



PUSTAKA AKSARA

“BUNGA RAMPAI” ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS (ABK) “RAGAM WACANA SERTA PENANGANAN DINI ABK”

Lailatul Badriyah, S.Psi, M.A
Asti Haryati, M.Pd
Dilla Astarini, M.Pd

Lailatul Badriyah, S.Psi, M.A
Asti Haryati, M.Pd
Dilla Astarini, M.Pd

“BUNGA RAMPAI” ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS (ABK)

Buku yang berjudul: Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) “Ragam wacana serta penanganan dini ABK” merupakan tulisan gabungan dari beberapa penulis yang membahas secara luas tentang Anak Berkebutuhan Khusus (ABK). Buku ini berisikan hal-hal tentang pengertian, jenis, faktor-faktor gangguan, berbagai penanganan berdasarkan para ahli serta beberapa kajian-kajian terdahulu yang pernah dilakukan oleh para peneliti yang meneliti terkait gangguan yang terjadi.

Buku ini sangat cocok dijadikan bahan referensi khususnya di bidang keilmuan psikologi dan bimbingan konseling, agar menambah pengetahuan para pembaca. Buku ini juga sebagai bahan acuan bagi para mahasiswa aktif yang mendapatkan matakuliah khususnya konseling anak berkebutuhan khusus (ABK).



PUSTAKA AKSARA

ISBN 978-623-6168-63-9



9 786236 168639



PUSTAKA AKSARA



BUNGA RAMPAI

ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS (ABK)

Ragam wacana serta penanganan dini ABK

Riza Cahyani, Mice Silasmawati, Feni Andriani, Kholilatur Rosydah, Rini Saputri, Fitri Resi Yanti, Wahyuni Nila, Nila Irnawati, Piri Ahdikin, Yuli Permata Sari, Citra Lara Pratama, Anggraini Afrilia, Apriadi, Hidayah Reza, Delvia Sinca, Nana Selvia, Viona Rosalena, Leta Ervina, Aprilita Selvya, Rini Andika, Muhammad Afif, Yeti Nureka, Abeb Pramusu, Betaria Soneta, Vicky Mahendra, Yoka Prista, Cindi Claudia Devanda, Kintan Wulandari Salsabila, Endah Safitri, Elisa Erkafisanti, M. Jainus Solihin, Rani Susanti, Tania Fransiska, Efriyansah, Nursafitri, Fajriati Ramadani, Lesta, Usta Andani, Iis Hartati, Hefika Juipa Beta, Nadia Rasma Dewi, Meta Aprianti, Dela Anggela, Muhammad Adies, Annisa Noviyanti, Neti Herawati, Fara Fahesa, Winsi Fitriani, Vemy Deti Angriani, Lia Nur Anisa, Mia Claudia Malik, Santri Salsa Monica, Savindri Alfi Nurulita, Andre Jonata, Desi Purnama Hayati, Mita Seprianti, Gita Oktami, Ica Agustina, Peringki, Muhammad Renaldo, Elintina Dwi Tiara, Meia Tiara, Restie Selviandani, Seci Ade Arlegi, Fidya Gamelia, Rizki Badriani Utami, Sukma Wardani Putri, Selfini Eka Putri, Veizi Pratama, Deko Andeska Putra, Retno Dewi Astuti, Perandika, Marisa Angraini, Anindhita Raras Prameswari, Tunggu Asri, Ade Ardiansyah, Andes Putra, Dessylla Utami Putri, Joko Agung Dwi Laksono, Bimo Revoaldo, Putri Annisa, Sendi Andeka, Seldi Setiawan, Ronaldo Septemi, Bayu Andika, Farah Fahesa



PUSTAKA AKSARA

BUNGA RAMPAI
ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS (ABK)
“Ragam wacana serta penanganan dini ABK”

Penulis : Riza Cahyani, Mice Silasmawati, Feni Andriani, Kholilatur Rosyadah, Rini Saputri, Fitri Resi Yanti, Wahyuni Nila, Nila Irnawati, Piri Ahdikin, Yuli Permata Sari, Citra Lara Pratama, Anggraini Afrilia, Apriadi, Hidayah Reza, Delvia Sinca, Nana Selvia, Viona Rosalena, Leta Ervina, Aprilita Selvy, Rini Andika, Muhammad Afif, Yeti Nureka, Abeb Pramusu, Betaria Soneta, Vicky Mahendra, Yoka Prista, Cindi Claudia Devanda, Kintan Wulandari Salsabila, Endah Safitri, Elisa Erkafisanti, M. Jainus Solihin, Rani Susanti, Tania Fransiska, Efriyansah, Nursafitri, Fajriati Ramadani, Lesta, Usta Andani, Iis Hartati, Hefika Juipa Beta, Nadia Rasma Dewi, Meta Aprianti, Dela Anggela, Muhammad Adies, Annisa Noviyanti, Neti Herawati, Fara Fahesa, Winsi Fitriani, Vemy Deti Angriani, Lia Nur Anisa, Mia Claudia Malik, Santri Salsa Monica, Savindri Alfi Nurulita, Andre Jonata, Desi Purnama Hayati, Mita Seprianti, Gita Oktami, Ica Agustina, Peringki, Muhammad Renaldo, Elintina Dwi Tiara, Meia Tiara, Restie Selviandani, Seci Ade Arlegi, Fidya Gamelia, Rizki Badriani Utami, Sukma Wardani Putri, Selfini Eka Putri, Veizi Pratama, Deko Andeska Putra, Retno Dewi Astuti, Perandika, Marisa Angraini, Anindhita Raras Prameswari, Tunggu Asri, Ade Ardiansyah, Andes Putra, Dessylla Utami Putri, Joko Agung Dwi Laksono, Bimo Revoaldo, Putri Annisa, Sendi Andeka, Seldi

Setiawan, Ronaldo Septemi, Bayu Andika, Farah
Faheza
Editor : Lailatul Badriyah, S.Psi, M.A
Asti Haryati, M.Pd
Dilla Astarini, M.Pd
Desain Sampul : Rizal Fahmi AS
Tata Letak : Elan Figur

ISBN : 978-623-6168-63-9

Diterbitkan oleh : **PUSTAKA AKSARA, 2021**

Redaksi:

Jl. Karangrejo Sawah IX nomor 17, Surabaya

Telp. 0858-0746-8047

Laman : www.pustakaaksara.co.id

Surel : info@pustakaaksara.co.id

Anggota IKAPI

Cetakan Pertama : 2021

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

Motto:

*Konseling Bersahabat, Pelayanan Bermanfaat
Konselor Bermartabat
Keberadaannya diakui oleh Pemerintah dan Masyarakat*



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis sampaikan kehadiran Allah SWT, Tuhan semesta alam, Shalawat dan salam semoga senantiasa terlimpahkan kepada Nabi Muhammad SAW, beserta keluarga, para sahabat, dan pengikutnya yang setia. Allahmdulilah wa syukurillah berkat rahmat dan anugrah-Nya buku yang berjudul: Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) “Ragam wacana serta penanganan dini ABK” ini dapat diselesaikan dengan baik.

Buku ini merupakan kolaborasi dari beberapa penulis khususnya dari para dosen yang bekerjasama dengan mahasiswa di Prodi Bimbingan dan Konseling Islam. Dalam penulisannya, penulis menyadari masih banyak kekurangan, oleh karena itu kritik saran akan diterima untuk membangun semangat yang lebih baik lagi dalam berkarya.

Semoga buku ini bermanfaat bagi kita semua khususnya untuk pengembangan bidang keilmuan Bimbingan dan Konseling Islam.

Bengkulu, April 2021

Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vi

BAGIAN 1

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

(ADHD)	1
A. Pengertian <i>Attention Defisit Hyperactivity Disorder</i> (ADHD).....	1
B. Karakteristik ADHD	2
C. Jenis-Jenis ADHD	4
D. Faktor- faktor penyebab ADHD	7
E. Penanganan dan Konseling ADHD	9
F. Psikoterapi Anak ADHD	12
G. Penelitian Tentang Tema ADHD	21

BAGIAN 2

SPECTRUM AUTISM	27
A. Pengertian <i>Spectrum Autism</i>	27
B. Karakteristik <i>Spectrum Autism</i>	28
C. Jenis-Jenis <i>Spectrum Autism</i>	30
D. Faktor Penyebab <i>Spectrum Autism</i>	31
E. Penanganan dan Konseling <i>Spectrum Autism</i>	32
F. Penelitian Tema <i>Spectrum Autism</i>	38

BAGIAN 3

SLOW LEARNER & DYSLEXIA 44

A. Pengertian <i>Slow Learner & Disleksia</i>	44
B. Karakteristik <i>Slow Learner & Disleksi</i>	47
C. Jenis-Jenis <i>Slow Learner & Disleksi</i>	49
D. Faktor-Faktor <i>Slow Learner & Disleksia</i>	50
E. Penanganan dan Konseling Anak <i>Slow Learner &</i> <i>Disleksia dengan Pemanfaatan Art Therapy bagi Anak</i> <i>Slow Learner</i>	54
F. Penelitian Tema <i>Slow & Disleksia</i>	59

BAGIAN 4

CERDAS DAN BERBAKAT ISTIMEWA (CIBI)	66
A. Pengertian Cerdas dan Berbakat Istimewa (CIBI)	66
B. Karakteristik Cerdas dan Berbakat Istimewa (CIBI)	68
C. Jenis-Jenis Cerdas dan Berbakat Istimewa (CIBI)	68
D. Faktor Penyebab Cerdas dan Berbakat Istimewa (CIBI) ...	69
E. Penanganan dan Konseling Anak dengan Kecerdasan dan keberbakatan Istimewa (CIBI)	71
F. Penelitian Tema Cerdas dan Berbakat Istimewa (CIBI)	76

BAGIAN 5

TUNANETRA & TUNADAKSA	81
A. Pengertian Tunanetra	81
B. Pengertian Tunadaksa	81
C. Karakteristik Tunanetra	82
D. Karakteristik Tunadaksa	83
E. Jenis-Jenis Tunanetra	83
F. Faktor Penyebab Tunanetra	84
G. Faktor Penyebab Tunanetra	86
H. Faktor Penyebab Tunadaksa	87
I. Penanganan dan Konseling Anak Penyandang Tunanetra dan Tunadaksa	87
J. Penelitian Terkait Dengan Tunanetra Dan Tunadaksa	98

BAGIAN 6

TUNALARAS & TUNAGRAHITA	110
A. Pengertian Tunalaras & Tunagrahita	110
B. Karakteristik Tunalaras & Tunagrahita	113
C. Jenis-Jenis Tunalaras & Tunagrahita	116
D. Faktor Penyebab Tunalaras & Tunagrahita	117
E. Penanganan Dan Konseling Tunalaras & Tunagrahita	121
F. Penelitian Tema Tunalaras & Tunagrahita	126

BAGIAN 7

DOWN SYNDROME 131

A. Pengertian <i>Down Syndrome</i>	131
--	-----

B. Karakteristik <i>Down Syndrome</i>	132
C. Jenis-Jenis <i>Down Syndrome</i>	133
D. Faktor Penyebab <i>Down Syndrome</i>	134
E. Penanganan Dan Konseling <i>Down Syndrome</i>	137
F. Penelitian Berkaitan dengan Tema <i>Down Syndrome</i>	142
Tentang Penulis	146
Kumpulan Foto	156

BAGIAN 1

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

*“Cintai Hidup yang Kamu Jalani, Jalani Hidup yang Kamu
Cintai”*

A. Pengertian *Attention Defisit Hyperactivity Disorder* (ADHD)

Istilah ADHD merupakan istilah baru untuk anak yang over aktif, seorang Neulog Heinrich Hoffman pada tahun 1845 untuk pertama kali menulis mengenai perilaku yang kemudian dikenal dengan hiperaktif dalam buku cerita anak dalam karangannya. Dalam literatur lain dijelaskan ADHD pertama dikemukakan oleh doktor Inggris George F. Still di dalam penelitiannya terhadap sekelompok anak yang menunjukkan ketidakmampuan abnormal untuk memusatkan perhatian, gelisah dan resah. George mengungkapkan bahwa anak-anak tersebut memiliki kekurangan yang serius dalam hal kemauan yang berasal dari bawaan biologis. Gangguan tersebut disebabkan oleh sesuatu di dalam diri anak dan bukan karena faktor lingkungan.¹

Menurut Tonsen *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) adalah kelainan hiperaktivitas, kurang perhatian yang sering ditampakan sebelum usia 4 tahun dan dikarakteristikan oleh ketidaktepatan perkembangan tidak perhatian, impulsif dan hiperaktif (Erinta & Gudiani, 2012) (Hatiningsih, 2013) (Hayati L. D.) (Sugiarman, 2012). Definisi lain menurut Permandi ADHD adalah suatu kondisi yang pernah dikenal sebagai *Attention Deficit Disorder* (sulit memusatkan perhatian), *Minimal Brain Damage* (kerusakan kecil pada otak), *Hyperkinesis* (terlalu banyak bergerak aktif), dan *Hyperactive* (Hiperaktif). Ada kira-kira 3-5% anak usia sekolah menderita ADHD. Penjelasan lain menurut Ginanjar ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) adalah gangguan neurobiologis yang ciri-cirinya sudah

¹ Mayang, M. (2013). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Pada Anak Usia 2 Tahun. *Cendikia Selektia*, 01(3).

tampak pada anak sejak kecil. Anak ADHD mulai menunjukkan banyak masalah ketika SD karena dituntut untuk memperhatikan pelajaran dengan tenang, belajar berbagai keterampilan akademik, dan bergaul dengan teman sebaya sesuai aturan.²

ADHD adalah gangguan yang terjadi pada otak, ini ditandai dengan kurangnya perhatian dan hiperaktif serta impulsif yang mengganggu fungsi dan perkembangan otak anak. Anak dengan ADHD mengalami kesulitan untuk tetap fokus. Biasanya tidak betah jika harus duduk dan belajar dalam waktu lama. Namun, hal ini bukan karena mereka kurang paham dengan apa yang sedang mereka pelajari.

Anak ADHD merupakan anak yang hiperaktif. Mereka suka terus bergerak, bahkan mungkin sampai mengganggu teman yang ada di dekatnya. Mereka juga suka bertindak impulsif. Artinya, mereka suka melakukan tindakan yang tiba-tiba tanpa memikirkannya terlebih dahulu, mereka tidak suka menunda keinginan atau kepuasan.³

B. Karakteristik ADHD

Menurut DSM IV, tertulis kriteria ADHD sebagai berikut:

1. Kurang Perhatian

Penderita ADHD paling sedikit mengalami enam atau lebih dari gejala berikutnya. Gejala ini berlangsung selama 6 bulan sampai suatu tingkatan yang mendapatkan dan tidak konsisten dengan tingkat perkembangan.⁴

- a. Sering kali gagal dalam memperhatikan baik-baik terhadap sesuatu yang detail dalam pekerjaan sekolah atau kegiatan lainnya.
- b. Sering kali kesulitan dalam memusatkan perhatian terhadap tugas atau bermain.

² Yusuf, A., Fitriyarsi, R., & Nihayati, H. E. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Selemba Medika.2015

³ Hayati, D. L., & Apsari, N. C. *Pelayanan Khusus Bagi Anak Dengan Attentions Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*.2019

⁴ Sugiarmun, M. . *Bahan Ajar Anak Dengan ADHD*.2007

- c. Seringkali tidak mendengarkan jika diajak bicara dengan secara langsung.
- d. Seringkali tidak mengikuti baik intruksi dan gagal dalam menyelesaikan pekerjaan sekolah dan tugas di tempat kerja.
- e. Seringkali mengalami kesulitan dalam melaksanakan kegiatan dan tugas.
- f. Sering kehilangan barang atau benda untuk tugas dan kegiatan seperti pensil, buku, dll.
- g. Sering menghindar dan tidak menyukai tugas yang menyentuh usaha mental yang didukung seperti menyelesaikan tugas sekolah atau pekerjaan rumah.
- h. Sering merasa binggung dan terganggu oleh rangsangan dari luar.
- i. Sering lupa dalam menyelesaikan kegiatan sehari-hari⁵.

2. *Hiperaktivitas Implusifitas*

Biasanya paling sedikit gejala implusif hiperaktif ada 6 selanjutnya bertahan selama paling sedikit sampai dengan tingkat yang maladaftif atau tidak sesuai dengan perkembangan.⁶

a. Hiperaktifitas

- 1) Sering merasa gelisah dengan tangan atau kaki mereka contohnya mengeliat dikursi
- 2) Sering meninggalkan tempat duduk didalam kelas atau situasi lainnya
- 3) Sering berlarian atau naik secara berlebihan dalam situasi dimana hal ini tidak tepat
- 4) Sering mengalami kesulitan dalam bermain
- 5) Sering bertindak dan bergerak seolah dikendalikan oleh motor
- 6) Sering berbicara berlebihan

⁵ Purwaningsih, E. (Program Pendampingan Anak Berkebutuhan Khusus(ABK) Autis Melalui Guru Pendamping Khusus Di SD Al Firdaus. 2018

⁶ Kustawan, D. Manajemen Pendidikan Inklusif kiat sukses mengelola pendidikan inklusif disekolah umum atau kejuruan.2013

b. Implusifitas⁷

- 1) Sering memberi jawaban ketika pertanyaan belum selesai
- 2) Sering mengalami kesulitan ketika menunggu giliran
- 3) Sering mengganggu orang lain misalnya memotong pembicaraan orang lain.
- 4) Beberapa gejala hiperaktifitas dan implusifitas dan kurang perhatian yang menyebabkan gangguan muncul sebelum anak berusia 7 tahun
- 5) Ada suatu gangguan di dua atau lebih situasi
- 6) Harus ada gangguan yang secara klinis didalam fungsi sosial, akademik, atau pekerjaan
- 7) Gejala tidak terjadi selama berlakunya PDD, *skizofrenia*, atau gangguan psikotik lainnya dan tidak dijelaskan dengan baik oleh gangguan mental lainnya.

C. Jenis-Jenis ADHD

Hingga tahun 2013, merujuk pada DSM V, terdapat 3 sub-tipe ADHD yaitu ADHD dengan faktor dominan kurangnya perhatian, ADHD dengan faktor dominan hiperaktif-impulsif dan ADHD gabungan, dimana setiap orang memiliki profil otak yang unik.⁸

Akhirnya Daniel Amen, menyampaikan pendapatnya bahwa ADHD terbagi atas 7 golongan. Daniel G. Amen, M.D, adalah seorang dokter, psikiater dengan dua sertifikasi, guru, dan penulis buku harian *New York Times*. Dr. Amen adalah pendiri dan direktur medis Amen Clinics di Newport Beach dan San Francisco, California, Bellevue, Washington, Reston, Virginia, Atlanta, dan New York City. Beliau juga menjadi Anggota kehormatan dari *American Psychiatric Association* (APA). Menulis pun ditekuninya, dengan menjadi penulis atau pendamping penulis dari 60 artikel profesional. Dengan 30 buku karyanya, termasuk *The Daniel Plan, Change Your Brain*,

⁷ Marlin. Terapi Untuk Anak ADHD. 2008

⁸ Sugiarmim, M. Memahami dan Membantu Anak ADHD. 2006

Change Your Life, Magnificent Mind at Any Age, and Healing. Dimana golongan tersebut adalah:

1. *Classic ADD*

Gejalanya kurang mampu memperhatikan, mudah terdistraksi, hiperaktif, tidak terorganisir dan impulsif. Aktivitas otak normal saat istirahat; penurunan aktivitas otak ketika anak mendapat tugas yang membutuhkan konsentrasinya.

Hal ini disebabkan oleh *Defisiensi Dopamine* adalah *neurotransmitter* penting yang terdapat pada otak manusia, yang berfungsi sebagai pengantar pesan atau rangsangan antar saraf), dan sebagai hormon. Umumnya, molekul kecil ini dilepas saat sebuah saraf terangsang untuk menstimulasi saraf lainnya yang letaknya berdekatan. Saat terjadi defisiensi dari *dopamine*, maka terjadilah penurunan aliran darah di korteks prefrontal dan serebelum, serta ganglia basalis dan dalam hal ini maka fungsi dopamine yang terlibat dalam proses berpikir, belajar, pergerakan, motivasi, kepuasan, dan lainnya pun mengalami penurunan.⁹

2. *Inattentive ADD*

Gejalanya rentang perhatian yang pendek, mudah terdistraksi, tidak terorganisir, senang menunda-nunda, sering melamun dan introvert, tidak ditemui perilaku hiperaktif atau impulsif. Lebih banyak dijumpai pada penyandang ADHD wanita dibandingkan dengan dari anak laki-laki. Hal ini disebabkan *defisiensi dopamine* dan aktifitas rendah di korteks prefrontal (bagian otak yang terletak dibelakang tulang dahi).

3. *Over Focused ADD*

Gejalanya sama dengan gejala yang dijumpai pada *Classic ADD* ditambah dengan ada masalah dalam kemampuan bertahan dari pengalihan perhatian, dengan

⁹ Rahmawati, E. N. Binge Eating Dan Status Gizi Pada Anak Penyandang. *Indonesian Journal Of Human Nutrition*, 1.2014

cepat berpindah dari konsentrasi pada satu tugas tertentu ke tugas-tugas yang lain dan seringkali terjebak dalam pola perilaku ataupun pemikiran negatif. Penyebabnya adalah:

- a. *Defisiensi dopamin* dan serotonin (Serotonin adalah bahan kimia yang diproduksi otak yang dapat membantu memperbaiki suasana hati dan mengurangi kesedihan dan depresi)
- b. Terjadi over-aktifitas di *gyrus cingulate* anterior (bagian otak, yang diperkirakan mempunyai peranan dalam berperilaku dan kemampuan kognitif/ berpikir manusia). Over aktifitas dari GCA ini memicu hambatan untuk bersikap fleksibel.

4. *Temporal Lobe ADD*

Gejalanya merupakan gabungan dari gejala penyandang Classic ADD ditambah dengan keterlibatan dalam proses belajar mengajar, kemampuan mengingat dan masalah perilaku. Seperti mudah tersulut kemarahannya, agresif dan paranoid (ketakutan berlebihan atas hal yang tidak umum) ringan. Penyebabnya adalah:¹⁰

- a. Kelainan pada lobus temporal (Lobus temporal terletak di belakang telinga dan meluas melalui bagian tengah otak. Hal ini penting, karena memungkinkan kita untuk memiliki kedua memori jangka pendek dan jangka panjang serta kemampuan untuk memproses penglihatan dan suara. Lobus temporal juga rumah bagi bahasa-pusat pengolahan dari otak)
- b. Penurunan aktivitas di korteks prefrontal.

5. *Limbic ADD*

Gejalanya merupakan gabungan dari gejala penyandang Classic ADD ditambah dengan kesedihan tingkat rendah kronis (bukan depresi) kemurungan, energi rendah, sering merasa tidak berdaya atau rasa bersalah

¹⁰ Hatiningsih, N. Play Therapy Untuk Meningkatkan Konsentrasi Pada Anak Attention Deficit Hyperactive Disorder (Adhd). . *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan* .2013

berlebihan, dan *self esteem* rendah. Penyebabnya adalah terlalu banyak aktivitas di bagian otak limbik (bagian otak yang ini bertanggung jawab terutama untuk kehidupan emosional kita, dan banyak berkaitan dengan pembentukan ingatan menurunkan aktivitas korteks prefrontal, baik berkonsentrasi pada tugas atau saat istirahat.

6. *Ring of Fire ADD*

Gejalanya sensitif dalam satu waktu tertentu terhadap suara, cahaya, sentuhan, berperilaku buruk, implusif, berbicara dengan cepat, kecemasan dan sangat ketakutan. Penyebabnya adalah seluruh bagian Otaknya hiperaktif (seluruh otak terlalu aktif, dipicu oleh terlalu banyak aktivitas di seluruh korteks serebral dan area lain).

7. *Anxious ADD*

Gejalanya merupakan gabungan dari gejala penyandang Classic ADD ditambah dengan, gelisah dan tegang, memiliki gejala stres fisik seperti sakit kepala dan sakit perut, berpikiran untuk mempunyai prediksi buruk, diam dan terpaku dalam situasi yang memicu kecemasan, terutama jika dihakimi. Penyebabnya adalah aktivitas tinggi di basil ganglia (kebalikan dari sebagian besar jenis ADD, di mana ada aktivitas rendah).

D. Faktor- faktor penyebab ADHD

Banyak penelitian tentang penyebab ADHD masih tetap berlangsung. ADHD merupakan gangguan yang berasal dari *neurologis* di otak atau disebabkan oleh faktor pengasuhan orang tua. Berikut penyebab ADHD yaitu: ¹¹

1. Faktor genetik(keturunan)

Pada penelitian faktor keturunan anak kembar dan anak adopsi terlihat bahwa faktor keturunan membawa peran penting 80%. Anak dengan orang tua penyandang

¹¹ Pujiati, T. Gangguan Berbahasa Pada Anak Dengan Ciri Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). 5(1)2018.

ADHD mempunyai deapan kali kemungkinan resiko mendapatkan anak ADHD. Namun belum diketahui gen mana yang menyebabkan ADHD.

2. Faktor fungsi otak

Secara biologis ada dua mekanisme didalam otak manusia yaitu pengaktifan sel-sel saraf eksitasi dan penghambatan sel saraf. Pada reaksi eksitasi sel saraf terhadap rangsangan dari luar melalui panca indera. Dengan reaksi insibisi sel saraf akan mengatur bila terlalu banyak eksitasi. Pada perkembangan anak banyak mengaitkan ada hal ini dimana sistem hambatan belum cukup berkembang. Setiap anak balita bereaksi implusif, sulit menahan diri, dan menganggap dirinya pusat dunia. Umumnya sistem ini dimulai usia 2 tahun dan 4 tahun akan berkembang secara kuat. Pada anak ADHD perkembangan sistem ini lebih lambat dan kapasitas lebih kecil. Sistem penghambat di otak bekerja kurang kuat.

3. Faktor lingkungan

Saat ini diperdebatkan apakah lingkungan menyebabkan ADHD. ADHD bergantung pada kondisi gen tersebut dan efek negatif lingkungan, jika hal ini terjadi secara bersamaan maka dapat dikatakan bahwa lingkungan penuh resiko. Lingkungan yang dimaksud disini adalah lingkungan psikologis hubungan dengan orang lain, atau lingkungan fisik seperti makanan dan obat-obatan.

Sedangkan menurut Flanagan, ADHD disebabkan oleh:

- a. Keturunan atau faktor genetik seperti memiliki kerabat yang menderita ADHD.
- b. Defisit neurotransmitter, dua *neurotransmite* pada otak tampaknya berperan dalam relugasi jumlah pembangkitan dan perhatian.

- c. Keterlambatan perkembangan sistem pembangkitan diotak, pengobatan stimulan diotak, atau keterlambatan sehingga mereka tidak sensitif erhadap rangsangan.
- d. Perkembangan otak yang abnormal atau tidak berfungsi *lobus frontal*. *Lobus frontal* adalah area pada otak yang mengumpulkan input atau stimulus.

Dari penjelasan diatas terlihat bahwa ADHD tidak disebabkan oleh satu faktor melainkan multi faktor yang satu dengan yang lainnya saling berhubungan.

E. Penanganan dan Konseling ADHD

1. Proses awal menghadapi anak ADHD

Jujurlah kepada anak Anda tentang ADHD yang dihadapi Para orangtua tidak dianjurkan untuk merahasiakan tentang ADHD kepada anaknya. Para orangtua juga tidak dianjurkan untuk membohongi anaknya tentang ADHD ini. Katakanlah sejujur-jujurnya kepada anak Anda tentang ADHD yang mereka idap.¹²

Beri tahu juga bahwa ADHD ini terjadi bukan karena kesalahan atau kenakalan mereka. Dengan terbuka kepada anak Anda tentang kondisi mereka, Anda meringankan stigma ADHD yang ada pada anak Anda. Anak-anak Anda perlu mengetahui kedaan mereka yang sebenarnya dan mengerti bahwa mereka dapat mengontrol hal tersebut.

2. Jangan menuntut anak untuk jadi “lebih baik”.

Memang, anak-anak yang mengidap ADHD mungkin lebih tidak konsisten dibandingkan dengan anak-anak normal. Misalnya, hari ini ulangan mereka nilainya 90, besok mungkin nilainya 60. Lusa mungkin beda lagi ceritanya, mungkin nilainya 70. Tapi minggu depan, mungkin nilainya 95. Kalau sudah begini, umumnya orangtua langsung berkata, “Kalau kamu kemarin bisa bagus, kenapa hari ini tidak?” Padahal yang terjadi sebenarnya pada anak-anak

¹² Hayati.D L. (t.thn.). *Pelayanan Khusus Bagi Anak Dengan ADHD* (Vol. 06).

ADHD adalah mereka ini sebenarnya sangat cerdas. Mereka tahu apa yang harus mereka lakukan, akan tetapi kadang-kadang mereka tidak tahu bagaimana harus memulainya. Selain itu, seperti yang sudah disebutkan, terkadang mereka tidak konsisten. Hal inilah yang kadang-kadang salah diartikan oleh orang pada umumnya.

3. Jangan biarkan ADHD menjadi alasan untuk anak tidak bertanggung jawab.

Memang betul, ADHD membuat anak menjadi lebih sulit melakukan sesuatu. Akan tetapi, bukan berarti ADHD menjadi alasan untuk anak tidak bertanggung jawab. Misalnya, anak dengan ADHD berkata “Aku nggak perlu kerjain PR soalnya aku kan mengidap ADHD.” Padahal realitanya, anak itu bisa mengerjakan PR, meskipun memang dibutuhkan usaha yang lebih keras dibandingkan anak-anak normal. Ubalah pola pikir anak Anda sehingga mereka berkata, “Memang, aku mengidap ADHD. Tapi aku tetap bisa kerjain PR aku.

4. Menerapkan aturan dan konsekuensi secara perlahan-lahan.

Untuk anak-anak pengidap ADHD, orangtua akan lebih mudah menerapkan aturan dan konsekuensi secara verbal dan tertulis. Contohnya, para orangtua dapat menempel daftar tanggung jawab anak-anak dan aturan di dalam rumah. Jika Anda ingin memberi *rewards* alias hadiah kepada anak Anda, boleh saja. Akan tetapi, jangan memberi iming-iming hadiah kepada anak Anda untuk sesuatu yang masih lama, misalnya, “Papa mama bakal beliin kamu sepeda kalau kamu naik kelas tahun depan.

Anak-anak ADHD memiliki masalah untuk merencanakan waktu yang akan datang, maka tidak akan masuk akal kalau Anda menjanjikan hadiah yang baru akan diberikan untuk tahun depan. Sebaliknya, *rewards* yang diberikan usahakanlah dapat diberikan dalam waktu dekat,

misalnya diberi izin main game di luar waktu yang sudah ditentukan, dan lain sebagainya. Orangtua juga harus menjelaskan tentang konsekuensi secara jelas. Setelah itu, terapkanlah konsekuensi yang sudah dibuat secara perlahan-lahan namun tegas. Mungkin, kadang-kadang orangtua merasa frustrasi dan lelah menghadapi anaknya, tapi usahakanlah jangan mendidik anak Anda dengan marah-marah.

Mungkin akan agak sulit kalau orangtua dari anak-anak tersebut juga mengidap ADHD, karena penyakit ADHD bisa saja bawaan. Orangtua yang juga mengidap ADHD bisa saja menghardik marah-marah akibat mereka sendiri juga punya masalah dengan tindakan impulsif mereka. Untuk hal ini, orangtua dianjurkan untuk mengontrol terlebih dahulu ADHD yang mereka idap, lalu berusaha menjadi contoh yang baik bagi anak mereka.

5. Bantulah anak Anda menemukan kelebihan mereka

Anak-anak pengidap ADHD sering dikucilkan. Hal ini dapat menyebabkan anak tersebut merasa tidak punya harga diri dan depresi. Rasa tidak punya harga diri sendiri sudah mulai muncul pada anak-anak pengidap ADHD sejak mereka berusia 8 tahun. Anak-anak ini mungkin merasa “Nggak ada yang bisa aku kerjain. Ngapain aku mesti capek-capek, coba? Lagian orang-orang tetap nggak bakal anggap aku, kok.” Anak-anak ini banyak kehilangan semangat dan merasa depresi. Di sinilah, orangtua berperan untuk membangkitkan kembali semangat anak-anak mereka. Biasanya, kalau anak-anak ADHD ini menaruh minat dalam satu hal, anak-anak ini bisa menguasai hal tersebut setara dengan kemampuan untuk orang-orang 5 tahun di atas umur mereka. Anda bisa berkata kepada anak Anda, “Coba lihat, mungkin kamu lemah dalam bidang ini. Tapi, kamu punya kelebihan lain, kan? Bahkan temen-temen kamu aja belum bisa bikin seperti apa yang kamu sudah bisa bikin.”

6. Janganlah *over protektif* terhadap anak Anda

Seiring dengan berjalannya waktu, tentu saja, anak-anak pengidap ADHD ini akan tumbuh dewasa. Mereka perlu belajar untuk mandiri. Kebanyakan orangtua berusaha menyelesaikan semua masalah yang dialami oleh anaknya. Hal ini tidak baik, sebab anak akan berpikir, “Aku punya kekurangan dan pasti papa mama aku bakal selesaikan semua masalah aku.” Cobalah jangan buat Anda yang harus menyuruh segala sesuatu apa yang harus dilakukan oleh anak Anda, tapi cobalah buat anak Anda yang akan meminta apa yang harus mereka lakukan. Pada saat-saat awal, mungkin anak-anak ini memang masih butuh arahan Anda. Tapi semakin lama, biasanya hingga akhirnya mereka benar-benar mengambil keputusan sendiri untuk menyelesaikan masalah mereka. Ajarlah supaya anak Anda belajar untuk mandiri, yang memang, untuk anak-anak yang mengidap ADHD, sulit untuk melakukannya.

F. Psikoterapi Anak ADHD

Meskipun ada obat untuk ADHD, ada sejumlah pilihan pengobatan yang telah terbukti efektif bagi beberapa anak. Strategi yang efektif termasuk pendekatan perilaku, farmakologi, dan metode multimodal.

1. Pendekatan Perilaku

Pendekatan perilaku merupakan satu set luas intervensi tertentu yang memiliki tujuan bersama memodifikasi lingkungan fisik dan sosial untuk mengubah atau mengubah perilaku. Mereka digunakan dalam pengobatan ADHD untuk memberikan struktur untuk anak dan untuk memperkuat perilaku yang sesuai. Mereka yang biasanya menerapkan pendekatan perilaku termasuk orang tua serta berbagai profesional, seperti psikolog, personil sekolah, masyarakat terapis kesehatan mental, dan dokter perawatan primer. Jenis pendekatan perilaku meliputi pelatihan perilaku wali murid serta pendidik (keduanya diajarkan keterampilan manajemen anak), program

sistematis manajemen kontingensi (misalnya penguatan positif, “waktu menyendiri,” biaya respon, dan *token economy*), terapi perilaku klinis (*training* dalam pemecahan masalah dan keterampilan sosial), dan pengobatan kognitif-perilaku (misalnya, *self-monitoring*, verbal diri instruksi, pengembangan strategi pemecahan masalah, *self-reinforcement*).

Secara umum, pendekatan ini dirancang untuk menggunakan strategi pengajaran dan penguatan langsung untuk perilaku positif dan konsekuensi langsung bagi perilaku yang tidak pantas. Pilihan ini, program yang sistematis dari manajemen kontingensi intensif dilakukan di dalam kelas khusus dan kamp musim panas dengan pengaturan dikendalikan oleh individu yang sangat terlatih telah ditemukan untuk menjadi sangat efektif.

Sebuah studi kemudian dilakukan oleh Pelham, Wheeler, dan Chronis menunjukkan bahwa dua pelatihan pendekatan-orang tua dalam terapi perilaku dan perilaku kelas intervensi-juga berhasil dalam mengubah perilaku anak-anak dengan ADHD. Selain itu, interaksi rumah dan sekolah yang mendukung pendekatan yang konsisten adalah penting untuk keberhasilan pendekatan perilaku.

Penggunaan strategi perilaku memegang janji tetapi juga menyajikan beberapa keterbatasan. Teknik perilaku mungkin menarik bagi orang tua dan profesional untuk alasan berikut:

- a. Strategi perilaku yang digunakan paling sering ketika orang tua tidak ingin memberikan obat anak mereka.
- b. Strategi perilaku juga dapat digunakan bersama dengan obat-obatan (lihat metode multimodal).
- c. Teknik behavioral dapat diterapkan dalam berbagai pengaturan termasuk sekolah, rumah, dan masyarakat.
- d. Strategi perilaku mungkin satu-satunya pilihan jika anak memiliki reaksi yang merugikan terhadap obat-obatan

2. Pendekatan Farmakologi

Terapi farmakologi tetap menjadi salah satu bentuk yang paling umum, namun yang paling kontroversial, pengobatan ADHD. 13 Penting untuk dicatat bahwa keputusan untuk meresepkan obat apapun adalah tanggung jawab medis tidak pendidikan-profesional, setelah berkonsultasi dengan keluarga dan kesepakatan tentang rencana pengobatan yang paling tepat. terapi farmakologi termasuk penggunaan psikostimulan, antidepresan, obat anti-kecemasan, antipsikotik, dan suasana hati stabilisator. Stimulan mendominasi penggunaan klinis dan telah ditemukan efektif dengan 75 sampai 90 persen anak-anak dengan ADHD. Stimulan termasuk *methylphenidate (Ritalin)*, *Dextroamphetamine (Dexedrine)*, dan *pemoline (Cylert)*.

14 Jenis-jenis obat (antidepresan, anti-kecemasan obat, antipsikotik, dan stabilisator suasana hati) digunakan terutama bagi mereka yang tidak menanggapi stimulan, atau mereka yang memiliki gangguan berdampingan. Hasil Studi Perawatan Multimodal (MTA), yang dibahas lebih lanjut secara rinci pada bagian berikutnya, mengkonfirmasi temuan penelitian tentang penggunaan pengobatan farmakologis untuk pasien dengan ADHD. Secara khusus, studi ini menemukan bahwa penggunaan obat hampir mirip tingkat efektifitasnya dengan pengobatan multimodal obat dan perilaku intervensi. Penyelenggara obat di sekolah perlu mengembangkan rencana untuk memastikan obat yang diberikan sesuai dengan rekomendasi dokter, sertakan rencana ini di anak IEP, menjaga hak anak dan orang tua untuk kerahasiaan medis. Pada bulan Januari 2003, jenis baru obat nonstimulant untuk pengobatan anak-anak dan orang dewasa dengan ADHD telah disetujui oleh FDA. *Atomoxetine*, juga dikenal sebagai *Strattera*, dapat diresepkan oleh dokter dalam beberapa kasus.

3. Pendekatan Multimodal

Menunjukkan bahwa bagi banyak anak-anak cara terbaik untuk mengurangi gejala ADHD adalah penggunaan pendekatan gabungan. Sebuah studi terbaru oleh NIMH-Pengobatan Studi multimodal Anak-anak dengan ADHD (MTA) adalah studi terpanjang dan paling menyeluruh dari efek intervensi ADHD. Studi ini diikuti 579 anak-anak antara usia 7 dan 10 di enam lokasi nasional dan di Kanada. Para peneliti membandingkan efek dari empat intervensi: obat yang diberikan oleh para peneliti, intervensi perilaku, kombinasi obat-obatan dan intervensi perilaku, dan tidak ada intervensi perawatan masyarakat (yaitu, perawatan medis umum yang disediakan di masyarakat).

Intervensi multimodal membaik. Prestasi akademik, interaksi orangtua-anak, perilaku yang berkaitan dengan Sekolah. Dan mengurangi kecemasan anak dan perilaku oposisi. 15 Dari empat intervensi diselidiki, para peneliti menemukan bahwa gabungan obat dan pengobatan perilaku dan pekerjaan perawatan obat secara signifikan lebih baik daripada terapi perilaku sendiri atau kepedulian masyarakat sendiri untuk mengurangi gejala-gejala ADHD. Perawatan multimodal yang sangat efektif dalam meningkatkan keterampilan sosial bagi siswa yang berasal dari lingkungan stres tinggi dan anak-anak dengan ADHD dalam kombinasi dengan gejala kecemasan atau depresi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dosis obat yang lebih rendah efektif dalam perawatan multimodal, sedangkan dosis yang lebih tinggi yang diperlukan untuk mencapai hasil yang sama dalam pengobatan obat-satunya.

Pada bulan Oktober 2001, AAP merilis rekomendasi berbasis bukti untuk pengobatan anak-anak didiagnosis dengan ADHD. Pedoman mereka menyatakan bahwa dokter perawatan primer harus membuat program pengobatan yang mengakui ADHD sebagai kondisi kronis

- a. Mengobati dokter, orang tua, dan anak, bekerja sama dengan personil sekolah, harus menentukan hasil sasaran yang tepat untuk membimbing manajemen.
- b. Dokter harus merekomendasikan mediasi stimulan dan terapi perilaku yang sesuai untuk meningkatkan hasil sasaran pada anak-anak dengan ADHD.
- c. Ketika manajemen yang dipilih untuk anak dengan ADHD belum bertemu hasil sasaran, dokter harus mengevaluasi diagnosis asli, penggunaan semua perawatan yang tepat, kepatuhan terhadap rencana pengobatan, dan kehadiran kondisi hidup bersama.
- d. Dokter harus secara berkala memberikan ikutan sistematis untuk anak dengan ADHD. Pemantauan harus diarahkan untuk menargetkan hasil dan efek samping, dengan informasi yang dikumpulkan dari orang tua, guru, dan anak.

4. Cara belajar anak ADHD

- a. Pastikan Anak Anda Mendapatkan Perawatan yang Efektif.

ADHD tidak bisa sembuh dengan hanya diobati. Butuh terapi dari psikolog, dokter anak, tim tumbuh kembang anak, dukungan keluarga, dan sekolah yang baik. Dengan perawatan yang terintegrasi maka anak bisa lebih seimbang dalam kesehariannya.

- b. Jangan Terlalu Kritis.

Selalu ingatlah kalau anak Anda tidak dengan sengaja melupakan pekerjaan rumahnya atau mendapat nilai jelek dalam ujian. Jangan terlalu kritis terhadapnya karena ADHD membuatnya susah fokus dan menyelesaikan tugas yang tidak menarik baginya. Memaksanya belajar dan berusaha lebih keras hanya akan membuatnya depresi dan merasa gagal.

- c. Bekerja sama dengan Para Guru dan Staf Sekolah Lainnya
Tingkatkan komunikasi dengan para guru dan staf sekolah mengenai kesulitan yang dihadapi si kecil dan cari tahu segala hal yang bisa dilakukan untuk membantunya di kelas. Misalnya, memberinya tempat duduk di paling depan dan jauh dari pintu atau jendela. Ini bisa membantu menjauhkan distraksi dan para guru juga akan lebih memerhatikan jika ia membutuhkan bantuan.
- d. Bentuk Rutinitas
Buatlah jadwal dan rutinitas yang bisa anak ikuti sehari-hari. Dari mulai sekolah, waktu bermain, mengerjakan tugas, sampai waktu makan. Di rumah, siapkan area khusus untuk mengerjakan PR, dan ciptakan jadwal untuk mengerjakan PR setiap harinya. Jangan lupa beri waktu istirahat 10-20 menit. Rutinitas adalah hal yang bisa membantu anak dengan ADHD lebih fokus. Anda juga bisa membuat kalender atau agenda yang membantunya mengingat tugas dan membuat prioritas. Ajari ia untuk mengorganisir tugas dan mengelola waktu.
- e. Tetapkan Aturan
Untuk anak dengan ADHD memiliki aturan yang jelas, ekspektasi, dan konsekuensi. Ketika si kecil mengikuti peraturan, Anda bisa memberinya *reward*. Imbalan di sini tidak melulu uang atau hadiah fisik, tapi bisa jadi buku, makan di luar, atau boleh bermain lebih lama dengan teman. Anda juga bisa menanyakan hadiah yang ia inginkan. Berikan juga pujian ketika ia berlaku baik. Anak dengan ADHD yang cenderung dikritik hanya akan membuatnya stres. Jadi sebaiknya mengimbanginya dengan pujian baik, bahkan jika ia melakukan hal yang menurut kita 'normal' namun sulit untuk anak dengan ADHD lakukan.

f. Gunakan Alat Bantuan

Benda seperti *fidget spinner* atau stress ball bisa membantu mereka berkonsentrasi. Mereka bisa membawanya ke sekolah dan menyimpannya di meja setiap saat.

g. Jaga Asupan Makanan

Pola makan yang baik dapat membantu mengontrol perilaku hiperaktif. Sebaiknya, hindari pemberian makanan yang banyak mengandung gula, bahan pengawet, minuman dingin, dan pewarna makanan. Makanan-makanan seperti ini membuat energi anak semakin berlebih.

h. Membantu Anak Mengelola Emosi

Seringkali anak akan merasa frustrasi karena tidak bisa menyelesaikan tugasnya, karena diejek temannya, atau hal lainnya. Bantu anak untuk mengelola emosinya dengan cara yang menyenangkan, seperti melakukan beberapa teknik yoga bersamanya. Cara ini juga akan mengajarkannya teknik pernapasan untuk menenangkan diri.

i. Analisa Kelebihan dan Kekurangan Anak

Anda mungkin merasa anak Anda memiliki banyak kekurangan, namun percayalah anak dengan ADHD juga memiliki kelebihannya sendiri. Bahkan biasanya anak dengan ADHD memiliki IQ lebih tinggi. Perhatikan hal yang paling disenangi anak Anda, serta mata pelajaran yang membuatnya paling menonjol. Lebih baik fokus dan beri motivasi pada hal yang paling ia senangi dibanding memaksanya berprestasi di bidang lain yang menyulitkannya. Kombinasi dari mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan anak, bisa menciptakan kesempatan untuk sukses, dan memberinya rasa

optimisme serta rangsangan kegembiraan, sehingga menjadikannya sukses dan bahagia.

5. Terapi Yang Baik Digunakan

Terapi yang diterapkan terhadap penderita ADHD haruslah bersifat menyeluruh. Menurut beberapa ahli intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi kurangnya konsentrasi pada anak ADHD ialah dengan diet makanan, terapi obat-batan dan *play therapy*. Terapi nutrisi dan diet banyak dilakukan dalam penanganan penderita ADHD. Terapi ini dimaksudkan untuk mengatur zat-zat makanan yang bisa memicu timbulnya alergi.¹³

Menurut Judarwant terapi ini dilakukan karena ada kemungkinan anak yang mengalami gangguan ADHD mengalami gangguan pencernaan karena alergi terhadap zat-zat tertentu. Namun tidak semua anak yang mengalami gangguan ADHD alergi terhadap zat makanan seperti zat gula. Menurut Flanagan semua jenis diet khusus telah diajukan untuk mengurangi segala gejala ADHD, namun tidak ada bukti yang menghubungkan ADHD dengan diet. Suatu penelitian yang dilakukan oleh beberapa ahli, meneliti secara cermat duapuluh lima aspek perilaku yang berbeda pada anak laki-laki penderita ADHD, termasuk prestasi akademis, perilaku sosial, pelanggaran aturan dan gerakan tubuh, para ahli tidak menemukan perbedaan antara anak laki-laki yang diberi diet dengan gula tambahan dan anak laki-laki yang menjalani diet rendah gula.

Selain itu beberapa ahli seperti Bradley, seorang dokter dari Amerika menggunakan obat-obatan seperti *methylphenidate* (Ritalin) dan *Benzedrine* yaitu obat yang dipercaya dapat menurunkan hiperaktivitas, meningkatkan kontrol perhatian anak, mengontrol impulsivitas, mampu untuk mengerjakan tugas tanpa penolakan, dan

¹³ Hatiningsih, M. Play Therapy untuk Meningkatkan Konsentrasi pada Anak Attention Deficit Hyperactive Disorder ADHD. *Ilmiah Psikologi Terapan*, 01(02), 324-342. 2013

meningkatkan prestasi akademik. Akan tetapi stimulant therapy tersebut memiliki efek samping, seperti perubahan kepribadian, berkurangnya nafsu makan, tidur tidak nyenyak, sakit perut, dan sakit kepala yang akan hilang dengan sendirinya setelah beberapa minggu pengobatan diberikan. Apabila efek obat ini masih terjadi setelah beberapa minggu pengobatan, berarti perlu dilakukan perubahan waktu pemberian dosis, perubahan dosis yang diberikan, atau perubahan jenis obat stimulant.

Menurut Mulyanti dalam *play therapy* ini ada beberapa prinsip-prinsip bermain yang sesuai dengan karakteristik dari ADHD itu sendiri salah satunya adalah dengan prinsip bermain yang digunakan untuk penyaluran energi hiperaktifnya dengan bermain, sehingga perilaku disruptif, perilaku hiperaktif, ataupun keagresifan anak tersebut dapat di alihkan pada kegiatan yang bermanfaat bagi dirinya maupun lingkungan sosialnya.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hall, Kaduson, & Schaefer, selama lebih dari 60 tahun, *play therapy* telah menjadi penanganan yang terpercaya dalam merawat anak ADHD pada praktek klinis. Salah satu alasan menggunakan *play therapy* adalah kegiatan tersebut telah terbukti menjadi pendekatan yang sangat efektif untuk anak-anak ketika penalaran abstrak dan kemampuan verbal yang dibutuhkan untuk mengartikulasi perasaan, pikiran, dan perilaku mereka belum berkembang secara optimal. Hal ini juga didukung oleh riset-riset sebelumnya yaitu pada jurnal psikologi peneliti *play therapy* dengan judul "*Designing for attention deficit hyperactivity disorder in play therapy: the case of Magic Land*" menyatakan bahwa *play therapy* dapat membantu anak yang mempunyai kesulitan dalam mengingat, memusatkan perhatian dan berkonsentrasi pada ADHD.¹⁴

Freud menggunakan permainan sebagai suatu cara untuk mempelajari anak dan mainan untuk menarik anak

¹⁴ Sugiartman, B. *Terapi Anak ADHD* (Vol. 03), P. R Cipta, Ed. 2002

agar mau mengikuti proses terapi. Adapun jenis permainan yang digunakan untuk play therapy antara lain:

- a. Mengalahkan Waktu Permainan ini di adaptasi dari permainan *Beat The Clock* yang di jelaskan oleh Kaduson & Schaefer. menyatakan permainan ini dirancang untuk meningkatkan kontrol diri anak-anak dan perilaku impulsif. Tujuan dari permainan ini adalah agar anak dapat menahan gangguan serta fokus untuk jangka waktu tertentu.¹⁵
- b. Dimana rumahku Permainan ini diadaptasi dari Terapi Tomatis (permainan dengan rangsangan suara untuk meningkatkan daya konsentrasi anak). Terapi Tomatis dikembangkan pada tahun 70an melalui rangsangan suara untuk meningkatkan fungsi pendengaran dan mengatasi kesulitan berkonsentrasi pada anak-anak ADHD. Dengan memperkenalkan alat-alat musik dan bunyi-bunyian selain bisa merangsang jiwa seni anak, juga sebagai rangsangan suara untuk mendapatkan perhatian anak, agar terpusat pada kita dan tidak teralihkan oleh hal-hal lain di sekitarnya Penangan kesulitan belajar anak.

G. Penelitian Tentang Tema ADHD

1. Biederman, J., M.D., S. & Faraone, Ph.D. S. V. (2002). *Current Concepts On The Neurobiology Of Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder. Pediatric Psychopharmacology Unit of the Child Psychiatry Service, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, 6, 7-16.*

Penelitian yang dilakukan oleh Biederman & Faraone (2002) mengungkap tentang bagaimana gangguan ADHD disebabkan karena masalah neurobiologi dan gangguan saraf lainnya. Gangguan ADHD merupakan gangguan yang terjadi karena kurangnya perhatian, hiperaktif, dan impulsif

¹⁵ Hatiningsih, M. (2013). Play Therapy untuk Meningkatkan Konsentrasi pada Anak Attention Deficit Hyperactive Disorder ADHD. *Ilmiah Psikologi Terapan, 01(02)*, 324-342.

yang heterogen dan klinis. Terdapat berbagai perdebatan diagnosis ADHD antara anak-anak dan orang dewasa. Sepanjang masa kehidupan, diagnosis pada pasien ADHD adalah gangguan perilaku, depresif, bipolar, dan kecemasan.

Menurut beberapa hasil penelitian, gangguan ADHD diturunkan sebesar 80% oleh faktor genetik dari gen DRD4 dan DAT.

Selain faktor genetik, gangguan ADHD juga dapat disebabkan karena kelahiran prematur yaitu lahir kurang dari 37 minggu serta karena adanya paparan nikotin yang terdapat pada komponen rokok, alkohol, dan obat-obatan selama masa prenatal. Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa fungsi dari dopaminergik dan noradrenergik dapat menjadi alternatif pengobatan secara farmakologis penderita ADHD.

2. **Kieling,C.R. Kieling,R. Rohde,A.,L Frick,J.P. Moffitt,T.,Nigg,T.J.Tannock,R., Castellanos,X.F. (2010). The Age at Onset of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167. 14-16**

Penelitian yang dilakukan oleh Kieling dkk (2010) menjelaskan bahwa gejala ADHD mulai timbul pada anak yang memasuki usia 7 tahun. Dari penelitian ini menunjukkan 50% anak umur 7 tahun, 95% anak usia 12 tahun dan 99% anak usia sebelum 16 tahun yang rentan terkena gejala ADHD. Selain itu pengobatan dengan stimulan juga telah terbukti serupa di antara anak-anak, remaja, dan orang dewasa secara signifikan pada ukuran klinis, kognitif, dan gangguan. Kelebihan yang dapat dilihat dari penulisan ini ialah pembaca dapat mengetahui mulai dari usia berapa gejala ADHD bisa dilihat pada anak. Menurut penulis, tulisan ini sangat bermanfaat khususnya untuk orang tua karena melalui tulisan ini orang tua dapat melihat anaknya saat memasuki usia 7 tahun apakah ada gejala ADHD atau tidak, jika seandainya anak tersebut memiliki ciri gejala

ADHD orang tua bisa memberikan penanganan yang tepat pada anak tersebut.

- 3. Arnold,E.,L. (1999). Treatment alternatives for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Attention Disorders*.(3), 30-48**

Penelitian yang dilakukan oleh L.E.Arnold (1999) menunjukkan bahwa pengaruh obat-obatan yang dikonsumsi saat terapi pengobatan gangguan ADHD berpengaruh kepada sistem saraf pusat yang berakibat terjadinya perubahan kesadaran, emosi, bahkan perilaku seseorang. salah satu efek samping dari konsumsi obat tersebut menyebabkan alergi pada kulit. Akan tetapi efek samping tersebut dapat diatasi dengan cara mengontrol makanan kemudian relaksasi serta pemberian suplemen makanan lainnya seperti suplemen zat besi, magnesium, obat herbal cina, vitamin megado serta suplementasi zinc. Kelebihan dari tulisan ini pembaca mendapatkan informasi tentang bermacam-macam metode dan pengobatan serta mengetahui efek yang ditimbulkan dari pengobatan tersebut. Penulis berpandangan bahwa banyak manfaat dari pengobatan ini salah satunya sangat baik bagi anak-anak walaupun ada efek sampingnya dapat teratasi dengan baik. Kelemahan yang muncul bisa saja teratasi akan tetapi apabila pasien sudah menunjukkan progres pemulihan dari gangguan tersebut, lebih baik pengobatan dilakukan tanpa bantuan obat-obatan atau dosis obat di kurangi.

- 4. Mannuzza,S. Klein.G.R. Klein,F.D. Bessler,A. ShROUT,P. (2002). Accuracy of Adult Recall of Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 159, 1882-1888.**

Penelitian yang dilakukan oleh Mannuzza dkk (2002) menjelaskan bahwa pada masa kanak-kanak relevansi ADHD dengan kondisi lainnya terdeteksi secara akurat terutama dari perspektif klinis. Anak dengan ADHD terlihat

memiliki relevansi terhadap gangguan lain seperti misalnya terkait dengan kecemasan, suasana hati, eliminasi, dan gangguan perilaku. Kondisi ini mempersulit pengobatan serta gangguan yang berlipir mampu membuat anak menjadi lebih aktif daripada sebelumnya.

5. **Lecendreux, M. Konofal, E. & Faraone, V.S. (2010). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Features Among Children in France. *Journal of Attention Disorders*. (15), 516-524.**

Penelitian yang dilakukan oleh Lecendreux dkk (2010) Menjelaskan bahwa prevalensi *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) serupa di seluruh dunia. Namun juga terdapat beberapa perbedaan secara metode yang dilakukan. Prevalensi ADHD pada remaja belum pernah diteliti di Perancis. Pada penelitian ini dijelaskan anak usia 7 sampai 12 tahun rentan terkena penyakit ADHD. Pada penelitian di Negara Perancis di simpulkan bahwa hasil prevalensi ADHD berkisar antara 3,5% dan 5,6% di sana di jelaskan bawah anak laki-laki lebih banyak yang terkena penyakit ADHD di bandingkan dengan anak perempuan.

Remaja yang terkena ADHD cenderung mengalami kesulitan dalam belajar serta lebih sering mengulang kelas dan sering mendapatkan nilai akademik di bawah rata-rata. Menurut penulis penelitian ini sangat bermanfaat untuk pembaca, karena pembaca dapat mengetahui bahwa gejala penyakit ADHD di Negara Perancis sama dengan di negara lain, selain itu penelitian ini juga bermanfaat untuk orang tua agar bisa mengaktispasi anak-anaknya yang sudah berumur 7 tahun agar di lihat apakah ada ciri dari gejala ADHD atau tidak.

Referensi

- Arnold, E. L. 1999. *Treatment alternatives for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)*. *Journal Of Attention Disorder*, 3, 30-48.
- Bierdeman, J. M & Faraone, P. D. 2002. *Current concepts on the neurobiology of Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder*. *Pediatric Psychopharmacology Unit of the Child Psychiatry Service*. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, 6, 7-16.
- Erinta, D & Gudiani, M. S. 2012. *Efektivitas penerapan terapi permainan sosialisasi untuk menurunkan perilaku imflusip pada anak dengan Attention Hyperactive Disorder (ADHA)*. *Jurnal Psikologi*, 3(01).
- Hatiningsih, M. 2013. *Play Therapy untuk Meningkatkan Konsentrasi pada Anak Attention Deficit Hyperactive Disorder ADHD*. *Ilmiah Psikologi Terapan*, 01(02), 324-342.
- Hayati, D. L & Apsari, N. C. 2019. *Pelayanan Khusus Bagi Anak Dengan Attentions Deficit Hyperactivity Disorder (Adhd) Di Sekolah Inklus*. 6, pp. 108-122. Departemen Kesejahteraan Sosial.
- Kieleing, C. R., Rohde, A. L., Frick, J. P., Moffit, T. N., & Tannock, R. C. (n.d.). *The Age at Onset of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. *American Journal of Psychiatry*. 167, 14-16.
- Kustawan, D. 2013. *Manajemen Pendidikan Inklusif kiat sukses mengelola pendidikan inklusif disekolah umum atau kejuruan*.
- Lecendreuk, M., Konofal, E., & Faraone, V. S. 2010. *Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Features Among Children in France*. *Journal Of Attetion Disorders*, 15, 516-524.
- Mannuzza, S. K., Bessler, A., & ShROUT, P. 2002. *Accuracy of Adult Recall of Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1882-1888.

- Marlin. 2008. *Terapi Untuk Anak ADHD*.
- Mayang, M. 2013. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Pada Anak Usia 2 Tahun*. Cendikia Seleкта, 01(3).
- Pujiati, T. 2018. *Gangguan Berbahasa Pada Anak Dengan Ciri Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. 5(1).
- Purwaningsih, E. 2018. *(Program Pendampingan Anak Berkebutuhan Khusus(ABK) Autis Melalui Guru Pendamping Khusus Di SD Al Firdaus*.
- Rahmawati, E. N. 2014. *Binge Eating Dan Status Gizi Pada Anak Penyandang*. Indonesian Journal Of Human Nutrition, 1
- Sugiarmarman, B. 2012. *Terapi Anak ADHD (Vol. 03)*. P. R Cipta, Ed.
- Sugiarmarmin, M. 2006. *Memahami dan Membantu Anak ADHD*.
- _____. *Bahan Ajar Anak Dengan ADHD*.
- Yusuf, A., Fitriyasari, R., & Nihayati, H. E. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Selemba Medika.

BAGIAN 2

SPECTRUM AUTISM

“Selalu Unik Benar-Benar Menarik Walaupun Terkadang Merupakan Suatu Hal yang Misterius”

A. Pengertian *Spectrum Autism*

Kata “*autism*” berasal dari bahasa Yunani yaitu “*autos*” yang memiliki arti seseorang yang mengalami penyempitan daya terima sensor orang lain.¹⁶ *Autism* merupakan istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan masalah dalam neurologis yang mempengaruhi pikiran, persepsi dan perhatian seseorang. Kelainan ini menghambat atau memperlambat serta mengganggu sinyal dari mata, telinga dan organ-organ sensoris lainnya. Hal ini dapat memperlemah kemampuan pada seseorang dalam melakukan interaksi sosial, atau penggunaan keterampilan komunikasi, seperti berbahasa, berimajinasi dan menyimpulkan pesan yang diperoleh dari interaksi¹⁷. Kemampuan pada anak yang mengidap sindrom ini terhadap ingkungan sekitar melemah maka hal ini diistilahkan dengan *Spectrum autism disorder* karena terdapat berbagai macam variasi yang beragam antar penyandang satu dengan yang lainnya, masing-masing memiliki kemampuan dan kesulitan yang unik baik dari segi keterampilan sosial, berkomunikasi dan berperilaku.¹⁸ Pengertian lain menyatakan bahwa autisme adalah salah satu gangguan perkembangan Pervasif ini diakibatkan oleh tiga hal utama yaitu pengasingan yang ekstrim, kebutuhan patologis akan kesamaan, dan cara berbicara yang tidak komunikatif.¹⁹

¹⁶ Virgin suciyanti, *Skripsi: Psikoedukasi Autisme (Autism Spectrum Disorder)*, universitas Air langga, 2019, hal 3.

¹⁷ Virgin suciyanti, *Skripsi: Psikoedukasi Autisme (Autism Spectrum Disorder)*, universitas Air langga, 2019, hal 3.

¹⁸ Nurma. R. Hasby, *Skripsi: Diagnosis Dini Gangguan Spectrum Autism Pada Anak Dengan Penerapan Fuzzy Inference System Tsukamoto*, UIN Maulana Malik Ibrahim, 2016, hal 12

¹⁹ Rina, M. (2016). Menerapkan Pola Asuh Konsisten Pada Anak Autis. *Jurnal Tarbiah*, 23(2).

Sedangkan *Autistic spectrum disorder* (ASD) merupakan gangguan perkembangan yang ditandai dengan gangguan komunikasi, gangguan interaksi sosial, dan perilaku berulang.²⁰ Anak ASD ini juga mengalami kesulitan jika berkomunikasi secara dua arah. Pada umumnya anak ASD hanya melakukan komunikasi secara terbatas untuk memenuhi kebutuhan saja dan tidak tertarik untuk melakukan interaksi sosial secara lebih lanjut.²¹

Autism ini dibagi menjadi dua kategori yaitu perilaku ekspresif (berlebihan) dan perilaku *deficit* (berkekurangan). Yang termasuk perilaku ekspresif itu seperti hiperaktif dan mengamuk berupa jeritan, menyepak, mengigit, mencakar, memukul dan sebagainya. Ada pula anak yang menyakiti dirinya sendiri (*self abuse*). Perilaku *deficit* ini ditandai dengan gangguan berbicara, perilaku sosial yang kurang sesuai, *defisit* sensori sehingga sering kali dikira tuli. Bermain tidak benar dan emosi yang tidak tepat, misalnya tertawa tanpa sebab, menangis tanpa sebab, dan sering melamun.²²

B. Karakteristik *Spectrum Autism*

Setiap anak yang mengalami *Spectrum autism* ini memiliki karakteristik yang berbeda-beda. Perbedaan tersebut dapat terlihat seperti:²³

1. Kemampuan Komunikasi

Secara umum anak autisme memiliki gangguan dalam komunikasi baik itu secara verbal maupun non verbal. Gejala yang sering kali muncul adalah penrkembangan bahasa yang lambat, sering meniru atau “membeo”, tampak seperti tuli,

²⁰ Elfriani M, Onibala, Dkk., *Kebiasaan Makan Pada Anak Gangguan Spectrum autism*, Jurnal E-Clinic, Volume 4, No 2, Juli-Desember. 2016

²¹Isannisa, E.D., & Boediman, L.M. *Dir/ Flooritme Untuk Meningkatkan Komunikasi Antara Anak Dengan Autisme Dan Ibu Dengan Profil Berbeda*. Jurnal Psikologi Sains dan Profesi, 3(3). 2019.

²² Hasby, R, N. *Diagnosis Dini Gangguan Spektrum Autism Pada Anak Dengan Penerapan Fuzzy Inference System Tsukamoto*. Jurusan Teknik Informatika UIN Maulana Malik Ibrahim Malang. 2016.

²³ Dewi, R., Inayatillah, & Yullyana, R. *Pengalaman Orang Tua dalam Mengasuh Anak Autis di Kota Banda Aceh*. Jurnal Psikologi Psikoislamedia, 3(2).2018

mengalami kesulitan saat berbicara, terkadang kata yang digunakan tidak sesuai dengan artinya, mengoceh tanpa alasan secara berulang-ulang, berbicara bukan untuk berkomunikasi.

2. Gangguan Perilaku

Anak autis mengalami gangguan pada system pusat emosi sehingga mengakibatkan kesulitan dalam mengendalikan emosi, mudah mengamuk, marah, menangis tanpa sebab, takut pada hal-hal tertentu, menunjukkan sikap kaku pada setiap aktivitas, acuh tak acuh, sering “membeo” dan sering menarik tangan orang dewasa jika ingin sesuatu. Hal ini disebabkan karena kurangnya kemampuan komunikasi dan interaksi sosial terlihat ketika anak autis berinteraksi sosial mereka tidak mau melakukan kontak mata dengan lawan jenis.

3. Gangguan Interaksi Sosial

Gangguan interaksi sosial pada anak *Spectrum autism* ini ditunjukkan bukan dengan tidak melakukan interaksi sosial sama sekali akan tetapi dengan menghindari kontak mata, tidak mau menoleh jika dipanggil, tidak ada keinginan untuk melakukan interaksi dengan orang lain, meskipun anak autis itu dapat berbicara, tidak peduli dengan lingkungan sekitar, dan dalam berperilaku anak autis menunjukkan gerakan yang dilakukan secara berulang-ulang atau hanya berdiam diri saja dan tidak melakukan aktivitas apa-apa.

4. Pola Bermain

Anak autis biasanya memiliki pola bermain seperti anak-anak pada umumnya, tidak menyukai bermain dengan anak-anak sebayanya, kurang kreatif dan imajinatif, tidak bermain sesuai dengan fungsi mainan misalnya: mobilan di

jadikan untuk seperti pesawat, memiliki kelekatan dengan sebuah benda dan akan terus di bawa kemana-mana²⁴.

C. Jenis-Jenis *Spectrum Autism*

1. *Gangguan autistic*

Penyandang nya memiliki masalah interaksi sosial, berkomunikasi, dan bermain imajinasi. Biasanya terjadi dibawah usia 3 tahun.

2. *Syndrome Asperger*

Penderita yang mengalami syndrome ini biasanya memiliki umur lebih dari 3 tahun dan memiliki problem bahasa. Penderita *syndrome* ini cenderung memiliki intelegensi rata rata yang lebih tinggi. Namun seperti gangguan autistic mereka memiliki gangguan berintraksi dan berkomunikasi.

3. *Pervasif defelopmental disorder not other wise specified*

Gelaja ini disebut juga gejala tripikal autisme. Penderita ini memiliki gejala autism namun berbeda dengan jenis jenis autism lainnya, penderuta gejala ini memiliki AQ rendah.

4. *Syndrome rett*

Syndrome ini terjadi hanya pada anak perempuan. Pada awalnya anak ini tumbuh dengan normal namun pada usia 1-4 tahun terjadi perubahan pola komunikasi, dengan pengulangan gerakan tangan dan pergantian gerakan tangan.

5. *Gangguan disintegerasi anak*

Pada gejala autism ini anak tumbuh normal hingga tahun kedua. Selanjutnya anak akan kehilangan sebagian

²⁴ Banoet, J., Bunga, B. N., & Kiling, I. Y. Karakteristik Prososial Anak Autis Usia Dini Di Kupang. *Jurnal PG PAUD Trunojoyo*, 3(1). 2016

atau semua kemampuan komunikasi dan ketempilan sosialnya.²⁵

D. Faktor Penyebab *Spectrum Autism*

Pada beberapa anak, ada factor yang dapat menyebabkan autisme seperti ditinggal oleh orang terdekat secara mendadak, punya adik, sakit berat bahkan ada yang gejalanya timbul setelah mendapatkan imunisasi. penyebab lain dari autisme karena adanya hubungan keluarga (keabnormalitan kromosom terutama *fragile X* juga ikut berperan pada sebahagian kasus), adanya pengaruh kondisi fisik pada saat hamil dan melahirkan (mencakup *rubella*, *sifilis*, *fenilketonuria*, *tuberculosis*).

Ada tiga perspektif yang bisa digunakan untuk menjelaskan faktor-faktor penyebab autisme, yaitu:

1. Perspektif psikodinamika, penyebab dari autisme karena adanya penolakan yang dilakukan orang tua terhadap anaknya.
2. Perspektif biologis, Gangguan bawaan dan komplikasi kelahiran, ada 2 penyebab autisme, yaitu *virus herpes* dan *rubella*. Autisme juga berhubungan dengan komplikasi pada saat melahirkan. Komplikasi pada saat melahirkan berhubungan dengan faktor genetik
3. Perspektif kognitif, teori-teori yang ada dalam perspektif ini adalah Ornitz yang menyebabkan gangguan pada anak autisme disebabkan karena adanya masalah dalam mengatur dan menyatukan input terhadap alat perasa.²⁶
4. Usia orang tua, Mekanisme biologis pada peningkatan usia belum diketahui, akan tetapi peningkatan usia ayah akan meningkatkan adanya mutasi genetik pada spermatogonia. Mutasi tersebut akan menimbulkan gangguan autism. Sedangkan pada peningkatan usia ibu meningkatkan resiko

²⁵ Manalu, A. P. Faktor-Faktor Penyebab Penyakit Autisme Anak di Bina Autis Mandiri Palembang. *Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang*.2013

²⁶Mesino, M. (2018). *Efektifitas Management Berbasis Madrasah/Sekolah Perspektif Ability And Power Leadership*. (Abdillah, Ed.) Medan: UIN Sumatra Utara Medan.

terjadinya abnormalitas kromosom yang ikut meningkat. Salah satunya adalah *triplet nukleotida* yang berhubungan dengan resiko autisme.²⁷

E. Penanganan dan Konseling *Spectrum Autism*

Gangguan autisme adalah suatu gangguan proses perkembangan, sehingga terapi jenis apapun yang dilakukan akan memerlukan waktu yang lama. Selain itu terapi harus dilakukan secara terpadu dan setiap anak membutuhkan jenis terapi yang berbeda. Penanganan ataupun *intervensi* terapi pada anak autisme harus dilakukan dengan intensif dan terpadu. Terapi secara formal sebaiknya dilakukan antara 4 – 8 jam sehari. Selain itu seluruh keluarga harus terlibat untuk memacu komunikasi dengan anak. Beberapa terapi untuk anak autis antara lain adalah: (yayasan autisma Indonesia, 2007)²⁸

1. *Applied Behavioral Analysis (ABA)*

ABA adalah jenis terapi yang telah lama dipakai, telah dilakukan penelitian dan didisain khusus untuk anak dengan autisme. Sistem yang dipakai adalah memberi pelatihan khusus pada anak dengan memberikan *positive reinforcement* (hadiah atau pujian) setiap kali anak berespon benar sesuai instruksi yang diberikan. Tidak ada hukuman (*punishment*) dalam tereapi ini, akan tetapi apabila anak memberikan respon negatif (salah atau tidak tepat) atau tidak memberikan respon sama sekali maka ia tidak mendapatkan *positive reinforcement* yang ia sukai tersebut. Perlakuan ini diharapkan meningkatkan kemungkinan anak untuk memberikan respon positif dan mengurangi respon negatif (atau tidak memeberikan respon) terhadap instruksi yang diberikan. Saat ini terapi inilah yang paling banyak dipakai di Indonesia. Prinsip dasar terapi ini dapat dijabarkan sebagai A (*antecedent*) yang diikuti dengan B (*behavioral*) dan diikuti C (*consequence*). *Antecedent* (hal yang baik mendahului

²⁷ Alman, P Manalu. Skripsi: Faktor-faktor Penyebab Penyakit Autisme Anak Dibina Autis Mandiri Palembang, Universitas Muhamadiyah Palembang. Hal 12.

²⁸ Rina, M. (2016). Menerapkan Pola Asuh Konsisten Pada Anak Autis. *Jurnal Tarbiah*, 23(2).

terjadinya perilaku) berupa instruksi yang diberikan oleh seseorang kepada anak. Melalui gaya pengajaran yang terstruktur, anak kemudian memahami behavioral (perilaku) apa yang diharapkan dilakukan oleh sesudah instruksi tersebut diberikan oleh perilaku tersebut diharapkan cenderung terjadi lagi bila anak memperoleh *consequence* (konsekuensi perilaku atau terkadang berupa imbalan) yang menyenangkan.

2. Terapi Wicara

Hampir semua anak dengan autisme mempunyai kesulitan dalam bicara dan berbahasa. Biasanya hal inilah yang paling menonjol, banyak pula individu *autistic* yang non-verbal atau kemampuan bicaranya sangat kurang. Terkadang bicaranya cukup berkembang, namun mereka tidak mampu untuk memakai bicaranya untuk berkomunikasi atau berinteraksi dengan orang lain. Dalam hal ini terapi wicara dan berbahasa akan sangat menolong, aktivitas-aktivitas yang menyangkut tahapan bahasa ini antara lain:

- a. *Phonology* (bahasa bunyi)
- b. *Semantic* (kata), termasuk pengembangan kosakata
- c. *Morphology* (perubahan pada kata)
- d. *Syntax* (kalimat) termasuk tata bahasa
- e. *Discourse* (pemakaian bahasa dalam konteks yang lebih luas)
- f. *Metalinguistics* (bagaimana cara bekerjanya suatu bahasa)
- g. *Pragmatics* (bahasa dalam konteks sosial)

Anak yang mengalami hambatan bicara dilatih dengan proses pemberian *reinforcement* dan meniru vokalisasi terapis. Terapi bicara dalam upaya meningkatkan kemampuan komunikasi anak autis.

3. Terapi Sosial

Kekurangan yang paling mendasar bagi individu autisme adalah dalam bidang komunikasi dan interaksi. Banyak anak-anak ini membutuhkan pertolongan dalam keterampilan berkomunikasi 2 arah, membuat teman dan main bersama ditempat bermain. Seorang terapis sosial membantu dengan memberikan fasilitas pada mereka untuk bergaul dengan teman-teman sebaya dan mengajari cara-caranya.

4. 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.

5. Terapi Perilaku

Anak autistik seringkali merasa frustrasi. Teman-temannya seringkali tidak memahami mereka, mereka merasa sulit mengekspresikan kebutuhannya, Mereka banyak yang hipersensitif terhadap suara, cahaya dan sentuhan. Tak heran bila mereka sering mengamuk. Seorang terapis perilaku terlatih untuk mencari latar belakang dari perilaku negatif tersebut dan mencari solusinya dengan merekomendasikan perubahan lingkungan dan rutin anak tersebut untuk memperbaiki perilakunya.

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 (*Applied Behavioral Analysis*) yang lebih mengajarkan keterampilan

yang lebih spesifik. *Son-rise* program ini berdasarkan pada sikap menerima dan mencintai tanpa syarat pada anak-anak autistik. Diciptakan oleh orangtua yang anaknya didiagnosa menderita autisme tetapi karena program latihan dan stimulasi yang intensif dari orangtua, anak dapat berkembang tanpa tampak adanya tanda-tanda autisme.

7. Terapi Fisik

Autisme adalah suatu gangguan perkembangan *perwasif*. Banyak diantara individu *autistik* mempunyai gangguan perkembangan dalam motorik kasarnya. Terkadang 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.

8. 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 bisa juga dipakai untuk mengembangkan keterampilan komunikasi. Strategi Visual dipilih agar anak lebih mudah memahami berbagai hal yang ingin disampaikan. Biasanya, anak akan diperkenalkan pada berbagai aktivitas keseharian, larangan-aturan, jadwal dan sebagainya lewat gambar-gambar. Misalnya, gambar urutan dari cara menggosok gigi, mencuci tangan, dan sebagainya. Dengan Strategi Visual, diharapkan anak bisa memahami situasi, aturan, mengatasi rasa cemas, serta mengantisipasi kondisi yang akan terjadi. Berbagai perilaku yang seringkali menyulitkan, seperti sulit berpindah dari satu aktivitas ke aktivitas lain, sulit memahami urutan suatu aktivitas, rasa

marah atau cemas bila tidak tahu apa yang akan dikerjakan atau terjadi, dan sebagainya, bisa diminimalkan.

9. Terapi Biomedik

Terapi biomedik dikembangkan oleh kelompok dokter yang tergabung dalam DAN (*Defeat Autism Now*). Banyak dari para perintisnya mempunyai anak autistik. Mereka sangat gigih melakukan riset dan menemukan bahwa gejala-gejala anak ini diperparah oleh adanya gangguan *metabolisme* yang akan berdampak pada gangguan fungsi otak. Oleh karena itu anak-anak ini diperiksa secara intensif, pemeriksaan darah, urin, feses dan rambut, juga pemeriksaan *colonoscopy* dilakukan bila ada indikasi. Semua hal abnormal yang ditemukan dibereskan, sehingga otak menjadi bersih dari gangguan. Ternyata lebih banyak anak mengalami kemajuan bila mendapatkan terapi yang komprehensif, yaitu terapi dari luar dan dari dalam tubuh sendiri (*biomedis*). Terapi ini tidak menggantikan terapi-terapi yang telah ada, seperti terapi perilaku, wicara, okupasi dan integrasi sensoris.

10. Terapi Medikamentosa

Pemberian obat pada anak harus didasarkan pada diagnosis yang tepat, pemakaian obat yang tepat, pemantauan ketat terhadap efek samping dan mengenali cara kerja obat. Perlu diingat bahwa setiap anak memiliki ketahanan yang berbeda-beda terhadap efek obat, dosis obat dan efek samping. Oleh karena itu perlu ada kehati-hatian dari orang tua dalam pemberian obat yang umumnya berlangsung jangka panjang. Saat ini pemakaian obat diarahkan untuk memperbaiki respon anak sehingga diberika obat-obat psikotropika jenis baru seperti obat-obat *antidepressan* SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitor*) yang bisa memberikan keseimbangan antara *neurotransmitter serotonin* dan *dopamine*. Yang diinginkan dalam pemberian obat ini adalah dosis yang paling minimal namun paling

efektif dan tanpa efek samping. Pemakaian obat akan sangat membantu untuk memperbaiki respon anak terhadap lingkungan sehingga ia lebih mudah menerima proses terapi lainnya. Bila kemajuan yang dicapai cukup baik, maka pemberian obat dapat dikurangi bahkan dihentikan.

11. Terapi *Sensory Integration*

Terapi ini adalah terapi untuk memperbaiki cara otak menerima, mengatur, dan memproses semua input sensoris yang diterima oleh panca indera, indera keseimbangan dan indera otot. Anak yang mengalami gangguan perilaku seperti autisme, akan mengalami kesulitan dalam menerima dan mengintegrasikan beragam input yang disampaikan otak melalui inderanya. Akibatnya, otak tidak dapat memproses input sensorik dengan baik. Dengan begitu, otak juga tidak dapat mengatur perilaku anak agar sesuai dengan lingkungannya. Dalam terapi ini, anak akan dibimbing untuk melakukan berbagai aktivitas. Biasanya digunakan alat-alat tertentu di bawah bimbingan terapis. Semua peralatan itu memang dirancang secara khusus untuk memberi input sensorik melalui indera. Misalnya, pada kulit dan sebagian selaput lendir, otot dan persendian, telinga tengah, mata, lidah serta selaput lendir hidung. Aktivitas sensori integrasi merangsang koneksi sinaptik yang lebih kompleks, dengan demikian bisa meningkatkan kapasitas untuk belajar. Melalui terapi *Sensory Integration* kemampuan anak dalam menerima, memproses dan menginterpretasi input-input sensoris baik dari luar maupun dalam dirinya akan diperbaiki. Dengan begitu anak dapat lebih baik bereaksi terhadap lingkungan.

12. Terapi Sekolah Khusus

Salah satu bentuk terapi terhadap anak autis adalah dengan memasukkannya ke sekolah khusus anak-anak autis. Karena, di dalam pendidikan khusus biasanya telah mencakup terapi perilaku, terapi wicara, dan terapi okuvasi.

Pada pendidikan khusus biasanya seorang terapis hanya mampu menangani seorang anak pada saat yang sama.

13. Terapi Lainnya

Ada beberapa terapi lainnya yang menjadi penanganan penyandang autis menurut pengalaman Sleeuwen.

a. Terapi Musik

Meliputi aktivitas menyanyi, memainkan alat musik, menari dan mengikuti irama. Musik sangat bermanfaat bagi penyandang autis sebagai media mengekspresikan diri.

b. Program fasilitas komunikasi

Meskipun bukan sebagai terapi tetapi ini salah satu metode untuk dukungan fisik untuk penyandang autis untuk mengekspresikan pikiran, ide-idenya melalui papan alphabet, papan gambar, mesin ketik dan komputer.

F. Penelitian Tema *Spectrum Autism*

1. Odom, S. L., Boyd, B. A., & Hall, L. J. (2010). *Evaluation of Comprehensive Treatment Models for Individuals with Autism Spectrum Disorders. Journal Autism Dev Disorder, 40, 425-436.*

Penelitian yang dilakukan oleh Samuel dkk pada tahun 2010 mencoba mengevaluasi berbagai macam ukuran model perawatan komprehensif (CTM) untuk pelajar dengan penyandang autisme. Tujuan dari riset ini adalah untuk membagikan data evaluatif dimana penyedia layanan, anggota keluarga, serta periset bisa membuat keputusan tentang adopsi model, pemilihan anggota keluarga, ataupun riset di masa mendatang. 30 macam model treatment telah teridentifikasi. Treatment tersebut sebagian besar didasarkan pada kerangka analisis sikap yang diterapkan, walaupun secara substansi dalam pengembangan model tersebut masih

berkaitan antara satu dengan yang lain. Dalam ruang lingkup kelompok, model treatment (CTM) mampu untuk berdiri sendiri walaupun ada kelemahan-kelemahan yang dimundulkan. Akan tetapi bukan berarti kelemahan tersebut dapat mengurangi implementasi dari model, tetap ada kemajuan dalam pengobatan model treatment tersebut. Dari 30 model treatment dapat diklasifikasikan menjadi 5 model yang pertama adalah analisis sikap terapan pada ruang lingkup rumah/klinik, yang kedua sikap terapan pada ruang lingkup kelas, sikap terapan dalam ruang lingkup sosial dan yang terakhir adalah dalam ruang lingkup histori.

2. **Bolte, S., Over, G., Matthew, S., Goodwin, & Zwaigenbaum, L. (2010). What Can Innovative Technologies do for Autism Spectrum Disorders. *Autistic Society, 14*, 155-158.**

Penelitian di atas mengungkap pendekatan tentang pemakaian sebuah teknologi terhadap pengetahuan anak-anak ASD. Pemakaian teknologi yang terus menerus menjadi keberfungsian yang berarti dalam riset serta aplikasi klinis *Autism Spectrum Disorders (ASD)*. Mereka terus menunjang Inovasi Teknologi untuk penyandang autisme untuk meningkatkan serta memusatkan laju riset serta penyembuhan autisme dengan mempromosikan kerja sama antara teknolog, desainer, insinyur, serta bermacam pemangku kepentingan dalam komunitas ASD.

Kemajuan teknologi berpotensi mengarah pada strategi pengobatan baru dan lebih efektif untuk meningkatkan kualitas hidup penyandang ASD dan keluarganya. Komputer dapat membantu meminimalisir masalah verbal dan interaksi serta memfasilitasi penyandang ASD, tenaga ahli, dan lainnya. Alat-alat teknologi yang canggih mampu membantu dalam berkomunikasi, bersosialisasi, belajar dan memilih pekerjaan.

3. Weiss, J. A., Isaacs, B., Diepstra, H., Wilton, A. S., Brown, H. K., & Mc. (2018). Health Concerns and Health Service Utilization in a Population Cohort of Young Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*, 48, 36-44.

Penelitian yang dilakukan oleh Weiss dkk pada tahun 2018 mengenai individu dengan *Autism Spectrum Disorder* (ASD), dimana anak penyandang autisme memiliki permasalahan pada aspek kesehatan yang memang menjadi fokus utama. Dalam riset ini teridentifikasi remaja dengan rentan usia 18-24 tahun yang memiliki gangguan ADHD. Remaja yang usianya lebih mudah cenderung memiliki permasalahan Kesehatan klinis yang lebih banyak dibandingkan remaja yang usianya lebih dewasa.

Ditemukan pula hasil bahwa penyandang autisme yang dibarengi dengan *Different Diagnosis* (diagnosis lainnya) yang menunjukkan masalah kesehatan yang berbeda pada tahap usia yang berbeda. Penulis berpendapat bahwa permasalahan pada anak autisme akan berjalan lambat dikarenakan permasalahan yang kompleks, dan tidak semua ASD dapat memanfaatkan layanan dengan baik, dikarenakan dewasa muda dengan ASD memiliki masalah dalam mengakses pengobatan. Penelitian mengenai status Kesehatan pada anak penyandang Autisme juga diteliti oleh beberapa kolega lainnya, seperti Croen, Zerbo, Qian, Massalo, Rich & Kripke tahun 2015. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan gangguan kejiwaan seperti depresi, kecemasan, gangguan bipolar, gangguan obsesif kompulsif, skizofrenia, dan upaya bunuh diri. kondisi kekebalan tubuh, gangguan tidur, kejang, obesitas, dislipidemia, hipertensi, dan diabetes. Hal ini tentunya harus menjadi perhatian yang mendalam, agar penyandang autisme tidak mengalami komplikasi yang lebih sehingga pengobatan mudah untuk dilaksanakan.

4. Ridderinkhof, A., Bruin, E. I., Driesschen, S. V., & Bogels, S. M. (2020). Attention in Children With Autism Spectrum Disorder and the Effects of a Mindfulness-Based Program. *Journal of Attention Disorders*, 24 (5), 681-692.

Penelitian yang dilakukan oleh Ridderinkhof ini mengungkap suatu program yaitu program Mandiri Bina Prestasi (MBP) untuk anak penyandang gangguan *spektrum autisme*. Anak dengan penyandang autisme pada dasarnya memiliki gangguan pada pusat perhatiannya. Dalam penelitian ini Ridderinkhof dkk menyelidiki perbedaan antara 49 anak penyandang gangguan spektrum autisme dengan 51 anak yang berkembang secara normal apakah sistem perhatian mereka bisa ditingkatkan melalui teman-teman atau orang tuanya dan bertujuan untuk mencapai fokus pada suatu hal dalam kehidupannya. Adapun hasil lain dari penelitian ini menunjukkan bahwa orientasi dan perhatian eksekutif pada anak penyandang autisme terjadi peningkatan walaupun tidak terjadi secara signifikan. Antara anak normal dan anak penyandang autisme tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada perhatian mereka sehingga hal ini dianggap suatu hal yang baik dalam meningkatkan motivasi anak autisme.

Referensi

- Banoet, J., Bunga, B. N., & Kiling, I. Y. 2016. *Karakteristik Prososial Anak Autis Usia Dini Di Kupang*. Jurnal PG PAUD Trunojoyo, 3(1).
- Bolte, S., Golan, O., S, M., Goodwin, & Zwaigenbaum, L. 2010. *What Can Innovative Technologies do for Autism Spectrum Disorders*. Journal of Autistic Society, 18, 155-158.
- Croen, L. A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M. L., Rich, S., & Kripke, C. 2015. *The Health Status of Adults on the Autism Spectrum*. UCSF, 548-554.

- Dewi, R., Inayatillah, & Yullyana, R. 2018. *Pengalaman Orang Tua dalam Mengasuh Anak Autis di Kota Banda Aceh*. Jurnal Psikologi Psikoislamedia, 3(2).
- Hasbyy, R. N. 2016. *Diagnosis Dini Gangguan Spektrum Autisme Pada Anak Dengan Penerapan Fuzzy Inffrence System Tsukamoto*. Jurusan Teknik Informatika UIN Maulana Malik Ibrahim Malang.
- Isnannisa, E. D., & Boediman, L. M. 2019. *Dir/Flooritme untuk Meningkatkan Komunikasi Antara Anak Dengan Autisme Dan Ibu Dengan Profil Sensori Berbeda*. Jurnal Psikologi sains Dan Profesi, 3(3).
- Maghfiroh, V. S., & Rif'ati, M. I. 2019. *Psikoedukasi Autisme (Autis Spectrum Disorder)*. Program Studi Psikologi.
- Manalu, A. P. 2013. *Faktor-Faktor Penyebab Penyakit Autisme Anak di Bina Autis Mandiri Palembang*. Skripsi Fakultas Kedokteran Univesitas Muhammadiyah Palembang.
- Mesino, M. 2018. *Efektifias Management Berbasis Madrasah / Sekolah Perspektif Abiliy And Power Leadership*. (Abdillah, Ed.) Medan: UIN Sumatra Utara Medan.
- Mirza, R. 2016. *Menerapkan Pola Asuh Konsisten Pada Anak Autis*. Jurnal Tarbiyah, 23(2), 251-273.
- Odom, S. L., Boyd, B. A., & Hall, L. J. 2010. *Evaluation of Comprehensive Treatment Models for Individuals with Autism Spectrum Disorder*. Journal Autism Spectrum Disorder, 40, 425-436.
- Onibola, E. M., Dundu, A. E., & Kandou, L. F. 2016. *kebiasaan Makan Pada Anak Gangguan Spektrum Autisme*. Jurnal e-Clinic, 4(2).
- Ridderinhof, A., Bruin, E. I., Driesschen, S. V., & Bogels, S. M. 2020. *Attention in Children With Autism Spectrum Disorder and the Effects of a Mindfulness-Based Program*. Journal of Attention Disorders, 24 (5), 681-692.

- Rina, M. 2016. *Menerapkan Pola Asuh Konsisten Pada Anak Autis*. Jurnal Tarbiah, 23(2).
- Sari, N. 2016. *Pola Pelaksanaan Bimbingan dan Konseling Untuk Mengoptimalkan Kemampuan Anak Autis Di Sekolah Dasar*. Bimbingan Dan Konseling Indonesia, 1(2), 31-35.
- Suteja, J. 2014. *Bentuk Dan Metode Terapi Terhadap Anak Autisme Akibat Bentuk Perilaku Sosial*. Jurnal Edueksos, III(1), 119-133.
- Ulva, M., & Amalia, R. 2020. *Proses Pembelajaran Matematika Pada Anak Berkebutuhan Khusus(Autisme) Disekolah Inklusif*. Jurnal on Teacher Education, 1(2), 9-19.
- Weiss, J. A., Isaacs, B., Diepstra, H., Wilton, A. S., Brown, H. K., & Mc. 2018. *Health Concerns and Health Service Utilization in a Population Cohort of Young Adults with Autism Spectrum Disorder*. J Autism Dev Disord, 48, 36-44.

BAGIAN 3

SLOW LEARNER & DYSLEXIA

"Keterlambatan Belajar Bukan Suatu Hal yang Membuat Anda Putus Berusaha"

A. Pengertian *Slow Learner* & Disleksia

Slow Learner dapat diartikan anak yang memiliki potensi intelektual sedikit dibawah normal tetapi belum termasuk tuna grahita (retardasi mental). Dalam beberapa hal mengalami hambatan atau keterlambatan berpikir, merespon rangsangan dan adaptasi sosial, tetapi masih jauh lebih baik dibanding dengan yang tuna grahita, lebih lambat dibanding dengan yang normal, mereka butuh waktu yang lebih lama dan berulang-ulang untuk dapat menyelesaikan tugas-tugas akademik maupun non-akademik, dan karenanya memerlukan pelayanan pendidikan khusus. Proporsi umur yang tertinggi pada anak *Slow Learner* adalah anak dengan kelompok umur yang paling banyak adalah 15-16 tahun sebanyak 51,5 %, sedangkan proporsi terendah adalah anak dengan kelompok umur 11-12 tahun sebanyak 3,0%. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Williams, dimana pada penelitian tersebut menunjukkan umur untuk anak *Slow Learner* yang paling banyak berada pada rentang 15-16 tahun. *Slow Learner* sulit untuk diidentifikasi karena mereka tidak berbeda dalam penampilan luar dan dapat berfungsi secara normal pada sebagian besar situasi. Mereka memiliki fisik yang normal, memiliki memori yang memadai, dan memiliki akal sehat. Hal-hal normal inilah yang sering membingungkan para orangtua, mengapa anak mereka menjadi *Slow Learner*. Yang perlu diluruskan adalah walaupun *Slow Learner* memiliki kualitas-kualitas tersebut, mereka tidak memiliki kemampuan untuk melaksanakan tugas sekolah sesuai dengan yang diperlukan karena keterbatasan IQ mereka.²⁹

²⁹ Wachyu, A. (2016). Karakteristik Dan Jenis Kesulitan Belajar Anak *Slow Learner*. *Jurnal Kesehatan AISY*, 1-2, 54-55.

Masi G menyatakan “*A Slow Learner is not a distinctive category; it is a term necessary academic skills, but at rate and depth below average same age peers*”, Artinya *Slow Learner* merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan siswa yang memiliki kemampuan dan keterampilan akademik, namun pada tingkat di bawah rata-rata teman seusianya. Namun secara garis besar *Slow Learner* adalah anak yang memiliki potensi intelektual sedikit di bawah normal tetapi belum termasuk tunagrahita. Dalam beberapa hal mereka mengalami hambatan atau keterlambatan berpikir, merespon rangsangan dan adaptasi sosial, tetapimasih jauh lebih baik dibanding dengan tunagrahita, lebih lambandibanding dengan yanganaknormalseusianya.³⁰

Dalam Buku “Perilaku anak usia dini kasus dan pemecahannya” Aquilina Tanti Arini memberikan contoh seorang anak yang bernama Rudi, anak kelas 1 SD sudah dua kali tidak naik kelas. Menurut laporan gurunya, Rudi belum bisa membaca dan kesulitan dalam mengeja. Karena kekhawatiran orang tuanya, kemudian ia dibawa ke psikolog untuk dianalisis. Dari diagnosa psikologis, ternyata Rudi menderita *Disleksia*. Dari contoh tersebut, secara sederhana bahwa *Disleksia* dapat diartikan sebagai kesulitan dalam membaca dan mengeja/berbicara. Lebih lanjut mengenai pengertian *Disleksia*, dijelaskan bahwa kata atau istilah *Disleksia* berasal dari bahasa Yunani, yaitu *dys* yang artinya tidak memadai, dan kata *lexis* yaitu kata, jika digabungkan maka secara bahasa artinya adalah tidak memadai atau kekurangan kata. Jadi, *Disleksia* adalah kesulitan belajar yang diderita oleh anak karena bermasalah dalam mengekspresikan atau menerima bahasa lisan. Masalah tersebut tercermin dalam kesulitan anak dalam membaca, mengeja, menulis, berbicara, atau mendengar.

Disleksia juga dikenal sebagai SPLD (*Specific Learning Difficulty*) atau kesulitan belajar. *Disleksia* merupakan suatu

³⁰ Alifian, N. A. (2015). Analisis Proses Pembelajaran Matematika Pada Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) Slow Learner Di Kelas Inklusif SMP 7 Salatiga. *SKRIPSI*, 24-25.

kondisi yang terdapat dalam segala tingkat kemampuan dan menyebabkan kesulitan yang terus menerus dalam memperoleh kemampuan membaca dan menulis. *Disleksia* sebagai suatu sindrom kesulitan dalam mempelajari komponen-komponen kata dan kalimat, mengintegrasikan komponen-komponen kata dan kalimat dan dalam belajar segala sesuatu yang berkenaan dengan waktu, arah dan masa.³¹

Kata *Disleksia* berasal dari bahasa Yunani yaitu *dyslexia*, “*dys*” berarti kesukaran dan “*lexis*” berarti berbahasa, yang berarti kesukaran dalam berbahasa. Secara sederhana *Disleksia* merupakan gangguan dalam kemampuan berbahasa terutamanya membaca sehingga anak *Disleksia* memiliki kesulitan tersendiri saat membaca sebuah kalimat, dikarenakan kesulitan dalam memahami huruf dan sulit membedakannya. Dengan begitu bisa menimbulkan kesulitan dalam belajar bagi seorang anak. Untuk lebih jelasnya banyak ahli yang mengemukakan pengertian dari *Disleksia* diantaranya:³²

1. Bryan dan Bryan mendefinisikan disleksia merupakan suatu bentuk kesulitan dalam mempelajari komponen-komponen kata dan kalimat, yang secara historis menunjukkan perkembangan bahasa yang lambat dan hampir selalu bermasalah dalam menulis dan mengeja serta kesulitan dalam mempelajari sistem representasional misalnya berkenaan dengan waktu, arah, dan masa.
2. Lyon didefinisikan disleksia sebagai kesulitan dalam memecahkan simbol atau kode, termasuk proses fonologi atau pengucapan.
3. Reynolds mengemukakan *Disleksia* adalah hambatan belajar dalam bahasa yang dapat mempengaruhi kemampuan dalam pengenalan huruf, seperti membaca, menulis, dan mengeja sebagaimana pengucapannya.

³¹ Anggi, J. (2016). Memahami dan mendidik anak disleksi. *Proceedings*, 1, 3-4.

³² Nisrina, H., Ahmad, M., & Resa, R. (2020). Pengenalan Anak Pengidap Disleksia. *PedagogikA*, 7(2), 3-4.

Dari beberapa pengertian yang dikemukakan mengenai pengertian *Disleksia* dapat disimpulkan bahwa *Disleksia* memiliki kesulitan dalam belajar mengenai kebahasaan, baik dari mengenali atau membedakan huruf, mengeja, serta mengalami kelambatan dalam belajar.³³

B. Karakteristik *Slow Learner* & Disleksia

Siswa yang lamban belajar dan berprestasi rendah dapat pula diakibatkan oleh faktor *IQ*. Menurut penelitian Binet dan Simon anak yang lemah mental memiliki *IQ* antara 50 sampai 69, tergolong anak yang lamban belajar. Mereka itu sangat sulit dididik. Jika memungkinkan untuk dididik mereka membutuhkan waktu yang cukup lama untuk memahami pelajaran kendati pun pada akhirnya prestasi yang di capainya tidak semaksimal siswa yang lainnya.

Menurut Aachyua melia karakteristik dari slow leaner dan disleksia adalah

1. Menuliskan huruf-huruf dengan urutan yang salah dalam sebuah kata
2. Tidak menuliskan sejumlah huruf-huruf dalam kata-kata yang ingin ia ditulis
3. Menambahkan huruf-huruf pada kata yang ingin ia tulis
4. Mengganti satu huruf dengan huruf lainnya, sekalipun bunyi huruf-huruf tersebut tidak sama
5. Menuliskan sederetan huruf yang tidak memiliki hubungan sama sekali dengan bunyi kata-kata yang ingin ia tuliskan
6. Mengabaikan tanda-tanda baca yang terdapat dalam teks-teks yang sedang ia baca.³⁴

Beberapa gejala karakteristik dan ciri-ciri penderita *disleksia* umum yang telah diketahui antara lain: Anak *Disleksia* tampak sangat cerdas dan ceria. Namun mereka memiliki kemampuan rendah dalam membaca, menulis dan

³³ Nisrina, H., Ahmad, M., & Resa, R. (2020). Pengenalan Anak Pengidap Disleksia. *Pedadidaktika*, 7(2), 3-4.

³⁴ Wachyu, A. (2013). persepsi orang tua terhadap anak berkebutuhan khusus. *ejournal UNP ac.id*, 13.

mengeja kata-kata. Hal ini menyebabkan mereka dicap sebagai ceroboh dan bodoh, Susah membedakan huruf terutama yang memiliki bentuk dan bunyi yang hampir sama, seperti “p”, “b”, “d”, “g”, “f” dan “s” misalnya. Kesulitan mengingat dan melafalkan bunyi yang dibentuk dari setiap komponen vokal, Kesulitan bila diminta mengeja tulisan secara terbalik dari belakang ke depan.

1. Karakteristik penderita *Disleksia* dalam membaca

Kesulitan membaca kata secara terpisah, kesulitan membaca kata-kata yang jarang digunakan baik secara terpisah maupun dalam sebuah teks. Tidak lancar membaca, hal ini ditandai dengan kecepatan membaca yang lambat, kesulitan memahami isi bacaan tidak akurat, serta kesulitan ketika diminta membaca keras. Penderita *Disleksia* juga biasanya membaca suatu kalimat dengan acak, seperti misalnya “saya hendak pergi bertamasya” menjadi “saka mendak bergi pertaman saya”, huruf-huruf yang ada dituliskan disubstitusi dengan huruf lain atau urutan-urutannya dipindah. Tidak bisa membaca dalam waktu yang lama.

2. Karakteristik dalam visual dan penulisan

Menulis kalimat secara berantakan tanpa spasi atau ukuran huruf yang tidak konsisten melihat tulisan seakan-akan semua berbaur, atau sebaliknya terpenggal-penggal sehingga merasa kebingungan ketika harus membaca menulis dengan bentuk yang terbalik. Permasalahan penglihatan yang akut memang sangat berpengaruh terhadap kemampuan membaca anak. Sebuah teori yang dikemukakan oleh Drs. Carl Ferreidan Richard Wainwright dalam buku “Deteksi dini masalah-masalah psikologi anak” ia berpendapat bahwa permasalahan gangguan dalam belajar disebabkan oleh adanya ketidakcocokan antara Sphenoid dan tulang rawan pada tengkorak. Ketidaksesuaian ini diduga berpengaruh terhadap cara kerja syaraf-syaraf yang

mana kondisi ini berakibat pada terganggunya koordinasi mata.³⁵

C. Jenis-Jenis *Slow Learner* & Disleksi

1. *Disleksia auditor*

Disebabkan gangguan pada lintasan visual (pengelihatan)-auditorik (pendengaran) dalam hal ini bentuk-bentuk tulisan secara visual gejala-gejala *Disleksia* sejak usia dini. Gejala ini berlanjut dan bersifat permanen hingga usia dewasa. Mayoritas penderita *Disleksia* primer adalah laki-laki. Meskipun demikian, beberapa penelitian menunjukkan bahwa sebenarnya *Disleksia* dibawa oleh kromosom X yang ada pada ibu, dan bersifat resesif.

2. *Disleksia sekunder*

Merupakan jenis *Disleksia*, di mana seorang anak menderita cedera pada otak (brain damage) di usia yang sangat muda. Kerusakan otak inilah yang membuatnya mengalami gangguan membaca, bahkan ketika anak itu beranjak dewasa. Para penderita *Disleksia* sekunder biasanya tidak memiliki riwayat keluarga penderita *Disleksia*. *Disleksia* jenis ini sering kali disebabkan gangguan pada proses kehamilan, gangguan pada proses kelahiran, maupun benturan yang terjadi ketika anak tersebut masih bayi

3. *Disleksia traumatis*

Biasanya dialami oleh orang dewasa. Hal ini disebabkan benturan keras atau penyakit lain, seperti stroke misalnya, yang mengakibatkan kancedera pada otak sehingga fungsi kebahasaan terganggu. Para penderita *Disleksia traumatis* sering kali kehilangan kemampuan membaca.

³⁵ Sidiarto, L. (2010). Perkembangan Otak Dan Kesulitan Belajar Pada Anak. UI-Press

D. Faktor-Faktor *Slow Learner & Disleksia*

Dalam buku Mumpurniati menyebutkan factor-faktor terjadinya *Slow Learner & Disleksia*, antara lain sebagai berikut:

1. Faktor keturunan

Faktor keturunan ini adalah suatu hal yang berasal dari turunan atas yang diturunkan kepada turunan setelahnya sudah berasal dari tuhan yang maha esa.

2. Perkembangan otak terbatas karena kurangnya rangsangan

Bagian otak yang matang paling akhir adalah bagian yang berperan mengintegrasikan informasi berbagai indera, termasuk bagian otak yang berfungsi sebagai pusat perencanaan, pemecahan masalah nalar dan emosi.

3. Motivasi yang rendah

Memang di era yang modern ini kita tentu memenuhi banyak siswa sekolah yang memiliki motivasi yang lemah dalam belajar. Apalag anda seorang guru untuk itu anda perlu melihat apa yang menjadi motivasi bagi siswa sekolah untuk tetap aktif dalam kegiatan belajar mengajar.

4. Masalah perhatian

Banyak sedikitnya kesadaran yang menyertai sesuatu aktifitas yang dilakukan untuk dapat menangkap maksudnya hendaklah pengertian tersebut dilepaskan dari konteksnya atau kalimatnya.

5. Kekacauan masalah pribadi

Kurangnya pemisahan antara tugas ditempat kerja dan tugas rumah disebabkan oleh peningkatan pesat jumlah informasi digital yang kita semua hadapi.³⁶

Beberapa para ahli juga mengemukakan adanya multi faktor penyebab terjadinya *Slow Learner*, lebih spesifik dijelaskan yaitu antara lain;

³⁶ Mumpurniati. (2007). *Pendidikan Anak Slow learner*. yogyakarta.

1. Faktor prenatal dan genetik yang dapat menyebabkan anak mengalami *Slow Learner* meliputi:
 - a. Kelainan kromosom
 - b. Gangguan biokimia dalam tubuh
 - c. Kelahiran *premature*

2. Faktor *biologis* non-keturunan, yaitu
 - a. Ibu hamil mengonsumsi obat-obatan yang merugikan janin, pengguna narkotika dan zat aditif dengan dosis berlebih yang dapat mempengaruhi memori jangka pendek anak
 - b. Ibu hamil dengan gizi buruk
 - c. Radiasi sinar x

3. Faktor resus

Faktor saat kelahiran, adalah kondisi kekurangan oksigen saat proses kelahiran karena proses persalinan yang lama atau bermasalah, sehingga menyebabkan transfer oksigen ke otak bayi terlambat

4. Faktor sesudah melahirkan dan lingkungan, meliputi
 - a. Kekurangan gizi dan nutrisi
 - b. Trauma fisik akibat jatuh atau kecelakaan
 - c. Beberapa penyakit seperti *Meningitis* dan *Encephalitis*.

Dari paparan diatas dapat memberikan gambaran bahwa terdapat banyak faktor yang dapat menjadi pemicu terjadinya *Slow Learner* pada anak. Inti dari faktor-faktor penyebab *Slow Learner* tersebut dapat berasal dari internal maupun eksternal si anak. Oleh sebab itu baik bila keluarga memperhatikan kondisi dan situasi yang dapat menjadi *protectif factor* maupun *risk factor* dari *slow learner*³⁷

³⁷ Mutmainah. (2017). *Motivasi Belajar Siswa Slow Learner (Studi Kasus Di Sekolah Dasar Negeri 4 Buana Sakti Lampung)*. Jurnal Bimbingan Dan Konseling Ar-Rahman , 3 (2), 11.

Adapun Penyebab anak mengalami keterlambatan atau kesulitan perkembangan membaca disleksia adalah:

1. Anak yang lahir *premature* dengan berat lahir rendah dapat mengalami kesulitan belajar atau gangguan pemusatan perhatian
2. Anak dengan kelainan fisik seperti gangguan penglihatan, gangguan pendengaran atau anak dengan *Celebral palsy (c.p.)* akan mengalami kesulitan belajar membaca
3. Anak kurang memahami perintah karena lingkungan yang menggunakan beberapa bahasa (bi-atau *multilingual*)
4. Anak yang pandai dan bakat yang tidak tertarik dengan pembelajaran bahasa sehingga kurang konsentrasi dan banyak membuat kesalahan.

Penyebab *Disleksia* itu bisa dikelompokkan menjadi tiga kategori faktor utama, yaitu faktor pendidikan, psikologis, dan biologis, namun penyebab utamanya adalah otak.³⁸

1. Faktor Pendidikan

Disleksia disebabkan oleh metode yang digunakan dalam mengajarkan membaca, terutama metode "*whole-word*" yang mengajarkan kata-kata sebagai satu kesatuan daripada mengajarkan kata sebagai bentuk bunyi dari suatu tulisan. Contoh:" Jika anak dalam tahap belum bisa membedakan huruf-huruf yang mirip seperti b dan d, maka cara pengajaran yang perlu dilakukan adalah mempelajari hurufnya satu per satu. Misalnya fokuskan pengajaran kali ini pada huruf b. Tulislah huruf b dalam ukuran yang besar kemudian mintalah anak untuk mengucapkan sembari tangannya mengikuti alur huruf b atau membuat kode tertentu oleh tangan. Anak dilatih terus menerus sampai ia bisa menguasainya, setelah itu mulailah beranjak ke huruf d. Mereka berpikir bahwa metode fonetik, yang mengajarkan anak nama-nama huruf berdasarkan bunyinya, memberikan fondasi yang baik untuk membaca. Mereka mengklaim

³⁸ Dardjowidjojo, & Soenjono. (2008). *Psikolinguistik: Pengantar Pemahaman Bahasa Manusia*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.

bahwa anak yang belajar membaca dengan metode fonetik akan lebih mudah dalam mempelajari kata-kata baru.”

Untuk mengenali kata-kata asing secara tertulis sebagaimana mereka mengeja tulisan kata itu setelah mendengar pelafalannya. Sementara ahli lain meyakini bahwa dengan mengkombinasikan pendekatan “kata utuh” dan metode fonetik merupakan cara paling efektif dalam pengajaran membaca. Dengan menggunakan kedua metode tersebut, selain mengenali kata sebagai satu kesatuan (unit) anak pun akan belajar cara menerapkan aturan fonetik pada kata-kata baru.

2. Faktor Psikologis

Beberapa periset memasukkan *Disleksia* ke dalam gangguan psikologis atau emosional sebagai akibat dari tindakan kurang disiplin, tidak memiliki orangtua, sering pindah sekolah, kurangnya kerja sama dengan guru, atau penyebab lain. Memang, anak yang kurang ceria, sedang marah-marah, atau memiliki hubungan yang kurang baik dengan orangtua atau dengan anak lain kemungkinan memiliki masalah belajar. Stress mungkin juga mengakibatkan *Disleksia*, namun yang jelas stress dapat memperburuk masalah belajar.

3. Faktor Biologis

Sejumlah peneliti meyakini bahwa *Disleksia* merupakan akibat dari penyimpangan fungsi bagian-bagian tertentu dari otak. Diyakini bahwa area-area tertentu dari otak anak *Disleksia* perkembangannya lebih lambat dibanding anak-anak normal. Di samping itu kematangan otaknya pun lambat. Teori memang dulu banyak diperdebatkan, namun bukti-bukti mutakhir mengindikasikan bahwa teori itu memiliki validitas. Teori lainnya menyatakan bahwa *Disleksia* disebabkan oleh gangguan pada struktur otak.

Beberapa peneliti menerima bahwa teori ini masih diyakini sampai saat diadakan penelitian penelaahan otak manusia *Disleksia* yang meninggal. Penelaahan otak ini telah menyingkap karakteristik perkembangan otak. Dari situ diperoleh gambaran bahwa gangguan struktur otak mungkin mengakibatkan sejumlah kasus penting *Disleksia* berat. Faktor genetik juga diperkirakan turut berperan. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa 50% atau lebih anak *Disleksia* memiliki riwayat orangtua yang *Disleksia* atau gangguan lain yang berkaitan. Ternyata, lebih banyak anak laki-laki yang *Disleksia* daripada anak perempuan.

4. Kecelakaan

Gangguan kemampuan membaca atau mengenali huruf serta simbol huruf akibat kerusakan saraf otak atau selaput otak, sehingga otak kiri korteks oksipital (bagian belakang) terganggu. Kerusakan ini disebabkan infeksi atau kecelakaan. Karena kerusakan ini, otak tidak berfungsi mengenali semua citra (*image*) yang ditangkap indra penglihatan karena ada gangguan sambungan otak kiri dan kanan. Ada yang berpendapat gangguan itu disebut *Disleksia*, ada juga yang berpendapat gangguan itu disebut aleksia.

E. Penanganan dan Konseling Anak *Slow Learner* & *Disleksia* dengan Pemanfaatan *Art Therapy* bagi Anak *Slow Learner*

Art Therapy merupakan suatu perlakuan kompleks yang melibatkan komunikasi verbal dan visual dengan menggunakan materi atau media seni, serta melibatkan kemampuan dan partisipasi individu dalam proses pendampingan. Penggunaan *Art Therapy* merupakan teknik kreatif yang disukai oleh anak-anak karena menarik dan menyenangkan, juga membantu anak lebih terstimulasi proses perkembangannya.

Anak *Slow Learner* Cooter, Cooter Jr., dan Wiley (menjelaskan bahwa kematangan pola berfikir anak *Slow Learner* di bawah anak normal seusianya, dan disertai ketidakmampuan menyesuaikan diri. *Slow Learner* merupakan kondisi dimana

anak mengalami lamban belajar, lamban terampil, dan lamban mamahami suatu informasi yang diperoleh atau ditangkapnya. Terkadang, anak yang mengalami *slowlearner* juga mengalami kekurangan dalam hal fisik, sosial, dan emosional. Namun hal ini terjadi pada *Slow Learner* tingkat tinggi. Prestasi belajar yang dicapai anak *Slow Learner* pada umumnya juga berada di bawah prestasi belajar siswa normal.

Anak *Slow Learner* memiliki kekhasan yaitu membutuhkan waktu dan intensitas yang lebih lama dan banyak berulang-ulang untuk menyelesaikan tugas akademik maupun non-akademik. Oleh sebab itu, dalam proses mendampingi tumbuh kembang anak *Slow Learner*, Orang tua perlu memiliki cara yang efektif dan efisien dalam memberikan pendampingan baik dalam proses belajar akademik maupun proses tumbuh kembangannya. dalam Penggunaan media dapat membantu anak *Slow Learner* lebih mudah dalam memahami informasi dan intruksi yang diterima dengan lebih sederhana dan menarik. Dengan demikian informasi dan intruksi yang diterimanya dapat disimpan dalam ingatan lebih baik dan lama.

Geldard mengemukakan pendapat bahwa penggunaan media yang cocok untuk anak *Slow Learner* adalah sebagai berikut :

1. *Kinetic sand*

Kinetic sand merupakan media pengganti pasir atau bak pasir sebagai media anak. Di Indonesia penggunaan pasir lambat laun dirasa kurang efektif mengingat keterbatasan tempat dalam ruang belajar dan konseling. Jenis pasir yang memenuhi kualifikasi media yang cocok untuk anak-anak juga semakin sulit diperoleh. Dengan bertambahnya perkembangan jaman, diciptakanlah *Kinetic sand* yang dapat dijadikan pengganti pasir khusus untuk media belajar dan konseling anak. Selain lebih praktis secara tempat, *Kinetic sand* juga lebih bersih dan aman bagi anak. Penggunaan *Kinetic sand* biasanya dibarengi dengan menggunakan simbol-simbol lain seperti miniatur hewan, mainan kecil, replika tokoh super hero dll. *Kinetic sand* sangat

disukai oleh anak-anak, karena mereka dapat bermain dan berkreasi membentuk berbagai macam model yang menarik. *Kinetic sand* memiliki sifat khusus yaitu lembut dan elastis dengan permukaan tetap kering dan tidak berantakan. Hal ini akan memudahkan anak-anak untuk membuat berbagai jenis cetakan hewan, rumah, istana, gunung dan cetakan-cetakan lain yang anak-anak inginkan. Penggunaan *Kinetic sand* dapat menstimulasi saraf motorik halus anak, karena anak dapat merasakan pasir mengalir melalui jari-jari seperti cairan bergerak lambat, namun tetap kering dan tidak meninggalkan residu/kotoran ditangan.

Dalam mendampingi anak *Slow Learner*, orang tua perlu memfokuskan pada keterampilan berkomunikasi dengan anak *Slow Learner*. Orang tua tidak diperkenankan memiliki standar yang sama bagi anak *Slow Learner* dengan anak-anak normal. Alasan mengapa intruksi perlu mendapat perhatian khusus karena terkadang Orang tua tanpa menyadari tidak menggunakan intruksi sebagai teknik yang dapat digunakan Orang tua untuk membantu anak memperluas kisa mereka dengan ekspresif. Pada saat yang tepat, Orang tua harus menyimpulkan apa yang muncul dari konseling dan latihan yang diberikan. Orang tua juga perlu meninjau apa yang harus dilakukan anak untuk menyelesaikan konseling maupun latihan yang diberikan.

2. *Game*

Game memiliki manfaat yaitu melatih anak *Slow Learner* mengembangkan perspektif atau pandangan yang berbeda mengenai dirinya sehingga gambaran pribadi dan kepercayaan dirinya meningkat. Game dapat membantu anak menceritakan kisahnya, sehingga membantu memunculkan kesadaran dalam diri tentang sebab akibat dari sebuah peristiwa. Oleh karenanya Game dapat bermanfaat bagi anak untuk berlatih, berpraktik, dan bereksperimen dengan perilaku baru yang lebih sesuai. Anak mendapatkan kemahiran baru dan menghilangkan perilaku

lama yang kurang tepat, dengan pemahaman yang lebih sederhana dan menyenangkan.

Tujuan dari penggunaan Game dalam bimbingan adalah melatih anak yang menutup diri agar mampu membangun hubungan dengan teman sebaya, membantu anak menemukan potensi diri dan hal-hal yang perlu ditingkatkan dalam dirinya, melatih anak untuk sigap, berkonsentrasi, dan gigih dalam menyelesaikan tugas. Selain itu Game juga dapat membantu anak meningkatkan keterampilan sosial seperti kerjasama agar melatih respons yang tepat atas kekecewaan, kemunduran, kegagalan, dan keberhasilan. Anak juga terlatih untuk meningkatkan keterampilan menyelesaikan masalah dan mengambil keputusan.

3. *Clay Clay (Tanah Liat)*

Media yang dapat digunakan untuk mendampingi anak *Slow Learner* adalah media *Clay* untuk anak berusia Sekolah Dasar khususnya kelas atas yaitu kelas 4-6, sedangkan anak dikelas bawah hingga Taman Kanak-kanak dapat menggunakan plastisin. *Clay* dapat digunakan untuk membantu anak melepaskan emosi yang kuat secara tepat. *Clay* bermanfaat bagi anak *Slow Learner* untuk memproyeksikan perasaan, memahami masa lalu, menemukan sebab akibat dari sebuah peristiwa atau perilaku tertentu muncul, membantu anak menceritakan kisah mereka dengan mengilustrasikannya lewat bentuk cetakan yang dibuatnya dengan *Clay*. Anak dapat terbantu mengenali dan mengatasi masalah yang sedang mereka hadapi namun kesulitan dalam menemukan alasan dari sebab akibatnya. *Clay* juga bermanfaat bagi anak *Slow Learner* untuk mendapatkan pemahaman dan pengertian atas interaksinya dengan orang lain, meningkatkan rasa kebersamaan, dan membantu anak mengenali sebab akibat atas perilaku kita dalam pergaulan di kelompok. Oleh sebab itu, *Clay* sangat cocok untuk membantu anak *Slow Learner*. Penggunaan *Clay*

dapat membantu anak *Slow Learner* tersebut mengekspresikan suasana hati dan perasaan secara tepat dan dapat diterima oleh orang lain. Pada anak *Slow Learner*, *Clay* dapat digunakan sebagai media katarsis anak mengekspresikan ide-idenya.

4. Buku cerita

Dikemukakan oleh Helster, dalam Lane & Wright bahwa selain membantu anak berlatih kosa kata baru dan mengingatnya, juga melatih anak untuk lebih berkonsentrasi dalam mendengarkan. Dengan demikian anak akan lebih mudah memahami informasi atau intruksi yang didengarnya, sehingga anak akan mampu mengungkapkannya kembali dalam bentuk tulisan.

Tujuan penggunaan buku cerita supaya membantu anak *Slow Learner* mengenali kecemasan atau tekanan yang mereka rasakan ketika mendengarkan cerita, membantu anak menemukan tema dan emosi terkait yang muncul dalam kehidupan mereka dari waktu ke waktu, dan membantu anak memikirkan serta menggali alternatif-alternatif solusi bagi berbagai permasalahan. Selain itu, tujuan dari penggunaan buku cerita secara khusus yaitu membantu anak mengekspresikan harapan, keinginan dan fantasi positif bagi kelanjutan hidupnya. Dengan sering berlatih dengan menggunakan buku cerita, diharapkan anak terstimulasi secara kognisi dan terbiasa berlatih menyelesaikan masalah maupun memahami suatu hal³⁹

Menurut Mulyadi Bila seorang anak didiagnosis disleksia, ia harus mendapat dukungan ekstra di sekolahnya dari seorang guru spesialis. Biasanya ini bisa dilakukan dengan bantuan intens dalam pelajaran membaca dan menulis. Namun, disleksia tak harus menghentikan anak-anak untuk terus belajar. Ia tak akan menimbulkan efek pada

³⁹ Marheni, I. K. (2017). Art Therapy Bagi Anak Slow Learner. *Prosiding Temu ilmiah x ikatan psikologi perkembangan indonesia* , 22-24.

inteligensinya, karena otak mereka bekerja dengan cara yang berbeda. Untuk itu cara penanganannya adalah:

- a. Usahakan agar benar-benar aktif dalam mendampingi dari waktu ke waktu.
- b. Memberikan dorongan sedemikian rupa untuk mengembalikan kepercayaan dirinya.
- c. Buatlah semenarik mungkin ketika mengajarnya membaca.

Disleksia tergolong kekurangan yang tidak dapat disembuhkan, tetapi deteksi dan penanganan sejak usia dini terbukti efektif meningkatkan kemampuan penderita dalam membaca. salah satu metode paling efektif dalam meningkatkan kemampuan baca tulis penderita disleksia adalah fonik. metode fonik berfokus meningkatkan kemampuan dalam mengidentifikasi dan memproses suara. dalam metode fonik, penderita akan diajari beberapa hal:

- a. Mengenali bunyi kata yang terdengar mirip, seperti pasar dan pagar.
- b. Mengeja dan menulis, mulai dari kata sederhana hingga kalimat yang rumit.
- c. Memahami huruf dan susunan huruf yang membentuk bunyi tersebut.
- d. Membaca kalimat dengan tepat, serta memahami makna yang di baca.
- e. Menyusun kalimat dan memahami kosa kata baru.⁴⁰

F. Penelitian Tema Slow & Disleksia

1. **Ms. Sangeeta Chauhan (2011), *Slow Learners: Their Psychology And Educational Programmes. International Journal of Multidisciplinary Research. Vol.1 Issue 8, December 2011, ISSN 2231 5780.***

Penelitian yang dilakukan oleh *Ms. Sangeeta Chauhan* pada tahun (2011) tentang anak yang memiliki keterbatasan dalam belajar bukanlah siswa pendidikan luar biasa tetapi

⁴⁰ Willy, T. (2019). Alodokter. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.*

mereka mewakili sekelompok anak yang membutuhkan khusus secara pendidikan. Beberapa faktor penyebab adalah budaya, kemiskinan, ketidakmampuan keluarga, ketidakharmonisan orang tua dan dalam beberapa penyebab. menurut hasil penelitian kondisi sekolah tersebut menyatakan bahwa banyak anak yang sangat membutuhkan bantuan khusus.

Para siswa ini memiliki ruang lingkup yang terbatas untuk berprestasi. Mereka cukup kuat secara fisik tetapi agak canggung dan tidak terkoordinasi dalam gerakan. Beberapa dari mereka ada yang memiliki keterbatasan dalam lingkungan, emosional, yang menghambat kemajuan sekolah dan perkembangan pribadi mereka. Mereka membutuhkan bantuan khusus dalam bentuk kelas khusus di sekolah biasa. Anak yang memiliki keterbatasan dalam belajar dapat digolongkan menjadi tiga kategori luas yaitu: Kategori pertama terdiri dari siswa yang sangat keterbelakangan karena perkembangan mental yang sering disertai dengan cacat tambahan, seperti kekurangan fisik, kesehatan yang buruk, dan pengalaman verbal yang terbatas di rumah dan di lingkungan sekitarnya. jadi dari hasil penelitian *Ms.Sangeeta Chauhan* bahwa anak yang memiliki keterbatasan dalam belajar ini butuh perhatian khusus dari orang tua atau pun lingkungannya dan membutuhkan kelas khusus seperti SLB.

2. A Vasudevan Assistant Professor of Biological Science, School of Education, SCSVMV University, Enathur, Kanchipuram, Tamil Nadu, India (2017), *International Journal of Applied Research*. 3(12): 308-313

Penelitian yang dilakukan oleh *Vasudevan A* pada tahun (2017) yang menjelaskan bahwa anak-anak yang lambat belajar menunjukkan kelemahan dalam berpikir, menemukan, kesamaan, keakraban, penalaran, serta pengembangan konsep yang buruk, bahasa, dan konsep bilangan,serta memori. kecepatan belajar adalah dasar untuk mengidentifikasi anak sebagai anak lamban belajar. Bagi

Kirk, anak lamban belajar tidak dianggap retardasi mental karena dia mampu mencapai tingkat keberhasilan akademis yang moderat meskipun pada tingkat yang lebih lambat dari rata-rata anak lain. penyebab anak lamban belajar ini adalah Kemampuan intelektual yang rendah seperti di bawah normal intelijen. Faktor pribadi seperti, penyakit yang berpanjang, lama absen dari sekolah, cacat fisik yang tidak terdeteksi, karakteristik entri kognitif yang buruk. Variabel lingkungan seperti, fasilitas rumah yang buruk untuk keterampilan belajar, kualitas dan kuantitas makanan yang rendah, kekurangan tidur, sikap orang tua yang merugikan terhadap pendidikan. Jadi dalam hal ini, anak lamban belajar ditempatkan di ruang khusus kelas atau sekolah luar biasa, kurikulum harus didasarkan pada aspek logis, fisik dan sosial. Namun isinya, dapat bervariasi sesuai dengan usia dan kebutuhan anak.

3. **Jose Lucas Delgado, Yolanda Ines Espana Bone, Maholy Antonella Garcia Lascano, Saskia Giorlet Garcia Espana. (2019). Dyslexia as Learning Problem and Its Pedagogical Intervention. *International Journal Of Health Sciences*, 3, 1-7.**

Penelitian yang dilakukan oleh *Jose Lucas Delgado* dkk pada tahun (2019) menganalisis sebuah gangguan belajar yang dikenal dengan nama disleksia, gangguan ini mempengaruhi proses belajar mengajar baik dari segi membaca maupun menulis. Kesulitan seperti ini telah terdeteksi pada tahun pertama masuk sekolah. Pada saat anak tersebut melakukan tahap pertama membaca dan menghilangkan atau mengganti beberapa suku kata yang dibacanya dengan suku kata yang lain. Gangguan belajar disleksia juga tercermin dalam tulisannya karena proses pembelajaran belum sepenuhnya berasimilasi (berpenyesuaian) dan hal itu juga dilakukan sangat sulit. Melihat gangguan belajar disleksia seperti ini, para guru sangat perlu untuk mengadopsi (mengambil) tindakan atau

strategi untuk membantu mengurangi gangguan belajar seperti ini, dengan selalu mengandalkan diagnosis (identifikasi mengenai sesuatu) dan panduan dari para spesialis.

Pembelajaran tidak hanya terjadi antara guru dan siswa, tetapi lebih kepada menerapkan cara yang berbeda untuk mencapainya, memanfaatkan aplikasi yang berbeda sehingga lebih interaktif, serta membuat siswa menjadi lebih inovatif, reflektif, pada gilirannya mengeksplorasi dan menerapkan aplikasi pendidikan untuk meningkatkan pembelajaran mereka. Salah satu alat yang akan membantu meningkatkan kemampuan membaca bagi penderita disleksia adalah ilmu komputer, yang mana telah didemonstrasikan secara ilmiah, yang mampu memodifikasi desain dan ukuran teks pada aplikasi komputer, seperti pengolah kata yang memiliki alat berbeda sehingga siswa dapat menggunakannya, dengan tujuan untuk meningkatkan proses membaca dan menulis. Adapun contoh teknologi yang diterapkan pada disleksia yaitu penggunaan video game pendidikan, yang membantu anak-anak yang dideteksi dengan masalah disleksia, yang bertujuan dapat membantu pelatihan keterampilan khusus mereka, selain itu mereka juga dapat secara langsung terkait dengan beberapa aspek nyata yang menguntungkan siswa disleksia.

4. **Gharebelagh, K. A., & Baghal, N. M. (2019). A Comparative Study of the Effectiveness of Cognitive Rehabilitation Intervention With Aerobic Exercises on Cognition of Slow Learner Children. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 6 (3), 149-161.**

Penelitian yang dilakukan oleh *Gharebelagh & Baghal* pada tahun 2019 tentang 36 siswa provinsi Taheran yang lambat dalam belajar memiliki beberapa masalah pada komponen kognitif terutama fokus kepada memori, perhatian, ketidakmampuan untuk belajar serta memecahkan masalah seperti teman-teman yang lainnya.

Penelitian dengan rancangan eksperimental ini menunjukkan bahwa kombinasi antara teknik dan instrumen dapat mempengaruhi otak dan meningkatkan kognisi/cara berpikir. Bagi para pemerhati dan penggiat profesional di bidang pendidikan, menuntut perhatian utama pada aspek kognitif tersebut. Pada intinya penerapan/intervensi dari latihan aerobik yang mengusuk keaktifan gerak tubuh terbukti mampu secara efektif meningkatkan kemampuan dalam kognitif siswa yang teridentifikasi lambat dalam belajar. Asumsinya adalah, ketika gerak tubuh meningkat, maka respon aliran darah ke otak akan di pacu oleh jantung, sehingga akan mempengaruhi kecepatan dalam berpikir. Hal ini dapat dikaitkan dengan peningkatan kecerdasan dalam kinestetik agar terlihat peningkatan bukan hanya pada kognitif tetapi lebih luas pada keterampilan dan bakat yang ada dalam diri siswa tersebut.

5. Glazzard, Jonathan. (2010). *The Impact of Dyslexia on Pupils' Self-Esteem. British Journal of Learning Support, 25-2, 63-69.*

Penelitian yang dilakukan oleh Humphrey dan Mullins pada tahun 2010 adalah suatu pendekatan yang mempengaruhi harga diri peserta didik penderita disleksia. Penelitian ini memberikan penjelasan secara singkat mengenai gambaran dari beberapa literatur utama di bidang pendidikan. Beberapa faktor seperti sikap guru, teman sebaya dan keluarga memberikan pengaruh yang signifikan terhadap harga diri siswa penyandang disleksia. Studi ini menyimpulkan bahwa sebuah diagnosis dini disleksia sangat penting untuk menciptakan citra diri yang positif. Penulis berpendapat bahwa informasi yang diberikan dalam tulisan ini sangat bermanfaat dalam mengembangkan kepercayaan diri serta dapat meningkatkan pembelajaran pada siswa disleksia. Oleh karena itu pendidik harus lebih peka dan tidak melakukan penilaian secara tiba-tiba supaya tidak muncul istilah siswa yang bodoh.

Referensi

- Alifian, N. A. 2015. *Analisis Proses Pembelajaran Matematika Pada Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) Slow Learner Di Kelas Inklusif SMP 7 Salatiga*. SKRIPSI, 24-25.
- Anggi, J. 2016. *Memahami dan mendidik anak disleksi*. *Proceedings*, 1, 3-4.
- Dardjowidjojo, & Soenjono. 2008. *Psikolinguistik: Pengantar Pemahaman Bahasa Manusia*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.
- Krisnah, I. M. 2016. *Art therapy bagi anak slow learner*. *Prosiding Temu Ilmiah X Ikatan Psikologi Perkembangan Indonesia*, 155.
- Loeziana. 2017. *Urgensi Mengenal Ciri Disleksia*. *Fakultas Tarbiyah dan Keguruan UIN Ar-Raniry*, 3(2), 58.
- Mumpurniarti. 2007. *Pendidikan Anak Slow learner*. Yogyakarta.
- Mutmainah. 2017. *Motivasi Belajar Siswa Slow Learner (Studi Kasus Disekolah Dasar Negeri 4 Buana Sakti Lampung)*. *Jurnal Bimbingan dan Konseling Ar-Rahman*, 3(2), 11.
- Nisrina, H., Ahmad, M., & Resa, R. 2020. *Pengenalan Anak Pengidap Disleksia*. *PEDADIDAKTIKA*, 7(2), 3-4.
- Sidiarto, L. 2010. *Perkembangan Otak Dan Kesulitan Belajar Pada Anak*. UI-Press.
- Wachyu, A. 2013. *persepsi orang tua terhadap anak berkebutuhan khusus*. *ejournal UNP ac.id*, 13.
- Wachyu, A. 2016. *Karakteristik Dan Jenis Kesulitan Belajar Anak Slow Learner*. *Jurnal Kesehatan AISY*, 1-2, 54-55.
- Chauhan, Sangeeta. 2011. *Slow Learner: Their Psychology and Educational Prorammes*. *International Journal of Multidisciplinary Research*, 1-8, 279-289.

- Vasudevan, A. 2017. *Slow Learner- Causes, Problems and Educational Programmes*. International Journal of Applied Research, 3-12. 308-313.
- Gharebelagh, Kobra A., & Baghal, Nahid M D. 2019. *A Comparative Study of the Effectiveness of Cognitive Rehabilitation Intervention With Aerobic Exercises on Cognition of Slow Learner Children*. Quarterly Journal of Child Mental Health , 6-3, 149-161.
- Delgado, Jose L., & Bone, Yolanda I E., Lascano, Maholy A G., & Espana, Saskia G G. 2019. *Dyslexia as Learning Problem and Its Pedagogical Intervention*. International Journal Of Health Sciences, 3 , 1-7.
- Glazzard, Jonathan. 2010. *The Impact of Dyslexia on Pupils' Self-Esteem*. British Journal of Learning Support, 25-2, 63-69.

BAGIAN 4

CERDAS DAN BERBAKAT ISTIMEWA (CIBI)

“Tanda Sejati dari Kecerdasan Adalah Bukan Pengetahuan Tapi Imajinasi”

A. Pengertian Cerdas dan Berbakat Istimewa (CIBI)

Renzulli menyatakan bahwa anak berbakat merupakan satu interaksi diantara tiga sifat dasar manusia yang menyatu, terdiri dari kemampuan umum dengan tingkatnya di atas kemampuan rata-rata, komitmen yang tinggi terhadap tugas dan kreativitas yang tinggi. Menurut Renzulli selama ketiga traits tersebut tidak dapat ditunjukkan (dimiliki) oleh seorang anak atau individu maka belum dapat dikatakan sebagai anak atau individu dengan bakat istimewa (*gifted children*).⁴¹

Buescher dan Higman menyatakan bahwa terdapat beberapa tantangan bagi remaja *gifted* selama menjalani proses adaptasi yakni rasa tidak percaya, ragu, dan kurangnya *self-esteem* terhadap kemampuan yang dimiliki atau bahkan justru menekan atau menyembunyikan kemampuannya sendiri dan berusaha menjadi oranglain dan disonansi atau ketidaksesuaian antara apa yang telah dilakukan (hasil) dengan ekspektasi yang seharusnya bisa dicapai (*perfeksionisme*). Tantangan terkini pada remaja *gifted* yakni *multipotentiality* merujuk pada seorang individu yang memiliki banyak sekali kemampuan dan minat yang berbeda-beda.

Renzulli dan Sobur menyatakan “*giftedness* terdiri dari tiga komponen yang penting, yang dapat memungkinkan terwujudnya prestasi istimewa dari anak Cerdas Istimewa. Ketiga komponen itu yaitu

⁴¹ Andreas, Y., & Widayat, I. W. Peran Sekolah dan Orang Tua Terhadap Perkembangan Sosio Emosional Remaja Gift. *Jurnal Psikologi Pendidikan dan Perkembangan*, 7, 58-63.(2018)

1. Kapasitas intelektual di atas rata-rata yang ditandai dengan IQ (*skala Weschler*) di atas 130
2. Motivasi dan komitmen terhadap tugas yang tinggi
3. Kreativitas yang tinggi.

Rogers Re menegaskan bahwa “apabila siswa berbeda maka siswa bersangkutan membutuhkan pengecualian dalam layanan di sekolah”. Strategi yang digunakan adalah mengurangi waktu siswa pada kurikulum yang reguler, dan memusatkan pembelajaran pada materi-materi yang dikuasainya. Proses belajar terjadi dalam wilayah ZPD (*Zone Proximal Development*) yakni wilayah antara apa yang diketahui dengan apa yang belum diketahui. Fungsi mental yang lebih tinggi pada umumnya muncul dalam percakapan atau kerja sama antar individu sebelum fungsi mental yang lebih tinggi terserap dalam diri individu.⁴²

Renzulli menyatakan bahwa anak berbakat merupakan satu interaksi diantara tiga sifat dasar manusia yang menyatu, terdiri dari kemampuan umum dengan tingkatnya di atas kemampuan rata-rata, komitmen yang tinggi terhadap tugas dan kreativitas yang tinggi. Menurut Renzulli selama ketiga traits tersebut tidak dapat ditunjukkan (dimiliki) oleh seorang anak atau individu maka belum dapat dikatakan sebagai anak atau individu dengan bakat istimewa (*gifted children*). Kemudian The Triadich dari Renzulli-Mönks sebagai pengembangan dari *The Three Rings Model*. Hal ini dikarenakan model sebelumnya belum menyentuh seluruh populasi anak berbakat. Oleh karena itu, *The Triadich Interdependent Model* merupakan model multifaktor yang melengkapi model Renzulli sebelumnya. Dalam model ini, Mönks menyatakan bahwa potensi anak berbakat (*gifted*) tidak akan maksimal jika tidak mendapat dukungan dari sekolah, keluarga dan lingkungan yang mereka tempati.

⁴² Dewi, R. S., & Mery, T. Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya. *Identifikasi Anak Underachiever*, 1(2), 3-9. (2017)

B. Karakteristik Cerdas dan Berbakat Istimewa (CIBI)

Kemampuan di atas rata-rata dapat dilihat perkembangan potensi anak. Anak berbakat dari dua aspek. Pertama, kemampuan umum, sering mengalami dilema *excellence versus meliputi*

1. Kemampuan berpikir *abstrak, intimacy*. Bila anak memilih untuk berfokus pada penalaran verbal dan *numerik*, hubungan spasial, keunggulan maka ia mengambil risiko hilangnya memori, dan kelancaran kata
2. Kemampuan kedekatan dengan teman sebaya, namun bila ia beradaptasi terhadap situasi baru dalam memilih *konformitas* terhadap kelompok maka ia lingkungan eksternal
3. Otomatisasi pemrosesan akan terdesak pada *underachievement* demi informasi secara cepat dan akurat, serta mempertahankan keanggotaan dalam kelompok pemanggilan informasi dari memori secara
4. Memiliki rasa kepribadian yang dikembangkan, demikian pula rasa pertanggung jawaban pada keompok kepemimpinan,
5. Menyukai dan lebih banyak meluangkan kesempatan untuk menambah ilmu pengetahuan dan membaca buku atau majalah fiktif, inovatif dan kreatif
6. Meluangkan kesempatan mengembangkan sikap pribadi dan ekspresi diri
7. Memiliki cara berpikir yang sangat kritis
8. Memiliki perkembangan intelek dan kecakapan yang baik sehingga tugas dan kerja berat tidak terlalu mengganggu.⁴³

C. Jenis-Jenis Cerdas dan Berbakat Istimewa (CIBI)

Sternberg & Kauffman menjelaskan teori inteligensi dan menyatakan ada tiga jenis *giftedness*, antara lain sebagai berikut:

1. Analitis

Kemampuan untuk memilah masalah, memahami bagian-bagian dari masalah dan bagaimana bagian tersebut

⁴³ Fitriana, D. Individu Berbakat (Giftiendss) : Tinjauan. *Jurnal Psikologi Islam Al-Qalb*, 7(1), 53 - 61. (2016)

saling terkait, dimana kemampuan ini umumnya diukur melalui tes *inteligensi konvensional*.

2. Sintesis

Mencakup insight, intuisi, kreativitas atau kemahiran dalam mengatasi situasi baru, keterampilan yang umumnya diasosiasikan dengan prestasi yang tinggi dalam seni dan sains.

3. Praktikal

Mencakup mengaplikasikan kemampuan analitis dan sintesis dalam menyelesaikan masalah sehari-hari, jenis keterampilan ini umumnya merupakan karakteristik dari individu yang sukses dalam karir

D. Faktor Penyebab Cerdas dan Berbakat Istimewa (CIBI)

Faktor Emosi dan Motivasi Yang termasuk dalam faktor ini adalah

1. Tidak menyadari potensinya, sehingga mereka kurang memahami dirinya dan orang lain
2. Mempunyai harapan atau target yang terlalu rendah sehingga membuat mereka tidak mempunyai tujuan dan nilai yang jelas
3. Mempunyai *self-esteem* yang rendah, dan menjadi peka terhadap penilaian orang lain
4. Pernah mengalami "*high incident of emotional difficulties*", dan membuat mereka depresi atau cemas.
5. Tidak termotivasi untuk berprestasi di sekolah.
6. Takut mengalami kegagalan.
7. Takut mengalami kesuksesan.
8. Menyalahkan orang lain.⁴⁴

⁴⁴ Ishartiwi. (Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Yogyakarta. *Model Inklusif Layanan Khusus Pembinaan Siswa Cerdas Istimewa Berbakat Istimewa Berbasis Sumber Daya Daerah*, 5(2), 1 - 11. (2009)

Faktor yang berkaitan dengan Strategi Belajar Berikut merupakan faktor yang berhubungan dengan bagaimana individu belajar yang dikemukakan Tidak bisa menampilkan performa yang baik dalam situasi tes.

1. Meraih prestasi dibawah harapan dalam salah satu pelajaran, sebagian atau keseluruhannya.
2. Mengumpulkan tugas yang belum selesai atau yang dikerjakan secara asal-asalan.
3. Menghindari untuk mencoba halhal baru.
4. Mempunyai kecenderungan perfeksionis dan *self-critism*.
5. Kesulitan untuk bekerja dalam kelompok.
6. Membuat tujuan yang tidak realistis, terlau tinggi atau terlalu rendah.
7. Tidak menyukai kegiatan yang membutuhkan latihan teratur, mengingat dan yang membutuhkan penguasaan keahlian tertentu.
9. Sulit untuk memberikan atensi dan berkonsentrasi dalam tugas
10. Sulit menjalin dan mempertahankan hubungan persahabatan dengan temanteman sebayanya

Faktor keluarga yang mempengaruhi cerdas dan berbakat istimewa (CIBI):

1. Lingkungan rumah juga dapat menyebabkan anak menjadi *underachiever*
2. Bagaimana orang-orang terdekat memperlakukan anak akan mempengaruhi pencapaian anak dalam berprestasi.
3. Keluarga adalah faktor terpenting yang dapat menyebabkan anak mengalami *underachiever*.⁴⁵

⁴⁵ Marsetyoningrum, I. H. Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya. *Gambaran Relasi Sosial Siswa Gifted di Kelas Akselerasi SMP*, 2(2), 133- 141. (2013 , Agustus)

E. Penanganan dan Konseling Anak dengan Kecerdasan dan keberbakatan Istimewa (CIBI)

Dalam pendidikan anak CIBI membutuhkan kurikulum khusus yang dapat mendukung perkembangannya dengan optimal. Mereka membutuhkan program pendidikan yang berdiferensiasi sesuai dengan minat, bakat dan kemampuan mereka. Munandar mengemukakan bahwa siswa CIBI membutuhkan pelayanan di luar jangkauan sekolah reguler, sehingga mereka tidak dianggap sebagai siswa yang “aneh” atau prestasi belajar yang diraih tidak sesuai dengan kemampuannya.⁴⁶ Perlunya perhatian khusus kepada anak cerdas dan berbakat istimewa merupakan salah satu upaya untuk mengembangkan potensi anak tersebut secara utuh dan optimal.⁴⁷

Lingkungan sekolah berperan penting dalam memfasilitasi pengembangan kemampuan mereka secara optimal. Hal ini yang memicu munculnya program-program khusus di sekolah-sekolah umum, yang bertujuan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan siswa CIBI, yang dikenal dengan program akselerasi. Pemberian program akselerasi ini juga membutuhkan para pendidik atau guru yang memiliki keahlian atau kompetensi khusus. Terutama guru yang mampu memberikan dan memfasilitasi proses belajar yang sesuai dengan kemampuan dan bakat istimewa yang dimiliki siswa.⁴⁸

Friend dan Whitmore membagi karakteristik CI/BI menjadi beberapa bagian:⁴⁹

⁴⁶ Wulan, D. K. (Humaniora). *Peran Pemahaman Karakteristik Siswa Cerdas Istimewa Berbakat Istimewa(CIBI) Dalam Merencanakan Profesi Belajar Yang Efektif Dan Sesuai Kebutuhan Siswa*, 2(1), 270. (2011)

⁴⁷ Nurhastuti. Fakultas Ilmu Pendidikan. *Identifikasi Anak Cerdas dan Berbakat Istimewa*, 581-587. (2014)

⁴⁸ Wulan, D. K. Humaniora. *Peran Pemahaman Karakteristik Siswa Cerdas Istimewa Berbakat Istimewa(CIBI) Dalam Merencanakan Profesi Belajar Yang Efektif Dan Sesuai Kebutuhan Siswa*, 2(1), 270. (2011)

⁴⁹ Ishartiwi. *Jurnal Pendidikan Khusus. Model Inklusif Layanan Khusus Pembinaan Siswa Cerdas Istimewa/Berbakat Istimewa Berbasis Sumber Daya Daerah*, 5(2), 1-11. (2009)

1. Karakteristik Kognitif
2. Karakteristik akademik; membaca, menulis, berbicara, matematika.
3. Karakteristik sosial-emosi
4. Karakteristik secara umum
5. Karakteristik belajar
6. Karakteristik kreatif.

Kurikulum pendidikan bagi anak CIBI sebaiknya dilakukan dengan beberapa hal di bawah ini:

1. Percepatan masa studi
2. Memperluas dan memperdalam pengalaman belajar dengan mengajarkan materi atau subjek yang tidak ter-cover dalam kurikulum.
3. Mengembangkan keterampilan analisis dan ekspresi dalam bidang akademik.
4. Menyediakan kesempatan kepada siswa untuk belajar lebih dalam sesuai dengan bakatnya.

Bentuk layanan pendidikan bagi anak CIBI dapat juga dilakukan dengan layanan sebagai berikut:

1. *Ability Grouping*
 - a. *XYZ Grouping*
 - b. *Within-Class Grouping*
 - c. *Chister Grouping*
2. *Segregasi Inklusi*
 - a. Modifikasi kurikulum
 - b. *Enrichment* (pengayaan)
 - c. Akselerasi (percepatan)

Tahapan identifikasi anak cerdas istimewa berbakat istimewa sebagai berikut:⁵⁰

⁵⁰ Nurhastuti. Fakultas Ilmu Pendidikan. *Identifikasi Anak Cerdas dan Berbakat Istimewa*, 581-587. (2014)

1. Tahap Penjaringan (*Screening*)

Penjaringan (*screening*) adalah suatu pendekatan identifikasi tahap awal. Tahap ini melibatkan beberapa pihak, seperti orangtua, guru, peserta didik yang bersangkutan itu sendiri. Adapun langkah-langkah yang dilakukan dalam tahap ini.

a. Nominasi guru

Observasi guru memungkinkan evaluasi perkembangan sepanjang waktu. Guru dapat mempertimbangkan cara siswa memecahkan masalah, seperti juga mempertimbangkan jawabannya. Guru-guru dapat juga melihat cara siswa menggunakan waktunya, dan cara beberapa indikator keberbakatan yang telah dikutip untuk diterapkannya. Siswa diminta menjawab siapa yang paling pintar dan paling membantu di antara mereka dapat membantu guru dalam melakukan identifikasi.

b. Nominasi orang tua

Orangtua dapat memungkinkan pemberian rekomendasi berdasarkan pengamatannya yang lama terhadap kecerdasan dan keberbakatan yang dimiliki anak. Berkaitan dengan hal tersebut, orangtua dapat memperhatikan tingkat penguasaan anak dalam tugas intelektual dan minat dan keingintahuan yang bervariasi. Pada kenyataannya, menyuruh orangtua untuk mempertimbangkan kecerdasan dan keberbakatan anak adalah suatu cara yang baik untuk melibatkan orangtua dalam memberikan informasi yang sangat berharga bagi pemahaman anak yang lebih komprehensif.

c. Nominasi teman sebaya (*Peer Nomination*)

Penunjukkan teman sebaya dapat memberikan informasi tentang keunggulan anak cerdas dan berbakat istimewa dalam sekolah, baik berkenaan dengan keunggulan bidang akademik maupun bidang non-

akademik, terutama kemampuan anak memecahkan masalah, kemampuan kepemimpinan, dan sikap kejujuran anak.

d. Prestasi Akademik Anak

Posisi anak pada saat diidentifikasi memiliki nilai informasi yang sangat penting, terutama berkenaan dengan kedudukan prestasi terakhir siswa, disamping sejarah prestasi akademiknya, maupun non-akademiknya yang sangat terkait dengan keunggulan anak dalam kinerjanya.

e. Portofolio

Kemajuan sepanjang waktu, yang disertai dengan prestasi keseluruhannya, dapat dinilai oleh pemantau bahan-bahan yang tersimpan dalam portofolionya. Hal tersebut memungkinkan evaluasi dalam berbagai bidang, seperti belajar yang memiliki gaya tertentu dan penggunaan pengetahuan Portofolio juga memungkinkan kegiatan asesmen kreativitas siswa melalui untuk kinerja dalam berbagai even yang telah terdokumentasikan Untuk membantu dalam membakukan evaluasi portofolio, sekolah dapat mengembangkan suatu daftar kriteria untuk: dipertimbangkan, seperti: kompleksitas penyajian.

f. Produk Kerja atau Kinerja yang Bagus Sekali

Selama dalam sejarah kehidup anak-anak, perlu terus ditelusuri produk-produk karya siswa berbakat, baik yang dihasilkan secara *voluntir* maupun hasil lomba, yang dibuktikan dengan piala atau piagam penghargaan Karya-karya mereka dapat dirlokumentasikan dengan baik, sehingga dapat dijadikan buku sebagai karya-karya yang berprestasi untuk melengkapi bukti-bukti lainnya.

g. Observasi

Pengamatan terhadap perilaku anak berbakat, baik dalam kelas maupun di luar kelas, terutama berkenaan dengan perilaku-perilaku yang menunjukkan kinerja baik sebagai pribadi maupun anggota kelompok, keluarga, atau masyarakat. Kegiatan ini dapat dilakukan oleh konselor atau wali kelas yang memang bertanggung jawab dalam mendampingi kehidupan anak di sekolah.

h. Mereview Catatan Siswa

Siswa biasanya memiliki catatan pribadi melalui cara ini, dapat dilihat bagaimana catatan pribadi siswa tentang kegiatan diluar sekolah misalnya, keanggotaan dalam suatu drama club, peran dalam kegiatan keluarga, serta peran di masyarakat. Hal yang juga sangat penting adalah bagaimana dengan konsistensi prestasi di sekolah.

i. Tes Kelompok (*Group lesf*)

Tes kelompok dilakukan untuk menambah informasi tentang anak baik berkenaan dengan informasi inteligensi maupun bakat skolastik dan prestasi belajarnya, sehingga perlu dilakukan tes inteligensi, tes bakat skolastik, maupun tes prestasi belajar.

2. Tahap *Assesment*

Berdasarkan hasil screening, maka selanjutnya dilakukan *assessment* baik terkait dengan kemampuan kecerdasan umum, bakat skolastik dan bakat lainnya, maupun tingkat kreativitas dan *commitment* akan tugas. *Assesmen* dilakukan dengan menggunakan tes dan instrumen terstandar, di antaranya digunakan tes inteligensi, tes kreativitas, dan skala *Task Commitment*. Sebagian besar tes tersebut lebih bersifat individual.

a. Tes Intelegensi

Dengan menggunakan tes intelegensi seseorang bisa mengetahui kemampuan intelektual, oleh karena itu

merupakan hal yang logis jika identifikasi anak berbakat diawali dengan pengujian kemampuan intelektual.

b. Tes kreativitas

Tes kreativitas lebih menekankan pada kemampuan berfikir kreatif. Tes kreativitas sendiri dibagi menjadi dua yakni verbal dan figural.

c. Skala task commitment, yang mengacu pada indikator:

- 1) Tangguh dan ulet (tidak mudah menyerah)
- 2) Mandiri dan bertanggung jawab.
- 3) Menerapkan tujuan aspirasi yang realistis dengan risiko sedang
- 4) Suka belajar dan mempunyai orientasi pada tugas yang tinggi.
- 5) Konsentrasi baik.
- 6) Mempunyai hasrat untuk meningkatkan diri (*working improvement*)
- 7) Mempunyai hasrat bekerja sebaik-baiknya (*working the best he/she can*)
- 8) Mempunyai hasrat untuk berhasil dalam bidang akademis.

F. Penelitian Tema Cerdas dan Berbakat Istimewa (CIBI)

1. Rogers, K. B. (2007). *Lesson Learned About Educating the Gifted and Talented*. *SAGE Journals*, 51, 382-296.

Penelitian yang dilakukan oleh Rogers pada tahun 2007 membahas pendekatan baru tentang pendidikan anak jenius dan berbakat istimewa. Banyak orang berpendapat bahwa siswa yang berbakat itu berbeda-beda dalam kecerdasannya, akibatnya sulit untuk menentukan layanan terhadap siswa tersebut. Dalam penelitian ini berfokus kepada manajemen instruksional, teknik penyampaian, serta strategi adaptasi kurikulum. Beberapa hal tersebut dianggap sebagai upaya untuk membantu administrasi sistem di sekolah dan para pendidik untuk mengidentifikasi praktik-

praktik yang dianggap dan paling sesuai untuk anak berbakat. Menurut penulis dari penelitian ini mampu memfokuskan anak terhadap bakatnya setelah anak tersebut diklasifikasikan ke dalam kemampuan yang dia miliki. Anak berbakat dapat menemukan cara belajar yang sesuai tanpa terpaksa dan terbebani sehingga dapat memaksimalkan potensi yang dimilikinya.

2. **Bracken, B. A. (2006). Behavioral Identification and Assessment of Gifted and Talented Students. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 24, 112-122.**

Penelitian yang dilakukan oleh Bruce pada tahun 2006 membahas tentang 45 siswa berbakat serta siswa pendidikan reguler yang dinilai oleh guru dan administrator pada *Clinical Assessment of Behavior (CAB)* , dan untuk menilai perilaku siswa yang memiliki kelompok perilaku adaptif. Dalam penelitian ini berfokus untuk membahas tentang siswa yang memiliki kompetensi, fungsi eksekutif dan berbakat. Beberapa hal yang dapat dilihat bahwa siswa dinilai lebih rendah pada skala atau kelompok seperti anak hiperaktif, *Learning Disability*, Autis, keterbelakangan mental. Dari hasil penelitian ini menunjukkan siswa yang berbakat istimewa yang ditampilkan secara keseluruhan itu lebih baik.

3. **Hodges, J. (2018). A Meta-Analysis of Gifted and Talented Identification Practicies. *Purdue e-Pubs*. 296.**

Penelitian yang dilakukan oleh Jaret dkk pada tahun 2018 membahas tentang perbedaan pada aspek pendidikan antara ras kulit hitam (Spanyol dan Amerika pribumi) dan ras kulit putih (Asia dan Amerika kulit putih) akibatnya terjadinya kesenjangan dalam mengenyam pendidikan dari dua ras tersebut. Data peneliti menunjukan bahwa sebanyak 191.287.563 siswa tidak proporsional dari kedua ras, lebih banyak ras berkulit putih yang mengenyam pendidikan lebih baik. sampai saat ini isu SARA masih sangat kental sekali di telinga kita, sangat berpotensi memecahbelah persatuan.

4. Siegle, D. E. (2013). **A sample of Gifted and Talent Educators Atitudes About Akademik Accelaration.** *SAGE journals.*

Penelitian yang dilakukan oleh Siegle dkk pada tahun 2013 membahas tentang sikap seorang pendidik dalam menyikapi anak yang memiliki kecerdasan dan keberbakatan di atas rata-rata. Diketahui bahwa sikap yang ditunjukkan tidak jauh berbeda antara guru yang tinggal di pedesaan, pinggir kota bahkan di kota-kota besar lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa seorang pendidik memang seharusnya mampu menghadapi berbagai macam perbedaan secara individual pada siswanya. Salah satu yang mampu dilakukan adalah memperkenalkan sistem akselerasi pada anak berbakat cerdas istimewa supaya diterapkan model pembelajaran yang sesuai dengan kemampuan anak tersebut. Menurut penulis, dalam kurikulum pendidikan, terkenal dengan akselerasi yang mungkin belum diketahui secara luas bagi anak yang berbakat istimewa tersebut. Sehingga masih banyak ditemukan anak-anak berbakat yang masih mendapatkan pembelajaran yang di standarkan dengan anak rata-rata lainnya. Penulis juga berhemat bahwa klasifikasi itu sangat penting dilakukan untuk mengukur kemampuan anak.

Penelitian yang serupa yang dilakukan oleh Seeto dkk pada tahun 2013 tentang seorang guru harus memiliki potensi khusus agar dapat mengembangkan anak dengan kerbakatan istimewa, seperti mendapatkan pelatihan-pelatihan khusus bagi guru untuk meningkatkan keterampilan agar guru akhirnya dapat berbaur dengan siswa berbakat serta memberika tantangan baru bagi guru dalam menghadapi anak dengan keberbakatan istimewa.⁵¹

⁵¹ Seeto, K. F. (2013). Pre-serservice teacher training in gifted and talented education: An Australian perspective. *journal of student Enegement Education Matters*, 29-38.

Referensi

- Andreas, Y., & Widayat, I. W. 2018. *Peran Sekolah dan Orang Tua Terhadap Perkembangan Sosio Emosional Remaja Gift*. Jurnal Psikologi Pendidikan dan Perkembangan, 7, 58-63.
- Bracken, B. A. 2006. *Behavioral Identification and Assessment of Gifted and Talented Students*. Journal of Psychoeducational Assessment, 24, 112-122.
- Dewi, R. S., & Mery, T. 2017. *Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya. Identifikasi Anak Underachievement*, 1(2), 3-9.
- Fitriana, D. 2016. *Individu Berbakat (Giftiendss) : Tinjauan*. Jurnal Psikologi Islam Al-Qalb, 7(1), 53 - 61.
- Hodges, J. 2018. *A Meta-Analysis of Gifted and Talented Identification Practicties*. Purdue e-Pubs.
- Ishartiwi. 2009. *Model Inklusif Layanan Khusus Pembinaan Siswa Cerdas Istimewa Berbakat Istimewa Berbasis Sumber Daya Daerah*. Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Yogyakarta. 5(2), 1 - 11.
- Marsetyoningrum, I. H. 2013. *Gambaran Relasi Sosial Siswa Gifted di Kelas Akselerasi SMP*. Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya.2(2), 133- 141.
- Nurhastuti. 2014. *Identifikasi Anak Cerdas dan Berbakat Istimewa*. Fakultas Ilmu Pendidikan. 581-587.
- Rogers, K. B. 2007. *Lesson Learned About Educating the Giftedand Talented*. SAGE journals, 51, 382-296.
- Seeto, K. F. 2013. *Pre-serservice teacher training in gifted and talented education: An Australian perspective*. journal of student Enegement Education Matters, 29-38.
- Siegle, D. E. 2013. *A sample of Gifted and Talent Educators Atitudes About Akademik Accelaration*. SAGE journals.

- Wandansari, Y. 2011. *Faktor Protektif pada Penyesuaian Sosial Anak Berbakat*. Fakultas Psikologi Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya 13 (2), 86 - 95.
- Wandasari, Y. 2011. *Faktor Protektif pada Penyesuaian Sosial Anak Berbakat*. Fakultas Psikologi Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya. 17(2), 85 - 95.
- Wulan, D. K. 2011. *Peran Pemahaman Karakteristik Siswa Cerdas Istimewa Berbakat Istimewa(CIBI) Dalam Merencanakan Profesi Belajar Yang Efektif Dan Sesuai Kebutuhan Siswa*. Humaniora. 2(1), 270.

BAGIAN 5

TUNANETRA & TUNADAKSA

“Hidup tak selalu seperti yang kamu mau, hal baik dan buruk terjadi selalu namun semua itu tela diatur tuhan, dengan akhir yang indah dan

Yang terbaik bukan dia yang datang dengan kelebihannya, melainkan dia yang tidak pergi dengan segala kekurangan tetapi tetap belajar dan berusaha.”

A. Pengertian Tunanetra

Tunanetra adalah orang yang memiliki keterbatasan pada indera penglihatannya atau bahkan memiliki ketidak mampuan untuk melihat. Berdasarkan tingkat kebutaannya, tunanetra dibedakan menjadi 2 kelompok yaitu buta total dan *low vision*. Sedangkan berdasarkan usia kebutaan, dibedakan menjadi: buta sejak lahir dan buta tidak sejak lahir (sempat memiliki pengalaman untuk melihat baru kemudian mengalami kebutaan). Keterbatasan atau bahkan ketidak mampuan seorang tunanetra untuk melihat, mengakibatkan keterbatasan atau bahkan ketidak mampuan pula dalam menerima stimulus/informasi melalui indera penglihatan (mata). Oleh karena itu, diperlukan peran alat indera yang lain untuk menggantikannya. Dalam hal ini indera pendengar (telinga) serta indera peraba (tangan) menjadi alternatif utama dalam penerimaan stimulus / informasi dari luar Erin dan Koenig.⁵²

B. Pengertian Tunadaksa

Tunadaksa adalah seseorang atau anak yang memiliki cacat fisik, tubuh, dan cacat orthopedik. Dalam bahasa asing seringkali dijumpai istilah *crippled*, *physically disabled*, *physically handicapped*. Tunadaksa merupakan istilah lain dari cacat tubuh/ tunafisik yaitu pelbagai kelainan bentuk tubuh

⁵² Camalia, F., Susanto, H., & Susilo, S. Pengembangan Audiobook Dilengkapi Alat Peraga Materi Getaran dan Gelombang Untuk Tunanetra Kelas VIII SMP. *Unnes Physics Education Journal*, 5(2), 67-79. (2016)

yang mengakibatkan kelainan fungsi dari tubuh untuk melakukan gerakan-gerakan yang dibutuhkan. Tunadaksa juga didefinisikan sebagai seorang individu yang memiliki gangguan gerak disebabkan oleh kelainan neuro-muskulardan struktur tulang yang bersifat bawaan sakit atau akibat kecelakaan, termasuk *Celebral palsy*, amputasi, polio dan lumpuh⁵³

C. Karakteristik Tunanetra

1. Secara fisik diantaranya; mata merah, mata berair, juling, ukuran pupil tidak seperti biasanya, kelopak mata tertutup, nystagmus(gerakan bola mata yang tidak teratur dan terkontrol). Sering menggosok-gosok mata ketika melakukan suatu pekerjaan yang memerlukan penglihatan dalam jarak dekat.
2. Memejamkan/ menutup sebelah mata atau mendongakkan kepala kearah depan apabila dia mengalami kesulitan dalam melihat suatu objek.
3. Gerakan wajah yang tidak biasa.
4. Tidak mampu mengambil dan meletakkan benda kecil pada suatu tempat dengan baik.
5. Mengalami kesulitan melihat dalam suatu tempat dengan cahaya terlalu terang maupun remang.
6. Mengalami kesulitan dan membaca.
7. Mengalami kesulitan dalam menulis. Diakibatkan karena mengalami kesulitan dalam melihat, terutama jarak jauh mereka akan selalu menghindar dari bermain secara kelompok.
8. Sering berjalan ke arah papan tulis untuk melihat tulisan atau gambar.

⁵³Zahrawati, F. Membebaskan Anak Tunadaksa Dalam Mewujudkan Masyarakat Multikultural Demokratis. *Jurnal Al-Maiyyah*, 11(1), 171-188. (2018)

D. Karakteristik Tunadaksa

Anak tunadaksa akan mengalami gangguan psikologis yang cenderung merasa malu, rendah diri, dan sensitif serta memisahkan diri dari lingkungannya.

Pelayanan bagi anak tunadaksa, guru mempunyai peran sebagai pengajar, pendidik dan pelatih. Pelayanan yang diperlukan anak tunadaksa antara lain: latihan bicara psioterapi, occupational terapi dan hindro terapi. Anak tunadaksa pada dasarnya sama dengan anak normal pada dasarnya, hanya dari aspek psikologi social mereka membutuhkan rasa aman dalam bermobilisasi dalam kehidupannya. Mode layanan pendidikan bagi anak tunadaksa dibagi pada sekolah khusus dan atau sekolah terpaduh, atau inklusu: sekolah khusus adalah di peruntukan bagi anak yang mempunyaai problem yang lebih berat bagi inteletualnya maupun emosinnya.⁵⁴

E. Jenis-Jenis Tunanetra

1. Buta Total (*Total Blind*)

Buta total yaitu kondisi penglihatan yang tidak dapat melihat dua jari di mukanya atau hanya melihat sinar atau cahaya. Mereka tidak bisa menggunakan huruf selain huruf braille. Ciri-ciri buta total diantaranya secara fisik mata terlihat juling, sering berkedip, menyipitkan mata, kelopak mata merah, mata infeksi, gerakan mata tak beraturan dan cepat, mata selalu berair dan pembengkakan pada kulit tempat tumbuh bulu mata. Secara perilaku menggosok mata secara berlebihan, menutup atau melindungi mata sebelah, memiringkan kepala, atau mencondongkan kepala ke depan, sukar membaca atau mengerjakan tugas yang memerlukan penggunaan mata, berkedip lebih banyak, membawa buku ke dekat mata, tidak dapat melihat benda yang agak jauh, menyipitkan mata atau mengerutkan dahi.

⁵⁴Nurul, r. M. Pemahaman siswa tunanetra (buta total sejak lahir dan sejak waktu tertentu) terhadap bangunan datar segitiga. *Pendidikan matematika dan matematika*, 1(1), 16-17. (2015)

2. Penglihatan Menurun (*Low Vision*)

Low vision yaitu kondisi penglihatan yang apabila melihat sesuatu maka harus didekatkan atau mata harus dijauhkan dari objek yang dilihatnya atau memiliki pandangan kabur ketika melihat objek. Ciri-ciri *low vision* diantaranya menulis dan membaca dengan jarak yang sangat dekat, hanya dapat membaca huruf yang berukuran besar, mata tampak terlihat putih di tengah mata atau kornea (bagian bening di depan mata) terlihat berkabut, terlihat tidak menatap lurus ke depan, memincingkan mata atau mengerutkan kening terutama di cahaya terang atau saat melihat sesuatu, lebih sulit melihat pada malam hari, pernah mengalami operasi mata dan atau memakai kacamata yang sangat tebal tetapi masih tidak dapat melihat dengan jelas.⁵⁵

F. Jenis Tunadaksa

1. Penggolongan *Celebral palsy* menurut derajat kecacatan meliputi :
 - a. Golongan ringan adalah mereka yang dapat berjalan tanpa menggunakan alat, berbicara tegas dan dapat menolong dirinya sendiri
 - b. Golongan sedang ialah mereka membutuhkan treatment atau latihan untuk bicara, berjalan dan mengurus dirinya sendiri.
 - c. Golongan Berat, Golongan ini selalu membutuhkan perawatan dalam ambulasi, bicara dan menolong diri sendiri.
2. Penggolongan *Celebral palsy* menurut Topografi Monoplegia, adalah kecacatan satu anggota gerak, kaki kanan.
 - a. Hemiplegia, adalah lumpuh anggota gerak atas dan bawah, Tangan kanan dan kaki kanan.
 - b. Paraplegi, lumpuh pada kedua tungkai kakinya.

⁵⁵Nurul, rahmita.M. Pemahaman siswa tunanetra (buta total sejak lahir dan sejak waktu tertentu) terhadap bangunan datar segitiga. *Pendidikan matematika dan matematika*, 1(1), 16-17. (2015)

- c. Diplegi, lumpuh kedua tangan kanan dan kiri atau kaki kanan dan kiri.
 - d. Quadriplegi, adalah kelumpuhan seluruhnya anggota gerakannya.
3. Penggolongan menurut Fisiologi (Motorik), meliputi: *Cerebral palsy* Ringan, Mereka yang menderita *Cerebral palsy* ringan hanya memiliki sedikit penurunan, gejala tidak begitu jelas dan biasanya tidak begitu terlihat. Mereka dapat sedikit terpengaruh secara fisik, mereka bisa memiliki masalah mengangkat barang berat. Anda juga akan melihat bahwa pasien *Cerebral palsy* ringan menggunakan sisi tertentu lebih sering daripada sisi lainnya. Tetapi kecerdasan tidak terpengaruh sama sekali.
- a. *Cerebral palsy* Spastik, Ini adalah kasus *Cerebral palsy* yang paling umum. Ia mempengaruhi sekitar 80 persen dari semua kasus *Cerebral palsy*. Ada kerusakan pada korteks motor yang akan menyebabkan otot atau kelompok otot ketat dan kaku. Hal ini akan membatasi gerak, misalnya, anak-anak akan sulit untuk memegang benda.
 - b. *Cerebral palsy* Athetoid, spastik adalah yang paling umum, athetoid mencakup sekitar 10 persen dari kasus-kasus *Cerebral palsy*. Kerusakan otak akan berada di bagian-bagian yang mengkoordinasikan gerakan tubuh dan pada saat yang sama mempertahankan postur tegak. Mereka yang menderita *Cerebral palsy* athetoid menemukan bahwa wajah mengalami gerakan tak terkendali. Bicara hampir tidak dipahami dan makanan sulit untuk ditelan. Selain itu, orang yang terpengaruh dengan ini juga memiliki masalah dengan penglihatan.
 - c. *Cerebral palsy* Ataxic, bentuk *Cerebral palsy* yang agak jarang, sekitar 5 sampai 10 persen dari total jumlah pasien *Cerebral palsy* yang menderita ini. Mereka yang memiliki jenis *Cerebral palsy* ini akan mengalami pembentukan dan pembangunan otot yang buruk. Koordinasi juga sangat

sulit. Mereka juga cenderung memiliki pegangan yang sangat gemetar.

- d. *Cerebral palsy* Tremor, suatu gerakan gemetar yang berirama dan tidak terkendali, yang terjadi karena otot berkontraksi dan berileksasi secara berulang-ulang
- e. *Cerebral palsy* Rigid, suatu keadaan kontraksi A SHOT ON OPPO png persisten, yang sering dijumpai dalam keadaan terhipnotis dan akibat gangguan patologis.
- f. *Cerebral palsy* Campuran, sama seperti namanya, *Cerebral palsy* campuran adalah kombinasi dari beberapa jenis *Cerebral palsy*. Campuran yang paling umum adalah *Cerebral palsy* kejang dengan *Cerebral palsy* athetoid. Mereka yang menderita ini tidak memiliki jenis *Cerebral palsy* tertentu, oleh karena itu gejala mereka juga campuran. *Cerebral palsy* spastik cenderung lebih terlihat, terutama jika anak akan mencapai usia sembilan bulan. Sekitar 10 persen pasien *Cerebral palsy* mengidap *Cerebral palsy* campuran.⁵⁶

G. Faktor Penyebab Tunanetra

Hurlock dalam Dadan Rachmayana mengemukakan: Kecacatan yang diderita anak mempunyai sebab yang cukup banyak, antara lain faktor keturunan, lingkungan pralahir yang tidak menguntungkan atau kerusakan tertentu pada proses kelahiran dan ada pula yang disebabkan oleh kecelakaan atau penyakit. Berikut beberapa faktor penyebab ketunanetraan yaitu:

1. Kelainan Refraksi
 - a. Myopi dan Hyperopia
 - b. Presbyopia
 - c. Astigmatism
 - d. Katarak

⁵⁶Pratiwi, I., & Hartosujono, H. Resiliensi Pada Penyandang Tunadaksa Non Bawaan. *Jurnal Spirit*, 5(1), 48-54. (2014)

2. Kelainan Lintang Pandangan Penerimaan cahaya oleh otak sangat tergantung pada kualitas impuls yang ditimbulkan oleh retina.
3. Kelainan lain
 - a. Buta warna
 - b. Strabismus (juling)
 - c. Nystagmus
 - d. Glukoma

H. Faktor Penyebab Tunadaksa

Penyebab tunadaksa dilihat saat terjadinya kerusakan otak dapat terjadi pada :

1. Masa sebelum lahir antara lain : terjadi infeksi penyakit, kelainan kandungan, kandungan radiasi, saat mengandung mengalami trauma (kecelakaan).
2. Pada saat kelahiran, antara lain : proses kelahiran terlalu lama, proses kelahiran yang mengalami kesulitan, dan pemakaian anestesi yang melebihi ketentuan.
3. Setelah proses kelahiran, antara lain : kecelakaan, infeksi penyakit, dan ataxia.⁵⁷

I. Penanganan dan Konseling Anak Penyandang Tunanetra dan Tunadaksa

Individu yang mengalami hambatan pengelihatan atau yang sering disebut dengan tunanetra. Hambatan pengelihatan disini ialah hilangnya fungsi pengelihatan baik secara total (*Totally Blind*) maupun sebagian (*Partially sighted*) atau kurang awas (*Low Vision*). Seseorang dikatakan buta secara legal apabila ketajaman pengelihatannya 20/200 feet atau lebih kecil pada mata yang terbaik setelah dikoreksi, atau lintang pandangnya tidak lebih besar dari 20 Derajat (Rahadja). Terdapat beberapa cara penanganan yang dapat dilakukan kepada penderita tunanetra, diantaranya sebagai berikut :

⁵⁷Sani, H. *Cara Memahami dan Mendidik Anak Berkebutuhan Khusus*. (2012)

1. Metode *Reality Therapy* untuk mengurangi perilaku *Blindism* pada anak tunanetra⁵⁸

Menurut Tarsidi perilaku stereotipik atau *blindism* adalah gerakan-gerakan khas yang menjadi kebiasaan yang sering tak disadari, seperti menggoyang-goyang tubuh, menekan-nekan bolamata bertepuk-tepuk, dan sebagainya, yang dilakukan diluar konteks. Pada masyarakat, umumnya perilaku dibagi menjadi dua yaitu perilaku adaptif (perilaku baik) dan perilaku mal-adaptif (perilaku tidak baik). Dalam hal ini perilaku *blindism* termasuk dalam perilaku mal adaptif karena mengganggu/merugikan orang lain khususnya teman sebangku sekolah dan gurunya dalam pembelajaran dikelas.

Perilaku yang sudah menjadi kebiasaan ataupun perilaku *blidism* pada anak tunanetra haruslah di kurangi atau dialihkan dengan keadaran dan tanggung jawab bahwa perilaku *blindism* yang dilakukannya mengganggu orang lain. Dalam metode penanganannya menggunakan layanan konseling individu untuk menyadarkan anak tentang perilaku *blindism* yang dilakukannya.

Proses penanganan yang dilakukan dengan menggunakan desain A-B-A yang terdiri dari tiga tahapan kondisi, yaitu A-1 (*baseline 1*), B (Intervensi), A-2 (*baseline 2*), yaitu :

- a. A-1 (*baseline 1*) yaitu kondisi kemampuan dasar, dimana pengukuran target *behavior* dilakukan pada keadaan *naturan* sebelum diberikan perlakuan atau *treatment* apapun. Pada tahapan ini yang akan diungkapkan adalah perilaku *blidism* anak tunanetra dalam bentuk menggoyangkan badan dan kepala.
- b. B (Intervensi) yaitu kondisi selama pemberian perlakuan yang mana dalam hal ini adalah untuk mengurangi perilaku *blindism* menggunakan metode *reality thrapy*.

⁵⁸ Nurfitriani, K., & Ehan, E. Metode Reality Therapy Untuk Mengurangi Prilaku Blindism Pada Anak Tunanetra. *Jurnal Jassi_anakku* Volume 19 Nomor 2, 1-7. 2018

Intervensi dilakukan setelah menemukan angka-angka stabil atau konsisten pada tahap baseline (A-1). Intervensi dilakukan dengan metode *reality therapy* menggunakan cara konseling untuk melakukan treatment. Pada saat treatment anak akan diajakberdiskusi tentang perilaku *blindsim* yang dilakukannya, diajarkan konsep duduk dengan baik dan membuat kesepakatan bersama untuk mengurangi perilaku *blindism* tanpa menggunakan hukuman. Pada metode *reality therapy* diajarkan berbagai gerakan yang dapat dilakukan oleh tubuh serta kesadaran konsep gerak yaitu diam dan gerak. Intervensi fisik dilakukan saat dilaksanakannya metode ini.

- c. A-2 (*baseline 2*) yaitu pengamatan tanpa intervensi yang dilakukan pada klien atau subjek. Disamping sebagai control dari kegiatan intervensi, *baseline* ini juga berfungsi sebagai tolak ukur keberhasilan sejauh mana intervensi yang diberikan berpengaruh pada subjek.

Penggunaan tahapan ini digunakan secara langsung ketika subjek baru saja melakukan perilaku *blindism* dengan cara mengingatkan kepada subjek untuk tidak melakukan perilaku *blindism*, teguran yang diberikan merupakan teguran secara verbal sehingga subjek mampu mengontrol dirinya sendiri.

2. Terapi musik dan *shaping* untuk meningkatkan keterampilan komunikasi anak tunanetra dengan *Specific Language Impairment*⁵⁹

Menurut Bishop menjelaskan bahwa *Specific Language Impairment* (SLI) merupakan kesulitan pada fungsi bahasa pada anak yang tidak mengalami masalah lain seperti masalah pendengaran. Terapi musik dan *shaping* ini dimaksudkan kepada anak tunanetra yang mengalami

⁵⁹ Kurniati, F., & Adistiana, K. Terapi Musik dan Shaping Untuk Meningkatkan Keterampilan Komunikasi Anak Tunanetra dengan *Specific Language Impairment*. *Jurnal Intervensi Psikologi*, Vol.3, No.1, 5-24. 2011

kesulitan dalam berkomunikasi sehingga diharapkan nantinya setelah terapi terdapat perubahan pada komunikasi dan perilaku yang digunakan oleh anak tunanetra tersebut.

Adapun cara penanganan yang dilakukan menggunakan terapi ini adalah :

a. Partisipan

Adanya keterlibatan dari beberapa pihak diantaranya orang tua dan terapis

b. Intervensi

Pembuatan program intervensi bertujuan agar subjek atau klien dapat menyatakan keinginannya dengan menggunakan komunikasi verbal, yaitu melalui menyanyikan lagu yang dibuat khusus untuk program. Program ini menggunakan musik dengan dasar subjek atau klien senang mendengarkan musik dan dapat menyanyikan lagu yang di dengarnya.

c. Target Perilaku

Adanya target perilaku yang ingin dicapai ataupun dirubah dirumuskan dalam saran jangka panjang maupun pendek.

d. Karakteristik.

Terapis harus mengetahui dan memahami karakteristik yang ingin di berikan program intervensi.

e. Waktu dan tempat pelaksanaan.

Menentukan jumlah sesi yang ingin dilaksanakan pada pemberian intervensi. pada dasarnya tidak ada acuan jumlah sesi yang digunakan untuk program pelatihan kemampuan komunikasi verbal dengan menggunakan modifikasi perilaku.

f. Pelaksana.

Program ini selain melibatkan terapis, juga melibatkan orang tua klien dan pengasuh sebagai pelaksana program. Berger menyatakan dalam pendidikan anak berkebutuhan khusus, bila pengajar mengizinkan orang tua menerima tanggung jawab terhadap pembelajaran anak berbagai pengetahuan tentang prinsip dan metode pengajaran, maka akan didapat efektivitas pengalaman belajar yang berlipat ganda.

g. Alat bantu

Program intervensi ini melibatkan pengajaran lagu dan pemantauan terhadap reaksi subjek dan pemantauan tidak hanya dilakukan oleh terapis, melainkan orang tua dan pengasuh. Karena dipergunakan alat bantu sebagai berikut : 1) lagu, 2) kaset rekaman lagu, 3) pemutaran kaset, 4) lembar panduan pelaksanaan program dan catatan rekasi subjek.

Metode pengajaran program intrvensi ini menggunakan perpaduan metode terapi musik dengan tipe *Behavioral music therapy* dan salah satu teknik dalam modifikasi perilaku, yaitu *shaping*. Pada tipe terapi musik behavioral, musik digunakan sebagai alat untuk ,mencapai perilaku yang akan dibentuk dengan *shaping*.

3. Metode Terapi Bermain Melalui Aspek Psikologi Ruang Pada anak Tunanetra⁶⁰

Penerapan terapi bermain sebagai metode pembinaan yang diberikan kepada tunanetra, menuntut ruang-ruang pembinaan khusus dengan kenyamanan fisik dan psikis bagi pribadi tunanetra yang tertutup, tidak percaya diri, dan

⁶⁰ Azzahro, A. L., Hedi, D., & Andria, M. Pusat Pembinaan Tunanetra Dan Tunarungu Untuk Anak Dan Remaja Di Surakarta Dengan Penerapan Metode Trapi Bermain Melalui Aspek Psikologi Ruang. *jurnal Arisitektura*, vol. 12, No. 2. 2014

mengalami hambatan komunikasi. Kenyamanan ruang didapatkan dari indra yang berfungsi, yang didapat melalui pengaturan aksesibilitas, warna bangunan, dimensi ruang, material, pengaturan suara, penghawaan, serta pencahayaan.

Sebelum penerapan metode ini ada beberapa aspek yang perlu dianalisis baik itu anak tunanetra dan ruangan terapi itu sendiri, sebagai berikut :

a. Analisis aksesibilitas

Analisis ini sebagai faktor penting melihat pengguna merupakan difabel. Tujuannya untuk memperoleh aksesibilitas yang akan diaplikasikan karena yang menggunakannya difabel tunanetra.

b. Analisis peruangan dan luasan ruang

Analisis peruangan adalah sebagai faktor penting dalam menentukan luasan ruang bermuara pada pemilihan tapak yang direncanakan. Luas ruang dianalisis melalui kelompok kegiatan, dimana pelaku dikelompokkan sesuai kegiatan yang dilakukan. Tujuan dari analisis ini memperoleh jenis kebutuhan ruang.

c. Analisis lokasi

Selain menentukan lokasi dan tapak yang kondusif bagi pusat pembinaan tunanetra, pertimbangan yang lain harus diperhatikan adalah kemudahan dan keamanan akses dari dan ke dalam lokasi. Tujuannya mendapatkan lokasi aman, tenang bagi kegiatan terapi bermain tunanetra.

d. Analisis pengolahan tapak

Analisis tapak ataupun tempat yang akan dijadikan lokasi terapi tunanetra mencakup beberapa analisis yaitu : analisis tapak terpilih, analisis pencapaian, analisis kebisingan (sangat diperlukan karena tunanetra menggunakan rabaan dan pendengaran dalam belajar) dan analisis sinar matahari.

- e. Analisis pendekatan konsep bangunan dengan metode terapi bermain melalui aspek psikologi ruang : yang mencakup analisis bentuk ruangan, pola tatanan ruangan, tampilan bangunan, tata lansekep dan sistem struktur.

4. Ruang terapi okupasi *Activities Of Daily Living* (ADL) Anak tunadaksa dengan Pendekatan Klasifikasi Gangguan

61

Layanan *Activities of Daily Living* (ADL) merupakan salah satu jenis terapi okupasi yang diterapkan sebagai pelatihan dari anggota gerak yang bermasalah untuk aktifitas sehari-hari. Ruang terapi okupasi disesuaikan dengan jenis kebutuhan program *Activities of Daily Living* (ADL), sehingga menghasilkan ruangan-ruangan yang menyerupai ruang yang umum ditemui dalam aktivitas sehari-hari anak.

Terapi okupasi dilaksanakan dengan beberapa metode, salah satunya adalah dengan model aktivitas sehari-hari/*Activities of Daily Living*. Program dan tahapan terapi okupasi *Activities of Daily Living* (ADL) menurut Assjari (2010) antara lain, 1) kebersihan badan, 2) makan dan minum, 3) berpakaian, 4) berhias, 5) keselamatan diri dan 6) adaptasi lingkungan.

Berdasarkan peraturan kementerian kesehatan RI tahun 2012, terdapat persyaratan teknis ruang untuk unit ruang terapi okupasi :

- a. Tiap ruang memperhitungkan ruang gerak kursi roda
- b. Masing-masing ruang diberi pemisah yang tidak permanen untuk kemudahan sirkulasi maupun aktivitas terapi untuk berkelompok.
- c. Ruang terapi untuk anak diupayakan kedap suara
- d. Ruang yang digunakan bersama-sama memiliki peralatan/perabot yang dapat digunakan bersama
- e. Disediakan wastafel pada masing-masing ruang terapi

⁶¹ Azzahrah, A. V., Handajan, R. P., & Asikin, D. Ruang Terapi Okupasi *Activities of Daily Living* (ADL) Anak Tunadaksa dengan Pendekatan Klafifikasi Gangguan. *Jurnal Mahasiswa Jurusan Asitektur* 4 (1). 2016

- Kebutuhan ruang kamar mandi/WC di ruang terapi
- a. Toilet untuk terpisah dan pasien disediakan terpisah
 - b. Terdapat pegangan untuk memudahkan pergerakan pasien dengan menggunakan material kayu atau besi
 - c. Memiliki pencahayaan dan penghawaan alami yang baik.

Tujuan program okupasi antara lain supaya anak mampu mengurus diri sendiri dalam aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain. Berdasarkan program dari terapi okupasi *activities of daily living* (ADL) menurut Assjari (2010) maka ruang yang dibutuhkan antara lain :

- a. Kamar mandi, untuk aktivitas terapi kebersihan badan
- b. Ruang makan dan dapur, untuk aktivitas terapi makan dan minum
- c. Kamar mandi, untuk aktivitas terapi berpakaian dan berhias
- d. Ruang belajar bersama, untuk aktivitas terapi adaptasi lingkungan
- e. Sedangkan aktivitas terapi keselamatan diri diaplikasikan keseluruhan ruangan terapi okupasi ADL

5. Penanganan Pada Anak Tunadaksa dalam Rehabilitasi ⁶²

Prinsip-prinsip pembelajaran yang perlu diperhatikan dalam proses pembelajaran anak tunadaksa yaitu :

- a. Pelayanan medis
- b. Pelayanan pendidikan
- c. Pelayanan sosial yang pada dasarnya juga tidak dapat lepas dengan prinsip rehabilitasi dan habilitasi.

Rehabilitasi adalah usaha yang dilakukan seseorang agar anak menyadari bahwa mereka masih memiliki kemampuan atau potensi yang dapat dikembangkan meski kemampuan atau potensi terbatas.

⁶² Afriansyah, A. R. Penanganan Pembelajaran pada Anak Berkebutuhan Khusus terutama pada anak Tunadaksa di MI Nurul Nuda Sehati. *journal Universitas Muhammadiyah Sidoharjo*. 2018

Rehabilitasi juga merupakan usaha yang dilakukan dalam berbagai bentuk dan cara, sedikit demi sedikit mengembalikan kemampuan yang hilang atau belum berfungsi optimal.

Cara penanganan kelaianan cacat bawaan atau diperoleh, sebagai berikut :

a. Cara penanganan secara umum

Dasar penanganannya adalah memperhatikan masalah medis dan masalah rehabilitasime akibat kelainan bawaan tersebut. Pelaksanaan penanganan masalah medis dan rehabilitasi tersebut dilakukan secara dini. Agar dapat segera memperbaiki fungsi keseimbangan, duduk, berdiri, dan jalan.

b. Cara penanganan khusus

1) Anggota gerak atas

Problem medis anggota gerak atas secara garis besar adalah adanya amputasi dan sisa anggota gerak berupa jari disebut phokomelia. Cara penanganan problem medis ini adalah pemberian protesa sesuai dengan jenis amputasi.

2) Anggota gerak bawah

Problem media utama akibat amputasi anggota gerak bawah adalah adanya kaki yang di amputasi yang fungsinya tidak sempurna. Adapun langkah penanganannya adalah : 1) pemberian protesa anggota gerak bawah, dan 2) jenis latihan penggunaan protesa gerak bawah.

c. Cara penanganan masalah rehabilitasi medis anak tunadaksa akibat cacat bawaan atau diperoleh, yaitu :

1) Masalah memelihara diri (ADL)

Latih ADL dengan menggunakan tangan saja bagi amuptee anggota gerak atas perlu latihan kbhusus. Amputee anggota gerak atas akan diberikan

latihan koordinasi gerak fungsional. Selanjutnya okupasional terapis akan melatih ADL yang lebih kompleks.

2) Masalah mobilitas

Gangguan mobilitas akan menonjol pada amputee anggota gerak bagian bawah. Makin tinggi darah amputasinya maka makin kompleks jenis protesena. Maka latihan mobilitas diutamakan pada posisi berdiri dari duduk sampai stabil atau sebaliknya. Setelah berdiri stabil latihan selanjutnya adalah jalan ditempat sambil mengatur posisi tegak. Akhirnya latihan jalan di tempat datar lalu latihan naik turun tangga.

3) Masalah psikologi sosial

Masalah psikologi dan sosial bagi amputee anggota gerak atas akan menyebabkan trauma psikis yang lebih sebab protesena anggota atas akan dengan mudah dilihat dibandingkan dengan protesena anggota bawah yang mudah terlindungi dengan celana panjang. Akan tetapi setelah dikompensasi dengan kemampuan pemakaian alat yang baik, seperti dengan menggunakan anggota normal maka rasa resah diri akan berkurang.

4) Masalah pendidikan

Masalah pendidikan anak tunadaksa akibat kelainan bawaan akan mengalami hambatan oleh karena alat yang digunakan mengatasi kekurangannya berupa protesena. Maka dari itu sikap dari pendidik anak tun daksa akibat kelainan bawaan harus memperhatikan hal-hal berikut : bahwa protesena anggota gerak atas selama digunakan untuk kegiatan pendidikan gerakannya. Bahwa sebagai guru perlu memahami komponen prinsip alat protesena, sehingga

dapat mengetahui kelainan yang mungkin timbul. Bahwa sebagai seorang guru akan mampu memberikan pelajaran tentang cara-cara merawat potensa sehingga anak dapat menilai kemampuannya sebagai bagian dari pembelajaran keterampilan. Bahwa anak tunadaksa akibat cacat bawaan atau diperoleh apabila menggunakan protesa perlu diperhatikan dalam kemampuannya melaksanakan ADL atau keterampilan lainnya.

d. Cara guru menangani siswa tundaksa

Dalam pembelajarannya ataupun penanganan siswa tersebut harus meremas-remas koran sampai mengecil sebelum memulai pelajaran agar tangannya tidak lemas seperti sebelumnya. Disela-sela murid meremas koran guru menyuruh berhitung dan bernyayi huruf alphabet. Setelah meremas koran lalu bermain sebentar sambil melempar-lempar bola yang terbuat dari koran dan melakukan yang seperti diatas agar siswa tersebut giat belajar dan tidak bosan lagi. Setelah melakukan semuanya lalu guru tersebut memintak siswa ini untuk menebali tulisan yang ada pada bukunya, jika siswa tersebut keluar garis atau lompat-lompat kalau menulis, guru harus memberi tau agar tidak keluar garis dan tidak lompat-lompat kalau menulis guru mengenalkan huruf apa yang dia tulis dan siswa tersebut menirukan dengan suara yang pelan, guru langsung menyuruhnya dengan suara yang lebih keras dari sebelumnya.

Keterlibatan orang tua dalam penanganan anak berkebutuhan khusus sangatlah penting karena orang tua menentukan perkembangan dari penangan anak. Menurut Gerungan, orang tua merupakan kelompok sosial yang pertama dalam kehidupan manusia, tempat ia belajar dan menyatakan diri sebagai makhluk sosial didalam hubungan intraksinya dengan kelompok.

Sementara Soekanto menyatakan bahwa orang tua adalah lembaga kesatuan sosial terkecil yang secara kodrati berkewajiban mendidik anaknya. Orang tua mendidik anak secara tradisional dan turun temurun.⁶³

Dalam keluarga orang tua sangat berperan sebab kehidupan anak waktunya sebagian besar dihabiskan dalam lingkungan keluarga apabila anak masih dibawah pengasuhan atau anak usia sekolah dasar yaitu antara usia (0-12 tahun), terutama peran seorang ibu. Orang tua lah yang bertugas mendidik. Daalm hal ini (secara umum) baik potensi psikomotor, kognitif maupun potensi efektif, disamping itu orang tua juga harus memelihara jasmaniah memulai dari memberi makan dan penghidupan yang layak.

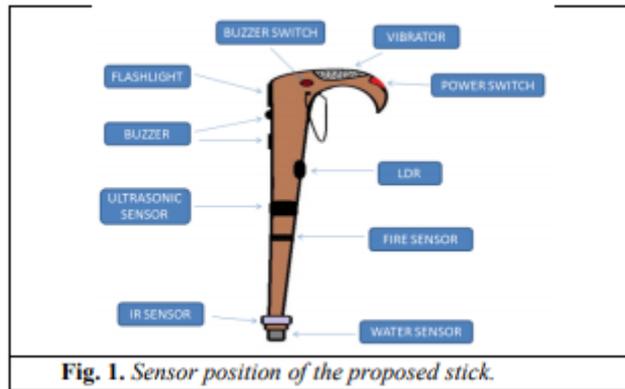
J. Penelitian Terkait Dengan Tunanetra Dan Tunadaksa

- 1. Kumar, M., Kabir, M. F., & Roy, S. (2017). Low Cost Smart Stick for Blind and Partially Sighted People. *International Journal of Advanced Engineering and Management*, 2, 65-68.**

Penelitian yang dilakukan oleh Kumar dkk (2017) mengusung suatu pendekatan baru untuk mengatasi tantangan utama yang dihadapi oleh para penyandang tunanetra dalam menjalani aktivitas sehari-hari seperti ketika mereka sedang menyeberang jalan dan membaca suatu bacaan. Penelitian ini berbasis pengembangan suatu alat yang berupa sebuah tongkat khusus yang dirancang dengan menggunakan suara. Rancangan yang diusulkan untuk membuat tongkat suara digunakan untuk menyeberang jalan dan mencapai tempat yang mereka tuju tanpa bantuan orang lain. Tongkat suara ini pun akan dikembangkan dengan teknik yang baru agar dapat digunakan pula oleh para penyandang tunanetra untuk membaca materi cetak menggunakan handphone android. Tongkat suara ini dapat

⁶³ Rani, k., Rafikayati, A., & Jauhari, M. N. (2018). Keterlibatan Orangtua Dalam Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus. *Journal Abadimas Adi Buana Vol. 02. No. 1*, 55-64.

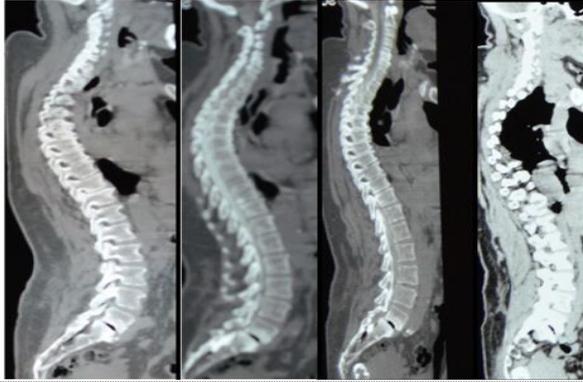
sangat direkomendasikan karena biaya yang dianggap lebih murah dan terjangkau, lebih efisien karena dapat membantu para penyandang tunanetra ketika bepergian dan membaca suatu berita di handphone mereka. Intinya adalah tongkat ini membantu para penyandang tunanetra selama berjalan dan memberikan peringatan (*alarm*) jika ada rintangan yang terdeteksi di sekitar mereka.



Gambar diatas merupakan bentuk dari tongkat suara yang diusulkan oleh Kumar dkk. Penulis berhemat bahwa tongkat suara sangat bermanfaat sekali khususnya jika digunakan oleh penyandang tunanetra karena para tunanetra bisa menghadapi kesulitan saat berjalan dan juga membaca suatu bacaan, kelebihan yang dapat dilihat dalam jurnal ini adalah memaparkan secara jelas dan lengkap latar belakang dari permasalahan mengapa dibuatnya alat ini, akan tetapi kelemahan dari tongkat suara ini yaitu tongkat suara hanya dapat mendeteksi rintangan pada jarak tertentu dan belum bisa digunakan secara luas diberbagai Negara karna masih ada keterbatasan (misalnya penerjemahan bahasa, dsb), sehingga menurut penulis Kumar dkk perlu melakukan beberapa hal untuk melengkapinya seperti terus melakukan upgrade untuk menyertakan sistem pengenalan wajah yang akan membantu para penyandang tunanetra mengenali orang yang berdiri di depannya.

2. Alegbeleye, Johnson., B. (2020). **Skipped Multifocal Extensive Pott's Disease with Quadriplegia: A Rare Case Report and the Challenges of Management in our Environment.** *Direct Research Journal of Health and Pharmacolog*, 8, 80-93.

Penelitian yang dilakukan oleh Alegbeleye (2020) bertujuan untuk menyediakan data terbaru tentang TB tulang belakang atipikal yang kritis tersebut (dikatakan atipikal karena terlalu tersebar luas dan fokus primernya tidak dapat) serta menyoroti kelangkaan dan tantangan pengelolaan di lingkungan kita. Kasus yang dilaporkan yaitu seorang pasien wanita yang memiliki riwayat nyeri punggung atas dan pinggang selama dua tahun yang menyebar ke kedua paha secara intermiten atau berselang. Sebelumnya juga sudah terdapat beberapa kasus yang hampir sama mengenai penyakit TB tulang belakang pada penelitian-penelitian sebelumnya. Ternyata CT myelogram (jenis pemeriksaan radiografi) menunjukkan kerusakan tulang yang dimakan cacing dan osteolitik, penampilan yang menunjukkan keterlibatan vertebral multilevel yang tidak bersebelahan pada tulang belakang leher, toraks, lumbar, dan sakral. Sehingga dibuatlah diagnosis penyakit Pott ekstensif multifokal yang dilewati dengan quadriplegia (tunadaksa). Sementara itu, juga telah mendapat persetujuan dari pasien dan keluarganya untuk memulai kemoterapi anti-TB. Selanjutnya, pasien dimulai dengan kombinasi terapi anti-TB dan dipulangkan dalam keadaan membaik untuk melanjutkan pengobatan selama 12 bulan.



Angka 3: CT myelogram seluruh tulang belakang

Gambar diatas merupakan CT myelogram seluruh tulang belakang dengan kontras menunjukkan kerusakan tulang yang dimakan cacing dan osteolitik, penampilan yang menunjukkan keterlibatan vertebral multilevel yang tidak bersebelahan pada tulang belakang leher, toraks, lumbar, dan sakral. Adapun kelebihan yang dapat dilihat dalam jurnal ini adalah metode yang digunakan cukup jelas, diagnosis dini memberikan hasil yang sangat baik dalam pengobatan penyakit Pott. Peneliti juga memberikan ringkasan kasus yang dilaporkan dari tuberculosis (TB) spinal ekstensif multifokal yang dilewati yang melibatkan seluruh tulang belakang. Akan tetapi kelemahannya yaitu berdasarkan penelitian dan kasus yang dilaporkan sebelumnya, mengidentifikasi kelangkaan tuberculosis multifokal yang dapat menjadi tantangan bagi dokter, saat ini presentasi spondilitis tuberculosis (*pott's disease*) bervariasi dan atipikal, dan juga baik dokter maupun ahli radiologi tampak tidak sabar dengan presentasi radiografi, terutama, banyak lesi yang terabaikan pada sinar-X setelah satu lesi yang jelas teridentifikasi, serta kurangnya pemeriksaan fisik dan pengalaman dokter yang merawat dapat mempengaruhi diagnosis yang terlewat, sehingga menurut penulisAlegbeledokter yang menangani kasus seperti itu harus mendapat informasi yang baik tentang berbagai keterbatasan dalam lingkungan yang terbatas sumber daya

seperti kita untuk mengurangi risiko morbiditas (jumlah individual yang memiliki penyakit selama periode waktu tertentu) dan mortalitas (jumlah kematian) yang menyertai.

- 3. Bachrach, S. J., Kecskemethy, H. H., Harcke, H. T., Hossain, J. (2010). Decreased fracture incidence after 1 year of pamidronate treatment in children with spastic quadriplegic Cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52, 837-842.**

Penelitian yang dilakukan oleh Bachrach dkk (2010) bertujuan untuk menilai tingkat patah tulang sebelum dan sesudah pemberian *pamidronate intravena* selama 1 tahun pada anak-anak dengan kelumpuhan cerebral *quadriplegia spastik* (CP) yang sebelumnya pernah mengalami patah tulang. Dalam penelitian tersebut para peserta (25 anak) telah mengalami total 86 patah tulang sebelum pengobatan dimulai, dan selama periode observasi pasca perawatan, sebanyak 8 dari 25 anak mengalami total 14 patah tulang. Banyak yang mengalami patah tulang dengan cedera benturan minimal, dan paling sering melibatkan anggota gerak bawah diakibatkan karena memiliki kepadatan tulang yang rendah, bahkan setelah koreksi faktor nutrisi. Fenomena ini paling sering dideskripsikan pada anak-anak dengan *Cerebral palsy* (CP) dan distrofi muskular Duchenne, meskipun ada juga laporan pada anak-anak dengan disabilitas lain, seperti spina bifida. Kemudian Pamidronat intravena diberikan kepada satu anak dari setiap pasangan usia dan jenis kelamin yang cocok dengan dosis 1mg / kg selama tiga hari berturut-turut setiap 3 bulan selama 1 tahun. Setiap peserta menerima total 15 dosis pamidronate. Kepadatan mineral tulang meningkat secara dramatis pada anak-anak yang menerima pamidronate, dengan peningkatan terbesar terlihat di regio 1 dari femur distal. Tingkat patah tulang berkurang secara signifikan setelah 1 tahun pengobatan pamidronate pada anak-anak non-rawat jalan dengan CP yang memiliki fraktur non-traumatis. Angka

patah tulang sebesar 13,0% per tahun ini merupakan penurunan yang signifikan secara statistik.

Tabel II: Ringkasan hasil statistik

Statistik	Titik diamati patah tulang pra perawatan		Titik diamati patah tulang pos-pengobatan		Patah menilai pra-pengobatan		Patah menilai pos-pengobatan		Perubahan dalam tingkat
	Jumlah patah tulang	(y: mo)	Jumlah patah tulang	(y: mo)	Patah menilai	Patah menilai	Patah menilai	Patah menilai	
Berarti	3,32	11:3	0,56	4:4	0,34	0,11	0,23		
Median	3,00	10:11	0,00	4:3	0,22	0,00	0,14		
Simpangan baku	2,45	3:11	1,003	2:8	0,31	0,19	0,37		
Minimum	1	3:10	0	1:0	0,06	0,00	0,27		
Maksimum	11	19:7	4	10:6	1,28	0,85	1,28		

Gambar diatas merupakan ringkasan hasil statistik tingkat patah tulang tahunan rata-rata sebelum dan sesudah pengobatan masing-masing adalah 0,34 dan 0,1. Rasio tingkat patah tulang sebelum dan sesudah perawatan menunjukkan bahwa pengobatan dengan pamidronate secara signifikan mengurangi tingkat patah tulang. Kelebihan yang dapat dilihat dalam jurnal ini adalah data yang menunjukkan terjadinya penurunan patah tulang yang signifikan karena pengobatan pamidronate, akan tetapi kelemahannya adalah faktanya kepadatan tulang tetap kembali pada ke tingkat dasar dalam waktu 2 tahun.

4. Fazzia, E., Lanners, J., Danova, S. dkk. (1999). *Stereotyped Behaviours in Blind Children. Brain & Development, 21, 522-528.*

Penelitian yang dilakukan oleh Fazzia dkk (1999) menjelaskan bahwa perilaku stereotip sering terjadi pada anak tunanetra. Dan kebanyakan penulis mengaitkan tingkah laku stereotip dengan faktor-faktor seperti rawat inap, keterbatasan motorik, dan penurunan kapasitas untuk eksplorasi. Ternyata ada hubungan antara tunanetra dan tingkah laku, seperti kekerasan mata dan menusuk mata, yang telah diamati pada anak-anak dengan tunanetra sebagian. Peneliti juga mempelajari prevalensi perilaku motorik stereotip dalam sampel anak-anak tunanetra bawaan dengan tanpa disabilitas perkembangan lainnya untuk

menilai jenis dan fitur dari ciri-ciri perilaku stereotip tersebut, dimana ada 26 anak tunanetra (11 laki-laki dan 13 perempuan) yang melalui rekaman video dan kuesioner yang dipilih pada jenis, frekuensi, bentuk manifestasi dan perilaku stereotip anak. Ciri-ciri stereotip perilaku diamati pada 19 pasien adalah goyangan badan, pengulangan memegang benda, gerakan tangan dan jari, kontrol mata dan sodokan mata, berbaring telungkup ke bawah dan bertelur. Peneliti pun menemukan bahwa ciri-ciri perilaku stereotip dapat diperoleh dengan menstimulasi perilaku adaptif yang sesuai pada anak-anak tunanetra tersebut.

26 anak dalam sampel tersebut dibagi menjadi dua kelompok. Kelompok pertama terdiri dari anak-anak yang hanya buta (B) 10 anak dan kelompok kedua terdiri dari anak-anak tunanetra yang memiliki disabilitas dan atau kecacatan terkait lainnya (BD) 16 anak. Kemudian diperoleh hasil bahwa frekuensi semua stereotip ditemukan antara 'hampir setiap jam' dan 'beberapa kali sehari' tanpa perbedaan signifikan yang muncul antara anak-anak B dan BD. Hanya pada satu kasus (salah satu anak B), frekuensi pencarian mata ditemukan sekali dalam sehari. Mengisap jempol atau jari yang terjadi saat anak dibiarkan sendiri, saat bosan, saat sedang dibacakan. Goyangan tubuh dipicu oleh situasi menarik dan bersenang-senang, meskipun kondisi yang sering diamati adalah saat anak ditanggapi sendiri, atau saat ia bosan. Kepala goyang juga terjadi saat anak ditinggal sendirian, saat ia bosan. Gerakan tangan dan jari diamati saat anak sedang mengemudi atau saat ia bersenang-senang, hanya sekali saat anak ditinggal sendiri. Penanganan berulang terhadap objek (misalnya gemetar) terlihat saat anak ditanggapi sendirian, saat ia bosan, atau, khususnya, saat objek tersebut memiliki daya tarik taktil (berkaitan dengan sentuhan atau rabaan) dan sesuatu yang diperlukan dari anak tersebut. Dan penekanan mata dimanifestasikan dalam situasi isolasi.

Jadi ada berbagai perilaku stereotip yang sering terjadi pada anak-anak tunanetra. Gestur stereotip yang paling sering adalah jempol atau jari, dan goyangan tubuh, terjadi secara transitorial pada neuromotor anak selama tahun pertama kehidupan. Ada situasi tertentu di mana perilaku ini dapat diamati yaitu saat-saat ketika seorang anak berada di lingkungan yang tidak dikenalnya atau dalam keadaan lain seperti ketika anak bosan, marah, dll. Dan perilaku stereotip tertentu dapat dikaitkan dengan signifikansi relasional tertentu. Misalnya, selain terjadi dalam situasi kebosanan (kurangnya stimulasi), goyangan, isapan, dan penekanan mata juga dapat terlihat terjadi ketika sesuatu dibutuhkan oleh anak, atau pada saat-saat frustrasi, atau saat ibu tidak ada. Dalam konteks seperti itu, perilaku ini dapat diartikan sebagai gerakan merangsang diri sendiri atau menghibur diri dari pihak anak. Dengan mengadopsi perilaku ini, anak berhasil mengendalikan kecemasannya, menemukan bahwa sensasi yang berasal dari tubuhnya sendiri memberikan sumber kepuasan alternatif dan sarana untuk menahan emosinya. Nah kelebihan yang dapat dilihat dalam jurnal ini adalah materi dipaparkan secara lengkap dan jelas, serta peneliti juga mengelompokkan berbagai bentuk perilaku stereotip yang terjadi pada anak-anak tunanetra, apa saja factor-faktor yang menyebabkan perilaku tersebut dilakukan, serta durasi perilaku stereotip dan penanganannya. Akan tetapi kelemahannya adalah semakin tidak dapat diubahnya stereotip yang diamati pada subjek maka mereka akan menjadi kesulitan dalam mengadopsi perilaku alternatif.

5. Gresham, G. E., Labi, M. L. C., Dittmar, S. S., dkk. (1986). **The Quadriplegia Index of Function (QIF): Sensitivity and Reliability Demonstrated in a Study of Thirty Quadriplegic Patients.** *International Medical Society of Paraplegia*, 24, 38-44.

Penelitian yang dilakukan oleh Gresham dkk (1986) menjelaskan tentang instrumen untuk mendiagnosa penyakit Quadriplegia. Penyakit ini adalah kelumpuhan keempat tungkai dan badan yang disebabkan oleh penyakit ataupun cedera pada otak maupun saraf tulang belakang. Gejala quadriplegia yaitu ketidakmampuan secara fisik motorik pada anak maupun dewasa untuk melakukan gerakan tubuh menyebabkan ia membutuhkan layanan-layanan khusus, latihan dengan pola tertentu, peralatan-peralatan yang sesuai, dan fasilitas pendukung lainnya. Selain itu juga dapat ditemukan gejala penyerta pada anak seperti gangguan perkembangan fungsional, kesulitan belajar, gangguan emosional, kelainan berbicara dan berbahasa. Terdapat beberapa penyebab quadriplegia, yang tersering pada anak adalah *Cerebral palsy* dan hidrocefalus. Selain itu, penyebab lainnya adalah cedera pada bagian cervical dan infeksi pada otak seperti encephalitis. Selain dari pemeriksaan fisik dan neurologis, diagnosis ditegakkan melalui pemeriksaan penunjang berupa EEG dan MRI kepala hingga saraf tulang belakang. Penanganan yang dilakukan umumnya sesuai dengan etiologi, kemudian dilakukan juga fisioterapi secara bertahap.

Indeks Fungsi Quadriplegia (QIF) dikembangkan untuk mendeteksi secara sensitif penyakit quadriplegia serta penanganan yang sesuai bagi penderita tersebut. Penulis berpendapat bahwa instrumen ini sangat penting karena dapat mendeteksi secara sensitif penyakit quadriplegia selain disebabkan oleh TB tulang belakang, ternyata terdapat penyebab lain seperti cedera pada otak, dan sebagainya.

Referensi

- Afriansyah, A. R. 2018. *Penanganan Pembelajaran pada Anak Berkebutuhan Khusus terutama pada anak Tunadaksa di MI Nurul Nuda Sehati*. journal Universitas Muhammadiyah Sidoarjo.
- Alegbeleye, J. B. 2020. *Skipped Multifocal Extensive Pott's Disease with Quadriplegia: A Rare Case Report and the Challenges of Management in our Environment*. Direct Research Journal of Health and Pharmacolog , 8, 80-93.
- Azzahrah, A. V., Handajan, R. P., & Asikin, D. 2016. *Ruang Terapi Okupasi Activities of Daily Living (ADL) Anak Tunadaksa dengan Pendekatan Klafisikasi Gangguan*. Jurnal Mahasiswa Jurusan Asitektur 4 (1) .
- Azzahro, A. L., Hedi, D., & Andria, M. 2014. *Pusat Pembinaan Tunanetra Dan Tunarungu Untuk Anak Dan Remaja Di Surakarta Dengan Penerapan Metode Trapi Bermain Melalui Aspek Psikologi Ruang*. jurnal Arisitektura, vol. 12, No. 2.
- Bachrach, S. J., Kecskemethy, H. H., Harcke, H. T., & Hossain, J. 2010. *Decreased Fracture Incidence After 1 year of Pamidronate Treatment in Children with Spastic Quadriplegic Cerebral Palsy*. Development Medicine & Child Neurology , 52, 837-842.
- Fazzia, E. L. 1999. *Stereotyped Behaviours in Blind Children*. Brain & Development , 21, 522-528.
- Gresham, G. E. 1986. *The Quadriplegia Index of Function (QIF): Sensitivity and Realibility Demonstrated in a Study of Thirty Quadriplegic Patients*. International Medical Society of Paraplegia , 24, 38-44.
- Kumar, M. K. 2017. *Low Cost Smart Stick for Blind and Partially Sighted People*. International Journal of Advanced Engineering and Management , 2, 65-68.

- Kurniati, F., & Adistiana, K. 2011. *Terapi Musik dan Shaping Untuk Meningkatkan Keterampilan Komunikasi Anak Tunanetra dengan Specific Language Impairment*. Jurnal Intervensi Psikologi, Vol.3, No.1 , 5-24.
- Nurfitriani, K., & Ehan, E. 2018. *Metode Reality Therapy Untuk Mengurangi Prilaku Blindism Pada Anak Tunanetra*. Jurnal Jassi_anakku Volume 19 Nomor 2 , 1-7.
- Rani, k., Rafikayati, A., & Jauhari, M. N. 2018. *Keterlibatan Orangtua Dalam Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus*. journal ABADIMAS ADI BUANA Vol. 02. No. 1 , 55-64.
- Camalia, F., Susanto, H., & Susilo, S. 2016. *Pengembangan Audiobook Dilengkapi Alat Peraga Materi Getaran dan Gelombang Untuk Tunanetra Kelas VIII SMP*. Unnes Physics Education Journal, 5(2), 67-79.
- Nurul, R. M. 2015. *Pemahaman siswa tunanetra (buta total sejak lahir dan sejak waktu tertentu) terhadap bangunan datar segitiga*. Pendidikan matematika dan matematika, 1(1), 16-17.
- Pratiwi, I., & Hartosujono, H. 2014. *Resiliensi Pada Penyandang Tunadaksa Non Bawaan*. Jurnal Spirit, 5(1), 48-54.
- Riansyah, Z. 2018. *Studi Deskriptif Kegiatan Pengembangan Diri Bernyanyi Pada Anak Tunanetra Disekolah Luar Biasa Wacana Asih*. Sendratasik, 7(1), 55-60.
- Sani, H. 2012. *Cara Memahami dan Mendidik Anak Berkebutuhan Khusus*.
- Susanti, M., & Zulfianti, N. 2018. *Pelayanan Pendidikan Inklusif Bagi Tunanetra (Studi Kasus di IAIN Iman Bonjol Padang)*. Jurnal Bimbingan dan Konseling Islam, 39-53.
- Yulianti, I., & Sopandi, A. A. 2019. *Pelaksanaan Pembelajaran Orientasi dan Mobilitas Bagi Anak Tunanetra di SLB Negeri 1 Bukittinggi*. Jurnal Penelitian Pendidikan Kebutuhan Khusus, 61-66.

Zahrawati, F. 2018. *Membebaskan Anak Tunadaksa Dalam Mewujudkan Masyarakat Multikultural Demokratis*. Jurnal Al-Maiyyah, 11(1), 171-188.

BAGIAN 6

TUNALARAS & TUNAGRAHITA

“Tidak semua kekurangan menjadikanmu lemah dan tidak berdaya, hanya saja kau belum menemukan mutiara kehidupan yang akan bersinar di dalam dirimu”

A. Pengertian Tunalaras & Tunagrahita

1. Pengertian Tunalaras (*Conduct Disorder*)

Secara universal, anak tunalaras disebut sebagai *Children with BSED (Behavioral, Emotional, and Social Disorder)* “Istilah tersebut menggambarkan kondisi emosi dan perilaku bermasalah yang tampak dalam hubungan interpersonal, hubungan sosial, dan bahkan menggambarkan masalah mereka dalam mengelola diri sendiri. Dalam artian lain anak tunalaras adalah anak yang mengalami hambatan emosi dan tingkah laku sehingga kurang dapat atau mengalami kesulitan dalam menyesuaikan diri terhadap lingkungan sosial dan mengganggu dalam menghadapi situasi belajar.⁶⁴

Menurut Kearney “*conduct disorder*” adalah pola perilaku yang bersifat menetap dan repetitif, ditunjukkan dengan perilaku yang tidak sesuai dengan standar sosial dalam masyarakat. Namun definisi ini tidak secara langsung dimaknai demikian karena ada kriteria spesifik yang membuat seseorang dapat digolongkan sebagai *conduct disorder*. Dalam DSM IV, dikatakan kembali bahwa seseorang baru dapat dikatakan memenuhi kriteria ini jika ia menunjukkan 3 gejala spesifik selama sekurang-kurangnya 12 bulan dan paling tidak 1 gejala muncul selama lebih dari 6 bulan terakhir.

Gejala tersebut adalah sikap agresif dan destruktif terhadap orang atau binatang, merusak barang-barang, suka berbohong atau mencuri dan melanggar aturan. Anak

⁶⁴ Mahabbati, A. Pola Perilaku Bermasalah dan Rancangan Interpensi pada Anak Tunalaras Tipe Gangguan Perilaku (*Conduct Disorder*) Berdasarkan Functional Behavior Assesment. *Dinamika Pendidikan*, 21(1), 1-21. (2014).

dengan gangguan perilaku (Tunalaras) dapat juga dikatakan sebagai anak yang berperilaku menyimpang baik pada taraf sedang, berat dan sangat berat, terjadi pada usia anak dan remaja, sebagai akibat terganggunya perkembangan emosi dan sosial atau keduanya, sehingga merugikan dirinya sendiri dan lingkungan, maka dalam usaha mengembangkan potensinya diperlukan pelayanan dan pendidikan secara khusus. Di dalam dunia PLB dikenal dengan nama anak tunalaras (*behavioral disorder*).⁶⁵

Kelainan tingkah laku pada anak dapat ditetapkan bila mengandung unsur :

- a. Tingkah laku anak menyimpang dari standar umum.
- b. Derajat penyimpangan tingkah laku dari standar umum sudah ekstrim.
- c. Lamanya waktu pola tingkah laku itu dilakukan.

2. Pengertian Tunagrahita

Tunagrahita merupakan golongan anak berkebutuhan khusus. Pendidikan secara khusus untuk penyandang tunagrahita umumnya dikenal dengan istilah sekolah luar biasa (SLB). Tunagrahita dapat dikatakan sebagai 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 indra lain. Tidak semua anak tunagrahita memiliki cacat fisik. Contohnya pada tunagrahita ringan. Masalah yang dialami

⁶⁵ Rini, I. R. Mengenal Gejala dan Penyebab dari Conduct Disorder. *PSYCHO IDEA*, 8(1), 1-17. (2010).

penyandang tunagrahita ringan umumnya lebih banyak pada kurangnya kemampuan daya tangkap.

Secara umum pengertian tunagrahita ialah anak berkebutuhan khusus yang memiliki keterbelakangan dalam intelegensi, fisik, emosional, dan sosial yang membutuhkan perlakuan khusus agar dapat berkembang dan memaksimalkan kemampuan yang dimiliki. Berbagai definisi telah dipaparkan oleh para ahli. Salah satu definisi yang diterima secara luas dan menjadi rujukan utama ialah definisi yang dirumuskan oleh Grossman dan 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 dan bersamaan dengan kekurangan dalam tingkah laku penyesuaian diri serta berlangsung pada masa perkembangan. Seseorang dikatakan tunagrahita apabila memiliki tiga indikator, yaitu: Fungsi Intelektual umum yang secara signifikan berada dibawah rata-rata, artinya kekurangan tersebut harus benar terbukti oleh para ahli sehingga yang penyandang memerlukan layanan pendidikan khusus. Sebagai contoh: anak normal rata-rata IQ 100, sedangkan anak tunagrahita memiliki IQ paling tinggi 70.

- a. Kekurangan dalam tingkah laku penyesuaian (perilaku adaptif), yaitu penyandang tuna grahita tidak atau kurang memiliki kemampuan untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan yang sesuai dengan usianya. Ia hanya mampu melakukan pekerjaan seperti yang dapat dilakukan oleh anak yang usianya lebih muda darinya.

- b. Ketunagrahitaan berlangsung pada periode perkembangan, yaitu sejak tahap konsepsi hingga usia 18 tahun.⁶⁶

B. Karakteristik Tunalaras & Tunagrahita

1. Karakteristik Tunalaras (*Conduct Disorder*)

Anak yang diindikasikan mengalami tunalaras memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Cenderung membangkang
- b. Mudah terpancing emosinya/bersifat emosional
- c. Sering melakukan tindakan agresif, destruktif dan mengganggu
- d. Sering bertindak melanggar aturan yang ada
- e. Cenderung kurang prestasi belajar dan memiliki motivasi rendah dalam pendidikan.⁶⁷

2. Karakteristik Anak Yang Mengalami Tunagrahita

Karakteristik gangguan perilaku yang dialami sehingga menyebabkan penyandang mengalami masalah dalam lingkup hubungan sosial, masalah dalam rutinitas pembelajaran, dan berisiko mengalami kerugian atau kecelakaan fisik karena perilaku bermasalah yang mereka lakukan. Khusus di sekolah, Koyangi & Gaines, mereka berisiko selalu mendapat nilai rendah, *underachiever*, gagal memahami pelajaran, sering tidak naik kelas, dan berada pada batas kesulitan terbawah di kelompoknya.

Gangguan perilaku apabila tidak segera diatasi dapat menyebabkan anak berperilaku keras atau kejam serta mengalami problem interpersonal, mental, dan fisik. Bahkan, apabila menetap sampai usia dewasa mereka akan rentan terhadap masalah adaptasi, menyalahgunakan obat terlarang, sulit mendapatkan pekerjaan, dan dapat berkembang menjadi gangguan kepribadian antisosial.

⁶⁶ Desinigrum, D. R. *Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus*. Yogyakarta: Psikosain. (2016).

⁶⁷ Sunarya, P. B., Irvan, M., & Dewi, D. P. Kajian Penanganan Terhadap Anak Berkebutuhan Khusus. *ABADIMAS ADI BUANA*, 2(1), 11-19. (2018).

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

a. 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.

b. 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.

c. Ciri pada Fungsi Mental Lainnya

Anak tunagrahita mengalami kesukaran dalam memusatkan perhatian, jangkauan perhatiannya sangat sempit dan cepat beralih sehingga kurang mampu menghadapi tugas.

d. 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-hayatannya terbatas pada perasaan senang, takut, marah, dan benci.

e. 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.

f. 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.

g. "Ciri Kepribadian dan Kemampuan Organisasi.

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".⁶⁸

⁶⁸ Desinigrum, D. R. *Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus*. Yogyakarta: Psikosain. (2016).

C. Jenis-Jenis Tunalaras & Tunagrahita

1. Jenis-jenis Tunalaras (*Conduct Disorder*)

Anak tunalaras dapat diklasifikasikan kedalam beberapa jenis. menjadi dua, yaitu: anak tunalaras dengan tingkah laku yang beresiko tinggi dan anak tunalaras dengan tingkah laku yang beresiko rendah.

- a. Anak tunalaras dengan tingkah laku yang beresiko tinggi antara lain: hiperaktif, agresif, pembangkang, anak yang menarik diri dari lingkungan. Sedangkan
- b. Anak tunalaras dengan tingkah laku yang beresiko rendah antara lain: *autism* dan *scizofrenia*.⁶⁹

2. Jenis-jenis Tunagrahita

Berikut adalah jenis anak tunagrahita yaitu :

a. Mampu didik

Mampu didik 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 mampu didik 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.

b. Mampu latih

Tunagrahita mampu latih secara fisik sering memiliki atau disertai dengan kelainan fisik baik yang bersifat sensori maupun motoris, bahkan hampir semua anak yang memiliki kelainan dengan tipe ini masuk pada kelompok mampu latih sehingga sangat mudah untuk mendeteksi anak mampu latih, karena penampilan fisiknya yang cenderung berbeda dengan anak normal yang sebaya. Kemampuan akademik anak mampu latih

⁶⁹ Sunarya, P. B., Irvan, M., & Dewi, D. P. Kajian Penanganan Terhadap Anak Berkebutuhan Khusus. *Abadimas Adi Buana*, 2(1), 11-19. (2018).

tidak dapat mengikuti pelajaran walaupun secara sederhana seperti membaca, menulis, dan berhitung.

c. Perlu rawat

Anak perlu rawat adalah jenis 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.

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

- a. Tunagrahita ringan memiliki range IQ 70-55
- b. Tunagrahita sedang memiliki range IQ 55-40
- c. Tunagrahita berat memiliki range IQ 40-25
- d. Tunagrahita berat sekali memiliki range IQ <25.⁷⁰

D. Faktor Penyebab Tunalaras & Tunagrahita

1. Gangguan Emosi dan Perilaku

a. Faktor Biologis

Beberapa penyebab biologis telah ditemukan berhubungan dan teridentifikasi dengan gangguan emosi dan perilaku tertentu. Contohnya termasuk anak-anak yang lahir dengan sindrom alkohol janin, yang menunjukkan masalah dalam pengendalian impuls dan hubungan interpersonal yang dihasilkan dari akibat kerusakan otak. Malnutrisi juga dapat menyebabkan perubahan perilaku dalam penalaran dan berpikir. Selain itu, kelainan lain seperti *skizofrenia* mungkin memiliki dasar genetik yang memicu kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami hal ini.

⁷⁰ Desinigrum, D. R. *Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus*. Yogyakarta: Psikosain. (2016).

b. Faktor lingkungan atau keluarga

Keluarga sangat penting dalam proses perkembangan anak-anak. Interaksi negatif dan tidak sehat di dalam keluarga seperti pelecehan dan penelantaran, kurangnya pengawasan, minat, dan perhatian, dapat mengakibatkan atau memperburuk kesulitan emosional yang ada dan/ atau kesulitan perilaku. Di sisi lain interaksi yang sehat seperti kehangatan dan responsif, disiplin konsisten dengan panutan, dan perilaku yang mengharapkan penghargaan dapat sangat meningkatkan perilaku positif pada proses tumbuh kembang pada anak-anak.

c. Faktor Sekolah

Guru memiliki pengaruh yang sangat besar dan vital dalam interaksi dengan siswa. Interaksi positif dan produktif guru-murid dapat meningkatkan pembelajaran siswa dan perilaku sekolah yang sesuai serta memberikan dukungan ketika siswa mengalami masa-masa sulit. Lingkungan akademik yang tidak sehat dengan guru yang tidak terampil atau tidak sensitif dapat menyebabkan atau memperburuk perilaku atau gangguan emosi yang sudah ada.

d. Faktor Masyarakat

Masalah masyarakat, seperti kemiskinan ekstrim disertai dengan gizi buruk, keluarga yang tidak berfungsi, berbahaya dan lingkungan yang penuh kekerasan, dan perasaan putus asa, dapat mengakibatkan atau memperburuk gangguan emosi atau perilaku pada penyandang. Kita tidak boleh melupakan contoh anak muda yang telah selamat dari situasi yang mengerikan dan tumbuh menjadi orang dewasa yang sehat. Kita belajar dari individual yang ulet ini bahwa lingkungan yang merugikan menjadi tak terhindarkan untuk

menyebabkan beberapa kesulitan emosional atau perilaku.

Beberapa gangguan perilaku atau emosional dapat dicegah dengan menghilangkan penyebab utama atau memperbaiki gejalanya. Sebagai contoh, mendidik wanita hamil untuk tidak minum untuk mencegah dampak perilaku sindrom alkohol janin. Di dalam kelas, guru dapat mengaplikasikan teknik-teknik pengelolaan perilaku masalah untuk mencegah supaya masalah yang ada tidak berkembang menjadi masalah serius. Sebagai sebuah masyarakat, strategi umum untuk mencegah gangguan emosi dan perilaku meliputi:

- a. Memberikan terapi individu dan keluarga
- b. Mengajarkan keluarga tentang cara-cara baru berinteraksi
- c. Mempromosikan dan memberikan pelatihan karakter pendidikan moral
- d. Mempromosikan kesehatan bayi dan anak-anak, dan
- e. Memberikan intervensi medis yang diperlukan.⁷¹

2. Faktor Penyebab Tunagrahita

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

- a. Faktor Keturunan
 - 1) Kelainan kromosom dapat dilihat dari bentuk dan nomornya. Dilihat dari bentuk dapat berupa inversi atau kelainan yang menyebabkan berubahnya urutan gen. *Delesi* (kegagalan *meiosis*), yaitu salah satu pasangan sel yang 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

⁷¹ Rohmawati, U. B. Peran Keluarga dalam Mengurangi Gangguan Emosional pada Anak Berkebutuhan Khusus. *Jurnal Pendidikan Islam*, 2(2), 108-127. (2017).

patah dan patahannya menempel pada kromosom lain.

- 2) Kelainan gen. Kelainan ini terjadi pada waktu imunisasi, tidak selamanya tampak dari luar namun tetap dalam tingkat genotif.
- 3) 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.

- 4) 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 dan penyakit lainnya.

- 5) 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 lazimnya disebabkan oleh kelahiran yang sulit sehingga memerlukan alat bantuan. Penggunaan sinar X atau radiasi selama bayi dalam kandungan juga mengakibatkan cacat mental seperti *microcephaly*.

- 6) 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

b. 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 dapat 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 dapat menjadi penyebab salah satu timbulnya gangguan.⁷²

E. Penanganan Dan Konseling Tunalaras & Tunagrahita

1. Tunagrahita

Baihaqi mengatakan otak dapat menumbuhkan koneksi yang baru dengan stimulus lingkungan, maka otak akan mempunyai konteks yang tebal, percabangan dendrit dan pertumbuhan spina yang lebih banyak serta tubuh sel yang lebih besar. Jadi semakin sering dilakukan rangsangan seperti contohnya dengan terapi bermain *puzzle* disekolah sekaligus dilingkungan rumah akan berpengaruh membantu meningkatkan perkembangan memori anak tunagrahita ringan.

Riyanti mengatakan bahwa untuk menyelidiki ingatan dapat digunakan metode rekonstruksi yaitu dimana metode ini menugaskan subjek untuk mengkonstruksi

⁷² Desinigrum, D. R. *Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus*. Yogyakarta: Psikosain. (2016).

kembali materi yang telah diberikan. Contohnya seperti bermain *puzzle*. *Puzzle* memiliki bermacam-macam jenis dan warna sehingga menarik minat anak untuk belajar dan meningkatkan daya ingat anak dalam proses belajar.

Puzzle juga bentuk permainan yang berorientasi dalam pemecahan masalah, namun tetap menyenangkan sebab bisa diulang-ulang. Tantangan dalam permainan ini akan selalu memberikan efek kegiatan yang menantang dan membuat anak berusaha untuk selalu mencoba dan terus mencoba hingga berhasil.⁷³ Berdasarkan hasil penelitian Yalon dkk, bahwa menangani anak dengan tunagrahita ringan dengan cara *Occupational Therapy*. Terapi ini bertujuan melatih gerak fungsional seluruh anggota tubuh, adapun latihannya meliputi gerak kasar dan halus. Teknik selanjutnya *Play Therapy* diberikan dengan menyesuaikan teknik dengan konsep tunagrahita, yaitu guru memberikan pembelajaran menggunakan pertunagrahitaan agar pembelajaran mudah diserap oleh anak. cara selanjutnya dengan *activity daily living* pendekatan ini adalah cara merawat diri, agar memberikan pengetahuan kepada anak tunagrahita tentang keterampilan sehari-hari agar dapat merawat diri sendiri tanpa bantuan orang lain, keterampilan *lifeskill* dapat memberikan kemampuan pada siswa tunagrahita agar menjadi bekal mereka dalam hidup di masyarakat.

Hal-hal ini juga menunjukkan bahwa keterkaitan antara olah raga ritmik dalam meningkatkan perkembangan sosial emosional anak tunagrahita dapat dilakukan dengan efektif. Permainan ini dirasa permainan yang tepat bagi anak tunagrahita yang dapat meningkatkan keterampilan sosial mereka sehingga mereka akan siap menghadapi kehidupan dalam lingkungan masyarakat.⁷⁴ Berdasarkan penelitian Piri, bahwa permainan ritmik memberikan pengaruh terhadap

⁷³ Sutinah. Terapi Bermain *Puzzle* Berpengaruh terhadap Kemampuan Memori Jangka Pendek Anak Tunagrahita. *Jurnal Endurance*, 4(3), 630-640. (2019).

⁷⁴ Cahyati, N. Permainan Ritmik bagi Perkembangan Sosial Emosional Anak Tunagrahita Ringan. *Jurnal Golden Age Universitas Hamzanwadi*, 3(2), 116-125. (2019).

perkembangan sosial anak tunagrahita, hasil penelitian menunjukkan bahwa permainan ritmik berpengaruh secara signifikan terhadap perkembangan sosial siswa yang tunagrahita, menerapkan permainan ritmik dalam 12 minggu (dua hari seminggu) mempengaruhi perkembangan sosial anak tunagrahita walaupun perubahan yang muncul tidak terlalu banyak tetapi permainan ini memberi pengaruh.

Selain itu menurut Chan, dengan kegiatan olahraga, kelenjar tubuh mulai mengeluarkan bahan kimia santai yang mengurangi hiperaktif, agresi dan depresi. Ray menjelaskan efek latihan fisik pada gangguan komunikasi siswa tunagrahita, kita dapat mengatakan bahwa kegiatan olahraga, selain untuk merangsang relaksasi, efektif untuk memperkuat otot lidah, mulut dan wajah. Efek ini secara langsung meningkatkan gangguan berbicara dan komunikasi, sehingga akan meningkatkan perkembangan sosial anak dalam berkomunikasi dengan masyarakat.

Selain itu Salehpoor mengatakan kegiatan olahraga meningkatkan kepercayaan diri dan komunikasi sosial serta mengurangi ketakutan dan kecemasan orang dan demikian meringankan gangguan komunikasi. Naghshiniyan mengatakan bahwa permainan ritmik membantu anak-anak ini menjauhi dunia mereka yang dingin dan mulai hubungan sosial.⁷⁵ Salah satu bentuk terapi yang dijalankan bagi anak tunagrahita yaitu melalui terapi sensori integrasi. Terapi sensori integrasi bertujuan untuk menimbulkan, meningkatkan atau memperbaiki tingkat kemandirian seseorang yang mengalami gangguan fisik maupun mental.

Beberapa hasil penelitian yang berkaitan dengan terapi sensori integrasi menunjukkan bahwa pelaksanaan terapi wicara, dan sensori integrasi hendaknya diberikan kepada anak sejak dini. Karena terapi wicara dan sensori integrasi pada anak terlambat berbicara mempunyai peran penting

⁷⁵ Cahyati, N. Permainan Ritmik bagi Perkembangan Sosial Emosional Anak Tunagrahita Ringan. *Jurnal Golden Age Universitas Hamzanwadi*, 3(2), 116-125. (2019).

dan sangat menentukan dalam proses perkembangan bahasa dan motorik anak selanjutnya.⁷⁶

Terapi permainan yang diperuntukkan bagi anak tunagrahita bukan sembarang permainan, tetapi permainan khusus yang memiliki muatan antara lain :

- a. Setiap permainan hendaknya memiliki nilai terapi yang berbeda,
- b. Sosok permainan yang diberikan tidak terlalu sukar untuk dicerna dan mudah dipahami anak tunagrahita.

Beberapa model latihan pendahuluan yang berfungsi sebagai pendukung dalam pengembangan kemampuan bahasa dan bicara anak tunagrahita antara lain sebagai berikut.

- a. Latihan pernafasan. Latihan ini dapat dilakukan dengan meniup perahu kecil dari kertas/ plastik yang diapungkan di air, meniup lilin pada jarak tertentu, meniup harmonika, meniup kincir dan kertas sampai berputar atau meniup gelembung balon dari busa dan kapas ke udara.
- b. Latihan otot bicara seperti lidah, bibir, dan rahangnya. Untuk latihan ini anak tunagrahita disuruh mengunyah, menelan, batuk-batuk, atau menggerakkan bibirnya, lidah dan rahangnya, latihan ini juga dapat diakali dengan menggunakan permen yang dikunyah dan dipindah-pindahkan.
- c. Latihan pita suara. latihan ini diusahakan untuk menyebutkan nama-nama benda yang ada disekitar dengan menggunakan kata lembaga, yaitu daftar kata yang disusun sesuai dengan tingkat kesulitan konsonan tertentu, dapat dipadukan pula pada peniruan suara macam-macam binatang dan benda-benda lain

⁷⁶ Komariah, F. Program Terapi Sensori Integrasi bagi Anak Tunagrahita di Yayasan Miftahul Qulub. *Journal of Disability Studies*, 5(1), 46-72. (2018).

disekitarnya sebagai improvisasinya. Seperti suara kucing, anjing, bebek ayam dan lain-lain.⁷⁷

2. Tunalaras

Secara umum, bahwa anak berkebutuhan khusus juga dapat disembuhkan melalui terapi Al-Qur'an. Terapi Al-Qur'an adalah obat bagi semua penyakit termasuk gangguan perilaku karena makna yang terdapat di dalam Al-Qur'an menjadi tuntunan kehidupan bagi umat manusia termasuk bagi para penyandang. Program terapi Al-Qur'an ini sendiri dapat dilakukan siswa yang dibimbing oleh guru agama membaca Al-Qur'an diawali dengan juz ke -30 sampai benar dan kemudian dilanjutkan dengan juz lainnya yang terdapat dalam Al-Qur'an.

Program terapi Al-Qur'an ini dapat berupa pembinaan dan pendampingan secara intensif kepada siswa khususnya siswa tunalaras. Program juga dapat disisipi dengan konsep sharing mengenai makna yang terdapat di dalam ayat-ayat Al-Qur'an yang dibaca. Bagi siswa tunalaras yang belum bisa membaca agar terus diupayakan dan didampingi agar mampu membaca dengan tartil. Terapi ini merupakan cara tepat yang dapat membantu siswa tunalaras untuk merubah perilaku. Nilai-nilai yang terdapat dalam Al-Qur'an merupakan bagian dari kajian yang menjadi bimbingan dalam terapi ini dan dapat dikembangkan lebih jauh.⁷⁸

Salah satu bentuk terapi yang dapat digunakan dalam memberikan relaksasi pada anak dengan gangguan emosi adalah dengan terapi musik dan mendengarkan murrotal Al-Qur'an, karena dengan adanya menciptakan suasana yang menyenangkan, juga diketahui dapat mempengaruhi proses emosional, akademik, dan interaksi sosial. Terapi musik ini menjelaskan bahwa penerapan musik sejenis mozart dapat

⁷⁷ Efendi, M. *Pengantar Psikopedagogik Anak Bekelainan*. Jakarta: PT Bumi Aksara. (2006).

⁷⁸ Kusmawati, A., Hadi, C., & Putra, B. A. Terapi Al-Quran pada Siswa Tunalaras. *Jurnal Sains Sosial dan Humaniora*, 2(1), 55-67. (2018).

menurunkan frekuensi kesulitan berperilaku dan meningkatkan kognitif pada siswa sekolah dasar. Selain terapi musik mozart adapula sejenis seperti terapi alqur'an yang dapat dijadikan alternatif yang aman dan terbukti lebih efektif.⁷⁹

F. Penelitian Tema Tunalaras & Tunagrahita

1. Crider, H., Malhotra, K., & Singh, G. (2018). *Aggression and Conduct Disorder in Young Children. A Case Report. Journal of Biosciences and Medicines*, 2018, 6, 57-61.

Penelitian yang dilakukan oleh Crider dkk (2018) mengungkap bagaimana mendiagnosis *Childhood Onset Conduct Disorder* yang disertai dengan *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD). Untuk mendiagnosis *Childhood Onset Conduct Disorder*, setidaknya individu menunjukkan satu gejala gangguan perilaku sebelum ia berusia 10 tahun.

Dari penelitian ini juga yang menjadi penyebab anak memiliki gangguan perilaku dikarenakan kurangnya perhatian dan kasih sayang oleh ibu kandungnya yang merupakan orangtua tunggal. Anak-anak menunjukkan perilaku mengganggu sejak masa kanak-kanak, biasanya sebagai perilaku negatif, bermusuhan, dan menantang yang mirip dengan gangguan menentang oposisi. Ketika anak mulai beranjak dewasa terdapat peningkatan perilaku yang lebih seperti berbohong, berkelahi, dan mencuri, pendendam.

Selain itu yang menariknya adalah di dalam penelitian dapat menambah pengetahuan dimana sebelumnya Kejadian CD tidak berhubungan dengan kelas sosial ekonomi. Namun penelitian ini telah menunjukkan bahwa anak-anak dengan *Childhood Onset Conduct Disorder* memang memiliki faktor sosial berikut: kemiskinan, status sosial ekonomi yang lebih

⁷⁹ Padila, Setiawati, Inayah, L., Mediani, H. S., & Suryaningsi, C. Emosi dan Hubungan Antar Sebaya pada Anak Tunalaras Usia Sekolah Antara Terapi Musik Klasik (Mozart) dan Murrotal (Surah Ar-Rahman). *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 752-762. (2020).

rendah, pendidikan yang buruk, peningkatan kriminalitas pada orang tua, penggunaan zat pada orang tua, penurunan dukungan masyarakat, prestasi sekolah yang buruk atau struktur keluarga yang buruk.

2. **Sarkhel, S dkk. (2006). Prevalence of Conduct Disorder in Schoolchildren of Kanke. *Indian Journal Of Psychiatry*, 48, 159-164.**

Penelitian ini membahas tentang 4 kategori utama bentuk perilaku yang dilakukan anak dengan penyandang tunalaras (*Conduct Disorder*). Adapun bentuk perilaku tersebut adalah agresi terhadap manusia dan hewan, perusakan property, penipuan atau pencurian dan pelanggaran serius terhadap aturan. Diagnosa mulai ditegakkan ketika terdapat 3 kriteria yang muncul selama 1 tahun terakhir, setidaknya 1 kriteria dalam 6 bulan terakhir. Gangguan dalam perilaku harus menyebabkan kerusakan yang signifikan secara klinis dalam fungsi sosial, akademik, atau pekerjaan. Jika individu berusia 18 tahun atau lebih, kriteria gangguan kepribadian antisosial tidak boleh terpenuhi.

3. **Tappeh, H dkk (2010). Prevalence Of Intestinal Parasitic Infections Among Mentally Disabled Children and Adults of Urmia, Iran. *Iranian J Parasitol*, 5, No. 2, 60-64.**

Penelitian ini mengulas hal yang umum mengenai prevalensi infeksi parasit usus pada pasien retardasi mental di Urmia, Iran. Retardasi mental adalah gangguan perkembangan *inteligensi*, disebabkan oleh gangguan sejak di kandungan sampai masa perkembangan dini sekitar lima tahun. Infeksi akibat parasit tersebut menyerang sistem pencernaan dan mempengaruhi fungsi otak sehingga anak akan mengalami hambatan pada perkembangannya. Hal yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi parasit usus pada pasien dengan meningkatkan pembinaan, perawatan dan menciptakan suatu keadaan yang baik di bidang kesehatan. Suatu hal yang penting bagi penyandang

disabilitas agar selalu mendapat sosialisasi serta kontrol dalam kesehatan agar dapat melindungi diri dari infeksi parasit.

4. Jain, M. (2009). Oral Health Status of Mentally Disabled Subjects in India. *Journal of Oral Science*, 51, No. 3, 333-340.

Penelitian ini membahas tentang status kesehatan mulut dan hubungannya dengan berbagai variabel sosio-demografi seperti usia, jenis kelamin, pendidikan orang tua, pendapatan dan klinis pada anak penyandang difabel. Anak dengan penyandang keterbelakangan mental biasanya berada pada status pendidikan dan IQ yang rendah. Rata-rata sebagian besar anak-anak dengan retardasi mental memiliki masalah dalam kesehatan mulut. Menurut penulis hal yang dapat dilakukan oleh orang tua agar kesehatan mulut anak lebih baik dan terjaga ialah dengan cara mengkonsumsi makanan yang sehat dan tidak menyebabkan gigi berlubang, sariawan, bau mulut dan sakit gigi.

Referensi

- Cahyati, N. 2019. *Permainan Ritmik bagi Perkembangan Sosial Emosional Anak Tunagrahita Ringan*. Jurnal Golden Age Universitas Hamzanwadi, 3(2), 116-125.
- Crider, H., Malhotra, K., & Singh, G. 2018. *Aggression and Conduct Disorder in Young Children. A Case Report*. Journal of Biosciences and Medicines, 6, 57-61.
- Desinigrum, D. R. 2016. *Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus*. Yogyakarta: Psikosain.
- Efendi, M. 2006. *Pengantar Psikopedagogik Anak Bekelainan*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Jain, M., Mathur, A., Sawla, L., Choudhary, G., Kabra, K., Duraiswamy, P., et al. 2009. *Oral Health Status of*

- Mentally Disabled Subjects in India*. Journal of Oral Science, 51(3), 333-340.
- Komariah, F. 2018. *Program Terapi Sensori Integrasi bagi Anak Tunagrahita di Yayasan Miftahul Qulub*. Journal of Disability Studies, 5(1), 46-72.
- Kusmawati, A., Hadi, C., & Putra, B. A. 2018. *Terapi Al-Quran pada Siswa Tunalaras*. Jurnal Sains Sosial dan Humaniora, 2(1), 55-67.
- Mahabbati, A. 2014. *Pola Perilaku Bermasalah dan Rancangan Interpensi pada Anak Tunalaras Tipe Gangguan Perilaku (Conduct Disorder) Berdasarkan Functional Behavior Assesment*. Dinamika Pendidikan, 21(1), 1-21.
- Padila, Setiawati, Inayah, L., Mediani, H. S., & Suryanigsi, C. 2020. *Emosi dan Hubungan Antar Sebaya pada Anak Tunalaras Usia Sekolah Antara Terapi Musik Klasik (Mozart) dan Murrotal (Surah Ar-Rahman)*. Jurnal Keperawatan Silampari, 3(2), 752-762.
- Rini, I. R. 2010. *Mengenalinya Gejala dan Penyebab dari Conduct Disorder*. Psycho Idea, 8(1), 1-17.
- Rohmawati, U. B. 2017. *Peran Keluarga dalam Mengurangi Gangguan Emosional pada Anak Berkebutuhan Khusus*. Jurnal Pendidikan Islam, 2(2), 108-127.
- Sarkhel, S., Sinha, V. K., Arora, M., & DeSarkar, P. 2006. *Prevalence of Conduct Disorder in Schoolchildren of Kanke*. Indian Journal of Psychiatry, 48(3), 159-164.
- Sunarya, P. B., Irvan, M., & Dewi, D. P. 2018. *Kajian Penanganan Terhadap Anak Berkebutuhan Khusus*. Abadimas Adi Buana, 2(1), 11-19.
- Sutinah. 2019. *Terapi Bermain Puzzle Berpengaruh terhadap Kemampuan Memori Jangka Pendek Anak Tunagrahita*. Jurnal Endurance, 4(3), 630-640.

Tappeh, H., Mohammadzadeh, Rahim, N., Barazesh, Khashaveh, & Taherkhani. 2010. *Prevalence of Intestinal Parasitic Infections among Mentally Disabled Children and Adults of Urmia, Iran*: Iranian J Parasitol, 5(2), 60-64.

BAGIAN 7

DOWN SYNDROME

“Jangan pernah mengeluh atas kekuranganmu karena kekurangan mengingatkanmu untuk terus mencari kekuatan yang ada dalam dirimu”

A. Pengertian *Down Syndrome*

Salah satu pengertian menurut Sulastowo mendefinisikan *Down Syndrome* atau sindrom down ialah kelainan kromosom, yaitu terbentuknya kromosom 21 (trisomy 21) akibat kegagalan sepasang kromosom untuk saling memisahkan diri saat terjadi pembelahan. *Down Syndrome* pertama kali dikenal oleh Dr. John Longdon Down pada tahun 1866, karena ciri-cirinya yang unik, contohnya tinggi badan yang relatif pendek, kepala mengecil, hidung yang datar menyerupai orang Mongolia, Amerika dan Eropa. Gangguan yang juga termasuk dalam kondisi cacat sejak lahir seperti retardasi mental, perbedaan fisik tertentu seperti bentuk wajah yang sedikit datar dan meningkatnya beberapa resiko pada kondisi medis termasuk gangguan hati, cacat yang berhubungan dengan usus dan kerusakan visual atau pendengaran.⁸⁰

Definisi lain dari Batshaw tentang anak *Down Syndrome* merupakan salah satu anak berkebutuhan khusus yang mana merupakan suatu kondisi keterbelakangan perkembangan fisik dan mental pada anak yang disebabkan adanya abnormalitas perkembangan kromosom, disertai dengan pada umumnya mempunyai kelainan yang lebih dibandingkan anak cacat lainnya, terutama intelegensinya.⁸¹ Pada saat ini *Down Syndrome* merupakan cacat (abnormalitas) kelahiran yang paling banyak dijumpai dengan frekuensi satu dalam 600 kelahiran hidup,

⁸⁰ Rina, A. P. Meningkatkan Life Skill pada Anak Down Syndrome dengan Teknik Modelling. *Persona, Jurnal Psikologi Indonesia*, 5(03), 215-225. (2016, September).

⁸¹ Mirawati, Trisnawati, & Arsyad, K. Distribusi Jumlah Anak Dengan Down Syndrome Pada Dua Kelompok Usia Ibu di Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Palembang Tahun 2012. *Syifa Medika*, 3. (2013, Maret).

akan tetapi hal ini tidak tergantung dari bangsa, kedudukan, atau keadaan sosial orang tua.⁸²

Sindrom Down adalah suatu kelainan genetik dibawah sejak bayi lahir, terjadi ketika saat masa emberio (cikal bakal bayi) disebabkan kesalahan dalam pembelaan sel yang disebut “nondisjunction” emberio yang biasanya menghasilkan dua salinan kromosom 21, pada kelainan sindrom down menghasilkan salinan 3 kromosom 21 akibatnya bayi memiliki 47 kromosom bukan 46 kromosom seperti lazimnya.⁸³

B. Karakteristik *Down Syndrome*

Anak *Syndrom Down* dapat dikenali dari karakteristik fisiknya. Beberapa karakteristik fisik khusus, meliputi:⁸⁴

1. Bentuk kepala yang relatif lebih kecil dibandingkan dengan orang normal (*microcephaly*) dengan area datar di bagian tengkuk
2. Ubun-ubun berukuran lebih besar dan menutup lebih lambat (rata-rata usia 2 tahun).
3. Bentuk mata sipit dengan sudut bagian tengah membentuk lipatan (*epicanthal folds*).
4. Bentuk mulut yang kecil dengan lidah besar (*macroglossia*) sehingga tampak menonjol keluar.
5. Saluran telinga bisa lebih kecil sehingga mudah buntu dan dapat menyebabkan gangguan pendengaran jika tidak diterapi.
6. Garis telapak tangan yang melintang lurus/horizontal (*simiancrease*)
7. Penurunan tonus otot (*hypotonia*)
8. Jembatan hidung datar (*depressed nasal bridge*), cuping hidung dan.
9. Daggu kecil (*micrognatia*)

⁸²Marta, R. Penanganan Kognitif Down Syndrome Melalui Metode Puzzle Pada Anak Usia Dini. *Jurnal Obsesi*, 1(1), 32-41. (2017)

⁸³ Wardah. *Antara Fakta dan Harapan Sindrom Down*. Jakarta Selatan. (2019)

⁸⁴ Irwanto, Henry, W., Aini, A., & Samosir Sunny, M. *A-Z Sindrom Down*. Surabaya. (2019)

10. Gigi geligi kecil (*microdontia*), muncul lebih lambat dalam urutan yang tidak sebagaimana mestinya.
11. Spot putih di iris mata (*brushfield spots*)



Gambar 1. Visual anak penyandang Down Syndrome

C. Jenis-Jenis *Down Syndrome*

Adapun berbagai jenis *Down Syndrome* dapat dilihat pada pembahasan dibawah ini :

1. Trisomi 21

Ini adalah tipe paling umum dari *syndrome down* yang terjadi ketika ada tiga kromosom nomor 21 yang ada di setiap sel tubuh. Alih-alih 46 kromosom yang biasa, seseorang dengan *syndrome down* memiliki 47. Ini adalah materi genetik tambahan yang mengubah jalannya perkembangan dan menyebabkan karakteristik yang terkait dengan *Down Syndrome*. Jenis *syndrome down* ini paling banyak ditemui dengan persentase kasus mencapai 95%.

2. Translokasi

Dalam translokasi, bagian dari kromosom 21 berdiam selama pembelahan sel dan menempel di kromosom lain, biasanya kromosom 14. Sementara jumlah total kromosom dalam sel tetap 46, kehadiran bagian tambahan kromosom 21 menyebabkan karakteristik *syndrome down*. Sindrom jenis translokasi menyumbang 4 persen dari semua kasus *syndrome down*.

3. Mosaik

Setiap sel dalam tubuh manusia berasal dari satu sel awal telur yang dibuahi yang biasa disebut zigot. Setelah pembuahan, zigot kemudian mulai membelah. Ketika sel-sel baru terbentuk, kromosom menggandakan diri sehingga sel-sel yang dihasilkan memiliki jumlah kromosom yang sama dengan sel aslinya. Kadang-kadang kesalahan terjadi dan satu sel berakhir dengan jumlah kromosom yang berbeda. Ketika seseorang memiliki lebih dari satu jenis riasan kromosom, itu disebut mosaikisme, seperti gaya seni mosaik di mana gambar terdiri dari berbagai warna ubin. Pada *syndrome down*, mosaikisme berarti beberapa sel tubuh memiliki trisomi 21, dan sebagian lainnya memiliki jumlah kromosom yang khas.⁸⁵

D. Faktor Penyebab *Down Syndrome*

1. Faktor Genetik

Pada penelitian ini diartikan apakah terdapat riwayat penyakit atau kelainan yang sama pada keluarga ibu atau ayah. Hasil penelitian menunjukkan 6 orang (18%) dari 33 siswa *Down Syndrome*, terdapat riwayat keturunan pada keluarga yang memiliki anak *Down Syndrome*.

2. Faktor Biologis

Menurut Jerome Lejuene penelitian yang dilakukan oleh, seorang ahli genetik Prancis, bahwa anak yang mongoloid memiliki 47 kromosom daripada 46 kromosom yang dimiliki orang normal. 0,5 sampai dengan 1% ditemukan adanya penyimpangan kromosom pada kelahiran bayi yang diidentikkan dengan retardasi mental, infertilitas, dan penyimpangan yang multiple. Salah satu dari penyimpangan tersebut adalah trisomy-21, yang menyebabkan *Down Syndrome* karena adanya *malformation* dari *nervous central* sehingga mempengaruhi perkembangan.

⁸⁵ Marta, R. Penanganan Kognitif Down Syndrome Melalui Metode Puzzle Pada Anak Usia Dini. *Jurnal Obsesi*, 1(1), 32-41.(2017)

Birth injuries dan komplikasi dapat menyebabkan retardasi. Salah satunya adalah *Anoxia*, yaitu kekurangan *supply oksigen*. Adanya *malnutrisi* dalam perkembangan kognitif sangat berbahaya, yaitu lima bulan sebelum kelahiran dan sepuluh bulan setelah kelahiran.

3. Faktor Hereditas dan *Cultural Family*

Adanya penelitian yang dilakukan oleh Herber dengan meneliti 88 ibu dengan kelas ekonomi rendah dan 586 anak dengan komposisi yaitu setengah dari sample ibu itu memiliki IQ dibawah 80 dan setengahnya lagi memiliki IQ diatas 80. Ternyata dari hasil penelitian membuktikan bahwa anak yang memiliki ibu dengan IQ dibawah 80, memiliki penurunan IQ selama memasuki masa sekolah 1-2% dari populasi yang memiliki retardasi mental akan menghasilkan 36% generasi retardasi mental pada periode selanjutnya. Sedangkan populasi secara keseluruhan yaitu 98-99% akan menghasilkan 64% anak yang retardasi mental.⁸⁶

4. Korelasi Usia ibu dengan Faktor Genetik

Dari 6 orang anak *Down Syndrome* yang bersekolah di YPAC Palembang, 2 orang anak memiliki riwayat keturunan dari keluarga ayah sedangkan 4 orang anak dari keluarga ibu. Satu orang dari 4 orang yang memiliki riwayat keturunan *Down Syndrome* dari keluarga ibu diketahui selain didapatkan faktor genetik, anak tersebut juga kemungkinan terpapar oleh adanya faktor lingkungan karena dari hasil wawancara diketahui saat hamil ibunya mengalami demam akibat infeksi virus Rubela. Sehingga faktor tersebut kemungkinan dapat memperparah faktor resiko terjadinya *Down Syndrome*.

⁸⁶ Rina, A. P Meningkatkan Life Skill pada Anak Down Syndrome dengan Teknik Modelling. *Persona, Jurnal Psikologi Indonesia*, 5(03), 215-225. (2016)

5. Korelasi Usia Ibu dengan Faktor Infeksi Saat Kehamilan

Korelasi kelompok usia ibu dengan faktor infeksi saat kehamilan berlangsung di dapatkan tiga orang ibu yang berasal dari kelompok ibu yang berusia <35 tahun. Ketiga ibu yang memiliki anak *Down Syndrome* diketahui dari hasil wawancara bahwa ibu tersebut menderita influenza 2 orang dan 1 orang terinfeksi *Rubela*. Pada penelitian ini peneliti tidak melakukan uji laboratorium karena data yang di dapat melalui wawancara pada ibu mengenai riwayat kehamilan saat mengandung anak yang bersekolah di YPAC, namun hal tersebut sesuai dengan teori menurut Langman bahwa virus *Rubela* merupakan salah satu agen infeksi yang bersifat teratogen lingkungan yang dapat mempengaruhi embriogenesis dan mutasi gen sehingga menyebabkan perubahan jumlah maupun struktur kromosom yang mengakibatkan kecacatan seperti *Down Syndrome*.

6. Korelasi Jumlah Anak dengan Usia Ibu

Data penelitian dari jumlah anak yang dimiliki oleh kelompok ibu dengan usia < 35 tahun yang memiliki 1 anak sebanyak 7 orang, memiliki 2 orang anak sebanyak 4 orang, 3 orang anak dari 4 orang ibu dan yang memiliki >3 orang anak sebanyak 4 orang ibu. Sedangkan ibu yang berusia ≥ 35 tahun tidak ada yang memiliki anak tunggal, memiliki 2 orang anak sebanyak 4 orang ibu, 3 orang anak dari 4 orang ibu serta yang memiliki >3 orang anak sebanyak 6 orang ibu.

7. Korelasi IQ Anak dengan Usia Ibu

Dari hasil penelitian diperoleh tingkatan IQ anak *Down Syndrome* didapatkan 1 orang dengan mental retardasi ringan pada kelompok usia ibu ≥ 35 tahun, 19 orang dari kelompok ibu <35 tahun, 12 orang dari kelompok usia ibu ≥ 35 tahun yang merupakan retardasi sedang serta satu orang untuk retardasi mental berat pada kelompok usia ibu <35 tahun. Anak *Down Syndrome* dengan IQ retardasi berat dilahirkan dari ayah dan ibu yang berusia <35 tahun yaitu 28 tahun dan

24 tahun. Dari hasil wawancara kepada ibu saat hamil anak *Down Syndrome* tersebut tidak didapatkan faktor-faktor pendukung lain terjadinya *Down Syndrome*.

Hasil penelitian diperoleh usia ibu saat hamil dan usia ayah yang berusia <35 tahun yang memiliki anak *Down Syndrome* sebanyak 17 orang, sedangkan usia ayah yang ≥ 35 tahun sebanyak 3 orang. Dari data tersebut terlihat bahwa anak penderita *Down Syndrome* yang paling banyak memiliki usia kedua orang tua dengan usia <35 tahun (19-33 tahun). Hal ini tidak sama dengan teori yang menyatakan bahwa ibu dengan usia ≥ 35 tahun berpeluang memiliki anak *Down Syndrome*.⁸⁷

8. Faktor Asupan Obat Saat Kehamilan

Terdapat keanekaragaman pola perkembangan pada anak *Down Syndrome*. pola perkembangan fisiknya dapat berkisar dari anak yang sangat pendek sampai yang tinggi diatas rata-rata. dari anak yang beratnya kurang sampai yang obesitas. demikian pula dengan kemampuan intelektual anak, yaitu dari emosinya yang juga bervariasi sangat luas. seorang anak dengan *Down Syndrome* dapat lemah dan tidak aktif. sedangkan yang lainnya agresif dan hiperaktif⁸⁸

E. Penanganan Dan Konseling *Down Syndrome*

1. Terapi Okupasi

Menurut Kusnanto terapi okupasi adalah usaha penyembuhan terhadap seorang yang mengalami kelainan mental, fisik dengan jalan memberikan suatu keaktifan kerja, dimana keaktifan tersebut untuk mengurangi rasa penderitaan yang dialami oleh penderita. Nurjatmika menjelaskan bahwa tujuan dari terapi okupasi adalah

⁸⁷ Mirawati, Trisnawati, & Arsyad, K Distribusi Jumlah Anak Dengan Down Syndrome Pada Dua Kelompok Usia Ibu di Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Palembang Tahun 2012. *Syifa Medika*, 3 (2013)

⁸⁸ Rahma, M. S., & Indrawati, E. S. Pengalaman Pengasuhan Anak Down Syndrome (Studi Kualitatif Fenomenologis Pada Ibu Yang Bekerja). *Jurnal Empati*, 7(3), 223-232. (2017)

mengembalikan fungsi fisik serta motorik baik motorik halus maupun motorik kasar, mental, sosial, dan emosi. Dengan mengembangkannya seoptimal mungkin serta memelihara fungsi yang masih baik dan mengarahkannya sesuai dengan keadaan individu agar dapat hidup yang layak dimasyarakat. Proses/pelaksanaan terapi okupasi adalah suatu proses dimana terapi okupasi menangani anak berkebutuhan khusus secara langsung, mulai dari awal sampai akhir.⁸⁹

Pelaksanaan terapi okupasi yang berhubungan dengan fisik akan menggunakan pendekatan rehabilitasi. Pendekatan rehabilitasi sangat cocok untuk individu yang mempunyai gangguan fisik, baik yang temporer atau permanen. Dalam proses/pelaksanaan terapi okupasi setelah diassessment adalah referral, analisa data, menentukan tujuan, seleksisasaran utama, seleksi metode, pelaksanaan program, re-evaluasi anak dan program, revisi program, dan padetri.

Menurut Suyadi menjelaskan tentang perkembangan motorik halus anak adalah perkembangan jasmaniah melalui kegiatan saraf pusat, urat saraf, dan otot yang terordinasi. Gerak tersebut berasal dari perkembangan refleks dan kegiatan yang telah ada sejak lahir. Sehingga motorik merupakan suatu proses pergerakan yang konsisten atau sesuai dengan perkembangan sejak anak lahir.

Proses terapi okupasi diantaranya:

a. Persiapan

Menurut penjelasan Intan dalam persiapan paling awal, pengelola IFA memberikan sosialisasi jenias-jenis terapi, yang salah satunya adalah terapi okupasi. Penggambaran yang diberikan terapis bahwa terapi okupasi memfasilitasi anak dalam mengembangkan aspek perkembangan motorik yang masih terhambat, terapi di *setting* untuk anak-anak benar-benar mandiri,

⁸⁹ Khasana, U. Penguanaaan Terapi Okupasi Untuk Pengembangan Motorik Halus Anak Down Syndrome. *Khasana Ubaidillah*, 13(1), 2548-5385.(2018)

terapis hanya memfasilitasi. Selanjutnya proses terapi diawali dengan identifikasi anak-anak untuk dimasukkan dalam kategori terapi yang sesuai. Persiapan lain dalam pelaksanaan terapi okupasi pada anak *Down Syndrome* adalah terkait sarana dan prasarana yang dibutuhkan selama terapi.

b. Pelaksanaan

Intan menjelaskan setelah anak sudah melaksanakan pemeriksaan intensif ke dokter dan sudah mendapat rekomendasi dokter untuk jenis terapi yang dibutuhkannya, kemudian di tes kembali oleh terapis yang elanjutnya dipilihkan terapi yang sesuai salah satu diantaranya menggunakan terapi okupasi untuk mendukung pertumbuhan anak *Down Syndrome*.

c. Evaluasi

Pelaksanaan evaluasi program terapi dilaksanakan setiap 3 bulan sekali. Biasanya orang tua diajak diskusi terkait perkembangan anak secara detail mengenai apa saja perkembangan yang sudah didapatkan, apasaja masalah yang dihadapi selama terapi. Selain itu, pelaksanaan evaluasi juga dilengkapi dengan pemberian catatan terstruktur dari terapis tentang detail informasi tentang perkembangan yang sudah dicapai anak selama terapi okupasi. Tindak lanjut setelah evaluasi adalah meneruskan materi, namun semisal perkembangan anak belum tercapai diulangi dulu.⁹⁰

2. Terapi wicara

Menurut Desliyane Terapi wicara ini berfungsi untuk menangani dan melatih anak terampil dalam menggunakan sistem encoding yaitu berupa kemampuan organ untuk berbicara, ekspresi wajah serta mampu menggerakkan

⁹⁰ Khasana, U. Penguanaan Terapi Okupasi Untuk Pengembangan Motorik Halus Anak Down Syndrome. *Khasana Ubaidillah*, 13(1), 2548-5385.(2018)

anggota tubuh yang lain. Menurut Kurniawati, Alimin dan Asri menjelaskan terapi wicara di rumah juga bisa dilakukan dengan cara membiasakan berbicara menggunakan lafal yang jelas. Seperti “makan” bukan “emam”. Cara yang bisa dilakukan yaitu dengan selalu mengajak anak untuk berinteraksi dan berkomunikasi menggunakan intonasi dan artikulasi yang jelas.

Leli menjelaskan dengan dilakukannya terapi wicara menggunakan metode intervensi, terdapat perubahan dalam kemampuan berbicara anak. Perubahan ini berupa anak mampu mengucapkan kata-kata dan kalimat yang tidak utuh namun sudah bisa memahami perintah-perintah sederhana.⁹¹

3. Terapi fisik

Menurut Wiyani menjelaskan bahwa terapi fisik yang dapat digunakan adalah dengan terapi *treadmill*, yaitu dengan cara melatih ibu, pengasuh, dan pendidik PAUD anak yang mengalami gangguan *Down Syndrome (DS)*. Mereka dilatihcara tepat untuk melatih anak DS. Agar dapat berjalan dan dapat melatih keterampilan motoriknya. Proses terapi fisik dapat dilakukan dengan gerakan tari atau melakukan olahraga bersama dengan anak yang memiliki gangguan *Down Syndrome* lain agar terlatih keterampilan motoriknya. Kegiatan fungsional tersebut dapat berupa bermain lempar tangkap bola, berlari, menendang bola. Hal ini secara tidak langsung juga akan membangun karakter anak. Mereka yang merasa mampu melakukannya akan semakin percaya diri sehingga mereka tidak canggung lagi untuk bermain dengan teman sebaya lainnya.⁹²

4. Terapi kolase

Muharrar dan Vera Yanti berpendapat kolase merupakan karya seni yang dibuat dengan cara merekatkan

⁹¹ Siron, Y., Firliyani, N., & Chairunisa, S. R. Bagaimana Keterlibatan Orang Tua Dalam Terapi Wicara Anak Down Syndrome ? *Paudia*, 09(2), 25-39.(2020)

⁹² Rohmadheny, P. S. Studi Kasus Anak Down Syndrome Case Study Of Down Syndrome Child. *Jurnal Care Edisi Khusus Temu Ilmiah*, 03(3).(2016)

atau menempel bahan-bahan tertentu untuk menghias kertas putih atau berwarna. Hasana dan Ichsan menjelaskan bahwa bahan kolase terbagi menjadi tiga macam, yaitu: yang pertama bahan-bahan alam (daun, ranting, bunga kering, kerang, dan batu-batuan), ke dua bahan-bahan olahan (plastik, serat sintesis, logam, karet), dan ketiga bahan-bahan bekas (majalah bekas, tutup botol, bungkus permen, coklat, dan lain-lain).⁹³ Adapun proses terapi kolase ialah sebagai berikut:

a. Tahap Persiapan

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini terdiri dari observasi, wawancara dan perlakuan. Pada proses observasi, peneliti menggunakan tes perbuatan yang dimaksudkan untuk mengetahui tingkat keterampilan menggunakan motorik halus menggunakan jari tangannya. Tes ini diperuntukkan pada tahap awal dan tahap akhir penelitian.

b. Tahap Kedua Pelaksanaan atau *Treatment*

Tahapan selanjutnya melakukan wawancara, sehingga kegiatan wawancara dilaksanakan sebelum dilaksanakan intervensi dan sesudah intervensi.

c. Tahap Evaluasi.

Tahapan terakhir berupa perlakuan, sehingga perlakuan merupakan kegiatan yang bertujuan untuk menilai suatu tindakan terhadap tingkah laku individu tentang ada tidaknya pengaruh treatment yang diberikan atau penilaian terhadap pengaruh dari treatment yang dilaksanakan dibandingkan dengan tindakan lain.

⁹³ Irmayani, R. C., Jannah, N., & Fajriani. Penerapan Terapi Seni Visual (kolase) Dalam Meningkatkan Keterampilan Motorik Anak Pada Anak Down Syndrome. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Bimbingan Dan Konseling*, 5(2), 9-21. (2020)

F. Penelitian Berkaitan dengan Tema *Down Syndrome*

1. Irving Claire, Baslou Anna, Richmond Sam, Burn John, dan Wren Cristhoper. (2008). *Twenty-year trends in prevalence and survival of Down Syndrome. European Journal of Human Genetics*, 5.

Penelitian yang dilakukan oleh Claire dkk bertujuan untuk mengetahui bagaimana kehidupan anak penyandang *Down Syndrome* pada awal 1 tahun kehidupannya. Salah satu faktor usia yang dilihat dari penelitian ini ialah ibu yang melahirkan anak pertama di usia 35 tahun. Hal ini menjadi suatu hal yang sangat penting untuk diperhatikan bahwa anak yang terlahir *Down Syndrome* sangat rentan dan beresiko. Menurut penulis berbagai resiko tersebut terhambatnya perkembangan sepanjang kehidupan dan sulitnya anak tersebut dalam menjalankann tugas perkembangannya.

2. Cunningham, J.C. (1996). *Families of children with Down Syndrome Professor Cliff C. Cuninggham School of Health Liverpool John Moores University 79 Tithebarn Street Liverpool L2 2ER U.K Professor Cliff C. Cunningham, School of Health, Liverpool John Moores University, 79 Tithebarn Street, Liverpool, L2 2ER. English*, 4, 9.

Penelitian yang dilakukan oleh seorang Professor yang bernama Cliff C. Cuninggham ini menyajikan sebuah hasil tentang anak *Down Syndrome* yang dilakukannya secara longitudinal. Menurut hasil penelitiannya faktor utama yang memengaruhi kesejahteraan hidup anak penyandang *Down Syndrome* tidak jauh berbeda dengan kebutuhan anak-anak normal lainnya. akan tetapi anak *Down Syndrome* lebih rentan dan sangat beresiko terkena penyakit penyerta lainnya seperti TBC, gagal jantung, dan infeksi-infeksi virus lainnya.

3. **Bull M.J., MD.(2018). Improvement of Outcomes for Children with Down Syndrome** *The Journal of pediatrics*, 193, 10.

Penelitian ini tentang perawatan untuk anak-anak *Down Syndrome* yang dianggap sangat penting. Pengawasan kesehatan untuk anak membantu para dokter anak memberikan perawatan panjang untuk anak-anak *Down Syndrome*. Perkembangan bicara dan bahasa sangat penting untuk perkembangan setiap anak dan memberikan untuk berinteraksi sosial dan pembelajaran. Gangguan pendengaran sangat umum terjadi pada anak-anak *Down Syndrome* anak-anak *Down Syndrome* rentan dan beresiko terkena penyakit seperti Cacat jantung. singkatnya, anak-anak penyandang *Down Syndrome* itu lebih rentan dan sangat beresiko terkena penyakit .

4. **Pueschel S.M, Gallaghe P.L, Zartler A.S, Pezzullo J.C. (1987). Cognitive and learning processes in children with Down Syndrome.** *Research in Developmental Disabilities* 8, 21-37.

Penelitian ini diteliti oleh Siegfried M.Pueschel Patricia L dan kawan-kawannya. Tujuan utama dari penelitian ini ialah untuk mempelajari proses kognitif dan pembelajaran pada anak-anak dengan *Down Syndrome*. yang diperoleh dari anak-anak dengan *Down Syndrome* dibandingkan dengan anak laki-laki dan anak-anak perempuan. Namun, tidak ada perbedaan yang signifikan mengenai hasil dari Skala Pemrosesan tahapan yang dibandingkan dengan Skala Pemrosesan bersamaan.

5. **Freeman, S.B, Allen, E.G, Cindy L, Oxford Wright, Stuart W, Druschel C.T, Hoobs A,C, O'leary L.A, Romith P.A, Royle M.H, Tores C.P, Sherman S.L. The National Down Syndrome Project Design and Implementation.** *Research Articles*. 122, 62-72.

Penelitian yang dilakukan oleh Saliie dkk yang membahas tentang faktor perkembangan dan penyebaran

yang mempelajari dan menganalisis tentang penyebaran pola dan penentu kondisi kesehatan dan penyakit pada populasi tertentu. Yang berperan untuk penyebaran pola dan penentu kondisi kesehatan dan penyakit populasi tertentu. Yang berperan pada pernyataan kromosom dan kemasaan tambahan kromosom kedalam sel telur atau sperma, dan untuk mengidentifikasi faktor resiko cacat lahir terkait *down syndrome*.

Referensi

- Bul, I. m. 2018. *Improvement Of Outcomes For Children With Down Syndrome. The Journal Of Pediatrics*, 193, 10.
- Cunningham, C. C. 1996. *Families of children with doen syndrome. Visiting professor of applied psychology school of health liverpool jhon moores university*, 4(3).
- Freeman, S. B. 2007. *The National Down Syndrome Peoject: Design And Implementation. Research Articles*, 122, 62-72.
- Irmayani, R. C., Jannah, N., & Fajriani. 2020. *Penerapan Terapi Seni Visual (kolase) Dalam Meningkatkan Keterampilan Motorik Anak Pada Anak Down Syndrome. Jurnal Ilmiah Mahasiswa Bimbingan Dan Konseling*, 5(2), 9-21.
- Irving, C., Basu, A., Richmond, S., Burn, J., & wren, c. 2008. *Twenty-Year Trends In Prevalence And Survival Of Down Syndrome. European Journal Of Human Genetics*, 16, 1336-1340.
- Irwanto, Henry, W., Aini, A., & Samosir Sunny, M. 2019. *A-Z Sindrom Down*. Surabaya.
- Khasana, U. 2018. *Penggunaan Terapi Okupasi Untuk Pengembangan Motorik Halus Anak Down Syndrome. Khasana Ubaidillah*, 13(1), 2548-5385.
- Marta, R. 2017. *Penanganan Kognitif Down Syndrome Melalui Metode Puzzle Pada Anak Usia Dini. Jurnal Obsesi*, 1(1), 32-41.

- Mirawati, Trisnawati, & Arsyad, K. 2013. *Distribusi Jumlah Anak Dengan Down Syndrome Pada Dua Kelompok Usia Ibu di Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Palembang Tahun 2012*. Syifa Medika, 3.
- Pueschel, S. M., Gallagher, P. L., Zartler, A. S., & Pezzullo, J. C. 1987. *Cognitive and learning processes in children with down syndrome*. *Research in developmental disabilities*, 8(1), 21-37.
- Rahma, M. S., & Indrawati, E. S. 2017. *Pengalaman Pengasuhan Anak Down Syndrome (Studi Kualitatif Fenomenologis Pada Ibu Yang Bekerja)*. *Jurnal Empati*, 7(3), 223-232
- Rina, A. P. 2016. *Meningkatkan Life Skill pada Anak Down Syndrome dengan Teknik Modelling*. *Persona, Jurnal Psikologi Indonesia*, 5(03), 215-225.
- Rohmadheny, P. S. 2016. *Studi Kasus Anak Down Syndrome Case Study Of Down Syndrome Child*. *Jurnal Care Edisi Khusus Temu Ilmiah*, 03(3).
- Siron, Y., Firliyani, N., & Chairunisa, S. R. 2020. *Bagaimana Keterlibatan Orang Tua Dalam Terapi Wicara Anak Down Syndrome ?* *Paudia*, 09(2), 25-39.
- Wardah. 2019. *Antara Fakta dan Harapan Sindrom Down*. Jakarta Selatan.

TENTANG PENULIS

<p>Nama : Rini Andika TTL : Bengkulu, 14 Maret 1997 Motto: "Allah Sebaik-baik Penolong bagiku "</p>	<p>Nama : Lia Nur Anisah TTL : Bengkulu, 25 juli 1999 Motto : "Jadilah pribadi yang tekun, tapi jangan jadi pribadi yang ulet. Nanti orang lain gatal-gatal"</p>
<p>Nama : Usta Andani TTL : Suka Hati, 30 Oktober 2000 Motto: "Pastikan setiap jejakmu bersejarah layaknya umbi dan padi"</p>	<p>Nama : Santri Salsa Monica TTL : Kepahiang, 11 Juli 1998 Motto : "Jangan bilang tidak bisa sebelum mencoba"</p>
<p>Nama : Farah Fahesa TTL : Bengkulu 08 Juli 2000 Motto: "Sekuat dan segigih apapun kau berusaha, pada akhirnya kau akan tunduk pada takdir"</p>	<p>Nama : Elintina Dwi Tiara TTL : Manna 09 September 1999 Motto : "Membangun bahagia bersama tanpa menjatuhkan yang lain & hidup dengan rukun"</p>
<p>Nama : Gita oktami TTL : Air umban 20 mei 2000 Motto: "Hidup untuk mendapatkan masalah dan untuk menyelesaikan masalah jadi jika tak ingin ada masalah janganlah hidup di dunia"</p>	<p>Nama : Hefika Juipa Beta TTL : Pagaram, 15 Juni 2000 Motto : "Visi tanpa eksekusi adalah halusinasi"</p>

<p>Nama : Winsi Fitriani TTL : Dusun Baru, 10 November 1997 Motto: "Hiduplah seperti karang yang diterjang ombak meskipun terkikis tpi tetap bertahan"</p>	<p>Nama : Savindri Alfi N TTL : Musirawas Utara, 07 September 2000 Motto : "Jatuh bangkit lagi cintai rasa sakit itu ia berharga, membuatmu besar, mendorongmu jauh"</p>
<p>Nama : Nadia Rasma Dewi TTL : Tj Iman,23-11-1999 Motto: "Kesuksesan adalah buah dari usaha- usaha kecil yang diulang hari demi hari"</p>	<p>Nama : Vemy Deti Angriani TTL : Aromantai, 03 Maret 2000 Motto : "Jika tidak bisa menjadi orang yang cerdas, maka jadilah orang yang baik"</p>
<p>Nama : Kholilatur Rosyidah TTL : Talang Alai, 19 Mei 2000 Motto: "Jangan terlalu ambil hati dengan ucapan seseorang. Kadang manusia punya mulut, tapi belum tentu punya pikiran"</p>	<p>Nama : Marisa Angraini TTL : Bengkulu, 24 Maret 2000 Motto : "Bangun dari rebahan, karena sukses bukan untuk orang yang malas"</p>
<p>Nama : Nursafitri TTL : Bengkulu, 28 Juli 2000 Motto: "Semuanya bisa menjadi mungkin"</p>	<p>Nama : Mia Claudia Malik TTL : Tj. Alam, 28 Oktober 2000 Motto : "Carilah tempat dimana kita dihargai bukan dibutuhkan, sebab banyak yang datang karena butuh, tapi lupa cara menghargai"</p>

<p>Nama: Yuli Permata Sari TTL : Manna, 20 Juli 1998 Motto: "Karyamu akan menempati bagian tersendiri dalam hidupmu, jadi jangan pernah takut kegagalan maupun salah, karena kekuatan mental kita yang tengah diuji. Sebaliknya, dalam kesuksesan, kerendahan hati kitalah yang tengah diuji"</p>	<p>Nama : Aprilita Selvy TTL : Lubuk Nambulan, 29 April 2000 Motto : "Seberat apapun itu tetaplah sabar,berusaha dan doa, suatu saat nanti akan ada jalannya"</p>
<p>Nama: Riza Cahyani TTL : Darat Sawah, 09 Februari 2000 Motto: "Jadilah seperti air putih,tidak mewah tapi sangat berarti"</p>	<p>Nama : Feni Andriani TTL : Sembayat, 29 Juni 1999 Motto : "Jangan menyia-nyikan waktu, karena waktu tak bisa diulang"</p>
<p>Nama: Rizki Badriani U TTL : Bengkulu, 28 Desember 1999 Motto: "Tidak ada rahasia sukses. Itu adalah hasil dari persiapan, kerja keras, dan belajar dari kegagalan"</p>	<p>Nama : Wahyuni Nila A TTL : Bengkulu, 19 Agustus 1999 Motto : "Pendidikan nomor satu tetapi ibu dan ayah yang paling diutamakan"</p>
<p>Nama: Neti Herawati TTL : Bengkulu, 17 November 1998 Motto: "Jadilah dirimu sendiri dan bisa bermanfaat bagi orang lain"</p>	<p>Nama : Annisa Noviyanti TTL : Argamakmur, 27 November 1999 Motto : "Jadilah versi terbaik dari dirimu sendiri"</p>

<p>Nama : Sukma Wardani P TTL : Bengkulu, 09 Agustus 2000 Motto: "Jangan terjebak dalam mimpi orang lain"</p>	<p>Nama : Mita Seprianti TTL : Pagar Agung, 21 Juli 2000 Motto : "Ubahlah hidupmu dari hari ini. Jangan pernah bertaruh pada masa depan, kamu harus bertindak sekarang tanpa menunda-nunda"</p>
<p>Nama : Nana Selvia TTL : Bogor, 13 Mei 2001 Motto: "Jika orang lain bisa, aku juga bisa"</p>	<p>Nama : Fidya Gamelia TTL : Karang Anyar, 08 Januari 2001 Motto : "Bekerja keras dan bersikap baiklah, hal luar biasa akan terjadi"</p>
<p>Nama : Yeti Nureka TTL : Padang Pelawi, 18 Desember 2000 Motto: "Hati yang selalu bersyukur adalah kunci dari kebahagiaan hidup"</p>	<p>Nama : Selfini Eka Putri TTL : Bengkulu, 2 Agustus 1999 Motto : "Jangan pernah membandingkan hidupmu dengan hidup orang lain"</p>
<p>Nama : Dessylla Utami P TTL : Simpang Pino, 12 Januari 2000 Motto: "Berlomba-lomba la dalam mencari ilmu dan kebaikan"</p>	<p>Nama : Iis Hartati TTL : Tambangan, 23 Agustus 2000 Motto : "Bahagialah dg caramu sendiri dan untuk diri sendiri, bukan kebahagiaan yang dipaksa dan untuk orang lain"</p>

<p>Nama : Nila Irnawati TTL : Sungai Jauh, 19 April 2000 Motto: "Kamu bisa jika kamu berfikir kamu bisa"</p>	<p>Nama : M. Jainus Solihin TTL : Bengkulu, 23 September 1999 Motto : "Setiap orang ada masanya, dan setiap masa ada orangnya. karena hidup butuh perjuangan"</p>
<p>Nama : Seci Ade Arlegi TTL : Lintang Empat Lawang, 16 April 1999 Motto: "Kunfayakuun: jadilah diri sendiri selalu tetap semangat dan selalu berjuang agar bisa membanggakan kedua orang tua"</p>	<p>Nama : Muhammad Afif EA TTL : Bengkulu, 15 Februari 2000 Motto : "Dunia tidak berjalan seperti yang kita pikirkan, maka dari itu belajarlh untuk berdamai dengan realita"</p>
<p>Nama : Peringsi Andika P TTL : Darat Sawah, 27 Januari 2000 Motto: "Kesempatan bukanlah hal yang kebetulan, kau harus menciptakannya. Lakukanlah"</p>	<p>Nama : Mice Silasmawati TTL : Rigangan II, 1 Mei 2000 Motto : "Hidup sederhana, membahagiakan kedua orang tua dan bisa membantu banyak orang"</p>
<p>Nama : Betaria Soneta TTL : Bengkulu, 01 November 1999 Motto: "Tidak ada yang tidak mungkin, jika kita mempunyai niat dan keinginan"</p>	<p>Nama : Vicky Mahendra TTL : Bengkulu, 08 Desember 2000 Motto : "Jangan pernah berhenti jika tidak bisa berlari maka berjalanlah"</p>
<p>Nama : Rani Susanti TTL : Sumatra Barat, 18 November 1998 Motto: "Apa yang kau tanam, itulah yang akan kau tuai"</p>	<p>Nama : Veizi Pratama TTL : Tanjung Agung, 13 Juni 2000 Motto : "Hidup itu harus memilih disaat kau tidak memilih itulah pilihan mu"</p>

<p>Nama : Restie Selviandani TTL : Bengkulu, 07 Maret 1997 Motto: "Majulah tanpa menyingkirkan orang lain dan naiklah tinggi tanpa menjatuhkan orang lain"</p>	<p>Nama : Fajriati Ramadani TTL : Bengkulu, 19 Desember 1999 Motto : "Jika kamu ingin bisa mengatur orang lain, aturlah dulu dirimu sendiri"</p>
<p>Nama : Retno dewi astuti TTL : Pagar Alam, 22 Juli 2000 Motto: "Mulailah dari tempatmu berada, gunakan yang kau punya, lakukan yang kau bias"</p>	<p>Nama : Meia tiara TTL : Lahat, 03 Mei 2001 Motto : "Hidup itu adalah sebuah perjuangan apapun yang kamu pilih itulah yang harus kamu perjuangkan"</p>
<p>Nama : Anindhita Raras P TTL : Kurnia Makmur, 01 Desember 1999 Motto: "Semua impian kita bisa terwujud jika kita memiliki keberanian untuk mengejarnya"</p>	<p>Nama : Tania Fransiska TTL : Landur, 08 Desember 2000 Motto : "Jadilah seperti padi semakin berisi semakin meruduk"</p>
<p>Nama : Seldi Setiawan TTL : Kembang Seri, 06-11-2000 Motto: "Apun yang terjadi hadapi jalani dan syukuri karena apa diperjuangkan akan indah pada waktunya"</p>	<p>Nama : Abeb Pramusu TTL : Lawang Agung, 25 Agustus 1999 Motto : "Dunia ini penuh dengan orang baik. Jika kamu tidak menemukannya, jadila salah satunya"</p>
<p>Nama : Andre Jonata TTL : Manna, 31 Juli 1998 Motto: tidak. Sekali iya maka iya. Tetap berpegang teguh pada pendirian, maka disanalah kesuksesan"</p>	<p>Nama : Meta Aprianti TTL : Kertapati, 4 April 1999 Motto : "Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan"</p>

<p>Nama: Dela Anggela TTL : Tambangan, 16 Januari 2001 Motto: "Hidupmu akan berharga, jika kamu berkarya"</p>	<p>Nama : Anggraini Afrilia TTL : Kota Bani, 24 April 2000 Motto : "Puzzle tidak akan tersusun jika kamu hanya melihat dan terus berfikir bagaimana menyelesaikannya, kecuali kamu mencoba menyusunnya."</p>
<p>Nama: Enda Safitri TTL : Kampai, 9 Maret 2000 Motto: "Lebih baik diasingkan dari pada menyerah pada kemunafikan"</p>	<p>Nama : Muhammad Adies S TTL : Talang Empat, 27 Maret 2000 Motto : "Hidupmu akan bahagia jika kamu memanusiaikan manusia"</p>
<p>Nama: Yoka Prista TTL : Kampai, 23 Maret 2000 Motto: "Saling menghargai dalam segala hal, sekecil apapun itu"</p>	<p>Nama : Viona Rosalena TTL : Kedurang, 04 September 1999 Motto : "Kamu yang harus mengendalikan nasibmu atau orang lain yang akan mengendalikannya"</p>
<p>Nama: Delvia Sinca TTL : Padang Beriang, 29 Agustus 2000 Motto: "Tubuh dibersihkan dengan air. Jiwa dibersihkan dengan air mata. Akal dibersihkan dengan pengetahuan, dan jiwa dibersihkan dengan cinta"</p>	<p>Nama : Sendi Andeka TTL : Tambangan, 08 Agustus 2000 Motto : "Jadilah seperti gula yang ada di dalam kopi walau sering di salah kan tetapi tetap selalu dibutuhkan"</p>

<p>Nama : Apriadi TTL : Suka Negara, 2 April 2000 Motto: "Syukuri, nikmati kekuranganmu sebab hidup adalah sebuah anugrah"</p>	<p>Nama : Elisa Erkafisanti TTL : Bengkulu, 22 Januari 2000 Motto : "Berbuat baiklah pada orang yang berbuat baik padamu dan sholatlah 5 waktu karena Allah akan memperbaiki hidupmu"</p>
<p>Nama : Efri Yansah TTL : Talang Gudang, 15 September 1999 Motto: "Kita berjalan di bumi yang sama dengan takdir yang berbeda-beda jadi jangan lupa bersyukur"</p>	<p>Nama : Muhammad TTL : Renaldo Tungkal, 13 Mei 2000 Motto : "Tidak perlu mengejar dunia ini cukup jalani dan ikuti alur yang Allah SWT beri"</p>
<p>Nama : Cindi Claudia D TTL : Talang Empat, 27 April 1999 Motto: "Cintailah dirimu sendiri karena mencintai diri sendiri lebih sulit dari pada mencintai orang lain"</p>	<p>Nama : Ica Agustina TTL : Bandar Agung, 02 Agustus 2000 Motto : "Jika Allah memberikanmu Sesuatu di luar kendalimu, percayalah kekuatmu juga ditambah oleh-Nya"</p>
<p>Nama : Hidayah Reza S TTL : Bengkulu, 10 Mei 2000 Motto: "DUIT" Do'a, Usaha, Ikhtiar dan Tawakal.</p>	<p>Nama : Kintan Wulandari S TTL : Padang Tepong, 07 April 2001 Motto : "Hidup dengan cara sendiri, dan tanyakan pada dirimu tentang apa impianmu"</p>

<p>Nama : Putri Anisa TTL : Air Bening, 28 Juni 1999 Motto: "Janganlah kamu bersikap lemah dan janganlah pula kamu bersedih hati, padahal kamulah orang-orang yang paling tinggi derajatnya jika kamu beriman"</p>	<p>Nama : Ronaldo Septemi TTL : Batu Kuning, 9 September 1999 Motto : "Hidupmu ada ditanganmu bahwa segala pilihan dalam kehidupanmu ada ditanganmu asal kamu bertanggung jawab"</p>
<p>Nama : Ade Ardiansyah TTL : Serangai, 21 maret 1999 Motto: "Jangan hanya menunggu, ciptakan waktumu sendiri"</p>	<p>Nama : Andes Putra TTL : Dusun Raja, 30 Juni 1996 Motto : "Didunia ini hanya sementara jangan sampai di akhirat nanti kita tidak membawa apa-apa, ingat tugas kita didunia apa, harus menjalani perintah Allah SWT yng sudah kita janjikan"</p>
<p>Nama : Rini Saputri TTL : Talang Empat, 22 Oktober 1997 Motto: "Jadilah seperti tukang parker, meskipun punya banyak mobil, ia tak pernah sombong karena ia tahu semua itu hanya titipan"</p>	<p>Nama : Joko Agung Dwi TTL : Sinar Gunung, 19-07-1999 Motto : "Jadilah seperti rumput di lapangan, walau sering diinjak-injak dia tetap berdiri tegak"</p>
<p>Nama : Deko Andeska P TTL : Karang Cayo, 24 Februari 2000 Motto: "Kesuksesan itu bukan ditunggu, tetapi diwujudkan lewat usaha dan kegigihan"</p>	<p>Nama : Fitri Resi Yanti TTL : Lubuk Linggau, 21-11-2000 Motto : "Mimpi tanpa tindakan hanyalah halusinasi"</p>

<p>Nama : Desi Purnama H TTL : Tanjung Dalam, 16 September 2000 Motto: "Gantungkan harapan dan impianmu kepada Allah Subhanahu wa'taala"</p>	<p>Nama : Bayu Andika TTL : Suka Nanti, 1 April 1998 Motto : "Menjadi seorang yang lebih baik lagi ke depan dan banyak hidup yg lebih baik"</p>
<p>Nama : Tunggu Asri TTL : Darat Sawah, 15 Agustus 1999 Motto: "Kesempatan harus dimanfaatkan"</p>	<p>Nama : Bimo Revoaldo TTL : Kepahiang, 14 November 1998 Motto : "Kesuksesan itu bukan ditunggu, tetapi diwujudkan lewat usaha dan kegigihan"</p>
<p>Nama : Piri Ahdikin TTL : Tambangan, 23 Juli 1999 Motto: "Sukses bukanlah hal yang kebetulan, sebab kesuksesan terbentuk dari kerja keras, pembelajaran, pengorbanan, dan doa. <i>No paint no gaint</i>"</p>	<p>Nama : Citra Lara Pratama TTL : Pagar Dewa, 12- Januari 2000 Motto : "Tantangan, kegagalan, kekalahan, dan akhirnya, kemajuan, adalah yang membuat hidupmu berharga"</p>
<p>Nama : Perandika TTL : Sukamerindu Talo, 12 Desember 1997 Motto: Teruslah berkarya karena masih banyak yang meragukanmu di luar sana</p>	<p>Nama : Leta Ervina TTL : Talang Pito, 20 November 1999 Motto : Berbuat baiklah tanpa harus ada alasan</p>
<p>Nama : Lesta TTL : Tanjung Baru, 18 April 1999 Motto: Berusaha keraslah supaya dapat mengubah hinaan menjadi tepuk tangan</p>	

KUMPULAN FOTO

