



PENDIDIKAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS



Rahayu Setyaningsih, S.Kep., Ns., M.Kes - Dr. Ninik Nurhidayah, S.Pd., S.ST., M.Kes
Ana Mariza, S.ST, M.Kes - Lis Sarwi Hastuti, S.KM., S.ST., M.Sc
Syarifah Ainun Harahap, M.Pd - Aniek Puspitosari, S.ST., M.PH
Sari Atika Parinduri, M.Psi, Psikolog - Roh Hastuti Prasetyaningsih, SST., MPH
Dr. Nur Rachmat, BPO, M.Kes

PENDIDIKAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Rahayu Setyaningsih, S.Kep., Ns., M.Kes

Dr. Ninik Nurhidayah, S.Pd.,S.ST.,M.Kes

Ana Mariza, S.ST,M.Kes

Lis Sarwi Hastuti, S.KM.,S.ST.,M.Sc

Syarifah Ainun Harahap, M.Pd

Aniek Puspitosari,S.ST.,M.PH

Sari Atika Parinduri, M.Psi, Psikolog

Roh Hastuti Prasetyaningsih, SST., MPH

Dr. Nur Rachmat, BPO, M.Kes



Tahta Media Group

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

PENDIDIKAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Penulis:

Rahayu Setyaningsih, S.Kep., Ns., M.Kes
Dr. Ninik Nurhidayah, S.Pd., S.ST., M.Kes
Ana Mariza, S.ST., M.Kes
Lis Sarwi Hastuti, S.KM., S.ST., M.Sc
Syarifah Ainun Harahap, M.Pd
Aniek Puspitosari, S.ST., M.PH
Sari Atika Parinduri, M.Psi, Psikolog
Roh Hastuti Prasetyaningsih, SST., MPH
Dr. Nur Rachmat, BPO, M.Kes

Desain Cover:

Tahta Media

Editor:

Dodiet Aditya Setyawan, SKM., MPH.

Proofreader:

Tahta Media

Ukuran:

viii, 143, Uk: 15,5 x 23 cm

ISBN: 978-623-5981-89-5

Cetakan Pertama:

Juli 2022

Hak Cipta 2022, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2022 by Tahta Media Group

All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT TAHTA MEDIA GROUP
(Grup Penerbitan CV TAHTA MEDIA GROUP)
Anggota IKAPI (216/JTE/2021)

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat-Nya sehingga tim penulis dapat menyelesaikan buku Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus ini. Penulisan buku ini didasari oleh keprihatinan terhadap semakin tingginya jumlah anak berkebutuhan khusus di Indonesia. Hal tersebut tentunya akan membawa konsekuensi yang luas dan perlu mendapatkan perhatian secara khusus, baik kepada keluarga, sekolah, dan masyarakat pada umumnya. Keluarga perlu mendapatkan edukasi dan informasi yang memadai agar dapat menghadirkan lingkungan yang kondusif bagi anak berkebutuhan khusus, sehingga anak mendapatkan stimulasi perkembangan yang optimal. Lembaga pendidikan perlu senantiasa meningkatkan kualitas pelayanan pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus, baik melalui sekolah khusus, sekolah inklusi, maupun bentuk pendidikan yang lain. Sedangkan masyarakat juga diharapkan dapat memberikan dukungan lingkungan yang akomodatif dan perhatian yang lebih baik untuk anak berkebutuhan khusus yang ada disekitarnya. Kesadaran akan pentingnya berbagai peran dari setiap komponen tersebut, salah satunya diwujudkan melalui penulisan buku ini.

Penyusunan buku ini dilengkapi dengan materi tentang hakikat anak berkebutuhan khusus dan hakikat pendidikan anak berkebutuhan khusus. Beberapa jenis kebutuhan khusus anak yang secara spesifik diuraikan dalam buku ini yang mencakup hambatan pendengaran dan bicara, hambatan perkembangan intelektual, hambatan majemuk, hambatan pemusatan perhatian, dan anak kesulitan belajar. Buku ini juga secara khusus menguraikan tentang pelayanan alat bantu ortotik prostetik untuk Anak *Cerebral Palsy*.

Melalui buku ini diharapkan pembaca mampu mengenal dengan lebih baik tentang anak berkebutuhan khusus, memberikan pendidikan dan mengenal hambatan-hambatan dalam memberikan pendidikan dan pelayanan pada anak berkebutuhan khusus. Selain itu buku ini juga diterbitkan untuk memenuhi kebutuhan pada ruang lingkup pendidikan baik bagi Guru, Dosen maupun Mahasiswa dan memberikan sumbangan khazanah ilmu pengetahuan.

Penulis menyadari bahwa penyusunan buku ini masih terdapat kekuarangan, untuk itu saran dan kritik dari pembaca sangat diharapkan untuk penyempurnaan buku ini. Akhir kata, untuk semua pihak khususnya kepada Penerbit, kami ucapkan terima kasih.

Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iv
Daftar Isi.....	vi
Bab 1 Hakikat Anak Berkebutuhan Khusus	
Rahayu Setyaningsih, S.Kep., Ns., M.Kes	
Politeknik Insan Husada Surakarta	
A. Pengertian Anak.....	2
B. Pengertian Hakikat Anak Berkebutuhan Khusus	3
C. Konsep Dasar Anak Berkebutuhan Khusus	4
D. Klasifikasi Anak Berkebutuhan Khusus	7
E. Karakteristik Anak Berkebutuhan Khusus.....	8
F. Hakikat Layanan Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus	11
Daftar Pustaka	17
Profil Penulis	18
Bab 2 Hakikat Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus	
Dr. Ninik Nurhidayah, S.Pd.,S.ST.,M.Kes	
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surakarta	
A. Definisi.....	20
B. Landasan	21
C. Tujuan	28
D. Model Layanan	29
Daftar Pustaka	34
Profil Penulis	36
Bab 3 Hambatan Pendengaran dan Bicara	
Ana Mariza, S.ST,M.Kes	
Universitas Malahayati	
A. Gangguan Pendengaran.....	38
B. Gangguan Bicara.....	47
Daftar Pustaka	50
Profil Penulis	51

Bab 4 Hambatan Perkembangan Intelektual

Lis Sarwi Hastuti, S.KM.,S.ST.,M.Sc

Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surakarta

A. Pengertian Anak Berkebutuhan Khusus (ABK)	53
B. Perkembangan Intelektual.....	53
C. Gangguan Perkembangan Intelektual	57
Daftar Pustaka	68
Profil Penulis	70

Bab 5 Hambatan Emosi dan Perilaku

Syarifah Ainun Harahap, M.Pd

Universitas Nahdlatul Ulama Sumatera Utara

A. Identifikasi Gangguan Emosi dan Perilaku.....	72
B. Definisi Gangguan Emosi/Perilaku.....	75
C. Jenis-Jenis Gangguan Emosi dan Perilaku.....	77
D. Pengaruh Emosi Terhadap Perilaku Dan Perubahan Fisik.....	79
Daftar Pustaka	80
Profil Penulis	81

Bab 6 Hambatan Majemuk

Aniek Puspitosari,S.ST.,M.PH

Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surakarta

A. Gambaran Umum Hambatan Majemuk	83
B. Karakteristik.....	84
C. Prosedur Dan Penilaian Yang Digunakan Untuk Mendiagnosis Hambatan Majemuk.....	84
D. Pendidikan Bagi Siswa Penyandang Hambatan Majemuk	85
E. Tantangan Pendidikan Dengan Siswa Penyandang Hambatan Majemuk	87
F. Media Pengajaran Untuk Siswa Penyandang Hambatan Majemuk	88
G. Tips Untuk Menangani Siswa Dengan Hambatan Majemuk.....	88
H. Dukungan Anak Dengan Hambatan Majemuk	92
I. Kesimpulan	92
Daftar Pustaka	94
Profil Penulis	96

Bab 7 Kesulitan Belajar

Sari Atika Parinduri, M.Psi, Psikolog

Universitas Medan Area

A. Definisi Kesulitan Belajar.....	98
B. Jenis Kesulitan Belajar.....	100
C. Faktor Penyebab Kesulitan Belajar.....	107
D. Deteksi Dini Kesulitan Belajar	108
E. Penanganan Anak Kesulitan Belajar.....	109
Daftar Pustaka	111
Profil Penulis	112

Bab 8 Hambatan Pemusatan Perhatian

Roh Hastuti Prasetyaningsih, SST., MPH

Poltekkes Kemenkes Surakarta

A. Pendahuluan.....	114
B. Etiologi.....	115
C. Kriteria Diagnostik.....	116
D. Deteksi Dini Anak GPPH	119
E. Permasalahan Anak GPPH.....	122
F. Pendidikan Anak GPPH.....	123
Daftar Pustaka	126
Profil Penulis	127

Bab 9 Pelayanan Anak Berkebutuhan Khusus

Dr. Nur Rachmat, BPO, M.Kes

Poltekkes Kemenkes Surakarta

A. Pengertian Anak Berkebutuhan Khusus.....	129
B. <i>Cerebral Palsy</i>	129
C. Klasifikasi <i>Cerebral Palsy</i>	131
D. Etiologi <i>Cerebral Palsy</i>	133
E. Penatalaksanaan Pelayanan <i>Cerebral Palsy</i>	134
F. Jenis Alat Bantu <i>Ankle Foot Ortosis</i> Untuk <i>Cerebral Palsy</i>	136
Daftar Pustaka	141
Profil Penulis	143



BAB 1

HAKIKAT ANAK

BERKEBUTUHAN

KHUSUS

Rahayu Setyaningsih, S.Kep., Ns., M.Kes
Politeknik Insan Husada Surakarta

Istilah anak berkebutuhan khusus merupakan istilah terbaru yang digunakan dan merupakan terjemahan dari *child with specials needs* yang telah digunakan secara luas di dunia internasional. Ada beberapa istilah lain yang pernah digunakan diantaranya anak cacat, anak tuna, anak berkelainan, anak menyimpang dan anak luar biasa. Ada satu istilah yang berkembang secara luas telah digunakan yaitu difabel, sebenarnya merupakan pendekatan dari *difference ability*. Penggunaan istilah anak berkebutuhan khusus membawa konsekuensi cara pandang yang berbeda dengan istilah anak luar biasa yang pernah dipergunakan dan mungkin masih digunakan. Jika pada istilah luar biasa lebih menitikberatkan pada kondisi (fisik, mental, emosi-sosial) anak, maka pada berkebutuhan khusus lebih pada kebutuhan anak untuk mencapai prestasi sesuai dengan kemampuannya.

A. PENGERTIAN ANAK

Ada banyak definisi yang menjelaskan tentang anak seperti yang disebutkan oleh beberapa peraturan di Indonesia berikut ini :

1. Menurut Undang-Undang No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, anak adalah setiap individu yang berusia di bawah 18 tahun dan belum menikah.
2. *Convention On The Rights Of Child* (1989) telah diratifikasi pemerintah Indonesia melalui Keputusan Presiden No. 39 tahun 1990 menyatakan bahwa anak adalah bagi mereka yang usianya sebelum 18 tahun

Dari beberapa pengertian yang telah dikemukakan di atas, Undang-Undang No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak menyempurnakan definisi tentang anak. Menurut Undang-Undang No.23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, mengartikan bahwa seseorang yang belum berusia 18 tahun, dan juga yang masih dalam kandungan disebut sebagai anak. Pendapat-pendapat yang telah diungkapkan sebelumnya, secara garis besar dapat disatukan atau disimpulkan bahwa definisi tentang anak adalah setiap manusia yang masih berada dalam kandungan sampai berusia 18 tahun. Definisi tentang anak yang telah disampaikan mungkin bagi sebagian orang dirasa asing. Kebanyakan mereka menganggap bahwa anak itu adalah seseorang yang masih kecil. Pendapat tersebut didukung dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, anak adalah keturunan manusia yang masih kecil. Maksudnya adalah bagi mereka yang masih berada pada usia dini. NAEYC (*National*

Association for the Education) mendefinisikan kategori yang masuk dalam usia anak usia dini berdasarkan dari hasil penelitian di bidang psikologi perkembangan anak, dengan hasilnya adalah ada pola umum yang dapat diprediksi menyangkut perkembangan manusia yang terjadi di 8 tahun pertama kehidupannya. Yang artinya usia tersebut sering disebut sebagai anakanak atau menurut bahasa ilmiahnya adalah anak usia dini. NAEYC kemudian membagi kategori usia dini menjadi 0 – 3 tahun, 3 – 5 tahun, dan 6 – 8 tahun. Jadi definisi anak usia dini menurut NAEYC adalah anak yang berada pada rentang usia lahir sampai 8 tahun. Sujiono kemudian lebih memperjelas lagi definisi tentang anak usia dini. Menurutnya, anak usia dini adalah sekelompok anak yang berusia 0 – 8 tahun yang masih memiliki banyak potensi genetik yang tersimpan dan siap untuk ditumbuh kembangkan melalui stimulasi yang diberikan (Setiaji, 2018).

B. PENGERTIAN HAKIKAT ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Anak berkebutuhan khusus atau sering disingkat sebagai ABK adalah anak yang memiliki karakteristik khusus yang berbeda dengan anak pada umumnya seperti ketidakmampuan mental, emosi atau fisik (Ratih & Afin, 2013). Sementara Heward menyebutkan bahwa anak berkebutuhan khusus adalah anak yang memiliki karakteristik khusus yang berbeda dengan anak-anak pada umumnya tanpa selalu menunjukkan ketidakmampuan fisik, mental, dan emosi (Novan, 2016). Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang secara pendidikan memerlukan layanan yang spesifik yang berbeda dengan anak-anak pada umumnya. Anak berkebutuhan khusus ini memiliki apa yang disebut dengan hambatan belajar dan hambatan perkembangan (*barier to learning and development*). Oleh sebab itu mereka memerlukan layanan pendidikan yang sesuai dengan hambatan belajar dan hambatan perkembangan yang dialami oleh masing-masing anak.

Secara umum rentangan anak berkebutuhan khusus meliputi dua kategori yaitu:

1. Anak yang memiliki kebutuhan khusus yang bersifat permanen, akibat dari kecacatan tertentu (anak penyandang cacat), seperti anak yang tidak bisa melihat (tunanetra), tidak bisa mendengar (tunarungu), anak yang mengalami *cerebral palsy* dst.

2. Anak berkebutuhan khusus yang bersifat sementara (temporer) adalah anak yang mengalami hambatan belajar dan hambatan perkembangan disebabkan oleh faktor-faktor eksternal.

C. KONSEP DASAR ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Untuk memahami anak berkebutuhan khusus berarti kita harus melihat adanya berbagai perbedaan bila dibandingkan dengan keadaan normal, mulai dari keadaan fisik sampai mental, dari anak cacat sampai anak berbakat intelektual (Rumia, 2019)

Perbedaan untuk memahami anak berkebutuhan khusus dikenal ada dua hal yaitu perbedaan interindividual dan perbedaan intraindividual.

1. Perbedaan Interindividual

Berarti membandingkan perbedaan individu dengan orang lain dalam berbagai hal diantaranya perbedaan keadaan mental (kapasitas kemampuan intelektual), kemampuan panca indera (sensory), kemampuan gerak motorik, kemampuan komunikasi, kemampuan perilaku, dan keadaan fisik (Irdamurni, 2018)

a. Perbedaan interindividual berdasarkan keadaan panca indera

- 1) Anak dengan gangguan penglihatan
- 2) Anak dengan gangguan pendengaran
- 3) Anak dengan kelainan autistic

b. Perbedaan interindividual berdasarkan keadaan fisik dan kemampuan gerak motorik

c. Perbedaan interindividual berdasarkan keadaan kemampuan komunikasi

d. Perbedaan interindividual berdasarkan keadaan kemampuan emosi dan perilaku

e. Perbedaan interindividual berdasarkan keadaan prestasi belajar

Pengelompokan ini penting karena pada umumnya secara pendidikan kadang-kadang mereka memiliki gejala yang sama, ialah sama-sama mengalami kesulitan belajar atau problema dalam belajar. Jika kita dapat menganalisis dan mencari sumber penyebab serta dapat mengelompokkan secara tepat, maka kita dapat memberikan perlakuan yang sesuai dengan kebutuhan khusus mereka. Mengenai anak

berkesulitan belajar spesifik (*specific learning disability*), juga dapat dibagi menjadi dua jenis, ialah kesulitan belajar praakademik dan kesulitan belajar akademik (Aqila, 2012)

a. Kesulitan Belajar Praakademik

Ada tiga jenis anak dengan kesulitan belajar Praakademik:

- 1) Gangguan Motorik dan persepsi
- 2) Gangguan motorik disebut dispraksia, mencakup gangguan pada motorik kasar, penghayatan tubuh, dan motorik halus.
- 3) Kesulitan belajar kognitif
Pengertian kognitif mencakup berbagai aspek struktural intelek yang dipergunakan untuk mengetahui sesuatu.
- 4) Gangguan perkembangan bahasa
Disfasia adalah ketidakmampuan atau keterbatasan kemampuan anak untuk menggunakan simbol linguistik dalam rangka berkomunikasi secara verbal. Disfasia ada dua jenis : yaitu disfasia reseptif dan defisia ekspersif. Pada disfasia reseptif anak mengalami gangguan pemahaman dalam penerimaan bahasa. Pada disfasia ekspersif anak tidak mengalami gangguan pemahaman bahasa, tetapi ia sulit mengekspresikan kata secara verbal.
- 5) Kesulitan dalam penyesuaian perilaku sosial
Pada anak yang perilakunya tidak diterima oleh lingkungan sosialnya, baik oleh sesama anak, guru, maupun orang tua. Ia ditolak oleh lingkungan sosialnya karena sering mengganggu, tidak sopan, tidak tahu aturan atau berbagai perilaku negatif lainnya.

b. Kesulitan Belajar Akademik

Meskipun sekolah mengajarkan berbagai mata pelajaran atau bidang studi, klaisifikasi kesulitan belajar akademik tidak dikaitkan dengan semua mata pelajaran atau bidang studi tersebut. Ada tiga jenis kesulitan belajar akademik sebagai berikut :

- 1) Kesulitan belajar membaca (Disleksia)
Kesulitan belajar membaca yang berat dinamakan aleksia. Ada dua jenis pelajaran membaca, membaca permulaan atau membaca lisan dan membaca pemahaman.

- 2) Kesulitan belajar menulis (disgrafia)
Kesulitan belajar menulis yang berat disebut agrafia. Ada tiga jenis pelajaran menulis, yaitu:
 - (a) menulis permulaan.
 - (b) mengeja atau dikte dan
 - (c) menulis ekspresif.
 - 3) Kesulitan belajar berhitung (diskalkulia)
Kesulitan belajar berhitung yang berat disebut akalkulia.
2. Perbedaan Intraindividual
- Perbedaan intraindividual adalah suatu perbandingan antar potensi yang ada dalam diri individu itu sendiri, perbedaan ini dapat muncul dari berbagai aspek meliputi intelektual, fisik, psikologis, dan sosial. Sebagai ilustrasi, ada seorang siswa yang memiliki prestasi belajar sangat cemerlang tetapi dia sangat tidak disenangi oleh teman-temannya karena dia bersifat tertutup dan individualis, dan sulit diajak kerja sama. Dari gambaran tersebut maka dapat dibandingkan antara kemampuan intelektual dan kemampuan sosial bahwa siswa tersebut cukup signifikan, sehingga siswa tersebut memerlukan treatment atau perlakuan khusus agar potensinya dapat berkembang optimal (Dinie Ratri Desiningrum, 2016). Selain masalah perbedaan, ada beberapa terminologi yang dapat digunakan untuk memahami anak berkebutuhan khusus antara lain:
- a. *Impairment*
Merupakan suatu keadaan atau kondisi di mana individu mengalami kehilangan atau abnormalitas psikologis, fisiologis atau fungsi struktur anatomis secara umum pada tingkat organ tubuh. Contoh seseorang yang mengalami amputasi satu kakinya, maka dia mengalami kecacatan kaki (Shinta, 2011)
 - b. *Disability*
Merupakan suatu keadaan di mana individu mengalami kekurangmampuan yang dimungkinkan karena adanya keadaan impairment seperti kecacatan pada organ tubuh. Contoh pada orang yang cacat kakinya, maka dia akan merasakan berkurangnya fungsi kaki untuk melakukan mobilitas.

c. *Handicaped*

Merupakan suatu keadaan di mana individu mengalami ketidakmampuan dalam bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungan. Hal ini dimungkinkan karena adanya kelainan dan berkurangnya fungsi organ individu. Contoh orang yang mengalami amputasi kaki sehingga untuk aktivitas mobilitas atau berinteraksi dengan lingkungannya dia memerlukan kursi roda. Termasuk anak-anak berkebutuhan khusus yang sifatnya temporer di antaranya adalah anak-anak penyandang *Post Traumatic Syndrome Disorder* (PTSD) akibat bencana alam, perang, atau kerusuhan, anak-anak yang kurang gizi, lahir premature, anak yang lahir dari keluarga miskin, anak-anak yang mengalami depresi karena perlakuan kasar, anak-anak korban kekerasan, anak yang kesulitan konsentrasi karena sering diperlakukan dengan kasar, anak yang tidak bisa membaca karena kekeliruan guru mengajar, anak berpenyakit kronis, dsb.

D. KLASIFIKASI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Jumlah anak berkebutuhan khusus antar lembaga ada perbedaan, hal ini sebenarnya wajar, karena setiap lembaga memiliki tujuan yang berbeda sehingga cara pandang dan rumusan pengertian (definisi) anak berkebutuhan khusus bahkan istilah yang digunakan juga berbeda. Jumlah anak berkebutuhan khusus berdasarkan sensus penduduk akan lebih kecil dari angka prakiraan, hal ini berkaitan dengan sikap masyarakat yang masih banyak enggan mengakui keberadaan anak berkebutuhan khusus. Menurut BPS jumlah penyandang cacat ada 1,48% dari populasi, anak berkebutuhan khusus yang bersekolah menurut Dir. PSLB ada 81.434 anak, sebagai pembandingan di negara maju seperti USA anak berkebutuhan khusus ada 11,5% dari populasi. Pengelompokan anak berkebutuhan khusus hanya diperlukan untuk kebutuhan penanganan anak secara klasikal, sedangkan untuk kepentingan yang bersifat sosial anak berkebutuhan khusus tidak perlu dikelompokkan. Anak berkebutuhan khusus dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1. Kelainan Mental terdiri dari:
 - a. Mental Tinggi
 - b. Mental rendah

- c. Kesulitan belajar
- 2. Kelainan Fisik meliputi:
 - a. Kelainan Tubuh (Tunadaksa)
 - b. Kelainan indera Penglihatan (Tunanetra)
 - c. Kelaianan Indera Pendengaran (Tunarungu)
 - d. Kelainan Wicara
- 3. Kelainan Emosi meliputi:
 - a. Gangguan Perilaku
 - b. Gangguan Konsentrasi (ADD)
 - c. Anak Hiperaktif (ADHD)

Ada berbagai faktor yang berkontribusi terhadap penyebab anak berkebutuhan khusus adapun faktor tersebut dapat dikelompokkan berikut: (Rini, 2016)

- 1. Faktor heriditer
- 2. Faktor infeksi
- 3. Faktor keracunan
- 4. Kekurangan gizi

Sedangkan anak berkebutuhan khusus bila ditinjau dari waktu terjadinya kelainan dapat dikelompokkan:

- 1. Pre-natal
- 2. Peri-natal
- 3. Pasca-natal

Kelainan yang diderita anak dapat menimbulkan berbagai dampak, baik terhadap keluarga maupun anak itu sendiri. Dampak yang ditimbulkan adanya anak berkebutuhan khusus dapat dibagi menjadi:

- 1. Dampak fisiologis
- 2. Dampak psikologis, dan
- 3. Dampak sosiologis.

E. KARAKTERISTIK ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Anak-anak berkelainan fisik terdiri dari tunanetra, tunarungu dan tunadaksa, adapun karakteristik kelainan fisik meliputi:

1. Tunanetra
 - a. Kemampuan akademik, tidak berbeda dengan anak normal pada umumnya.
 - b. Motorik, kurang dapat melakukan mobilitas secara umum
 - c. Sosial-emosional, mudah tersinggung dan bersifat verbalism yaitu dapat bicara tetapi tidak tahu nyatanya.
2. Tunarungu
 - a. Kemampuan akademik, tidak berbeda dengan keadaan anak-anak normal pada umumnya.
 - b. Motorik, sering anak tunarungu kurang memiliki keseimbangan motorik dengan baik.
 - c. Sosial-emosional, sering memperlihatkan rasa curiga yang berlebihan, mudah tersinggung.
3. Tunadaksa
 - a. Fisik, jelas menampakkan adanya kelainan baik fisik, maupun motorik.
 - b. Kemampuan akademik, untuk tunadaksa ringan tidak berbeda dengan anak-anak normal pada umumnya. Sedangkan untuk tunadaksa berat terutama bagi anak yang mengalami gangguan neuro-muscular sering disertai dengan keterbelakangan mental.
 - c. Motorik, banyak tunadaksa yang mengalami gangguan motorik baik motorik kasar maupun motorik halus.
 - d. Sosial-emosional, anak tunadaksa memiliki kecenderungan rasa rendah diri (minder) dalam pergaulan dengan orang lain.

Tunagrahita adalah seseorang yang memiliki kapasitas intelektual (IQ) di bawah 70 yang disertai dengan ketidak mampuan dalam penyesuaian diri dengan lingkungan sehingga memiliki berbagai permasalahan sosial, untuk itu diperlukan layanan dan perlakuan pendidikan khusus. Tunagrahita dapat dilihat dari berbagai disiplin ilmu sehingga terdapat berbagai istilah klasifikasi dan karakteristiknya, menurut psikologi tunagrahita dibagi menjadi *mild*, *moderate*, *severe*, dan *profound*. Sedang kedokteran membagi menjadi debil, imbesil dan idiot, serta dalam pendidikan dapat di kelompokkan menjadi mampu didik, mampu latih dan perlu rawat. Karakteristik berdasar klasifikasi klinik atau adanya ciri fisik yang khas meliputi *Down's syndrome*, *kritin*, *macro cephalus* (*hidro cephalus*), dan *microcephalus*. Pada dasarnya anak

tunagrahita memiliki karakteristik yang relatif homogen berdasar klasifikasinya. Adapun karakteristik tersebut dapat dirinci sebagai berikut:

1. Tingkat ringan, memiliki kemampuan paling tinggi setaraf dengan anak kelas 5 SD, mampu di ajar membaca, menulis dan berhitung sederhana. Dalam sosialisasi masih mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan sosial secara terbatas.
2. Tingkat sedang, memiliki kemampuan akademik maksimal setaraf dengan anak kelas 2 SD, biasanya sering disertai gangguan motorik dan komunikasi sehingga sangat sulit untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan, aktifitas sosialnya hanya sebatas untuk memelihara diri sendiri.
3. Tingkat berat, anak ini tidak mampu dididik maupun dilatih, kemampuannya paling tinggi setaraf anak pra-sekolah, sepanjang hidupnya anak ini bergantung pada orang lain.

Karakteristik anak tunalaras secara umum menunjukkan adanya gangguan perilaku, seperti suka menyerang (*agresive*), gangguan perhatian dan hiperaktif. Secara akademik anak tunalaras sering ditemui tidak naik kelas hal ini dikarenakan gangguan perilakunya bukan karena kapasitas intelektualnya. Karakteristik emosi- sosial anak tunalaras suka melanggar norma baik yang berlaku di institusi seperti sekolah maupun masyarakat sehingga anak ini sering disebut dengan anak *maladjusted*. Tunalaras sering menunjukkan kepribadian yang tidak matang (*immature*) dan menunjukkan adanya kecemasan (*anxietas*)

Berbakat merupakan istilah yang digunakan untuk menunjukkan adanya anak berkelainan mental tinggi yaitu di atas rata-rata anak normal. Adapun karakteristik atau ciri yang menonjol pada anak berbakat meliputi :

1. Karakteristik intelektual, cepat dalam belajar, rasa ingin tahunya tinggi, daya konsentrasinya cukup lama, memiliki daya kompetitif tinggi.
2. Karakteristik sosial-emosional, mudah bergaul atau menyesuaikan diri dengan lingkungan yang baru, memiliki sifat kepemimpinan (*leadership*) terhadap teman sebayanya, bersifat jujur, dan memiliki tenggang rasa serta mampu mengontrol emosi.

3. Karakteristik fisik-kesehatan, berpenampilan menarik, memiliki daya tahan tubuh yang baik terhadap penyakit, dapat memelihara penampilan fisik yang bersih dan rapi.

Berkesulitan belajar merupakan istilah generik, sehingga mengandung berbagai bentuk kesulitan di segala bidang. Kesulitan belajar spesifik dikenal dengan istilah disfungsi minimal otak (DMO) oleh dunia kedokteran. Berkesulitan belajar spesifik pada dasarnya dapat dipahami dengan 4 dimensi yaitu:

Kesenjangan antara kapasitas intelektual dan prestasi belajar

1. Adanya disfungsi minimal otak
2. Adanya gangguan pada proses psikologi dasar
3. Adanya kesulitan pada pencapaian prestasi belajar akademik

Kesulitan belajar dapat dibagi menjadi kesulitan belajar perkembangan bagi anak pra-sekolah dan kesulitan belajar akademik bagi anak usia sekolah. Sedangkan karakteristik spesifik dapat ditunjukkan sesuai dengan sebutan atau gejala yang muncul yaitu: *disleksia*, *disgraphia*, *dispraksia*, *diskalkulia*, *disphasia*, *body awarness*, dsb. Anak berkesulitan belajar spesifik memiliki karakteristik yang unik setiap anak memiliki karakteristik yang berbeda-beda (heterogen) sehingga untuk penanganannya setiap anak akan berbeda sesuai dengan hasil diagnosisnya (Ika Febriani Kristiana, 2016). Untuk itu penanganan anak tidak ada di sekolah khusus tetapi di sekolah umum Dengan kelas remedial.

F. HAKIKAT LAYANAN PENDIDIKAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

1. Konsep Layanan

Anak berkebutuhan khusus memiliki keunikan tersendiri dalam jenis – jenis karakteristiknya, dan membedakan mereka dari anak- anak normal pada umumnya. Oleh sebab itu dalam memberikan layanan anak berkebutuhan khusus menuntut adanya penyesuaian sesuai dengan kebutuhan dari anak ABK tersebut. Untuk itu maka sebagai seorang guru harus memiliki pengetahuan dan pemahaman mengenai cara memberikan layanan yang baik terhadap anak berkebutuhan khusus agar

mereka dapat berkembang secara optimal. Layanan adalah suatu jasa yang diberikan oleh seseorang kepada orang lain untuk memenuhi kebutuhannya. Istilah layanan dapat diartikan dalam beberapa hal yaitu; 1) cara melayani, 2) usaha melayani kebutuhan orang lain dengan memperoleh imbalan, 3) kemudahan yang diberikan sehubungan dengan jual beli jasa atau barang. Dalam layanan terjadi hubungan timbal balik antara yang memberi layanan dan yang membutuhkan layanan. Jadi layanan diberikan sesuai dengan kebutuhan (Gunarto, 2013)

Anak berkebutuhan khusus adalah anak-anak yang membutuhkan layanan khusus karena mereka memiliki keterbatasan atau hambatan dari segi fisik, mental – intelektual, maupun sosial emosional. Kondisi yang demikian itu baik secara langsung maupun tidak langsung berdampak pada berbagai aspek kehidupan mereka. Oleh sebab itu layanan yang sesuai dengan kekhususannya sangat diperlukan agar dapat menjalani kehidupannya secara wajar. Namun demikian bukan berarti layanan yang diberikan selalu berbeda dengan anak-anak pada umumnya. Ada beberapa jenis anak berkebutuhan khusus sebagian besar dapat mengikuti layanan pendidikan sebagaimana anak-anak normal pada umumnya dan hanya pada beberapa bidang yang memerlukan layanan atau pendampingan khusus, karena memang ada juga anak-anak berkebutuhan khusus memerlukan layanan secara individual karena kondisi dan keadaannya yang tidak memungkinkan untuk mengikuti layanan sebagai anak-anak normal.

Dari segi waktu pemberian layanan pada anak berkebutuhan khusus juga sangat bervariasi. Tidak semua anak-anak berkebutuhan khusus memerlukan layanan sepanjang hidupnya, ada kalanya layanan bagi mereka bersifat temporer, yaitu hanya membutuhkan layanan dalam beberapa periode waktu saja. Ada beberapa jenis layanan yang bisa diberikan kepada anak berkebutuhan khusus sesuai dengan kebutuhannya masing-masing, yaitu ; 1) layanan medis dan fisiologis, 2) layanan sosial – psikologis, 3) layanan paedagogis/ pendidikan.

2. Model Layanan

Model layanan anak berkebutuhan khusus dikelompokkan menjadi 3 yaitu;

a. Bentuk Layanan Pendidikan Segregasi

Model layanan ini adalah merupakan sistem pendidikan yang paling tua. Pada awal penyelenggaraan sistem ini dikarenakan adanya kekhawatiran atau keraguan terhadap kemampuan anak berkebutuhan khusus untuk belajar bersama dengan anak normal. Model layanan pendidikan segregasi merupakan system pendidikan yang terpisah dari system pendidikan anak normal. Model layanan pendidikan segregasi merupakan sistem pendidikan yang terpisah dari sistem pendidikan anak normal. Pendidikan anak berkebutuhan khusus melalui sistem segregasi maksudnya adalah penyelenggaraan pendidikan yang dilaksanakan secara khusus, dan terpisah dari penyelenggaraan pendidikan untuk anak normal, seperti Sekolah Luar Biasa. Ada empat bentuk penyelenggaraan pendidikan dengan system segregasi yaitu:

1) Sekolah Luar Biasa (SLB)

Sekolah ini merupakan bentuk sekolah yang paling tua yang berbentuk unit pendidikan, yaitu artinya dalam penyelenggaraan sekolah mulai dari tingkat persiapan sampai dengan tingkat lanjutan diselenggarakan dalam satu unit sekolah dengan satu kepala sekolah. Pada awalnya penyelenggaraan sekolah dalam bentuk unit ini berkembang sesuai dengan kelainan yang ada, seperti tanggung jawab SLB terdekatnya. Tenaga guru yang bertugas di kelas tersebut berasal dari guru SLB-SLB di dekatnya.

2) Sekolah Dasar Luar Biasa

Dalam rangka menuntaskan kesempatan belajar bagi anak berkebutuhan khusus, pemerintah mulai Pelita II menyelenggarakan Sekolah Dasar Luar Biasa (SDLB). Di SDLB merupakan unit sekolah yang terdiri dari berbagai kelainan yang dididik dalam satu atap. Dalam SDLB terdapat anak tunanetra, tunarungu, tunagrahita, dan tunadaksa. Kurikulum yang digunakan di SDLB adalah kurikulum yang digunakan di SLB untuk tingkat dasar yang disesuaikan dengan kekhususannya. Kegiatan belajar dilakukan secara individual, kelompok, dan klasikal sesuai dengan ketunaan masing-masing. Pendekatan yang dipakai juga lebih kependekatan individualisasi. Selain diberikan pembelajaran juga mereka direhabilitasi sesuai dengan ketunaannya masing-masing.

b. Bentuk Layanan Pendidikan Terpadu/Integrasi

Bentuk pendidikan terpadu/integrasi dapat disebut juga system pendidikan terpadu, yang system pendidikannya dibaur antara anak berkebutuhan khusus dengan anak biasa (normal) di sekolah umum. Sistem ini memberikan kesempatan kepada anak berkebutuhan khusus untuk belajar bersama-sama dengan anak normal dalam suatu atap. Adapun keterpaduannya bisa bersifat menyeluruh, sebagai, atau keterpaduan dalam rangka sosialisasi. Adapun bentuk keterpaduannya menurut Depdiknas (1980) ada tiga jenis yaitu: bentuk kelas biasa , kelas biasa dengan ruang bimbingan khusus, dan bentuk kelas khusus.

1) Bentuk Kelas Biasa

Pada bentuk keterpaduan ini anak berkebutuhan khusus belajar dikelas biasa secara penuh dengan menggunakan kurikulum biasa. Oleh sebab itu sangat diharapkan adanya pelayanan dan bantuan guru kelas atau guru kelas atau guru bidang studi semaksimal mungkin dengan memperhatikan petunjuk-petunjuk khusus dalam melaksanakan kegiatan belajar mengajar di kelas biasa. Metode, pendekatan dan, cara penilaian yang digunakan pada kelas biasa ini tidak berbeda dengan yang digunakan pada sekolah umum. Tetapi untuk beberapa mata pelajaran harus disesuaikan dengan ketentuannya. Bentuk keterpaduan ini disebut juga keterpaduan yang bersifat penuh/menyeluruh.

2) Kelas Biasa Dengan Bimbingan Khusus

Pada bentuk keterpaduan ini anak berkebutuhan khusus belajar dikelas biasa dengan menggunakan kurikulum biasa serta mengikuti pelajaran khusus untuk mata pelajaran tertentu yang tidak dapat diikuti oleh anak berkebutuhan khusus bersama anak normal. Pelaksanaanya diberikan diruang bimbingan khusus yang dilengkapi dengan peralatan khusus untuk memberikan latihan oleh guru pembimbing khusus (GPK), dengan menggunakan pendekatan individu dan metode peragaan sesuai. Bentuk keterpaduan ini biasa disebut keterpaduan yang bersifat sebagian.

3) Bentuk Kelas Khusus

Pada bentuk ini anak berkebutuhan khusus mengikuti pendidikan dengan menggunakan kurikulum SLB Secara penuh dikelas khusus

pada sekolah umum yang melaksanakan program pendidikan terpadu. Guru pembimbing khusus berfungsi sebagai pelaksanaan program dikelas khusus. Pendekatan, metode dan cara penilaian menggunakan format yang biasa digunakan SLB. Keterpaduan pada tingkat ini hanya bersifat fisik dan sosial, artinya anak berkebutuhan khusus dapat dipadukan untuk kegiatan yang bersifat non akademik. Bentuk keterpaduan ini adalah keterpaduan dalam rangka sosialisasi.

c. Bentuk Pendidikan Inklusi

Pendidikan inklus adalah sebagian suatu sistem layanan pendidikan khusus yang masyarakat agar anak semua yang berkebutuhan khusus dilayani di sekolah-sekolah terdekat disekolah bisa bersama teman-teman seusianya. Oleh sebab itu perlu restrukturisasi di sekolah sehingga menjadi komunitas yang mendukung pemenuhan kebutuhan khusus bagi setiap anak. Menurut Smith mengemukakan bahwa inklusi dapat berarti penerimaan pada anak-anak yang mengalami hambatan kedalam kurikulum, lingkungan, interaksi sosial dan konsep dari (visi-misi) sekolah. Gagasan utama mengenai pendidikan inklusif, adalah sebagai berikut (Nurul, Hidayah, 2019)

- 1) Bahwa setiap anak merupakan bagian integrasi dari komunitas lokalnya dan kelas kelompoknya.
- 2) Bahwa kegiatan sekolah diatur dengan sejumlah besar tugas belajar yang kooperatif , individualisasi pendidikan dan fleksibilitas dalam pilihan materinya.
- 3) Bahwa guru bekerjasama dan memiliki pengetahuan tentang strategi pembelajaran dan kebutuhan pengajar umum, khusus dan individual, dan memiliki pengetahuan tentang cara menghargai tentang pluralitas perbedaan individual dalam mengatur aktivitas kelas. Pendidikan insklusif sebenarnya merupakan perkembangan lebih lanjut dari program *mainstreaming* yang sudah beberapa dekade ini diterapkan secara luas oleh para pendidik di berbagai negara untuk anak-anak berkebutuhan khusus meskipun orientasi dan implementasinya berbeda. Di Indonesia pendidikan insklusif dalam pelaksanaannya di sekolah didasarkan pada beberapa landasan, filosofis dan yuridis-empiris.

- 4) Pendidikan adalah hak mendasar bagi setiap anak, termasuk berkebutuhan khusus.
- 5) Anak adalah pribadi yang unik, memiliki karakteristik, minat, kemampuan dan kebutuhan belajar yang berbeda.
- 6) Penyelenggaraan pendidikan menjadi tanggung jawab bersama orang tua masyarakat dan pemerintah.
- 7) Setiap anak berhak mendapatkan pendidikan yang layak.
- 8) Setiap anak berhak memperoleh akses pendidikan yang ada dilingkungan.

Sekolah penyelenggara pendidikan insklusif adalah sekolah umum yang telah memenuhi beberapa persyaratan yang telah ditentukan. Adapun syarat-syarat tersebut antara lain: berkenaan dengan keberadaan siswa berkebutuhan khusus, memiliki komitmen, manajemen sekolah, sarana prasarana, dan ketenagaan. Sekolah penyelenggaraan pendidikan inklusijuga harus menciptakan lingkungan yang ramah terhadap pembelajaran, yang memungkinkan semua siswa dapat belajar dengan nyaman dan menyenangkan. Pada pendidikan inklusif dikembangkan berbagai macam metode atau strategi untuk digunakan dalam proses belajar mengajar agar tercapaisituasi belajar aktif dan fleksibel (Asep Supena dkk, 2012)

Pelayanan yang diberikan di dalam sebuah sekolah yang dirancang untuk membantu siswa dengan perbedaan belajar dan kondisi lemah lainnya. Anak-anak dirujuk untuk mendapat bantuan khusus, dengan pengelompokan yang biasanya berdasarkan kebutuhan pendidikan.

DAFTAR PUSTAKA

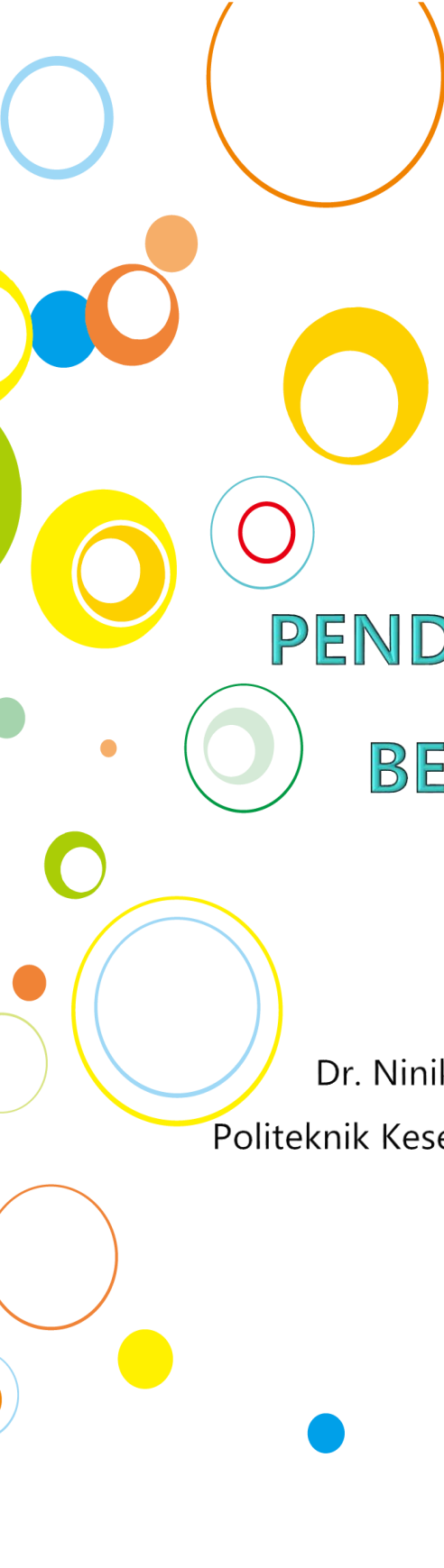
- Aqila, S. (2012). *Anak Cacat Bukan Kiamat Metode pembelajaran dan Terapi Untuk Anak Berkebutuhan Khusus*. Ar-Ruzz.
- Asep Supena dkk. (2012). *Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus*. 28 Jaya printing & Publisher.
- Dinie Ratri Desiningrum. (2016). *Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus*. Psikosain.
- Gunarto. (2013). *Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus*. Unissula Press.
- Ika Febriani Kristiana, C. G. W. (2016). *Buku Ajar Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus*. UNDIP Press.
- Irdamurni. (2018). *Memahami Anak Berkebutuhan Khusus*. Goresan Pena Publishing.
- Novan, A. W. (2016). *Penanganan Anak Usia Dini Berkebutuhan Khusus*. Ar-Ruzz.
- Nurul, Hidayah, dkk. (2019). *Pendidikan Inklusi Dan Anak Berkebutuhan Khusus*. Samudra Biru.
- Ratih, P. P., & Afin, M. (2013). *Kiat Sukses Mengasuh Anak Berkebutuhan Khusus*. Ar-Ruzz.
- Rini, H. (2016). *Penanganan Anak Berkelainan (Anak Berkebutuhan Khusus)*. Universitas Terbuka.
- Rumia, M. R. S. (2019). *Belantara Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus*. UKI Press.
- Setiaji, R. (2018). *Penanaman Nilai-Nilai Agama Islam Pada Anak Usia Dini*. UNY.
- Shinta, P. (2011). *Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus*. Semarang University Press.

PROFIL PENULIS



Rahayu Setyaningsih, S.Kep., Ns., M.Kes

Penulis lahir di Sukoharjo, 20 Maret 1978. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2006 dan pendidikan profesi ners di Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2007. Selanjutnya penulis menyelesaikan pendidikan S2 Magister Ilmu Kesehatan di Universitas Sebelas Maret pada tahun 2011. Saat ini aktif sebagai Dosen Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Anestesiologi, Politeknik Insan Husada Surakarta.



BAB 2

HAKIKAT

PENDIDIKAN ANAK

BERKEBUTUHAN

KHUSUS

Dr. Ninik Nurhidayah, S.Pd.,S.ST.,M.Kes
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan
Surakarta

A. DEFINISI

Untuk mengetahui hakikat pendidikan anak berkebutuhan khusus maka perlu diketahui terlebih dahulu definisi dari hakikat dan pendidikan anak berkebutuhan khusus. Hakikat dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia merupakan kata benda yang memiliki arti sebagai intisari atau dasar atau kenyataan yang sebenarnya (sesungguhnya). Sebelum mendefinisikan pendidikan anak berkebutuhan khusus perlu diketahui terlebih dahulu beberapa istilah yang sering digunakan silih berganti dan memiliki makna yang kurang lebih intinya sama. Pendidikan anak berkebutuhan khusus dalam Bahasa Indonesia dikenal sebagai pendidikan luar biasa, pendidikan anak luar biasa, atau pendidikan khusus. Sedangkan dalam Bahasa Inggris pendidikan anak berkebutuhan khusus sering disebut dengan istilah *special ed.*, *exceptional education*, *special-needs education*, *alternative provision*, *exceptional student education*, *SEN*, *aided education*, maupun *SPED*. Penggunaan istilah tersebut juga didasari dengan terbitnya Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. Sebelum terbit UU Nomor 20 tahun 2003 ini, istilah yang digunakan untuk pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus dikenal sebagai pendidikan luar biasa (PLB). PLB merupakan pendidikan yang diperuntukkan bagi anak yang memiliki keluarbiasaan. Istilah untuk anak berkebutuhan khusus sebelumnya disebut sebagai anak luar biasa. Oleh karena itu tidak usah kuatir bahwa istilah-istilah di atas merupakan terminologi yang sering dipakai bergantian dan mempunyai arti atau makna yang tidak jauh berbeda (Abdurrahman, 2018).

Definisi pendidikan anak berkebutuhan khusus merupakan suatu proses mendidik atau memberikan layanan pendidikan anak dengan cara yang mengakomodasi keterbatasan atau perbedaan individu, kecacatan, dan kebutuhan khusus mereka. Idealnya, dalam proses ini membutuhkan suatu pengaturan dalam prosedur pengajaran yang telah direncanakan sebelumnya secara individual. Selama proses pun senantiasa dipantau secara sistematis, dibutuhkan penyesuaian peralatan dan bahan, dan pengaturan tertentu sehingga dapat diakses. Penatalaksanaan ini didesain agar dapat membantu anak dengan kebutuhan khusus mencapai tingkat kemandirian dan kesuksesan pribadi yang lebih tinggi baik di institusi pendidikannya maupun di komunitas mereka. Pencapaian ini mungkin tidak akan dapat diraih jika anak

berkebutuhan khusus tersebut menempuh pendidikan di sekolah kelas biasa (Abdurrahman, 2018). Dari definisi di atas dapat disimpulkan bahwa hakikat pendidikan anak berkebutuhan khusus merupakan dasar pemberian layanan pendidikan anak berkebutuhan khusus dengan penyesuaian atau pengaturan yang sistematis sehingga dapat mengakomodasi pencapaian kemandirian fungsional dan keberhasilan Pendidikan baik di institusi maupun lingkungan masyarakatnya.

B. LANDASAN

Pendidikan anak berkebutuhan khusus dalam pelaksanaannya mempunyai dasar teori yang mendasari. Adapun dasar teori pendidikan anak berkebutuhan khusus berlandaskan pada landasan berikut: landasan idiil atau filosofis, landasan yuridis formal, landasan pedagogik, landasan religi, dan landasan empiris.

1. Landasan idiil atau filosofis

Pendidikan anak berkebutuhan khusus sesuai dengan landasan idiil atau filosofis bangsa Indonesia. Sebagaimana diketahui bahwa pendidikan menentukan pandangan filsafat hidup suatu masyarakat tertentu. Pendidikan di Indonesia bertujuan untuk mencapai manusia pancasila sejati. Pancasila merupakan landasan idiil bagi bangsa Indonesia. Hal ini mempunyai arti bahwa Pancasila adalah dasar negara Republik Indonesia baik sebagai dasar ideologi maupun filosofi bangsa. Pancasila menjadi landasan idiil mempunyai makna bahwasannya Pancasila dipakai sebagai pandangan hidup oleh seluruh warga negara Indonesia dalam kehidupan berbangsa dan bernegaranya. Pancasila sebagai dasar negara Republik Indonesia didalamnya mengandung lima sila. Sila satu dengan sila yang lainnya saling berkaitan sebagai satu kesatuan.

2. Landasan yuridis formal

Pelaksanaan pendidikan anak berkebutuhan khusus mempunyai landasan yuridis formal baik landasan yuridis formal internasional maupun landasan yuridis nasional.

a. Landasan yuridis internasional diantaranya berdasarkan atas:

- 1) Salamanca statement and framework for action on special needs education (UNESCO, 1994) oleh para menteri pendidikan sedunia. Dalam klausul deklarasi tersebut diantaranya berisi:

- a) Kami, perwakilan pertemuan dunia tentang pendidikan kebutuhan khusus yang menangani 92 negara bagian dan 25 asosiasi di seluruh dunia, berkumpul di sini Salamanca, Spanyol, dari 7-10 Juni 1994, dengan demikian menegaskan kembali komitmen kami terhadap pendidikan untuk semua, merasakan kebutuhan dan keputusan untuk memberikan pelatihan kepada anak-anak, remaja dan orang dewasa dengan kebutuhan pendidikan khusus di dalam sistem sekolah biasa, dan selanjutnya menyetujui suatu struktur kegiatan pada pendidikan khusus, dengan semangatnya bahwa ketetapan-ketetapan serta rekomendasi-rekomendasinya diharapkan akan dijadikan pedoman oleh pemerintah-pemerintah serta organisasi-organisasi.
- b) Kami meyakini dan menyatakan bahwa:
- (1) Setiap anak mempunyai hak mendasar untuk memperoleh pendidikan, dan harus diberi kesempatan untuk mencapai serta mempertahankan tingkat pengetahuan yang wajar.
 - (2) Setiap anak mempunyai karakteristik, minat, kemampuan dan kebutuhan belajar yang berbeda-beda Sistem pendidikan seyogyanya dirancang dan program pendidikan dilaksanakan dengan memperhatikan keanekaragaman karakteristik dan kebutuhan tersebut
 - (3) Mereka yang menyandang kebutuhan pendidikan khusus harus memperoleh akses ke sekolah reguler yang harus mengakomodasi mereka dalam rangka pedagogi yang berpusat pada diri anak yang dapat memenuhi kebutuhankebutuhan tersebut
 - (4) Sekolah reguler dengan orientasi inklusif tersebut merupakan alat yang paling efektif untuk memerangi sikap diskriminasi, menciptakan masyarakat yang ramah, membangun masyarakat yang inklusif dan mencapai Pendidikan bagi Semua; lebih jauh, sekolah semacam ini akan memberikan pendidikan yang lebih efektif kepada mayoritas anak dan meningkatkan efisiensi dan pada akhirnya akan menurunkan biaya bagi seluruh sistem pendidikan
- c) Kami menyerukan pertimbangan semua legislatif dan mendesak mereka untuk:
- (1) Memberi prioritas tertinggi pada pengambilan kebijakan dan penetapan anggaran untuk meningkatkan sistem pendidikannya agar

- dapat menginkluskikan semua anak tanpa memandang perbedaan-perbedaan ataupun kesulitan-kesulitan individual mereka
- (2) Menetapkan asas pendidikan inklusif sebagai undang-undang atau kebijakan, sehingga semua anak ditempatkan di sekolah reguler kecuali ada alasan yang sangat kuat untuk melakukan sebaliknya.
 - (3) Mendorong proyek percontohan dan mendorong pertukaran pengalaman dengan negara-negara yang memiliki wawasan dalam melaksanakan sekolah inklusif
 - (4) Menyusun sistem kerja sama yang terdesentralisasi untuk merencanakan, menyaring, dan menilai kondisi pendidikan bagi anak-anak dan orang dewasa dengan penyandang kebutuhan pendidikan khusus
 - (5) Mendorong dan memfasilitasi partisipasi orang tua, masyarakat dan organisasi para penyandang cacat dalam perencanaan dan proses pembuatan keputusan yang menyangkut masalah pendidikan kebutuhan khusus
 - (6) Melakukan upaya yang lebih giat dalam merumuskan dan melaksanakan strategi identifikasi dan intervensi dini, maupun dalam aspek-aspek vokasional dari pendidikan inklusif
 - (7) Untuk perubahan mendasar demi berlangsungnya perubahan sistemik, menjamin bahwa program pendidikan guru, baik pendidikan pradinas dan dalam dinas, membahas masalah Pendidikan kebutuhan khusus di sekolah inklusif
- d) Kami juga mengharapkan perhatian masyarakat internasional; secara khusus kami meminta perhatian:
- (1) Pemerintah-pemerintah yang memiliki program kerjasama di seluruh dunia dan lembaga-lembaga pendanaan internasional, khususnya para sponsor konferensi dunia tentang pendidikan untuk semua, organisasi pendidikan, UNESCO, UNICEP, UNDP dan Bank Dunia: untuk membantu pendekatan pendidikan inklusif dan mendukung peningkatan pelatihan Pendidikan khusus sebagai bagian integral dari semua program pendidikan; Perserikatan Bangsa-Bangsa beserta lembaga-lembaga Spesialisasinya, terutama Organisasi Buruh Internasional (ILO), Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), UNESCO dan UNICEP; untuk memperkuat kontribusinya untuk terjalannya

kerjasama secara teknis, serta untuk memperkuat kerjasama dan jejaring kerjanya untuk mendapatkan bantuan yang lebih efektif terhadap pelaksanaan pendidikan kebutuhan khusus yang lebih luas dan lebih terintegrasi

- (2) Organisasi-organisasi non-pemerintah yang terlibat dalam perencanaan nasional dan penyaluran pelayanan: agar memperkuat kerjasamanya dengan badan-badan nasional pemerintah dan agar mengintensifkan keterlibatannya dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi terhadap penyelenggaraan pendidikan kebutuhan khusus secara inklusif;
 - (3) UNESCO, sebagai lembaga Perserikatan Bangsa-Bangsa yang menangani pendidikan: agar menjamin bahwa pendidikan kebutuhan khusus selalu merupakan bagian dari setiap diskusi mengenai Pendidikan untuk Semua dalam berbagai forum; agar memobilisasi dukungan dari organisasi-organisasi profesi keguruan dalam hal-hal yang berkaitan dengan peningkatan pendidikan guru mengenai penyelenggaraan pendidikan kebutuhan khusus agar menstimulasi masyarakat akademis untuk meningkatkan kegiatan penelitian dan jaringan kerja serta membentuk pusat-pusat informasi dan dokumentasi regional; juga agar berfungsi sebagai pusat penerangan bagi kegiatan-kegiatan tersebut dan agar menyebarkan hasil-hasil serta kemajuan yang telah dicapai pada tingkat negara dalam upaya mengimplementasikan deklarasi ini; agar memobilisasi dana melalui perluasan program penyelenggaraan sekolah-sekolah inklusif dan program dukungan masyarakat dalam rencana jangka menengah (1996-2002), yang akan memungkinkan diluncurkannya proyek perintis guna mempertunjukkan pendekatan-pendekatan baru dalam upaya penyebaran informasi, serta untuk mengembangkan indikator-indikator mengenai perlunya pendidikan kebutuhan khusus dan penyelenggaraannya. (Ditetapkan secara aklamasi, di kota Salamanca, Spanyol pada tanggal 10 Juni 1994)
- 2) Deklarasi Bukit tinggi tahun 2005
- Untuk memperjuangkan hak anak-anak berkebutuhan khusus, pada tahun 2005 diadakan symposium internasional di Bukit Tinggi dengan hasil rekomendasi Bukit tinggi. Di antara butir-butir deklarasi tersebut adalah

perlunya mengembangkan program pendidikan khusus sebagai salah satu cara untuk menjamin bahwa semua anak benar-benar mendapatkan pengajaran dan pengasuhan yang berkualitas dan tepat. Pemerintah Republik Indonesia sejak pertengahan tahun 2000 mulai membina program pendidikan inklusif. Program ini merupakan kelanjutan dari program pendidikan terpadu yang telah diluncurkan di Indonesia pada tahun 1980-an. Meskipun demikian, program pendidikan terpadu ini kemudian kurang berkembang. Muncul kembali dengan mengikuti tren dunia, menggunakan model pendidikan inklusif.

b. Landasan yuridis nasional:

- 1) Pembukaan UUD 1945 alinea keempat berbunyi: “Kemudian daripada itu untuk membentuk suatu Pemerintah Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial, maka disusunlah Kemerdekaan Kebangsaan Indonesia itu dalam suatu Undang-Undang Dasar Negara Indonesia, yang terbentuk dalam suatu susunan Negara Republik Indonesia yang berkedaulatan rakyat dengan berdasar kepada Ketuhanan Yang Maha Esa, Kemanusiaan yang adil dan beradab, Persatuan Indonesia dan Kerakyatan yang dipimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam Permusyawaratan/Perwakilan, serta dengan mewujudkan suatu Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.” Dalam Pembukaan UUD 1945 alinea keempat ini salah satunya mengandung makna mencerdaskan kehidupan bangsa. Tentunya anak berkebutuhan khusus juga merupakan bagian dari kehidupan bangsa yang memiliki hak yang sama untuk mendapatkan pendidikan yang layak.
- 2) UUD 1945 (Amandemen) pasal 31 ayat (1): “setiap warga negara berhak mendapat pendidikan”. ayat (2): “setiap warga negara wajib mengikuti pendidikan dasar dan pemerintah wajib membiayainya”.
- 3) UU No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional:
 - a) Pasal 3: Pendidikan Nasional berfungsi mengembangkan kemampuan dan membentuk watak serta peradaban bangsa yang bermartabat dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa,

bertujuan untuk mengembangkan potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang demokratis serta bertanggungjawab.

- b) Pasal 5 Ayat (1): “setiap warga negara mempunyai hak yang sama untuk memperoleh pendidikan yang bermutu”. Ayat (2): “warga negara yang mempunyai kelainan fisik, emosional, mental, intelektual, dan/atau sosial berhak memperoleh pendidikan khusus”. Ayat (3): “warga negara di daerah terpencil atau terbelakang serta masyarakat adat yang terpencil berhak memperoleh pendidikan layanan khusus”. Ayat (4): “warga negara yang memiliki potensi kecerdasan dan bakat istimewa berhak memperoleh pendidikan khusus”.
 - c) Pasal 23 Ayat (1): “Pendidikan khusus merupakan pendidikan bagi peserta didik yang memiliki tingkat kesulitan dalam mengikuti proses pembelajaran karena kelainan fisik, emosional, mental, sosial, dan/atau memiliki potensi kecerdasan dan bakat istimewa”. Ayat (2): “Pendidikan layanan khusus merupakan pendidikan bagi peserta didik di daerah terpencil atau terbelakang, masyarakat adat yang terpencil, dan/atau mengalami bencana alam, bencana sosial, dan tidak mampu dari segi ekonomi”.
 - d) Pasal 61 Ayat (1): “sertifikat berbentuk ijazah dan sertifikat kompetensi” Ayat (2): “ijazah diberikan kepada peserta didik sebagai pengakuan terhadap prestasi belajar dan/atau penyelesaian suatu jenjang pendidikan setelah lulus ujian yang diselenggarakan oleh satuan pendidikan yang terakreditasi”. Ayat (3): “sertifikat kompetensi diberikan oleh penyelenggara pendidikan dan lembaga pelatihan kepada peserta didik dan warga masyarakat sebagai pengakuan terhadap kompetensi untuk melakukan pekerjaan tertentu setelah lulus uji kompetensi yang diselenggarakan oleh satuan pendidikan yang terakreditasi atau lembaga sertifikasi”.
- 4) UU No. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak
- Pasal 48: “pemerintah wajib menyelenggarakan pendidikan dasar minimal 9 (sembilan) tahun untuk semua anak”. Pasal 49: “negara, pemerintah, keluarga, dan orang tua wajib memberikan kesempatan yang

seluas-luasnya kepada anak untuk memperoleh Pendidikan”. Pasal 51: “anak yang menyandang cacat fisik dan/atau mental diberikan kesempatan yang sama dan aksesibilitas untuk memperoleh pendidikan biasa dan pendidikan luar biasa”. Pasal 52: “anak yang memiliki keunggulan diberikan kesempatan dan aksesibilitas untuk memperoleh pendidikan khusus”. Pasal 53: “pemerintah bertanggungjawab untuk memberikan biaya pendidikan dan/atau bantuan cuma-cuma atau pelayanan khusus bagi anak dari keluarga kurang mampu, anak terlantar, dan anak yang bertempat tinggal di daerah terpencil”.

- 5) UU No. 4 tahun 1997 tentang Penyandang Cacat
 - 6) Pasal (5): “Setiap penyandang cacat mempunyai hak dan kesempatan yang sama dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan” Pasal (6): “Setiap penyandang cacat berhak memperoleh: Ayat 1: Pendidikan pada semua satuan, jalur, jenis, dan jenjang pendidikan.”
 - 7) Permendiknas No. 70 tahun 2009 tentang pendidikan inklusif
 - 8) Surat edaran Dirjen Dikdasmen Depdiknas No. 380/C. C6/MN/2003
 - 9) Deklarasi Bandung: Indonesia mampu menuju pendidikan inklusif
3. Landasan pedagogik
- Sistem Pendidikan Nasional sebagaimana yang telah ditetapkan dalam Pasal 3 UU No. 20 tahun 2003 menyebutkan bahwa "tujuan pendidikan nasional adalah berkembangnya potensi peserta didik agar menjadi manusia beriman dan bertakwa Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri dan menjadi warga negara yang demokratis dn bertanggung jawab". Hal tersebut sebagai landasan pedagogis dimana penyelenggaraan pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus pada dasarnya diarahkan agar supaya setiap anak dapat bertumbuh dan berkembang secara optimal sehingga mampu menjadi manusia yang berakhlak mulia. bermoral, dan berbudi luhur (Abdurrahman, 2018; Effendi, 2008).
4. Landasan religi
- Pentingnya pendidikan termasuk didalamnya pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus tampak sangat ditekankan bagi semua agama. Landasan religi tercantum dalam kitab suci masing-masing agama. Dalam kitab suci agama Islam tercantum dalam:

- a. Qs Az Zukhruf ayat 32: diterjemahkan dalam Bahasa Indonesia “mengapa mereka yang harus menentukan pemberian rahmat tuhanmu, padahal kamilah yang berwenang membagi-bagikan karunia di antara mereka dalam hidup ini. Dan kami pula yang berwenang mengangkat sebagian mereka di atas yang lain beberapa derajat, agar sebagian mereka dapat mempergunakan yang lain dalam rangka saling membutuhkan. Namun rahmat tuhanmu lebih berharga dari harta yang mereka kumpulkan.”
 - b. Qs Al Baqarah ayat 220: “...dan mereka menanyakan pula kepadamu tentang anak yatim, jawablah, “ memperbaiki keadaan mereka adalah kebajikan. Dan jika kamu bergaul dengan mereka, anggaplah mereka saudaramu.” Dan Allah mengetahui gerak-gerik hatimu yang hendak berbuat kerusakan dari yang hendak berbuat perbaikan dalam pergaulan itu. Dan jika Allah menghendaki, tentu ia akan mendatangkan kesulitan bagimu dalam urusan anak yatim itu. Sesungguhnya allah maha perkasa dan maha bijaksana.”
 - c. Qs An nissa ayat 9: “orang-orang hendaklan takut kepada Allah, andaikata sesudah wafatnya meninggalkan turunan yang lemah, dimana mereka khawatir nasib mereka terlunta-lunta. Karena itu hendaklah mereka taqwa kepada Allah dan mengucapkan kata-kata yang lemah lembut.”
5. Landasan empirik
- Hasil penelitian pada The National Academy of Science (AS) menunjukkan bahwa klasifikasi dan penempatan anak berkelainan di sekolah, kelas atau tempat khusus tidak efektif dan bersifat diskriminatif. Sementara itu, Meyer (2001) memahami dalam hasil penelitiannya bahwa anak-anak dengan ketidakmampuan sedang ditemukan memiliki kemajuan yang lebih menonjol dengan asumsi bila mereka mendapatkan pelatihan dalam iklim yang mengakui keberadaan mereka, terutama mengenai hubungan sosial dan persekutuan mereka secara lokal.

C. TUJUAN

Pendidikan anak berkebutuhan khusus bertujuan untuk memberikan layanan pendidikan dengan cara mengakomodasi keterbatasan yang dialami

anak berkebutuhan khusus seperti kesulitan belajar (seperti gangguan membaca, menulis, berhitung), gangguan komunikasi, gangguan emosi dan perilaku (seperti ADHD, Autism Spectrum Disorder, Down Syndrome), disabilitas fisik (seperti Cerebral Palsy, polio, kelainan tulang belakang, Spina Bifida), gangguan perkembangan (seperti gangguan spektrum autistik dan gangguan intelektual) dan masalah perkembangan lainnya sehingga dapat mencapai tingkat kemandirian dan kesuksesan yang optimal (Heward et al., 2017)

Anak berkebutuhan khusus cenderung mendapatkan manfaat dari layanan pendidikan tambahan seperti pendekatan pengajaran yang berbeda, penggunaan teknologi, area atau tempat pengajaran yang disesuaikan secara khusus dengan menggunakan ruang sumber atau ruang kelas terpisah. Pendidikan anak berkebutuhan khusus umumnya digunakan dan dirancang khusus bagi anak berkebutuhan khusus (Heward et al., 2017).

D. MODEL LAYANAN

Setiap institusi pendidikan menggunakan pendekatan yang berbeda untuk memberikan layanan pendidikan khusus kepada anak berkebutuhan khusus. Secara global pendekatan-pendekatan ini dapat secara luas dikelompokkan ke dalam empat kategori, berdasarkan seberapa banyak kontak yang dimiliki anak berkebutuhan khusus dengan anak normal (menggunakan terminologi Amerika Utara):

1. Inklusif

Dalam pendekatan ini, anak berkebutuhan khusus menghabiskan seluruh, atau sebagian besar hari sekolah dengan anak yang tidak memiliki kebutuhan khusus. Karena fakta bahwa inklusif dapat memerlukan modifikasi substansial dari kurikulum umum, sebagian besar sekolah menggunakannya hanya untuk siswa tertentu dengan kebutuhan khusus ringan hingga sedang, yang diterima sebagai murid berdasarkan praktik terbaik (Smith, 2007; Heward et al., 2017). Layanan khusus dapat diberikan di dalam atau di luar kelas reguler, tergantung pada jenis layanannya. Siswa kadang-kadang dapat meninggalkan kelas reguler untuk menghadiri sesi pengajaran yang lebih kecil dan lebih intensif di ruang kelas yang terpisah, ruang sumber daya, atau untuk menerima

layanan terkait lainnya yang mungkin memerlukan peralatan khusus atau mungkin mengganggu kelas lainnya, seperti terapi wicara, terapi okupasi, fisioterapi, konseling rehabilitasi (Heward et al., 2017). Mereka mungkin juga meninggalkan kelas reguler untuk layanan yang membutuhkan privasi, seperti sesi konseling dengan pekerja sosial (Bowe, 2004).

2. Mainstreaming

Model ini mengacu pada praktik mendidik anak berkebutuhan khusus di kelas dengan anak normal selama periode waktu tertentu berdasarkan keterampilan mereka. Anak berkebutuhan khusus dipisahkan di ruang kelas terpisah khusus untuk siswa berkebutuhan khusus selama sisa hari sekolah (Karen & Sadker, 2006; Karen & Sadker, 2009).

3. Segregasi

Pada model segregasi ini anak berkebutuhan khusus mendapatkan layanan pendidikan di kelas terpisah atau sekolah khusus. Dalam model ini, siswa berkebutuhan khusus tidak menghadiri kelas dengan anak normal. Siswa yang dipisahkan dapat menghadiri sekolah yang sama di mana kelas reguler disediakan, tetapi menghabiskan semua waktu instruksional secara eksklusif di ruang kelas yang terpisah untuk siswa dengan berbagai disabilitas. Jika kelas khusus mereka terletak di sekolah biasa, mereka dapat diberikan kesempatan untuk integrasi sosial di luar kelas, seperti dengan makan bersama siswa non-disabilitas (Heward et al., 2017). Sebagai alternatif, para siswa ini dapat menghadiri sekolah khusus (Abdurrahman, 2018).

Sekolah khusus model segregasi ini di Indonesia dikenal dengan Sekolah Luar Biasa (SLB). Sekolah luar biasa adalah sekolah yang melayani siswa yang memiliki kebutuhan pendidikan khusus karena kesulitan belajar, cacat fisik, atau masalah perilaku. Sekolah-sekolah khusus mungkin secara khusus dirancang, memiliki staf dan sumber daya untuk menyediakan pendidikan khusus yang sesuai untuk anak-anak dengan kebutuhan khususnya. Siswa yang bersekolah di sekolah luar biasa umumnya tidak mengikuti kelas di sekolah umum (Abdurrahman, 2018). Adapun jenis SLB diklasifikasikan berdasarkan gangguan yang dialami oleh anak berkebutuhan khusus diantaranya:

a. SLB A

Sekolah Luar Biasa ini khusus diperuntukkan bagi anak berkebutuhan khusus yang memiliki gangguan penglihatan (tunanetra). Anak berkebutuhan khusus yang sekolah di sini biasanya memiliki hambatan pada indra penglihatan. Dengan demikian strategi pembelajaran yang diberikan harus mampu mendorong anak berkebutuhan khusus memahami materi yang diberikan oleh para guru. Dalam proses belajar mengajarnya menggunakan media pembelajaran berupa buku braille serta tape recorder.

b. SLB B

Ini merupakan sekolah khusus bagi anak yang memiliki kekurangan atau gangguan pada indra pendengaran atau tunarungu. Media pembelajaran yang diajarkan pada anak berkebutuhan khusus di sekolah ini adalah membaca ujaran melalui gerakan bibir yang digabung dengan gerakan tangan untuk bisa melengkapi gerakan pada bibir (cued speech). Selain itu, media lain yang diberikan yaitu melalui pendengaran dengan memasang alat bantu pendengaran berupa cochlear implant.

c. SLB C

SLB C ini merupakan sekolah khusus ditujukan untuk anak tunagrahita atau individu dengan intelegensi yang di bawah rata-rata serta tidak memiliki kemampuan adaptasi sehingga mereka perlu mendapat pembelajaran tentang kemampuan bina diri dan bersosialisasi atau interaksi sosial. Anak berkebutuhan khusus dengan tipe tuna grahita ini cenderung menarik diri dari lingkungan dan pergaulan. Dengan layanan pendidikan yang optimal diharapkan anak mampu mandiri dalam kemampuan fungsionalnya sehari-hari (Delphi, 2006).

d. SLB D

Institusi pendidikan ini merupakan sekolah khusus yang diperuntukkan bagi mereka yang memiliki kekurangan atau gangguan secara fisik dalam anggota tubuh mereka atau disebut tunadaksa. Pendidikan di SLB D bertujuan mengembangkan potensi yang ada dalam diri diri siswa itu sendiri sehingga mereka dapat hidup secara mandiri serta dapat mengurus diri mereka.

e. SLB E

Sekolah Luar Biasa ini diperuntukkan khusus bagi anak berkebutuhan khusus yang berperilaku tidak selaras dengan lingkungan yang ada atau biasa disebut dengan tunalaras. Anak berkebutuhan khusus tuna laras ini biasanya tidak bisa mengukur atau mengontrol emosi serta kesulitan dalam menjalani fungsi sosialisasi. Karakteristik yang nampak pada anak berkebutuhan khusus ini adalah sering marah tidak terkendali, merusak barang-barang, susah dikendalikan dan cenderung sulit untuk bersosialisasi dengan teman sebaya.

f. SLB G

SLB G diperuntukkan khusus bagi anak berkebutuhan khusus dengan tunaganda, yakni mereka yang memiliki gabungan atau kombinasi kelainan. Anak berkebutuhan khusus tipe ini biasanya menunjukkan karakteristik kurang bisa berkomunikasi, atau bahkan tidak bisa berkomunikasi sama sekali dan perkembangan motoriknya tertinggal dari usia perkembangannya. Oleh sebab itu dalam proses pembelajarannya dibutuhkan media pembelajaran yang berbeda untuk meningkatkan kemandirian dalam kehidupan sehari-hari anak tersebut.

4. *Co-teaching*

Dalam model ini, anak berkebutuhan khusus ditempatkan di kelas pendidikan umum untuk belajar bersama dengan rekan-rekan mereka yang berkebutuhan khusus dan teman-temannya yang normal. Seorang guru Pendidikan Umum dan seorang guru Pendidikan Luar Biasa bekerja sebagai mitra dalam pengajaran. Jenis pengajaran bersama termasuk "satu pengajar utama/satu pendamping" di mana satu guru menginstruksikan sementara yang lain berkeliling kelas untuk mengevaluasi dan menawarkan bantuan, "pengajaran paralel" di mana kedua guru mengajarkan konten yang sama kepada dua kelompok siswa yang setara. ukuran, "pengajaran stase" di mana kedua guru menyajikan konten yang berbeda untuk kelompok siswa yang berbeda secara bersamaan dan siswa memutar melalui setiap stasiun, "pengajaran alternatif" di mana satu guru bekerja dengan kelompok yang lebih kecil atau siswa individu sementara yang lain bekerja dengan yang lain. kelas, dan "pengajaran tim" di mana

kedua guru merencanakan dan mengajarkan pelajaran bersama (Heward et al., 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurrahman, Mulyono. 2018. *Anak Berkesulitan Belajar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bowe, Frank (2004). *Making Inclusion Work*. Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall.
- Bandi Delphie. (2010). Pembelajaran Anak Tunagrahita Suatu Pengantar Dalam Pendidikan Inklusi.
- Effendi, Mohammad. (2008). *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan*. Yogyakarta: Bumi Aksara
- Heward, WL. (2006). *Exceptional Children: An Introduction to Special Education*. New Jersey: Merrill, Prentice
- Heward, W. L., Alber, S. R., & Konrad, M. (2017). *Exceptional children: An introduction to special education*. Boston, Massachusetts : Pearson
- Karen Z & Sadker, D.M. (2006). *Teachers, Schools and Society: A Brief Introduction to Education with Bind-in Online Learning Center Card with free Student Reader CD-ROM*. McGraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages. pp. 48, 49, 108, G–12. ISBN 978-0-07-323007-8.
-
- (2009). *Teachers, Schools and Society: A Brief Introduction to Education with Bind-in Online Learning Center Card with free Student Reader CD-ROM*. McGraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages. p. 49. ISBN 978-0-07-323007-8.
- Permendiknas Republik Indonesia Nomor 70 Tahun 2009 tentang Pendidikan Inklusif Peserta Didik yang memiliki Kelainan dan Memiliki Potensi
- Smith P (October 2007). O'Brien, John (ed.). "Have we made any progress? Including students with intellectual disabilities in regular education classrooms". *Intellect Dev Disabil.* **45** (5): 297–309. doi:10.1352/0047-6765(2007)45[297:HWMAPI]2.0.CO;2. PMID 17887907.
- The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education: Word Conference on Special Education: Access and Quality. Salamanca, Spain, 7-10 June 1994.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. (2011). Pustaka Yustisia : Yogyakarta

Undang-Undang Republik Indonnesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. (2011). KPAID Kalimantan Barat : Pontianak

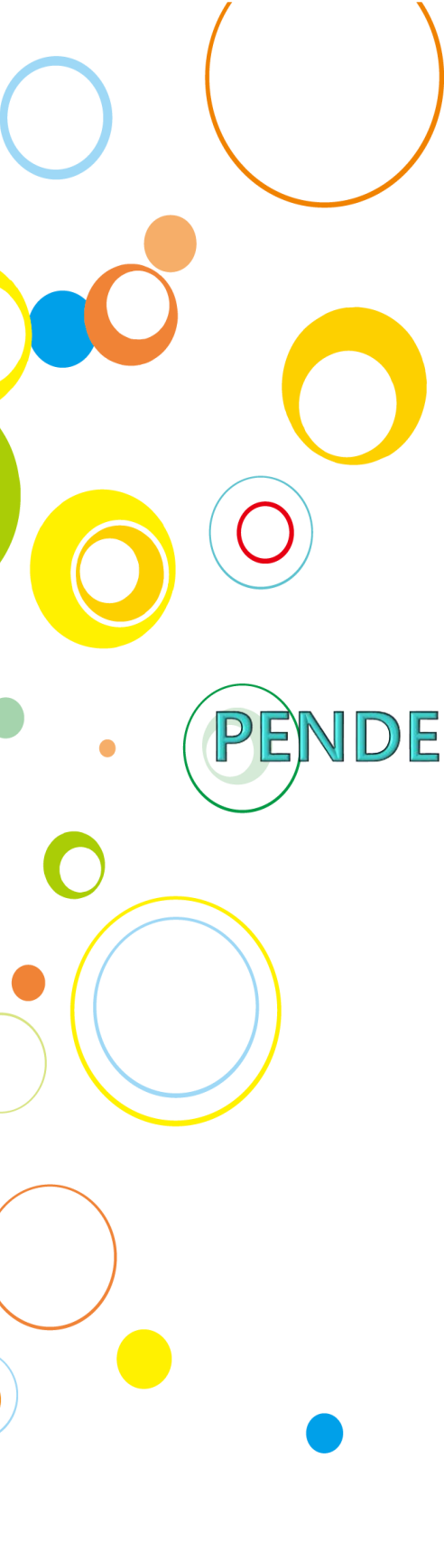
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat

PROFIL PENULIS



Dr. Ninik Nurhidayah, S.Pd., S.ST., M.Kes, lahir di Karanganyar, 27 Maret 1977. Penulis menempuh Pendidikan Diploma III Okupasi Terapi di Akademi Okupasi Terapi Surakarta lulus 1998, lanjut ke S1 Pendidikan Khusus FKIP UNS lulus 2003, S2 Magister Kedokteran Keluarga Minat Pendidikan Profesi Kesehatan UNS pada tahun 2012, Sarjana Terapan Terapi Okupasi Poltekkes Surakarta lulus 2013, dan S3 Penyuluhan Pembangunan Minat Promosi Kesehatan UNS lulus tahun

2018. Penulis berkarir sebagai dosen di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surakarta sejak tahun 2000 sampai sekarang. Sebelumnya, penulis telah bekerja selama 1 tahun di AGCA Center Semarang sebagai Terapis Okupasi untuk menangani anak-anak berkebutuhan khusus dan sebagai praktisi terapis okupasi sampai sekarang. Saat ini penulis mengampu Mata Kuliah Splinting & Alat Bantu, Ortopedi Splint & Assistive Devices Lanjut, dan Okupasi Terapi pada Geriatri. Sebelumnya pernah mengajar OT Pada Rematologi, Statistik, Konsep dan profesionalisme Okupasi Terapi, OT Pada Rehabilitasi Bersumberdaya Masyarakat pada Jurusan Okupasi Terapi Poltekkes Surakarta dan Orthopedagogik B, C & D pada Jurusan Terapi Wicara Poltekkes Surakarta. Berbagai penelitian dan kegiatan pengabdian masyarakat dilaksanakan oleh penulis umumnya terkait dengan keilmuan terapi okupasi.



BAB 3

HAMBATAN

PENDENGARAN DAN

BICARA

Ana Mariza, S.ST,M.Kes
Universitas Malahayati

A. GANGGUAN PENDENGARAN

1. Definisi

Pendengaran merupakan indra yang penting untuk dapat berkomunikasi dan menerima berbagai informasi. Gangguan pada pendengaran membuat kita terhambat untuk menerima informasi dengan baik serta mengganggu kemampuan anak dalam belajar serta berkomunikasi dengan lingkungan.

Istilah tunarungu digunakan bagi orang yang mengalami adanya gangguan atau ketidakmampuan dalam pendengaran, mulai dari tingkatan yang ringan sampai yang berat sekali yang diklasifikasikan ke dalam tuli (deaf) dan kurang dengar (Hard of hearing). Tunarungu adalah orang yang mengalami kehilangan pendengaran (lebih dari 70 dB) yang mengakibatkan kesulitan dalam memproses informasi bahasa melalui pendengarannya sehingga tidak dapat memahami pembicaraan orang lain baik dengan memakai maupun tidak memakai alat bantu dengar.

Pada saat anak mengalami gangguan pendengaran ini, maka saat itu mereka disebut dengan anak berkebutuhan khusus. Anak berkebutuhan khusus tunarungu memiliki hambatan dan kesulitan antara lain dalam proses bicara dan bahasanya yang disebabkan oleh kelainan pendengarannya. sebagai akibat dari terhambatnya perkembangan bicara dan bahasanya, maka anak tunarungu akan mengalami keterlambatan dan kesulitan dalam hal-hal yang berhubungan dengan komunikasi. Hambatan utama dari tunarungu dalam proses komunikasi adalah minimnya kosa kata dan tidak lancar dalam proses bicara. Hal ini disebabkan oleh alat-alat yang penting untuk memahami bahasa, yaitu indra pendengarannya tidak berfungsi sebagaimana mestinya.

The National Centre for Education Statistics mendefinisikan gangguan pendengaran seperti berikut:

a. Hearing impairment

Yaitu kerusakan dalam pendengaran, apakah permanen atau ebrubah-ubah yang mempengaruhi kinerja pendidikan anak, karena dalam banyak kasus yang parah, anak lemah dalam memproses informasi linguistik melalui pendengaran

b. Deafness

Yaitu memiliki kerusakan pendengaran yang sangat berat. Pelajar lemah dalam memproses informasi linguistik melalui pendengaran (dengan atau tanpa amplifikasi) dan mempengaruhi kinerja pendidikan

c. Hard of hearing

Yaitu memiliki gangguan pendengaran, apakah permanen atau berubah-ubah yang mempengaruhi kinerja pendidikan pelajar, tetapi tidak termasuk dibawah definisi dari “deaf”

2. Klasifikasi Tunarungu

a. Berdasarkan tingkat kehilangan pendengaran, tunarungu dapat diklasifikasikan menjadi 5 antara lain :

1) Tunarungu ringan (Mild Loses)

Yaitu kehilangan kemampuan mendengar 20-30 dB yang memiliki ciri-ciri :

- a) Sukar mendengar percakapan yang lemah
- b) Menuntut sedikit perhatian khusus dari sistem sekolah tentang kesulitannya
- c) Perlu latihan membaca ujaran dan perlu diperhatikan perkembangan penguasaan perbendaharaan kata

2) Tunarungu sedang (Marginal Loses)

Yaitu kehilangan kemampuan mendengar 30-40 dB yang memiliki ciri-ciri :

- a) Mengerti percakapan biasa pada jarak satu meter
- b) Mengalami kesulitan menangkap percakapan dengan pendengaran pada jarak normal dan kadang-kadang mereka mendapat kesulitan menangkap percakapan kelompok
- c) Mengalami kelainan bicara dan perbendaharaan kata yang terbatas
- d) Kebutuhan dalam program pendidikan antara lain belajar membaca, penggunaan alat bantu dengar, latihan bicara, latihan artikulasi dan perhatian dalam perkembangan perbendaharaan kata

- 3) Tunarungu agak berat (Moderate Loses)
Yaitu kehilangan kemampuan mendengar 40-60 dB yang memiliki ciri-ciri :
 - a) Mengerti percakapan keras pada jarak satu meter
 - b) Perbendaharaan kata terbatas
 - 4) Tunarungu berat (Severe Loses)
Yaitu kehilangan kemampuan mendengar 60-70 dB yang memiliki ciri-ciri masih bisa mendengar suara keras dari jarak yang dekat misalnya bunyi klakson mobil. Orang tunarungu diajar dalam suatu kelas khusus untuk anak-anak tunarungu. Diperlukan latihan membaca ujaran dan pelajaran yang dapat mengembangkan bahasa dan bicara dari guru kelas khusus.
 - 5) Tunarungu berat sekali (Profound Loses)
Yaitu kehilangan kemampuan mendengar 75 dB keatas yang memiliki ciri-ciri yaitu mendengar suara yang keras pada jarak 1 inci (2,54 cm) atau sama sekali tidak mendengar walaupun menggunakan alat bantu dengar.
- b. Berdasarkan saat terjadinya, tunarungu dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu :
- 1) Ketunarunguan prabahasa (Prelingual Deafness) yaitu kehilangan pendengaran sewaktu anak berumur kurang dari 2 tahun sebelum menguasai bahasa
 - 2) Ketunarunguan pasca bahasa (Post Lingual Deafness) yaitu kehilangan pendengaran waktu anak berumur lebih dari 4 tahun setelah menguasai berbagai bahasa
- c. Berdasarkan sifat terjadinya dibagi menjadi 2 yaitu :
- 1) Tunarungu bawaan yaitu ketika anak lahir sudah mengalami/menyandang tunarungu dan indera pendengarannya sudah tidak berfungsi lagi
 - 2) Tunarungu setelah lahir yaitu terjadinya setelah anak lahir diakibatkan oleh kecelakaan atau suatu penyakit
- d. Berdasarkan tempat kerusakan
- 1) Kerusakan pada bagian telinga luar dan tengah, sehingga menghambat bunyi-bunyian yang akan masuk kedalam telinga disebut juga tuli konduktif

- 2) Kerusakan pada telinga bagian dalam sehingga tidak dapat mendengar bunyi/suara disebut tuli sensoris.
3. Karakteristik dan Identifikasi tunarungu

Karakteristik anak tunarungu dilihat dari segi fisik tidak memiliki karakteristik yang khas, karena secara fisik anak tunarungu tidak mengalami gangguan yang terlihat. Sebagai dampak ketunarunguannya, anak tunarungu memiliki karakteristik yang khas dari segi yang berbeda yaitu dilihat dari segi intelegensia, bahasa dan bicara, emosi dan sosial.

 - a. Karakteristik anak tunarungu dalam aspek kognitif

Kemampuan intelegensia individu dengan gangguan pendengaran sangat bervariasi mulai dari yang tinggi, sedang dan rendah. Beberapa hasil penelitian membuktikan bahwa kemampuan kognitif individu dengan gangguan pendengaran lebih rendah dibandingkan dengan individu yang dapat mendengar, hal ini disebabkan karena tes yang digunakan dalam penelitian-penelitian tersebut memerlukan pemahaman berbicara secara bahasa. Rendahnya tingkat prestasi murid tunarungu bukan berasal dari kemampuan intelektualnya yang rendah, tetapi pada umumnya disebabkan karena intelegensianya tidak mendapat kesempatan untuk berkembang secara optimal. Namun meskipun demikian, sumber aspek intelegensia mereka yang lainnya seperti penglihatan dan motorik dapat menjadi sumber yang memungkinkan untuk dapat meningkatkan intelegensia mereka untuk berkembang secara cepat
 - b. Karakteristik anak tunarungu dalam aspek akademik

Gangguan pendengaran dapat menjadi penghalang potensial untuk berkomunikasi dengan lingkungan sekitar. Komunikasi ini menjadi kunci yang sangat penting dalam memperoleh keterampilan bahasa individu, karena dari komunikasi ini maka individu akan mendapatkan informasi penting, sehingga gangguan pendengaran dapat mempengaruhi sebagian besar wilayah pengembangan termasuk yang berhubungan dalam pencapaian akademik antara lain:

 - 1) Bahasa

Bahasa adalah pusat segalanya karena digunakan seseorang untuk dapat berkomunikasi dengan orang lain, berfikir dan belajar.

Sekalipun anak-anak yang tunarungu kesulitan mendengar, mereka mempunyai kemampuan kognitif yang sama untuk belajar bahasa seperti teman-teman mereka yang dapat mendengar, untuk dapat mencapai potensial bahasa maka mereka membutuhkan interaksi dengan orang dewasa dan anak-anak lainnya secara konsisten berbicara atau menggunakan isyarat dengan mereka. Berkomunikasi dengan anak-anak lain memungkinkan mereka untuk merencanakan, menjelajahi, menyelesaikan masalah, pertanyaan dan diskusi. Sayangnya, banyak anak-anak dan remaja yang tunarungu tidak atau jarang terlibat dalam percakapan dengan anggota keluarga, teman atau profesional. Ketika mereka melakukan percakapan, interaksi tersebut sering dikendalikan oleh orang dewasa dan terdiri dari pertanyaan dan jawaban yang dipertukarkan dengan bahasa yang mudah secara konkret dan harfiah. Pola percakapan yang dibatasi ini akan mempunyai efek jangka panjang yang negatif pada individu tunarungu untuk memperoleh kemampuan membaca, akses kurikulum, hubungan sebab akibat penyelesaian masalah, dan membuat keputusan yang kuat tentang perilaku

2) Membaca

Membaca termasuk kemampuan kompleks yang menantang bagi kebanyakan pelajar dengan tunarungu terutama karena komunikasi dan koneksi perkembangan bahasa. Perolehan dari bahasa pertama dan perkembangan bahasa yang berlangsung melalui masa kanak-kanak awal dan sekolah dasar dibutuhkan individu-individu untuk menjadi pembaca yang terampil. Banyak anak-anak tunarungu tidak mempunyai buku bacaan untuk mereka dari orang dewasa, yang telah ditentukan untuk menjadi sebuah komponen yang penting dalam perkembangan keaksaraan. Orang dewasa sering tidak membaca buku untuk anak tunarungu karena mereka tidak nyaman berisyarat, mereka memiliki kosakata isyarat yang terbatas, atau mereka menemukan kesulitan untuk menemukan cara ternyaman dalam memusatkan anak dan memegang buku untuk menyelesaikan kontak visual yang memuaskan. Meskipun mayoritas pelajar tunarungu berjuang untuk menjadi pembaca yang fasih, penting untuk diingat bahwa beberapa dari mereka menunjukkan level kelas ketika dibandingkan dengan teman mereka yang dapat mendengar. Faktor yang disarankan agar kesuksesan mereka termasuk kualitas dan

kuantitas dari interaksi dengan orang-orang yang signifikan, partisipasi orang tua dalam pendidikan anak-anak ini, dan program pendidikan kualitas tertinggi.

3) Bahasa tertulis

Seperti membaca, menulis khususnya rumit dimengerti anak tunarungu. Masalah yang sering dialami ketika menulis yang harus dilakukan dengan fakta bahwa menulis dipertimbangkan sebagai bentuk sekunder dari ekspresi linguistik yang tergantung sangat tinggi pada sistem bahasa utama, seperti berbicara atau isyarat sebagai sebuah pondasi. Sebagai tambahan, mereka berjuang dengan mekanik serta aspek organisasional dari menulis. Pada umumnya, peneliti menemukan bahwa pelajar tunarungu berlanjut untuk membuat kemajuan lambat dalam bahasa tertulis sepanjang program pendidikan mereka. Seperti membaca, yang terdisi dari kelompok yang sangat heterogen dan banyak pelajar yang telah menjadi penulis sukses, bahkan beberapa ada yang menjadi jurnalis terkenal.

4) Berhitung

Pada umumnya, pelajar tunarungu mencapai level kelas tertinggi dalam berhitung daripada dalam membaca atau menulis. Tantangan pemahaman berhitung adalah kesulitan dalam menyelesaikan cerita aritmatika. Sebagai hasilnya, guru-guru sering menghindari menggunakan masalah kata berhitung, praktik tradisional berlebihan, seperti menghafal hafalan dan lembar kerja, dan membatasi menggunakan teknologi untuk berlatih dan mempraktikkan. Untuk menghindari hal ini, maka profesional harus fokus pada mengajar bahasa berhitung maupun aplikasi dari berhitung.

c. Karakteristik anak tunarungu dalam aspek sosial emosional

Pergaulan terbatas dengan sesama tunarungu sebagai akibat dari adanya keterbatasan dalam kemampuan berkomunikasi, sifat ego-sentris yang melebihi anak normal, yang ditunjukkan dengan sukarnya mereka menempatkan diri pada situasi berfikir dan perasaan orang lain, sukarnya menyesuaikan diri, serta tindakannya lebih terpusat pada “aku/ego”, sehingga jika ada keinginan harus selalu dipenuhi, tergantung pada orang lain serta kurang percaya diri, perhatian anak tunarungu sukar dialihkan, apabila sudah menyenangkan suatu benda atau pekerjaan tertentu, akan cepat

marah dan mudah tersinggung sebagai akibat seringnya mengalami kekecewaan karena mengalami kesulitan menyampaikan perasaan/keinginannya secara lisan ataupun dalam memahami pembicaraan orang lain.

d. Karakteristik dari segi bahasa dan bicara

Kemampuan anak tunarungu dalam berbahasa dan berbicara berbeda dengan anak normal pada umumnya karena kemampuan tersebut sangat erat dan berkaitan dengan kemampuan mendengar. Karena anak tunarungu tidak bisa mendengar bahasa, maka anak tunarungu mengalami hambatan dalam hal berkomunikasi. Ketunarunguan tampak dari simptom-simptom seperti : ketidakmampuan memusatkan perhatian yang sifatnya kronis, kegagalan berespons apabila diajak berbicara, terlambat berbicara ataupun melakukan kesalahan dalam artikulasi, mengalami keterbelakangan di sekolah. Beberapa karakteristik dan simtom-simtom tersebut diatas dapat diobservasi dalam proses identifikasi. Pemeriksaan medis misalnya dengan melakukan Tes BERA (Brainstem Evoked Response Audiometry) yang dilakukan oleh dokter juga perlu dilakukan untuk menegakkan diagnose adanya gangguan pendengaran.

4. Penyebab Gangguan Pendengaran

a. Faktor-faktor sebelum anak dilahirkan (pre natal)

1) Faktor keturunan atau hereditas.

Anak mengalami tunarungu sejak dilahirkan karena ada diantara keluarga ada yang tunarungu genetis akibat dari rumah siput tidak berkembang secara normal, dan ini kelainan corti (selaput-selaput)

2) Cacar air, campak (rubella, german measles).

Pada waktu ibu sedang mengandung menderita penyakit campak, cacar air, sehingga anak yang dilahirkan menderita tunarungu mustism (tidak dapat bicara secara lisan)

3) Toxameia (keracunan darah)

Keracunan darah dapat merusak plasenta, karena plasenta sebagai multifungsi janin dalam kandungan sehingga dapat

mempengaruhi janin yang tumbuh di dalamnya. Ketika bayi lahir biasanya mengalami kehilangan pendengaran 70-90 dB

4) Penggunaan obat dalam jumlah besar

Hal ini biasanya terjadi pada ibu hamil yang ingin melakukan abortus janin namun karena janin yang terlalu kuat menempel pada endometrium sehingga janin tidak dapat luruh. Dengan mengkonsumsi berbagai obat yang memiliki efek samping dengan bayi menderita tunarungu saat bayi dilahirkan dan biasanya disebut dengan cacat bawaan (kerusakan cochlea)

5) Bayi premature

Bayi lahir dengan premature biasanya memiliki berat badan dibawah normal, sistem imun serta fisik yang belum matang dapat menyebabkan bayi mudah terserang anoxia (kerusakan cochlea)

6) Kekurangan oksigen

Anoxia dapat merusak inti brain system dan bagal banglia. Dimana ganglia sendiri memiliki fungsi sebagai perintah pembawa pesan untuk mengirim sinyal ke seluruh sistem saraf seperti penampilan, proses belajar dan berhubungan dengan pergerakan.

b. Faktor-faktor saat anak dilahirkan (natal)

c. Faktor Rhesus (Rh) ibu dan anak yang sejenis

1) Anak lahir pre mature

2) Anak lahir menggunakan forcep (alat bantu tang)

3) Proses kelahiran yang terlalu lama

d. Faktor-faktor sesudah anak dilahirkan (post natal)

1) Infeksi

2) Meningitis (peradangan selaput otak)

3) Tunarungu perseptif yang bersifat keturunan

4) Otitismedia yang kronis

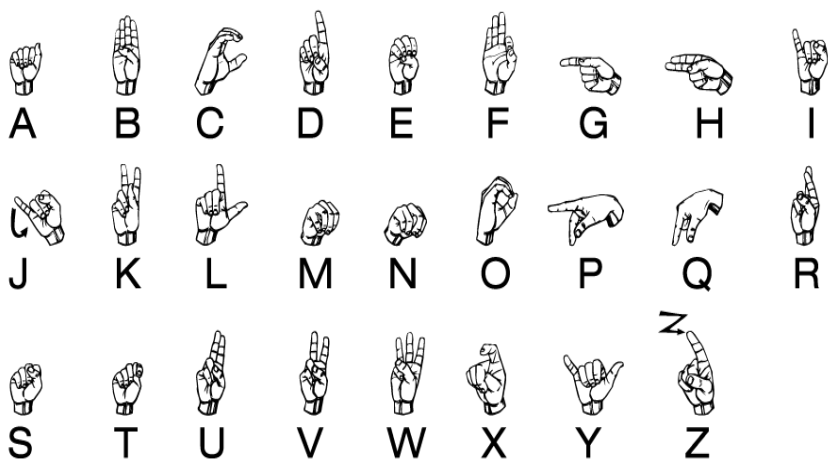
5) Terjadi infeksi pada alat-alat pernafasan.

5. Intervensi dalam setting perkembangan dan pendidikan antara lain:

a. Mengembangkan kemampuan berkomunikasi

Meskipun kemampuan berkomunikasi pasti mengalami permasalahan namun kemampuan ini harus tetap dikembangkan. Bagi anak yang

mengalami gangguan pendengaran ringan dalam arti sistem pendengarannya masih bisa difungsikan dengan alat bantu dengar maka komunikasi verbal disertai kemampuan membaca bibir lawan bicara (oralism) harus dilatih sesempurna mungkin agar mereka dapat berkomunikasi secara optimal. Sedangkan pada anak-anak yang mengalami gangguan pendengaran berat (deaf), pengembangan kemampuan komunikasi dapat dilakukan dengan melatih penggunaan bahasa isyarat (manualism). Berikut gambar manualism atau system komunikasi yang menggunakan alphabet (ejaan jari) dan bahasa isyarat.



Gambar 1. Alphabet ejaan jari

Sumber : Kristiana, I. F., & Widayanti, C. G. (2021).

b. Sekolah khusus atau sekolah inklusi

Anak-anak tunarungu sebagai peserta didik dapat belajar di sekolah khusus bagian B yang khusus menerima dan mendidik anak-anak tunarungu. Mereka juga dapat bersekolah di sekolah inklusi berbaur dengan anak-anak normal meskipun dengan metode pembelajaran yang sedikit berbeda dengan anak-anak normal. Misalnya, pada siswa tunarungu sangat mungkin membutuhkan remedial/pengulangan dan extra time untuk mempelajari bahasan-bahasan tertentu karena hambatan pendengaran yang mereka alami disertai dengan pengembangan kemampuan komunikasinya yang harus dilakukan baik oleh orantua maupun guru di sekolah.

B. GANGGUAN BICARA

1. Definisi

Tunawicara adalah seseorang yang mengalami kesulitan dalam mengungkapkan pikiran melalui bahasa verbal, sehingga sulit bahkan tidak dapat dimengerti orang lain. Kelainan bicara ini dapat bersifat fungsional dimana kemungkinan disebabkan karena ketunarunguan, dan organik yang memang disebabkan adanya ketidaksempurnaan organ bicara maupun adanya gangguan pada organ motorik yang berkaitan dengan bicara.

Tunawicara merupakan gangguan atau keterbatasan verbal pada seseorang sehingga mengalami kesulitan dalam berkomunikasi melalui suara.

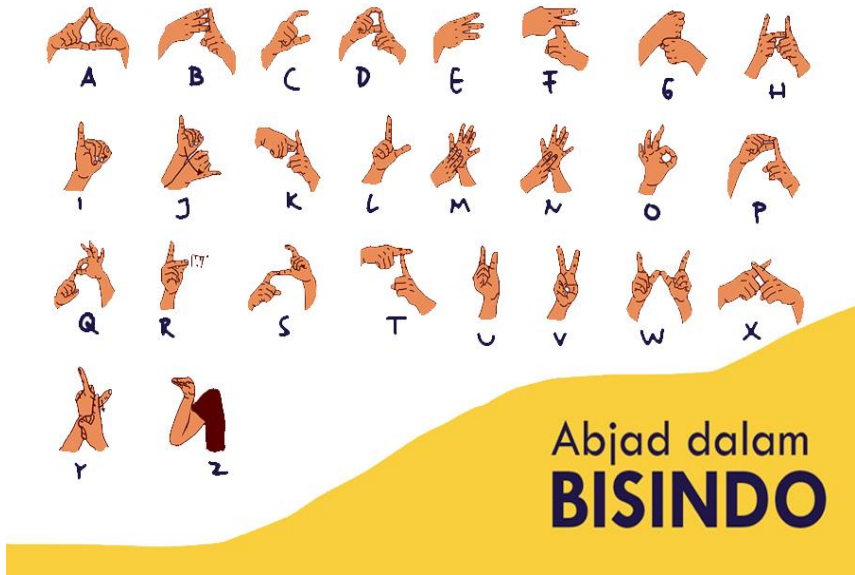
Anak tunawicara memiliki keterbatasan dalam berbicara atau komunikasi verbal, sehingga mereka memiliki hambatan dan kesulitan dalam berkomunikasi dan menyampaikan apa yang ingin mereka rasakan. Kesulitan dalam berkomunikasi akan semakin parah apabila anak tunawicara ini menderita tunarungu juga.

Ada juga tunawicara karena mengalami kondisi kelainan bahasa yang disebut Expressive Aphasia atau Severe Language Delay. Orang yang memiliki gangguan ini memiliki kesulitan memahami bahasa lisan yang didengarnya ataupun tidak bisa mengekspresikan pikiran secara verbal akibat gagal menemukan kata yang sesuai. Penderitanya sendiri seringkali tidak menyadari, terlebih orang-orang di lingkungannya.

2. Bahasa Isyarat

Komunikasi sangat penting dalam kehidupan sehari-hari, maka dari itu penderita tunawicara akan menggunakan bahasa isyarat atau bahasa non verbal untuk mengungkapkan interpretasi dirinya. Bahasa non verbal dinilai efektif untuk penyandang tunawicara. Bahasa isyarat berarti bahasa yang tidak menggunakan bunyi ucapan suara manusia tetapi menggunakan tulisan dalam sistem perlambangan. Bahasa yang menggunakan isyarat gerakan tangan, kepala, badan dan sebagainya khusus dibuat untuk orang dengan kebutuhan khusus. Bahasa isyarat yang paling sering digunakan adalah ASL (American Sign Language). Di

Indonesia sendiri menggunakan Sistem Bahasa Isyarat Indonesia (SIBI) dan Bahasa Isyarat Indonesia (BISINDO).



Gambar 2. Abjad Bisindo

Sumber : Kristiana, I. F., & Widayanti, C. G. (2021)

3. Karakteristik tunawicara

a. Karakteristik bahasa dan wicara

Pada umumnya untuk anak tunawicara memiliki keterlambatan dalam perkembangan bahasa wicara jika dibandingkan dengan perkembangan bicara anak-anak normal.

b. Kemampuan intelegensia

Kemampuan intelegensia (IQ) tidak berbeda dengan anak-anak normal, hanya pada skor IQ verbalnya akan lebih rendah dari IQ performanya.

c. Penyesuaian emosi, sosial dan perilaku

Dalam melakukan interaksi sosial di masyarakat banyak mengandalkan komunikasi verbal, hal ini yang menyebabkan tuna wicara mengalami kesulitan dalam penyesuaian sosialnya. Sehingga

anak tunawicara terkesan agak eksklusif atau terisolasi dari kehidupan masyarakat normal

4. Karakteristik khusus pada anak tunawicara
 - b. Terjadi pada anak-anak yang lahir premature
 - c. Kemungkinan 4 kali lipat pada anak yang belum berjalan pada usia 18 bulan
 - d. Belum bisa berbicara dalam bentuk kalimat pada usia dua tahun memiliki gangguan penglihatan
 - e. Sering dikategorikan sebagai anak kikuk oleh gurunya
 - f. Dari segi perilaku kurang bisa menyesuaikan diri
 - g. Sulit membaca
 - h. Banyak terjadi pada anak laki-laki daripada perempuan
5. Ciri-ciri fisik dan psikis anak tunawicara
 - a. Berbicara keras dan tidak jelas
 - b. Suka melihat gerak bibir atau gerak tubuh teman bicaranya
 - c. Telinga mengeluarkan cairan
 - d. Bibir sumbing
 - e. Suka melakukan gerakan tubuh
 - f. Cenderung pendiam
 - g. Suara sengau
6. Hambatan yang sering ditemui anak tunawicara
 - a. Sulit berkomunikasi dengan orang lain
 - b. Sulit bersosialisasi
 - c. Sulit mengutarakan apa yang diinginkannya
 - d. Perkembangan psikis terganggu karena merasa berbeda dan minder dengan orang lain
 - e. Mengalami gangguan dalam perkembangan intelektual, kepribadian, dan kematangan sosial

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, N. (2013). Mengenal anak berkebutuhan khusus. *Magistra*, 25(86), 1.
- Irdamurni, M. P. (2020). *Pendidikan Inklusif: Solusi Dalam Mendidik Anak Berkebutuhan Khusus*. Prenada Media.
- Kristiana, I. F., & Widayanti, C. G. (2021). Buku ajar psikologi anak berkebutuhan khusus.
- Lisinus, R., & Sembiring, P. (2020). *Pembinaan anak berkebutuhan khusus (sebuah perspektif bimbingan dan konseling)*. Yayasan Kita Menulis.
- Pandji, D. (2013). *Anak Special Needs*. Elex Media Komputindo.
- Yuliani, S. R. (2021). *Psikologi Dan Intervensi Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus* (Vol. 1). UMMPress.

PROFIL PENULIS



Penulis memiliki nama lengkap Ana Mariza, S.ST,M.Kes. Merupakan dosen pengajar di Program Studi Kebidanan Universitas Malahayati sejak Agustus 2011. Penulis lahir di Palembang, 22 Mei. Riwayat pendidikan dimulai dari DIII kebidanan yang ditempuh selama 3 (tiga) tahun (2005-2008), diploma IV kebidanan (2009-2010) di Poltekkes Kemenkes Tanjung Karang. Di tahun 2011 melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Malahayati, lulus ditahun 2013. Penulis sebelumnya pernah bekerja sebagai bidan pelaksana di RS DKT Bandar Lampung 2008-2011, serta mengajar di Akbid Alifa Pringsewu 2010-2011. Selain sebagai pengajar, saat ini penulis aktif dalam pelaksanaan penelitian dan pengabdian masyarakat.



BAB 4

HAMBATAN PERKEMBANGAN INTELEKTUAL

Lis Sarwi Hastuti, S.KM.,S.ST.,M.Sc
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan
Surakarta

A. PENGERTIAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS (ABK)

Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang mengalami keterbatasan, baik fisik, mental-intelektual, sosial, maupun emosional, yang mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangan dibandingkan anak-anak lain sebaya (Winarsih S, et al, 2013). Menurut Ratnasari (2013), ABK adalah anak yang memiliki perbedaan dengan anak lain pada umumnya, baik berkekurangan maupun berlebihan, meliputi aspek fisik/motorik, penglihatan, pendengaran, kognitif, bahasa dan bicara, serta sosial dan emosi.

Pengertian ABK menurut Mangunsong (2009) adalah anak yang menyimpang dari rata-rata anak normal dalam ciri-ciri mental, kemampuan fisik, sensorik, fisik dan neuromuskular, perilaku sosial dan emosional, kemampuan berkomunikasi, memerlukan modifikasi terhadap tugas keseharian, dan pelayanan untuk pengembangan potensi.

Dari beberapa pengertian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa Anak Berkebutuhan Khusus adalah anak dengan keterbatasan baik secara mental intelektual, fisik, perilaku, emosi dan komunikasi yang berdampak pada pertumbuhan dan perkembangannya, sehingga berbeda dibandingkan anak lain seusianya.

B. PERKEMBANGAN INTELEKTUAL

Seorang individu tumbuh dan berkembang dalam beberapa aspek, antara lain aspek biologis/fisik/motorik, kognitif/intelektual/cara berfikir/bahasa, dan sosioemosional. Ketiga aspek ini saling berinteraksi, mempengaruhi dan tidak bisa dipisahkan dalam konteks pertumbuhan dan perkembangan individu (Santrok, 2012).

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2016), intelektual bermakna cerdas, berakal, dan berpikiran jernih terutama yang menyangkut pemikiran dan pemahaman. Intelektual berasal dari kata bahasa Inggris “Intelect” yang artinya akal budi yang berdasarkan aspek-aspek kognitif, khususnya proses berfikir yang lebih tinggi dari fase ke fase dalam kehidupannya, Atau dengan kata lain, intelektual atau kecerdasan merupakan seluruh kemampuan berfikir dan bertindak secara adaptif, termasuk kemampuan mental yang kompleks seperti berfikir, mempertimbangkan, menganalisis, mensintesis, mengevaluasi, serta bisa menyelesaikan persoalan – persoalan (Santrok, 2012).

Terdapat 4(empat) tahapan perkembangan intelektual, yaitu sensorimotor, praoperasional, operasional konkret, dan operasional formal (santrok, 2012). Masing-masing tahapan akan dijelaskan sebagai berikut :

1. Sensorimotor

Tahap perkembangan sensorimotor terjadi pada dua tahun pertama kehidupan (0-2 tahun) ditandai dengan kecenderungan-kecenderungan sensoris motoris yang sangat jelas, semua hal yang dilakukan pada tahap ini merupakan perwujudan proses pematangan aspek sensoris motoris tersebut, sedangkan sensoris motoris itu sendiri adalah proses perkembangan sel saraf yang ada pada individu. Beberapa ciri tahap sensorimotor ini antara lain ditandai dengan perkembangan motorik yang sangat pesat, kemampuan berfikir ditunjukkan melalui perbuatan dan gerakan, anak memiliki kemampuan besar menggunakan tubuhnya (tangan, kaki, mata, telinga, dsb) untuk mengeksplorasi dan mempelajari lingkungan sekitarnya.

2. Praoperasional

Tahap perkembangan praoperasional terjadi pada usia 2-7 tahun. Tahap ini juga disebut sebagai tahap intuisi, artinya perbuatan rasionalnya tidak didukung oleh pemikiran, tetapi oleh perasaan, kecendrungan alamiah, sikap – sikap yang diperoleh dari orang – orang yang dianggapnya penting, beserta lingkungan sekitarnya. Ciri tahap ini antara lain anak suka menirukan perbuatan orang lain, skema kognitif anak masih terbatas.

3. Operasional konkret

Tahap perkembangan operasional konkret berlangsung pada usia 7-11 tahun. Pada tahap ini, anak mulai menyesuaikan diri dengan realitas konkret dan sudah mulai berkembang rasa ingin taunya. Pada tahap ini, interaksinya dengan lingkungan termasuk dengan orang tuanya semakin berkembang dengan baik karena egosentrisnya sudah semakin berkurang. Ciri tahap ini antara lain adalah sudah dapat berpikir secara sistematis terhadap beragam benda dan peristiwa yang bersifat konkret.

4. Operasional Formal

Tahap perkembangan operasional formal terjadi pada usia 11 tahun ke atas. Anak telah mampu mewujudkan suatu keseluruhan dalam pekerjaannya yang merupakan hasil dari berpikir logis. Selain itu, aspek perasaan dan moralnya juga telah berkembang sehingga dapat mendukung

penyelesaian tugas – tugasnya. Sedangkan interaksinya sudah sangat luas, menjangkau banyak teman, sebayanya dan bahkan berusaha untuk berinteraksi dengan orang dewasa, namun kondisi seperti ini tidak jarang menimbulkan masalah dalam interaksi dengan orang tuanya. Salah satu ciri tahap ini adalah Seorang anak dengan tahapan perkembangan intelektual operasional formal mempunyai kemampuan dalam mengkoordinasikan kemampuan kognitif dalam 2 bidang atau jenis sekaligus, misalnya dalam membuat kapasitas dan membuat rumusan hipotetik dan menggunakan psinsip – psinsip yang bersifat abstrak.

Menurut Ibda (2015) secara umum terdapat 2 (dua) faktor yang mempengaruhi perkembangan intelektual individu, yaitu hereditas dan lingkungan, meskipun seberapa besar masing-masing faktor mempengaruhi masih menjadi perdebatan dan bahan diskusi para ahli sampai sekarang. Misalnya ahli psikometrika radikal berpendapat bahwa kemampuan intelektual 90% ditentukan oleh faktor hereditas, sedangkan lingkungan hanya mempengaruhi 10% saja. Hal ini dikemukakan dengan bukti bahwa individu dengan hereditas intelektual yang unggul lebih mudah pengembangannya, meskipun dengan intervensi lingkungan yang kurang maksimal dan individu dengan hereditas intelektual rendah, pengembangannya akan tetap sulit, meskipun dengan intervensi lingkungan yang maksimal. Sedangkan kelompok pedagogis radikal berpendapat bahwa intervensi lingkungan, termasuk didalamnya pendidikan memiliki andil 80-85%, sedangkan hereditas memiliki andil 15-20% terhadap perkembangan intelektual individu, dengan syarat diberikan waktu yang cukup untuk individu mengembangkan intelektualnya secara maksimal. Masing-masing faktor dijelaskan sebagai berikut:

1. Faktor Hereditas

Semenjak dalam kandungan, individu telah memiliki sifat-sifat yang menentukan daya kerja intelektualnya. Secara potensial anak telah membawa kemungkinan apakah akan menjadi kemampuan berfikir setara normal, di atas normal atau di bawah normal. Namun, potensi ini tidak akan berkembang atau terwujud secara optimal apabila lingkungan tidak memberi kesempatan untuk berkembang. Oleh karena itu, peranan lingkungan sangat menentukan perkembangan intelektual anak.

2. Faktor Lingkungan

Terdapat 2 (dua) faktor lingkungan yang sangat berpengaruh terhadap perkembangan intelektual individu, yaitu keluarga dan sekolah. Masing-masing faktor akan dijelaskan sebagai berikut :

a. Keluarga

Intervensi yang paling penting dilakukan oleh keluarga atau orang tua adalah memberikan pengalaman kepada anak dalam berbagai bidang kehidupan sehingga anak memiliki informasi yang banyak yang merupakan alat bagi anak untuk berpikir. Cara-cara yang digunakan, misalnya memberi kesempatan kepada anak untuk merealisasikan ide-idenya, menghargai ide-ide tersebut, memuaskan dorongan keingintahuan anak dengan jalan seperti menyediakan bacaan, alat-alat keterampilan, dan alat-alat yang dapat mengembangkan daya kreativitas anak. Memberi kesempatan atau pengalaman tersebut akan menuntut perhatian orang tua.

b. Sekolah

Sekolah adalah lembaga formal yang diberi tanggungjawab untuk meningkatkan perkembangan berpikir anak. Dalam hal ini, pendidik hendaknya menyadari bahwa perkembangan intelektual anak ada di tangannya. Beberapa cara memaksimalkan perkembangan intelektual diantaranya adalah dengan menciptakan interaksi/hubungan akrab dengan individu, sehingga akan merasakan situasi yang aman dan nyaman. Cara berikutnya adalah memberikan kesempatan yang cukup pada individu untuk melakukan dialog dengan orang yang ahli dan berpengalaman dalam bidangnya, membawa individu ke objek-objek tertentu seperti budaya dan ilmu pengetahuan, sehingga menunjang perkembangan intelektualnya. Menjaga dan meningkatkan pertumbuhan fisik melalui aktifitas fisik/olahraga dan gizi yang cukup, sebab masalah fisik yang terganggu akan berdampak terganggu pula intelektualnya. Kemampuan berbahasa dan berkomunikasi juga menjadi hal penting yang harus diusahakan untuk meningkatkan perkembangan intelektual individu melalui pemberian kesempatan untuk individu belajar mengemukakan pendapat dan ide.

C. GANGGUAN PERKEMBANGAN INTELEKTUAL

1. Pengertian

Beberapa individu karena satu dan lain hal mengalami perkembangan intelektual yang tidak sesuai, sehingga berdampak individu berbeda dengan teman seusianya. Salah satu kondisi gangguan perkembangan intelektual yang umum dikenal adalah Intellectual Developmental Disorder (IDD).

Berdasarkan *Diagnostic and Statistical of Mental Disorder Fifth Edition* (2013), gangguan perkembangan intelektual (*Intellectual Developmental Disorder*) adalah gangguan dengan onset selama periode perkembangan yang meliputi gangguan fungsi intelektual dan adaptif di konseptual, sosial, dan ranah yang praktis. Gangguan perkembangan intelektual dapat didiagnosis melalui penggunaan tes kecerdasan dan standar perilaku (dan tidak dapat ditentukan oleh IQ saja). Anak-anak dengan Disabilitas Intelektual memiliki kesulitan yang signifikan baik dalam fungsi intelektual (misalnya berkomunikasi, belajar, pemecahan masalah) dan perilaku adaptif (misalnya keterampilan sosial sehari-hari, rutinitas, kebersihan).

Gangguan perkembangan intelektual (*Intellectual Developmental Disorder*) merupakan sekelompok kondisi perkembangan yang ditandai dengan penurunan fungsi kognitif yang signifikan yang terkait dengan keterbatasan dalam pembelajaran, perilaku yang adaptif, dan kemampuan bina diri. Gangguan perkembangan intelektual (*Intellectual Developmental Disorder*) terdiri dari gangguan intelektual (didefinisikan sebagai IQ dibawah 70, pada usia 5 tahun atau lebih) dan *global developmental delay*, yaitu istilah yang digunakan pada usia kurang dari 5 tahun, dan didefinisikan sebagai gangguan dalam dua atau lebih banyak domain perkembangan, misalnya keterampilan motorik halus dan interaksi (Karnebeek, V, et al, 2014).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa IDD adalah gangguan perkembangan intelektual yang terjadi pada masa perkembangan, yang berdampak pada terganggunya fungsi intelektual (IQ dibawah 70) dan perilaku adaptif.

2. Prevalensi

Menurut Kaplan (2015), pravelensi retardasi mental pada suatu waktu diperkirakan 1 (satu) persen dari populasi. Insidensi retardasi mental sulit untuk dihitung karena kesulitan mengenali onsetsnya. Pada banyak kasus, retardasi mental mungkin laten selama waktu yang panjang sebelum keterbatasan seseorang diketahui, atau, karena adaptasi yang baik, diagnosis resmi tidak dapat dibuat pada saat tertentu dalam kehidupan seseorang, insidensi tertinggi adalah anak usia sekolah, dengan puncak usia 10 sampai 14 tahun. *Intellectual Developmental Disorder* kira – kira 1,5 kali lebih sering pada laki – laki dibandingkan wanita. Pada lanjut usia, pravelensi lebih sedikit, karena individu dengan *Intellectual Developmental Disorder* yang berat atau sangat berat memiliki angka mortalitas yang tinggi yang disebabkan dari penyulit gangguan fisik yang menyertai.

Prevalensi IDD menurut data pokok dari Sekolah Luar Biasa seluruh Indonesia pada tahun 2009, jumlah anak dengan ID di Indonesia sebanyak 62.011 orang (Anandya, 2019). Angka kejadian ID di Indonesia kurang lebih 3% dari populasi, maka diperkirakan jumlah anak dengan kondisi ID di Indonesia sebanyak 7,15 juta, bilamana jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2010 menurut Biro Pusat Statistik (BPS) sebesar 238,5 juta (Dwi dkk., 2016).

3. Etiologi

Mengetahui etiologi kondisi IDD akan memberikan keuntungan pada penanganan, namun demikian tidak mudah untuk menentukan etiologi IDD, karena merupakan permasalahan yang kompleks, antara lain kelainan metabolik atau biokimia, abnormalitas kromosom, mutasi pada gen tunggal, kelainan multifaktorial, dan penyebab selain genetik (*non genetic*), yaitu rendahnya pendidikan orang tua, defisiensi iodium pada ibu atau anak, tidak pernah atau kurangnya kunjungan perawatan prenatal dan perinatal, infeksi pada neonatus, rendahnya imunisasi, infeksi kepala (*brain infection*) postnatal, trauma kepala postnatal, dan adanya malnutrisi.

Menurut Halgin & Whitbourne (2010), *Intellectual Developmental Disorder* dapat diakibatkan oleh beberapa hal, antara lain:

a. Penyebab yang diwariskan

Seringkali cacat disebabkan oleh gen yang abnormal yang diwariskan dari orangtua, karena kesalahan ketika gen menggabungkan, atau alasan lain. Kondisi genetik yang paling umum termasuk *Down Syndrome*, sindrom Klinefelter, sindrom Fragile X (umum di antara anak laki-laki), Neurofibromatosis, hipotiroidisme kongenital, sindrom Williams, Fenilketonuria (PKU), dan sindrom Prader-Willi. Kondisi genetik lainnya termasuk sindrom Phelan-McDermid, sindrom Mowat-Wilson, ciliopathy genetik, dan jenis Siderius terkait-X cacat intelektual seperti yang disebabkan oleh mutasi pada gen PHF8. Dalam kasus paling langka, kelainan dengan X atau kromosom Y juga menyebabkan kecacatan. XXXX dan sindrom XXXXX mempengaruhi sejumlah kecil perempuan di seluruh dunia, sementara anak laki-laki mungkin akan terpengaruh oleh , XYY, XXXXY, atau YYYYY

b. Penyebab Lingkungan

Bahaya lingkungan adalah penyebab lain *Intellectual Developmental Disorder*. Penyebab – penyebab tersebut meliputi paparan obat – obatan atau bahan kimia beracun tertentu, malnutrisi ibu, dan infeksi selama fase kritis perkembangan janin. Misalnya, para peneliti telah menyimpulkan bahwa ibu – ibu yang mengidap rubela (“campak Jerman”) selama tiga bulan awal kehamilan kemungkinan akan memiliki anak dengan *Intellectual Developmental Disorder*. Masalah selama kelahiran bayi yang dapat menyebabkan *Intellectual Developmental Disorder* meliputi infeksi, anoksia (kehilangan oksigen, menyebabkan kerusakan otak), dan cedera otak. Kelahiran prematur juga dapat dihubungkan dengan *Intellectual Developmental Disorder*. Setelah kelahiran dan selama masa kanak – kanak, *Intellectual Developmental Disorder* dapat diakibatkan oleh penyakit, cedera kepala yang disebabkan karena kecelakaan atau kekerasan pada anak, serta paparan zat – zat beracun, seperti timah atau karbon monoksida.

4. Kriteria Diagnostik

Berdasarkan *Diagnostic and Statistical of Mental Disorder Fifth Edition* (2013), gangguan perkembangan intelektual (*Intellectual*

Developmental Disorder) adalah gangguan dengan onset selama periode perkembangan yang meliputi gangguan fungsi intelektual dan adaptif di konseptual, sosial, dan ranah yang praktis. Tiga kriteria berikut harus dipenuhi:

- a. Keterbatasan dalam fungsi intelektual, seperti penalaran, pemecahan masalah, perencanaan, berpikir abstrak, penilaian, pembelajaran akademis, dan belajar dari pengalaman, yang dikonfirmasi melalui penilaian klinis secara individual serta pengujian kecerdasan melalui tes terstandar
 - b. Keterbatasan dalam fungsi adaptif yang mengakibatkan kegagalan memenuhi tugas perkembangan dan sosial budaya standar dalam mencapai kemandirian pribadi dan tanggung jawab sosial. Tanpa dukungan yang berkelanjutan, keterbatasan fungsi tersebut dapat mengganggu kegiatan kehidupan sehari-hari, seperti komunikasi, partisipasi sosial, dan hidup mandiri, di beberapa lingkungan, seperti rumah, sekolah, kerja, dan masyarakat.
 - c. Onset gangguan intelektual dan fungsi adaptif terjadi selama periode perkembangan.
5. Kategori Tingkat Keparahan

Berdasarkan tingkat keparahan, menurut Ansori (2020), IDD dapat dikategorikan menjadi 4 (empat), yaitu *mild* (IQ 50-70), *moderate* (IQ 35-49), *severe* (IQ 20-30), dan *profound* (IQ dibawah 20). Masing-masing kategori akan dijelaskan sebagai berikut :

a. Mild (ringan)

1) Domain Konseptual

Bagi anak usia pra sekolah, tidak begitu terlihat adanya perbedaan konsep yang konkret. Bagi anak usia sekolah dan orang dewasa, mengalami kesulitan dalam pembelajaran akademik seperti membaca, menulis, matematika, waktu, manajemen uang dimana mereka memerlukan dukungan pada satu atau lebih area sehingga dapat berkembang dengan usianya. Pada orang dewasa, mereka mengalami kegagalan dalam berpikir abstrak, fungsi eksekutif seperti (merencanakan, menyusun strategi, prioritas dan fleksibilitas kognitif) dan ingatan jangka

pendek, serta penggunaan fungsional dari kemampuan – kemampuan akademik (misalnya membaca dan mengatur uang).

2) Domain Sosial

Dibandingkan dengan teman seusianya, individu tersebut tidak matang dalam interaksi sosial. Contohnya, terdapat kesulitan dalam mempersepsi dan melihat teman sosialnya. Komunikasi, percakapan dan bahasa yang digunakan lebih konkrit atau tidak matang dibandingkan dengan usianya. Kemungkinan juga ada kesulitan dalam pengaturan emosi dan perilaku yang sesuai. Kesulitan tersebut terlihat dari interaksi dengan teman seusianya pada situasi sosial. Terdapat pemahaman yang terbatas pada resiko dalam situasi sosial, penilaian sosial yang tidak dewasa dan orang tersebut beresiko dimanipulasi oleh orang lain

3) Domain Praktis

Individu yang berkembang sesuai dengan usianya, mungkin memiliki kepedulian dalam hal merawat diri. Untuk individu yang mengalami *Intellectual Developmental Disorder*, mereka memerlukan beberapa bantuan untuk melaksanakan tugas sehari – hari yang rumit jika dibandingkan dengan anak seusianya. Pada orang dewasa, dukungan biasanya melibatkan proses belanja, transportasi, pengaturan rumah dan perawatan anak, penyiapan makanan bergizi, proses transaksi di bank dan pengaturan uang.

Kemampuan rekreasi hampir mirip dengan teman seusianya, walaupun proses penilaian berhubungan dengan kesehatan mental dan fisik sesudah pengaturan rekreasi memerlukan bantuan. Pada orang dewasa, persaingan dalam pekerjaan sering terlihat pada tugas – tugas yang tidak menekankan pada kemampuan konseptual. Secara umum mereka memerlukan bantuan untuk membuat keputusan berkaitan dengan kesehatan dan masalah hukum dan juga belajar keterampilan bekerja. Bantuan juga diperlukan oleh mereka untuk membentuk keluarga.

b. Moderate (sedang)

1) Domain Konseptual

Semua melalui pengembangan, keterampilan konseptual individu ketinggalan secara nyata. Untuk anak – anak prasekolah, bahasa dan

keterampilan pra-akademik berkembang dengan lambat. Untuk anak usia sekolah, kemajuan dalam membaca, menulis, matematika dan pemahaman tentang waktu dan uang secara lambat di tahun – tahun sekolah dan secara nyata terbatas dibandingkan dengan anak normal lain seusianya. Untuk orang dewasa, pengembangan keterampilan akademik biasanya pada tingkat dasar dan memerlukan bantuan untuk penggunaan semua keterampilan akademik dalam pekerjaan dan kehidupan pribadi. Bantuan yang berlangsung secara terus menerus diperlukan untuk menyelesaikan tugas – tugas konseptual kehidupan sehari – hari. Dan memungkinkan dalam hal lain seseorang dapat mengambil ahli tanggung jawab ini sepenuhnya.

2) Domain Sosial

Individu menunjukkan perbedaan yang nyata dari teman – temannya dalam perilaku sosial dan perilaku komunikasi di seluruh perkembangan. Bahasa lisan iasanya digunakan sebagai alat utama untuk komunikasi sosial, tetapi jauh lebih kurang kompleks dibandingkan dengan teman – temannya. Kapasitas dalam hubungan yang jelas terjadi dengan keluarga dan teman – teman, dan individu mungkin memiliki persahabatan yang baik dalam kehidupan serta kadang – kadang hubungan yang romantis di masa dewasa. Mungkin mereka tidak melihat atau menafsirkan isyarat sosial secara akurat. Penilaian sosial dan kemampuan pengambilan keputusan terbatas, dan pengasuh harus membanti individu untuk mengambil keputusan hidup. Persahabatan dengan rekan – rekan yang berkembang biasanya sering dipengaruhi oleh komunikasi atau keterbatasan sosial. Dukungan sosial dan komunikatif yang signifikan diperlukan dalam pengaturan kerja untuk sukses.

3) Domain Praktis

Individu dapat merawat kebutuhan pribadi yang melibatkan makan, berpakaian, eliminasi dan kebersihan sebagai orang dewasa, meskipun jangka pengajaran dan waktu yang diperlukan bagi individu untuk menjadi mandiri di wilayah ini, dan mengingat mungkin diperlukan. Demikian pula, partisipasi dalam semua tugas rumah tangga dapat dicapai dengan dewasa, meskipun periode pembelajaran yang panjang diperlukan dan dukungan yang berkelanjutan biasanya akan terjadi untuk kinerja tingkat dewasa. Bekerja sendiri dalam pekerjaan yang membutuhkan

keterampilan konseptual dan komunikasi yang terbatas dapat dicapai, tetapi dukungan dari rekan kerja, supervisor, dan lain – lain yang dibutuhkan untuk mengelola harapan sosial,, kompleksitas pekerjaan, dan tanggung jawab tambahan seperti penjadwalan, transportasi, tunjangan kesehatan dan pengelolaan uang. Berbagai keterampilan rekreasi dapat dikembangkan. Ini biasanya memerlukan dukungan tambahan dan kesempatan belajar selama jangka waktu tertentu. Perilaku maladaptif hadir dalam minoritas yang signifikan dan menyebabkan masalah – masalah sosial.

c. Severe (berat)

1) Domain Konseptual

Pencapaian keterampilan konseptual terbatas. Individu umumnya memiliki sedikit pemahaman bahasa tertulis atau konsep yang melibatkan angka, jumlah, waktu, dan uang. Pengasuh memberikan dukungan yang luas untuk memecahkan masalah sepanjang hidup.

2) Domain sosial

Bahasa lisan sangat terbatas dalam hal kosakata dan tata bahasa. Ucapan dan komunikasi yang difokuskan disini dan sekarang dalam peristiwa sehari – hari. Bahasa lebih digunakan untuk komunikasi sosial daripada penjelasan. Individu memahami ucapan sederhana dan komunikasi nonverbal atau sikap tubuh. Hubungan dengan anggota keluarga dan orang lain yang sudah akrab adalah sumber kesenangan dan pertolongan bagi mereka.

3) Domain Praktis

Individu membutuhkan dukungan untuk semua aktivitas hidup sehari – hari, termasuk makan, berpakaian, mandi dan eliminasi. Individu membutuhkan pengawasan setiap saat. Individu tidak dapat membuat keputusan yang bertanggung jawab tentang kesejahteraan diri sendiri atau orang lain. Pada usia dewasa, partisipasi dalam tugas – tugas di rumah, rekreasi, dan bekerja membutuhkan dukungan yang berkelanjutan dan bantuan. Akuisisi ketrampilandi semua domain melibatkan pengajaran jangka panjang dan dukungan yang berkelanjutan. Perilaku maladaptif termasuk *self-injury*, hadir dalam minoritas yang signifikan.

d. Profound (sangat berat)

1) Domain Konseptual

Ketrampilan konseptual umumnya melibatkan dunia fisik daripada proses simbolis. Individu dapat menggunakan benda – benda dengan gaya yang diarahkan pada tujuan untuk perawatan diri, bekerja, dan rekreasi. Ketrampilan visuospatial tertentu, seperti pencocokan dan menyortir berdasarkan karakteristik fisik, dapat diperoleh. Namun, gangguan motorik dan sensorik yang terjadi dapat menghambat penggunaan fungsional objek.

2) Domain Sosial

Individu memiliki pemahaman yang sangat terbatas pada komunikasi simbolik dalam berbicara atau gerakan. Individu mengekspresikan keinginan dan emosi sendiri terutama melalui nonverbal, komunikasi non simbolik. Individu menikmati hubungan dengan anggota keluarga yang dikenal, pengasuh, dan orang lain yang akrab, calon anggota dan merespon interaksi sosial melalui isyarat sikap tubuh dan emosional. Gangguan sensorik dan fisik yang mengikuti dapat mencegah berbagai kegiatan sosial.

3) Domain Praktis

Individu tergantung pada orang lain untuk semua aspek perawatan harian fisik, kesehatan dan keselamatan, meskipun ia mungkin dapat berpartisipasi dalam beberapa kegiatan ini juga. Individu tanpa gangguan fisik yang berat dapat membantu dengan beberapa tugas pekerjaan sehari – hari di rumah, seperti membawa piring ke meja. Tindakan sederhana dengan benda – benda dapat menjadi dasar dari partisipasi dalam beberapa kegiatan kejuruan dengan tingkat tinggi dukungan yang berkelanjutan. Kegiatan rekreasi mungkin ikut terlibat, misalnya, kenikmatan dalam mendengarkan musik, menonton film, pergi keluar untuk jalan – jalan, atau berpartisipasi dalam kegiatan air, semua dengan dukungan dari orang lain. Gangguan fisik dan sensorik yang mengikuti sering menjadi penghalang bagi partisipasi (di luar menonton) di rumah, rekreasi, dan kegiatan kejuruan yang lain. Perilaku maladaptif hadir dalam minoritas yang signifikan.

6. Prognosis

Prognosis kondisi IDD *severe* terlihat pada masa kanak-kanak, untuk kondisi IDD ringan tidak selalu menjadi gangguan seumur hidup. Anak-anak dapat memenuhi kriteria ID sejak usia dini, namun seiring bertambahnya usia dapat berkembang menjadi gangguan perkembangan yang lebih spesifik misalnya gangguan komunikasi, autisme, *learning disabilities*, atau nilai intelektual dibawah rata-rata. Salah satu dampak bertambahnya usia individu dengan IDD adalah peralihan dari satu kategori diagnostik ke kategori lainnya (dari *moderate* menjadi *mild*). Beberapa anak yang memiliki diagnosis ketidakmampuan belajar tertentu atau gangguan komunikasi, tidak mampu mempertahankan tingkat perkembangan kognitif mereka, akhirnya masuk ke dalam rentang IDD sepanjang waktu. Pada masa remaja, diagnosis umumnya relatif stabil (Shapiro & Batshaw, 2015). individu IDD membutuhkan waktu lebih panjang dan lebih lambat dalam memproses informasi atau belajar ketrampilan dibandingkan anak-anak lain. Dengan bantuan yang benar, kebanyakan anak IDD mampu hidup mandiri dengan level kemandirian berbeda-beda (Bhandari, 2016).

7. Upaya Pencegahan dan Penanganan

Upaya pencegahan dalam rangka mengurangi risiko yang dapat dilakukan antara lain adalah pendidikan kesehatan bagi masyarakat, perbaikan keadaan sosial ekonomi, perawatan prenatal dan pertolongan persalinan dengan baik, pencegahan kehamilan dengan usia ibu sangat dini atau sangat tua, wanita hamil sebaiknya tidak mengonsumsi alkohol, mengingat salah satu faktor resiko adalah sindrom janin alkohol. Pemeriksaan kehamilan yang baik juga dapat mencegah timbulnya retardasi mental. Asupan vitamin, vaksin dan edukasi yang diberikan petugas kesehatan dapat membantu mengurangi faktor risiko. Pada keluarga yang memiliki riwayat penyakit keturunan, konseling genetik dapat dilakukan sebelum merencanakan kehamilan. Beberapa pemeriksaan seperti USG dan pengambilan cairan ketuban, dapat dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya retardasi mental. Meskipun, pemeriksaan ini hanya sebagai penapisan sebelum persalinan, bukan sebagai pengobatan (Nurhidayati, 2016).

Penanganan anak berkebutuhan khusus, memerlukan keberpihakan kultural dan struktural dari berbagai pihak baik orangtua, masyarakat dan pemerintah. Hal ini karena masih adanya pemahaman yang keliru dan sikap diskriminatif terhadap anak berkebutuhan khusus di lingkungan keluarga dan masyarakat, baik dalam bentuk verbal maupun non verbal. Selain itu anak berkebutuhan khusus rentan mendapatkan kekerasan dan perlakuan salah. Dukungan dalam bentuk komitmen konstitusional negara bagi anak berkebutuhan khusus telah dijamin dalam perundang-undangan dan kelembagaan pemerintah dalam mendorong peningkatan perlindungan anak tanpa diskriminasi. Berkaitan dengan komitmen tersebut telah diterbitkan Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011, tentang Pengesahan Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas (*Convention On The Rights Of Persons With Disabilities*) dan diterbitkannya Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 10 Tahun 2011 tentang Kebijakan Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus. Kedua peraturan perundangan tersebut merupakan upaya pemerintah untuk memberikan perlindungan dan pelayanan terhadap anak berkebutuhan khusus (Winarsih, et al, 2013).

Terdapat beberapa program penanganan pada anak dengan IDD, semakin cepat didiagnosis, maka semakin baik pula perkembangan yang dapat diusahakan saat penanganan. Untuk penanganan awal diperlukan intervensi meliputi Terapi Okupasi, terapi wicara, konseling keluarga, latihan penggunaan alat khusus hingga program pengaturan nutrisi. Penanganan IDD dapat disesuaikan dengan kategori tingkat keparahan kondisi, dengan berprinsip memaksimalkan potensi yang ada. Tentunya permasalahan intelektual atau kognitif individu menjadi pertimbangan utama program apa yang akan diberikan kepada individu. Dengan penanganan yang tepat, diharapkan individu dengan IDD dapat mandiri untuk Aktivitas Kehidupan Sehari-harinya (AKS) atau *Activity of Daily Living* sesuai levelnya, dapat dipertimbangkan juga untuk memberikan bekal keterampilan dengan memanfaatkan aset yang dimiliki individu, untuk mempersiapkan individu mandiri pada area produktifitasnya.

Pada anak usia sekolah, individu dengan IDD dapat diprogramkan untuk mendapatkan pendidikan yang sesuai. Guru akan memberikan

bimbingan baik program akademik maupun non akademik yang akan membantu anak lebih mampu beradaptasi pada beberapa situasi.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th eds.)*. United States of America: America Psychiatric Publishing.
- Anandya, A., Sembiring, L. S., & Mandalas, H. Y. (2019). Indeks plak dan tingkat keparahan gingivitis anak tunagrahita (Intellectual Disability) Plaque index and severity of children with intellectual disability. *Padjadjaran Journal of Dental Researchers and Students*, 3(1), 26-32.
- Ansori, A,N,A. (2020). *Empat Tingkatan Disabilitas Berdasarkan Skor IQ*. Retrieved from <https://www.liputan6.com/disabilitas/read/4198312/empat-tingkatan-disabilitas-intelektual-berdasar-skor-iq>
- Arrasily, O. K. (2016). *Faktor–faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan orangtua mengenai kelainan genetik penyebab disabilitas intelektual di kota semarang*. Semarang: Tesis
- Bhandari, S. (2016). *Intellectual Disability*. Retrieved from <http://www.webmd.com/parenting/baby/intellectual-disability-mentalretardation#1>
- Dwi, R., Diah, E., & Oky, P. (2016). Identifikasi Penyebab Retardasi Mental Siswa SLB Melalui Analisis Sitogenetik dan PCR. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 29(1), 79-82
- Ibda, F. (2015). Perkembangan Kognitif : Teori Jean Piaget. *Intelektualita*, 3 (1), 27-38
- Kaplan & Sadock, (2015). *Synopsis Of Psychiatry: Behavioral. Scienes/Cinical/Psychiatri-Elevent Edition*
- KBBI. (2016). *Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)*. Retrieved Mey 21, 2022, from <http://kbbi.web.id/pusat>

- Mangunsong, F. 2009. *Psikologi dan Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus Jilid I*. Jakarta: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi (LPSP3) Kampus Baru UI, Depok
- Nurhidayati, L. (2016). Gambaran Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Intelektual di Wilayah Kerja Puskesmas Jambon, Kabupaten Ponorogo. Semarang : Skripsi
- Ratnasari. (2013). *Pengembangan Macro Media Flash dalam Pembelajaran Matematika untuk Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) Kelas VIII di sekolah inklusi*. Skripsi tidak diterbitkan. Malang: UMM
- Santrock, J. W. (2012). *Life Span Development : Perkembangan Masa Hidup Jilid I*. (B.Widyasinta, Penerj.) Jakarta: Penerbit Erlangga
- Shapiro, B. K., & Batshaw, M. L. (2015). Intellectual Disability. *ClinicalKey*, 36, 216-222
- Winarsih, S., dkk (2013). *Panduan Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus bagi pendamping (orang tua, keluarga, dan masyarakat)*. Jakarta : Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan perlindungan anak RI.

PROFIL PENULIS



Lis Sarwi Hastuti, S.KM.,S.ST.,M.Sc lahir di Karanganyar, 19 Juni 1976. Penulis menempuh Pendidikan Diploma III Okupasi Terapi di Akademi Okupasi Terapi Surakarta lulus 1997, lanjut ke Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang ulus tahun 2004, kemudian melanjutkan Sarjana Terapan Terapi Okupasi Poltekkes Surakarta lulus 2013, dan S2 Ilmu Kesehatan Kerja Universitas Gadjah Mada (UGM) lulus tahun 2013. Saat ini, penulis menjadi staf pengajar di di Jurusan Okupasi Terapi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surakarta sejak tahun 2000. Selain itu juga sebagai praktisi Terapis Okupasi freelance sampai sekarang. Alamat korespondensi penulis di lishasado@gmail.com



BAB 5

HAMBATAN EMOSI DAN PERILAKU

Syarifah Ainun Harahap, M.Pd
Universitas Nahdlatul Ulama Sumatera Utara

Perkembangan seorang anak tidak hanya meliputi perkembangan sektor motorik, personal social dengan teman sebaya. Anak dengan berbagai macam jenis masalah emosional dan perilaku akan mengakibatkan gangguan bagi dirinya sendiri maupun lingkungan sekitarnya. Masalah emosional dan perilaku dipengaruhi oleh multifaktor yang masing-masing dapat berdiri sendiri atau saling mempengaruhi. Nutrisi dan stimulasi yang kuat sebagai dasar perkembangan anak wajib diberikan secara optimal. Perawakan pendek merupakan salah satu bentuk dari gangguan nutrisi kronik yang dapat menimbulkan berbagai macam masalah emosional dan perilaku pada anak.

A. IDENTIFIKASI GANGGUAN EMOSI DAN PERILAKU

Anak dengan masalah emosi dan perilaku mempunyai kerentanan untuk mengalami hendaya dalam fungsi kehidupan sehari-hari, terutama dalam fungsi belajar dan sosialisasi. Masalah tersebut seringkali sulit dikenali oleh orangtua sehingga anak dengan masalah ini datang berobat dalam kondisi yang cukup berat.

Emosi adalah gejala yang ada pada organisme yang disertai oleh respon terhadap suatu rangsang, yang ada didalamnya mengandung suatu kebutuhan dasar. Jika kebutuhan ini terpenuhi individu merasa gembira, bahagia, dicintai. Akan tetapi jika tidak terpenuhi akan marah, takut, khawatir, cemburu, cemas, dan sedih.

Anak dengan gangguan emosi dan perilaku memiliki karakteristik yang kompleks dan seringkali ciri-ciri perilakunya juga dilakukan oleh anak-anak sebaya lain, seperti banyak bergerak, mengganggu teman sepermainan, perilaku melawan, dan adakalanya perilaku menyendiri. Anak dengan gangguan emosi dan perilaku dapat ditemukan di berbagai komunitas anak-anak, seperti play group, sekolah dasar, dan lingkungan bermain.

Secara definitif anak dengan gangguan emosi dan perilaku adalah anak yang mengalami kesulitan dalam penyesuaian diri dan bertingkah laku tidak sesuai dengan norma-norma yang berlaku dalam lingkungan kelompok usia maupun masyarakat pada umumnya, sehingga merugikan dirinya maupun orang lain, dan karenanya memerlukan pelayanan pendidikan khusus demi kesejahteraan dirinya maupun lingkungannya.

Gangguan emosional dan perilaku (*Emotional And Behavioral Disorder*) di Indonesia dikenal dengan istilah Tunalaras. *Emotional And Behavioral Disorders* (EBD) atau gangguan emosional perilaku mengacu pada suatu kondisi dimana tanggapan perilaku atau emosional seorang individu di sekolah sangat berbeda dari norma-norma anak lain yang umumnya diterima, sesuai dengan usia, etnis, atau budaya yang mempengaruhi secara berbeda kinerja pendidikan di wilayah seperti perawatan-diri, hubungan sosial, penyesuaian pribadi, kemajuan akademis, perilaku di ruang kelas atau penyesuaian terhadap pekerjaan (Anggriana & Trisnani, 2016; Fridayanthie, 2016b; Novindari & Huda, 2018). Simptom gangguan emosi dan perilaku biasanya dibagi menjadi dua macam, yaitu *externalizing behavior* dan *internalizing behavior*. *Externalizing behavior* memiliki dampak langsung atau tidak langsung terhadap orang lain, contohnya perilaku agresif, membangkang, tidak patuh, berbohong, mencuri, dan kurangnya kendali diri. *Internalizing behavior* mempengaruhi anak dengan berbagai macam gangguan seperti kecemasan, depresi, menarik diri dari interaksi sosial, gangguan makan, dan kecenderungan untuk bunuh diri. Kedua tipe tersebut memiliki pengaruh yang sama buruknya terhadap kegagalan dalam belajar di sekolah.

Oktaviana & Wimbari (2014) menjelaskan bahwa gangguan tingkah laku adalah gangguan yang ditandai dengan pola tingkah laku disosial, agresif atau menentang, yang berulang dan menetap. Perilaku ini dalam bentuk ekstremnya berupa pelanggaran berat dari norma sosial yang terdapat pada anak seusia itu, dan karena itu pelanggaranannya bersifat menetap dan lebih parah daripada kenakalan anak atau sikap memberontak remaja pada lazimnya. Penilaian tentang adanya gangguan tingkah laku perlu mempertimbangkan tingkat perkembangan anak. Gangguan emosi dan perilaku juga diartikan sebagai anak yang mengalami kesulitan dalam penyesuaian diri dan bertingkah laku tidak sesuai dengan norma-norma yang berlaku dalam lingkungan kelompok usia maupun masyarakat pada umumnya sehingga merugikan dirinya maupun orang lain, dan karenanya memerlukan pelayanan pendidikan khusus demi kesejahteraan dirinya maupun lingkungannya.

Faktor-faktor Penyebab Gangguan Emosi dan Perilaku Beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya gangguan emosi dan perilaku (Rohmawati,

2017) yaitu faktor biologi, faktor lingkungan atau keluarga, faktor sekolah, dan faktor masyarakat. Beberapa penyebab biologis telah ditemukan berhubungan 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 kerusakan otak. Malnutrisi dapat juga menyebabkan perubahan perilaku dalam penalaran dan berpikir. Selain itu, kelainan seperti skizofrenia mungkin memiliki dasar genetik. Keluarga sangat penting dalam perkembangan anak-anak. Keluargalah peletak dasar perasaan aman pada anak, dalam keluarga pula anak memperoleh pengalaman pertama mengenai perasaan dan sikap sosial. Aspek-aspek yang berkaitan dengan masalah gangguan emosi dan tingkah laku, yaitu: (a) Penerapan pola asuh yang tidak konsisten dan kesalahan dalam penerapan disiplin, (b) Keterlibatan pihak ketiga yang ekstrim berbeda dalam pendidikan anak, (c) Penolakan dan pengabaian dari orangtua, (d) Orangtua atau orang dewasa menjadi model negatif bagi anak, (e) Kualitas rumah tangga, (f) Kematian salah satu orangtua yang memicu stres pada single parent, (g) Orang tua dan anggota keluarga yang tidak dapat memenuhi kebutuhan anak, (h) Status sosial ekonomi keluarga, (i) Perlakuan orangtua yang tidak adil, (j) Harapan orangtua yang tidak realistis, dan (k) Hukuman fisik yang berlebihan. Disisi lain, interaksi yang sehat seperti kehangatan dan responsif, disiplin konsisten dengan panutan, dan perilaku yang mengharapakan penghargaan dapat sangat meningkatkan perilaku positif pada anak-anak. Sekolah merupakan lingkungan kedua setelah keluarga yang mempengaruhi langsung terhadap perkembangan anak dan guru di sekolah juga bertanggungjawab dalam pendidikan anak. Lingkungan sekolah juga merupakan tempat berkembangnya penyimpangan tingkah laku anak. Beberapa sikap pihak sekolah yang tidak mendukung perkembangan positif pada anak, antara lain: (a) Disiplin dan tata tertib yang terlalu kaku, (b) Inkonsistensi pelaksanaan disiplin dan tata tertib, (c) Tuntutan yang terlalu berlebihan terhadap prestasi anak, (d) Kepribadian guru yang negatif, (e) Perlakuan guru yang tidak adil terhadap siswa, dan (f) Kemampuan manajemen waktu guru yang rendah. Disisi lain, interaksi positif dan produktif guru dan anak dapat meningkatkan pembelajaran anak dan perilaku sekolah yang sesuai serta memberikan dukungan ketika anak mengalami masalah sulit.

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.

B. DEFENISI GANGGUAN EMOSI/PRILAKU

Anak dengan gangguan emosi dan perilaku memiliki karakteristik yang kompleks dan seringkali ciri-ciri perilakunya juga dilakukan oleh anak-anak sebaya lain, seperti banyak bergerak, mengganggu teman sepermainan, perilaku melawan, dan adakalanya perilaku menyendiri. Anak dengan hambatan emosi dan perilaku memiliki sejumlah karakteristik yang membedakan mereka dari anak lain yang mempunyai kebutuhan khusus (Abaoud & Almalki, 2015). Anak dengan hambatan emosi dan perilaku sering mengalami kesulitan itu yang membatasi fungsi yang memadai dalam setting sekolah reguler, seperti;

1. Masalah sosial
2. Kesulitan beradaptasi
3. Kesulitan dalam konsentrasi, dan
4. Kesulitan dalam motivasi.

Hallahan, Kauffman & Pullen (2013). mengatakan bahwa anak dengan hambatan emosi dan tingkah laku mereka akan melakukan sejumlah perlakuan yang agresif seperti;

1. Perilaku yang merusak di kelas
2. Memukul
3. Berkelahi
4. Menggoda
5. Hiperaktif
6. Berteriak
7. Menolak untuk memenuhi permintaan
8. Menangis
9. Merusak, dan
10. Melakukan pemerasan

Gangguan emosional diartikan sebagai suatu ketidakmampuan belajar yang tidak dijelaskan oleh faktor kesehatan, intelektual, dan sensorik. Gangguan

emosional juga dapat diartikan sebagai suatu ketidakmampuan yang dimiliki oleh seseorang dalam membangun dan memelihara hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan guru. Anak dengan gangguan perilaku (Tunalaras) adalah 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 maupun lingkungan, maka dalam mengembangkan potensinya memerlukan pelayanan dan pendidikan secara khusus. Di dalam dunia PLB dikenal dengan nama anak tunalaras (*behavioral disorder*). Kelainan tingkah laku ditetapkan bila mengandung unsur:

1. Tingkah laku anak menyimpang dari standar yang diterima umum.
2. Derajat penyimpangan tingkah laku dari standar umum sudah ekstrim.
3. Lamanya waktu pola tingkah laku itu dilakukan.

Tunalaras (anak yang mengalami gangguan emosi dan perilaku) memiliki ciri:

1. Cenderung membangkang
2. Mudah terangsang emosinya/emosional/mudah marah
3. Sering melakukan tindakan agresif, merusak, mengganggu
4. Sering bertindak melanggar norma sosial/norma susila/hukum
5. Cenderung prestasi belajar dan motivasi rendah sering bolos jarang masuk sekolah.

Secara tepat (beberapa) penyebab dari gangguan emosi dan perilaku dalam individu biasanya tidak diketahui karena sejumlah variabel yang terlibat. Kita jarang mampu melacak setiap satu variabel dengan kepastian sebagai penyebab gangguan emosi dan perilaku. Namun demikian, empat area umum diidentifikasi turut berperan untuk terjadinya gangguan emotioal dan perilaku: biologis, lingkungan atau keluarga, sekolah, dan masyarakat. Potensi Penyebab Gangguan Emosi dan Perilaku:

1. Faktor biologis

Beberapa penyebab biologis telah ditemukan berhubungan 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 kerusakan otak. Malnutrisi dapat juga menyebabkan perubahan perilaku dalam penalaran dan berpikir. Selain itu, kelainan seperti skizofrenia mungkin memiliki dasar genetik.

2. Faktor lingkungan atau keluarga

Keluarga sangat penting dalam perkembangan anak-anak. Interaksi negatif atau 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 anak-anak.

3. Faktor Sekolah

Guru memiliki pengaruh yang sangat besar 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.

4. 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. 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 tidak tak terhindarkan untuk menyebabkan kesulitan emosional atau perilaku.

C. JENIS-JENIS GANGGUAN EMOSI DAN PERILAKU

Secara definitif anak dengan gangguan emosi dan perilaku adalah anak yang mengalami kesulitan dalam penyesuaian diri dan bertindak tidak sesuai dengan norma-norma yang berlaku dalam lingkungan kelompok usia maupun masyarakat pada umumnya, sehingga merugikan dirinya maupun

orang lain. Ada beberapa jenis gangguan emosi dan perilaku yaitu sebagai berikut:

1. Hubungan dengan Sosial dan Lingkungan
 - a. Kurang mampu untuk menunjukkan tingkah laku yang tepat dalam situasi tertentu
 - b. Kurang mampu untuk membangun hubungan peranakan dengan anak sebaya
 - c. Mudah merasa deperesi atau cemas hanya sebab sebab sebab kecil
2. Tidak mampu belajar

Yang bukan disebabkan oleh faktor kesehatan ialah cacat indera atau fisik lainnya. Anak ini, pada dasar fisiknya baik baik saja, yang menghambat ialah keadaan psikologisnya.
3. Kurang mampu menjalin hubungan

Yakni dengan anak sebaya, bahkan individutua dan gurunya di sekolah. Sebab tindakannya yang labil, emosional, dan berubah ubah, anak menjadi individualis sebab lingkungannya kurang mampu menerima keadaan anak tersebut.
4. Masalah Emosional Kecemasan

Jenis gangguan emosional pada anak kecemasan atau Anxiety Disorders ialah sekelompok jenis gangguan emosional pada anak mental ditandai oleh jiwa cemas dan ketakutan yang signifikan. Kecemasan ialah kekhawatiran tentang peristiwa masa depan dan ketakutan merupakan reaksi terhadap peristiwa saat ini. Jiwa ini bisa menyebabkan tanda fisik, ialah denyut jantung cepat dan goncangan.
5. Jenis Gangguan Emosional pada Anak

Berupa Tindakan Conduct Disorder atau Jenis gangguan emosional pada anak tindakan ialah jenis gangguan emosional pada anak mental yang didiagnosis pada masa kanak kanak yang muncul dengan sendirinya melalui pola tindakan berulang dan terus menerus di mana hak hak dasar individu lain atau norma norma usia yang sesuai telah dilanggar. Merupakan jenis gangguan emosional pada anak kecemasan di mana individu ada pikiran, jiwa, gambar, dan sensasi yang tidak diinginkan serta berulang (obsesi) juga terlibat dalam tindakan atau tindakan mental dalam menanggapi pemikiran atau obsesi ini.

D. PENGARUH EMOSI TERHADAP PERILAKU DAN PERUBAHAN FISIK

Dibawah ini adalah beberapa contoh tentang pengaruh emosi terhadap perilaku individu di antaranya sebagai berikut:

1. Memperkuat semangat, apabila orang merasa senang atau puas atas hasil yang telah dicapai.
2. Melemahkan semangat, apabila timbul rasa kecewa karena kegagalan dan sebagai puncak dari keadaan ini ialah timbulnya rasa putus asa (*frustasi*)
3. Menghambat atau mengganggu konsentrasi belajar, apabila sedang mengalami ketegangan emosi dan bisa juga menimbulkan sikap gugup (*nervous*) dan gagap dalam berbicara.
4. Terganggu penyesuaian sosial, apabila terjadi rasa cemburu dan iri hati.
5. Suasana emosional yang diterima dan dialami individu semasa kecilnya akan mempengaruhi sikapnya dikemudian hari, baik terhadap dirinya sendiri maupun terhadap orang lain

Sedangkan perubahan emosi terhadap perubahan fisik (jasmani) antara lain: (1) reaksi elektris pada kulit: meningkat bila terpesona, (2) peredaran darah: bertambah cepat bila marah, (3) denyut jantung: bertambah cepat bila terkejut, (4) pernapasan: bernapas panjang kalau kecewa, (5) pupil mata: membesar mata bila marah, (6) liur: mengering kalau takut atau tegang, (7) bulu roma: berdiri kalau takut, (8) pencernaan: mencret-mencret kalau tegang, (9) otot: ketegangan dan ketakutan menyebabkan otot menegang atau bergetar (*tremor*), (10) komposisi darah: komposisi darah akan ikut berubah karena emosional yang menyebabkan kelenjar-kelenjar lebih aktif

DAFTAR PUSTAKA

- Abaoud, A. A., & Almalki, N. S. (2015). Characteristics of Students with Emotional/Behavioral Disorders: Perspectives of General Education Teachers in Saudi Arabia. *Psychology*, 6(05), 525.
- Anggriana, T. M., & Trisnani, R. P. (2016). Kompetensi Guru Pendamping Siswa Abk Di Sekolah Dasar. *Jurnal Konseling Gusjigang*, 2(2), 157–164. <https://doi.org/10.24176/Jkg.V2i2.702>
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2013). *Exceptional Learners: Pearson New International Edition: An Introduction to Special Education*. Pearson Higher Ed.
- Oktaviana, M & Wimbari, S. (2014) Validasi Klinik Strengths And Difficulties Questionnaire (SDQ) Sebagai Instrumen Skrining Gangguan Tingkah Laku. *Jurnal Psikologi* 41(1) 101 – 114
- Rohmawati, Ulva Badi. 2017. Peran Keluarga Dalam Mengurangi Gangguan Emosional Pada Anak Berkebutuhan Khusus. *Jurnal Pendidikan Islam*. Volume II Nomor 2

PROFIL PENULIS



Syarifah Ainun Harahap, M.Pd

Penulis Lahir di Medan, 20 Desember 1988, penulis merupakan alumni dari Universitas Negeri Medan (UNIMED) jurusan Pendidikan Guru Sekolah Dasar (PGSD) dan melanjutkan S2 UNIMED pada jurusan Pendidikan Dasar. Saat ini penulis tercatat sebagai dosen di perguruan tinggi Nahdlatul Ulama Sumatera Utara (UNUSU) pada jurusan Pendidikan Guru Sekolah Dasar (PGSD) dan mengajar dari tahun 2019 sampai pada saat ini.



BAB 6

HAMBATAN

MAJEMUK

Aniek Puspitosari, S.ST., M.PH
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan
Surakarta

A. GAMBARAN UMUM HAMBATAN MAJEMUK

Hambatan majemuk berarti hambatan atau kelainan lebih dari satu. Di Indonesia, anak yang memiliki lebih dari satu kelainan dikenal dengan hambatan majemuk atau disabilitas ganda. Dalam bahasa Inggris dikenal istilah *Multiple Disabilities*. Individuals with Disabilities Education Act's (IDEA) menyatakan disabilitas ganda mengacu pada gangguan yang bersamaan atau berkaitan seperti disabilitas intelektual-kebutaan, disabilitas intelektual-gangguan ortopedi. Meskipun memiliki disabilitas dalam dua (2) area atau lebih, kombinasi tuli dan kebutaan (Deaf-Blindness), ketidakmampuan belajar spesifik (Specific Learning Disability), keterlambatan perkembangan (Developmental Delay), gangguan bahasa (Language Impairment) atau gangguan bicara (Speech Impairment), kategori-kategori tersebut bukan merupakan hambatan majemuk. Pengecualian untuk hambatan majemuk yaitu kombinasi tuli dan kebutaan, karena pasangan hambatan ini memiliki klasifikasi sendiri di bawah IDEA. Gangguan bahasa atau bicara umumnya dipandang sebagai kondisi sekunder, bukan hambatan majemuk.

Mengingat banyaknya kemungkinan kombinasi kategori disabilitas, National Dissemination Center for Children with Disabilities mencantumkan beberapa karakteristik umum seperti keterlambatan kemampuan berbicara dan komunikasi, hambatan mobilitas dan kebutuhan akan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Perlu juga dicatat bahwa kondisi medis seperti kejang dan hidrosefalus dapat menyertai hambatan majemuk.

Penyandang hambatan majemuk membutuhkan perawatan yang berkelanjutan dan dukungan yang intensif selama menempuh pendidikan di sekolah dan sepanjang hidup mereka. Untuk beberapa penyandang hambatan majemuk, dukungan dimungkinkan hanya dalam satu aktivitas kehidupan, tetapi kebanyakan penyandang hambatan majemuk, memerlukan dukungan untuk akses dan partisipasi dalam masyarakat. Dukungan diperlukan karena kebanyakan individu dengan penyandang hambatan majemuk membutuhkan bantuan di banyak bidang adaptif. Salah satunya di bidang pendidikan (Alias & Salleh, 2017).

Siswa berkebutuhan khusus dikategorikan dalam hambatan majemuk membutuhkan adaptasi yang bersamaan untuk lebih dari satu disabilitas. Kombinasi hambatan tersebut menyebabkan kebutuhan pendidikan yang lebih

berat sehingga anak-anak tidak dapat diakomodasi dalam program pendidikan khusus hanya untuk salah satu dari disabilitas saja. Sekolah biasanya menghubungkan 2 area (disabilitas berat dan disabilitas ganda atau hambatan majemuk) menjadi satu kategori untuk siswa yang memiliki gangguan kognitif, fisik, atau komunikasi yang paling signifikan (Njis et al, 2016). Anak dengan hambatan majemuk adalah anak yang memiliki hambatan dan kebutuhan belajar secara khusus yang disebabkan adanya kombinasi hambatan antara hambatan fisik, sensoris, sosial, emosi, intelektual dan lainnya (Mirnawati, 2019).

B. KARAKTERISTIK

Individu dengan hambatan majemuk dapat menunjukkan berbagai karakteristik, tergantung pada kombinasi dan tingkat keparahan disabilitas, dan usia individu. Namun, karakteristik yang umum meliputi, terbatasnya komunikasi dan kemampuan bicara, kesulitan dalam mobilitas, kecenderungan untuk melupakan keterampilan karena tidak digunakan, kesulitan menggeneralisasi keterampilan dari satu situasi ke situasi lain, kebutuhan akan dukungan dalam aktivitas kehidupan utama misalnya, aktivitas kehidupan sehari-hari, rekreasi, kehidupan bermasyarakat, dan ketrampilan vokasi (Duzkantar et al, 2020)

C. PROSEDUR DAN PENILAIAN YANG DIGUNAKAN UNTUK MENDIAGNOSIS HAMBATAN MAJEMUK

Seorang siswa dengan disabilitas ganda harus dievaluasi dengan prosedur untuk setiap disabilitas; dan harus memenuhi standar untuk dua atau lebih disabilitas (Carter et al, 2016). Jika seorang siswa diduga memiliki disabilitas ganda, evaluasi berikut harus dipertimbangkan:

1. Pengamatan kinerja akademik oleh anggota tim selain guru dalam kelas secara umum; atau dalam kasus siswa kurang dari usia sekolah atau diatas usia sekolah, pengamatan oleh anggota tim dilakukan di lingkungan yang sesuai dengan usia
2. Riwayat perkembangan, jika diperlukan
3. Penilaian kemampuan intelektual

4. Penilaian lain dari karakteristik gangguan bicara dan bahasa jika: siswa menunjukkan gangguan di salah satu atau lebih dari bidang berikut: kognisi, kemampuan motorik halus, persepsi motorik, komunikasi, sosial atau emosional, dan persepsi atau memori. Penilaian ini harus dilakukan oleh ahli yang berpengetahuan luas dalam bidang tertentu untuk menilai karakteristik:
 - a. Tinjauan catatan kumulatif, program pendidikan individual sebelumnya atau rencana layanan keluarga individual dan guru
 - b. Jika dianggap perlu, pernyataan medis atau pernyataan penilaian kesehatan yang menunjukkan apakah ada faktor fisik yang dapat mempengaruhi kinerja pendidikan siswa
 - c. Pengkajian untuk menentukan dampak dari kecacatan yang dicurigai

D. PENDIDIKAN BAGI SISWA PENYANDANG HAMBATAN MAJEMUK

Di masa lalu, siswa dengan hambatan majemuk atau disabilitas berat lainnya secara rutin dikeluarkan dari sekolah umum. Pemerintah Indonesia mengamanatkan hak atas pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus dalam Pasal 54 Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia. Pasal 5 ayat 2 Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (UU Sisdiknas) mengamanatkan pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus. Selanjutnya, dalam Pasal 32 UU Sisdiknas menjelaskan pendidikan khusus merupakan pendidikan bagi peserta didik yang memiliki tingkat kesulitan dalam mengikuti proses pembelajaran karena kelainan fisik, emosional, mental, sosial, dan/atau memiliki potensi kecerdasan dan bakat istimewa. Sejak penerapan UU tersebut telah tersedia satuan pendidikan yang diperuntukan bagi peserta didik berkebutuhan khusus seperti SDLB, SMPLB, SMALB.

Selain pada satuan pendidikan khusus, siswa berkebutuhan khusus juga dapat menempuh pendidikan pada sekolah terpadu (Megaswarie (2020)). Sekolah terpadu merupakan sekolah reguler yang menerima anak berkebutuhan khusus, dengan kurikulum, sarana prasarana yang sama untuk seluruh peserta didik. Sekolah terpadu saat ini lebih dikenal dengan sekolah inklusi. Pendidikan inklusif merupakan wujud penyelenggaraan pendidikan

yang tidak memisahkan anak-anak berkebutuhan khusus dengan anak-anak normal pada umumnya dalam proses pembelajaran. Sekolah penyelenggara pendidikan inklusif hendaknya mampu memfasilitasi setiap anak tanpa membedakan kondisi fisik, intelektual, sosial-emosional, linguistik atau kondisi lainnya. Program pendidikan direncanakan dan dimulai sedini mungkin dan berlanjut pada tingkat tertentu sepanjang hidup. Saat itu, dan nanti, fokus utama adalah pada peningkatan kemandirian anak.

Agar efektif, program pendidikan perlu memasukkan berbagai komponen untuk memenuhi kebutuhan siswa dengan hambatan majemuk atau disabilitas berat lainnya. Program harus menilai kebutuhan di empat bidang utama: aktivitas kehidupan sehari-hari (Activity of Daily Living), rekreasi (Leisure), kehidupan bermasyarakat (Community), dan ketrampilan vokasi (Vocational). Penilaian kebutuhan di empat bidang tersebut memungkinkan identifikasi tujuan fungsional yaitu tujuan yang akan menghasilkan peningkatan keterampilan dan kemandirian siswa dalam menghadapi kegiatan atau rutinitas hidupnya. Siswa diajarkan untuk membuat pilihan, berkomunikasi dengan cara yang fungsional (yang mungkin termasuk metode AAC seperti menandatangani, penggunaan gambar, dll), mengembangkan keterampilan yang berguna yang mengurangi ketergantungan mereka pada orang lain, dan belajar keterampilan sosial yang sesuai dengan usia kronologis mereka.

Pelayanan yang terintegrasi dan pendekatan multidisiplin sangat penting. Pelayanan yang tepat seperti terapis bicara dan bahasa, terapis fisik, terapis okupasi, dan spesialis medis perlu bekerja sama dengan guru kelas dan orang tua. Beberapa siswa membutuhkan intervensi bicara dan bahasa, sementara banyak siswa lainnya membutuhkan terapi fisik dan okupasi. Pelajar dengan gangguan sensorik mungkin memerlukan juru bahasa dan pelatih mobilitas, sementara beberapa dengan kebutuhan medis mungkin memerlukan layanan keperawatan atau pengawasan.

Kolaborasi yang erat antara anggota tim pendidikan sangat penting untuk menghasilkan peningkatan fungsi siswa. Karena permasalahan siswa dengan generalisasi keterampilan, layanan tersebut paling baik ditawarkan selama rutinitas alami di sekolah dan masyarakat daripada mengeluarkan siswa dari kelas untuk terapi terisolasi atau terapi individu. Manfaat mengintegrasikan

terapi ke dalam aktivitas alami diterima secara luas oleh anggota tim pendidikan.

Seringkali, pengaturan kelas harus mempertimbangkan kebutuhan siswa akan obat-obatan, diet khusus, atau peralatan khusus. Alat bantu dan peralatan adaptif memungkinkan siswa untuk meningkatkan kemampuan fungsional mereka. Misalnya, dalam beberapa tahun terakhir teknologi telah menjadi alat komunikasi yang efektif. Alat bantu lainnya meliputi: ponsel pintar, kursi roda, komputer, tongkat kepala (headsticks), pelindung kepala (head gear), gagang modifikasi pada cangkir dan peralatan makan, dan papan komunikasi (Rufus et al, 2015). Peralatan komunikasi terkomputerisasi dan peralatan ketrampilan vokasi yang dibuat secara khusus juga memainkan peran penting dalam mengadaptasi lingkungan kerja bagi individu dengan keterbatasan gerak yang serius.

Integrasi dengan siswa non-disabilitas adalah komponen penting lainnya dari pengaturan pendidikan. Menghadiri sekolah yang sama dan berpartisipasi dalam kegiatan yang sama dengan rekan-rekan mereka yang non-disabilitas sangat penting untuk pengembangan keterampilan sosial dan persahabatan bagi para penyandang disabilitas berat ataupun hambatan majemuk. Pola Integrasi ini juga menguntungkan bagi siswa non-disabilitas dan profesional (guru, terapis) melalui perubahan sikap yang positif. Penyandang hambatan majemuk atau disabilitas berat adalah mereka yang secara tradisional dicap memiliki keterbelakangan mental berat hingga sangat berat. Individu-individu ini membutuhkan dukungan ekstensif yang berkelanjutan di lebih dari satu aktivitas kehidupan utama untuk berpartisipasi dalam pengaturan komunitas yang terintegrasi dan menikmati kualitas hidup. Mereka sering memiliki cacat tambahan, termasuk kesulitan gerakan, kehilangan sensorik, dan masalah perilaku (Wendrenska, 2019).

E. TANTANGAN PENDIDIKAN DENGAN SISWA PENYANDANG HAMBATAN MAJEMUK

Tidak diragukan lagi, disabilitas dapat menyebabkan banyak tantangan belajar. Misalnya, seorang pelajar yang rentan terhadap kejang menimbulkan masalah keamanan baik di dalam maupun di luar lingk. Beberapa tantangan

umum pendidikan yang terkait dengan peserta didik dengan hambatan majemuk berkisar pada isu-isu berikut:

1. Kemampuan pelajar untuk berkomunikasi secara efektif dengan teman sebaya, guru, dan staf pendukung.
2. Menempatkan pengaturan yang paling sesuai dengan tingkat kecerdasan pelajar.
3. Menilai peserta didik untuk tantangan visual dan pendengaran.
4. Kemampuan siswa secara keseluruhan untuk berfungsi di dalam kelas.

F. MEDIA PENGAJARAN UNTUK SISWA PENYANDANG HAMBATAN MAJEMUK

Beberapa media yang paling efektif untuk melibatkan peserta didik dengan hambatan majemuk termasuk teknologi dan sumber daya komunikasi augmentatif. Beberapa pilihan tersedia untuk siswa dengan tantangan berbicara atau bergerak. Diantaranya :

1. Gadget dengan aplikasi teks-ke-suara (text to voice) dan pemilihan gambar atau bentuk komunikasi lainnya
2. Keyboard khusus dengan antarmuka (interfaces) yang mendukung pengguna dengan kesulitan motorik
3. Kartu gambar sederhana

Di samping itu, siswa dengan hambatan majemuk juga dapat memperoleh manfaat dari berbagai media pengajaran (Banerjee, 2017). Berikut adalah beberapa di antaranya:

1. Aplikasi pendidikan yang mendukung proses pra-menulis dan menulis.
2. Teknologi kecepatan-ke-teks (speed-to-text).
3. Kurikulum yang menawarkan pilihan yang berbeda untuk peserta didik dengan berbagai kemampuan dan gaya belajar (Erickson & Larwin, 2016)

G. TIPS UNTUK MENANGANI SISWA DENGAN HAMBATAN MAJEMUK

Sangat sering, siswa dengan hambatan majemuk cenderung memiliki keterbatasan yang sangat parah pada kemampuan mereka untuk berbicara, berjalan dan berinteraksi dengan guru dan rekan (siswa non-disabilitas)

mereka. Beberapa mungkin juga memiliki tantangan kognitif yang parah. Ini mengharuskan mereka diajar oleh guru yang terlatih secara khusus dengan menggunakan berbagai sumber daya khusus. Beberapa mungkin juga mendapat manfaat dari bimbingan sebaya atau bantuan oleh siswa non-disabilitas (Bebech et al, 2016).

Selain itu, jika memungkinkan, mereka harus didorong untuk berpartisipasi dalam acara dan kegiatan sekolah (Lindsay et al, 2016). Berikut adalah delapan tip yang dapat membantu Anda terlibat secara produktif dengan siswa penyandang hambatan majemuk.

1. Percaya pada siswa Anda

Sebagai seorang guru, penting bagi Anda untuk percaya pada kemampuan siswa Anda untuk memperoleh keterampilan baru. Meskipun ini mungkin terdengar mudah, ini bisa sangat menantang, terutama jika Anda telah mencoba banyak hal tetapi tampaknya tidak ada yang berhasil. Bertahanlah dan ingatkan diri Anda bahwa mereka bisa melakukannya! Bagaimanapun, beberapa kegagalan terbesar umat manusia sering kali menjadi kesuksesan terbesar mereka!

2. Punya rencana

Mulailah dengan mengembangkan tujuan pembelajaran jangka pendek, jangka menengah, dan jangka panjang untuk siswa Anda. Bersikaplah realistis dan fungsional saat menetapkan tujuan ini, dan jangan meremehkan siswa Anda juga. Tujuan adalah kunci untuk memandu arah program pembelajaran yang Anda kembangkan. Beri siswa Anda waktu yang cukup untuk belajar dan membuat kemajuan karena keterampilan baru sering kali diperoleh dengan sangat lambat.

3. Belajar bekerja sama dengan anggota tim

Penting bagi Anda untuk secara konsisten berbagi pembaruan dengan sesama guru, orang tua, pengasuh dan terapis lain tentang kemajuan siswa. Dengan bekerja sama, Anda pasti akan menemukan solusi baru untuk tantangan yang muncul di sepanjang jalan. Tidak ada yang memiliki monopoli pengetahuan dan solusi, dan hanya dengan melibatkan keterampilan dan pengamatan setiap orang sehubungan dengan kemajuan siswa, akan ada sumber daya yang cukup untuk mewujudkan kesuksesan yang diinginkan. Tentu saja, menemukan cara untuk tetap berhubungan dengan semua orang yang terlibat dalam kehidupan siswa Anda dapat

menjadi tantangan. Namun, Anda selalu dapat menemukan cara untuk tetap berhubungan secara konstan. Manfaatkan setiap dan semua sarana yang tersedia untuk tetap berhubungan: dari email hingga panggilan telepon, buku catatan rumah dan sekolah, serta kunjungan rumah. Anda dapat menjadwalkan pertemuan dua mingguan atau bulanan dengan orang tua siswa atau terapis.

4. Bekerja langsung dengan pengasuh (caregiver) siswa Anda

Pertimbangkan untuk bekerja dengan siswa setidaknya sekali atau dua kali seminggu, bahkan jika Anda bukan guru mereka setiap hari. Munculkan model tentang bagaimana Anda akan menggabungkan strategi dan aktivitas Anda dengan caregiver yang bekerja dengan siswa. Secara teratur tetap berhubungan dengan caregiver untuk umpan balik tentang kemajuan siswa, serta untuk gagasan tentang cara memecahkan masalah yang muncul.

5. Tunggu respon siswa

Berikan peserta didik Anda waktu yang cukup ketika mengharapkan tanggapan mereka. Ingat, tergantung pada sifat disabilitasnya, beberapa siswa membutuhkan lebih dari 45 detik untuk menilai situasi, mencari tahu apa yang harus mereka lakukan, dan kemudian melakukannya. Selain itu, sebagian besar siswa penyandang hambatan majemuk mengembangkan ketidakberdayaan yang dipelajari dari waktu ke waktu, mengetahui bahwa jika mereka hanya duduk maka seseorang akan maju dan menyelesaikan tugas untuk mereka (Carter et al, 2016).

6. Buat keputusan berdasarkan tipe komunikator siswa Anda

Dengan bantuan Terapis Bicara dan Bahasa, cari tahu tipe komunikator siswa Anda. Apakah mereka spontan tetapi informal, atau komunikator simbolis? Ketika Anda memiliki komunikator yang spontan, Anda dapat fokus pada bagaimana Anda akan menanggapi komunikasi spontan mereka, termasuk bagaimana Anda dapat memperkenalkan poin selama percakapan Anda dengan mereka.

Jika mereka disengaja tetapi informal, maka Anda dapat mengetahui cara membuat rencana yang akan membantu mereka menjadi komunikator simbolis. Dan jika mereka sudah menjadi komunikator simbolik, maka cari tahu bagaimana membawa sesuatu ke tingkat yang lebih tinggi.

7. Membuat keputusan berdasarkan media pembelajaran

Manfaatkan media pembelajaran siswa untuk sampai pada keputusan tentang jenis sistem simbol abstrak yang akan Anda gunakan dengan mereka. Siswa mengumpulkan informasi menggunakan Media Pembelajaran yang berbeda. Ini termasuk media pendengaran, media visual, atau pembelajaran informasi yang bijaksana.

Bagaimana siswa Anda belajar mendorong jenis Sistem Simbol Komunikatif yang akan memberikan hasil terbaik. Terapis Bicara dan Bahasa perlu bekerja sama dengan guru disabilitas visual dalam menentukan sistem simbol yang paling tepat untuk komunikasi. Cara siswa berkomunikasi kemudian akan menginformasikan pilihan sistem simbol yang akan digunakan untuk berkomunikasi dengan mereka serta sistem literasi.

Proses ini membutuhkan waktu dan akan memerlukan beberapa percobaan selama periode waktu sebelum memilih metode yang paling tepat. Misalnya, jika siswa pada dasarnya adalah pembelajar auditori, maka mereka cenderung tidak mencatat kemajuan signifikan dengan sistem pembelajaran berbasis visual seperti Boardmaker Symbols.

8. Tentukan bagaimana siswa akan merespon

Bekerja sama dengan anggota tim lain seperti guru Pendidikan Luar Biasa, terapis bicara dan bahasa, terapis fisik, terapis okupasi untuk menentukan bagaimana siswa akan menunjukkan respons mereka. Akankah mereka merespons dengan tangan atau bagian tubuh lainnya untuk meraih yang dipandu secara visual, menggunakan tatapan mata, menerapkan keterampilan taktil untuk mencari dan memilih, atau memilih item dari daftar pendengaran dengan merespons dengan suara dan/atau gerakan tubuh.

Anda dapat menentukan ini dengan menggabungkan Media Pembelajaran Pilihan siswa dengan motorik fungsional dan keterampilan visual mereka. Setelah Anda menentukan bagaimana siswa merespons, pastikan untuk menyampaikan informasi ini kepada semua orang yang bekerja dengan siswa tersebut (Pence & Dymond, 2016, Bowlen et al, 2018).

H. DUKUNGAN ANAK DENGAN HAMBATAN MAJEMUK

Kebanyakan anak dengan hambatan majemuk akan membutuhkan beberapa tingkat bantuan dan dukungan sepanjang hidup mereka. Berapa banyak dukungan yang dibutuhkan seorang anak akan bergantung pada disabilitas yang disandangnya. Seorang anak dengan hambatan majemuk ringan mungkin hanya membutuhkan dukungan intermiten yaitu dukungan diperlukan sesekali, atau untuk tugas-tugas tertentu. Anak-anak dengan hambatan majemuk yang lebih parah cenderung membutuhkan dukungan berkelanjutan (Wilder & Granlund, 2015). Saat mempertimbangkan apa yang mendukung kebutuhan anak, akan sangat membantu jika Anda memikirkan aktivitas utama dalam hidup seperti merawat diri sendiri (aktivitas mandi, toileting, berpakaian, makan, merias diri), melakukan tugas-tugas manual seperti menghidupkan atau mematikan lampu, istirahat dan tidur, kemampuan mobilitas (berjalan, berdiri, berjongkok, membungkuk), berkomunikasi dengan anggota keluarga, teman atau saudara, membaca buku.

1. Mencari tahu apa yang dipelajari anak Anda di sekolah. Cari cara untuk menerapkannya di rumah. Misalnya, jika guru sedang meninjau konsep uang, bawa anak Anda ke supermarket untuk membantu mengatur uang yang Anda belanjakan.
2. Mencari peluang sosial di masyarakat (misalnya, pramuka) atau kegiatan yang ditawarkan melalui instansi pemerintah atau komunitas setempat. Bergabung dan ambil bagian akan membantu anak Anda mengembangkan keterampilan sosial dan bersenang-senang.
3. Bicaralah dengan orang tua lain yang anaknya menyandang disabilitas—khususnya mereka yang memiliki satu atau lebih disabilitas yang sama dengan anak Anda. Orang tua lain dapat menjadi sumber nasihat praktis dan dukungan emosional
4. Bersabarlah, tetaplah berharap. Anak Anda, seperti setiap anak, memiliki waktu seumur hidup untuk belajar dan tumbuh.

I. KESIMPULAN

Siswa dengan hambatan majemuk memerlukan adaptasi yang unik, pendekatan instruksional, dan lingkungan belajar yang dibuat khusus. Penting bagi siswa dengan hambatan majemuk untuk berpartisipasi dalam kurikulum

yang berfungsi yang memanfaatkan keterampilan mereka dan kebutuhan untuk mandiri, aktif, dan terlibat sebanyak mungkin. Pembelajaran harus disesuaikan untuk fokus pada kualitas hidup siswa saat ini dan masa depan, memastikan bahwa fokusnya realistis dan mampu memberikan keterampilan yang akan membantu mereka berhasil berinteraksi dengan dunia.

Saat menyiapkan lingkungan belajar, penting juga untuk menyediakan area sensorik bagi pelajar yang memenuhi kebutuhan visual unik mereka. Jika Anda memiliki siswa yang menggunakan peralatan mobilitas seperti kursi roda, pastikan untuk mengatur aktivitas yang dapat mereka lakukan dengan mudah.

DAFTAR PUSTAKA

- Alias, A., & Salleh, M. N. (2017). Analysis Of Problems Faced By Special Education Teacher In Teaching The Multiple Disabilities Students. *Journal of ICSAR*. 1(1), 60
- Banerjee, R., Sundeed, T., Hutchinson, S. R., & Jackson, L. (2017). Factors that explain placement decisions for students with multiple disabilities: Findings from national data. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 17(2), 110-122.
- Bebech, A., C., Oliver, T., D., Limperos, A., M., Schade, B. P., & Larwin, K., H. (2016). Perceptions of Students with Multiple Disabilities and Typically Developing Peers. *European Journal of Special Education Research*, 1(3), 1-11. DOI 10.5281/zenodo.159356.
- Bowlen, K., Osiniak, K., Syms, T., Larwin, K. H. (2018). Predictors of Educational Outcomes of Students with Multiple Disabilities: Results from a National Study. *International Journal of Evaluation and Research in Education (IJERE)*. 7(3), 176-1801. DOI: 10.11591/ijere.v7.i3.14019
- Carter, E. W., Asmus, J., Moss, C. K., Biggs, E. E., Bolt, D. M., Born, T. L., Weir, K. (2016). Random evaluation of peer support arrangements to support the inclusion of high school students with severe disabilities. *Exceptional Children*, 82(2), 209-233.
- Duzkantar, A., Ogulmus, K., & Gorgun, B. (2020). Review of International Studies on Multiple Disabilities. *Sakarya University Journal of Education*. DOI: [10.19126/suje.670873](https://doi.org/10.19126/suje.670873)
- Erickson, M.J., & Larwin, K.H. (2016). The Potential Impact of Online/Distance Education for Students with Disabilities in Higher Education: Results from A Meta-Analytic Investigation And Existing Research. *The International Journal of Evaluation and Research in Education*, 5(1), 76-81.
- Kantor, J. & Ludikova, L. (2015). The Families of Students with Multiple Disabilities in the Educational Process. *Society Integration Education Proceeding of the International Scientific Conference*. 3, 115. DOI: [10.17770/sie2015vol3.373](https://doi.org/10.17770/sie2015vol3.373)

- Lindsay, S., Hartman, L., Fellin, M. (2016). A Systematic Review of Mentorship Programs to Facilitate Transition to Post-Secondary Education and Employment for Youth and Young Adults with Disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 38(14), 1329-1349.
- Megaswarie, R. N. (2020). Implementasi Asesmen Anak Usia Dini dengan Hambatan Majemuk pada Guru PAUD di PAUD Inklusif di Jember. *Special and Inclusive Education Journal*. 1(1), 44-48. <https://doi.org/10.36456/special.vol1.no1.a2285>
- Mirawati. (2019). *Anak Berkebutuhan Khusus Hambatan Majemuk*. Jogjakarta: Penerbit Deepublish
- Nijs, S., Penne, A., Vlaskamp, C., & Maes, B. (2016). Peer Interactions Among Children with Profound Intellectual and Multiple Disabilities During Group Activities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29, 366-377
- Pence, A. R., & Dymond, S. K. (2016). Teachers' Beliefs about the Participation of Students with Severe Disabilities in School Clubs. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 41(1), 52-68.
- Rufus Olanrewaju, Nalado Abubakar & Patricia Kwalzoom. 2015. Using Assistive Technology in Teaching Children with Learning Disabilities in the 21st Century. *Journal of Education and Practice*. 6(24) : 14-20.
- Sunanto, J. (2013). Konsep Dasar Individu dengan Hambatan Majemuk. *JASSI_Anakku*. 12 (1), 73-85
- Wendrenska, I. (2019). Special School as One of the Implementers of Education for Sustainable Development of Persons with Moderate and Severe Intellectual Disability, as well as Multiple Disability. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, (27), 163–180. <https://doi.org/10.14746/ikps.2019.27.08>
- Wilder, J., & Granlund, M. (2015). Stability and Change in Sustainability of Daily Routines and Social Networks in Families of Children with Profound Intellectual and Multiple Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28, 133-144.

PROFIL PENULIS



Aniek Puspitosari, S.ST., M.PH, lahir di Karanganyar, 6 Maret 1986. Penulis menempuh Pendidikan Diploma III Okupasi Terapi di Politeknik Kesehatan Surakarta lulus 2007, lanjut ke Sarjana Terapan Terapi Okupasi Poltekkes Surakarta lulus 2013, dan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Promosi Kesehatan lulus tahun 2016. Saat ini, penulis berkarir sebagai dosen di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surakarta sejak tahun 2010. Sebelumnya, penulis telah bekerja sebagai freelance Terapis Okupasi dan sebagai praktisi terapis okupasi sampai sekarang. Alamat korespondensi penulis di puspitosarimph@gmail.com dan bertempat tinggal di Kebakkalang RT 3 RW 8 Kemiri, Kebakkramat, Karanganyar, Jawa Tengah 57762



BAB 7

KESULITAN BELAJAR

Sari Atika Parinduri, M.Psi, Psikolog
Universitas Medan Area

Manusia tidak pernah lepas dari kegiatan belajar dalam arti luas. Kegiatan belajar itu dialami setiap individu dari anak-anak sampai orang dewasa dalam berbagai jenis atau bentuk yang sederhana sampai kegiatan yang sangat sukar. Sebagai contoh seorang anak yang sedang belajar berjalan. Berkali-kali jatuh ia tetap berusaha hingga berhasil berjalan. Bagi orang dewasa kegiatan tersebut sangat sederhana, namun bagi anak yang bersangkutan kegiatan tersebut sangat sulit. Bisa dikatakan bahwa kegiatan belajar terjadi dalam keseharian hidup manusia sehingga dapat disimpulkan bahwa kegiatan belajar terjadi sepanjang hayat. Belajar merupakan proses manusia untuk mencapai berbagai macam kompetensi, keterampilan dan sikap. Kemampuan manusia untuk belajar merupakan karakteristik penting yang membedakan manusia dengan makhluk hidup lainnya. Belajar mempunyai keuntungan, baik bagi individu maupun bagi masyarakat. Bagi individu, kemampuan untuk belajar secara terus menerus akan memberikan kontribusi terhadap pengembangan kualitas hidupnya.

A. DEFINISI KESULITAN BELAJAR

Kesulitan belajar dalam terjemahan bahasa Inggris *learning Disorder*. Namun amat langka pembahasan tersebut dijumpai dalam versi bahasa Inggris maupun bahasa Indonesia. yang paling sering dibahas adalah kesulitan belajar (*learning disability*) yakni gangguan yang menyebabkan seseorang mengalami kesulitan belajar dapat berupa sindrom psikologis yang dapat berupa ketidakmampuan belajar (*learning disability*). Sindrom berarti gejala yang muncul sebagai indikator adanya ketidaknormalan psikis yang menimbulkan kesulitan belajar (Fanani, 2017). Kesulitan belajar pertama kali dikemukakan oleh The United states Office of Education(USOE) pada tahun 1977 yang dikenal dengan nama Public Law (PL) 94-142. Kesulitan belajar khusus adalah suatu gangguan dalam satu atau lebih dari proses psikologis dasar yang mencakup pemahaman dan penggunaan bahasa ujaran atau tulisan. Gangguan tersebut mungkin menampakkan diri dalam bentuk kesulitan mendengarkan, berpikir, berbicara, membaca, menulis, mengeja, atau berhitung. Batasan tersebut mencakup kondisi-kondisi seperti gangguan perseptual, luka pada otak, disleksia, dan afasia perkembangan. Batasan tersebut tidak mencakup anak-anak yang memiliki problema belajar yang

penyebab utamanya berasal dari adanya hambatan dalam penglihatan, pendengaran atau motorik, hambatan karena tunagrahita, karena gangguan emosional atau karena kemiskinan lingkungan, budaya atau ekonomi (Supratiknya, 2011).

The National Joint Committee for Learning Disabilities (NJCLD) menyatakan bahwa kesulitan belajar menunjuk pada sekelompok orang. Kesulitan yang dimanifestasikan dalam bentuk kesulitan yang nyata dalam kemahiran dan penggunaan kemampuan mendengarkan, bercakap-cakap, membaca, menulis, menalar atau kemampuan dibidang studi matematika. Gangguan tersebut intrinsik dan diduga disebabkan oleh adanya disfungsi sistem saraf pusat. Meskipun suatu kesulitan belajar mungkin terjadi bersamaan dengan adanya kondisi lain yang mengganggu (misalnya gangguan sensoris, tunagrahita, hambatan sosial dan emosional) atau berbagai pengaruh lingkungan (misalnya perbedaan budaya, pembelajaran yang tidak tepat, faktor-faktor psikogenik), berbagai hambatan tersebut bukan penyebab atau pengaruh langsung (Lonigan, 2013).

Di sisi lain, *ACALD (Association for Children and Adult with Learning Disabilities)* mengemukakan pendapat bahwa kesulitan belajar khusus adalah suatu kondisi kronis yang diduga bersumber neurologis yang secara selektif mengganggu perkembangan, integrasi, dan/atau kemampuan verbal dan/atau nonverbal. Kesulitan belajar khusus tampil sebagai suatu kondisi ketidakmampuan yang nyata pada orang-orang yang memiliki intelegensi rata-rata hingga superior, yang memiliki sistem sensoris yang cukup, dan kesempatan untuk belajar yang cukup pula. Berbagai kondisi tersebut dapat berpengaruh terhadap harga diri, pendidikan, pekerjaan, sosialisasi, dan/atau aktivitas kehidupan sehari-hari sepanjang kehidupan (Lovitt, 1989).

Dari ketiga definisi diatas bahwa pengertian kesulitan belajar harus disebabkan oleh adanya gangguan fungsi neurologis atau dikaitkan pada dugaan adanya kelainan fungsi neurologis. Di Indonesia belum ada definisi yang baku tentang kesulitan belajar. Para guru umumnya memandang semua siswa yang memperoleh prestasi belajar rendah tergolong mengalami kesulitan belajar. Namun definisi yang dikemukakan ACALD dapat diadopsi untuk digunakan dalam dunia pendidikan di Indonesia.

B. JENIS KESULITAN BELAJAR

Kesulitan belajar terdiri dari berbagai jenis gangguan dengan berbagai macam gejala, penyebab, pengobatan dan riwayat penyakit. Tidak semua masalah belajar dapat dinyatakan kesulitan belajar. Ada anak yang menunjukkan perkembangan suatu keahlian tertentu lebih lambat dibandingkan anak yang seusianya demikian sebaliknya, tetapi masih dalam tahap wajar. Dalam DSM-IV (*Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders IV*). Ada dua kelompok kesulitan belajar yakni:

1. Gangguan Perkembangan (*Developmental Learning Disabilities*)

Kesulitan belajar yang bersifat perkembangan mencakup keterampilan motorik, perseptual, bahasa, kognitif dan sosial. Jenis keterampilan ini dikuasai oleh anak yang tidak mengalami kesulitan belajar pada saat mereka belum masuk ke sekolah, namun bagi anak yang berkesulitan belajar memerlukan sistem pengajaran yang sistematis. Kesulitan belajar dalam perkembangan meliputi:

a. Aspek kognitif

Masalah kesulitan membaca yang sering ditemukan di sekolah merupakan contoh klasik dari kekurangan keberfungsian aspek kognitif anak berkesulitan belajar.

b. Aspek bahasa

Dalam hal ini pembahasan mengenai bahasa reseptif dan bahasa ekspresif. Bahasa reseptif adalah kecakapan menerima dan memahami bahasa. Bahasa ekspresif adalah kemampuan mengekspresikan diri secara verbal.

c. Aspek motorik

Masalah kesulitan belajar biasanya menyangkut keterampilan motorik-perseptual yakni keterampilan meniru rancangan atau pola seperti kemampuan menggambar, menulis atau menggunting.

d. Aspek sosial dan emosi

Ini berkaitan pada emosi yang labil dan impulsif

Simptom yang ditunjukkan anak yang mengalami kelemahan perseptual adalah kemiskinan koordinasi visual-motorik, gangguan keseimbangan badan pada waktu berjalan maju, mundur dan menyimpang. Kurang terampil dalam melompat, kesulitan mengamati diri dalam konteks

ruang dan waktu. Kesulitan melakukan gerak ritme normal. Individu juga kesulitan dalam mengikuti konsistensi objek.

Aktivitas pengembangan motorik yang dapat dilakukan untuk menangani anak yang mengalami gangguan perkembangan yakni dengan beberapa strategi keterampilan motorik kasar, pengembangan penghayatan dan kesadaran tubuh dan keterampilan motorik halus. Aktivitas yang dilakukan sama dengan yang digunakan dalam pendidikan jasmani reguler dan adaptif. Berikut ini strategi pengembangan aktivitas tersebut:

a. Strategi Pengembangan Motorik Kasar

yakni dengan aktivitas berjalan mencakup berjalan ke depan, berjalan mundur, berjalan menyamping, berjalan bervariasi, berjalan meniru hewan, berjalan dibulan yakni berjalan seperti astronot, *steppingstones* (berjalan diatas jejak yang telah dibuat), permainan kotak (*Box Game*), berjalan pada garis, dan jalan tangga. Aktivitas berjalan pada balok keseimbangan dan aktivitas motorik kasar lainnya yang dapat dilakukan pada anak seperti papan luncur yang dapat dilakukan pada posisi telungkup, jongkok, atau berdiri. Gerakan stand-up dilakukan dengan cara meminta anak untuk jongkok di lantai kemudian meminta anak berdiri, jongkok, berdiri lagi secara berulang-ulang. Aktivitas melompat juga dapat dilakukan oleh anak, gerakan melambung misalnya dengan menggunakan trampolin. Lari cepat secara bertahap dapat dilakukan dengan cara iringan tepuk tangan atau musik ritmik. Demikian beberapa aktivitas yang dapat dilakukan untuk mengembangkan motorik kasar pada anak.

b. Strategi Pengembangan Penghayatan Dan Kesadaran Tubuh

Dapat dilakukan dengan aktivitas permainan seperti menunjuk bagian-bagian tubuh, permainan *puzzle*, mencari yang hilang, menggambar seukuran tubuh, meraba bagian tubuh, permainan pantomim, mengikuti perintah, membuat estimasi, ekspresi wajah dan aktivitas air.

c. Strategi Pengembangan Motorik Halus

Kegiatan yang dapat dilakukan yakni dengan melempar bola, menangkap bola, bermain bola, bermain bola dari kain, bermain ban, aktivitas koordinasi mata dan tangan dengan melakukan kegiatan menghubungkan dua titik yang berjauhan, menjiplak, menggunting, menempel dan melipat.

d. Strategi Pengembangan Persepsi Visual

Persepsi visual merupakan kemampuan yang dibutuhkan untuk belajar akademik. Frostig (Lerner, 1988) mengidentifikasi adanya lima fungsi persepsi visual yakni kordinasi visual motor, *persepsi figure-ground*, ketetapan perseptual, persepsi dalam ruang, dan persepsi hubungan keruangan. Ada beberapa kegiatan yang dapat dilakukan yakni permainan Papan Pasak, Papan Bentuk, menemukan gambar bentuk yang sama, puzzle, klasifikasi, domino, permainan kartu, huruf dan angka, menemukan bagian-bagian yang hilang, persepsi visual kata-kata.

e. Strategi Pengembangan Perspepsi Auditoris

Kegiatan yang dapat dilakukan dengan mendengarkan bunyi. Anak diminta menutup mata dan memusatkan pendengaran mereka ke berbagai bunyi yang ada disekitar mereka. Misalnya bunyi mobil, pesawat terbang dan lainnya. Permainan lainnya yakni mengikuti pola bunyi dengan cara anak diminta menutup mata dan diminta mengikuti pola bunyi yang dibuat dari jauh.

f. Strategi Pengembangan Persepsi Heptik (Taktil Dan Kinestetik)

Kegiatan yang dapat dilakukan yakni anak diminta untuk merasakan berbagai macam tekstur, papan raba (*touch boards*), merasakan bentuk, merasakan temperatur, merasakan bobot, mencium, mencium atau menjiplak pola.

g. Strategi Untuk Mengembangkan Integrasi Sistem Perseptual

Aktivitas yang dapat dilakukan anak integrasi visual auditoris, auditoris ke visual, auditoris ke motorvisual, dan auditoris-verbal ke motor. Integrasi visual auditoris dapat dilakukan dengan meminta anak melihat suatu pola titik-titik dan garis-garis, ekmudian menyuruh anak menirukan pola tersebut dalam bentuk ritmis pada drum. Integrasi auditoris ke visual dapat diperoleh dengan menyuruh anak mendengarkan irama ritmis dan memilih salah satu pola visual titik dan garis yang sesuai dari bebrapa pilihan. Integrasi auditoris ke motor-visual dapat diperoleh dengan meminta anak mendengarkan irama ritmis dan mengalihkan irama tersebut ke bentuk visual dengan menuliskan pasangan titik dan garis.

2. Gangguan Kemampuan Akademik (*Academic Learning Disabilities*)

Ada tiga jenis gangguan kemampuan akademik:

a. Gangguan Membaca

Membaca merupakan hal yang dasar untuk memperoleh kemampuan belajar di bidang lainnya. Proses membaca ini merupakan suatu proses yang kompleks yang melibatkan kedua belahan otak. Presentasi dari gangguan membaca ini dikatakan sebesar 2-8% dari anak usia sekolah. Anak yang mengalami gangguan membaca menunjukkan adanya inakurasi dalam membaca seperti membaca lambat kata demi kata jika dibandingkan dengan anak seusianya, intonasi suara turun naik tidak teratur, sering terbalik dalam mengenali huruf dan kata terutama pada huruf b,p dan d. sering mengulangi dan menebak kata-kata atau frasa. Anak tidak mengerti isi cerita yang dibacanya.

Kesulitan membaca sering disebut juga *dyslexia*. Istilah *dyslexia* banyak digunakan dalam dunia kedokteran dan diakaitkan dengan adanya gangguan fungsi neurofisiologis. Bryan dan Bryan (Zhao,2017) mendefinisikan *dylexia* sebagai suatu sindroma kesulitan dalam mempelajari komponen-komponen kata dan kalimat, mengintegrasikan komponen kata dan kalimat dan belajar segala sesuatu yang berkenaan dengan waktu, arah dan masa. Definisi kesulitan membaca bervariasi, namun semuanya menunjuk pada adanya gangguan pada fungsi otak. Ada empat kelompok karakteristik kesulitan belajar membaca, yaitu yang berkenaan dengan kebiasaan membaca, kekeliruan mengenal kata, kekeliruan pemahaman dan gejala-gejala serbaneka.

Metode pengajaran membaca yang dapat dilakukan melalui Remedial (Wilson, 2015) yakni:

1) Metode Fernald

Metode ini dikenal dengan metode VAKT (*Visual, Auditory, Kinesthetic, dan Tactile*). Metode ini menggunakan materi bacaan yang dipilih dari kata-kata yang diucapkan anak dan tiap kata diajarkan secara utuh. Ada empat tahapan yang dilakukan. Tahap pertama, guru menulis kata yang akan dipelajari diatas kertas dengan krayon. Selanjutnya anak menelusuri kata tersebut dengan

jarinya (*Tactile and kinesthetic*). Pada saat menelusuri kata tersebut anak melihat (*visual*) dan mengucapkannya dengan keras (*auditory*). Proses ini dilakukan berulang-ulang sehingga anak dapat menulis dan membaca dengan benar. Tahapan kedua, anak diminta melihat tulisan guru dan mengucapkannya. Pada tahap ketiga, anak diminta membaca buku. Pada tahap keempat anak mampu mengingat kata-kata yang dicetak atau bagian-bagian dari kata yang telah dipelajari.

2) Metode Gillingham

Metode ini merupakan pendekatan terstruktur taraf tinggi yang memerlukan lima jam pelajaran selama dua tahun. Aktivitas pertama diarahkan pada belajar berbagai bunyi huruf dan perpaduan huruf-huruf tersebut. Anak menggunakan teknik menjiplak untuk mempelajari huruf. Bunyi-bunyi tunggal huruf selanjutnya dikombinasikan kedalam kelompok-kelompok yang lebih besar kemudian program fonik diselesaikan.

3) Metode Analisis Glass

Metode ini merupakan pengajaran melalui pemecahan sandi kelompok huruf dalam kata. Anak dibimbing untuk mengenal kelompok-kelompok huruf sambil melihat kata secara keseluruhan. Metode ini lebih menekankan pada latihan auditoris dan visual yang terpusat pada kata yang sedang dipelajari. Glass (Lerner, 1988) menyatakan ada empat langkah dalam mengajarkan kata yakni:

- (a) Mengidentifikasi keseluruhan kata, huruf, dan bunyi kelompok-kelompok huruf.
- (b) Mengucapkan bunyi-bunyi kelompok huruf dan huruf
- (c) Menyajikan pada anak huruf dan kelompok huruf dan meminta anak untuk mengucapkannya.
- (d) Guru/orangtua mengambil beberapa huruf pada kata tertulis dan anak diminta mengucapkan kelompok huruf yang masih tersisa.

Contohnya kata “bapak”, dalam penerapan metode Glass dalam bahasa Indonesia akan bentuk suku kata, misalnya “ba” dan “pak”. Kepada anak diperlihatkan kata “bapak” yang

tertulis pada kartu. Lalu Guru/orangtua bertanya” dalam kata *bapak* ini , bunyi apa yang dibuat oleh huruf *b*? Bunyi apa yang dibuat oleh huruf *apak*? Jika huruf *k* digunakan untuk menggantikan huruf *b*, bagaimana bunyi kata itu?

Dengan metode ini anak akan merespon secara visual maupun auditoris terhadap kelompok huruf. Hal ini memungkinkan anak memecahkan sandi dan mengumpulkan kembali huruf-huruf kedalam bentuk kata yang utuh.

b. Gangguan menulis

Menulis merupakan salah satu komponen sistem komunikasi. Kegiatan menulis menggambarkan pikiran, perasaan dan ide ke dalam bentuk lambang-lambang bahasa grafis. Proses belajar menulis melibatkan rentang waktu yang panjang. Ciri umum yang sering ditampilkan oleh anak mengalami gangguan menulis yakni:

- 1) Kelemahan orientasi kanan-kiri
- 2) Kecenderungan membaca kata bergerak mundur
- 3) Kelemahan keterampilan jari
- 4) Kelemahan memori
- 5) Kelemahan auditif
- 6) Kelemahan memori-visual, tidak mampu memvisualkan kembali objek, kata atau huruf
- 7) Dalam membaca keras individu tidak mampu menkonversikan simbol visual ke dalam simbol auditif yang sejalan dengan bunyi kata secara benar

Penanganan pada anak yang mengalami kesulitan menulis yakni dengan melakukan remedial menulis. Ada tiga jenis remedial menulis (Grahamm,2000) yakni:

1) Menulis dengan tangan

Kegiatan yang dapat dilakuakn oleh anak, memegang pensil, menjiplak, menulis pada papan tulis atau bahan-bahan lain untuk latihan menulis.

- 2) Mengeja
Memberikan latihan untuk mendengarkan bunyi-bunyi huruf, menganalisa susunannya dan mengembangkan keterampilan untuk menggunakan bunyi bahasa secara umum.
- 3) Menulis ekspresif
Meminta anak memilih topik tulisannya sendiri, melengkapinya kalimat dan menggabungkan kalimat menjadi sebuah cerita.

c. Gangguan berhitung

Kesulitan belajar berhitung disebut dengan diskalkulia (*dyscalculia*). Istilah ini memiliki konotasi medis, yang memandang adanya keterkaitan dengan gangguan sistem saraf pusat. Kesulitan belajar berhitung yang berat disebut *akalkulia*. Ciri anak yang mengalami kesulitan berhitung (Graham, 2000) yakni:

- 1) Sulit membedakan tanda-tanda : +, -, x, >, <, =
- 2) Sulit mengoperasikan hitungan/bilangan
- 3) Sering salah membilang dengan urutan
- 4) Sering salah membedakan angka 9 dengan 6, 17 dengan 71, 2 dengan 5, 3 dengan 8, dsb
- 5) Sulit membedakan bangunan-bangunan geometri

Ada beberapa prinsip dalam pengajaran berhitung yakni :

- 1) Menyiapkan anak belajar berhitung
- 2) Mulai dari yang konkret ke yang abstrak
- 3) Anak diminta berlatih dan mengulang
- 4) Generalisasi ke dalam situasi baru
- 5) Melihat dengan detail kelebihan dan kelemahan anak
- 6) Perlunya membangun fondasi yang kuat tentang konsep dan keterampilan berhitung
- 7) Penyediaan program berhitung yang seimbang
- 8) Penggunaan kalkulator

C. FAKTOR PENYEBAB KESULITAN BELAJAR

Faktor-faktor penyebab kesulitan belajar (Fanani, 2017) terdiri atas:

1. Faktor Internal

Faktor internal merupakan faktor dari dalam diri anak itu sendiri. Hal ini meliputi:

a. Faktor Fisiologi

Faktor ini berkaitan dengan kondisi fisik anak. Kondisi anak yang sakit dapat mempengaruhi aktivitas belajar. Selain itu, kecacatan tubuh seperti kurang pendengaran, kurang penglihatan, gangguan gerak, buta, tuli dan bisu juga dapat menghambat aktivitas belajar anak.

b. Faktor Psikologis.

Dalam proses belajar tentunya dibutuhkan sebuah kesiapan, ketenangan, rasa aman. Intelegensi juga mempengaruhi cara anak belajar. Anak yang memiliki skor IQ 110 -140 memiliki potensi untuk memahami pelajaran dengan cepat. Sedangkan anak-anak yang tergolong sedang (90-110) tentunya tidak mengalami masalah belajar. Anak yang memiliki skor IQ dibawah 90-60 tentunya memiliki potensi masalah kesulitan belajar. Faktor lainnya berkaitan dengan kesulitan belajar yakni bakat, minat, motivasi, kepribadian dan kondisi mental pada anak.

2. Faktor Eksternal

Faktor ini merupakan faktor dari luar diri anak meliputi:

a. Faktor Sosial

Peranan orangtua sangat berpengaruh, bagaimana pola asuh, perhatian orangtua terhadap anaknya, sehingga membentuk pola atau kebiasaan belajar yang baik.

b. Faktor Non sosial

Faktor ini berhubungan dengan lingkungan pendidikan dan masyarakat. Hubungan siswa dengan guru, sarana dan prasarana yang memadai serta kurikulum yang sesuai dengan kondisi anak yang memiliki kesulitan belajar. Lingkungan masyarakat yang dapat mempengaruhi kesulitan belajar adalah Mass Media, seperti bioskop, televisi, radio, surat kabar, majalah, komik dan lainnya.

Faktor lainnya yang dapat menyebabkan kesulitan belajar yakni faktor keturunan (genetik), kerusakan pada fungsi syaraf (disfungsi neurologis), biokimia, deprivasi lingkungan atau kesalahan nutrisi.

D. DETEKSI DINI KESULITAN BELAJAR

Tanda-tanda dari kesulitan belajar sangat bervariasi, tergantung dari usia anak pada saat itu. Kepekaan orangtua dan guru sangat membantu dalam mendeteksi kesulitan belajar pada anak. Orangtua dan guru perlu waspada jika melihat adanya kesenjangan yang konsisten antara kemampuan akademik dengan prestasi dengan anak seusianya. Ada beberapa gejala dalam mendeteksi kesulitan belajar pada anak (Wilson, 2015) yakni:

1. Anak Prasekolah
 - a. Keterlambatan berbicara jika dibandingkan dengan anak seusianya
 - b. Adanya kesulitan pengucapan kata
 - c. Kemampuan penguasaan jumlah kata yang minim
 - d. Mengalami kesulitan dalam menghubungkan kata dalam suatu kalimat
 - e. Mudah teralih perhatiannya
 - f. Kesulitan berinteraksi dengan anak seusianya
 - g. Menunjukkan kesulitan dalam suatu petunjuk atau rutinitas tertentu
 - h. Adanya kesulitan pada gerakan motorik halus seperti memegang pensil, menggunting, melipat
2. Anak Usia Sekolah
 - a. Memiliki kemampuan daya ingat yang buruk
 - b. Lambat mempelajari hubungan antara huruf dengan bunyi pengucapannya
 - c. Selalu membuat kesalahan yang konsisten dalam mengeja dan membaca, misalnya huruf b dibaca d, huruf m dibaca w, kesalahan tranposisi yaitu kata pagi dibaca bagi
 - d. Bingung dengan operasionalisasi tanda-tanda dalam pelajaran matematika, misalnya tidak dapat membedakan antar tanda – dengan +, tanda + dengan x, dll.
 - e. Sulit dalam mempelajari keterampilan baru, terutama yang membutuhkan kemampuan daya ingat yang baik

- f. Sangat aktif, tidak mampu menyelesaikan satu tugas/ kegiatan tertentu secara tuntas
- g. Impulsif (bertindak sebelum berpikir)
- h. Sulit konsentrasi atau perhatiannya mudah teralih
- i. Sering melakukan pelanggaran baik disekolah atau di rumah
- j. Tidak mampu merencanakan kegiatan sehari-hari
- k. Masalah emosional seperti mengasingkan diri, pemurung, mudah tersinggung, atau acuh terhadap lingkungannya
- l. Ketidakstabilan dalam menggenggam pensil/pen
- m. Kesulitan dalam mempelajari pengertian hari/waktu
- n. Menolak bersekolah

E. PENANGANAN ANAK KESULITAN BELAJAR

Penanganan yang diberikan pada anak dengan kesulitan belajar (Supratiknya, 2011) yakni:

1. Di bidang Pendidikan

Dalam hal ini dapat dilakukan Remedial yakni bimbingan langsung dari guru yang terlatih dalam mengatasi kesulitan belajar anak. Guru akan menyusun suatu metode pengajaran disesuaikan dengan jenis kesulitan belajar anak.

2. Dibiidang Medis

Ada beberapa hal yang dapat dilakukan dari sisi medis yakni:

a. Terapi Obat

Anak yang memiliki kesulitan belajar diberikan terapi obat untuk mengendalikan perilaku serta meningkatkan kemampuan anak dalam belajar. Meskipun terapi obat merupakan masalah medis, namun kerjasama juga dilakukan dengan pihak sekolah terutama guru. Guru memiliki peranan penting dalam meningkatkan efektivitas penyembuhan. Guru dapat memberikan informasi kepada dokter ataupun orangtua tentang pengaruh obat bagi anak selama di sekolah sehingga dokter dapat mengatur modifikasi jika diperlukan.

b. Terapi Alergi

Beberapa peneliti beranggapan bahwa alergi berkaitan dengan kesulitan belajar. Lerner (1981) mengemukakan bahwa terapi alergi dapat membantu memecahkan masalah kesulitan belajar.

c. Modifikasi Perilaku

Pendekatan secara psikis yakni melakukan modifikasi perilaku merupakan suatu bentuk teknik penyembuhan dengan menerapkan prinsip-prinsip *operant conditioning*. Ada beberapa teknik yang dapat dilakukan yakni *reinforcement*, *punishment*, *extinction*, *shaping and chaining*, *prompting and fading*, *discrimination and stimulus control* dan *generalization*. Psikoedukasi juga diberikan pada orangtua dan guru agar dapat menimbulkan motivasi yang konsisten dalam usaha untuk mengurangi kesulitan pada anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (2013) Fifth Edition , American Psychiatric Association.
- Fanani, M.A. (2017). *Faktor-faktor Penghambat Gerakan Literasi Sekolah*. Jurnal Kultur Demokrasi, Vol 5, no 2.
- Graham, S., Harris,K.R & Fink (2000). *Is Handwriting Causally Related to Learning to write? Treatment of Handwriting Problems in Beginning Writers*. Journal of Education Psychology, 92(4),620-633.
- Lerner, J.W., (1988), *Learning Disabilities: Theories, Diagnosis, and teaching Strategies*, Boston : Houghton Mufflin.
- Lonigan, C.J., Purpura,D.J.,Wilson,S.B., Wlaker,P.M., Clancy Menchetti (2013).*Evaluating the Components of an Emergent Literacy Intervention for Preschool Children at risk for Reading Difficulties*. *Journal Experimental Child Psychology*, 114 (1), 111-130.
- Lovit, T. C., (1989), *Introduction to Learning Disabilities*, Boston : Allyn and Bacon.
- Supratiknya, A. (2011). *Merancang Program Dan Modul Psikoedukasi* (Edisi Revisi) Yogyakarta : Sanata Dharma University Press.
- Sutjihati, S. S. 2007. *Psikologi Anak Luar Biasa*. Bandung : PT. Refika Aditama.
- Wilson, H.E., & Nerren, J.W., & Abel, C.D. (2015). *Languange Stimulation Technique for Three-year-old and four year-old children: Patterns of language development*. *Dialog* 18 (1), 118-134.
- Zhao, J., Joshi,R.M.,Dixon,L.Q.,& Chen,S. (2017). *Contribution of phonological, morphological, and orthographic awareness to English word spelling: A comparison of EII and EFL Models*. *Contemporary Educational Psychology* 49, 185-194.

PROFIL PENULIS



Sari Atika Parinduri, M.Psi, Psikolog lahir di Pematang Siantar, 9 Oktober 1982, SD, MTs, MA di Medan. Lulus S1 dari Fakultas Psikologi Universitas Medan Area tahun 2008. Ia menyelesaikan S2 Magister Profesi Universitas Sumatera Utara tahun 2012.

Saat ini mengajar di Universitas Medan Area dan STAI Tebing Tinggi Deli Medan. Mata kuliah yang diampu adalah Pengantar Psikologi Umum, Psikologi perkembangan, Psikologi Kognitif, Asesmen psikologi Klinis. Serta Praktisi Psikolog di Biro Psikologi Balancia.

Diktar ajar yang sudah pernah ditulis yakni Psikologi Umum, Psikologi Perkembangan dan *Book Chapter Personal Branding Teacher Perspective Leadership Of The Prophet*. Kegiatan utama adalah memberikan kuliah, membimbing penelitian skripsi dan melakukan penelitian serta pengabdian kepada masyarakat.



BAB 8

HAMBATAN PEMUSATAN PERHATIAN

Roh Hastuti Prasetyaningsih, SST., MPH
Poltekkes Kemenkes Surakarta

A. PENDAHULUAN

Gangguan Pemusatan Perhatian/ Hiperaktivitas (GPPH) dalam bahasa Inggris disebut sebagai *Attention Deficit /Hyperactive Disorder* (ADHD) di golongan ke dalam *neurodevelopmental disorder*. GPPH merupakan gangguan perkembangan syaraf kompleks yang ditandai dengan karakteristik tidak mampu memusatkan perhatian, disorganisasi, dan/atau hiperaktivitas-impulsif. yang mana perilaku tersebut tidak sesuai dengan usia perkembangan anak (Sarver, 2015; APA 2013). Ilustrasi dibawah ini dapat menggambarkan perilaku anak dengan GPPH.

An “N” berumur 4 tahun ,menunjukkan perilaku tidak bisa diam, mampu tenang hanya beberapa detik saja. Setiap saat selalu melakukan gerakan-gerakan yang tidak bermakna, Ia berpindah-pindah dari satu objek ke objek lain yang ada di rumah. Ia akan berlari, melompat dan menghempaskan tubuhnya ke sekeliling ruangan dan frustrasi jika tidak mendapatkan apa yang diinginkannya. Akibatnya, ia sering mengalami luka serius.

Ia tidak bisa lama menonton TV, dan ketika waktu makan Ia akan berlari ke dapur, naik kembali ke kursinya untuk makan, lalu mendorong kursinya ke belakang, merangkak di bawah meja untuk membelai kucingnya. Guru di sekolahnya mengeluh bahwa Ia tidak memiliki perilaku kesiapan akademik untuk belajar, untuk mempertahankan perhatian, melakukan aktivitas yang tidak relevan, mengingat dan mematuhi instruksi.

Prevalensi GPPH berkisar antara 5%-8% dari populasi anak di dunia, 1 kejadian setiap 15-20 anak (Barkley ,2022) dan lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan dengan rasio 2:1 (APA, 2013). Sekitar 50% sampai dengan 60% kasus GPPH pada anak berlanjut hingga dewasa (Juniar & Setyawati, 2014) dengan manifestasi gangguan fungsi sosial, akademik dan okupasi (APA, 2013). Saat ini masih banyak yang menganggap anak dengan GPPH adalah anak nakal dan diperlakukan dengan keras serta sering diberikan hukuman baik di rumah oleh orangtuanya maupun di sekolah oleh guru ataupun teman-temannya. Begitu pula masyarakat menganggap GPPH sebagai perilaku buruk yang tidak dapat diterima oleh lingkungannya. Orang

tua dengan anak GPPH seringkali malu karena kenakalan yang dilakukan misalnya mengganggu anak lain, ingin menang sendiri dan perilaku merusak. APA (2013) menggolongkan GPPH menjadi tiga tipe yaitu:

1. Gejala yang menonjol adalah kurang mampu memusatkan perhatian
Dimanifestasikan kurang tekun dalam mengerjakan tugas, disorganisasi, kesulitan untuk mempertahankan fokus yaitu mudah terdistraksi.
2. Gejala yang menonjol adalah hiperaktif-impulsif
Hiperaktivitas mengacu pada aktivitas motorik yang berlebihan (misalnya berlarian), gelisah berlebihan, gerakan *tapping* atau banyak bicara. Impulsivitas mengacu pada tindakan tergesa-gesa yang terjadi tanpa pemikiran sebelumnya dan memiliki potensi tinggi untuk membahayakan diri sendiri (misalnya, melesat ke jalan tanpa melihat).
3. Kombinasi dari dua kelompok gejala tersebut
Tipe GPPH kombinasi lebih sering terjadi dibandingkan dua tipe lainnya

B. ETIOLOGI

Faktor penyebab GPPH hingga saat ini belum diketahui secara pasti. Namun Juniar & Setyawati (2014), mengungkapkan faktor kemungkinan yang mempengaruhi kondisi anak GPPH yaitu:

1. Faktor Genetik
Sebuah studi kasus menjelaskan bahwa faktor genetik memiliki keterkaitan yang kuat terjadinya anak dengan kondisi GPPH yaitu mencapai 70% dari kasus. Berdasarkan studi keluarga yang telah dilakukan mendapatkan hasil bahwa tingkat GPPH memiliki resiko 2-8 kali lipat pada faktor genetic.
2. Faktor Neurologik
Pada otak terdapat deficit aktivitas yang disebabkan adanya gangguan di area frontal utamanya pada korteks otak. Meningkatnya elektroensefalogram gelombang lambat, mengurangi total volume otak dan menyebabkan keterlambatan dalam pematangan kortikal posterior ke anterior. Gangguan fungsi otak pada bayi baru lahir paling sering disebabkan oleh hipoksia. Hasil penelitian National Institute mental Health menunjukkan anak dengan GPPH mempunyai otak yang lebih kecil 3%-7% dibandingkan anak normal.

3. Faktor Neurotransmitter

Terdapat dua neurotransmitter yang terganggu pada anak GPPH yaitu dopamine dan norepinephrine.

4. Faktor Lingkungan

Faktor resiko GPPH juga dapat timbul dari lingkungan walaupun dampaknya kecil. Namun belum ditemukan hasil studi nasional yang kuat mengenai penurunan ADHD melalui faktor lingkungan. Penemuan ini berlawanan dengan data masalah perilaku pada masa kanak-kanak yang meningkat di 50 tahun terakhir yang dipengaruhi oleh lingkungan. Faktor lingkungan yang berpengaruh seperti pola asuh orang tua di rumah

5. Faktor kehamilan

Studi yang dilakukan melalui percobaan untuk memindai hubungan antara lingkungan keluarga dan diagnosis kehamilan terkait dengan kondisi ADHD. Mereka menemukan bahwa kurangnya dukungan sosial selama masa kehamilan, kejadian traumatis, rasa tidak nyaman selama kehamilan dan tingkat stress yang dialami oleh ibu .

C. KRITERIA DIAGNOSTIK

Penegakkan diagnosis GPPH tidak memerlukan serangkaian tes laboratorium tetapi dilakukan dengan mengamati perilaku anak. Salah satu panduan yang digunakan sebagai kriteria diagnosis oleh dokter spesialis kesehatan jiwa dan dokter spesialis anak adalah *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual* edisi V (DSM-5). Kriteria Diagnostik tersebut adalah:

1. Pola kurang perhatian dan/atau hiperaktivitas-impulsif menetap yang mengganggu fungsi atau perkembangan, yang ditandai dengan (1) dan/atau (2):
 - a. Kurang perhatian: Enam (atau lebih) dari gejala berikut telah berlangsung selama setidaknya 6 bulan sampai tingkat yang tidak konsisten dengan tingkat perkembangan dan langsung berdampak negatif pada kegiatan sosial dan akademik/okupasi:
Catatan: Gejala tidak semata-mata merupakan manifestasi dari perilaku oposisi, pembangkangan, permusuhan, atau kegagalan untuk memahami tugas atau instruksi. Untuk remaja yang lebih tua

dan orang dewasa (usia 17 dan lebih tua), setidaknya diperlukan lima gejala.

- 1) Sering gagal memberikan perhatian yang cermat terhadap detail atau membuat kesalahan yang ceroboh dalam tugas sekolah, pekerjaan, atau selama aktivitas lain (misalnya: mengabaikan atau melewatkan detail, pekerjaan tidak akurat).
 - 2) Sering mengalami kesulitan mempertahankan perhatian dalam tugas atau aktivitas bermain (misalnya: mengalami kesulitan tetap fokus selama sekolah, percakapan, atau membaca yang panjang).
 - 3) Seringkali tampak tidak mendengarkan ketika diajak bicara secara langsung (misalnya: pikiran tampak berada di tempat lain).
 - 4) Seringkali tidak mengikuti instruksi dan gagal menyelesaikan tugas sekolah, atau tugas di tempat kerja (misalnya: memulai tugas tetapi dengan cepat kehilangan fokus dan mudah terdistraksi).
 - 5) Sering mengalami kesulitan mengatur tugas dan aktivitas (misalnya: kesulitan mengelola tugas berurutan; kesulitan menjaga barang-barang agar barang-barang tetap rapi; pekerjaan yang berantakan dan tidak terorganisir; manajemen waktu buruk; gagal memenuhi target waktu).
 - 6) Sering menghindari, tidak menyukai, atau enggan untuk melakukan tugas-tugas yang membutuhkan usaha mental yang berkelanjutan (misalnya: tugas sekolah atau pekerjaan rumah; untuk remaja dan orang dewasa yang lebih tua, menyiapkan laporan, mengisi formulir, meninjau makalah yang panjang).
 - 7) Sering kehilangan barang-barang yang diperlukan untuk tugas atau aktivitas (misalnya: peralatan sekolah, pensil, buku, perkakas, dompet, kunci, dokumen, kacamata, telepon genggam).
 - 8) Sering mudah terganggu oleh rangsangan asing (untuk remaja yang lebih tua dan orang dewasa, mungkin termasuk pikiran yang tidak berhubungan).
 - 9) Sering pelupa dalam aktivitas sehari-hari (misalnya: mengerjakan tugas, menjalankan tugas; untuk remaja yang lebih tua dan orang dewasa, membalas telepon, membayar tagihan, menepati janji).
- b. Hiperaktif dan impulsif: Enam (atau lebih) dari gejala berikut telah menetap selama: setidaknya 6 bulan ke tingkat yang tidak sesuai dengan

tingkat perkembangan dan berdampak langsung pada kegiatan sosial dan akademik/pekerjaan:

Catatan: Gejala tidak semata-mata merupakan manifestasi dari perilaku oposisi, pembangkangan, permusuhan, atau kegagalan untuk memahami tugas atau instruksi. Untuk remaja yang lebih tua dan orang dewasa (usia 17 dan lebih tua), setidaknya diperlukan lima gejala.

- 1) Sering gelisah dengan atau mengetuk tangan atau kaki atau menggeliat di kursi.
- 2) Sering meninggalkan tempat duduk dalam situasi di mana diharapkan untuk tetap duduk (misalnya: meninggalkan tempat duduknya tempat di dalam kelas, di kantor atau tempat kerja lain, atau dalam situasi lain yang memerlukan tetap di tempat).
- 3) Sering berlari atau memanjat dalam situasi yang tidak tepat (Catatan: Pada remaja atau dewasa, mungkin terbatas pada perasaan gelisah).
- 4) Seringkali tidak dapat bermain atau melakukan aktivitas santai dengan tenang.
- 5) Sering "di perjalanan", bertindak seolah-olah terdapat "dorongan motorik" (misalnya: tidak dapat atau tidak nyaman diam untuk waktu yang lama, seperti di restoran, rapat; mungkin dialami oleh orang lain sebagai gelisah atau sulit untuk mengikuti kegiatan).
- 6) Sering berbicara berlebihan.
- 7) Sering melontarkan jawaban sebelum pertanyaan selesai (misalnya: menyelesaikan kalimat pertanyaan orang lain; tidak bisa menunggu giliran dalam percakapan).
- 8) Sering mengalami kesulitan menunggu gilirannya (misalnya: saat menunggu dalam antrian).
- 9) Sering menyela atau mengganggu orang lain (misalnya: menyela percakapan, permainan, atau aktivitas; mungkin mulai menggunakan barang orang lain tanpa meminta izin; untuk remaja dan orang dewasa, dapat mengganggu atau mengambil alih apa yang dilakukan orang lain).

2. Beberapa gejala kurang perhatian atau hiperaktif-impulsif muncul sebelum usia 12 tahun.
3. Beberapa gejala kurang perhatian atau hiperaktif-impulsif hadir dalam dua atau lebih pengaturan (misalnya, di rumah, sekolah, atau tempat kerja; dengan teman atau kerabat; dalam kegiatan lain).
4. Ada bukti yang jelas bahwa gejala mengganggu, atau mengurangi kualitas, fungsi sosial, akademik, atau pekerjaan.
5. Gejala tidak terjadi secara eksklusif selama perjalanan skizofrenia atau gangguan psikotik lain dan tidak dijelaskan oleh gangguan mental lain (misalnya, suasana hati).

D. DETEKSI DINI ANAK GPPH

Untuk mendeteksi GPPH, diperlukan suatu informasi tentang riwayat perkembangan dan observasi perilakunya. Observasi perilaku idealnya diamati pada minimal dua lingkungan yang berbeda. Diperlukan pengamatan adanya gejala-gejala GPPH yang teramati pada kehidupan sehari-hari baik di rumah, sekolah, klinik ataupun tempat lainnya. Seringkali perilaku yang diamati tidak muncul pada satu tempat tetapi muncul pada tempat lainnya. Ketika berada di klinik anak dapat berperilaku baik sehingga gejala GPPH tidak nampak dan perilaku tersebut akan muncul di rumah atau di sekolah. Gejala GPPH dapat diamati pada anak usia 2-3 tahun tetapi sebagian besar dapat terdiagnosis pada usia 6-12 tahun.

Alat deteksi dini Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas/GPPH yang dapat membantu klinisi, guru ataupun orang tua yaitu formulir deteksi dini Abbreviated Conners Rating Scale (ACRS). Pemeriksaan ini dikembangkan oleh C. Keith Conners, Ph.D dan telah dilakukannya uji validitas dan reliabilitas di Indonesia oleh Dr. Sasanti Yuniar tahun 1998 agar dapat secara luas dipergunakan oleh masyarakat di Indonesia. Formulir ini terdiri 10 pertanyaan yang ditanyakan kepada orang tua/pengasuh anak/guru TK dan pertanyaan yang perlu pengamatan pemeriksa (Juniar & Setyawati, 2014).

Tujuannya adalah mengetahui secara dini anak adanya Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) pada anak umur 36 bulan ke atas. Dilaksanakan atas indikasi apabila ada keluhan dari orang tua/pengasuh

anak atau ada kecurigaan tenaga kesehatan, kader kesehatan, BKB, petugas PAUD, pengelola TPA dan guru TK. Keluhan tersebut dapat berupa salah satu atau lebih keadaan di bawah ini:

1. Anak tidak bisa duduk tenang
2. Anak selalu bergerak tanpa tujuan dan tidak mengenal lelah
3. Perubahan suasana hati yang mendadak/impulsive

Petunjuk Pengisian:

Berilah tanda (x) pada salah satu kolom yang paling tepat pada tiap butir pertanyaan menurut perilaku anak dalam periode enam bulan terakhir

No	Pertanyaan	Tidak ditemukan	Kadang- kadang	Sering	Selalu
1	Tidak kenal lelah atau aktivitas yang berlebihan	☐	☐	☐	☐
2	Medah menjadi gembira, impulsive	☐	☐	☐	☐
3	Mengganggu anak lain	☐	☐	☐	☐
4	Gagal menyelesaikan kegiatan yang telah dimulainya, selang waktu perhatiannya pendek	☐	☐	☐	☐
5	Menggerak-gerakkan anggota badan atau kepala secara terus menerus	☐	☐	☐	☐
6	Perhatiannya kurang, mudah teralihkan	☐	☐	☐	☐
7	Permintaanya harus segera dipenuhi, mudah menjadi frustrasi	☐	☐	☐	☐
8	Sering dan mudah menangis	☐	☐	☐	☐
9	Suasana hatinya berubah dengan cepat dan drastis	☐	☐	☐	☐
10	Ledakan kekesalan, tingkah laku eksplosif dan tidak terduga	☐	☐	☐	☐

Cara menggunakan formulir deteksi dini GPPH:

1. Jelaskan kepada orangtua/pengasuh anak untuk tidak ragu-ragu atau takut menjawab perilaku yang tertulis pada formulir deteksi dini GPPH.
2. Lakukan pengamatan kemampuan anak sesuai dengan pertanyaan pada formulir deteksi dini GPPH.
3. Keadaan yang ditanyakan/diamati ada pada anak dimanapun anak berada, misalnya ketika di rumah, sekolah, pasar, toko, dan tempat lainnya);setiap saat dan ketika anak dengan siapa saja.
4. Catat jawaban dan hasil pengamatan perilaku anak selama dilakukan pemeriksaan.
5. Teliti kembali apakah semua pertanyaan telah dijawab.

Interpretasi:

Beri nilai pada masing-masing jawaban sesuai dengan "bobot nilai" berikut ini, dan jumlahkan nilai masing-masing jawaban menjadi nilai total

1. Nilai 0: jika keadaan tersebut tidak ditemukan pada anak.
2. Nilai 1: jika keadaan tersebut kadang-kadang ditemukan pada anak.
3. Nilai 2: jika keadaan tersebut sering ditemukan pada anak.
4. Nilai 3: jika keadaan tersebut selalu ada pada anak.

Apabila nilai total 13 atau lebih anak kemungkinan dengan GPPH.

Intervensi:

1. Anak dengan kemungkinan GPPH perlu dirujuk ke Rumah Sakit yang memberikan pelayanan rujukan tumbuh kembang atau memiliki fasilitas kesehatan jiwa untuk konsultasi dan lebih lanjut.
2. Bila nilai total kurang dari 13 tetapi anda ragu-ragu, jadwalkan pemeriksaan ulang 1 bulan kemudian. Ajukan pertanyaan kepada orang-orang terdekat dengan anak (orang tua, pengasuh, nenek, guru,) (Kemenkes RI, 2016).

Dengan berkembangnya ilmu pengetahuan khususnya dibidang kedokteran dan kesehatan, anak dengan GPPH banyak yang dirujuk ke pelayanan kesehatan untuk menjalani pemeriksaan dalam upaya penegakkan diagnosis dan mendapatkan intervensi yang sesuai.

E. PERMASALAHAN ANAK GPPH

Anak dengan GPPH tidak hanya mengalami permasalahan akademik di sekolah tetapi mencakup semua aspek dalam kehidupan yaitu:

1. Kesulitan Berinteraksi Sosial

Anak dengan GPPH sering mengalami kesulitan untuk berkomunikasi dengan teman sebaya. Sering kali lebih suka bermain dengan anak yang lebih muda bahkan sama sekali tidak bermain dengan semua anak. Diperkirakan 20%-40% dari anak dengan GPPH mengalami gangguan anti sosial. Beberapa anak GPPH mengalami kesulitan untuk mengendalikan diri dan perilakunya tidak terduga. Anak dengan GPPH memiliki kesulitan memproses informasi, termasuk bahasa. Hal tersebut menyebabkan salah persepsi terhadap maksud orang lain dan memahami pelajaran di sekolah (Juniar & Setyawati, 2014).

2. Masalah Emosional

Anak dengan GPPH sering merasa frustrasi. Mereka seringkali mengalami kegagalan sehingga sering tidak percaya diri dan malas. Mereka menginternalisasi perasaan tersebut sehingga menjadi depresif dan mempunyai citra diri buruk (Juniar & Setyawati, 2014).

3. Masalah Perilaku

Masalah yang paling umum pada anak-anak dengan GPPH adalah perilaku menantang dan agresif. Termasuk perilaku menolak (lebih sering daripada anak-anak lain) untuk mengikuti arahan dari orang tua atau guru, mungkin mengalami ledakan emosi ketika diminta melakukan hal-hal yang menurut mereka sulit atau menantang. Anak-anak dengan GPPH cenderung menjadi pemberontak dalam situasi tertentu misalnya: melakukan pekerjaan rumah, pergi tidur, berhenti bermain game, duduk ketika makan (Barkley, 2022).

4. Masalah Akademik

Gambaran anak dengan GPPH dalam mengerjakan tugas kurang mampu memfokuskan perhatian dalam waktu cukup lama, kurang sabar, tidak teliti, dan ingin cepat selesai. Anak-anak tersebut mungkin mengalami masalah membaca atau mengeja, menulis dan berhitung. Seringkali prestasi akademis yang dicapainya ada di bawah potensi kecerdasan yang dipunyai. Permasalahan akademik yang ditemukan sebagian besar

berkaitan dengan kesulitan konsentrasi, daya ingat dan fungsi eksekutif (Juniar & Setyawati, 2014).

F. PENDIDIKAN ANAK GPPH

Anak usia sekolah rata-rata menghabiskan waktunya 6-8 jam per hari di sekolah. Di sekolah siswa dituntut untuk mengikuti dan mematuhi peraturan sekolah, berinteraksi dengan anak-anak lain dan orang dewasa, berpartisipasi dalam pembelajaran dan mempelajari apa yang diajarkan serta tidak mengganggu proses pembelajaran. Siswa yang didiagnosis GPPH dalam beberapa kasus kesulitan mengatur perilaku di kelas, mengalami kesulitan serius yang berkaitan di bidang akademik dan belajar sosial, walaupun tidak semua kasus mengalami masalah yang sama.

Manajemen Perilaku merupakan isu penting dalam layanan pendidikan, bagi siswa yang mengalami masalah perilaku, termasuk siswa dengan GPPH. Secara umum, siswa GPPH membutuhkan layanan pendidikan dan pembelajaran yang tidak jauh berbeda dengan siswa lain pada umumnya. Guru siswa GPPH sering menghadapi masalah, dengan orangtua. Guru sering menggambarkan perilaku siswa GPPH sebagai perilaku yang unik di kelas. Ketika guru melaporkan masalah perilaku anak pada orangtua, mereka membantah pernyataan guru. Pernyataan guru tersebut mengimplikasikan bahwa ada cara-cara guru yang kurang tepat dalam membentuk dan mengelola kelas, khususnya interaksi antara guru dan siswa. Disamping itu guru mungkin juga lelah menghadapi kondisi siswa sehingga siswa kadang dihukum. Beberapa guru bahkan menjadi defensif, merasa tak mampu, kewalahan dan stres menghadapi keadaan tersebut. Masalah tersebut dapat terjadi jika guru kurang memiliki pengetahuan yang memadai tentang GPPH, perilaku yang menyertainya dan strategi yang efektif dalam menangani perilaku GPPH. Jika guru memiliki pengetahuan yang memadai maka mereka dapat menangani anak-anak GPPH secara profesional. Oleh karena itu guru disarankan banyak membaca buku tentang GPPH serta cara memenuhi kebutuhan khususnya.

Salah satu tahapan terpenting dalam mengajar dan mengelola siswa dengan GPPH adalah mencoba dan memahami bagaimana mereka. Siswa dengan GPPH bisa membuat frustrasi dan menjengkelkan, hal yang perlu dipahami adalah bahwa mereka melakukannya dengan tidak sengaja. Mereka

sangat membutuhkan dukungan, tergantung pada tingkat keparahan gejala (O'Regan, 2015). Langkah pertama dalam menciptakan dukungan kelas untuk siswa dengan GPPH adalah memahami kekuatan dan kebutuhan siswa. Ini melibatkan penilaian formal dan informal, serta kolaborasi antara profesional pendidikan dan keluarga siswa.

Faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan akademis dan sosial di sekolah salah satunya membangun hubungan positif dengan siswa. Seringkali hubungan positif dengan guru dapat memfasilitasi keberhasilan sekolah bagi seorang siswa dengan GPPH. Penelitian yang dilakukan Jimoh (2014), menunjukkan bahwa cara guru bersikap dan bereaksi dapat mempengaruhi cara teman temannya berperilaku terhadap mereka. Budaya kelas dapat mendukung ataupun menciptakan hambatan bagi keberhasilan siswa. Ketika guru menggunakan pendekatan proaktif dan menghargai keunikan mereka maka akan menciptakan kondisi dimana siswa lebih berusaha keras untuk merespon secara positif (Wiliam & Marry, 2017).

Mengadaptasi strategi pengajaran dan pembelajaran dapat memungkinkan anak GPPH untuk belajar lebih efektif. Metode pengajaran tradisional kemungkinan akan menyulitkan anak-anak dengan ADHD dalam mengikuti kegiatan pembelajaran. Hal ini terjadi karena guru tidak banyak bergerak, menggunakan media konvensional (misalnya kapur tulis), sehingga dinilai gagal dalam memenuhi kebutuhan anak GPPH yang memiliki gaya belajar kinestetik. Mirawati & Amka , (2019) memaparkan strategi khusus yang dapat digunakan untuk membantu anak GPPH. Strategi khusus anak GPPH yang mengalami hambatan perhatian meliputi :

1. membuat anak mengulangi instruksi
2. memastikan sumber daya tersedia dan jumlahnya memadai
3. pemberian tugas dan kegiatan yang digunakan dalam pelajaran yang optimal adalah yang pendek, cepat dan sifatnya sangat kinestetik untuk memenuhi kebutuhan aktivitas anak
4. menggunakan lembar petunjuk dan petunjuk langkah-demi langkah
5. penghargaan (reinforcement) langsung diberikan saat anak menyelesaikan tugas
6. mengurangi kebisingan
7. memastikan instruksi disampaikan dengan jelas dan singkat
8. strategi pengajaran untuk meningkatkan keterampilan menyimak

9. mendorong anak untuk membuat catatan, memungkinkan representasi pemikiran dalam bentuk gambar / diagram
10. menggunakan isyarat visual
11. memungkinkan anak mendengarkan suara yang menenangkan, misalnya musik klasik sambil tetap terlibat dengan penyelesaian tugas-tugas
12. memberikan waktu istirahat dalam belajar
13. peningkatan akses ke TIK, seperti menonton program / film televisi yang relevan dengan pengajaran
14. mengkondisikan kelas dengan meminimalisir gangguan untuk membantu fokus dan penyelesaian tugas

Strategi khusus untuk membantu mengatasi kesulitan hiperaktif meliputi:

1. menekankan perbedaan mode antara di dalam kelas dan di luar kelas (misalnya breaktime)
2. memungkinkan ada waktu bagi anak menenangkan diri sebelum memasuki kelas
3. menciptakan suasana kelas yang tenang
4. memungkinkan adanya latihan gerak seluruh tubuh / peregangan selama pelajaran
5. menggunakan 'time-out', memisahkan anak dari kelompok dan memungkinkan anak menyadari kesalahan yang dilakukan.
6. jika memungkinkan, beri peluang kepada anak untuk melepaskan energi berlebih dengan menyalurkan pada aktifitas yang bertujuan.

Strategi khusus untuk membantu dengan kesulitan dalam impulsif meliputi:

1. meningkatkan kesadaran anak tentang bahaya potensial, seperti saat menggunakan peralatan yang berbahaya , misalnya gunting
2. kerja berpasangan dan/ atau dukungan dari model yang positif
3. program manajemen perilaku
4. menetapkan target yang diatur waktunya (penggunaan pengatur waktu)

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Edition "DSM-V"*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Barkley, R.A. (2022). *12 Principles for Raising Child with ADHD*. New York: The Guildford Press.
- Jimoh, M. (2014). Knowledge and Attitudes Towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Primary School Teachers. *Advances in Life Science and Technology*. 23 (7-18).
- Juniar, S. & Setyawati, Y. (2014). *Buku Saku. Pedoman Deteksi Dini Gangguan Pemusatan Perhatian/Hiperaktivitas* . Sidoarjo: CV. Dwiputra Pustaka Jaya.
- Kemenkes RI. (2016). *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi , Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak*.
- Mirawati & Amka. (2019). *Pendidikan Anak ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)*. Sleman: CV Budi Utama.
- O'Regan, F. (2015). *Teaching and Managing Students with ADHD*. Shire.
- Sarver, et al., (2015). Hyperactivity in Attention Deficit Hyperactivity Disorder : Impairing Deficit or Compensatory Behavior?. *Journal Abnorm Child Psychol*.
- William and Mary (2017). *Classroom Intervention for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Considerations Packet*. Williamsburg: TAC W&M.

PROFIL PENULIS



Nama : Roh Hastuti Prasetyaningsih, SST., MPH.
Tempat, Tanggal Lahir : Klaten, 7 September 1981
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Dosen Poltekkes Kemenkes Surakarta
Alamat : Sidomulyo No. 9, RT 1, RW 2, Makamhaji,
Kartasura, Sukoharjo
No Telepon : 081329334050
Email : rohastuti@gmail.com
Pendidikan formal : Pendidikan terakhir *Magister Public Health*
Universitas Sebelas Maret , Lulus tahun 2017.



BAB 9

PELAYANAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Dr. Nur Rachmat, BPO, M.Kes
Poltekkes Kemenkes Surakarta

A. PENGERTIAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Konsep anak berkebutuhan khusus memiliki arti yang lebih luas dibandingkan dengan pengertian anak luar biasa. Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang dalam pendidikan memerlukan pelayanan yang spesifik, berbeda dengan anak pada umumnya. Anak berkebutuhan khusus ini mengalami hambatan dalam belajar dan perkembangan. Oleh sebab itu mereka memerlukan layanan pendidikan yang sesuai dengan kebutuhan belajar masing-masing anak.

Secara umum rentangan anak berkebutuhan khusus meliputi dua kategori yaitu: anak yang memiliki kebutuhan khusus yang bersifat permanen, yaitu akibat dari kelainan tertentu, dan anak berkebutuhan khusus yang bersifat temporer, yaitu mereka yang mengalami hambatan belajar dan perkembangan yang disebabkan kondisi dan situasi lingkungan. Misalnya, anak yang mengalami kesulitan dalam menyesuaikan diri akibat kerusakan dan bencana alam, atau tidak bisa membaca karena kekeliruan guru mengajar, anak yang mengalami kedwibahasaan (perbedaan bahasa di rumah dan di sekolah), anak yang mengalami hambatan belajar dan perkembangan karena isolasi budaya dan karena kemiskinan dsb. Anak berkebutuhan khusus temporer, apabila tidak mendapatkan intervensi yang tepat dan sesuai dengan hambatan belajarnya bisa menjadi permanen.

Setiap anak berkebutuhan khusus, baik yang bersifat permanen maupun yang temporer, memiliki perkembangan hambatan belajar dan kebutuhan belajar yang berbeda-beda. Hambatan belajar yang dialami oleh setiap anak, disebabkan oleh tiga hal, yaitu: (1) faktor lingkungan (2) faktor dalam diri anak sendiri, dan (3) kombinasi antara faktor lingkungan dan faktor dalam diri anak. Sesuai kebutuhan lapangan maka pada buku ini hanya dibahas secara singkat pada anak berkebutuhan khusus yang sifatnya permanen khususnya Anak dengan diagnosis Cerebral Palsy.

B. CEREBRAL PALSY

Pada Bab ini, dengan judul pelayanan anak berkebutuhan khusus, akan di bahas mengenai pelayanan alat bantu ortotik prostetik untuk anak cerebral palsy. Anak dengan kecacatan karena cerebral palsy adalah anak berkebutuhan khusus yang jumlahnya cukup banyak dimasyarakat. Masa

tumbuh kembang anak adalah periode yang sangat riskan bagi setiap kehidupan anak, sehingga perlu mendapat perhatian dari semua aspek yang mendukung maupun yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Berbagai penyakit atau kelainan pada anak yang dapat berakibat terhadap pertumbuhan dan perkembangan adalah *Cerebral palsy* (CP). *Cerebral palsy* adalah gangguan perkembangan yang diperkenalkan pertama kali oleh William Little pada tahun 1862 dan dikenal dengan *Little's disease*. *Cerebral palsy* adalah sindroma postur dan gangguan motorik yang non progresif yang menyebabkan terbatasnya aktivitas dan seringkali disertai gangguan kognitif atau defisit visual. Hal itu disebabkan oleh adanya kerusakan otak nonprogresif atau disfungsi perkembangan otak pada saat janin maupun bayi (Sitorus, Mogi, & Gessal, 2016).

Angka kejadian yang sebenarnya belum diketahui secara nyata. Namun berdasarkan studi berbasis populasi di perkirakan prevalensi *cerebral palsy* diseluruh dunia berkisar antara 1,5 sampai lebih dari 4 per 1000 kelahiran hidup (Stavsky et al., 2017). Sedangkan di Indonesia angka kejadiannya sekitar 1-5 per 1000 anak. Lebih banyak terjadi pada anak laki-laki dari pada perempuan (Soetjningsih & Ranuh, 2016). *Cerebral palsy* ditandai dengan kerusakan motorik dan hadir bersamaan dengan disfungsi mental dan fisik. *Cerebral palsy* jika dilihat dari pengertiannya, *cerebral* artinya otak, *palsy* dapat berarti kelemahan atau kelumpuhan, atau ketidak mampuan melakukan kontrol gerakan. Otak mengontrol semua tindakan. Bagian otak yang berbeda-beda mengontrol gerakan pada masing-masing otot tubuh yang berbeda. Pada *cerebral palsy*, terjadi kerusakan atau adanya hambatan perkembangan pada salah satu area otak (Bagnara, 2013).

Secara etimologis *cerebral palsy* berasal dari dua kata yaitu *cerebral* berarti otak dan *palsy* yang berarti kelayuhan atau lesi atau kerusakan pada otak yang bermanifestasi pada fungsi – fungsi tubuh yang dipersarafinya (Tjasmini, 2016). *Cerebral palsy* adalah akibat dari lesi atau gangguan perkembangan otak bersifat *non progresif* dan terjadi akibat bayi lahir terlalu dini (Hardiman, 2013). Beberapa *symptom* yang dapat kita lihat pada anak *cerebral palsy* yaitu adanya gangguan motorik (gerak), postur tubuh yang miring ke kiri atau ke kanan (*skoliosis*), tulang belakang melengkung ke belakang (*lordosis*) dan diantara mereka juga terdapat gangguan lain seperti gangguan persepsi visual auditif bahkan gangguan bicara. Hal itu diperkuat

oleh pernyataan *World Commission on Cerebral Palsy* bahwa: “*Cerebral palsy* adalah sindroma dimana terdapat gangguan terutama sistem motorik, sikap tubuh, pergerakan otot, dengan atau tanpa keterbelakangan mental, dapat disertai gejala saraf lainnya yang disebabkan disfungsi otak sebelum perkembangannya sempurna (Hardiman, 2013). Bagian otak yang rusak yaitu pada pusat motorik otak, yakni *gyrus precentralis* yang dibagi menjadi beberapa area diantaranya *system piramidalis* dan *extrapiramidalis*. Kerusakan pada area tertentu memberikan tampilan jenis-jenis *cerebral palsy* (Tjasmini, 2016).

C. **KLASIFIKASI CEREBRAL PALSY**

Klasifikasi *cerebral palsy* menurut bagian tubuh yang terkena menurut (Saputri, 2015) yaitu:

1. Monoplegia
Mengalami spastik, umumnya hal ini terjadi pada salah satu lengan pada ekstremitas bawah.
2. Diplegia
Spastik diplegia disebabkan oleh spastik yang menyerang traktus kortikospinal bilateral. Dapat terjadi pada kedua lengan atau kedua kaki pada tubuh. Sedangkan sistem-sistem lain normal.
3. Hemiplegia Spastik
Spastik ini menyerang ekstremitas atas dan ekstremitas bawah, menyerang lengan dan kaki pada salah satu sisi tubuh.
4. Triplegia Spastik
Triplegia menyerang tiga buah ekstremitas, umumnya menyerang lengan pada kedua sisi tubuh dan salah satu kaki.
5. Quadriplegia Spastik
Tipe ini tidak hanya menyerang ekstremitas atas, tetapi juga ekstremitas bawah dan juga terjadi keterbatasan pada tungkai.

Klasifikasi *cerebral palsy* menurut tanda dan gejala (Utomo, 2013):

1. *Spastic*
Merupakan bentukan *cerebral palsy* terbanyak (70-80%), otot mengalami kekakuan dan secara permanen akan menjadi kontraktur. Jika

kedua tungkai mengalami *spasticity*, pada saat seseorang berjalan, kedua tungkai tampak bergerak kaku dan lurus.

2. *Athetrid*

Bentuk *cerebral palsy* ini mempunyai karakteristik gerakan menulis yang tidak terkontrol dan perlahan. Gerakan abnormal ini mengenai tangan, kaki, lengan, atau tungkai dan pada sebagian besar kasus, otot muka dan lidah, menyebabkan anak-anak menyeringai dan selalu mengeluarkan air liur. *Cerebral palsy atetoid* terjadi pada 10-20% penderita *cerebral palsy*.

3. *Ataxic*

Cerebral palsy ataxic merupakan tipe yang jarang dijumpai, mengenai keseimbangan dan persepsi dalam. Penderita yang terkena sering menunjukkan koordinasi yang buruk, berjalan tidak stabil dengan gaya berjalan kaki terbuka lebar, meletakkan kedua kaki dengan posisi saling berjauhan, kesulitan dalam melakukan gerakan cepat dan tepat, misalnya menulis, mengancingkan baju. Bentuk *ataksid* ini mengenai 5-10% penderita *cerebral palsy*.

4. *Combination* (campuran)

Sering ditemukan pada seorang penderita mempunyai lebih dari satu bentuk CP yang akan dijabarkan di atas. Bentuk campuran yang sering dijumpai adalah *spastic* dan gerakan *atetoid* tetapi kombinasi lain juga mungkin dijumpai. Masalah utama yang dijumpai dan dihadapi pada anak yang menderita *cerebral palsy* antara lain:

- a. Kelemahan dalam mengendalikan otot tenggorokan, mulut dan lidah akan menyebabkan anak tampak selalu berliur.
- b. Kesulitan makan dan menelan, yang dipicu oleh masalah motorik pada mulut, dapat sebabkan gangguan nutrisi yang berat.
- c. *Inkontinentia* urin, merupakan komplikasi yang sering terjadi. *Inkontinentia* urin ini disebabkan karena penderita *cerebral palsy* kesulitan mengendalikan otot yang selalu menjaga supaya kandung kemih selalu tertutup.

Cerebral palsy tidak dapat disembuhkan, terapi yang dilakukan ditujukan untuk memperbaiki kapabilitas anak. Dalam perkembangannya, hingga saat ini tujuan terapi pada *cerebral palsy* adalah mengusahakan penderita dapat hidup mendekati kehidupan normal dengan mengelola *problem neurologis*

yang ada seoptimal mungkin. Disini tidak ada terapi standar yang berlaku untuk semua penderita *cerebral palsy*. Klinisi diharapkan dapat bekerja sama dalam tim, untuk mengidentifikasi kebutuhan khusus masing-masing anak dan kelainan-kelainan yang ada dan kemudian menentukan terapi individual yang cocok untuk setiap penderita. Beberapa pendekatan tatalaksana yang direncanakan meliputi obat-obatan untuk mengontrol kejang dan spasme otot, penyangga khusus untuk kompensasi keseimbangan otot, pembedahan, peralatan mekanis untuk membantu kelainan yang timbul, konseling emosional dan kebutuhan psikologis, dan fisik, okupasi, bicara dan terapi perilaku (Selekta, 2018).

D. ETIOLOGI CEREBRAL PALSY

Etiologi dalam *cerebral palsy* terbagi menjadi 3 (Utomo, 2013) yaitu :

1. Prenatal

Infeksi terjadi dalam masa kandungan, menyebabkan kelainan pada janin, misalnya oleh *lues*, *toksoplasmosis*, rubela dan penyakit inklusi *sitomegalik*. Kelainan yang menonjol biasanya gangguan pergerakan dan retardasi mental. *Anoksia* dalam kandungan (misalnya: *solusio plasenta*, *plasenta previa*, *anoksi maternal*, atau tali pusat yang abnormal), terkena radiasi sinar-X dan keracunan kehamilan dapat menimbulkan *cerebral palsy*.

2. Perinatal

- a. *Anoksia*, penyebab terbanyak ditemukan dalam masa *perinatal* ialah *brain injury*. Keadaan inilah yang menyebabkan terjadi *anoksia*. Hal ini terdapat pada keadaan presentasi bayi abnormal, disproporsi *sefalo-pelvis*, *partus* lama, *plasenta previa*, infeksi *plasenta*, *partus* menggunakan bantuan instrumen tertentu dan lahir dengan *seksio caesaria*.
- b. Pendarahan otak, pendarahan otak dan anoksia dapat terjadi bersama-sama, sehingga sukar membedakannya, misalnya perdarahan yang mengelilingi batang otak, mengganggu pusat pernapasan dan peredaran darah hingga terjadi *anoksia*. Perdarahan darah dapat terjadi di ruang *subarachnoid* akan menyebabkan penyumbatan

sehingga mengakibatkan *hidrosefalus*. Perdarahan *spatium subdural* dapat menekan *korteks serebri* sehingga timbul kelumpuhan *spastic*.

- c. *Prematuritas*, bayi kurang bulan mempunyai kemungkinan menderita perdarahan otak yang lebih banyak dari pada bayi cukup bulan, karena pembuluh darah, enzim, faktor pembekuan darah dan lain lain masih belum sempurna.
- d. *Ikterus*, *Ikterus* pada masa *neonatus* dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak yang permanen akibat masuknya *bilirubin* ke *ganglia basal*, misalnya pada kelainan inkompabilitas golongan darah.
- e. *Meningitis Puruleta*, *meningitis puruletia* pada masa bayi bila terlambat atau tidak tepat pengobatannya akan mengakibatkan gejala sisa berupa *cerebral palsy*.

3. *Pasca natal*

Setiap kerusakan pada jaringan otak yang mengganggu perkembangan dapat menyebabkan *cerebral palsy* antara lain :

- a. Trauma kapitis dan luka parut pada otak pasca operasi
- b. Infeksi misalnya *meningitis* bakterial, *abses*
- c. *Kern icterus*. Seperti kasus pada gejala *sekuele neurologik* dari *eritoblastosis fetal* atau defisiensi enzim hati.

E. **PENATALAKSAAN PELAYANAN CEREBRAL PALSY**

1. Fisioterapi

Fisioterapi merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada individu atau kelompok untuk mengembangkan, memelihara, dan memulihkan gerak dan fungsi tubuh sepanjang rentang kehidupan dengan menggunakan penanganan secara manual, peningkatan gerak, peralatan, pelatihan fungsi, komunikasi (Permenkes No.80, 2013). maka dari itu peran fisioterapi sangat penting pada kasus *Cerebral Palsy* dalam membantu pasien agar dapat beraktifitas secara mandiri melalui latihan dan penanaman pola gerak yang fungsional dengan baik dan benar (Purnomo, Kuswardani, & Novitasari, 2018).

2. Gizi

Proses pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh faktor gizi. Hal ini terbukti bahwa pada anak-anak yang berstatus gizi kurang

terjadi penghambatan perkembangan (Ati, Alfiyanti, & Solekhan, 2013). Untuk mendukung status gizi yang baik atau normal adalah melalui pemberian asupan gizi yang seimbang. Asupan zat gizi merupakan kebutuhan dasar dalam proses tumbuh kembang anak. Energi berfungsi sebagai zat tenaga untuk metabolisme, pertumbuhan, pengaturan suhu dan kegiatan fisik (Indriani, Khomsan, Sukandar, Riyadi, & Zuraida, 2013). *cerebral palsy* yang memiliki kesulitan yang sangat berat dalam makan dikarenakan terdapat gangguan sensori pada mulutnya tetapi hal itu tergantung dengan tingkat keparahan motorik pada setiap anak. Rute pemberian makan pada anak *cerebral palsy* sebagian besar anak melalui oral dan anak dengan gangguan pencernaannya melalui makanan enteral yaitu NGT (*Naso Gastric Tube*) digunakan untuk memberikan asupan yang cukup (Fahmawati, 2020).

3. Alat bantu ortotik prostetik

Orthosis adalah alat bantu kesehatan yang berfungsi untuk *bracing*, *sprinting*, dan *support* yang di pasangkan di luar tubuh yang di peruntukan bagi pasien/klien yang membutuhkan (permenkes, 2013). Banyak pilihan cara dalam mengintervensi pasien menggunakan *orthosis*, dilihat dari prognosis dan potensi adanya perubahan yang dapat dicapai oleh pasien melihat kondisi pasien yang akan di *treatment*, sehingga pasien akan menerima perlakuan yang sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan pasien tersebut dengan tidak menutup kemungkinan setiap pasien akan menerima *treatment* yang berbeda. Salah satu jenis dari *orthosis* anggota gerak bawah adalah *ankle foot orthosis* (AFO). AFO sering disarankan untuk latihan berjalan pada anak *cerebral palsy* sebagai *treatment* untuk mengurangi abnormalitas pola jalan (*gait*) dan membatasi pergerakan (Head *et al*, 2017). *Orthosis* meliputi : (1) *Hip Knee Ankle Foot Orthosis* (HKAFO), (2) *Hip Orthosis* (HO), (3) *Knee Orthosis* (KO), (4) *Knee Ankle Foot Orthosis* (KAFO), (5) *Ankle Foot Orthosis* (AFO), (6) *Foot Orthosis* (FO).

F. JENIS ALAT BANTU ANKLE FOOT ORTOSIS UNTUK CEREBRAL PALSY

AFO adalah sebuah alat yang dapat digunakan untuk menormalisasi pola jalan penderita *cerebral palsy* (Aboutorabi, Arazpour, Bani, Saeedi, & Head, 2017). AFO adalah alat bantu *orthopaedi* berbentuk *splint* (menutupi sebagian area lesi/kecacatan) yang dipasangkan pada *ankle foot* (Rachmat, Nugroho, & Syafii, 2018). AFO berfungsi untuk mengoreksi gangguan fungsi otot dan mengembalikan posisi *ankle joint* ke posisi yang normal pada anak *cerebral palsy*. AFO juga digunakan untuk memfiksasi sendi *ankle* atau lebih tepatnya pada *tendon achilles* untuk mempertahankan posisi kaki pada bentuk anatomi normal manusia.

1. AFO (*ankle foot orthosis*)

Orthosis didefinisikan sebagai perangkat eksternal diterapkan yang digunakan untuk memodifikasi struktural atau fungsional karakteristik *neuromusculo*. *Orthosis* juga didefinisikan sebagai alat yang digunakan untuk mendukung, menyelaraskan mencegah atau memperbaiki kelainan atau untuk meningkatkan fungsi bagian-bagian yang bergerak pada tubuh (Rachmat et al., 2018).

Fungsi *ankle foot orthosis* antara lain : (1) mencegah terjadinya deformitas lebih lanjut, (2) mengoreksi deformitas, (3) mengontrol pergerakan, (4) pemindahan tumpuan, (5) mengembalikan fungsi, (6) keseimbangan (Rachmat et al., 2018).

2. Desain AFO

Terdapat berbagai macam desain dan fungsinya. Dari semua jenis AFO memiliki fungsi utama yaitu mengontrol pergerakan sendi dan alignment of ankle and foot. Adapun bagian-bagian AFO memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. Shell/cuff dari orthosis untuk distribusi tekanan dan kekuatan perangkat.
- b. Straps untuk mengontrol gerakan dan distribusi gaya.
- c. Panjang dan fleksibilitas footplate akan memberikan fungsi yang berbeda.
- d. Material bervariasi, ada yang terbuat dari plastik dan ada yang terbuat dari metal.

Adapun desain AFO diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Posterior Shell AFO

Posterior shell AFO umumnya terbuat dari polypropylene, namun dapat terbuat dari material yang dapat di molded seperti PVC (polivinil clorida), pipe, polyethylene, glass reinforced laminate dan lain-lain. Pada posterior shell AFO, desain close fit memberikan kontrol dan kosmesis yang baik. Terdapat dua desain dasar pada posterior shell AFO yaitu rigid dan fleksibel. Perbedaan diantara keduanya terletak pada pemotongan trimline diantara foot dan calf. Trimline pada rigid AFO menutupi malleolus sehingga membatasi gerakan ankle joint sedangkan pada fleksibel AFO, pemotongan trimline berada di belakang malleolus sehingga membolehkan beberapa gerakan ankle. Fleksibel AFO biasanya digunkn untuk kasus yang simpel seperti flaccid drop foot. Sedangkan rigid AFO biasanya digunakan untuk kasus yang membutuhkan kontrol lebih banyak, tidak hanya dorsi/plantar fleksi, tetapi juga meliputi ketidakstabilan sub-talar dan deformitas pada forefoot. Selain itu juga digunakan untuk pasien dengan spastisitas sebagai kontrol gerakan yang dapat mengurangi kecenderungan untuk spasme (Rachmat et al., 2018). Gambar 1 menunjukkan AFO Fleksibel.



Gambar 1. Fleksibel AFO (kiri) dan *rigid* AFO (kanan) (ICRC, 2010)

2. *Posterior shell jointed*

Desain dan pembuatan *posterior shell jointed* AFO mirip dengan *posterior shell* AFO hanya saja terdapat tambahan *joint* pada *ankle*. Pada desain ini membolehkan beberapa gerakan dan untuk mengontrol gerakan tergantung pada jenis *joint* yang digunakan. Keunggulan dari desain adalah mengikuti normal *tibia progression* tetapi tetap memberikan kontrol gaya M-L yang baik dan dapat menjaga *ankle* tetap pada posisi netral. Tipe ini biasanya digunakan untuk pasien yang membutuhkan perbaikan stabilitas M-L, tetapi tidak membutuhkan kontrol dorsal/plantar fleksi yang kuat seperti pada *rigid* AFO. Pasien dengan *spasticity* yang ringan akan cocok menggunakan tipe ini. Tipe ini juga dapat mengurangi kecenderungan *knee hyperekstensi* (Rachmat et al., 2018). Gambar 2 menunjukkan desain *Posterior shell jointed* AFO, yaitu AFO dengan sendi *Ankle joint*.



Gambar 2. *Posterior shell jointed* (Fish, Lohman, Lima, & Kessler, 2013)

3. *Anterior shell* AFO

Anterior shell AFO biasanya tidak menggunakan *trimline* fleksibel dikarenakan material melengkung yang digunakan untuk penekanan pada *tibia* dan tulang pada *anterior dorsal foot*. Pada *anterior shell jointed* AFO biasanya memberikan *free plantar flexion* dan *stop dorsi flexion*. Tipe ini memberikan normal *shock-absorbing* pada ankle setelah heel-strike,

tetapi kemudian menghentikan gerakan dorsi fleksion ankle yang dapat menstabilisasikan knee.



Gambar 3. Anterior shell AFO (ICRC, 2010)

Gambar 3 Adalah Anterior shell AFO yang menggunakan anterior tibial shell berfungsi untuk mencegah dorsifleksi di pergelangan kaki. Desain dapat bervariasi dalam setiap desain konsep (misalnya bahan, ketebalan, dan garis trim line).

4. Konvensional AFO

Konvensional AFO biasanya terbuat dari metal atau kulit yang dirangkai dengan sepatu yang sudah dimodifikasi. Sepatu menjadi bagian kontrol sistem dari orthosis. Sidebar, ankle joint dan sepatu yang dimodifikasi dapat mengurangi kosmesis. Permukaan area yang sedikit mengakibatkan distribusi tekanan berkurang namun keuntungannya foot dapat terkunci dan tersedianya berbagai macam ankle joint yang dapat digunakan meskipun harga ankle joint sama seperti pada prosthesis. Kontrol/koreksi pada gerakan di coronal *plane* dapat tercapai dengan mengaplikasikan *T-straps* pada *malleolus*



Gambar 4. Konvensional AFO (Fish, Lohman, Lima, & Kessler, 2013)

DAFTAR PUSTAKA

- Aboutorabi, A., Arazpour, M., Bani, M. A., Saeedi, H., & Head, J. S. (2017). Efficacy of ankle foot orthoses types on walking in children with cerebral palsy: A systematic review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(6), 393–402.
- Ati, C. A., Alfianti, D., & Solekhan, A. (2013). Hubungan antara Status Gizi dengan Perkembangan Motorik Kasar Anak Balita di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013. *Karya Ilmiah*.
- Bagnara, C. (2013). *Cerebral Palsy: An Information Guide for Parents*. Royal Childrens Hospital.
- Fahmawati, I. (2020). *Gambaran Karakteristik Residu Nutrisi Pasien Kritis Yang Mendapatkan Nutrisi Enteral Melalui Nasogastric Tube Dengan Menggunakan Metode Intermitten Feeding Di Ruang Icu Rsup Dr. Kariadi Semarang*. Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Fish, D. J., Lohman, C. M., Lima, D. G., & Kessler, C. K. (2013). Lower Extremity Orthotics. *Introduction to Splinting-E-Book*, 3, 387.
- Hardiman, B. (2013). *Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Kasus Cerebral Palsy Quadriplegi Dengan Metode Neuro Development Treatment (NDT) Di Yayasan Sayap Ibu Yogyakarta*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- ICRC. (2010). *ICRC Ankle Foot Orthosis Manufacturing Guideline*.
- Indriani, Y., Khomsan, A., Sukandar, D., Riyadi, H., & Zuraida, R. (2013). The Supplementation Effects of Iron and Folic Acid Compared with the Multivitamin and Mineral on Female Workers of Childbearing Age in the Pineapple Agribusiness. *Makara Journal of Health Research*, 17–25.
- No.80, P. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2015; Standar Pelayanan Ortotik Prostetik. 23 Maret 2015. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 500; Jakarta*.
- Purnomo, D., Kuswardani, K., & Novitasari, R. (2018). Pengaruh Terapi Latihan Terhadap Peningkatan Kemampuan Fungsional Pada Kasus

- Cerebral Palsy Spastik Diplegia. *Jurnal Fisioterapi Dan Rehabilitasi*, 2(1), 1–8.
- Rachmat, N., Nugroho, A. S., & Syafii, M. (2018). Pengaruh Penggunaan Afo Fleksibel Terhadap Keseimbangan Dinamis Pada Hemiparetic Cerebrovascular Accident (CVA). *Jurnal Keterampilan Fisik*, 3(2), 81–88.
- Saputri, N. (2015). Hubungan Cerebral Palsy Dengan Tingkat Kooperatif Anak Dalam Perawatan Gigi Dan Mulut. *Skripsi Tidak Diterbitkan. Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin*.
- Selekta, M. C. (2018). Cerebral Palsy Tipe Spastik Quadriplegi Pada Anak Usia 5 Tahun. *Jurnal Majority*, 7(3), 186–190.
- Sitorus, F. S. S. A. B., Mogi, T. I., & Gessal, J. (2016). Prevalensi Anak Cerebral Palsy Di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Prof. Dr. Rd Kandou Manado Periode 2015. *JKK (Jurnal Kedokteran Klinik)*, 1(1), 14–19.
- Soetjiningsih & Ranuh, I. N. G. (2016). Tumbuh Kembang Anak Edisi 2. *Jakarta. Buku Kedokteran EGC*.
- Stavsky, M., Mor, O., Mastrolia, S. A., Greenbaum, S., Than, N. G., & Erez, O. (2017). Cerebral palsy—trends in epidemiology and recent development in prenatal mechanisms of disease, treatment, and prevention. *Frontiers in Pediatrics*, 5, 21.
- Tjasmini, M. (2016). Arah Pembelajaran Anak Cerebral Palsy. *Pedagogia*, 12(2), 60–70.
- Utomo, A. H. (2013). Cerebral Palsy Tipe Spastic Diplegia Pada Anak Usia Dua Tahun. *Jurnal Medula*, 1(04), 25–34.

PROFIL PENULIS



Dr. Nur Rachmat, BPO, M.Kes

Pria kelahiran tahun 1983, bertempat tinggal di Sumber, Surakarta. Memulai karir sebagai dosen pada Jurusan Ortotik Prostetik Poltekkes Kemenkes Surakarta pada tahun 2010. Telah lulus Pendidikan Sarjana Ortotik Prostetik (*Bachelor of Honors in Prosthetic and Orthotic Sciences*) dari Pakistan Institute of Prosthetic Orthotic University of Peshawar, Pakistan pada tahun 2010. Lulus program Magister Kedokteran, Pendidikan Profesi Kesehatan, Universitas Sebelas Maret tahun 2013. Menyelesaikan program Doktor Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat, minat Promosi Kesehatan pada tahun 2020. Email : nurrachmat@gmail.com Whatsapp 085642045678

BAB 1 HAKIKAT ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Rahayu Setyaningsih, S.Kep., Ns., M.Kes (Politeknik Insan Husada Surakarta)

BAB 2 HAKIKAT PENDIDIKAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Dr. Ninik Nurhidayah, S.Pd., S.ST., M.Kes (Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surakarta)

BAB 3 HAMBATAN PENDENGARAN DAN BICARA

Ana Mariza, S.ST, M.Kes (Universitas Malahayati)

BAB 4 HAMBATAN PERKEMBANGAN INTELEKTUAL

Lis Sarwi Hastuti, S.KM., S.ST., M.Sc (Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surakarta)

BAB 5 HAMBATAN EMOSI DAN PERILAKU

Syarifah Ainun Harahap, M.Pd (Universitas Nahdlatul Ulama Sumatera Utara)

BAB 6 HAMBATAN MAJEMUK

Aniek Puspitosari, S.ST., M.PH (Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surakarta)

BAB 7 KESULITAN BELAJAR

Sari Atika Parinduri, M.Psi, Psikolog (Universitas Medan Area)

BAB 8 HAMBATAN PEMUSATAN PERHATIAN

Roh Hastuti Prasetyaningsih, SST., MPH (Poltekkes Kemenkes Surakarta)

BAB 9 PELAYANAN ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS

Dr. Nur Rachmat, BPO, M.Kes (Poltekkes Kemenkes Surakarta)



CV. Tahta Media Group
Surakarta, Jawa Tengah
Web : www.tahtamedia.com
Ig : tahtamedia group
Telp/WA : +62 813 5346 4169

ISBN 978-623-5981-89-5

