jalan yang tidak biasa dilaluinya, tidak mau memakai baju baru atau tidak mau makan-makanan yang tidak biasa dimakannya.

4. Klasifikasi Autisme

Sejak tahun 1990 autisme sudah menjadi kategori terpisah dalam IDEA (*Individuals with Disabilities Education Act*), dan dikumpulkan dalam sebuah *term* yang lebih luas yaitu: *Autism Spectrum Disorders (ASD)* atau persamaannya adalah *Pervasive Developmental Disorders*. Kelainan-kelainan yang termasuk dalam ASD memiliki karakteristik gangguan dalam tiga area dengan tingkatan yang berbeda-beda. Ketiga area tersebut adalah kemampuan komunikasi, interaksi sosial, serta pola-pola perilaku yang repetitif dan stereotip (Strock, 2004 dalam Hallahan & Kauffman, 2006). Di bawah ini adalah lima kelainan yang termasuk ASD:

1. Autisme, yaitu penarikan diri yang ekstrem dari lingkungan sosialnya, gangguan dalam berkomunikasi, serta tingkah laku yang terbatas dan berulang (stereotipik) yang muncul sebelum usia 3 tahun (Hallahan & Kauffman, 2006; Widyawati, 2002). Gangguan ini 3-4 kali lebih banyak pada anak lelaki daripada perempuan (Widyawati, 2002).
2. *Asperger Syndrome (AS)*, yaitu abnormalitas yang secara kualitatif sama seperti autisme. Dapat disebut sebagai *mild autism*, tanpa gangguan yang signifikan dalam kognisi dan bahasa.

3. *Rett Syndrome*; sindrom ini umumnya dialami oleh anak perempuan. Muncul pada usia 7-24 bulan, dimana sebelumnya terlihat perkembangan yang normal, kemudian diikuti dengan kemunduran berupa hilangnya kemampuan gerakan tangan yang bertujuan serta ketrampilan motorik yang telah terlatih. Terjadi pula kehilangan atau hambatan pada seluruh atau sebagian kemampuan berbahasa, gerakan seperti mencuci tangan yang stereotipik dengan fleksi lengan di depan lengan atau dagu, lalu membasahi tangan secara stereotipik dengan air liur, serta hambatan dalam fungsi mengunyah makanan (Widyawati, 2002).
4. *Childhood Disintegrative Disorder*; perkembangan yang normal hingga usia 2 sampai 10 tahun, kemudian diikuti dengan kehilangan kemampuan yang signifikan. Terjadi kehilangan dalam ketrampilan terlatih pada beberapa bidang perkembangan. Terjadi pula gangguan yang khas dari fungsi sosial, komunikasi, dan perilaku. Pada beberapa kasus, kehilangan bersifat progresif dan menetap. Sebagian penderita akan mengalami retardasi mental berat (Widyawati, 2002). Kelainan ini umumnya dialami anak laki-laki (Hallahan & Kauffman, 2006).
5. *Pervasive Developmental Disorders not Otherwise Specified (PDD-NOS)*; individu yang menampilkan perilaku autis, tetapi pada tingkat yang lebih rendah atau baru muncul setelah usia tiga tahun atau lebih.

5. Sindrom Asperger

Individu dengan sindrom asperger memiliki tingkat inteligensi dan kemampuan komunikasi yang lebih tinggi daripada anak autis, namun mereka menampilkan sebagian besar, bahkan semua karakteristik ASD dengan kesulitan utamanya adalah interaksi sosial. Secara umum, dapat dikatakan bahwa asperger adalah bentuk lebih ringan dari autisme (Hallahan & Kauffman, 2006). Volkmar dan Klin (2000) menyebutkan bahwa 1–36 orang per 10.000 penduduk diperkirakan menderita sindrom asperger. Selain itu, Volkmar dan Cohen (1991) menambahkan bahwa sindrom asperger lebih banyak diderita oleh anak laki-laki dibandingkan dengan perempuan.

Menurut Lorna Wing (dalam Attwood, 2005), ciri-ciri klinis sindrom asperger, diantaranya:

1. Kurangnya kemampuan empati.
2. Bersikap naif, serba salah, dan cenderung melakukan interaksi satu arah.
3. Kemampuan yang kurang dalam memulai dan mempertahankan persahabatan.
4. Perkataannya menonjolkan pengetahuan yang dimiliki dan berulang-ulang.
5. Kesulitan dalam berkomunikasi non-verbal.
6. Ketertarikan kuat pada subjek-subjek tertentu.
7. Gerakan tubuh tidak terkoordinasi dengan baik dan sikap tubuh yang ganjil.

6. Prevalensi Autisme

Statistik terbaru menyebutkan bahwa 0,15% populasi usia sekolah menerima pendidikan khusus yang berada di bawah kategori autisme (Hallahan & Kauffman, 2006). Ditemukan pula bahwa data yang paling reliabel mengindikasikan prevalensi sebesar 60 dari 10.000 orang untuk ASD, dan 8-30 dari 10.000 orang untuk autisme saja (Wing & Potter, 2002, dalam Frith, 2003, dalam Hallahan & Kauffman, 2006). Di Indonesia, belum ada angka yang pasti mengenai prevalensi autisme. Studi secara konsisten menunjukkan prevalensi ASD lebih banyak pada lelaki daripada perempuan (3:1 atau 4:1), kecuali pada sindrom Rett

yang sebagian besar adalah perempuan (Hallahan & Kauffman, 2006). Anak perempuan menyandang autisme biasanya mempunyai gejala yang lebih berat dan hasil tes inteligensinya lebih rendah daripada anak laki-laki (Widyawati, 2002). Dari berbagai penelitian juga menemukan bahwa individu autis berasal dari latar belakang keluarga dengan berbagai tingkat sosial, ekonomi, inteligensi, letak geografis, suku, dan ras (Widyawati, 2002).

7. Penyebab Autisme

Seiring dengan bertambahnya jumlah individu autis, semakin banyak pula penelitian-penelitian mengenai penyebab autisme yang mengubah pemahaman awal masyarakat. Awalnya faktor hereditas dan biologis dipandang sebagai penyebab autisme (Hewetson, 2002 dalam Hallahan & Kauffman, 2006). Di samping itu, ibu yang dingin dan tidak responsif juga dianggap sebagai penyebab autisme (Bettelheim, 1967 dalam Hallahan & Kauffman, 2006). Teori baru menyebutkan bahwa respon orang tua yang dingin dan menjaga jarak adalah wajar, mengingat secara tiba-tiba dan sangat tidak diharapkan mereka harus berkonfrontasi dengan kondisi anak mereka yang autis (Bell & Harper, 1977 dalam Hallahan & Kauffman, 2006).

Sampai saat ini, ilmuwan belum secara pasti mengetahui apa yang salah pada otak individu autis, penyebab yang baru diyakini adalah adanya gangguan neurobiologis, bukan interpersonal (National Research Council, 2001; Strock, 2004 dalam Hallahan & Kauffman, 2006). Ada bukti kuat bahwa hereditas berperan besar dalam berbagai kasus, namun, tidak ada penyebab neurologis dan genetik tunggal dari kasus autisme.

8. Dasar Neurologikal ASD

Individu autis memiliki kecenderungan tinggi mengalami *brain seizures* dan defisit kognitif. Ini menunjukkan bahwa autisme memiliki dasar neurologis (Volkmar & Pauls, 2003 dalam Hallahan & Kauffman, 2006). Penelitian neurologis yang menarik adalah pengamatan terhadap ukuran otak dan kepala individu autis yang lebih besar dari ukuran normal. Ada empat penemuan terbaru mengenai ukuran kepala individu autis, yaitu:

- Pada saat lahir, otak mereka berukuran rata-rata atau mungkin lebih kecil dari rata-rata.
- Otak mereka tumbuh secara tiba-tiba dan cepat pada dua tahun pertama kehidupan.
- Setelah usia dua tahun, otak mereka lambat bertumbuhnya dan mencapai ukuran maksimum pada usia empat sampai lima tahun.
- Setelah usia lima tahun, otak mereka mengecil dan menjadi berukuran sama dengan mereka yang mengalami kelainan pada usia remaja atau dewasa.

9. Dasar Herediter ASD

Peluang anggota keluarga anak autis untuk menderita autis itu 50 sampai 200 kali lebih tinggi daripada populasi secara keseluruhan. Selain itu, kembar monozigotik lebih besar berpeluang menderita autis ketika pasangannya autis, daripada kembar dizigotik. Lebih jauh lagi, ketika ada anggota keluarganya yang autis, seseorang dapat menampilkan karakteristik autis (*autisticlike*), meskipun tidak terdiagnosa autis, misalnya sedikit teman, preokupasi terhadap minat yang sempit, dan lebih memilih kegiatan-kegiatan rutin (Volkmar & Pauls, 2003 dalam Hallahan & Kauffman, 2006). Masih banyak fakta ilmiah lain yang membuktikan bahwa autisme memiliki komponen herediter (Strock, 2004; Volkmar & Pauls,

2003 dalam Hallahan & Kauffman, 2006). Namun, penelitian belum menemukan gen tertentu yang berkaitan dengan autisme.

10. Penyebab Sindrom Asperger

Sebagian ahli menduga terdapat kontribusi genetik yang terlibat dalam sindrom asperger (Durand and Barlow, 2007). Sedangkan menurut Attwood (2005) terdapat tiga penyebab gangguan Asperger yaitu faktor genetika, peristiwa obstetric yang tidak menguntungkan dan infeksi selama kehamilan atau masa awal bayi yang mempengaruhi otak.

Hasil studi Volkmar, dkk (dalam Attwood, 2005) mengenai penyebab gangguan Asperger ada pada lobus frontal (bagian berbentuk bulat dan menonjol dengan ukuran terbesar serta terletak paling depan dari setiap bagian otak) dan lobus temporal (bagian otak yang mengandung pusat pendengaran) yang tidak berfungsi.

11. Asesmen Autisme

Sampai saat ini tidak ada tes diagnosa autisme yang digunakan secara universal, biasanya, psikiatri menggunakan kriteria APA (*American Psychiatric Association*) tahun 2000 yang berfokus pada kemampuan komunikasi, interaksi sosial, serta pola-pola tingkah laku repetitif dan stereotip. Perilaku-perilaku tersebut muncul sebelum usia tiga tahun. Kriteria tersebut ditambah lagi dengan observasi tingkah laku dari ahli klinis dan guru atau orang tua berupa ceklis tingkah laku. Untuk sindrom asperger, penilaiannya lebih subjektif karena gejalanya lebih ringan. Para ahli klinis akan melihat sindrom asperger sebagai orang yang memiliki kemampuan komunikasi normal tetapi bermasalah dalam interaksi sosial dan memiliki pola-pola tingkah laku repetitif dan stereotip, tetapi lebih sempit daripada autisme klasik.

12. Ciri Khas dalam Mempersepsi Dunia

Siegel (1996) mengatakan bahwa beberapa individu ASD memiliki ciri khas dalam mempersepsi dunia, yaitu:

- *Visual Thinking*
Individu ASD lebih mudah memahami hal kongkrit daripada abstrak. Biasanya, ingatan mereka akan berbagai konsep tersimpan dalam bentuk file ‘video’ atau gambar. Proses berpikir menggunakan gambar atau film seperti ini tentunya lebih lambat daripada proses berpikir verbal sehingga mereka membutuhkan waktu sebelum bisa menjawab pertanyaan tertentu. Mereka lebih menggunakan asosiasi daripada berpikir menggunakan logika.
- *Processing Problems*
Sebagian anak ASD mengalami kesulitan dalam memroses data. Mereka terbatas dalam memahami ‘*common sense*’ atau berpikir menggunakan nalar. Mereka sulit merangkai informasi verbal yang panjang (misalnya rangkaian instruksi), sulit mengingat sesuatu sambil mengerjakan hal lain, dan sulit memahami bahasa verbal atau lisan.
- *Sensory Sensitivities*
Seperti yang sudah dikemukakan dalam kriteria tambahan, bahwa individu ASD memiliki sensitivitas yang tidak biasa terhadap stimulus dari lingkungan. Siegel (1996) mengemukakan tiga jenis sensitivitas individu ASD, yaitu *sound sensitivity*, yaitu terjadi ketakutan berlebihan pada suara keras

atau bising sehingga membuat cemas, bingung, terganggu, dan berperilaku buruk atau bergumam untuk menutupi suara tersebut; *touch sensitivity*, yaitu kepekaan terhadap sentuhan ringan maupun dalam, dan terwujud dalam bentuk masalah perilaku seperti masalah makan dan berpakaian; *rhythm difficulties*, individu sulit mempersepsi irama yang terampil dalam bentuk lagu, bicara, jeda, dan waktunya masuk ke dalam percakapan, sehingga banyak anak ASD yang terus-menerus berbicara menyela pembicaraan orang lain dan memiliki nada bicara yang tidak lazim.

– *Communication Frustration*

Gangguan perkembangan bicara dan bahasa membuat individu ASD sering frustrasi. Mereka mungkin dapat mengerti orang lain apabila orang lain berbicara langsung kepada mereka. Anak ASD sulit memahami tuntutan lingkungan yang memintanya menjawab meski tidak ditanyakan secara langsung karena merasa pembicaraan tersebut melibatkan dirinya. Akhirnya, mereka seringkali frustrasi bila keterbatasannya tersebut tidak dimengerti.

– *Social & Emotional Issues*

Individu ASD mengalami fiksasi atau keterpakuan pada sesuatu yang membuatnya cenderung berpikir kaku. Umumnya anak ASD tidak bisa membayangkan bahwa orang lain bisa mempersepsi sesuatu dari sudut pandang berbeda. Akibatnya, anak ASD sulit beradaptasi dan berempati apabila tidak dilatih melalui pengalaman dan pengarahan.

– *Problems of Controls*

Individu ASD kesulitan mengontrol diri sendiri sehingga muncul masalah perilaku seperti perilaku ritual dengan pola tertentu, keterpakuan pada objek-objek tertentu, dan ketakutan pada hal-hal yang tidak mereka mengerti.

– *Problems of Tolerance*

Seperti yang telah disebutkan, individu ASD memiliki kepekaan yang berlebihan sehingga menarik diri dari lingkungannya. Anak ASD menjadi bingung dan cemas bila tidak dapat memahami pesan-pesan emosi yang terjadi pada saat bergaul karena tidak dapat mentolerir muatan-muatan emosi tersebut.

– *Problems of Connection*

Berbagai masalah yang berhubungan dengan kemampuan menalar individu ASD adalah; masalah pemusatan perhatian sehingga terus-menerus terdistraksi; masalah proses persepsi sehingga menghindari orang lain karena sukar memahami perbedaan persepsi; masalah integrasi sistem, yaitu proses informasi di otak yang bekerja secara mono sehingga sulit memproses beberapa hal sekaligus; dan masalah belahan kanan-kiri otak, yaitu otak kiri tidak secara konsisten mengetahui apa yang terjadi dengan otak kanan, demikian sebaliknya. Individu ASD tidak sepenuhnya sadar pada apa yang terjadi.

13. Tiga Teori Utama terkait Autisme

Meskipun berbagai macam karakteristik psikologis dan tingkah laku telah diatribusikan terhadap individu ASD, sebagian peneliti berusaha membangun teori yang dapat mencakup banyak tingkah laku yang ditampilkan. Tiga teori utama yang mengidentifikasi gangguan-gangguan autistik yaitu *executive functions*; *weak central coherence*; *theory of mind* (Frith, 2003; National Research Council, 2001; Volkmar & Paul, 2003 dalam Hallahan & Kauffman, 2006). Berikut penjelasannya:

- *Executive Functions*
Meliputi beberapa hal seperti *working memory*, *self regulation of emotions*, dan kemampuan merencanakan. Ozonoff (1997) menyebutkan bahwa banyak individu autis yang mengalami kesulitan dengan fungsi eksekutifnya (dalam Hallahan & Kauffman, 2006).
- *Central Coherence*
Yaitu hal natural bagi sebagian besar manusia untuk mengatur dan menemukan makna dari informasi yang ada di lingkungannya dengan mempersepsikannya sebagai keseluruhan yang bermakna, daripada hanya sebagian-sebagian. Individu autis memiliki *central coherence* yang lemah (Frith, 2003 dalam Hallahan & Kauffman, 2006). Mereka berfokus pada detail, seperti yang diungkapkan dalam kalimat “tidak mampu melihat hutan dari pohon-pohon”.
- *Theory of Mind*
Adalah kemampuan seseorang untuk mengambil perspektif orang lain; kemampuan ‘membaca’ pikiran orang lain, misalnya intensi, perasaan, keyakinan, dan keinginan. Sebagian besar dari kita mampu mengetahui kondisi emosi orang yang kita ajak bicara dengan cara meginterpretasikan *cues*, seperti nada suara dan ekspresi wajah. Sementara itu, individu ASD memiliki kesulitan dalam tingkatan-tingkatan tertentu, untuk membaca pikiran orang lain. Sebagian individu ASD bahkan tidak memahami bahwa pikiran mereka berbeda dengan orang lain (Hallahan & Kauffman, 2006).

14. Intervensi terhadap Autisme

a. Intervensi ASD di Rumah

1) Terapi Okupasi

Terapi (*therapy*) yang berarti penyembuhan, tidak hanya membahas masalah pengobatan jasmaniah, tetapi penyesuaian diri dan fungsi berpikir. Okupasi (*occupation*) artinya kesibukan atau pekerjaan. Terapi okupasi berarti usaha penyembuhan melalui kesibukan atau pekerjaan tertentu. Menurut Kusnanto (2002) “terapi okupasi adalah usaha penyembuhan terhadap anak yang mengalami kelainan mental dan fisik dengan jalan memberikan keaktifan kerja, keaktifan itu mengurangi penderitaan yang alami”.

Materi latihan dipilih dan ditentukan dengan memperhatikan karakteristik atau ciri khas anak autis. Nama dan bahan latihan bisa sama, tetapi kedalaman dan keluasan latihan antara anak autis satu dengan lainnya berbeda. Cara atau pendekatan latihan perlu memperhatikan karakteristik anak. Pendekatan ini bergantung pada tujuan latihan, mau memupuk kemampuan sosialisasi atau komunikasi anak. Latihan sebaiknya diberikan dalam waktu tidak terlalu lama, tetapi sering dan segera hentikan jika anak tampak bosan. Tempat yang digunakan, materi latihan, dan alat yang dibutuhkan disesuaikan dengan keadaan anak. Terapi okupasi tidak hanya sebatas aktivitas fisik, tetapi mencakup pengembangan intelektual, sosial, emosi dan kreativitas.

Tujuan Terapi Okupasi

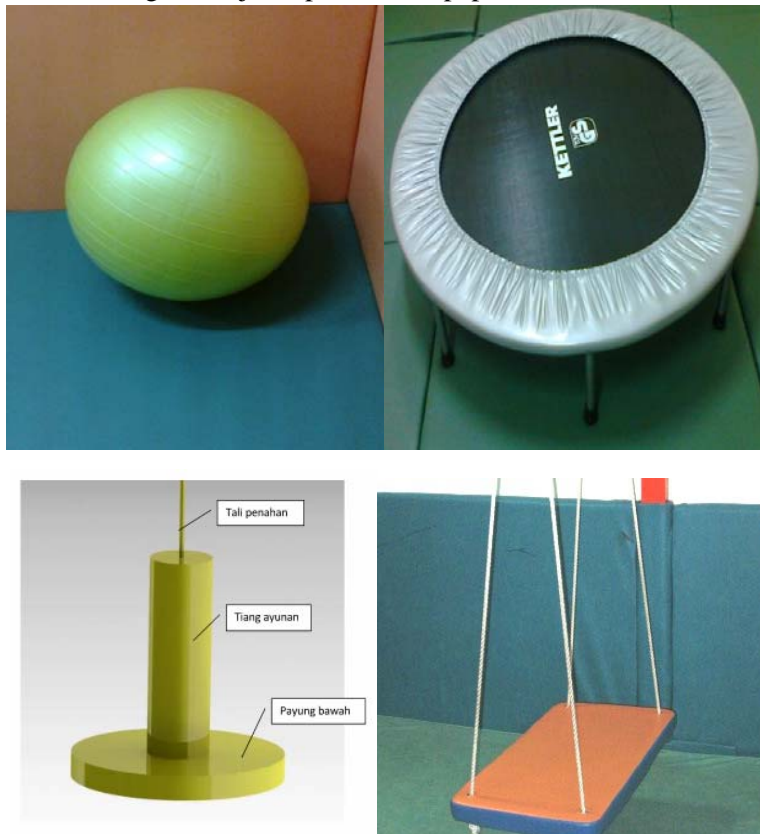
Terapi okupasi dapat digunakan untuk mengalihkan perhatian agar tidak terjadi neurosis (kegagalan individu memecahkan masalah atau tuntutan di masyarakat yang membuatnya terganggu dalam pemeliharaan maupun penyesuaian diri). Maksud memelihara mental adalah terapi okupasi digunakan untuk memelihara dan mengembangkan potensi kecerdasan, intelektual,

motivasi dan semangat anak. Pemulihan yang dilakukan dengan membuat persendian, otot, dan kondisi tubuh dapat berfungsi sebagaimana mestinya dan dapat memenuhi kebutuhan hidup. Memberi anak peluang persiapan menghadapi tugas pekerjaan atau profesi yang sesuai dengan kondisinya.

Anak autisme termasuk dalam kategori anak luar biasa, yaitu anak dengan gangguan sosial dan emosi. Secara fisik anak autisme tidak berbeda dengan anak normal. Jika anak autisme memiliki intelegensi normal, diharapkan anak dapat mencapai suatu pekerjaan tertentu. Hanya perlu penekanan pada latihan pemulihan fungsi tubuh, penyesuaian atau prevokasional. Sebaliknya jika anak autisme memiliki intelegensi di bawah normal, kemungkinan anak kurang atau tidak dapat memiliki vokasional tingkat terampil.

Ragam latihan terapi okupasi, seperti:

- Latihan mereaksi; latihan memanggil nama terapis.
- Latihan kebiasaan gerak; latihan kebiasaan berjalan digaris lurus.
- Latihan motorik kasar; berjalan bebas tanpa bantuan
- Latihan keseimbangan; berjalan perlahan di papan titian



Gambar 3.1 Contoh Alat Terapi Okupasi

2) Terapi Perilaku (Applied Behavioral Analysis - ABA)

Terapi perilaku, berupaya untuk melakukan perubahan pada anak autistik dalam arti perilaku yang berlebihan dikurangi dan perilaku yang berkekurangan (belum ada) ditambahkan. Terapi perilaku yang dikenal di seluruh dunia adalah Applied Behavioral Analysis yang diciptakan oleh O.Ivar Lovaas PhD dari University of California Los Angeles (UCLA) (1996).

Dalam terapi perilaku, fokus penanganan terletak pada pemberian reinforcement positif setiap kali anak berespons benar sesuai instruksi yang diberikan. Tidak ada hukuman (*punishment*) dalam terapi ini, akan tetapi bila anak berespons negatif (salah/tidak tepat) atau tidak berespons sama sekali maka ia tidak mendapatkan reinforcement positif yang ia sukai tersebut. Perlakuan ini diharapkan meningkatkan kemungkinan anak untuk berespons positif dan mengurangi kemungkinan ia berespons negatif (atau tidak berespons) terhadap instruksi yang diberikan.

Secara lebih teoritis, prinsip dasar terapi ini dapat dijabarkan sebagai A-B-C; yakni A (*antecedent*) yang diikuti dengan B (*behavior*) dan diikuti dengan C (*consequence*). *Antecedent* (hal yang mendahului terjadinya perilaku) berupa instruksi yang diberikan oleh seseorang kepada anak autis. Melalui gaya pengajarannya yang terstruktur, anak autis kemudian memahami *Behavior* (perilaku) apa yang diharapkan dilakukan olehnya sesudah instruksi tersebut diberikan, dan perilaku tersebut diharapkan cenderung terjadi lagi bila anak memperoleh *Consequence* (konsekuensi perilaku, atau kadang berupa imbalan) yang menyenangkan.

Tujuan penanganan ini terutama adalah untuk meningkatkan pemahaman dan kepatuhan anak terhadap aturan. Terapi ini umumnya mendapatkan hasil yang signifikan bila dilakukan secara intensif, teratur dan konsisten pada usia dini.

3. Terapi Bermain

Menurut Hurlock (2004), bermain adalah setiap kegiatan yang dilakukan untuk kesenangan yang ditimbulkan tanpa mempertimbangkan hasil akhir. Bagi anak, bermain dapat mencapai perkembangan fisik, intelektual, emosi dan sosial. Pertumbuhan dan perkembangan fisik anak juga dapat dilihat saat bermain, anak secara tidak sadar menemukan sikap tubuh yang baik, melatih kekuatan, keseimbangan dan melatih motoriknya. Ruang lingkup terapi bermain anak autis dirumuskan berdasarkan karakteristik anak, tujuan maupun sasaran, yaitu:

- Bermain yang berkaitan dengan latihan sensorik motorik; latihan pengembangan fungsi mata, telinga, dan latihan otot, seperti dokter-dokteran, plastisin.
- Bermain untuk mengembangkan imajinasi, kreasi, ekspresi, memupuk kekuatan otot, melatih memecahkan masalah, dan menimbulkan rasa percaya diri, seperti latihan memasang-bongkar puzzle, mewarnai gambar.
- Ragam latihan terapi bermain lainnya, yaitu
- Sensorik-motorik: berjalan pada tali, menendang bola, melempar bola, membuat menara

dari balok, mendorong bola.

- Bermain Simbol: permainan mendaki, naik turun tangga, melukis jari.
- Pengembangan komunikasi dan sosialisasi: bermain di bak pasir.

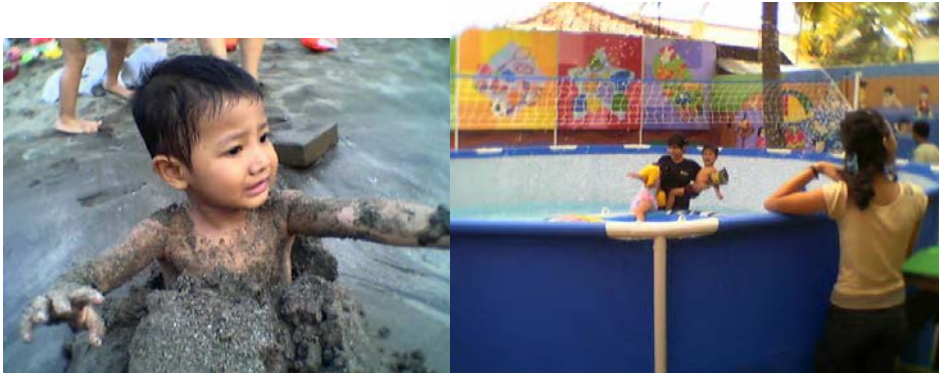
4. Terapi Sensori Integrasi

Terapi sensori integrasi merupakan teori yang dikembangkan DR. Ayres dan rekan-rekannya (1995) melalui berbagai penelitian terhadap sejumlah anak di Amerika dan Kanada. Teori ini menjelaskan proses biologis pada otak untuk mengolah serta menggunakan berbagai informasi dengan baik dan sesuai situasi. Input sensori bermacam-macam, bisa dirasa dengan rabaan, didengar, dilihat dan dicium. Jika sensoriknya tidak bekerja dengan baik maka anak kurang atau tidak mampu menerima input sensoris dengan baik, sehingga akan timbul gangguan ASD.

Terapi ini diberikan sesuai dengan kebutuhan anak. Dalam terapi diusahakan anak memberi reaksi yang baik terhadap perangsangan. Saat terapi, anak diharapkan berperan aktif agar muncul perubahan positif. Biasanya terapis akan mengarahkan kegiatan yang dapat memberikan tantangan secara bertahap. Teori sensori integrasi hanya sebagian dari pendekatan terapi okupasi. Jadi, anak tetap memerlukan terapi lain untuk mendukung terapi ini. Biasanya, kebutuhan tersebut dievaluasi oleh terapis okupasi.

Jika terapi sensori integrasi berhasil anak dapat memroses berbagai informasi sensoris yang kompleks dengan lebih baik. Ini memberi pengaruh bagi kemampuan anak melakukan aktivitas sehari-hari. Selain itu, gejala autistik yang selama ini melabelnya akan menjadi tipis atau kurang khas. Setelah anak mampu mengamati dan memahami lingkungannya, minatnya bersosialisasi pun akan timbul. Banyak anak menunjukkan perkembangan kemampuan berbahasa setelah menjalani terapi ini, sedangkan anak lain menunjukkan perbaikan dalam prestasi sekolah





Contoh Terapi Sensori Integrasi

5. Terapi Wicara

Hampir semua anak dengan autisme mempunyai kesulitan dalam bicara dan berbahasa. Biasanya hal ini yang paling menonjol, dan banyak pula individu autistic yang non-verbal atau kemampuan bicaranya sangat kurang. Kadang-kadang kemampuan bicaranya cukup berkembang, namun anak autis tidak mampu untuk memakai kemampuan bicaranya tersebut untuk berkomunikasi/berinteraksi dengan orang lain. Dalam hal ini terapi wicara dan berbahasa akan sangat menolong.

6. Terapi Perkembangan

Floortime, *Son-rise* dan *RDI (Relationship Developmental Intervention)* dianggap sebagai terapi perkembangan. Artinya anak dipelajari minatnya, kekuatannya dan tingkat perkembangannya, kemudian ditingkatkan kemampuan sosial, emosional dan intelektualnya. Terapi perkembangan berbeda dengan terapi perilaku seperti ABA yang lebih mengajarkan ketrampilan yang lebih spesifik.

7. Terapi Visual

Individu autistik lebih mudah belajar dengan melihat (*visual learners/visual thinkers*). Hal inilah yang kemudian dipakai untuk mengembangkan metode belajar komunikasi melalui gambar-gambar, misalnya dengan metode *PECS (Picture Exchange Communication System)*. Beberapa video games dan kartu bergambar bisa juga dipakai untuk mengembangkan ketrampilan komunikasi.



PECS

8. Terapi Snoezlen

Snoezelen dikembangkan sejak tahun 1960-an di AS, lalu dikembangkan di Belanda tahun 1975 oleh dua orang ahli, yaitu Jan Hulsegge dan Ad Verheul. Kata *Snoezelen* sendiri adalah bahasa Belanda, *snuffelen* (*to sniff* atau mencium) dan *doezelen* (*to doze* atau tidur sebentar), yang bermakna nyaman dan rileks. Terapi *snoezelen* merupakan aktivitas yang dirancang untuk mempengaruhi sistem saraf pusat (SSP) melalui pemberian rangsangan yang cukup pada sistem sensori primer anak, seperti penglihatan, pendengaran, peraba, perasa lidah, pembau dan juga sistem sensoris internal.

Snoezelen mengarahkan anak untuk relaks, mengeksplorasi, dan mengekspresikan dirinya di dalam atmosfer yang terbuka pada faktor kepercayaan dan kesenangan. Menurut J. Staal (2001) dari sebuah penelitian era 1950-an dan 1960-an, rangsangan sensoris yang ditiadakan akan menyebabkan perkembangan otak yang tidak normal. Jika kondisi ini dibiarkan, maka akan terjadi abnormalitas otak dan gangguan perilaku. Fungsi terapi *snoezelen* bagi anak autisme:

- Sarana relaksasi; terapi *snoezelen* sebagai sarana relaksasi penderita gangguan mental.
- Sarana *leisure enviroment*; *snoezelen* sebagai media bermain anak.
- Sarana terapi; anak diarahkan pada satu aktivitas.
- Sarana pemberian pengalaman sensoris; anak diberikan pengalaman berbagai jenis sensoris

Secara umum, tujuan yang dapat dicapai dalam melakukan terapi *snoezelen*, sebagai berikut:

- Anak dapat menikmati permainan, aktivitas atau dirinya sendiri.
- Anak dapat rileks mental maupun fisiknya.
- Anak meningkatkan kesadarannya.
- Anak mampu berinisiatif melaksanakan aktivitas.
- Anak mampu melakukan aktivitas.

- Anak mendapat rasa percaya diri.
- Meningkatkan hubungan erat antara anak dan orang tua/terapis.
- Meningkatkan kemampuan anak lebih jauh, secara langsung atau tidak.

9. Terapi Musik

Para ahli percaya bahwa musik dapat dijadikan wahana untuk pendidikan, baik anak normal maupun anak berkebutuhan khusus. Andik Sumarno dan kawan-kawan mengemukakan “terapi musik dalam pendidikan adalah usaha mendidik melalui pelajaran musik untuk menumbuhkan cipta rasa karsa estetik anak untuk mempengaruhi perkembangan dan pertumbuhan psikomotorik dan fisiomotorik secara optimal”. Menurut Ewalt (1957) berdasarkan risetnya, terapi musik efektif dalam kegiatan komunikasi dengan anak yang sangat diam, penyendiri, atau terbelakang yang merupakan karakteristik anak autis.

Tujuan terapi musik yaitu mengembangkan dan memperbaiki kemampuan fisik, melatih kemampuan persepsi, mengembangkan dan mengaktualisasikan potensi, mengembangkan kemampuan regulasi emosi. Ruang lingkup terapi musik ;

- Menggerakkan tubuh sesuai musik, bunyi, atau suara.
- Mendengarkan musik, bunyi atau suara.
- Menggunakan alat-alat instrumen.
- Membunyikan alat bersama-sama.
- Menyanyi.
- Bergerak atau bermain sesuai musik atau nyanyian.

Pelaksanaan terapi musik bagi anak autis memerlukan perhatian pada beberapa hal, seperti:

- Kondisi anak autis.
- Bahasa yang digunakan.
- Tenaga terapis.
- Tempat dan alat terapi.
- Strategi pendekatan.
- Penilaian.

10. Terapi Senam Otak

Senam otak adalah serangkaian gerak sederhana dan menyenangkan yang digunakan untuk memadukan semua bagian otak yang berfungsi meningkatkan kemampuan belajar, membangun harga diri dan rasa kebersamaan (Dennison, 2006). Rangkaian kegiatan ini sesuai untuk semua orang. Berguna dalam mempersiapkan seseorang menyesuaikan dengan kehidupan sehari-hari. Dapat menambah atau meningkatkan ketrampilan khusus dalam hal berpikir dan koordinasi, memudahkan kegiatan belajar. Senam otak merupakan inti dari *educational-kinesiology*, yang merupakan ilmu tentang gerakan tubuh manusia. Edukasi kinestetik adalah metode yang dikembangkan oleh Paul Dennison agar individu dapat mengembangkan potensi melalui gerakan tubuh dan sentuhan-sentuhan (*Brain Gym International*, 2008).

Hasil penelitian Desiningrum (2012) menyebutkan bahwa Senam otak dapat dijadikan salah satu

alternatif terapi bagi anak *Autism Spectrum Disorder* (ASD) dengan *low category* dengan tanpa gangguan hiperaktivitas. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitiannya terhadap anak-anak autis di SLB Negeri Semarang yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan skor pada *pre-test* dan *post-test* yang meningkat cukup signifikan. Dalam penelitian tersebut ditemukan model terapi senam otak yang sesuai untuk anak autis sebagai salah satu upaya meningkatkan kemampuan kognitif pada anak dengan autis yaitu hanya 12 gerakan dari total 23 gerakan senam otak menurut Dennison (2006).

b. Pendidikan Inklusif bagi siswa ASD

Departemen Pendidikan Amerika Serikat melaporkan bahwa sekarang ini, penempatan siswa-siswa autis yang paling populer adalah di dalam kelas *self-contained*. Salah satu format yang menjanjikan adalah *Autism Spectrum Disorder Inclusion Collaboration model* (Simpson, deBoer-Ott, Smith-Myles, 2003 dalam Hallahan & Kauffman, 2006). Kunci kesuksesan akademis dan sosial bagi anak-anak autis adalah sebuah usaha integrasi dan kolaborasi di antara seluruh anggota tim. Dibutuhkan asesmen yang akurat, IEP (*Individual Educational Program*), dan implementasi dari strategi intervensi (Carasea, Vakil, & Welton, 2004). INKULSI memiliki peranan vital dalam menentukan kesuksesan integrasi kemampuan sosial di dalam kurikulum bagi anak-anak autis. Smith (2004) menyatakan bahwa IDEA (*Individual with Disabilities Education Act*) tahun 1990 melihat inklusi sebagai model yang terbaik untuk praktik serta meningkatnya *setting* inklusif bagi anak-anak dengan ketidakmampuan paling parah sekalipun (Carasea, Vakil, & Welton, 2004). Hasilnya, semakin banyak anak-anak autis mengakses kurikulum pendidikan umum, dengan akomodasi dan modifikasi yang disesuaikan. Kesuksesan inklusi disebabkan berbagai faktor, termasuk keefektifan IEP (Smith, Slattey, & Knopp, 1993 dalam Carasea, Vakil, & Welton, 2004).

c. Intervensi Dini ASD

Supaya efektif, pendidikan dan intervensi lainnya bagi siswa autis harus dilakukan sejak dini, secara intensif, berstruktur tinggi, serta melibatkan keluarga (Hallahan & Kauffman, 2006). *The National Research Council* (2001) menemukan konsensus yang kuat bahwa hal-hal di bawah ini merupakan fitur esensial dari program pra sekolah yang efektif untuk anak ASD:

- Masuk ke dalam program intervensi segera setelah didiagnosis ASD.
- Keterlibatan aktif dalam program instruksional intensif selama minimal sama dengan hari sekolah, yaitu lima hari dalam satu minggu (minimal 25 jam), dengan program satu tahun penuh, disesuaikan dengan usia kronologi dan tingkat perkembangan anak.
- Kesempatan belajar yang terencana dan berulang, diatur dalam tempo cepat untuk anak yang masih kecil (misalnya interval 15-20 menit), termasuk perhatian orang dewasa yang cukup setara satu persatu (*one to one*) dan instruksi dalam kelompok yang sangat kecil untuk mencapai tujuan individual.
- Inklusi dari komponen keluarga, termasuk pelatihan orang tua.
- Rasio guru-murid yang rendah (tidak lebih dari dua anak ASD dipegang oleh satu orang dewasa)
- Mekanisme evaluasi program yang sedang berjalan serta asesmen kemajuan anak secara individual, yang hasilnya diwujudkan dalam penyesuaian pemrograman.

(dalam Hallahan & Kauffman, 2006).

Intervensi bagi Sindrom Asperger

Strategi Umum yang dapat diterapkan untuk Anak dengan Gangguan Asperger, bisa melalui langkah:

- Temukanlah bakat, hobi, minat, kemampuan, atau keterampilan yang terpendam di dalam diri anak, dan kembangkanlah hingga optimal dan maksimal. Bakat dan hobi/kemampuan yang ada pada anak asperger biasanya sangat menonjol dan mudah dikenali orangtua dikarenakan ritual perilaku yang dilakukan anak yang bersifat monoton atau kurang bervariasi.
- Berikanlah guru atau pembimbing terbaik untuknya, karena biasanya anak asperger/autis jika sudah menyukai seseorang akan terbentuk kelekatan sehingga lebih mudah untuk mengarahkannya.
- Bagi orangtua sebaiknya selalu meluangkan waktu untuk berinteraksi bersamanya setiap hari.
- Orang-orang di sekitarnya sebaiknya memberikan apresiasi dan dukungan yang tulus dan sepenuh hati pada setiap perilaku baik yang dilakukan anak asperger/autis.
- Tidak melukai hati anak dengan mengejek hasil karya atau kemampuan anak meski hanya sekali, karena justru akan menstimulasi pembentukan konsep diri yang buruk pada anak.
- Jangan pernah memotivasi atau mengapresiasi mereka dengan kata-kata bernada hinaan, cacian atau ejekan.

Berikut adalah strategi sosialisasi anak dengan gangguan asperger di sekolah dan lingkungan-pergaulan sosial, antara lain:

- Anak terus dilatih untuk mau berinteraksi, bergaul, bermain dengan teman sebaya atau seusianya. Libatkan anak di dalam klub bermain, sering diajak di dalam forum diskusi. Bila perlu, orang tua dapat mengajak teman bermain (yang seusia) anaknya untuk mau diajak bermain ke rumah.
- Buatlah jadwal belajar (di sekolah/rumah) yang tetap dan tidak sering diubah-ubah agar tidak membingungkan anak, namun dengan rincian kegiatan yang sesuai dengan kemampuan dan kemauan anak.

Salah satu ciri anak dengan Sindrom Asperger yaitu adanya abnormalitas dalam intonasi, *rate*, volume, dan isi bahasa. Misalnya berbicara seperti robot dan sulit menggunakan bahasa yang umum dalam interaksi sosial sehingga tidak menyadari reaksi pendengarnya. Berikut adalah strategi berkomunikasi dan berbahasa untuk anak dengan sindrom asperger, yaitu:

- Anak bisa diajari untuk mengingat frase tertentu, misalnya untuk membuka percakapan, latihlah mengucapkan, “Apa kabar?” atau, “Selamat pagi!”
- Anak bisa dilatih untuk berani bertanya apapun, termasuk tentang instruksi yang membingungkan agar diulangi dengan sederhana, jelas, dan tertulis.
- Anak bisa diajari untuk berani mengatakan atau mengakui jika mereka tidak mengetahui jawabannya atau belum memahami sesuatu.
- Anak bisa diajari secara bertahap dan perlahan namun jelas dan mendetail; tentang gaya bahasa, metafora, perumpamaan, peribahasa, bahasa isyarat, dan interpretasi lainnya yang kompleks dan rumit.

- Orangtua menerapkan jeda dengan berhenti sejenak bila menginstruksikan serentetan tugas. Misalnya: ambillah buku.....duduklah disini.....
- Anak dilatih dan dibiasakan untuk menahan diri dari menyuarakan setiap ide, pikiran, atau niatnya, agar lebih mampu menyusun kalimat yang baik dan tidak berkesan meloncat-loncat.
- Bermain peran (*role-playing*) dapat membantu anak dengan gangguan Asperger untuk memahami perspektif, sudut pandang, paradigma, pikiran, dan perasaan orang lain. Anak bisa dilatih dan dibiasakan untuk berhenti sejenak dan berpikir mengenai perasaan orang lain sebelum bertindak dan berbicara.
- Beberapa anak dengan gangguan Asperger memiliki kemampuan berpikir visual yang bagus. Mereka dapat dilatih untuk memvisualisasikan ide atau pikiran mereka dengan (dibantu) gambar, diagram, simbol, atau analog visual lainnya.
- Dianjurkan pula untuk melatih atau membiasakan anak untuk menggambarkan atau menuliskan apa yang telah dilihat, diingat, dialami, atau apa yang diinginkannya.



Gambar 3.2 Anak Autis Sering Merasa Marah, Kesal, dan Putus Asa, Terutama Disebabkan oleh Ketidamampuannya untuk Berinteraksi dengan Orang Lain di Sekelilingnya



Gambar 3.3 Terapi Bermain pada Anak Autis



Gambar 3.4 Terapi Okupasi pada Anak Autis



Gambar 3.5 Jacob Barnett, Remaja 14 Tahun dengan Sindrom Asperger dan Sedang Melanjutkan Studi untuk Memperoleh Gelar Doktor dalam Bidang Fisika Kuantum



Gambar 3.6 Pendidikan yang diperoleh anak autis di Sekolah Autis dan Pusat Pelayanan Gangguan Perkembangan Anak Talenta Kids, Salatiga



Gambar 3.7 *Terapi Musik*

3.2 ADHD

3.2.1 Pengertian ADHD

Menurut Baihaqi dan Sugiarmim (2006) ADHD adalah *attention deficit hyperactivity disorder* (*Attention*= perhatian, *Deficit*=berkurang, *Hiperactivity*= hiperaktif, dan *Disorder*= gangguan) jika diartikan dalam Bahasa Indonesia berarti gangguan pemusatan perhatian disertai hiperaktif.

ADHD = kurang pemusatan perhatian + impulsivitas + hiperaktivitas.

Seseorang dapat memenuhi salah satu kriteria ADHD yaitu kurang perhatian (*Inattention*) atau hiperaktifitas & impulsif, atau keduanya. Kondisi ini terjadi selama periode paling tidak enam bulan, yang mengakibatkan pertumbuhan seseorang tersebut menjadi tidak sesuai dengan tingkat pertumbuhan usia normal (Widhata, 2008). Berdasarkan pemaparan di atas, maka ADHD merupakan hambatan seorang individu dalam pemusatan perhatian yang disertai perilaku hiperaktivitas.

3.2.2 Penyebab dan Pengaruh ADHD

Tidak ada yang mengetahui penyebab ADHD secara pasti. Teori lama menduga penyebabnya antara lain adalah keracunan, komplikasi pada saat melahirkan, alergi terhadap gula dan beberapa jenis makanan, dan kerusakan pada otak. Meskipun teori ini ada benarnya, banyak kasus ADHD yang tidak cocok dengan penyebab tersebut.

Penelitian membuktikan bahwa ADHD ada hubungannya dengan genetik seseorang anak. Bukan berarti jika salah seorang orang tua menderita ADHD, maka anak juga akan menderita ADHD. Juga tidak berarti jika anak menderita ADHD karena ada kerabat dekat yang menderita ADHD.

Hyperactive bukan merupakan penyakit tetapi suatu gejala atau symptoms. Symptoms terjadi disebabkan oleh faktor-faktor *brain damage, an emotional disturbance, a hearing deficit, or mental retardation* (Batshaw & Perret, 1986: 261 dalam Delphie, 2006). ADHD membawa pengaruh kepada setiap aspek kehidupan anak. Anak-anak yang menderita ADHD seringkali mendapat kesulitan dalam memahami instruksi, mengingat tugas, bermain dengan baik bersama saudara sekandung, atau mengingat peraturan-peraturan. Individu ADHD selalu berada dalam kesulitan. Mereka sulit untuk ikut serta dalam aktivitas kelompok atau duduk diam di kelas, dan mungkin dicap sebagai anak nakal. Bagi sebagian anak yang menderita ADHD, sangat sulit berteman.

Problem diatas menjadikan anak ADHD merasa kesepian dan sulit dimengerti sehingga menjadi lebih nakal karenanya. Problematika selanjutnya adalah banyaknya anak ADHD yang mengalami kesulitan dalam menyelesaikan sekolah karena sulit memusatkan perhatian. Ketidakmampuan dalam penyesuaian diri dalam bersosialisasi secara benar, individu ADHD akan mendapat kesulitan dalam mencari teman pada masa dewasa. Orang yang menderita ADHD selain mengalami kesulitan belajar, juga seringkali bersikap menentang dan berkelakuan menyimpang. Kondisi-kondisi seperti ini membuat individu ADHD mengalami kesulitan dalam bergaul.

Berikut adalah bentuk-bentuk pengaruh kondisi ADHD pada individu, diantaranya:

1. Pengaruh ADHD pada perilaku. Individu ADHD menunjukkan perilaku-perilaku yang negatif dalam kesehariannya yang tidak mampu dikontrol, yaitu: menuntut, turut campur dengan orang lain, mudah frustrasi, kurang mengendalikan diri, tidak tenang/ gelisah, lebih banyak berbicara, suka menjadi pemimpin, mudah berubah pendirian, mengganggu, cenderung untuk mendapat kecelakaan, mudah bingung, mengalami hari-hari baik dan buruk.
2. Pengaruh ADHD pada aspek sosial. Individu ADHD menunjukkan lebih mementingkan diri sendiri, mudah cemas, kasar, tidak peka, tidak dewasa, tertekan, harga diri rendah, keras, membuat ramai, tidak berpikir panjang, menarik diri dari kelompok, sering berperilaku tanpa perasaan, tidak mau menunggu giliran.

3.2.3 Karakteristik ADHD

Anak dengan tipe ADHD biasanya mempunyai problem dalam memperhatikan instruksi, menyelesaikan tugas, berhubungan dengan anak lain, atau duduk tenang. Mereka seringkali membuat masalah di rumah, dijuluki sebagai anak nakal di sekolah, dan diganggu oleh teman-temannya. Keadaan ini membuat anak dengan ADHD berpikir bahwa dia tidak baik, dan membentuk konsep diri dan kepercayaan diri yang rendah.

Di sekolah anak hiperaktif mendapatkan kesulitan untuk berkonsentrasi dalam tugas-tugas kerjanya. Ia selalu mudah bingung atau kacau pikirannya, tidak suka memperhatikan perintah atau penjelasan gurunya, dan selalu tidak berhasil dalam melaksanakan tugas-tugas pekerjaan sekolah, sangat sedikit mengeja huruf, tidak mampu meniru huruf-huruf (Rapport & Ismond, 1984 dalam Betshaw & Perret, 1986 dalam Delphie, 2006: 73).

Menurut Baihaqi dan Sugiarmun (2006), ciri utama ADHD adalah:

- Rentang perhatian yang kurang, adapun gejala-gejala yang menunjukkan rentang perhatian yang kurang meliputi: gerakan yang kaca, cepat lupa, mudah binggung, kesulitan dalam mencurahkan perhatian terhadap tugas-tugas atau kegiatan bermain.
- Impulsivitas yang berlebihan dan adanya hiperaktivitas, gejala-gejala tersebut meliputi: emosi gelisah, mengalami kesulitan bermain dengan tenang, mengganggu anak lain, selalu bergerak.

Adapun menurut Muhammad (2008), anak-anak hiperaktif dapat dikenali dari gejala-gejala berikut:

- Tidak memberi perhatian, berupa: Lalai mengerjakan tugas, tidak mengikuti arahan, sulit untuk berkonsentrasi pada satu aktivitas.
- Impulsif, dengan ciri: bertindak tanpa berpikir, selalu berganti-ganti aktivitas, sulit menjalani satu aktivitas, membutuhkan perhatian lebih, tidak bisa menunggu giliran.
- Hiperaktif, dalam bentuk perilaku: sering berlari atau memanjat benda-benda yang tinggi atau perabotan dan sulit diatur, sulit untuk duduk di satu tempat dengan tenang, bergerak-gerak berlebihan ketika tidur, selalu aktif setiap saat

Menurut Widhata (2008) seseorang dapat dikategorikan sebagai *inattention*, hiperaktifitas, dan impulsif jika ia memenuhi minimal 4 kriteria dibawah ini:

1. Inattention, dengan ciri:

- Tidak teliti atau sering ceroboh dalam menyelesaikan tugas sekolah, pekerjaan atau kegiatan lainnya.
- Sulit mempertahankan konsentrasi untuk menyelesaikan tugas atau permainan.
- Sering tidak mendengarkan pada saat diajak berbicara.
- Cenderung tidak mengikuti instruksi dalam menyelesaikan tugas sekolah atau pekerjaan.
- Mengalami masalah dalam mengatur atau mengorganisasi tugas atau kegiatan.
- Tidak menyukai atau cenderung menghindari tugas yang memerlukan kemampuan mental dan konsentrasi yang panjang.
- Sering kehilangan barang-barang atau peralatan yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas. Misalnya, buku, pensil, penghapus.
- Mudah terpecah konsentrasinya.
- Pelupa.

2. Hiperaktifitas, dengan ciri:

- Tidak dapat duduk dengan tenang.
- Sering meninggalkan bangku tanpa alasan yang jelas.
- Berlari, memanjat tidak pada tempatnya (pada usia dewasa, lebih ditunjukkan dengan sikap gelisah).
- Kesulitan dalam menikmati kegiatan atau permainan yang tenang dan membawa relaksasi.
- Berkeinginan untuk selalu bergerak aktif.
- Cerewet, suka berbicara kadang tidak sesuai dengan konteks.

3. Impulsif, dengan ciri:

- Seringkali memberikan jawaban sebelum pertanyaan yang ditanyakan selesai.
- Mengalami masalah dalam menunggu giliran
- Sering memotong pembicaraan orang lain atau menyerobot.
- Suka memukul, menunjukkan ketidaksukaan dengan menyerang secara fisik.

Dan menurut Tanner (2007) ada tiga tanda utama anak yang menderita ADHD, yaitu:

1. Tidak ada perhatian. Ketidakmampuan memusatkan perhatian pada beberapa hal seperti membaca, menyimak pelajaran, atau melakukan permainan. Seseorang yang menderita ADHD akan mudah sekali teralih perhatiannya karena bunyi-bunyian, gerakan, bau-bauan atau pikiran, tetapi dapat memusatkan perhatian dengan baik jika ada yang menarik minatnya.
2. Hiperaktif. Mempunyai terlalu banyak energi. Misalnya berbicara terus menerus, tidak mampu duduk diam, selalu bergerak, dan sulit tidur.
3. Impulsif. Bertindak tanpa dipikir, misalnya mengejar bola yang lari ke jalanraya, menabrak pot bunga pada waktu berlari di ruangan, atau berbicara tanpa dipikirkan terlebih dahulu akibatnya.

Setiap anak yang seringkali bertindak seperti contoh-contoh diatas selama lebih dari enam bulan berturut-turut, dibandingkan dengan anak seusianya, dapat didiagnosa menderita ADHD. Gejala ini biasanya muncul sebelum si anak berusia enam tahun.

Ciri yang paling mudah dikenal bagi anak hiperaktif adalah anak akan selalu bergerak dari satu tempat ke tempat lain, selain itu yang bersangkutan sangat jarang untuk berdiam selama kurang dari 5 hingga 10 menit guna melakukan suatu tugas/kegiatan yang diberikan gurunya (Delphie, 2006).

3.2.4 Jenis ADHD

ADHD adalah sebuah kondisi yang amat kompleks, gejalanya pun berbeda-beda. Para ahli menjelaskan jenis ADHD, seperti berikut ini:

1. Tipe anak yang tidak bisa memusatkan perhatian. Anak ADHD ini sangat mudah terganggu perhatiannya, tetapi tidak hiperaktif atau Impulsif. Mereka tidak menunjukkan gejala hiperaktif. Tipe ini kebanyakan ada pada anak perempuan. Anak ADHD seringkali melamun dan dapat digambarkan seperti sedang berada di awang-awang.
2. Tipe anak yang hiperaktif dan impulsif. Anak ADHD tipe ini menunjukkan gejala yang sangat hiperaktif dan impulsif, tetapi tidak bisa memusatkan perhatian. Tipe ini seringkali ditemukan pada anak-anak kecil.
3. Tipe gabungan. Anak ADHD sangat mudah terganggu perhatiannya, hiperaktif dan impulsif. Kebanyakan anak-anak termasuk tipe seperti ini.

Berikut kriteria ADHD berdasarkan DSM (*Diagnostic Statistical Manual*) yang diambil dari Manual Diagnostik dan Statistika mengenai Gangguan-gangguan Mental menurut Asosiasi Psikiater Amerika, tahun 1994 (Baihaqi dan Sugiarmun, 2006):

1. Kurang perhatian

Pada kriteria ini, penderita ADHD paling sedikit mengalami 6 atau lebih dari gejala-gejala berikutnya, dan berlangsung selama paling sedikit enam bulan sampai suatu tingkatan yang maladaptif dan tidak konsisten dengan tingkat perkembangan. Ciri yang tampak, adalah:

- Sering gagal memperhatikan baik-baik terhadap sesuatu yang detail atau membuat kesalahan yang sembrono dalam pekerjaan sekolah dan kegiatan-kegiatan lainnya.
- Mengalami kesulitan dalam memusatkan perhatian terhadap tugas-tugas atau kegiatan bermain.
- Seperti tidak mendengarkan jika diajak bicara secara langsung.
- Tidak mengikuti baik-baik intruksi dan gagal dalam menyelesaikan pekerjaan sekolah, atau tugas di tempat kerja (bukan disebabkan karena perilaku melawan atau kegagalan dalam mengerti intruksi).
- Kerap kali kehilangan barang/ benda penting untuk tugas-tugas dan kegiatan.
- Bingung/ mudah terganggu oleh stimulus dari luar
- Cepat lupa dalam menyelesaikan kegiatan sehari-hari.

2. Hiperaktivitas dan Impulsifitas

Paling sedikit 6 atau lebih dari gejala-gejala hiperaktivitas impulsifitas berikutnya bertahan selama paling sedikit 6 bulan sampai dengan tingkatan yang maladaptif dan tidak dengan tingkat perkembangan.

Hiperaktif, dengan ciri:

- Gelisah dengan tangan atau kaki mereka, dan sering menggeliat di kursi.
- Meninggalkan tempat duduk di dalam kelas atau dalam situasi lainnya di mana diharapkan agar anak tetap duduk.
- Senang berlarian atau naik-naik secara berlebihan dalam situasi di mana hal ini tidak tepat.
- Mengalami kesulitan dalam bermain atau terlibat dalam kegiatan senggang secara tenang.
- Bergerak atau bertindak seolah-olah dikendalikan oleh motor.
- Sering berbicara berlebih.

Impulsifitas, dengan ciri:

- Seringkali memberi jawaban sebelum pertanyaan selesai.
- Mengalami kesulitan menanti giliran.
- Senang mengintrupsi atau mengganggu orang lain, misalnya memotong pembicaraan atau permainan.

Beberapa hal yang harus diperhatikan terkait kemunculan gejala ADHD, adalah:

1. Gejala hiperaktivitas, impulsifitas atau kurang perhatian yang menyebabkan gangguan, muncul sebelum anak berusia 7 tahun.
2. Ada gangguan yang secara klinis signifikan di dalam fungsi sosial, akademik, atau pekerjaan.
3. Gejala-gejala tidak terjadi selama berlakunya PDD, Skizofrenia, atau gangguan psikotik lainnya, dan tidak dijelaskan dengan lebih baik oleh gangguan mental lainnya

3.2.5 Intervensi ADHD

Intervensi diberikan pada anak ADHD sebagai alternatif bantuan atas dasar pertimbangan konseptual. Dalam memberikan perhatian kepada anak yang mengalami ADHD, Baihaqi dan Sugiarmun (2006) memaparkan, bahwa langkah penanganan anak ADHD banyak jenisnya, sebagian bergantung pada pandangan pelaksana terhadap perkembangan anak. Penanganan belajar anak ADHD bergantung pada masalah yang dihadapi anak.

Teknik yang bisa digunakan dalam menghilangkan atau mengurangi tingkah laku yang tidak dikehendaki adalah bisa melalui (Baihaqi dan Sugiarmun, 2006) teknik analisis A-B-C, yaitu bahwa kebanyakan tingkah laku dipengaruhi oleh kejadian yang mendahuluinya atau *antecedent* (A), tingkah laku yang terbentuk atau *behavior* (B), dan akan mengakibatkan suatu konsekuensi (C).

Untuk memperoleh informasi mengenai A-B-C tentang anak, dapat diperoleh melalui wawancara dengan orang tua, mengamati, dan mencatat kejadian-kejadian yang terjadi terutama pada tingkah laku yang tidak dikehendaki. Selanjutnya tingkah laku tersebut dipelajari bentuknya, kapan terjadinya, dalam situasi bagaimana, mengapa bisa berperilaku seperti itu, dan akibat yang biasa ditimbulkan. Gambaran yang jelas dari tingkah laku yang dimunculkan oleh anak memudahkan dalam memberikan perubahan kejadian sebelum dan sesudah tingkah laku yang tidak dikehendaki terjadi. Perubahan ini akan menghasilkan suatu tingkah laku yang baik menggantikan tingkah laku yang tidak dikehendaki.

Sebagai contoh perilaku yang sering dimunculkan oleh anak ADHD adalah tidak bisa duduk diam, dan mengganggu temannya. Maka dalam hal ini cari alasan mengapa anak melakukan hal demikian, misalnya karena anak tersebut membutuhkan perhatian, merasa bosan atau tidak menyukai pelajarannya. Maka hal pertama yang bisa dilakukan adalah menghilangkan alasan-alasan tersebut dengan cara memberikan perhatian, mengubah kegiatan, atau menemani anak belajar. Seyogyanya orang tua dan guru memberitahu anak tentang cara yang baik untuk menyatakan rasa ketidakpuasan, kejengkelan, dan kemarahannya.

Adapun teknik lain yang bisa diberikan, adalah sebagai berikut:

1. Ekstingsi. Teknik ini berasumsi bahwa tanpa penguatan maka suatu respon akan menurun atau menghilang.
2. Satiassi. Satiassi berupaya menghilangkan alasan yang menghasilkan tingkah laku yang tidak dikehendaki, misalkan dengan memberikan perhatian sebelum anak menuntut perhatian, atau bisa juga dengan melebihkan layanan daripada yang diinginkan.
3. Pemberian hukuman. Hukuman adalah hal terakhir yang dapat diterapkan, bahkan tidak perlu ada jika teknik sebelumnya sudah berhasil. Hal yang perlu dipertimbangkan dalam pemberian hukuman:
 - Hukuman digunakan jika tidak ingin membiarkan suatu tingkah laku berlanjut.
 - Hukuman dilakukan jika prosedur lain tidak berhasil
 - Sebaiknya diberikan hukuman ringan yang terbukti efektif untuk tingkah laku tertentu.
 - Orang tua/guru jangan melakukan hukuman dalam keadaan marah.
 - Time out. Teknik hukuman ini dilakukan dengan cara anak dipindahkan dari tempat yang tingkah laku tidak dikehendaki terjadi.

Baihaqi dan Sugiarmun (2006) memaparkan bahwa pada intinya, faktor-faktor kunci untuk menangani anak ADHD merupakan peraturan yang ditetapkan dengan jelas, sesuai dengan harapan dan instruksi. Selain itu, mereka membutuhkan umpan balik yang segera dan konsisten atas perilaku dan pengarahan kembali pada tugas. Mereka membutuhkan kasih sayang orang dewasa, baik orang tua maupun guru dalam mengatasi masalah yang dialaminya untuk kemudian dilatih untuk mandiri.

Muhammad (2008) menjelaskan aspek atau area penanganan siswa dengan ADHD, adalah:

1. Aspek interaksi sosial, yaitu dengan:
 - Kenali tingkah laku sosial yang sesuai untuk anak, dan hargai jika ia menunjukkan tingkah laku tersebut.
 - Duduk dengannya dan buat perjanjian jelas yang didalamnya anak sepakat untuk menyatakan tujuan yang harus dicapai olehnya.
 - Gunakan pujian secara lisan dan tulisan. Pujian yang jelas dan dikatakan secara langsung menjadikan anak memahami tindakan yang seharusnya, dan dapat menilai tingkah lakunya sendiri.
 - Hadapkan dirinya pada interaksi kelompok kecil yang diberi tujuan yang harus dicapai.
 - Kenali kelebihan anak yang dapat diumumkan kepada teman-temannya yang lain, sehingga anak mendapatkan *feedback* positif dari teman dan membentuk kepercayaan dirinya.
 - Jalankan situasi memainkan peran dengannya dan tekankan kepada penggunaan kemampuan yang spesifik.
2. Kemampuan dalam mengurus diri sendiri
 - Guru bisa membuat tugas untuk dibuat di rumah dan diserahkan kepada anak sebelum pulang.
 - Orang tua diminta untuk mengurus dan mengatur perlengkapan anak.
 - Tugas dan instruksi dibuat sederhana saja agar tidak membingungkan anak.
 - Biarkan anak menyelesaikan satu tugas terlebih dahulu sebelum menyelesaikan tugas selanjutnya.
3. Masalah dalam mengerjakan tugas
 - Tugas sekolah dibiasakan dikerjakan di sekolah, dan kepada anak ADHD ini diberikan waktu tambahan agar anak mampu menyelesaikannya.
 - Tugas yang diberikan kepada anak ADHD bisa berupa tugas ringan namun intensif/kontinu.
 - Teman bisa dikondisikan untuk membantu ketika anak mengalami kesulitan dalam mendengar dan mencatat.
 - Orang dewasa selalu ada di sekitar anak ADHD dan mengobservasi agar tanggap terhadap segala perilaku yang ditampilkan anak.
4. Sikap impulsif
 - Guru harus bersikap realistis tentang apa yang diharapkan mengenai tingkah laku anak ADHD.
 - Anak ADHD diajarkan tingkah laku yang sesuai, lalu diberikan respon positif seperti pujian jika anak melakukannya.
 - Program terapi/pembelajaran harus disertai jadwal yang pasti untuk istirahat agar anak boleh meninggalkan tempat duduknya untuk melakukan aktivitas lain.

5. Kemampuan akademik
 - Anak dibimbing dalam menggunakan kertas diagram saat membuat tugas matematika agar ia dapat mengetahui tempat yang benar untuk mencatat nomor, ini dapat membuatnya lebih fokus.
 - Sarana dapat dimanipulasi semenarik mungkin untuk menjaga minat anak ADHD.
 - Tugas dikomunikasikan se jelas mungkin agar anak se pakat bahwa hasil akhir adalah untuk mencapai tujuan tertentu, seperti memperoleh nilai yang bagus.
6. Ekspresi emosi
 - Guru harus menyadari keterbatasannya dalam memberi perhatian, namun mau mengoptimalkan usahanya agar anak ADHD tidak merasa sedih dan kecewa. Gurupun dapat menunjukkan perasaannya agar anak ADHD terlatih untuk mengenal perasaan orang lain.
 - Beri pilihan kata-kata yang berkaitan dengan emosi. Penggunaan istilah yang sesuai dapat meningkatkan kemampuannya dalam menyatakan perasaannya dan juga mengurangi tingkah laku buruknya.
 - Anak ADHD dapat diajarkan tentang cara menyalurkan kemarahan yang baik, sehingga tidak merugikan diri dan orang lain.
 - Anak ADHD diberi pemahaman bahwa semua aspek kehidupannya harus mampu dikontrolnya sehingga terbentuk kemandirian pada anak.

3.3 ANXIETY (KECEMASAN)

3.3.1 Pengertian Kecemasan

Kecemasan adalah suatu perasaan subjektif yang samar-samar (Vanin dan Helsley, 2008; Izard dalam Barlow, 2002; Sarafino, 1998) . Kecemasan merupakan campuran beberapa emosi tidak menyenangkan yang didominasi oleh ketakutan, khawatir, dan gelisah yang tak terkendali terhadap kondisi mengancam yang tidak jelas di masa depan (Izard dalam Barlow, 2002; Sarafino, 1998; Davison, Neale, & Kring, 2004; Halgin, Whitbourne, & Krauss, 2005).

Kecemasan terdiri dari pikiran, perasaan, dan perilaku dan hal tersebut dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, dan genetis. Simtom-simtom yang ditunjukkan berbeda-beda pada setiap orang dan situasi (Izard, dalam Barlow, 2002; Vanin & Helsley, 2008). Berdasarkan definisi APA (dalam Durand & Barlow, 2003), kecemasan adalah keadaan mood negatif yang dicirikan dengan simtom-simtom tubuh dari tekanan fisik, dan ketakutan tentang masa depan. Menurut Freud (Rathus & Nevid, 1991; Carson & Butcher, 1992), kecemasan melibatkan persepsi tentang perasaan yang tidak menyenangkan dan reaksi fisiologis.

Kalat (2007) dan Pinel (2009) menyebutkan bahwa proses terjadinya kecemasan melibatkan tiga aspek yaitu aspek kognisi (persepsi), reaksi fisiologis (kesiapan melakukan aksi), dan perasaan takut. Ketiganya saling mempengaruhi satu sama lain. Para ahli kemudian membagi ciri-ciri kecemasan menjadi dua aspek gejala kecemasan yaitu gejala psikologis dan gejala fisiologis (Halgin, Whitbourne, & Krauss, 2005). Gejala psikologis meliputi gejala yang terkait dengan kondisi emosi dan pikiran seseorang yang mengalami kecemasan seperti takut dan khawatir yang tidak terkendali, merasa tertekan, merasa tidak mudah menghadapi sesuatu yang buruk yang akan terjadi, terus menerus mengeluh tentang perasaan takut

terhadap masa depan, percaya sesuatu yang menakutkan akan terjadi dengan sebab yang tidak jelas, kepekaan yang tajam dengan sensasi tubuh, terancam dengan orang atau keadaan yang secara normal tidak diperhatikan, takut kehilangan kontrol, takut tidak bisa menghadapi permasalahan, berpikir hal tertentu berulang-ulang, ingin melarikan diri, bingung, kesulitan berkonsentrasi, perilaku dependen, perilaku agitatif (Halgin, Whitbourne, & Krauss, 2005; Rathus & Nevid, 1991).

Gejala fisiologis meliputi gejala yang menyangkut kondisi badan atau tubuh seseorang yang cemas, terutama yang menyangkut fungsi sistem syaraf yang ditunjukkan dari ekspresinya seperti gemetar, pucat, menggigit kuku, aktivitas kelenjar adrenalin, tidak dapat tidur, perut mual, keringat berlebihan, telapak tangan berkeringat, terasa akan pingsan, perasaan kering di mulut atau tenggorokan, sulit bicara, nafas pendek, jantung berdebar-debar, suara bergetar, jari-jari terasa dingin, lemas, sulit menelan, kepala pusing, kekakuan leher atau punggung, tangan terasa dingin, sakit perut atau mual, sering buang air kecil, dan diare (Rathus & Nevid, 1991).

Pada dasarnya, kecemasan merupakan hal wajar yang pernah dialami oleh setiap manusia. Kecemasan sudah dianggap sebagai bagian dari kehidupan sehari-hari. Kecemasan adalah suatu perasaan yang sifatnya umum, dan seseorang merasa ketakutan atau kehilangan kepercayaan diri yang tidak jelas asal maupun wujudnya (Sutardjo Wiramihardja, 2005).

Kecemasan adalah sesuatu yang menimpa hampir setiap orang pada waktu tertentu dalam kehidupannya. Kecemasan merupakan reaksi normal terhadap situasi yang sangat menekan kehidupan seseorang. Kecemasan bisa muncul sendiri atau bergabung dengan gejala-gejala lain dari berbagai gangguan emosi (Savitri Ramaiah, 2003). Menurut Kaplan, Sadock, dan Grebb (Fitri Fauziah & Julianti Widuri, 2007) kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Kecemasan adalah reaksi yang dapat dialami siapapun. Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya.

Nevid Jeffrey S, Rathus Spencer A, & Greene Beverly (2005) memberikan pengertian tentang kecemasan sebagai suatu keadaan emosional yang mempunyai ciri keterangsangan fisiologis, perasaan tegang yang tidak menyenangkan, dan kekhawatiran bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi.

Kesimpulan yang dapat diambil dari beberapa pendapat diatas bahwa kecemasan adalah rasa takut atau khawatir pada situasi tertentu yang sangat mengancam yang dapat menyebabkan kegelisahan karena adanya ketidakpastian dimasa mendatang serta ketakutan bahwa sesuatu yang burukkan terjadi.

Tiga pendekatan intervensi telah berhasil menyelesaikan kecemasan dan ketakutan pada anak-anak: desensitisasi, pemodelan, dan pelatihan pengendalian diri. Beberapa anak merespon ketika metode ini dimasukkan ke dalam lingkungan sekolah mereka, tetapi yang lain membutuhkan intervensi yang lebih intensif yang mencakup sekolah dan lingkungan.

3.3.2 Jenis Gangguan Kecemasan pada Anak

Gangguan kecemasan yang berbeda dan mempengaruhi anak-anak di antaranya, adalah:

1. Gangguan Kecemasan Akan Perpisahan

Gangguan kecemasan pemisahan adalah salah satu gangguan kecemasan berupa "Gangguan Pertama Didagnosis dalam Infancy, Childhood, atau Remaja" di DSM-IV-TR.

Terjadinya gangguan kecemasan pemisahan dapat terjadi sebelum usia 6 tahun. Seperti namanya, seorang anak memiliki gangguan kecemasan pemisahan ketika dia mengalami kecemasan yang berlebihan ketika berpisah dari rumah atau dari orang-orang terdekat dengan anak. Seorang anak dengan gangguan kecemasan akan perpisahan memiliki ketakutan yang luar biasa bahwa sesuatu akan terjadi pada orang tuanya. Anak-anak dengan gangguan kecemasan perpisahan bias menangis, mengeluh sakit kepala atau sakit perut, sering menelepon ke rumah untuk mengetahui keadaan orangtua mereka, menolak untuk tidur sendirian, atau menolak untuk meninggalkan rumah. Beberapa mungkin menolak untuk pergi ke sekolah karena khawatir bahwa sesuatu akan terjadi sementara dirinya berada jauh dari rumah. Beberapa teknik intervensi, yaitu, desensitisasi sistematis, pemodelan, dan *shapping*, digunakan untuk mengobati gangguan kecemasan perpisahan.

Desensitisasi sistematis meliputi tiga langkah dasar:

1. Menetapkan hirarki ketakutan-termasuk rangsangan,
2. Belajar latihan relaksasi otot,
3. Memasangkan keadaan relaksasi dengan masing-masing stimuli pada hirarki.

Sebagai pengobatan untuk gangguan kecemasan akan perpisahan, desensitisasi sistematis melibatkan kegiatan pemisahan anak dari orangtua, dengan menempatkan anak menjauh dari orangtua satu langkah demi satu langkah, secara bertahap, dan anak bermain di luar rumah dengan seorang teman.

Pengobatan lain untuk gangguan kecemasan perpisahan adalah *modelling*. Seorang konselor atau terapis akan mencontoh situasi cemas dan menunjukkan pada anak strategi untuk mengatasi situasi untuk dicontoh oleh anak. *Shapping* melibatkan mengambil langkah-langkah bertahap untuk menghilangkan kecemasan. Misalnya, jika tujuan untuk anak bersekolah tanpa takut berada jauh dari rumah, langkah pertama mungkin membawa anak ke perpustakaan umum untuk waktu yang singkat. Langkah selanjutnya bias masuk sekolah selama setengah hari. Langkah terakhir adalah bersekolah sepanjang hari.

2. *Generalized Anxiety Disorder*

Gangguan kecemasan umum melibatkan kecemasan yang berlebihan dan khawatir tanpa disebabkan oleh peristiwa atau kegiatan baru/khusus. Kekhawatiran yang disertai dengan gejala fisik, terutama kelelahan, sakit kepala, ketegangan otot, nyeri otot, kesulitan berkonsentrasi, mudah marah, dan kesulitan tidur. Anak-anak dan remaja dengan gangguan kecemasan umum sering khawatir tentang kinerja sekolah atau kompetensi dalam acara olahraga secara berlebihan. Mereka mungkin terlalu gigih dalam mencari pengakuan dan prestasi.

3. Social Anxiety Disorder

Anak-anak dengan gangguan kecemasan sosial memiliki ketakutan terus-menerus dan berlebihan dari situasi sosial, pengawasan interpersonal, dan merasa takut malu atau mendapat penghinaan. Anak-anak mungkin tampak sangat pemalu dan melekat pada orang yang dekat. Anak dengan gangguan ini menunjukkan perilaku menangis atau membuat ulah. Anak dengan fobi asosial memiliki hubungan sebaya yang buruk, ditolak oleh teman-teman, memiliki persahabatan berkualitas yang lebih sedikit, dan memiliki resiko lebih tinggi terhadap viktimisasi.

Siswa dengan gangguan kecemasan sosial memiliki sifat umum: pemalu, terlihat pendiam, atau menarik diri ketika bertemu orang-orang atau situasi baru/asing. Perilaku lain yang ditunjukkan adalah kegelisahan (seperti wajah memerah, menunduk, atau mencari kesibukan untuk diri). Banyak anak-anak dan remaja menunjukkan gejala emosional yang intensif seperti rasa takut berlebihan, dengan ciri fisik banyak berkeringat dan gemetar.

4. Panic Disorder

Anak-anak yang memiliki gangguan panik mengalami serangan panik tiba-tiba dan berulang atau periode intens, ketakutan yang luar biasa. Seseorang mengalami serangan panik dengan gejala: jantung berdebar-debar, merasa lemas dan pusing. Ciri lainnya adalah perasaan mual disertai rasa takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi. Sayangnya, banyak anak-anak dan remaja yang mengalami serangan panik menghubungkannya dengan rangsangan eksternal, dan gangguan ini jarang teridentifikasi pada anak-anak.

INTERVENSI

Salah satu intervensi yang telah terbukti efektif untuk mengurangi kecemasan dan telah sering digunakan adalah teknik relaksasi. Beech dkk (dalam Subandi, 2002), menyebutkan ketegangan merupakan kontraksi serabut otot skeletal, sedangkan relaksasi merupakan perpanjangan serabut otot tersebut.

Pada waktu orang mengalami ketegangan dan kecemasan yang bekerja adalah sistem syaraf simpatis, sedangkan pada waktu rileks yang bekerja adalah sistem syaraf parasimpatis. Relaksasi berusaha mengaktifkan kerja syaraf parasimpatis. (Bellack & Hersen, serta Prawitasari dalam Subandi, 2002).

3.4 TUNALARAS

3.4.1 Definisi Tunalaras

Banyak istilah yang digunakan untuk menggambarkan anak yang mengalami masalah sosial interpersonal dan intrapersonal ekstrim. Istilah tersebut antara lain: *emotionally handicapped*, *emotionally impaired*, *behaviorally impaired*, *socially/emotionally handicapped*, *emotionally conflited*, dan *seriously behaviorally disabled*. Semua istilah tersebut tidak menunjukkan dengan jelas apa yang membedakan gangguan ini dengan gangguan yang lainnya.

Lembaga *Individuals with Disabilities Education Act* (IDEA) melaporkan penggunaan istilah *emotionally disturbed*, namun dinilai kurang tepat. Lalu istilah tersebut diganti dengan *behaviorally disturbed* dan dinilai cukup tepat oleh CCBD (*Council for Children with Behavioral Disorder*).

Telah ada pandangan/pendapat yang umum mengenai gangguan ini. Pandangan tersebut didasarkan pada beberapa hal, yaitu:

- a. Tingkah laku yang muncul merupakan suatu tindakan yang ekstrem, dan bukanlah suatu tindakan yang hanya berbeda sedikit dengan tindakan yang biasa dilakukan.
- b. Disebut gangguan karena bersifat sesuatu yang kronis, tidak akan mudah hilang begitu saja.
- c. Tingkah laku tersebut merupakan suatu tingkah laku yang tidak dapat diterima karena tidak sesuai harapan-harapan sosial dan budaya.

Dapat disimpulkan bahwa batasan dari pengertian anak tunalaras adalah anak yang mengalami gangguan perilaku dan memberikan respon-respon kronis yang jelas tidak dapat diterima secara sosial oleh lingkungan dan atau perilaku yang secara personal kurang memuaskan, tetapi masih dapat dididik sehingga dapat berperilaku yang dapat diterima oleh kelompok sosial dan bertingkah laku yang dapat memuaskan dirinya sendiri. Berarti anak yang termasuk dalam gangguan perilaku kategori berat dan parah memerlukan intervensi yang intensif dan berkelanjutan serta dapat dilatih di rumah, atau kelas khusus, sekolah luar biasa, atau institusi berasrama khusus (Kauffman, 1994).

Menurut Smith 1998 (dalam Mangunsong 2011), IDEA menyatakan bahwa gangguan tunalaras ini meliputi hal-hal seperti dibawah ini:

- a. Istilah tunalaras mengandung pengertian bahwa memperhatikan satu atau lebih kondisi yang sesuai dengan karakteristik seperti disebutkan sebelumnya, dalam rentang waktu yang lama, dan memengaruhi prestasi/penampilan akademik, seperti:
 - Ketidakmampuan untuk belajar, namun tidak menunjukkan adanya gangguan intelektual, sensori atau faktor kesehatan.
 - Ketidakmampuan untuk membangun/memelihara hubungan baik yang memuaskan dengan teman dan orang dewasa.
 - Bentuk perilaku atau perasaan yang tidak dapat dikendalikan dalam kondisi normal.
 - Pada umumnya sering menjurus pada perasaan tidak bahagia atau tertekan.
 - Adanya kecenderungan untuk berkembangnya simptom-simptom fisik atau ketakutan yang diasosiasikan dengan masalah pribadi atau sekolah.
- b. Istilah tunalaras bisa tampak pada anak yang terkena *schizophrenia/autistic*, namun lebih bisa dijelaskan pada anak yang menderita *social maladjusted*.

Tunalaras merupakan sebutan anak berkelainan emosi dan perilaku. Menderita kelainan perilaku dan mengalami masalah intrapersonal secara ekstrim, sehingga anak mengalami kesulitan dalam menyelaraskan perilakunya dengan norma umum yang berlaku di masyarakat.

Menurut ketentuan yang ditetapkan oleh Undang-Undang Pokok Pendidikan Nomor 12 Tahun 1952, anak tunalaras adalah:

Anak yang memiliki tingkah laku yang menyimpang, tidak memiliki sikap, melakukan pelanggaran terhadap peraturan dan norma-norma sosial dengan frekuensi yang cukup besar, kurang mempunyai toleransi terhadap kelompok orang lain, mudah terpengaruh yang membuatnya kesulitan.

3.4.2 Prevalensi Tunalaras

Kebanyakan tipe masalah yang dialami oleh siswa yang memerlukan pendidikan khusus karena masalah penyimpangan tingkah laku dan emosional adalah mereka yang tergolong tingkah laku externalizing yang ditandai dengan agresif atau mengacau. Kebanyakan dari anak yang mengalami hal ini bukan tergolong anak psikotis. Perbandingan antara anak laki-laki dan perempuan berbanding 5 : 1 atau lebih. Dapat dikatakan bahwa anak laki-laki cenderung lebih agresif dan menunjukkan perilaku bermasalah daripada anak perempuan.

3.4.3 Karakteristik Tunalaras

1. Inteligensi dan Prestasi

Penelitian menunjukkan bahwa rata-rata anak dengan gangguan emosional dan tingkah laku memiliki tingkat inteligensi pada tingkat *dull normal range* (skor IQ berkisar pada angka 90), dan hanya sedikit yang memiliki tingkat inteligensi di atas rata-rata. Dibandingkan dengan distribusi normal inteligensi, kebanyakan anak dengan gangguan emosional dan tingkah laku berada pada kategori *slow learner* dan ketidakmampuan intelektual ringan (*mild intellectual disability*). Kebanyakan anak yang memiliki gangguan emosional dan tingkah laku juga merupakan anak yang tidak berprestasi (*underachiever*) disekolahnya.

2. Karakteristik Sosial dan Emosional

Penelitian mengenai status sosial dari siswa regular sekolah dasar dan lanjutan pertama menunjukkan bahwa anak yang memiliki gangguan emosional dan tingkah laku ditolak oleh lingkungannya. Hubungan antara gangguan emosional dan tingkah laku dengan gangguan komunikasi cukup jelas. Anak atau remaja dengan gangguan emosional dan tingkah laku memiliki kesulitan yang besar dalam memahami dan menggunakan bahasa dalam lingkungan sosialnya.

Secara umum karakteristik sosial dan emosional anak dengan gangguan emosional dan tingkah laku, adalah:

1. Tingkah laku yang tidak terarah (tidak patuh, perkelahian, perusakan, pengucapan kata-kata kotor dan tidak senonoh, senang memerintah, berperilaku kurang ajar)
2. Gangguan kepribadian (merasa rendah diri, cemas, pemalas, depresi, kesedihan yang mendalam, menarik diri dari pergaulan)
3. Tidak matang / tidak dewasa dalam sikap (pasif, kaku dalam bergaul, cepat bingung, perhatian terbatas, senang melamun, berkhayal)
4. Pelanggaran sosial (terlibat dalam aktivitas geng, mencuri, membolos)

Tunalaras juga seringkali disebut *emotionally handicapped*, atau *behavioral disorder*. Bower (1981) mengungkapkan bahwa terdapat lima komponen anak dengan hambatan emosional atau kelainan perilaku, antara lain:

1. Tidak mampu belajar bukan disebabkan karena faktor intelektual, *sensory* atau kesehatan.
2. Tidak mampu untuk melakukan hubungan dengan baik dengan teman dan guru.
3. Bertingkah laku atau memiliki perasaan yang tidak sesuai.

4. Secara umum, mereka selalu dalam keadaan *ervasive* dan tidak menggembirakan atau depresi.
5. Bertendensi ke arah simptom fisik, seperti merasa sakit, atau ketakutan berkaitan dengan orang lain, atau dengan permasalahan di sekolah.

Masalah hambatan dalam belajar merupakan karakteristik pertama dan merupakan aspek yang signifikan di sekolah. Dalam peraturan pemerintah Amerika, tercantum karakteristik dari anak dengan masalah hambatan emosional, yaitu:

- Ketidakmampuan belajar bukan disebabkan karena faktor yang berkaitan dengan kemampuan intelektual, sensori, serta kesehatannya.
- Tidak mampu untuk melakukan kerja sama yang memuaskan dengan teman dan guru.
- Memiliki tipe perilaku, dan perasaan yang tidak sesuai dalam lingkungan.
- Memiliki perasaan tidak gembira atau sering depresi.
- Bertendensi ke arah symptom fisik seperti perasaan takut terhadap orang lain atau permasalahan yang dihadapi di sekolah.
- Istilah hambatan emosional juga termasuk pada mereka yang menyandang *schizophrenic* atau *autistic*, tidak termasuk mereka yang tidak mampu beradaptasi secara sosial.

Kelainan perilaku biasanya juga berkaitan dengan penyakit lainnya, seperti hambatan perkembangan fungsional serta kesulitan belajar yang spesifik. Umumnya di sekolah regular anak dengan perilaku menyimpang hanya dijumpai dengan tingkat ringan. Anak dengan perilaku menyimpang lebih banyak ditempatkan di sekolah-sekolah khusus. Pada tingkat yang berat, anak ditempatkan pada tempat dengan situasi dan kondisi yang spesifik.

Menurut ahli psikoanalisis, interaksi negatif yang terjadi sejak usia dini antara orangtua dan anak merupakan penyebab utama dari permasalahan yang berkaitan dengan kelainan atau perilaku menyimpang yang serius. Para orangtua seringkali menerapkan disiplin rendah terhadap anak, tetapi selalu memberikan reaksi berlebihan terhadap perilaku yang kurang baik dan tidak sopan, yang dapat menjadi penyebab seorang anak menjadi agresif, nakal, atau jahat (Hallahan & Kaufmann, 1978)

Umumnya, anak yang memiliki kelainan perilaku tidak mampu untuk berteman karena anak akan selalu menemui kegagalan saat melakukan hubungan dengan orang lain. Kegagalan menjalin hubungan dengan orang lain menandakan adanya ketidakpuasan diri terhadap elemen lingkungan sosial (Hallahan & Kauffman, 1986). Sehingga orang-orang yang berhubungan dengan penyandang penyimpangan perilaku harus dapat dikondisikan agar situasi interaksi dalam lingkungan sekolah dapat memberikan kesempatan bagi anak penyandang perilaku menyimpang untuk melakukan interaksi dengan kompetensi sosial yang memadai.

3.4.4 Klasifikasi Tunalaras

Terdapat banyak cara dalam mengklasifikasikan gangguan emosional atau penyimpangan perilaku berdasar pada masalahnya, tetapi tidak ada sistem yang berlaku umum untuk dapat mengklasifikasikannya. Beberapa psikolog dan pendidik melakukan asesmen lebih secara individual dari tingkah laku anak dan faktor situasional. Berikut penjelasan jenis klasifikasinya:

1. Klasifikasi Dimensional

Klasifikasi dimensional adalah tingkah laku yang akan digunakan untuk menggambarkan bentuk gangguan merupakan tingkah laku khas yang sering dilihat dalam situasi kelas. Pendidik biasanya menggunakan tingkah laku tersebut sebagai bukti adanya masalah. Salah satu alat ukur yang dikembangkan oleh Spivact adalah The Devereux Elementary School Behavior Rating Scale, yaitu Swift dan Priwitt mengklasifikasikan berdasarkan pendekatan dimensional. Dalam klasifikasi tersebut terdapat 140 tingkah laku, yang 47 diantaranya diidentifikasi berkolerasi dengan prestasi dan mengandung perbedaan antara populasi normal dan populasi khusus (Catwright, 1981). Terdapat 9 gejala perilaku menyimpang yang dapat muncul di dalam kelas, yaitu:

- a. Mengganggu di kelas.
- b. Tidak sabar atau terlalu cepat bereaksi.
- c. Tidak menghargai, menentang, dan melawan.
- d. Menyalahkan orang lain.
- e. Kecemasan terhadap prestasi sekolah.
- f. Dependen pada orang lain.
- g. Kurang dalam pemahaman.
- h. Reaksi yang tidak sesuai.
- i. Melamun, tidak ada perhatian, dan menarik diri dari lingkungan sosial.

2. Klasifikasi Berdasarkan Jenis dan Penyimpangannya

Anak tunalaras dibagi dari segi jenis dan derajat penyimpangannya, yaitu:

- a. Berdasarkan Jenis
 - Dilihat dari aspek kepribadian, yaitu terdapat anak tunalaras emosi yang mengalami kelainan dalam perkembangan emosi, dan anak tunalaras sosial yang mengalami kelainan dalam penyesuaian diri dalam lingkungan.
 - Dilihat dari aspek kesehatan jiwa: terdapat anak tunalaras psikopat yaitu anak yang memiliki penyimpangan emosi dan penyesuaian yang dipengaruhi faktor genetik (endogen) yang tidak dapat disembuhkan, dan anak tunalaras sementara yaitu anak yang mempunyai penyimpangan emosi dan penyesuaian, yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan dapat disembuhkan.
- b. Berdasar Derajat Penyimpangan
 - Anak tunalaras taraf ringan: menunjukkan penyimpangan emosi dan penyesuaian masih dalam taraf permulaan dan ringan, namun ada gangguan dalam perkembangan dirinya. Pada taraf ini anak masih berada dalam lingkungan keluarga dan sekolah biasa, anak membutuhkan usaha bimbingan dan penyuluhan sekolah dasar, menengah, dan keluarga. Contoh perilakunya adalah membolos sekolah, malas mengerjakan PR, tidak mau mengikuti upacara.
 - Anak tunalaras taraf sedang: menunjukkan penyimpangan emosi dan penyesuaian terhadap lingkungan bertaraf sedang. Pada taraf ini anak memerlukan pelayanan tersendiri dalam belajarnya. Anak ada yang masih dalam lingkungan keluarga dan ada yang harus masuk asrama untuk keperluan penyembuhan. Namun dalam kegiatan belajarnya harus dipisah dengan anak normal. Contoh perilakunya adalah mencuri di sekolah dan di luar sekolah, merusak fasilitas umum, tergabung dalam gank tertentu.

- Anak tunalaras taraf berat: menunjukkan pelanggaran hukum karena mengganggu ketertiban masyarakat dan disebut delinkuensi. Hal ini mencakup anak yang sudah terlibat narkoba dan tindakan kriminal. Taraf ini mengharuskan anak dipisahkan dengan keluarga dan sekolah umum. Dapat dimasukkan dalam asrama atau lembaga pemasyarakatan/rehabilitasi khusus.

Tunalaras Emosi dan Tunalaras Sosial

Anak yang dikategorikan memiliki kelainan emosi adalah anak yang mengalami kesulitan menyesuaikan perilakunya dengan lingkungan sosial, karena adanya tekanan dari dalam oleh adanya hal-hal yang bersifat neurotis dan psikotis. Hal ini dapat dipantau dari tekanan jiwa yang ditunjukkan dari kecemasan yang mendalam. Perilaku anak penyandang kelainan emosi dalam konteks yang lebih besar mengalami penyimpangan penyesuaian perilaku sosial. Macam-macam gejala hambatan emosi, antara lain:

- Gentar: suatu reaksi terhadap suatu ancaman yang tidak dipelajari.
- Takut: reaksi kurang senang terhadap sesuatu.
- Gugup: rasa cemas yang tampak dalam perbuatan-perbuatan aneh.
- Iri hati: selalu merasa kurang senang apabila orang lain memperoleh keuntungan dan kebahagiaan.
- Perusak: memperlakukan benda-benda di sekitarnya menjadi hancur dan tidak berfungsi.
- Malu: sikap yang kurang matang dalam menghadapi tuntutan kehidupan.

Pada anak dengan kelainan emosi, ekspresinya dapat berupa:

- Kecemasan mendalam tetapi kabur dan tidak menentu arah kecemasan yang dituju. Kondisi ini digunakan sebagai alat untuk mempertahankan diri melalui represi.
- Kelemahan seluruh jasmani dan rohani yang disertai dengan berbagai keluhan sakit pada beberapa bagian badannya. Kondisi ini terjadi akibat konflik batin atau tekanan emosi yang sukar diselesaikan.
- Gejala yang merupakan tantangan balas dendam karena adanya perlakuan yang kasar. Kondisi ini terjadi akibat perlakuan kasar yang diterima sehingga ia juga akan berlaku kasar terhadap orang lain sebagai balas dendam untuk kepuasan dirinya.

Emosi dari penderita tunalaras tidak selalu menunjukkan tingkah laku seperti yang terjadi pada tunalaras sosial. Terdapat pendapat bahwa perilaku tunalaras emosi tidak dapat disamakan dengan perilaku tunalaras sosial sepanjang tingkah laku tersebut tidak menimbulkan konflik terhadap kehidupan orang lain.

Anak yang dikategorikan kelainan penyesuaian perilaku sebagai bentuk kelainan penyesuaian sosial adalah anak yang mempunyai tingkah laku yang tidak sesuai dengan adat yang berlaku di lingkungan. Bentuk kelainan penyesuaian ini adalah delinkuen. Delinkuen hanya diberikan jika anak terlibat dalam konflik atau pelanggaran hukum. Anak dengan kesulitan penyesuaian sosial dapat dikelompokkan, sebagai berikut:

1. Anak agresif yang sukar bersosialisasi adalah anak yang sama sekali tidak dapat menyesuaikan diri, baik di lingkungan rumah, sekolah, maupun teman sebaya. Sikap anak ini dimanifestasikan dalam bentuk memusuhi otoritas (guru, orangtua, polisi), suka balas dendam, berkelahi, senang curang, senang mencela.

2. Anak agresif yang mampu bersosialisasi adalah anak yang kurang mampu menyesuaikan diri di lingkungan rumah, sekolah, ataupun masyarakat. Akan tetapi mereka masih memiliki bentuk penyesuaian diri yang khusus, yaitu dengan teman sebaya yang senasib (geng). Sikap anak tipe ini dimanifestasikan dalam bentuk agresivitas, memusuhi otoritas, setia pada kelompok, suka melakukan kejahatan pengeroyokan, serta pembunuhan.
3. Anak yang menutup diri berlebihan (*over inhibited children*) adalah anak yang tidak dapat menyesuaikan diri karena neurosis. Sikap anak tipe ini dimanifestasikan dalam bentuk *over sensitive*, sangat pemalu, menarik diri dari pergaulan, mudah tertekan, rendah diri.

Sebagaimana jenis ketunaan yang lain, anak yang dikategorikan berkelainan perilaku dapat dikelompokkan dalam jenjang, mulai jenjang sangat ringan sampai sangat berat. Meskipun demikian, hal itu tidak tersusun secara eksplisit sebab batas antara jenjang yang satu dengan yang lain sangat tipis dan samar. Berikut ini beberapa hal yang dapat digunakan untuk menentukan intensitas berat ringannya ketunalarasan (Riadi, 1978; Patton, 1991; Efendi 2006).

1. *Besar kecilnya gangguan emosi*. Semakin dalam perasaan negatif yang ada pada anak, semakin berat penyimpangan anak.
2. *Frekuensi tindakan*. Semakin sering dan tidak menunjukkan penyesalan dalam melakukan perbuatan tidak baik, semakin dianggap berat penyimpangannya.
3. *Berat ringannya kejahatan yang dilakukan*. Dengan pertimbangan peraturan hukum pidana dapat diketahui berat ringannya pelanggaran, termasuk sanksinya.
4. *Tempat dan situasi pelanggaran atau kenakalan dilakukan*. Anak yang berani berbuat kenakalan di rumah, di sekolah atau di masyarakat sudah menunjukkan tingkat kenakalan yang berbeda mengingat konsekuensi-konsekuensi yang bisa diterimanya.
5. *Mudah sulitnya dipengaruhi untuk bertingkah laku baik*. Para pendidik atau orangtua dapat mengetahui seberapa jauh tingkat penyimpangan melalui cara yang digunakan untuk memperbaiki anak.
6. *Tunggal atau gandanya ketunaan yang dialami*. Jika anak tunalaras mempunyai ketunaan lain, ia termasuk dalam kategori berat dalam pembinaannya.

3.4.5 Asesmen Tunalaras

Secara sistematis, berikut ini ada beberapa cara untuk menetapkan tunalaras:

1. Psikotes

Psikotes dilakukan untuk mengetahui kematangan sosial dan gangguan emosi. Adapun alat tes lain yaitu tes proyektif yang memiliki beberapa jenis, yaitu:

- *Tes rorshach*. Tes ini memberikan gambaran mengenai keseluruhan kepribadian, kelainan, dan perlunya psikoterapi. Gambaran ini ditafsirkan dari reaksi anak terhadap gambar-gambar yang terbuat dari tetesan tinta.
- *Thematic Apperception Test (TAT)*. Tes ini memperlihatkan berbagai situasi-emosi dalam bentuk gambar-gambar. Gambaran kepribadian Nampak dari tafsiran anak mengenai situasi emosi tersebut. Untuk itu, disediakan skala khusus.

- *Tes gambar orang (Draw A Person)*. Dalam tes ini, persoalan-persoalan emosi nampak dari gambar orang yang harus dibuat oleh anak.
- *Dispert fable tes*. Tes ini memberikan gambaran mengenai iri hati, rasa dosa, rasa cemas, tanggapan terhadap diri sendiri, ketergantungan kepada orangtua, ungkapan protes terhadap lingkungan.

Psikotes dan tes kepribadian melalui tes proyektif dilakukan dan dianalisis oleh psikolog dan dilakukan tindak lanjut melalui kerjasama dengan psikiater, konselor dan terapis. Pemeriksaan dan terapi komprehensif biasa dilakukan di bawah lembaga resmi seperti fakultas psikologi, fakultas kedokteran, lembaga kesehatan jiwa, balai bimbingan dan penyuluhan, biro konsultasi psikologi dan tempat praktek individu.

2. Sosiometri

Sosiometri adalah alat tes yang digunakan untuk mengetahui suka atau tidaknya seseorang. Caranya ialah tanyakan kepada para anggota kelompoknya yang mereka sukai. Setiap anggota hendaknya memilih menurut pilihannya sendiri. Dari jawaban itu akan diketahui orang lain yang disukai oleh para anggota. Yang perlu diketahui bahwa hasil-hasil sosiometri adalah hasil sementara yang perlu ditelaah lebih lanjut. Anak yang terpencil dari suatu kelompok masyarakat belum tentu anak yang tunalaras, bahkan mungkin tidak terpencil lagi dalam sosiometri berikutnya. Walaupun demikian, sosiometri dapat dipakai bersama-sama dengan cara yang lain.

3. Membandingkan dengan Tingkah Laku Anak pada Umurnya

Keadaan tunalaras dapat diketahui dengan jalan membandingkan tingkah laku anak dengan tingkah laku anak lain yang seumur. Pekerjaan membandingkan boleh dilakukan oleh setiap orang dewasa. Anak yang jahat dapat diketahui jahatnya oleh masyarakat. Demikian juga anak yang tidak jahat tetapi kelakuannya tidak sesuai dengan norma yang berlaku, diketahui oleh masyarakat. Masyarakat mempunyai ketentuan-ketentuan untuk menetapkan jahat dan tidaknya atau serasi dan tidaknya tingkah laku yang bersangkutan. Siapa yang melanggar ketentuan ini akan dibenci, dimarahi, diasingkan, bahkan dimusuhi atau dihukum.

3.4.6 Karakteristik Tunalaras

Anak tunalaras biasanya memiliki ciri adanya gangguan emosi dan gangguan sosial, bisa dikarenakan penyesuaian yang salah (*maladjustment*). Adapun tandanya sebagai berikut :

- Hubungan antar keluarga, teman sepermainan, teman sekolah, ditanggapi dengan tidak menyenangkan.
- Segan bergaul, terasing.
- Suka melarikan diri dari tanggung jawab.
- Menangis, kecewa, berdusta, menipu, mencuri, menyakiti hati, atau sebaliknya, sangat ingin dipuji, ingin selalu mandiri.
- Penakut dan kurang percaya pada diri sendiri.
- Tidak mempunyai inisiatif dan tanggung jawab, kurang keberanian, dan sangat tergantung pada orang lain.

- Agresif terhadap diri sendiri, curiga, acuh tak acuh, banyak mengkhayal.
- Memperlihatkan perbuatan gugup misalnya menggigit kuku dan komat-kamit.

Ciri anak tunalaras dengan harga diri yang rendah memiliki tanda-tanda, sebagai berikut.

- Terlalu mempersoalkan kekurangan diri, sering minta maaf, takut tampil di muka umum, takut bicara.
- Berkeluh kesah.
- Segan melakukan hal-hal baru atau hal yang dapat memperlihatkan kekurangannya.
- Selalu ingin sempurna, tidak puas dengan apa yang telah diperbuat.
- Sikap introvert, lebih banyak mengarahkan perhatian kepada diri sendiri.

Ciri anak tunalaras dengan harga diri yang tersembunyi, antara lain, sebagai berikut.

- Bernada murung jika berbicara, cepat merasa tersinggung.
- Sering merasa tidak enak badan.
- Berpura-pura lebih dari orang lain, suka menonjolkan diri, bicara lantang, merendahkan orang lain.
- Suka melakukan perbuatan jahat.

Terdapat beberapa istilah lain yang menunjukkan gejala klinis lanjutan yang bisa muncul pada tunalaras, di antaranya:

- *Anxiety hysteria*: merasa takut pada sesuatu atau pada seseorang tanpa alasan yang dapat diterima. Perasaan ini lahir dari usaha menekan hasrat-hasrat yang sifatnya naluriah.
- *Conversion hysteria*: mempunyai gangguan pada fungsi beberapa anggota tubuh. Gangguan tersebut lahir dari usaha yang lama dalam menekan hasrat-hasrat yang sifatnya naluriah.
- *Obsessional neurosis*: cepat menuduh, banyak dalih, menutup diri, kaku berjalan. Sebagai wujud dari pernyataan dari hati yang sangat sensitif dan takut diserang.
- *Sexual perversion*: suka menikmati seksual secara tidak wajar, seperti mengintip, melakukan hubungan dengan teman sejenis.
- *Character neuroses*: perubahan tingkah laku yang lahir dari konflik batin yang tidak mendapat penyelesaian.

3.4.7 Etiologi Tunalaras

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya penyimpangan tingkah laku pada anak tunalaras, antara lain:

1. Faktor Biologis

Perilaku, serta emosi dipengaruhi oleh faktor genetik, neurologis, ataupun biokemikal, bahkan kombinasi dari faktor-faktor tersebut. Terdapat hubungan antara tubuh dan tingkah laku sehingga terdapat keterkaitan faktor sebab-sebab biologis dengan timbulnya gangguan emosional serta tingkah laku. Penyakit malnutrisi dan

kerusakan otak dapat merupakan faktor predisposisi bagi anak untuk mengembangkan gangguan emosional dan tingkah laku.

Anak yang memiliki cacat mental atau berkebutuhan khusus rendah maupun yang mengalami kerusakan otak merupakan sebab yang cukup berarti, karena anak tersebut tidak mampu meramalkan kemungkinan konsekuensi dari tindakan yang dilakukan atau mereka tidak dapat mengerti dengan baik apa yang sedang dilakukan. Pelanggaran yang biasa dilakukan biasanya bersifat impulsif.

2. Faktor Keluarga

Terdapat suatu situasi atau kondisi tertentu dalam keluarga yang turut mempengaruhi atau merupakan sumber penyimpangan tingkah laku anak, hal tersebut antara lain :

- ✚ Penerapan pola asuh yang tidak konsisten dan kesalahan dalam penerapan disiplin.
- ✚ Keterlibatan pihak ke tiga yang ekstrim berbeda dalam pendidikan anak.
- ✚ Penolakan dan pengabaian dari orangtua.
- ✚ Orangtua atau orang dewasa menjadi model negatif bagi anak.
- ✚ Kualitas rumah tangga.
- ✚ Kematian salah satu orangtua yang memicu stres pada *single parent*.
- ✚ Orangtua dan anggota keluarga yang tidak dapat memenuhi kebutuhan anak.
- ✚ Status sosial ekonomi keluarga.
- ✚ Perlakuan orangtua yang tidak adil
- ✚ Harapan orangtua yang tidak realistis.
- ✚ Hukuman fisik yang berlebihan.

3. Faktor Sekolah

Sekolah merupakan lingkungan kedua setelah keluarga yang mempengaruhi langsung terhadap perkembangan anak dan guru di sekolah juga bertanggungjawab dalam pendidikan anak. lingkungan sekolah juga merupakan tempat berkembangnya penyimpangan tingkah laku anak. beberapa sikap pihak sekolah yang tidak mendukung perkembangan positif pada anak, antara lain :

- ✚ Disiplin dan tata tertib yang terlalu kaku
- ✚ Inkonsistensi pelaksanaan disiplin dan tata tertib
- ✚ Tuntutan yang terlalu berlebihan terhadap prestasi anak
- ✚ Kepribadian guru yang negative
- ✚ Perlakuan guru yang tidak adil terhadap siswa
- ✚ Kemampuan manajemen waktu guru yang rendah.

4. Faktor Budaya dan Lingkungan

Menurut Walker, dkk (dalam Mangunsong 2011) anak, keluarga dan sekolahnya melekat pada budaya yang mempengaruhi mereka. Nilai dan standar tingkah laku telah diberikan kepada anak dalam berbagai kondisi budaya, tuntutan, larangan, dan model.

3.4.8 Aspek-aspek Perkembangan Tunalaras

1. Perkembangan Kognitif Tunalaras

Anak tunalaras memiliki kecerdasan yang tidak berbeda dengan anak-anak pada umumnya. Prestasi yang rendah di sekolah disebabkan mereka kehilangan minat dan konsentrasi belajar karena masalah gangguan emosi yang mereka alami. Kegagalan dalam belajar di sekolah seringkali menimbulkan anggapan bahwa mereka memiliki intelegensi yang rendah. Memang anggapan tersebut tidak sepenuhnya keliru karena diantara anak yang tunalaras juga ada yang mengalami keterbelakangan mental. Kelemahan dalam perkembangan kecerdasan ini justru yang menjadi penyebab timbulnya gangguan tingkah laku. Masalah

yang dihadapi anak dengan intelegensi rendah di sekolah adalah ketidakmampuan untuk menyamai teman-temannya, padahal pada dasarnya seorang anak tidak ingin berbeda dengan kelompoknya terutama yang berkaitan dengan prestasi belajar.

Ketidakmampuan anak untuk bersaing dengan teman-temannya dalam belajar dapat menyebabkan anak frustrasi dan kehilangan kepercayaan pada dirinya sendiri sehingga anak mencari kompensasi yang sifatnya negatif, misalnya: membolos, lari dari rumah, berkelahi, mengacau dalam kelas. Akibat lain dari kelemahan intelegensi ini terhadap gangguan tingkah laku adalah ketidakmampuan anak untuk memperhitungkan sebab akibat dari suatu perbuatan, mudah dipengaruhi, serta mudah pula terperosok ke dalam tingkah laku yang negatif.

Selain anak tunalaras yang berintelegensi rendah, beberapa anak memiliki intelegensi tinggi dan bukan berarti tidak memiliki masalah. Anak berintelegensi tinggi seringkali memiliki masalah dalam penyesuaian diri dengan teman-temannya. Ketidaksejajaran antara perkembangan intelegensi dengan kemampuan sosial mengakibatkan anak mengalami kesulitan penyesuaian diri dengan kelompok anak yang lebih tua (tetapi setara dalam kemampuan mentalnya). Anak yang pintar dengan hambatan ego emosional seringkali mempunyai anggapan negatif terhadap sekolah. Ia menganggap sekolah terlalu mudah dan guru menerangkan terlalu lambat.

Masalah lain yang dihadapi anak ini dalam hubungannya dengan orang lain adalah sikap tidak mau kalah. Mereka selalu ingin berhasil dan tidak mau ikut dalam permainan dengan kemungkinan dikalahkan orang lain. Hal ini nampak dari sikap anak yang selalu ingin lebih unggul dari teman-temannya sehingga apabila suatu waktu dia mengalami kekalahan, maka ia cenderung untuk selalu merasa mudah kecewa dan impulsif.

2. Perkembangan Kepribadian Tunalaras

Kepribadian merupakan struktur yang unik, tidak ada dua individu yang memiliki kepribadian sama. Para ahli mendefinisikan kepribadian sebagai suatu organisasi yang dinamis pada sistem psikofisis individu yang turut menentukan caranya yang unik dalam menyesuaikan diri dengan lingkungannya.

Kepribadian akan mewarnai peranan dan kedudukan seseorang dalam berbagai kelompok. Dengan demikian kepribadian akan menjadi penyebab seseorang berperilaku menyimpang. Manifestasi kepribadian yang teramat tampak dalam interaksi individu dengan lingkungannya, dan pada dasarnya interaksi ini sebagai upaya bentuk pemenuhan kebutuhan individu.

Sejak lahir setiap individu sudah dibekali dengan berbagai kebutuhan dasar yang menuntut pemenuhan kebutuhan, dan untuk itu setiap individu senantiasa berusaha memenuhinya yang diwujudkan di berbagai lingkungannya. Konflik psikis dapat terjadi apabila terjadi benturan antara usaha pemenuhan kebutuhan dengan norma sosial. Kegagalan dalam pemenuhan kebutuhan dan penyelesaian konflik, dapat menjadikan stabilitas emosi terganggu. Selanjutnya mendorong terjadinya perilaku menyimpang. Keadaan seperti ini yang berkepanjangan dan tidak terselesaikan dapat menimbulkan frustrasi pada diri individu, serta menimbulkan gangguan seperti pada anak atau remaja tunalaras.

3. Perkembangan Emosi Tunalaras

Terganggunya perkembangan emosi merupakan penyebab dari tingkah laku anak tunalaras. Ciri yang menonjol pada anak tunalaras adalah kehidupan emosi yang tidak stabil, ketidakmampuan mengekspresikan emosinya secara tepat, dan pengendalian diri yang kurang sehingga seringkali menjadi sangat emosional. Terganggunya kehidupan emosi ini terjadi sebagai akibat ketidakberhasilan anak dalam melewati fase-fase perkembangan.

Kematangan emosional seorang anak ditentukan dari hasil interaksi dengan lingkungannya. Anak belajar merasakan kehadiran emosi dan belajar pula cara untuk mengekspresikan emosi-emosi tersebut. Perkembangan emosi ini berlangsung terus menerus. Semakin bertambah usia, anak akan mengalami banyak pengalaman emosional. Anak semakin banyak merasakan berbagai macam perasaan.

Berbeda halnya dengan anak tunalaras. Ia tidak mampu belajar dengan baik dalam merasakan dan menghayati berbagai macam emosi yang ada di dalam diri dan lingkungan, kehidupan emosinya kurang bervariasi dan ia pun kurang dapat mengerti dan menghayati perasaan orang lain. Anak tunalaras juga kurang mampu mengendalikan emosinya dengan baik sehingga seringkali terjadi peledakan emosi. Ketidakstabilan emosi ini menimbulkan penyimpangan tingkah laku, seperti: mudah marah dan mudah tersinggung, kurang mampu memahami perasaan orang lain, berperilaku agresif, menarik diri. Perasaan-perasaan seperti itu akan mengganggu situasi belajar dan akan mengakibatkan prestasi belajar yang tidak sesuai dengan potensi yang dimilikinya.

4. Perkembangan Sosial Tunalaras

Anak tunalaras mengalami hambatan dalam melakukan interaksi sosial dengan orang lain atau lingkungannya. Hal ini tidak berarti bahwa mereka sama sekali tidak memiliki kemampuan untuk membentuk hubungan sosial dengan semua orang. Dalam banyak kejadian anak tunalaras dapat menjalin hubungan sosial yang sangat erat dengan teman-temannya. Mereka mampu membentuk suatu kelompok yang kompak dan akrab serta membangun keterikatan antara yang satu dengan yang lainnya.

Perbedaan yang ada adalah, anak tunalaras memiliki penghayatan yang keliru, baik terhadap dirinya sendiri maupun terhadap lingkungan sosialnya. Mereka menganggap dirinya tak berguna bagi orang lain dan merasa tidak berperasaan, sehingga timbul perasaan kesulitan apabila akan menjalin hubungan dengan lingkungan. Apabila berhasil sekalipun anak tunalaras akan menjadi sangat tergantung kepada seseorang yang pada akhirnya dapat menjalin hubungan sosial dengannya.

3.4.9 Intervensi terhadap Tunalaras

Ada beberapa pendekatan yang bisa dilakukan dalam usaha mengatasi permasalahan anak tunalaras, yaitu:

1. Pendekatan Biomedis

Pendekatan ini berusaha memandang dan memperlakukan anak tunalaras dari sudut pandang ilmu kedokteran. Pendekatan ini tentu saja ditekankan pada obat dan penanganan secara medis. Orangtua dan guru dapat berkolaborasi dengan ahli medis atau dokter atau psikiater guna melakukan *treatment* pengobatan kepada anak sehingga siswa mendapat penanganan medis. Pendekatan ini digunakan untuk siswa tunalaras yang mengalami ketunalarasan karena cedera neurologis.

2. Pendekatan Psikodinamik

Pendekatan psikodinamik menitikberatkan pada segi psikologis anak. Pendekatan ini digunakan untuk mengatasi kelainan emosi. Strateginya adalah memahami dan memecahkan masalah yang difokuskan pada penyebab-penyebab hambatan yang dialami siswa. Biasanya para ahli yang melakukan pendekatan ini adalah konselor, psikolog, psikiater, dan atau pekerja sosial. Guru dapat juga menjadi bagian dari tim terapi yang menggunakan pendekatan psikodinamik.

3. Pendekatan Perilaku

Pendekatan perilaku atau modifikasi perilaku adalah usaha untuk mengubah perilaku yang merupakan problematika sosial dan personal bagi anak. Tujuannya adalah menghilangkan perilaku yang menjadi hambatan dan menggantinya dengan perilaku yang lebih layak secara sosial. Peran orangtua dan guru sangat penting karena lebih banyak menghabiskan waktu dengan anak.

4. Pendekatan Pendidikan

Siswa tunalaras dengan hambatan emosi dan perilaku kurang mampu berkonsentrasi yang berakibat mereka juga kurang dapat mengikuti pembelajaran dengan baik. Program pengajaran yang tertata rapi dengan harapan-harapan jelas, dan rancangan indikator ketercapaian tujuan pembelajaran yang jelas dipercaya dapat meningkatkan prestasi siswa tunalaras. Kuncinya ada pada pembentukan suasana belajar yang baik, kondusif, dan ramah yang harus menjadi prioritas guru.

5. Pendekatan Ekologi

Pendekatan ini menitikberatkan pada faktor-faktor dan tekanan-tekanan dalam masyarakat. Usaha pada pendekatan ini difokuskan pada pengaruh interaksi lingkungan terhadap anak, sehingga pendekatan ini menekankan usaha kolaborasi antar keluarga, sekolah, teman, maupun lingkungan masyarakat.

3.5 CONDUCT DISORDER

3.5.1 Definisi *Conduct Disorder*

Gangguan perilaku (*conduct disorder*) menurut *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (Bird, et al., 2005; Rice & Dolgin, 2008) adalah gangguan psikologis yang paling berhubungan dengan perilaku kenakalan (*juvenile*). Gangguan perilaku dapat digambarkan sebagai pola perilaku kronik yaitu seseorang yang melanggar norma masyarakat sesuai dengan usianya dan mengusik hak orang lain.

Conduct disorder dapat diartikan sebagai suatu gangguan perilaku yang termasuk dalam perilaku antisosial yang seringkali ditandai dengan perilaku menyakiti orang lain. Walaupun demikian, perilaku yang muncul lebih teresternalisasi dan dibedakan dari perilaku menyakiti diri sendiri (Dodge & Pettit, 2003).

Conduct disorder dalam DSM IV memiliki beberapa gejala antara lain, sering mengintimidasi orang lain, memulai perkelahian yang mengakibatkan cedera fisik, menyakiti orang lain maupun hewan, serta tindakan yang melanggar aturan baik di institusi pendidikan, sosial, maupun hukum (Wenar, 1994).

Gangguan perilaku ini memiliki berbagai dampak yang merugikan bagi anak yang dapat menghambat perkembangan di masa selanjutnya. Dampak yang ditimbulkan dari *conduct disorder* antara lain adanya kesulitan untuk mempertahankan pola interaksi hubungan dengan teman sebaya, kurang mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitarnya, kecenderungan untuk berhenti sekolah (*school drop out*), serta munculnya perilaku anti sosial pada masa remaja maupun sesudahnya (Carns, Cairns & Neckerman, 1989; Campbell & Ewing, 1990; Ladd & Price, 1987; Parker & Asher, 1987; Pope, Bierman & Mumma, 1991; Taylor, 1989; dalam Stormshak & Webster Stratton, 1999).

3.5.2 Penyebab *Conduct Disorder*

Menurut Mash and Wolf (2005), ada beberapa faktor penyebab yang mempengaruhi *conduct disorder*, yaitu internal individu, yang termasuk di dalamnya adalah resiko genetik, komplikasi prenatal dan kelahiran, rendahnya gerakan reaksi, berkurangnya fungsi dan struktur dalam *pre-frontal cortex*, temperamen yang sulit (ADHD), *attachment* yang tidak aman, serangan agresi masa kanak-kanak, penghindaran dan *withdrawal* sosial, defisit kognisisosial, rendahnya inteligensi verbal dan defisit verbal. Faktor eksternal yaitu keluarga, ketidakefektifan pengasuhan (*ineffective parenting*), teman sebaya, sekolah, tetangga dan komunitas, serta sosial budaya.

3.5.3 Prevalensi *Conduct Disorder*

Tingkat *conduct disorder* pada masyarakat berkisar antara kurang dari 1% sampai lebih dari 10%, tergantung pada studi yang dilakukan (APA, 2000). *Conduct disorder* lebih umum terjadi pada anak laki-laki daripada perempuan, dan bentuknya berbeda di antara laki-laki dan perempuan. Pada laki-laki bentuknya lebih pada mencuri, berkelahi, merusak atau masalah disiplin di sekolah. sementara pada perempuan lebih cenderung pada berbohong, membolos, lari dari rumah, penggunaan obat-obatan dan pelacuran. Anak-anak dengan *conduct disorder* sering memiliki gangguan atau masalah perilaku lain, termasuk ADHD, menarik diri secara sosial dan depresi mayor (Lamber dkk., 2001 dalam Nevid, 2003).

Tipe kemunculan *conduct disorder* berdasarkan usia, adalah:

1. *Conduct Disorder Childhood-Onset Type*: muncul sekurang-kurangnya 1 kriteria *conduct disorder* sebelum usia 10 tahun.
2. *Conduct Disorder Adolescent-onset Type*: Tidak adanya 1 kriteria pun dari karakteristik *conduct disorder* sebelum usia 10 tahun, dan baru muncul setelah itu.
3. *Conduct Disorder Unspecified Onset*: Usia onset tidak diketahui.

3.5.4 Klasifikasi *Conduct Disorder*

Berikut klasifikasi *conduct disorder* berdasarkan tingkat keparahan, yaitu:

1. *Mild*: karakteristik *conduct disorder* hanya sedikit membahayakan orang lain.
2. *Moderate*: masalah *conduct disorder* dan efeknya pada orang lain berada di antara *mild* dan *severe*.
3. *Severe*: masalah *conduct disorder* termasuk dalam kategori membahayakan orang lain.

3.5.5 Identifikasi *Conduct Disorder*

Conduct disorder dapat diidentifikasi jika berupa suatu pola yang diulang dan menetap dari tingkah laku yang berkaitan dengan mengganggu hak dasar orang lain atau agresifitas yang tidak sesuai dengan norma-norma masyarakat atau melanggar aturan-aturan, seperti yang nampak melalui tiga (atau lebih) dari kriterianya dan sudah berlangsung selama 12 bulan, dengan paling sedikit satu kriteria muncul dalam enam bulan yang lalu. Berikut kriteria *conduct disorder*:

1. Agresi terhadap orang dan binatang
 - sering menggertak, mengancam atau mengintimidasi orang lain
 - sering memulai perkelahian fisik
 - telah menggunakan senjata yang menyebabkan orang lain luka serius
 - pernah berkelahi secara fisik terhadap orang lain
 - pernah mencuri sementara berkonfrontasi dengan musuh
 - pernah memaksa orang lain untuk aktivitas seksual.
 - (atau) pernah menyakiti fisik binatang
2. Merusak hak milik orang lain
 - dengan sengaja terlibat dalam seting pembakaran yang menyebabkan kerusakan serius
 - dengan sengaja merusak hak milik orang lain
3. Berbohong atau mencuri
 - menerobos masuk rumah orang lain, bangunan atau mobil
 - sering berbohong untuk memperoleh barang yang bagus atau untuk menghindar dari tanggung jawab
 - pernah mencuri item-item yang bernilai rendah, contoh: mengutil (tanpa *breaking and entering*); memalsu
4. Pelanggaran aturan yang serius
 - sering keluar malam sebelum usia 13 tahun
 - pernah lari dari rumah lewat malam paling sedikit dua kali sementara tinggal bersama orang tua atau orang tua pengganti, atau sekali tanpa pamit dalam waktu yang lama.
 - sering bolos sekolah, mulai sebelum usia 13 tahun

3.5.6 Klasifikasi *Conduct Disorder*

Dibawah ini merupakan beberapa kategori *conduct disorder* menurut The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders yang dikeluarkan oleh World Health Organization (WHO, 1992):

1. *Conduct disorder* yang dibatasi dalam konteks keluarga: merupakan *conduct disorder* yang meliputi perilaku abnormal sepenuhnya, atau hampir sepenuhnya, dibatasi dengan rumah dan atau interaksi hanya dengan keluarga.
2. *Conduct disorder* yang tidak terisolasi: merupakan *conduct disorder* yang ditandai dengan kombinasi perilaku disosial dan agresif yang berulang (tidak hanya perilaku melawan, menyimpang, atau mengganggu), dengan abnormalitas yang dapat menembus secara signifikan dalam hubungan individual dengan anak-anak yang lain.

3. *Conduct disorder* yang terisolasi: merupakan *conduct disorder* yang meliputi perilaku sosial dan agresif yang berulang (tidak hanya perilaku melawan, menyimpang, atau mengganggu), yang terjadi pada individu yang terintegrasi dengan baik ke dalam *peer group*-nya.

3.5.7 Intervensi *Conduct Disorder*

Ada beberapa teknik dalam mengatasi *conduct disorder*, diantaranya dengan melakukan *treatment*, yaitu:

1. *Parent Management Training (PMT)*
Parent Management Training (PMT), adalah mengajari orangtua untuk merubah perilaku anak dalam rumah dengan menggunakan teknik manajemen kontingensi.
2. *Problem-Solving Skills Training (PSST)*
Problem Solving Skill Training (PSST), adalah mengidentifikasi defisiensi dan distorsi kognisi anak dalam situasi sosial dan memberikan instruksi untuk mengajari cara-cara baru dalam mengatasi situasi sosial.
3. *Multisystemic Treatment (MST)*
Multisystemic Treatment (MST) adalah pendekatan intensif yang menggambarkan teknik-teknik lain seperti PMT, PSST, dan terapi material.

Terapi lain yang dapat diberikan kepada anak dengan *conduct disorder*, adalah:

1. Terapi Kognitif-Behavioral
Terapi ini sudah digunakan kepada anak laki-laki yang terlibat dalam perilaku antisosial dan agresif untuk mengonseptualisasi kembali provokasi sosial sebagai masalah yang bisa diselesaikan dan bukan sebagai tantangan terhadap kejantanan mereka sehingga harus dijawab dengan kekerasan. Mereka dilatih untuk menggunakan ketrampilan *calming self-talk* untuk menghambat perilaku *impulsive* dan mengontrol kemarahan setiap kali mereka mengalami provokasi, dan untuk menghasilkan serta mencoba solusi-solusi yang tidak mengandung kekerasan dalam menghadapi konflik-konflik sosial (Kazdin, Siegel, & Bass, 1992 dalam Nevid, 2003)
2. Program Terapi Multimodalitas
Program terapi ini melibatkan seluruh anggota elemen kehidupan anak seperti keluarga, masyarakat dan sekolah. Sebaiknya terapi ini sesegera mungkin, karena semakin terlambat dilakukan maka anak semakin sulit disembuhkan.
3. Terapi Medikasi
Medikasi dapat menjadi terapi tambahan yang berguna untuk sejumlah gejala yang sering terjadi pada gangguan konduksi. Agresi eksplosif yang jelas berespon terhadap beberapa medikasi. Antipsikotik, terjelus adalah haloperidol (haldol), yang dapat menurunkan perilaku agresif yang mungkin ditemukan dalam berbagai gangguan.
4. Beberapa Cara Alternatif Lainnya
Dalam usaha memperbaiki dan membenahi sikap anak agar tidak lagi cenderung mengganggu, menyakiti, apalagi menyiksa sesamanya, perlu ditempuh pula cara-cara alternatif berikut ini:
 - Menjauhkan anak-anak—khususnya yang lemah—dari jangkauannya, sehingga tidak menjadi korban perbuatan buruknya.

- Memperhatikan serta mengawasi tingkah lakunya, khususnya sewaktu ia berada di lingkungan baru
- Menasihati serta mengingatkannya secara rutin bahwa perbuatannya itu buruk dan tercela
- Memberi kesibukan kerja, bermain, atau beraktivitas positif lainnya.
- Memberikan kode untuk memperingatkan, agar anak memahami apa yang sedang dilakukannya.
- Memperingatkan anak-anak lain agar berhati-hati kepadanya.
- Mengenali problem dan kesulitan yang tengah dihadapi anak, sehingga kita mampu mencegahnya mengganggu dan menyakiti anak lain
- Menyediakan sarana dan membangun lingkungan yang dapat menciptakan ketenangan dan kedamaian bagi anak
- Dalam lingkungan keluarga, setiap anak diberi tempat tertentu yang khusus. Itu dimaksudkan agar di antara anggota keluarga tidak terjadi upaya saling mengganggu dan menyakiti

3.6 INDIGO

Anak indigo adalah anak-anak yang menunjukkan seperangkat atribut psikologis yang baru dan tidak biasa serta sebuah pola tingkah laku yang tidak pernah terdokumentasi sebelumnya. Pola ini memiliki faktor-faktor unik umum sehingga orang-orang yang berinteraksi dengan anak indigo disarankan untuk mengubah cara merawat mereka untuk mencapai keseimbangan (Carrol & Tober, 1999 dalam Mangunsong, 2011).

3.6.1 Karakteristik dan Tipe Indigo

Menurut Carrol dan Tober (1999, dalam Mangunsong, 2011), terdapat 10 karakteristik paling umum dari anak-anak Indigo, yaitu:

- a. Datang ke dunia dengan *feeling of royalty* (dan seringkali bertindak sesuai perasaan tersebut). Anak merasa dirinya berbeda dan istimewa.
- b. Memiliki perasaan “layak untuk berada di sini”, dan terkejut ketika orang lain tidak menyadari hal tersebut.
- c. Perasaan diri berharga bukanlah isu yang besar, bahkan mereka seringkali memberitahu orang tua mereka mengenai “siapa diri mereka”.
- d. Mengalami kesulitan dengan otoritas absolut (otoritas tanpa penjelasan atau pilihan).
- e. Tidak akan melakukan hal-hal tertentu, misalnya mengantri adalah hal yang paling sulit bagi mereka.
- f. Merasa frustrasi dengan sistem yang berorientasi pada ritual dan tidak memerlukan pemikiran kreatif.
- g. Seringkali melihat dengan cara yang lebih baik dalam melakukan sesuatu, baik di rumah maupun di sekolah sehingga mereka terlihat sebagai *system busters*, yaitu tidak nyaman pada sistem yang ada.
- h. Terlihat antisosial, kecuali dengan mereka yang setipe.
- i. Tidak akan berespon terhadap disiplin yang didasari rasa bersalah (“Tunggu sampai ayahmu pulang dan melihat apa yang kau lakukan”).
- j. Tidak malu memberitahu apa yang mereka butuhkan.

Nancy Ann Tappe yang diwawancarai oleh Jan Tober (dalam Carroll & Tober, 1999, dalam Mangunsong, 2011), mengemukakan empat tipe anak indigo, yaitu:

1. Humanis

Indigo humanis akan bekerja dengan masyarakat dan melayani masyarakat. Anak tipe ini adalah calon-calon dokter, pengacara, guru, *salesman*, pebisnis, dan politikus. Mereka sangat aktif bahkan terkadang tampak terlalu ambisius. Mereka juga memiliki pendapat yang kuat. Indigo humanis juga tidak tahu bagaimana bermain dengan satu mainan, melainkan harus membawa semuanya walaupun belum tentu disentuh. Jika diminta untuk membersihkan kamar, harus diingatkan berkali-kali karena mereka mudah teralih, misalnya ketika masuk ke kamar dan membersihkannya lalu menemukan sebuah buku, maka anak indigo biasanya akan duduk dan membaca karena mereka sangat suka membaca.

2. Konseptual

Indigo konseptual adalah anak-anak yang lebih fokus pada proyek daripada orang. Mereka akan menjadi insinyur, arsitek, desainer, astronot, pilot, dan pegawai militer. Anak-anak ini tidak ceroboh dan seringkali sangat atletis sebagai seorang anak, tetapi mereka memiliki masalah dalam mengontrol orang lain, terutama ibu atau ayahnya. Indigo tipe ini memiliki kecenderungan adiksi terutama terhadap obat-obatan terlarang pada masa remaja sehingga orang tua perlu mengawasi, apalagi jika mulai terlihat menyembunyikan sesuatu.

3. Artis

Indigo tipe artis lebih sensitif dan seringkali berukuran tubuh lebih kecil, walaupun tidak selalu. Mereka menyukai seni, kreatif, dan akan menjadi guru atau seniman. Antara usia 4 dan 10, mereka dapat mempelajari 15 macam seni atau kreativitas yang berbeda-beda, melakukannya selama lima menit lalu meletakkannya. Oleh karena itu, orang tua dari anak tipe indigo ini lebih baik menyewa saja alat musiknya, daripada membelinya. Ketika usianya telah dewasa, barulah mereka akan menekuni satu bidang seni tertentu dan menjadi ahli dalam bidangnya.

4. Interdimensional

Indigo interdimensional biasanya lebih besar daripada tipe indigo lainnya. Pada usia satu atau dua tahun, mereka tidak dapat diberitahu apapun. Mereka akan berkata atau seolah berkata, “Saya tahu itu. Saya dapat melakukannya. Tinggalkan saya sendirian.” Anak-anak indigo ini yang menemukan filosofi dan agama baru serta membawanya ke dunia. Mereka kurang dapat masuk ke dalam lingkungannya.

3.6.2 Spiritualitas Anak Indigo

Setiap makhluk hidup memiliki energi vital (*chi*) yang mengalir masuk dan keluar dari tubuh melalui nafas dan pori-pori, serta pintu-pintu khusus yang disebut cakra (Effendi, 2001 dalam Sumarlis, 2003 dalam Mangunsong, 2011). Terdapat tujuh cakra yang dimiliki manusia, masing-masing berputar dalam kecepatan yang berbeda-beda, tergantung hal apa yang menjadi tugasnya. Cakra-cakra yang ditugaskan dalam hal materi berputar lebih lambat daripada cakra-cakra yang fokusnya pada hal spiritual. Ketika sinar bergerak lambat, akan dipersepsi sebagai “warna-warna hangat”, seperti merah, jingga, dan kuning. Semakin cepat sinar tersebut berputar, semakin “dingin” warna yang dipersepsi. Ungu adalah warna dengan kecepatan tertinggi, serta diasosiasikan sebagai frekuensi yang paling bersifat spiritual. Setiap masa diyakini memiliki warna dominannya masing-masing. Hingga pada tahun 1990-an, minat terhadap

fenomena spiritual semakin tinggi. Film-film seperti *The Sixth Sense*, dan acara televisi seperti *Touched by an Angel* yang secara terbuka menceritakan mengenai malaikat, roh-roh, dan kehidupan setelah kematian, banyak bermunculan. Pers juga mulai mengabarkan mengenai fenomena paranormal. Minat dalam fenomena spiritual atau supranatural ini diatur oleh cakra keenam, yang disebut dengan ajna, atau *the third eye*. Cakra ini berputar pada tiga warna yang berbeda, yaitu putih, ungu, dan yang paling utama adalah indigo. Anak-anak yang dilahirkan pada pertengahan tahun 1970-an sampai saat ini seringkali disebut anak Indigo, karena mereka adalah “anak-anak sinar indigo”. Mereka sangat spiritualis, memiliki visi spiritual dan pengetahuan tentang keberhargaan diri (Virtue, 2001 dalam Mangunsong, 2011). Cakra ajna ini terletak diantara kedua alis dan membuat anak Indigo memiliki kemampuan indera keenam atau *extrasensory perception* (Kusuma, dalam Sumarlis, 2003 dalam Mangunsong, 2011). Hal-hal spiritual yang biasanya dimiliki atau dialami oleh anak-anak Indigo adalah, sebagai berikut:

1. Kemampuan Melihat Roh atau Makhluk Lain

Pada umumnya anak-anak Indigo mampu melihat makhluk-makhluk yang tidak dapat dilihat oleh manusia secara umum, seperti malaikat, teman ajaib, atau sosok-sosok yang menyeramkan. Figur-figur yang dilihat ini tidak seperti fantasi anak-anak luar biasa misalnya tokoh kartun televisi, melainkan model berbeda yang di luar dunia ini dan tidak ada di televisi ataupun film (Carroll & Tober, 2001 dalam Mangunsong, 2011). Salah satu contohnya terjadi pada Greg yang selalu bercerita bahwa ia melihat malaikat-malaikat yang berwarna-warni. Mereka bahkan dapat berubah wujud menjadi binatang dan burung, pada saat Greg sendirian di kamar. Ketika Greg pergi bersama ibunya, di dalam mobil ia berkata, “Lihat, Ma, ada malaikat berwarna coklat di mobil bersama kita” (Carroll & Tober, 2001 dalam Mangunsong, 2011).

2. Kemampuan Melihat Masa Depan

Kemampuan melihat masa depan merupakan salah satu kemampuan spiritual anak Indigo.

3. Pernah Mengalami Kehidupan di Masa yang Lain

Nancy Ann Tappe (dalam Carroll & Tober, 1999 dalam Mangunsong, 2011) mengatakan bahwa sebagian anak Indigo baru pertama kali ada di dunia, sebagian lain sudah pernah ke dimensi ketiga, dan sebagian lainnya datang dari planet lain, yaitu mereka yang termasuk indigo interdimensional. Mereka mungkin datang bersama karma. Ketika Anda melihat anak Indigo baru dilahirkan sampai 2 tahun, mereka mungkin dapat mengingat masa kehidupan mereka yang lain.

Selain ketiga kemampuan spiritual di atas, anak-anak Indigo umumnya juga memiliki kemampuan merasakan perasaan yang sebenarnya. Anak Indigo dapat mengetahui perasaan seseorang yang disembunyikan atau bahkan tidak disadari oleh orang tersebut. Hal ini terjadi pada anak laki-laki berusia 2,5 tahun yang terus bertanya pada ibunya apakah ibunya marah. Setelah berusaha menganalisis, memang benar bahwa sang ibu memiliki perasaan kecewa dan kesal yang telah ia sembunyikan baik-baik. Anak-anak Indigo juga dapat berbicara mengenai Tuhan dan kemanusiaan meskipun usianya masih kecil. Ketika ditanya oleh ibunya mengenai apakah Tuhan itu, seorang Indigo berusia 4 tahun menjawab. “Tuhan adalah sebuah bola yang sangat besar dan bersinar serta bermahkota – bola tersebut menyentuh semuanya dan menjadi baik!” (Carroll & Tober, 2001 dalam Mangunsong, 2011).

3.6.3 Identifikasi Anak Indigo

Sumarlis (2003, dalam Mangunsong, 2011) menyebutkan empat hal yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi anak Indigo, yaitu:

1. Lapangan Aura

Foto aura dapat digunakan untuk melihat lapangan aura yang mengelilingi anak, anak memiliki warna indigo (biru tua/nila) atau tidak. Foto dapat dilakukan melalui *aura video station*.

2. Kecerdasan

Tes IQ dengan skala Wechsler dapat digunakan untuk mengetahui kecerdasan anak sebagai salah satu ciri anak Indigo, yaitu kecerdasan di atas rata-rata. McCloskey (dalam Mangunsong, 2011) mengatakan bahwa tidak semua anak Indigo tergolong berbakat, tetapi hampir semua memiliki kecerdasan sangat superior minimal pada satu subtes.

3. Prestasi Belajar

McCloskey (dalam Mangunsong, 2011) mengatakan bahwa hasil tes prestasi belajar anak Indigo melalui tes prestasi belajar yang terstandarisasi minimal berada dalam kategori rata-rata. Namun, perlu diingat bahwa ketidaksesuaian karakteristik sekolah dapat menyebabkan anak Indigo tidak berprestasi optimal secara akademis.

4. Perilaku

Anak Indigo terkadang tidak berespon terhadap instruksi langsung (McCloskey dalam Mangunsong, 2011) dan bertingkah laku seakan destruktif.

Virtue (2001 dalam Mangunsong, 2011) memberikan 17 karakteristik Indigo, jika seseorang memiliki minimal 14 diantaranya, kemungkinan besar orang tersebut adalah Indigo. Jika seseorang memiliki 11-13 diantaranya, kemungkinan besar orang tersebut adalah "*Indigo in training*", yaitu mereka yang sedang dalam pengembangan karakteristik-karakteristik indigo-nya, atau individu indigo yang dijauhkan dari talenta spiritualnya melalui pengaruh otoritas atau Ritalin. Ketujuh belas karakteristik tersebut adalah:

1. Berkemauan kuat
2. Lahir pada tahun 1978 atau setelahnya
3. Keras kepala
4. Kreatif, dengan gaya artistic dalam bidang musik, membuat perhiasan, puisi, dan seni.
5. Mudah teradiksi
6. Memiliki "*old soul*". Misalnya mereka berusia 13 tahun, seakan 43 tahun
7. Intuitif atau spiritualis, pernah melihat malaikat atau orang mati
8. Isolasionis, melalui bertingkah laku agresif atau introversi yang rapuh
9. Independen dan bangga, meskipun mereka sering meminta uang kepada orang lain
10. Memiliki hasrat mendalam untuk membantu dunia dengan cara yang besar
11. Berada di antara harga diri yang rendah dan perasaan besar (*grandiosity*)
12. Mudah bosan

13. Mungkin pernah didiagnosa ADD atau ADHD
14. Mudah insomnia/sulit tidur, mimpi buruk, atau tidur tidak enak
15. Memiliki sejarah depresi, atau bahkan percobaan atau keinginan bunuh diri
16. Mencari persahabatan yang dalam, riil, dan abadi
17. Mudah menjalin hubungan dengan tanaman atau binatang

3.6.4 Dampak Perkembangan Anak Indigo

Karakteristik-karakteristik unik yang dimiliki anak Indigo membuat mereka berbeda dan sering dipandang “aneh” oleh orang biasa. Hal inilah yang membuat anak-anak Indigo mengalami masalah terutama dalam hubungannya dengan orang lain. Tiga masalah yang seringkali terlihat dalam kehidupan anak Indigo (Gerard dalam Mangunsong, 2011), adalah:

1. Anak indigo menuntut perhatian lebih dan merasa bahwa hidup terlalu berharga untuk dilewati begitu saja. Biasanya menginginkan hal-hal tertentu terjadi dan seringkali memaksakan situasi upaya sesuai dengan harapan mereka. Orang tua seringkali jatuh dalam “jebakan” ini dengan memilih untuk mengikuti keinginan anak mereka daripada menjadi *role model* atau berbagi dengan anak. Ketika ini terjadi, maka hampir dapat dipastikan bahwa anak akan mengikuti orang tuanya kemanapun seakan tidak dapat dilepaskan, dengan kata lain akan terbentuk *insecure attachment*.
2. Anak indigo seringkali merasa dikecewakan oleh teman-temannya yang tidak memahami fenomena indigo. Mereka mengalami kesulitan menyesuaikan diri dengan anak-anak lain. Mereka sebenarnya mau membantu teman yang kesulitan, tetapi tawaran membantu tersebut sering ditolak.
3. Anak indigo sering dicap sebagai anak yang mengalami ADHD atau bentuk-bentuk hiperaktivitas lainnya. Hal ini dapat membuat anak merasa tidak mampu dan tidak menyadari kelebihan-kelebihan dalam dirinya.

3.6.5 Intervensi terhadap Anak Indigo

Mengingat adanya masalah-masalah yang dimiliki oleh anak Indigo, maka orang tua, guru, serta orang-orang yang terlibat dalam kehidupan anak Indigo perlu menggunakan cara-cara khusus pula dalam merawat dan membesarkan anak-anak Indigo. Carrol & Tober (1999, dalam Mangunsong, 2011) memberikan 10 dasar yang penting digunakan dalam membesarkan anak Indigo, yaitu:

1. RESPEK. Perlakukan anak Indigo dengan hormat. Hargai keberadaan mereka dalam keluarga. Terkadang biarkan mereka yang memiliki kontrol. Jika kita mengisolasi mereka, mereka akan menggambari dinding rumah atau merobek karpet kita. Jika ingin anak Indigo bersikap kooperatif, kita tidak bisa mengisolasinya. Anak Indigo akan berkata, “Saya adalah bagian dari keluarga ini dan saya ingin dilibatkan.” Jika kita berkata bahwa kita mencintainya, tetapi kita tidak memperlakukan mereka dengan hormat, mereka tidak akan mempercayai kita.
2. KREATIF DAN FLEKSIBEL. Bantu anak Indigo untuk membuat solusi sendiri dalam mendisiplinkan diri. Untuk dapat melakukan ini, kita harus memiliki fleksibilitas dalam sudut pandang serta harapan terhadap anak kita. Hal ini tidak mudah, karena insting sebagai orang tua pada umumnya selalui ingin melindungi anak-anaknya. Secara otomatis orang tua selalu ingin memperjuangkan anak untuk sukses sehingga seringkali bertengkar dengan anak ketika orang tua

mendorong anak untuk mengerjakan pekerjaan rumah. Untuk itu kita harus kreatif serta melibatkan anak dalam membuat batas atau aturan-aturan. Minta anak untuk membantu menemukan batas-batas bagi dirinya sendiri.

3. **BERIKAN PILIHAN.** Anak Indigo haruslah diberikan pilihan-pilihan, tetapi sebelumnya berikan pengarahan terlebih dahulu kepada mereka. Katakan, “Sewaktu saya seumurmu, saya melakukan ini, dan itu terjadi. Bagaimana kamu akan mengatasi hal semacam itu?”. Atau, “Hari ini saya mengalami hari yang berat dan melelahkan sehingga saya sangat membutuhkan kerjasamamu. Jadi, kalau kamu mulai mendorong saya, saya akan berteriak. Kamu tidak suka kan kalau saya berteriak? Saya pun tidak suka berteriak. Oleh karena itu, begini perjanjian kita: kamu membantuku dan bekerjasama denganku, setelah selesai kita akan pergi membeli es krim. Bagaimana?”. Orang tua pun sebaiknya mengingat janjinya tersebut.
4. **JANGAN PERNAH BIARKAN MEREKA DOWN.** Ketika kita mencintai anak dan mengakui keberadaannya, maka anak Indigo akan terbuka kepada kita.
5. **PENJELASAN.** Selalu berikan penjelasan ketika menginstruksikan sesuatu. Sekedar memberi perintah tidaklah efektif. Disinilah sistem sekolah mengalami kegagalan, karena sistem sekolah seringkali memiliki peraturan absolut tanpa penyimpangan sedikit pun, yaitu “jangan bertanya, jangan memberitahu.” Anak-anak ini akan bertanya dan memberitahu. Mereka akan bertanya, “Mengapa? Mengapa aku harus melakukan itu?” atau “Jika aku harus melakukannya, aku akan melakukannya dengan caraku sendiri.” Anak-anak ini memiliki aturan dunia yang ideal. Mereka sungguh-sungguh mengharapkan kita untuk menjadi orang tua mereka. Mereka ingin kita duduk dan meluangkan waktu dengan mereka.
6. **PARTNER.** Jadikan anak partner dalam membesarkan diri mereka sendiri. Ajaklah anak bicara, jangan sekedar berkata, “Jawabannya adalah tidak!”. Anak-anak ini tidak akan menerima jawaban seperti itu. Jika orangtua berkata, “Tidak, kamu tidak boleh bertanya”, maka anak-anak ini akan keluar dan mencari jawabannya sendiri. Mereka akan merasa bahwa orangtua tidak mengetahui jawabannya.
7. Ketika anak indigo masih bayi, jelaskan kepada anak apa yang sedang orangtua lakukan. Anak tidak akan memahami orangtua, tetapi kesadaran dan penghormatan orangtua atas anak yang akan dirasakan. Contohnya, “tunggu ya nak, sekarang ibu akan membuatkan makanan ringan kesukaanmu. Ibu ingin kamu senang, ibu juga senang, dan kita bisa menghabiskan waktu bersama setelah selesai makan...”.

Hegerle (1999 dalam Mangunsong, 2011) menambahkan bahwa orang tua perlu bersikap jujur dan mencegah anak Indigo mengalami kebosanan, sebab anak Indigo sangat menghargai kejujuran dan tidak menyukai kebosanan. Kejujuran adalah kekuatan mereka. Jika orangtua tidak jujur dan terbuka terhadap anak indigo, anakpun akan demikian dan tidak akan menghormati orangtua. Bagi anak indigo, hal tersebut adalah sesuatu yang serius. Anak indigo akan bertahan dengan integritasnya sampai orangtua menyadarinya, menyerah, atau menerima. Mereka tidak menghargai orang yang tidak mau bekerja melalui proses, dan menyerah berarti orangtua tidak melakukan tugasnya. Jika menerima, berarti orangtua sedang tetap mengerjakan isu tersebut dan anak indigo menghargai hal itu. Jika orangtua dapat menyadari dan mengakui talenta yang luar biasa ini, itu yang sangat diharapkan anak indigo dan perkembangannya akan berjalan dengan baik.

Hal kedua adalah mengenai kebosanan. Anak Indigo akan mudah menjadi arogan jika bosan. Ketika bertingkah arogan, berarti anak indigo membutuhkan tantangan dan batasan baru. Membiarkan otak anak indigo bekerja adalah cara terbaik untuk mencegah mereka melakukan hal-hal yang tidak baik. Jika orangtua telah melakukan ini tetapi anak tetap bertingkah arogan, mungkin anak hanya sedang mencari pengalaman yang memperkaya pengalaman hidup mereka dan sebaiknya orangtua membiarkan hal itu terjadi. Pada dasarnya, anak-anak Indigo sangat butuh merasa dipahami, dicintai, dan dihargai, sehingga dapat menjadi diri sendiri dan menggunakan apa yang dimiliki untuk kebaikan banyak orang.

Kasus Indigo

Setelah pernah mendapat cap sebagai anak indigo, Vincent Liong yang lahir pada tanggal 20 Mei 1985 mengaku hidupnya menjadi kurang nyaman. Gerak-geriknya selalu jadi bahan sorotan. Yang menyebalkan, “Saya dibilang anak aneh dan selalu disalahkaprahi,” kata dia. “Tidak ada yang ajaib dari anak indigo,” katanya dengan tegas. Sejak dipublikasikan media massa pada 2004, label indigo serta merta melekat dalam diri Vincent. Kebebasannya terenggut. Vincent pun mulai berhenti menulis soal-soal metafisika. Ia merasa terus disorot dan dalam kadar tertentu merasa terusik.

Vincent yang ketika duduk di bangku kelas dua sebuah sekolah menengah umum ini sudah menulis artikel psikologi dan spiritual dalam sudut pandang tak biasa sejak sekolah dasar. Ia dikarunia kecerdasan filosofis yang tinggi. Bukunya diluncurkan oleh penerbit terkemuka dan dikagumi banyak kalangan. Bahkan, tulisannya pernah dimuat di halaman pembuka buku dari sastrawan terkemuka Indonesia, Pramudya Ananta Toer. Dua karangan filosofis lainnya juga siap beredar.

Mungkin karena minatnya yang sangat besar pada dunia tulis-menulis, dahulu Vincent tidak terlalu berminat dengan beberapa mata pelajaran di sekolahnya. Orangnya yang tergolong demokratis pun sering tidak mengerti apa yang diingini anaknya yang ber-IQ antara 125-130 ini. “Dia keras kepala. Ketika dibangku sekolah ia tidak mau ikut ujian matematika,” sambung Liong, ayahnya.

Vincent mengaku “takut” pada matematika sejak kecil, tapi mengaku disiplin pada aturan mainnya sendiri. “Sejak kecil aku bingung pada dogma satu tambah satu sama dengan dua. Aku juga bingung dengan ilmu ekonomi karena dalam realitas sosial berbeda,” tegas Vincent. Toh sang ibu sudah menengarai keistimewaan anaknya sejak bayi. Waktu SD, Vincent biasa bergaul dengan gurunya, dan orang-orang setua gurunya. Pertanyaannya banyak dan sangat kritis. “Saya langganan dipanggil guru bukan hanya karena anak itu sulit. tetapi juga karena karangan-karangannya membuat guru-gurunya kagum,” ujar Ny. Ina.

Vincent sudah menulis tentang teleskop berdasarkan pengamatan dan referensi pada usia SD. “Di rumah ia membawa ensiklopedi yang besar-besar itu ke kamarnya,” ujar Ny Ina. “Kamarnya kayak kapal pecah. Tidurnya dini hari karena menulis,” sambung Liong. “Saya sering meminta agar ia menyelesaikan pendidikan formalnya dulu, karena bagaimanapun itu sangat penting,” lanjut Liong.

BAB 4

GANGGUAN FISIK DAN GANDA

4.1 TUNANETRA

4.1.1 Batasan Tunanetra

Banyak batasan yang dikemukakan untuk menjelaskan buta atau tunanetra. Menurut Kauffman dan Hallahan (2006), berdasarkan sudut pandang pendidikan ada dua kelompok gangguan penglihatan:

1. Anak yang tergolong buta akademis (*educationally blind*) yakni anak tidak dapat menggunakan penglihatannya lagi untuk tujuan belajar huruf cetak. Program pembelajaran yang diberikan pada anak untuk belajar yakni melalui *visual senses* (sensori lain di luar penglihatan).
2. Anak yang melihat sebagian (*the partially sighted/low vision*). Anak dengan penglihatan yang masih berfungsi secara cukup, diantara 20/70 – 20/200, atau mereka yang mempunyai ketajaman penglihatan normal tapi medan pandangan kurang dari 20 derajat. Cara belajar yang utama untuk dapat memaksimalkan penglihatannya adalah dengan menggunakan sisa penglihatan yang dimiliki (visualnya).

Penglihatan yang normal merupakan hasil dari proses koordinasi otot-otot, reaksi *photochemical*, dan gerakan elektrik. Aspek perkembangan dari penglihatan berdasarkan proses pertumbuhan fungsi optik, adalah:

1. Dimulai dari usia dini (1-3 bulan). Pada usia ini gerakan bola mata berupaya untuk menyadari adanya cahaya yang datang, bereaksi terhadap sinar (fokus), mata bergerak menuju sumber cahaya pantul (fiksasi) dan mengikuti jejak (*tracking*) dan bergerak menuju objek.
2. Usia 1 tahun dapat membedakan warna dan bentuk serta melihat benda yang lebih jauh letaknya. Selain fungsi optik, fungsi persepsi (pengamatan) juga mulai dikembangkan, sehingga benda yang diamati dapat dikenal sebagai kesatuan, berbeda bentuk geometri maupun manfaatnya.
3. Usia 2-5 tahun, perkembangan persepsi visual berkaitan dengan mengenal bagian dan gerak dalam gambar. Terdapat kemampuan menyusun gambar, mengerti rangkaian bersambung, mengenali gambar abstrak lambang dan dapat memahami hubungan ukuran dan jarak

4. Usia 5-7 tahun, unsur yang hilang dalam gambar dapat dikenali, dapat memasangkan kata, mengenal huruf tunggal dalam beberapa tipe tulisan, mengingat kembali simbol-simbol abstrak dan menghubungkan kata dengan gambar.

4.1.2 Karakteristik Anak Tunanetra

Ciri utama dari anak yang mengalami gangguan penglihatan/tunanetra yaitu adanya penglihatan yang tidak normal seperti manusia pada umumnya. Bentuk-bentuk ketidaknormalan gangguan tersebut, antara lain:

1. Penglihatan samar-samar untuk jarak dekat atau jauh. Hal ini banyak dijumpai pada kasus *myopia*, *hyperopia*, atau *astigmatismus*. Semua ini masih dapat diatasi dengan menggunakan kacamata maupun lensa kontak.
2. Medan penglihatan yang terbatas. Misalnya: hanya jelas melihat tepi/perifer atau sentral. Dapat terjadi pada satu ataupun kedua bola mata.
3. Tidak mampu membedakan warna.
4. Adaptasi terhadap terang dan gelap terhambat. Hal ini banyak dijumpai pada proses penuaan.
5. Sangat peka atau sensitif terhadap cahaya atau ruang terang atau *photophobic*. Biasanya hal ini banyak dijumpai pada orang albino, mereka kurang nyaman berada dalam ruangan yang terang.

4.1.3 Penyebab Tunanetra

Terdapat berbagai penyebab dan jenis kerusakan penglihatan yang bisa terjadi sejak masa pre-natal, sebelum anak dilahirkan, pada proses kelahiran maupun pasca-kelahiran. Kerusakan penglihatan sejak lahir disebut *congenital blindness*, yang dapat disebabkan oleh: keturunan, infeksi (misal: campak Jerman), yang bisa ditularkan oleh ibu saat janin masih dalam proses pembentukan di saat kehamilan.

4.1.4 Proses identifikasi Tunanetra

Proses identifikasi digunakan untuk mengenali anak yang mengalami kerusakan pada penglihatannya bergantung pada tingkat parah atau tidaknya kerusakan yang dialaminya. Anak yang tampak tidak bereaksi pada mainan yang berwarna cerah, bola mata yang terlalu besar atau kecil, dan katarak, patut untuk diperiksa lebih lanjut. Cara untuk melakukan proses identifikasi, yaitu:

1. Skrining
Dengan menggunakan alat bantuan medis.
2. Tanda-tanda dari gangguan mata
 - a. Perilaku
 - 1) Sulit dalam membaca atau melakukan sesuatu
 - 2) Memegang buku dekat dengan mata
 - 3) Tidak dapat dengan jelas melihat sesuatu pada jarak tertentu (walaupun dekat dengan mata)
 - 4) Memajukan kepala ketika membaca/berkomunikasi
 - 5) Sering menggosok-gosokkan mata
 - 6) Sering mengedipkan mata
 - 7) Penglihatannya juling

- b. Penampilan
 - 1) Mata merah, bengkak seperti radang
 - 2) Mata berair
 - c. Keluhan
 - 1) Mata terasa panas dan gatal
 - 2) Tidak dapat melihat dengan normal
 - 3) Pusing kepala
 - 4) Penglihatan kabur
3. Penanganan oleh tenaga ahli dan kelanjutannya
- Penanganan oleh tenaga ahli yang dimaksud adalah peran dokter atau ahli mata atau ahli optik, akan dapat membantu menggambarkan kondisi fisik dan bantuan teknis yang diperlukan.

Pada sekolah tertentu orangtua anak ditanya mengenai kondisi fisik anak. Guru khusus untuk penderita tunanetra akan mendampingi penderita dan orangtua untuk membantu menjelaskan tingkat dari fungsi visualnya pada tenaga ahli.

4.1.5 Aspek Perkembangan Anak Tunanetra

Beberapa hal yang dapat berpengaruh akibat dari kerusakan penglihatan menurut Hallahan & Kauffman (2006), adalah:

1. Perkembangan Kognitif dan Kemampuan Konseptual

Jika seseorang mengalami kerusakan pada penglihatannya, maka ia mengalami banyak keterbatasan. Perbedaan yang ada di antara mereka yang dapat melihat dan yang tidak dapat melihat adalah dalam hal pengalaman-pengalaman taktik dan visual. Pada anak tunanetra biasanya lebih bergantung pada informasi taktik dan auditorif untuk belajar tentang dunia dibandingkan anak normal. Hal-hal yang menghambat dapat teratasi melalui kemampuan pendengaran (auditoris) dan perabaan (taktik). Contohnya dalam melatih anak tunanetra untuk menggunakan strategi seperti membandingkan perbedaan panjang ke ukuran tubuh atau perbedaan bunyi bila diketukkan ke meja, maka dengan begitu perkembangan taktik atau perabaannya akan semakin baik. Hal ini juga tidak terlepas dari dukungan orangtua atau guru agar menggunakan instruksi yang jelas dan secara berulang mengenai suatu konsep terhadap anak.

Dalam hal inteligensi, anak tunanetra memiliki tingkat kecerdasan yang umumnya berada pada taraf di bawah rata-rata, hal ini nampak pada keterbatasan respon yang diberikan oleh anak, sesuai dengan pengalaman dan interaksi dengan lingkungan yang terbatas pula. Tes untuk mengukur inteligensi anak tunanetra sukar diterapkan terutama tidak terukurnya tes *performance* sehingga hanya melalui tes verbal.

2. Perkembangan Motorik dan Mobilitas

Tanpa penglihatan, perkembangan motorik anak tunanetra cenderung lambat. Sebelum melakukan gerakan yang sesuai dengan lingkungannya, ia harus mengetahui terlebih dahulu bagian tubuhnya, mengetahui arah, posisi dalam ruang dan ketrampilan seperti duduk, berdiri, atau berjalan. Dengan adanya kerusakan pada indera penglihatannya, maka anak tunanetra yang baru masuk sekolah memiliki kemampuan orientasi yang buruk, *body awareness* (kesadaran tubuh) yang tidak sesuai dan tidak tepat dalam mengkoordinasikannya, serta kurang mampu memperkirakan cara bergerak dengan tepat pada

situasi baru. Hal ini akan berpengaruh terhadap orientasi arah atau kemampuan mobilitas, yakni kemampuan untuk merasakan hubungan seseorang dengan orang lain, suatu objek, orientasi dan bergerak dalam suatu lingkungan.

Beberapa cara yang digunakan pada orang-orang tunanetra agar dapat lebih baik dalam mobilisasi yakni dengan menggunakan cara *cognitive mapping* yang disukai, misal seseorang bisa bergerak dari A menuju C tapi harus melalui B dulu.

3. Perkembangan Sosial

Sikap orang tua, kelompok teman sebaya dan guru memegang peranan penting dalam menentukan gambaran diri anak tunanetra. Dalam kontak sosial dengan teman sebaya dibutuhkan usaha yang maksimal mengingat komunikasi non-verbal tidak dapat berfungsi secara efektif. Agar dapat berfungsi secara baik dalam kegiatan belajar maka diperlukan adanya asisten khusus untuk mendampingi guru yang mengajar di kelas. Halangan yang dapat terjadi pada siswa tunanetra untuk menyesuaikan diri adalah perilaku stereotipik; gerakan yang sama dan diulang-ulang seperti menggoyang-goyangkan tubuh, menggaruk mata, gerakan jari atau tangan yang diulang-ulang yang sering disebut dengan *Blindism*.

4.1.6 Intervensi Pendidikan bagi Anak Tunanetra

Program pendidikan yang umum digunakan bagi siswa tunanetra dan *low vision* berkisar dari bentuk kelas biasa sampai pada suatu institusi khusus.

1. Kelas biasa/regular, yaitu: guru kelas dibantu oleh guru khusus (*shadow*) untuk menyiapkan materi dan pengajaran bagi siswa tunanetra
2. Program guru kunjung, yaitu: siswa tunanetra berada dalam kelas biasa, tetapi juga mendapatkan latihan untuk pelajaran khusus seperti keterampilan mendengar atau menggunakan *optacon*.
3. Program ruang sumber, yaitu: siswa tunanetra bersama teman sekelasnya menerima suatu pelajaran, namun pada saat tertentu menerima program tertentu pula dalam suatu ruangan khusus.

4.1.7 Pertimbangan Khusus dalam Pendidikan bagi Anak Tunanetra

1. Braille

Braille merupakan suatu sarana sistem membaca dan menulis yang lazim digunakan pada anak tunanetra dalam bentuk perlambangan huruf, kata atau simbol-simbol lain yang ada pada tulisan grafis. Tulisan *Braille* disusun dari sekumpulan titik-titik timbul (*sel*) yang membentuk suatu formasi tertentu. *Braille* merupakan sarana utama dalam pendidikan tunanetra. Ini merupakan media untuk mendapatkan informasi serta sarana mengekspresikan diri dalam bentuk tulisan. Ada dua buah alat pokok yang digunakan untuk penulisan *Braille*, yaitu: (1) mesin tik *Braille* dan (2) alat tulis tangan *Braille* yakni *Reglet-Stilus*.

2. Pemanfaatan sisa penglihatan

Muncul kenyataan bahwa sebagian besar anak yang mengalami gangguan penglihatan masih memiliki sisa penglihatan, maka terdapat suatu kecenderungan baru untuk mendorong anak-anak tunanetra memanfaatkan sisa penglihatannya. Guru-guru kelas harus mendorong anak tunanetra untuk menggunakan sisa penglihatan sebanyak mungkin. Sebagian besar anak tunanetra harus membaca huruf

cetak daripada *Braille* dengan alasan bahwa huruf cetak akan lebih cepat dapat melukiskan gambar serta lebih mudah untuk mendapatkan bahan bacaannya.

Terdapat dua strategi umum untuk membantu anak tunanetra dalam membaca tulisan cetak yakni: (a) penggunaan buku-buku yang memuat tulisan cetak besar, (b) penggunaan alat atau kaca pembesar atau alat audio visual lainnya.

3. Pemanfaatan kemampuan mendengar

Kecenderungan mendengar pada anak-anak tunanetra secara otomatis akan mengalami peningkatan, namun peran pengajar juga sangat penting dengan menyediakan atau mengusahakan agar kelas berada dalam kondisi yang bebas dari gangguan suara lainnya.

4.1.8 Kurikulum untuk Siswa Tunanetra

Siswa tunanetra bisa mendapatkan kurikulum sekolah biasa, namun ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dengan menambahkan kurikulum plus dengan pengajar yang ahli, yakni:

1. Kemampuan merawat diri sendiri, kemampuan menyesuaikan diri serta ketrampilan sehari-hari

Anak tunanetra belajar merawat diri sendiri ataupun mengerjakan hal-hal yang biasa dilakukan tiap hari dalam keluarga atau di sekolah dan di masyarakat. Anak diajarkan agar lebih mampu merawat diri sendiri termasuk cara duduk dan berdiri yang baik, setidaknya anak tunanetra tidak terlalu banyak bergantung kepada orang lain, serta mampu menampilkan pribadi dan sikap yang wajar. Keterampilan juga sangat dibutuhkan bagi anak tunanetra untuk mengembangkan kemandirian, misalnya: makan, tidur, mandi, berhias dan mencuci pakaian.

2. Orientasi dan Mobilitas

Hilangnya frekuensi fungsi penglihatan mengakibatkan keterbatasan yang sangat berarti pada seseorang dalam mengenali lingkungan dan bergerak. Kebutaan menyebabkan seseorang menjadi sangat sulit untuk melakukan aktivitas yang sangat sederhana, misalnya mencari benda yang jatuh, menemukan pintu, menuju kamar mandi. Program orientasi dan mobilitas memberi kemampuan kepada anak tunanetra dalam hal, diantaranya:

1. Mengenali posisi atau keberadaan dirinya dalam suatu lingkungan serta hubungannya dengan objek lain yang ada di lingkungannya tersebut. Contoh: saya ada dimana dan ada apa di sekitar saya?
2. Bergerak atau berpindah dari satu tempat ke tempat lain secara cepat, tepat, dan nyaman.

Pelaksanaan program orientasi dan mobilitas erat kaitannya dengan latihan kemampuan sensoris (penginderaan) karena keberhasilan dalam melakukan hal tersebut sangat ditentukan oleh kemampuannya dalam menggunakan indera-indera yang masih ada. Beberapa metode yang dapat digunakan oleh tunanetra dalam melakukan mobilitas, yaitu:

- a. Bergerak/berjalan dengan pendamping pengawas
- b. Bergerak/berjalan dengan bantuan anjing penuntun
- c. Mobilitas dengan bantuan alat elektronik

- d. Bergerak/berjalan sendiri dengan bantuan tongkat
- e. Bergerak/berjalan sendiri tanpa alat bantu tongkat

3. Keterampilan berkomunikasi

Anak tunanetra dengan pendidikan khusus dapat memperoleh aktivitas dan pengalaman instruksional tambahan untuk mengembangkan dasar bahasa yang kuat serta keterampilan mendengar yang baik dalam berkomunikasi dengan dilengkapi alat bantu, seperti:

- a. Reglet dan stilus, yaitu alat tulis tangan yang dipakai tunanetra untuk menghasilkan tulisan Braille
- b. Mesin tik Braille, sejenis mesin tik yang digunakan untuk menghasilkan tulisan Braille
- c. Papan huruf atau papan bacaan
- d. Tongkat putih, yang digunakan sebagai perpanjangan tangan untuk mendeteksi lingkungan terutama ketika berjalan
- e. Tape recorder, berguna untuk membantu merekam, menyimpan, dan mengungkap kembali informasi yang diperoleh
- f. Bahan cetak besar, berbentuk buku atau media cetak dengan tulisan berukuran besar
- g. Alat bantu optikal, untuk memperbesar objek; lensa, bagi *low vision*
- h. Optacon, alat ini mampu mentransfer tulisan ke dalam bentuk tulisan yang dapat dikenali oleh tunanetra melalui perabaan
- i. *Reading machine*, yaitu alat yang dapat menterjemahkan tulisan cetak ke dalam bentuk bunyi atau suara

4. Bimbingan Vokasional dan Pendidikan Karir

Pendidikan ini diberikan dengan tujuan untuk menyiapkan mereka memasuki dunia kerja. Walaupun tidak semua tunanetra akan bekerja, tetapi mereka perlu mendapat bimbingan vokasional mengingat bahwa ini penting bagi kehidupan sosialnya.

5. Stimulasi Penglihatan/Sensoris

Penderita tunanetra sulit membedakan gelap-terang, warna, atau mengenal objek yang bergerak. Ada tiga aspek kemampuan yang harus dilatihkan dan dikembangkan pada tunanetra berkenaan dengan kemampuan penginderaan, yaitu:

- a. Kemampuan mengenali (identifikasi)
Latihan meningkatkan kemampuan indera untuk dapat mengenali berbagai objek yang ada. Misalnya mengenali bunyi dari berbagai objek, mengenal bau, mengenal bentuk melalui perabaan
- b. Kemampuan membedakan (diskriminasi)
Latihan membedakan satu objek dengan objek lain, seperti kemampuan membedakan suara ibu diantara suara anggota keluarga yang lain, mampu membedakan rasa gula dengan garam.
- c. Kemampuan memverifikasi
Kemampuan memastikan kebenaran suatu objek dengan cara mengenali lebih jauh karakteristik dari suatu objek tersebut, baik melalui perabaan, pendengaran, penciuman, maupun pengecap.

4.1.9 Pelaksanaan Pendidikan Tunanetra di Indonesia

Ada tiga bentuk program pendidikan bagi anak tunanetra yang diselenggarakan di Indonesia, yaitu:

1. Sekolah Luar Biasa Tunanetra (SLB/A)

SLB/A adalah lembaga pendidikan luar biasa yang secara khusus melayani pendidikan anak tunanetra. Murid yang terdaftar di sekolah ini terbagi dua kelompok yaitu kelompok *blind*/buta dan kelompok *low vision*. Namun tidak ada perbedaan pelayanan pendidikan untuk dua kelompok berbeda tersebut.

2. Sekolah Dasar Luar Biasa (SDLB)

Pendidikan luar biasa setingkat sekolah dasar yang menampung dan melayani pendidikan anak dari beberapa macam kebutuhan seperti: tunarungu, tunanetra, tunadaksa, dan tunagrahita. Sekolah ini memiliki guru-guru luar biasa yang memiliki kekhususan berbeda sesuai dengan banyaknya jenis kelainan anak didik.

3. Pendidikan Inklusif/Sekolah Terpadu

Pendidikan terpadu adalah suatu bentuk program pendidikan yaitu anak tunanetra belajar bersama-sama dalam kelas biasa dengan anak-anak yang normal. Jenjang pendidikan terpadu meliputi SD, SMP, dan SMA. Sedangkan pendidikan sekolah Inklusif ada yang sudah melakukan modifikasi metode atau kurikulum, di samping fasilitas guru kunjung, guru pusat sumber yang membantu siswa tunanetra memperoleh kebutuhannya di sekolah normal.

4.2 TUNARUNGU

4.2.1 Batasan Tunarungu

Anak tunarungu adalah mereka yang pendengarannya tidak berfungsi sehingga membutuhkan pelayanan pendidikan khusus. Bagi anak yang tipe gangguan pendengaran lebih ringan dapat diatasi dengan alat bantu dengar dan dapat sekolah biasa di sekolah formal.

Gangguan pendengaran dapat diklasifikasikan sesuai dengan frekuensi dan intensitasnya. Frekuensi dijabarkan dalam bentuk cps (*cycles per sound*) atau *hertz* (Hz). Orang normal dapat mendengar dalam frekuensi 18-18.000 Hertz. Intensitas diukur dalam *desibel* (dB). Kesemuanya itu diukur dengan audiometer yang dicatat dalam audiogram.

Perbedaan antara ketulian dengan gangguan pendengaran menurut Hallahan dan Kauffman (2006) yakni orang tuli adalah mereka yang ketidakmampuan mendengarnya menghambat keberhasilan memproses informasi bahasa melalui pendengaran, dengan ataupun tanpa alat bantu dengar. Namun gangguan pendengaran adalah gangguan pendengaran baik yang permanen maupun berfluktuasi namun tidak tuli.

Berdasarkan waktu mulainya terjadi ketulian dibagi menjadi 2, adalah:

1. *Prelingual deafness*, yaitu suatu kondisi seseorang dimana ketulian sudah ada sejak lahir atau sebelum dimulainya perkembangan bicara dan bahasa
2. *Postlingual deafness*, yaitu kondisi dimana seseorang mengalami ketulian setelah ia menguasai wicara atau bahasa

Batasan lain bersifat kuantitatif yang menunjuk pada gangguan pendengaran sesuai dengan hilangnya pendengaran dan diukur dengan alat audiometric. Audiometri merupakan alat yang dapat mengukur seberapa jauh seseorang bisa mendengar atau seberapa besar hilangnya pendengaran.

Definisi dan kategorisasi dari ketulian:

Tabel 3.1

Kelompok	Kategori Hilangnya Pendengaran	Keterangan
1	Ringan (20-30 dB)	Mampu berkomunikasi dengan menggunakan pendengarannya. Gangguan ini merupakan ambang batas (border line) antara orang yang sulit mendengar dengan orang normal
2	Marginal (30-40 dB)	Sering mengalami kesulitan mengikuti suatu pembicaraan pada jarak beberapa meter
3	Sedang (40-60 dB)	Dengan alat bantu dengar atau bantuan mata, orang ini masih bisa belajar berbicara
4	Berat (60-75 dB)	Orang ini tidak bisa belajar berbicara tanpa menggunakan teknik khusus. Gangguan ini dianggap sebagai 'tuli secara edukatif'
5	Parah (>75 dB)	Orang disini tidak dapat belajar bahasa dengan mengandalkan telinga meskipun telah didukung dengan alat bantu dengar

Kesulitan dalam berbicara akan semakin bertambah sejalan dengan semakin bertambahnya kesulitan pendengaran. Misalnya pada gangguan pedengaran yang parah, seseorang harus mengandalkan mata daripada telinganya. Jadi meskipun dipaksakan untuk berkomunikasi secara oral, keterbatasan itu akan memaksa mereka untuk mengandalkan bagian tubuh yang lain seperti: mata, gerakan tubuh, wajah, isyarat tangan.

4.2.2 Karakteristik Anak Tunarungu

Anak dengan kehilangan pendengaran atau tunarungu memiliki kemampuan intelektual yang normal, namun memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Keterlambatan dalam perkembangan bahasa karena kurangnya *exposure* (paparan) terhadap bahasa lisan, khususnya apabila gangguan dialami saat lahir atau terjadi pada awal kahidupan.
2. Mahir dalam bahasa sandi, seperti bahasa isyarat atau pengejaan dengan jari

3. Memiliki kemampuan untuk membaca gerak bibir
4. Bahasa lisan tidak berkembang dengan baik; kualitas bicara agak monoton atau kaku
5. Pengetahuan terbatas karena kurangnya *exposure* terhadap bahasa lisan
6. Mengalami isolasi sosial, keterampilan sosial yang terbatas, dan kurangnya kemampuan mempertimbangkan perspektif orang lain karena kemampuan komunikasi terbatas

4.2.3 Penyebab Tunarungu

Penyebab terbesar menurut Graham (2004), 75% tunarungu disebabkan oleh abnormalitas genetik, bisa dominan atau resesif. Beberapa kondisi genetik menyebabkan kondisi ketunarunguan sebagai abnormalitas primer; dan sekitar 30% kasus tunarungu adalah bagian dari abnormalitas fisik dan menjadi sebuah sindrom, seperti *Waardenburg syndrome* atau *Usher syndrome*.

Penyebab lain dari tunarungu adalah infeksi seperti *cytomegalovirus (CMV)*, *toxoplasma*, dan *syphilis*. Selain itu, lahir prematur juga menjadi penyebab signifikan tunarungu dan sering dihubungkan dengan kelainan fisik lain, masalah kesehatan, dan kesulitan belajar.

4.2.4 Identifikasi Tunarungu

1. Tes Behavioral

Pada tes ini, umur yang diberikan adalah perkiraan dan tergantung pada tingkat perkembangan anak. Bentuk-bentuk tesnya, adalah:

- a. *Behavioural Observation Audiometry (BOA)* untuk anak sekitar umur tujuh bulan, atau lebih bila mereka tidak bisa merespon suara secara intensif. Observasi dimulai dengan respon terhadap suara, dikejutkan dengan suara keras atau digerak-gerakkan dari tidurnya.
- b. *Visual Response/ Reinforcement Audiometry (VRA)* untuk anak antara tujuh bulan hingga tiga tahun. Anak merespon suara dengan mengarahkan kepalanya dekat *loudspeaker*, kemudian diarahkan ke arah kanan dan kiri mereka, dan diberi *reward* berupa tampilan visual, seperti lampu berkelip, mainan yang bergerak yang ada di atas *loudspeaker*.
- c. *Play Audiometry* untuk anak umur dua-tiga tahun ke atas. Ketika suara terdengar, anak diminta bergerak atau melakukan sesuatu seperti menaruh kelereng, atau permainan lainnya.

2. Electrophysiological Test

Tes ini dapat digunakan untuk mendeteksi seberapa gangguan pendengaran atau tunarungu yang ada pada individu. Bentuk tes dari *electrophysiological test* ini, diantaranya:

- a. *Oto-Acoustic Emission (OAEs) (cochlear echoes)*, yaitu untuk mengidentifikasi fungsi sel rambut pada koklea
- b. *Auditory Brainstem-evoked Response Audiometry (ABR)*; yaitu untuk menggali informasi pada aktivitas elektikal sepanjang batang otak ke otak dengan menggunakan *electrodes* yang ditempatkan di kepala. Tes ini dilakukan saat anak dalam keadaan tidak sadar, seperti tidur, atau dibius.
- c. *Electrocochleography (EcoG)*; alat ini harus dilakukan di bawah pengaruh bius, karena mengukur sinyal elektro yang ada di koklea dan saraf pendengaran.

- d. *Tympanometry* menganalisis fungsi telinga bagian tengah dan menyediakan informasi mengenai gangguan pendengaran konduktif.

4.2.5 Dampak Gangguan Pendengaran dan Aspek Perkembangan Anak Tunarungu

Ketika anak telah terdiagnosa menderita kehilangan pendengaran, anak pada awalnya akan kesulitan memunculkan emosi dalam perilaku seperti perilaku cemas, takut, marah atau depresi. *Self-esteem* mereka akan rendah karena berkurangnya komunikasi dan kemampuan bahasa mereka, dan tingkat kepercayaan diri mereka juga ikut terpengaruh.

Dalam segi komunikasi dan bahasa, anak akan belajar untuk membangun keterampilan komunikasi dalam bentuk lain, seperti bahasa tubuh, gerak tubuh, atau ekspresi wajah, yang akan mewakili informasi tentang apa yang diinginkan seseorang dan apa yang dirasakan.

4.2.6 Intervensi Pendidikan bagi Anak Tunarungu

Kurikulum sekolah reguler cukup cocok untuk siswa tunarungu (Ormrod, 2008), namun ada beberapa penyesuaian yang dapat mendorong keberhasilan mereka bila berada di kelas pendidikan umum, diantaranya:

1. Meminimalkan kebisingan yang tidak perlu; karena apabila anak tunarungu belajar menggunakan alat bantu dengar, suara-suara tertentu akan mengganggu konsentrasi mereka, maka bisa diantisipasi dengan menggunakan bahan kedap suara pada kelas.
2. Lengkapi presentasi auditori dengan informasi visual dan aktivitas konkret
3. Guru sebaiknya berkomunikasi melalui cara yang membuat siswa tunarungu dapat mendengar dan mampu membaca gerak bibir
4. Siswa lain bisa diajarkan bahasa isyarat; hal ini bertujuan agar siswa lain juga dapat berkomunikasi dengan siswa tunarungu

Menurut Santrock (2009), pendekatan pendidikan yang dapat dilakukan untuk anak dengan gangguan pendengaran melalui pendekatan oral dan manual. Pendekatan oral meliputi penggunaan pembacaan gerakan bibir, pembacaan cara bicara (mengandalkan isyarat visual untuk mengajar membaca). Pendekatan manual meliputi bahasa isyarat dan pengejaan menggunakan jari.

KASUS DAN PEMBAHASAN

Tunarungu Jangan Menjadi Hambatan

Shafa, adalah seorang anak yang merupakan inspirator untuk anak-anak lain agar tidak menyerah dengan ke"tidaknormal"an pada pendengaran. Berikut merupakan penuturannya.

Namaku Shafa Husnul Khatimah, aku lahir di Bandung tanggal 20 Juni 1991. Aku adalah anak pertama dari 3 bersaudara. Aku dilahirkan dengan keadaan normal, aku cucu pertama dari keluarga ibuku, aku sangat disayang dan diperhatikan oleh keluarga besar ibuku. Ibu dan keluargaku bercerita bahwa aku adalah anak yang sangat lucu dan menggemaskan. Ketika aku bayi sampai usiaku 20 bulan tidak ada yang dikhawatirkan terhadap diriku sebab aku tumbuh dengan sangat wajar, namun pamanku sedikit takut dengan pendengaranku, karena setiap mereka memanggil namaku, tak pernah sekalipun aku menoleh,

sehingga pamanku menyarankan kepada ibuku untuk memeriksakan pendengaranku, ketika itu ibuku marah besar karena menurut beliau tidak ada masalah dengan pendengaranku. Namun akhirnya ibuku ikut juga saran paman untuk memeriksakan pendengaranku.

Aku diperiksa oleh dokter THT namun dokter tidak yakin apakah aku tuli atau tidak, untuk meyakinkan apakah aku punya masalah pada pendengaranku akhirnya aku periksa BERA (test pendengaran dengan peralatan komputer). Setelah selesai pemeriksaan dan mendapatkan hasilnya betapa terkejutnya keluargaku karena dokter menyatakan bahwa aku termasuk anak tunarungu berat, ini semua dilihat dari hasil tes BERA yang menunjukkan bahwa untuk telinga kanan tidak tembus ambang 110 Db (Decibel) - kekerasan suara yang terdengar diatas 110 Db - , dan telinga kiri mencapai 110 db.

Setelah mendapatkan hasil tes BERA tersebut keluarga besarku mencari solusi untuk pengobatanku baik melalui dokter sampai ke alternatif, karena mereka beranggapan bahwa kita harus berusaha dan berdoa semaksimal mungkin karena Allah akan memberikan hasil sesuai dengan usaha dan doa kita.

Saat aku memasuki bangku sekolah, aku masuk TK umum di Cimahi ketika usiaku 4 tahun. Aku belum bisa bicara seperti teman-teman yang lain, namun aku tidak berkecil hati sebab aku terus belajar dan mengikuti terapi bicara, namun orang tuaku kasihan melihatku yang sering kali dibicarakan oleh teman-temanku. Akhirnya aku dipindahkan ke sekolah khusus anak tunarungu di Jakarta. Padahal ketika itu banyak sekali hal-hal yang dikorbankan termasuk karir ayahku di mana ayahku harus cari kerja baru di Jakarta, padahal karir ayahku saat itu cukup bagus, namun demi aku mereka rela memulai dari awal lagi. Di samping itu juga aku sangat sedih harus berpisah dengan ibu Dewi Tirtatawati, beliau adalah salah satu orang yang sangat berharga bagiku, karena tanpa beliau aku belum tentu bisa berbicara seperti sekarang ini. Ibu Dewi adalah guru terapi bicaraku, dia sangat sabar dan sayang kepadaku, aku terapi setiap hari dari hari Senin sampai Jum'at, di rumah sakit Hasan Sadikin Bandung.

Ketika kami pindah ke Jakarta aku dimasukkan ke sekolah SLB-B Santi Rama, namun aku hanya bisa sekolah di sana 2 minggu sebab ibuku melihat aku tidak cocok sekolah di sana. Akhirnya aku dipindahkan lagi ke TK umum Mutiara Indonesia cabang Kayu Putih, selama 2 tahun.

Alhamdulillah ketika aku bersekolah di sana aku punya banyak teman, karena mereka sangat peduli dan mau berteman denganku, walaupun aku belum lancar bicara tapi mereka mau mengerti dan memahamiku. Setelah itu aku pindah lagi ke Cimahi untuk masuk SD. Di Cimahi aku masuk sekolah SD umum yaitu SDN 2 Cimahi. Aku masuk SD berumur 7 tahun. Alhamdulillah aku bisa mengikuti pelajaran dengan baik dan bicaraku pun semakin baik juga sebab aku tetap terapi bicara terus sampai usiaku 7 tahun.

Ketika aku baru masuk SD sampai kelas 4 aku sering dihina teman-temanku, mereka bilang aku si kuping robot sebab di telingaku ada alat bantu dengar, tapi aku tak menghiraukan mereka yang penting aku tidak merugikan mereka dan tidak membalasnya. Alhamdulillah setelah kelas 5 teman-temanku tidak lagi menghinaku. Aku di sekolah tidak minder. Aku berpikir, aku seperti ini adalah kehendak Allah. Aku, orang tuaku dan keluarga besarku tidak ingin aku dikasihani, sehingga aku diperlakukan sama seperti yang lain. Aku di sekolah memang tidak dapat ranking 5 besar tapi nilaiku cukup bagus terbukti dengan nilai UPMPku sehingga aku bisa masuk SMPN 1 Cimahi, yang menurut orang-orang SMPN favorit yang sangat bagus dan berat untuk bisa masuk ke sana.

Ketika aku duduk di kelas 1 SMP, aku memutuskan untuk menggunakan kerudung. Alhamdulillah aku punya banyak teman. Teman-temanku tidak menyangka kalau aku adalah anak tunarungu, bahkan guru-guru juga. Ibuku selalu bercerita kepada guru-guru BP, padahal aku tidak ada masalah dengan pelajaran di sekolah, kecuali setiap ada pelajaran mendengar (listening), aku sangat susah untuk mengikuti. Alhamdulillah pada pelajaran lain aku dapat menerima dengan cukup baik.

Sekarang aku kelas 3 SMP, aku pernah ikut olimpiade matematika se-kota Cimahi ketika kelas 2 SMP, alhamdulillah aku dapat peringkat 3 ketika tes tertulis. Ketika SD aku juga sering juara lomba Sempoa Aritmatika dan Mewarnai. Aku juga belajar drum sampai sekarang sebab setelah aku belajar drum aku bisa belajar alat musik lain seperti gitar, keyboard, recorder. Sebelum aku belajar drum aku tidak bisa belajar alat musik apapun dan entah kenapa setelah aku belajar drum aku bisa belajar alat musik yang lain. Mungkin di drum aku belajar ketukan sehingga aku sedikit tahu tentang alat musik yang ditentukan dengan tempo (ketukan). Aku juga tidak malu kalau tampil main drum dan aku pernah tampil ketika kota Cimahi berulang tahun. Orang-orang yang tidak tahu tentang keadaanku mereka tidak menyangka bahwa aku anak tunarungu berat sebab aku bisa bicara seperti anak normal. Namun, memang aku sering tidak bisa mendengar kalau orang bicara pelan walaupun aku sudah pakai Alat Bantu Dengar.

Aku dan keluargaku ingin sekali berbagi kepada semua orang yang memiliki anak tunarungu, sebab orang sering beranggapan kalau anak tunarungu itu tidak bisa berbicara dengan lancar. Aku ingin tunjukkan bahwa yang tunarungu bisa berbicara dengan lancar dan baik sebagaimana orang normal.

4.3 TUNADAKSA

4.3.1 Pengertian Tunadaksa

Anak tunadaksa adalah anak yang mempunyai kelainan ortopedik atau salah satu bentuk berupa gangguan dari fungsi normal pada tulang, otot, dan persendian yang bisa karena bawaan sejak lahir, penyakit atau kecelakaan, sehingga apabila mau bergerak atau berjalan memerlukan alat bantu.

Tunadaksa adalah individu yang memiliki gangguan gerak yang disebabkan oleh kelainan neuro-muskular dan struktur tulang yang bersifat bawaan, sakit atau akibat kecelakaan, termasuk cerebral palsy, amputasi, polio, dan lumpuh. Tingkat gangguan pada tunadaksa adalah (1) ringan yaitu memiliki keterbatasan dalam melakukan aktivitas fisik tetap dan masih dapat ditingkatkan melalui terapi, (2) sedang yaitu memiliki keterbatasan motorik dan mengalami gangguan koordinasi sensorik, (3) berat yaitu memiliki keterbatasan total dalam gerakan fisik dan tidak mampu mengontrol gerakan fisik.

4.3.2 Karakteristik dan Permasalahan yang Dihadapi Anak Tunadaksa

Banyak jenis dan variasi anak tunadaksa, sehingga untuk mengidentifikasi karakteristiknya diperlukan pembahasan yang sangat luas. Berdasarkan berbagai sumber ditemukan beberapa karakteristik umum bagi anak tunadaksa, antara lain sebagai berikut :

1. Karakteristik Kepribadian

Anak yang cacat sejak lahir tidak pernah memperoleh pengalaman, yang demikian ini tidak menimbulkan frustrasi. Tidak ada hubungan antara pribadi yang tertutup dengan lamanya kelainan fisik yang diderita.

Adanya kelainan fisik juga tidak memengaruhi kepribadian atau ketidakmampuan individu dalam menyesuaikan diri.

2. Karakteristik Emosi-Sosial

Kegiatan-kegiatan jasmani yang tidak dapat dijangkau oleh anak tunadaksa dapat berakibat timbulnya problem emosional dan perasaan serta dapat menimbulkan frustrasi yang berat. Keadaan tersebut dapat berakibat fatal, yaitu anak dapat menyingkirkan diri dari keramaian. Anak tunadaksa cenderung acuh bila dikumpulkan bersama anak-anak normal dalam suatu permainan. Akibat kecacatannya anak dapat mengalami keterbatasan dalam berkomunikasi dengan lingkungannya.

3. Karakteristik Intelegensi

Tidak ada hubungan antara tingkat kecerdasan dan kecacatan, namun ada beberapa kecenderungan adanya penurunan sedemikian rupa kecerdasan individu bila kecacatannya meningkat. Dari beberapa hasil penelitian ditemukan bahwa ternyata IQ anak tunadaksa rata-rata normal.

4. Karakteristik Fisik

Selain memiliki kecacatan tubuh, ada kecenderungan mengalami gangguan-gangguan lain, seperti sakit gigi, berkurangnya daya pendengaran, penglihatan, dan gangguan bicara. Kemampuan motorik anak tunadaksa terbatas dan ini dapat dikembangkan sampai pada batas-batas tertentu.

Adanya berbagai karakteristik tersebut bukan berarti bahwa setiap anak tunadaksa memiliki semua karakteristik yang diungkapkan, bisa saja terjadi salah satunya tidak dimiliki. Karakteristik tersebut menimbulkan dampak positif maupun dampak negatif. Dampak negatif yang ditimbulkan diantaranya adalah munculnya masalah-masalah yang berkaitan dengan keadaan anak di sekolah. Permasalahan yang dimaksud dapat digolongkan menjadi beberapa, yaitu:

a. Masalah Kesulitan Belajar

Pada anak tunadaksa terjadi kelainan pada otak, sehingga pada fungsi pikirnya terganggu khususnya persepsi. Apalagi bagi anak tunadaksa yang disertai dengan cacat-cacat lainnya sehingga dapat menimbulkan komplikasi yang secara otomatis dapat berpengaruh terhadap kemampuan menyerap materi yang diberikan.

b. Masalah Sosialisasi

Anak tunadaksa mengalami berbagai kesulitan dan hambatan dalam menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Hal ini dapat terjadi karena kelainan jasmani, sehingga mereka tidak diterima oleh teman-temannya, diisolasi, dihina, dan dibenci.

c. Masalah Kepribadian

Masalah kepribadian dapat berwujud kurangnya ketahanan diri, tidak adanya kepercayaan diri, mudah tersinggung dan marah.

d. Masalah Ketrampilan dan Pekerjaan

Anak tunadaksa memiliki kemampuan fisik yang terbatas, namun di lain pihak bagi anak yang memiliki kecerdasan yang normal ataupun yang kurang perlu adanya pembinaan diri sehingga hidupnya tidak sepenuhnya menggantungkan diri pada orang lain. Dengan modal kemampuan yang

dimiliki, individu tunadaksa perlu diberikan kesempatan yang sebanyak-banyaknya untuk dapat mengembangkan diri melalui latihan ketrampilan dan kerja yang sesuai dengan potensinya, sehingga setelah selesai masa pendidikan individu tunadaksa dapat menghidupi dirinya dan tidak selalu mengharapkan pertolongan oranglain. Di lain pihak dianggap perlu sekali adanya kerja sama yang baik dengan perusahaan baik negeri maupun swasta untuk dapat menampung individu tunadaksa.

e. Masalah Latihan Gerak

Kondisi anak tunadaksa sebagian besar mengalami gangguan dalam gerak. Agar kekurangannya tersebut tidak semakin parah dan harapan supaya kondisi fungsional dapat pulih ke posisi semula, dianggap perlu adanya latihan yang sistematis dan berlanjut, seperti terapi-fisik (*fisio-therapy*), terapi-tari (*dance-therapy*), terapi-bermain (*play-therapy*), dan terapi-okupasional (*occupational-therapy*).

4.3.2 Klasifikasi Anak Tunadaksa

Menurut Direktorat Pendidikan Luar Biasa (2010), pada dasarnya kelainan pada anak tunadaksa dapat dikelompokkan menjadi dua bagian besar, yaitu (1) kelainan pada sistem serebral (*Cerebral System*), dan (2) kelainan pada sistem otot dan rangka (*Musculus Skeletal System*)

1. Kelainan pada Sistem Serebral (*Cerebral System Disorders*)

Penggolongan anak tunadaksa ke dalam kelainan sistem serebral didasarkan pada letak penyebab kelahiran yang terletak di dalam sistem syaraf pusat (otak dan sumsum tulang belakang). Kerusakan pada sistem syaraf pusat mengakibatkan bentuk kelainan yang krusial karena otak dan sumsum tulang belakang merupakan pusat dari aktivitas hidup manusia. Di dalamnya terdapat pusat kesadaran, pusat ide, pusat kecerdasan, pusat motorik, pusat sensoris dan koordinasi tubuh. Kelompok kerusakan bagian otak ini disebut *Cerebral Palsy* (CP). *Cerebral Palsy* dapat diklasifikasikan menurut beberapa hal, yaitu:

Menurut derajat kecacatan:

- a. Golongan ringan adalah individu tunadaksa yang dapat berjalan tanpa menggunakan alat, berbicara tegas, dapat menolong dirinya sendiri dalam kehidupan sehari-hari. Mereka dapat hidup bersama-sama anak normal lainnya (dalam hal ini mengikuti aktivitas sehari-hari). Kelainan yang dimiliki oleh kelompok ini tidak mengganggu kehidupan dan pendidikannya.
- b. Golongan sedang adalah individu tunadaksa yang membutuhkan *treatment* atau latihan khusus untuk bicara, berjalan, dan mengurus dirinya sendiri. Golongan ini memerlukan alat-alat khusus untuk membantu gerakannya, seperti *brace* untuk membantu penyangga kaki, kruk atau tongkat sebagai penopang dalam berjalan. Dengan pertolongan secara khusus, anak-anak kelompok ini diharapkan dapat mengurus dirinya sendiri.
- c. Golongan berat adalah individu tunadaksa yang memiliki *cerebral palsy*. Golongan ini yang tetap membutuhkan perawatan dalam ambulansi, bicara, dan menolong dirinya sendiri. Mereka tidak dapat hidup mandiri di tengah-tengah masyarakat.

Penggolongan Menurut Topografi

Dilihat dari topografi yaitu banyaknya anggota tubuh yang lumpuh, *Cerebral Palsy* dapat digolongkan menjadi enam golongan, yaitu:

- a. Monoplegia, yaitu hanya satu anggota gerak yang lumpuh, misalnya kaki kiri. Sedangkan kaki kanan dan kedua tangannya normal.
- b. Hemiplegia, yaitu lumpuh anggota gerak atas dan bawah pada sisi yang sama. Misalnya tangan kanan dan kaki kanan, atau tangan kiri dan kaki kiri.
- c. Paraplegia, yaitu lumpuh pada kedua tungkai kakinya.
- d. Diplegia, yaitu lumpuh kedua tangan kanan dan kiri atau kedua kaki kanan dan kiri (*paraplegia*).
- e. Triplegia, yaitu tiga anggota gerak mengalami kelumpuhan, misalnya tangan kanan dan kedua kakinya lumpuh, atau tangan kiri dan kedua kakinya lumpuh.
- f. Quadriplegia, anak jenis ini mengalami kelumpuhan seluruhnya anggota gerakannya. Mereka cacat pada kedua tangan dan kedua kakinya. Quadriplegia disebutnya juga tetraplegia.

Penggolongan Menurut Fisiologi

Dilihat dari fisiologi, yaitu segi gerak, letak kelainan terdapat di otak dan fungsi gerakannya (motorik), maka anak *Cerebral Palsy* dibedakan atas:

- a. Spastik. Tipe spastik ini ditandai dengan adanya gejala kekejangan atau kekakuan pada sebagian ataupun seluruh otot. Kekakuan itu timbul ketika akan bergerak sesuai dengan kehendak. Dalam keadaan ketergantungan emosional, kekakuan atau kekejangan itu akan makin bertambah, sebaliknya dalam keadaan tenang, gejala itu menjadi berkurang. Pada umumnya, anak *cerebral palsy* jenis spastik ini memiliki tingkat kecerdasan yang tidak terlalu rendah. Di antara mereka ada yang normal bahkan ada yang di atas normal.
- b. Athetoid. Pada tipe ini tidak terdapat kekejangan atau kekakuan. Otot-ototnya dapat digerakkan dengan mudah. Ciri khas tipe ini terdapat pada sistem gerakan. Hampir semua gerakan terjadi di luar kontrol dan koordinasi gerak.
- c. Ataxia. Ciri khas tipe ini adalah seperti kehilangan keseimbangan. Kekakuan hanya dapat terlihat dengan jelas saat berdiri atau berjalan. Gangguan utama pada tipe ini terletak pada sistem koordinasi dan pusat keseimbangan pada otak. Akibatnya, anak tipe ini mengalami gangguan dalam hal koordinasi ruang dan ukuran. Sebagai contoh dalam kehidupan sehari-hari adalah pada saat makan mulut terkatup terlebih dahulu sebelum sendok berisi makanan sampai ujung mulut.
- d. Tremor. Gejala yang tampak jelas pada tipe tremor adalah gerakan-gerakan kecil dan terus menerus berlangsung sehingga tampak seperti bentuk getaran-getaran. Gerakan itu dapat terjadi pada kepala, mata, tungkai, dan bibir.
- e. Rigid. Pada tipe ini dapat dijumpai kekakuan otot – tidak seperti pada tipe spastik– yaitu gerakannya tampak tidak ada keluwesan.
- f. Tipe campuran. Anak pada tipe ini menunjukkan dua ataupun lebih jenis gejala CP sehingga akibatnya lebih berat bila dibandingkan dengan anak yang hanya memiliki satu tipe CP.

2. Kelainan pada Sistem Otot dan Rangka (*Musculus Sceletel System*)

Penggolongan anak tunadaksa ke dalam kelompok sistem otot dan rangka didasarkan pada letak penyebab kelainan anggota tubuh yang mengalami kelainan, yaitu: kaki, tangan, sendi dan tulang belakang. Jenis-jenis kelainan sistem otak dan rangka antara lain, meliputi:

- a. *Poliomyelitis*. Penderita polio ini mengalami kelumpuhan otot sehingga otot akan mengecil dan tenaganya melemah. Peradangan akibat virus polio ini menyerang sumsum tulang belakang pada anak usia dua tahun sampai enam tahun.
- b. *Muscle Dystrophy*. Anak mengalami kelumpuhan pada fungsi otot. Kelumpuhan pada penderita *muscle dystrophy* sifatnya progresif, semakin hari semakin parah. Kondisi kelumpuhannya bersifat simetris, yaitu pada kedua tangan saja atau kedua kaki saja, atau pada kedua tangan dan kaki. Penyebab terjadinya *muscle dystrophy* belum diketahui secara pasti. Gejala anak menderita *muscle dystrophy* baru kelihatan setelah anak berusia tiga tahun, yaitu gerakan-gerakan yang lambat, di mana semakin hari keadaannya semakin mundur. Selain itu, jika berjalan sering terjatuh. Hal ini kemudian mengakibatkan anak tidak mampu berdiri dengan kedua kakinya dan harus duduk di atas kursi roda

4.3.3 Penyebab Tunadaksa

Ada beberapa macam sebab yang dapat menimbulkan kerusakan pada anak sehingga menjadi tunadaksa. Kerusakan tersebut ada yang terletak di jaringan otak, jaringan sumsum tulang belakang, serta pada sistem *musculus-skeletal*. Terdapat keragaman jenis tunadaksa, dan masing-masing timbul dari kerusakan yang berbeda-beda. Dilihat dari waktu terjadinya, kerusakan otak dapat terjadi pada masa sebelum lahir, saat lahir, dan sesudah lahir.

1. Sebelum Lahir (Fase Prenatal)

Kerusakan terjadi pada saat bayi masih dalam kandungan, yaitu disebabkan oleh:

- a. Infeksi atau penyakit yang menyerang ketika ibu mengandung sehingga menyerang otak bayi yang sedang dikandungnya.
- b. Kelainan kandungan yang menyebabkan peredaran terganggu, tali pusar tertekan, sehingga merusak pembentukan syaraf-syaraf di dalam otak.
- c. Bayi dalam kandungan terkena radiasi yang langsung mempengaruhi sistem syaraf pusat sehingga struktur maupun fungsinya terganggu.
- d. Ibu yang sedang mengandung mengalami trauma yang dapat mengakibatkan terganggunya pembentukan sistem syaraf pusat. Misalnya, ibu jatuh dan perutnya terbentur dengan cukup keras dan tepat terkena kepala bayi, maka dapat merusak sistem syaraf pusat.

2. Saat Kelahiran (Fase Natal/Perinatal)

Hal-hal yang dapat menimbulkan kerusakan otak bayi pada saat bayi dilahirkan, antara lain:

- a. Proses kelahiran yang terlalu lama karena tulang pinggang yang kecil pada ibu sehingga bayi mengalami kekurangan oksigen. Hal ini kemudian menyebabkan terganggunya sistem metabolisme dalam otak bayi sehingga jaringan syaraf pusat mengalami kerusakan.

- b. Pemakaian alat bantu berupa tang ketika proses kelahiran yang mengalami kesulitan sehingga dapat merusak jaringan syaraf otak pada bayi.
- c. Pemakaian anastesi yang melebihi ketentuan. Ibu yang melahirkan karena operasi dan menggunakan anastesi yang melebihi dosis dapat mempengaruhi sistem persyarafan otak bayi sehingga otak mengalami kelainan struktur ataupun fungsinya.

3. Setelah Proses Kelahiran (Fase Post Natal)

Fase setelah kelahiran adalah masa ketika bayi mulai dilahirkan sampai masa perkembangan otak dianggap selesai, yaitu pada usia kurang lebih lima tahun. Hal-hal yang dapat menyebabkan kecacatan setelah bayi lahir, adalah:

- a. Kecelakaan/trauma kepala
- b. Amputasi
- c. Infeksi penyakit yang menyerang otak.

4.3.4 Aspek Perkembangan Anak Tunadaksa

1. Perkembangan Kognitif

Proses perkembangan kognitif banyak ditentukan dari pengalaman-pengalaman individu sebagai hasil belajar. Proses perkembangan kognitif akan berjalan dengan baik apabila ada dukungan atau dorongan dari lingkungan. Seperti dikatakan Piaget bahwa setiap individu memiliki struktur kognitif dasar yang disebut *schema* (misalnya kemampuan untuk melakukan gerakan refleks, seperti menghisap, merangkak, menggenggam). *Schema* ini akan berkembang melalui belajar, dan terjadi proses adaptasi yang didahului oleh persepsi.

Anak tunadaksa dengan kerusakan alat tubuh, tidak ada masalah secara fisiologis dalam struktur kognitifnya. Masalah terjadi ketika anak tunadaksa mengalami hambatan dan mobilitas. Anak mengalami hambatan dalam melakukan dan mengembangkan gerakan-gerakan, sehingga dapat mengakibatkan hambatan secara keseluruhan pada perkembangan struktur kognitif anak tunadaksa. Dalam pengukuran intelegensi anak tunadaksa, sering ditemukan angka intelegensi yang cukup tinggi. Namun potensi kognitif yang cukup tinggi pada anak-anak tunadaksa ini seringkali belum dapat difungsikan secara optimal. Hambatan mobilitas, masalah emosi, kepribadian akan mempengaruhi anak tunadaksa dalam melakukan eksplorasi keluar.

2. Perkembangan Sosial, Emosi, dan Kepribadian

a. Perkembangan Sosial Anak Tunadaksa

Faktor utama terjadinya hambatan sosial ini bersumber pada sikap keluarga, teman-teman dan masyarakat. Ahmad Toha Muslim dan Sugiarmim (1996) menjelaskan bahwa sikap, perhatian keluarga dan lingkungan terhadap anak tunadaksa dapat mendorong anak untuk meningkatkan kemampuan bersosialisasi. Sikap-sikap positif yang ditunjukkan orang tua maupun teman-temannya akan lebih membantu anak dalam penerimaan diri terhadap kenyataan yang dihadapi, sehingga masalah-masalah perkembangan sosial dapat diatasi.

b. Perkembangan Emosi Anak Tunadaksa

Ketunaan yang ada pada anak tunadaksa secara khusus tidak akan menghambat dalam perkembangan emosi pada anak tunadaksa. Hambatan ini dialami setelah anak mengadakan interaksi dengan lingkungannya. Seringnya ditolak, seringnya mengalami kegagalan, ditambah kurangnya dukungan dari orangtua, menyebabkan anak tunadaksa sering nampak muram, sedih dan jarang menampakkan rasa senang.

c. Perkembangan Kepribadian Anak Tunadaksa

Perkembangan kepribadian anak banyak dimatangkan melalui pengalaman usia dini, terkait dengan keadaan fisik dan hal-hal yang mempengaruhi yaitu kesehatan, pemberian *cap/labelling* dari orang lain, intelegensi, pola asuh orangtua dan sikap masyarakat. Pada usia dini anak tunadaksa mengalami gangguan dalam fungsi mobilitas, gangguan pada waktu merangkak, berguling, berdiri dan berjalan. Kondisi ini apabila didukung dengan sikap yang negatif dari keluarga maupun masyarakat akan menjadikan pengalaman di usia dini yang sangat menyakitkan, dan dapat menjadikan pengalaman-pengalaman yang traumatis pada anak. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Tin (2008) dengan menggunakan tes grafis, ternyata ditemukan sebagian besar anak tunadaksa mempunyai perasaan rendah diri (*minder*), kurang percaya diri, kematangan sosialnya kurang, memiliki kondisi emosional negatif, menentang lingkungan, tertutup, mengalami kekecewaan hidup, dan kompensensi.

4.4 CEREBRAL PALSY

4.4.1 Pengertian *Cerebral Palsy*

Cerebral palsy menurut asal katanya berasal dari dua kata, yaitu *cerebral* atau *cerebrum* yang berarti otak, dan *palsy* yang berarti kekakuan. Menurut arti kata, *cerebral palsy* berarti kekakuan yang disebabkan oleh adanya kerusakan yang terletak di dalam otak.

Dapat disimpulkan bahwa *cerebral palsy* merupakan bagian dari tunadaksa, yaitu adanya kelainan gerak, sikap, ataupun bentuk tubuh, gangguan koordinasi dan bisa disertai gangguan psikologis dan sensoris, yang disebabkan oleh adanya kerusakan atau kecacatan pada masa perkembangan otak.

4.4.2 Karakteristik *Cerebral Palsy*

Anak *cerebral palsy* mengalami kerusakan pada *pyramidal tract* dan *extrapyramidal*. Kedua sistem tersebut berfungsi mengatur sistem motorik manusia. Oleh karena itu, anak mengalami gangguan fungsi motoriknya. Gangguan tersebut berupa kekakuan, kelumpuhan, gerakan-gerakan yang tidak dapat dikendalikan, gerakan ritmis, dan gangguan keseimbangan.

Selain gangguan motorik, anak tunadaksa juga ada yang mengalami gangguan pada fungsi sensoris. Gangguan itu berupa penglihatan, pendengaran, perabaan, dan kemampuan kesan gerak dan raba (*tactile-kinesthetic*).

Tingkat kecerdasan anak *cerebral palsy* pun berentang, mulai dari tingkat yang paling dasar, yaitu *idiocy* sampai *gifted*. Pengungkapan kemampuan tingkat kecerdasan anak *cerebral palsy* banyak mengalami kesukaran dan hambatan. Hambatan itu terjadi karena anak *cerebral palsy* mengalami gangguan bicara sehingga sukar mengemukakan jawaban saat menjalani tes, selain itu perangkat tes juga bisa memberikan hasil yang tidak valid.

Dari hasil penelitian ditemukan bahwa penyesuaian sosial anak-anak *cerebral palsy* rendah. Penyesuaian sosial seseorang berkaitan erat dengan konsep diri (Sawrey dan Telfold, dalam Widati, 2013). Konsep diri merupakan penilaian seseorang terhadap dirinya. Konsep diri bukan merupakan bawaan, tetapi diperoleh anak melalui interaksi dirinya dengan lingkungan.

4.4.3 Klasifikasi *Cerebral Palsy*

Cerebral palsy dapat digolongkan menjadi beberapa bagian, di antaranya:

1. Menurut Derajat Kecacatan

- a. Golongan ringan (*Mild*)
Anak-anak yang termasuk ke dalam golongan ini adalah mereka yang dapat berjalan tanpa menggunakan alat, berbicara tegas, dapat menolong dirinya sendiri dalam kehidupan sehari-hari. Meskipun cacat, tapi tidak akan mengganggu kehidupannya sehingga dapat beraktifitas dengan anak-anak normal lainnya.
- b. Golongan sedang (*Moderate*)
Golongan sedang dicirikan dengan mereka yang memerlukan latihan khusus untuk berbicara, berjalan, dan mengurus dirinya sendiri. Golongan ini memerlukan alat-alat khusus seperti *brace*, *crutches* untuk memperbaiki cacatnya.
- c. Golongan berat (*Severe*)
Yang termasuk ke dalam golongan ini adalah anak-anak yang tetap membutuhkan perawatan tetap dalam ambulasi, bicara, dan menolong dirinya sendiri. Prognosis hasil usaha peningkatan jelek, sehingga mereka tidak dapat hidup sendiri di tengah-tengah masyarakat.

2. Menurut Topografi

- a. Monoplegia, yaitu hanya satu anggota gerak yang lumpuh. Misalnya kaki kiri, kaki kanan dan kedua tangan normal.
- b. Hemiplegia, yaitu lumpuh anggota gerak atas dan bawah pada sisi yang sama. Misalnya tangan kanan dan kaki kanan, tangan kiri dan kaki kiri.
- c. Paraplegia, yaitu lumpuh pada kedua buah tungkai atau kakinya.
- d. Diplegia, yaitu lumpuh kedua tangan kanan dan kiri atau kedua kaki kanan dan kiri (untuk kaki disebut juga paraplegia).
- e. Triplegia, yaitu tiga anggota gerak mengalami kelumpuhan. Misalnya, tangan kanan dan kedua kakinya lumpuh, atau tangan kiri dan kedua kakinya lumpuh.
- f. Quadriplegia, yaitu menderita kelumpuhan pada seluruh anggota geraknya, yang disebut juga dengan tetraplegia.

3. Menurut Fisiologi

Berdasarkan fungsi letaknya (motorik), digolongkan:

- a. Spastik
Anak yang mengalami sistem ini menunjukkan kekejangan pada otot-ototnya, yang disebabkan oleh gerakan-gerakan kaku dan akan hilang dalam keadaan diam (tidur). Pada umumnya kekejangan ini akan menjadi hebat jika anak dalam keadaan marah atau sebaliknya dalam keadaan tenang.

- b. Athetoid
Anak yang mengalami athetoid, tidak mengalami kekejangan atau kekakuan. Otot-ototnya dapat bergerak dengan mudah, malah sering terjadi gerakan-gerakan yang timbul di luar kendalinya. Gerakan ini terdapat pada tangan, kaki, lidah, bibir dan mata.
- c. Tremor
Anak yang mengalami tremor sering melakukan gerakan-gerakan kecil yang berulang-ulang. Sering dijumpai anak yang salah satu anggota tubuhnya selalu bergerak.
- d. Rigid.
Gerakan-gerakannya golongan ini tampak sangat lambat dan kasar.
- e. Ataxia
Kelainannya terletak di otak kecil (*cerebellum*) sehingga penderita mengalami gangguan keseimbangan.

Klasifikasi lain berdasarkan letak kerusakannya:

1. Kerusakan Kulit Otak (Cortex Otak)

Fungsi korteks berhubungan dengan fungsi pergerakan otot, perasaan dan pikiran. Anak dengan *Cerebral Palsy* tipe ini memperlihatkan kelumpuhan atau kelemahan otot yang sering disertai gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Kelumpuhan bersifat spastik atau berbentuk kaku. Kelumpuhan ini bisa mengenai satu atau dua tungkai, separuh tubuh kiri/kanan, atau mengenai keempat anggota tubuh.

2. Kerusakan pada Ganglia Basalis yang Terletak di Tengah-tengah Otak

Bersama dengan otak kecil, ganglia basalis berfungsi agar setiap gerakan otot anggota tubuh berlangsung dengan sempurna. Kerusakan ganglia basalis menyebabkan gerakan yang kaku dan terputus-putus, dan sering terdapat gerakan di luar kemauan tubuh.

3. Kerusakan pada Otak Kecil

Otak kecil (*cerebellum*) pada dasar otak berfungsi sebagai koordinator gerakan, posisi dan keseimbangan tubuh. Kerusakan pada otak kecil menyebabkan keadaan yang disebut *ataxia*. Keadaan ini ditandai oleh cara jalan tak seimbang, sempoyongan, mungkin jatuh ke kiri atau ke kanan, dan sukar mengendalikan keseimbangan.

4. Spina Bifida

Merupakan kelainan bawaan yaitu saluran sumsum tulang belakang tidak tertutup sehingga sumsum dapat keluar melalui tulang belakang. Jenis *Spina Bifida*, antara lain:

- a. Spina Bifida Occulta
Kelainan ringan yaitu satu atau dua *columna vertebralis* tidak menutup dengan baik, tetapi jaringan syaraf tidak keluar dari tulang. Kelainan ini dapat dilihat dari foto rontgen.
- b. Spina Bifida Meningocele
Terlihat ada benjolan seperti tumor yang berupa cairan (bukan jaringan syaraf) yang terdapat pada punggung anak.

c. **Spina Bifida Myelomeningocele**

Terdapat benjolan yang berupa tumor, dan berisi benjolan syaraf. Dapat menimbulkan kelumpuhan, gangguan pada alat pembuangan. Penderita ini tidak dapat mengontrol b.a.k. dan b.a.b. sehingga diperlukan terapi pembedahan sesuai dengan keadaan anak. Pada penderita *spina bifida myelomeningocele* biasanya disertai keterbelakangan mental.

5. Convulsive (Kejang-kejang)/Epilepsy

Suatu kondisi di mana terjadi perubahan fungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba dan spontan. Serangan cenderung terjadi berulang-ulang, disertai dengan kehilangan kesadaran. Kejang-kejang biasanya terjadi karena gangguan fungsi otak seperti *cerebral palsy* atau juga dapat terjadi karena penyakit dan kondisi-kondisi tertentu, misalnya anoxia, pendarahan otak, infeksi akut, meningitis, encephalitis, atau panas tinggi. Keadaan kejang-kejang yang berat dapat melalui fase-fase sebagai berikut:

- a. Mula-mula anak sadar akan mendapat serangan dengan tanda-tanda merasa mencium sesuatu yang enak.
- b. Mukanya tiba-tiba pucat, pupil mata melebar, otot-otot berkontraksi (kejang), anak kehilangan kesadaran (pingsan) dan jatuh. Kadang-kadang kehilangan kontrol b.a.b. dan b.a.k. keadaan ini berlaku 30-40 detik. Fase ini disebut fase tonic/stiff.
- c. Fase clonic terjadi lebih kurang 2-5 menit. Anak menjadi kaku, terutama pada kaki dan tangan.

Apabila kejang berakhir, anak menjadi sadar lalu merasa pusing, lelah lalu tertidur lelap. Keadaan ini berlangsung beberapa menit sampai jam. Kadang-kadang serangan hanya ringan saja, di mana anak nampak seperti melamun, kehilangan kesadaran sebentar, dan tidak sampai pingsan. Gejala ini penting diketahui oleh guru dan teman-teman sekolahnya, agar dapat membantu anak mengenai apa yang harus dilakukan.

6. Poliomyelitis (Polio)

Sebelum tahun 1950 polio merupakan penyakit yang menakutkan, karena virus menyerang otak dan dapat menyebabkan perubahan bentuk kaki dan kelumpuhan, sehingga anak menderita cacat fisik, timpang, susah berjalan, dan perlu bantuan “braces” atau alat bantu lainnya. Penyakit ini dapat dicegah melalui imunisasi.

7. Muscular Distrophy

Merupakan kelemahan otot-otot secara progresif yang ditandai dengan pergantian sel-sel otot dengan jaringan lemak. Penyebab kelainan ini belum diketahui, diperkirakan karena keturunan yang dibawa oleh ibu lalu ditransmisikan kepada anak laki-laki. Kasus ini jarang terjadi pada anak perempuan.

Penyakit ini dapat didiagnosa ketika anak berumur 3 tahun dengan gejala adanya gangguan pada otot-otot yang nampak lemah. Hal ini kadang-kadang mengalami keterbelakangan mental ringan dan diasosiasikan dengan kerusakan otak. Anak dengan kelainan ini biasanya susah berjalan, dan mulai dapat berjalan umur 10-12 tahun. Anak nampak skoliosis, dan siklus hidupnya hanya sampai belasan tahun saja. Hal ini disebabkan karena kegagalan jantung dan infeksi paru-parunya.

8. Cacat Anggota Tubuh

Cacat anggota tubuh dapat terjadi karena *congenital* (bawaan) sejak lahir. Cacat tersebut bisa berupa anggota tidak lengkap misalnya tangan atau kaki yang buntung, jari-jari yang tidak lengkap, atau jari-jari yang tumbuh lebih (*polidactili*). Cacat bawaan dapat terjadi karena pengaruh obat-obatan yang diminum selama ibu hamil. Cacat tubuh juga bisa terjadi karena terjadi kecelakaan atau pembusukan anggota tubuh, yang menyebabkan anggota tubuh harus diamputasi.

9. Skoliosis

Skoliosis adalah gangguan dari posisi lekukan susunan tulang belakang yang membengkok ke arah lateral, sehingga bentuk badan nampak membengkok ke samping. Penyebabnya adalah karena neuromusculer yang disebabkan oleh *cerebral palsy*, kelemahan otot atau cedera pada tulang belakang.

Cacat bentuk pada skoliosis bertambah sesuai dengan pertumbuhan badan. Hal ini berarti bahwa lengkungan ringan yang dijumpai pada seorang anak berusia 14 tahun dan agak berat ketika di usia 10 tahun. Lengkungan skoliosis antara 20-40 derajat pada anak-anak yang belum dewasa merupakan indikasi perlunya pengobatan dengan alat penopang. Namun, bila kurang dari 20 derajat, agaknya belum memerlukan pengobatan khusus. Lengkungan di daerah dada yang besarnya lebih dari 60 derajat lambat sembuh, karena fungsi jantung dan paru-paru terganggu. Oleh karena itu pada lengkungan besar diperlukan pengobatan dengan cara operasi. Operasi pada skoliosis biasanya menggunakan kombinasi antara pemasangan *internal rod* (batang penegak yang dipasang di dalam tulang belakang) untuk meluruskan tulang belakang, dan penyatuan tulang-tulang belakang.

Berlangsung/lamanya tunadaksa dapat dibagi atas:

1. Cacat permanen.
2. *Indefinite* yaitu kondisi kecacatan yang muncul pada usia 15 tahun misalnya, dan mungkin akan hilang pada waktu tertentu.
3. *Temporary* yaitu kondisi kecacatan yang akan hilang sebelum 15 tahun.

Anak *cerebral palsy* akan mengalami kesulitan permasalahan, di antaranya kesulitan aktifitas motorik. Kesulitan aktifitas motorik ini dibagi atas tiga, yaitu:

1. Hiperaktif, anak tertarik oleh setiap rangsangan yang ia terima dan perhatiannya sangat mudah beralih dari satu objek ke objek yang lain.
2. Hipoaktif, gerakan lamban dan sangat kurang, tidak dapat menanggapi rangsang yang diterima.
3. Gangguan koordinasi motorik

Kesulitan sensoris bisa ada pada anak *cerebral palsy* yang dapat dibagi menjadi:

1. Gangguan persepsi yang menyebabkan sulit mengolah rangsangan visual, auditorium dan sulit dalam konsep bentuk ruang, warna, dan bunyi.
2. Gungguan emosi, yaitu adanya rasa rendah diri, pemalu, mudah tersinggung, pemaarah, keras kepala dan acuh tak acuh.
3. Gangguan bahasa dan bicara, disebabkan karena anak *cerebral palsy* tidak mendapatkan pengalaman untuk mendapatkan konsep bahasa yang menyebabkan timbulnya keterlambatan perkembangan bicara.

Ada dua hal yang menyebabkan keadaan anak *cerebral palsy* memiliki keterbatasan, yaitu sempitnya ruang lingkup gerak dan respon dari masyarakat. Hasil penelitian Helman menunjukkan bahwa 45% dari anak *cerebral palsy* memiliki keterbelakangan mental, 35% memiliki kemampuan kecerdasan rata-rata, 20% memiliki kemampuan di bawah rata-rata. (dalam Michael C. Hardman, 1999).

Hambatan perkembangan yang disebabkan oleh keterbatasan fungsi gerak sangat mempengaruhi eksplorasi lingkungan, sehingga menghambat perkembangan fungsi kognitif. Hambatan ini juga erat kaitannya dengan gangguan persepsi, gangguan penglihatan, pendengaran, perabaan, dan gangguan persepsi kinestetik.

Sebagaimana yang telah dijelaskan sebelumnya, bahwa *cerebral palsy* merupakan bagian dari tunadaksa, di mana adanya kelainan gerak, sikap, ataupun bentuk tubuh, gangguan koordinasi dan kadang-kadang disertai gangguan psikologis dan sensoris, yang disebabkan oleh adanya kerusakan atau kecacatan pada masa perkembangan otak.

Cerebral palsy terjadi karena kerusakan pada sistem rangka. Kerusakan pada sistem rangka ini tepatnya berada di tulang tengkorak yang tersusun atas 8 buah tulang yang menyusun kepala dan 14 buah tulang yang menyusun wajah, karena tulang tengkorak bagian kepala merupakan bingkai pelindung dari otak. *Cerebral palsy* ini dapat terjadi karena adanya kerusakan pada *pyramidal track* dan *extrapyramidal* yang merupakan pengatur sistem motorik manusia.

4.4.4 Perbedaan Tunadaksa dan *Cerebral Palsy*

Dalam buku Psikologi Anak Luar Biasa karya Dra. T. Sutjihati Somantri, M.Si, Psi (2004), dikatakan bahwa tunadaksa adalah suatu keadaan rusak atau terganggunya tubuh sebagai akibat dari gangguan bentuk dan hambatan pada tulang, otot, dan sendi, dalam fungsinya yang normal. Sedangkan *cerebral palsy* adalah salah satu bentuk *brain injury*. Adapun *brain injury* adalah suatu kondisi yang memengaruhi pengendalian sistem motorik sebagai akibat lesi (penyimpangan) dalam otak. *Brain injury* dapat juga diartikan sebagai suatu penyakit neuromuscular (syaraf otot) yang disebabkan oleh gangguan perkembangan atau kerusakan sebagian dari otak yang berhubungan dengan pengendalian fungsi motorik.

Berdasarkan pengertian di atas, penyandang tunadaksa dan *cerebral palsy* seharusnya dibedakan. Seorang yang menyandang tunadaksa adalah mereka yang sama sekali tidak dapat menggerakkan atau memfungsikan bagian tubuh yang mengalami gangguan atau kerusakan, sedangkan seorang yang menyandang *cerebral palsy* adalah mereka yang masih dapat menggerakkan anggota tubuhnya meskipun gerakannya terganggu karena kelainan tonus otot.

4.4.5 Dampak Ketunadaksaan / *Cerebral Palsy*

Tidak dapat dipungkiri bahwa fungsi motorik dalam kehidupan manusia sangat penting, terutama jika seseorang itu ingin mengadakan kontak dengan lingkungannya, baik lingkungan sosial maupun lingkungan alam sekitarnya. Maka peranan motorik sebagai sarana yang dapat mengantarkan seseorang untuk melakukan aktifitas mempunyai posisi yang sangat strategis, disamping kesertaan indra yang lain. Oleh karena itu, dengan terganggunya fungsi motorik sebagai akibat dari penyakit, kecelakaan atau bawaan sejak lahir, akan berpengaruh terhadap keharmonisan indra yang lain dan pada gilirannya akan berpengaruh pada fungsi bawaannya.

Ditinjau dari aspek psikologis, anak tunadaksa cenderung merasa malu, rendah diri dan sensitif, memisahkan diri dari lingkungan. Disamping itu terdapat beberapa problema penyerta bagi anak tunadaksa antara lain:

1. Gangguan Penglihatan
Penelitian tentang kekurangan atau gangguan penglihatan pada anak tunadaksa dan/atau *cerebral palsy* menunjukkan bahwa sejumlah besar dari mereka juga mengalami penyimpangan penglihatan.
2. Gangguan Pendengaran
Masalah lain yang dihadapi oleh anak *cerebral palsy* adalah gangguan ketajaman pendengaran. Semula ada keraguan bahwa kerusakan otak dapat berpengaruh pada kemampuan atau ketajaman pendengaran. Hal ini didasari pemikiran bahwa pendengaran tidak memiliki fungsi-fungsi motor, dan berbeda dengan penglihatan yang dibantu otot-otot mata.
3. Gangguan Bicara
Kelainan bicara yang dialami anak *cerebral palsy* antara lain *dysarthria* (gangguan bicara pada bagian artikulasinya akibat lemahnya pengontrolan gerak), *delayed speech* (gangguan bicara karena keterbelakangan mental dan disfungsinya otak), *voice disorder* (gangguan pita suara), *stuttering* (gagap), serta *aphasia* (gangguan bahasa verbal).
4. Gangguan Persepsi
Gangguan lain yang bersifat psikologis dari anak *cerebral palsy* adalah gangguan persepsi. Persepsi dalam beberapa referensi disepakati mencakup pendengaran (*auditory*), penglihatan (*visual*), sentuhan (*tactile*), serta kepekaan modalitas yang lain. Secara kuantitatif anak tunadaksa ortopedi tidak menunjukkan perbedaan dengan yang lain, sebab dalam beberapa studi memang tidak terbukti dan problem penyesuaian diri lebih banyak terjadi pada anak tunadaksa ortopedi, sehingga harus dilihat lagi dari sisi lain, diantaranya:
 - a. Sikap lingkungan masyarakat terhadap ketunadaksaan yang diderita anak.
 - b. Sikap lingkungan keluarga terhadap ketunadaksaan yang diderita anaknya.
 - c. Reaksi penderita sendiri terhadap sikap lingkungan dan terhadap kecacatannya.

Dapat disimpulkan bahwa masalah untuk anak tunadaksa bukan saja karena kondisi fisiknya yang berkelainan, melainkan masalah sosial dan psikologis pun harus turut diperhatikan.

Masalah-masalah yang berkaitan dengan anak tunadaksa menyangkut masalah biologis (fisiologis tubuh), masalah psikologis, dan masalah sosial.

1. Masalah biologis
Akibat dari kerusakan sistem syaraf, baik susunan syaraf pusat di otak maupun sumsum tulang belakang, dapat menimbulkan berbagai gangguan fungsi fisiologis tubuh, seperti:
 - a. Gangguan reflek. Sistem refleksi diperlukan untuk menjaga tubuh dari kejadian-kejadian yang membahayakan.
 - b. Gangguan perasaan kulit.
 - c. Gangguan fungsi sensoris.
 - d. Gangguan pengaturan sikap dan gerak.
 - e. Gangguan fungsi metabolisme dan sistem endokrin.

- f. Gangguan fungsi gastrointestinal, yaitu gangguan fungsi pencernaan dari rongga mulut sampai ke colon dan anus yang menyebabkan anak tidak dapat mengontrol keluarnya feses
 - g. Gangguan fungsi sirkulasi darah
 - h. Gangguan fungsi pernafasan
 - i. Gangguan pembentukan ekresi urine yang menyebabkan kesulitan dalam mengontrol saat buang air kecil
2. Masalah psikologis
- Setiap anak cacat fisik akan merasa beban dan problema bagi dirinya untuk menyesuaikan diri dengan keadaannya yang baru/cacat. Keadaan yang dapat menjadi *stressor*, adalah:
- a. Cacat fisik dapat dilihat dari luar. Anak akan melihat keadaan tubuhnya tidak normal. Reaksi yang ditunjukkan dapat berupa berdiam diri karena depresi, menyalahkan diri sendiri. Anak menjadi malu, murung, sedih, melamun, menyendiri dan berputus asa. Dibutuhkan pengertian dari berbagai pihak untuk dapat mengerti keadaan dirinya
 - b. Pengalaman di rumah sakit. Anak banyak berpisah dengan orang terdekatnya, selain itu juga kehilangan banyak waktu untuk bermain. Di rumah sakit, anak dirawat oleh orang baru yang belum dikenal, harus mengikuti prosedur perawatan yang tidak disukai anak, yang mengakibatkan pada perubahan psikologis. Anak merasa kehilangan kebebasan dan rasa amannya. Situasi rumah sakit itu sendiri menjadi *stressor* bagi anak.
 - c. Konsep sehat-sakit. Anak biasanya memiliki konsep mengenai sehat dan sakit dari orangtuanya. Misal, kalau sakit disuntik, diberi obat atau masuk ke rumah sakit. Hal ini akan menambah beban pikiran anak, ia menjadi takut kalau diajak berobat atau menghadapi pemeriksaan.
3. Masalah sosial
- Berkaitan erat dengan masalah psikologis anak. Anak yang tidak mampu mengatasi krisis yang terjadi pada dirinya akan mengakibatkan anak lebih tertekan, menyesali diri terus menerus, dan marah pada anak yang sehat. Anak tidak mau berinteraksi dengan lingkungan, mengurung diri, mengisolasi diri, curiga terhadap setiap orang karena merasa akan dihina sehingga anak tidak merasa aman dengan dirinya.

4.4.6 Layanan Pendidikan dan Rehabilitasi Anak Tunadaksa

Layanan pendidikan anak tunadaksa memiliki subtansi-subtansi, diantaranya mengenai tujuan pendidikan anak tunadaksa, tempat pendidikan, sistem pendidikan, dan pelaksanaan kegiatan belajar mengajar bagi anak tunadaksa.

1. Tujuan Pendidikan Anak Tunadaksa

Tujuan pendidikan anak tunadaksa mengacu pada Peraturan Pemerintah No. 72 Tahun 1991 agar peserta didik mampu mengembangkan sikap, pengetahuan, dan keterampilan sebagai pribadi maupun anggota masyarakat dalam mengadakan hubungan timbal balik dengan lingkungan sosial, budaya, dan alam sekitar serta dapat mengembangkan kemampuan dalam dunia kerja atau mengikuti pendidikan lanjutan. Sasaran pendidikan pada tunadaksa bersifat *dual purpose* (ganda), yaitu berkaitan dengan pemulihan fungsi fisik dan pengembangan dalam pendidikannya. Tujuan utamanya adalah terbentuknya kemandirian dan keutuhan pribadi anak tunadaksa.

Pendidikan anak tunadaksa perlu mengembangkan 7 aspek, yaitu:

- a. **Pengembangan Intelektual dan Akademik**
Dapat dilaksanakan secara formal di sekolah melalui kegiatan pembelajaran. Di sekolah khusus anak tunadaksa (SLB-D) tersedia seperangkat kurikulum dengan semua pedoman pelaksanaannya, namun hal yang lebih penting adalah pemberian kesempatan dan perhatian khusus pada anak tunadaksa untuk mengoptimalkan perkembangan intelektual dan akademiknya.
- b. **Membantu Perkembangan Fisik**
Dalam proses pendidikan, guru turut bertanggung jawab terhadap pengembangan fisiknya dengan cara bekerja sama dengan staf medis. Hambatan utama dalam belajar adalah adanya gangguan motorik, sehingga guru membantu memelihara kesehatan fisik anak, mengoreksi gerakan anak yang salah dan mengembangkan ke arah gerak yang normal.
- c. **Meningkatkan Perkembangan Emosi dan Penerimaan Diri Anak**
Dalam proses pendidikan, para guru bekerja sama dengan psikolog untuk menanamkan konsep diri yang positif terhadap ketunaan agar dapat menerima dirinya. Hal ini dapat dilakukan dengan menciptakan lingkungan sekolah yang kondusif sehingga dapat mendorong terciptanya interaksi yang harmonis.
- d. **Mematangkan Aspek Sosial**
Aspek sosial meliputi kegiatan kelompok dan kebersamaan yang perlu dikembangkan melalui pemberian peran kepada anak tunadaksa agar turut serta bertanggung jawab atas tugas yang diberikan serta dapat bekerja sama dengan kelompoknya.
- e. **Mematangkan Moral dan Spiritual**
Dalam proses pendidikan perlu diajarkan kepada anak tentang nilai-nilai, norma kehidupan, dan keagamaan. Hal ini perlu ditanamkan agar anak tunadaksa memiliki kematangan moral dan spiritual, menerima secara ikhlas keadaan dirinya dan mau terus berupaya untuk mandiri dan mengembangkan potensinya serta bermanfaat bagi lingkungan.
- f. **Meningkatkan ekspresi diri**
Ekspresi diri anak tunadaksa perlu ditingkatkan melalui kegiatan kesenian, keterampilan atau kerajinan.
- g. **Mempersiapkan Masa Depan Anak**
Dalam proses pendidikan, guru dan personel lainnya bertugas untuk menyiapkan masa depan anak. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara membiasakan anak bekerja sesuai dengan kemampuannya, membekali mereka dengan latihan keterampilan yang menghasilkan sesuatu yang dapat dijadikan bekal hidupnya.

2. Rehabilitasi Anak Tunadaksa

Rehabilitasi bagi penyandang tunadaksa yang dimaksud adalah agar anak memiliki kesanggupan untuk berbuat sesuatu yang berguna baik bagi dirinya maupun orang lain. Kelainan pada fungsi anggota tubuh, baik yang tergolong pada tunadaksa ortopedi maupun neurologis akan berpengaruh terhadap kemampuan fisik, mental, dan sosial dalam meniti tugas perkembangannya. Oleh karena itu, tekanan rehabilitasi penderita tunadaksa hendaknya menitikberatkan kepada aspek-aspek tersebut. Jenis rehabilitasi bagi penyandang tunadaksa menurut kebutuhannya, antara lain:

a. Rehabilitasi Medis

Dalam rehabilitasi medis ada beberapa teknik yang dapat digunakan, antara lain operasi ortopedi, fisioterapi, *actives in daily living* (ADL), *occupational therapy* atau terapi tugas, pemberian protease, pemberian alat-alat ortopedi, dan bantuan teknis lainnya. Operasi ortopedi dilakukan sebagai usaha untuk memperbaiki salah bentuk dan salah gerak dengan mengurangi atau menghilangkan bagian yang menyebabkan terjadinya kesalahan bentuk atau gerak.

Fisioterapi adalah melatih otot-otot bagian badan yang mengalami kelainan. Fisioterapi ini dilakukan sebelum dan sesudah dilakukan tindakan medis. Dalam latihan ini melibatkan otot atau gerak secara aktif melalui berbagai kegiatan fisik, latihan berjalan, latihan keseimbangan, dan dengan bantuan alat. Untuk latihan fisioterapi ini sarana dan metode yang digunakan sangat bervariasi, meliputi penggunaan air (*hydrotherapy*), penggunaan panas sinar (*thermotherapy*), penggunaan listrik (*electric therapy*), penggunaan gerak-gerak (*kinesiotherapy*), atau melalui pijatan (*massage*).

Activities daily living adalah latihan berbagai kegiatan sehari-hari, dengan maksud untuk melatih penderita agar mampu melakukan gerakan atau perbuatan menurut keterbatasan kemampuan fisiknya. Latihan kegiatan sehari-hari dapat dikaitkan dengan aktivitas di lingkungan rumah maupun dalam hubungannya dengan pekerjaan dan kehidupan sosialnya.

Occupational therapy adalah bentuk usaha atau aktifitas bersifat fisik dan psikis dengan tujuan membantu penderita tunadaksa agar menjadi lebih baik dan kuat dari kondisi sebelumnya melalui sejumlah tugas atau pekerjaan tertentu. Sarana yang dapat digunakan dalam kegiatan terapi tugas ini antara lain melukis, memahat, membuat kerajinan tangan, menyulam, merajut, untuk melatih kemampuan tangan.

Pemberian *protease* adalah pemberian perangkat tiruan untuk mengganti bagian-bagian dari tubuh yang hilang atau cacat, misalnya kaki tiruan, tangan tiruan, mata tiruan, gigi tiruan. Dilihat dari kegunaannya *protease* bagi penyandang tunadaksa dapat bersifat fungsional (mampu menggantikan fungsi tubuh lain) dan bersifat kosmetik (sebagai pelengkap untuk menambah kepantasan atau keindahan). Perangkat ortopedi adalah perangkat yang berfungsi untuk menguatkan bagian-bagian tubuh yang lemah atau layu.

b. Rehabilitasi Vokasional

Rehabilitasi vokasional atau karya adalah rehabilitasi penderita tunadaksa yang bertujuan untuk memberi kesempatan mereka untuk bekerja. Metode atau pendekatan yang lazim digunakan dalam rehabilitasi vokasi ini, antara lain:

- 1) *Counseling*, adalah penyuluhan yang bertujuan untuk menumbuhkan keberanian atau kemauan penderita tunadaksa yang diperoleh setelah lahir.
- 2) *Revalidasi*, merupakan upaya mempersiapkan fisik, mental, dan sosial anak tunadaksa untuk memperoleh bimbingan jabatan dan latihan kerja.
- 3) *Vocasional guide*, adalah pemberian bimbingan kepada penderita tunadaksa dalam kaitannya pemilihan jabatan yang sesuai dengan kondisinya.
- 4) *Vocasional assessment*, merupakan penilaian terhadap kemampuan penyandang kelainan melalui sebuah bengkel kerja dalam melakukan berbagai aktivitas keterampilan.

- 5) *Team work*, adalah kerjasama antar berbagai ahli yang tergabung dalam tim rehabilitasi, seperti kedokteran, ahli terapi fisik, pekerja sosial, konselor, psikolog, ortopedagog.
- 6) *Vocasional training*, adalah pemberian kesempatan latihan kerja agar penyandang tunadaksa mandiri dan produktif, serta berguna bagi masyarakat di sekitarnya.
- 7) *Selective placement*, adalah penempatan para penyandang tunadaksa pada jabatan setelah selesai menjalani pendidikan dan latihan selama rehabilitasi.
- 8) *Follow up*, adalah tindak lanjut yang dilaksanakan setelah penyandang tunadaksa menempati jabatan pekerjaan.

c. Rehabilitasi Psikososial

Rehabilitasi psikososial adalah rehabilitasi untuk mengurangi dampak psikososial yang kurang menguntungkan bagi perkembangan anak tunadaksa. Pelaksanaan rehabilitasi psikososial dalam kaitannya dengan program rehabilitasi yang lain dilakukan secara bersamaan dan terintegrasi. Sasaran yang hendak dicapai dalam program rehabilitasi psikososial ini secara khusus, yaitu:

- 1) Meminimalkan dampak psikososial sebagai akibat kelainan yang dideritanya, seperti rendah diri, putus asa, mudah tersinggung, cemas, lekas marah, dan depresi.
- 2) Meningkatkan kemampuan dan kepercayaan diri, memupuk semangat juang dalam meraih kehidupan dan penghidupan yang lebih baik, serta menyadarkan pada tanggung jawab diri sendiri, keluarga, masyarakat dan negara.
- 3) Mempersiapkan mental penyandang kelainan kelak setelah terjun di masyarakat sehingga dapat berperan aktif tanpa harus merasa canggung atau terbebani oleh ketunaan atau kelainannya.

KASUS

Pada tanggal 27 Agustus 2013 pasien datang bersama ibunya ke Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Abdul Malik dengan keluhan belum bisa duduk dan berjalan sesuai dengan usianya. Menurut keterangan dari ibu pasien, saat berusia 3 bulan pasien dapat menggenggam jari tangan ibunya dengan kuat dan benda-benda yang diberikan kepadanya. Pasien juga dapat tengkurap dengan kepala diangkat saat usia 6 bulan. Pada usia 9 bulan pasien diajari untuk duduk, merangkak dan berjalan, namun pasien tidak melakukannya. Pasien dibantu berjalan oleh ibunya dengan memegang kedua tangannya, saat berjalan kedua kaki pasien tampak lurus dan suka menyilang saat melangkah, dan ketika ibu melepaskan tangannya, pasien pun jatuh.

Pasien hanya bisa mengucapkan 1 kata yaitu “mama” namun kurang jelas. Ibu pasien menyadari bahwa anaknya mengalami keterlambatan bicara, duduk dan berjalan yang seharusnya dapat dilakukan sesuai usianya. Pasien selalu dalam posisi tengkurap dan menyeret kakinya dalam kesehariannya. Pasien sulit bergaul dengan teman-teman sebayanya karena yang keadaannya sehingga pasien lebih sering bermain di rumah.

Pada riwayat prenatal, pemeriksaan saat kehamilan teratur dengan bidan dan merupakan kehamilan yang diinginkan. Ibu tidak memiliki riwayat penyakit saat hamil. Selama hamil ibu mengonsumsi suplemen vitamin (tablet zat besi dan kalsium) yang didapatkan dari bidan. Ibu juga mendapatkan imunisasi tetanus toksoid sebanyak 2 kali. Ibu mengaku tidak minum jamu atau obat selama hamil. Sebelumnya Ibu menggunakan pil kontrasepsi.

Pada riwayat perinatal, persalinan pada saat usia kehamilan 8 bulan dengan berat badan 2700 gram dan panjang badan 38cm. Persalinan dibantu oleh bidan. Ibu mengalami ketuban pecah dini dengan lama persalinan 30 menit. Bayi lahir normal melewati jalan lahir dengan posisi letak kepala. Air ketuban jernih dan tidak berbau. Keadaan setelah dilahirkan langsung menangis kuat.

Pada riwayat postnatal, setelah satu hari lahir bayi tampak kuning dan langsung dibawa ke RSAM dan dirawat diruang neonatus. Sedangkan pada sosial ekonomi, kepala keluarga memiliki penghasilan sebesar Rp. 1.500.000–Rp. 2.000.000/bulan. Jika ditinjau dari riwayat makanan, pasien mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan dan makanan pendamping ASI. Ketika dilakukan pemeriksaan fisik. Keadaan umum pasien baik dengan frekuensi nadi 96x/menit, nafas 24x/menit, suhu 36,8C, berat badan 13kg, dan panjang badan 89cm, lingkar kepala 48cm, lingkar lengan 15cm, dan status gizi baik.

Pada pemeriksaan mata, didapatkan starbismus konvergen, pada pemeriksaan ekstremitas superior didapatkan reflek primitif yaitu grasping reflex yang positif pada kedua tangan. Pada ekstremitas inferior, didapatkan tonus otot hipertonus, spastik, dan scissor gait's phenomena pada kedua kaki saat berjalan.

Pasien didiagnosa cerebral palsy. Insidensi dari Cerebral palsy sebanyak 2 kasus per 1000 kelahiran hidup, dimana 5 dari 1000 anak memperlihatkan defisit motorik yang sesuai dengan Cerebral palsy (Rudolf CD *et al*; 2003). Sekitar 50% kasus termasuk ringan dan 10% termasuk kasus berat. 25% memiliki intelegensia (IQ) rata-rata normal sementara 30% kasus menunjukkan IQ dibawah 70, 35% disertai kejang dan 50% menunjukkan gangguan bicara. Laki-laki lebih banyak dari perempuan (1,4 : 1,0), dengan rata-rata 70 % ada pada tipe spastik, 15% tipe atetotic, 5% ataksia, dan sisanya campuran (Rudolf CD *et al*; 2003; Saharso D, 2006). Etiologi dari Cerebral palsy dapat dibagi menjadi 3 bagian yaitu prenatal, perinatal, dan pascanatal (Staf Pengajar IKA FKUI, 2007).

4.5 TUNAGANDA

4.5.1 Definisi Tunaganda

Anak tunaganda dan tuna majemuk merupakan anak yang menderita dua atau lebih kelainan dalam segi jasmani, keinderaan, mental, sosial, dan emosi, sehingga untuk mencapai perkembangan kemampuan yang optimal diperlukan pelayanan khusus dalam pendidikan, medis, dan psikologis. Anak tunaganda dan tuna majemuk membutuhkan dukungan besar pada lebih dari satu aktivitas hidup yang utama, seperti mobilitas, komunikasi, pengurusan diri, tinggal mandiri, bekerja, dan pemenuhan diri (Hallahan & Kauffman, 2006).

Yang termasuk anak tunaganda, antara lain:

1. Tunanetra-tunarungu
2. Tunanetra-tunadaksa
3. Tunanetra-tunagrahita
4. Tunanetra-tunalaras
5. Tunanetra-kesulitan belajar khusus
6. Tunarungu-tunadaksa
7. Tunarungu-tunagrahita
8. Tunadaksa-tunagrahita

4.5.2 Prevalensi Tunaganda

Prevalensi yang tepat sulit untuk dijelaskan namun diketahui bahwa *traumatic brain injury* (TBI) muncul pada usia anak-anak dan remaja. Diperkirakan setiap tahunnya sekitar 0,5% dari anak usia sekolah mengidap TBI. Pada saat mereka lulus dari sekolah menengah, diperkirakan sekitar 4% mengidap TBI. Laki-laki cenderung lebih mudah mengalami TBI daripada perempuan, dan rentang usia munculnya TBI biasanya pada tahap remaja akhir atau dewasa awal.

4.5.3 Karakteristik Tunaganda

Tunaganda dapat diartikan sebagai mereka yang mempunyai kelainan perkembangan mencakup kelompok yang mempunyai hambatan-hambatan perkembangan neurologis yang disebabkan oleh satu atau dua kombinasi kelainan dalam kemampuan seperti inteligensi, gerak, bahasa, atau hubungan pribadi di masyarakat. Definisi kelainan perkembangan secara ganda menurut hukum di Amerika, diperjelas sebagai berikut:

1. Mereka yang dikelompokkan ke dalam kelainan ganda antara tunagrahita, *cerebral palsy*, epilepsi, atau autism; mereka yang termasuk mempunyai kondisi lain yang bertendensi ke arah kelainan tunagrahita dengan kondisi-kondisi kelainan fungsi secara menyeluruh, atau kelainan perilaku adaptif yang memerlukan penyembuhan dan layanan-layanan yang sama seperti dengan yang memiliki kelainan *cerebral palsy*, epilepsy, dan autism.
2. Dimulai sebelum berumur 18 tahun.
3. Kelainan terjadi secara terus menerus atau bertendensi ke arah yang berkelanjutan.
4. Kelainan substansi kemampuan seseorang untuk berfungsi secara normal dalam masyarakat.

Definisi yang diungkap dalam hukum di Amerika juga menyebutkan bahwa kelainan ganda mencakup kelainan perkembangan dalam fungsi adaptif. Tunaganda diartikan sebagai kelainan yang saling berkaitan. Kombinasi tingkat kelainan berat merupakan kasus permasalahan pendidikan yang layanannya tidak hanya ditujukan pada salah satu dari kelainan saja. Namun istilah tunaganda belum termasuk untuk mereka yang dikategorikan dengan anak buta tuli.

Buta tuli merupakan kelainan yang saling berkaitan antara kesulitan pendengaran dan penglihatan, kombinasi kasus kesulitan berkomunikasi yang berat dengan kelainan perkembangan. Dalam dunia pendidikan, masalah tersebut belum banyak diberi perhatian. Layanan pendidikan biasanya hanya diberikan pada anak yang memiliki salah satu kelainan tersebut, dengan kelainan pendengaran saja atau anak dengan kelainan penglihatan saja.

Walker (1975) mengemukakan pendapatnya tentang tunaganda, sebagai berikut:

1. Seseorang dengan dua hambatan yang masing-masing memerlukan layanan pendidikan khusus.
2. Seseorang dengan hambatan ganda yang memerlukan layanan teknologi.
3. Seseorang dengan hambatan yang memerlukan modifikasi metode secara khusus.

Karakteristik Psikologis dan Tingkah Laku

1. Ciri-ciri Jasmaniah, antara lain:
 - a. Gangguan refleks
 - b. Gangguan perasaan kulit
 - c. Gangguan sensoris
 - d. Gangguan pengaturan sikap dan gerak (motorik)
 - e. Gangguan sistem metabolisme dan sistem endokrin
 - f. Gangguan fungsi gastrointestinal
 - g. Gangguan fungsi sirkulasi udara
 - h. Gangguan fungsi pernapasan
 - i. Gangguan pembentukan ekresi urine

2. Ciri-ciri Rohaniah/Mental/Intelektual

Kecerdasan atau intelektual anak tunaganda dan majemuk sangat bervariasi, hal ini sesuai dengan tingkat kelainan yang di derita anak yang begitu kompleks dibandingkan anak cacat pada umumnya. Mereka seringkali mengalami gangguan dalam kemampuan intelektual, kehidupan emosi dan sosialnya, seperti: *emotional disorder*, hiperaktif, gangguan pemusatan perhatian, toleransi terhadap kekecewaan rendah, berpusat pada diri sendiri, depresi, dan cemas. Dengan demikian membawa beban psikologis yang berat pada penderita tunaganda dan majemuk.

3. Ciri-ciri Sosial

Adapun ciri-ciri sosial anak tunaganda dan majemuk, antara lain:

- a. Hambatan fisik dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari
- b. Rasa rendah diri
- c. Isolatif
- d. Kurang percaya diri
- e. Hambatan dalam ketrampilan kerja
- f. Hambatan dalam melaksanakan kegiatan sosial.

4.5.4 Klasifikasi Tunaganda

Menurut Hallahan, dkk (dalam Mangunsong, 2011), ada beberapa keterbatasan yang digolongkan *severe disability*, diantaranya:

1. Traumatic Brain Injury (TBI)

TBI adalah kerusakan otak yang disebabkan oleh trauma oleh kejadian tertentu, setelah seseorang mengalami perkembangan otak yang normal. Secara spesifik Hallahan, dkk mendefinisikan TBI dalam empat kategori, yaitu:

- a. Adanya kerusakan pada otak yang disebabkan oleh tekanan/benturan dari luar.
- b. Kerusakan tidak disebabkan oleh *degenerative* atau *congenital*.
- c. Berkurangnya atau berubahnya keadaan kesadaran.
- d. Adanya kegagalan dari fungsi *neurological* dan *neurobehavior* yang disebabkan oleh kecelakaan tersebut.

2. Deaf – Blindness (Buta-Tuli)

Menurut IDEA (dalam Mangunsong, 2011), buta tuli berarti kegagalan kemampuan mendengarkan dan melihat yang menyebabkan timbulnya masalah yang parah dalam hal komunikasi, perkembangan, dan kebutuhan belajar yang tidak dapat diakomodasi semata-mata oleh pendidikan khusus bagi anak-anak buta atau tuli saja. Karakteristik anak buta tuli memiliki masalah dalam tiga hal yaitu: mengakses informasi, komunikasi, dan navigasi lingkungan.

4.5.5 Penyebab Tunaganda

Sebab-sebab terjadinya hambatan pada anak tunaganda dan majemuk ada banyak dan biasanya menjadi cukup kompleks. Pentingnya faktor etiologi adalah untuk menentukan prognosa dan pendidikan mereka dengan tepat, baik mengenai prosedur maupun tekniknya. Di samping itu juga untuk menentukan rehabilitasi yang tepat dalam masyarakat.

Faktor etiologi

1. Luka otak (*Brain Injury*), sebab-sebabnya adalah:
 - a. Luka waktu lahir, bisa karena proses kelahiran yang sukar.
 - b. *Hydrocephalus*, yaitu penyakit berupa pembesaran kepala/lapisan tempurung otak akibat banyaknya produksi cairan otak, yang bisa menimbulkan tekanan pada dahi dan mata.
 - c. *Cerebral anoxia*, yaitu kurangnya oksigen pada otak.
 - d. Penyakit infeksi, misalkan: TBC, cacar, meningitis dan encephalitis
2. Gangguan fisiologis, seperti:
 - a. *Rubelle german measles*, yaitu sejenis campak jerman.
 - b. Actor Rh, yaitu kelainan rhesus darah.
 - c. Mongolism, yaitu cacat mental akibat kelainan kromosom.
 - d. Cretinism, yaitu pertumbuhan fisik menjadi kerdil akibat kelainan genetic.
3. Faktor keturunan, diantaranya:
 - a. Kerusakan pada benih plasma
 - b. Hasil perkawinan ayah dan ibu yang rendah inteligensi dapat diturunkan pada anak (*feble-minded*)

Penyebab Buta-Tuli

1. Sindrom genetika / kromosomal
 - a. Sindrom CHANGE (*Coloboma (cranial serve), Heart defect, Atresia of the cheane, Ratardation in growth and mental development, Genital abnormalitation, Ear malformation of hearing less*). Anak-anak dengan sindrom CHANGE biasanya lahir normal namun karena masalah jantung, pernapasan dan hormonal menyebabkan terhambatnya proses penyerapan nutrisi ke dalam tubuh yang pada akhirnya menghambat perkembangan yang juga bisa membuat kegagalan kemampuan mental.
 - b. Sindrom usher, menyebabkan gagal berfungsinya kemampuan mendengar dan retinitis pigmentosa, yang adalah kondisi bawaan yang disebabkan oleh tidak berkembangnya atau

menurunnya kemampuan retina yang menyebabkan berkurangnya kemampuan melihat dan kemampuan melihat pada cahaya yang minim (*night vision*).

- c. Sindrom down, disebabkan oleh masalah kegagalan transfer genetika yang pada beberapa kasus juga menyebabkan buta-tuli.
2. Kondisi sebelum lahir
Rabella/german measles dan cytomegalovirus (CMV) yang dapat menyebabkan kecacatan mental dan buta tuli
3. Kondisi setelah lahir
Meningitis dan TBI juga dapat menyebabkan cacat mental dan buta-tuli

4.5.6 Identifikasi Tunaganda

Adapun usaha mengenali kemampuan anak tunaganda perlu dilakukan agar rehabilitasi pendidikan bagi anak ini bisa dilaksanakan. Program pelayanan yang bisa dilaksanakan dalam hubungan dengan kegiatan ini, adalah:

1. Mengadakan anamnesa dengan orangtua/wali yang banyak mengetahui keadaan perkembangan anak sejak masih di kandungan, lahir hingga saat ini.
2. Melakukan pemeriksaan psikologis terhadap anak dengan cara:
 - a. Mengukur pengetahuan anak dengan tes-tes psikologis yang baku. Misalnya: tes inteligensi dari Weschler dan Stanford binet
 - b. Menggunakan tes yang sifatnya informal / tidak baku, yaitu melalui berbagai macam permainan, serta mengadakan komunikasi dengan anak
 - c. Mengadakan observasi yang cermat, dimana hal-hal yang perlu diobservasi antara lain: penampilan fisik, tingkah laku anak, serta cara bicara.

4.5.7 Dampak Perkembangan Tunaganda

Dampak dari TBI sangat bervariasi, dari ringan sampai berat, yang bersifat sementara sampai permanen. Kemungkinan dampak yang disebabkan dari TBI, adalah:

1. Masalah dalam mengingat sesuatu.
2. Masalah dalam mempelajari informasi yang baru.
3. Masalah dalam berbicara atau kemampuan berbahasa.
4. Kesulitan dalam membuat urutan-urutan.
5. Kesulitan dalam memproses informasi.
6. Sangat tidak seimbang dalam performa atau kemampuan.
7. Sangat ekstrim dalam hal tidak adanya kestabilan dalam perkembangan.
8. Menampilkan perilaku yang tidak sesuai.
9. Gagal dalam memahami humor atau situasi sosial.
10. Mudah merasa lelah, frustrasi atau marah.
11. Memiliki kecemasan dan ketakutan yang tidak beralasan.
12. Mudah tersinggung.
13. Menampilkan perubahan *mood* yang ekstrim dan tiba-tiba.

14. Depresi, yaitu mudah sedih dan terpuruk.
15. Agresif, yaitu menunjukkan emosi marah secara berlebihan.

Satu dari ketidakmampuan pada TBI terkadang tidak terlihat, seperti ketidakmampuan belajar, dimana hal tersebut bukanlah sesuatu yang diperhatikan pertama kali pada seseorang. Pada beberapa kasus, orang dengan TBI mengalami kelumpuhan bicara atau beberapa indikasi kerusakan otak yang lebih mudah terlihat. Pada beberapa kasus lainnya, penderita TBI menampilkan perilaku sama seperti orang pada umumnya.

Menurut Dell Orto dan Power, masalah lain yang dialami anak TBI adalah penurunan kemampuan akademis dan seringkali membuat guru tidak nyaman serta membuat frustrasi para penderita TBI. Masalah yang muncul pada anak penderita TBI adalah *motor-speech disorder*, yaitu hilangnya atau berkurangnya kemampuan memahami atau memformulasikan bahasa yang disebabkan oleh kecelakaan atau sakit. Biasanya penderita mengalami kesulitan dalam menemukan, menyampaikan atau mengkonstruksikan kalimat yang sesuai dalam topik pembicaraan atau situasi sosial yang pada akhirnya dapat menimbulkan frustrasi atau kemarahan. Siswa yang memiliki masalah berdampak pula pada tugas-tugas yang menuntutnya untuk memberikan respon verbal yang cepat, mengorganisasikan ataupun berhadapan dengan konsep-konsep abstrak, mempertahankan perhatian, mempelajari hal baru, dan memberi respon yang tepat pada situasi sosial tertentu.

Kemampuan yang diharapkan ada atau dikuasai orang yang buta-tuli dalam kehidupan sehari-hari sesudah proses belajar sangat bergantung pada 3 hal, yaitu:

1. Kualitas dan intensitas instruksi pengajaran yang diterima individu tersebut. Semua interaksi dengan orang dewasa dan semua aspek dalam lingkungan harus dipadukan supaya bisa membantu siswa dalam mengatasi keterbatasan mereka.
2. Tingkat dan ketidakmampuan melihat dan mendengar pada setiap individu berbeda, sehingga semakin parah kegagalan sensoris mereka semakin besar pengaruhnya pada kemampuan individu beradaptasi dalam lingkungannya.
3. Sebagian besar anak yang buta-tuli juga memiliki kebutuhan khusus dan masalah kesehatan lain.

4.5.8 Pendidikan dan Intervensi bagi Anak Tunaganda

Pelayanan Pendidikan

Tujuan pelayanan pendidikan bagi tunaganda adalah agar mereka memperoleh kesempatan untuk mengikuti pendidikan yang memungkinkan mereka untuk berkembang secara optimal sesuai dengan kebutuhan dan potensi yang dimilikinya sehingga dapat berpartisipasi dalam kehidupan bermasyarakat (DNIKS dan BP3K, Depdikbud, 2000).

Pelayanan pendidikan berisikan program-program yang praktis, sederhana dan langsung berhubungan dengan kehidupan sehari-hari. Penyusunan program harus memperhatikan kecacatan dominan anak serta bersifat fleksibel. Program tersebut mencakup latihan menolong diri sendiri, sosialisasi, motorik kasar dan halus, komunikasi, pendayagunaan fungsi indera, ketrampilan sederhana, latihan akademis dan pengetahuan.

Terdapat beberapa pertimbangan dalam melaksanakan program tersebut, antara lain :

1. Pendidik harus bersikap tabah, sabar serta ulet sehingga tujuan pendidikan dapat tercapai.
2. Pendidik harus mempunyai sikap disiplin dan selalu berusaha menghargai anak. Disiplin berarti prinsip dalam pelaksanaannya diperhatikan dan tidak cepat berubah. Selalu menghargai kemajuan yang dicapai walaupun kurang bernilai.
3. Penentuan material sesuai kebutuhan anak. Anak tunaganda berat dan sangat berat sebaiknya disediakan program yang sederhana dan praktis yang langsung berhubungan dengan kehidupan sehari-hari.
4. Pendekatan dan metode.
Pendekatan yang bisa diterapkan terhadap anak tunaganda, yaitu: penanganan sedini mungkin, berdasarkan pada perkembangan anak, pendekatan terhadap anak sebagai manusia seutuhnya, modifikasi tingkah laku. Dan metode disesuaikan keadaan dan kemampuan anak. Metode yang dapat digunakan terhadap anak tunaganda antara lain seperti demonstrasi, pemberian tugas, analisis tugas, individualisasi pengajaran, serta pelayanan individu.
5. Tempat pendidikan
Anak tunaganda dan majemuk dapat ditempatkan di SLB bagian G berasrama, kelas khusus di SLB tanpa asrama, atau panti perawatan. Terdapat hal yang perlu diperhatikan dalam usaha penempatan anak, antara lain: jenis dan tingkat kecacatan anak, kemampuan anak, umur anak, kemampuan sosial, kemampuan pendidikan. Guru sebaiknya dapat menciptakan lingkungan yang kondusif, sehingga mendorong anak untuk belajar dengan rasa kebebasan dan menyenangkan.

Pelayanan Psikologis

Kelainan yang dialami anak tunaganda memberikan pengalaman yang kurang, atau bahkan tidak menyenangkan pada tahun-tahun pertama kehidupannya. Titik tolak pelayanan psikologis adalah diciptakannya suatu suasana pelayanan dimana anak dapat mengenal dan akrab dengan lingkungannya, serta merasa dirinya diterima dan dihargai. Beberapa kegiatan yang dapat dilakukan dalam pelayanan psikologis, antara lain:

1. Membantu usaha pengenalan kemampuan yang dimiliki penyandang tunaganda dan majemuk, yang tersembunyi di balik ketunaannya.
2. Membantu usaha pengembangan kemampuan yang dimiliki penyandang tunaganda dan majemuk.

Implikasi pendidikan bagi penderita TBI beragam, tergantung pada keadaan, jenis kecelakaan atau *injury*, usia, serta kemampuan individu saat terjadinya kecelakaan. Salah satu yang cukup penting pada pendidikan penderita TBI adalah membantu anggota keluarga, serta lingkungan untuk merespon secara tepat jika terjadi perubahan sikap yang mendadak dan drastis dalam hal kemampuan akademik.

Terdapat beberapa karakteristik penting yang diperlukan dalam memberikan pendidikan yang tepat bagi penderita TBI, antara lain:

1. Transisi dari rumah sakit atau tempat rehabilitasi ke sekolah
2. Pendekatan kelompok yang melibatkan pendidik khusus, konselor, petugas administrasi, dan keluarga anak.

3. *Individualized Education Programme* yang fokus pada pendidikan kognitif, sosial, serta ranah psikomotor.
4. Prosedur pendidikan yang membantu siswa memfokuskan dan menjaga perhatian untuk waktu yang lama, mengingat pelajaran, mempelajari hal baru, menghadapi kelelahan, dan terlibat dalam tingkah laku sosial yang sesuai.
5. Penekanan pada proses kognisi melalui keahlian akademik yang dipelajari, bukan hanya pada kurikulum yang menekankan isi.
6. Perencanaan penyediaan kebutuhan siswa dalam waktu jangka panjang.

Pelayanan Sosial

Pelayanan sosial bagi tunaganda dan majemuk bertujuan agar mereka dapat melaksanakan fungsi sosial dalam kehidupan sosial masyarakat secara layak. Masalah sosial yang dialami oleh anak tunaganda dan majemuk seperti memiliki hambatan fisik mobilitas dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari, hambatan mental, hambatan dalam ketrampilan kerja dan sosialisasi.

Untuk mengatasi masalah ini maka upaya pelayanan sosial meliputi upaya pencegahan sedini mungkin mulai dari anak sebelum dilahirkan dan upaya rehabilitasi sosial. Adapun upaya pencegahan, seperti penyuluhan langsung terhadap masyarakat khususnya pasangan remaja yang akan menikah, maupun para pengelola penyantun anak tunaganda serta orang tua. Sedangkan rehabilitasi sosial adalah sistem pelayanan bagi anak tunaganda dan majemuk melalui sistem panti maupun di luar panti, sesuai dengan kebutuhan mereka masing-masing.

Sistem panti adalah sistem pelayanan yang menggunakan dan memanfaatkan segenap fasilitas perpantian sebagai sarana pokok dan wadah pelayanan sosial secara tuntas. Panti penampung tersebut dapat merupakan:

1. *Day Care Center* (Penampungan Harian)
Anak-anak tunaganda dan majemuk tinggal pada suatu lembaga pada hari-hari kerja sampai sore. Perawatan fisik, mental, atau sosial diberikan selama dalam penampungan tersebut.
2. Tempat tinggal sementara.
Anak tunaganda dan mejemuk tinggal dalam panti sampai keluarga dapat menerimanya kembali.
3. Tempat tinggal jangka lama
Merupakan lingkungan pengganti keluarga dimana fasilitas harus tersedia sepenuhnya agar anak merasa aman dan dimungkinkan mendapatkan pelayanan sosial secara individual semaksimal mungkin.

Sistem di luar panti adalah sistem pelayanan yang menggunakan potensi potensi yang ada dalam masyarakat sebagai sarana pokok dan wadah pelayanan sosial secara tuntas. Dengan demikian penerimaan pelayanan tetap berada dalam keluarga atau masyarakat pada umumnya, dengan tetap mendapat bimbingan dan pembinaan dari para ahli.

Bimbingan yang diberikan kepada anak tunaganda dan majemuk meliputi bimbingan fisik dan mental, sosial, ketrampilan kerja agar dapat melaksanakan fungsi sosial kehidupan masyarakat secara layak.

Pendidikan Anak Buta-Tuli

1. Pentingnya pendidikan langsung bagi anak buta-tuli.
2. Pentingnya *structure routine* untuk menyediakan perasaan aman pada anak dengan buta-tuli. Salah satu cara yang digunakan adalah dengan menciptakan rutinitas terstruktur.
3. Mengatasi masalah komunikasi. Pemanfaatan gerakan tangan merupakan hal yang penting bagi anak buta-tuli. Terdapat beberapa strategi dan metode lain yang digunakan, yaitu:
 - a. *Hand-over-hand guidance*. Orang dewasa meletakkan tangannya ke tangan anak buta-tuli sambil mengeksplor objek atau simbol. Dengan teknik ini, anak dapat menjadi pasif dan hanya menunggu dari tangan orang lain yang akan membimbing mereka.
 - b. *Hand-under-hand guidance*. Pada teknik ini, orang dewasa dengan lembut meletakkan tangannya dibawah tangan anak ketika anak sedang mengeksplorasi objek. Keuntungan utamanya adalah tidak perlunya kontrol dari orang dewasa dan merupakan dasar dari perkembangan bahasa.
 - c. *Adapted sign*. Terdapat beberapa teknik yang dikembangkan, seperti anak buta-tuli meletakkan tangannya di tangan orang lain sebagai ekspresi dari tanda atau isyarat.
 - d. *Touch cues*. Merupakan tanda aktual untuk menyampaikan sejumlah pesan yang tergantung pada situasi konteksnya. *Touch cues* harus konsisten, sehingga anak tidak kesulitan menguraikan makna dari *touch cues* bila orang yang berbeda menggunakan jenis-jenis pesan yang ada.
4. Mengatasi Masalah Orientasi dan mobilitas
Pelatihan O&M (Orientasi dan Mobilitas) untuk anak buta-tuli berbeda dengan pelatihan untuk anak buta saja.
 - a. Adaptasi sangat diperlukan untuk berkomunikasi dengan anak buta-tuli.
 - b. Pelatih harus memakai cara berkomunikasi dengan anak buta-tuli. Misalnya dengan menerjemahkan isyarat-isyarat yang telah diadaptasi atau *touch cues*.
 - c. Perlu memberitahu orang umum bahwa orang yang sedang dilatih adalah buta-tuli.
 - d. Menggunakan kartu bantuan untuk memberi tahu masyarakat umum bahwa orang yang sedang berjalan adalah mereka yang membutuhkan bantuan khusus.

Intervensi Dini

Intervensi dapat di lakukan dengan dua cara, yaitu ketika bayi lahir cacat atau ketika sudah berumur 1 sampai 2 tahun mengalami masalah pertumbuhannya. Beberapa kriteria yang bisa digunakan untuk membuat program belajar khusus sebagai intervensi dini untuk ABK, adalah:

1. Riset atau value based practices
Program intervensi dini sebaiknya didasarkan pada teknik-teknik yang telah terbukti efektif. Ketika tidak ada bukti yang dapat digunakan dari penelitian, maka program intervensi sebaiknya didasarkan *value based practices* yang sudah pernah dilakukan oleh penyelenggara pendidikan untuk ABK.
2. Family centered praktices
Orang tua, saudara kandung, serta keluarga besar merupakan bagian yang penting dan terpadu dalam proses pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus.

3. Perspektif multi kultur
Merupakan suatu hal yang penting pada intervensi awal, pendidik atau pakar ahli mengambil perspektif yang multi kultur karena orangtua masih seringkali mengalami stres karena belum bisa menerima kondisi anak yang didiagnosis memiliki ketidakmampuan tertentu.
4. Kolaborasi cross-disciplinary
Kebutuhan anak tunaganda sangatlah banyak dalam berbagai area. Oleh karena itu perlu melibatkan profesional dari berbagai bidang yang dapat berkerja sama secara kolaboratif dan tidak bekerja sendiri-sendiri dalam mengembangkan anak tunaganda.
5. Developmentally and chronologically age appropriate practices.
Istilah *developmentally appropriate practices* (DAP) digunakan pertama kali oleh *national association for the education of young children*, DAP mengacu pada proses penggunaan metode pendidikan yang disesuaikan pada tingkat perkembangan pada anak dan kebutuhan individu dari anak namun beberapa ahli berpendapat bahwa menggunakan metode pendidikan juga sebaiknya disesuaikan dengan usia kronologis yang tepat.
6. Prinsip normalisasi
Adalah prinsip dimana semua ABK harus memiliki pendidikan dan lingkungan yang sebisa mungkin tidak berbeda dengan orang yang normal. Inklusi adalah nilai penting untuk mendukung hak semua anak-anak baik yang berkebutuhan khusus maupun yang normal untuk berpartisipasi aktif dalam komunitasnya secara natural.

Hasil Penelitian terkait Tuna Ganda

Judul : KOMUNIKASI VERBAL BERBAHASA INDONESIA ANAK TUNAGANDA KELAS VII SMP SLBB SIDA KARYA, DENPASAR

oleh : Ni Ketut Ari Kesuma Dewi, Sastra Indonesia Universitas Denpasar

Hasil penelitian:

- Pertama:** kelainan artikulasi yang paling sering muncul ketika berkomunikasi maupun membaca antara lain perubahan bunyi getar alveolar /r/ menjadi lateral alveolar /l/ pada akhir kata atau di antara dua vokal, perubahan bunyi getar alveolar /r/ menjadi semivokal /y/ di antara dua vokal, pelepasan konsonan rangkap /st/ dan /nd/ menjadi \emptyset di antara dua vokal, pelepasan bunyi alveolar (/r/, /t/, /d/, /s/), velar /k/, palatal /j/, dan bilabial takbersuara pada awal kata menjadi \emptyset , pelepasan bunyi frikatif /h/, getar /r/, dan nasal /n/ pada akhir kata (apokope) menjadi \emptyset , pelepasan dan perubahan konsonan rangkap /nt/ menjadi \emptyset di antara dua vokal dalam satu kata, penambahan bunyi vokal /e/ pada akhir kata (paragoge), dan perubahan bunyi palatal bersuara /j/ menjadi alveolar bersuara /d/ di antara dua vokal dalam satu kata.
- Kedua :** anak tunaganda memerlukan perbaikan sesegera mungkin ketika adanya kesalahan dalam pengucapan bahasa maupun kesalahan dalam menulis. Perbaikan yang dibiarkan dalam jangka waktu yang lama mampu mempengaruhi kualitas kemampuan berbahasanya. Termasuk di dalamnya adalah perbaikan dalam mengujarkan bunyi bahasa. Bunyi bahasa

yang dihasilkan sering mengalami kekeliruan. Kekeliruan ini diakibatkan adanya kelainan artikulasi pada anak tunaganda.

Ketiga : kendala-kendala yang dihadapi anak tunaganda ketika mengikuti proses belajar mengajar, yakni keterbatasan bahasa, ingatan jangka pendek yang kurang, kurang fokusnya siswa dalam belajar, kesalahpahaman antara guru dengan murid ketika berkomunikasi, kurang paham dalam menggunakan konjungsi, dan belum mampu menggunakan morfem berafiks secara tepat.

-oo0oo-

BAB 5

SISTEM PENDIDIKAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

5.1 PENDIDIKAN INKLUSIF

5.1.1 Sejarah Pendidikan Inklusif

Sejarah perkembangan pendidikan inklusif di dunia pada mulanya diprakarsai dan diawali dari negara-negara Scandinavia (Denmark, Norwegia, Swedia). Selanjutnya di Inggris dalam Ed.Act 1991 mulai diperkenalkan konsep pendidikan inklusif dengan ditandai adanya pergeseran model pendidikan untuk anak berkebutuhan khusus dari segregatif ke integratif.

Tuntutan penyelenggaraan pendidikan inklusif di dunia semakin nyata terutama sejak diadakannya konferensi dunia tentang hak anak pada tahun 1989 dan tentang pendidikan tahun 1991 di Bangkok yang menghasilkan deklarasi “Education For All”. Implikasi dari *statement* ini mengikat bagi semua anggota konferensi agar semua anak tanpa kecuali (termasuk anak berkebutuhan khusus) mendapatkan layanan pendidikan secara memadai. Sebagai tindak lanjut deklarasi Bangkok, pada tahun 1994 diselenggarakan konferensi pendidikan di Salamanca Spanyol yang mencetuskan perlunya pendidikan inklusif yang selanjutnya dikenal dengan “*The Salamanca Statement On Inclusive Education*”.

Berdasarkan perkembangan sejarah pendidikan inklusif dunia tersebut, maka Pemerintah Republik Indonesia sejak awal tahun 2000 mengembangkan program pendidikan inklusif. Program ini merupakan kelanjutan program pendidikan terpadu yang sesungguhnya pernah diluncurkan di Indonesia pada tahun 1980-an, tetapi kemudian kurang berkembang, dan baru mulai tahun 2000 dimunculkan kembali dengan mengikuti kecenderungan dunia, menggunakan konsep pendidikan inklusif.

Indonesia, pada tahun 2004 menyelenggarakan konferensi nasional dengan menghasilkan Deklarasi Bandung dengan komitmen Indonesia menuju pendidikan inklusif. Untuk memperjuangkan hak-hak anak dengan hambatan belajar, pada tahun 2005 diadakan symposium internasional di Bukittinggi dengan menghasilkan Rekomendasi Bukittinggi yang isinya antara lain menekankan perlunya terus

dikembangkan program pendidikan inklusif sebagai salah satu cara menjamin bahwa semua anak benar-benar memperoleh pendidikan dan pemeliharaan yang berkualitas dan layak.

5.1.2 Konsep Pendidikan Inklusif

Konsep yang mendasari pendidikan inklusif sangat berbeda dengan konsep yang mendasari pendidikan khusus (*special education*). Inklusi atau pendidikan inklusif bukanlah istilah lain dari pendidikan khusus. Konsep pendidikan inklusif mempunyai banyak kesamaan dengan konsep yang mendasari pendidikan untuk semua (*education for all*) dan konsep tentang perbaikan sekolah (*schools improvement*). Dalam seminar Agra tahun 1998 telah dirumuskan bahwa esensi pendidikan inklusi hakekatnya, adalah:

1. Pendidikan yang lebih luas daripada pendidikan formal, mencakup pendidikan di rumah, masyarakat, sistem nonformal dan informal.
2. Suatu pendidikan yang mengakui bahwa semua anak dapat belajar.
3. Memungkinkan struktur, sistem dan metodologi pendidikan memenuhi kebutuhan semua anak.
4. Mengakui dan menghargai berbagai perbedaan pada diri anak, yaitu perbedaan usia, gender, etnik, bahasa, ketunaan, status kesehatan, dan kemampuan.
5. Merupakan proses yang dinamis yang senantiasa berkembang sesuai dengan budaya dan konteksnya.
6. Merupakan bagian dari strategi yang lebih luas untuk mempromosikan masyarakat yang inklusif.

Definisi di atas menggambarkan sebuah model pendidikan inklusif yang mendasarkan konsep-konsep tentang, yang terdiri dari anak, sistem pendidikan, keragaman dan diskriminasi, proses memajukan inklusi, dan konsep tentang sumber daya. Secara terperinci dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Konsep tentang Anak
 - a. Hak semua anak untuk memperoleh pendidikan di dalam masyarakatnya sendiri
 - b. Semua anak dapat belajar dan anak dapat mengalami kesulitan dalam belajar
 - c. Semua anak membutuhkan dukungan dalam belajar
 - d. Pembelajaran berpusat pada anak menguntungkan semua anak
2. Konsep tentang Sistem Pendidikan dan Sekolah
 - a. Pendidikan lebih luas daripada pendidikan formal di sekolah (*formal schooling*)
 - b. Fleksibel, sistem pendidikan bersifat responsif
 - c. Lingkungan pendidikan ramah terhadap anak
 - d. Perbaikan mutu sekolah dan sekolah yang efektif
 - e. Pendekatan yang menyeluruh dan kolaborasi dengan mitra kerja
3. Konsep tentang Keberagaman dan Diskriminasi
 - a. Menghilangkan diskriminasi dan pengucilan (*exclusion*)
 - b. Memandang keragaman sebagai sumber daya, bukan sebagai masalah
 - c. Pendidikan inklusif menyiapkan siswa yang dapat menghargai perbedaan-perbedaan
4. Konsep tentang Proses Memajukan Inklusi
 - a. Mengidentifikasi dan mengatasi hambatan dalam inklusi
 - b. Meningkatkan partisipasi nyata dari semua pihak

- c. Kolaborasi dan kemitraan
 - d. Metodologi partisipatori, penelitian tindakan dan kolaboratif inkuairi
5. Konsep tentang Sumberdaya
- a. Memanfaatkan sumber daya lokal yang tersedia (*local resources*)
 - b. Mendistribusikan sumber daya yang tersedia
 - c. Memandang manusia (anak, orang tua, guru, kelompok orang yang termarginalkan) sebagai sumberdaya kunci

5.1.3 Implementasi Pendidikan Inklusif

Proses menuju pendidikan inklusif di Indonesia diawali pada awal tahun 1960-an oleh beberapa siswa tunanetra di Bandung dengan dukungan organisasi para tunanetra sebagai satu kelompok penekan. Pada masa itu, Sekolah Luar Biasa untuk tunanetra hanya memberikan layanan pendidikan hingga ke tingkat SLTP. Setelah itu para tunanetra diberi latihan kejuruan dalam bidang kerajinan tangan. Sejumlah tunanetra bersikeras untuk memperoleh tingkat pendidikan lebih tinggi dengan mencoba masuk ke SMA biasa meskipun ada upaya penolakan dari pihak SMA tersebut. Namun, lambat laun terjadi perubahan sikap, beberapa sekolah umum bersedia menerima siswa tunanetra.

Pada akhir tahun 1970-an pemerintah mulai menaruh perhatian terhadap pentingnya pendidikan integrasi dan mengundang Helen Keller International, Inc. untuk membantu mengembangkan sekolah integrasi. Keberhasilan proyek ini telah menyebabkan diterbitkannya Surat Keputusan Menteri Pendidikan No. 002/U/1986 tentang Pendidikan Terpadu bagi Anak Cacat yang mengatur bahwa anak penyandang cacat yang memiliki kemampuan seyogyanya diberi kesempatan untuk belajar bersama-sama dengan sebayanya yang non-cacat di sekolah biasa. Sayangnya, ketika proyek pendidikan integrasi itu berakhir, implementasi pendidikan integrasi semakin kurang dipraktekkan, terutama pada jenjang SD. Menjelang akhir tahun 1990-an upaya mengembangkan pendidikan inklusif dilakukan melalui proyek kerjasama antara Depdiknas dengan Pemerintah Norwegia di bawah manajemen Braillo Norway dan Direktorat PLB. Untuk itu, strategi yang diambil adalah, sebagai berikut :

1. Diseminasi ideology pendidikan inklusif melalui berbagai seminar dan lokakarya;
2. Mengubah peranan SLB yang ada agar menjadi sumber untuk mendukung sekolah inklusif (dengan alat bantu mengajar, amteri ajar, metodologi, dan sebagainya); Penataran atau pelatihan bagi guru-guru regular untuk memungkinkan mereka memberikan layanan yang lebih baik kepada anak berkebutuhan khusus dalam setting inklusi;
3. Reorientasi pendidikan guru di LPTK dan keterlibatan universitas dalam program tersebut;
4. Desentralisasi pembuatan keputusan untuk memberikan lebih banyak peran kepada pemerintah daerah dalam implementasi pendidikan inklusif;
5. Mendorong dan memfasilitasi pembentukan kelompok-kelompok kerja untuk mempromosikan implementasi pendidikan inklusif;
6. Keterlibatan LSM dan organisasi internasional dalam program ini;
7. Menjalin jejaring antar berbagai pihak terkait;
8. Mengembangkan sekolah inklusif perintis;
9. Pembukaan program magister dalam bidang inklusi dan pendidikan kebutuhan khusus.

KASUS

TEMPO.CO, Kupang - Sedikitnya 7.000 dari 10 ribu penyandang cacat atau penyandang disabilitas di Nusa Tenggara Timur (NTT) belum mendapat akses pendidikan karena terbatasnya sekolah berkebutuhan khusus bagi penyandang cacat di daerah ini.

"Kami minta pemerintah menyiapkan kelas inklusif pada sekolah umum, sehingga para penyandang cacat dapat bersekolah," kata Ketua Forum Komunikasi Keluarga Anak dengan Kecacatan (FKKADK) NTT, Beny Jahang, saat membawakan materi pada seminar Penanganan Disabilitas di Kupang, Selasa 24 April 2012.

Terbatasnya sekolah berkebutuhan khusus di NTT menyebabkan diskriminasi bagi penyandang cacat dalam mengenyam pendidikan. Karena itu dia berharap penyandang cacat juga harus mendapat perlakuan yang sama dengan para siswa umum lainnya.

Di NTT, menurut dia, terdapat sekolah khusus, tapi jumlahnya sangat terbatas dan hanya berada di pusat-pusat kota. Padahal jumlah anak cacat yang tinggal di desa-desa cukup banyak. Akibatnya, baru sekitar 3.000 dari total 10 ribu penyandang cacat di NTT yang menikmati akses pendidikan. "Orang tua pun kesulitan menyekolahkan anak karena tidak ada sekolah khusus yang dibangun untuk mengakomodasi para penyandang cacat," katanya.

5.1.4 Pendidikan Khusus

1. Pengertian Pendidikan

Pendidikan adalah seumur hidup. Pendidikan adalah segala pengalaman belajar yang berlangsung dalam segala lingkungan dan sepanjang hidup yang mempengaruhi pertumbuhan individu.

Menurut Longeveld (2002), mendidik adalah memberi pertolongan secara sadar dan sengaja kepada seorang anak (yang belum dewasa) dalam pertumbuhannya menuju ke arah kedewasaan dalam arti dapat berdiri sendiri dan bertanggungjawab secara susila atas segala tindakannya menurut pilihannya sendiri. Definisi lain mendidik adalah menuntun seluruh kekuatan kodrat yang ada pada anak-anak, agar sebagai manusia dan anggota masyarakat mendapat keselamatan dan kebahagiaan setinggi-tingginya. Sementara itu Undang-Undang RI Nomor 2 tahun 1989 mendefinisikan pendidikan sebagai usaha sadar untuk menyiapkan peserta didik melalui kegiatan bimbingan, pengajaran, dan atau latihan bagi peranannya di masa akan datang.

Dari ketiga definisi di atas, dua di antaranya membatasi pendidikan sampai dengan dewasa, artinya kalau seseorang sudah dewasa dalam arti sudah bisa berdiri sendiri dan bertanggung jawab susila atas segala tindakan yang dipilinya sendiri, baik untuk kepentingan diri maupun sosial, maka pendidikan dihentikan. Sementara itu satu definisi yang baru tidak membatasi sampai umur berapa seseorang layak untuk dididik, kata untuk masa yang akan datang juga mengacu kepada tidak adanya batasan umur seseorang untuk mendidik. Jadi, pendidikan itu berlangsung seumur hidup bahkan juga termasuk pendidikan dalam kandungan.

Perlu pula ditekankan disini bahwa pendidikan itu bukanlah sekedar membuat peserta didik dan warga menjadi sopan, taat, jujur, hormat, setia. Tidak juga bermaksud hanya membuat mereka tahu ilmu

pengetahuan, teknologi, dan seni serta mampu mengembangkannya. Mendidik adalah membantu peserta didik dan warga belajar dengan penuh kesadaran, baik dengan alat atau tidak, dalam kewajiban mereka mengembangkan dan menumbuhkan diri untuk meningkatkan kemampuan serta peran dirinya sebagai individu, anggota masyarakat, dan umat Tuhan. Mendidik adalah semua upaya untuk membuat peserta didik mau dan dapat belajar atas dorongan diri sendiri untuk mengembangkan bakat, pribadi dan potensi-potensi lainnya secara optimal ke arah yang kreatif.

Sedangkan menurut para ahli yang lain yaitu :

- a. Driyakarya mengatakan bahwa, pendidikan adalah upaya memanusiakan manusia muda. Pengangkatan manusia bersifat insani itulah yang disebut mendidik.
- b. *Diocinary of education* menyebutkan bahwa pendidikan adalah proses dimana seseorang mengembangkan kemampuan sikap dan bentuk – bentuk tingkalaku lainnya didalam masyarakat dimana iya hidup, proses *social* dimana orang dihadapkan pada pengaruh lingkungan yang terpilih dan terkontrol (khususnya yang datang dari sekolah). Sehingga iya dapat memperoleh atau menanganai perkembangan kemampuan *social* dan kemampuan individu yang optimum.
- d. *Crow and Crow* menyebut pendidikan adalah proses yang berisi berbagai macam kegiatan yang cocok bagi individu untuk kehidupan sosialnya dan membantu meneruskan adat dan budaya serta kelembagaan *social* dari generasi kegenerasi.
- e. KH. Hadjar Dewantara dalam kongres taman siswa yang pertama pada tahun 1930 menyebutkan : pendidikan umumnya berarti daya untuk mengajukan pertumbuhannya budi pekerti (kekuatan batin, karakter), pikiran, dan tubuh anak – anak dalam taman siswa tidak boleh dipisah pisahkan bagian itu agar kita dapat memajukan kesempurnaan hidup, kehidupan dan penghidupan anak-anak yang kita didik selaras dengan dunianya.
- f. Didalam GBHN 1973 disebutkan bahwa pendidikan pada hakikatnya adalah usaha sadar untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup.

Dari uraian di atas, maka pendidikan dapat diartikan sebagai.

- a. Suatu proses pertumbuhan yang menyesuaikan dengan lingkungan.
- b. Suatu pengarahan dan bimbingan yang diberikan kepada anak dan pertumbuhannya
- c. Suatu usaha sadar untuk menciptakan suatu keadaan atau situasi tertentu yang dikehendaki oleh masyarakat.
- d. Suatu pembentukan kepribadian dan kemampuan anak dalam menuju kedewasaan.

Pendidikan bukan hanya dipandang sebagai usaha pemberian informasi dan pembentukan keterampilan saja, namun diperluas sehingga mencakup usaha untuk mewujudkan keinginan, kebutuhan dan kemampuan individu sehingga tercapai pola hidup pribadi dan *social* yang memuaskan, pendidikan bukan semata-mata sebagai sarana untuk persiapan kehidupan yang akan datang, tetapi kehidupan anak sekarang yang sedang mengalami perkembangan menuju ketinggian kedewasaannya berdasarkan pengertian tersebut diatas dapat diberikan ciri atau unsur umum dalam pendidikan :

- a. Pendidikan mengandung tujuan yang ingin dicapai, yaitu individu yang kemampuan–kemampuan dirinya berkembang sehingga bermanfaat untuk kepentingannya hidupnya sebagai seorang individu, warga Negara, atau warga masyarakat.

- b. Untuk mencapai tujuan tersebut, pendidikan perlu melakukan usaha-usaha yang disengaja dan berencana memilih isi (materi), strategi kegiatan dan teknik penilaian yang sesuai.
- c. Kegiatan tersebut dapat diberikan dalam lingkungan keluarga, sekolah, dan masyarakat, pendidikan formal dan pendidikan non formal.

2. Pembagian Pendidikan

Menurut Undang-Undang Sisdiknas No. 20 tahun 2003, jenis pendidikan terbagi menjadi tiga jalur, yaitu:

1. Jalur Pendidikan Formal.
2. Jalur Pendidikan Non Formal.
3. Jalur Pendidikan Informal.

Pendidikan Formal adalah jalur pendidikan yang berstruktur dan berjenjang yang terdiri atas pendidikan anak usia dini, pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi. Di masyarakat pendidikan formal biasa dikenal sebagai SD, SMP, SMA, Perguruan Tinggi. Dalam pendidikan formal siswa belajar dan dididik menurut kurikulum tertentu diadakan di sekolah, serta belajar menurut materi ajar dan jadwal yang ditetapkan sebelumnya.

Pendidikan Non Formal seperti dalam UUD Sisdikna No 20 tahun 2003, pasal 26 ayat 1-6 adalah layanan pendidikan yang berfungsi sebagai pengganti, penambah, dan atau pelengkap pendidikan formal dalam rangka mendukung pendidikan sepanjang hayat. Pendidikan Non Formal berfungsi mengembangkan potensi peserta didik dengan penekanan pada penguasaan pengetahuan dan ketrampilan fungsional serta pengembangan sikap dan kepribadian profesional. Pendidikan Non Formal meliputi pendidikan kecakapan hidup, pendidikan anak usia dini, pendidikan kemudaan, pendidikan pemberdayaan perempuan, pendidikan keaksaraan, pendidikan ketrampilan dan pelatihan kerja, pendidikan kesetaraan, serta pendidikan lain yang ditujukan untuk mengembangkan kemampuan peserta didik.

3. Konsep Pendidikan Terkait Perbedaan Individual

Dalam prinsip perkembangan, kita mengenal perbedaan individual yang mencakup perbedaan secara fisik dan psikologis, dalam ranah kognitif, afektif dan psikomotor. Perbedaan-perbedaan individual tersebut memunculkan perhal bahwa sistem pendidikan klasikal akan menjadi kurang tepat dan kurang efektif. Dengan sistem klasikal, yaitu sejumlah anak dengan perbedaan-perbedaan individual yang ada, diberi pelajaran yang sama, dalam waktu yang sama, dengan perlakuan-perlakuan yang sama, maka bisa memberi hasil yang berbeda. Oleh karena itu, perbedaan-perbedaan individual, menuntut diberlakukannya sistem pendidikan individual. Namun sistem pendidikan individual, sulit bahkan tidak mungkin dilaksanakan secara merata kepada seluruh rakyat. Dengan demikian problema perbedaan individual di sekolah tersebut, menuntut adanya cara-cara tertentu untuk mengatasinya.

Beberapa usaha untuk mengatasi problem individual tersebut antara lain, adalah:

1. Montessori, seorang ahli pendidikan bangsa Italia, berusaha untuk memberikan pendidikan yang bersifat individual kepada anak, untuk menggantikan sistem pendidikan yang bersifat klasikal. Ditinjau dari segi perbedaan individual yang ada pada anak-anak usaha untuk memberikan pendidikan secara individual tersebut memang baik. Tetapi mempunyai kelemahan yaitu bahwa jika

pendidikan individual ditetapkan pada seluruh macam sekolah maka biaya pendidikan akan terlalu mahal dan tenaga guru akan sangat besar jumlahnya, disamping itu, dengan sistem individual ini, sifat sosial/kegotong-royongan anak tidak dapat dikembangkan dengan baik.

2. Usaha lain untuk mengetahui problema perbedaan individual di sekolah, ialah dengan jalan mengadakan/membentuk rombongan yang homogen. Kelompok homogen ini bisa dibentuk dengan melalui testing terlebih dahulu. Namun pelaksanaan dan faedah cara ini masih merupakan pertanyaan yang besar, karena rombongan/kelompok yang benar-benar homogen hanya ada dalam bayangan saja. Meskipun kita membentuk kelompok homogen tersebut atas dasar kesamaan kecerdasannya, misalnya, ternyata anak – anak yang masuk ke dalam rombongan/kelompok itu, masih tetap terdapat variasi yang banyak sekali dalam kecerdasannya.
3. Miss Helen Parkhust mencoba mengadakan sistem pendidikan campuran antara sistem pendidikan klasikal dengan sistem pendidikan individual yang disebut sebagai sistem Dalton. Dalam sistem ini, anak-anak diberikan pendidikan secara individual dan diberikan juga pelajaran secara klasikal untuk materi tertentu. Dengan sistem dalton ini, problema tidak naik kelas bisa diatasi, karena setiap anak diberi kesempatan untuk menyelesaikan pelajarannya sesuai dengan kemampuannya masing-masing. Kelemahan sistem ini, adalah bahwa pekerjaan guru menjadi terlalu berat.
4. Usaha terbaru yang dikembangkan untuk mengatasi problema pelajaran individual di sekolah, adalah dengan menggunakan sistem kredit, dengan rencana pembelajaran yang sangat luas dalam sistem kredit ini sekolah menentukan banyaknya kredit untuk setiap tingkatan pendidikan tertentu. Waktu untuk menyelesaikan/mencapai jumlah kredit itu tergantung pada kemampuan anak masing-masing dalam sistem kredit ini, setiap mata pelajaran diberi bobot kreditnya masing-masing dan ditetapkan pula mata pelajaran wajib yang diikuti oleh setiap anak; disamping itu ada pula mata pelajaran yang disesuaikan dengan bakat dan pilihan masing-masing anak. kepada anak juga diberikan kesempatan untuk mengikuti pelajaran-pelajaran lain yang dikehendaki. dengan cara demikian diharapkan bakat-bakat yang berbeda serta minat- minat yang bermacam-macam dapat berkembang dengan sebaik-baiknya. Dengan sistem ini anak berkembang dan anak dapat mengambil mata pelajaran sesuai dengan kemampuan masing-masing. Seorang anak yang cerdas bisa mengambil mata pelajaran yang lebih banyak dari seorang anak yang kurang cerdas. Sehingga waktu penyelesaian suatu tingkatan pelajar atau program studi tidak sama, antara anak yang satu dengan lainnya. Misalnya untuk mencapai gelar sarjana strata 1, ditetapkan 150 kredit, maka anak atau sarjana mahasiswa yang cerdas, akan menyelesaikan kuliahnya. Selama 4 tahun /8 semester sedangkan anak/mahasiswa yang kurang cerdas mungkin akan memerlukan waktu yang lebih banyak, mungkin 5 tahun atau lebih.

Usaha-usaha yang paling baik dan efektif untuk mengatasi problema perbedaan individual di sekolah, tidak dapat ditetapkan secara pasti. Hal ini tergantung pada tujuan pendidikan yang hendak dicapai. Jika tujuan pendidikan berorientasi pada pengembangan daya intelektual yang tinggi, menampakkan usaha mengadakan kelompok homogen berdasarkan kecerdasan akan merupakan usaha yang baik dan efektif.

Jika tujuan pendidikan berorientasi pada pengembangan individual yang seluas-luasnya tanpa memperhatikan kepentingan masyarakat, maka sistem pendidikan individual adalah yang paling tepat.

Namun apabila tujuan pendidikan untuk mengembangkan sifat-sifat individual dan sosial secara seimbang, sistem Dalton dan sistem kredit akan lebih efektif.

Berperannya pendidikan tentu saja mengandung banyak aspek dan sifat yang kompleks, oleh karena itulah ada batasan pendidikan yang berbeda berdasar fungsinya, diantaranya:

1. Pendidikan sebagai proses transformasi budaya, atau kegiatan pewarisan budaya, ini diartikan bahwa pendidikan sebagai kegiatan pewarisan budaya dari suatu generasi ke generasi yang lain.
2. Pendidikan sebagai proses pembentukan pribadi merupakan sesuatu kegiatan yang sistematis dan sistemik terarah kepada terbentuknya kepribadian manusia.
3. Pendidikan sebagai proses penyiapan warga negara yang merancang kegiatan yang terencana untuk membekali seseorang agar menjadi warga negara yang baik.
4. Pendidikan sebagai penyiapan tenaga kerja untuk membimbing seseorang sehingga memiliki bekal dasar untuk bekerja.

5.2 HOME SCHOOLING

Istilah Home Schooling berasal dari bahasa Inggris yang berarti sekolah rumah, home-based education, home education, home schooling. Unschöling, deschooning a form alternative education, sekolah mandiri atau sekolah rumah. Pengertian umum home schooling adalah model pendidikan sebuah keluarga, yaitu sebuah keluarga memilih untuk bertanggung jawab sendiri atas pendidikan anaknya dengan menggunakan rumah sebagai basis pendidikannya. Memilih untuk bertanggung jawab berarti orangtua bertindak langsung menentukan proses penyelenggaraan pendidikan, penentuan arah dan tujuan pendidikan, nilai-nilai yang hendak dikembangkan, kecerdasan dan keterampilan, kurikulum dan materi, serta metode dan praktek belajar (Sumardiono dalam Simbolon, 2008), sedangkan menurut Daryono, home schooling merupakan pendidikan berbasis rumah yang memungkinkan anak berkembang sesuai dengan potensi diri mereka masing-masing.

Home schooling bukan sekedar mengungkung anak di rumah, mengundang guru privat yang mahal, dan model belajar artis yang malas pergi ke sekolah. Sebagai sebuah gagasan dalam praktek, *home schooling* jauh lebih substantif dibandingkan persepsi yang berkembang di masyarakat.

Home schooling adalah gerakan “back to basic” memasuki kembali esensi-esensi pembelajaran yang tidak dipasung oleh tempat belajar, administratif dan ritual-ritual (baju seragam), uang gedung, buku baru, ijazah, wisuda. Yang semakin menggantikan esensi proses belajar, dengan moto belajar dimana saja, kapan saja, bersama siapa saja. Dalam *home schooling*, kesempatan proses belajar bersifat kontekstual dan penggunaan kehidupan sehari-hari sebagai sumber belajar.

Home schooling memberikan peluang untuk kostumisasi pendidikan. Mulai aspek penentuan tujuan, pemilihan materi ajar, metode-metode yang digunakan dalam proses belajar. *Home schooling* juga memberikan kesempatan kepada orang tua untuk menghargai keragaman jenis kecerdasan anak (*multiple intelligences*) yang tak mungkin dikembangkan dalam pendidikan masal.

Home schooling bukanlah merubah orang tua menjadi guru untuk proses belajar anak-anak karena kemampuan orang tua pasti terbatas. Peran utama orang tua dalam *home schooling* adalah menjadi mentor

dan fasilitator. Proses utama dan pembelajaran *home schooling* adalah menumbuhkan dan menggerakkan spirit belajar anak-anak sehingga anak-anak dapat menjadi pembelajar mandiri dengan model sekolah, *home schooling* justru semakin mudah dilaksanakan pada saat anak semakin mandiri.

Karena *home schooling* dibangun dengan keluarga sebagai entitas penggerak kegiatan belajar, *home schooling* meniscayakan keragaman dan sistem terdistribusi. Tak ada pusat dan model standar *home schooling* karena setiap keluarga bebas merancang sesuai tujuan-tujuan pendidikan keluarga yang khas, yang ada adalah entitas otonom yang saling berinteraksi dalam proses penyelenggaraan pendidikan.

Manusia adalah makhluk yang unik, memiliki karakteristik dan dengan kemampuan yang berbeda, serta kebutuhan yang berbeda pula, maka bukanlah hal yang mengejutkan jika ada sekelompok siswa yang tidak cocok dengan sistem pendidikan formal maupun nonformal. Jika siswa tidak dapat mengikuti pendidikan formal di sekolah karena alasan tertentu, siswa tersebut berhak memilih pendidikan alternatif lain yang dapat memenuhi haknya sebagai warga negara untuk belajar karena setiap anak berhak mendapatkan pendidikan, dalam bentuk apapun.

5.2.1 Sejarah Home Schooling

Kemunculan *home schooling* atau *home education* yang ditulis oleh Mary Griffith dalam buku berjudul "*The Unschooling Handbook, How to Use the Whole World as Your Child's Classroom*". Sekolah rumah tidak menjadi sebuah gerakan sampai tahun 1970-an saat pendidik bernama Jont Holt, mulai mengenalkan konsep sekolah rumah pada public. Holt yakin bahwa reformasi pendidikan yang terpusat pada anak-anak, yang dia percaya diperlukan, tidak akan bahkan terjadi di dalam pemrograman wajib belajar di sekolah formal konvensional.

Pada tahun 1997, Holt mulai mempublikasikan buletin berita yang dinamai "*Growing Without Schooling*" (tumbuh tanpa sekolah) untuk keluarga-keluarga yang mempunyai ide-ide untuk membantu anak-anak mereka belajar di luar sekolah.

Ide-ide Holt mempengaruhi banyak orang tua yang menganggap bahwa sekolah-sekolah formal di Amerika saat itu telah gagal mencetak siswa yang mempunyai kemandirian dalam belajar dan cenderung terpuruk dalam moralitas. Menurut beberapa sumber diperkirakan di Amerika Serikat sekarang ini ada 1,5 juta sampai 2 juta anak yang bersekolah di rumah. Jumlah yang cukup besar tersebut merupakan data resmi jumlah siswa yang mengikuti kurikulum untuk bersekolah di rumah, karena para orangtua ingin agar sistem pendidikan mempunyai konsep dan visi yang jelas.

Di negara kita konsep sekolah rumah sudah diterapkan lama oleh sebagian kecil masyarakat. Di pondok-pondok pesantren para kiai secara khusus telah mendidik anak-anaknya sendiri karena merasa lebih mengenal dan puas bisa mengajarkan ilmu pada putra sendiri daripada sekedar mempercayakan pada orang lain.

Tokoh-tokoh terkenal seperti Agus Salim, KH Dewantara atau Buya Hamka juga mengembangkan cara belajar dengan sistem persekolahan di rumah ini. Metode ini dijalankan bukan sekedar agar anak didik lulus ujian kemudian mendapatkan ijazah, namun agar lebih mencintai dan punya semangat yang tinggi dalam mengembangkan ilmu yang dipelajari.

Bagi keluarga-keluarga yang telah menerapkan konsep ini, pendidikan yang mereka jalani adalah pendidikan yang penuh pemikiran, permainan bebas dan eksplorasi ini melepaskan kekakuan kalimat yang sering diucapkan guru di kelas seperti “kalian seharusnya”, “kalian sebaiknya” atau “anak-anak, pelajaran kita hari ini adalah...”

Homeschooling pada dasarnya merupakan metode pembelajaran yang menekankan pada masalah sikap dan pendekatan belajar yang lebih mandiri. Di *homeschooling*, pelajar bisa memiliki materi pelajaran apa yang mau dikaji tiap harinya sesuai dengan minatnya. Sederhananya sekolah rumah menempatkan wewenang di tangan si pembelajar.

Salah satu contoh menarik adalah cerita yang dimuat di kompas (13/3/2005) mengenai Wanti Wowor (39) ibu empat anak yang berhasil mendidik 2 anaknya, Fini dan Fina sejak kecil belajar di rumah sampai akhirnya Fini melanjutkan sekolah desain model di Esmond Jakarta, sedangkan Fina diterima di Universitas Indonesia Program Hubungan Internasional. Kelebihan yang ada pada mereka dibandingkan mahasiswa yang sebelumnya telah terbiasa mengikuti sekolah formal konvensional adalah kemandirian yang sesuai dalam belajar, kedisiplinan yang tinggi dalam mengerjakan tugas-tugas perkuliahan dan juga lebih berani mengemukakan pendapat dan berdebat.

5.2.2 Dasar Hukum Home Schooling

Keberadaan *home schooling* di mata hukum Indonesia yaitu dalam UUD Sisdiknas No 20 tahun 2003 pasal 29. *Home schooling* termasuk kategori pendidikan informal yang dilakukan oleh keluarga dan lingkungan berbentuk kegiatan belajar secara mandiri. Negara tidak mengatur proses pembelajarannya, dari hasil pendidikan informal diakui sama dengan pendidikan formal dan nonformal setelah peserta didik lulus ujian sesuai dengan standar nasional pendidikan.

Selanjutnya ketentuan mengenai kesetaraan diatur dalam undang-undang No. 28 tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional, pasal 26 ayat (6), yaitu: hasil pendidikan nonformal dapat dihargai dengan setara hasil pendidikan formal setelah melalui proses penilaian penyetaraan oleh lembaga yang ditunjuk oleh pemerintah/ pemerintah daerah dengan mengacu pada standar nasional pendidikan.

Tak ada standar sistem *home schooling*, karena *home schooling* pada dasarnya adalah sistem yang bersifat *customized*, bagi orang tua yang menginginkan alat uji dengan sistem pendidikan formal sekolah reguler, anak-anak dapat mengikuti ujian paket A (setara SD), paket B (setara SMP), paket C (setara SMU), dan ijazah paket ujian persamaan ini diakui dan dapat digunakan untuk melanjutkan ke sekolah reguler jenjang selanjutnya.

5.2.3 Kurikulum dan Materi Pembelajaran *Home Schooling*

Kurikulum pembelajaran *home schooling* adalah kurikulum yang di desain sendiri namun tetap mengacu pada kurikulum nasional, penelitian yang dilakukan Dr. Briyan Ray menunjukkan bahwa mayoritas home schoolers (71%) memilih sendiri materi pembelajaran dan dari kurikulum yang tersedia, kemudian melakukan penyesuaian dengan kebutuhan anak-anak dan keadaan keluarga, selain itu, 24% diantaranya menggunakan paket lengkap yang dibeli dari lembaga penyediaan kurikulum dan materi ajar. Sekitar 3% menggunakan materi dari sekolah satelit (*partner home schooling*) atau program khusus yang dijalankan oleh sekolah swasta setempat.

Proses belajar yang dilakukan *home schooling*, mengacu pada kurikulum sekolah. Pilihannya terserah pada setiap keluarga. keluarga dapat memilih *home schooling* yang mengacu pada kurikulum nasional atau kurikulum lain, semisal kurikulum Cambridge IGCSE yang digunakan oleh sekolah-sekolah internasional di Indonesia. Selain Cambridge IGCSE, banyak jenis kurikulum lain yang dibuat oleh pembuat kurikulum (*curriculum provider*) yang diakui negara pembuatnya.

Jika hendak mengacu pada kurikulum tertentu. Jika kurikulum nasional yang diacu maka hanya ada satu jenis kurikulum yang dibuat oleh Depdiknas, yaitu kurikulum yang digunakan di sekolah-sekolah.

Kurikulum sekolah ini dapat diperoleh di situs pusat kurikulum Depdiknas. Ada juga materi kurikulum yang dijual di toko buku. Cara paling gampang dan praktis untuk mengetahui kurikulum nasional adalah dengan melihat buku-buku pelajaran yang digunakan anak sekolah.

Walaupun menggunakan kurikulum nasional seperti sekolah, kreatifitas dari keluarga *homeschooling* tetap terbuka melalui banyak aspek di dalam proses belajar *home schooling*, yaitu dengan memodifikasi sesuai gaya belajar anak agar memperoleh hasil yang maksimal.

Keluarga *homeschooling* dapat menentukan sendiri buku referensi apa yang paling disukai, waktu belajar dan juga cara mempelajari suatu mata pelajaran. Di luar mata pelajaran yang diujikan dalam ujian persamaan, anak-anak *homeschooling* tetap dapat mempelajari berbagai hal yang menjadi minat dan perhatiannya.

5.2.4 Model-model *Home Scholing*

Menurut Mendiknas, *home schooling* (sekolah rumah) pada dasarnya dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Sekolah rumah tunggal. Yaitu layanan pendidikan yang dilakukan orang tua/wali terhadap seorang anak atau lebih terutama di rumahnya sendiri atau di tempat-tempat lain yang menyenangkan peserta didik.
2. Sekolah rumah majemuk yaitu layanan pendidikan oleh para orangtua/wali terhadap anak-anak dari suatu lingkungan yang tidak selalu bertalian darah dalam keluarga, yang diselenggarakan di beberapa rumah atau di tempat/fasilitas pendidikan yang ditentukan oleh suatu komunitas. Pendidikan ini dibentuk atau dikelola secara lebih teratur dan terstruktur.

Orangtua memiliki tanggung jawab terhadap perkembangan anak, *home scholing* bisa menjadi alternatif pendidikan yang rasional bagi orang tua yaitu memiliki kelebihan dan kekurangan inherent di dalam sistemnya, yaitu:

1. Kelebihan

- a. Memberi banyak keleluasan bagi anak untuk menikmati pembelajaran tanpa harus merasa tertekan dengan beban-beban yang terkondisi oleh target kurikulum.
- b. Menjadikan pendidikan moral atau keagamaan, lingkungan sosial dan suasana belajar yang lebih baik.
- c. Memiliki waktu belajar yang lebih fleksibel.
- d. Memberikan tanggungan dan proteksi dalam pembelajaran terutama bagi anak yang sakit atau cacat.
- e. Menghindari penyakit sosial yang dianggap orangtua dapat terjadi di sekolah seperti tawuran,

kenakalan remaja (*bullying*), narkoba, dan pelecehan.

- f. Memberikan keterampilan khusus yang menuntut pembelajaran dalam waktu yang lama seperti pertanian, seni, olahraga, boga.
- g. Biaya pendidikan dapat disesuaikan dengan kondisi keuangan keluarga.

2. Kekurangan

- a. Tidak ada suasana kompetitif sehingga anak tidak bisa membandingkan sampai dimana kemampuannya dibandingkan anak-anak lain seusianya.
- b. Anak belum tentu merasa cocok diajar orangtua sendiri, apalagi jika pihak orangtua tidak punya pengalaman sebelumnya.
- c. Keterampilan dan dinamika bersosialisasi dengan teman sebaya relatif rendah, ada resiko kurangnya kemampuan belajar.
- d. Proteksi berlebihan dari orangtua dapat memberikan efek samping ketidakmampuan menyelesaikan sesuatu dan masalah sosial yang kompleks yang tidak terpediksi.

5.2.5 Langkah-langkah Melakukan *Home Scholing*

Pada dasarnya *homeschooling* bersifat unik, setiap keluarga mempunyai latar belakang berbeda sehingga setiap keluarga akan membentuk model *homeschooling* yang berbeda pula. Orangtua yang menjalankan *homeschooling* untuk anaknya penting untuk berinteraksi dan membentuk jaringan (*networking*), sebagai para proteksi *homeschooling* lokal bersama orangtua lainnya.

Agar kegiatan *homeschooling* bisa memperoleh penilaian dan penghargaan melalui pendidikan dan kesetaraan, perlu ditempuh langkah-langkah pembentukan komunitas belajar, sebagai berikut:

- a. Mendaftarkan kesiapan orangtua untuk menyelenggarakan pembelajaran di rumah/lingkungan kepada komunitas belajar.
- b. Berhimpun dalam suatu komunitas.
- c. Mendaftarkan komunitas belajar pada bidang yang menangani kesetaraan pada dasar pendidikan yang kabupaten/kota setempat.
- d. Mengadministrasikan peserta didik sesuai dengan program paket belajar yang diikutinya.
- e. Menyusun program belajar dan strategi penyelenggaraan secara menyeluruh dan berkesinambungan sesuai dengan program paket belajar yang diikuti.
- f. Mengembangkan perangkat pendukung pembelajaran, melakukan penilaian terhadap hasil belajar yang dicapai peserta didik secara berkala per-semester.
- g. Mengikutsertakan peserta didik yang sudah memenuhi persyaratan dalam ujian nasional.

BAB 6

INTERVENSI UMUM BAGI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS ?

6.1 TERAPI BAGI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

6.1.1 Terapi bagi *Slow Learner*

Slow learner dapat didefinisikan sebagai anak dengan fungsi kecerdasan yang terbatas. Anak *slow learner* dapat digolongkan *Borderline Intelligence* dengan skor IQ (69-89) (dalam skor WISC) Di dalam DSM IV (Michael, 2000). Anak yang mengalami *slow learner* tidak dapat dimasukkan ke dalam pendidikan berkebutuhan khusus (sekolah luar biasa), tetapi masuk dalam pendidikan formal dengan kebutuhan sekolah inklusif. Anak dengan *slow learner* dianggap selalu mengalami siklus kegagalan di dalam menyelesaikan *mainstream* pendidikannya (Shaw, 2010). Di saat dewasa pun anak-anak *slow learner* tetap mengalami kelemahan dalam kemampuan *self-perception* dan perilaku belajar mereka sehingga mengalami gangguan perilaku seperti *held back* dan putus sekolah (Shaw, 2010). Akan tetapi, bila kondisi ini cepat diatasi dengan intervensi khusus, banyak anak yang memiliki kecerdasan terbatas juga mampu membangun ketrampilan resiliensi untuk mengatasi permasalahan tersebut dan dapat lulus dari sekolah menengah atas sampai dengan menyelesaikan pendidikan tingkat tinggi.

Shaw (2010) menggambarkan terdapat sejumlah karakteristik dari anak *slow learner* dibandingkan dengan anak rata-rata seusianya, yaitu:

1. Kesulitan untuk memahami teknik pembelajaran dengan konsep yang abstrak.
2. Kesulitan dalam mengubah atau mengeneralisasi keterampilan, pengetahuan, dan strategi belajar, mengadaptasi konsep baru pada situasi yang baru.
3. Kesulitan secara kognitif untuk mengorganisasikan materi baru, termasuk asimilasi informasi baru atas informasi sebelumnya.
4. Kesulitan mengalami untuk tata kelola waktu dan penentuan tujuan jangka panjang.
5. Kesulitan dalam membangun motivasi akademis atau motivasi berprestasi.

Oleh karena itu, anak *slow learner* membutuhkan dorongan untuk mengatasi *academic motivation deficit* dan permasalahan *self-concept*, serta untuk melanjutkan pengembangan keterampilan belajar. Sehingga siswa dengan *slow learner* lebih beresiko tinggi terhadap resiko permasalahan perilaku dan kesehatan mental (Shaw, 2010).

6.1.2 Strategi Intervensi untuk Anak *Slow Learner*

Metode pembelajaran yang digunakan untuk anak *Slow Learner* jelas berbeda dengan anak normal. Dijelaskan bahwa sejumlah strategi umum yang digunakan untuk intervensi anak yang mengalami *slow learner* antara lain instruksi aktif dan konkret, *advanced organizational strategy*, *increased instructional efficiency*, dan *motivational strategies* (Shaw, 2010). Deskripsi dari strategi dalam pengajaran dan pembelajaran untuk anak dengan *slow learner* (Shaw, 2010) adalah, sebagai berikut:

- a. *Concrete Instruction*. Anak yang mengalami *slow learner* mengalami kesulitan untuk instruksi berkonsep abstrak. Mereka akan lebih efektif dan belajar lebih baik dengan instruksi berpendekatan: “lihatlah, rasakanlah, sentuhlah, dan lakukanlah”.
- b. *Generalization*. Siswa dengan kecerdasan terbatas (*Borderline intelligence*) dapat belajar dan berlatih strategi belajar atau peraturan seperti yang telah diajarkan kepadanya, akan tetapi mereka sangat sulit untuk mengetahui kapan, dimana, dan bagaimana peraturan tersebut diaplikasikan.
- c. *Organizing Instruction*. Membandingkan informasi-informasi yang dipelajari dengan variasi situasi-situasi baru dengan meningkatkan generalisasi serta informasi baru kepada informasi sebelumnya, membutuhkan pengetahuan akan meningkatkan penolakan secara fungsional. Oleh karena itu akan mudah bagi anak yang mengalami *slow learner* jika menjelaskan materi yang sudah mereka kuasai sebelumnya untuk mempermudah penjelasan materi baru.
- d. *Increasing Instructional Efficiency*. Anak dengan kecerdasan terbatas (*Borderline Intelligence*) belajar lebih lambat dibandingkan dengan teman-teman seusianya yang berkecerdasan rata-rata. Anak *Borderline Intelligence* lebih mudah belajar setiap fakta-fakta yang terbatas dibandingkan temannya karena mereka memiliki kekuatan untuk *rote memorization*. Mereka lebih membutuhkan banyak fakta-fakta terbatas untuk memahami sebuah konsep. Dengan membuat intruksi yang lebih efisien, maka akan memperkecil jurang antara *slow learner* dan teman seusianya yang berkecerdasan rata-rata. Untuk memudahkannya dibuatlah instruksi yang terorganisasi dengan baik, seperti instruksi dengan bantuan komputer (Shaw, 2010). Tipe lingkungan ini memungkinkan *slow learner* untuk belajar fakta-fakta terpisah dalam mempelajari generalisasi sehingga mampu mengatasi keterbatasan yang mereka alami.
- e. *Academic Motivation*. Dukungan motivasi akademik adalah penting untuk membangun resiliensi akademis dari *slow learner*. Menghubungkan pembelajaran dengan pengalaman di dunia nyata membantu mereka melihat keuntungan dari pembelajaran sehingga sangat signifikan sebagai motivator.
- f. *Social and Economic Needs*. Anak dengan *slow learner* seringkali mengalami kegagalan, *self-concept* rendah dan memisahkan diri dari lingkungan sekolah. Hal ini penting untuk mengidentifikasi dan mendorong siswa dengan *slow learner* dalam kegiatan lain yang membutuhkan keterampilan dan kekuatan yang berbeda. Menggabungkan anak *slow learner* dengan rekan-rekan lainnya dalam kelompok melalui kegiatan sehingga *slow learner* berhasil memberikan kontribusi

yang signifikan terhadap motivasi dalam pencapaian akademik dan keberhasilan sekolah.

6.1.3 Tips Pengajaran untuk Anak dengan *Slow Learner*

Tips sederhana yang dapat diterapkan untuk membantu pembelajaran anak *slow learner* (Shaw, 2010), yaitu melalui strategi:

- a. Menggunakan intruksi yang konkret.
- b. Memberikan kesempatan untuk pengulangan dan latihan yang lebih sering.
- c. Membangun dasar tata kelola waktu (*basic time management*).
- d. Membuat aktivitas yang disukai anak.

6.1.4 Terapi bagi Penderita Autisme

Delapan puluh persen anak autis memiliki IQ di bawah 70 (Davison, 1998) yang bisa digolongkan juga sebagai retardasi mental. Akan tetapi autisme berbeda dengan retardasi mental. Penderita retardasi mental menunjukkan hasil yang memprihatinkan pada semua bagian dari sebuah tes inteligensi. Berbeda dengan penderita autis, mereka mungkin menunjukkan hasil yang buruk pada hal yang berhubungan dengan bahasa dan logika tetapi mereka ada yang menunjukkan hasil yang baik pada kemampuan visual-spatial, perkalian empat digit, atau memiliki long term memori yang baik.

Akhir-akhir ini bermunculan berbagai cara atau pengobatan yang ditawarkan untuk menyembuhkan autisme. Para orang tua harus lebih berhati-hati dalam menerima berbagai tawaran pengobatan anak dengan autis, agar tidak kecewa setelah mengeluarkan banyak uang namun hasil yang diharapkan tidak tercapai. Gangguan *Spectrum Autisme* adalah suatu gangguan perkembangan, sehingga terapi yang dibutuhkan perlu dilakukan dalam jangka waktu yang lama. Di samping itu, terapi harus dilakukan secara terpadu dan setiap anak membutuhkan jenis terapi yang berbeda.

6.1.5 *Applied Behavioral Analysis* (ABA)

ABA adalah jenis terapi yang telah lama dipakai, telah dilakukan penelitian dan didesain khusus untuk anak dengan autisme. Sistem yang dipakai adalah memberi pelatihan khusus pada anak dengan memberikan *positive reinforcement* (hadiah/pujian). Fokus penanganan terletak pada pemberian reinforcement positif setiap kali anak berespons benar sesuai instruksi yang diberikan. Tidak ada hukuman (punishment) dalam terapi ini, akan tetapi bila anak berespons negatif (salah/tidak tepat) atau tidak berespons sama sekali maka ia tidak mendapatkan reinforcement positif yang ia sukai tersebut.

Secara lebih teoritis, prinsip dasar terapi ini dapat dijabarkan sebagai A-B-C; yakni A (*antecedent*) yang diikuti dengan B (*behavior*) dan diikuti dengan C (*consequence*). Jenis terapi ini bisa diukur kemajuannya. Saat ini terapi inilah yang paling banyak dipakai di Indonesia.

6.1.5 Terapi Wicara

Hampir semua anak dengan autisme mempunyai kesulitan dalam bicara dan berbahasa. Biasanya hal inilah yang paling menonjol. Banyak pula individu autistik yang non-verbal atau kemampuan bicaranya sangat kurang.

Kadang-kadang bicaranya cukup berkembang, namun tidak mampu menggunakannya untuk berkomunikasi/berinteraksi dengan orang lain. Dalam hal ini terapi wicara dan berbahasa akan sangat menolong.

Dengan menilai kemampuan berbicara, bahasa, komunikasi kognitif, dan keterampilan menelan pada anak autis, seorang terapis wicara dapat mengidentifikasi jenis masalah komunikasi dan cara terbaik untuk melatih kemampuan berbicara mereka.

Awalnya adalah terapi oral motorik, termasuk pijatan wajah (*facial massage*) dan berbagai terapi penggerakan lidah, bibir, dan rahang untuk memperkuat otot-otot mulut.

Sementara itu dalam terapi makan dan mengunyah, digunakan beberapa macam makanan dengan tingkatan tekstur dan temperatur yang berbeda, sehingga dapat melatih kepekaan oral motorik anak pada saat makan dan mengunyah.

Dalam latihan artikulasi atau pembentukan suara, peran terapis dalam memberikan contoh pembentukan bunyi serta suku kata yang tepat kepada anak, harus dilakukan secara konsisten selama aktivitas berlangsung. Tingkat kesulitan aktivitas bermain harus disesuaikan dengan usia dan intensitas autisme. Terapis akan memberikan contoh bagaimana memproduksi suara dengan tepat dengan cara memeragakan secara gamblang pergerakan lidah dan alat ucapan lainnya sehingga sebuah bunyi, misalnya 'r' - dapat dihasilkan dengan baik dan tepat.

6.1.6 Terapi Okupasi

Hampir semua anak autistik mempunyai keterlambatan dalam perkembangan motorik halus. Gerak-geriknya kaku dan kasar, mereka kesulitan untuk memegang pensil dengan cara yang benar, kesulitan untuk memegang sendok dan menyuap makanan ke mulutnya, mandi. Dalam hal ini terapi okupasi sangat penting untuk melatih mempergunakan otot-otot halusny dengan benar.

Terapi okupasi merupakan salah satu bentuk psikoterapi suportif yang penting dilakukan untuk meningkatkan aktivitas motorik klien (Buchain et al, 2003). Terapi okupasi (Occupational therapy) merupakan suatu ilmu dan seni dalam mengarahkan partisipasi seseorang untuk melaksanakan suatu tugas tertentu yang telah ditentukan dengan maksud untuk memperbaiki, memperkuat, meningkatkan kemampuan dan mempermudah belajar keahlian atau fungsi yang dibutuhkan dalam tahap penyesuaian diri dengan lingkungan. Juga untuk meningkatkan derajat kesehatan (Budiman & Siahian, 2003).

Pada anak autis, terapi okupasi dibimbing oleh terapis melalui tuntunan gerakan

Terapi Fisik

Autisme adalah suatu gangguan perkembangan pervasif. Banyak diantara individu autistik mempunyai gangguan perkembangan dalam motorik kasarnya. Kadang-kadang tonus ototnya lembek sehingga jalannya kurang kuat. Keseimbangan tubuhnya kurang bagus. Fisioterapi dan terapi integrasi sensoris akan sangat banyak menolong untuk menguatkan otot-ototnya dan memperbaiki keseimbangan tubuhnya.

Terapi Sosial

Salah satu akibat dari autisme adalah sedikitnya kemampuan sosial dan komunikasi. Banyak anak yang menderita autisme memerlukan bantuan untuk menciptakan kemampuan supaya dapat mempertahankan percakapan, berhubungan dengan teman baru atau bahkan mengenal tempat bermainnya. Seorang terapis sosial dapat membantu untuk menciptakan atau memfasilitasi terjadinya interaksi sosial.

Terapi Bermain

Meskipun terdengarnya aneh, seorang anak autistik membutuhkan pertolongan dalam belajar bermain. Bermain dengan teman sebaya berguna untuk belajar bicara, komunikasi dan interaksi sosial. Seorang terapis bermain bisa membantu anak dalam hal ini dengan teknik-teknik tertentu. Di bawah ini adalah beberapa contoh penerapan terapi bermain bagi anak-anak penyandang autisme, diantaranya:

- Terapi yang dilakukan oleh Bromfield dengan fokus terapinya memasuki ke dunia anak. Hal ini dilakukan agar kita dapat memahami pembicaraan dan perilaku anak yang membingungkan dan kadang tidak diketahui maknanya. Bromfield mencoba menirukan perilaku obsesif anak untuk mencium/membaui semua objek yang ditemui menggunakan suatu boneka yang juga membaui benda. Apa yang dilakukan Bromfield dan yang dikatakannya ternyata dapat menarik perhatian anak tersebut. Bromfield berhasil menjalin komunikasi lanjutan dengan anak tersebut menggunakan alat-alat bermain lain seperti boneka, catatan-catatan kecil, dan telepon mainan.

Terapi bagi Asperger's Syndrome

Sindrom Asperger atau Gangguan Asperger (SA) merupakan suatu gejala kelainan perkembangan syaraf otak yang namanya diambil dari seorang dokter berkebangsaan Austria, Hans Asperger, yang pada tahun 1944 menerbitkan sebuah makalah yang menjelaskan mengenai pola perilaku dari beberapa anak laki-laki memiliki tingkat intelegensi dan perkembangan bahasa yang normal, namun juga memperlihatkan perilaku yang mirip autisme, serta mengalami kekurangan dalam hubungan sosial dan kecakapan komunikasi. Walaupun makalahnya itu telah dipublikasikan sejak tahun 1940-an, namun Sindrom Asperger baru dimasukkan ke dalam kategori DSM IV pada tahun 1994 dan baru beberapa tahun terakhir Sindrom Asperger tersebut dikenal oleh para ahli dan orang tua.

Seseorang penyandang SA dapat memperlihatkan bermacam-macam karakter dan gangguan tersebut. Seseorang penyandang SA dapat memperlihatkan kekurangan dalam bersosialisasi, mengalami kesulitan jika terjadi perubahan, dan selalu melakukan hal-hal yang sama berulang ulang. Sering mereka terobsesi oleh rutinitas dan menyibukkan diri dengan sesuatu aktivitas yang menarik perhatian mereka. Mereka selalu mengalami kesulitan dalam membaca aba-aba (bahasa tubuh) dan seringkali seseorang penyandang SA mengalami kesulitan dalam menentukan dengan baik posisi badan dalam ruang (orientasi ruang dan bentuk).

Karena memiliki perasaan terlalu sensitif yang berlebihan terhadap suara, rasa, penciuman dan penglihatan, mereka lebih menyukai pakaian yang lembut, makanan tertentu dan merasa terganggu oleh suatu keributan atau penerangan lampu yang mana orang normal tidak dapat mendengar atau melihatnya. Penting untuk diperhatikan bahwa penyandang SA memandang dunia dengan cara yang berlainan.

Menurut definisi, penyandang SA mempunyai IQ normal dan banyak dari mereka (walaupun tidak semua) memperlihatkan pengecualian dalam keterampilan atau bakat di bidang tertentu. Karena mereka memiliki fungsionalitas tingkat tinggi serta bersifat naif, maka mereka dianggap eksentrik, aneh dan mudah dijadikan bahan untuk ejekan dan sering dipaksa temanya untuk berbuat sesuatu yang tidak senonoh. Walaupun perkembangan bahasa mereka kelihatannya normal, namun penyandang SA sering tidak pragmatis dan prosodi. Perbendaharaan kata-kata mereka kadang sangat kaya dan beberapa anak sering dianggap sebagai 'profesor kecil'. Namun mereka dapat menguasai literatur tapi sulit menggunakan bahasa dalam konteks sosial.

Sifat-sifat dalam belajar dan berperilaku pada murid penyandang Asperger antara lain:

Sindrom Asperger merupakan suatu sifat khusus yang ditandai dengan kelemahan kualitatif dalam berinteraksi sosial. Seseorang penyandang Sindrom Asperger (SA) dapat bergaul dengan orang lain, namun dia tidak mempunyai keahlian berkomunikasi dan mereka akan mendekati orang lain dengan cara yang ganjil (Klin & Volkmar, 1997). Mereka sering tidak mengerti akan kebiasaan sosial yang ada dan secara sosial akan tampak aneh, sulit ber-empati, dan salah menginterpretasikan gerakan-gerakan. Pengidap SA sulit dalam belajar bersosialisasi serta memerlukan suatu instruksi yang jelas untuk dapat bersosialisasi.

Walaupun anak-anak penyandang SA biasanya berbicara lancar saat mencapai usia lima tahun, namun mereka sering mempunyai masalah dalam menggunakan bahasa dalam konteks sosial (pragmatik) dan tidak mampu mengenali sebuah kata yang memiliki arti yang berbeda-beda (*semantic*) serta khas dalam berbicara /prosodi (tinggi rendahnya suara, serta tekanan dalam berbicara) (Attwood, 1998). Murid penyandang SA bisa jadi memiliki perbendaharaan kata-kata yang lebih, dan sering tak henti-hentinya berbicara mengenai suatu subyek yang ia sukai. Topik pembicaraan sering dijelaskan secara sempit dan orang itu mengalami kesulitan untuk berpindah ke topik lain. Mereka dapat merasa sulit berbicara teratur. Penyandang SA dapat memotong pembicaraan orang lain atau membicarakan ulang pembicaraan orang lain, atau memberikan komentar yang tidak relevan serta mengalami kesulitan dalam memulai dan mengakhiri suatu pembicaraan. Cara berbicaranya kurang bervariasi dalam hal tinggi rendahnya suara, tekanan dan irama, dan, bila murid tersebut telah mencapai usia lebih dewasa, cara berbicaranya sering terlalu formal. Kesulitan dalam berkomunikasi sosial dapat terlihat dari cara berdiri yang terlalu dekat dengan orang lain, memandang lama, postur tubuh yang tidak normal, dan tak dapat memahami gerakan-gerakan dan ekspresi wajah.

Murid penyandang SA memiliki kemampuan intelegensi normal sampai di atas rata-rata, dan terlihat berkemampuan tinggi. Kebanyakan dari mereka cakap dalam memperdalam ilmu pengetahuan dan sangat menguasai subyek yang mereka sukai pernah pelajari. Namun mereka lemah dalam hal pengertian dan pemikiran abstrak, juga dalam pengenalan sosial. Sebagai akibatnya, mereka mengalami kesulitan akademis, khususnya dalam kemampuan membaca dan mengerti apa yang dibaca, menyelesaikan masalah, kecakapan berorganisasi, pengembangan konsep, membuat kesimpulan dan menilai. Ditambah pula, mereka sering kesulitan untuk bersikap lebih fleksibel. Pemikiran mereka cenderung lebih kaku. Mereka juga sering kesulitan dalam menyesuaikan diri dengan perubahan, atau menerima kegagalan yang dialaminya, serta tidak siap belajar dari kesalahan-kesalahannya. (Attwood 1998).

Diperkirakan bahwa 50% - 90% dari penyandang SA mempunyai kesulitan dalam koordinasi motoriknya (Attwood 1998). Motorik yang terkena dalam hal melakukan gerakan yang berpindah-pindah (*locomotion*), kecakapan bermain bola, keseimbangan, cakap menggerakkan sesuatu dengan tangan, menulis dengan tangan, gerak cepat, persendian lemah, irama serta daya mengikuti gerakan-gerakan.

Seorang penyandang SA memiliki kesamaan sifat dengan penyandang autisme yaitu dalam menanggapi rangsangan sensori. Mereka bisa menjadi hiper sensitif terhadap beberapa rangsangan tertentu dan akan terikat pada suatu perilaku yang tidak biasa dalam memperoleh suatu rangsangan sensori yang khusus.

Seorang penyandang SA biasanya kelihatan seperti tidak memperhatikan lawan bicara, mudah terganggu konsentrasinya dan dapat/pernah dikategorikan sebagai penyandang ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) sewaktu di-diagnosa dalam masa kehidupan mereka (Myles & Simpson, 1998).

Rasa takut yang berlebihan juga merupakan salah satu sifat yang dihubungkan dengan penyandang SA. Mereka akan sulit belajar menyesuaikan diri dengan tuntutan bersosialisasi di sekolah. Instruksi yang baik dan benar akan membantu meringankan tekanan-tekanan yang dialaminya

Orang tua dengan anak Asperger's syndrome mungkin terkejut bila tahu bahwa terapi wicara dapat bermanfaat bagi anak mereka. Anak-anak dengan Asperger's syndrome umumnya tidak menunjukkan keterlambatan perkembangan dalam hal bahasa dan mereka biasanya mampu untuk bercakap-cakap. Meskipun demikian, biasanya anak-anak ini cenderung bercakap-cakap dengan sedikit canggung. Orang tua mungkin menyadari anak mereka berbicara dengan nada yang monoton atau kadang terlalu cepat. Anak juga mungkin menghindari kontak mata dan menunjukkan sedikit ekspresi wajah, bahkan saat mendiskusikan suatu topik yang penuh emosi. Saat anak tumbuh dewasa, orang tua mungkin menyadari anak mereka menunjukkan keterikatan yang tidak biasa terhadap satu atau dua topik pembicaraan. Anak juga mungkin melakukan pembicaraan dengan dirinya sendiri, terus bertahan membicarakan suatu topik walau orang lain berusaha berkali-kali mengubah topik.

Anak-anak dengan *Asperger's syndrome* akan mendapatkan manfaat dari terapi wicara. Seorang SLP akan fokus mengajari anak mengenai aturan-aturan berbahasa dalam interaksi sosial. Mulai dari belajar memosisikan diri saat berbicara dengan orang lain, memahami bahasa tubuh, nada bicara, nuansa bahasa seperti sarkasme atau hiperbola, sampai belajar menggunakan ekspresi wajah saat berkomunikasi. Anak juga akan belajar cara membuat kontak mata dan menggunakan ritme natural saat berbicara.

Terapi bagi Penyandang Tuna Grahita

Tuna grahita adalah istilah yang digunakan untuk anak atau individu yang mempunyai kemampuan intelektual di bawah rata-rata.

Klasifikasi:

1. Tuna grahita ringan (mampu didik). Kelompok ini mempunyai IQ 68-52. Mereka masih dapat belajar membaca, menulis dan berhitung sederhana. Mereka juga masih bisa dididik menjadi tenaga kerja semi skilled seperti pekerjaan laundry, bertani, peternakan dan pekerjaan rumah tangga.

2. Tuna grahita sedang (mampu latih). Kelompok ini mempunyai IQ 51-36. Mereka masih dapat menulis sendiri secara sosial nama dan alamatnya. Dapat dididik dalam hal bina diri seperti mandi, makan, berpakaian dan mengerjakan pekerjaan rumah tangga ringan seperti menyapu, membersihkan perabot rumah tangga lainnya.
3. Tuna grahita berat. Kelompok ini mempunyai IQ 39-25. Anak grahita berat membutuhkan bantuan perawatan secara total dalam hal berpakaian, mandi, makan dan lain-lain, bahkan mereka membutuhkan perlindungan dari bahaya sepanjang hidupnya.

Jenis-jenis Terapi yang Dibutuhkan untuk Anak Tunagrahita

Fisioterapi: Suatu terapi awal yang diperlukan oleh anak tuna grahita dikarenakan tuna grahita terlahir dengan tonus yang lemah, dengan terapi awal ini berguna untuk menguatkan otot-otot mereka sehingga kelemahannya dapat di atasi dengan latihan-latihan penguatan otot.

Terapi Wicara

Suatu terapi yang diperlukan untuk anak tuna grahita atau anak bermasalah dengan keterlambatan bicara, dengan deteksi dini di perlukan untuk mengetahui seawal mungkin menemukan gangguan kemampuan berkomunikasi, sebagai dasar untuk memberikan pelayanan terapi wicara.

Terapi Okupasi

Terapi ini di berikan untuk dasar anak dalam hal kemandirian, kognitif/pemahaman, dan kemampuan sensorik dan motoriknya. Kemandirian diberikan kerana pada dasarnya anak "bermasalah" tergantung pada orang lain atau bahkan terlalu acuh sehingga beraktifitas tanpa komunikasi dan memperdulikan orang lain. Terapi ini membantu anak mengembangkan kekuatan dan koordinasi, dengan atau tanpa menggunakan alat.

Terapi Remedial

Terapi ini diberikan bagi anak yang mengalami gangguan akademis skill, jadi bahan bahan dari sekolah bias dijadikan acuan program.

Terapi Kognitif

Terapi ini diberikan bagi anak yang mengalami gangguan kognitif dan perceptual, missal anak yang tidak bias berkonsentrasi, anak yang mengalami gangguan pemahaman, dan lain-lain.

Terapi Sensori Integrasi

Terapi ini diberikan bagi anak yang mengalami gangguan pengintegrasian sensori, misalnya sensori visual, sensori taktil, sensori pendengaran, sensori keseimbangan, pengintegrasian antara otak kanan dan otak kiri, dan lain-lain.

Anak di ajarkan berperilaku umum dengan pemberian sistem *reward* dan *punishment*. Bilan anak melakukan apa yang di perintahkan dengan benar, makan diberikan pujian. Jika sebaliknya anak dapat hukuman jika anak melakukan hal yang tidak benar. Dengan perintah sederhana dan yang mudah di mengerti anak.

Terapi Snoezelen

Snoezelen adalah suatu aktifitas terapi yang dilakukan untuk memengaruhi CNS melalui pemberian stimulasi pada sistem sensori primer seperti visual, auditori, taktil, Taste, dan smell serta sistem sensori internal seperti vestibular dan proprioceptif dengan tujuan untuk mencapai relaksasi dan atau aktifitas. Snoezelen merupakan metode terapi multisensories. Terapi ini di berikan pada anak yang mengalami gangguan perkembangan motorik, misalnya anak yang mengalami keterlambatan berjalan.

Terapi Musik bagi untuk Tuna Rungu

Kerusakan pendengaran ditengarai merupakan salah satu kecacatan syaraf yang paling merusakkan. Dimana kecacatan penglihatan merupakan handicap kita dengan sekeliling kita, sedangkan kecacatan pendengaran merupakan handicap komunikasi dengan masarakat (Darrow, 1989). Komunikasi merupakan dasar dari kehidupan social kita dan aktivitas intelektual, dan tanpa itu kita terputus dari dunia. Untuk alasan inilah, praktek klinik dalam terapi musik untuk tuna rungu di fokuskan pada area yang berhubungan dengan komunikasi seperti: pelatihan auditory, produksi suara (berbicara) dan perkembangan bahasa. Melalui penelitian dalam kekurangan pada komunikasi ini, terapi musik menjadi suatu efek kedua untuk memperbaiki rasa sosial dan kepercayaan diri. Terapi musik masih dianggap tidak praktis. Dikarenakan sebagian besar orang masih mempunyai konsep yang salah terhadap ketunarunguan dalam kapasitasnya untuk mendengar dan mengapresiasi stimulus musik. Seperti yang telah Darrow (1989) katakan, hanya sebagian kecil persentasi dari ketunarunguan yang tidak bisa mendengar sama sekali. Selanjutnya ia mengatakan bahwa, dikarenakan variasi dari frekuensi dan intensitas pada musik, persepsi musik malah lebih bisa ter-akses, dibandingkan dengan sinyal percakapan yang lebih kompleks. Musik juga sangat fleksible dan dapat dimodifikasikan pada level pendengaran pada setiap orang, level bahasa, kematangan dan preferensi musik. Robbins & Robbins (1980), yang membuat *manual resource* yang komprehensif dan kurikulum bagi terapi musik untuk tuna rungu melakukan pendekatan terhadap subyek bersangkutan dengan mempunyai sikap yang mempercayai bahwa sense terhadap musik ada pada setiap orang. Melalui musik, mereka mengarah pada sensitivitas yang inherent dan kapasitas merespon langsung kepada ekspresi dari ritme dan variasi nada, yang dideskripsikan sebagai musik. Mereka juga menekankan, bahwa musik dari berbagai sisi mempunyai efek pada manusia. Musik merupakan media untuk aktivitas dalam bereksplorasi dan pengalaman diri, sehingga berhubungan langsung pada bicara dan bahasa, komunikasi dan pikiran, juga pada ekspresi tubuh dan emosi dalam skala besar. Sehingga terapi musik dapat masuk dan meningkatkan habilitas dan perkembangan secara luas bagi ketunarunguan. Bagi penderita tuna rungu, terapi musik dapat:

Meningkatkan auditory, pelatihan dan perluasan penggunaan dari sisa pendengaran Auditory training, merupakan bagian yang terintegrasi dengan proses habilitasi pada penderita tunarungu. Tiap individu harus belajar untuk menginterpretasikan dan mengikuti suara, terutama percakapan dalam lingkungannya, dengan maksud untuk meningkatkan rate dan kualitas perkembangan sosial dan komunikasi. Tujuan utama dari *auditory training* ini adalah untuk mengembakan sisa pendengaran menjadi maksimal. Mereka harus belajar untuk mendengarkan mental yang kompleks dan proses aural. Pelatihan auditori cenderung fokus pada *development* dan fokus untuk analisis suara untuk pasien tuna rungu, dan ini akan menjadikan suatu proses yang membosankan dan tidak menarik. Maka dari itu musik

menjadi suatu alat yang memotivasi dan menghidupkan sesi-sesi ini. Percakapan dan musik mengandung banyak persamaan. Persepsi auditori pada percakapan dan musik melibatkan kemampuan untuk membedakan antara perbedaan suara, *pitch*, durasi, intensitas dan warna nada dan bagaimana suara bisa berubah-ubah sepanjang waktu. Properti-properti ini terdapat pada kemampuan pendengaran untuk menginterpretasi suara dan mengartikannya. Persamaan yang ada antara musik dan percakapan menyebabkan musik dan terapi musik membuat suatu alternatif dan alat yang menyenangkan untuk melengkapi tehnik pelatihan auditory sebelumnya (Darrow, 1989). Prosedur terapi musik dapat dapat memberikan beberapa obyek pada pelatihan auditory. Perhatian terhadap suara, perhatian terhadap perbedaan dalam suara, mengenali obyek dan juga suara obyek tersebut, dan penggunaan pendengaran untuk menentukan jarak dan lokasi dari suara dapat dilatih melalui pengalaman pada musik (Darrow 1989). Selain itu, Robbins & Robbins (1980) menemukan bahwa dengan musik yang cocok lebih gampang untuk didengar dan diasimilasikan dibandingkan dengan percakapan, sehingga lebih cocok untuk dapat menstimulasi motivasi alami pada sisa pendengaran. Amir & Schuchman (1985) membuat suatu program terapi musik untuk mengembangkan dan meningkatkan kecakapan dalam kesadaran akan suara musik, kesadaran akan kontras intensitas, menyadari adanya suara musik dan juga patron dari musik tersebut. Suatu investigasi untuk melihat keefektifan dari program tersebut memberikan suatu hasil bahwa ada aspek-aspek tertentu untuk seseorang yang *profoundly deaf* dapat diukur peningkatannya melalui suatu program sistematik pada pelatihan pendengarannya dalam konteks musikal. Terutama level pendiskriminasian subyek secara signifikan meningkat dan pelatihan dari subyek dalam menerima musik dan juga lingkungan musik tersebut. Amir & Schuchman selanjutnya menyuport penggunaan terapi musik ini dikarenakan hal ini memberikan suatu diversifikasi yang menarik dan pengalam pengajaran yang positif, dengan memperkuat penggunaan sisa pendengaran. Meningkatkan perkembangan percakapan dan meningkatkan intonasi/ritme suara dalam percakapan. Suara dari seseorang yang mempunyai kekurangan pendengaran sering terdengar aneh dan tidak natural. Pada individu ini sering terjadi kurangnya feedback mekanisme internal yang diperlukan untuk memonitor dan menyesuaikan, sebagai contoh, pelafalan kata-kata, perubahan tinggi rendah (*pitch*) suara ataupun ritme suara. Sebagai konsekuensi produksi dari suara percakapan mereka sering tidak jelas dan terdistorsi. Penderita tuna rungu ini juga cenderung menunjukkan sedikit variasi *pitch* dan intonasi dibandingkan orang dengan pendengaran normal, sehingga menghasilkan suara yang monoton. Mereka sering memanjangkan suku kata dan atau kalimat dan juga sering mengambil jeda pada posisi yang tidak tepat. Problem-problem dari ritme dan intonasi ini berpengaruh pada ketidakjelasan dalam bercakap. Tehnik dari terapi dan aktivitas musik dapat membantu secara efektif pada perkembangan percakapan dari segi ritme, intonasi, rate dan tekanan suara. Darrow (1989) mendiskusikan penggunaan terapi musik dalam pengertian berbahasa, intonasi vokal, kualitas vokal dan berbicara lancar. Proses bernafas, ritme dan pengambilan waktu yang tepat, *pitch* dan artikulasi yang diperlukan untuk bernyanyi, memberikan struktur dan motivasi yang penting bagi pasien. Darrow juga menekankan pada pentingnya *feedback* yang konstan untuk si terapis. Darrow & Starmer (1986) mempelajari efek dari pelatihan vokal pada frekuensi dasar, range frekuensi dan kecepatan percakapan pada suara anak-anak tuna rungu. Anak-anak ini cenderung mempunyai frekuensi dasar yang tinggi dan sedikit variasi *pitch*, memproduksi suatu permasalahan dalam kecakapan berbicara. Hasil dari studi ini menyarankan bahwa dengan latihan pada vokal tertentu dan menyanyikan lagu-lagu pada kunci nada rendah yang tepat dapat membantu memodifikasian frekuensi dasar dan range frekuensi pada pasien.

Studi lain dari Darrow (1984) juga menunjukkan peran dari terapi musik adalah melatih respons ritme, sehingga membuat respons pada ritme dari suara percakapan menjadi lebih baik. Staum (1987) telah sukses menggunakan notasi musik untuk mempengaruhi dalam memperbaiki pengucapan bahasa pasien. Ia menggunakan sistem notasi visual sebagai alat untuk membantu pasien dalam mencocokkan kata-kata atau suara dari kata-kata baik yang lazim maupun tidak lazim, dengan ritme yang tepat dan struktur yang dari pitch yang mudah. Hasil positif yang didapat adalah nada pelafalan pengucapan lebih berkembang, juga penyamarataan dan transfer ilmu berkembang secara signifikan Robbins & Robbins (1980), setelah pelatihan pada pasien tunarungu, mengatakan bahwa kontribusi dari terapi musik untuk memperkuat dan/atau mempercepat pembelajaran dan penggunaan percakapan, vokal yg lebih luas/spontan dan mantap, memperbaiki kualitas suara dan lebih leluasa dalam menggunakan intonasi dan ritme.

Meningkatkan perkembangan dan pendidikan bahasa, dan meningkatkan kemampuan berkomunikasi secara umum. Bagi anak-anak tuna rungu, keterbatasan input pendengaran tidak hanya memengaruhi kemampuan untuk mendengar suara percakapan dari orang lain, namun juga mempunyai dampak negatif terhadap perkembangan bahasa mereka sendiri. Keteraturan memperdengarkan bahasa melalui pendengaran, memberikan informasi penting mengenai *vocabulary*, *syntax* (kalimat), *semantics* (arti kata) dan *pragmatics*, yang mana hal ini secara langsung diterima oleh anak dengan pendengaran normal. Tanpa keteraturan mendengarkan ini, bagi anak dengan pendengaran terbatas biasanya akan mempunyai banyak problem pada bahasa mereka. Kesulitan itu biasanya terdapat pada kurangnya *vocabulary*, kesulitan dalam mengartikan kata, menggunakan kata yang salah, struktur dan isi bahasa yang salah, dan lainnya. Kesulitan-kesulitan dalam menggunakan bahasa ini selanjutnya akan menghalangi individu tersebut dari komunikasi yang mempunyai arti dan juga berinteraksi. Problem berbahasa dapat menimbulkan efek negatif pada pendidikan seperti membaca, menulis dan pemahaman (Gfeller, & Baumann, 1988). Secara signifikan terapi musik memberikan kontribusi pada kemampuan untuk berkomunikasi dan berbahasa pada pasien tuna rungu. Sebagai contoh Gfeller (1990), mendiskusikan tentang pengayaan repertoire musik dan pengalaman bergerak dalam terapi musik, yang dapat di gabungkan dengan percakapan dan, setelahnya penulisan kata. Anak-anak kecil terutama menggunakan setiap saat pergerakan motorik dan belajar sesuatu melalui manipulasi dari lingkungannya. Instrumen musik dan materialnya kaya akan sumber-sumber keterlibatan pada sensorik dan motorik. Pengalaman pada Multi sensory bahwa musik merupakan alat pembelajaran yang bernilai, yang pada akhirnya juga terkait pada representasi mental atau simbol, Gfeller (1990). Event musik dan sekuensialnya dapat dibuat oleh para terapis sebagai model penggunaan bahasa untuk anak. Semenjak rehabilitasi bahasa merupakan suatu proses yang panjang dan lama, terapis musik dapat memberikan motivasi penting untuk membuat aktifitas menjadi bermain dan menyenangkan. Aktivitas dalam terapi musik dapat juga membuat suatu oportuniti untuk menggunakan konsep bahasa dalam konteks yang berbeda. Penelitian lain juga menemukan bahwa integrasi musik dalam pendidikan sebagai bahasa seni sangat menguntungkan (Darrow, 1989; Gfeller, & Darrow, 1987). Tidak hanya meningkatkan motivasi tapi juga memberikan sebuah pendekatan multi sensori untuk belajar, yang dapat membantu pasien untuk mendalami arti dari kata-kata baru. Bernyanyi contohnya, memberikan suatu kesempatan untuk secara intensif menggunakan pendengaran dan beraktifitas vokal. Mempelajari lagu dapat menstimulasi latihan dalam pembedaan auditori, membedakan dan meleburkan bunyi huruf, pengucapan suku-suku kata dan pelafalan kata (Gfeller, & Darrow, 1987). Hal ini dapat juga membantu mengembangkan penguasaan kata-kata dan

memberikan suatu pengalaman dalam belajar membuat struktur kalimat dan semantiknya. Membuat lagu dapat juga bertujuan sama. Lagu juga mempunyai kelebihan dalam melafalkan suatu patron nada, menjadi tidak monoton. Di samping meningkatkan perkembangan bahasa dan mendidik bahasa pada pasien tuna rungu, terapi musik juga meningkatkan kemampuan berkomunikasi dengan memberikan semacam kesadaran dan kemampuan melihat suatu arti yang diselaraskan/disampaikan melalui “nada pada suara”. Hal-hal penting didalam berkomunikasi dengan orang lain adalah ekspresi wajah, *body language*, dan *pitch* serta intensitas dinamik. Kesadaran dan kepekaan terhadap *style* dari bahasa yang diucapkan oleh diri sendiri dan orang lain, dapat diberikan dengan berhasil melalui penerapan terapi musik. Dengan menggayakan suatu lagu dan memberi isyarat pada lagu dengan cara yang “gaya baik/indah”, seseorang dapat mempelajari untuk menggunakan dan menyadari nuansa dalam berkomunikasi dengan yang lain (Gfeller, & Darrow, 1987). Berisyarat dalam bernyanyi juga memberikan suatu kesempatan untuk mengeksplorasi ekspresi dari emosi sendiri, karena lirik dan melodi secara persamaan dapat mengungkapkan suatu ekspresi jiwa dibandingkan dengan hanya berbicara.

Mengembangkan jiwa sosialisasi, kesadaran diri, kepuasan emosional dan meningkatkan kepercayaan diri di dalam beberapa literatur mengkarakterkan bahwa seseorang tuna rungu mempunyai perasaan kuat akan rendah diri dan depresi, juga mempunyai sikap tidak bisa dipengaruhi dan tertutup (lihat ulasan ulang dari Galloway, & Bean, 1974). Body-image dan kesadaran yang tidak terlalu baik, kurangnya berbahasa dan berkomunikasi, dan tertutupnya rasa sosialisasi, memberikan kontribusi secara signifikan pada perasaan-perasaan ini. Terapi musik dapat memberikan kesempatan yang penting untuk memperbaiki masalah ini dan meningkatkan rasa percaya diri seseorang yang tuna rungu. Brick (1973) menemukan *eurhythmics*—Seni dari keharmonisan dan gerak tubuh yang ekspresif— dan aktifitas musik yang memberikan pasien suatu pengalaman yang menyenangkan, di mana hal tersebut memberikan energi kreatif untuk pasien. Hal ini sebaliknya membantu mengembangkan kepercayaan diri, memberi rasa bangga dalam menyelesaikan sesuatu dan bekerja sama dalam satu grup. Robbins & Robbins (1980) juga menemukan bahwa aktifitas kelompok musik dapat memberikan contoh untuk menyesuaikan didalam bersosialisasi. Hasil hakiki yang didapat dalam pengalaman bermusik seperti ini dapat memotivasi pasien yang selalu melawan untuk dapat bekerja sama (*co-operative*), yang selalu tidak fokus menjadi fokus dan yang selalu gagal menjadi berusaha untuk selalu menyelesaikan pekerjaannya. Pasien yang juga selalu jelek/gagal dalam hal lain, dapat menerima bantuan spesial dan kompensasi yang baik melalui terapi musik ini.

Body-image dan kesadaran juga dapat meningkat melalui terapi musik ini. Galloway & Bean (1974) menemukan bahwa aktivitas bernyanyi dan melakukan gerakan pada musik juga efektif. Robbins & Robbins (1980) juga menekankan pentingnya realistik dan positif pada diri sendiri. Mereka menemukan juga bahwa kecakapan dalam bergerak yang dipelajari melalui musik dapat meningkatkan rasa percaya diri, koordinasi, sikap tenang yang alami dan kesadaran akan jati diri. Bernyanyi, bermain atau bergaya pada suatu lagu dapat menghasilkan seseorang untuk dapat berekspresi dan puas terhadap diri secara emosional. Gfeller & Darrow (1987) menyarankan bahwa bergaya atau bernyanyi pada lagu yang dibuat sendiri, juga dapat membuat seseorang tuna rungu untuk mengekspresikan atau mengilustrasikan pikirannya, perasaannya dan idenya bila hal itu terlalu sulit untuk dituliskan. Staum (1987) juga menemukan bahwa tehnik dan prosedur terapi musik dapat memberikan suatu skill yang

fungsional yang dapat terintegrasi langsung di dalam pelajaran musik secara private maupun secara klasikal. Melalui suatu cara yang dapat ditransfer di luar sesi terapi, seseorang lebih bisa dan senang untuk berekspresi pada situasi baru, bertemu orang baru, dan dapat bekerja dalam suatu grup-grup. Hal ini sebaliknya pula memberikan suatu rasa tanggung jawab sosial juga kesadaran, kebanggan dan kepercayaan diri dan sosial.

-oo0oo-

DAFTAR PUSTAKA

- Anurogo, D. (2010). *Terapi yang Efektif untuk Anak dengan Asperger Syndrome*. Jakarta: Prenada Press.
- Attwood, Tony. (2005). *Sindrom Asperger: Panduan bagi Orangtua dan Profesional*. Jakarta: PT Serambi Ilmu Semesta.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. Second Edition*. New York: The Guilford Press.
- Carson, Robert C., Butcher, & James N. (1992). *Abnormal Psychology and Modern Life*. Ninth Edition. New York: Harpercollins Publisher.
- Danuatmaja, Bonny. (2005). *Terapi Anak Autis di Rumah*. Jakarta: Puspa Sehat.
- Davison, G. C., Neale, J. M., & Kring, A. M. (2004). *Psikologi Abnormal*. Edisi Ke-9 (Terjemahan). Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Desiningrum, D.R. (2012). *Buku Ajar: Psikologi Perkembangan Anak*. Semarang: UPT Undip Press.
- Dewi, K S. (2012). *Buku Ajar Kesehatan Mental*. Semarang: UPT UNDIP Press.
- Direktorat Pembinaan Sekolah Luar Biasa; *Direktorat Jenderal Manajemen Pendidikan Dasar dan Menengah*. (2007). *Penatalaksanaan Psikologi bagi Anak Cerdas dan Bakat Istimewa Penyusunan Pedoman Penyelenggaraan Layanan Pendidikan bagi Anak Cerdas dan Bakat Istimewa*.
- Diono, S A. (2009). *Warna-warni Home Schooling*. Jakarta: PT Elex Media Kometindo
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (2007). *Intisari Psikologi Abnormal*. Edisi Keempat. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Edwards, L. & Crocker, S., (2008). *Psychological Processes in Deaf Children With Complex Needs: An Evidence-Based Practical Guide*. London: Jessica Kingsley Publishers

- Erawati, M. (2009). Kajian Meta Analisis Keterlibatan Ayah dalam Pengasuhan dan *Externalizing Behavior* pada Anak *Indigenous*. *Jurnal Ilmiah Berkala Psikologi*. Vol. 11 No. 1, 2-19.
- Fahiroh, S. A. (n.d.). Gangguan Perilaku Masa Anak dan Masa Remaja dan Psikopat. *Psikologi*. 1-7.
- Gorman, J.C. (2001). *Emotional Disorder & Learning Disabilities in The Elementary Classroom: Interactions and Interventions*. California: Corwin Press.
- Hidayat, dkk. (2006). *Bimbingan Anak Berkebutuhan Khusus*. Bandung: UPI Press.
- Kalat, J. W. (2007). *Biological Psychology*. California: Thomson Learning, Inc.
- Mangunsong, F., (2009). *Psikologi dan Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus*. Jilid 1. Depok: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi.
- Mudyaharjo, R. (2002). *Pengantar Pendidikan*, Cet. ke 2. Jakarta: PT Radja Grafindo.
- Napitupulu, E.L. (2012). *Anak Lamban Belajar Bisa Sukses Jadi Pengusaha*. (online) diunduh pada website [http://edukasi.kompas.com/read/2012/07/07/16530275/Anak.Lambat.Belajar.Bisa.Sukses.Jadi.Pengusahapadatanggal 24 September 2014](http://edukasi.kompas.com/read/2012/07/07/16530275/Anak.Lambat.Belajar.Bisa.Sukses.Jadi.Pengusahapadatanggal%2024%20September%202014).
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2005). *Psikologi Abnormal*. Edisi Kelima Jilid 2. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Novitasari, R. (2009). Perilaku Memaafkan pada Anak dengan Conduct Disorder. *Psikologika*. Volume 14 Nomor 1, 23-33.
- Ormrod, J. E. (2008). *Psikologi Pendidikan*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Ormrod, J.E. (2009). *Psikologi Pendidikan Membantu Siswa Tumbuh dan Berkembang*. Ed. 6, Jilid 1. Alih Bahasa: Amitya Kumara. Jakarta: Erlangga.
- Papalia, D E., Olds, S W., Feldman, R D. (2009). *Human Development*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Pidarta, M. (2007). *Landasan Kependidikan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Procelli, D. E. (2005). *The Effects of Music Therapy and Relaxation Prior to Breastfeeding on The Anxiety of New Mothers and The Behavior State of Their Infants During Feeding*. Florida: College Of Music, The Florida State University.
- Rathus, S. A., & Nevid, J. S. (1991). *Abnormal Psychology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Santrock, J. W. (2009). *Psikologi Pendidikan*. Ed.3, Buku 1. Alih Bahasa: Diana Angelica. Jakarta: Salemba Humanika.
- Shepherd, Tery L. (2010). *Working with Students with Emotional and Behavior Disorders*. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Sobur, A. (2009). *Psikologi Umum*. Bandung: Pustaka Setia.
- Subandi, M. A. (2009). *Psikologi Dzikir*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Triana, N, Y. Andriany, M. (2010). *Stres dan Koping Keluarga dengan di SLB C dan SLB C1 Widya Bhakti Semarang*. Semarang: UniversitasDiponegoro.
- Vocks, S., Ockenfels, M., Jurgensen, R., Mussgay, L., & Ruddel, H. (2004). Blood Pressure Reactivity Can be Reduced by a Cognitive Behavioral Stress Management Program. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(2): 63–70.
- Wardani, I, G, A, Hernawati, K. dan Astaty, T. (2007). *Pengantar Pendidikan Luar Biasa*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Youg. (2010). *Psikologi Perkembangan Anak*. Jakarta: Lilinpelita.
- Zaviera, F. (2007). *Anak Hiperaktif: Cara Cerdas Menghadapi Anak Hiperaktif dan Gangguan Konsentrasi*. Yogyakarta: Ar-ruzz Media.

